

“Vill de ens ha kvar en med psykisk ohälsa...”

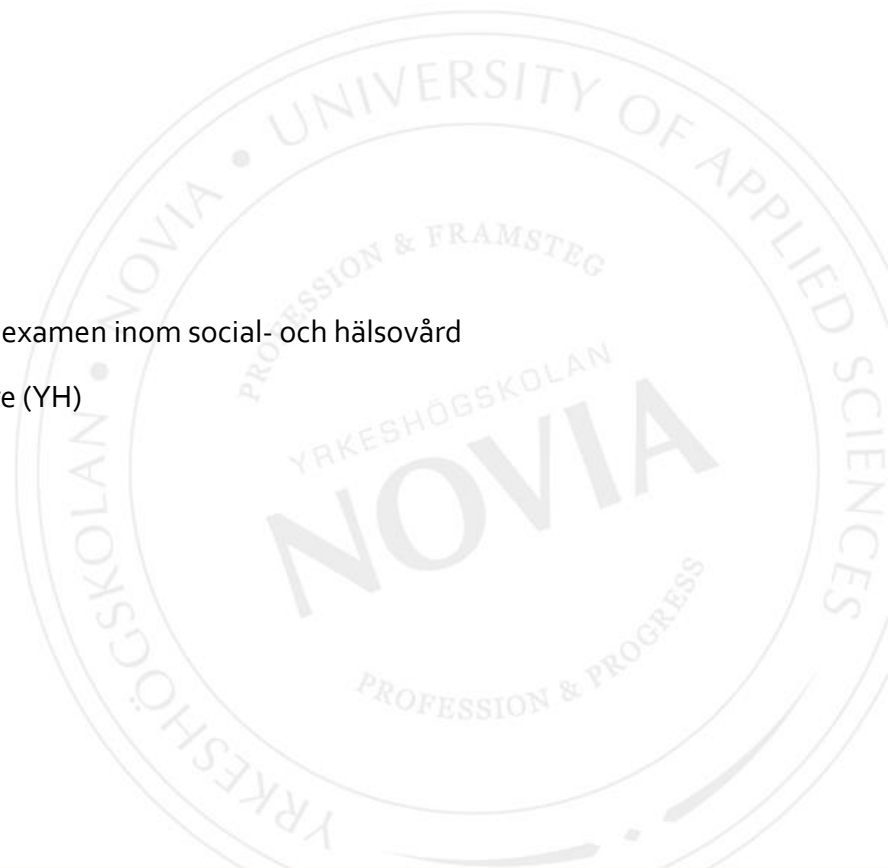
-en kvalitativ studie om psykisk ohälsa på arbetsplatsen

Ronny Hagnäs

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Ronny Hagnäs
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Marlene Gädda

Titel: "Vill de ens ha kvar en med psykisk ohälsa"
-en kvalitativ studie om psykisk ohälsa på arbetsplatsen

Datum 4.4.2018

Sidantal 42

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa studie är att skapa förståelse för och kunskap om hur det är att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. I studien undersöks också hur man kunde förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

Studien utfördes med semistrukturerade intervjuer som insamlingsmetod och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Informanterna i studien bestod av sex personer som alla var i arbetslivet när de drabbades av psykisk ohälsa. Som teoretisk utgångspunkt användes Kaufmans, (1996) teori om skam.

I resultatet framkom att psykisk ohälsa ofta är förknippad med stress, skam och rädsla. På arbetsplatsen är det viktigt att den som drabbas får tillräckligt med stöd. Att man får professionell hjälp från hälsovården har stor betydelse för tillfrisknandet. En slutsats är att arbetsplatserna borde vidta förebyggande åtgärder mot stress för att minska på psykisk ohälsa. Mera information och kunskap om psykisk ohälsa på arbetsplatsen förebygger stigmatisering och gör det lättare att söka hjälp.

Språk: Svenska

Nyckelord: Psykisk ohälsa, arbetsplats, skam, stöd.

BACHELOR'S THESIS

Author: Ronny Hagnäs
Specialization: Nurse, Vasa
Supervisor(s): Marlene Gädda

Title: "Do they even want to have a person with mental illness"
- a qualitative study about mental illness in the workplace

Date 4.4.2018

Number of pages 42

Appendices 3

Abstract

The purpose of this qualitative study is to create understanding and knowledge about how it is to suffer from mental illness in the working life. The study also examines how to prevent mental illness in the workplace.

The study was performed with semi structured interviews as a collection method and analyzed by qualitative content analysis. The informants in the study consisted of six people who all were in the working life when they suffered from mental illness. As a theoretical framework Kaufman's (1996) theory of shame was used.

In the result it came out that mental illness often is associated with stress, shame and fear. At the workplace, it is important that the suffering person get enough support. Getting professional help from health care is important for the recovery. A conclusion is that workplaces should make preventive measures against stress, to reduce mental illness. More information and knowledge about mental illness in the workplace, prevents stigmatization and makes it easier to ask for help.

Language: Swedish

Key words: Mental illness, workplace, shame, support.

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	2
2.1 Psykisk hälsa och ohälsa.....	3
2.1.1 Depression	4
2.1.2 Ångest.....	5
2.1.3 Utmattningssyndrom	6
2.2 Stigmatisering.....	7
2.3 Skamkänslor	8
2.4 Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen	10
3 Teoretisk utgångspunkt	11
3.1 Kaufmans definition på skam	12
3.2 Skammens påverkan	13
3.3 Skam och självkänsla.....	14
3.4 Misslyckade livsdrömmar och skam	14
3.5 Prestationer och skam	15
3.6 Kunskap och terapi	15
4 Syfte och frågeställningar.....	16
5 Metod	16
5.1 Urval av informanter	16
5.2 Intervju	17
5.3 Kvalitativ innehållsanalys.....	17
5.4 Etiska övervägningar	18
6 Resultat.....	19
6.1 Upplevelser av psykisk ohälsa.....	21
6.1.1 Diagnoser och symtom	21
6.1.2 Utlösande faktorer	22
6.1.3 Att arbeta trots insjuknande.....	22
6.1.4 Rädsla	23
6.1.5 Skam.....	24
6.2 Upplevelser av stöd från arbetsplatsen och hälsovården	25
6.2.1 Arbetsgivaren	25
6.2.2 Arbetskamraterna	27

6.2.3 Förändringar i arbetet	28
6.2.4 Hälsovården.....	29
6.3 Förebyggande av psykisk ohälsa	30
6.3.1 Åtgärder på arbetsplatsen	30
6.3.2 Information och öppenhet.....	31
7.1 Metoddiskussion.....	32
7.2 Resultatdiskussion	34
7.3 Slutledning.....	37
Referenser.....	38

1 Inledning

I Finland är olika former av psykisk ohälsa ett stort samhällsproblem. Alltför många blir idag sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa som t.ex. utmattningssyndrom, olika ångestsyndrom och depression. Den största orsaken till arbetsförmåga är psykisk ohälsa, för närvarande får 153 000 personer sjukpension från arbetspensionssystemet. Av dem är 64 000, vilket är ca 42 procent, pensionerade på grund av psykisk ohälsa. Pensionstiden är vanligtvis längre för psykisk ohälsa än för sjukdomar i rörelseorganen. Man är vanligtvis yngre när man pensioneras och det är svårare att återvända till arbetslivet än vad det är för andra sjukdomsgrupper. Medelåldern för sjukpensionering på grund av psykisk ohälsa är 45 år, sju år lägre än genomsnittet bland alla sjukpensioneringar. (Pensionsskyddscentralen, 2017)

Depression klassas som en av våra största folksjukdomar, och enligt THL, (2016) lider åtminstone 5 procent av den vuxna befolkningen årligen av en allvarlig depression. Varje år söker 27 000 personer sjukdagpenning på grund av depression och årligen blir 3500 personer beviljad sjukpension på grund av en depression.

THL, (2015) räknar med att 20 procent av finländarna drabbas av depression någon gång under livet. Ungefär hälften av dessa får återfall och för vissa förblir tillståndet kroniskt. En person som drabbats av depression har dessutom 2 - 3 gånger större risk att drabbas av en kranskärlsjukdom.

Enligt WHO, (2017) lider mer än 300 miljoner människor i världen av depression och det är också den största orsaken till funktionsnedsättning. Enligt en studie som WHO nyligen har gjort så uppskattar man att depression och ångestsjukdomar kostar världsekonomin en miljard dollar varje år i förlorad produktivitet.

I en nationell undersökning med namnet Hälsa 2000 undersökte man förekomsten av ångestsyndrom under året 2014 bland finländarna i åldern 30 år. Där framkom att 1,9 procent led av panikångest, 1,2 procent av agorafobi, 1,3 procent av generaliserat ångestsyndrom och 1,0 procent av social fobi. I samma undersökning, som kartlade den psykiska hälsan hos unga vuxna i åldern 20 till 34 år, konstaterades att 12,6 procent av deltagarna någon gång under sin livstid hade upplevt ångestsyndrom. (THL, 2015)

Pensionsskyddscentralens statistik påvisar hur stor del av sjukpensioneringarna som beror på psykisk ohälsa. I statistiken kan man se att orsaken till sjukpensionering före 35 års ålder i 79

procent av fallen beror på psykisk ohälsa. I slutet av år 2016 fanns det i Finland 23 300 sjukpensionstagare som var yngre än 35 år, av dessa var 18 500 personer sjukpensionerade med psykisk ohälsa som orsak. I 35% av fallen var psykisk utvecklingsstörning orsaken. 25% av fallen på grund av schizofreni. 15% hade depression och 11% hade störningar i den psykologiska utvecklingen. (Pensionsskyddscentralen, 2017)

Med hänvisning till statistiken ovan kan man konstatera att samhället har en stor utmaning med att förebygga den psykiska ohälsan. Vårdpersonalen och arbetsplatserna behöver få mera kunskap och insikt i hur psykisk ohälsa utvecklas och vilka olika faktorer som kan inverka på det psykiska välbefinnandet.

Jag valde att skriva mitt examensarbete om psykisk ohälsa för att ämnet intresserar mig. Genom mitt arbete har jag också fått personlig kontakt med personer som lider av psykisk ohälsa. För någon som drabbas av psykisk ohälsa blir det svårt att orka i arbetet, men oftast tar det länge innan man kommer över tröskeln för att söka hjälp. Syftet med den här kvalitativa intervjustudien är att skapa förståelse för och kunskap om hur det är att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. Om vårdpersonalen har mera insyn i den drabbades situation så kan de tillsammans med arbetsplatsen vidta förebyggande åtgärder mot psykisk ohälsa och sänka tröskeln för att söka hjälp i tid.

I mitt examensarbete används olika definitioner på psykisk ohälsa.

2 Bakgrund

I bakgrunden förklaras vad psykisk hälsa och ohälsa innebär. Jag har valt att ta upp de vanligaste tillstånden inom psykisk ohälsa som leder till sjukledighet i Finland, dvs. depression, ångest och utmattningssyndrom. För att närma mig syftet med studien har jag valt att skriva om stigmatisering, skamkänslor och främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen. Bakgrunden innehåller också resultat från tidigare vetenskapliga studier.

2.1 Psykisk hälsa och ohälsa

Psykiskt välmående kan definieras som att man har en upplevelse av att må fysiskt och psykiskt bra, men även det sociala och andliga livet spelar sin roll. Man kan säga att det sätt som människan lever sitt liv på, och hur meningsfullt det känns, berättar om den psykiska hälsa man har. Det är ändå omöjligt att jämföra den egna psykiska hälsan med någon annans eftersom vi har olika förmåga att hantera kriser. Även hur delaktiga vi är i olika sammanhang i samhället skiljer sig åt. Det går därför inte att säga vad som är den ideala hälsan, utan den är skiljer sig åt från individ till individ. (Johansson, et al., 2016)

Psykisk ohälsa kan vara tillfällig och bero på någon yttre händelse där man känner till orsaken. I sådana fall hjälper det ofta att man får stöd och hjälp av familj och vänner och/eller tillfällig professionell krishjälp. Olika missbruk kan även ligga till grund för psykisk ohälsa. I sådana fall kan den som missbrukar försöka dölja sin psykiska ohälsa av rädsla att avslöja sitt missbruk. Idag lever många människor i pressade livssituationer, och psykisk ohälsa som beror på stress anses därför bli allt vanligare. Om den psykiska ohälsan blir bestående leder den ofta till en diagnos, man har då en psykisk sjukdom. (Johansson, et al., 2016)

Begreppet psykisk ohälsa har en bred omfattning och är därför svår att definiera. Det kan vara allt från olika besvär i dagliga livet till en psykisk sjukdom eller störning som gör att man inte kan känna psykiskt välbefinnande. Psykisk ohälsa upplevs vanligen som nedstämdhet, oro, ångest och sömnproblem, även andra symtom förekommer. Orsakerna till psykisk ohälsa kan vara många, t.ex. genetiskt, olika livskriser, relationsproblem, stress, kroppslig sjukdom. Vi människor är genetiskt olika känsliga och därför är påverkan av livshändelser individuella. En del människor går igenom livskriser lättare medan andra upplever psykisk ohälsa länge efteråt. Vissa kriser kan leda till psykiska sjukdomar som t.ex. depression. I arbetslivet finns olika faktorer som påverkar hur man mår. Det är viktigt att man har en fungerande arbetsledning samt arbetsuppgifter som man är behörig för och känner att man behärskar. Det behövs tydliga anställningsförhållanden och avtal så att man inte behöver känna oro och rädsla för att bli arbetslös, eller oro för att inte få den lön man är berättigad till. Att ha en alltför stor arbetsbörda på sig kan också vara ödesdigert för den psykiska hälsan. Det är också nödvändigt att hitta en balans mellan arbetslivet och privatlivet för att orka psykiskt. Alla människor behöver få känna sig viktiga och behövda för att må bra. (Eriksson, 2006)

En undersökning gjord av Fan, et al. (2015) hade som mål att se om psykosocial stress på arbetet och stress hemma kan förknippas med ångest och depression. Undersökningen utfördes i USA

med enkätstudie som datainsamlingsmetod. Deltagarna var av båda könen och bestod av 129 arbetstagare i åldern 30 – 60. I resultatet framkom att oberoende av ålder, kön, inkomst eller etnicitet, var oftast både stress i arbetet och stress hemma bidragande orsaker till ångest och depression. Mycket stress i arbetet och stora krav på arbetstagarna var förknippade med större symptom på ångest och depression. Med resultatet från studien vill man påvisa att man behöver ta båda faktorerna i beaktande vid insjuknande i psykisk ohälsa som är stressrelaterat. I resultatet framkom även att socialt stöd på arbetet både av ledningen och kollegerna var associerat med färre insjuknande i ångest och depression. Stöd från arbetsplatsen bidrog också till lägre risk för kortvariga sjukskrivningar relaterat till psykisk ohälsa. Dessa faktorer bör man enligt studien ta i beaktande för att främja den psykiska hälsan för arbetstagarna.

2.1.1 Depression

Depression räknas som en psykisk sjukdom. Det finns dock vissa kriterier som måste uppfyllas för att en diagnos ska kunna fastställas. Symtom som beskriver en depression är nedstämdhet, tungsinthet och minskad förmåga att känna glädje och upprymdhet. Diagnostiseringen kan vara svår att göra eftersom det ibland är svårt att bedöma var gränsen går mellan naturlig nedstämdhet, sorg eller någon typ av depression. Det faktum att det idag verkar vara vanligare med depressioner kan bero på att det finns en ökad medvetenhet om vad depression är och vilka möjligheter det finns för att få hjälp och vård. En annan möjlig orsak är att vi har mera stress i samhället och att arbetsklimatet överlag är tyngre. Detta har lett till att både lättare och svårare depressioner har ökat i antal. Orsakerna till depressioner kan vara många. Om man har för stor arbetsbörda, relationer som inte fungerar eller andra stressande faktorer i sitt liv, ökar stresshormonerna. Det kan i sin tur leda till avvikelser i balansen mellan olika signalsubstanser i det centrala nervsystemet, som i sin tur ger sänkt sinnesstämning eller sjukdomar som berör känslolivet. Arbetslöshet, ekonomiska problem, förlorad status och samhällsställning leder ofta också till depressioner. (Wasserman & Nilunger-Mannheimer, 2012)

I en studie av Ashby, et al. (2006) undersöker man om det finns samband mellan depression, maladaptiv perfektionism och skam. Med maladaptiv perfektionism menas att de mål som man ställer upp åt sig bör vara perfekta resultatmässigt, annars är det oacceptabelt, eller att man ställer för stora krav på sig själv och inte kan acceptera ett misslyckande. Studien genomfördes genom en enkätstudie innehållande frågeformulär som besvarades av 215 studenter på ett

universitet. I studien undersökte man också resultat från tidigare forskningar inom ämnet. Resultatet i studien påvisar tydliga samband mellan maladaptiv perfektionism och depression. Individer som strävar efter perfektionism utsätter sig ständigt för självkritik, vilket gör att man känner sig mindre värd och misslyckad. Att man misslyckas med att uppnå kraven leder till både skam och skuldkänslor. Följderna blir försämrade självkänsla och risk för att insjukna i depression. Genom studien anser man att det bevisas att självkänsla, depression och skamkänslor är associerade med maladaptiv perfektionism.

Man anser att symtomen på depression ska ha pågått i minst två veckor för att kunna diagnostiseras. Det vanligaste symtomet på depression är nedstämdhet. Personer med depression är ofta sorgsna och förtvivlade, men gråt behöver inte ändå förekomma. De kan vara apatiska och ha en känsla av meningslöshet. Det hör till att man är trött, att man har svårt komma sig för att göra något och att det mesta känns stort och övermäktigt. Också små saker som annars går lätt kräver en kraftansträngning, och det blir därför lätt så att man lämnar sittande. Också minnet och koncentrationen påverkas till det sämre. Självkänslan är ofta låg, och man får mindervärdeskomplex. Kroppsfixering och hypokondri kan även tillkomma. Till djupare depressioner hör skuldkänslor. Förutom att man känner sig värdelös och onyttig så är det vanligt att man börjar anklaga sig själv för något man gjort tidigare i livet. Personer med depression kan få vanföreställningar och hallucinationer, och i sådana fall blir depressionen definierad som psykotisk. (Ottosson & Ottosson, 2007)

2.1.2 Ångest

Ångest är ett symptom som man kan få om man lider av exempelvis depression eller annan psykisk ohälsa. Ångestsymtom kan man även få vid olika förluster eller förändringar i livet, eller om man får en kroppslig sjukdom. Av personer med depression har nästan två tredjedelar olika ångestsymtom. Det är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män att någon gång i livet drabbas av ångest. Ångest kan uppdelas i två typer. Den rationella ångesten är en naturlig reaktion på livshotande händelser, kriser eller katastrofer i livet. Den irrationella ångesten uppkommer utan att man vet om någon egentlig orsak, och den kan också komma i ”ofarliga” situationer som inte egentligen borde framkalla ångest. (Wasserman & Nilunger-Mannheimer, 2012)

Det finns olika typer av ångest; social fobi, som är rädsla för sociala situationer, panikångest, det vill säga återkommande ångest- eller panikattacker, agorafobi, som betyder torgskräck, rädsla för öppna platser och/eller ställen med mycket folk, generaliserat ångestsyndrom, vilket innebär daglig ångest eller oro samt tvångssyndrom, med ångestframkallande tvångstankar/handlingar. (THL, 2015)

Upplevelse av ångest beskrivs som olustkänsla, rädsla eller starkt obehag. Halsen kan snöras ihop och bröstet kan kännas för trångt, det kan bli tungt att andas och man kan tro att man håller på att kvävas. Man kan få katastroftankar och tro att man håller på att få en allvarlig sjukdom, att man kommer att förlora förståndet eller till och med dö. Man kan få ökad spänning i musklerna och skakningar i kroppen, hjärtat kan rusa och slå både hårt och ojämnt. Man kan svettas och rodna eller bli blek i ansiktet. Ångestsymtomen kan variera från gång till gång, men kan också vara olika för olika personer. (Ottoson & Ottoson, 2007)

2.1.3 Utmattningssyndrom

Man beskriver utmattningssyndrom som ett resultat av vad som kan ske när man under en längre tid arbetat under ständig tidsbrist och när man har haft för lite tid till återhämtning. Man har kanske också arbetat med för stor ambition och för lite stöd. Detta leder inte till utmattning om det sker under en kort begränsad tid, men om belastningen blir större och återhämtningen inte är tillräcklig, ökar risken för utmattning. Har man konflikter i relationer eller upplever mobbning så kan det vara bidragande orsaker. Arbetet behöver kännas meningsfullt och trivsamt, och man bör kunna känna arbetsglädje för att risken för utmattning ska minska. Vanligast är utmattning inom vården och andra människonära yrken. Typiska personlighetsdrag hos dem som drabbas är att de har höga krav på sig själva och på det som de har runt sig, de har svårt att säga nej och att sätta gränser. (Ottosson & Ottosson, 2007)

Utmattning är inget som sker plötsligt, utan symtomen kommer stegvist. Tidiga tecken på en begynnande utmattning kan vara minskad arbetsmotivation och livsglädje. Man blir kanske missnöjd och frustrerad. Tron på sig själv och sin egen förmåga minskar. Man är psykiskt trött och kan ha en känsla av ensamhet och utanförskap. I ett senare skede brukar man få ångest och sömnproblem. Symtomen blir så småningom psykosomatiska. (MIELI, 2017)

När man utsätts för stress reagerar kroppen med att sätta sig i larmberedskap. Kroppen påverkas på olika sätt fastän stressen egentligen är psykisk. När man är utbränd blir man därför känsligare

för olika infektionssjukdomar. Man blir spänd i kroppen och får ofta kronisk muskelvärk med huvudvärk som följd. Bröst- och buksmärta är vanligt, och även ögonsmärta. Andra symtom som tyder på stress är yrsel och illamående. Diarré eller förstoppning kan förekomma. Känslensinnet kan påverkas i båda riktningarna. Man kan säga att kroppen säger ifrån genom att symptomen visar sig på de svaga kroppsdelarna. (MIELI, 2017)

I en studie av Wiegner, et al. (2015) undersöks hur mycket stress den arbetsföra befolkningen upplever som sökt hjälp inom primärvården. I studien som är gjord i Sverige undersöker man även symtom på utmattning, depression och ångest. Deltagarna i studien bestod av 587 personer, 377 kvinnor och 210 män i åldern 18 – 65 som alla var verksamma i arbetslivet. Deltagarna hade besökt primärvården av vilken orsak som helst eller av okänd orsak, syftet med studien var att undersöka hur stor del av deltagarna som också hade stressrelaterade symtom. I frågeformuläret besvarade också deltagarna på orsaken till att de sökt medicinsk konsultation. I resultatet framkom att 59 % av deltagarna kände sig stressade åtminstone till viss del, majoriteten av dessa var kvinnor. 2/3 av de som kände av stress visade indikation på utmattningssyndrom. Av deltagarna som uppgav att de kände av stress ganska mycket eller väldigt mycket så hade 33 % indikation på depression och 64 % indikation på ångest.

2.2 Stigmatisering

En person som drabbats av psykisk ohälsa kan bli utsatt för stigmatisering i samhället. Det betyder att man enligt de normer som skapats i samhället inte anses vara ”normal”. Det gäller inte bara personer med psykisk ohälsa utan även andra personer med egenskaper som anses vara avvikande från resten av samhället. Det uppstår lätt fördomar i samhället mot de personer som skiljer ur på något sätt, exempelvis har många den uppfattningen att personer med psykisk ohälsa är oberäknliga och farliga. Det leder automatiskt till grupperingar och den utsatta gruppen börjar känna utanförskap. Stigmatiseringen kan också leda till att en viss grupp blir utsatt för diskriminering. En person som lider av psykisk ohälsa kan till exempel diskrimineras på arbetsmarknaden, så att man hellre anställer en annan person. Det leder till att individen får sämre självkänsla och börjar känna sig utanför samhället. Konsekvenserna av stigmatiseringen kan vara att sjukdomen förvärras och risken för återfall ökar. (Johansson, et al., 2016)

Toth & Dewa, (2014) utförde en studie som inkluderade 13 arbetstagare som led av psykisk ohälsa, där deltagarna var mellan 21 och 55 år och hade varierande psykiska diagnoser.

Deltagarna berättade att de kände rädsla för att bli utsatta för stigmatisering på arbetsplatsen om de tillkännager sin psykiska sjukdom. Deltagarna förklarade att de övervägde vilka risker och fördelar ett avslöjande skulle föra med sig. Två av deltagarna hade inte ännu berättat om detta för någon på arbetsplatsen, när studien genomfördes. De problem som ett avslöjande för med sig hade enligt deltagarna anknytning till stigmatisering. Alla deltagare var också rädda för att det skulle finnas olika fördomar på arbetsplatsen, bland annat att de skulle uppfattas som inkompetenta att utföra sina jobb eller att de själva rår för sin sjukdom och att de borde ”rycka upp sig”. Osynligheten med en psykisk sjukdom ledde till tankar som att andra inte förstod allvaret av deras tillstånd. En annan fördom som hälften av deltagarna uttryckte sin oro över var att det skulle uppfattas som att de utnyttjar det sociala systemet. De var också rädda för att de skulle bli föremål för skvaller på arbetsplatsen.

Enligt Johansson, et al. (2016) så finns det olika egenskaper som påverkar hur mycket en person som lider av en psykisk sjukdom blir utsatt för stigmatisering. Det som bl.a. påverkar är om sjukdomen kan hållas hemlig när man umgås socialt, eller om den syns tydligt för omgivningen, exempelvis genom att personen pratar för sig själv eller har rörelser som är okontrollerbara. En kronisk sjukdom är mer stigmatiserande än en akut, likaså om personen anses ha bidragit själv till att sjukdomstillståndet har uppkommit t.ex. genom drogmissbruk. Stigmatiseringen ökar också om personen har ett beteende som är motbjudande för omgivningen t.ex. närgångenhet, eller om den psykiska sjukdomen leder till att man uppfattas vara hotfull eller farlig.

2.3 Skamkänslor

Skam kan beskrivas som motsatsen till stolthet, en känsla av att vara värdelös, annorlunda, underlig och underlägsen. Den som bär på skamkänslor brottas dagligen med hur man uppfattas av omgivningen. Detta är väldigt stressande och tär på den egna självkänslan. Den egna skamföreställningen är för det mesta överdimensionerad, det vill säga personlighetsdraget eller beteendet är inte i proportion till den skam man upplever. När vi känner skam ser vi oss från två synvinklar; det vi är i oss själva, samt hur vi iakttar oss själva utifrån. Genom själviakttagelsen framhävs våra egna brister och det leder till att skamkänslor bildas. (Cullberg Weston, 2008)

Vid psykisk ohälsa är ofta skamkänslor involverade, dvs. man känner skam över det tillstånd man befinner sig i. Vid djupa depressioner är känslan av värdelöshet vanligt, likaså olika slag

av skuldkänslor. Skamkänslorna kan vara relaterade till den negativa självbild som varit en del av orsaken till depressionen. Vid utvecklandet av olika ångestillstånd är skam till stor del en bidragande orsak. När ett ångestillstånd uppstår finns oftast en rädsla för att inte kunna hantera den kommande situationen, vilket leder till att man får skamkänslor över att vara svag och maktlös. Många hanterar ångesten genom att försöka undvika att utsätta sig för likadana situationer i framtiden, och då känner man också skam för att man är rädd för att utsätta sig för sådana situationer. En situation med skamkänslor kan också vara omotiverad, dvs. att man inte vet vilka faktorer som ligger bakom. (Cullberg Weston, 2008)

Att söka hjälp för psykiska problem förorsakar skamkänslor för många, dels på grund av stigmatiseringen som finns i samhället. Det har gjorts en forskning i Sverige av Aronsson, et al. (2015) där man påvisar skillnader i hur skam upplevs bland långtidssjukskrivna som har psykiska och muskuloskeletala diagnoser. Forskningen genomfördes som en enkätstudie med sammanlagt 2300 svarande personer från de två grupperna. I resultatet framkom att inom gruppen med psykiska diagnoser eller kombinationsdiagnoser hade 46 % haft skamkänslor i samband med sjukskrivningen, medan den motsvarande siffran inom den muskuloskeletala gruppen var 16 %. Av personerna med psykiska diagnoser och kombinationsdiagnoser uppfattade 20 % att människor undviker dem medvetet, medan endast 9 % från den muskuloskeletala gruppen uppfattade samma sak. Resultatet visar också att man inte verkar vänja sig vid skamkänslor, så att skamkänslorna skulle minska vid längre sjukskrivningar. Tvärtom så var upplevelsen av skam och stigma högre vid längre sjukskrivningar. Ett intressant resultat i forskningen var att endast 10 % från gruppen med psykiska diagnoser såg förtidspension som ett alternativ, medan motsvarande siffra i muskuloskeletala gruppen var 24 % och i gruppen med kombinerade diagnoser 35 %.

I en studie utförd av Shepard & Rabinowitz, (2013) undersöker man om det är svårare för män att söka vård vid depression på grund av skamkänslor. Studien baserar sig på tidigare forskningar samt på tre fall från verkligheten där personerna hade intervjuats. I studien framkom att det i allmänhet finns en uppfattning att mannen skall vara det starkare könet och inte bör visa sin maskulina svaghet. Socialt konstruerade normer om maskulinitet gör att ett misslyckande med att leva upp till förväntningarna bidrar till att männen blir mer utsatta för skam. Att inte leva upp till maskulina ideal leder till känslor av otillräcklighet och skam, vilket i sin tur kan leda till isolering och brist på nödvändigt stöd. Män som söker vård mot depression kan uppleva otillräcklighet och känna sig misslyckade, vilket gör att skammens intensitet ökar.

I vårdsituationer understryks vikten av att genom samtal försöka lindra skammen och självanklagelserna för patienten.

2.4 Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen

I Finland finns en arbetarskyddslag och lagen om företagshälsovård, vilka är utarbetade för att ge arbetstagarna förutsättningar till god psykisk hälsa på arbetsplatserna. Fastän det finns en fungerande sjuk- och hälsovård i Finland ger detta ingen garanti för att vi mår psykiskt bra. Det är i vårt vardagliga liv som god psykisk hälsa skall uppnås, och därför är klimatet på arbetsplatsen en stor bidragande faktor till att vi mår bra. Finland har deltagit i ett delprojekt, utarbetat av europiska kommissionen och EU:s medlemsländer, som skall främja psykisk hälsa på arbetsplatsen. Enligt rekommendationerna skall psykosociala faktorer tas i beaktande på arbetsplatserna. Om man drabbas av psykisk ohälsa behöver man genast kunna få vård och även erbjudas psykoterapi. Arbetstagare som insjuknat i psykisk ohälsa skall stödjas och det skall finnas verksamhetsmodeller som gör det lättare att återvända från en sjukledighet. (THL, 2016)

En studie utförd av Sallis & Birkin, (2014) har som mål att förstå upplevelsen av depressionsrelaterad sjukfrånvaro. Datainsamlingen är tagen från sju olika semi-strukturerade intervjuer. I studien framkom att deltagarna hade försökt stanna kvar långa tider på arbetsplatsen trots symtom på depression. Deltagare tog oftast beslutet att ta emot behandling för depression genom rådgivning av en läkare. En avgörande faktor var också att patienten själv accepterade sin depression. En del av deltagarna ansåg att det hade gått att förebygga sjukfrånvaro om ledningen på arbetsplatsen hade haft mera kunskap om deras tillstånd. Utbildning på arbetsplatsen skulle ge mera kunskap om hur man stödjer en individ som drabbas av depression. Det ansågs också vara viktigt att det fanns någon på arbetsplatsen att prata med om de arbets- och hälsoproblem som upplevs. Ett önskemål som angavs var att försöka minska på stigmatiseringen, och att skapa en miljö på arbetsplatsen där man kan prata om psykisk ohälsa.

Centralförbundet för Mental Hälsa har i samarbete med Social- och hälsovårdsministeriet gjort en stor nationell undersökning om ”att kunna återgå till arbetet trots psykiska problem”. I undersökningen som genomfördes som enkätstudie deltog 300 psykiskt funktionshindrade som befann sig i återhämtningsskedet samt deras anhöriga, 300 arbetsgivare, 1033 psykiatrer och psykologer och 1205 finländare i åldern 15 - 74 år, varav 643 var i arbetslivet. Majoriteten av deltagarna i studien var ense om att arbetsplatserna behöver utbildas i hur de kan stödja dem

som drabbas av psykisk ohälsa. Majoriteten var också ense om att arbetet även bör kunna anpassas individuellt för den som drabbas av psykisk ohälsa. Trots detta hade endast hälften av företagen vidtagit praktiska åtgärder för att stärka den psykiska arbetsförmågan. Det berodde främst på att arbetsgivarna inte hade sett behovet, samt hade den uppfattningen att de inte hade några anställda som varit i behov av sådant stöd. Arbetsgivarna hade också enligt studien svårt att få vetskap om att det förekommer psykiska problem bland arbetstagarna, detta som en följd av att arbetstagarna upplevde det som svårt att prata om psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Det praktiska stöd som arbetsgivarna hade vidtagit var främst förkortning av arbetstiden, möjlighet till distansarbete och extra pauser, omorganiseringar i arbetet och erbjudande om olika praktiska hjälpmedel. I undersökningen hade 90 % av arbetsplatserna nog vidtagit allmänna åtgärder för att arbetstagarna skall orka bättre i arbetet. I undersökningen framkom det att det förekommer mycket fördomar i samhället angående psykisk ohälsa. 20 % av de svarande angav att de är rädda för en person som lider av psykisk ohälsa fastän personen håller på att återhämta sig och 19 % skulle inte vilja bo granne med någon person som lider av psykisk ohälsa. Majoriteten av de svarande förutom arbetsgivaren sade att psykisk ohälsa kan leda till minskad status och att man förlorar sin ställning på arbetsplatsen. 39 % av de som led av psykisk ohälsa sade att de känner sig stämplade. De flesta som svarade i enkäten trodde att de som lider av psykisk ohälsa kan leva ett normalt liv med hjälp av läkemedel, psykoterapi och annat stöd. Majoriteten ansåg också att personer med psykisk ohälsa inte behöver anklaga sig själva för sitt tillstånd. (Mielenterveyden keskusliitto, 2017)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att använda mig av Kaufmans, (1996) teorier om skam. En teori om skam valdes för att psykisk ohälsa ofta är förknippat med skam och därför är det relevant i min studie om psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

Gershen Kaufman, född 1943, har tagit doktorsexamen i klinisk psykologi från University of Rochester och är för närvarande professor i Counseling center vid Michigan State University. Kaufman har forskat i skam och utvecklat en egen teori med inspiration av Silvan S. Tomkins teorier om skam. Kaufman är också författare till ett flertal böcker om skam och ses som en pionjär i studier om skam. (Kaufman , 1996)

Inget annat känsloläge har så stor inverkan på självkänslan och identiteten som skamkänslor. Skam är källan till låg självkänsla, dålig självbild och snedvriden kroppsuppfattning. Skam kan bli ett hinder för intimitet i relationer och spelar också en central roll i många psykiska störningar. Skammen har försumrats av vetenskapen och man har ignorerat kopplingen mellan skam och olika psykiska störningar. Skammen har blivit förbisedd och den kvarstår under tabu i det moderna samhället. (Kaufman, 1996)

3.1 Kaufmans definition på skam

Skammen är själens sjukdom. Den känns som ett sår som gjorts inifrån av en osynlig hand. Om vi ska förstå skammen, och så småningom läka självkänslan, så måste vi börja undersöka skam. Skamkällan kan komma från en själv eller från andra människor. Därför kan man känna skam även om andra inte är närvarande. När individen känner skam är hela personen involverad. Om man jämför skam med skuld så kan man säga att skammen handlar om själva identiteten, medan skuldkänslor kommer från handlingar och beteende. Undersökning av skamdynamiken har blivit nödvändig. Skam har blivit det främsta hindret i alla relationer, mellan förälder - barn, lärare - student eller terapeut - klient. Skammen kränker både den inre säkerheten och självförtroendet. Skam sårar inte bara individen, utan också en familj, en etnisk grupp eller minoritetsgrupp inom en dominerande kultur, eller till och med en hel nation. Varje diskriminerad eller förföljd minoritetsgrupp kommer att uppleva känslor av skam, underlägsenhet och förnedring. Etniska och religiösa gruppsspänningar är oundvikliga konsekvenser av skam. Precis som den personliga identiteten blir formad av skam, så blir etniska och religiösa identiteter formade på samma sätt. Skam är också ett hinder i internationella relationer, där dynamiken i diplomati alltid är skam och ära. (Kaufman, 1996)

Skam kan definieras som en nedåtgående spiral. Dessutom är det troligt att varje återkommande skamspiral kommer att rekrytera tidigare och till och med orelaterade skamscener, vilket får dem att återupplivas och smälta samman. Denna process utlöser oundvikligen skam inom personligheten, och sprider skam över hela identiteten. Skammen blir malign och växer som cancer i ens självkänsla. Skamkänslorna fortsätter att styra över personlighetsutvecklingen. (Kaufman, 1996)

3.2 Skammens påverkan

Skam är en känsla av underlägsenhet och inget annat påverkar identitetsutvecklingen lika mycket som skammen. Om nöd är påverkan av lidande, är skam påverkan av nederlag, överträdelse och lidande. Medan terror handlar om livet och skapar död och nöd, slår skam till djupast in i människans hjärta. Fastän terror och nöd gör ont, så är det sår orsakade från utsidan, medan skam känns som en inre plåga. Det spelar ingen roll om den förödmjukade har blivit utskämd av avskyvärda skratt eller om han spottar på sig själv. I båda fallen känner han sig naken, besegrad och saknar värdighet. Ingen annan behöver vara närvarande för att skam ska kunna uppstå, men när andra är närvarande är skam ett hinder för vidare kommunikation. Oberoende av om man bara har sina egna ögon på sig eller många andras så känner man sig bristfällig som individ, sjuk, defekt. Hållbar ögonkontakt med andra blir omöjligt. Huvudet hänger, spontanrörelser avbryts och talet tystnar. Att vara utsatt för iakttagelser gör att man ytterligare öppnar sig själv för en smärtsam inre granskning. När uppmärksamheten vänds inåt mot en själv, och man granskar varenda detalj kritiskt, resulterar det i en nästan förlamande effekt. Denna effekt av skam är nödvändig att förstå för att inse skammens inverkan på personlighetsutvecklingen. Skammen gör att talet låser sig och förlamar individen. En önskan att försvinna eller gömma sig är en spontan reaktion på individens ökade synlighet. (Kaufman, 1996)

Att känna skam är att känna sig dålig och bristfällig som person. Man kan söka sig till ensamhet och självtvivel blir en ständig följeslagare. Mitt i skammen kan man ändå känna en längtan efter att återförenas med det som orsakade skammen. Man längtar efter att känna sig hel. Erfarenhet av skam känns som en brist i en själv, i en relation, eller i både och. Många individer med skam känner sig som bedragare som längtar efter att bli omarbetade. När man tittar på sig själv ser man allt med ögon som verkar tillhöra andra. Detta förstärks när andra är närvarande och faktiskt tittar på en, och därför kommer situationer när man är i grupp att utlösa skam och intensifiera känslan av utsatthet. På samma sätt kommer skammen när man är inför en publik, man kan känna det som att andra kan se inuti en eller kan läsa ens tankar. (Kaufman, 1996)

3.3 Skam och självkänsla

Att leva med skam är att känna sig besegrad, att känna att man aldrig riktigt räcker till, och i hemlighet känna sig själv skyldig till det. Skam är orsaken till låg självkänsla och det är också orsaken till känslor av underlägsenhet och otillräcklighet. Skam är också orsaken till narcissistiska skador eller sår. Man kan överväga skammens påverkan på många olika psykiska tillstånd. (Kaufman, 1996)

Om man ska återfå makten över dysfunktionella mönster och missbruk måste man förstå skammens roll, inte bara i speciella störningar, utan även det som generellt hör till självkänslan. Frågor kring självbild, kroppsbild, självsäkerhet, självtvivelaktighet, även maskulinitet och femininitet är relaterade till skam. Orsakerna bakom beroende och stress är i allmänhet rotad i skampåverkan. Negativ påverkan via missbruk av mat, droger, alkohol eller sex kan bara behärskas genom att först förstå hur skamkänslor fungerar och hur de påverkar självkänslan. Att göra det möjligt att bli medveten om skammens betydelse är i sig själv en betydelsefull prestation. (Kaufman, 1996)

3.4 Misslyckade livsdrömmar och skam

Misslyckande i karriären kan ske i många former. Det kan ske genom en faktisk förlust av ett arbete, som gör att man känner sorg och nöd och även skamkänslor. Misslyckande i arbetet skapar mindrevärdeskänslor. I förluster känner man maktlöshet och det i sin tur bildar negativa effekter. I en framgångsrik kultur blir sambandet mellan skam och underlägsenhet särskilt påtaglig. Vid förlust av marknadsföring eller om karriärsutvecklingen upplevs vara försvagad, kommer också känslor av maktlöshet, med skam som följd. (Kaufman, 1996)

Varje individ har en dröm, en inre vision om framtiden. Människan konstruerar sina drömmar av bilder och erfarenheter som man samlar på sig och har en föreställning om hur framtiden blir. Drömmarna kan vara olika, t.ex. att man ska bli läkare, forskare eller advokat. Eller att man ska äga en egen gård, bli rik eller berömd. Att bilda familj, bli konstnär, artist eller idrottsstjärna kan var andra drömmar. Våra liv är konstruerade runt en dröm men om drömmen blir försvagad uppstår maktlöshet och skamkänslor. Drömmen kan motverkas av fel i karriärsväl, förlust av jobb, sjukdomar, förlust av själva drömmen, en insikt att "jag kommer aldrig att uppnå det" och också av pensionering. Olika specifika faktorer som dessa kan aktivera

skamkänslor i vuxenlivet när prestation är den huvudsakliga källan till och måttet på självkänslan. (Kaufman , 1996)

3.5 Prestationer och skam

Från en tidig ålder stimuleras individerna att alltid söka sin fördel över andra genom konkurrens. Prestationen blir måttet på ens självkänsla och värdet på ens tillräcklighet. Alla måste sträva efter att vara framgångsrika och framgången mäts genom prestationer. Detta koncept resulterar i rädsla för misslyckande eftersom framgång alltid delvist är utanför ens kontroll. Misslyckanden blir till känslor av underlägsenhet och att bara vara som genomsnittet är inte tillräckligt bra. Man bryr sig mindre om andra och visar mindre empati eftersom konkurrenter inte har råd att bry sig om varandra. Man har föreställningar om att man ska vara självgående och oberoende. Djupt inbäddad i vårt kulturella medvetande är bilder av bonden, detektiven och astronauten. Dessa förebilder speglar lusten av att gå stolt ensam, aldrig behöva något, att aldrig vara beroende av någon. Många individer skulle föredra att förbli vilse i timmar istället för att fråga någon om vägbeskrivning, eftersom deras otillräcklighet då skulle bli känd och de skulle skämmas. Man är också för stolt för att ta emot fysisk hjälp. (Kaufman, 1996)

3.6 Kunskap och terapi

I alla åldrar finns det de som kämpar mot maktlöshet och drunknar i överväldigad negativ påverkan, de som kämpar för att övervinna skam och de som letar efter ett sammanhang och strävar efter meningsfullhet. Endast kunskap om skam kan rädda dem från psykisk störning och dysfunktion. Psykoterapeutisk behandling av skambaserade symtom är nödvändiga för ett eventuellt upplösande av skamkänslor. Individuell psykoterapi är en väsentlig del av behandlingen, också gruppterapi eller stödgrupper är lika viktig för att slutföra den totala behandlingen av skam. Man strävar till en återuppbyggnad av självkänslan. (Kaufman, 1996)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ intervjustudie skapa förståelse för och kunskap om hur det är att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. Studien behövs för att psykisk ohälsa i arbetslivet idag är så vanligt och för att hela samhället därför borde vidta mera förebyggande åtgärder. Frågeställningarna i studien är:

1. Hur är upplevelsen av att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet?
2. Vilket stöd fås från arbetsplatsen och hälsovården?
3. Vad kan göras för att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatsen?

5 Metod

Jag har valt att göra en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa metoden går ut på att ur en helhetssyn studera några personers erfarenheter och upplevelser av ett fenomen. I en persons erfarenhet av en upplevelse kan man varken säga vad som är absolut sant eller vad som är helt felaktigt. (Danielson, 2012)

I min studie var det lämpligt att använda en semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod, som sedan analyserats genom en kvalitativ innehållsanalys.

5.1 Urval av informanter

Syftet var att intervjua personer i arbetslivet som drabbats av psykisk ohälsa. Informanterna är personer som jag tidigare har känt till eller som jag fått vetskap om genom andra. Jag har valt intervjua personer som öppet vill berätta om sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa. Informanterna kontaktades personligen och blev informerade om min tilltänkta studie, likaså information om hur intervjun skulle gå till samt att den behandlas konfidentiellt. För att få variation och bredd i studien så valde jag att intervjua tre kvinnor och tre män. Alla deltagare hade olika yrken och var från tre olika branscher. För att skydda anonymiteten ges ingen information om deltagarnas specifika yrken. Åldern på deltagarna var mellan 35 och 55 år.

5.2 Intervju

Som datainsamlingsmetod har jag valt en kvalitativ forskningsintervju. Den typen av intervjuer görs med en liten grupp utvalda personer där man fokuserar på intervjuaren och deltagaren. Man kan göra en kvalitativ intervju ostrukturerad, men för att underlätta datainsamlingen så går det att strukturera intervjun med några öppna frågor. När deltagarna får berätta om sina egna erfarenheter så får man bättre förståelse för hur de har upplevt en händelse eller situation. Deltagarna skall få uttrycka sina upplevelser med egna ord. En semistrukturerad intervju går ut på att intervjuaren anpassar sig till vad deltagaren har att berätta. (Henricson & Billhult, 2012)

Jag har använt mig av mig av en semistrukturerad intervju med öppna frågor för att samspelet mellan mig och deltagaren skulle fungera så bra som möjligt. Intervjufrågorna planerades med studiens frågeställningar som grund och skickades till min handledare som gav sitt godkännande. När deltagarna kontaktades fick de själva välja platsen för intervjun för att de skulle känna sig bekväma med situationen. Fyra av deltagarna valde att genomföra intervjun på den egna arbetsplatsen i ett enskilt rum där vi kunde vara ostörda. Två deltagare ville bli intervjuade i sitt eget hem. Deltagarna tillfrågades om intervjuerna fick bandas in, men de flesta deltagare tyckte att de kan vara mera avslappnade om intervjuerna inte bandas, så därför valde jag istället att skriva ner samtliga intervjuer. Intervjuerna gick som planerat och nödvändig information samlades in genom att deltagarna gav utförliga svar på frågorna.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

I en kvalitativ intervjustudie är det lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys, eftersom det är en mindre datamängd bestående av ett antal intervjuer som skall analyseras. Man kan välja att tolka innehållet från texterna på olika nivåer, beroende på hur djup och tydlig tolkning man vill ha. Det första skedet är att man går igenom textens egentliga innehåll, det vill säga att man räknar upp eller anger fakta som finns i texten. Innehållet kan sedan beskrivas eller tolkas mer djupgående. För att metoden skall ha en hög tillförlitlighet så måste de olika stegen i analysen framkomma tydligt. Stegen skall sedan gå att bestyrka i forskningsresultaten. (Danielson, 2012)

I en studie kan man göra analyserna induktivt, det vill säga att man utgår från innehållet i intervjuerna. Analysprocessen börjar med att man renskriver materialet från intervjuerna och fortsätter i en grundlig analys av materialet för att kunna koda och kategorisera det. Kodningen

av materialet görs genom att man delar upp materialet grovt med hjälp av att ha intervjuens frågeställningar i tanken. Kategorisering görs för att skapa struktur i texten och samla teman i olika grupper. Man bör jämföra om innehållet är olika mellan grupperna av koder och på det viset formas till kategorier eller om man har en djupare tolkning med teman som visar att det finns vissa mönster. Genom hela analysen skall forskningens syfte finnas i åtanke. (Danielson, 2012)

I denna studie gjordes en kvalitativ innehållsanalys för att analysera intervjumaterialet. Jag har följt de olika stegen enligt beskrivningen ovan genom hela analysen. Först renskrevs intervjumaterialet. Sedan lästes det grundligt igenom och sorterades och kodades utgående från frågeställningarna. Med hjälp av ett dataprogram klipptes svaren ut och kategoriserades i olika grupper. Med tanke på studiens frågeställningar bildades tre huvudkategorier, som sedan delades upp i flera kategorier. Svaren från intervjuerna sorterades upp i kategorier enligt innehåll. I kategorierna styrks innehållet med citat från intervju svaren för att få utförligare svar på frågorna.

5.4 Etiska övervägningar

När en intervjustudie görs är man skyldig att följa de etiska principer som finns för ett vetenskapligt arbete. De etiska principerna finns till för att skydda de personer som medverkar i en forskning men även för att värna om forskningens anseende. De bygger på respekt för individen och man måste värna om människornas självbestämmanderätt och frihet. I en forskning som handlar om människor är det viktigt att deltagarna inte utnyttjas, såras eller skadas. Att medverka i en studie är alltid frivilligt och man skall kunna avbryta när som helst. (Kjellström, 2012)

En viktig etisk princip är att behandla intervjumaterialet konfidentiellt. Man skall i forskningsarbetet värna om att personuppgifterna inte avslöjas så att det är möjligt att identifiera deltagarna. Intervjumaterialet skall förvaras säkert från obehöriga fram tills att examensarbetet är färdigt och därefter skall det förstöras. (Kjellström, 2012)

För att en intervjustudie skall kunna genomföras så krävs ett etiskt godkännande från högskolan, det vill säga att man gör en beskrivning av hur intervjun kommer att gå till. Beskrivningen skall innehålla intervjufrågorna, tillvägagångssättet vid val av deltagare, hur man informerat deltagarna och hur man fått samtycke. Man bör också redogöra för hur man förvarar intervjumaterialet under forskningen. (Danielson, 2012)

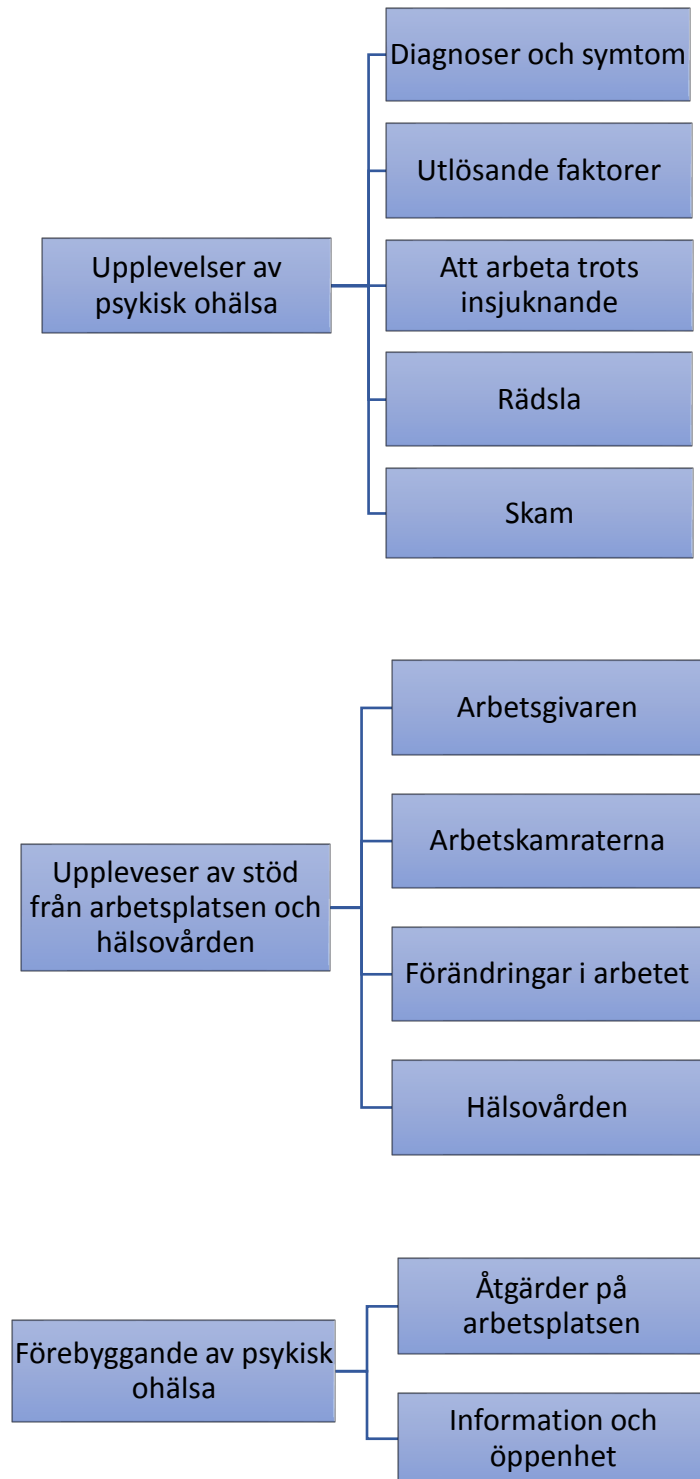
När intervjudeltagarna kontaktades fick de information om vad studien går ut på, att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta när de vill. De fick också veta att deras identitet skyddas samt att materialet behandlas konfidentiellt och förstörs efter att studien är klar. Innan intervjuerna påbörjades fick deltagarna ett informationsbrev (bilaga 1) och undertecknade ett samtycke (bilaga 2). Intervjufrågorna (bilaga 3) hade på förhand blivit godkända från skolans sida.

6 Resultat

I det här kapitlet presenteras intervjureultatet som tagits fram genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatredovisningen innehåller tre huvudkategorier som är baserade på studiens frågeställningar. Huvudkategorierna är: Upplevelser av psykisk ohälsa, Upplevelser av stöd från arbetsplatsen och hälsovården, Förebyggande av psykisk ohälsa. Huvudkategorierna indelas i kategorier där deltagarnas upplevelser, berättelser och åsikter sammanställs. Kategorierna innehåller citat från intervjuerna. Citaten är skrivna med kursiverad stil.

På följande sida beskrivs närmare hur kategorierna har blivit strukturerade enligt resultatet från innehållsanalysen. Grafiken på bilden visar hur de tre huvudkategorierna är sammankopplade med tillhörande kategorier:

Huvudkategorier och kategorier



6.1 Upplevelser av psykisk ohälsa

Första frågeställningen i studien lyder, hur är upplevelsen av att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. För att få svar på denna fråga fick deltagarna berätta om sina egna upplevelser och erfarenheter av psykisk ohälsa. Det innefattar allt från vilka symtom de hade och vilka diagnoser de fick. De fick svara på vad som var utlösande faktorer till deras psykiska ohälsa, och hur länge de arbetade innan de blev sjukskrivna. Frågorna handlade också om deltagarnas upplevelser av rädsla och skam i samband med den psykiska ohälsan. Utgående från dessa frågor och svar skapades fem kategorier. Kategorierna är: Diagnoser och symtom, Utlösande faktorer, Arbeta trots insjuknande, Rädsla och Skam.

6.1.1 Diagnoser och symtom

Intervjudeltagarna hade fått ett flertal olika diagnoser, en del av deltagarna hade även fått dubbeldiagnoser. Diagnoserna var följande: depression, utmattningsdepression, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom, ångestsyndrom och mani. Trots att deltagarna hade olika upplevelser av psykisk ohälsa så hade de många gemensamma symtom vid insjuknandet. Två eller flera av deltagarna hade symtom som sömnproblem, trötthet, hjärtklappningar, ångest, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, panikångestattacker, gråtanfall och minnesproblem. Fyra av deltagarna kom till en punkt när symtomen blev så svåra att de upplevde någon form av kollaps som upplevdes mycket traumatiskt.

”Känns som att man stryps, svettas, mörknar för ögonen, har till och med känts som att man håller på att dö på jobbet”

”Kändes som att jag fick en kniv i huvudet”

”Vid ett besök från arbetet i till en plats där jag varit med om en traumatisk upplevelse, brast det”

”Kändes som att nån skulle dra en järntråd runt bröstet och ena sidan hängde när jag tittade mig i spegeln, det gjorde att jag ringde efter ambulansen”

6.1.2 Utlösande faktorer

Alla intervjudeltagare angav att en utlösande faktor till deras psykiska ohälsa var för tung arbetsbörda eller stress i arbetet. Gemensamt för alla deltagare var att det även fanns utlösande faktorer utanför arbetet. Dessa faktorer var relationsproblem, problem från barndomen, sorg, sjukdom inom familjen, traumatisk upplevelse tidigare i livet och för mycket fritidsaktivitet. Flera av deltagarna uppgav också personliga egenskaper som för stort kontrollbehov och för höga krav på sig själv som utlösande faktorer.

”Arbetsbördan och sjukdom inom familjen, båda sakerna blev gemensamt för mycket”

”Jag hade för mycket arbete på för lite arbetstid och kunde inte hantera det”

”Ville ha kontroll över saker för mycket i arbetet, bearbetade följande dagsarbete på kvällen och natten”

”Tackade ja till allt genom att engagera mig mycket i föreningsverksamhet”

”Väldigt stressigt i arbetet men trivdes jättebra, brukar säga att jag trivdes ihjäl”

6.1.3 Att arbeta trots insjuknande

Gemensamt för alla intervjudeltagare var att de fortsatte att arbeta trots symtom på psykisk ohälsa. Fyra av deltagarna arbetade 3 - 4 månader före sjukskrivning, en deltagare arbetade mera än ett år och en deltagare arbetade mera än två år trots symtom på psykisk ohälsa. Från början visste de flesta av deltagarna inte vad som var fel eller vad symtomen som började komma berodde på. Även efter att de insåg att det var den psykiska hälsan som sviktade så fortsatte de att arbeta så länge det på något vis gick. Tre av deltagarna kände skamkänslor och ville därför inte medge att de led av psykisk ohälsa. Två deltagare trivdes så bra på arbetet att de kände att de inte ville ge upp och fara på sjukledigt. En deltagare arbetade trots en längre tids trötthet tills en händelse utlöste posttraumatisk stress som ledde till en personlig kollaps.

Arbetskamraterna insåg inte alltid heller hur dåligt deltagarna mådde och många reagerade med förvåning när deltagarna blev sjukskrivna.

”Insåg inte själv vad det handlade om, ingen i omgivningen heller”

”försökte ignorera och köra på”

”Jag ville inte ge mig trots krämporna, tänkte på klienterna för jag ville inte vara borta från dem”

”Berättade inget om svindeln som jag hade i arbetet, tyckte bara att det var roligt att jobba”

”Ville inte ta nederlaget och bli sjukskriven”

”Kollegerna såg att jag mådde väldigt dåligt men de trodde inte att det var så allvarligt ändå”

6.1.4 Rädsla

Fyra intervjudeltagare upplevde rädsla för att mista sitt arbete och bli utbytt mot någon annan på grund av långa sjukskrivningar. Tankar som fanns var att arbetsgivaren inte vill ha kvar en som lider av psykisk ohälsa. Rädsla för att inte orka arbeta i fortsättningen fanns också. En deltagare nämnde rädsla för framtiden, på grund av att det i sjukjournalerna kommer fram att man har psykisk ohälsa.

”Var rädd för att jag inte skulle klara av att fortsätta med mitt jobb”

”Om man hela tiden är sjukskriven så blir man utbytt mot någon annan, rädd att mista arbetet”

”Vill de ens ha kvar mig trots fast tjänst. Vill de ens ha en som har psykisk ohälsa”

”Tänkte mycket på att det kommer upp att jag har psykisk ohälsa i sjukjournalerna, hur kommer det att påverka framtiden”

En bra självkänsla besparade två deltagare från rädsla för att mista arbetet. De visste sitt värde och att de var kunniga, därför var de aldrig rädd för att mista arbetet utan förlitade sig på att de skulle få andra arbetsuppgifter ifall de inte klarade av de uppgifter som de hade haft. De hade ändå en rädsla för att orken inte skulle komma tillbaka.

”Var inte rädd för det. Upplevde att jag får en annan arbetsuppgift, också på grund av mitt breda kunnande”

”Visste att jag var duktig, men en rädsla för hur jag ska fortsätta orka”

6.1.5 Skam

Det fanns många olika uttryck av skamkänslor bland deltagarna. Hälften av deltagarna upplevde skamkänslor i samband med insjuknande i psykisk ohälsa, och av dessa var majoriteten män. Redan att få en diagnos som hade med psykisk ohälsa att göra ansågs vara skamligt och svårt att acceptera. Deltagarna kände att de inte får visa sig svaga inför andra och skämdes över att de inte klarade av att arbeta som förut. En deltagare uppgav att det svårt berätta om detta hemma, på grund av partnern hade fördomar om psykisk ohälsa. En sak som gav upphov till skam var om man haft självmordstankar. En annan typ av skam som kom fram var att man skämdes över att utöva fritidsaktiviteter under sjukledigheten.

”Började tänka att inte skall jag få nåt sånt här, får inte visa mig svag. Viktigt att visa utåt att man klarar av allt”

”Jag skämdes över att jag inte klarade av att utföra mina arbetsuppgifter som tidigare”

”Partnern hade före insjuknandet inställningen att utbrändhet är en modefluga, hade därför svårt att berätta det”

”Jag skämdes över att andra reagerade på mitt sjukdomstillstånd”

Tre av deltagarna uppgav att de inte hade skamkänslor. De nämnde orsaker som att de förstod innebörden av psykisk ohälsa bra och att det är normalt. Bra självkänsla, förståelse från de närmaste och att man visste vad som var orsaken till den egna psykiska ohälsan bidrog till att skamkänslor inte uppstod.

”Nej jag skämdes inte över tillståndet för jag visste vad det beror på. Visste att det är normalt med psykisk ohälsa, förstod innebörden av psykisk ohälsa bra”

”Anser att personliga saker påverkade som att jag hade bra självkänsla”

”Upplevde inte direkt skam, frun var väldigt tillåtande. Visste orsaken att det var nästan fullt beroende av arbetet”

6.2 Upplevelser av stöd från arbetsplatsen och hälsovården

En av frågeställningarna i denna studie lyder: Vilket stöd fås från arbetsplatsen och hälsovården? För att få svar på denna fråga har intervjudeltagarna fått berätta om vilket stöd de har fått när de har drabbats av psykisk ohälsa. Frågorna som ställdes i intervjun innefattar både bemötandet från arbetskamrater, chefer och förmän, samt vilket stöd som erbjöds från hälsovården, dvs läkare- och psykologhjälp. Jag frågade också vilket stöd de fick i form av förändringar på arbetsplatsen för att de skulle kunna återgå till arbetet efter sin sjukledighet. Av svaren har jag skapat fyra kategorier: Arbetsgivaren, Arbetskamraterna, Förändringar i arbetet och Hälsovården.

6.2.1 Arbetsgivaren

Stödet från arbetsgivarna var varierande när deltagarna blev sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Fyra av arbetsgivarna var förstående och hade ett respektfullt bemötande när deltagarna blev sjukskrivna. En deltagare som tyckte att stödet var bra vid sjukskrivningen hade ändå önskat mera förståelse från sin arbetsgivare för att man inte är 100 % återställd när man börjar jobba igen och att man inte är lika stresstålig som förut. Förmännen på arbetsplatserna visade sitt stöd genom att ringa eller skicka meddelande och fråga hur de mår. En arbetsgivare delgav

att arbetsbördan varit för tung och sade att deltagaren skall vara hemma och vila upp sig. Samma arbetsgivare och visade också sitt stöd genom att hjälpa till att fundera på andra alternativ ifall det inte skulle gå att fortsätta med samma arbetsuppgifter. En del arbetsgivare uppmuntrade deltagarna att komma och hälsa på till arbetsplatsen under sjukledigheten.

”Upplever stödet som bra men hade önskat mera förståelse för att man inte är 100 % återställd när man börjar jobba igen, de kunde förstå att man inte är lika stresstålig som förut”

”Arbetsledaren ringde flera dagar i sträck efteråt och frågade om måendet”

”Bemöttes med respekt, ingen press från deras sida bara från min egen sida”

”Tycker att jag haft bästa arbetsgivaren”

”Förmannen skickade textmeddelanden under sjukledigheten för att uppmuntra”

Två av deltagarna möttes av oförståelse från sina förmän. Den ena deltagaren som inte fick så bra stöd förklarade att förmannen låtsades vara förstående till en början, men ändå började dela ut arbetsuppgifter trots att deltagaren var på sjukledighet. Förmannen ringde också och frågade när deltagaren kan komma tillbaka eftersom det kört ihop sig på arbetet. Förståelsen och stödet blev dock bättre med tiden efter att förmannen hade fått en tillsägelse av deras chef. Den andra deltagaren som inte fick tillräckligt stöd sade att förmannen nog förstod att deltagaren behövde vara hemma, men hade inte någon förståelse för att deltagaren inte kunde hantera situationen. Deltagaren tyckte att förmannen inte hade någon empati.

”Förmannen sade till mig att jag nog måste våga möta det svåra”

”Under den första sjukledighetsperioden ringde förmannen och frågade när jag kan komma tillbaka, om jag kan säga ett datum”

6.2.2 Arbetskamraterna

Stödet från arbetskamraterna upplevdes vara positivt och bra. Flera deltagare beskrev att de fick uppbackning av arbetskamraterna och möttes med respekt. Vissa fick besök eller samtal från arbetskamraterna under sjukledigheten. Det hjälpte mycket när någon berättade åt deltagarna att de upplevt samma symtom. En deltagare berättade att kollegorna började anklaga sig själva för att de inte uppmanade deltagaren att söka hjälp.

”Fick stöd och uppbackning av arbetskamraterna”

”Kollegerna anklagade sig själv för att de inte uppmanade mig att gå till läkaren”

”En arbetskamrat ringde samma kväll och frågade hur det var, var förvånad att han inte hade märkt någonting”

”En del arbetskamrater kontaktade mig och berättade att de också har upplevt liknande symtom, det hjälpte mig mycket”

Att prata om psykisk ohälsa på arbetsplatsen upplevdes olika. De som själva var öppna med sin psykiska ohälsa möttes också av öppenhet. En deltagare tyckte ändå att det inte var helt lätt att tala med arbetskamraterna om sin psykiska ohälsa, eftersom denne hade en känsla av att folk inte riktigt förstod.

”Helt okej, inte lätt men inte svårt heller. Tillåtande klimat”

”Ganska svårt, känns som att folk inte riktigt förstår. Ville inte berätta åt någon i detalj hur det var”

”Familjär känsla i det egna teamet, gick bra att prata med dem också med förmannen”

”Bedömde själv att jag inte hade svårt med det, var väldigt öppen med det”

Alla deltagare fick ett bra bemötande av arbetskamraterna efter sjukledigheten. Vissa fick blommor och kort och möttes av kramar och uppmuntrande ord. En deltagare hade målat upp en bild av att det är en stor sak, att man blir intervjuad och måste berätta för alla på arbetsplatsen, men blev senare ändå bara önskad välkommen tillbaka och så var det bra med det. En deltagare sade att en del av arbetskamraterna var lite reserverade och försiktiga i sitt bemötande, men

visade ändå hänsyn. De arbetskamrater som deltagarna kände bättre vågade fråga men andra sade oftast inte så mycket.

”De som kände en bäst frågade, upplevde att flera kanske skulle ha velat fråga men att de inte vågade”

”Arbetskamraterna var jätteglada att jag var tillbaka, upplevde att glädjen var stor”

”Upplever att personer är lite reserverad till först”

”Kramade och gav uppmuntrande ord, super!”

6.2.3 Förändringar i arbetet

För att kunna återgå till arbete efter att ha drabbats av psykisk ohälsa så krävs stöd av arbetsgivaren i form av förändringar. I de flesta fall går det inte att börja med full arbetstid efter sjukledigheten och ibland krävs det också förändringar i arbetsuppgifterna, eller till och med en ny arbetsplats. Här presenterar jag vilka förändringar som gjordes för de personer som jag intervjuade.

Samtliga av intervjudeltagarna fortsatte att arbeta åt samma arbetsgivare. Två deltagare bytte dock arbetsställe efter sjukledigheten för att få lättare arbetsuppgifter och mindre stress. En deltagare fick färre och lättare uppgifter på samma arbetsställe. Fyra deltagare gick ner i arbetstid de första månaderna efter sjukledigheten. En deltagare fortsatte som förut med 78 % arbetstid, men behövde inte arbeta i flerskift mera.

”Blev omändringar så att jag kunde ha mindre arbetsuppgifter i fortsättningen”

”Fick byta till en annan arbetsplats under samma organisation, mindre stress på det nya arbetsstället”

En deltagare skilde ur från de andra genom att personen kunde återgå till samma heltidsarbete i tre år framåt och fortsatte även att avancera i arbetet under de kommande åren. Deltagaren ville enligt sig själv ha det så och blev inte tvingad.

”Fanns inte kunskap på arbetsplatsen, fanns ingen som frågade om jag är kapabel att avancera i uppgifterna”

”Upplever att det beror mycket på mig själv, har inte blivit tvingad till något”

6.2.4 Hälsovården

Intervjudeltagarna var överlag nöjda med det stöd som de fick via hälsovården. En deltagare sökte hjälp via privatläkare, medan alla de andra sökte hjälp via företagshälsovården. De flesta hade återkommande läkarbesök. Alla deltagare erbjöds antidepressiva läkemedel vid läkarbesöket när de sjukskrevs, och en del erbjöds också ångestdämpande läkemedel. Två av deltagarna valde att inte börja äta antidepressiv medicin, den ena av rädsla för biverkningar och den andra ville istället ta tag i själva problemet. Alla deltagare utom en fick psykologhjälp eller samtalsterapi. De flesta av deltagarna tyckte att psykologbesöken var mycket nödvändiga och givande. En deltagare upplevde att psykologbesöken blev alltför sällan när det var flera veckor mellan gångerna. Den deltagare som inte erbjöds terapi eller psykologhjälp visste själv inte varför och funderade på det efteråt. Samma person fick senare heller ingen uppföljning från hälsovården.

”Fick antidepressiva läkemedel utskrivet av läkaren, men jag vågade inte börja ta dem när jag läste vilka biverkningar man kan få”

”Fick direkt antidepressiva läkemedel utskrivet av läkaren”

”Skulle ha velat ha mer samtalsterapi, alltför sällan när man mår dåligt. Tror att man skulle få mera hjälp om man säger att man har självmordstankar”

”Började gå till psykologen direkt, sammanlagt fem gånger under sjukledigheten. Kände mig starkare varenda gång”

”Var tre gånger och talade med psykologen, upplevdes inte som livsviktig men ändå bra”

”Hade inte klarat mig utan psykologhjälp, jag fick lära mig att acceptera mig själv”

6.3 Förebyggande av psykisk ohälsa

I denna kategori lyfter jag fram intervjudeltagarnas synpunkter på vad som kunde göras i förebyggande syfte på arbetsplatsen. Det är också en av frågeställningarna för denna studie. Som kategorier har valts: åtgärder på arbetsplatsen samt information och öppenhet.

6.3.1 Åtgärder på arbetsplatsen

Intervjudeltagarna hade flera synpunkter på vad som kunde göras på arbetsplatsen i förebyggande syfte. Man ville ha mera ändamålsenliga utrymmen för att kunna arbeta ostört och inte distrahera varandra. Många föreslog flera rekreationsdagar för att få avbrott i vardagen och bättre sammanhållning i arbetsgruppen. De flesta tyckte att arbetsmängden var för stor och att man borde anställa mera personal, eftersom man med mera personal skulle minska stressen och förebygga att personalen blir uttröttad. Ett förslag var att man kunde satsa på tekniska hjälpmedel, så att man inte behöver komma ihåg så mycket själv.

”Mera ändamålsenliga utrymmen, för mycket personal i för lite utrymmen som distraherar varandra”

”Ta in mera personal så att folk inte behöver arbeta ihjäl sig”

” Uttröttning leder till att personalen blir irriterad och gräl om små saker uppstår”

”Satsa på tekniska hjälpmedel så att man inte behöver ha allt i huvudet”

6.3.2 Information och öppenhet

Intervjudeltagarna efterlyste mera öppenhet mellan ledning och personal. Deltagarna önskade mera information om vad psykisk ohälsa innebär och vilka möjligheter det finns för den som drabbas av psykisk ohälsa. De ville ha regelbundna utvecklingssamtal för att kunna följa med hur personalen mår. Deltagarna ville också att arbetsledningen skulle ordna med föreläsningar om psykisk ohälsa och på det viset sänka tröskeln för att söka hjälp. Viktiga egenskaper hos förmännen skulle vara att de bryr sig om sin personal och frågar hur de mår för att det skall bli lättare för personalen att vara ärliga om sin psykiska ohälsa. Ledningen borde vara tillmötesgående och hörsamma personalen som önskar gå ner i arbetstid för att orka.

”Se arbetstagaren mera och inte bara fråga om man hinner utföra själva arbetet, kunde fråga hur man mår”

”Att våga prata mer öppet om psykisk ohälsa på arbetsplatsen”

”Föreläsningar om psykisk ohälsa och utbrändhet på personalmöten där alla deltar, både personalen och ledningen. Så att alla förstår att det är vanligt att drabbas”

”Ledningen skall hörsamma personalen när någon vill gå ner i arbetstid”

”Chefen lägger sig in i arbetstagarens arbete med ständiga utvecklingssamtal, fråga hur man mår. Ärlighet, att också arbetstagare vågar säga hur de mår”

”Att man ser en människa bakom varje anställd, att vi inte är några maskiner”

7 Diskussion

Syftet med denna studie var att skapa förståelse för och kunskap om hur det är att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet. Med syftet och frågeställningarna i baktanke diskuteras här studiens metod och resultat.

7.1 Metoddiskussion

I en metoddiskussion är det viktigt att man diskuterar såväl positiva som negativa aspekter med arbetet för att belysa kvaliteten i studien. Man bör ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet och de olika arbetsmomentens utföranden. När man första gången gör ett examensarbete kan det tas upp som en aspekt, att det kan synas genom hela processen att man varit en nybörjare. Från en annan synvinkel kan man se det positiva i att man lärt sig mycket och får insikt i vad som kunde gjorts annorlunda. (Henricson, 2015)

Tiden man har för att utföra arbetet kan påverka resultatet i studien, och det kan diskuteras i metoddiskussionen, om man haft tillräckligt med tid för att söka fakta och lämplig litteratur. Samt svårigheten att hitta material som besvarar syftet med studien på ett bra sätt, kan även diskuteras. (Henricson, 2015)

Vid kvalitativ design kan man diskutera metoden med begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Det kan diskuteras hur pålitligheten påverkas av respondentens förutfattade meningar och förståelse, och hur man hanterar den aspekten i studien. Man kan också diskutera ifall man bett någon utomstående som till exempel en handledare kontrollera att resultatet är rimligt, vilket ökar trovärdigheten för resultatet. Om man generaliserar och drar slutsatser utöver det som faktiskt kommer fram i resultatet påverkas examensarbetets validitet negativt. (Henricson, 2015)

Som metod i mitt examensarbete valde jag redan i ett tidigt skede att göra en intervjustudie. Att jag valde att göra en intervjustudie beror på att man på detta sätt kan förstå intervjudeltagarnas personliga upplevelser av psykisk ohälsa på ett djupare plan. Valet att inte banda intervjuerna, utan att i stället skriva ner dem direkt, gjorde att jag kunde läsa genom svaren under intervjuens gång och få bekräftelse av deltagaren att svaren var riktiga, och på så sätt undvika missförstånd. Intervjuerna gjordes personligen mellan deltagaren och mig, vilket gav mig möjligheten att

tolka miner och känslouttryck och få bättre förståelse för vad intervjudeltagaren verkligen ville få fram.

Jag anser att jag lyckades bra med att hitta lämpliga intervjudeltagare till studien. Målet var från början att hitta 4 - 5 intervjudeltagare, men slutligen blev det ändå sex deltagare som intervjuades eftersom jag lyckades hitta lämpliga personer som kunde ställa upp. Intervjudeltagarnas ålder var mellan 35 - 55 år och könsfördelningen var jämn, tre kvinnor och tre män. Intervjupersonerna hade alla olika yrken och deras diagnoser inom psykisk ohälsa varierade. Allt detta bidrog till ett bredare resultat och att tillförlitligheten till resultatet blev större. Denna studie är ändå relativt liten med få deltagare, medan en studie med ett högre antal deltagare skulle ge större tillförlitlighet.

Innan jag gjorde intervjuerna sökte jag fakta om psykisk ohälsa och skrev bakgrunden till studien. Det gjorde att jag kände mig mera påläst inom området och tryggare i att utföra intervjuerna. Bakgrundsfakta hittade jag i böcker men även på internetsidor från pålitliga organisationer, och detta kompletterades med fakta från vetenskapliga artiklar inom ämnet. Kaufmans, (1996) teori om skam valdes som teoretisk utgångspunkt.

Intervjufrågorna baserade sig på studiens frågeställningar och svaren analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys och sorterades i tre huvudkategorier utifrån dessa tre frågor. Jag upplevde att innehållet i intervjusvaren gav svar på examensarbetets frågeställningar och stämde väl överens med materialet i bakgrunden. På det viset kan man se den röda tråden genom hela studien.

Resultatet i analysen kan påverkas av egna tankar och förståelse när man gör en studie ensam, även om jag försökt undvika detta genom att ha ett objektiva synsätt. Eftersom jag skrivit examensarbetet ensam så har jag haft regelbunden kontakt med en handledare som följt med så att hela processen genom studien har gått rätt till. Handledaren har även kontrollerat att resultatet som jag kommit fram till är rimligt.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten och kopplas ihop med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten.

I resultatet framkom att intervjudeltagarnas symtom på psykisk ohälsa överlag var ganska lika även om de fått en del olika diagnoser. Ericsson, (2006) beskriver de typiska symtomen på psykisk ohälsa som nedstämdhet, oro, ångest och sömnproblem. Även om orsakerna kan vara många olika så är symtomen oftast liknande.

Stress i arbetet eller för tung arbetsbörda, var en delorsak till samtliga intervjudeltagares psykiska ohälsa. Detta bekräftas av Ottosson & Ottosson, (2007) att stress och för stor arbetsbörda under en längre tid och med för lite återhämtning leder till utmattningssyndrom. Även undersökningen gjord av Fan, et al. (2015) bekräftade att mycket stress i arbetet och stora krav på arbetstagarna var förknippade med större symtom på ångest och depression. I en undersökning av Wiegner, et al. (2015) visade det sig att 59 % av personer i arbetslivet som sökt hjälp hos primärvården av andra orsaker även visade symtom på stress.

Personliga egenskaper, som för stort kontrollbehov och för höga krav på sig själv, uppgavs av flera deltagare som en del av orsakerna till att de drabbades av psykisk ohälsa. Enligt Ottosson & Ottosson, (2007) är typiska personlighetsdrag hos dem som drabbas av i synnerhet utmattningssyndrom att de har för höga krav på sig själv och sin omgivning, samt att de har svårt för att säga nej och att sätta gränser. I undersökningen av Ashby, et al. (2006) påstår man att individer som strävar efter perfektionism ständigt utsätter sig för självkritik, vilket gör att man känner sig mindre värd och misslyckad.

Det kom fram i intervjuerna att alla deltagare fortsatte att arbeta länge efter att de fått de första symtomen. Vissa ville inte medge att de var sjuka, på grund av att de skämdes. Andra för att de inte förstod till en början vad symtomen berodde på. I studien av Sallis & Birkin, (2014) framkom också att deltagarna försökte stanna länge på arbetsplatsen trots symtom på depression. I forskningen av Aronsson, et al. (2015) påvisas att det förorsakar skamkänslor för många att söka hjälp för psykiska problem, dels på grund av stigmatiseringen som finns i samhället.

Man upplevde rädsla för att mista sitt arbete på grund av en psykisk diagnos eller att inte klara av att utföra sitt arbete i fortsättningen. Enligt Johansson, et al. (2016) kan stigmatisering och fördomar i samhället göra att personer med psykisk ohälsa diskrimineras på arbetsmarknaden, så att man hellre anställer en annan person. Sådana rädslor leder till att individen får sämre självkänsla och börjar känna sig utanför i samhället. I studien av Toth & Dewa, (2014) var alla deltagare rädda för att det skulle finnas olika fördomar på arbetsplatsen, bland annat att de skulle uppfattas som inkompetenta att utföra sina jobb.

En god självkänsla gjorde att två av deltagarna inte kände rädsla för att mista arbetet, men de var ändå rädda för att orken inte skulle komma tillbaka. Detta kan speglas mot teorin om skam Kaufman, (1996) som säger att är skam orsaken till låg självkänsla, och senare ger känslor av otillräcklighet och underlägsenhet.

Tre av deltagarna upplevde skamkänslor i samband med insjuknandet, och två av dessa var män. Även att få en diagnos som handlar om psykisk ohälsa upplevdes skamligt. De kände att de inte får visa sig svaga inför andra. Detta stämmer väl överens med studien utförd av Shepard & Rabinowitz, (2013) där man undersökte om det är svårare för män att söka vård vid depression på grund av skamkänslor. I studien framkom att det i allmänhet finns en uppfattning att mannen skall vara det starkare könet och inte bör visa sin maskulina svaghet. Enligt Kaufman, (1996) är även frågor kring maskulinitet och femininitet relaterade till skam.

Kunskap om vad psykisk ohälsa innebär och vad som kan orsaka den gjorde att tre av deltagarna inte kände skam när de drabbades av psykisk ohälsa. Kaufman, (1996) framhåller också kunskap som det enda som kan rädda människorna från skamkänslor, och att kunskap om skam kan rädda människor från psykisk störning.

I studien framkom också skamkänslor över att inte klara av att utföra sitt arbete på samma sätt som tidigare. Kaufman, (1996) menar att människan konstruerar livsdrömmar av olika slag, och när dessa drömmar misslyckas på grund av olika orsaker som t.ex. sjukdom så kan det aktivera skamkänslor. Misslyckande i arbetet skapar mindervärdeskänslor. I en framgångsrik kultur blir sambandet mellan skam och underlägsenhet särskilt påtaglig.

Stödet från arbetsgivaren var en viktig del i tillfrisknandet. Fyra av deltagarna upplevde tillräckligt stöd och förståelse från arbetsgivarens sida, medan två av deltagarna inte fick det

stöd som de skulle ha behövt. I undersökningen gjord av Mielenterveyden keskusliitto, (2017) framkom att deltagarna var ense om att arbetsgivarna behöver utbildas i hur de kan stödja de som drabbas av psykisk ohälsa.

Det krävdes förändringar på arbetsplatsen i form av minskad arbetstid och i vissa fall förändringar i arbetsuppgifter för att man skulle kunna fortsätta att arbeta efter sjukskrivningen. I undersökningen gjord av Mielenterveyden keskusliitto, (2017) bekräftas att praktiska åtgärder på arbetsplatsen behövs för att stödja dem som drabbas av psykisk ohälsa. Där nämndes stöd i form av förkortning av arbetstiden, möjlighet till distansarbete och extra pauser. Även omorganiseringar och olika praktiska hjälpmedel nämndes.

Stödet som deltagarna fick från hälsovården upplevdes vara viktig. Antidepressiva läkemedel erbjöds åt alla. Psykologhjälp eller samtalsterapi erbjöds åt alla utom en. De flesta upplevde psykologbesöken och samtalsterapin som mycket nödvändiga. Det kom fram att när man mår dåligt behöver psykologbesöken vara tillräckligt ofta. THL, (2016) uppger att om man drabbas av psykisk ohälsa behöver man genast kunna få vård och erbjudas psykoterapi. Arbetstagare som insjuknat i psykisk ohälsa skall stödjas och det skall finnas verksamhetsmodeller som gör det lättare att återvända från sjukledighet.

Att minska arbetsbördan och stressen på arbetsplatsen var saker som nämndes av intervjudeltagarna som viktiga förebyggande åtgärder mot psykisk ohälsa. Man önskade bland annat flera rekreationsdagar för att få mera ork i arbetet. Mera öppenhet mellan ledning och personal. Eriksson, (2006) skriver att ha en alltför stor arbetsbörda kan vara ödesdigert för den psykiska hälsan. Det nämns också om hur viktigt det är med en fungerande arbetsledning.

Intervjudeltagarna hade en önskan om man på arbetsplatsen skulle få information genom till exempel föreläsningar om vad psykisk ohälsa innebär, och vilka möjligheter det finns för dem som drabbas av psykisk ohälsa. Det skulle sänka tröskeln för att söka hjälp. Här kommer det fram hur viktigt det är med kunskap om och öppenhet kring psykisk ohälsa. I undersökningen gjord av Mielenterveyden keskusliitto, (2017) fanns också önskemål om att det ska finnas någon på arbetsplatsen att prata med, och man borde skapa en miljö på arbetsplatsen där man kan prata om psykisk ohälsa. I studien av Sallis & Birkin, (2014) ansåg man att mera kunskap om psykisk ohälsa hos ledningen på arbetsplatsen hade kunnat förebygga sjukfrånvaro.

7.3 Slutledning

Frågeställningarna i studien besvarades, och svaret på första frågan som gällde upplevelsen av psykisk ohälsa fick en mångsidig beskrivning i resultatet. En ögonöppnare för mig var sambandet mellan skamkänsla och självkänsla, att dessa två saker spelar en central roll vid psykisk ohälsa. Det skulle enligt mig vara en viktig sak för alla att känna till, men speciellt för vårdpersonalen.

Andra frågan som gällde stödet man får när man insjuknar i psykisk ohälsa blev också besvarad och där vill jag speciellt poängtera betydelsen av psykologhjälp, det vill säga hur viktigt det verkar vara för tillfrisknandet att man får professionell samtalsterapi av exempelvis en psykolog. Även arbetsgivarnas roll uppgavs vara viktig för tillfrisknandet, det vill säga att de skulle bli medvetna om och få kunskap om hur de kan stöda och hjälpa en arbetstagare som insjuknat eller är på väg att insjukna i psykisk ohälsa.

På den tredje frågan om som berör förebyggande av psykisk ohälsa på arbetsplatsen gavs direkta svar och önskemål av intervjudeltagarna. Det viktigaste som kom fram var att man bör ha en öppen attityd till psykisk ohälsa så att man vågar prata om det, men också att arbetsledningen är tillmötesgående för att man till exempel behöver gå ner i arbetstid eller få byta arbetsuppgifter ifall det finns behov av det.

En slutsats som man kan dra är att stress på arbetsplatserna inte skulle få förekomma. Alla intervjudeltagare ansåg att det var en bidragande orsak till att de insjuknade i psykisk ohälsa. Hur man kan undvika stress på arbetsplatserna är därför en sak som borde tas mer på allvar. Eftersom det i studien framkommer så tydligt att stress är en stor bidragande orsak till psykisk ohälsa, så anser jag att det borde forskas mera i stressförebyggande åtgärder och stresshantering på arbetsplatser. På alla arbetsplatser borde ledningen ta i beaktande att det kan vara mindre lönsamt i längden att ha för tung arbetsbörda på arbetstagarna, risken är stor att det i slutändan leder till sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa. Satsningar på arbetstagarnas välmående skulle ge positiva effekter för hela samhället.

Referenser

- Aronsson, G., Marklund, S. & Solheim, L. J., 2015. Skam, stigmatisering och framtidstro bland långtidsjsjukskrivna i "osynliga" diagnoser. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 92(4), pp. 12-13.
- Ashby, J. S., Rice, K. G. & Martin, J. L., 2006. Perfectionism, Shame, and Depressive Symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), pp. 148-156.
- Cullberg Weston, M., 2008. i: I. Ericson, red. *Från skam till självrespekt*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, pp. 26-149.
- Danielson, E., 2012. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, pp. 165-337.
- Eriksson, R., 2006. *Suntarbetsliv*. [Online]
Available at: <https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/vad-ar-psykisk-ohalsa/>
[Använd 26 Oktober 2017].
- Fan, L.-B., Blumenthal, J. A., Watkins, L. L. & Sherwood, A., 2015. Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. *Occupational medicine*, Mars, 65(2), pp. 110-116.
- Henricson, M., 2015. Diskussion. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, pp. 472-475.
- Henricson, M. & Billhult, A., 2012. Kvalitativ design. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, p. 130.
- Johansson, R., Johansson, S. & Skärgren, L., 2016. S. Gardestrand & A. Wigzell, red. *Samhällsbaserad psykiatri*. 1:a red. Stockholm: Liber AB, pp. 10-142.
- Kaufman, G., 1996. P. Ritzer, red. *The Psychology of Shame, Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*. 2:a red. New York: Springer Publishing Company, Inc., pp. 0-250.
- Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, pp. 70-87.
- Mielenterveyden keskusliitto, 2017. *Mielenterveysbarometri: Työura voi jatkaa mielenterveysongelmista huolimatta*. [Online]
Available at: <http://mtkl.fi/mielenterveysbarometri-tyoura-jatkua-mielenterveysongelmista-huolimatta/>
[Använd 4 Januari 2018].
- MIELI, 2017. *Förebygg stress och utbrändhet*. [Online]
Available at: https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/stressiopas_swe_netti.pdf
[Använd 3 November 2017].
- Ottoson, H. & Ottoson, J.-O., 2007. O. Karlsson, red. *Psykiatriboken*. 1:a red. Stockholm: Liber AB, p. 52-101.
- Pensionsskyddscentralen, 2017. *Statistik över pensionstagarna i Finland. Orsaken till sjukpension för unga människor är oftast psykisk ohälsa*. [Online]
Available at: <https://www.etk.fi/sv/forskning-statistik-prognoser/statistik/pensionstagare/samtliga->

pensionstagare/

[Använd 14 Februari 2018].

Pensionsskyddscentralen, 2017. *Varje dag sjukpensioneras åtta personer för depression*. [Online] Available at: <https://www.etk.fi/sv/tiedote/varje-dag-sjukpensioneras-atta-personer-for-depression/> [Använd 26 Februari 2018].

Sallis, A. & Birkin, R., 2014. Experiences of Work and Sickness Absence in Employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), pp. 4-8.

Shepard, D. S. & Rabinowitz, F. E., 2013. The Power of Shame in Men Who Are Depressed: Implications for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, Oktober, 91(4), pp. 451-457.

THL, 2015. *Ångestsyndrom*. [Online]

Available at: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>

[Använd 29 Oktober 2017].

THL, 2015. *Masennus*. [Online]

Available at: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>

[Använd 21 Oktober 2017].

THL, 2016. *Affektiva störningar*. [Online]

Available at: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/affektiva-storningar>

[Använd 21 Oktober 2017].

THL, 2016. *Psykisk hälsa kan främjas i många olika vardagsmiljöer*. [Online]

Available at: <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/psykisk-halsa-kan-framjas-i-manga-olika-vardagsmiljoer>

[Använd 1 November 2017].

Toth, K. & Dewa, C., 2014. Employee Decision-Making About Disclosure of a Mental. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), pp. 4-5.

Wasserman, D. & Nilunger-Mannheimer, L., 2012. Allmänt om psykisk hälsa. i: T. Theorell, red. *Psykosocial miljö och stress*. 2:1 red. Lund: Studentlitteratur AB, pp. 141-144.

WHO, 2017. *Mental health*. [Online]

Available at: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/

[Använd 19 Oktober 2017].

Wiegner, L., Hange, D., Björkelund, C. & Ahlborg, G., 2015. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care - an observational study. *BMC family practice*, Volym 16, p. 38.

Informationsbrev

Bästa deltagare!

Jag heter Ronny Hagnäs och studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. I mitt examensarbete undersöker jag upplevelsen av att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet.

Jag har valt att använda mig av intervjuer för att få material till studien. Intervjumaterialet kommer att förvaras säkert från obehöriga fram tills att examensarbetet är färdigt, därefter förstörs allt material.

Det är frivilligt att delta i intervjun och ni har rätt att avbryta när ni vill. Ni kommer att vara anonyma genom hela studien. Citat från intervjuerna kan användas i examensarbetet.

Tack för din medverkan!

Ronny Hagnäs

Tel. 0505314150

Ronny.Hagnas@edu.novia.fi

Handledande lärare:

Marlene Gädda

Tel. (06) 3 285 341 / 0447805341

Marlene.Gadda@novia.fi

Informerat samtycke

Jag godkänner att uppgifterna jag utlämnar i denna intervju får användas i forskningssyfte till intervjuarens examensarbete. Jag som informant är anonym i hela examensarbetet.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Ronny Hagnäs intygar att informationen som ges under intervjun behandlas konfidentiellt och enbart i forskningssyfte till mitt examensarbete.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Intervjufrågor

1. Vad har du för erfarenhet av psykisk ohälsa? (Kort historia)
2. Vilka var enligt dig själv de första tecknen på att du höll på att få problem med den psykiska hälsan?
3. Fanns det utlösande faktorer till den psykiska ohälsan i arbetet och utanför arbetet, i så fall vad?
4. Hur lång var perioden som du mådde sämre men ändå klarade av att arbeta tills du blev sjukskriven?
5. Var du rädd att insjuknandet skulle påverka din arbetsituation på ett negativt sätt, i så fall på vilket sätt?
6. I vilket skede fick arbetsgivaren vetskap om din psykiska ohälsa?
7. Vilka reaktioner mötte du av arbetsgivaren och arbetskamraterna?
8. Beskriv om det var lätt eller svårt att prata om psykisk ohälsa på din arbetsplats.
9. Upplevde du känslor av skam i samband med insjuknandet? Beskriv hur det kändes.
10. Berätta om vilket stöd du fick från arbetsgivarsidan, var stödet tillräckligt?
11. Vilken hjälp fick du från hälso- och sjukvården, hade du önskat mera hjälp?
12. Kunde du återgå till samma arbetsuppgifter efteråt? Berätta om eventuella förändringar.
13. Beskriv och berätta om vilket bemötande fick du på arbetsplatsen efter sjukledigheten.
14. Vilka åtgärder kunde man enligt dig göra på arbetsplatsen för att förebygga psykisk ohälsa?