



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

**“Som att bygga ett slott med hjälp av sand”**  
Individens upplevelse av att komma tillbaka till arbetsplatsen efter  
sjukskrivning för utmattningssyndrom.

**Emilia Hedman**

Kandidatuppsats i psykologi, 2015

Handledare: Bengt Brattgård & Roger Persson  
Examinator: Robert Holmberg

## Sammanfattning

Uppsatsen beskriver utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång såsom det upplevs av individen då tidigare forskning saknar ett individperspektiv. Studiens frågeställningar handlar om hur arbetsplatsåtergång upplevs samt vilka faktorer som fungerar bra respektive mindre bra och utifrån den informationen argumenteras för hur det är möjligt att utveckla arbetsplatsåtergången för alla inblandade. Studien är kvalitativ med fenomenologisk metod vilket innebär att studien skall fånga deltagarens känslor, tankar och tolkningar, men syftar inte till att förklara vad som orsakar dessa. Sex personer i åldrarna 37-57 har deltagit i studien och har fått svara på en enkät samt genomfört en intervju utifrån bestämda samtalspunkter. Resultaten visar att formen av arbetsplatsåtergång har varierat, där majoriteten av deltagarna upplever ett undermåligt stöd från sin arbetsgivare i sjukskrivningsprocessen och arbetsplatsåtergången. Rehabiliteringsplanerna har i flera fall varit konstruerade för organisationens bästa och inte från ett individperspektiv. Förutom bristande stöd från arbetsgivaren beskrivs även en oförståelse från kollegor och samhället i stort.

Nyckelord; stress, utmattningssyndrom, rehabilitering, arbetsplatsåtergång, arbets- och organisationspsykologi

### **Abstract**

The aim of this research is to describe the individual's experience of exhaustion disorder (*burn-out*) and return to work. Previous research have shown a lack of perspective on the individual. The research questions are about how return to work is experienced and perceived and the factors that have seemed to work well and less well. From that information a discussion about how to develop the return to work for all parts will be presented. This is a qualitative research study with phenomenological method which means that the study should capture the participants feelings, thoughts and emotions, but the study does not aim to explain them. Six individuals between 37-57 years of age have participated in the study by answering a questionnaire, participate in a semi structured interview and have filled out the *Karolinska Exhaustion Disorder Scale*. The results showed that the conformation of return to work varied, and the majority experienced an insufficient support from their employer. The rehabilitation process have in most cases been adapted for the organisation's best and not for the individual. In addition to a lack of support from the employer there exists a incomprehension from other colleagues and the society in general.

Key words; stress, exhaustion disorder, rehabilitation, return to work, work and organisational psychology

## Teori

### Inledning

Att psykisk ohälsa är orsaken till en stor andel av sjukfrånvaron i Sverige är vida känt och fler och fler går in i den berömda *väggen*. Forskningen kring stress och utmattning är massiv och det går att se en ökad frekvens av begrepp som psykisk ohälsa och utmattning i media, inte minst när kända näringslivetstoppar och högt uppsatta politiker sjukskrivs på grund av just psykisk ohälsa. Frågan om hur en arbetsplatsåtergång skall utföras är däremot av mindre skala. Detta är dock en högst individuell och komplex fråga, eftersom vi människor är olika och därför behöver olika typer av rehabilitering.

Nedan presenteras teori för uppsatsen i fem teman; stress, arbetsmiljö, utmattningssyndrom, rehabilitering och arbetsplatsåtergång. Dessa teman har valts ut på grund av att de alla är faktorer som påverkar stress, arbetsplatsåtergång eller både och. Klimatet på våra arbetsplatser påverkar hur vi mår och kan därför ha ett samband med stress där negativ stress och andra krav kan leda till utmattningssyndrom. Rehabilitering och arbetsplatsåtergång är starkt relaterade till varandra då arbetsträningen ofta är en del av rehabiliteringsprocessen. Varje tema inleds med en förklaring för hur det framställs samt vilka avgränsningar som gjorts. Vidare följer en presentation av studiens syfte samt frågeställningar.

### Stress

I denna uppsats kommer stress att behandlas främst som en grundläggande faktor till utmattningssyndrom samt i relation till arbetsplatsen. Fokus kommer i stor utsträckning att ligga på de psykologiska aspekterna även om de fysiologiska aspekterna också behandlas. Stress i samband med arbetsplatsåtergång hanteras under rubriken resultat genom presentation av deltagarnas upplevelser. Hur individen hanterar stress, så kallat *coping* kommer inte att tas upp i den här uppsatsen på grund av det ligger utanför uppsatsens intresse trots dess viktiga innebörd för stressforskningen.

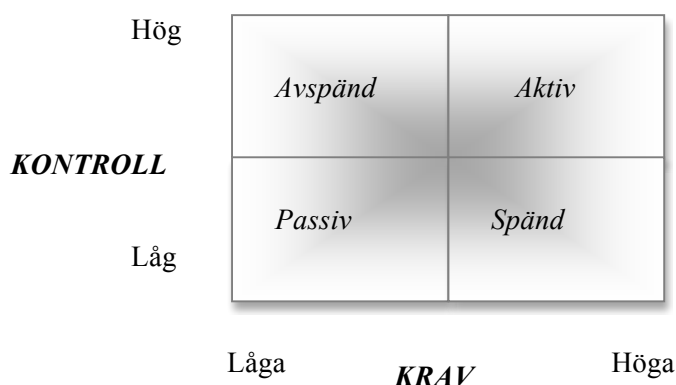
**Fysiologiska och psykologiska aspekter.** En av de första att definiera ordet stress var fysiologen Hans Selye som ansåg att stress handlade om en fysisk process, där kroppen går upp i varv när den utsätts för belastning vilket är mycket naturligt och inte på något sätt behöver vara skadligt (Theorell, 2012). Selye var den första som pratade om General Adaption Syndrom (GAS), vilket kan definieras som hur kroppen reagerar på

intensiv och utdragen stress (Holt et al., 2012). GAS innehåller följande tre stadier: alarm, resistans och utmattning. Alarmstadiet utgörs av att det sympatiska nervsystemet aktiveras och det endokrina systemet utsöndrar stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol. Kroppen klarar inte av att befinna sig på den här nivån under en längre tid och därför börjar det parasympatiska nervsystemet att sakta ner kroppens aktivitet samtidigt som binjurarna balanserar hormonutsöndringen. Detta kallas resistansstadiet. Om stressen är långvarig blir kroppen till slut utmattad vilket leder till en hög risk för bland annat sämre immunförsvar, hjärtproblem, sämre kognitiv förmåga och kollaps. Det är med andra ord när en människa utsätts för stress under en längre tid och utan möjlighet till nedvarvning som stress blir negativt (Brundin, 2004)(Holt et al., 2012). Stresspåslaget i kroppen påverkar också människans psykologiska funktioner och hur stress *uppfattas* beror på interaktionen mellan individen och samhället (Brundin, 2004). Stress är med andra ord inte enbart en fysisk påfrestning utan kan också handla om en psykisk påfrestning, något som tas upp i nästa avsnitt då krav-, kontroll- och stödmodellen samt teorier kring ansträngning och belöning presenteras.

**Stress i arbetslivet.** Att arbeta är viktigt för oss människor och att få vara en del av ett arbete ger oss människor något att identifiera sig med samtidigt som det stärker oss, ger oss sociala relationer och, kanske framförallt, lön. Att arbeta blir positivt när vi känner att de krav som ställs på oss är rimliga, när vi har kontroll, när arbetsmiljön främjar bättre hälsa och när organisationsklimatet är stimulerande. Alla dessa faktorer argumenterar Lennart Levi för (2012) och han menar att om arbetsplatsen ser ut på detta sätt kan jobbet vara primärt för god livskvalité. Dock ökar stressen i arbetslivet allt mer, något som inte bara drabbar individen utan även arbetstagare, arbetsorganisation och samhället i stort. Om de positiva arbetsförhållandena beskrivna ovanför istället blir negativa finns risk för stress med reaktioner som oro, rastlöshet och trötthet samt risk för beteendestörningar som tröst- eller hetsätande, att börja röka mer eller att dämpa ångest med alkohol eller andra droger (Levi, 2012). Andra risker med ökad stress i arbetet är en ökad sjukfrånvaro, något som kostar mycket både för individen och för organisationen. Den som är sjuk tror kanske att sjuknärvaro är bättre, det vill säga att befinna sig på arbetet trots att individens hälsotillstånd antyder något annat (Leineweber, Kecklund, Theorell, Åkerstedt, Alexandersson & Westerlund, 2013). Sjuknärvaro är viktigt att presentera då det är en stressutlösande faktor i arbetslivet, det har visat sig vara minst lika kostsamt som sjukfrånvaron och främst är det inom vård- och utbildningsyrken som sjuknärvaron är som störst. En förklaring till detta kan vara problemet

med att hitta ersättare, vilket resulterar i att arbetsmängden växer när individen kommer tillbaka efter eventuell frånvaro och därför väljer många att istället vara på arbetet (Leineweber et al., 2013). Nedan presenteras två modeller som mer ingående beskriver positiva och negativa stressfaktorer på arbetsplatsen och hur dessa påverkar individen.

**Krav, kontroll och stöd.** År 1979 utvecklade arbetsmiljöprofessorn Robert Karasek krav och kontroll-modellen som grundas på teorin att stress är en produkt av två egenskaper relaterade till arbete; arbetskrav och inflytande/kontroll på arbetsplatsen (Hellgren, Sverke & Näswall, 2008). Krav definieras vanligtvis som tidspress, arbetsbelastning och svårighetsgraden på arbetsuppgifterna medan kontroll handlar om individens möjligheter att påverka och kontrollera sin arbetssituation (Hellgren et al., 2008).



*Figur 1. Krav- och kontrollmodellen. Hög kontroll och låga krav (=avspänd) är utvecklande medan låg kontroll och höga krav (=spänd) kan antas vara skadligt.*

Figuren ovan visar de olika kombinationerna av krav och kontroll samt i vilken typ av arbetsprestation och/eller arbetsutmaning det leder till. Den mest skadliga kombinationen är låg kontroll och höga krav, vilket innebär hård belastning och inget beslutsutrymme. Den kombination som är bäst för individens utvecklande och arbetsmotivation är höga krav och en hög grad av kontroll. Ett stort beslutsutrymme och en mindre tung arbetsbelastning resulterar i högre produktivitet och arbetsglädje (Thylefors, 2010). Theorell (2012) argumenterar vidare att bristen på kontroll kan leda till andra problem än psykiska, det ökar även risken för kranskärslsjukdom och flera studier visar en korrelation mellan krav, kontroll och hjärtåkommor. Senare tillkom ytterligare en dimension av denna modell, utvecklad av Karasek tillsammans med Töres Theorell. Den tredje dimensionen är stöd och har adderats till modellen då forskning har visat att just stöd från andra reducerar risken att drabbas av sjukdom (Theorell, 2012). Det råder en enighet inom tidigare forskning att sociala relationer

påverkar hälsan positivt medan en avsaknad av sociala relationer är en fara för hälsan på en så hög nivå att det kan jämföras med rökning (Orth-Gomér, 2012).

**Ansträngning och belöning.** Förutom krav-, kontroll- och stödmodellen finns också en modell om ansträngning och belöning. Modellen är från 1996 och är skapad av Johannes Siegrist och går ut på att nivån av belöning skall motsvara graden av ansträngning. Med belöning menas inte bara lön i form av pengar utan även positiv respons och möjligheten att utvecklas och bli befördrad. Det är dock inte bara baserat på yttre faktorer utan även inre på så sätt att alla människor har olika uppfattningar om vad som är en rättvis och godtycklig belöning i förhållande till ansträngning (Theorell, 2012). Ansträngning kan ses som både yttre och inre krav som ställs på en individ; med yttre krav menas arbetsgivarens och medarbetarnas förväntningar och med inre krav menas individens egen bild av vad som förväntas av honom eller henne (Widmark, 2005). De två modellerna kompletterar varandra och kan därför antas korrelera gällande olika psykologiska och fysiologiska aspekter (Levi, 2012). Som tidigare nämnt finns det ett samband mellan risk för hjärt- och kärlsjukdomar och krav, kontroll och stöd i arbetet, och så gäller även för ansträngning och belöning. Studier har visat att kombinationen av dessa två modeller har fungerat bäst för att ge en så säker prognos som möjligt gällande risken att råka ut för dessa besvär (Theorell, 2012).

## **Arbetsmiljö**

I uppsatsen presenteras arbetsmiljö utifrån de stadgar som finns i arbetsmiljölagen med psykosocial arbetsmiljö i fokus. Annan litteratur inom området tas också upp.

Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete. Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll ska utformas så att arbets-tagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid ska även löneformer och förläggning av arbetstid beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete ska undvikas eller begränsas. Det ska eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter. Det ska vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt

ansvar. (SFS 1977:1160).

Utdraget kommer från arbetsmiljölagen (AML), kapitel 2 § 1 och hänvisar till arbetsgivarens yttersta ansvar men också till hela arbetsplatsens kollektiva ansvar för en bra och trygg arbetsmiljö. Ordet *psykosocial* fördes in i AML år 1978 och innebär att medarbetare är en del av sin arbetsmiljö och därför både bidrar samt reagerar på den (Thylefors, 2010). Riskerna med en arbetsmiljö som uppfattas som negativ av medarbetarna är många, det kan bland annat leda till minskad produktivitet, låg motivation, högre frånvaro samt andra fysiska och psykiska problem. Den kanske viktigaste aspekten är att det finns en högre risk för olyckor på arbetsplatsen, något som kan bli mycket kostsamt för både individen och organisationen (Rubenowitz, 2004). Som nämnt ovan i utdraget från AML är det främst arbetsgivarens ansvar att skapa en tillfredställande arbetsmiljö i samverkan med anställda och Rubenowitz (2004) argumenterar för fem viktiga beståndsdelar för att skapa en gynnsam psykosocial arbetsmiljö. Dessa faktorer har visat sig vara återkommande i en stor del av litteraturen och forskningen i övrigt och utgörs av egenkontroll i arbetet, positivt arbetsledningsklimat, stimulans från arbetet, god arbetsgemenskap och en lagom arbetsbelastning. Resultat har visat att när dessa fem faktorer är övervägande positiva har stress och frånvaro minskat (Rubenowitz, 2004). För att uppnå ett sådant positivt arbetsmiljö klimat rekommenderar Arbetsmiljöverket (1994) en lagom arbetsmängd, tydliga förväntningar på prestation, ramar för eget beslutsfattande alternativt stöd vid beslutsfattande, handledning och kompetent ledarskap.

### **Utmattningssyndrom**

Utmattningssyndrom ses som en diagnos men känslan av att vara *utbränd*, tömd på energi, ses som en upplevelse. Vidare finns en redogörelse för skillnader för utmattningssyndrom beroende på kön eller yrke.

I tidigare avsnitt redovisades teori om stress i allmänhet och stress i arbetslivet samt arbetsmiljö, primärt med fokus på negativ arbetsmiljö. Vad kan kombinationen av ett dåligt arbetsmiljö klimat och hög stress leda till? En möjlig konsekvens är utmattningssyndrom. Enligt rapporter från Försäkringskassan har sjukskrivningar på grund av psykisk diagnos ökat mer än någon annan anledning till sjukskrivning, från 26 % år 2010 till 35 % år 2014 (Försäkringskassan, 2015).

**Utmattning som diagnos.** Utmattningssyndrom kan beskrivas som en diagnos ställd av en läkare utifrån de riktlinjer som finns i bland annat ICD-10, där



”Utmattningssyndrom” kategoriserats under ”Anpassningsstörningar och reaktion på svårt stress”, som går att hitta under ”Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom ” (Internetmedicin, 2015). För att diagnostiseras med utmattningssyndrom finns det flera fysiska och psykiska symtom läkaren tar i beaktning och oftast undersöks patienten ytterligare för att utesluta andra sjukdomar som kan vara förklaringar till symtomen (1177 Vårdguiden, 2012). Att hitta en samstämmig definition av utmattningssyndrom i forskningen är svårt, då det finns många olika synvinklar men Socialstyrelsen (2003) har samlat en definition baserad på forskning som också har blivit diagnoskriterierna för utmattningssyndrom.

Tabell 1.

*Socialstyrelsens diagnoskriterier för utmattningssyndrom*

---

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomet har utvecklats till följd av en eller flera identifierade 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 som värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
  - D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
  - E. Beror ej på direkt fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon annan somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
  - F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmaningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.
-

**Upplevelsen av utmattning.** Förutom att prata om utmattningssyndrom som en diagnos är det viktigt att tala om hur det *upplevs*. Även om diagnoskriterierna är många och tydliga är det en lång väg dit och tillbaka, med många toppar och dalar under tiden. Vissa människor hamnar inte i sjukskrivning, kanske på grund av att det saknas tillräckligt många kriterier för diagnos, men detta gör inte att personen i fråga bör betraktas som mindre sjuk. Här är det viktigt att poängtera skillnaden mellan *utmattning*, som är en diagnos och *utbrändhet* (från engelskans *burnout*), som kan definieras som upplevelsen av att vara uttömd på energi. ”Personer vill med ordet *utbränd* säga något om sig själva och som därmed förmedlar upplevelser av nedbrytningsprocesser och ohälsosamma stressnivåer, även om inte diagnoskriterierna uppfylls” (Brundin, 2004). Vidare listar Alexander Perski (2012) tre kännetecken i en människas känsloliv som kännetecknar utbrändhet och som alla tre samvarierar med tidigare nämnda diagnoskriterier från Socialstyrelsen:

- Ihållande trötthet
- Sömnsvårigheter
- Olust inför att börja dagen

Vidare argumenterar Perski för att de största problemen för den utbrände är tröttheten och att den kognitiva förmågan försämras. Detta bildar en obalans som långsiktigt kan leda till anpassningsproblem. Christina Maslach är en välkänd forskare inom stress som har utvecklat mycket av forskningen kring utbrändhet. The Maslach Burnout Inventory är test utvecklat för att bedöma utmattning hos individen och utgörs av tre teman; emotionell utmattning, empatibortfall och försämrad arbetsprestation (Perski, 2012). I boken ”Sanningen om utbrändhet” (1999) som Maslach skrivit tillsammans med Michael P. Leiter argumenterar hon för att varje individ ser på sin utmattning på olika sätt, men att det går att hitta flera gemensamma egenskaper, vilket kan relateras till Alexander Perskis forsknings nämnd ovan. Dessa är:

- En urholkning av engagemanget i arbetet
- En urholkning av känslorna
- En oförenlighet mellan den enskilda människan och arbetet.

Ordet urholkning kan likställas med ordet förluster och en förlust på energi får alltså dessa konsekvenser. Känslan av att vara utbränd kan jämföras med uttryck som ”stresskollaps” och ”kronisk uttömning av energi” (Perski, 2012).

Tabell 2

*Maslach och Leiter's sex anledningar till utbrändhet*

---

1. För stor arbetsbörda
  2. Avsaknad av kontroll
  3. Otillräcklig ersättning
  4. Orättvisa
  5. Sammanbrott av gemenskapen
  6. Värdekonflikt
- 

**Skillnader på grund av kön och yrke.** Inom arbetslivet är det en stor skillnad mellan könen, både när det gäller betalt och obetalt arbete (Lundberg, 2014). Kvinnors sjukskrivningar var under den inledande delen av 2000-talet 70 % högre än männens, en kraftig stigning sedan mitten på 70-talet då den var 20 % lägre än männens (Esfahani, Larsson, Määttä & Granath, 2014). Fler kvinnor än män lider av psykisk ohälsa och utmattningssyndrom vilket kan bero på flera olika faktorer. Män och kvinnor har samma risk att drabbas av utmattning vid lika arbete, men då fler kvinnor finns i de arbeten där det går att identifiera flest riskfaktorer drabbas alltså kvinnor mest (SBU, 2014). Rapporter från Försäkringskassan visar att det är i människovårdande yrken, så kallade "kontaktyrken" som det finns störst risk att drabbas av utmattningssyndrom och de största riskgrupperna är socialsekreterare, diakoner, präster och biståndsbedömare. (Sändaren, 2015; Nilsson & Warne, 2015). Kvinnor i socialt arbete toppar listan över dem med sämst psykisk hälsa och män i tekniska yrken går att hitta längst ner på listan (Försäkringskassan, 2015). I flera forskningsrapporter går det att hitta sannolika förklaringar till att det är just kvinnor som lättast blir utmattade. Ett exempel är att de flesta kvinnodominerade jobb har ett spänt arbete relaterat till tidigare nämnda krav- och kontrollmodellen. Detta på grund av nedskärningar, en strävan mot mer slimmade organisationer och ökad belastning där en person helt plötsligt skall klara av det jobb som tre personer tidigare gjorde men på samma tid som personen hade för endast sina uppgifter. (SBU, 2014).

Det är inte bara faktorer i arbetslivet som kan spela roll. Kvinnor och män jobbar i genomsnitt lika mycket, men kvinnor ägnar ca. fem timmar mer av sin tid åt obetalt arbete än män (Statistiska Centralbyrån, 2014). Utmattning kan även bero på en hög belastning i hemmet och här finns stora könsskillnader. Att ha ett jobb efter jobbet är en av de främsta anledningarna till psykisk ohälsa bland kvinnor (Andersson, 2014). En undersökning

gjord av SCB (2003) har visat att kvinnor i större utsträckning "arbetar heltid" i hemmet medan männen kan spendera tiden efter jobb att uppfylla sina egna behov. En annan studie gjord vid Stockholms universitet bekräftar detta. Studien utfördes på manliga och kvinnliga chefer på Volvo och visade att stresshormonet noradrenalin ökade kraftigt två gånger på om dagen hos kvinnor, både på jobbet och i hemmet, medan män endast hade en ökning av hormonet: på jobbet (Orth-Gomér, 2012). En intressant vinkling på just obalansen som kan skapas i hemmet bidrar Elsa Andersson med i sin artikel "Utmattning – en fråga om jämlikhet" (2014). Där reflekterar hon över det faktum att kvinnor förr var hemma på heltid, men efter andra världskriget skulle även kvinnorna börja jobba. Vad som hände då var att båda föräldrarna hade andra heltidsjobb än hemmet, som även det var ett heltidsjobb. Detta skapar en stor stress eftersom alla sysslor hemma inte tar slut bara för att "bemanningen" i hemmet inte är lika intensiv längre. Kvinnor har även ofta vårdande yrken, vilket innebär att de många gånger gör samma arbete på jobbet som hemma.

## **Rehabilitering**

Rehabilitering kan ses som den skyldighet arbetsgivaren har gentemot sina arbetstagare och genom att presentera lagtext betonas vem som har ansvar. Rehabilitering behandlas också som en process, från sjukskrivning till återgång, där fokus på rehabilitering av utmattningssyndrom behandlas främst.

Trots förebyggande åtgärder på arbetsplatsen kanske en medarbetare blir tvungen att för ett tag lämna jobbet och på vilket sätt en individ rehabiliteras efter sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom är otroligt viktigt. I Arbetsmiljöverkets författarsamling, AFS, 1994:1 2 – 4 § står det skrivet att "Arbetsgivaren skall organisera och bedriva verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering för arbetstagarna. Arbetsgivaren skall ange mål för verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering. Arbetsgivaren skall fortlöpande ta reda på vilka behov av åtgärder för arbetsanpassning och rehabilitering som finns bland arbetstagarna". Arbetsgivaren är skyldig att anpassa arbetsplatsen och förändra den utefter de behov som den sjukskrivne har, exempelvis skall arbetsträning, omplacering, förändring av arbetstider och arbetsfördelning vara åtgärder som arbetsgivaren tagit hänsyn till (AFS 1994:1). Trots detta kan flera domslut från Arbetsdomstolen bevisa att arbetsgivaren inte alltid tar sitt fulla ansvar i arbetstagarens rehabiliteringsprocess (AD2014 nr 82, AD2014, nr 41, AD2006 nr 90). Detta skulle kunna bero på att det för en arbetsgivare är kostsamt att ha medarbetare i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser (Vahlne

Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2009). På grund av tids-och platsbrist kommer den ekonomiska aspekten dock inte att tas upp i denna uppsats. Det kan också bero på att rehabiliteringsansvaret är diffust definierat. Å ena sidan är det arbetsgivarens ansvar att underlätta arbetsåtergången, men det medicinska ansvaret ligger på vården å andra sidan. Försäkringskassan har också ett ansvar i att skapa en sammanhållen rehabiliteringsprocess tillsammans med den som blivit sjukskriven där både medicinska, terapeutiska och arbetslivsinriktade åtgärder finns med i planeringen (Gustafsson & Lundberg, 2004). Här skapas då en tvist om vem som ska ta ansvar vid vilken tidpunkt, samt vem som skall stå för kostnaden av rehabiliteringen. För de andra aktörerna utom arbetsgivaren är det tydligt vem som har ansvar för vad: Försäkringskassan har ansvar för samordning mellan aktörerna och vården har ansvar för behandlingen samt sjukskrivningen. För arbetsgivaren kan det då i vissa fall vara svårt att veta på vilket sätt han eller hon kan hjälpa till och bidra till arbetstagarens rehabilitering. Mycket rehabilitering utförs också med fokus på individens återhämtning och inte med fokus mot individens relation till sin arbetsplats, vilket även gör *arbetslivsinriktad rehabilitering* till ett oklart begrepp (Gustafsson & Lundberg, 2004). I SOU 2000:78 (s 231) definieras arbetslivsinriktad rehabilitering på följande sätt: ”Rehabiliteringen till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete”.

### **Arbetsplatsåtergång**

Under denna rubrik tas begreppet arbetsplatsåtergång upp i form av modeller och tidigare forskning. Det är främst upplevelsen av arbetsplatsåtergång hos deltagarna som ligger i studiens intresse, och dessa kommer senare att analyseras med stöd från följande studier samt intervjuer. Företagshälsovård och dess fördelar kontra nackdelar tas inte upp.

Som tidigare nämnt är frågan om vem som skall ta ansvaret vid rehabilitering diffust. Samtidigt som huvudansvaret ligger på arbetsgivaren skall Försäkringskassan samordna rehabiliteringen och för att utöka denna ansvarskonflikt har även den sjukskrivne individen ett ansvar över att rehabiliteringen blir av, vilket kan ses som självklart men som också gör att de andra aktörerna ibland lämnar hela ansvaret till individen (Vahlne Westerhäll et al., 2009). Rehabiliteringsprocessen kan som tidigare nämnt utgöras av många olika

moment, såsom samtalsterapi, medicinering, arbetsterapi m.m. Varje individs rehabilitering ser olik ut från andras, vad som gör och hur det görs skiftar från person till person.

**Tidigare forskning om arbetsplatsåtergång.** För dem som blir sjukskrivna på deltid från sina jobb finns det stor chans att komma tillbaka till arbetet på heltid igen, men också stor risk att inte reparera sig själv och bli helt frisk. Likaså ökar risken att inte återgå i arbete markant vid heltidssjukskrivning och ju längre frånvaro desto svårare blir arbetsplatsåtergången (Ekberg, 2014). Elin Ekbladh (2008) argumenterar i sin doktorsavhandling om att de faktorer som är avgörande gällande en arbetsplatsåtergång behöver kartläggas. Ekbladh och andra forskare anser att det är bedömningen av arbetsförmåga (*work ability*) som måste utvecklas. Vidare föreslår Ekbladh två instrument som kan användas för att förutspå arbetsåtergång samt se vilka arbetsmiljöfaktorer som hindrar respektive främjar personers hälsa och arbetsförmåga. Dessa är *Worker Role Interview* och *Work Environment Impact Scale* som båda visar signifikant resultat gällande ovanstående faktorer. (Ekbladh, 2008) En studie gjord på 191 deltagare med syftet att se hur individer som återgår till arbetet efter lång sjukfrånvaro skiljer sig från människor som inte varit sjukskrivna gällande anställningsbarhet, arbetsförmåga, hälsa, utbildningsnivå, ålder och kön. Resultatet visade att återgång i arbete efter långtidssjukskrivning hade en positiv korrelation med låg ålder, det manliga könet och hög arbetsförmåga, vilket också kan bekräftas i andra studier. Ett annat resultat från studien är det faktum att så lite som 7 % av tillfrågade chefer skulle anställa människor som varit sjukskrivna (Nilsson & Ekberg, 2013). Fler studier har visat att inställningen hos ledningen är avgörande för arbetsåtergång, en inställning som kan påverkas av flera faktorer. Det kan finnas en motsättning i vad chefen känner att han eller hon ansvarar för, det vill säga produktion eller de anställdas hälsa (Ekberg, 2007). En stor del av forskningen som har tittat på ledarskapets betydelse för en lyckad arbetsplatsåtergång bekräftar att en chef ofta inte känner sig trygg i hur en anställd som lider av psykisk ohälsa skall behandlas och bemötas. För att få en arbetsplatsåtergång att fungera krävs mycket tid, framförallt för att diskutera situationen mellan de ansvariga och den som är sjukskriven för att formulera åtgärdsplaner (Ekberg, 2014). Inställningen hos ledarskapet betyder mycket och stödet den sjukskrivne känner från sin chef påverkar i allra högsta grad arbetsplatsåtergången. Interventioner som har baserats på att ge chefer och ledare kunskap om hur denna inställning påverkar har resulterat i både effektivare arbetsplatsåtergångar samt bättre tillpassning på arbetsplatsen (Ekberg, 2007). Förutom att arbetsgivaren har en betydande roll för en individs arbetsplatsåtergång har det också visat sig att resterande delar av arbetsgruppen också är en

viktig faktor då de kan ge mycket socialt stöd. Därför är det av stor vikt att arbetsgivaren inte bara fokuserar på den sjukskrivne i detta fall utan också informerar och utbildar medarbetarna i hur den här typen av situation skall hanteras, exempelvis genom att prata om motgångar och möjligheter. Denna typ av samverkan mellan alla på arbetsplatsen har visat sig vara viktig, inte bara för den som skall återgå i arbete utan också för att öka vetskapen om arbetsklimatet och de krav medarbetarna har på sig i förhållande till graden av kontroll (Ekberg, 2014).

**Tillämpning av modeller.** För att underlätta processen finns modeller som kan tillämpas när en människa skall tillbaka till arbetet efter en tid av sjukskrivning. Dessa modeller kan användas på olika sätt beroende på individens anledning till frånvaro men i kommande text beskrivs främst modeller som fokuserar på återgång efter någon form av stressrelaterad sjukdom. Ett exempel är ”en samverkansmodell med systematiserade flerpartssamtal”, lik *ArbetsplatsDialog för Arbetsplatsåtergång* som kommer att presenteras nedan. Modellen går ut på att arbetsgivare, Försäkringskassan och andra inblandade i rehabiliteringen tillsammans med individen skapar en för individen anpassad handlingsplan där det tydligt är formulerat hur situationen ser ut och vilka rehabiliteringsinsatser som skall utföras (Vahlne Westerhäll et al., 2009). Ett andra exempel är ”Återhämtningsmodellen” som främst är framtagen för psykiskt funktionshindrade men som också går att tillämpa på stressjukdomar. Modellen fokuserar på återhämtning, att bli bättre och argumenterar för att alla individers rehabiliteringsprocess ser olika ut från person till person. Dock har studier visat att det finns återkommande teman vid återhämtning:

1. ”Individens egenansvar”
2. ”Andra människors betydelse”
3. ”Annat som hjälper”
4. ”Hur blev det sedan?”

Stegen involverar eget engagemang i återhämtningen, socialt stöd, mediciner, gruppaktiviteter samt återblickar för att utvärdera sig själv om vad som gick bra och mindre bra. Här följer nu två större återhämtningsmodeller som tagits fram genom forskning specifikt för just utmattningsrelaterade sjukdomar (Vahlne Westerhäll et al., 2009). Dessa är relevanta eftersom de redovisar vad tidigare forskning har haft sin fokusering samt ger ett perspektiv till den process det kan vara att återgå till sin arbetsplats.

***ArbetsplatsDialog för Arbetsplatsåtergång (ADA)*.** ADA är återgångsprogram utvecklat vid avdelningen för arbets- och miljömedicin på Lunds Universitet, främst av Björn Karlsson och Kai Österberg. Programmet testades i en studie där syftet var att utvärdera effekten av arbetsplatsåtergång med interventionssamtal. Deltagarna till studien tillkom med

hjälp från Försäkringskassan (på regional nivå) där följande krav ställdes för att deltagaren skulle vara giltig för studien:

- Sjukskriven minst 50 % i 2-6 månader, tidigare frisk
- Diagnostiserad enligt ICD-10

Försäkringskassan hjälpte till att matcha dem som blivit utmattade på grund av arbetsrelaterad stress genom att granska journaler, och dem som var sjukskrivna på grund av andra faktorer uteslöts. Alla individer som passade in på studiens profil fick ett brev hem om forskningsprojektet samt ett uppföljande samtal om inbjudan att delta. Efter detta fick deltagarna svara på ett självskattningsformulär samt delta i en intervju om sin utmattning, sjukskrivning och arbetsrelaterad stress. Om det under denna process inte kom fram att andra faktorer än arbetet var en avgörande grund för utmattningen fick deltagaren undersökas på Lunds Universitetssjukhus av en läkare, en psykolog och en socialarbetare. Undersökningen innehöll intervjuer och provtagningar samt fler självskattningsformulär. De tillfrågade antalet var 739 personer, och efter alla tester återstod en grupp på 74. Kontrollgruppen utgjordes av människor som hade valt att inte delta aktivt i studien, men som blev informerade om att deras uppgifter skulle användas i kontrollsyfte och även denna grupp bestod av 74 personer. Nästa steg i processen utgjordes av att varje deltagares närmaste chef blev intervjuad och fick frågor rörande sjukfrånvaron och vilka förändringar som var nödvändiga för att genomföra en arbetsplatsåtergång. Efter detta följde ett interventionssamtal där arbetstagaren, chefen och två av dem som undersökt den sjukskrivne deltog. Här diskuterades vad arbetstagaren och chefen var överens och inte överens om samt hur arbetssituationen kan förändras så att arbetsplatsåtergången skulle kunna underlättas. Resultaten för studien har visat att de deltagare som ingick i forskningsgruppen efter ett halvår kom tillbaka till arbetet i högre sysselsättningsgrad och efter 80 veckor var det färre som hade återgått i sjukskrivning, jämfört med kontrollgruppen (Karlson, Jönsson, Pålsson, Åbjörnsson, Malmberg, Larsson & Österberg 2010). En senare studie som undersökte hur det såg ut 50 veckor efter de föregående 80 veckorna visade konstanta värden främst bland de yngre deltagarna (Karlson, Jönson & Österberg, 2014).

***Stressmottagningen.*** På stressmottagningen, som är en forskningsklinik i Stockholm, arbetar bland annat psykologer, arbetsterapeuter och läkare med rehabiliteringsprocessen hos individer som är hel- eller deltidssjukskrivna (Perski, 2004)(Perski & Grossi, 2004). I styrelsen sitter docent Alexander Perski som har forskat mycket om utmattning och rehabilitering och han redogör för tre faser; *omhändertagande*, *resursuppbyggnad* och *livet ska bli bättre* (Perski, 2012). I den första fasen,



*omhändertagande*, ligger fokus på att visa individen sympati och medkänsla. Målet är alltså att individen skall få tillbaka sin styrka samt kunna stimulera vardagliga behov som till exempel god sömn, mat och motion. I den andra fasen, som kallas för *resursuppbyggnad*, är det viktigt att hitta en balansgång i livet, något som ofta kan nås med hjälp av fysisk aktivitet eller kroppsbehandlingar. Det är i denna fas individen är mer mottaglig för psykoterapeutiska behandlingar, som till exempel kognitiv beteendeterapi. Den tredje fasen kallas *livet ska bli bättre* och går ut på att komma tillbaka till ett stimulerande liv när det gäller både arbete och fritid. Ett centralt begrepp i den tredje fasen är stresshantering och förebyggande av återfall vilket innebär att det krävs ett fortsatt stöd från terapeuter men också ett gediget stöd från chefer på arbetsplatsen. Genom en experimentell studie skapades en sex månader lång rehabiliteringsmodell utifrån ovan nämnda faser. Studien bestod av 80 deltagare som alla varit sjukskrivna på grund av stressrelaterade diagnoser i mer än 90 dagar. Halva gruppen startade rehabiliteringsprocessen med en gång, medan andra halvan fick vänta ytterligare sex månader. Under tidens gång fick de fylla i självskattningsformulär som genomfördes innan och efter behandlingen samt efter ytterligare ett halvår. Själva behandlingsmetoden bestod initialt av sex veckors stresshantering med avslappningsövningar, sjukgymnastik och KBT i grupp. Resterande tid bestod av en kombination av gruppövningar och individuell rehabilitering utifrån varje individs behov. Resultaten för just arbetsplatsåtergång visar att sjukskrivningar på heltid minskade signifikant och andelen sysselsatta patienter ökade från 19 % till 61 %. Bland den halvan som fick vänta ett halvår innan deltagande i studien fanns det ingen som återgick i arbete på egen hand, vilket kan stärka behovet av rehabiliteringsmodeller (Grossi & Perski, 2004).

## Syfte

Eftersom vi människor spenderar mycket av vår tid på arbetsplatsen är det för individens välbefinnande viktigt att vi mår bra på jobbet. Den här uppsatsen skall uppmärksamma problemet kring arbetsplatsåtergång efter det att en person har diagnostiserats för utmattningssyndrom. I tidigare forskning är det intressant att individperspektivet till stora delar saknas, trots att individen borde vara i fokus i sin egen rehabiliteringsprocess. Det finns många svenska studier om att återvända till jobbet, dock bygger merparten av dem på olika modeller mer anpassade för den breda massan. I denna studie får istället den enskilda människan som redan har genomfört en arbetsplatsåtergång frågan om hur denna upplevdes, vilka faktorer som fungerade bra respektive mindre bra och genom den informationen ges

förslag på hur det är möjligt att utveckla arbetsplatsåtergången till det bättre för både arbetsgivare och arbetstagare.

### **Forskningsfrågor**

- Hur upplever individen utmattning/utbrändhet?
- Hur upplevs rehabilitering och arbetsplatsåtergång av individen?
- Vad fungerar bra respektive mindre bra vid en arbetsplatsåtergång?
- På vilket sätt är det möjligt för både arbetsgivare och arbetstagare att förbättra arbetsplatsåtergången för dem som varit sjukskrivna för utmattningssyndrom?

### **Metod**

#### **Kunskapsanspråk**

Detta är en kvalitativ studie med en fenomenologisk metod. En fenomenologisk forskare har som mål att fånga något som existerar i världen, det vill säga deltagarens känslor, tankar och tolkningar som utgör deras erfarenhet, men syftar inte till att förklara vad som orsakar detta. Med en fenomenologisk approach menas också att det finns mer än en värld eftersom samma erfarenhet kan upplevas på olika sätt hos olika människor (Willig, 2013). Målet med uppsatsen är att *beskriva* utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång såsom det upplevs av individen, samt att i diskussionsdelen ge förslag till åtgärder och vidare forskning.

#### **Deltagare.**

Populationen som är av intresse är alla som någon gång varit sjukskrivna för utmattningssyndrom och som sedan upplevt en återgång till sin arbetsplats. Urvalet till denna studie är ett så kallat osannolikhetsurval vilket innebär att varje typ av individ inte innefattas i resultatet (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012). Med andra ord är resultaten inte representativa för hela populationen. Urvalet är även ett bekvämlighetsurval då deltagarna är utvalda på grund av deras tillgänglighet och vilja att svara.

#### **Instrument**

**Bakgrundsformulär.** Ett formulär skapades som varje deltagare skulle fylla i innan tiden för intervjun. Dels för att intervjutiden skulle fokusera till största delen på utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång, men också för att deltagaren skulle få reflektera över ämnet innan det var dags för intervjun. Formuläret bestod av frågor gällande kön, ålder,

utbildning, anställningsform men också stress, arbetsmiljö och rehabilitering.

Bakgrundsformuläret går att läsa i appendix A.

**Intervju.** Intervjun har skett i form av samtalspunkter relaterat till utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång. Utifrån dessa punkter har frågor ställts, och på deltagarens svar finns utrymme för följdfrågor. Detta innebär att ingen intervju har varit lik någon annan intervju, vilket inte behöver innebära ett hinder eftersom ingen människas upplevelse är lik någon annans upplevelse (Trost, 2005). Intervjuerna har spelats in med en diktafon som saknar uppkopplingsmöjligheter till nätverk. Inspelningarna har under hela processen stannat kvar i diktafonden och aldrig överförs till en dator. Efter det att uppsatsen har fått ett godkänt betyg kommer inspelningarna att raderas. Samtalspunkterna går att läsa i appendix B.

**Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS).** Detta självskattningstest för utmattningssyndrom har arbetats fram av forskare vid Karolinska Institutet i Stockholm. Forskarna argumenterar för att denna typ av test behövs på grund av att tidigare varianter har riktat ett större fokus på jobbfaktorer, medan KEDS fokuserar på individens situation i stort. Testet är formulerat utefter de diagnoskriterier som finns att hitta hos Socialstyrelsen och visar på stor användarvänlighet samt tillförlitlighet i sin bedömning. Testet består av nio frågor som berör nio olika ämnen, däribland sömn, koncentrationsförmåga och återhämtning för att nämna några. På alla frågor finns svarsalternativ från 0-6 och som mest går det att uppnå 54 poäng. Ett värde över 18 poäng visar att individen ligger i riskzonen för utmattning (Besér et al., 2014).

## **Procedur**

Urvalet bestod av privata utskick till vänner och bekanta via Facebook, där personer som varit sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom och sedan återvänt till *samma* arbetsplats som den de sjukskrevs ifrån efterlystes. Yrke, kön och ålder spelade ingen roll men det betonades att intervjuerna skulle vara med människor okända för mig på grund av att en nära relation mellan den intervjuade och intervjuaren kan påverka processen och på så sätt även resultatet. När en potentiell deltagare visat intresse skedde ett telefonsamtal för att kunna ge mer information om studien och för att bestämma en plats för intervjun. Sedan skickades bakgrundsformuläret till deltagaren som de fick fylla i innan intervjun. Detta skickades antingen via vanlig post eller e-mail. Innan intervjun fick deltagaren all information om studien skriftligt, samt en samtyckesblankett att skriva under. Information och

samtyckesblankett går att läsa i appendix C. Själva intervjun genomfördes på en genomsnittstid om 29 min och efter intervjun fick deltagaren fylla i KEDS.

### Dataanalys

Det inspelade intervjumaterialet samt bakgrundsformuläret sammanfattades i ett kodat dokument där alla namn och annan personlig information skrivits ut som "XXX". Analysen har bestått av att koda allt material rad för rad (*line by line*), och sedan skapa huvudkategorier ur dessa koder (Willig, 2013). För att i studiens resultat bevisa att kategorier och koder är tillförlitliga kommer dessa grundas i konkreta exempel. I kvalitativ forskning bör exempel användas för att visa hur analysprocessen har sett ut eftersom det skapar en förståelse, både för hur den som tolkat resultaten har resonerat samt för att läsaren skall förstå varför resultaten presenteras som de gör (Willig, 2013).

Tabell 3.

*Exempel på tillvägagångssätt vid kodning samt hur material har kategoriserats.*

Huvudkategorier	Kodningskategorier
A. Psykiska symtom	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koncentrationssvårigheter, oförmåga att klara vardagen, brist på engagemang</li> <li>2. Rädsla, oro, uppgivenhet, känsla av otillräcklighet, maktlöshet, hjälplöshet</li> <li>3. Irritation, ljudkänslighet, aggression</li> </ol>
B. Inget stöd från arbetsgivare	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingen påverkan på arbetsmiljö, bristande säkerhet</li> <li>2. Inget gehör, ingen kontroll, ingen belöning, upplevelse av fler arbetsuppgifter än heltid</li> <li>3. Hög arbetsbelastning, höga krav</li> </ol>
C. Negativ arbetsplatsåtergång	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tungt, hemskt, fruktansvärt</li> <li>2. Ej individanpassat, höga förväntningar, dåliga rehabiliteringsmöjligheter</li> <li>3. Möttes av oförståelse, ej planerad arbetsträning, motstånd från arbetsgivare, motstånd från medarbetare, passivt beteende från arbetsgivare</li> </ol>

## **Etik**

Willig (2003) argumenterar för olika aspekter kring forskningsetik, däribland informerat samtycke, rätten att avbryta sin medverkan, debriefing samt konfidentialitet. Studiens deltagare har fått muntligt och skriftlig information om studiens syfte och ändamål samt kontaktuppgifter till ansvarig handledare och mig som student. Tillsammans med den skriftliga informationen har en samtyckesblankett funnits där båda parter har skrivit under. Informationen har beskrivit hur deltagande i studien går till, att intervjun spelas in, samt att det finns rätt till att dra sig ur vid vilken tidpunkt som helst. Efter intervjun har studiens syfte förklarats och frågeställningar redovisats. Här har det också funnits utrymme för deltagaren att ställa frågor och skulle det uppstått frågor en tid efter intervjun har det varit möjligt att kontakta mig.

Under hela forskningsprocessen har information om deltagare hanterats konfidentiellt. Allt insamlat material har kodats med ett ID-nummer som endast är känt för författaren. Endast på samtyckesblanketten framgår deltagarens namn och denna är separerad från allt annat material. Tystnadsplikten har betonats starkt tillsammans med att inget som sägs under intervjun kommer att föras vidare på ett sätt som kan avslöja deltagarens identitet. När något som sagts i en intervju behöver exemplifieras i resultat eller diskussion har noggrann avidentifiering av deltagaren skett enligt riktlinjer från Trost (2005). Trost (2005) argumenterar för att det är tillräckligt att uppge deltagaren som ”en medelålders man med högre utbildning” istället för ”en 43-årig man i Uppsala som är jur.kand. och arbetar på en större resebyrå”.

## **Resultat**

### **Deltagarpresentation**

Sex personer i åldrarna 37-57 har deltagit i studien och medelåldern för variabeln ålder är 45 med standardavvikelsen 6,48 år. Totalt deltog fyra kvinnor och två män, där alla hade olika utbildningsnivå och olika yrken. Medelvärdet för eftergymnasiala studier var tre år eller längre och majoriteten av deltagarna var fastanställda på sin arbetsplats. Den kortaste tiden en deltagare har varit sjukskriven på heltid är två veckor och som längst två år. Antalet gånger deltagarna har varit sjukskriven varierar från en till tre gånger.

## Karolinska Exhaustion Disorder Scale

KEDS nio kategorier är koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttrötthet, uthållighet, återhämnning, sömn, överkänslighet för sinnesuttryck, upplevelsen av krav samt irritation och ilska. På kategorin *överkänslighet för sinnesuttryck* fanns det lägsta medelvärdet för alla deltagarna, 1.33 vilket gör att de hamnar närmast skalsteget "*Det händer att ljud, ljus eller andra sinnesintryck känns obehagliga*". De högsta rapporterade medelvärdena är kategorierna *minne* och *sömn*, båda med ett värde av 2.33. "*Det händer att jag glömmer bort sådant som inte är så viktigt men om jag skärper mig minns jag för det mesta*" och "*Ibland sover jag oroligare eller vaknar under natten och har svårt att somna om. Det händer att jag inte känner mig utsövd efter en natts sömn*" var de närmsta skalstegen för minne respektive sömn. De flesta deltagare låg på en jämn nivå och skalsteg två och tre är mest förekommande och fyra är det högst angivna värdet på skalan. Medelvärdet för hela gruppen av deltagare är 17,66 poäng vilket är precis på gränsen till riskzonen för utmattning som är 18 poäng. Fyra deltagare ligger över gränsvärdet 18 medan två deltagare har fått få poäng och ligger långt ner på skalan och detta gör att gruppens median är 21,5.

## Deltagarnas redogörelser

Resultatet presenteras på två nivåer; nivå ett är kodade huvudkategorier, och nivå två är kodningskategorier som tillsammans bildar huvudkategorin. Först beskrivs upplevelsen av utmattning/utbrändhet med kategorierna symtombild, känslor, arbetsituation och stöd under sjukskrivningsprocessen. Andra delen handlar om upplevelsen av rehabilitering följt av arbetsplatsåtergång där känslor kring rehabilitering och arbetsplatsåtergång tillsammans med stöd under arbetsplatsåtergången utgör kodningskategorierna.

### Upplevelsen av utmattning/utbrändhet

**Symtombild.** "*Det är svårt att bära på en sjukdom som inte finns. Hade jag brutit benet hade alla sett det men nu sitter det i huvudet och jag tror inte att någon riktigt kan förstå hur sjuk man kan bli.*"

Deltagarna redogör för både fysiska och psykiska symtom. Till fysiska symtom hör hjärtklappning, smärta, illamående och trötthet medan psykiska symtom främst består av koncentrationssvårigheter. Även symtom som sömnstörningar, ljudkänslighet, ångest och problem med minnet upplevdes under perioder med mycket stress. Deltagarna kunde även redogöra för en känsla av att inte känna igen sig själv eller andra i sin närhet. Några av

deltagarna kunde inte se varför de mådde så dåligt och trodde hela tiden att det skulle bli bättre bara de klarade sig igenom den värsta tiden av stress medan andra deltagare mycket väl visste varför de mådde som de gjorde men kände inte att de hade förmågan att göra något åt sin situation.

*”Jag var alldeles för snäll. Jag kunde inte säga nej, och jag satte aldrig ner foten. Sen sa det bara pang!”*

Flera deltagare kunde skildra det kritiska ögonblick när de ”gick in i väggen”, en händelse olik tidigare upplevelser målades upp framför dem och oftast handlade det om att helt plötsligt inte kunna genomföra något som tidigare varit självklart, exempelvis ta en promenad, korsa en väg, delta på ett möte eller stöta på en motgång i arbetet.

**Känslor.** *”Helt plötsligt kunde jag inte längre genomföra det jag var van vid att göra. Det blev en inre konflikt mellan vad jag borde göra och vad jag klarade av.”*

Att vara utbränd beskrivs av deltagarna som en känsla av otillräcklighet och ett ifrågasättande av sig själv kring förmåga och kapacitet. Det finns en maktlöshet och en hjälplöshet i att vara sjukskriven för en sjukdom som deltagaren knappt själv förstår och som därför blir svår för andra runt omkring att begripa.

**Arbetsituation.** *”Jag tror att mitt största problem var att jag inte kunde koppla av, jag var startklar på jobbet och startklar hemma.”*

Alla deltagare anger att det inte fanns någon möjlighet för återhämtning, varken på eller utanför jobbet och i vissa fall tog jobbet så mycket tid att något ”utanför jobbet” inte existerade. På arbetsplatsen fanns en stark obalans mellan påfyllning och uttömning av energi där deltagarna uppger att den mängd energi de gav sitt arbete aldrig kom tillbaka, utan det var en ständig dränering på energi.

*”Mitt arbetstempo var så högt att efter en arbetsdag var jag totalt slutkörd. Möjligheter till återhämtning saknades fullständigt.”*

På de flesta av deltagarnas arbetsplatser fanns en god fysisk arbetsmiljö men aldrig en god psykisk arbetsmiljö; ofta på grund av dåligt ledarskap, bristande säkerhet, etikstress och ett tävlingsinriktat klimat bland kollegor. Deltagarna redovisar också för ett stresspåslag i att det arbete som utförs inte är tillräckligt för någon i omgivningen, oavsett om det är i relation till chef, medarbetare, patienter, klienter eller kunder. Deltagarna beskriver att oavsett grad av stöd från arbetsgivare eller chef fanns det på arbetsplatsen inte mycket utrymme för medbestämmande i arbetsmiljöarbetet. I de fall det fanns en chans till

medbestämmande saknades istället betydelsefulla resurser för att förändra arbetsmiljön till det bättre.

*”Ibland hände det att jag med ingen förvarning blev flyttad eller omdirigerad i mina arbetsuppgifter och för mig som person är det svårt att hantera då jag är beroende av trygghet och kontroll. Detta var för mig starkt stressutlösande.”*

En låg grad av kontroll i relation med för individen alldeles för högra krav är en återkommande upplevelse hos alla deltagare. Deltagarna reagerade på att det ofta förekom fler arbetsuppgifter än vad som rymdes i deras tjänst och det var svårt att säga nej även om arbetsbelastningen blev för hög. Detta tillsammans med den dåliga arbetsmiljön och bristen på möjligheter för återhämtning ledde till ovan nämnda symtom som resulterade i sjukskrivning.

***Stöd under sjukskrivningsprocessen.*** Majoriteten av deltagarna anser att det stöd de fick från sina chefer inte var tillräckligt. Återkommande i deltagarnas berättelser är att det upplevdes svårt att få gehör från chefen när de försökte beskriva sin situation, oavsett om det gällde en individuell situation eller något som pågick på hela arbetsplatsen. Förutom bristande stöd från arbetsgivaren beskrivs även en oförståelse från kollegor och samhället i stort. Majoriteten upplever att det är svårt att prata med andra om sina problem, det finns en känsla av att ingen förstår på riktigt. I början av sjukskrivningsperioden beskriver deltagarna att de upplevde en social exkludering samt att de hade svårt att hantera vardagen och de krav som ställs på en utanför arbetet.

*”Jag hade väldiga problem med att vara nära andra människor, det tog lång tid innan jag pratade i telefon.”*

Dock upplever alla deltagare att någon grad av socialt stöd har absolut funnits och att detta stöd har varit mycket viktigt, inte bara för arbetsplatsåtergången utan också för att komma tillbaka till livet. Det mest avgörande sociala stödet har främst funnits utanför arbetsplatsen men stöd från kollegor betonas också som viktiga.

Deltagarna har också blivit tillfrågade om stödet från vården där flertalet upplever en god kontakt och ett bra stöd men att det i vissa fall finns en okunnighet angående utmattning. Ibland blir utmattningssyndrom en bidiagnos tillsammans med till exempel depression eller ångest vilket har försvårat rehabiliteringsarbetet när det ska ske i samråd med läkare, terapeut, Försäkringskassan och/eller arbetsgivare.



## Upplevelsen av rehabilitering

**Rehabiliterings form.** Rehabiliteringsprocesserna har sett olika ut. Alla deltagare har i någon form rehabiliterats, oftast med medicinsk hjälp eller samtalsterapi men också några med rehabiliteringsprogram. Majoriteten av deltagare redogör för en god terapi utanför arbetsplatsen, och för dem som ingått i någon form av terapisamtal eller rehabiliteringsprogram har denna kontakt i många fall varit avgörande för återhämtningen.

**Känslor.** Under rehabiliteringen drabbas flertalet av en sorg över att vara orkeslös och känslan av att energin som fanns tidigare inte längre är kvar. För vissa av deltagarna har det varit en utmaning bara att möta en ny dag. Deltagarna redogör också för en besvikelse gällande rehabiliteringsmöten med chefen, då det i flera fall har handlat om annat än rehabiliteringsprocessen. Deltagarna berättar att det i många fall finns dåliga rehabiliteringsmöjligheter i företag och organisation.

## Upplevelsen av arbetsplatsåtergång

**Arbetsplatsåtergångens form.** För det flesta deltagarna skapades en mall för arbetsplatsåtergång eller arbetsträning, där dem började komma tillbaka till jobbet på en lägre grad och sedan succesivt trappades schemat och takten upp. Flertalet upplever ett bristande stöd på arbetsplatsen. En del deltagare har bytt arbetsplats och andra har helt och hållet bytt karriär. En press på att klara av sina arbetsuppgifter på samma höga nivå som innan sjukdomen är en av anledningarna till att det inte fungerar att komma tillbaka till samma arbetsplats.

**Känslor.** *”Det kändes hemskt att komma tillbaka, jättehemskt...”*

Det fanns en rädsla innan arbetsplatsåtergången, en rädsla för hur deltagarna skulle klara av det psykiskt och fysiskt. Mötet med arbetsplatsen har för deltagarna varit olika men nästan alla bekräftar att det var svårt och majoriteten av deltagarna upplevde det tungt att gå tillbaka till arbetsplatsen, många gånger för att där väntar samma problematik som vid tillfället för sjukskrivning och det i kombination av känslan att inte vara helt frisk beskrivs som påfrestande.

*”Jag har en otroligt påfrestande arbetsplats där det är mycket att göra hela tiden och jag vet ju inte hur det kommer fungera när jag går tillbaka denna gång, men jag är ju tvungen att göra det ett tag så får vi se vad som händer med mig sen.”*

*”Man inser när man är borta att det inte är mycket av ens jobb som blir gjort, utan det ligger där på hög och växer. Det gör mig motvillig att gå tillbaka till arbetsplatsen igen.”*

För vissa deltagare blev arbetsplatsåtergången kort och ytterligare en sjukskrivning blev aktuell. Detta berodde ofta på att förväntningarna var för höga eller att själva processen för återgång inte var anpassad för en person som varit utmattad. Att bli inkastad i omorganisationer, arbetslag i kris och en underbemannad arbetsplats är fler förklaringar.

*”Jag känner mig stark när jag vet om att jag klarat av att komma tillbaka efter en sådan här sak men det finns också något tragiskt i att mitt jobb har lyckats ta så mycket av min tid ifrån mig.”*

Deltagarna redovisar för att tiden precis innan och under sjukskrivningen är en form av förlorad tid som aldrig kommer att komma tillbaka och personen som fanns innan kommer inte att bli densamma. Dock finns en stolthet och styrka i att känna ”jag klarade det!” vilket beskrivs som väldigt viktig för att fortsätta orka. Majoriteten säger också att de numera känner sig själv på ett djupare plan, vilket gör att varningsklockorna är bekanta och det är lättare att säga nej.

**Stöd i rehabilitering och arbetsåtergång.** Stödet från chefen har visat sig vara viktigt, dock finns en markant skillnad för alla deltagare där vissa upplever obefintligt stöd medan andra har fullt stöd och förståelse. Ibland tar arbetsgivaren initialt tag i själva rehabiliteringsprocessen men släpper sedan den sjukskrivne så fort personen är hemma. Arbetsgivare hör inte av sig eller engagerar sig inte i tillfrisknandet och hälften av deltagarna berättar att de själva har tagit tag i sin rehabiliteringsprocess. När återgången till arbetet ska ske finns det oftast ingen strukturerad plan på hur detta ska gå till utan individen förväntas klara av allt med en gång.

*”Min chef tog inget ansvar för min rehabilitering och jag tog själv tag i att få gå samtalsterapi.”*

*”Jag och min chef har haft en dialog under hela perioden men min uppfattning är att vi inte riktigt förstår varandra. Det gjordes upp en plan i samråd med bland annat läkare och arbetsgivare men jag tyckte att det var ganska påskyndat, jag fick inte den responsen jag behövde.”*

De rehabiliteringsplaner som skapats har deltagaren i flera fall upplevt som gjord för organisationens bästa och inte ur ett individperspektiv. Kontakten och stödet från chefen är bristande där det till och med varit uppenbart att chefen medvetet har agerat passivt i situationen.

*”Jag fick inget gehör eller stöd från min chef. På min arbetsplats finns en kultur som säger att om du inte klarar det här arbetet så bör du se dig om efter något annat.”*

Även det sociala stödet från kollegor har varierat. Framförallt redogörs för en oförståelse och att kollegorna ”tassar på tå” runt den som kommit tillbaka. På vissa arbetsplatser mår personalen överlag psykiskt dåligt och därför var det svårt att ge varandra stöttning.

*”Hela min arbetsgrupp var hårt utsatta och för sin egen arbetsförmåga och överlevnad gick det inte att lägga energi på övriga kollegor mårde.”*

Det sociala stödet från vänner och familj har även i arbetsplatsåtergången varit av stor vikt. Denna typ av socialt stöd beskrivs i de flesta fall som mycket bra och deltagarna beskriver en tacksamhet gentemot dem som funnits där och stöttat. Dock finns också en oförståelse, framförallt för den som varit sjukskriven en längre tid eftersom människor ifrågasätter ”om man aldrig blir frisk?”. På grund av att en del känner skuld inför vännerna drar de sig undan och är mindre sociala än tidigare.

### **Sammanfattning av resultat**

Alla sex deltagare redogör för både fysiska och psykiska symtom i samband med stress och utmattning. Majoriteten av deltagarna beskriver den incident som även kan kallas ”att gå in i väggen”. Orsakerna till utmattning är högst individuell men på alla arbetsplatser fanns en stark obalans mellan påfyllning och uttömning av energi samt en låg grad av kontroll i relation med högra krav. Rehabiliteringsprocesserna har sett olika ut men alla deltagare har i någon form rehabiliterats. Oftast har detta skett med medicinsk hjälp eller i form av samtalsterapi. Även arbetsplatsåtergång upplevs på ett individuellt plan av deltagarna samtidigt som en viktig gemensam nämnare finns representerad; stöd.

### **Diskussion**

Diskussionen är uppdelad i tre delar; resultatdiskussion där frågeställningarna får sina svar, en metoddiskussion som även tar upp etiska aspekter, validitet och reliabilitet och slutligen förslag till vidare forskning.

### **Resultatdiskussion**

Studiens frågeställningar har ändrats och omformulerats flera gånger, till att först endast handla om arbetsplatsåtergång till att sedan även fokusera på

utmattningssyndrom. Frågeställningarna täcker ett brett spektra men anses tillräckligt avgränsade för att ge konkreta svar, med andra ord går det att utan problem svara på frågorna utifrån var och en av deltagarnas upplevelser oavsett om de skiljer sig eller inte. Nedan följer diskussion för KEDS samt för var och en av varje frågeställning utifrån teorier och insamlad data som presenterats ovan.

**Karolinska Exhaustion Disorder Scale.** KEDS är ett tillförlitligt mätinstrument för att skatta deltagarens egen upplevelse av utmattning. Att deltagarna har lägst uppskattat värde på kategorin *överkänslighet för sinnesuttryck* stämmer bra överens med angivna symtom, där ljudkänslighet är det enda uppgivna symtomet när det gäller påverkan på våra sinnesorgan. Att *minne* och *sömn* har fått de högsta poängen är inte heller förvånande då koncentrationssvårigheter är någonting som följer med deltagarna långt efter den värsta tiden av utmattningen. På KEDS går det att som mest få 54 poäng och ingen av deltagarna har hamnat på över 24 poäng och under 6 poäng. Det är intressant att deltagarna har denna spridning då deltagarna uppgett ungefär samma svar till frågorna om hur de mår idag. Att två av deltagarna befinner sig långt under gränsvärdet 18 är viktigt att ta i beaktning, dock antas detta inte ha påverkat resultatet då deltagarna har liknande berättelser om sin utmattningsperiod samt nuvarande situation. Studiens krav har inte varit att deltagarna skall vara utmattade vid själva tillfället för intervjun, utan att de någon gång har varit sjukskrivna för utmattningssyndrom och sedan återvänt till sina arbetsplatser. Är KEDS fenomenologiskt? Båda ja och nej. Nej, för att det är en skattningsskala där människor inte med egna ord får lov att uttrycka sina upplevelser samt för att det bestäms ett värde på hur hög grad av utmattning individen har. Ja, för att den *strävar* efter att fånga deltagarens *egen* upplevelse, utanför diagnoskriterier och annan praxis.

**Hur upplever individen utmattning/utbrändhet?** Individens upplevelse av utmattning/utbrändhet är komplex och mångfacetterad. Alla deltagare redogör för symtom som går hand i hand med tidigare nämnda diagnoskriterier för utmattning samtidigt som de stämmer överens med den bild av utbrändhet som har presenterats i teoriavsnittet. Deltagarna har övergripande samma symtom men med vissa individuella skillnader och det är just detta som gör sjukdomen svår att konkret beskriva och förklara. Händelseförloppetets mönster är däremot liknande för deltagarna. Det börjar med en ohållbar arbetssituation där graden av krav och graden av kontroll spelar stor roll för deltagarnas upplevda situation. Deltagarna redogör för samma typ av krav som Hellgren, Sverke och Näswall (2008); tidspress och en hög arbetsbelastning är ett genomgående tema för deltagaren och det är framförallt gällande

arbetsinflöde som deltagarna upplever en avsaknad av kontroll. Relaterat till detta är Siegrist teori om ansträngning och belöning och deltagarna redogör även för detta, främst när det gäller mängden energi arbetet ger och den mängd energi som ges tillbaka, samt möjligheterna till återhämtning. Alla deltagare har upplevt att de inte hade någon möjlighet att varva ner. Deltagarnas upplevelser visar att modellen för krav och kontroll är högst aktuell och viktig, vilket innebär att kunskapen om den behöver etableras mer.

Deltagarna i denna studie jobbar alla i så kallade kontaktyrken vilket innebär arbete nära människor, som till exempel inom vården eller socialtjänsten. *Etisk och moralisk stress* är ett begrepp som inte har tagits i beaktning i teoriavsnittet men uppmärksammats av flera deltagare som upplever att de har en plikt gentemot kunder, klienter eller patienter där det finns exempelvis manualer eller lagstadga kring hur varje fall skall hanteras men tiden räcker inte till. Slimmade organisationer med ett stort fokus på produktivitet och framförallt resultat finns som förklaringar. Ett mer konkret exempel är att inom vården ha en patient som behöver olika typer av undersökningar och behandlingar men bara de mest akuta eller primära är möjligt att hinna med på grund av att det skall vara tids- och kostnadseffektivt. Detta skapar en konflikt hos individen som kan ses som allt annat än hälsosam relaterat till krav- och kontrollmodellen då kraven och den låga graden av kontroll inte möter varandra.

En arbetsmiljö inriktad på just resultat kan vara bra för organisationen men en analys av deltagarnas redogörelser säger att detta inte stämmer i längden. När arbetskraften minskar på grund av sjukskrivningar förlorar företagen pengar. Att rehabilitera en anställd kostar också pengar. Är det bra för individen med en arbetsmiljö som är väldigt inriktad på produktivitet och resultat? Arbetsmiljöverket anser att en lagom arbetsmängd med tydliga förväntningar på prestation är essentiellt för en bra psykisk arbetsmiljö. Detta stämmer bra överens med Rubenowitz (2004) argument om viktiga faktorer i en hälsosam psykosocial arbetsmiljö och relevant i kontrast till det resultatbaserade arbetsklimatet är egenkontroll, stimulans från arbetet och en lagom arbetsbelastning. Produktivitet och resultat är viktigt för organisationens överlevnad och skall därför vara en central del av arbetet, men arbetsmiljön behöver justeras enligt informationen från Arbetsmiljöverket och Rubenowitz för att vara mer hälsosam.

Arbetsituationen beskriven ovan leder i många fall fram till sjukdomen utmattningssyndrom och upplevelsen utbrändhet. De symptom deltagarna redogör för stämmer väl överens med Socialstyrelsens diagnoskriterier så de kan i dessa fall antas som högst relevanta. Utmattningssyndrom som diagnos är medicinskt men ändå fångas de känslor som

finns vid beskrivningen av utbrändhet upp, där den största skillnaden är kraven som finns i diagnoskriterierna, exempelvis sjukdomens varaktighet. Däremot finns det ett tomrum i litteratur och tidigare forskning gällande ögonblicket för att ”gå in i väggen”, något flera deltagare kunde beskriva. Detta kan bero på att det är mycket individuellt, historierna skiljer sig åt när det gäller händelseförlopp och form. Dock finns en likhet då deltagarna beskriver det som att fullständigt tappa greppet och i ett akut skede inte klara av ett eller flera hinder i vardagen, som annars brukar vara problemfria.

Tidigare nämnda *The Maslach Burnout Inventory* är test utvecklat för att bedöma utmattning hos individen och utgörs av tre teman; emotionell utmattning, empatibortfall och försämrad arbetsprestation. En analys av resultaten visar att dessa tre teman stämmer bra överens med deltagarnas upplevelse där till exempel emotionell utmattning kan jämföras med dräneringen på energi som deltagarna beskriver. Försämrad arbetsprestation är både aktuellt; deltagarna känner att de inte klarar av lika mycket som tidigare, men också inte aktuell; deltagarna överkompenserar den mängd ansträngning de ger till arbetet för att klara av arbetsbelastningen. Empati-bortfall redovisas i de fallen där andra människor blir åsidosatta på grund av sjukdomen, exempelvis när det går ut över en partner, vän, föräldrar eller barn. Det är också en form av empatibortfall att inte lyssna på sig själv och sin egen kropp utan bara köra på precis som om allt var som vanligt.

### **Hur upplevs rehabilitering och arbetsplatsåtergång av individen?**

Rehabiliteringen upplevs som god i nästan alla fall och de flesta deltagarna känner att rehabiliteringen har hjälpt dem och stärkt dem. Dock poängteras att avslutad rehabilitering inte alltid innebär att vara frisk då utmattning beskrivs som en sjukdom och ett tillstånd som inte riktigt släpper taget, något som kan stärkas av deltagarnas resultat på KEDS där poäng över 18 inträffade även om individerna inte längre var i en rehabiliteringsprocess eller sjukskrivna. Med andra ord har majoriteten av deltagarna varit tillbaka på sina arbetsplatser eller gått vidare till andra arbetsplatser eller utbildningar vid tidpunkten för intervjun samt avslutat sin rehabilitering och trots detta befinner sig majoriteten av deltagarna över 18 poäng på KEDS. Symtomen finns kvar länge och deltagarna redogör för en känsla av att ha förändrats, att den människan som fanns innan inte kommer tillbaka, vilket är på både gott och ont.

Arbetsplatsåtergång upplevs som mycket tufft, något tidigare forskning inte uppmärksammar alla gånger då det fokuseras mer på vem som har ansvaret och hur återgången ser ut, inte hur den *känns*. Kanske skulle en bedömning av arbetsförmåga, lik den

som Ekbladh tar upp i sin avhandling, vara aktuell för att se om en individ är redo att komma tillbaka både fysiskt och mentalt. Studier har även visat att inställningen hos arbetsplatsens ledning är essentiell för återgången men det går inte att redogöra för vad chefer på deltagarnas arbetsplatser har tyckt och tänkt, däremot kan det förmedlas att deltagarna har upplevt ett motstånd.

**Vad fungerar bra respektive mindre bra vid en arbetsplatsåtergång?** Det är svårt att hitta ett särskilt framgångskoncept då deltagarna har genomgått olika former av rehabilitering. För vissa deltagare har den rehabilitering som erbjudits av arbetsplatsen fungerat väl och givit bra resultat, i andra fall är rehabiliteringen bra men sjukdomsbilden har inte förändrats. Detta kan bevisas med hjälp av KEDS samt deltagarnas redogörelser. Deltagarna upprepar flera gånger en brist på individanpassad rehabilitering. Det är inte alla gånger en helt frisk individ som återkommer till sin arbetsplats och detta måste uppmärksammas i ett större spektra. Rehabiliteringsprocesserna har sett olika ut där några har deltagit i större projekt medan andra fått klassisk samtalsterapi och/eller medicinering. I flera fall har det inte varit aktuellt att rehabiliteringen skall utgöras av något annat utan arbetsgivaren har i flera fall bestämt och sedan har rehabiliteringen fortlöpt. Detta visar på ett bristande stöd från arbetsgivaren och en större lyhördhet när det kommer till hur en individ vill utforma sin rehabilitering. Förutom just förbättring vid arbetsplatsåtergången påpekar deltagarna att den som mår dåligt på sin arbetsplats måste fångas upp tidigare. Arbetsplatserna behöver uppmärksamma psykisk ohälsa i ett större perspektiv och för detta finns gehör i tidigare forskning och övrig teori där det främst fokuseras på stressen som leder till utmattning och utmattningssyndrom när det väl har inträffat.

**På vilket sätt är det möjligt att för både arbetsgivare och arbetstagare att förbättra arbetsplatsåtergången för dem som varit sjukskrivna för utmattningssyndrom?** Deltagarnas synpunkter angående vad som behöver förändras är tydliga; människor måste förstå att psykisk ohälsa är en folksjukdom, ett stort hälsoproblem i samhället som drabbar fler och fler och organisationer måste förstå att det är viktigt att fånga upp de människor som riskerar att drabbas av utmattningssyndrom långt innan det är försent. Ett förslag är faddergrupper på arbetsplatsen, en grupp bestående av människor med liknande erfarenheter gällande utmattningssyndrom som dels kan främja hälsovinster på arbetsplatsen men också hjälpa den som kommer tillbaka i form av råd, stöd och vägledning. En stödgrupp på arbetsplatsen skulle kunna fungera som ett nätverk för dem som varit utmattade där frågor om allt som rör återgång, att klara av sina uppgifter, att hitta en balans mellan arbete och fritid

kan vara aktuellt och förhoppningsvis minska antalet individer som återgår i sjukskrivning. Det är dock viktigt att denna grupp dels får tid från arbetsgivarhåll, samt att gruppens struktur och målformuleringar skapas av människor med rätt typ av erfarenhet, som vet hur det är att uppleva utmattning och utbrändhet. Tidigare forskning visar på att detta är någonting som saknas. Det utvecklas modeller för hur arbetsplatsåtergången kan se ut, som till exempel ADA och Stressmottagningens återgångsprogram, där terapi, integrering med arbetsplatsen och målinriktade samtal hålls med chefen för att underlätta processen. Återgångsprogram som ADA och Stressmottagningen kan vara bra att använda för att underlätta arbetsgivarens arbete när en anställd sjukskrivs och skall rehabiliteras. Om företaget tar fram detta i samråd med till exempel företagshälsovården vet en chef vilka åtgärder som skall vidtas direkt när en anställd blir sjukskriven. Resultaten för båda dessa återgångsprogram är bra och visar på en högre grad av återgång än i studiernas respektive kontrollgrupper. I Stressmottagningens studie fanns en grupp som fick vänta ett halvår på att vara med i programmet och ingen av de deltagarna återgick i arbete på egen hand, vilket kan stärka behovet av rehabiliteringsmodeller.

### **Sammanfattning av resultatdiskussion**

Att ordet *stöd* återkommer flera gånger i resultatpresentationen är ingen slump. Alla deltagare har redogjort för vikten av stöd och förståelse från chefer, medarbetare och människor utanför arbetsplatsen. Att socialt stöd är viktigt bevisas även av Theorell som också poängterar vikten av att ha en stödfunktion på arbetsplatsen. I sjukdomsförloppet ifrågasätts av deltagarna varför inte chefer är mer lyhörda när medarbetare mår dåligt. Att sjukdomen är svår att se är bekräftat och kan därför vara en av anledningarna, kanske kan det också vara så att chefen själv utsätts för en hög arbetsbelastning och inte har tillräckliga mängder energi för att se ytterligare problem på arbetsplatsen. Stödet i arbetsplatsåtergången är enligt deltagarna både aktivt och passivt. Aktivt i den formen att deltagarnas initiala schemaläggning med mera utformas med arbetsgivaren men sedan passivt för att det inte sker någon uppföljning. Mönstret ser ungefär likadant ut i rehabiliteringsprocessen där chefen flera gånger beskrivs som den som tar tag i rehabiliteringen, det vill säga kommer med råd och tips om företagshälsovård eller liknande, men sedan finns inget gehör under resterande delen av sjukskrivningen. Kanske skulle modeller som ADA och Stressmottagningens återgångsprogram fånga upp detta bättre och på så sätt göra kontakten mellan arbetsgivare och arbetstagare mer aktiv under hela rehabilitering- och återgångsprocessen? Detta



tillsammans med förslaget om stödgrupp på arbetsplatsen för dem som varit med om liknande upplevelser skulle kunna lösa många problem.

Hur definieras socialt stöd? Socialt stöd är ett komplext begrepp och tidigare forskning visar att det är viktigt, nästan livsviktigt. En individ som utsätts för någon form av stress kan klara detta under en lång period så länge graden av socialt stöd är hög. Detta är problematiskt av två anledningar, dels för att alla inte har tillgång till stöd då livssituationen kan se olika ut, och dels för att forskningen inte hjälper till att definiera vilken typ av socialt stöd det är som behövs. Måste det vara ett innerligt socialt stöd med möjligheten till kontakt varje dag som exempelvis en partner eller mycket nära vän, eller räcker det med någon som finns där lite då och då men som är väl insatt i situationen, som en kollega eller chef? Deltagarnas berättelser skildrar att det sociala stödet är viktigt på alla fronter men utan det sociala stödet i privatlivet uppkommer en känsla av att känna sig ensam. Studien visar också att trots mediciner eller olika former av samtalsterapi är stöd den viktigaste pusselbiten i rehabiliteringsprocessen och återgången till arbetsplatsen. I avsnittet om vidare forskning längre ner tas denna aspekt upp som en viktig faktor att fortsätta studera.

### **Metoddiskussion**

Att utföra en kvalitativ studie var i grunden ganska självklart. Främst för studiens intresse eftersom syftet var att göra en kartläggning av deltagarnas upplevelser men också för det personliga intresset, att arbeta nära människor. Genom intervjuer har det varit möjligt att komma nära in på deltagarnas liv och deras berättelser har gett viktig och känslig information vilket det finns en stor respekt för.

Urvalsprocessen har varit allt annat än okomplicerad, att hitta deltagare till studien har varit svårt. Som tidigare nämnt skickades frågor ut till vänner och bekanta via Facebook och från många blev svaret att det tyvärr inte kände någon som passade in på profilen och många hade eventuellt någon som sedan aktivt tackat nej. Totalt har ca 15 personer blivit direkt tillfrågade och sammanlagt sex har ställt upp på intervjuer. Orsakerna till bortfallet kan vara många, men två återkommande förklaringar är tidsbrist eller det faktum att det är ett för många känsligt ämne att öppna upp sig om. Detta är något som självklart möts med stor respekt, ett nej har fått stanna vid ett nej. En bredare urvalsgrund än Facebook hade förmodligen underlättat urvalsprocessen, något som är lätt att se i efterhand. Att genomföra intervjuer har gått överraskande bra. Innan fanns en oro över att det skulle vara svårt samt stor osäkerhet kring rollen som intervjuledare men oron och osäkerheten försvann

snabbt. Att transkribera intervjuerna har tagit tid av den anledningen att de lyssnats igenom om och om igen för att identifiera var i intervjun det finns extra markanta betoningar från deltagaren. Genomgång av det nedskrivna intervjumaterialet har därför gjorts med minnet av deltagares röstläge och detta har underlättat analys och kodning av materialet. Uppsatsen bedöms ha hög validitet då den mäter vad som avsetts att mäta; deltagarens upplevelse av utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång. Studien är däremot svår att generalisera då urvalet är ett bekvämlighetsurval och deltagarna är få till antalet vilket hotar den externa validiteten. Dock har deltagarna olika relationer till problemet och en del information i studien kan användas som underlag till vidare forskning eller för att förbättra och utveckla arbetsplatsåtergång hos företag. Gällande reliabilitet har mätinstrumenten som använts i studien varit av hög kvalitet, det har inte varit några problem att höra vad deltagarna säger och transkriberingen har därför varit lätt i det sammanhanget. Studiens resultat skulle däremot antagligen inte bli desamma vid ytterligare undersökning, då alla individers redogörelse är unik. Frågeställningarna har blivit besvarade, dock med en större betoning på utmattningssyndrom än arbetsplatsåtergång, mycket på grund av deltagarnas upplevelser av just utmattning är grunden till deras arbetsplatsåtergång.

**Etik.** De aspekter angående etik som Willig (2003) argumenterar för har tagits i stor beaktning. Som tidigare nämnt har deltagaren fått skriva på en samtyckesblankett (Appendix C) där information kring rätten att avbryta sin medverkan, hur materialet kommer att hanteras samt aidentifiering varit tydligt presenterat. Studiens syfte har varit tydligt formulerad från första början då det inte har riskerat att påverka deltagarnas berättelser. Vid presentationen för resultat har aidentifieringen varit självklar men svår. Samtidigt som deltagarnas berättelser skall behandlas med största respekt finns det ett syfte med att presentera exempel från deltagarna för att ge evidens till de slutsatser som dragits. Här måste aidentifieringen vara så väl genomförd att en enskild deltagares närmsta anhöriga inte skall känna igen något av citaten. Även om många deltagare rapporterar liknande upplevelser finns det vissa faktorer som skiljer sig från andra och dessa är viktiga att fånga upp. Deltagarnas upplevelser har blivit tydligt redovisade med fokus på likheter och skillnader samtidigt som etiska faktorer har behandlats med stor respekt.

### **Förslag till vidare forskning**

I teorin presenterad ovan finns ett avsnitt för skillnader på grund av kön och yrke och som en vidareutveckling på denna studie hade det varit intressant att se till

könsskillnader. Några sådana är inte presenterade i diskussionen av den anledningen att det inte fanns någon större skillnad mellan könen vilket skulle kunna bero på att deltagarna inte var tillräckligt många. Eftersom deltagarna i denna studie i någon form har arbetet med hantering av människor skulle det vara intressant att genomföra studien på individer från fler delar av yrkeslivet för att se om det finns några skillnader.

Som tidigare nämnt i teoriavsnittet samt ovan i diskussionen så saknas ett individperspektiv. Rehabiliteringsplaner blir i många fall till på en grund som är kostnadseffektiv och sparar tid, men hjälper det när samma individer blir sjukskrivna om och om igen och arbetsplatsen ser precis likadan ut vid återgång som vid sjukskrivning? Forskningen behöver rikta in sig mer på hur *arbetsplatsen* skall förändras och vad som kan göras för att inte fler ska hamna i sjukskrivning. Detta skall inte bara vara för den som rehabiliteras utan även för dem som är kvar på arbetet och utsätts för samma typ av belastning som den som blivit sjukskriven. Ytterligare ett argument för att detta är nödvändigt kan hittas i tidigare presenterade domar från Arbetsdomstolen. Det finns ett mönster av att arbetsgivare betalar sig ur sitt rehabiliteringsansvar genom att den sjukskrivne blir utköpt. För den som är sjukskriven kan detta vara positivt eftersom det alla gånger inte fungerar att återvända till sin arbetsplats men problemet finns dock kvar på arbetsplatsen och hos arbetsgivaren som precis avsagt sig sitt ansvar. Slutligen finns en problematik i att arbetsgivare inte implementerar den forskning som redan finns. Därför behöver människor som kan påverka, till exempel politiker, myndigheter och fackförbund sätta större press på arbetsgivare och företag.

Studien visade att stöd var en viktig faktor för att rehabiliteras och återgå till arbetsplatsen. Idag finns redan mycket forskning om stöd i olika skeden i livet men stöd vid arbetsplatsåtergång skulle kunna ses som ett aktuellt forskningsområde för att vidareutveckla de aspekter som togs upp ovan gällande att stödet ibland kan ses som avgörande, samt att det finns vissa människor som kanske skulle klara sig lika bra enbart med ett utbrett stöd istället för medicinering.

## Referenser

- AFS 1994:01. *Anpassning och rehabilitering*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Andersson, E. (2014, april). Utmattning – en fråga om jämlikhet (Debattinlägg). Hämtad från <http://socialmedicinsktidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1238/1030>
- Brundin, K. (2004) *Utbrändhet - ett psykoanalytiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Ekberg, K. (2007). Workplace health – influences and interventions. I P. Nilsen (Ed.). *Strategies for health: An anthology* (s. 46-58). Linköping: Linköping University Electronic Press
- Ekberg, K. (2014). Hälsöfrämjande och lärande arbetsplats – finns organisatoriska förutsättningar? I H. Kock. (Red.). *Lärande i arbetslivet: möjligheter och utmaningar: en vänbok till Per-Erik Ellström*. (s. 37-51). Linköping: Linköping University Electronic Press
- Ekbladh, E. (2008). *Return to work: Assessment of Subjective Psychosocial and Environmental Factors*. (Doctoral thesis, Linköping University Medical Dissertations, 1066). Norrköping: Linköpings Universitet. Tillgänglig: <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A18168&dswid=2069>
- Esfahani, N., Larsson, M. EH., Määttä, S. RN. & Granath, A. (2014). Könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91. 339-347.
- Försäkringskassan. (2015). *Sjukskrivningar 60 dagar eller längre*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Gustafsson, R. Å. & Lundberg, I. (Red.). (2004). *Arbetsliv och Hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Hellgren, J., Sverke, M. & Näswall, K. (2008). Changing work roles: new demands and challenges. I J. Hellgren, M. Sverke, M. & K. Näswall. (Red.), *The Individual in the changing working life* (s. 46-66). New York: Cambridge University Press.
- Holt N., Bremner A., Sutherland E., Vlieg M., Passer M. & Smith R. (2005) *Psychology: The science of mind and behaviour*. Berkshire: Mc Graw-Hill Education.
- Internetmedicin. (2015). *ICD-10*. Hämtad 2015-03-25, från <http://www.internetmedicin.se/icd.aspx>
- Karlson B., Jönsson P., Pålsson B., Åbjörnsson G., Malmberg B., Larsson B., Österberg K.,

- (2010). *Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study*. doi:10.1186/1471-2458-10-301
- Karlsson, B., Jönsson, P. & Österberg, K. (2014). *Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout*. doi:10.1186/1471-2458-14-821
- Leineweber, C., Kecklund, G., Theorell, T., Åkerstedt, T., Alexandersson, K. & Westerlund, H. (2013). Inflytande över arbetstiden och sjuknärvaro/sjukfrånvaro. *Arbetsmarknad och arbetsliv*, 19(4), 87-98.
- Levi, L. (2012). Stress och hälsa i ett internationellt perspektiv. I T. Theorell. (Red.). *Psykosocialmiljö och stress* (s. 279-300). Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, U. (2014). Stress och hälsa i ett föränderligt samhälle. *Svenska föreningen för psykisk hälsovård*, 55. 22-29. Stockholm.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999) *Sanningen om utbrändhet. Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Nilsson, S. & Ekberg, K. (2013). Employability and work ability: returning to the labour market after long-term absence. *A journal of Prevention, assesment and rehabilitation*, 4(44), 449-457. doi: 10.3233/WOR-2012-1402.
- Nilsson, L. & Warne, K. (2015, mars). När psyket tar stryk. *Tidningen Vision, mars*, 15-17.
- Orth-Gomér, K. (2012). Kvinnors stress, sociala miljö och hälsa i ett livsperspektiv. I T. Theorell. (Red.). *Psykosocialmiljö och stress* (s. 207-223). Lund: Studentlitteratur.
- Perski, A. (2012). Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till hälsa. I T. Theorell. (Red.). *Psykosocialmiljö och stress* (s. 117-132). Lund: Studentlitteratur.
- Perski, A (2004, april). Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen, Volym 101*. 1292-1294
- Perski, A. & Grossi, G. (2004, april) Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen, Volym 101*. 1295-1298
- Rubelowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur
- SBU. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symptom för depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

- SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmiljöverket
- SFS 1977:1166. *Arbetsmiljöförordningen*. Stockholm: Arbetsmiljöverket
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. & Zechmeister, J. S. (2012). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw Hill
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.
- Statistiska centralbyrån. (2014). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2014*. Örebro: Statistiska Centralbyrån.
- Sändaren. (2015). *Pastorer riskerar bli utbrända på jobbet*. Hämtad 2015-04-14 från <http://www.sandaren.se/nyhet/pastorer-riskerar-bli-utbranda-pa-jobbet#comments>
- Theorell, T. (2012). Psykosociala faktorer – vad är det? I T. Theorell. (Red.). *Psykosocialmiljö och stress* (s. 15-80). Lund: Studentlitteratur.
- Thylefors, I. (2010) Psykosocial arbetsmiljö. I M. Bohgard, S. Karlsson, E. Lovén, L-Å. Mikaelsson, I. Mårtensson, A-L. Osvalder, L. Rose, ... P. Ulfvengren. *Arbete och teknik på människans villkor* (s. 19-70). Stockholm: Prevent.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Vahlne Westerhäll, L., Bergroth, A. & Ekholm, J. (2009). *Behandlingsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Widmark, M. (2005) *Det nya arbetslivet*. Stressforskningsrapporter 315-2005. Stockholm: Institutet för psykosocial medicin. Elanders Gotab.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Berkshire: Mc Graw-Hill Education.
- 1177 Vårdguiden. (2012). *Utmattningssyndrom*. Hämtad 2015-03-25, från <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Utmattningssyndrom/>

## Appendix A

### Enkät

Psykologi: Upplevelsen av utmattningssyndrom, rehabilitering och arbetsplatsåtergång

---

- Formuläret tar ca 30-40 minuter att fylla i
- Läs varje fråga noggrant och besvara så spontant och ärligt du kan.
- Vid flervalfrågor: nämn det alternativ som är närmast din uppfattning även om du inte tycker att något av alternativen stämmer helt perfekt
- Markera ditt svar i varje ruta på följande sätt ☒.  
Om du markerar fel svar, ändra ditt svar genom att markera ditt felaktiga svar på följande sätt ■ och fyll sedan i rätt svar som vanligt ☒.

Tack för din medverkan!

## Appendix A

1. **Kön**       Man       Kvinna       Vill ej uppge

2. **Ålder**      \_\_\_\_ \_\_\_\_

### 3. Högsta utbildning

- Folkskola eller grundskola
- 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
- 3-4-årigt gymnasium
- Universitet eller högskola, mindre än 3 år
- Universitet eller högskola, 3 år eller längre
- Annan utbildning \_\_\_\_\_

### 4. Nuvarande sysselsättning

- Yrkesarbetar, XX % av heltid
- Tjänstledig eller föräldraledig
- Studerar, praktiserar
- Arbetsmarknadsåtgärd
- Arbetslös
- Förtidspensionerad, sjukpensionerad
- Långtidssjukskriven, mer än 3 månader
- Annat: \_\_\_\_\_

### 5. Nuvarande anställningsform

- Egen företagare
- Fast anställd (tillsvidareanställd)
- Vikarieanställd
- Projektanställd
- Timanställd
- Anställd på personaluthyrnings- eller bemanningsföretag
- Provanställd
- Annat: \_\_\_\_\_

6. Vid hur många tillfällen har du varit sjukskriven på grund av utmattningssyndrom?

---

7. Under hur lång tid har du som längst varit sjukskriven på grund av utmattningssyndrom?

---

8. Vid det tillfället du nämnt ovan, hur lång tid tog det innan du var tillbaka på din arbetsplats första gången efter att du blev sjukskriven?

---



## Appendix A

### Stress

Frågorna gäller den stress du utsattes för innan sjukskrivningen.

9. På vilket sätt märkte du att stressen blev en ohållbar situation för dig?

---

---

---

---

---

10. Hur såg dina möjligheter för återhämtning ut?

---

---

---

---

---

---

---

### Arbetsmiljö

Frågorna gäller arbetsplatsen och arbetsmiljön innan du blev sjukskriven.

11. Hur skulle du beskriva den fysiska arbetsmiljön på din arbetsplats?

---

---

---

---

---

12. Hur skulle du beskriva den psykiska arbetsmiljön på din arbetsplats?

---

## Appendix A

---

---

---

---

13. Hur ser/såg möjligheterna för medbestämmande gällande arbetsmiljö ut för dig och dina medarbetare på din arbetsplats?

---

---

---

---

14. Ofta pratas det om en balans i vad man sätter in i arbetet och vad man får tillbaka. Känner du att det fanns en jämn balans mellan den energi du gav och den energi du fick?

### **Rehabilitering**

*Frågorna gäller den rehabiliteringsprocess som pågick under just den sjukskrivning du besvarat i fråga 7.*

15. Vem tog ansvar för din rehabiliteringsprocess?  
(Ex. du själv, arbetsgivare, läkare, nära anhörig etc.)

---

---

16. Vad utgjorde din rehabiliteringsprocess?  
(Ex. terapi, arbetsträning, friskvård etc.)

---

## Appendix A

---

17. Vem eller vad var ditt viktigaste stöd i rehabiliteringsprocessen? Varför?

---

---

---

---

---

## **Appendix B**

### **Utmattningsyndrom/sjukskrivningsprocessen**

1. Varningsklockor
2. Egen uppfattning/beskrivning av utmattning
3. I början av sjukskrivningen
4. Tidigare sjukskrivningar

### **Arbetsplatsåtergång**

5. Första mötet med arbetsplatsen
6. Dialog med arbetsgivare
7. Dialog med medarbetare
8. Arbetes funktion och roll för livskvalité
9. Tillämpning av modeller
10. Hinder på vägen
11. Nuvarande situation

### **Avslutning**

12. KEDS
13. Är det något du anser att jag har glömt att ta upp eller som du vill berätta mer om?

## Appendix C

Hej!

Tack för att du vill vara med i min studie!

Jag är student på Lunds Universitet och skriver just nu min kandidatuppsats i psykologi. Detta kandidatarbete pågår under vårterminen 2015 och omfattar sammanlagt 15 hp. Temat för uppsatsen är utmattningssyndrom, rehabilitering och arbetsplatsåtergång och syftet med studien är att beskriva deltagarens upplevelse av detta.

Metoden som används i studien är en semistrukturerad intervju som består av 22 punkter. Besvara varje fråga så detaljerat som möjligt och utifrån din egen verklighet. För att inte missa viktig information kommer intervjun att spelas in.

De uppgifter som samlas in är deltagarens egen berättelse och kommer att användas för att tolka och analysera upplevelsen hos individen. Studien kommer inte att hämta uppgifter gällande deltagarna från någon annan källa än deltagaren själv. Alla dokument och inspelningar kommer att förstöras när uppsatsen har godkänts. Intervjun kommer att spelas in på en diktafon utan internetuppkoppling och kommer aldrig att föras över till en dator med internetanslutning.

Som deltagare garanteras du full anonymitet; inga namn eller andra personuppgifter kommer inte att presenteras i studien och alla uppgifter hanteras konfidentiellt. När studien och uppsatsen är klar kommer den, som en del av kriterierna för att bli godkänd, finnas tillgänglig för alla som vill läsa den.

Deltagande i studien är helt frivilligt och du har full rätt att när som helst avbryta din medverkan.

### Huvudansvarig

Bengt Brattgård  
Universitetsadjunkt  
Leg. Psykolog  
Lunds Universitet



### Medverkande

Emilia Hedman  
Kandidatstudent  
Lunds Universitet



Tack för ditt deltagande!  
Hälsningar,

---

Emilia Hedman

## Appendix C

### Samtycke till deltagande i forskningsstudie

Psykologi: Upplevelsen av utmattningssyndrom, rehabilitering och arbetsplatsåtergång

---

- Detta kandidatarbete i psykologi pågår under vårterminen 2015 och omfattar sammanlagt 15 hp.
- Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av utmattningssyndrom och arbetsplatsåtergång hos den enskilda individen.
- Metoden som används i studien är en semistrukturerad intervju.
- De uppgifter som samlas in är deltagarens egen berättelse och kommer att användas för att tolka och analysera upplevelsen hos individen. Studien kommer inte att hämta uppgifter gällande deltagarna från någon annan källa än deltagaren själv. Alla dokument och inspelningar kommer att förstöras när uppsatsen har godkänts.
- Som deltagare garanteras du full anonymitet; inga namn eller andra personuppgifter kommer att presenteras i studien. Inspelning samt intervjuanteckningar kommer att kodas med en kod som inte går att knyta till ditt namn.
- Intervjun kommer att spelas in på en diktafon utan internetuppkoppling och kommer aldrig att föras över till en dator med internetanslutning.
- Deltagande i studien är helt frivilligt. Som deltagare har du full rätt att när som helst avbryta din medverkan i studien.
- Huvudansvarig för studien är Bengt Brattgård, leg. Psykolog och Universitetsadjunkt vid Lunds Universitet
  - Telefonnummer: [REDACTED]
  - Mailadress: [REDACTED]
- Kandidatstudenten och ansvarig för sekretessuppgifter är Emilia Hedman
  - Mailadress: [REDACTED]

Deltagare

Student

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande