



Ersta Sköndal Bräcke högskola  
Institutionen för socialvetenskap  
Socionomprogrammet 210 hp

## **Erfarenheter av att få avslag om sjukpenning**

**En kvalitativ studie om hur avslag om sjukpenning från Försäkringskassan påverkar personer med stressrelaterad psykisk ohälsa**

Anna Dahlberg

Examensarbete i socialt arbete, 15 hp

SOC63, VT 2018

Kandidatexamen

Handledare: Sophie Linghag

Examinator: Ann Björkdahl

## **Sammanfattning**

Stressrelaterad psykisk ohälsa ökar mest och står för den längsta varaktigheten bland sjukskrivningarna. Förändringar i sjukförsäkringssystemet och beslut om att minska sjuktalet har gett konsekvenser som ökat antal avslag om sjukpenning.

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av avslag om sjukpenning från Försäkringskassan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa för att beskriva och förstå vad det får för betydelse för deras sjukdomsbild och återhämtning. Studien är kvalitativ och har genomförts genom semistrukturerade intervjuer med fem personer som drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa och fått avslag om sjukpenning från Försäkringskassan. Materialet som samlats genom intervjuerna har analyserats med Ulrich Becks teorin om risksamhället och Randall Collins teori om symboliska interaktionskedjor samt tidigare forskning.

Resultatet i studien indikerar att avslag om sjukpenning påverkar sjukdomsbilden och möjligheten till återhämtning negativt för personer som drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa. Respondenterna upplevde att avslaget förlängt sjukdomstiden, genom minskad möjlighet till återhämtning och förvärrad sjukdomsbild. Resultatet visar även på en samlad bild av upplevelsen av avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan. Personerna upplever inte att handläggare på Försäkringskassan tror dem och därmed känner de sig kränkta.

## **Nyckelord**

Stressrelaterad psykisk ohälsa, sjukskrivning, avslag om sjukpenning

## **Abstract**

**Experience of receiving a rejection of sickness benefit.**

**A qualitative study on how rejections of sickness benefit from the Social Insurance Fund affect persons with stress-related disorders.**

Stress-related disorders have increased and accounts for the longest duration of sick leave. Changes in the health insurance system and decisions to reduce the sick-leave have had consequences such as an increased number of rejection of sickness benefits.

The aim of this study was to investigate the experience for people having a stress-related disorder and being rejected sickness benefits from the Social Insurance Fund, to describe and understand the importance for their disease image and recovery. The study is qualitative and has been conducted through semistructured interviews with five participants who suffered from stress-related disorders and received a refusal of sickness benefits from the Social Insurance Fund. The material gathered through the interviews has been analyzed with Ulrich Beck's theory of risk society and Randall Collin's theory of symbolic interaction-chains and previous research.

The result of this study indicates that the refusal of sickness benefits affects the recovery rate negatively for the participants in the study. The participants felt that the refusal extended the disease time, and they experienced reduced opportunities to recover and a worse diseases image. The result also shows a consistent picture of the experience of receiving a refusal of sickness benefits from the Swedish Social Insurance Agency. The participants do not feel that the case officers at the Social Security Fund believe them and thus they feel offended.

## **Keyword**

Stress-related mental illness, Stress-related disorders, sick leave, rejections of sickness benefit

## **Förord**

Jag vill tacka respondenterna som deltagit i studien för att ni tog er tid att dela med er av era erfarenheter och upplevelser, utan er hade inte denna studie varit möjlig att genomföra. Jag vill även tacka min handledare Sophie Linghag för engagemang och hjälp att komma vidare i studien. Tack till min handledningsgrupp/läsgrupp för era värdefulla reflektioner och ert stöd.

## Innehåll

1. Inledning .....	7
1.2. Problemformulering .....	8
1.3. Syfte .....	8
1.4. Frågeställningar .....	8
1.5. Centrala begrepp .....	8
1.5.1. Stressrelaterad psykisk ohälsa .....	9
1.5.2. Avslag om sjukpenning eller utförsäkrad .....	9
1.5.3. Sjukdomsbild .....	9
1.5.4. Återhämtning .....	9
2. Tidigare forskning .....	10
2.1. Faktorer och orsaker till stressrelaterad psykisk ohälsa .....	10
2.2. Sjukdomsbild och återhämtning .....	11
2.3. Ökad risk för sjukdom och sjukskrivning .....	13
2.4. Sjukpenning och ekonomins påverkan på välbefinnande .....	14
3. Teoretisk ansats .....	15
3.1. Collins rituella interaktionskedjor .....	15
3.2. Becks teori om risksamhället .....	16
4. Metod .....	18
4.1. Val av metod .....	18
4.2. Förförståelse .....	19
4.3. Urval och avgränsning .....	19
4.4. Forskningsetiska överväganden .....	19
4.5. Genomförande .....	20
4.5.1. Litteratursökning .....	20
4.5.2. Intervjuer .....	21
4.5.3. Tolkning och Analys .....	22
4.6. Metoddiskussion .....	22
4.7. Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet .....	23

5. Resultat.....	25
5.1. Sjukskrivningens längd vid avslag.....	25
5.2. Försäkringskassans beslut .....	26
5.2.1. Att bli ifrågasatt eller förstådd.....	26
5.2.2. Ingen förståelse och ingen begriplig förklaring .....	26
5.2.3. Känna sig kränkt och uppgiven .....	27
5.2.4. Ökad orkeslöshet .....	28
5.2.5. Att inte få välja själv .....	29
5.2.6. Energi krävande att begära omprövning av beslut .....	29
5.3. Konsekvenser av avslag om sjukpenning.....	30
5.3.1. En pressad ekonomisk situation .....	30
5.3.2. Förvärrade och nya symptom .....	31
5.3.3. Mindre möjlighet till återhämtning .....	32
5.3.4. Det påverkar inte bara en person.....	32
5.3.5. Minskad tilltro till socialförsäkringssystemet .....	33
6. Analys .....	34
6.1. Symboliska interaktionskedjor .....	34
6.1.1. Interaktionskedjor.....	34
6.1.2. Makt och status.....	35
6.1.3 Individualisering.....	35
6.2. Risksamhället .....	36
6.2.1. Individualisering.....	36
6.2.2. Arbetsmarknaden och identitet.....	36
6.2.3. Institutionella levnadslopp och oförenliga krav .....	37
7. Slutsats .....	38
8. Diskussion .....	39
8.1. Vidare forskning.....	41
Referenslista.....	42
Bilaga 1 .....	46

Bilaga 2 .....	47
Bilaga 3 .....	48

# 1. Inledning

Sjukfrånvaron ökar i Sverige och de diagnoser som dominerar ökningen samt har den längsta varaktigheten är stressrelaterad psykisk ohälsa (Lindwall & Olsson-Bohlin, 2017). Enligt Försäkringskassans rapport (2017) är det flest kvinnor som drabbas av stressrelaterade sjukdomar. Förändringar har genomförts politiskt för att förbättra Försäkringskassans utrednings- och bedömningsarbete. Det för att minska det utanförskap som det innebär att vara långtidssjukskriven, samt att öka andelen personer som själva står för sin försörjning. Regeringen har även satt mål att sjukpenningtalet ska vara högst nio dagar per försäkrad person år 2020 (<https://www.forsakringskassan.se>; Riksrevisionen [RiR], 2010). Dessa förändringar har resulterat i ett ökat antal avslag om sjukpenning, både bland nya sjukfall och pågående sjukfall. De psykiatriska diagnoserna har tidigare år inte haft samma utfall på avslag som övriga diagnoser. Det har under 2016 förändrats och avslagen ökar nu även inom denna sjukskrivningsgrupp (Försäkringskassan, 2017).

Sjukpenning ingår i socialförsäkringen som en del av det välfärdssystem Sverige har, vilket innebär att när sjukskrivningar ökar blir det en ökad kostnad för landet. Det ligger i samhällets intresse att hålla sjukskrivningarna på en låg nivå både för folkhälsan men även av ekonomiska skäl (Arvidsson, 2017). En konsekvens av politiska mål för att minska de ekonomiska utgifterna har blivit ett ökat antal avslag om sjukpenning. Eftersom stressrelaterade sjukdomar dominerar antalet sjukskrivningar inom gruppen för de psykiatriska diagnoserna får även personer som drabbats av stressrelaterade sjukdomar avslag på sjukpenning (Försäkringskassan, 2017; Lindwall & Olsson-Bohlin, 2017).

Anledningen till varför sjukskrivningarna ökar har diskuterats mycket, här nämns samhället, individen och arbetsplatsen som orsaker. Almén (2017) menar att det inte finns en enskild förklaring då omgivningen alltid har en inverkan på individen samtidigt som det är individen som svarar med stressreaktionen. Varför personer drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa har med andra ord flera förklaringar. Det kan både vara arbetsrelaterad stress och privata faktorer men gemensamt är att personer som drabbas lever under långvarig stress utan tillräcklig möjlighet till återhämtning under en längre tid. Processen att bli sjuk på grund av stress varierar i längd mellan personer men det är inte ovanligt att personer som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa har levt under stress och utan möjlighet till återhämtning i flera år (Åsberg, Nygren, Herlofson, Rylander & Rydmark, 2013; Almén, 2017). Även sjukdomsbilden varierar mellan personerna. Symptomen kan exempelvis vara sömnsvårigheter, ångest, nedstämdhet, brist på psykisk energi, koncentrationssvårigheter, minnesstörningar och även fysiska besvär som värk, magtarmsbesvär, yrsel, ljudkänslighet, bröstsmärtor och hjärtklappning. Det är inte ovanligt att vissa av dessa symptom kvarstår lång tid efter att personer blivit bättre. Återhämtning och möjlighet att återgå i arbete tar i och med det lång tid, det kan ta flera år. Det rekommenderas därför att återgång till arbetet bör göras genom successiv upptrappning av arbetstiden under en längre tid (Socialstyrelsen, 2003; Åsberg et al., 2013).



Forskning visar att ekonomisk oro är en vanlig stressfaktor som bidrar till insjuknande och sjukskrivning för stressrelaterad psykisk ohälsa (Hasselberg, Jonsdottir, Ellbin & Skagert, 2014). Studier visar även att välbefinnandet minskar vid mindre generösa sjukförsäkringssystem vilket kan leda till längre sjukskrivningar (Van der Wel, Bambra, Dragano, Eikemo & Lunau, 2015). Det finns med andra ord belägg för att försämrade möjligheter till försörjning påverkar personers stressnivå.

## **1.2. Problemformulering**

Flera socialpolitiska beslut om förändringar i rehabiliteringsprocessen och fastslagna mål att minska kostnaderna för sjukförsäkringen har genomförts. Det har resulterat i att andelen avslag om sjukpenning ökat de senaste två åren.

Studier har visat att ekonomisk oro är en stressfaktor som bidrar till insjuknandet i stressrelaterad psykisk ohälsa (Hasselberg et al., 2014). Med förändrade möjligheter att försörja sig kan det leda till att personer som drabbas av avslag om sjukpenning går upp i arbetstid eller står utan inkomst. Vid litteratursökning inför denna studie har inga studier funnits om hur avslag om sjukpenning påverkar personer som drabbas.

Det är därför av relevans att undersöka hur avslag om sjukpenning upplevs av personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. För att kunna få ökad förståelse för beslutens påverkan behöver vi ta del av personernas erfarenheter av att få avslag om sjukpenning.

Kunskap och ökad förståelse kan då ges dem som möter personer med stressrelaterad psykisk ohälsa, inte sällan personer som är yrkesverksamma inom fältet för socialt arbete. Det kan exempelvis vara kuratorer i primärvården, handläggare på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. Med en ökad förståelse och kunskap kring hur avslag påverkar människor med stressrelaterad psykisk ohälsa kan beslut, behandling, rehabilitering och bemötande utvecklas. Vidare kan även rehabiliteringsprocessen anpassas för att bli effektivare. Det kan även ge en ökad förståelse för konsekvenser som orsakas av socialpolitiska beslut.

## **1.3. Syfte**

Syftet med studien är att undersöka erfarenheter av avslag om sjukpenning från Försäkringskassan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa för att beskriva och förstå vad det får för betydelse för deras sjukdomsbild och återhämtning.

## **1.4. Frågeställningar**

Hur upplever personer med stressrelaterad psykisk ohälsa avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan?

På vilka sätt har avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan fått betydelse för personernas sjukdomsbild och återhämtning?

## **1.5. Centrala begrepp**

I det här kapitlet beskrivs olika vanligt förekommande begrepp i studien.

### 1.5.1. Stressrelaterad psykisk ohälsa

Stress är inte en sjukdom men när personer drabbas av långvarig stress utan möjlighet till tillräcklig återhämtning kan det leda till fysisk- och psykisk ohälsa. Sjukdomsbilden för dem som drabbas är ofta varierad men vanliga symtom är trötthet, orkeslöshet, koncentrationssvårigheter, mag- och tarmbesvär, smärtproblematik i nacke och rygg samt sömnsvårigheter (Blom & Grape, 2015).

Stressrelaterad psykisk ohälsa kategoriseras in i tre typer av diagnoser. De har liknande eller samma symptom i olika svårighetsgrader. Diagnoserna är följande i ordning av svårighetsgrad *anpassningsstörning*, *stressreaktion/krisreaktion* och *utmattningssyndrom* (Blom & Grape, 2015). Utmattningssyndrom var tidigare kallad utbrändhet, utmattningsdepression och stress men efter projektet ”Depression och utmattning i människovårdande yrken” (DU-projektet), benämns diagnosen utmattningssyndrom. Det ansågs att tidigare termer var oklart definierade och med koppling till arbetssituationer. Det gjorde att det blev svårt att överblicka problemområdet eftersom att utmattningssyndrom även kan orsakas av privata stressfaktorer. Utan ett tydligt definierat begrepp var det svårare att organisera behandling och rehabilitering (Socialstyrelsen, 2003). I denna studie används begreppet stressrelaterad psykisk ohälsa för dessa diagnoser för att underlätta läsningen.

### 1.5.2. Avslag om sjukpenning eller utförsäkrad

För att en person ska få sjukpenning krävs att personen har en sjukdom som innebär att personens arbetsförmåga är nedsatt med minst 25 procent. Med sjukdom menas det som medicinskt kategoriseras som sjukdom eller tillstånd som jämföras med medicinska tillstånd. Försäkringskassan bedömer om personen har rätt till sjukpenning enligt lagen och i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt. Ersättning ska endast ges när arbetsförmågan är nedsatt på grund av medicinska skäl (Arvidsson, 2017). Arbetsförmågan bedöms först mot personens nuvarande arbete och efter 180 dagar bedöms arbetsförmågan mot vanligt förekommande arbeten på hela arbetsmarknaden. Försäkringskassan kan även kräva in kompletterande uppgifter och kräva att personen ska delta i större utredningar för att bedöma arbetsförmågan. Personen ska även själv beskriva sin sjukdom och sitt arbete i särskilda blanketter och skicka in till Försäkringskassan. Fullföljs inte stegen kan rätten till sjukpenning avslås (ibid.). I denna studie där negativa besked om sjukpenning ges av Försäkringskassan benämns det som avslag om sjukpenning eller utförsäkrad.

### 1.5.3. Sjukdomsbild

National Encyklopedin (NE) definieras sjukdomsbild enligt ”sammanfattningen av utmärkande symptom för viss sjukdom”. Med andra ord innebär sjukdomsbilden hur sjukdomen yttrar sig i form av olika symptom. Det är även den definitionen som använd i denna studie.

### 1.5.4. Återhämtning

Ordet återhämtning används i många olika sammanhang. Det kan vara återhämtning efter träning, en hektisk dag på arbetet eller vila efter något annat ansträngande. I denna studie används återhämtning som en process tillbaka till ett liv man trivs med efter långvarig psykisk ohälsa. Det innebär inte alltid att personen är helt symptomfri utan på väg till tillfrisknande från sjukdom (Vårdguiden, 2017).

## 2. Tidigare forskning

Det finns mycket forskning om stressrelaterad psykisk ohälsa och den domineras av studier om arbetsrelaterad stress. Det saknas dock forskning som behandlar avslag om sjukpenning.

I det här kapitlet presenteras tidigare forskning som anses relevant för denna studie. Kapitlet är uppdelat i fyra teman för att underlätta läsningen och ge en tydlig överblick. Det presenteras övervägande nationella studier i och med att det fanns fler relevanta studier gjorda av svenska forskare. Det föll sig även naturligt då länders sjukpenningssystem varierar och studien undersöker svensk kontext. Den internationella forskningen som presenteras handlar främst om sjukdomsbilden. Det presenteras utöver detta en studie som jämfört olika sjukpenningssystem i Europa.

### 2.1. Faktorer och orsaker till stressrelaterad psykisk ohälsa

Studierna som presenteras nedan har valts för att visa på faktorer som orsakar stressrelaterad psykisk ohälsa. Studierna visar på en komplex bild över vad som kan orsaka stressrelaterad psykisk ohälsa. Att privata stressfaktorer är lika vanliga som arbetsrelaterade framstår som relativt ny vetenskap. Det blir relevant i denna studie när avslag om sjukpenningens betydelse för sjukdomsbilden har undersökts. Det särskilt när ekonomisk oro presenteras i en studie som den tredje vanligaste stressfaktorn bland de icke arbetsrelaterade stressfaktorerna.

Studier som undersöker orsaker till varför personer drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa har dominerats av arbetsrelaterade stressfaktorer. Andra faktorer som kan orsaka stress har inte undersökts i samma omfattning. I en doktorsavhandling av Ulla-Britt Eriksson (2009) undersöktes processer som leder till långtidssjukskrivning bland personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. I studien undersöktes olika orsaker och dess relevans för att leda till sjukskrivning. Det visar sig att enbart omorganisering på arbetsplatsen inte ökar risken för sjukskrivning, däremot är konflikter på arbetet och i privatlivet en betydligt större riskfaktor för sjukskrivning (ibid.). Det tyder på att arbetsrelaterade stressfaktorer och privata stressfaktorer påverkar varandra och att de tillsammans utgör risk för att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. Det styrks av forskare i DU-projektet som konstaterar att det finns flera olika faktorer som kan orsaka stress både privata och arbetsrelaterade (Åsberg & Nygren, 2012).

För att ta reda på andra riskfaktorer än enbart arbetsrelaterade orsaker och för att avgöra dess relevans gjordes en studie av Karin Hasselberg, Ingibjörg H. Jonsdottir, Susanne Ellbin och Katrin Skagert (2014). De fann 24 kategorier av ”stressfaktorer” varav elva var arbetsrelaterade och 13 inte var arbetsrelaterade. Detta visar på och stärker andra tidigare studier som visat på att även privata faktorer kan bidra till stressrelaterad psykisk ohälsa. Bland de arbetsrelaterade stressfaktorerna fann de följande (i ordning förekommande); kvantitativa krav, emotionella krav, bristande ledarskap, omorganisation, konflikter, ledningsansvar, missnöje, oregelbunden arbetstid, osäkert arbete, traumatisk händelse på arbetet och bullrig arbetsmiljö. Bland de stressfaktorer som inte var relaterade till arbetet fanns följande (i ordning förekommande); relationskonflikter, vård av familjemedlem, oro

för ekonomin, bostads stressfaktorer, en familjemedlems död, separation, ensamstående förälder, personskada eller sjukdom, förändring i familjesammansättning, oro för sin egen hälsa, ensamhet, frivilligt engagemang i förening och juridisk fråga. Studien visade att det är ovanligt att en ensam stressfaktor orsakar utmattning. Det är i stället ofta en kombination av flera olika stressfaktorer som uppges vara orsak till insjuknandet. Studien fann inga stora skillnader mellan könen i antalet inrapporterade stressfaktorer, däremot var det fler kvinnor än män som uppgav fler privata stressfaktorer (Hasselberg et al., 2014). En slutsats i studien är att det är viktigt att diskutera sociala faktorerens bidrag till studiens resultat och hur samhället kan bidra till att minska vissa av dessa ”stressfaktorer” för att reducera sjukskrivningarna för utmattningssyndrom (ibid.).

## **2.2. Sjukdomsbild och återhämtning**

Nedan presenteras studier som behandlar sjukdomsbild, återhämtning och sjukskrivning. De visar att personer som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa har en lång rehabiliteringsprocess framför sig och att sjukdomsbilden innefattar långvariga symptom som förändrar livet för dem som drabbas. Studierna har valts för att denna studie undersöker vad avslag om sjukpenning har för betydelse för sjukdomsbild och återhämtning.

Ulla Gerners (2005) har i sin avhandling studerat återgång i arbete eller övergång till förtidspension för långvarigt sjukskrivna. Personerna som deltagit i studien har haft olika problematik och diagnoser. Avhandlingens fyra delstudier visar på att det är viktigt under rehabiliteringsprocessen med adekvat vård, att bli trodd och bli tagen på allvar av läkarna. Att inte bli trodd och att behöva kämpa för att bli tagen på allvar kan befästa sjukdomsbilden och förlänga rehabiliteringen eftersom personerna känner att de behöver bevisa sin sjukdom. Att ha samma handläggare på Försäkringskassan som kan följa den sjukskrivna personen benämns som särskilt viktigt. Gerners avhandling visar även att det är av vikt att ta hänsyn till den sjukskrivna personens syn på sin situation. Författaren beskriver att rehabiliteringen inte bör påskyndas utan ta den tid som behövs då processen att återgå i arbete kan ta lång tid och ser olika ut för olika personer. Därför är det viktigt att personerna ges möjlighet till delaktighet i rehabiliteringen och återgång till arbete. Det för att rehabilitering annars kan sättas in vid fel tidpunkt (ibid.).

I en delstudie i en doktorsavhandling av Ulla-Britt Eriksson (2009) beskrivs processer som leder till långtidssjukskrivning bland personer som har stressrelaterad psykisk ohälsa. Processen beskrivs som att den startar med förändringar på arbetsplatserna som exempelvis nedskärningar och omorganiseringar, vilket leder till konflikter på arbetsplatsen. Många av de intervjuade beskrev att de drog sig undan social kontakt. De upplevde att de inte klarade av att leva upp till sina egna eller andras krav, vilket leder till ointresse och att glädjen avtog. Senare i processen upplevde de en bristande tillit och försämrade självkänsla, otillräcklighet, mindervärdighet och skuld känslor. Det kan yttra sig utåt, i form av gråt och konflikter i både arbetslivet och privat. Det kan även yttra sig inåt i form av isolering som tystnad och tillbakadragande. Deltagarna i studien beskrev det som att livsglädjen försvann. Det ledde sedan till hälsobesvär, de intervjuade beskrev att de fått sömnsvårigheter, känt trötthet, värk i

kroppen, fått hjärtklappning och huvudvärk samt kognitiva förändringar som glömska. Dessa besvär ledde senare till kollaps i form av sjukskrivning och en känsla av misslyckande (ibid.).

I början av DU-projektet användes begreppet utmattningsdepression, men det visade sig missvisande eftersom att utmattning inte är en form av depression, även om utmattningen kan leda till att personer hamnar i en depression. I undersökningar under projektet visade det sig att depressionsbehandling till personer som hade utmattning inte gav några resultat, det snarare förvärrade problematiken. För att inte ge en missvisande bild av diagnosen utan istället ge en helhetsbild av problematiken vilket i sin tur underlättar möjligheten att ge rätt behandling till personer som drabbats, så blev den slutliga benämningen utmattningssyndrom (Åsberg & Nygren, 2012). Under DU-projektet utvecklades en självskattningsskala för att underlätta diagnostisering av personer med utmattningssyndrom, Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS). Skattningsskalan KEDS har under projektet hunnit valideras och ses som ett mycket säkert sätt att säkerställa utmattningssyndrom hos patienter (ibid.). I slutrapporten av DU-projektet beskrivs att utmattningssyndrom är svårbehandlat och i de undersökningar som skett kan de inte se att någon speciell metod är mer effektiv än någon annan. Däremot verkar arbetsplatsriktade behandlingar ha något bättre effekt. Forskarna i projektet menar att det är lättare att förebygga utmattningssyndrom än att behandla diagnosen med tanke på dess långvariga påföljder som drabbade personer får. En av de långvariga påföljderna som Åsberg och Nygren beskriver är de kognitiva svårigheter som personer med utmattningssyndrom kan få som symptom. Att personer som drabbats av utmattningssyndrom får kognitiva svårigheter beskrivs i flera olika studier. Det sammanfattar Pavlos Deligkaris, Efharis Panagopoulou, Anthony J. Montgomery och Elvira Masoura (2014) i sin studie där det studerat 15 artiklar om utbrändhet och kognitiva förändringar.

Tidigare presenterade studier ovan bekräftas i en doktorsavhandling av Ann-Kristin Mimmi Eriksson (2016). Författaren har intervjuat dels behandlare och dels personer som behandlats för utmattningssyndrom i ett rehabiliteringsprogram med existentiell ansats. Erfarenheterna som presenteras i studien tyder på komplexa behov hos personer med utmattningssyndrom. I studiens analys och diskussion beskrivs hur de intervjuade uppfattar utmattningssyndrom. De beskriver att när de som drabbats av utmattning når gränsen av vad de orkar både psykiskt och fysiskt upplever de en sorg av att inte orka med, en sorg över deras begränsningar. Personerna med utmattningssyndrom upplever att de tappar kontrollen, att de är oförmögna att förändra sin situation, de förlorar meningsgivande sammanhang, de förlorar inte bara sitt arbete och inkomst utan även sin identitet och sina ideal (Eriksson, 2016). Det beskrivs i studien att personer som drabbats av utmattning upplever att personer inom vården saknar kunskap om deras situation. Även Försäkringskassan nämns och de drabbade personerna ser deras utredningar som meningslösa. Eriksson beskriver att när personerna med utmattning inte möts av förståelse så ökar det känslan av att deras livssituation är obegriplig. Det leder till att de får en ökad känsla av uppgivenhet och hopplöshet. Personerna själva beskriver situationen som att befinna sig i ett gränsland mellan liv och död.

Eriksson (2016) beskriver att vården behöver möta och se hela personens upplevelse. Det framkommer även att de drabbade känner att deras upplevelser fränses i vården och att det är fokus på biomedicinska bedömningar. Det leder till missförstånd och det kan leda till att personen känner sig missförstådd, vilket förstärker deras upplevelse av hopplöshet. I studiens slutsats framgår det att många av de intervjuade personerna upplever en sorg över sina begränsningar, meningslöshet, maktlöshet, att de har svårt att greppa situationen, att de upplever att de hamnar utanför i en återvändsgränd och en livsförändring. De som behandlar personerna beskriver att personerna med utmattningssyndrom försöker förstå sin situation och hantera den vilket ofta leder till en djup kris (ibid.).

### **2.3. Ökad risk för sjukdom och sjukskrivning**

Följande studier ger en ökad förståelse för stressrelaterad psykisk ohälsa genom att visa på konsekvenser och följder som kan drabba personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. De visar att problematiken kring sjukdomsbilden är omfattande och ger följd effekter som bestående eller långvariga symptom samt ökad risk för andra sjukdomar. Vilket tyder på att återhämtning kan ta mer än ett år. Det är av vikt när avslag om sjukpenning undersöks i förhållande till sjukdomsbild och återhämtning, då arbetsförmågan provas vid olika tidsgränser inom ett år.

I en studie av Salla Toppinen-Tanner, Anneli Ojajärvi, Ari Väänänen, Raija Kalimo och Paavo Jäppinen (2005) undersöks om utbrändhet ökar risken för framtida sjukskrivningar och sjukdomar. De upptäckte i studien att utbrändhet ökade risken för många sjukdomar. Både psykisk ohälsa och fysiska som påverkan på cirkulationssystem, andningssystem och muskelsystem. De upptäckte även i studien att utbrändhet leder till försämrad psykisk funktion och andra psykiska sjukdomar som depression (Toppinen-Tanner et al., 2005).

Studiens resultat styrks i studier i DU-projektet där det gjorts upptäckter i form av förändringar i stresshormonaxelns (HPA-axeln) känslighet. Den visades vara nedsatt hos personer med utmattningssyndrom. HPA-axeln känslighet var fortsatt nedsatt sju år efter insjuknandet oavsett om personerna med utmattningssyndrom hade tillfrisknat eller inte. Nedsattheten innebär att personer med utmattningssyndrom reagerar snabbare på stresshormon än normalt när systemet belastas. Personer med depression har inte en ökad känslighet i HPA-axeln vilket visar på att det är två skilda diagnoser. Däremot kan personer med utmattningssyndrom få en depression till följd av utmattningen. En annan förändring som upptäcktes var att personer med utmattningssyndrom hade förhöjda värden i blodplasma av de cellulära tillväxtfaktorerna VEGF och EGF, samt att dessa inte minskade ens efter två år. Förhöjda värden som dessa är faktorer som bidrar till bland annat åderförkalkning. Ytterligare en upptäckt under projektet var att deltagare som var långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa hade en ökad dödlighet med dubbelt så hög risk för hjärt-kärlsjukdomar och cancer (Åsberg & Nygren, 2012). Med andra ord visar studier att stressrelaterad psykisk ohälsa både kan orsaka att personer drabbas av depression och biokemiska förändringar samt att personerna får en ökad stresskänslighet.

## 2.4. Sjukpenning och ekonomins påverkan på välbefinnande

Nedan presenteras två studier som visar hur ekonomiska förutsättningar påverkar personers välbefinnande och hälsa, dels genom hur ekonomin påverkar stressrelaterade sjukdomar. De ökade antalet avslag beror bland annat på politiska beslut som påverkar sjukförsäkringens generositet. Den andra studien beskriver att en trängd ekonomisk situation även i kortare perioder har en påverkan på stressrelaterade sjukdomar. De blir relevanta i denna studie där erfarenheter av avslag om sjukpenning undersöks för att förstå vad det får för betydelse för sjukdomsbild och återhämtning.

I en omfattande studie av Kjetil A. Van der Wel, Clare Bambra, Nico Dragano, Terje A. Eikemo och Thorsten Lunau (2015) har 20626 personer i 28 länder i Europa deltagit. I studien har självrapporterat mentalt välbefinnande och generell hälsa undersöks. Det i förhållande till information om ländernas nivåer i tillhandahållandet av sjukpenning. Studien visar att länder som har en mer generös sjukpenning ökar det mentala välmående bland riskgruppen för sjukskrivning. Riskgruppen är anställda som är utsatta för psykosocial arbetsstress och fysisk fara, eller de som har låg utbildning. Van der Wel et al. (2015) beskriver att mental ohälsa är den största och snabbaste växande diagnosgruppen bland nya sjukpenningstagare i europeiska länder. Resultatet i studien visar att generösa sjukfrånvarosystem är viktigt för det mentala välmående för dem som drabbas eller de anställda som löper högre risk att drabbas. De menar att nedskärningar i sjukpenningssystemet kan ha en kontraproduktiv effekt eftersom att mindre generösa system minskar det mentala välmående och kan leda till längre och fler sjukskrivningar (ibid.).

I en annan studie av Sofia Norlund, Christina Reuterwall, Jonas Höög, Urban Janlert och Lisbeth Slunga Järholm (2015), undersöks förändringar i graden av utbrändhet i förhållande till förändringar i arbetssituationen och den självupplevda ekonomiska situationen. De fann att konstant belastning på arbetet och en upplevd förvärrad ekonomisk situation var relaterad till ökad grad av utbrändhet. Den upplevda förvärrade ekonomiska situationen förändrades inte beroende på inkomst eller ekonomisk status. Studien visar även att kortare tid av ekonomiska svårigheter har en påverkan på utbrändhet (Nordlund et al., 2015).

### 3. Teoretisk ansats

Studien har en hermeneutisk tolkningsram eftersom den handlar om att öka förståelsen om på vilka sätt avslag om sjukpenning får betydelse för personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. Hermeneutik används ofta inom samhällsvetenskapen när man avser undersöka människors handlingar och förstå mänskligt handlande (Bryman, 2011). Hermeneutiken ämnar förstå fenomen till skillnad från positivistisk tradition som ämnar förklara ett fenomen (P. Sohlberg & B-M. Sohlberg, 2013).

I denna studie har två teorier använts som tolkningsredskap för att förstå empirin. För att få en djupare förståelse för hur interaktioner påverkar människor valdes Randall Collins teori om *rituella interaktionskedjor* med begrepp som emotionell energi i förhållande till makt och status, identitet och individualism. För att få en djupare förståelse för hur samhället påverkar människor valdes Ulrich Becks teori om *risksamhället* med främst det moderna samhällets ökade individualism och förändrade arbetsmarknad.

#### 3.1. Collins rituella interaktionskedjor

Collins teori är inspirerad av bland annat Emile Durkheims teorier och den symboliska interaktionismen med exempelvis Erving Goffman, Maeds och Blumers teorier om människors möten i vardagen. Symbolisk interaktionismen handlar meningsskapande genom sociala samspel och hur de förändras genom tolkningsprocesser som sker vid samspelet mellan människor (Johansson & Lalander, 2013).

Collin har vidareutvecklat Goffmans teori och menar att det inte enbart är interaktionen när den sker med andra som har betydelse. Centralt i Collins teori är *emotionell energi* som är de känslor som skapas när människor integrerar med varandra eller när människor möts i olika sammanhang (Starrin, 2007). Collin menar att vid möten med andra skapas emotionell energi som får konsekvenser för senare möten, situationer och händelser. Det genom att människor genom den upplevda emotionella energin från ett möte bär med sig den in i nästa möte eller liknande möten och situationer. Detta gör att individen har en erfarenhet och en föreställning av hur andra möten kommer att vara, vilket påverkar personens inställning och känsla till kommande möten. Detta kallar Collin för *rituella interaktionskedjor* (Johansson & Lalander, 2013).

Mötet med andra kan delas in i fyra beståndsdelar; fysisk närvaro och närhet, ett gemensamt fokus, en barriär mellan personerna i mötet och omvärlden och att de upplever en liknande känsla. När dessa beståndsdelar uppfylls skapas hög grad av emotionell energi. Collin (1990) beskriver att när människor möts i en lyckad ritual, uppstår en känsla av samhörighet och solidaritet med varandra vilket genererar känslor som självförtroende och entusiasm (Dahlgren & Starrin, 2004). Men möten med andra kan även generera låg grad av emotionell energi när beståndsdelarna inte uppfylls. Det ger då en dränerade effekt. Det kan ske i exempelvis påtvingade möten och situationer. Möten där låg grad av emotionell energi skapas, genererar känslor som nedstämdhet, initiativlöshet och negativa självkänslor (Collin, 1990; Johansson & Lalander, 2013; Dahlgren & Starrin, 2004). Collin menar att människor



samlar på sig emotionell energi i vardagliga möten med andra människor. Det sker främst genom fysiska möten där personerna ser varandra. Collin menar precis som andra inom interaktionismen att möten där personen känner sig delaktig är en förutsättning för att de ska känna livslust (Johansson & Lalander, 2013).

Centralt i Collins teori är också *makt och status*. I interaktioner som präglas av makt och status både ges och förloras emotionell energi exempelvis som när någon med högre auktoritet ger en order till någon med lägre auktoritet. Det beskrivs som en form av tvång där personer mer eller mindre tvingas utföra vissa handlingar för att de annars går miste om fördelar (Collin, 1990). Exempelvis i arbetet där man kan gå miste om löneförhöjning eller annan form av uppskattning om man inte deltar i ett visst sammanhang. Collin (1990) beskriver att vid tvång upplevs maktlöshet som leder till nedstämdhet och skam. Om personer känner att de har lite inflytande men inte är helt maktlös får personen en känsla av ilska i stället (Dahlgren & Starrin, 2004).

Collin anser att individualismen är socialt konstruerad genom medier, språk och genom olika ritualer i vardagslivet. I samhällen som präglas av individualisering blir kollektiva formationer viktiga för att ladda varandra med emotionell energi. Det kan ske genom olika former av sammankomster av människor. Collin menar att individuella identiteten och känslan av individualitet är sammanlänkad med det sociala liv som människor befinner sig i (Dahlgren & Starrin, 2004).

### **3.2. Becks teori om risksamhället**

Den andra teorin som använts i analysen är Ulrich Becks teori om risksamhället som behandlar moderna risker/förändringar både globalt och på individnivå. I denna studie kommer förändringarna i samhället som beskrivs på individnivå att användas i analysen. Inledningsvis kommer dock Becks teori att presenteras utifrån hur han menar att riskerna skiljer sig från det traditionella samhället.

Beck (2000) menar att det moderna samhället nått en vändpunkt där industrisamhället nu lämnas och går in i det han kallar risksamhälle. Beck beskriver att industrisamhällets risker drabbade framför allt arbetarklassen. De riskerna var bland annat arbetslöshet och sjukdom, vilket gjorde att välfärdssystem skapades och delvis försäkrade människor från dessa risker med exempelvis arbetslöshetsförsäkring och sjukförsäkring. En effekt av detta var också att klasskillnaderna minskade (ibid). I det samhälle som nu utvecklats har riskerna enligt Beck förändrats till att bli oförutsägbara och dess omfattning svårare att identifiera och därför svårare att försäkra sig emot (Rasborg, 2007). Beck (2000) beskriver att riskerna är en följd av industrisamhället och mänskligt handlande vilket har fått konsekvenser för miljön i form av exempelvis miljöförstöring och förgiftning.

Risksamhället grundar sig i avtraditionalisering och ökad individualisering. Det leder till ett friare förhållningsätt till kollektiv, som kyrkan, sociala klasser, familjen och partiföreningar, vilket samtidigt skapar en existentiell otrygghet (Beck, 2000). Beck hävdar att i det moderna välfärdssamhället har solidariteten mellan klasser och inom kollektivt organiserade livsmönster börjat försvinna. Människor är inte längre bundna till den klass de föds inom utan personer har större möjlighet att själva välja väg i livet. Det har även ökat mobiliteten i samhället (ibid.).

Med den ökade individualiseringen menar Beck (2000) att människor allt mer själva skapar sina liv; identiteter, karriärer och normer. Han beskriver att detta är en process som egentligen inte gör människor friare utan mer beroende av institutioner, då människors liv styrs av sysselsättningsgrad, utbildningstid och genom socialförsäkringssystemet som påverkar människor i olika faser under livet. Dessutom påverkas människors liv av externstyrning genom marknaden och konsumtionsmönster (ibid.).

Beck (2000) beskriver en klyfta mellan samhällets planering av normalitet och vad som i samhället är normalitet. Det sker genom att institutioner styrs juridiskt exempelvis socialförsäkringen bygger på en normalitet. "Normala" arbetsförhållanden utgår från att människor förvärvsarbetar på heltid vilket inte alltid stämmer med hur det egentligen ser ut idag. Utbildningstiden i människors liv har förändrats genom förändringar på arbetsmarknaden. Arbetsmarknaden beskrivs som en slags undersysselsättning där deltid och visstidsanställningar blir allt vanligare samtidigt som arbetsmarknaden ställer högre krav på utbildning. Det gör att människor inte förvärvsarbetar i samma grad i dag som förr (ibid.).

Genom individualisering har människor gått från en hög levnadsstandard med utvecklade socialförsäkringssystem till att vara mer lämnade till sig själva på arbetsmarknaden med de risker och möjligheter som finns på den (Beck, 2000). Beck menar att detta har tendenser till institutionalisering och standardisering av levnadssätten. Genom det får individualiseringen större konsekvenser och människor har egentligen inte något inflytande över vad som sker, samtidigt ställs högre krav på den enskilda individen. Människor måste ta beslut om sina liv och välja liv som de själva skapar. Dessa beslut om exempelvis, arbetsplats, bostadsort, partner, utbildning, antal barn är inte bara beslut individer kan ta beslut om, utan de måste ta beslut om. Detta innebär att institutionella förutsättningar som styr människors liv inte längre är något som drabbar människor utan det är en konsekvens av individens eget handlande. Individualiseringen bidrar med andra ord till att problem som finns i institutionerna istället blir till personliga misslyckanden. Det gör att dessa problem får en minskad politisk betydelse när det i stället ses som privata. Det ger nya former av skuldbelastning på privatpersoner (ibid.).

Beck (2000) menar att institutionalisering och standardisering av levnadssätten är komplicerat och att de olika mönstren går in i varandra. Han menar att det komplexa blir tydligt när man ser till kvinnors levnadsmönster. Män blir fortfarande inte lika påverkade av förändringar i familjen. Kvinnor drabbas mer av det motsägelsefulla mellan familjen och institutionerna. Kvinnors livsrytm slits mellan familjen, utbildning och yrkesliv, vilka är konfliktfyllda i och med att dess krav är oförenliga (ibid.).

Människors vuxna liv styrs av förvärvsarbete. Ens yrke tar inte bara upp större delen av vår tid utan den ger oss också identitet och status. Om en person förlorar sitt arbete förlorar personen också trygghet och stabilitet i livet. Samhället som tidigare beskrivits bygger i mångt och mycket på att människor förvärvsarbetar. Det sociala trygghetssystemet bygger också på denna grund. Så när arbetsmarknaden förändras står även det sociala trygghetssystemet inför en förändring (Beck, 2000).

## 4. Metod

I det här kapitlet redogörs metodval, hur material samlats, urval, avgränsningar, samt studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Vidare redogörs min förförståelse och forskningsetiska överväganden.

### 4.1. Val av metod

Med bakgrund av studiens syfte som är att, undersöka erfarenheter av avslag om sjukpenning för att beskriva och förstå vad det får för betydelse för deras sjukdomsbild och återhämtning, har jag valt ett hermeneutiskt perspektiv. Det för att detta perspektiv är att fördra när syftet är att förstå ett fenomen snarare än att förklara fenomenet (P. Sohlberg & B-M. Sohlberg, 2013). Merete Watt Boolsen (2007) beskriver att hermeneutik ofta används i kvalitativ forskning i syfte att förstå respondenten. Det innebär att forskarens har en betydande roll då denne tolkar det som respondenten berättar. Forskaren måste därför försöka sätta sig in i respondentens situation utan förutfattade meningar. Inom perspektivet beskrivs hermeneutiska cirkeln, vilket innebär förhållandet mellan delar och helhet. Både delarna och helheten behöver tolkas och förstås för att man ska uppnå en samlad kunskap. Med ett hermeneutiskt perspektiv vid insamling av empiri är fokus på socialpsykologiska variabler, exempelvis känslor och interaktionsmönster. Dessa undersöks och resulterar i beskrivningar som ökar förståelse för exempelvis en grupp (ibid.).

Med ett hermeneutiskt perspektiv har jag valt att göra en kvalitativ studie. En kvalitativ studie är att fördra när det saknas forskning om fenomenet som ska undersökas samt när det som behandlas i studien är upplevelser av fenomenet. En kvalitativ intervjustudie ger möjlighet till att samla information och undersöka hur personerna själva uppfattar fenomen och deras erfarenheter om det. Genom denna metod ser forskaren på respondenternas erfarenheter och försöker se på fenomenet ur deras perspektiv och utveckla en mening ur deras berättelse (Larsson, 2005; Kvale & Brinkmann, 2014). Jag valde att använda mig av semistrukturerade intervjuer där jag utgick ifrån en intervjuguide (Bilaga 3). Semistrukturerade intervjuer innebär att man har en intervjuguide antingen med teman och/eller med frågor. Semistrukturerade intervjuer har öppna frågor som kan variera i ordningsföljd och ger möjlighet till följdfrågor. Flexibiliteten i intervjun ökar möjligheten för respondenterna att på ett fritt sätt kunna berätta om sina erfarenheter utan att styras av frågorna (Bryman, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014). Jag har valt att göra frågor inom olika teman jag anser vara relevanta för att svara på studiens forskningsfrågor.

Studien görs med en abduktiv ansats vilket innebär att jag inte utgått från någon teori vid insamlandet av empiri (P. Sohlberg & B-M. Sohlberg, 2013). Sam Larsson (2005) beskriver att abduktion utgår från empirin men att man använder teoretiska moment för att till exempel tolka och analysera empirin. Vidare beskriver författaren att genom att arbeta med abduktiv ansats kan man genom teoretiska grundtaganden förstå och tolka det samlade materialet. Genom abduktion kan

forskaren upptäcka mönster som annars inte skulle ses, på det sättet påverkar både empirin teorin och teorin empirin (ibid.).

## **4.2. Förförståelse**

Intresset för att genomföra denna studie väcktes under min verksamhetsförlagda utbildning (VFU) som genomfördes under hösten 2017. Jag gjorde min VFU på en vårdcentral i Stockholms län där jag kom i kontakt med personer som hade drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa och som hade fått avslag om sjukpenning. Under samma höst uppmärksammades även denna problematik i media där de bland annat lyfte fram att det fanns problem i samarbetet och kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan. Det var genom denna information som intresset för att undersöka personers erfarenheter och upplevelser kring avslag om sjukpenning väcktes. Anledningen till att jag avgränsade mig till personer med stressrelaterad psykisk ohälsa var på grund av mitt intresse för denna problematik och att det är de diagnoserna som ökar mest bland sjukskrivningarna.

## **4.3. Urval och avgränsning**

Bryman (2011) beskriver vikten av att redovisa hur urvalet av respondenter har gått till för att uppnå transparens och tydlighet i studien samt att antalet intervjuer beror på djupet i intervjuerna och studiens syfte. Urvalet av respondenter till studien har skett genom ett målinriktat urval för att finna respondenter som är aktuella för forskningsfrågorna. Målinriktat urval är ett slags bekvämlighetsurval där respondenter väljs efter tillgänglighet (Bryman, 2011). Respondenter som valts till studien har varit personer som drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa och har fått avslag om sjukpenning. Tre av dem har jag kommit i kontakt med under min VFU-placering. Jag har även sökt respondenter till studien genom två olika slutna Facebook-grupper för personer med utmattningssyndrom. Genom att ge admin för grupperna informationsbrevet (Bilaga 1) har de personerna sedan publicerat information om studien i de slutna grupperna. Därefter har intresserade personer hört av sig till mig via mail. Jag fann två respondenter till studien genom dessa Facebookgrupper.

Respondenterna i studien består av fem kvinnor som är mellan 25-55 år. Fyra av respondenterna bor inom Stockholms län och en av respondenterna i annan ort i mellersta Sverige. Studien innehåller förhållandevis få intervjuer men då syftet med denna studie var att undersöka upplevelser av avslag om sjukpenning var inte antalet intervjuer av samma vikt som vid kvantitativ forskning. I denna studie var det att finna respondenter som hade erfarenhet som efterfrågades och djupet i intervjuerna som var det väsentliga för att uppnå studiens syfte.

## **4.4. Forskningsetiska överväganden**

Vid forskning ska etiska överväganden göras. Denna studie rör inte känsliga personuppgifter, den innebar inte heller några fysiskt ingrepp eller syftade till fysisk eller psykisk påverkan eller uppenbart riskerade att skada försökspersonerna. Därmed behövdes inte etikprövningen enligt lagen om etikprövning göras (SFS 2003:460). Däremot kan intervjuer om personers personliga upplevelser och

hur deras liv påverkats av myndighetsbeslut vara känslomässigt påfrestande för respondenterna. Det var därför viktigt att överväga forskningsetiska principer.

Vetenskapsrådet (2017) presenterar i *God forskningssed* regler som förklarar hur forskning bör bedrivas för att vara etiskt riktig. Där bland finns *individskyddskravet*, vilket innebär att personer som deltar i forskning ska skyddas från att utsättas för onödig skada och kränkningar. Det finns även ett *Informationskrav* som innebär att personer som deltar i forskning ska få information om studiens syfte, vilka metoder som kommer att användas och övergripande planering av studien innan den påbörjas (Vetenskapsrådet, 2017). Respondenterna i denna studie har fått både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och genomförande enligt vad som rekommenderas (Bilaga 1). Det lyfts även fram ett *Samtyckeskrav*. Det betyder att personer som deltar i studier ska få information om studien samt få information om att deltagande är frivilligt. Det ska ske innan de samtycker till deltagande. Det ska även framgå att de när som helst kan avsluta deltagandet utan att personen behöver ange orsak (Vetenskapsrådet, 2017). Samtycke till deltagande i denna studie har inhämtats skriftligt då Vetenskapsrådet rekommenderar att samtycke bör ske skriftligt (Bilaga 2). Det skriftliga samtycket har givits vid intervjutillfället. En av intervjuerna gjordes via telefon där har information och samtycket skett muntligen och finns inspelat.

Det framgår av Vetenskapsrådet (2017) att det är av vikt att det tydligt framgår hur inspelat material kommer att behandlas, förvaras och vad som sker med materialet efter att studien är färdig och godkänd. Med hänsyn till respondenternas integritet har materialet kodats och arbetas med på sådant vis att det inte kommer att gå att identifiera personerna i studien. Materialet har förvarats inlåst under tiden som studien skrivits, alla uppgifter har med andra ord behandlas konfidentiellt (ibid.). Det har tydligt och noggrant framgått till respondenterna både i informationsbrevet och muntligt vid intervjutillfället att den inspelade intervjun skulle transkriberas för att underlätta bearbetningen av materialet till studien. Efter avslutad studie raderas inspelningar samt transkriberingar. Under tiden som studien genomfördes förvarades materialet inlåst och ingen annan än jag har haft tillgång till materialet. Det följer *nyttjandekravet* eftersom att det insamlade materialet endast kommer att användas till den studie som uppgivits och inte i några andra sammanhang (ibid.).

Efter avslutad studie kommer uppsatsen att publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet). Vidare används ofta studier för att inspirera till ny forskning eller för att hitta nya infallsvinklar. Det är därför viktigt att forskning publiceras enligt Vetenskapsrådet (2017). Respondenterna som deltagit i studien blev informerade om detta och kommer även att få tillgång till färdig studie.

## **4.5. Genomförande**

I det här kapitlet redogörs för hur arbetet med studien har genomförts.

### **4.5.1. Litteratursökning**

När jag började arbeta med studien genomfördes en litteratursökning. Jag använde mig av följande digitala arkiv; Academic Search Complete, DiVA, Google Scholar, SwePub, Socindex, Psychology

and Behavioral Sciences Collection. Sökord som användes var; utmattningssyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa, sjukskrivning, stress, sjukpenning, sick-leave, burnout, clinical burnout, exhaustion disorder.

När jag sökte på orden var för sig fann jag många studier och artiklar inom dessa områden. När jag sammanförde olika ord som exempelvis utmattningssyndrom och sjukpenning gav det inga träffar. Det finns mycket forskning om utmattningssyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa främst arbetsrelaterade och utvärderingar av olika behandlingar. Det fanns däremot inte lika mycket om orsaker till stressrelaterad psykisk ohälsa. Jag har i kapitlet tidigare forskning presenterat studier som jag ansåg ha mest relevans för denna studie.

#### 4.5.2. Intervjuer

Innan jag bokade in intervjuerna gjordes en intervjuguide med teman och förslag på frågor för att kunna besvara studiens forskningsfrågor. Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer vilket innebär att frågorna är föreslagna och kan förändras beroende på intervju (Kvale & Brinkmann, 2014). I intervjuguiden har både *tematiska* frågor och *dynamiska* frågor använts. Kvale och Brinkmann beskriver att tematiska frågor ställs med relation till kunskapsproduktionen studiens ”vad”. De dynamiska frågorna ställs i relation till studiens ”hur” de handlar om det mellanmännsliga förhållandet under intervjun. De dynamiska frågorna stimulerar en positiv interaktion så att respondenterna kan berätta om sina upplevelser och känslor. Under intervjuerna har olika typer av frågor använts. Där bland *inledande frågor* som manar till öppet berättande. *Uppföljningsfrågor* för att få vidare beskrivningar, *sonderande frågor*, för att få ytterligare beskrivningar kring något specifikt. Även *tolkande frågor* har använts för att se att jag har uppfattat det respondenten beskrivit korrekt (ibid.).

Intervjuerna var mellan 50 min och 100 min långa. Intervjuerna varierade i längd eftersom att respondenterna valde att berätta olika mycket samt att de pratade olika fort. Tre av intervjuerna har genomförts i ett lånat rum på den VFU-plats jag var på under hösten. En intervju hölls i ett grupprum i skolans lokaler i Sköndal och en intervju hölls via telefon. Alla intervjuer spelades in och alla respondenter lämnade samtycket till att delta i studien vid intervjutillfället.

Efter intervjuerna har det inspelade materialet transkriberats. Jag valde att skriva ut både tvekande och hummanden samt skratt och gråt. Det för att få en tydlig bild av respondenternas känslor kring fenomenet. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att det inte finns några regler kring hur transkriberingen ska gå till. Det är syftet med intervjun som anger hur viktigt det är att ta med sådana detaljer som jag valde att skriva ut. De betonar dock att det är viktigt att alla intervjuer transkriberats på samma sätt för att underlätta analysen. Alla intervjuer har transkriberats på samma sätt, då jag som ensam författare av studien har genomfört alla intervjuer och transkriberingar själv. Efter varje färdig transkribering har hela intervjun lyssnats igenom igen. Det för att kontrollera transkriberingen och för att få så exakt återgivning som möjligt.

#### 4.5.3. Tolkning och Analys

Under transkriberingen kodades materialet in i olika kategorier för att finna mönster som likheter och olikheter mellan de olika intervjuerna (Jönson, 2010; Kvale och Brinkmann, 2014). Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor vilket gjort att ett fåtal teman var gjorda när materialet samlades. Istället växte teman fram under transkriberingen och bearbetningen av det samlade materialet vilket också är idealtypiskt för kodning enligt Jönson (2010). För att underlätta kodningen har kommentarer i form av tolkningar och teman skrivits in samt citat noterats som fotnoter under transkriberingen. Dessa har sedan kopierats från varje intervju och sorterats i ett nytt dokument för att underlätta bearbetning av materialet. Till en början fann jag mönster i materialet som resulterade i tolv olika teman. Under bearbetningen insåg jag att många teman gick in i varandra. Därför slogs de ihop till de teman som nu presenteras i resultat delen. Under hela processen har intervjuerna både lästs i delar som i teman och i sin helhet för att få en samlad kunskap enligt hermeneutiskt perspektiv. Jag har valt att inte skriva ut vilken respondent som sagt vilket citat. Det för att minska risken för att någon känner igen personen, både mellan respondenterna och för utomstående. Studien gjordes med abduktiv ansats vilket gjorde att det var under denna process som valet av teorierna växte fram.

Det vetenskapliga perspektivet som legat till grund för studien var hermeneutisk. Vilket innebär att syftet med studien var att beskriva och förstå ett visst fenomen. Därför har insamlandet av materialet haft fokus på socialpsykologiska aspekter med känslor och interaktionsmönster. Därmed valdes dels Randall Collins teori om rituella interaktionskedjor och dels Ulrich Becks teori om risksamhället. Resultatet i studien har med de teorierna sorterats in i andra teman utifrån begrepp i teorierna i analyskapitlet. Resultatet har även till viss del analyserats mot tidigare forskning.

#### 4.6. Metoddiskussion

I och med min förståelse övervägdes i början av denna studie att intervjua olika professioner som kommer i kontakt med personer med stressrelaterad psykisk ohälsa. Jag övervägde då att intervjua läkare och handläggare på Försäkringskassan för att få veta hur de uppfattade denna situation med ökat antal avslag. När jag undersökte ämnet närmare upptäckte jag att det inte fanns några studier om hur personerna som drabbas upplever avslag om sjukpenning. Därför ansåg jag att deras synvinkel var viktigare att belysa.

Att finna respondenter har varit svårt. Jag har sökt respondenter på flera sätt, bland annat genom sociala medier och genom att jag har varit i kontakt med handläggare på Arbetsförmedlingen och behandlare på min VFU-plats. De vidarebefordrade information om studien till personer som stämde in på målgruppen. Ingen hörde dock av sig från dessa kontakter. De tre respondenterna som jag fann genom min VFU-placering var personer jag redan träffat under VFU-perioden och själv presenterade studien för. Via sociala medier fann jag de två andra respondenter. Att mer än hälften av respondenterna i studien var personer som redan kände till mig kan ha påverkat materialet. Jag tror dock att det varit en positiv påverkan genom att det för dem kan ha varit lättare att berätta om sin situation när de redan hade en bild av vem jag var.

Hade studien i stället genomförts med en kvalitativ enkät kanske det hade varit lättare att finna fler respondenter. Eftersom många personer med erfarenheter av stressrelaterad psykisk ohälsa inte har orken fysiskt och psykiskt att delta i en intervju. Det eftersom många känslor dras upp igen vid berättandet. Det som hade gått förlorat om studien hade genomförts med en enkät är variationen i svaren samt möjligheten att ställa följdfrågor på svaren respondenterna givit. Materialet hade då inte blivit lika varierat och djupt som vid semistrukturerade intervjuer. Då denna studie ämnade beskriva och förstå fenomenet genom personliga berättelser snarare än att ge bred bild om omfattningen av fenomenet, var semistrukturerade intervjuer att föredra.

#### **4.7. Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet**

Reliabilitet och validitet är begrepp som används vid kvantitativ forskning för att se mätningarnas pålitlighet, följdriktighet och att man mäter det som är avsett att mätas. Det är omdiskuterat hur väl begreppen går att applicera på kvalitativ forskning eftersom att kvalitativ forskning inte avser att mäta något rent kvantitativt. Kvalitativ forskning ämnar oftast att förstå ett fenomen snarare än att förklara det. I kvalitativ forskning när forskaren är det verktyg som används för att samla material och förstå det, blir forskarens värderingar viktigt. Det innebär att forskarens kunskap och egna föreställningar om fenomenet kan påverka resultatet både i form av vilka frågor som ställs men även i tolkningen av materialet (Bryman, 2011). Begreppen *tillförlitlighet*, *trovärdighet*, *pålitlighet*, *konfirmering* och *överförbarhet* används därför i kvalitativ forskning som motsvarighet till reliabilitet, validitet och generaliserbarhet (Bryman, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014). Tillförlitligheten kan delas in i fyra delkriterier vilka är följande. Trovärdighet handlar om forskarens uppfattning av den sociala verklighet som studeras är trovärdig. Överförbarhet handlar om hur resultatet i studien kan överföras till en annan miljö eller grupp. Pålitlighet avser frågan om studien kommer ge liknande resultat vid ett annat tillfälle av en annan forskare. Konfirmering eller objektivitet som handlar om forskarens värderingar och att dessa inte påverkat studien i större utsträckning (Bryman, 2011). Jag har valt att använda begreppen reliabilitet, validitet och generaliserbarhet men med ovannämnda kriterier.

Reliabilitet ses i förhållande till tillförlitlighet och handlar om studiens pålitlighet i vilken mån den kan upprepas/replikeras av andra forskare vid andra tillfällen och ge liknande resultat. Det handlar om i vilken mån respondenternas svar skulle ändras beroende på intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2014). Här kan min ovana som intervjuare ha påverkat vad som kommit fram under intervjuerna. För att stärka reliabiliteten har jag presenterat intervjuguide, min förförståelse och genomförandet av studien. Det genom att tydligt beskriva hur intervju, transkribering och analys har gått till. Jag har även valt att återge en så exakt beskrivning av intervjuerna i resultatdelen som möjligt. Det delvis med beskrivningar från intervjuerna och delvis genom många citat från respondenterna. Jag har eftersträvat objektivitet under genomförandet av studien. Genom denna systematik och transparens har jag strävat efter att uppfylla kriterier för tillförlitlighet och pålitlighet.

Validitet handlar om studiens trovärdighet, giltighet och riktigheten i studien. Det handlar om hur sannolika resultaten är och om det som undersöks är det som avses att undersökas (Kvale &



Brinkmann, 2014; Bryman, 2011). Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att validiteten handlar om trovärdigheten i studiens alla delar, från såväl tidigare forskning till det egna resultatet. Det handlar om att ständigt kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka resultaten. Validiteten i en kvalitativ studie avser med andra ord flera steg; om/hur intervjuemetoden är relevant för studiens syfte, kvaliteten i intervjuerna, riktigheten i transkriberingen, logiska tolkningar i analysen, samt hur det redogörs för i studien (ibid). Studien har undersökt personers erfarenheter och upplevelse av avslag om sjukpenning. Jag har försökt presentera relevansen för metoden i förhållande till syfte och frågor och strävat efter att uppnå transparens gällande intervju och genomförande, för att eftersträva validitet och trovärdighet i studien.

Generaliserbarhet eller överförbarhet undersöks efter att studien anses uppnå validitet och reliabilitet. Det innebär att man ser till om studiens resultat är generaliserbara till andra respondenter, situationer och kontexter. Kvalitativa intervjustudier kritiseras för att de inte går att generalisera till en population eftersom antalet respondenter oftast är lågt (Kvale & Brinkmann, 2014). Bryman (2011) beskriver att för att en kvalitativ studies överförbarhet ska gå att bedöma så krävs transparens, dvs. djupa och utförliga beskrivningar om tillvägagångssättet i studien och dess resultat. I kvalitativ forskning kan resultaten generaliseras till teori istället eller så kan man göra så kallade måttliga generaliseringar. Dessa är av begränsat slag men kan i visst mått generaliseras. Det innebär att resultatet inte går att generalisera till en population men resultatet kan generaliseras till personer med liknande erfarenheter (ibid.). Denna studies resultat skulle exempelvis kunna generaliseras till andra personer som fått avslag om sjukpenning. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver olika former av generalisering, nämligen naturalistiska, statistiska och analytiska generaliseringen. I denna studie är naturalistisk generalisering relevant eftersom den används när materialet som samlats i studien bygger på personliga erfarenheter. Det innebär att så kallad tyst kunskap blir till klart uttalad påståendekunskap (ibid.). Denna studies resultat kan med andra ord möjligtvis ge måttliga generaliseringar och bidra till kunskapsutvecklingen om fenomenet.

## 5. Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet av intervjuerna. Inledningsvis kommer en beskrivning av respondenternas sjukskrivningsperiod när de fick avslag om sjukpenning. Det för att sysselsättning, sjukperiodens längd, samt eventuellt arbetsgivaransvar för rehabilitering är viktigt i frågan om upplevelsen av avslaget. Kapitlet är sedan strukturerat utifrån de teman som framkommit under bearbetningen av materialet.

### 5.1. Sjukskrivningens längd vid avslag

En respondent hade varit sjukskriven i olika perioder under flera år av olika anledningar. Personen hade även sjukersättning (stadigvarande sjukpenning från Försäkringskassan) på 25 procent. När respondenten fick avslag om sjukpenning var det på ett nytt sjukintyg på 75 procent. Anledningen till avslaget var oklar men omprövningen gick igenom. Vid tidpunkten hade personen ingen arbetsgivare.

En annan respondent hade varit sjukskriven till och från i flera år på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa men hade mellan sjukskrivningsperioderna arbetat. Respondenten hade varit sjukskriven på heltid i sex månader när beskedet om avslag kom. Anledningen till detta var att läkaren i läkarintyget hade rekommenderat ett specifikt yrke han ansåg att personen kunde klara av. Den andra anledningen var att ingen rehabiliteringsplan gjorts med Försäkringskassan. Det var heller inget Försäkringskassans handläggare tagit upp under mötet med respondenten och med arbetsgivaren som ägt rum innan beslutet togs. Respondenten begärde omprövning av beslutet och skickade in ett nytt sjukintyg av en annan läkare som ansåg att 100 procent sjukskrivning var aktuellt. Försäkringskassan avslög även omprövningen av anledning att inga nya uppgifter på objektiva medicinska fynd inkommit. Respondenten hade arbete sedan 30 år tillbaka hos den dåvarande arbetsgivaren och hade en rehab-plan med sin arbetsgivare men denna godtogs inte av Försäkringskassan. Respondenten blev istället hänvisad till Arbetsförmedlingen.

En annan respondent hade varit sjukskriven tre år när deltagaren började arbeta 25 procent för att ett och ett halvt år senare öka till 50 procent. Under denna upptrappning slutade Försäkringskassan att betala ut sjukpenning under utredning om sjukpenning skulle beviljas. Respondenten försökte då gå upp ytterligare i arbetstid till 75 procent och då kom även avslaget om sjukpenning. Anledningen till avslaget var att Försäkringskassan ansåg att respondenten skulle söka vanligt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Respondentens arbetsgivare hade anpassat personens arbetsuppgifter och arbetstid för att personen skulle kunna komma tillbaka till arbetet så småningom.

En annan respondent hade varit sjukskriven sex månader på heltid när personen fick avslag på en förlängdsjukskrivning. Anledningen till avslaget var att Försäkringskassan ansåg att personen skulle söka arbete och blev hänvisad till Arbetsförmedlingen. Respondenten hade ingen arbetsgivare vid tillfället och var arbetssökande innan sjukskrivningen.

En annan respondent fick avslag på första sjukintyget som omfattade 50 procent sjukskrivning och hade innan det varit sjukskriven två veckor på heltid, vilket betalas av arbetsgivaren. Anledningen till

avslaget var att inga objektiva medicinska fynd stod i läkarintyget och att personen ville arbeta lite längre vissa dagar och inte alls andra dagar under halvtids sjukskrivning för att få mer vila då resan till arbetsplatsen var lång. Respondenten hade en arbetsgivare som varit tillmötesgående i arbetstids flexibilitet för att underlätta återhämtning.

Alla respondenterna beskrev att i all kontakt med Försäkringskassan var det arbetsförmågan som stod i fokus och att de pressades att gå upp i arbetstid trots att de inte hade energi till det än.

## **5.2. Försäkringskassans beslut**

Följande avsnitt är baserat på identifierade teman som beskriver respondenternas erfarenheter kring avslag om sjukpenning.

### **5.2.1. Att bli ifrågasatt eller förstådd**

Under intervjuerna har det framkommit att bemötandet i vården har upplevts olika av respondenterna. Två av respondenterna kände att de hade fått god förståelse och mycket bra hjälp i form av utredning och behandling. Tre av respondenterna hade erfärit en annan sida av vården. De har berättat om läkare som är oförstående gällande personernas sjukdomsbild och upplevelser. De har upplevt att det saknas kunskap om utmattningssyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa. Det har lett till att respondenterna dels fått vänta länge på behandling och dels känt sig ifrågasatta vilket har genererat känslor som ilska, ledsamhet och uppgivenhet. Det har även under intervjuerna framkommit att olika respondenter har fått olika mycket hjälp med kompletteringar av läkarintyg och formulering av överklagan av beslut. Det framkom att en del läkare uttryckligen sagt att de inte tycker om att ha med Försäkringskassan att göra. En av respondenterna berättade:

Den företagsdoktor ifrågasatte också mina symptom ganska mycket, hon skickade mig på en kroppslig utredning också, det ska man ju alltid göra för att utesluta saker men hon sa verkligen att, det här verkar ju jättekonstigt att du har så här konstiga symptom av stress...

En annan respondent beskrev ”... den som jag kom till sen den kunde ju inte ens utmattning den visste ju inte ens vad det handlade om .... informationen och utbildningen omkring dem som jobbar med det här bitarna är undermålig. Jag tycker verkligen det”. Respondenterna som beskrivit denna problematik har dock inte upplevt detta med alla de mött inom olika vårdinstanser.

Kunskapen och bemötandet har med andra ord sett mycket olika ut beroende på vem personen har träffat. Respondenterna hade också fått olika mycket hjälp med kompletteringar och överklagan om beslut. De som upplevde att de fått mindre hjälp och förståelse hade även fått mindre hjälp med kompletteringar och överklagan om beslut.

### **5.2.2. Ingen förståelse och ingen begriplig förklaring**

Alla respondenterna beskrev att de inte förstår Försäkringskassans beslut. De berättade att Försäkringskassan och läkarna inte bedömer likadant. De beskrev att de ser till olika aspekter. Läkarna ser att de är sjuka och Försäkringskassan anser att de kan arbeta. Respondenterna berättade att det var svårt att förstå hur Försäkringskassan kunde bedöma att de hade arbetsförmåga när läkarna inte bedömde det.

För tre respondenter kom beslutet om avslag oväntat. De hade aldrig kunnat tro att sjukskrivningen inte skulle gå igenom och att de skulle nekas sjukpenning. För två andra respondenter var det inte oväntat på samma sätt. De beskrev det som att de hade börjat ana att något var på gång eftersom att Försäkringskassan begärde in kompletteringar eller hade sagt att de undersökte deras möjlighet att få sjukpenning. En annan respondent beskrev hur hon kämpat med att bli frisk och så fick hon avslag om sjukpenning och att hon inte fått någon bra förklaring av Försäkringskassan.

... man gör så gott man kan och verkligen försöker men ändå sparkar de undan benen på en. Det är fruktansvärt. För till slut så orkar du inte resa på dig .... Det blir ju också en stressfaktor. Att veta att känna någonstans att det hade inte behövt bli så här illa. Att man kanske hade kunnat få någon slags förståelse och kanske en lite mer begriplig förklaring till varför de gör så här.

En annan av respondenterna beskrev det så här: ”Jag vill förstå vad som har hänt jag vill förstå vad som gått fel och jag vill förstå min roll om jag hade kunnat påverka det eller om jag ska anklaga mig själv eller om ja så där.”

Resultatet visar att respondenterna känner att det fanns en oklarhet i hur bedömningen gått till och vad Försäkringskassans beslut grundar sig på. Utifrån deltagarnas berättelser verkar det som att läkare och Försäkringskassan inte talar samma språk eller har samma sätt att bedöma arbetsförmågan.

### 5.2.3. Känna sig kränkt och uppgiven

Det har under intervjuerna framkommit en känsla som varit lika för alla respondenter. Den känslan har varit väldigt stark och påverkat personerna mycket. Känslan var att respondenterna inte kände att Försäkringskassan trodde på dem.

För alla respondenter var en av anledningarna till avslaget att Försäkringskassan ansåg att de kunde klara av att arbeta, att de hade arbetsförmåga. En annan återkommande anledning som beskrevs var att det inte fanns några objektiva medicinska fynd som tyder på sjukdom. Det var dessa anledningar som gjort att respondenterna inte kände att Försäkringskassan trodde på att de var sjuka. En del av respondenterna hade fått avslag om sjukpenning när deras sjukskrivning blivit förlängd. Ingenting i dessa sjukintyg hade egentligen förändrats mot tidigare beviljade sjukintyg. Vilket för respondenterna stärkte känslan av att Försäkringskassan inte trodde på dem. På följande sätt beskrev en av respondenterna Försäkringskassans beslut.

Men hon skrev i alla fall ett intyg som jag har svårt att se hur man kunde tolka att det inte var rimligt att sjukskriva, men Försäkringskassan avslag då med framför allt, med beslutsgrunden att det finns inga objektiva medicinska fynd. Utan det här bygger på sådan som du har berättat för din doktor. Och det kan vi inte fatta beslut på.

En annan respondent beskrev känslorna kring avslaget genom tunga uppgivna suckar:

Och det kändes hårt. Jag tänkte väldigt mycket på det tiden efteråt att det kändes liksom kränkande att få avslag med det argumentet att, nä men det här är saker du har sagt bara, det kan vi inte, det kan inte vi, alltså det handlar ju någonstans om att de inte tror på en.

De beskrev att de var hårt arbetande och att de sällan varit sjuka. Sen när de blev sjuka blev de inte trodda. En av respondenterna beskrev det genom ledsen och uppgiven röst.

Jag har ju inte vart sjukskriven en enda dag i stort sett under hela mitt liv. Jag har aldrig liksom klagat eller gnällt, eller nånting så att. Det är ju det som känns så för jävligt, att jag är ingen person som maskar eller vill vara sjuk liksom. Man gör sitt yttersta hela tiden för att bli frisk.

Respondenten beskrev detta mellan snyftningar med uppgivenhet i rösten. Det var tydligt att samtalsämnet väckte starka känslor hos respondenterna. Alla respondenter visade mycket känslor när de berättade om besluten från Försäkringskassan och känslan att inte bli trodd. Respondenterna beskrev att de kände sig kränkta, ledsna, arga, och att de börjat tvivla på sig själva.

Några av respondenterna beskrev att de börjat ifrågasätta sig själva efter beslutet. Att det skulle vara fel på dem som inte klarade av stressen. En av respondenterna beskrev känslorna på följande sätt ”... jag tror att uppgivenhet var mitt första svar men kränkning är nog egentligen sanningen. Nu när du skrapar lite på ytan. Personlig kränkning faktiskt. Utan återkoppling, utan förklaring, utan någonting.”.

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att avslag om sjukpenning väcker en känsla av att inte bli trodd som i sin tur ger upphov till en rad andra känslor. Respondenterna beskrev att de börjar ifrågasätta sig själva och sin egen förmåga. Det var tydligt att detta skapar uppgivenhet hos dem som drabbats.

#### 5.2.4. Ökad orkeslöshet

Under intervjuerna berättade respondenterna att i och med att de drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa var de utmattade och saknade energi till att orka med vardagen. Fyra av respondenterna berättade att de var på bättringsvägen när beslutet om avslag kom. De beskrev att de hade börjat bli bättre genom att de hade fått lite mer ork. De hade börjat fundera på att kunna börja arbeta några procent mer än innan. Det var då de fick beskedet om avslaget om sjukpenning. Som det beskrivits tidigare gav det upphov till många känslor. Det gav även upphov till mycket oro och arbete för att lösa situationen vilket gjorde att orkeslösheten blev kraftigare igen. En respondenterna beskrev den frustration och sorg det innebär.

Så illa är det. Så det blir jättemärkligt att, att hur ska man kunna komma tillbaka till ett värdigt liv, ett liv som vanliga människor lever, där man kan arbeta, man orkar städa ibland hemma, man orkar laga lite god mat och man kanske orkar träffa någon kompis. Jag har inte det. Jag har inte haft det sen jag blev sjuk liksom. Det är den världen jag lever i och det är det som är så jävla tragiskt, för liksom att man inte skulle kunna fått, att man inte får den möjligheten nu när jag ändå kommit så pass långt med mig själv.

Respondenterna beskrev på olika sätt hur hårt dessa avslag drabbat dem. En av respondenterna beskrev Försäkringskassans makt över människors liv när de tar beslut om sjukpenning.

Men att det är, att man känner sig väldigt liten när man har med Försäkringskassan att göra. De känns som en stor maktfaktor i Sverige. Alltså de kan, de kan förstöra för människor, de kan förstöra människors liv. Helt enkelt, det är ju faktiskt så.

Sammanfattningsvis beskrev respondenterna en orkeslöshet och saknad av energi för att klara av vardagen. Det beskrevs i intervjuerna som en sorg att inte klara av det de hade klarat innan de blev

sjuka. Det innebar att deras liv och möjligheter påverkades och förändrades i hög grad. Att inte få sjukpenning och orka med att lösa situationen var mycket mödosamt för personerna. Respondenterna beskrev det som att inte få möjlighet att bli bra eller att Försäkringskassan förstör människors liv.

#### 5.2.5. Att inte få välja själv

Under intervjuerna har det kommit fram att när respondenterna inte längre får sjukpenning från Försäkringskassan för att de anses ha arbetsförmåga blir de hänvisade till Arbetsförmedlingen. Det oavsett om de har ett arbete eller inte. Försäkringskassan testar arbetsförmågan mot vanligt förekommande arbeten på arbetsmarknaden efter en viss tids sjukskrivning. Respondenterna var oförstående till denna process. Det dels för att de var sjuka och ska stå till arbetsmarknadens förfogande och dels för att de hade ett arbete de tyckte om och ville komma tillbaka till. En respondent beskrev ”Jag har ju ett jobb jag verkligen gillar. Jag har inte på hela den här tiden haft någon ångest av min arbetsplats eller så där, utan det här är ett skitbra jobb för mig. Jag är bara utmattad.”. En annan respondent blev också skickad till arbetsförmedlingen trots att personen hade ett arbete sedan 30 år.

En av respondenterna kommenterade detta. ” ... ett avslag måste ju kunna skicka en väldigt mycket längre från arbetsmarknaden väldigt snabbt. Än vad en sjukskrivning i sig gör liksom.”.

Med andra ord upplevde respondenterna att de hänvisades till arbetsförmedlingen trots att de hade en anställning för att ta ett annat arbete som Försäkringskassan ansåg att de borde klara av. Det upplevdes som att de inte själva fick välja om de vill byta arbete och att de inte fick tid för återhämtning.

#### 5.2.6. Energi krävande att begära omprövning av beslut

Under intervjuerna har alla respondenter beskrivit att de har varit missnöjda med Försäkringskassans beslut. De har då haft möjlighet att begära omprövning. Det innebär att man lämnar in sina synpunkter och eventuellt nytt material från exempelvis läkare och då omprövas rätten till sjukpenning av Försäkringskassan.

Alla respondenter har omprövat avslagsbesluten men bara en av personerna hade fått sitt beslut ändrat och blivit beviljad sjukpenning. Respondenten som fått rätt hade själv inte varit drivande i omprövningen utan fick hjälp av sin läkare. Övriga respondenter fick avslag om sjukpenning även på omprövningen. Av dem som fick avslag på omprövningen har två överklagat till Förvaltningsrätten. Vid intervjutillfällena hade de ännu inte fått svar på överklaganden.

Respondenterna berättade att det var påfrestande att göra omprövningar och överklagan. Det krävde mycket energi att skriva dem och på grund av sin sjukdom hade de inte mycket ork. En av respondenterna beskrev detta med skämtsamt röst ”Det är en tacksam grupp att ge sig på. Vi orkar ju inte.”. En annan respondent beskrev hur mycket arbete det var att ompröva och överklaga beslut från Försäkringskassan ”Det är ett heltidsjobb att slåss mot Försäkringskassan.”.

Resultatet visar att det verkar svårt att få ett annat beslut vid omprövning av Försäkringskassans första beslut. Av resultatet att döma verkar det krävas att en läkare eller likvärdig profession gör överklagan om beslutet ska ändras. Två respondenter hade överklagat till Förvaltningsrätten men hur

det går vet de inte än. Det står klart att detta är mycket tidskrävande och att inte alla orkar driva processen.

### 5.3. Konsekvenser av avslag om sjukpenning

I följande avsnitt presenteras olika konsekvenser avslaget om sjukpenning har fått. Det delas in i fem teman.

#### 5.3.1. En pressad ekonomisk situation

Det kom fram under intervjuerna att samtliga respondenter upplevde att de haft tur att de inte levtt ensam när de fått avslag om sjukpenning. De har alla levtt ihop med en partner som arbetar vilket har gjort att familjen har två inkomster. De har uttryckt att om de levtt ensamma hade det aldrig gått att få ihop ekonomin. En respondent beskrev den försämrade ekonomin på följande sätt ”Ja jag är ju gift och bor ihop med någon som jobbar annars hade det aldrig, hade det inte gått alls”.

Två av respondenterna hade efter att ha fått avslag om sjukpenning blivit hänvisade av Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. Det för att skriva in sig som arbetssökande och stå till arbetsmarknadens förfogande och genom det skydda sin sjukpenninggrundade inkomst (SIG). Eftersom de personerna varit sjuka blev de inte arbetssökande trots att de skrevs in på Arbetsförmedlingen. En av respondenterna hade ett arbete redan och fick istället a-kassa och en rehabplan för att successivt återgå till det arbetet. Den andra respondenten fick en rehabiliteringsplan i form av behandling och aktivitetsersättning. En av respondenterna som blev skickad till Arbetsförmedlingen beskrev förvirring kring att gå dit på följande sätt

Då skickade de mig till Arbetsförmedlingen trots att jag hade en heltidstjänst sedan 30 år tillbaka, min handlingsplan på Arbetsförmedlingen var att jag skulle gå upp i tid på mitt arbete så att säga. Så jag fick a-kassa. Mycket märkligt.

De tre andra respondenterna löste den försämrade ekonomiska situationen efter avslaget om sjukpenning på andra sätt. Alla respondenter stod utan inkomst under tiden som Försäkringskassan utredde om de skulle beviljas sjukpenning. Respondenterna löste den försämrade ekonomiska situationen på olika sätt som genom att ta ut föräldraledighet, sparad semester, tagit privata lån, sälja saker och byta till billigare bostad. En av de respondenterna fick rätt i sin överklagan, en annan av de respondenterna blev efter en tid utan ersättning sjukskriven igen och blev då beviljad sjukpenning. Den tredje löste fortfarande situationen själv.

Oavsett hur den ekonomiska situationen sedan löste sig stod personerna utan inkomst i flera månader innan beslutet var taget eller innan de fick annan ersättning. En av respondenterna beskrev hur hon var tvungen att ta lån för att klara den akuta situationen som uppstod. ” ... så blir jag överkörd själv så hårt, så att ekonomiskt sätt sätts man i en lånekarusell.”. En annan respondent beskrev hur hon tog ut av sin sparade semester ” ... hade jag en del sparad semester och kunde absolut inte jobba heltid så jag tog semester två dagar i veckan i två tre månader någonting ... ”. Ytterligare en annan respondent beskrev hur föräldrapenningen fick bli lösningen på den ekonomiska situationen. ” ... men

du måste ju ändå försörja dig på nått vis och du måste skydda din SGI liksom. Och då jobbar jag 50 procent och är föräldraledig på 50 procent ... ”.

Resultatet visar att respondenterna på olika sätt har varit tvungna att lösa sin ekonomiska situation. Vissa hade löst det genom att ta av tid som reserverats för föräldraledighet och semester. Andra fick ekonomisk hjälp genom Arbetsförmedlingen då i form av aktivitetsersättning eller a-kassa. En del hade fått lösa det på andra sätt som privata lån, sälja saker, ta ut semester och byta till billigare bostad.

### 5.3.2. Förvärrade och nya symptom

Respondenterna har beskrivit olika många symptom som de har. Ett symptom som alla beskrev var ihållande orkeslöshet. Alla respondenter har upplevt att deras hälsa blev sämre efter avslaget om sjukpenning. Två deltagare i studien upplevde att deras sjukdomsbild blev förvärrad direkt i anslutning till avslagsbeslutet. En av respondenterna beskrev det så här:

Det är det som känns så fruktansvärt orättvist. Att den psykiska pressen ökar, det är inte i kvadrat det är i kubik. På nått konstigt sätt, man blir panikslagen på alla fronter .... mina symptom blir så fruktansvärt mycket värre av att det har blivit så här och det är det som är min kluvenhet att de enda som ska hjälpa en i samhället gör precis tvärtemot.

Tre respondenter menade att de inte blev sämre direkt när de fick avslaget. De upplevde snarare att symptom blev värre när de på grund av avslaget tvingats att gå upp i arbetstid. Den försämring respondenterna upplevde i sjukdomsbilden beskrev de främst till att de symptom de hade innan avslaget blev förvärrade. En av respondenterna beskrev sin upplevelse av avslaget och den försämrade sjukdomsbilden följande:

Ja, jag hade ju redan yrsel och så där men ja yrseln blev värre och jag blev tröttare. Det blev jag, helt klart. Både i huvudet och även i kroppen. Jag var ju trött i kroppen innan också men jag fick en dipp där vid avslaget helt klart. Det fick jag.

En annan respondent beskrev det på följande vis ”Man kan nog säga att förbättringen avstannade och att de befintliga symptomen också förvärrades lite grann.”. En av respondenterna beskrev att inte bara de befintliga symptomen förvärras utan att en högre grad av meningslöshet, uppgivenhet.

Respondenten hade inte sådana känslor innan avslaget.

Men de drog ju verkligen ner rullgardinen för en. Jag gjorde de här testerna och jag gick verkligen från inte självmordsbenägen till självmordsbenägen. På riktigt. Och det är ingen hemlighet. Det kan de gärna få veta. Att det är det enda man känner. Från att ha varit lycklig och livsduglig till totalt, alltså det är totalt meningslöst. Men sen är jag feg så jag tänker att jag skulle aldrig gjort slag i saken.

Resultatet visar att sjukdomsbilden inte alltid förvärras i samband med själva avslaget, det vill säga inte i direkt anslutning till att de tagit del av beslutet. Resultatet visar dock på att sjukdomsbilden förvärrats för alla respondenter i och med konsekvenser på grund av avslaget. Det har för alla respondenter utom en, varit att de tvingats upp i arbetstid. Respondenterna har reagerat olika på avslaget. En del har upplevt att de symptom de hade innan blev värre exempelvis yrsel, orkeslöshet och ångest, några upplevde nya symptom som minskad livsglädje och oro/ångest.



### 5.3.3. Mindre möjlighet till återhämtning

När respondenterna fått avslag om sjukpenning har det även minskat deras möjligheter till återhämtning. Alla respondenterna upplevde att återhämtningen har stannat av när de fick avslag om sjukpenning. Avslagen i sig innebar en hög grad av oro både för den ekonomiska situationen de hamnade i men även för framtiden. Avslagen innebar också att många av respondenterna har tvingats upp i arbetstid snabbt vilket gjorde dem sämre. Respondenterna berättade att de tror att om de i stället fått koncentrera sig på återhämtningen och tagit det i sin takt hade de blivit bättre snabbare. Så här svarade en respondent på frågan, om personen upplevde att avslaget påverkat personens återhämtning.

Det tycker jag absolut att det har. Hade jag fått vara sjukskriven och liksom sluppit hela den härvan av att, alltså det gick enormt mycket energi till det här med processen med försäkringskassan men också naturligtvis till att lösa situationen som blev när jag fick ett avslag. Det tog väldigt mycket energi och skapade väldigt mycket oro så att det är klart att återhämtningen hade gått bättre om jag hade haft, om jag bara hade kunnat koncentrera mig på den.

Respondenten beskrev det som att när de äntligen börjat bli lite bättre så kommer avslaget och då kastas de tillbaka igen och blir sämre. En respondent beskrev det så här: ”Det är ju väldigt tråkigt. För då blir det som att den utvecklingskurva man hade kunnat haft uppåt, har blivit flackande för att du tvingas upp i mer arbete.”. Alla respondenter berättade att de tror att de hade varit bättre om inte hade fått avslag och att det antagligen hade arbetat en högre procent idag. En respondent beskrev avslagets påverkan på återhämtningen på följande vis: ”Jag skrev det i mitt överklagande att det är så tråkigt nu när ni vill att jag ska göra ansatsen ut på arbetsmarknaden och så lägger ni krokben precis innan satsbrädan, så att jag bara slår tänderna i metallen.”.

Två respondenter uttryckte oro för om de någonsin kommer bli helt bra. En av dem berättade att hon kände att för varje gång detta hände och hon får ett bakslag blev hon alltmer stresskänslig. Så här beskrev en av respondenterna det:

Så skulle man sluppit det så kanske det skulle gå att komma tillbaka till heltid. Vilket jag inte tror att jag kommer klara nu då. I och med att det inte har fungerat då. Tyvärr så är det ju så.

Resultatet visar att avslagen upplevs ha påverkat respondenternas återhämtning. Det genom den oro avslaget skapar. Oro både för ekonomin, framtiden och den egna hälsan. Genom avslaget tvingas personerna upp i arbetstid på olika sätt. Respondenterna upplevde det som att de backade i sin återhämtningsprocess vilket de upplevde förlänga deras sjukdomstid.

### 5.3.4. Det påverkar inte bara en person

Det har under intervjuerna kommit fram att avslagen inte bara drabbat respondenterna utan även deras familjer. En del av respondenterna uppgav att de kände skuld, skuld för att vara sjuka och skuld mot sin familj, för att de inte klarade av det de gjorde förr.

De beskrev att det inte bara är den som får avslag som drabbas utan det drabbar hela familjer. Det eftersom att ekonomin och pengar är en så central del i människors liv. Flera respondenter har även

beskrivit att i och med att de är sjuka och det försämrat familjens ekonomi finns det ingen möjlighet för partnern att bli sjuk. Det skulle ge familjen för stora konsekvenser ekonomiskt. En respondent beskrev hur avslaget påverkar hela familjen.

Ja. Det får väldigt stora konsekvenser på resten av familjen. Och då får man det att slåss med också. Att ha den skuld känslan, att vara den som orsakar familjens, övriga familjens mående, att man måste tassa på tå kring mamma emellanåt och maken måste jobba han får inte bli sjuk. Då gör ju jag att de mår dåligt och då mår jag dåligt för att jag gör att de mår dåligt.

Resultatet visar att avslag om sjukpenning inte bara drabbar personerna som är sjuka. Det drabbar även de personernas familjer genom försämrad ekonomi och att den andra personen i familjen som arbetar inte har någon möjlighet att bli sjuk för det klarar inte deras ekonomi. Det beskrevs som en ökad press och stress för personerna som är drabbade.

#### 5.3.5. Minskad tilltro till socialförsäkringssystemet

Det framkom under intervjuerna att avslagen påverkade respondenterna mycket och på flera olika sätt har detta fått konsekvenser. Respondenterna har beskrivit att de känner sig kränkta och att de inte förstår anledningen till avslaget. Det har även gjorts att de som drabbats av dessa avslag börjat ifrågasätta sig själva men även socialförsäkringssystemet. Några av respondenterna har uttryckt detta som en oro om att personer som drabbas och personer i deras närhet tappar tilltron till systemet. Att tilliten till staten minskar. En respondent beskrev det så här.

Det är ju inga tydliga besked eller det finns ingen raket runt hur det faktiskt är. Vilket jag bara tror skapar misstro mot politikerna, jag tror de hade fått mer kredd om de hade sagt att sorry pengarna räcker inte till det här.

En av respondenterna beskrev Försäkringskassans uppdrag att minska sjuktalet på följande vis:

Jag har funderat oerhört mycket på över även makroperspektivet på just det här. Att vad är det för statlig styrning att ge en myndighet i uppdrag att sänka sjuktalet. Deras uppdrag borde vara att, ni har ett regelverk här får ni in massa intyg bedöm dem efter ert regelverk. De borde inte ha ett uppdrag att minska sjuktalet.

En annan respondent visade också frustration över att de inte hade rätt att bli sjuka trots att välfärdssystemet är uppbyggt så att personer ska ha rätt att vara sjuka. ”Men det är ingen rättighet. Det är lite som jag trodde att jobbar man 15 år heltid betalar all skatt i världen, då har man rätt att bli sjuk.”. Ytterligare en respondent beskrev vilken känsla man får när brev kommer från Försäkringskassan. ”Man får nästan ångest så fort man får ett brev från Försäkringskassan. Det är faktiskt så, att det är så ångestladdat, Försäkringskassan.”.

Resultatet visar på att en del av respondenter upplever att avslagen i förlängningen kan skapa misstro och en minskad tillit till socialförsäkringssystemet och staten.

## 6. Analys

I det här kapitlet har materialet analyserats och tolkats med Randall Collins teori om symboliska interaktionskedjor och Ulrich Becks teori om risksamhället. Analysen är indelad i fem teman.

### 6.1. Symboliska interaktionskedjor

#### 6.1.1. Interaktionskedjor

I resultatet framgår det respondenterna har fått olika bemötande av vårdpersonal. Det har präglats av vårdpersonalens kunskap om respondenternas situation och viljan att hjälpa till med kompletteringar och överklaganden av Försäkringskassans beslut. Upplevelserna som respondenterna har erfarit kan ha fått betydelse för deras mående. Det genom att de har fått olika hjälp i form av behandling men det har även givit konsekvenser för Försäkringskassans beslut. Det visar sig bland annat i resultatet under temat, *känna sig kränkt och uppgiven* och *energi krävande att begära omprövning av beslut*.

Respondenterna har upplevt en känsla av att Försäkringskassan inte tror dem. I och med att sjukintygen inte innefattade några objektiva medicinska fynd utan baserades på personernas berättelse om sin situation. Utifrån beskrivningarna av dessa möten både med vårdpersonalen och med handläggare på Försäkringskassan har många känslor beskrivits. Respondenterna har beskrivit att de känner sig kränkta eftersom deras berättelse inte räckt till och att de därmed inte blivit trodda. Andra känslor de beskrivits är maktlöshet, uppgivenhet och oro. Respondenterna har även börjat att ifrågasätta sig själva och sina känslor. Liknande erfarenheter av bemötande och känslor kring det har beskrivits av deltagare i två andra studier som presenterats i tidigare forskning (Eriksson, 2009; Eriksson, 2016). Med Collins teori kan det förstås utifrån emotionell energi. Det kan förklaras som att möten där man inte blir trodd och inte får förståelse genererar låg grad av emotionell energi, vilket enligt Collin (1990) genererar nedstämdhet, uppgivenhet, bristande självförtroende och negativa självkänslor. Collin beskriver även att när människor möts i en lyckad ritual uppstår en känsla av samhörighet och solidaritet. Att få känna delaktighet i grupper av människor är en förutsättning för att känna livslust (Johansson & Lalander, 2013). I Ulla Geners (2005) avhandling beskrivs vikten av delaktighet i beslut och rehabiliteringsplanering. Hon beskriver att det är en förutsättning för lyckad återgång till arbetet efter långtidssjukskrivning. Det speglar det presenterade resultatet där respondenterna inte upplever sig delaktiga och snarare maktlösa inför Försäkringskassans beslut. Det framgår även i resultatet att några av respondenterna känner att de fått försämrad livslust eller livsglädje efter beslutet.

Det kan även förstås som att den låga emotionella energin som skapats i interaktionerna har påverkat senare möten som respondenterna haft med vården och Försäkringskassan. Det beskrivs bland annat under temat *minskad tilltro till socialförsäkringssystemet*, där en respondent beskrev att hon känner oro när Försäkringskassan hör av sig. Collin beskriver att den emotionella energi som skapas vid möten ger en känsla som påverkar personers inställning och känslor för senare möten, vilket han kallar symboliska interaktionskedjor (Johansson & Lalander, 2013).

Collins teori handlar framförallt om när människor möts fysiskt. Handläggarna på Försäkringskassan har inte alltid träffat personerna som får avslag i ett fysiskt möte. Men jag tolkar det som att Collins teori går att använda även för att förstå denna icke fysiska interaktion mot bakgrund av att emotioner och konsekvenser av interaktionen stämmer överens med teorin.

#### 6.1.2. Makt och status

I resultat under temat *förvärrade och nya symptom* ges beskrivningar av respondenterna om hur sjukdomsbilden påverkats av avslag om sjukpenning. Respondenterna har inte alltid blivit sämre när de tagit del av beskedet men sjukdomsbilden har försämrats på grund av konsekvenser av beskedet. Det kan tolkas som att deras sjukdomsbild blev försämrad på grund av avslagen från Försäkringskassan. Det beskrivs under temat *mindre möjlighet till återhämtning* att respondenterna upplever att deras möjlighet till återhämtning har blivit försämrad på grund av avslaget från Försäkringskassan. En tolkning är att den försämrade sjukdomsbilden både har resulterat i avtagande av återhämtning men även att de försämrade möjligheterna till återhämtning försämrat sjukdomsbilden. I stället för att lägga tid på att bli bättre och återhämta sig har respondenterna blivit tvungna att lösa de försämrade ekonomiska situationer som uppstått. Det kommer fram under temat *en pressad ekonomisk situation*. En del av respondenterna känner oro över den ekonomiska situationen, vilket kan ses som en bidragande faktor till den försämrade sjukdomsbilden. Det styrks i en studie av Hasselberg, et al (2014) som behandlar orsaker till att människor drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. De beskriver att ekonomisk oro var den tredje vanligaste rapporterade delorsaken till insjuknande i stressrelaterade sjukdomar. En del av respondenterna kände inte oro men upplevde försämrade ekonomiska förutsättningar. Att uppleva en försämrad ekonomi är en orsak som ökar risken för att drabbas av stressrelaterade sjukdomar. Det beskrivs av Nordlund et al, (2015) vars studie visar att även kortare perioder av upplevd förvärrad ekonomisk situation är relaterad till ökad risk för att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. En tolkning är att den ekonomiska situationen personer upplever vid avslag om sjukpenning är en bidragande faktor till att sjukdomsbild och återhämtning blir försämrad, vilket styrks genom de presenterade studierna.

En annan framträdande känsla som resultatet visar är maktlöshet när respondenterna bland annat tvingats upp i arbetstid på grund av beslutet. Det kan förstås som att förlängd arbetstid minskar möjligheten till återhämtning, vilket kan leda till en försämrad sjukdomsbild. Det kan även förklaras med Collins (1990) teori som beskriver att interaktioner som präglas av makt och status orsakar en känsla av maktlöshet som leder till känslor som skam och nedstämdhet. En tolkning är att interaktionen mellan Försäkringskassan och respondenterna präglas av makt. Respondenterna upplever inte att de är delaktiga i rehabiliteringsprocessen och att de inte kan påverka beslutet. Det har lett till att respondenterna känner sig maktlösa och det kan ha påverkat deras möjlighet till återhämtning.

#### 6.1.3 Individualisering

Utifrån det respondenterna beskrivit i resultatet under temat *ökad orkeslöshet*, saknar de ork på grund av sin sjukdomsbild, vilken också upplevs bli försämrad i och med avslagen om sjukpenning. Det

leder till ökad orkeslöshet och att de än mindre orkar med vardagliga sysslor och att träffa exempelvis vänner. Collins teori som beskriver att i och med individualismen är det extra viktigt med kollektiva formationer där människor kan ladda upp hög grad av emotionell energi (Johansson & Lalander, 2013). Med Collins teori kan en förklaring vara att respondenterna hamnar i en situation där de enbart dräneras på den emotionella energin istället för att få möjlighet att fylla på med emotionell energi. Det kan innebära att respondenterna hamnar i en ohållbar situation där orkeslösheten det skapar aldrig får möjlighet att ladda upp med tillräckligt med energi för att må bra. Det försämrar i sin tur deras sjukdomsbild ytterligare. Besluten och interaktionen med Försäkringskassan kan då ses som att den dränerar respondenterna på emotionell energi och ökar deras upplevda orkeslöshet som resulterar i att de inte orkar exempelvis träffa vänner eller andra aktiviteter som skulle kunna ge dem emotionell energi.

## **6.2. Risksamhället**

### **6.2.1. Individualisering**

I resultatet beskrivs det under flera teman bland annat under *ingen förståelse och ingen begriplig förklaring* och *att bli ifrågasatt eller förstådd* att respondenterna inte upplever att de blivit trodda samt att deras känslor och upplevelser blivit ifrågasatta. Det har gjort att personerna börjat tvivla på sig själva, vad de känner och hur de mår. De har även beskrivit att de undrar vad de själva kunnat göra annorlunda, i förhållande till insjuknande och till avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan. Det kan förklaras med den ökade individualismen i samhället som Beck (2000) beskriver. Personerna klandrar sig själva och undrar vilken del som de inte gjort rätt för att inte få ta del av sjukförsäkringen. Ett institutionellt problem blir då till ett personligt misslyckande. Beck beskriver i sin teori att personer i allt större utsträckning ska ta beslut om sitt liv och ansvar för sina val och handlingar samtidigt som dessa val och handlingar är påverkade av olika institutioner i samhället. Beck beskriver att detta orsakar nya skuldbelastningar genom att det som förut har varit problem som legat utanför individens makt och möjlighet att påverka nu görs till ett privat problem. Det kan förklara respondenternas beskrivna upplevelse och varför de börjar ifrågasätta sig själva.

### **6.2.2. Arbetsmarknaden och identitet**

Det beskrivs i resultatet under teman som *en pressad ekonomisk situation* och *att inte få välja själv* att respondenterna känner att det viktiga för Försäkringskassan är att få ut personer i arbete. Det beskrivs även inledningsvis i denna studie att Försäkringskassans prioritet är att bedöma arbetsförmågan och få ut personer i arbete igen och en väg dit är att testa arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden. Därför hänvisas personer till Arbetsförmedlingen men eftersom respondenterna är för sjuka för att arbeta får de i stället a-kassa under rehabilitering tillbaka till arbetet eller aktivitetsersättning om de saknar arbete. Flera respondenter har uttryckt en förvirring kring att hänvisas till Arbetsförmedlingen när de är sjuka och när de redan har ett arbete som de tycker om. Många av personerna har utbildat sig till

specifika yrken och upplever nu att de förväntas byta till något ”enklare” arbete som Försäkringskassan anser att de klarar av.

I Becks (2000) teori beskriver han hur viktigt arbetet är för människor och deras identitet. Han beskriver att arbetet tar upp större delen av en vuxen persons liv och tid samt hur arbetet skapar vår grundläggande trygghet, identitet och status i samhället. Genom denna påtryckning att arbeta innan personen är frisk kan leda till att personer byter från ett arbete de tycker om till något de kanske ogillar eller tycker mindre om. Det kan innebära en stor förändring för personen eftersom vi identifierar oss och andra genom våra yrken. Arbetet är även det som ger människor grundläggande trygghet och stabilitet. Att byta yrke på en förändrad arbetsmarknad innebär risker. Beck beskriver att arbetsmarknaden förändrats och idag har förekomsten av visstid- och deltidsanställningar blivit vanligare. Samtidigt har kraven på utbildning inom arbetsmarknaden ökat. Det innebär att personer som tvingas byta arbete dels kan behöva omskola sig och eller ta ett arbete som inte kräver utbildning, vilket kan innebära en osäkerhet genom visstids eller deltidsanställning. Beck (2000) beskriver hur människor anses vara fria i det moderna samhället i de val vi gör när vi kan välja liv, arbete och liknande. Beck menar vidare att vi inte är friare än tidigare utan snarare väldigt begränsade både av institutioner och marknaden, vilket jag tolkar att det som beskrivits är ett exempel på.

#### 6.2.3. Institutionella levnadslopp och oförenliga krav

Alla respondenter i studien är kvinnor och det är även flest kvinnor som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. Under temat *det påverkar inte bara en person* har respondenterna beskrivit att familjerna drabbas av situationen, dels för att de är sjuka och dels för den försämrade ekonomin i och med avslag om sjukpenning. En tolkning är att många av respondenterna känner viss skuld för att de inte orkar ge det de tidigare orkat ge familjen, men även skuld för den försämrade ekonomin. Att respondenterna känner att de har många krav som de inte kan leva upp till. Det kan förklaras med Becks (2000) teori som beskriver att traditionella levnadsmönster som styrdes av klasstillhörighet, idag ersatts med att styras av sekundära instanser (marknader) och institutioner. Beck beskriver att kvinnor är särskilt drabbade av slitningar mellan familjen och institutioner i det nya samhället. Kvinnor slits mellan familjerytmen och utbildning- och yrkesrytmen. Det innebär oförenliga krav som ställs på personen som i och med den ökade individualiseringen blir till skuldbelastning på personen för något hon egentligen inte kan påverka. En tolkning kan vara att de oförenliga kraven och skuldbelastningen delvis skapar det som kommer fram under temat *minskad tilltro till socialförsäkringssystemet*. Där framgår det att några av respondenterna tror att avslagen om sjukpenning kommer påverka människors tillit till socialförsäkringssystemet och staten. Respondenterna har beskrivit att de alltid har försökt göra rätt för sig, aldrig har varit sjuka och alltid har betalat skatt. Trots det får de inte sjukpenning när de blir sjuka. Det skapar en uppgivenhet och ilska kring dessa beslut. En tolkning är att det ökade ansvaret som läggs på individen men beror på politiska och institutionella problem generera i skuldbelastning på individen men även från individen på socialförsäkringssystemet.

## 7. Slutsats

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av avslag om sjukpenning från Försäkringskassan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa för att beskriva och förstå vad det får för betydelse för deras sjukdomsbild och återhämtning. Utifrån syftet har två frågeställningar formulerats;

Hur upplever personer med stressrelaterad psykisk ohälsa avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan? På vilka sätt har avslaget om sjukpenning från Försäkringskassan fått betydelse för personernas sjukdomsbild och återhämtning?

Utifrån den första frågeställningen om hur avslaget upplevdes av dem som drabbas presenteras det i analysen att respondenterna ger en samlad bild av upplevelsen. De förstår inte beslutet, de känner att de inte blir trodda och upplever sig kränkta. Det framgår även att respondenterna inte upplever att de kunnat påverka besluten eller varit delaktiga i utformningen av rehabiliteringsplaneringen. Avslaget resulterar i känslor som oro, stress, ilska och uppgivenhet. De upplever även en försämrad ekonomisk situation då deras möjlighet till försörjning begränsats i och med avslaget om sjukpenning. Personerna har även börjat ifrågasätta sin egen roll i varför de fått avslag och därmed känt självtvivel.

Utifrån studiens andra forskningsfråga om på vilka sätt avslagets fått betydelse för personernas sjukdomsbild och återhämtning, framgår det att respondenterna upplever att avslaget har fått betydelse och har påverkat såväl sjukdomsbild som återhämtning negativt. Det genom en upplevd försämrad ekonomisk situation och påtvingad upptrappning i arbetstiden vilket har skett för fort. Respondenterna upplever även att det har påverkat deras liv på andra sätt, det genom att familjerna har påverkats av situationen. Orkeslösheten som är en mycket central del i sjukdomsbilden upplevs ha ökat i och med avslaget vilket ytterligare försämrar deras möjligheter till återhämtning och de upplevs förvärra deras sjukdomsbild.

Sammanfattningsvis är upplevelsen av avslaget att de inte känner sig trodda och därför kränkta. De har genererat känslor som oro, ilska, stress, uppgivenhet, skuld samt att respondenterna känt en bristande självförlit. Personerna upplever att både sjukdomsbild och möjlighet till återhämtning har påverkats negativt av avslaget om sjukpenning och förlängt deras sjukdomstid.

## 8. Diskussion

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av avslag om sjukpenning från Försäkringskassan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa för att beskriva och förstå vad det får för betydelse för deras sjukdomsbild och återhämtning. En slutsats i studien är att respondenterna inte förstår beslutet, de känner att de inte blir trodda och upplever sig kränkta. Personerna har upplevt uppgivenhet, oro, ilska och börjat ifrågasätta sin egen upplevelse och mående. Möten som föregått avslagen och avslagen i sig har skapat låg grad av emotionell energi vilket lett till att personernas orkeslöshet ökat. Det speglar delvis resultatet i Eriksson (2016) studie som visar på att inte bli förstådd och tagen på allvar ökar känslan av att den egna situationen är obegriplig vilket genererar en känsla av uppgivenhet och hopplöshet. I kapitlet med tidigare forskning presenteras studier om konsekvenser som stressrelaterad psykisk ohälsa har för individer som drabbas. Där presenteras bland annat att personer som drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa får långvariga kognitiva förändringar men även indikationer på att risken att drabbas av andra sjukdomar ökar (Åsberg & Nygren, 2012). På grund av avslaget upplever respondenterna i studien att deras sjukdomsbild och möjlighet till återhämtning förvärras, vilket skulle kunna resultera i förlängd sjukperiod. En relevant fråga att ställa är om avslagen genom den eventuella förlängda sjukperioden ytterligare påverkar kvarstående kognitiva förändringar och risken att få följsjukdomar.

I slutsatsen framgår det att sjukdomsbild och möjlighet till återhämtning upplevs ha påverkats negativt av avslaget om sjukpenning, genom att respondenterna inte har fått möjlighet till successiv upptrappning i arbetstiden innan de fått avslag. Respondenterna uppskattar att de hade haft bättre hälsa och tillfrisknat snabbare om de hade fått längre tid för återhämtning och ökat arbetstiden i sin egen takt. Resultatet i denna studie speglar Ulla Geners (2005) avhandling som betonar vikten av delaktighet i beslut och rehabiliteringsprocessen samt vikten av att rehabilitering sker i personernas takt för att nå ett lyckat resultat.

Inledningsvis i resultatet beskrivs respondenternas sjukperiod, upptrappning och vad deras arbetsplats gjort för anpassningar. Enligt socialförsäkringsbalken (SFB, SFS 2010:110) 30 kap. 6§ har arbetsgivaren ansvar för att vidta åtgärder för att gynna rehabiliteringen. Försäkringskassans ska tillsammans med den sjukskrivne se till att kartlägga behov för rehabilitering och se till att rehabiliteringen kan börja så fort det är möjligt efter medicinska eller andra skäl. Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan och har även ansvar för att rehabiliteringsplanen följs upp (Arvidsson, 2017). Två av respondenterna hade rehabiliteringsplaner, den ena fick avslag för att planen inte gjordes om efter att den inte hållits, det var efter 180 dagar. Den andra deltagaren fick avslag efter att de inte kunnat följa planen genom att upptrappningen inte kunde ske enligt planen. Två fick avslag på första intyget och den tredje är oklart om det fanns någon plan men hon fick avslag efter 180 dagar. Försäkringskassan kan frånga om provning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden (som sker vid 180 dagars sjukskrivning) om det finns välgrundade skäl och personen väntas återgå i arbete



inom 365 dagar. Som välgrundade skäl anges Socialstyrelsens rekommendation (ibid.). Det står i Socialstyrelsens (2003) rekommendation att upptrappning av arbetstiden ska ske under en längre tid. Det beskrivs även att sjukskrivning ska ske på heltid i den akuta fasen. Vid kvarstående kognitiva förändringar kan sjukskrivning ske i ett år eller mer. Trots det har flera av respondenterna i studien fått avslag om sjukpenning innan successiv upptrappning skett och/eller vid omprövningstiderna eller vid första sjukintyget. Respondenterna känner inte att de kunnat påverka besluten eller att deras åsikter lyssnats på i planeringen av rehabiliteringen. Tidigare forskning indikerar att möjlighet till deltagande i rehabiliteringsprocessen ger delvis effektivare återhämtning från långtidssjukskrivning (Ulla Gerners, 2005). Dessa resultat och tidigare studier pekar på att det möjligtvis vore bättre att följa Socialstyrelsens rekommendation som också vilar på forskning och öka möjligheten till flexibilitet i sjukpenningssystemet för att minska risken för följsjukdomar och längre sjukskrivningar.

Som det beskrivits inledande i denna studie är anledningen till att avslagen ökar socialpolitiska beslut för att minska sjuktalen. Van der Wel et al. (2015) menar att åtstramningar i sjukförsäkringssystemet är kontraproduktivt eftersom studien visar att välbefinnande bland befolkningen ökar med generösa socialförsäkringssystem. Det genom att generösa sjukpenningssystem höjer den mentala hälsan och leder till kortare och färre sjukskrivningar (Van der Wel et al., 2015). Denna studie indikerar att avslag om sjukpenning inte har varit effektivt för att få personer att återgå i arbete. Alla respondenter i studien har fått avslag och är fortfarande eller har efter en kortare tids arbete åter blivit sjukskrivna.

Det har även i resultatet och analysen presenterats att personer som drabbats av avslag om sjukpenning måste hitta andra försörjningsmedel. En del av respondenterna har eller överväger att sälja sina hus för att hitta billigare boende. Andra har använt föräldrapenning, semester eller tagit lån för att få ekonomin att gå ihop. Några har även blivit hänvisade till Arbetsförmedlingen och därigenom fått aktivitetsersättning och a-kassa. Resultatet visar att den påfrestande ekonomiska situationen och konsekvenserna av den kan vara en bidragande faktor till den upplevda försämrade sjukdomsbilden och minskade möjligheten till återhämtning. Studien av Nordlund et al. (2015) styrker det genom sitt resultat att även kortare perioder av upplevd försämrad ekonomi kan bidra till ökad risk eller grad för utbrändhet. Resultatet och tidigare studier indikerar att den ekonomisk osäkra situationen som avslag om sjukpenning innebär kan ge längre och fler sjukskrivningar istället för att minska längden och antalet sjukskrivningar.

Alla respondenter i studien är kvinnor och i liknande livssituationer vilket kan ha påverkat resultatet genom den samlade bild av upplevelser av avslagen som presenterats. Det har gett studien en viss mättnad och har gjort att mönster i materialet varit lättare att upptäcka men det kan även göra att resultatet hade sett annorlunda ut om hälften av respondenterna hade varit män. Ett mönster som upptäcktes var exempelvis att alla respondenter uttryckte att det var tur att de inte levde ensamma när de fick avslaget. Det hade enligt respondenterna inte varit möjligt att klara sig ekonomiskt om de levde ensamma. Vad innebär det för kvinnor som exempelvis kan leva i förhållanden där de utsätts för våld

och vad innebär kvinnans ökade beroende av en partner för jämställdheten i samhället? Stressrelaterad psykisk ohälsa drabbar mestadels kvinnor varför det är av vikt att diskutera jämställdhetsfrågor i förhållande till denna problematik både när det gäller varför flest kvinnor drabbas och vad avslagen innebär för kvinnors livssituation ur ett jämställdhetsperspektiv.

Sammanfattningsvis visar slutsatserna i denna studie på viktiga aspekter som får konsekvenser för personer som drabbas av avslag och har drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa. Slutsatserna indikerar att avslag om sjukpenning inte är effektivt för att minska kostnaderna för sjukförsäkringen inte heller för att minska sjuktalet det styrks också av tidigare forskning. Resultatet och tidigare forskning indikerar att en bättre kommunikation mellan läkare och handläggare inom olika myndigheter, samt att den sjukskrivne ges möjlighet till delaktighet i rehabiliteringsprocessen och flexibilitet i rehabiliteringskedjans omprövningstider, ger effektivare återgång i arbete. Resultatet har givit en ökad förståelse för konsekvenser av socialpolitiska beslut samt indikationer på hur det sociala arbetet kan utvecklas.

### **8.1. Vidare forskning**

Denna studie indikerar att avslag om sjukpenning påverkar upplevelser av sjukdomsbild och återhämtning negativt för de personer som drabbas samt att upplevelsen av avslaget är att personerna inte känner sig trodda och därmed kränkta. Vidare forskning skulle därmed kunna vara en kvantitativ studie för att få statistisk fakta om hur många av dem som drabbas av avslag som upplever avslagen på liknande sätt. Denna studie kan då inspirera till vilka frågor som skulle kunna vara aktuella. Det skulle även kunna vara att undersöka om sjukdomsbilden blir förvärrad genom att studera om personer som får avslag om sjukpenning skattar högre på KEDS eller något annat medicinskt mått.

## Referenslista

- Almén, N. (2017). *Stress och utmattningssyndrom: kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Arvidsson, E. (2017). *Socialförsäkringsrätt: vid funktionsnedsättning och sjukdom* (2. uppl.). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Beck, U. (2000). *Risksamhället: på väg mot en annan modernitet*. Göteborg: Daidalos.
- Blom, M. & Grape, T. (2015). *Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtad 20 februari, 2018, från Viss, Stockholms Läns Landsting, <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-halsa/Stressrelaterad-psykisk-ohalsa/>
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2. rev. uppl.). Malmö: Liber.
- Collins, R. (1990). Stratification, emotional energy, and the transient emotions. In T. D. Kemper (ED.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions* (pp. 27-57). Albany: State University of New York Press.
- Dahlgren, L. & Starrin, B. (2004). *Emotioner, vardagsliv & samhälle: en introduktion till emotionssociologi* (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work and Stress* (28:2).  
Doi:10.1080/02678373.2014.909545
- Eriksson, A-K. M. (2016). *Vid utmattningens gräns: Utmattningssyndrom som existentiellt tillstånd. Vårdtagares och vårdgivares erfarenheter av utmattningssyndrom och rehabilitering med en existentiell ansats i svensk vårdkontext*. (Doktorsavhandling, Mittuniversitetet, Humanvetenskap). Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1039471/FULLTEXT01.pdf>

- Eriksson, U-B. (2009). *Man är ju inte mer än människa: Långtidssjukskrivning ur ett emotionellt, relationellt och strukturellt perspektiv*. (Doktorsavhandling, Karlstad universitet, Folkhälsovetenskap). Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:132839/FULLTEXT02.pdf>
- Försäkringskassan. (2017). *Sjukfrånvarons utveckling 2017: Sjuk- och rehabiliteringspenning*. (Socialförsäkringsrapport 2017:13). Stockholm: Försäkringskassan Analys och prognos. Från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen: hinder och möjligheter*. (Doktorsavhandling, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete). Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:194969/FULLTEXT01.pdf>
- Hasselberg, K., Jonsdottir, I H., Ellbin, S., & Skagert, K. (2014). Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records. *BMC Psychiatry*, (14:66). Doi:10.1186/1471-244X-14-66
- Jönson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, T. & Lalander, P. (2013). *Vardagslivets socialpsykologi* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Larsson, S. (2005). Teori, metod och empiri. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 19-37). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 91-128). Lund: Studentlitteratur

- Lindwall, U & Olsson-Bohlin, C. (2017). *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*. Hämtad 10 februari, 2018, från Försäkringskassan, <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Janlert, U., & Slunga-Järholm, L. (2015) Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout: a prospective general population-based cohort study. *BMC Public Health*, (15:329). doi: 10.1186/s12889-015-1681-x
- Rasborg, K. (2007). Ulrich Beck. I H. Andersen & L.B. Kaspersen (Red.), *Klassisk och modern samhällsteori* (s. 349-361) (3. rev. och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Riksrevisionen. (2010). *En förändrad sjukskrivningsprocess* (RiR 2010:9). Stockholm: Riksdagstryckeriet. Från [https://www.riksrevisionen.se/PageFiles/1962/RiR\\_2010\\_9.pdf](https://www.riksrevisionen.se/PageFiles/1962/RiR_2010_9.pdf)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Nordstedts.
- SFS 2010:110. *Socialförsäkringsbalk*. Stockholm: Nordstedts.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningsyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa*. (2003-123-18). Stockholm: Bjurner och Bruno AB. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-123-18>
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod* (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Starrin, B. (2007). Empowerment som förhållningssätt: kan vi lära oss något av Pippi Långstrump? I O.P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment: i teori och praktik* (s. 62-75). Malmö: Gleerup.

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*.

Vårdguiden, (2017). *Återhämtning från psykisk ohälsa*. Hämtad 3 maj, 2018, från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Psykisk-halsa/Att-ma-battare/Behandlingar/Aterhamtning-fran-psykisk-ohalsa/#section-1>

Watt Boolsen, M. (2007). *Kvalitativa analyser: forskningsprocess, människa, samhälle* (1. uppl.). Malmö: Gleerup.

Wel, K. A., Bambra, C., Dragano, N., Eikemo, T. A., & Lunau, T. (2015). Risk and resilience: health inequalities, working conditions and sickness benefit arrangements: analysis of the 2010 European Working Conditions survey. *Sociology of health & illness*, 37(8), 1157-1172. doi: 10.1111/1467-9566.12293

Åsberg, M. & Nygren, Å. (2012). *Depression och utmattning i människovårdande yrken*. (DU-projektet, slutrapport 2012). Institutionen för kliniska vetenskaper, Karolinska Institutet/Danderyd sjukhus (KIDS). Hämtad 10 februari, 2018, från <https://www.vardfokus.se/globalassets/webbnyheter/2012/oktober/du-projektet>

Åsberg, M., Nygren, Å., Herlofson, J., Rylander, G., & Rydmark, I., (2013). Utmattningssyndrom: vart står vi idag? I B. Arnetz & R. Ekman (Red.), *Stress: gen, individ, samhälle* (s. 138-147). Stockholm: Liber.

## Bilaga 1



2018

### **Förfrågan om deltagande i studie, till dig som har stressrelaterad psykisk ohälsa och har fått avslag om sjukpenning.**

Jag studerar till socionom vid Ersta Sköndal Bräcke Högskola och skriver under våren min C-uppsats. Att bli sjukskriven på grund av stress är idag mycket vanligt. De senaste åren har även avslag om sjukpenning blivit allt vanligare. Jag tänker att det är viktigt att se hur avslag om sjukpenning från Försäkringskassan påverkar livet för dem som lever med stressrelaterad psykisk ohälsa och har därför valt att skriva om det.

Syftet med studien är att undersöka erfarenheter va avslag om sjukpenning från Försäkringskassan hos personer med stressrelaterad psykisk ohälsa för att utveckla kunskap om vad det får för betydelse för deras återhämtning och sjukdomsbild.

Vill du medverka i studien kommer vi du vara med i en intervju, som jag Anna Dahlberg kommer genomföra. Intervjuerna kommer att vara en del i min C-uppsats på socionomutbildningen vid Ersta Sköndal Bräcke Högskola. Intervjuernas fokus kommer att vara på erfarenheter av avslag om sjukpenning och hur dessa har påverkat personer med stressrelaterad psykiskohälsa. Intervjuerna beräknas ta mellan 60-90 minuter och kommer att spelas in för att sedan skrivas ut i text för lättare bearbetning.

Jag kommer att följa forskningsetiska principer, det insamlade materialet endast kommer att användas till den studie som uppgivits och inte i några andra sammanhang. Materialet kommer att avidentifieras så inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som blivit intervjuad kommer skrivas ut. Enbart författaren till uppsatsen kommer att ha tillgång till materialet som raderas efter att studien är genomförd och godkänd. Den färdiga uppsatsen kommer att publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet).

Deltagandet är frivilligt och kan närsomhelst avbrytas, utan att orsak behöver anges. Har ni ytterligare frågor om studien så kontakta gärna mig för mer information.

Jag hoppas att du kommer vilja medverka i min studie och göra den möjlig. Dina erfarenheter och upplevelser är viktiga för att vi ska få en bättre förståelse för hur avslag påverkar personer som är sjukskrivna på grund av stress.

Hälsningar

Anna Dahlberg

Tele:

Mail:

## Bilaga 2



Ersta Sköndal Bräcke Högskola

Socionomprogrammet

Anna Dahlberg

Mail:

Tel:

### Informerat samtycke

Denna studie avser att ta reda på vilka upplevelser och erfarenheter personer med stressrelaterad psykisk ohälsa har av avslag om sjukpenning från Försäkringskassan. Data samlas in genom semistrukturerade intervjuer.

Studien görs i syfte att få kunskap om hur avslag om sjukpenning påverkar personers upplevda sjukdomsbild och återhämtning som har stressrelaterad psykisk ohälsa och ingår som en del i Anna Dahlbergs socionomutbildning. Allt material som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt.

Deltagandet är frivilligt och kan närsomhelst avbrytas, utan att orsak behöver anges. Undertecknad har fått ta del av studiens syfte och upplägg.

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_



## Bilaga 3

### Intervjuguide

Innan varje intervju går jag igenom de etiska överväganden som gjorts, jag informerar om att intervjun kommer att spelas in och transkriberas och att det endast är jag som kommer ha tillgång till materialet. Även att genomförd uppsats kommer publiceras, i den färdiga uppsatsen kommer inga personuppgifter så som namn eller liknande att skrivas ut för att fullfölja konfidentialitet. Vidare informeras respondenterna att deras deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som utan att de behöver ange orsak. Samtycket blankett skrivs under vid intervjutillfället.

Respondenterna informeras även om att de själva väljer om de inte vill svara på vissa frågor.

Frågor efter – är eventuella följdfrågor.

() är för intervjuaren som hjälp/förslag på vad frågan är tänkt att innefatta.

Intervjun är semistrukturerad, följdfrågor utöver vad som finns med i denna kan ställas under intervjun även de nedskrivna frågorna kan ställas i annan ordningsföljd beroende på vad som passar intervjun.

#### **Tema person och sjukskrivningsbakgrund**

*För att få en bild av personens situation som kan påverka senare svar under intervjun samt för att se om avslaget om sjukpenning, påverkat sjukskrivningsgraden.*

Berätta om dig själv? (Så som ålder, sysselsättning, civil status).

Berätta om din sjukskrivning, när blev du sjukskriven?

Vad blev du sjukskriven för?

Hur länge har du vart sjukskriven? och på hur många procent?

Är du sjukskriven idag?

#### **Tema avslag om sjukpenning**

*Denna fråga ställs för att längden på sjukskrivningen och anledningen till avslaget påverkar antagligen hur personen upplever av avslaget.*

Hur länge hade du vart sjukskriven när du fick avslag om sjukpenning?

- vad var anledningen till avslaget?

Minns du hur du upplevde avslaget, när du fick det?

- Vad hände då?

Vad gjorde du efter att du fått avslaget? Kontaktade du försäkringskassan eller någon annan?

När du fick avslaget återgick du i arbete då?

(om ja)

- Hur upplevde du det?

- Hur gick det?

(om nej)

- Betyder det att du är sjukskriven utan sjukpenning nu?

- Hur upplever du det?

Upplever du att avslaget har påverkat din sjukdomsbild?

- På vilket/vilka sätt?

Upplever du att avslaget har påverkat din återhämtning?

- På vilket eller vilka sätt?

Hur tror du att ditt liv hade sett ut om du inte hade fått avslag om sjukpenning?