



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Konsekvenser av fördomar och stigmatisering; upplevelser hos personer som är återhämtade från självskadebeteende och sjukskrivning

- **En kvalitativ intervjustudie**

Författare: Fanny Betåker & Polly Bohlin

Examensarbete: 15p

Program och kurs: Socionomprogrammet, SQ4562 Vetenskapligt arbete

Termin, År: 6, 2020

Handledare: Lena Andersson

Antal ord: 19 794

Abstract

Bakgrund: I samhället finns fördomar om personer som drabbas av självska debeteende och sjukskrivning. Till följd av fördomarna drabbas personer tillhörande dessa grupper av negativa konsekvenser i form av exempelvis stigmatisering. **Syfte:** Hur påverkas personer med erfarenhet av självska debeteende och sjukskrivning av sina erfarenheter efter återhämtning? Vi avsåg bredda kunskapen inom området genom att studera upplevelser hos tidigare drabbade utifrån stigmatisering, omgivningens okunskap och självstigmatisering. **Metod:** Vi har genomfört semistrukturerade intervjuer med 6 personer som har erfarenhet av självska debeteende och sjukskrivning, som definierar sig själva som återhämtade från problematiken sedan minst ett år tillbaka. **Resultat:** Stigmatisering av personer med självska debeteende och sjukskrivning framkom i undersökningen att huvudsakligen generera negativa konsekvenser även för personer som inte längre lider av problematiken. Resultatet visade att erfarenheter påverkar hur återhämtade *bemöts*: inom arbetslivet, i privata relationer och i andra sammanhang, att *ärr* orsakade av tidigare självska debeteende kan påverka yrkesval och karriärmöjligheter, samt omgivningens reaktioner i samband med återgång *till arbetslivet* då tidigare sjukskrivning och psykisk ohälsa uppdagas. **Slutsats:** Återhämtade personer förföljs av den stigmatisering som omgärdar självska debeteende och sjukskrivning. Trots ett vardagligt leverne, med sysselsättning och andra sociala åtaganden som är en del av livet, upplever återhämtade personer negativa konsekvenser inom; arbetslivet, karriärmöjligheter, relationer till kollegor och människor i privatlivet, samt sjukvården.

Sökord: Stigmatisering, självstigmatisering, återhämtning, självska debeteende, sjukskrivning.

Tack!

Vi vill först och främst tacka våra intervjupersoner, utan vars medverkan denna studie inte kunnat genomföras. Vi tackar också SHEDO, Sophie Liljedahl, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Magnus Skog m.fl. för visat intresse för vår studie samt tips och information. Till sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Lena Andersson för värdefulla råd och kommentarer under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Innehåll

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Avgränsning	8
1.4 Studiens relevans för socialt arbete	8
1.5 Uppsatsens fortsatta disposition	10
2. Bakgrund	11
2.1 Självskadebeteende	11
2.2 Stigmatiseringseffekter	12
2.3 Sjukskrivning	14
3. Tidigare forskning	18
3.1 Sjukskrivning och arbetsmiljö	18
3.2 Psykisk ohälsa som hinder i arbetslivet	20
3.3 Ärrets betydelse	23
3.4 Öppenhet och stigma	24
4. Teoretiska utgångspunkter	27
4.1 Symbolisk interaktionism	27
4.1.2 Stämpplingsperspektiv	28
4.2 Stigma och stigmatisering	28
5. Metod	32
5.1 Metodval och datainsamling	32
5.1.1 Litteratursökning	32
5.2 Urvalsprocess	33
5.2.1 Urval	33
5.2.2 Inklusionskriterier	34
5.3 Genomförande av intervjustudien	34
5.3.1 Semistrukturerad intervju	34
5.4 Dataanalys	36
5.5 Studiens tillförlitlighet	37
5.6 Forskningsetiska överväganden	39
5.6.1 Informationskravet	40
5.6.2 Samtyckeskravet	40
5.6.3 Konfidentialitetskravet	41
5.6.4 Nyttjandekravet	41
5.7 Arbetsfördelning	42
6. Resultat och analys	43
6.1 Att berätta om tidigare sjukdomshistoria	43

6.1.1 Frivilligt eller ofrivilligt berätta	43
6.1.2 Få stöd och stötta andra på arbetet	45
6.2 Reaktionen från omgivningen	47
6.3 Positiv påverkan av erfarenhet av självskadebeteende och sjukskrivning	50
6.3.1 Sprida kunskap	50
6.3.2 Normalisera psykisk ohälsa - våga prata om det som är svårt	52
6.3.3 Erfarenheter som kan användas inom arbetslivet	54
6.4 Negativ påverkan av erfarenhet av självskadebeteende och sjukskrivning	57
6.4.1 Inte bli fri från sin sjukdomshistoria	57
6.4.2 Hinder inom arbetslivet	60
6.4.3 Somatisk vård	64
6.4.4 Ärr	66
7. Slutsats	69
7.1 Hur påverkar erfarenheter av långtidssjukskrivning och självskadebeteende återhämtade personer i arbetslivet?	69
7.2 Hur upplever återhämtade personer att deras sjukdomshistoria påverkar privata och arbetsrelaterade relationer?	70
7.3 Vilka positiva och negativa konsekvenser upplever återhämtade personer av sina erfarenheter?	70
7.4 Behov av ytterligare forskning	71
Referens och litteraturlista	73
Bilagor/Appendix	78
1. Informationsbrev till respondenter	78
2. Intervjuguide	80

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Majoriteten av befintlig forskning kring fördomar och stigmatisering av psykisk ohälsa och sjukskrivning fokuserar på den tid då drabbade är i behov eller befinner sig inom vården. Frågan är vad som händer efter tillfrisknandet, då personen inte längre lider av problematiken, eller är sjukskriven, och förväntas återgå till en normativ vardag med sysselsättning och andra sociala åtaganden?

Trots omfattande eftersökning av tidigare forskning på ämnet har svar på frågeställningen inte hittats och breddande av sökningen har inneburit kontakt med flertal kunniga inom området, vilka har bekräftat att tidigare forskning kring ämnet ännu inte har publicerats, alternativt är inte tillgänglig för oss. I kontakten med professionella har det visat sig att frågeställningen är av stort intresse för framtida forskning, och att bristen på forskning av ämnet sedan tidigare är uppmärksammat.

I en samhällskontext där människor förväntas vara yrkesverksamma och bidra till samhället ses sjukskrivning som avvikande, något som inte tillhör normen. Därtill är välkänt att det råder fördomar och negativa föreställningar om personer som lider av psykisk ohälsa, utifrån ett historiskt perspektiv där låg status och stämpling som avvikande tillskrevs den som drabbades av psykiatrisk sjukdom. Sjukskrivning med orsak av psykisk ohälsa utgör således två avvikelser från vad som anses normalt och önskvärt, vilket medför utsatthet för diskriminering (Goffman, 2014). Diskriminering på grund av en *stämpel*, även kallad ett *stigma*, benämns som *stigmatisering* och syftar till utsatthet baserat på grupp tillhörighet eller innehavande av en allmänt betraktad negativ egenskap (Westerholm et. al., 2006). Stigmatiseringen av personer som befinner sig i sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är ett samhällsproblem som bekräftas i statistik och olika forskningsundersökningar, som påvisar många negativa konsekvenser för drabbade individer. Konsekvenser såsom diskriminering inom arbetslivet, bemötanden baserade på fördomar inom myndigheter, eller privatlivet, och mera. Frågan är då vad som händer med den stigmatisering drabbade utsätts

för efter tillfrisknande och då tidigare stigmat; *sjukskriven* och *sjuk* inte längre kan tillskrivas individen.

Tidigare forskning om sjukskrivning har fastställt att erfarenhet av sjukskrivning eller sjukfrånvaro utgör en betydande riskfaktor för framtida sjukskrivning och risk för långtidssjukskrivning (SBU, 2003, s. 384). Vid sidan av det, uppdagades att majoriteten av forskning inom området "sjukskrivning" studerar sambandet mellan arbetsförhållande och sjukfrånvaro. Dessa fokuserar både på generella arbetsförhållanden och aspekter såsom "kontroll över arbetssituationen" och andra faktorer inom arbetsmiljö (ibid. s. 105). Utifrån det fokus tidigare forskning av sjukskrivning haft, är det relevant att undersöka; hur bemötanden, inom arbetslivet och andra sociala sammanhang, gentemot personer som *tidigare* varit sjukskrivna påverkar dessa personers förutsättningar att ta sig vidare i livet.

Forskning som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2015) rapporterar om, förklarar orsaker till varför drabbade väljer eller inte väljer att berätta om sin självskadeproblematik. Resultat har visat att rädsla för att inte bli förstådd och antaganden om individerna påverkar valet att berätta (ibid.).

Genom studien avses synliggöra upplevelser hos personer med erfarenheter av självskadebeteende att komma tillbaka till ett mer "välfungerande" liv, då det faller i skymundan inom forskning och förbättringsarbete. Därmed avses ta reda på hur personer påverkas av stigmatisering kopplat till tidigare sjukdomsproblematik samt deras upplevelser av bemötande i det vardagliga livet som återhämtad från sjukskrivning och självskadebeteende.

1.2 Syfte och frågeställningar

Vi vet att stigma och fördomar om självskadebeteende existerar och att det påverkar personer med denna problematik (SBU, 2015). Vi vet desto mindre om hur detta påverkar individer efter återhämtning. Syftet med denna studie är därför att undersöka på vilket sätt stigmatisering och fördomar kring självskadebeteende och sjukskrivning påverkar återhämtade personer. Vi avser analysera hur fördomar och stigmatisering kan påverka relationsskapande, inträde i arbetslivet, arbetsmöjligheter samt övriga livsområden som riskerar påverkas genom erfarenheter av självskadebeteende och sjukskrivning.

Utifrån vårt syfte har vi valt att utgå ifrån följande frågeställningar:

Hur upplever personer med tidigare erfarenheter av långtidssjukskrivning och självskadebeteende att deras:

1. - erfarenheter påverkar dem i arbetslivet?
2. - sjukdomshistoria påverkar deras privata och arbetsrelaterade relationer efter återhämtning?
3. - erfarenheter påverkar dem positivt och negativt inom olika livsområden?

1.3 Avgränsning

Studiens fokus är att undersöka hur sjukdomshistoria innefattande självskadebeteende och sjukskrivning påverkar; bemötande inom arbetslivet/annan sysselsättning, sociala relationer samt positiva och negativa konsekvenser efter återhämtning. Dessa teman valdes utifrån att de utgör stora livsområden och eventuell påverkan kan ha stor betydelse för intervjupersonernas livsmöjligheter och begränsningar.

Ursprungligen var idén att avgränsa studien till att endast undersöka intervjupersonernas upplevelse av bemötande inom arbetslivet men utifrån att arbete endast utgör en viss del av livet, samt att "vara återhämtad" inte förutsätter att alla intervjupersoner har ett arbete, beslutades att bredda studien. För att få den förståelse vi eftersöker, gällande hur erfarenheter som dessa påverkar livet på lång sikt, är det av betydelse att undersöka bemötande och förhållningssätt inom olika relationer i intervjupersonernas liv.

1.4 Studiens relevans för socialt arbete

Om fördomar och stigmatisering av självsskadebeteende leder till sämre bemötande av personer som tagit sig ur beteendet, kan det bland annat resultera i att dessa personer möter svårigheter att ta sig vidare i arbetslivet och att skapa relationer. Det är viktigt att belysa denna sida av fenomenet eftersom det kan påverka personers möjligheter att ta sig tillbaka in i samhället. Att personer inte

kommer in i samhället drabbar inte bara dem själva, utan innebär även att dessa inte kan bidra till samhället såsom övriga samhällsmedlemmar. Tidigare undersökningar har visat att sjukskrivning ökar risken för ytterligare sjukfrånvaro och risken för permanent sjukfrånvaro, såsom vid sjukpensionering, och därmed är det relevant att belysa vad som händer efter sjukskrivning (SBU, 2003, s. 384).

Genom att analysera konsekvenser av fördomar och stigmatisering kring självska debeteende och sjukskrivning, hur personer blir bemötta på grund av deras sjukdomsbakgrund och hur deras historia påverkar möjligheterna till att gå vidare i livet efter återhämtning, kan vi få en bredare bild av ett fenomen som inte tidigare belysts. *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* (SBU, 2003) har i en översikt av tidigare forskning om sjukskrivning konstaterat en kunskapslucka på området "konsekvenser av sjukskrivning", då de har funnit ytterst lite undersökningar om ämnet samt att de få studier som gjorts har låg evidens (ibid. s. 394). Bristen på tidigare forskning inom området påtalas även av Rüsç, Corrigan och Povell (2012) i samband med att de genomförde en studie som avsåg undersöka hur stigma och självstigmatisering av psykisk ohälsa påverkar berörda individers tillgång till arbetslivet. Forskarna finner inget svar på frågan om arbete i relation till stigma, samt konstaterar utifrån sina eftersökningar att det inte verkar finnas några liknande studier. Därav uppmuntrar de andra att bedriva ytterligare forskning på området med målet att det i framtiden ska finnas bredare kunskap om fenomenet (ibid.). Majoriteten av den forskning som har bedrivits kring stigmatisering av psykisk ohälsa och medföljande, samt Rüsç, Corrigan och Povells (2012) egen undersökning, fokuserar på personer med psykisk ohälsa som redan har konstaterats vara drabbade av stigmatisering. Det vill säga i forskning som avser undersöka exempelvis diskriminering inom arbetsmarknaden på grund av psykisk ohälsa är det vanligen personer som står utan arbete, eller som befinner sig i en pågående behandling, som medverkar. Medan de som har en sysselsättning eller liknande, och som inte längre är i behov av vård eller stöd, inte syns i forskningen (ibid.). För att få hela bilden av stigmatiseringens effekter behövs mer forskning med personer som lever och arbetar i samhället, såsom alla andra, men som har erfarenhet av psykisk ohälsa och sjukskrivning.

1.5 Uppsatsens fortsatta disposition

Studien är upplagd på så vis att härnäst presenteras bakgrund kring självskadebeteende, stigmatiseringseffekter och sjukskrivning för att senare redogöra för tidigare forskning kring fenomenen. För att analysera vår empiri har vi använt oss av teoretiska utgångspunkter som presenteras innan metoddelen som föregår delen för resultat och analys. Slutligen återfinns slutsatser där vi presenterar våra egna tankar och reflektioner kring undersökningen.

2. Bakgrund

2.1 Självskadebeteende

Självskadebeteende kan definieras som en avsiktlig handling där en skadar eller förändrar sin egen kropp utan intention till suicid (Tengelin, Samulowitz, 2014; Klonsky, 2005). Självskadebeteende är vanligt förekommande, särskilt bland unga (NICE, 2011). Clarke, Allerhand & Berk (2019) beskriver *icke suicidalt* självskadebeteende, som en funktion för reglering av negativt laddade känslor och tankar (ångestreglering, ge lättnad), självbestraffning eller för att avbryta dissociation (ibid.). Självskada kan även användas istället för suicidhandling, som kommunikation (be om hjälp, minska krav), vid känsla av tomhet (för att känna någonting) samt att öka positiva känslor (Klonsky, 2005).

Självskadebeteende förekommer inom olika psykiatriska diagnoser som exempelvis emotionellt instabil personlighetssyndrom (EIPS), depression, ångestsyndrom, missbruksproblematik, ätstörningar, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), schizofreni och andra personlighetstörningssyndrom (Klonsky, 2005; NICE, 2011). Tidigare har *icke suicidalt självskadebeteende* behandlats endast som symtom på andra psykiatriska diagnoser. I den femte upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) inkluderas *icke suicidalt självskadebeteende* som en ny diagnostisk kategori som villkor för framtida studier (Clarke, Allerhand & Berk, 2019). Enligt en regional medicinsk riktlinje från Västra Götalandsregionen är, och används, *självskadebeteende* idag som en bidiagnos och har i diagnossystemet ICD-10-SE fått koden Z 91.8 (alfresco.vgregion.se, 2017).

Det finns idag framtagna arbetsmetoder och utbildningar rörande förhållningssätt och bemötande av personer som befinner sig inom den psykiatriska vården och hur en på bästa sätt hjälper dessa i återhämtningsprocessen (exempelvis genom nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH). I Sverige finns även olika samordnade aktörer inom området för psykisk ohälsa där man tillsammans arbetar för utveckla kunskaper om självskadebeteende och arbetssätt för att patientgruppen ska få ett bättre bemötande, adekvat vård och insatser, för att därmed minska antalet personer med

självska debeteende, exempel på detta är Nationell arbetsgrupp-
självska debeteende (NAG) och Nationellt processteam för självska debeteende (ur
Nationella självska deprojektet).

2.2 Stigmatiseringseffekter

Personer med självska debeteende beskriver ofta dömande bemötanden inom
vården och att vårdpersonal saknar tillräcklig kunskap om problematiken (SBU,
2015). SBU redovisar i sin rapport att drabbade upplever att; vårdpersonal har ett
dömande förhållningssätt och är oförstående inför självska deproblematik, vården
brister i den utsträckning att drabbade avskräcks från att söka vård och upplever
känslor av maktlöshet och utsatthet (ibid.). Självska debeteende är förknippat
stigmatisering, skam, psykiskt lidande och försämrad livskvalité, på så sätt är
personer med självska deproblematik en särskilt sårbar och utsatt grupp (ibid.).

Stigmatisering av självska debeteende kan resultera i att personer som är
återhämtade fortfarande stöter på fördomar. Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en
behandlingsform som utvecklades för personer med självska debeteende och starka
svårigheter i känsloreglering (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 15). Grundaren av DBT,
Marsha M. Linehan, har själv uppgett att hon avsiktligt dröjde att berätta om egna
erfarenheter av självska debeteende och psykiatrisk vård tills efter att hon uppnått
pensionsålder (Carey, 2011; Åkerman, 2020). Sofia Åkerman är medgrundare till
intresseföreningen "Self harm and Eating disorder organisation" (SHEDO), vars
syfte är att sprida kunskap om självska debeteende och ätstörningar, stötta
drabbade och närstående samt förbättra sjukvården för drabbade. Åkerman har
egna erfarenheter av självska debeteende och skriver i sin bok *Ärr för livet* (2020)
"(...) att yppa sin sårbarhet gör det också möjligt för andra att vända det emot dig."
(Åkerman, 2020, ss. 307–308). Detta kan vara en orsak till varför personer (såsom
Linehan) undviker att dela sin sjukdomshistoria.

Att bli stigmatiserad innebär att utsättas för förakt, misstro och även
förnedring, vilket genererar en sårad identitet. Stigmatisering är därmed starkt
anknutet till skam, en känsla som den stigmatiserade ständigt påminns av genom
stigmat och att tillhöra en stigmatiserad grupp. Skamkänslor upprepas och läggs
på lager, dvs. skam på grund av skam på grund av skam osv. Genom denna känsla
uppstår känslor av mindervärde, låg status och känsla av värdelöshet (Scheff &

Starrin, 2017). Människor som bland annat är långtidssjukskrivna på grund av psykisk ohälsa utstår denna emotionella utsatthet som dessutom förvärras av de mängder fördomar gruppen utsätts för. Fördomar om denna grupp kan handla om att de inte är sjuka på riktigt, de vill bara inte arbeta, som i själva verket kan vara skadligare än sjukdomen i sig. Genom stigmatisering kan skambeläggande till slut komma att genereras både utifrån och inifrån sig själv (ibid.), vilket kallas självstigmatisering. Självstigmatisering drabbar personer som lider av psykisk och fysisk ohälsa, det har visats att var tredje person som lider av psykisk ohälsa även lider av självstigmatisering (Corker, Brown & Henderson, 2015).

Självstigmatisering sker genom att stigmatiserade grupper internaliserar samma negativa stereotypa föreställningar på sig själva och ger sig själv samma låga status som samhället gjort (ibid.; Scheff & Starrin, 2017), vilket leder till känslor av skam, värdelöshet och skuld vilket i sig påverkar självkänslan (Karanikola et. al., 2018; Scheff & Starrin, 2017).

Stigmatiseringens konsekvenser uppmärksammas i allt större utsträckning i dagens moderna samhälle där rehabilitering och arbetsintegration är den huvudsakliga målbilden (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Exempel på stigmatisering som personer med psykisk ohälsa utsätts för; missgynnande inom arbets- och bostadsmarknaden, uppsägning på grund av symtom, skuldbeläggning för insjuknande, anses inkapabla att fatta bra livsbeslut, oförmåga att ta hand om sig själva, med mera. Inom socialpsykologin delas stigmatisering in i tre kategorier; fördomar, stereotypisering och diskriminering (ibid.).

Fortsättningsvis har stigmatiseringseffekter olika stor betydelse och påverkan för varje enskild individ och dess liv. Konsekvenser på individnivå kan vara vardaglig diskriminering, såsom kränkande kommentarer eller fräntagande av egenansvar, samt reproducering av stereotyper och fördomar om psykisk ohälsa i medier (ibid.). På strukturell nivå kan det handla om diskriminering inom samhällsinstitutioner, begränsade livsmöjligheter och negligering inom den somatiska vården (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Strukturell diskriminering på högre nivå är exempelvis mindre ekonomiska medel inom psykiatrisk vård än inom somatisk, färre satsningar på förbättring och utveckling. Ytterligare en konsekvens, som är i betydelse för denna undersökning, är då självstigmatisering leder till låg självkänsla och mindre förmåga till empowerment

(Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Den sistnämnda konsekvensen bidrar till att personer som utsätts för stigmatisering kan få sociala svårigheter och därmed inte kunna försvara sig eller ifrågasätta situationer då de diskrimineras. Vidare innebär det att gruppen får svårt att själva motarbeta generella stigma om psykisk ohälsa (ibid.). Det bör även understrykas att diskriminering mot personer med psykisk ohälsa, enligt Diskrimineringslagen kap 1. 13 §, 4 § och 5 § är ett brott mot svensk lag (SFS 2008:567).

2.3 Sjukskrivning

Utifrån en litteraturoversikt av sjukskrivning som fenomen (i svensk kontext) har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) upprättat ett dokument som bland annat innefattar; orsaker till sjukskrivning, konsekvenser av sjukskrivning och hur sjukskrivning sker i praktiken (SBU, 2003). I rapporten, under *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*, beskrivs; för att kunna beviljas sjukskrivning måste den som efterfrågar sjukskrivning lida av en sjukdom som negativt påverkar dess förmåga att utföra sitt arbete, vilket innebär att en diagnostiserad sjukdom som inte påverkar arbetsförmågan, inte utgör skäl till sjukskrivning (ibid.). Hänvisning görs till statistiskt underlag och tidigare studier där samband mellan sjukskrivning/sjukfrånvaro och egenskaper som kön, ålder, låg socioekonomisk status har upptäckts. Varför dessa påverkar och hur mycket är oklart, men en faktor som påtalas ha starka belägg är att mindre inflytande över sitt eget arbete ökar risken för sjukskrivning (ibid.). SBU hävdar att sjukvårdens vanligaste insats, i samband med insjuknande och diagnostisering av en sjukdom som påverkar arbetsförmågan, är sjukskrivning (ibid.). Gällande vilka diagnoser som är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning uppges nack- och ryggdiagnoser som överrepresenterade både nationellt och internationellt. Den näst största gruppen inom sjukskrivning och förtidspensionering utgörs av personer med psykiatriska diagnoser. Psykiatriska diagnoser, samt alkoholmissbruk, uppges vara de mest förekommande orsakerna till sjukskrivning bland yngre personer, och därtill framkommer att långtidssjukskrivning på grund av psykiatriska symtom bland kvinnor ökar (SBU, 2003). Sjukskrivning som huvudsaklig åtgärd vid symtom av psykiatrisk sjukdom kan kritiseras då det finns stor avsaknad av

kunskap kring sjukskrivningens konsekvenser. Vilka medicinska, ekonomiska eller psykosociala konsekvenser sjukfrånvaro kan leda till är ett relativt outforskat område trots allmän vetskap om att sjukskrivning har stor påverkan på individers liv (ibid.). Exempel på negativa konsekvenser som tas upp av SBU är ytterligare sjukskrivning, ökad risk för förtidspension, insjuknande i andra sjukdomar, såsom depression, framtida karriärmöjligheter och sämre ekonomi. Även påverkan på socialt nätverk samt livsstil och vanor såsom; rökning, alkoholkonsumtion eller fysisk aktivitet, har setts påverkas negativt av sjukskrivning (SBU, 2003). En aspekt som återkommer i rapporten är att majoriteten av personer som har en diagnostiserad fysisk eller psykisk ohälsa inte är sjukskrivna och befinner sig i arbete (ibid.). SBU menar att det är viktigt att skilja på sjukdomens orsaker och sjukskrivningen eller sjukfrånvarons orsaker. Sjukskrivning/sjukfrånvaro kräver att den diagnostiserade sjukdomen eller skadan medför sämre funktionsnivå som utgör ett hinder i personens eget arbete (alternativt arbetet som söks om personen är arbetslös). Således kan sammanfattas att de två krav som ligger till grund för sjukskrivning/sjukfrånvaro, samt för bli berättigad sjukersättning, är; (1) en diagnostiserad sjukdom eller skada och (2) påverkan på arbetsförmåga i förhållande till arbetsuppgifter (ibid.).

År 2014 började det statligt ägda företaget Inera AB att föra statistik över sjukskrivningar i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). En tjänst som används är *Intygstatistik*, vilken avser underlätta arbete med sjukskrivning, både för professioner inom sjukvården, privatpersoner och andra relevanta myndighetspersoner, samt möjliggöra att se mönster och samband som kan kopplas till strukturella faktorer (Inera.se). I en statistisk översikt av perioden augusti 2020 till oktober 2020 kan bland annat utläsas att av de 333 804 personer som är sjukskrivna just idag, har 170 983 varit sjukskrivna i 91 dagar eller mer (statistik.intygstjanster.se). Därtill visas även statistik över orsaker till sjukskrivning, under samma tidsintervall, vilket visar att av dessa 333 804 personer är 133 047 sjukskrivna på grund av psykiska sjukdomar. I en procentuell beräkning av ovan nämnda siffror kan konstateras att nästan 40 % av alla sjukskrivna i Sverige, just idag (2020-11-01), har sjukintyg för psykisk sjukdom (ibid.).

Enligt LISA (Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkring- och Arbetsmarknadsstudier) betalas sjukpenning ut då sjukdomen orsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Personer med deltidssjukskrivning går inte under kategorin sjukskrivna som beskrevs ovan och räknas därmed inte in under ovan uppräknade personer som befinner sig inom sjukskrivning.

I rapporten *Lång väg tillbaka till arbete från sjukskrivning*, publicerad 2017 av Försäkringskassan (FK), presenteras statistik över sjukskrivningar för psykisk ohälsa perioden 2010–2016 (Lindwall & Bohlin, 2017). *Sjukskrivning* avser i detta fall sjukfrånvaro som varat i 14 dagar eller mer. Rapporten innefattar en kortfattad analys av statistiken där det framkommer att sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är den typ av sjukskrivning som ökar snabbast samt utgjorde majoriteten av sjukskrivningar som utfärdades i Sverige mellan 2014 och 2016. Statistiken visar att nästan hälften av alla sjukskrivna män, och strax över hälften av alla sjukskrivna kvinnor, har drabbats av sjukdom till följd av svår stress. Näst vanligaste orsaken till sjukskrivning hos båda könen uppges vara depression (ibid.). Lindwall och Bohlin (2017) skriver att återfall i sjukskrivning är vanligt när det handlar om psykisk ohälsa men hävdar att den grupp med störst risk till återfall är de som lider av svårare psykiatriska diagnoser såsom psykossjukdomar, bipolär sjukdom, med flera; medan de som drabbas av till exempel svår stress eller anpassningssvårigheter löper minst risk. Enligt Försäkringskassans statistik återfaller 36 % av alla som varit sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa (genomsnittligt oavsett diagnos) inom en period på 3 år efter första sjukskrivningen. Vad gäller återgång till arbete framkommer att majoriteten återhämtar sig och blir arbetsföra efter sjukskrivning. Hela 96 % av de som någon gång blir sjukskrivna, antingen av fysisk eller psykisk ohälsa, återinträder i arbetslivet (ibid.). Bland sjukskrivning för psykiatriska diagnoser återgår 93 %. Det som däremot skiljer är tiden mellan insjuknande och återgång. Den genomsnittliga tiden för samtliga är 44 dagar, medan psykiatriska diagnoser ligger på 75 dagar och de som sjukskrivs för svår stress ligger på 57 dagar. Inom den sistnämnda återfinns dock diagnoser som utmattningssyndrom, vilken uppges kunna innefatta ovanligt lång sjukskrivningstid (ibid.). I rapporten dras kortfattat viktiga slutsatser, således att; sedan 2014 är psykisk ohälsa den största orsaken till sjukskrivning och har därtill visats vara den orsak som leder till flest

sjukskrivningsdagar. Långa sjukskrivningsperioder ökar generellt risken att hamna helt utanför arbetsmarknaden och fastna i en position där individer själva inte kan ta sig tillbaka, samt att det i dagsläget finns begränsad kunskap om vilka stöd som kan hjälpa vid återinträde i arbetslivet (ibid.). Försäkringskassans rapport avslutas med ett konstaterande att forskning på området är bristande men en åtgärd som har visat sig gynnsamt vid återinträde i arbete är att arbetsplatsen visar delaktighet och anpassar arbetsuppgifter efter individens förmåga (ibid.).

3. Tidigare forskning

I studiens första skede uppmärksammades en kunskapslucka inom forskningsområdet och kontakt togs med kunniga inom området. Forskare och professionella inom förbättringsarbete, samt verksamma i föreningen Self harm and eating disorder organisation (SHEDO), kontaktades i syfte att efterfråga deras kännedom om tidigare forskning med relevans för vår undersökning. Samtliga kontaktade uppgav att de varken kände till studier eller arbete inom det specifika området. I avsaknad av tidigare studier att hänvisa till valde vi att istället eftersöka studier som angränsar till forskningsområdet. Bristen på forskning, gällande *hur stigmatisering av psykisk ohälsa påverkar personer i samband arbetsökande och i arbetslivet efter sjukskrivningsperiod*, påtalas i flera både svenska och internationella rapporter och litteraturgenomgångar (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019). Efterfrågan på och behovet av studier inom forskningsområdet är stort (ibid).

3.1 Sjukskrivning och arbetsmiljö

I en studie av Sallis och Birkins (2014) framkommer att intervjupersonerna helst inte ville informera chef och kollegor på den aktuella arbetsplatsen om varför de varit sjukskrivna, på grund av att de tidigare upplevt att sjukfrånvaro för psykisk ohälsa inte ansetts lika berättigat som vid fysisk ohälsa. Trots det uppgav samtliga deltagare i studien att de kände sig tvungna att berätta för att förklara sin frånvaro, alternativt behövde berätta för att kunna be om andra arbetsuppgifter. I undersökningen konstateras ett flertal olika orsaker till varför intervjupersonerna inte vill berätta, Sallis och Birkins (2014) delar in dessa i tre större teman varav det tredje, "organisational context and depression", relaterar till vår undersökning. I temat innefattas; psykisk ohälsa jämfört med fysiska sjukdomar, avslöjande och stigma, möjliggöra bättre hälsa och arbetsresultat (ibid.). Den förstnämnda syftar huvudsakligen på att många företag har egenupprättade sjukdoms- och sjukskrivningspolicier, vilka ofta inte innefattar psykisk ohälsa utan bygger på fysiska besvär. Sådana policys utgör ett hinder för de som behöver sjukskrivning på grund av psykiska sjukdomssymtom och kan i värsta fall innebära att personer blir uppsagda till följd av att de är för sjuka för att klara av sina arbetsuppgifter

men inte har rätt till sjukskrivning. En annan aspekt av psykisk kontra fysisk ohälsa är att exempelvis depression inte är av samma konstanta karaktär som ett benbrott. Psykiskt mående kan variera oförutsägbart från dag till dag medan en bruten arm kommer vara lika gipsad idag som igår och dess tillstånd är tydligt för omgivningen (Sallis & Birkin, 2014).

På området "avslöjande och stigma" uppgav flera av Sallis och Birkins (2014) intervjupersoner att för deras arbetsituation var det fördelaktigt om någon på arbetsplatsen visste om orsaken bakom sjukfrånvaron, men att många ändå avstod från att berätta. Till kollegor uppgav de fysiska symtom som anledning till frånvaro eller sjukskrivning, som de förvisso upplevde, men utelämnade orsaken till symtomen, det vill säga den psykiska ohälsan. Sallis och Birkin (2014) konstaterar att det finns olika anledningar till att intervjupersonerna inte vill berätta och återkommer i flera fall att det handlar om chefen. Dels gällande hur de förväntar sig att chefen kommer bemöta dem, baserat på deras tidigare händelser där chefen visat bristande förståelse, och dels vilken relation de har till chefen (ibid.). En intervjuperson hade mycket erfarenhet av att vara öppen med sin sjukdomsproblematisering men upplevde att varken före detta chefer eller kollegor tagit det seriöst, vilket påverkade hur personen kände inför att berätta i samband med nyanställning. Andra deltagare i studien uppgav att de hade överhört kollegor tala nedvärderande om personer med psykisk ohälsa vilket bidrog till ambivalens kring beslutet att berätta (ibid.). Intervjupersonerna avstod så länge som möjligt med att avslöja sitt sjukdomstillstånd, för att undvika bli etiketterad som sjuk, eftersom det skulle omöjliggöra karriärutveckling inom företaget om det blir allmänt känt att personen inte är stabil (Sallis & Birkin, 2014).

Det sista resultatet som tas upp inom temat är "möjliggöra bättre hälsa och arbetsresultat" och berör de som blivit sjukskrivna på grund av arbetet samt vilka åtgärder som behöver genomföras vid återkomst till arbetet. Bland de vars sjukdom var relaterad till arbetsbelastning eller arbetsförhållande uppgav flera att de i början inte trodde de skulle kunna återgå till arbetsplatsen och uttryckte rädsla att arbetssituation skulle förbli densamma, eller ännu värre, när de kom tillbaka. Något som visade sig betydelsefullt vid återgång till arbete var upplevelse av förståelse från chefen. En intervjuperson erbjöds en annan tjänst, en annan gjorde upp en arbetsplan som innefattade mer arbete hemifrån och båda dessa upplevde

det lättare att gå tillbaka till arbete än de först hade trott (ibid.). Övriga intervjupersoner möttes inte av samma förståelse och stöd vilket gav ambivalenta känslor kring till återgång. Några uppgav att stöd i återgång, eller åtminstone uppskattning för deras arbetsprestationer, från chefen hade kunnat förebygga ytterligare sjukskrivningsperiod (Sallis & Birkin, 2014). Flera önskade att deras chefer hade haft mer kunskaper inom områden som psykosocial arbetsmiljö eller psykisk ohälsa, delvis utifrån att insjuknanden hade kunnat förebyggas med bättre arbetsförhållande. Och dels för att avsaknad av kunskaps ledde till att vissa chefer skyllde ohälsan på biologiska faktorer istället för att se den som orsakad av den psykosociala miljön på arbetsplatsen. En av intervjupersonerna i studien menar att arbetsplatser behöver kunna tala öppet om psykisk ohälsa för att minska stigma och kunna erbjuda stöd i ett tidigare skede (ibid.).

3.2 Psykisk ohälsa som hinder i arbetslivet

I en undersökning av Corbière et. al. (2014) framkommer några viktiga teman inom "Prejudice and discomfort surrounding depression" (fördomar och obehag kring depression) som är relevant för denna studie. Dels diskuteras oro inför återgång till arbetsplats utifrån att personer, på väg tillbaka efter sjukskrivning, sen tidigare är medvetna om den okunskap och avsaknad av förståelse för psykisk ohälsa som finns hos kollegor, vilket skapar extra stress. Därtill leder arbetsplatsens bristande förståelse ibland till att den som kommer tillbaka översvämmas av arbete som behöver tas igen på grund av dess egen sjukfrånvaro då arbetsplatsen varit underbemannad (ibid.). Kunskapsbrist om psykisk ohälsa ökar risken för ryktesspridning om personen ifall denne inte lever upp till de föreställningar som kollegorna har om: hur en psykiskt sjuk person är eller ser ut. Det faktum att det finns sådana föreställningar ställer höga krav på de som återgår från sjukskrivning eftersom många uppger känna sig tvungna att leva upp till deras förväntningar (Corbière et. al., 2014).

En svensk undersökning om hur stigmatisering kring psykisk ohälsa påverkar individer i sjukskrivning och följaktligen i rehabilitering tillbaka till arbetslivet konstaterar en rad svårigheter (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019). Gruppen som undersöktes var diagnostiserade med utmattningssyndrom,

mild depression eller ångestsjukdomar, vilka går under benämningen *vanliga psykiska sjukdomar*. Sjukdomarna drabbar huvudsakligen personer i yrkesverksam ålder och har visat sig, i större utsträckning än andra sjukdomar, generera nedsatt arbetskapacitet (ibid.). Bertilsson, Hensing & Wängnerud (2019) skriver, avseende arbetsförmåga, att personer drabbade av vanliga psykiska sjukdomar upplever sin arbetsplats som oförstående till deras begränsningar på grund av att deras problematik inte syns på utsidan såsom exempelvis en fysisk skada. Avsaknaden av synliga attribut som vittnar om sjukdom har orsakat diskussion om huruvida sjukskrivning bör beviljas för vanliga psykiska sjukdomar (ibid.).

I undersökningen redovisas resultat från en befolkningsstudie, genomförd 2013, där 66 % av de svarande uppgav sig ha uppfattningen att informera sin arbetsgivare om psykisk ohälsa var en riskfaktor för deras anställning. Vidare hänvisas till ytterligare svensk forskning där framkommer att majoritet av deltagarna uppgav att om de haft vetskap om en jobbsökandes historik av depression hade personen inte erbjudits tjänsten (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019).

Gällande de som lider av psykisk ohälsa visar flera svenska studier att individer sjukskrivna för vanliga psykiska sjukdomar upplever mer skam och negativ påverkan på självkänslan än de med sjukskrivning av annan orsak. Undersökningen påtalar ett samband mellan stigmatisering och längre sjukskrivningsperioder, eftersom samma grupp även har påvisats ha längre sjukfrånvaro, och menar att orsaken till ovilja att söka vård grundar sig i skam. Denna grupp av sjukskrivna beskriver, i större utsträckning än personer med andra sjukskrivningsorsaker, upplevelser av dåligt bemötande i kontakt med myndigheter och inom vården, samt upplevelser av att bemötas som underlägsen (ibid.). I Bertilsson, Hensing och Wängneruds (2019) undersökning påtalas bristen av forskning inom området *påverkan av stigmatisering vid återgång till arbete efter sjukskrivning*, och att avsaknaden av sådan forskning efterfrågas av många. Brist på vetenskapligt framtagen kunskap har resulterat i utvecklande av en hypotetisk modell som hävdar att skamkänslor och självstigmatisering, orsakat av negativa föreställningar och stigmatisering i samhället, motverkar och fördröjer återgång till arbete (ibid.). Den negativa självbild många drabbade utvecklar,

genom dåliga bemötanden och stigmatisering, frambringar bristande tro på egen förmåga och uppfattningen av att inte kunna klara av en återgång i arbete (Bertilsson, Hensing och Wängneruds, 2019). Modellen bygger på relevant forskning och menar att bra bemötande inom samhällsbärande verksamheter, i samband med rehabilitering från sjukdom och sjukskrivning, bidrar till snabbare återgång i arbete.

Bertilsson, Hensing och Wängnerud (2019) hänvisar till tidigare forskning gällande bemötande från medarbetare i samband med återgång. I studier av kollegor framkommer att dessa känner osäkerhet inför återkomsten av någon som varit sjukskriven, kollegor har uppgett sig sakna tillit till personens arbetsförmåga och i dansk forskning, av stigmatisering bland yrkesverksamma, konstateras att mer än hälften förhåller sig tveksamma till medarbetare med psykisk ohälsa. Vid jämförelse av personer som återgår efter psykisk kontra fysisk sjukdom, inom sjukvårdsyrken, uppdragas att de med erfarenhet av psykisk problematik upplever mer fördomar på arbetsplatsen. Vilket är befogat utifrån att kollegorna själva vittnar om mer negativa föreställningar kring psykisk ohälsa än fysisk, samt att efterfrågan av stöd från tidigare sjukskrivna av psykisk ohälsa genererar ökad ryktesspridning på arbetsplatser (ibid). Vidare skriver Bertilsson, Hensing och Wängnerud (2019) att fördomar och rykten utgör en viktig aspekt av stigmatiseringsprocessen då dessa påverkar den tidigare sjukskrivnes självbild och egen uppfattning av psykisk ohälsa. Avseende bemötande och attityder mot sjukskrivning bland chefer uppges deras fördomar överensstämma med övriga kollegor men att de oftast är ännu värre gällande psykiska kontra fysiska sjukskrivningsskäl. Detta är problematiskt då chefers agerande har stor betydelse för sjukskrivning bland medarbetare, både i förebyggande åtgärder för att motverka insjuknande, men även insatser som avser förhindra återfall (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019). Fortsättningsvis påtalas stigmatisering av psykisk ohälsa och negativa attityder gentemot sjukskrivning inom arbetsplatsen som en stor riskfaktor för återfall i sjukskrivning, vilket bidrar till rädsla att berätta. Svenska undersökningar har visat att endast fyra av tio yrkesverksamma med psykisk ohälsa informerar sin arbetsgivare om ohälsan, delvis på grund av negativa erfarenheter av att berätta (ibid). Rädsla för att berätta utgör ytterligare risk för återfall då det omöjliggör för arbetsgivaren att upprätta åtgärder och

förebyggande insatser, samtidigt som tidigare forskningsresultat visar att arbetsgivare med negativ attityd till psykisk ohälsa ogärna gör arbetsanpassningar samt att arbetsplatser generellt är mer ovilliga att arbetsanpassa för psykisk problematik än fysisk. Avslutningsvis skriver Bertilsson, Hensing och Wängnerud (2019) att arbetsplatsers stigmatisering av sjukskrivning, på grund av psykisk ohälsa, kan bidra till att drabbade inte vill sjukskriva sig, och att kan ses positivt utifrån att en riskfaktor för långtidssjukskrivning, eller återfall i sjukskrivning, är just sjukskrivning.

3.3 Ärrets betydelse

En amerikansk studie från 2016 jämförde ärr från avsiktligt orsakade skador och ärr orsakade av andra miljöfaktorer i syfte att undersöka skillnader avseende vilken betydelse ärret har och hur personen själv ser på ärret (Stacy, Lear & Pepper, 2017). I studien konstaterades att hur ett ärr blev till har stor betydelse för hur personen kommer att se på ärret. Forskarna drog slutsatsen att ärr som kommer från självsador eller avsiktligt orsakade skador tillskrivs större mening än ärr orsakade av miljöfaktorer. Där framkom att personer med avsiktligt orsakade ärr ofta ser ärren som en påminnelse av att överkomma motgångar och att inte fatta förhastade beslut. Därtill var det fler bland dem med "avsiktliga ärr" än de tillhörande "miljöorsakade ärr" som upplevde att ärren representerade en svår period i livet eller en specifik händelse. Det framkom även att åsynen av, och vetskapen om, ärren påminde även om negativa känslor som skam och stigma. Studien fann att båda grupperna av undersökningspersoner upplevde ärren som en del av sin identitet, men vad ärren betydde för personernas identitet skiljde sig åt avsevärt (ibid.). För många med avsiktligt orsakade skador har självskadandet varit ett sätt att hantera jobbiga känslor, till exempel ångest, sorg, smärta och mera. Även om dessa personer inte längre utför beteendet kan samma jobbiga känslor finnas kvar och ärren bidrar till att framkalla dessa känslor (Stacy, Lear & Pepper, 2017). Bland dem med miljöorsakade ärr symboliserade ärren snarare styrka, fysisk återhämtning, erfarenhet och lärdom, ibland även ära eller mod. När undersökningspersonerna i den miljöorsakade gruppen internaliserade ärren i sin identitet kopplade dessa alltså i högre grad till positiva känslor och en form av stolthet. Sålunda kan sägas att för den miljöorsakade gruppen ger ärren deras

identitet styrka, en känsla som kan vara svårare att uppnå för de med avsiktligt orsakade ärr, då de i viss mån fortfarande kopplar ärr till skam, stigma och känslomässig smärta. Utifrån hur väldigt olika och nästan motsatta förhållningssätt dessa två grupper uppger sig ha till sina ärr kan konstateras att tidigare självskadebeteende påverkar även efter att beteendet har upphört (ibid.).

Gällande mer fysiska aspekter av ärr visade forskningsresultaten att de självorsakade ärr ges mer uppmärksamhet, av personen de sitter på, än de miljöorsakade. Dessa personer uppgavs även lägga mer tankekraft på ärr, samt lägga mer energi på att försöka dölja eller täcka över dem. En anledning till varför undersökningspersonerna med avsiktligt orsakade ärr ibland valde att dölja sina ärr uppgavs vara att de inte ville att andra skulle kunna "läsa deras historia". Majoriteten av de med miljöorsakade ärr kunde visa upp sina ärr med stolthet, som något häftigt, eller sa sig inte reflektera över ärr alls (Stacy, Lear & Pepper, 2017).

En tysk studie, genomförd 2013, diskuterar samband mellan självorsakade ärr och kroppsuppfattning genom att undersöka hur personer med ärr från självförvållade skador förhåller sig till sin kropp jämfört med personer som har ärr efter brännskador och liknande (Dyer, et al., 2013). Gällande ärrs tydlighet upplevde personer med tidigare självskadebeteende sina ärr som mer synliga än dem med andra ärr, trots att ärr, utifrån ett objektivi t forskarperspektiv, inte nödvändigtvis syntes mer än andra ärr. Forskarna förklarar detta med att personer med självförvållade ärr värderar sina ärr sämre än övriga deltagare, samt hänvisar att värderingen kan bero på att ärr kommer från skador där personen försökte avsluta sitt liv och tidigare självmordsförsök kan vara kopplat till trauma (ibid.). Studiens huvudsakliga resultat presenteras av forskarna som att; ärrs ursprung påverkar hur väl personen: accepterar förändringar i sitt utseende, känner och förhåller sig till ärr, och deras vilja och engagemang att ändra sitt utseende. Sammantaget menar forskarna att personer med självorsakade ärr upplever större obehag och missnöje vid tanken eller åsynen av ärr (Dyer, et al., 2013).

3.4 Öppenhet och stigma

I den brittiska tidskriften Journal of Mental Health publicerades 2017 en artikel som bland annat diskuterar faktorer som påverkar hur professionella inom

sjukvården förhåller sig till psykiska ohälsa, och vilka faktorer som har betydelse för huruvida den som arbetar inom sjukvården och själv lider av psykisk ohälsa väljer att avslöja sin ohälsa för kollegor (William, et al., 2017). Artikeln redovisar resultat från en kvalitativ studie som bygger på semistrukturerade intervjuer om psykisk ohälsa med 24 professionella inom sjukvården. 13 av dessa arbetade inom psykiatrisk vård och 11 inom somatisk, och målet med studien var att undersöka erfarenheter av hur sjukvårdspersonal ser på psykisk ohälsa samt benägenhet att vara öppen om sin sjukdomsproblematik på en arbetsplats inom sjukvården (ibid.). Ett resultat som framkommer är att hur sjukvårdspersonal ser på psykisk ohälsa, och drabbade av psykiska sjukdomar, till stor del bygger på deras egna erfarenheter eller brist på erfarenheter (ibid.). Flera sjukvårdspersonal inom somatiken uppgav att deras syn på psykisk ohälsa hade förändrats avsevärt efter att en familjemedlem eller vän drabbats eftersom de fått större inblick i vilka svårigheter psykiska sjukdomar kan medföra. En informant uppgav sig känna mer empati för psykiskt sjuka sedan en anhörig diagnostiserats och andra vittnade om att det inom den somatiska vården finns föreställningar om att bara en viss typ av person kan drabbas samt att det syns på utsidan om någon är en "knäppgök" (William, et al., 2017). Arbete med kollegor som led av psykisk ohälsa hade för flera intervjupersoner inneburit ett uppvaknande angående att även psykiskt sjuka kan utföra ett arbete. Även bland sjukvårdspersonal inom psykiatrisk vård framkom att många i början av sin karriär haft en väldigt negativ syn på psykiskt sjuka men att de efter allt fler erfarenheter och vidareutbildningar inom ämnet fick ett mer positivt synsätt (ibid.).

I studien uppdagades att samtliga intervjupersoner, oavsett vilken vårdtyp de var verksamma inom, gjorde en skillnad på "vi" och "dom" när de talade om psykiskt sjuka, trots att alla hade vetskap om minst en kollega med psykisk ohälsa. Likaså visade det sig att samtliga kände större sympati för personer med fysisk ohälsa än med psykisk och talade om stigmatisering av psykisk ohälsa inom vården (William, et al., 2017). Däremot beskrevs stigmatiseringen vara mer synligt och starkare rotat inom somatisk vård än inom psykiatrisk, samt framkom i intervjuerna att sjukvårdspersonal inom somatiken ibland ifrågasatte om psykisk ohälsa verkligen var sjukdomar och likställde psykisk ohälsa med vardaglig stress (ibid.).

Huruvida sjukvårdspersonal, inom båda grupper, kände sig bekväm att prata om egen psykisk ohälsa på arbetsplatsen konstaterades att den viktigaste faktorn var chefen. Det vill säga om den drabbad av psykisk ohälsa trodde att chefen skulle uttrycka förståelse och stöd (William, et al., 2017). Näst viktigast var om ohälsan kunde komma påverka arbetsförmågan och de personer som upplevde att deras sjukdom gjorde det kände en skyldighet gentemot arbetsplatsen att berätta. Ytterligare viktigt vid övervägande att avslöja sin ohälsa var om det medförde risker. Således; risk att förlora sitt arbete, risk att negativt påverka sin karriär då en befordran innefattande större ansvar ges till någon som inte har en uttalad psykisk ohälsa, och mera (ibid.).

I en rapport från SBU (2015) redovisades för tidigare forskning om orsaker till varför en som drabbad antingen väljer eller inte väljer att berätta om sin självskadeproblematik. Där framkom rädsla om att drabbade inte skulle bli förstådda, att de både innan och efter självskada skulle klara sig själva (skydda anhöriga men också sig själva från omgivningens reaktioner), rädsla för vad andra skulle tänka och tycka, vilket påverkade dem och skapade tvivel inför att berätta om deras (aktuella eller tidigare) problematik (ibid.).

Stigmatisering kan resultera i självstigmatisering vilket innebär att marginaliserade grupper själva applicerar samhällets stereotyper på sig själva. Forskning kring självstigmatisering har varit fokuserad på psykisk ohälsa, eftersom det är mest förekommande inom denna grupp jämfört med grupper som lider av fysisk ohälsa (Corker, Brown & Henderson, 2015). I en studie av Corker, Brown & Henderson (2015) jämfördes självstigmatisering hos personer som led av psykiatriska sjukdomar med personer som led av ledgångsreumatism (RA). Studien omfattade 202 personer, varav 102 av dem led av psykisk ohälsa och 100 av RA. Resultatet visade att personerna som led av psykisk ohälsa led av både högre självstigmatisering, lägre självkänsla och lägre empowerment (egenmakt, kontroll över sitt eget liv) samt större erfarenhet av diskriminering än RA (ibid.) Låg självkänsla kopplad till självstigmatisering är vanligt förekommande hos personer med självskadebeteende och andra typer av diagnoser inom psykisk ohälsa. Enligt tidigare forskning har självstigmatisering visat sig mer vanligt hos unga som visar symtom på emotionell instabil personlighets syndrom, depression, psykosjukdomar och uppförandestörning (Karanikola et. al., 2018).

4. Teoretiska utgångspunkter

Följande avsnitt presenterar de teoretiska perspektiv och begrepp som är relevanta för undersökningen och som har tillämpats för att analysera inhämtad information.

4.1 Symbolisk interaktionism

Symbolisk interaktionism kommer från *interaktionismen*, som är ett tankesätt som tillämpas i forskning där fokus för en undersökning är en *process*. Det kan således handla om processen som leder fram till ett fenomen, processen av att ta sig ifrån fenomen, eller processen som uppstår när olika faktorer interagerar med varandra, med mera (Månsson, 2017). Vid användande av den symboliska interaktionismen specifikt avser undersökningen ge svar på hur en viss process påverkar individen, vad processen har för betydelse för individen själv och vilka konsekvenser den medför till interaktioner med andra (Meeuwisse & Swärd, 2017). För att tydliggöra; symbolisk interaktionism avser inte undersöka ett fenomen i sig, utan hur en process, som anknyter till fenomenet, påverkar individen.

Enligt den symboliska interaktionismen ska forskning av sociala processer och fenomen studeras utifrån samhällsmedlemmarnas egna ögon, således måste forskaren sätta sig in i den kontext fenomenet befinner sig inom samt göra sig medveten om sin egen medverkan i processen (Månsson, 2017). Inom perspektivet ses människan som ett subjekt, det vill säga att det är människan som agerar och utför handlingar, samt är det även människan som blir utsatt för något eller faller offer för någon annans agerande. Människan är enligt symbolisk interaktionism inte enbart en produkt av sin omgivning utan en aktiv agerande varelse som påverkar sin omgivning (ibid.). Perspektivet lägger stort fokus på hur olika detaljer (symboler) i det vardagliga samspelet mellan individer påverkar hur vi tolkar och förstår andras handlingar (Giddens & Sutton, 2016, s. 43). I forskning bidrar den symboliska interaktionismen till att öka vår förståelse om hur mänskligt handlande påverkar det sociala samhället, därmed anses, enligt detta synsätt, att det huvudsakligen är genom mänskligt agerande som sociala strukturer konstrueras (ibid.).

Ur den symboliska interaktionismen har *stämplingsteorin* utvecklats, vilken är relevant i en undersökning som avser studera hur en tillskriven kategoritillhörighet påverkar individers förutsättningar.

4.1.2 Stämplingsperspektiv

Synsättet härstammar från stämplingsteorin, vilken menar att sociala problem är socialt konstruerade och appliceras på människor som en etikett för att utmärka dem som avvikare (Ejrnæs & Kristiansen, 2017). *Stämplingsperspektivet* avser beskriva *hur* det går till när en individ eller ett fenomen definieras som avvikande. Skillnaden på begreppen är således att “stämplingsteori” fokuserar på egenskaperna hos det eller den som avviker, medan “stämplingsperspektivet” fokuserar på hur omgivningen bemöter det avvikande. Anledningen till att fokuset förflyttats till samhället runt omkring det avvikande, är den socialkonstruktivistiska föreställningen att avvikelser eller sociala problem konstrueras inom den process som uppstår när individer tvingas anpassa sig efter samhälleliga normer och värderingar (ibid.). Människor stämplas som avvikande genom att omgivningen tillskriver dem nedsättande egenskaper vilket kan leda till diskriminering som i sin tur påverkar den stämplade exempelvis i möjlighet till anställning (Ejrnæs & Kristiansen, 2017).

4.2 Stigma och stigmatisering

Begreppet *stigma* härrör ursprungligen från grekiskan och betyder “kroppslig märkning”, förslagsvis tatueringar (Westerholm et. al., 2006). I modern tid syftar begreppet istället på karaktärsdrag som avviker eller anses negativt att bära. Det kan handla om psykiska, fysiska eller beteendemässiga karaktärsdrag som avviker eller skiljer sig från det “normala” (ibid.). Grupper och individer som avviker från samhällets normer utsätts ofta för diskriminering kopplat till det specifika stigmat, sådan diskriminering kallas *stigmatisering*. Stigmatisering avser processen då individer utsätts för social exkludering på grund av avvikande karaktärsdrag eller viss grupp tillhörighet. Således att omgivningen uttrycker ett negativt förhållningssätt gentemot avvikande individer och agerar enligt fördomar och

föreställningar som finns kopplat till karaktärsdrag som anses avvikande (Westerholm et. al., 2006).

Goffman (2014) definierar stigma som något *normala* människor skapar genom att sätta en avvikare-stämpel på den som avviker socialt, fysiskt eller psykiskt från vad som anses normalt. I sin teori benämner han individer med stigma som *de stigmatiserande*, alternativt *avvikande*, medan samhällsmedlemmar utan stigma refereras till som *de normala*, eftersom samhället anser att bära stigma inte är normalt. Goffman (2014) menar att det finns tre typer av stigma; (1) de som avviker i personlighet eller egenskap, vilket innefattar psykiskt sjuka, (2) de som avviker fysiskt, exempelvis synliga funktionsvariationer samt (3) de som identifieras med specifik grupp kopplat till nation, "ras", familj, och liknande (ibid.). Vidare uttrycker Goffman (2014) att stigmatiseringen inte nödvändigtvis är av ondo från de normalas perspektiv då många sociala insatser bygger på egenskaper som medföljer stigmat samt kan beviljandet av en insats kräva ett tillskrivet stigma. Genom hjälpande förstärks stigmat som individen redan stämplats med och insatser som syftar till att hjälpa riskerar bli diskriminerade då det mer ofta än sällan minskar individens eget handlingsutrymme och möjligheter i livet (ibid.).

Trots medvetenhet om stigman och dess negativa påverkan på berörda individer fortsätter konstrueringen av stigma som avvikande eftersom de normala ser människor med stigma som lite mindre mänskliga (ibid.). Således kan ett stigmatiserande bemötande gentemot en *stämplad* individ legitimeras genom dess stigma. Till exempel vid insättande av en insats som inskränker individen, kan insatsen rättfärdigas med att individen har ett avvikande beteende på grund av sitt stigma, istället för att synliggöra den egentliga orsaken, exempelvis stora sociala klasskillnader (Goffman, 2014, ss. 12–13). Att individen sen reagerar negativt på inskränkande förklaras också med stigmat, som i sin tur legitimerar ytterligare inskränkning. Fenomen kallar Goffman (2014) för att skapa en *stigmatteori* som fräntar omgivningen ansvaret för kränkande intrång i personens integritet. Ett exempel kan vara; att en individ drabbas av ohälsa på grund av för tung arbetsbelastning och att arbetsplatsen förklarar ohälsan genom att skylla på ett stigma individen har sedan tidigare, men som egentligen inte har haft någon påverkan på den nu uppkomna situationen. Arbetsplatsen lägger ansvaret på

individen, slipper vidta arbetsrelaterade åtgärder och, istället för att anpassa arbetet, "hjälp" de individen genom att frånta den ansvar för något moment. Därmed, i tron om att de hjälper individen, utsätter arbetsplatsen individen för ytterligare stigmatisering och förstärker avvikare-stämpeln individen ofrivilligt redan fått, samt fråntar den ett ansvarsområde som gav individen självkänsla och tilltro till sin egen förmåga (ibid.).

Stigmatiseringseffekter, som även berördes i avsnitt 2.2, kan vara både fysiska, psykiska och sociala. Ämnet är brett och alltför omfattande för att täckas in här, men hur individen påverkas av stigmatiseringseffekter samt hur dessa kan hanteras av den som bär ett stigma, i ett samhälle där majoriteten av människor inte gör det, förklaras av Goffman (2014, ss. 12–15). Han skriver att ett sätt att hantera sitt stigma är att avskilja sig från det helt, att vägra acceptera det tillskrivna stigmat och hålla fast hårt vid sin den egna föreställningen av sig. Därmed uppfyller individen inte de förväntningar som medföljer stigmat och ser sig själv som *den normala* medan alla andra är onormala. Med en sådan hanteringsstrategi kan individen omöjligt undgå att ibland få insikt om omvärldens synsätt, och med insikterna följer starka skamkänslor. Desto mer en stigmatiserad individ vistas i samhället och drabbas av insikter desto större växer dess självhat (ibid.). En annan reaktion på stigma och tillhörande skamkänslor är att korrigera felet. Exempelvis om det rör sig om fysiskt synliga avvikelser fattas beslut att genomgå estetisk operation (Goffman, 2014, s. 16). Korrigering leder oftast inte till att en normal-känsla, utan snarare en övergång från att *vara någon med en stämpel* till att *vara någon med minnet av att ha korrigerat en stämpel*. Ytterligare hanteringsstrategi att försöka motbevisa stigmat, exempelvis en individ med en funktionsvariation som övar och lär sig utöva en aktivitet som anses omöjlig med sådan funktionsvariation. Det kan orsaka att individen tränar och pressar sig på ett sätt som är fysiskt smärtsamt och upptar stor tid, samtidigt som, även om den lyckas utföra aktiviteten, aldrig kommer tillskrivas den normalitets-stämpel som andra har (ibid. ss. 17–18). Goffman (2014) hävdar att stigmatiseringseffekterna, både effekterna på de normala och de som bär på stigman, differentierar beroende på vilken utsträckning *avvikare* och *normala* vistas i samma sociala utrymmen (ibid., s. 20). Sålunda att de normala och de avvikande inte nödvändigtvis kommer i kontakt med varandra, utifrån en

konstaterad företeelse av att dessa försöker undgå möta varandra i sina vardagliga liv, vilket därtill förstärker stigmatiseringen. Vidare förekommer också att personer med stigma kan tvingas in i isolering (på grund av sitt avvikande från normen) och i isoleringen, med stor brist på social stimulans, utvecklar depression och drabbas av ängslighet och misstänksamhet mot andra (Goffman, 2014, s. 21). När den normala och den stigmatiserade istället möts i sociala sammanhang uppstår en situation där båda uppmärksammar stigmat och behöver förhålla sig till det. Den stigmatiserade individen kan i mötet drabbas av stark ambivalens och nervositet i undran över hur den normala ser på denne, om den kommer bedömas utefter sitt stigma eller inte. Den som har ett stigma känner sig ofta ifrågasatt i sociala möten och upplever sig i större utsträckning än någon *normal* vara tvungen att i förväg förbereda sig på den andres reaktion. Något som däremot påtalas till fördel för den stigmatiserade är att då den gör något dumt eller misslyckas med något och omgivningen automatiskt lägger skulden på individens stigma (ibid. ss. 22–23). Men även denna fördel bidrar till ökad stigmatisering då den med stigmat kan känna sig kränkt över att omgivningen förutsätter att misslyckandet beror på exempelvis dess funktionsvariation, och inte att den trillade för att det var halt ute, såsom vem som helst kunde gjort (Goffman, 2014, ss. 23–24). Vad gäller stigma som är fysiskt synliga för omgivningen finner sig individer med sådana ibland i situationer där andra studerar dem/deras stigma, vilket, enligt beskrivningar från stigmatiserade individer, ofta upplevs inkräktande. Förutom blickar möts stigmatiserade individer även av verbala inkräktande uttalanden och frågor, det uppges nämligen vanligt förekommande att andra människor tar kontakt genom stigmat (ibid.). Till exempel att någon inleder ett kontaktskapande med att “min mammas kompis hade också (...)” eller ställer frågor som “Men hur gör du när du ska (...)”. Sådana bemötande upplevs stigmatiserande och för individen som utsätts för dem är det lätt att hamna i försvarsposition, något som alltså stärker omgivningens syn på individen som avvikande (Goffman, 2014, s. 25).

5. Metod

5.1 Metodval och datainsamling

Utifrån studiens syfte beslutades att använda kvalitativ metod med induktiv ansats. Genom induktiv ansats tillåts att dra slutsatser utifrån observationer, med hjälp av teori och tidigare forskning, utan att behöva anpassa slutsatserna till förutbestämda antaganden (Bryman, 2018, s. 28). Kvalitativ metod möjliggör att studera fenomen på djupare nivå och återge en välnyanserad bild av intervjupersonens verklighet (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 47).

Frågeställningarna som undersöks inrymmer komplexitet och kräver en öppen intervjuform. Med kvalitativ metod tillåts djupgående beskrivningar av specifika situationer på ett sätt som är omöjligt med slutna frågor eller kan ges rättvisa genom statistik (ibid.)

För datainsamling av tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter, som senare nyttjades vid analysering intervjupersonernas svar, genomfördes litteratursökning i databaser via Universitetsbiblioteket.

5.1.1 Litteratursökning

All sökning av tidigare forskning och relevant vetenskapsteori genomfördes under perioden 3 oktober 2020 till 20 november 2020.

Databaser som användes för sökningarna var; Cinahl, Encyclopedia of disability, PsycINFO, PubMed, ProQuest. ProQuest Social Science, SAGE Knowledge, Scopus, Social Science database, Sociology database, The SAGE handbook of social research.

Keywords som användes vid sökandet var; self-mutilation, self-harm, self-inflicted, self-injurious, scars, sick-leave, work, attitudes, discrimination, stigmatization, stigma, mental health, mental illness, biases, prejudice, expectations, self-injury, deliberate self-harm, recovery, validation, recovery narrative, self-stigma.

För att strukturera sökningarna samt möjliggöra mer fördjupade sökningar användes AND och OR i de olika databasernas avancerade inställningar. Exempel på hur detta kan vara; prejudice AND scars OR self-harm.

Då litteratursökningen genomfördes konstaterades att avsaknaden av tidigare forskning på området var stor, och kontakt upprättades med Sophie Liljedahl, Ph. D., C. Psych, Klinisk forskningsledare på Västra Götaland Självskadeenhet, i syfte att få stöd i hur sökningen kunde fördjupas. I samtal med Liljedahl framkom att undersökningsområdet inrymmer en kunskapslucka. Det finns således ingen färdig forskning på undersökningens område, därav beslutades att referera till studier vars forskningsområde angränsar till delar av undersökningens frågeställningar och syfte. I försök att hitta fler relevanta källor, än de som hittades genom litteratursökningar i olika databaser, nyttjades studier som hänvisades till i källorna från den ursprungliga litteratursökningen.

5.2 Urvalsprocess

5.2.1 Urval

Förhoppningen var intervjua 5–6 personer, vilket i samråd med handledare bedömdes vara ett rimligt antal i förhållande till studiens omfattning. I och med omfattningen av intervjupersoner valde vi att använda oss av icke-sannolikhetsurval (Denscombe, 1998, ss. 36–37). Icke-sannolikhetsurval är en bra metod vid svårigheter att få kontakt med intervjupersoner och då vi eftersökte personer med kunskap inom ett visst område, som för oss var svårt att komma i kontakt med, ansågs metoden passande att tillämpa.

Metoder för att ta fram urval föll på *subjektivt urval* samt *snöbollsurval*. Vid ett subjektivt urval har forskaren viss kännedom om att urvalet sitter på värdefull och relevant information och väljer deltagare därefter (Denscombe, 1998, s. 37). Eftersom studien avser att undersöka erfarenheter av återhämtning från tidigare självskadeproblematik och sjukskrivning, eftersökte vi ett urval som med säkerhet skulle besitta dessa erfarenheter. Kontakt med deltagare togs först och främst via föreningen “Self harm and eating disorder organisation” (SHEDO). Genom kontakt med SHEDO skickades informationsblad ut till föreningens medlemmar, vilka befinner sig i alla delar av landet, och som tackat ja till att erbjudas intervjuer om deras tidigare erfarenheter. Vid intresse av deltagande hos medlemmarna ombads de av SHEDO att kontakta oss.

Vid avsaknad av intervjupersoner valde vi att använda oss av ytterligare en metod, *snöbollsurval*. Snöbollseffekten sker genom att en intervjuperson hänvisar

till en eller flera andra personer, som även dom kan göra densamma, vilket kan skapa ett större urval på kort tid (Denscombe, 1998, s. 38). Genom att tillfråga våra befintliga intervjupersoner om ytterligare deltagare lyckades vi få kontakt med och intervjuar andra personer som satt på den kunskap vi eftersträvade i studien. Efter att ha genomfört intervjuer med sex olika personer gjordes bedömning, utifrån den tidsaspekt som förelåg, och omfånget av redan insamlad data, att behovet av data var uppfyllt.

5.2.2 Inklusionskriterier

För att få fram ett urval av intervjupersoner sattes kriterier för deltagande. Intervjupersonerna skulle vara 18 år eller äldre, detta med anledning av att vi ville undersöka hur personerna påverkas av deras tidigare sjukdomshistoria i deras vuxna liv, då de bland annat kommer in i eller återgår i arbetslivet. De intervjuade skulle ha erfarenhet av självskadeproblematik samt sjukskrivning på minst ett år sammanlagt med anledning av att vi ville undersöka hur längre sjukskrivning påverkar livet efter återhämtning. Krav på att sjukskrivningen skulle sammanfallit under en och samma period förelåg inte och inte heller några särskilda krav på tidsbestämd erfarenhet av självskadeproblematik. Det med anledning av gränsen på minst ett års sjukskrivning, eftersom sjukskrivningen bland annat skulle grunda sig i självskadeproblematik, och således skapade en minimigräns även gällande självskadeproblematik. Respondenterna skulle även identifierat sig själva som återhämtade under minst ett år, detta för att kunna utgå ifrån att personerna på något sätt börjat leva ett vardagligt liv utan anmärkningsvärd sjukfrånvaro eller psykisk ohälsa och därmed kunde svara på intervjufrågorna som konstruerats utifrån frågeställningarna.

5.3 Genomförande av intervjustudien

5.3.1 Semistrukturerad intervju

Genom en intervjuguide formulerades frågor som utgjorde underlag vid samtliga intervjuer. Under intervjuerna ställdes följdfrågor utifrån de svar vi fick. På så vis har alla deltagare fått samma förutsättningar då intervjuerna anpassats efter givna svar. Intervjupersonerna fick muntligt återge delar av sin livshistoria vilket gjorde

djupintervjuer till en lämplig forskningsmetod (Bryman, 2018, s. 563).

Semistrukturerade djupintervjuer gav undersökningen tillräckligt mycket struktur för att analysera och jämföra olika individers erfarenheter, samtidigt som det möjliggjorde för intervjupersonerna att välja specifika erfarenheter som de upplever sig påverkas av.

Fördelen med att genomföra djupintervjuer är att metoden ger förståelse för ett fenomen på ett mer personligt plan, vilket passar uppsatsens syfte (Kvale & Brinkman, 2014, s. 33). Metoden har, för vår kännedom, ingen känd risk för intervjupersonerna men kan tänkas medföra viss risk om de skulle berätta mer än de vanligtvis är bekväma med. För att ta hänsyn till eventuella svåra upplevelser av fördomar som kan vara känslomässigt påfrestande att tala om, skickades studiens intervjuguide ut till intervjupersonerna i samband tidsbokning för intervjuerna, och gav därmed chans till förberedelse.

Covid-19 pandemin och dess påverkan på samhället, exempelvis samhällsliga restriktioner, har påverkat genomförandet av intervjuerna. Då Göteborgs Universitet antog dessa rekommendationer medförde att studenterna fick ta ansvar för hur de valde att genomföra sina intervjuer. Omständigheterna ledde till begränsning i vilken kontext intervjuerna kunnat hållas inom, varpå beslutades att endast erbjuda de intresserade intervjupersonerna intervju via telefonsamtal. Genomförandet kan ha påverkat resultatet då det inte varit möjligt att personers reaktioner, såsom ansiktsuttryck eller kroppsspråk, utan endast utgå ifrån personernas röst, tonfall och vad som framkommit i tal. Samma sak gäller respondenterna som inte heller kunde få någon uppfattning om hur vi reagerade genom kroppsspråk och ansiktsuttryck. Uteblivande av fysiska möten har bidragit till större medvetenhet kring tonfall och formulering av intervjufrågor än vad normalt hade tagits hänsyn till. Respondenterna själva valde datum och tid för intervju.

Samtliga semistrukturerade djupintervjuer genomfördes under en period på 10 dagar, i mitten av oktober 2020. Intervjuerna spelades in, för att därefter transkriberas med stöd av otranscribe.com, sedan kodas och genomgå en tematisk analys (Bryman, 2018, s. 702).

5.4 Dataanalys

Tematisk analys är en flexibel metod som inte innefattar en bestämd teoretisk ram utan skapar utrymme för detaljerad och komplex data (Braun & Clarke, 2006). Med denna metod tematiseras data genom sex olika steg av analys. Första (1) steget bekantar forskaren sig med materialet, vilket utfördes genom ordgrann transkribering, noggrann genomläsning och upprepade aktiva genomlysningar. Samtidigt markerades delar av materialet som upplevdes värdefullt för studien. Andra (2) steget går forskaren systematiskt igenom materialet, varpå initiala koder av det mest intressanta i materialet tas fram (ibid.). Kodningen gjordes manuellt, och samtliga transkriberingar kodades av oss båda i gemensamma dokument, för att ge insyn och möjliggöra diskussion under kodningsprocessen. Materialet behandlades enligt tematisk metod, således att all data granskades systematiskt och likvärdigt, varefter repetitiva ämnen med intresse för undersökningen identifierades samt kodades och kopplades till forskningsfrågorna (ibid.). I tredje (3) steget konstruerades teman genom analyserande och sammankopplande av koder för att skapa övergripande teman (ibid.). I det (4) fjärde steget bearbetades framtagna teman genom att konstruera mönster av insamlade utdrag. Samtidigt som data för samtliga teman ska vara sammanhängande, bör även skillnader i dessa kunna identifieras (ibid.). Koderna jämfördes, sammanlänkades och placerades i passade kategorier, samtidigt kontrollerades datan med tidigare transkribering. I femte steget (5) namngavs samtliga teman, vilka förfinades och definierades genom identifiering av dess innehåll. Av de teman som tidigare identifierats valdes de med störst relevans för undersökningen ut, vilket resulterade i 4 huvudteman samt 9 underteman (Braun & Clarke, 2006). Samtliga teman kontrollerades gentemot tidigare transkribering för att trygga att fynd och data stämde överens. Sista steget (6) i den tematiska analysen består av att framställa en rapport. Detta utfördes med utgångspunkt i valda teman och kategorier samt tidigare forskning och litteratur som stöd till att förklara hur temana hänger samman.

Exempel på analysprocessen enligt tematisk analys:

Transkribering	Kodning	Undertema	Tema
“(…) när det liksom blir sjukvård då är det ju det här med hygien, man ska ha kortärmat, och så har jag ärr (…) så det har jag faktiskt undvikit (…)”	Inte komma ifrån sin historia, Påtvingade konsekvenser, ärr, Ärrens påverkan efter återhämtning.	Ärr	Negativ påverkan av självskadebeteende och sjukskrivning efter återhämtning

5.5 Studiens tillförlitlighet

Utifrån medvetenhet om att validitet och reliabilitet ofta är mer applicerbart på kvantitativa studier, men samtidigt fyller viss funktion vid kvalitativa studier, har vi i vår studie utgått från både; *reliabilitet* och *validitet*, och *tillförlitlighetsbegreppet*.

Reliabilitet/generaliseringsbarhet är ett begrepp som hänvisar till undersökningens pålitlighet och trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 295). Kontexteffekt och intervjuareffekt är faktorer som kan påverka resultat och därmed studiens reliabilitet (Jacobsen, 2012, ss. 122–123). Reliabilitet påverkas av det faktum att forskaren har viss kontroll av studiens olika delar av studien, exempelvis intervju, utskrift och analys, som tillsammans påverkar resultatet. Intervjuareffekt handlar om hur respondentens svar kan påverkas av intervjuarens närvaro, medan kontexteffekter avser hur platsen för intervju kan påverka svaren (ibid.). Reliabiliteten kan ifrågasättas om intervjuaren omedvetet ställer ledande frågor, vilket kan påverka svaren (Kvale och Brinkmann, 2014, s. 295). Genom att vi inte är professionella (exempelvis läkare) utan studenter, ser vi inte att vår närvaro eller våra roller som intervjuare har påverkat studiens reliabilitet. Omständigheterna angående Covid- 19-pandemin har lett till begränsning för vilken kontext intervjuerna kunnat hållas inom, vilket kan påverkat resultatet genom att inte se personers reaktioner genom ansiktsuttryck eller kroppsspråk utan endast utgå ifrån personernas röst, tonfall och det som sagts. Samma sak gäller respondenten som inte heller kunde få någon uppfattning om hur vi reagerade genom kroppsspråk etcetera Detta har bidragit till större medvetenhet kring vår ton och formulering av frågor i intervjuer än vad vi annars kanske skulle

varit. Respondenterna själva valde datum och tid för intervju, vilket kan öka reliabiliteten i vår studie om än så lite.

Validitet refererar till pålitlighet i en mening. För att en studie ska kunna ses som giltig (valid) ska dess argument vara väl motiverat och försvarbart. För att avgöra validitet tar man reda på om metoden som använts för studien verkligen undersökt det som är menat att undersökas (Kvale och Brinkmann, 2014, s. 296). För att öka sannolikheten att insamlad information är relevant, vid användande av kvalitativa intervjuer, har i vårt fall respondenter valts utifrån deras erfarenheter och är på så vis kunniga inom det fenomen som studien avser undersöka. Vårt att ta i beaktning är att enskilda personers uppfattning om ett problem eller fenomen inte nödvändigtvis behöver överensstämma med uppfattning hos alla inom denna grupp, det går inte att få ett helt och hållet generaliserat svar på frågan. Valet att använda personer med tolkningsföreträde avser att åtminstone synliggöra uppfattningen hos vissa personers tillhörande gruppen, och få fram deras bild av deras verklighet.

Vidare tillämpades även *tillförlitlighet* i bedömning av vår studie, vilket kan motsvara *validitet och reliabilitet*, och som ofta ses som mer lämpligt vid kvalitativa undersökning (Bryman, 2018, ss. 465–467). Tillförlitlighetskriteriet utgår ifrån fyra delkriterier som kan motsvara validitet och reliabilitet; *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera*.

För att avgöra trovärdighet ska studien genomförts enligt befintliga regler, vilka vi följt samt rapportering av resultat till intervjupersonerna (Bryman, 2018, ss. 467–468). Respondenterna har erbjudits att ta del av uppsatsen vid samband med intervjuerna, vilket vissa av dem tackat ja till. I efterhand ges även möjlighet för samtliga intervjupersoner att ta del av den slutgiltiga uppsatsen. Därmed uppfylls trovärdighetskriteriet.

Överförbarhet syftar till hur väl resultatet kan appliceras på en annan miljö (ibid.). Omfattningen intervjupersoner i vår studie är av mindre karaktär, vilket påverkar överförbarhet i denna frågan. Däremot har vi fått djupa beskrivningar om samma typ av problem från flera personer, vilket visar på överensstämmande uppfattningar som tyder på gemensamma faktorer för den specifika målgruppen, därmed kan antas att resultat i viss mån är överförbart.

Studiens pålitlighet bedöms utifrån huruvida författare redogjort för studiens olika delar; problemformulering, urval, anteckningar, utskrifter och andra beslut (ibid.). Vi har genomgående strävat efter hög transparens i samtliga delar av studien. Därmed har inget utelämnats medvetet, vilket ökar studiens pålitlighet.

Angående möjlighet att styrka och konfirmera har egen förförståelse, och medföljande risk att ha ett färgat ställningstagande, till ämnet tagits i beaktande och vi har i möjligaste mån eftersträvat ett objektiva förhållningssätt till ämnet. Vid framtagande av empiri och genomförande av analys har objektivitet varit i fokus för att minimera påverkan av egna värderingar eller förkunskaper (ibid.).

5.6 Forskningsetiska överväganden

Kontakt med *kunniga* personer inom vårt ämnesområde möjliggjordes genom att en av oss författare sedan tidigare har kontakt med dessa genom sitt engagemang i föreningen SHEDO. Med hjälp av intresseföreningen "Self harm and eating disorder organisation" (SHEDO) fick vi kontakt med respondenter som möjligtvis kunde känna varandra sedan tidigare, men dessa har inte kommit i kontakt med varandra genom studien. Intervjupersonerna är således, vad vi vet, helt oberoende av varandra i denna studie. Den författare som varit engagerad i föreningen och har *viss* kännedom om föreningens volontärer, men känner inte till samtliga medlemmar eller vilka som tar erbjudande om intervjudeltagande. Författarens engagemang förtydligades i informationsbladet som skickades ut via SHEDO till medlemmar som deltar i intervjuer. Deltagarna fick kännedom om att författarens engagemang och därefter själva välja om de ville förbli anonyma inför denne. De personer som visade intresse för studien via SHEDO har tidigare inte varit i kontakt författaren.

Samtliga intervjupersoner uppgav sig relativt öppna om sina erfarenheter och flera menade att de *känner av hur en person är* innan de berättar. Intervjupersonerna fick förbereda sig genom att ta del av intervjufrågorna i god tid innan och därmed bedöms risken låg att någon uppgett mer än den vanligtvis är bekväm med. Vid intervjuerna informerades intervjupersonerna om att de i efterhand kunde ta kontakt om funderingar uppkommer.

I informationsbladet betonades att deltagande för vår studie krävde att personerna definierade sig som återhämtande, vilket gjort att vi i allra största mått valt att inkludera intervjupersoner som inte längre är drabbade av självskadebeteende eller är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Detta för att undvika att orsaka redan utsatta personer för onödigt lidande samt att vi som författare inte besitter den kompetens som är eftersträvansvärd i samband med undersökningar som involverar utsatta personer.

5.6.1 Informationskravet

I samband med sökande efter intervjupersoner delades informationsblad om studien ut. Där framgick vad studien avsåg att undersöka, hur studien skulle genomföras, varför den genomfördes samt information om vad resultatet avsågs användas till. Innan intervjuerna genomfördes fick intervjupersonerna uppges om de hade läst informationsbladet samt en snabb repetition av informationsbladets innehåll. Informationskravet uppfylldes således då det presenterades både skriftligt och muntligt för samtliga intervjupersoner.

5.6.2 Samtyckeskravet

Samtyckeskravet handlar om att intervjupersonerna ska ha givit informerat samtycke till studien innan medverkan (Kvale & Brinkman, 2014, s. 107). Informerat samtycke har inhämtats från samtliga intervjupersoner då de fått information om undersökningens syfte, hur studien kommer genomföras, hur personliga uppgifter kommer hanteras samt vilka som får ta del av materialet. Intervjupersonerna har vidare informerats om möjligheten att dra sig ur studien, även i ett senare skede (ibid.). Muntligt samtycke inhämtades i början av varje intervju, och efter avslutad intervju tillfrågades intervjupersonerna hur de upplevde medverkan och mådde efteråt.

Denscombe (2009) påtalar att vid inhämtande av känsliga uppgifter behöver samtycke även inhämtas skriftligt och formuläret för samtycke ska då innefatta; kontaktuppgifter till forskaren, information om studien, vad som krävs av deltagarna, hur inhämtad information kommer hanteras och lagras, de etiska principerna samt underskrift och datum från både forskare och deltagare (ss. 199–202). Övervägande gjordes att skicka samtyckesformulär via post men utifrån

studiens tidsbegränsning, då intervjuerna behövde påbörjas snarast, fattades beslut att muntligt samtycke var tillräckligt. All information som ett samtyckesformulär ska innehålla kommunicerades istället via informationsbladet som skickades via mejl och repeterades muntligt i samband med intervjuernas genomförande.

5.6.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitet handlar om skyddande av privata uppgifter och vilka som får ta del av intervjupersonernas svar (Kvale & Brinkman, 2014, s. 109).

Intervjupersonerna informerades om att alla svar som kan kopplas till dem och göra dem identifierbara, kommer att redigeras innan de skrivs ut i analysen, i syfte att eftersträva så stor konfidentialitet som möjligt. För att värna om konfidentialiteten och intervjupersonernas integritet har samtliga namn bytts ut. Exempelvis "Kajsa" heter egentligen något annat, och likaså är "Johanna" ett pseudonym.

Eftersom intervjuerna utfördes via telefon går det inte att med full säkerhet utlova att ingen utomstående har kunnat ta del av det som sades eftersom vi som intervjuare inte kan kontrollera vilken miljö intervjupersonen befinner sig i under intervjun. Däremot uppmanades samtliga intervjupersoner att sitta avskilt och på en plats utan störande bakgrundsljud. Fortsättningsvis, vad gäller ljudupptagningsfilerna, kan inte total anonymitet garanteras då det är möjligt att hacka teknologi, vilket ligger utanför författarnas handlingsutrymme. Det kan heller inte uteslutas att framtida undersökningar inte återanvänder resultaten, för att besvara sina egna frågeställningar, men det bör inte påverka konfidentialiteten då allt material avidentifieras innan publicering.

5.6.4 Nyttjandekravet

Nyttjandekravet handlar om att information som inhämtats från intervjupersonerna endast får användas till den studie som uppgavs som syfte till inhämtandet, vilket vi i undersökningen har förhållit oss till (Bryman, 2018, ss. 171, 193). Information från intervjupersonerna har inte använts i syfte att påverka en politisk diskussion eller fråga, samt inga andra syften för att gynna egna

intressen. Det kan hända att vår studie kommer att användas sekundärt, i eventuell fortsatt forskning kring vårt ämne, vilket ligger utom vårt handlingsutrymme.

5.7 Arbetsfördelning

Vi har från studiens start fört dialog med varandra där vi diskuterat upplägget för vår studie och fördelning av arbetet mellan oss båda. Vi har delat upp olika punkter inom samtliga delar av studien, samtidigt som vi tagit del av, bearbetat och diskuterat varandras arbete, på så vis har båda varit delaktiga till alla delar av arbetet. Vidare har vi diskuterat samtliga avsnitts relevans för studien, för att ha samstämmig bild av den fakta som framkommer.

6. Resultat och analys

Resultatet har delats in i fyra övergripande teman, vilka sedan utgrenar sig i ytterligare underkategorier. Samtliga teman presenteras följande.

6.1 Att berätta om tidigare sjukdomshistoria

I temats underkategorier diskuteras påverkansfaktorer för varför återhämtade personer delar med sig av sin sjukdomshistoria.

6.1.1 Frivilligt eller ofrivilligt berätta

I följande citat beskriver Kajsa valet att dela med sig av sin tidigare sjukdomsbild på sin arbetsplats:

“(...) det är kanske inte alla som behöver berätta om deras bakgrund på samma sätt som jag kanske har behövt göra (...) det blir mest tydligt på min långa sjukskrivning.”

Kajsa

Att berätta är inte alltid självvalt, jämförelsevis med personer utan tydlig sjukskrivning, vilket uppkommit återkommande under intervjuerna. Ofrivilligt berättande under anställningsintervjuer uppkommer då parterna går igenom den arbetssökandes tidigare arbetslivserfarenhet. Bärande av stigma, som ur ett arbetsgivarperspektiv betraktas vara en negativ egenskap, kan påverka möjlighet till anställning, trots att nekande av anställning utifrån stigma kopplat till grupptillhörighet utgör en form av diskriminering (Ejrnæs & Kristiansen, 2017). Har den arbetssökande inte befunnit sig på arbetsmarknaden, eller finns det en tydlig lucka i arbetslivet, blir det särskilt uppmärksammat under arbetsintervjun, vilket öppnar upp för frågor kring frånvaron. Fortsättningsvis drabbar sjukdomshistoria individer även inom andra livsområden, exempelvis vid behov av sjukvård:

“(...) när jag kommer behöva hjälp från vården för att skaffa barn och det är jag också orolig för, att dom frågar om tidigare psykisk ohälsa, och kan gå in i tidigare

journaler och det är jag ju rädd för, att det ska påverka mina chanser till att bli förälder.”

Karin

Karin beskriver oro inför att redogöra för sin sjukdomshistoria i samband med vårdsökande på grund av ofrivillig barnlöshet, då hon skulle behöva genomgå en så kallad lämplighetsprövning, som bland annat innefattar undersökning av aktuell/tidigare psykisk ohälsa. Vidare uppgavs:

“Det blir liksom något som jag ofrivilligt behöver ta upp då, trots att det är så pass länge sen jag var sjuk. (...) helst skulle jag ju vilja att det sker på mina villkor.”

Karin

Vikten av att berättande sker på egna villkor för personer med erfarenhet av psykisk ohälsa, skiljer sig åt jämfört med personer drabbade av somatiska sjukdomar eftersom de senare nämnda inte utsätts för samma typ av stigmatisering. Stigmatisering kan leda till självstigmatisering vilket innebär minskad förmåga till egenmakt och kan hindra stigmatiserade att försvara sig själva i specifika situationer (Goffman, 2014). Att berätta på egna villkor, kan återge känsla av egenmakt hos personen, att återta kontrollen och undvika risken att vara tvungen, slippa finna sig i en försvarsposition. Konsekvenser, såsom ofrivilligt berättande eller risk att nekas möjligheter, trots tillfrisknande från tidigare sjukdom, är ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv en del av den process som medföljer tillskrivandet av ett stigma (Meeuwisse & Swärd, 2017). Skillnaden mellan att drabbas av exempelvis cancer och att insjukna i psykisk ohälsa är förekomst av en socialt konstruerad negativ föreställning, innefattande fördomar och stigmatisering, av den senare (ibid.). Oavsett om ohälsan är av fysisk eller psykisk karaktär tillskrivs den drabbade ett stigma utifrån att insjuknandet innebär ett avvikande från normen, samt att avvikare-stämpeln kan vara nödvändig för att få vård (Goffman, 2014). Vid fall av cancerdiagnoser ser samhället individen som olyckligt drabbad medan för den som ges en psykiatrisk diagnos inrymmer omgivningens bemötande även en skuldbeläggning. Den socialt konstruerade uppfattningen av en sjukdomsbild påverkar i vilken utsträckning

individens tillåts bli fri från stämplingen eller om processen fortsätter ge konsekvenser även efter återhämtning (Månsson, 2017).

6.1.2 Få stöd och stötta andra på arbetet

Liksom i Sallis och Birkins (2014) undersökning, samt i forskning från Corbière et. al. (2014), där deltagarna uppgav sig vilja informera kollegor om sin ohälsa, för att kunna få förståelse och stöd ifall att hinder i arbetet skulle uppstå, framkom även här. Flera intervjupersoner såg fördelar med att informera arbetsplatsen om sina erfarenheter utifrån att kunna be om stöd vid eventuellt återfall eller svårigheter orsakade av problematik som kvarstår trots återhämtning:

“När jag kanske inte mår så bra eller har dåliga dagar eller bara slirar eller att man liksom då, kan få hjälp av sin omgivning.”

Johanna

I intervjun med Johanna framkommer att vissa kollegors vetskap om hennes bakgrund utgör en trygghet då de kan förstå och stötta henne om hon mår dåligt. Liknande uttrycker Anna:

“(...) det är ju både för min egen skull, för att om någonting skulle hända vill jag att dom ska veta.”

Anna

I en översikt av intervjuerna framgår att flera intervjupersoner, i mer eller mindre utsträckning, har en tanke om att de kan återfalla i sjukdom, eller drabbas av annan psykisk ohälsa. Skulle det inträffa, finns en uppfattning om att det vore till deras fördel om arbetsplatsen vet om deras bakgrund. Sålunda kan tänkas att många i viss mån lever med tankar om att någon gång återinsjukna, men kan även känna tilltro till sina kollegor, att de kommer få stöd om ohälsa uppkommer. Rädslan för att hamna åter i sjukskrivning är befogad utifrån statistik som visar att erfarenhet av sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är den största riskfaktorn för ytterligare sjukfrånvaro (SBU, 2003). Det faktum att tidigare forskning påtalar *stöd vid återgång*, samt möjlighet att anpassa arbetsuppgifter, som betydelsefulla faktorer för att förhindra ytterligare sjukskrivning, legitimerar viljan att informera

sin arbetsplats för att möjliggöra stöttning om behovet skulle uppstå (Sallis & Birkin, 2014).

Av intervjuerna framkommer en konsekvens av intervjupersonernas öppenhet, att andra berättar om egna erfarenheter, något som Sandra uttrycker ordagrant:

“(...) jag upplever att dom jag har runt omkring mig idag är mer villiga att berätta om sitt eget sen jag började berätta om mitt (...)”

Sandra

Därtill uppger flera att kollegor som själva plötsligt drabbats av psykisk ohälsa, eller annan problematik de inte tidigare erfarit, söker de sig till dem för stöttning. Att på arbetsplatsen tala om psykisk ohälsa för att kunna få stöd samt i syfte att sprida kunskap och normalisera, har för intervjupersonerna inneburit att kollegor söker sig till dem för stöd på ett mer personligt plan:

“(...) med psykisk ohälsa så, har jag inga problem att säga 'jag har varit där själv, jag vet hur det är' och så vidare (...).”

Karin

“Det har ju blivit såhär automatiskt att om någon mår dåligt då går dom till mig, för att 'Anna vet ju hur det är'.”

Anna

Stödsökande diskuteras både som positivt och negativt. Positivt utifrån att tystnaden kring psykisk ohälsa bryts och att stödsökande kollegor har mer möjlighet till stöd än till exempel det Anna själv hade. Negativt i det avseende att intervjupersonerna belastas med andras problematik utan att själva gynnas av det. Andras stödsökande hos intervjupersonerna utgör även en bekräftelse på hur stigmatiserat psykisk ohälsa är inom arbetslivet (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019).

6.2 Reaktionen från omgivningen

Reaktioner avser bland annat reaktioner från chefer och medarbetare i samband med att intervjupersonerna har berättat om sin sjukdomshistoria eller då den på annat sätt uppdagats. Därtill hur närstående, såsom familj och vänner, har reagerat samt vilka reaktioner intervjupersonerna möts av när deras historia uppdagas i nya relationer.

En reaktion många av intervjupersonerna vittnar om är förvåning. Anna beskriver hur både kollegor och människor hon möter utanför arbetet brukar reagera i de situationer då hon väljer att berätta att hon tidigare varit sjukskriven i period på 10 år, och säger följande:

“(...) dom flesta tänker ju 'oj det kunde jag inte tänka mig att du har varit där eller att du har varit så pass sjukskriven' och så vidare.”

Anna

Anna syftar på människors förvåning över att hennes utseende inte förtäljer att hon varit sjuk och sjukskriven, att hon inte *ser ut* som någon som varit långtidssjukskriven. Kajsa svarar på hur människor reagerar när de inser omfattningen av hennes tidigare sjukdomsproblem och självskadebeteende:

“Det är nog att folk blir förvånade tror jag. (...) Jag tror att när man tänker att när jag säger att jag har haft självskadebeteende så tänker man kanske att jag har några små ärr och inte liksom att armarna är täckta av det liksom.”

Kajsa

Den förvåning flera talar om kan kopplas till studien av William et al. (2017) om hur professionella inom sjukvården ser på personer med psykisk ohälsa, där det framkommer att sjukvårdspersonalen skiljer på “vi och dom” när de pratar om psykiskt sjuka, trots att samtliga är medvetna om att de har kollegor som lider av psykisk ohälsa. Förvåningen som uppstår hos intervjupersonernas kollegor och åtskiljandet mellan “vi i arbetsgruppen” och “de som är psykiskt sjuka” antyder att det finns en uppfattning om att arbetsplatsen inte inrymmer medarbetare som lider av psykisk ohälsa. Att psykisk sjukdom och förmåga att utföra ett arbete ses oförenligt, en föreställning som bekräftas av att det på arbetsplatsen inte är

uppenbart vilka som lider av psykisk ohälsa, eftersom psykisk ohälsa inte märks eller syns utåt såsom en fysisk ohälsa ofta gör. Således kan tänkas att det finns en föreställning, det vill säga en stereotyp, av hur personer med psykisk ohälsa ser ut och uppför sig, och en uppfattning om att personer med psykisk ohälsa inte finns i samma sociala sammanhang som "alla andra". Liksom Kajsa beskriver att andra människor förväntar sig "några små ärr" finns ett antagande att de som har, eller har haft, en mer omfattande psykisk problematik inte lever bland dem som inte har det, att dessa avvikande individer befinner någon annanstans. Ytterligare ett citat från Anna visar hur en chef på hennes arbetsplats blir förvånad att en medarbetare som är driven och skicklig också kan ha erfarenhet av omfattande och mångårig psykisk ohälsa:

"(...) då var jag väldigt ingående med det men hon var ju liksom såhär 'oj, oj att du har varit där, det kan man inte tro. Du som är så duktig.'"

Anna

Anna berättar om en chef som trots uppvisande av förståelse, välmenande intresse, och vilja att ta hänsyn till hennes långa bakgrund av psykisk ohälsa och sjukskrivning, snarare förminskade och försvårade för henne att lämna sin stämpel som sjuk och skapa en ny identitet som en person i arbete. I citatet ovan framgår att chefen, medvetet eller omedvetet, har en föreställning om att en person med erfarenhet av långtidssjukskrivning inte heller kan vara duktig på sitt arbete. Flera har mötts med förvåning:

"(...) men kan liksom bli berörda av min historia på ett sätt som jag kanske inte riktigt hade tänkt mig, för mig är det liksom det jag har vart med om, det är liksom det 'vanliga' för mig."

Karin

I citatet framkommer att Karin inte själv alltid är beredd på den förvåning andra uttrycker när hon berättar om sin historia. Under intervjun berättar intervjupersonen att hon är väldigt öppen om sina erfarenheter och det kan tänkas att samtalsämnen, som för den som har begränsad erfarenhet av psykisk ohälsa

kan upplevas chockerande, medan de för henne blivit vardagliga och avdramatiserade.

Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv blir reaktionen *förvåning* intressant att analysera. Att en person uppvisar förvåning tyder på att den sett, hört, eller genom annat sinnesintryck, upplevt något den inte räknat med och uppvisar det för omgivningen genom sin reaktion. Enligt socialkonstruktivismen förmedlar omgivningens förvånade reaktioner att långtidssjukskrivning och självska debeteende inte är en del av normen, samhällsnormer och värderingar som enligt perspektivet aktivt konstrueras av samhället och människorna i det. Den återkommande reaktion av förvåning som intervjupersonerna ofta möts av, kan tänkas stärka deras egen bild av sina erfarenheter som ovanliga. Det uppstår således en stämpningsprocess där individer med erfarenhet av långtidssjukskrivning och självska debeteende är en grupp med avvikande historik. Med ett stämpningsperspektiv på händelseförloppet; att en person berättar om sina erfarenheter varpå omgivningen reagerar med förvåning, kan sägas att (1) erfarenheten stämplas som ovanlig, (2) flera liknande reaktioner tyder på att erfarenheten avviker från normen samt bekräftar för omgivningen att förvåning är den rätta reaktionen, och (3) upprepade upplevelser av andras förvåning ger individen uppfattningen att den, på grund av sin tidigare sjukskrivning och självska debeteende, är avvikande. Det kan tänkas att avvikande bemötande, dessutom utifrån en föreställning om att drabbade av psykisk ohälsa ska hanteras extra varsamt, förstärker risken att hamna helt utanför arbetsmarknaden såsom tidigare undersökningar konstaterat att långtidssjukskrivna löper stor risk för (Lindwall & Bohlin, 2017):

“(...) vissa kollegor jag jobbar ihop med ser mig som lite sårbar... Och är lite rädd om mig, fast dom kanske inte behöver vara det. På ett sätt liksom såhär, som är supergulligt och jättesnällt men, men det blir också lite förminskande för att jag är ju en helt vanlig människa och jag klarar av att ta hand om mig själv.”

Johanna

Att som återhämtad från sjukskrivning, inte bli betrodd med sina arbetsuppgifter är något som bekräftats i tidigare forskning gällande kollegor som uppvisat osäkerhet inför medarbetare som återkommit från sjukskrivning och uppgav sig

sakna tillit till medarbetarnas arbetsförmåga (Bertilsson, Hensing och Wängnerud, 2019).

Vissa intervjupersoner beskriver kollegor och chefer som "tassar" runt personen och även ifrågasätter personens psykiska mående. Stina beskriver hur hon blev bemött på en tidigare arbetsplats:

"(...) på både gott och ont, det är ju att dom kan ju hjälpa mig så att jag klarar av saker som jag har svårt för. Men samtidigt så kommer dom också liksom gå på tå när dom pratar med mig till exempel (...)"

Stina

Av citatet framgår att Stina, liksom övriga intervjupersoner, upplevt både positiva och negativa effekter av att vara öppen kring erfarenheter. Intervjupersonerna berättar om situationer då de behandlats som något ömtåligt och att ha upplevelsen av att i sitt vardagliga arbete bli bemött, av kollegor och chefer, på ett sätt som snarare liknar att berömma ett barn än att tala till en vuxen anställd, vilket kan kopplas till stigmatiserande föreställningar om att personer med psykisk ohälsa är lata, inte är sjuka på riktigt och inte i bestånd till att ta hand om sig själva. Föreställningar som dessa nämns av några intervjupersoner och kan kopplas till tidigare svenska studier som påvisar en samhällelig föreställning om att sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är mindre berättigat än av fysisk ohälsa (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019).

6.3 Positiv påverkan av erfarenhet av självskadebeteende och sjukskrivning

Att drabbas av sjukdom och sjukskrivning anses generellt som något negativt, men att ha personliga erfarenheter av sjukdomsproblematik kan generera positiva effekter såsom kunskap och stöd för andra.

6.3.1 Sprida kunskap

Att sprida kunskap är något som flera intervjupersoner upplever som en positiv konsekvens av egna erfarenheter. Forum för att sprida kunskap varierar men

framträdande är arbetsplatser. Kajsa menar att *hur* hon pratar om psykisk ohälsa är av vikt för att nå fram till mottagaren:

“(...) jag upplever nog mycket att 'hur jag pratar om det påverkar hur andra ser på det'.”

Kajsa

Att som återhämtad behöva reflektera kring formuleringen av sina erfarenheter och den erfarenhetsbaserade kunskap personen bär, kan kopplas till stigmatiseringen drabbade utsätts för och svårigheten att bli fri från sitt stigma och istället tilldelas en normalitets-stämpel av samhället (Goffman, 2014). Då bärare av stigma tillskrivs lägre status, uppstår hinder i att åter ses jämlik och bli tagen på allvar. Att berätta om sina egna erfarenheter på sin arbetsplats kan bidra till ökad förståelse bland kollegor, men detta lyckas inte alltid:

“Mitt syfte är egentligen att upplysa den här personen och sluta vara så dömande, men i slutändan så blev det snarare att den här personen ser ner på mig som den gjorde på personen den pratade om.”

Anna

Trots att Anna är återhämtad och intentionen var att minska fördomar och sprida kunskap, kom öppenheten att slå tillbaka mot henne. Liknande beskrivs av andra intervjupersoner:

“(...) jag kan verka som en väldigt stark och självsäker, glad och trevlig person, och det här kan ju drabba vem som helst, det kan ju drabba alla människor, psykisk ohälsa.”

Johanna

“(...) det är viktigt att personer som befinner sig runt patienter med psykisk- eller människor med psykisk ohälsa omges av personer som kan tro på dem, att dom kan bli friska och fixa att ta sig vidare.”

Karin

Karin poängterar vikten av omgivningens stöd, attityd och önskar se ökad insikt hos omgivningen att det är möjligt att bli fri från sin problematik, vilket inte är konstigt då hon själv, som tidigare drabbad och numera återhämtad, har erfarenhet av både omgivningens diskriminering och graden av självstigmatisering som drabbade ofta upplever (Corker, Brown & Henderson, 2015). Hon påtalar betydelsen av att berätta och önskar att fler gör detsamma.

6.3.2 Normalisera psykisk ohälsa - våga prata om det som är svårt

Psykisk ohälsa är ett svårt samtalsämne, särskilt om motparten i samtalet saknar förståelse eller är okunnig inom ämnet (William, et al., 2017). Att oförståelse är vanligt är inte förvånande med tanke på samhällets och omgivningens negativa attityd och dess bemötande gentemot stigmatiserade personer (Westerholm et. al., 2006).

Något som studiens intervjupersoner verkar överens om är att det ändå är betydelsefullt att våga prata om det:

“(...) jag tänker att det är så många som har lidit eller lider av psykisk ohälsa och ju fler som pratar om det, desto vanligare får vi ju se att det är och bryta stigmat (...), och öka förståelsen.”

Karin

Att våga berätta om sina erfarenheter menar Karin motverkar stigmatisering, vilket skulle generera positiva följder såsom ökad förståelse för drabbade. Men att berättandet når omgivningen betyder inte att stigmatiseringen omedelbart övergår i normalisering. Som Goffman (2014) beskriver är den som tillskrivits ett stigma hårt stämplad och kommer trots framgångar möta stora svårigheter att någonsin få en normalitets-stämpel. Hon berättar vidare att stigmatisering medför osäkerhet och rädsla för att bli dömd:

“(...) jag tror att det gör ju väldigt mycket att man känner sig osäker och rädd för att bli dömd, om man skulle öppna sig, kring det här. Så jag tror att den här kulturen om att vi inte pratar om vissa saker (...), jag tror att man behöver utöka kunskapen kring psykisk ohälsa överlag.”

Karin

Vad Karin sätter fingret på i ovanstående citat är att kunskap om psykisk ohälsa överlag behöver öka. Att öka kunskap och minska stigmatisering ligger inte endast på den stigmatiserade, det ligger på samhället i stort. För att våga berätta säger flera intervjupersoner att det underlättar om andra ställer frågor:

“Jag har inga problem med att folk frågar, tvärtom tycker jag det är skönt att folk vågar fråga och prata om det.”

Karin

“(…) mer kunskap kring psykisk ohälsa, och liksom att det inte är farligt att prata om, att många kanske vill fråga men inte vågar och jag tänker mer att det är bättre att man frågar än att man inte gör det. (...) man får tänka lite på vad man säger också såklart.”

Johanna

Intervjupersonerna upplever frågor från omgivningen om psykisk ohälsa som någonting positivt. Johanna poängterar betydelsen av *hur* personer ställer frågor. Vidare i intervjun framkom att hon efter återhämtning fått frågor om exempelvis sina ärr som snarare förstärkte skam, osäkerhet och rädsla att bli dömd än öppnade upp för gynnsam diskussion.

Stigman såsom ärr från självskada drar ofta till sig omgivningens uppmärksamhet vilket, som Johanna beskrev, ofta upplevs inkräktande. Enligt Goffman (2014) möts stigmatiserade personer av blickar och verbala okänsliga uttalanden och frågor. Sådant bemötande upplevs stigmatiserande och för drabbade är det lätt att hamna i försvarsposition, vilket tenderar stärka omgivningens syn på individen som avvikande (ibid.). Något som vi kan se i vår studie är att återhämtande personer med synliga ärr drabbas av samma typ av stigmatisering som de gjorde då de tillhörde den stigmatiserade gruppen. Fortsatt diskuteras negativa konsekvenser i senare tema.

6.3.3 Erfarenheter som kan användas inom arbetslivet

Flera intervjupersoner arbetar inom vård- och omsorg eller den sociala sektorn och upplever sig kunna använda egna erfarenheter inom arbetet. Delvis i möten med patienter eller klienter, men främst till att bidra med kunskap till kollegor som känner osäkerhet i arbete med individer vars erfarenheter kollegorna inte kan relatera till. Johanna som är yrkesverksam inom sjukvården uttrycker följande:

“Jag pratar mycket om psykisk ohälsa, jag jobbar ju på en medicinavdelning, och ibland får vi upp intöxer med mycket psykisk ohälsa i bakgrunden, (...) och då kan jag gå in (...), för många blir väldigt osäkra när det kommer in patienter med psykiska sjukdomar istället för somatiska sjukdomar.”

Johanna

Johanna beskriver att hon ofta blir ansvarig då personer med psykisk ohälsa inkommer på hennes avdelning. Hon utgör en tillgång då hon kan utföra arbetsuppgifter som kollegorna inte behärskar och som utan Johannas närvaro hade inneburit inkallande av professioner med annan expertis. Hennes beskrivning av arbete inom den somatiska vården, där sjukvårdspersonal känner osäkerhet i möte med patienter vars sjukdomsproblematik innefattar psykisk ohälsa, kan förklaras utifrån tidigare forskning som uppvisar bristande kunskaper om psykiatriska sjukdomar hos sjukvårdspersonal (William, et al. 2017). I samma studie uppdragas även att sjukvårdspersonal, som saknar personliga erfarenheter av psykisk ohälsa, ofta föreställer psykiskt sjuka i samstämmighet med samhällsliga stigmat och fördomar om person med psykisk ohälsa (William, et al. 2017).

Återhämtade personer med arbete inom verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa, kan med hjälp av sin erfarenhet bryta fördomar om målgruppen:

“(...) jag jobbar inom psykiatrin (...) att man får se att det faktiskt är möjligt att göra det och att det kanske kan förändra bilden av personer som skadar sig själva eller som har varit sjukskrivna under så lång tid som jag varit.”

Karin

Avseende att ha erfarenhet av psykisk ohälsa, som kan likna de individer intervjupersonerna möter i sina respektive yrkesroller, kan erfarenheterna även möjliggöra ökad förståelse och förmåga att sätta sig in i individens situation. Ytterligare en positiv konsekvens av att besitta dessa erfarenheter, i kombination med att vara yrkesverksam i arbete med människor, är att kunna utgöra en förebild för andra:

“(...) många kanske tänker att om man varit med om det som jag varit med om så kommer man aldrig kunna jobba eller man kanske inte klarar av att jobba (...) att det kanske kan förändra bilden av personer som skadar sig själva eller som har varit sjukskrivna under så lång tid som jag varit (...)”

Karin

Karin uppger att hennes nuvarande tillstånd som frisk och i arbete, kan motverka stereotyper om sjukskrivna personer och personer med självskadebeteende samt visa för andra drabbade att återhämtning är möjligt. Vidare beskrev att hon genom sina erfarenheter sitter på kunskap som medarbetare utan liknande erfarenhet saknar vilket upplevs som något positivt och användbart:

“(...) det ses ju som någonting positivt att ha den kunskapen och jag upplever ganska ofta att många kommer till mig och ber mig om perspektiv och synpunkter på hur man ska jobba med patienter och så vidare (...)”

Karin

Liknande säger Kajsa:

“(...) det är många som kommer och ber mig om perspektiv ibland till och med (...)”

Kajsa

Karin och Kajsa beskriver att de, på initiativ av medarbetare, bidrar med perspektiv utifrån tidigare sjukdomshistoria, perspektiv som kollegorna saknar. Kollegornas efterfrågan av deras kunskap är en viktig faktor för att våga berätta då det tyder på en positiv inställning till personer med psykisk ohälsa. Det i motsvarighet till tidigare forskning som konstaterar att upplevelser kollegors

fördomsfullhet mot psykisk ohälsa leder till ovilja att dela sina erfarenheter (Sallis & Birkin, 2014).

Hittills nämnda positiva konsekvenser har främst varit till nytta för kollegor, patienter eller klienter, personer som befinner sig i intervjupersonernas omgivning. Anna beskriver konsekvenser, som snarare kan kallas *gynnsamma* än positiva, i form av situationer där hennes sjukdomshistoria kan generera fördelar. Bland annat berättar hon följande:

“(...) när jag blev sjukskriven frågade dem 'Ska vi kontakta läkare?’ och jag svarade då 'Ah nej nej men jag har redan kontakt med psykiatrin.’”

Anna

Av ovanstående citat framgår att Annas redan etablerade sjukvårdskontakt, på grund av tidigare sjukdomshistoria, underlättar för arbetsplatsen och fråntar den ansvaret för sin personals hälsa. Händelsen nämns även längre fram i intervjun där det framgår att psykiatrikontakten bidrog till snabbare vårdinsatser, vilket gynnade både Anna och arbetsplatsen, samt att hon fick uppleva sig själv som en “lätt” anställd:

“Nu hade jag kontakt inom psykiatrin redan, jag fick snabbt hjälp och så vidare, och det tror jag arbetsplatsen tyckte var skönt (...)”

Anna

Vidare beskriver att hon sig ha användning av sin sjukdomshistoria genom att “skylla” på den:

“Så mår jag dåligt kan jag ju bara 'jag har ju en historik med den här problematiken', det kan jag backa undan på. Men också om jag mår dåligt, så kan det bli 'ja men du har ju en historik'.”

Anna

Anna nyttjar här den stigmatologi omgivningen ofta konstruerar i situationer då en person med stigman begår ett misstag och omgivningen utan vidare eftertanke lägger skulden på personens stigma (Goffman, 2014). Samtidigt uppger Anna att

stigmatörin precis lika effektivt kan användas mot henne, som något för arbetsplatsen att skylla på när de har antagande om hennes förmåga.

Liksom tidigare nämnt av Sallis och Birkin (2014) har psykisk ohälsa inte samma konstanta karaktär som exempelvis en fysisk skada. Psykisk ohälsa är föränderligt och för- kontra nackdelen att kunna lägga skulden på psykisk ohälsa möjliggörs av dess ostabila natur. Denna tudelade känsla av att i sitt återhämtade tillstånd, ha användning av sina erfarenheter och sjukdomshistoria, samtidigt som de medför nackdelar berörs i samtliga intervjuer. Vetskapen om att vara öppen om sin bakgrund kan komma att medföra både positiva och negativa konsekvenser, fanns troligtvis hos alla intervjupersoner. Det med hänvisning till tidigare forskningsresultat där uppdragats att människor vill berätta orsaken bakom sin sjukskrivning, åtminstone för någon på arbetsplatsen, för att möjliggöra stöd men avstår ofta utifrån oro för negativa konsekvenser (Sallis & Birkin, 2014).

6.4 Negativ påverkan av erfarenhet av självskadebeteende och sjukskrivning

Att varit långtidssjukskriven och lidit av självskadebeteende beskriver intervjupersonerna lämnat spår i livet. Underkategorierna i temat präglas av den förföljelse som medföljer erfarenhet av sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa och självskadebeteende. Självskadebeteende är förknippat med stigmatisering, skam, psykiskt lidande och försämrad livskvalité (SBU, 2015, Kåver & Nilsson, 2002).

6.4.1 Inte bli fri från sin sjukdomshistoria

Genom intervjuerna har vi fått en bild av hur återhämtade lider av oroliga tankar om hur stigmatiseringen kring deras tidigare problematik kommer påverka deras livsmöjligheter. Karin beskrev upplevelse av rädsla kring hur hon skulle bli bemött efter återhämtning med anledning av sin tidigare livssituation:

“Alltså den rädslan har ju typ alltid funnits där, ända sen innan jag blev frisk och tänkte liksom att ja men 'hur blir det när jag ska söka jobb och inte ens gått klart gymnasiet och har varit sjuk så länge', liksom 'vem vill anställa en sån som mig'.”

Karin

Citatet antyder både medvetenhet om samhällets fördomar gentemot psykisk ohälsa och hur personen tidigt internaliserade samhälleliga föreställningar och drabbades av självstigmatisering, vilket resulterade i nedvärderande tankar om sig själv (Scheff & Starrin, 2017). Intervjupersonens syn på sig själv kan kopplas till Bertilsson, Hensing och Wängneruds (2019) forskning som belyser stigmatiseringsprocessens påverkan på självbilden, då individen har internaliserat omgivningens fördomar.

Andra konsekvenser av tidigare sjukdomshistoria beskrivs i följande:

“(...) man kanske märker att dem har förutfattade meningar om mig som inte alls stämmer överens. (...) ‘Jag träffade en gång en tjej som hade borderline och hon var så manipulativ’. (...) många har förutfattade meningar. Bara att jag berättar att jag har haft den här problematiken, så kan man få såna kommentarer ibland.”

Johanna

Trots att intervjupersonen uttalat sig vara återhämtad från tidigare problematik möter hon antaganden från omgivningen som tydliggör stigmatiseringen av personer drabbade av psykisk ohälsa och att kränkande kommentar följer personen in en återhämtad tillvaro (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Genom sina antaganden och fördomar stämplar omgivningen intervjupersonen med ett stigma hon inte längre bär på och således tvingas hon in i samhällets sociala konstruktion av vilka negativa egenskaper individer med hennes erfarenheter har. De tillskrivna egenskaperna möjliggör diskriminering som bland annat tar sig uttryck inom arbetslivet (ibid.). En av de intervjuade beskriver hur hon inom sin arbetsplats uppreparande får frågor om sin psykiska hälsa:

“(...) Jag tror knappast att mina kollegor får frågan ‘hur mår du psykiskt’ varje gång dom träffar sin chef. Men det får jag, varenda gång. (...) oavsett om jag tar upp det så kommer det på tal, alltså jag kommer inte ifrån.”

Anna

Ovanstående citat förtäljer att öppenhet kring sjukdomshistoria och erfarenheter kan leda till bemötanden som avviker från normen på arbetsplatsen, men även att

intervjupersonen i fråga upplever att hon lika gärna själv kan ta upp sin psykiska hälsa som samtalsämne eftersom det ändå kommer komma på tal i samtalet. Chefens fråga går i linje med det bemötande omgivningen generellt har till människor med stigma, men med det sagt innebär ifrågasättande av hur intervjupersonen mår psykiskt ytterligare stigmatisering mot en redan stämplad individ. Att bemöta en person genom att på något sätt påtala dess stigma är stigmatisering och bidrar därmed till att fortsatt konstruera bilden av personer som drabbas av psykisk ohälsa som avvikande (Goffman, 2014). I samtliga intervjuer beskriver intervjupersonerna olika händelser där de bemötts på sätt som avviker från normen, där omgivningen behandlat dem på ett sätt som lägger skulden på den stigmatiserade trots att det grundar sig i felbehandling från omgivningens sida. Fenomenet exemplifierar Goffmans (2014) stigmatologi där omgivningen bemöter individen utifrån dess stigma, vilket för individen upplevs kränkande, men då den uttrycker sin upplevelse av bemötande avser sig omgivningen ansvaret genom att skylla på stigmat. Följande citat utgör ett tydligt exempel på detta:

“(…) jag fick en depression för några år sen, och då var det plötsligt att 'Ja fast det får du ju räkna med att du kommer vara deprimerad i perioder' och så fick jag ingen hjälp fast jag hade ju mått bra i flera år liksom.”

Kajsa

Kajsa sökte hjälp inom sjukvården efter att ha drabbats av en depression, vilket sjukvården besvarade med att hennes plötsliga insjuknande berodde på den psykiska ohälsa hon led av under uppväxten. Således avlade sjukvården sitt ansvar att möta en hjälpsökande och placerade skulden för insjuknandet på individen, med förklaringen att hon borde räkna med perioder av sämre mående trots att hon varit frisk sen länge. Kajsa utsattes för stigmatisering för ett stigma som inte var relevant, samt ytterligare kränkning i form av att sjukvården indirekt skyller den tidigare ohälsan som anledning till hennes oförståelse inför deras förklaring. Vidare uttrycker Karin frustration över att inte få vara den hon är idag:

(…) det var en sak som jag kände, att man kommer liksom inte riktigt ifrån det!”

Karin

Karin beskriver en känsla av att inte komma ifrån sin tidigare sjukdomshistoria vid behov av sjukvård. Mer om hur erfarenhet av psykisk ohälsa kan påverka återhämtade inom den somatiska vården beskrivs under punkt 6.4.3.

6.4.2 Hinder inom arbetslivet

Intervjupersonerna uttrycker upplevelser av förminskade från kollegor och chefer, antaganden om arbetsförmåga och personlighetsdrag trots återhämtning från sjukdom, samt diskriminering och kränkningar. Diskriminering inom arbetslivet, på grund av stämpeln som *tidigare sjukskriven för psykisk ohälsa*, grundar sig i en social konstruktion av *vad* som utgör en pålitlig anställd, vilket erfarenhet av *sjukskrivning* och *psykisk ohälsa* anses avvika från (Månsson, 2017).

Ett av de mest grundläggande *hindren* som framkom i samtal var svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden efter sjukskrivningsperiod. Arbetssökande efter sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är inte oproblematiskt, särskilt då chefers bemötande och attityder mot sjukskrivning oftast är ännu värre gällande psykiska kontra fysiska skäl (Bertilsson, Hensing & Wängnerud, 2019).

Flera intervjupersoner uppgav att det krävdes myndighetsstöd för att kunna börja arbeta. Antingen, som flera intervjupersoner beskrev, att de på grund av sin sjukdomshistoria och frånvaro inom arbetslivet var tvungna att börja med arbetsträning utifrån egen förmåga. Eller, såsom Anna beskrev, att på grund av hennes mångåriga sjukskrivning gjordes bedömning att det var omöjligt för henne att på egen hand ta sig in på arbetsmarknaden. Anna blev tvungen att erhålla stöd, och den i form av hjälp till anställning hos ett bemanningsföretag som erbjuder tjänster till personer som av någon anledning inte uppfyller arbetsmarknadens krav. Anna beskrev vidare hur hon och hennes kollegor från bemanningsföretaget utsattes för diskriminerande behandling av medarbetare som befann sig på samma arbetsplats men kom från andra bemanningsföretag. Ur bilden som återges kan utläsas att det finns en negativ föreställning av bemanningsföretaget och att på grund av detta blir de med anställning där automatiskt stämplade som avvikande (Goffman, 2014):

“Vi var aldrig inkluderade i gemenskapen med dom andra bemanningsföretagen, vi var en klass för sig liksom. Så det är liksom konstant strävan om att bli norm- eller ses som normal.”

Anna

Ovanstående citat vittnar om att Anna och hennes kollegor accepterade stämpeln av att tillhöra *det* bemanningsföretaget, de blev en avvikande grupp vars mål var att bli betraktad som vilken anställd som helst. Anna berättade att hon och hennes kollegor diskriminerades även av företagen de hyrdes ut till:

“(…) vad det gäller arbetsuppgifterna så är det sämre uppgifter. Och vad det gäller dom som blev övertagna till övertaget och fick anställning, det hände aldrig med personalen från oss fast att dom gjorde samma arbetsuppgifter.”

Anna

Således kan sägas att hon hänvisades till bemanningsföretaget som hennes enda möjlighet att ta sig in på arbetsmarknaden, men väl där innebar stämpeln som *anställd via det specifika bemanningsföretaget* ytterligare anledning till att hon inte var anställningsbar. På fråga om hon upplevde detta som diskriminering svarade Anna:

“Ja. (...) Dessutom är det så här att man får alltid jobba extra mycket, och det känner jag även nu. (...) det har påverkat mig även nu när jag är på en normal arbetsplats, att jag konstant har prestationsångest och att jag känner att jag inte gör tillräckligt. Ungefär, så att så fort någon gör något dåligt eller det är någon svaghet någonstans så, jag vill inte att folk ska se mig som någon svaghet”

Anna

Liksom Goffman (2014) skriver att en hanteringsstrategi, bland personer som bär på stigma, är att motbevisa den föreställning som finns om stigmat, beskriver en av de intervjuade. Hon uppgav att på grund av sin sjukdomshistoria, som innefattade en lång sammanhängande sjukskrivningsperiod, kände inre press att prestera på hög nivå och inte visa sig svag:

*“(..). då blev jag faktiskt utbränd *skratt* på riktigt. (...) Och då blev det ju också den här 'ah men du har ju en historik av det här och det här' liksom. (...) man kommer inte ifrån det.”*

Anna

På grund av prestationsångest och överansträngning drabbades den intervjuade av utmattningssyndrom, såsom är vanligt när individer hanterar sina stigan genom att försöka motbevisa det, men i viljan att dementera omgivningens föreställningar istället gör illa sig själv (Goffman, 2014). Vidare i intervjun framkommer hur hon, i samband med utmattningen, orsakad av prestationsångesten, istället levde upp till arbetsplatsens förväntningar på henne som tidigare långtidssjukskriven:

“(..). jag upplevde att dom kände att det inte är värt det liksom. Att 'här har vi en person som har en problematik, som vi vet kommer alltid ha en problematik, varför ska vi laga det här?'. ”

Anna

Vid återgång till arbete skulle en rehabiliteringsplan upprättas, men arbetsplatsen vägrade och hon fick gå tillbaka till samma arbetsuppgifter som orsakat sjukskrivningen. Liknande bemötande påträffas i tidigare forskningsresultat av Bertilsson, Hensing & Wängnerud (2019), där arbetsgivare med kritisk inställning till psykisk ohälsa motvilligt implementerar arbetsanpassningar. Hennes tillvaro på arbetsplatsen, efter återgång från en kortare sjukskrivningsperiod, kantades således av hög arbetsbelastning, diskussioner med arbetsplatsens HR-avdelning och, med stöd från fackförbundet, kämpande för en rehabiliteringsplan. Anna uppgav att arbetsplatsen visste om sin skyldighet att upprätta en plan för anställda vid återgång från sjukskrivning men att de vägrade utifrån vetskap om hennes bakgrund, vilket kan knytas till tidigare forskning som visat att arbetsplatser är mer ovilliga att anpassa arbetsuppgifter vid psykisk problematik än fysisk (Sallis & Birkins, 2014). Vägran att bistå med en planering, trots inblandning från fackförbund, och krav på henne att arbeta under förhållanden som orsakade ohälsan liknar det fenomen som Corbière et. al. (2014) beskriver där den tidigare sjukskrivna kommer tillbaka och översvämmas med arbete. Anna upplevde bemötandet från arbetsplatsens som att hennes stödbehov kunde ignoreras och

ursäktas med hennes sjukdomshistoria, trots att denna inte var sjukskrivningsorsaken. Upplevelsen är förenlig med Sallis och Birkins (2014) forskningsresultat där det uppdragats skulden för insjuknande ofta läggs på den anställde och att chefer förbisett hur arbetsbörda och psykosocial arbetsmiljö kan påverka de anställdas hälsa.

Anna sökte nyligen en högre tjänst inom företaget och utsattes då för ytterligare diskriminering;

“(...) Jag tror dom tänker att 'nämen tänk om hon blir knäpp igen' eller 'blir sjukskriven'. (...) Jag sökte en tjänst för några veckor sen, jag blev inte ens kallad till intervju, på grund av frånvarorisk. (...) medan jag känner att jag hade inte sökt den här tjänsten om jag inte kände att jag kunde det.”

Anna

I intervjun framkom att Anna var bäst lämpad för tjänsten, utifrån att hon var den med längst erfarenhet på arbetsplatsen samt att hon blivit uppmärksammas av chefen för att vara väldigt kompetent i sitt arbete, men att hon inte ens gavs möjlighet till en intervju. På fråga om varför hon inte blev kallad fick hon till svar “på grund av frånvaro och risk för frånvaro”, vilket hon menar enbart beror på arbetsplatsens vetskap om hennes tidigare sjukskrivningsperiod. Hennes upplevelser överensstämmer med de slutsatser som görs både av SBU (2003) och i forskning om psykisk ohälsa bland sjukvårdspersonal (William, et al., 2017) som konstaterar att erfarenhet av sjukskrivning i samband med psykisk ohälsa hämmar möjlighet till karriärutveckling. I undersökningen av Williams, et. al (2017) uppgav de som deltog att det var riskabelt att vara ärlig om sin sjukdomshistoria, eftersom det var allmänt vedertaget att vid befordringar som inbegriper större ansvar premieras anställda som inte uppgett sig lida av sjukdom. Detta överensstämmer med den bild Anna ger då hon vidare uttrycker förståelse för arbetsplatsens argument att de behöver en anställd vars närvaro de kan lita på. Att nekas en tjänst trots bättre merit än övriga sökande är uppenbart diskriminering och kan härledas till stigmatisering av personer med psykisk ohälsa inom arbetslivet såsom Salis och Birkins (2014) talar om:

“(...) jag förstår ju om man kollar ur en arbetsplats perspektiv. Att om dom anställer någon måste dom ju kunna räkna med den här personen, (...) men det känns samtidigt väldigt orättvist också. Det är ju som att man har en stämpel med sig.”

Anna

“(...) man nojar ju alltid för om det skulle hända något på jobbet och dom måste fatta några beslut, göra några prioriteringar, var ligger man egentligen i prioriteringen.”

Anna

Av citaten framgår att Anna känner sig märkt, och att hon inte tror arbetsplatsen någonsin kommer lita på hennes förmåga fullt ut, samt funderingar om hur hon värderas ifall att en omstrukturering eller nedskärning av anställda skulle uppstå. Samtidigt säger hon sig förstå arbetsplatsens argument och lägger skuld på sig själv för öppenhet om sin bakgrund, vilket tyder på att hon har accepterat sin tillskrivna stämpel. Att uttrycka förståelse för att bli behandlad annorlunda och delvis skuldbelägga sig själv för att ha varit ärlig mot sin arbetsplats, även om ärligheten inte alltid varit frivillig, är något som har förekommit i flera intervjuer. Fenomenet att skylla sig själv för omgivningens diskriminerande bemötande, och acceptera att det sker, anknyter till Goffmans (2014) stigmatiseringsteori. För den som lever med stigma finns en tyst överenskommelse med omgivningen att i möten mellan den stigmatiserade individen och andra människor måste båda parter förhålla sig till stigmat (ibid.). Stämplade individer, som har accepterat att betraktas som avvikande från normen, är hela tiden medvetna om risken att utsättas för stigmatiseringseffekter som ifrågasättande, antaganden och fördomar. Att intervjupersonerna har tvingats förlika sig med viss mån av diskriminerande behandling uppvisar hur hårt rotat stigmatisering och dess effekter är i vårt samhälle.

6.4.3 Somatisk vård

Några intervjupersoner berättar hur de påverkats av sin tidigare psykiska ohälsa i kontakt med vården, vilket även nämns i ett citat under avsnitt 6.1 gällande att tvingas berätta för att få vård, och upplevelsen av att inte bli hörd delas av flera

(Bertilsson, Hensing & Wängers, 2019). I intervjuerna ges exempel på tillfällen då intervjupersonerna påverkats negativt av sin tidigare psykiska ohälsa i kontakt med somatisk vård:

“(...) jag hade ont i magen en sommar (...). När jag vände mig till vårdcentralen, sa dom att dom såg att jag hade haft tidigare psykisk ohälsa och att det säkert berodde på det då och jag väldigt tydlig med att det inte gjorde det. Jag kände liksom inte att dom ansträngde sig för att hjälpa mig med det, utan jag fick själv efteråt fundera på vad som var orsaken till det och hittade också orsaken själv (...)”

Karin

Intervjupersonerna beskriver hur läkare inom den somatiska vården bortförklarar kroppsliga symtom på sjukdom med att hänvisa till tidigare psykisk ohälsa. Exempel på hur återhämtade påverkas av dessa paralleller lyfter av Kajsa:

“(...) jag har ju försökt till och med att dom ska så här radera min sjukdomshistorik för att bara få vara den jag är idag.”

Kajsa

Kajsa beskriver här upplevelsen av tidigare journalanteckningar som hinder för i vårdsökande. Stigmatisering är enligt tidigare forskning mer etablerat inom somatisk vård jämfört med psykiatrisk (William, et al., 2017). Då läkare inom somatisk vård får vetskap om patientens tidigare psykiska ohälsa, kan stigmatiserade fördomar uppstå och bidra till att personen inte bemöts såsom en person utan tidigare psykisk ohälsa. Patienten redogörelse av symtom och upplevd fysisk ohälsa tillskrivs inte samma status som personer utan psykisk sjukdomsproblem. Även under pågående vård utsätts drabbade för misstänkliggöranden, vilket kan påverka den vård som erhålls. En intervjuperson beskriver upplevelsen av bemötande inom somatisk vård:

“(...) ‘Ja men det där får psyk ta hand om’ eller ‘Ja du är en sån där psykpatient så det där är inte på vårat bord’ (...) nån gång under perioden jag var sjuk, sökte till vårdcentralen för jag var jättetrött, mådde jättedåligt ville läkaren knappt ta i mig och ‘nä men det där får du ta med psyk’, sen så gick det några veckor till och jag blev inlagd [inom psykiatrisk slutenvård] (...) sen så tar de blodprov och det visar sig att både mitt

*B12 och mitt D-vitamin ligger liksom i botten. (...) hade jag bara fått vitaminer på
vårdcentralen kanske man hade stoppat en inläggning.”*

Johanna

Flera intervjuer berör stigmatisering inom somatisk sjukvård och konstaterar, liksom i tidigare forskning, negativa konsekvenser för vårdsökande med erfarenhet av psykisk ohälsa (William, et al., 2017). Patienten hamnar i en utsatt position där läkarens agerande skapar och upprätthåller den sociala konstruktionen av hur psykiskt sjuka är (Giddens & Sutton, 2016). Vidmakthållande av stigmatisering av personer med psykisk ohälsa kan leda till uteblivande av behövlig vård. Stigmatiseringen och dess negativa konsekvenser tycks följa med personer in i en återhämtad tillvaro och orsakar fortsatt stigmatisering inom sjukvård varav även återhämtade riskerar bli utan vård. Att på oriktiga grunder nekas tillgång till vård, eller att avstå från att söka vård på grund av tidigare dåliga bemötande kan enligt Bertilsson, Hensing & Wängnerud (2019) orsaka ytterligare sjukskrivning. Drabbades rädsla för att möta den stigmatiseringen som förföljer dem, och som leder till ovilja att söka vård, utgör en risk för försämrat hälsotillstånd och återfall i sjukskrivning. Därmed blir sambandet mellan långtidssjukskrivning och skam, en konsekvens som drabbar den som utsätts för stigmatisering, tydligt i studien (ibid.).

6.4.4 Ärr

Personer som lider eller har lidit av självskadebeteende har mer eller mindre synliga ärr, förekomsten av dessa har därmed olika påverkan på individer. Intervjupersonerna har berättat om olika upplevelser kopplat till ärr som drabbat dem efter återhämtning. Av intervjuerna har framgått att förekomsten av synliga ärr på grund av självskada uppmärksammas både i allmänna sociala sammanhang och inom arbetslivet, särskilt vid arbete inom sjukvården, som av hygienskäl har krav på kortärmade arbetskläder:

*“(...) jag känner inte att jag skulle kunna vara öppen med mitt
självskadebeteende (...) så där har jag ju valt att inte jobba inom vårdsituationer längre
(...) det kräver att jag har kortärmat och det blir mer fokus, än att jag kan göra mitt*

arbete. (...) Jag känner att då är jag inte jag som professionell där längre, utan då är jag där som privatperson.”

Kajsa

Kajsa menar att om ärren synliggörs, åskådliggör hon en del av sitt privatliv hon inte är bekväm i, vilket har påverkat hennes yrkesval. Resonemanget styrks genom tidigare forskning som visat att personer med avsiktligt orsakade ärr döljer ärren för att andra inte ska “läsa deras historia” (Stacy, Lear & Pepper, 2017). Tidigare arbetade hon inom psykiatrisk vård, men valde utifrån ärren att sluta inom sjukvården. Ärren utgjorde således ett hinder för henne att arbeta inom det yrkesområde hon ville. Vidare beskriver hon:

(...) jag känner att jag blir tillskriven saker utifrån dom [ärren], men för det mesta så tänker jag inte ens på det. (...) Men i nya relationer så känns det som att jag står naken framför folk liksom och att dom vet saker om mig som skapar en obalans i en relation ganska fort.”

Kajsa

Avsiktligt orsakade ärr ses avvikande eftersom de avviker från den socialt konstruerade normalitetsnormen, vilket medför att personer med ärr tillskrivs nedsättande egenskaper från omgivningen, exempelvis ömtålig eller ostabil. Fenomenet synliggörs i sociala interaktioner mellan personer med avvikarstämpel och omgivningen (Ejrnæs & Kristiansen, 2017, s. 82). Med avvikarstämpeln kommer negativa känslor, likt hur Kajsa beskriver om *obalans i relationer*. Tidigare forskning bekräftar att åsynen av, och vetskap om ärr, påminner om negativa känslor såsom skam och stigma (Stacy, Lear & Pepper, 2017). Liknande beskriver Johanna:

“(...) ibland så får man ju blickar, asså det blir såhär, folk kanske inte säger någonting men jag ser att dem ser, och det blir svårt att hantera ibland (...) jag har tyckt att det varit jobbigt att gå med kortärmat och skämts, inte vetat hur jag ska förhålla mig, (...) ‘åh gud ska jag behöva förklara det här?’ och liksom ‘vad ska den säga nu? Nu kommer den bli rädd för mig för den tror jag är sjuk i huvudet.’”

Johanna

Blickar från omgivningen skapar osäkerhet hos Johanna oavsett kommentarer eller inte, vilket förefaller likt hur Goffman (2014) skriver att omgivningens uppmärksammande av fysiskt synliga stigmat ofta upplevs inkräktande.

Citatet ovan beskriver också hur Johannas ärr påverkar känslor, tankar och förhållningssätt till andra personer liksom i tidigare forskning där deltagarna beskriver skamkänslor kopplade till sina ärr (Stacy, Lear & Pepper, 2017). Skamkänslor skapar oroliga tankar hos individen som bidrar till osäkerhet i sociala samspel, vilket kan kopplas till tidigare stigmatisering (ibid). Ärrets uppkomst har visat sig ha stor betydelse för individens förhållningssätt till det, då tidigare studier har visat att miljöörsakade ärr inte genererar negativa tankar och osäkerhet som tar energi från individen, såsom individer med avsiktligt orsakade ärr lider av (Dyer, et., al., 2013). Bland personer med miljöörsakade ärr har framkommit att ärran exempelvis symboliserade styrka och lärdom, medan avsiktligt orsakade genererar skamkänslor (Stacy, Lear & Pepper, 2017). Johannas tankar tenderar att utgå från hennes föreställning om andras stigmatiserande tankar om henne på grund av ärran, vilket kan förklaras med att hon tidigare drabbats av stigmatisering på grund av självskadebeteende. Kvarvarande ärr utgör en påminnelse om tiden då hon tillhörde en stigmatiserad grupp samt bidrar till vidmakthållande av eventuell självstigmatisering (ibid.). Avslutningsvis kan konstateras att intervjupersonernas upplevelser bekräftar tidigare forskningsresultat avseende hur synliga av ärr från självskadebeteende leder till att återhämtade personer fortsätter drabbas av stigmatisering och självstigmatisering (Stacy, Lear & Pepper, 2017; Dyer, et al., 2013).

7. Slutsats

Undersökningens frågeställningar besvaras i resultatet och av analysen tydliggörs hur stigmatiseringen av självska debeteende och sjukskrivning påverkar personer även efter återhämtning. Intervjupersonerna beskriver upplevd påverkan av sjukdomshistoria inom samtliga undersökningsområden, således; konsekvenser inom arbetslivet, påverkan på arbetsrelaterade och privata relationer samt nämns både positiva och negativa konsekvenser inom andra livsområden.

7.1 Hur påverkar erfarenheter av långtidssjukskrivning och självska debeteende återhämtade personer i arbetslivet?

Inom arbetslivet har en rad påverkansfaktorer uppmärksammats. Återhämtade personer påverkas vid arbetssökande av vetskapen om stigmatisering av psykisk ohälsa och sjukskrivning inom arbetsmarknadens, vilket skapar rädsla och oro inför arbetsintervjuer. Oron kan ses befogad då diskriminering inom arbetsmarknaden på grund av sjukdomshistoria är ett välkänt fenomen, samt att flera intervjupersoner tvingats erhålla stöd från myndigheter, och söka alternativa vägar, för att ta sig i arbetslivet. På arbetsplatser erfar återhämtade personer dåliga bemötanden från kollegor och chefer som har kännedom om deras historik, och då främst som; misskrediterande vid ansökan av högre befattning, förminskande uttalanden, låg tilltro till arbetsförmåga och undvikanden. Stigmatiseringen har därtill påverkat intervjupersonernas egna handlingar, exempelvis yrkesval för att undvika stigmatisering av ärr orsakade av självska samt överpresterande för att motbevisa antaganden om arbetsförmåga.

I studien synliggörs hur personer som återhämtat sig från självska debeteende och sjukskrivning möter svårigheter, samt påverkas mer än andra av sin bakgrund, inom arbetslivet. Erfarenhet av sjukskrivning på grund av fysisk ohälsa medför betydligt mindre negativa konsekvenser vad gäller arbetsmöjligheter, då stigma kring psykisk ohälsa utgör ett stort hinder för karriärutveckling. Undersökningsresultatet är oroväckande utifrån att det kan komma påverka viljan till återhämtning och inträde i arbetslivet, men även att personer som kämpat igenom återhämtning och in i arbetslivet, fortsätter drabbas av stigmatisering inom arbetslivet på grund av sjukdomshistoria.

7.2 Hur upplever återhämtade personer att deras sjukdomshistoria påverkar privata och arbetsrelaterade relationer?

Avseende relationer konstateras att även återhämtade påverkas av stigmatiseringen som omgärdar deras tidigare grupptillhörighet, vilket medför osäkerhet och negativa känslor inför att berätta om sjukdomshistoria. Erfarenhetsbaserade kunskaper kan, på samma sätt som inom arbetslivet, tillämpas i privatlivet för att; sprida kunskap, stötta andra och indirekt motverka stigmatisering och fördomar. Nyttjande av erfarenheter begränsas av medvetenhet kring *för vem* och *hur* berättandet sker, samt eventuella *negativa konsekvenser*. Att nyttja sina kunskaper och motbevisa fördomar genom att blotta sig själv som tidigare tillhörande en stigmatiserad grupp ställs mot risken att själv drabbas hårt av omgivningens avvikarstämpel.

Stigmatisering och negativa konsekvenser skulle kunna undvikas genom att återhålla information om sin bakgrund, men att öppenhet är ofta inte ett aktivt val av den drabbade. Dels i samband med anställning då arbetsplatsen efterfrågar en förklaring till varför en person saknar arbetslivserfarenhet eller tillräcklig skolgång, men även vid ofrivilligt uppvisande av ärr. Hos återhämtade personer med ärr är konsekvenserna av stigma tydliga då dessa i högre utsträckning än andra drabbas av självstigmatisering och osäkerhet både inom arbetslivet och privatlivet. Konsekvenserna av stigmatisering på grund av synliga ärr är flera, långvariga och återfinns inom många livsområden.

7.3 Vilka positiva och negativa konsekvenser upplever återhämtade personer av sina erfarenheter?

Positiva konsekvenser, av att besitta erfarenhet från självskadebeteende och sjukskrivning, är uppenbart färre men nämns ändå av samtliga intervjupersoner. Egna erfarenheter nyttjas till kunskapsspridande bland medarbetare och människor utanför arbetslivet, i syfte att motverka fördomar och negativa föreställningar samt bidra till ökad förståelse. De som dessutom var

yrkesverksamma inom sjukvården eller socialt arbete uppgav sig ha stor användning av erfarenhetsbaserade kunskaper i arbete med klienter och patienter, vilket ansågs värdefullt av dem själva och deras kollegor.

Den sista frågeställningen genererade några framträdande punkter. En konsekvens av stigmatisering var bemötande inom sjukvården, särskilt den somatiska. Vid vårdsökande för fysiska symtom riskerar både personer med pågående psykisk ohälsa och återhämtade från sjukdom att inte få behövlig vård. Fysiska symtom hos drabbade förminskas och de utsätts för misstroende från vårdpersonal samt hänvisas till psykiatrisk vård baserat på sjukvårdsjournaler. Att återhämtade personer utsätts för stigmatiserande bemötande inom sjukvården utgör risk för deras fysiska hälsa och förstärker konsekvenser såsom kvarhållande i rollen som psykiskt sjuk och självstigmatisering.

Sammantaget är uppenbart att återhämtade personer fortsätter drabbas av den stigmatisering och självstigmatisering som tillhör sjukskrivning, psykisk ohälsa och självskadebeteende. Därtill att stigmatiseringens konsekvenser riskerar ha stor negativ och långsiktig påverkan på livsmöjligheter hos återhämtade personer.

7.4 Behov av ytterligare forskning

Avslutningsvis, liksom påtalat i tidigare forskning och av professionella som kontaktats i samband med sökande efter tidigare forskning, är behovet av ytterligare forskning inom området stort. De frågeställningar som har undersökts här behöver undersökas vidare, men även hur påverkan av stigmatisering efter återhämtning kan motverkas. Att stigmatisering förföljer återhämtade personer i livet som tillfrisknad och utgör betydande hinder för inträde i arbetslivet och andra livsområden som tillhör ett vardagligt liv, är uppenbart. Men hur stora de negativa konsekvenserna är, både för drabbade individer och samhället i stort, kräver mer forskning.

Gällande begränsning av undersökningens urval var kön inte en faktor av betydelse, fokus med undersökningen var att besvara syftet och inte eventuella könsskillnader. Däremot finns studier som visar på att personer med självskadebeteende påverkas olika av stigmatisering beroende på könsidentitet. I

framtida forskning kan vara önskvärt att beakta konsekvenser av stigmatisering
utifrån könsidentitet hos personer återhämtade från självskadebeteende.

Referens och litteraturlista

Bertilsson, Monica, Gunnel Hensing och Lena Wängnerud (2019) Det är den här rädslan att man ska få en stämpel på sig - Om stigmatisering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med fokus på vanliga psykiska sjukdomar. *Socialmedicinsk tidskrift* 95(5) ss. 702-715

Braun, Virginia & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), ss. 77-101
DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Carey Benedict (2011), Expert on mental illness reveals her own fight. *New York Times*. 23 juni, 2011. <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html> [Hämtad: 2020-10-12]

Clarke, Stephanie, Lauren A. Allerhand, Michele S. Berk (2019) Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* 8
DOI: 10.12688/f1000research.19868.1

Clayton, Stephen; Barr, Ben; Nylén, Lotta; Burström, Bo; Thielen, Karsten; et al. (2012) Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: A systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *European Journal of Public Health* 22(3), ss. 434-439
DOI:10.1093/eurpub/ckr101

Corbière, Marc, Marianne Renard, Louise St-Arnaud, Marie-France Coutu, Alessia Negrini, Genevieve 've Sauve' & Tania Lecomte (2014) Union Perceptions of Factors Related to the Return to Work of Employees with Depression. *The Journal of Occupational Rehabilitation*. 25(2) ss. 335-347
DOI: 10.1007/s10926-014-9542-5

Corker, Elizabeth, June Brown & Claire Henderson (2015) How does self stigma differ across people with psychiatric diagnoses and rheumatoid arthritis, and how does it impact on self-esteem and empowerment? *Psychology, health & Medicine*. 21(8), ss. 993-1005

DOI: 10.1080/13548506.2016.1139139

Denscombe, Martyn (1998) *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

Dyer, Anne, Hennrich, Linda, Borgmann, Elisabeth, White, Andrew J., Alpers, George W. (2013) Body Image and Noticeable Self-Inflicted Scars. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 201(12), ss. 1080-1084

DOI: 10.1097/NMD.0000000000000057

Ejrnæs, Morten & Søren Kristiansen (2017) Perspektiv på sociala problem i USA och Skandinavien; i Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.

Goffman, Erving (2011) *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Nordstedt. uppl 3

Giddens, Anthony & Philip W. Sutton (2014) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur

Hellberg, Sara & Karin Söld (2018) *Guide till harvardssystemet*. Högskolan Borås

Icd Internetmedicin (2008) *Hjälpmedel för läkare och sjukvårdspersonal vid arbete med diagnoser och diagnosticering* <http://icd.internetmedicin.se/diagnos/Z80-Z99-Potentiella-halsorisker-i-familjens-och.html> [Hämtad: 2020-10-12]

Inera (2020) *Intygstatistik* <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster/intygsstatistik/> [Hämtad: 2020-11-02]

Jacobsen, Dag-Ingvar (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring : introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: studentlitteratur. Uppl 2

Karanikola, N.K Maria, Anne Lyberg, Anne-Lise Holm & Elisabeth Severinsson (2018) "The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review".

BioMed Research International Volume 2018 (2018): 36. Web.

DOI: 10.1155/2018/4745791

Klonsky, E. David (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), ss. 226-239

DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. uppl. 3

Kåver, Anna & Nilsonne, Åsa (2002) *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning - teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur & kultur.

Lewis, Stephen. P. (2016). The overlooked role of self-injury scars: Commentary and suggestions for clinical practice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1) s. 33–35.

DOI: 10.1097/NMD.0000000000000436

Lidwall, Ulrik & Christina Olsson-Bohlin (2017) *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*. (Försäkringskassan: korta analyser)

<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

ISBN:978-91-7500-398-6

Meeuwisse, Anna & Hans Swärd (2017) Perspektiv på sociala problem - några positioner; i Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.

Månsson, Sven-Axel (2017) Interaktionistiska perspektiv på studiet av sociala problem-processer, karriärer och vändpunkter; i Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.

National Institute For Health and Care Excellence, NICE (2011) *Self-harm in over 8s: long-term management (CG133)*. www.nice.org.uk/guidance/cg133

Rüsch, Nicolas, Karina J Powell & Patrick W. Corrigan (2012) How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 35(5), ss. 381-384

DOI: 10.1037/h0094497

Rüsch, Nicolas, Matthias C. Angermeyer & Patrick W. Corrigan (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, ss. 529-539.

DOI: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Sallis, Anna & Richard Birkin, Richard (2014) Experiences of work and sickness absence in employees with depression: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24, ss. 469-483.

DOI: 10.1007/s10926-013-9481-6

Scheff, Thomas J & Bengt Starrin (2017) Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: skam och utsatthet; i Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet MRB

Shaverin, Lisa (2013) Written in Scars: Stories of Recovery from Self-Harm. *University of Hertfordshire*. s. 69-78.

SBU - Statens beredning för medicinskt och social utvärdering (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis* (SBU rapportserie: En systematisk litteraturöversikt.)
<https://www.sbu.se/contentassets/20cf3afd857a4e7797b0ad59971398ff/sjukskrivning.pdf>

[Hämtad: 2020-10-10]

SBU- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015) *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende*.

<https://www.sbu.se/201504>

Socialstyrelsen (2017) *Sjukskrivningsmönster och praxis - skillnader i vårdens arbete*. (Socialstyrelsen & Försäkringskassan: rapport av analys)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-10-27.pdf> [Hämtad: 2020-11-02]

Stacy, Stephanie E. , Mary K. Lear & Carolyn M. Pepper (2017) The importance of origin: Differences in interpretation of self-inflicted versus environmentally-inflicted scars. *Personality and Individual Differences*. 11(6), ss. 92-95
DOI: 10.1016/j.paid.2017.04.035

Tengelin, Samulowitz (2014): Normkritiska perspektiv på självskadebeteende.
Kunskapscentrum för Jämlik vård, KJV: Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra
Götalandsregionen. www.vgregion.se/jamlikvard

Västra Götalandsregionen (2016) *Normkritiskt arbete kring självskadebeteende i Västra
Götalandsregionen*. Kunskapscentrum för Jämlik vård, KJV, 11 oktober 2016
[https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/Historiebeskrivning-
Normkritiska-perspektiv-p%C3%A5-sj%C3%A4lvskadebeteende.pdf](https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/Historiebeskrivning-Normkritiska-perspektiv-p%C3%A5-sj%C3%A4lvskadebeteende.pdf)

Västra Götalandsregionen (2017) *Vård av barn och ungdom med självskadebeteende
inom barn- och ungdomspsykiatrien. Regional medicinsk riktlinje*. Kunskapscentrum för
psykisk hälsa. (Giltig tom 2019, revidering pågår)

Westerholm, Robert I., Laura Radak, Christopher B. Keys & David B. Henry (2006)
Stigma. *Encyclopedia of Disability*. SAGE publications

William Waugh, Claudia Lethem, Simon Sherring & Claire Henderson (2017) Exploring
experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care
professionals: a qualitative study, *Journal of Mental Health*, 26(5), 457-463,
DOI: 10.1080/09638237.2017.1322184

Åkerman, Sofia (2020) *Ärr för livet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bilagor/Appendix

1. Informationsbrev till respondenter



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

2020- Göteborg
Socionomprogrammet

Informationsbrev - förfrågan om deltagande

Hej,

Vi är två socionomstudenter från Göteborgs Universitet som skriver kandidatuppsats inom socialt arbete.

Vi upplever att det i dagsläget finns begränsad kunskap om hur personer med tidigare erfarenheter av självskadeproblematik och sjukskrivning bemöts utifrån tidigare sjukdomshistoria, och vill bidra till att vidga detta kunskapsområde. Vi avser därför att undersöka hur personer med erfarenhet av långtidssjukskrivning och erfarenhet av självskadeproblematik upplever bemötande efter avslutad psykisk ohälsa och sjukskrivning, bland annat inom yrkeslivet/annan sysselsättning och i övriga relationer.

Anledning till informationsbrevet är att du, genom dina erfarenheter, besitter värdefull kunskap om bemötande och tidigare självskadeproblematik.

Studien riktar sig till dig som är **18 år eller äldre**. Du ska ha **erfarenhet av självskadeproblematik**, dock ingen pågående självskadeproblematik (eller annan typ av psykisk ohälsa som kräver specialistvård) och har **identifierat dig som återhämtad i minst ett år**. Du har **tidigare varit sjukskriven** i minst (cirka) ett år sammanlagt (behöver inte vara en sammanhängande period) och har **idag ett arbete, annan sysselsättning** eller är **arbetssökande**.

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att du behöver förklara varför. Ditt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att deltagarnas identitet inte kommer synliggöras i studiens resultat.

Intervjun avser att utgå ifrån upplevelser av bemötande från andra (exempelvis, arbetsgivare, kollegor, familj, vänner), *efter* återhämtning från sjukskrivning och

självskadebeteende. Samt kommer frågor ställas kring ditt psykiska mående idag kontra ditt psykiska mående under sjukdomstiden. Frågorna kommer att beröra både positiva och negativa upplevelser och för att du ska få god möjlighet att förbereda dig inför intervjun erbjuder vi dig tillgång till de frågor som kommer ställas, dessa skickas ut efter bokad tid för intervju.

Utifrån rådande pandemi och Folkhälsomyndighetens råd kommer vi endast hålla telefonintervjuer. Intervjuerna kommer genomföras under v. 42-43, och beräknas ta ca 30-45 minuter. Intervjuerna kommer spelas in och skrivs ner. Även minnesanteckningar kan komma att samlas för att underlätta bearbetning av arbetet. Allt insamlat material kommer att förvaras så att endast vi som genomför intervjuerna, samt vår handledare, kan ta del informationen och namn kommer att figureras. Efter att uppsatsen är examinerad och godkänd kommer allt material raderas.

Har Du några frågor om studien och/eller kan tänka dig att delta, skicka ett mail eller sms till Fanny Betåker eller Polly Bohlin. I ditt meddelande vill vi att du uppger mail och/eller telefonnummer som du vill bli kontaktad på samt gärna skriver hur du vill bli kontaktad av oss för bokning av intervju.

Vi strävar i vår studie efter att vara så transparenta som möjligt och vill därför poängtera att Polly Bohlin är lokalrepresentant inom föreningen SHEDO. Om du som önskar delta, inte känner dig bekväm med att bli intervjuad av Polly eller att hon får kännedom om att du är en av intervjupersonerna, kommer detta självklart respekteras. Vänligen kontakta då Fanny och uppge att du vill förbli anonym även inför Polly.

Vänliga hälsningar,

Fanny Betåker
gusbetfa@student.gu.se
tel: 0730628842

Polly Bohlin
gusbohlpo@student.gu.se
tel: 0722-11 30 21

Handledare:
Lena Andersson
Lektor, docent
Institutionen för socialt arbete
lena.andersson@socwork.gu.se
tel: 031-786 57 75

2. Intervjuguide

Frågor som rör dig som har en anställning/liknande sysselsättning:

1. Har du en anställning eller annan liknande sysselsättning?
 - a. Om ja, fortsätt med frågorna nedan.
 - b. Om nej, gå vidare till nästa ämne.

2. Hur öppen om din tidigare sjukdomshistorik skulle du säga att du var vid anställningsintervjun?
 - a. Vill du beskriva hur det kommer det sig?

3. Vilka på din arbetsplats vet om dina erfarenheter? Din chef eller vissa/alla medarbetare
 - a. (Om bara vissa) Varför just dem?
 - i. Varför valde du att berätta?
 - b. (Om ingen) Gå vidare till fråga 4.
 - c. Tycker du det är viktigt att de har denna informationen om dig?
 - i. Om ja, varför?
 - ii. Om nej, varför?
 - d. Hur skulle du beskriva de reaktioner som uppstod i samband med att tidigare sjukskrivning/självskadebeteende uppdagats för chef/medarbetare (efter anställning eller i samband med anställningsintervju).
 - i. Var någon reaktion som inte stämde överens med dina förningar, någon som var oväntat för dig?
 - e. Upplever du att det finns 'antaganden' om dig/din arbetsförmåga från din chef/medarbetare kopplat till deras vetskap om din tidigare problematik/situation?

4. Hur öppen skulle du beskriva att du *varit/är* a kring din sjukdomshistoria på din arbetsplats/tidigare arbetsplatser?

5. Hur öppen skulle du beskriva att du *känner dig bekväm* med att vara kring din tidigare sjukdomshistoria på din arbetsplats/tidigare arbetsplatser?

6. Har du upplevt fördomar från dina kollegor eller chef om personer med psykisk ohälsa, sjukskrivning eller självskadebeteende?
 - a. Om ja, på vilket sätt? Vad tror du det beror på?
 - b. Om nej, vad tror du det beror på?

Frågor som rör dig som inte har ett arbete eller liknande sysselsättning (arbetssökande):

1. Har du efter återhämtning sökt arbete och varit på arbetsintervju?
 - a. Om ja, fortsatt
 - b. Om nej, gå vidare till fråga 3

2. Hur öppen om din tidigare sjukdomshistorik skulle du säga att du är vid anställningsintervjuer?
 - a. Vill du beskriva hur det kommer det sig?
 - b. Fick du erbjudande om anställning?
 - i. Om ja och du anställdes, gå upp till fråga 3 - 6 i föregående ämne.
 - ii. Om ja, men du tackade nej, vad berodde det på?
 - iii. Om nej, att du inte fick anställningen, vad tror du det berodde på?

3. Tror du att din tidigare sjukdomshistoria och sjukskrivning påverkat det fakto att du är arbetssökande eller inte har ett arbete eller annan sysselsättning idag?
 - a. Om ja, på vilket sätt då?

4. Finns det något du vill tillägga som rör arbete/sysselsättning i relation till din tidigare sjukdomshistoria?

Frågor som rör dina upplevelser av hur din sjukdomshistoria påverkar dig idag/efter återhämtning:

1. Hur skulle du beskriva att din tidigare erfarenhet påverkat dig efter det att du återhämtat dig?

2. Upplever du att din tidigare sjukdomshistorik påverkar ditt psykiska mående idag på något sätt?
 - a. Om ja, på vilket sätt?
 - b. Om ja, vad tror du det beror på?
 - c. Om nej, vad tror du det beror på?

Frågor som rör dina erfarenheter av bemötande från andra i din omgivning:

1. Vet personer i din omgivning (familj, vänner, bekanta) om din tidigare sjukdomshistorik samt sjukskrivning?
 - a. Om ja, fortsätt.
 - b. Om nej, gå vidare till fråga 2.
 - i. Hur öppen skulle du beskriva att du känner dig bekväm med att vara gällande din sjukdomshistorik och sjukskrivning med personer i din omgivning?
 1. Vad tror du det beror på?
 - ii. Hur skulle du beskriva att de personer som vet, bemöter dig gällande din tidigare sjukdomshistorik samt sjukskrivning?
 1. Vad tror du det beror på?
2. När du möter nya personer som du inte känner, hur öppen kring din sjukdomshistoria skulle du säga att du är då?
 - a. Vad tror du det beror på?
 - b. Finns det vissa du skulle berätta för men andra inte? I så fall, vilka och vad skulle du säga att beror på?
3. Vad tror du skulle kunna vara hjälpsamt eller behöva förändras för att personer som *inte* upplever att de känner sig bekväma med att vara öppna med sina erfarenheter, ska kunna känna sig bekväma med det?
4. Upplever du en förändring i hur personer i nyskapade relationer bemöter och förhåller sig till dig innan och efter att du har berättat?
5. Upplever du att det finns några fördelar med att nya kontakter får vetskap om din sjukdomshistorik? Vilka?

6. Upplever du att det finns några nackdelar med att nya kontakter får vetskap om din sjukdomshistorik? Vilka?

7. Finns det för och nackdelar med att inte berätta?

8. Finns det något du vill tillägga om bemötande eller fördomar på grund av sjukdomshistorik?