



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIOLOGI
OCH ARBETSVETENSKAP**

”MAN BLIR INTE FRISK AV ATT VARA SJUKSKRIVEN I ALLA FALL”

- En kvalitativ studie om livet som
långtidssjukskriven för psykiatriska diagnoser

Esther Björk

Abstract

Titel: "Man blir inte frisk av att vara sjukskriven i alla fall": En kvalitativ studie om livet som långtidssjukskriven för psykiatriska diagnoser

Författare: Esther Björk

Handledare: Emma Engdahl

Examinator: Micael Björk

Typ av arbete: Examensarbete för kandidat i sociologi 15 hp

Tidpunkt: HT 2017

Antal tecken inkl. blanksteg: 69 933

Syfte och frågeställningar: Unga långtidssjukskrivna med psykiatrisk diagnos utmärker sig som en grupp som riskerar att bli utestängda från arbetsmarknaden och därmed även uteslutna ur samhällsgemenskapen. Syftet med detta uppsatsarbete är att fylla en lucka i forskningen genom att erbjuda ett inifrånperspektiv på hur fyra individer ur denna grupp själva upplever sin livssituation. Frågorna jag söker svar på är:

- Hur ser vardagen ut för unga långtidssjukskrivna, och hur skapas mening i vardagen?
- Hur formas identiteten utifrån situationen som ung långtidssjukskriven?
- Vilken syn har unga långtidssjukskrivna på framtiden och sin förmåga till förändring?
- Vilka strategier utvecklas för att hantera de svårigheter som situationen innebär?

Metod och material: Arbetet är en kvalitativ studie där materialet samlats in genom totalt 6 timmars semistrukturerade kvalitativa intervjuer med fyra informanter som lever i långtidssjukskrivning för sina psykiatriska diagnoser. Informanterna bestod av två kvinnor och två män i åldrarna 28-31 år och som levt mellan 8-14 år i sjukskrivning. Intervjuerna har transkriberats i sin helhet för att sedan kodas enligt tillvägagångssättet för innehållsanalys med hjälp av dataprogrammet NVivo. De teman som fick flest referenser knutna till sig har sedan fått utgöra kategorier som analyserats utifrån perspektivet symbolisk interaktionism.

Huvudresultat: Under perioder då informanterna suttit sysslösa i sjukskrivningen upplevdes tillvaron som meningslös och måendet försämrades. Regelbunden aktivitet där de erbjöds social interaktion bidrog istället till en självutveckling som gynnande måendet. Den psykiatriska diagnosen spelade stor roll för identiteten och beskrevs både som nödvändigt verktyg för att kommunicera sina behov samtidigt som den på många sätt också var begränsade. Också stigmat kring psykiatriska diagnoser och långtidssjukskrivningar påverkade livet. För att undvika stigmat nyttjades strategier som att dölja tillhörighet i gruppen, hålla sig till personer i liknande situation eller se sitt avvikande som en tillgång.

Nyckelord: Långtidssjukskrivning, psykiatriska diagnoser, identitet, meningsskapande, symbolisk interaktionism

Ett hjärtligt tack!

Jag vill börja med rikta ett stort tack till alla de personer som hört av sig och visat intresse för att delta i studien! Ni är oerhört viktiga för vetenskapen! Ett särskilt tack går ut till de fyra personer som format denna uppsats genom att öppna sina liv och svara på alla mina frågor med stort engagemang. Tack!

Jag vill också tacka min partner för stöd och kärlek under resans gång, min handledare för ett trevligt och produktivt samarbete och alla de i min närhet som intresserat sig och hejat på! Ni är guld värda!

Esther Björk

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1. Bakgrund | 1 |
| 1.1 Syfte och frågeställningar | 3 |
| 2. Tidigare forskning | 3 |
| 2.1 Utomståendes attityder inför psykiskt sjuka | 3 |
| 2.2 Effekter av långtidssjukskrivning | 3 |
| 2.3 Psykisk sjukdom och arbete | 4 |
| 3. Teoretiska utgångspunkter | 6 |
| 3.1 Symbolisk interaktionism | 6 |
| 3.2 Stigma | 8 |
| 4. Metod | 9 |
| 4.1 Urval | 9 |
| 4.2 Datainsamling | 10 |
| 4.3 Analys | 11 |
| 4.4 Validitet och reliabilitet | 11 |
| 4.5 Etiska ställningstaganden | 12 |
| 5. Resultat och analys | 13 |
| 5.1 Mening i vardagen | 14 |
| 5.2 Diagnosens konsekvenser | 16 |
| 5.2.1 Att bli sjuk | 17 |
| 5.2.2 Diagnoser och identitet | 18 |
| 5.2.3 Diagnoser och synen på sin egen förmåga | 19 |
| 5.2.4 Diagnosen – sjukdom eller tillgång? | 20 |
| 6.3 Strategier för att undvika stigma | 21 |
| 6. Sammanfattande diskussion | 24 |
| 6.1 Resultatet | 24 |
| 6.2 Metoden | 25 |
| 6.3 Slutsatser | 26 |
| 7. Litteraturlista | 28 |
| Bilaga 1: Rekryteringsbrev i form av offentligt inlägg på Facebook | 31 |
| Bilaga 2: Intervjuguide | 32 |

1. Bakgrund

Att frågan “Vem är du?” ofta besvaras genom att redogöra för utbildning och sysselsättning tyder på att vi lever i ett samhälle där identiteten är starkt sammankopplad med rollen vi spelar i det offentliga rummet. Men för en växande grupp unga vuxna blir svaret på frågan komplicerat. De sjuka. De som lever ett liv i en lång sjukskrivning utan planer på att återgå i ett arbete. De som kanske aldrig ens varit ute i arbetslivet på grund av sina diagnoser.

Det som förr hette sjukpension och sjukbidrag ersattes den 1 januari 2003 med sjukersättning och aktivitetsersättning (SA) och betalas ut till den som på grund av långvarig sjukdom eller nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan inte kan förväntas stå till arbetsmarknadens förfogande (Försäkringskassan 2017:17). Aktivitetsersättningen är till för unga vuxna i åldrarna 19-29 år där arbetsförmågan bedöms vara nedsatt i minst ett år. Som högst kan aktivitetsersättning beviljas för 3 år, varpå en och bedömning om fortsatt sjukskrivning måste göras för att erhålla ersättningen ytterligare en treårsperiod. Tanken med aktivitetsersättning är att individen under sjukskrivningen ska erbjudas en aktivitet som främjar arbetsförmågan och underlättar övergång till arbetsmarknaden. Men trots tidsbegränsningen och idén om att stimulera funktionsförmågan genom aktivitet blir en majoritet kvar i ersättningsformen tills de vid 30 års ålder istället måste ansöka om sjukersättning (ISF 2017:14-15). Försäkringskassan menar att ökningen av antalet unga (20-39 år) med aktivitets- eller sjukersättning varit dramatiskt, där det på tio år nästan skett en fördubbling (2007:7). Denna ökning har fortfarande inte avtagit, och Försäkringskassan rapporterar nyligen än en gång om att gruppen som erhåller aktivitetsersättning nästan fördubblats på 10 år (2017b:2).

Psykiatriska diagnoser är den klart vanligaste anledningen till sjukskrivning för unga vuxna, och har varit det de senaste tio åren (SOU 2008: 69, Försäkringskassan 2017b:2). Av de som nybeviljades aktivitetsstöd för nedsatt arbetsförmåga år 2016 hade 82% en psykiatrisk diagnos som grund (Försäkringskassan 2016:50). Vanliga diagnoser som förekommer i denna grupp är t.ex. depressioner, ångest, personlighetsstörningar, lättare utvecklingsstörningar och neuropsykiatriska störningar som ADHD, autism och asperger (Försäkringskassan 2007b:14-16, Försäkringskassan 2016:51, Försäkringskassan 2017b:2). Gruppen som erhåller SA utmärker sig dessutom genom att ha lång erfarenhet av tidigare arbetslöshet och tidigare sjukskrivningar, och en lägre utbildningsnivån jämfört med kontrollgrupp (Försäkringskassan,

2007a:14; SOU, 2008:69). Många har aldrig varit ute på arbetsmarknaden, och endast 15% av gruppen 20-24 år hade ett arbete innan de blev sjukskrivna, motsvarande siffra för gruppen 25-39 år är 54% (Försäkringskassan, 2007b:20).

Socialstyrelsen (2017:40) uppdaterade i dagarna de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom och understryker där vikten av att tidigt identifiera depression och ångestproblematik hos ungdomar samt erbjuda adekvat vård i form av psykologisk behandling för individen och psykopedagogisk behandling för familjen. Detta för att undvika att tillstånden får konsekvenser i form fortsatta problem med relationer, studier, arbetsliv, ihållande depression in i vuxenlivet, annan ohälsa, missbruk och suicid. De nya riktlinjerna innebär en ökad kostnad för vården men bedöms på sikt minska de indirekta samhällskostnaderna som sjukskrivning och förtidspensionering innebär (Socialstyrelsen 2017:66).

Risken är att de som blir långtidssjukskrivna för sitt psykiska mående i ung ålder senare får ännu svårare att slå sig in på en redan tuff arbetsmarknad. Melén (2008) menar att arbetslösa är överrepresenterade i gruppen långtidssjukskrivna för att det är svårare att lämna sjukskrivningen utan arbete att återgå till. Han menar vidare att arbetsmarknadens definition av arbetsförmåga, och statens anpassning till denna, hindrar långtidssjukskrivna från att ta steget ut i arbete trots att de är motiverade att förändra sin situation. På så vis menar Melén att arbetslöshet i sig skulle kunna orsaka den arbetsoförmåga som ligger till grund för vidare sjukskrivning, och han poängterar att de långtidssjukskrivnas upplevelse av sin arbetsoförmåga är starkt influerad myndigheternas bedömning. Myndigheternas bedömning är i sin tur influerad av den samtida tendensen att vilja sätta medicinska diagnoser på lidande, något som Svenaeus (2013) uppmärksammar i sin bok "Homo patologicus". Han menar här att dagens människa har ett behov av att sätta namn på sina svårigheter för att ge dem legitimitet, men att dessa diagnoser sedan kan komma att påverkar hur individen upplever och beskriver sig själv i relation till det normala (2013:73). Han målar upp en bild av ett samhälle där meningen med livet är att uppnå maximal njutning, vilket lett till att lidande, trots att det är en naturlig del av livet, inte bara kommit att klassas som ett misslyckande utan också som något sjukligt (Svenaeus 2013:158). Svenaeus tankegångar kring diagnoser i vår samtid har varit en inspiration som legat till grund för denna studies infallsvinkel.

1.1 Syfte och frågeställningar

Unga långtidssjukskrivna utmärker sig som en grupp som riskerar att bli utestängda från arbetsmarknaden och därmed även uteslutna ur samhällsgemenskapen. Mitt syfte är att undersöka hur unga långtidssjukskrivna med psykiatrisk diagnos själva upplever sin livssituation. Frågorna jag söker svar på är:

- Hur ser vardagen ut för unga långtidssjukskrivna, och hur skapas mening i vardagen?
- Hur formas identiteten utifrån situationen som ung långtidssjukskriven?
- Vilken syn har unga långtidssjukskrivna på framtiden och sin förmåga till förändring?
- Vilka strategier utvecklas för att hantera de svårigheter som situationen innebär?

2. Tidigare forskning

2.1 Utomståendes attityder inför psykiskt sjuka

Högberg (2010) konstaterar i sin avhandling att attityderna mot psykiskt sjuka fortfarande är övervägande negativa, både i vården och i samhället i stort, vilket han menar är stigmatiserande och hindrar gruppens integration i samhället (Högberg 2010:56). Utifrån perspektivet av symbolisk interaktionism drar han slutsatsen att negativa attityder konstrueras gemensamt och är avhängiga av vilken mening psykisk sjukdom har kommit att hålla för oss. Meningen skapas i sin tur i interaktionen med andra, och på så sätt influeras den allmänna attityden inför psykisk sjukdom av hur vi som samhälle redan behandlar denna grupp, vilket leder till att den negativa attityden förstärkas ytterligare och blir till en social sanning (Högberg 2010:48-49). Trots att det finns många faktorer som kan bidra till stigmatisering menar alltså Högberg att negativa attityder i omgivningen kan pekats ut som en av de största anledningarna (Högberg 2010:55).

2.2 Effekter av långtidssjukskrivning

Att hamna i en lång sjukskrivning påverkar livssituationen på ett flertal plan. Floderus, Göransson, Alexanderson och Aronsson (2003) uppmärksammade behovet av att undersöka vilka delar av livet som påverkas av sjukskrivningen, och genomförde därför en omfattande kvantitativ studie (n=1000) i hopp om att den skulle fungera hypotesgenererande inför framtida forskning (Floderus et al. 2003:16). Det unika i deras studie är att de fokuserar på hur just sjukskrivningen, inte sjukdomen som orsakat den, påverkat livet på olika sätt. Resultaten visar att långtidssjukskrivning har en övervägande negativ effekt på individen, även om det finns

områden där positiva effekter rapporteras (Floderus et al. 2003:16). Störst påverkan hade sjukskrivningen på ekonomin, där 81% rapporterar en negativ och 2% en positiv påverkan. Andra delar som påverkats negativt för mellan 49-68% av de långtidssjukskrivna är sömnen, det psykiska måendet självbild/självförtroende, livsstilsfaktorer samt möjlighet och lust för sociala aktiviteter (Floderus et al. 2003:6).

En jämförelse mellan olika åldersgrupper visade att negativa effekter på självbild och självförtroende var vanligare för personer under 50 år (Floderus et al. 2003:9). Yngre personer rapporterade även i högre utsträckning att sjukskrivningen ledde till ovilja att träffa människor, dåligt samvete över att inte jobba samt en känsla av att stå utanför och vara en belastning för samhället (Floderus et al. 2003:12). Författarna menar att skuld känslor och utanförskap kan bero på samhällets allmänna tryck på att människor ska vara lönearbetande, samt den misstro och negativa attityder som ofta blir riktade mot gruppen långtidssjukskrivna (Floderus et al. 2003:19). Gruppen långtidssjukskrivna för psykiska problem rapporterade dessutom högre negativa siffror än de som är sjukskrivna för fysiska besvär gällande påverkan på självbild/självförtroende, psykiskt mående, sömn och sociala relationer (Floderus et al. 2003:9). Slutsatsen som dras är att trots att nettoeffekten av långtidssjukskrivning för samtliga undersökta grupper lutar åt det negativa hållet samspelar alltid effekten av sjukskrivning med en rad individuella och sociala förhållanden (Floderus et al. 2003:16). Dessa förhållanden behöver undersökas närmare för att kunna uttala sig vidare om hur man bör förhålla sig till långtidssjukskrivningar för psykisk ohälsa.

2.3 Psykisk sjukdom och arbete

I en kunskapsöversikt på uppdrag av Kommissionen för jämlik hälsa uppmärksammar Janlert (2016) hur arbetslöshet länge har haft ett känt samband med psykisk ohälsa. Redan på 30-talet, då fler blev arbetslösa i och med den ekonomiska situationen, drogs kopplingen mellan arbetslöshet och försämrad psykisk hälsa. Denna effekt ses än idag där gruppen arbetslösa har psykiska besvär i mer än dubbelt så stor utsträckning än de som arbetar (Janlert 2016:17). Blank, Harries och Reynolds (2011) har undersökt hur de som går i behandling för sitt psykiska mående själva ser på arbete. I en litteraturöversikt av 13 kvalitativa studier som publicerats under 20 år fann de att en övervägande majoritet av personer som var inskrivna i vuxenpsykiatri var positiva till att arbeta, samt att många redan arbetade (2011:193). Fördelar som gruppen med psykiatriska diagnoser genomgående identifierade med ett arbete var: ökat

självförtroende, en mer strukturerad dag, fler sociala kontakter, syfte och mening i tillvaron och finansiella belöningar (Blank et al. 2011:193-94). En identitet som arbetade medborgare ansågs leda till förbättrad psykisk hälsa då det erbjuder möjligheten att inta en socialt värderad roll i samhället och därför få uppleva sig accepterad och uppskattad (Blank et al. 2011:195). Genom att prova på att utföra ett arbete kan personer som är sjukskrivna för psykiska problem utveckla en känsla för sin egen kapacitet för framtida arbete och på så vis konstruera en identitet som innefattar en framtid som yrkesverksam (Blank et al. 2011:194). I en kunskapsöversikt från Forte (2015) framkommer flera faktorer som tillsammans förklarar varför ett arbete är viktigt för hälsan. Lönearbete leder till att individen får en ekonomi som möjliggör materiellt välbefinnande och fullt deltagande i samhället samtidigt som det också uppfyller en rad psykosociala behov. I ett samhälle där normen är att vara lönearbetande blir en anställning central för identitet, sociala roller och socioekonomisk status, vilket i sin tur har en påverkan på både fysisk och mental hälsa (Forte 2015:57).

Blank et al. (2011) fann dock flera faktorer som kan agera som hinder på vägen mot ett arbete efter en sjukskrivning för psykiatriska problem. Det var vanligt att deltagarna uttryckte farhågor om att jobb skulle leda till stress, konflikter och förlust av kontroll över hur de använde sin tid, vilket i sin tur skulle kunna förvärra de mentala problemen. Ett av de stora hindren var även att psykisk ohälsa upplevs som ett stigma på arbetsplatser (Blank et al. 2011:195). Ytterligare hinder som framkom var okunskap om hur man får eller utför ett jobb, avsaknad av meriter såsom utbildning, kunskap och erfarenhet, och sjukdomsrelaterade besvär som dålig koncentrationsförmåga eller bieffekter från mediciner (Blank et al. 2011:196). De som hade negativa arbetslivserfarenheter sedan tidigare eller saknade arbete innan sjukskrivning tolkade ofta det som bevis på sin arbetsförmåga och hade därför inte hopp för framtiden (Blank et al. 2011:194). Också i kunskapsöversikten från Forte (2015) framgår att tveksamhet till den egna arbetsförmågan är ett hinder vid återgång till arbete. Sjukrolls beteendet och osäkerheten gällande arbetsförmågan ökar med längre sjukskrivning, varför det är viktigt att arbetsplatser sätter in resurser för att möjliggöra inkludering av sjukskrivna anställda under anpassade former innan denna effekt cementeras. Här uppmärksammas även diskrepansen mellan problemets omfattning och de fåtal studier som undersöker hur interventioner på arbetsplatser behöver utformas för att framgångsrikt hjälpa de med psykiska problem tillbaka i arbete (Forte 2015:51). Även Blank et al. understryker behovet av att undersöka hur gruppen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser kan hjälpas och föreslår mer djupgående kvalitativ forskning kring

livssituationen och den individuella tillfriskningsprocessen för att på bästa sätt förstå vilka insatser som krävs (Blank et al. 2011:197).

Utifrån den forskning jag presenterat både i bakgrunden och i detta avsnitt anser jag att det blir tydligt att det finns flera olika sidor av problemet som behöver utforskas mer. Rapporterna från Försäkringskassan och andra myndigheter undersöker och kartlägger gruppen utifrån utan att titta närmare på individens egna upplevelser, drivkrafter och svårigheter i relation till livssituationen och arbete. I samma linje undersöks allmänhetens eller vårdpersonals attityder till psykiskt sjuka i större utsträckning än psykiskt sjukas upplevelse av bemötande i samhället. Kvantitativ forskning (Floderus et al. 2003) visar att det finns oönskade effekter av långtidssjukskrivningar, men hur och varför dessa kommer att uppstå är i stort fortfarande okänt. Dessutom finns en tendens att utelämna min målgrupp när det kommer till forskning om vilka åtgärder som behövs i samhället, då exempelvis kunskapsöversikter som Fortes avsnitt om "*Återgång i arbete efter sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos*" (2015:45) fokuserar på just *återgång* istället för inträde. Man missar alltså ofta att en allt större grupp unga vuxna aldrig ens haft ett arbete innan de blev sjukskrivna och därför inte har en arbetsplats som kan samarbeta i ett rehabiliterande syfte. Flera av studierna ovan efterfrågar vidare forskning som lägger fokus på att förstå hela livssituationen som långtidssjukskriven för att i förlängningen bättre förstå hur denna grupp kan hjälpas. För att uppnå en större förståelse och nyansera bilden av gruppen långtidssjukskrivna med psykiatriska diagnoser anser jag att det är nödvändigt med ett inifrånperspektiv. Min uppsats är ett bidrag som ämnar göra detta genom att lyfta fram och analysera fyra långtidssjukskrivna individers levda erfarenheter.

3. Teoretiska utgångspunkter

3.1 Symbolisk interaktionism

Symbolisk interaktionism är ett teoretiskt perspektiv där betoningen ligger på att *förstå* människors handlingar och syn på verkligheten, varför detta angreppssätt lämpar sig väl för mitt syfte. Perspektivet vilar på antagandet om att verkligheten inte är objektiv, utan att det vi kallar verklighet skapas genom processer av mänsklig interaktion (Trost & Levin 2010:21). Med andra ord kan samhället förstås som summan av dessa processer av interaktion, och är således ständigt föränderligt. En av grundstenarna till symbolisk interaktionism finner vi i begreppet *definitionen av situationen*, myntat på 20-talet av Thomas och Thomas. För att återge den välkända originalformuleringen, ofta benämnt som Thomasteoremet, innebär detta

att *“If men define situations as real, they are real in their consequences”* (Thomas & Thomas 1928:572). Hur vi definierar situationen beror i sin tur både på oss som individer och på samhället vi befinner oss i. Samhället förser oss med en samling gemensamma definitioner som vi behöver för att kunna fungera tillsammans. Trots att både den fysiska och den sociala verkligheten inom perspektivet anses vara subjektiv kan den upplevas som objektiv tack vare att vi gemensamt definierat företeelser; vi har namngett dem och bestämt vad de håller för betydelse. Vi har på så sätt tillsammans skapat en verklighet som vi upplever som objektiv (Trost & Levin 2010:17). För att vi ska kunna göra detta krävs att vi interagerar med varandra, och för att interagera behövs symboler. Med symboler menas här alla de ting och handlingar som kommit att få mening för oss. Ord är en typ av symboler, men också minspel, rörelser, bilder och andra saker som givits en gemensam mening utöver sig själva kan ses som symboler. Dessa symboler är intimt sammanlänkade med definitionen av situationen och kan variera i mening och innebörd mellan olika situationer (Trost & Levin 2010:20-21).

En viktig del inom symbolisk interaktionism är synen på människan i en ständig process att skapa sig själv och sin värld. Människan *är* inte något utan människan *gör* (Trost & Levin 2010:21-22). Alla inneboende egenskaper en människa kan anses ha går alltså istället att förstå som handlingar som människan aktivt utför. George H. Mead, en av grundarna till symbolisk interaktionism, ger exempel på detta genom att vända på hur vi ser på intelligens. Han uttrycker det som att intelligens inte är något en människa har utan att det är en metod och aktivitet av att sammanfoga det vi redan erfarit med det nya vi lär oss. Det är alltså något vi gör. John Dewey, som också varit viktig för perspektivets framväxt, menar att intelligens dessutom är en social process, eftersom den är beroende av de symboler vi gemensamt lagt mening i (Trost & Levin 2010:22-23). Istället för att se egenskaper som något statiskt i en individ kan vi alltså med detta synsätt se att egenskaper är sociala processer som har sin grund i individens definition av situationen och som är beroende av interaktion med symboler för att bli bekräftade som social sanning och därmed bli verkliga. Genom att samla på sig sådana sanningar om sig själv och sin värld skapar en individ en inre bild av vem de är som människa. Mead kallar denna bild för *“me”*, en del av jaget (the self) som personen kan se på, reflektera kring och handla utifrån. Den andra delen av jaget kallar han för *“I”*, vilken består av spontana känslor och handlingar i nuet. Så fort stunden är passerad och vi kan reflektera kring vår känsla eller handling är vi alltså inte längre i den, utan vi har lagrat den symboliskt i vårt *“me”* för att kunna förhålla oss till den utifrån tidigare erfarenheter och normer som vi internaliserat i denna del (Trost och Levin 2010:24-25). Med hjälp av Meads teoretiska

uppdelning av självet kan vi förstå hur en människa hela tiden konstruerar sig själv i relation till tidigare lagrad information, hur känslor och händelser tolkas mot och integreras i en människas "me" och på så sätt säga något om hur upplevelser i vardagen formar identiteten och personens verklighet.

3.2 Stigma

Goffmans idé om stigma utgår från att människor i möte med varandra fort vill bilda sig en uppfattning om den andres sociala identitet för att fastställa egenskaper och därigenom veta vad de har att vänta av interaktionen. Omedvetet ställer vi ett antal normativa krav på de vi möter, och om det visar sig att personen besitter en mindre önskvärd egenskap som inte överensstämmer med våra förväntningar reduceras personen från en helt "vanlig människa" till en kastmärkt och utstött människa (Goffman 1971:10). Ett stigma är således en egenskap som är djupt misskrediterande i den grupp som personen kunde ha ingått i om det inte var för den avvikande egenskapen. Stigman kan vara avvikelser av olika sort, t.ex. kroppsliga missbildningar, grupptillhörighet som religion och nationalitet, eller fläckar på den personliga karaktären som kan uppfattas som tecken på bl.a. viljesvaghet, onaturlighet eller brist på hederlighet (Goffman 1971:12). Personer som är behäftade med stigman får sina livsmöjligheter reducerade genom att bli uteslutna och diskriminerade av gruppen som inte avviker från förväntningarna på ett negativt sätt, de som Goffman kallar "de normala". De normala rationaliserar sitt beteende genom att bygga upp en så kallad stigmatologi, en ideologi där man utifrån en övertygelse om att den stigmatiserade på olika sätt är underlägsen och representerar en fara kan förklara varför hen utesluts och handlingsbegränsas (Goffman 1971:13). Samma värderingar och föreställningar hålls ofta även av individen som bär på stigmat, vilket leder till en upplevelse av att vara onormal och en önskan om att antingen dölja den avvikande egenskapen för att accepteras av gruppen, eller undvika gruppen för att slippa att bli påmind om sitt avvikande (Goffman 1971:14-15). Ytterligare strategier som kan användas för att handskas med de negativa känslor det innebär att bli stigmatiserad är att bryta med den verklighet de normala håller för sann och istället tillämpa en egen tolkning av sin sociala identitet. En alternativ tolkning kan vara att göra stigmat till en syndabock som svarar för personens alla tillkortakommanden, besvikelser och motgångar i livet och därför tillförskansa sig sekundära vinster i form av att bli befriad från konkurrens och slippa socialt ansvar. Ytterligare en kan vara att se stigmat som en förklädd välsignelse som möjliggör en förståelse för livet som de normala inte har tillgång till, och på så vis sätta sig själv över den normala gruppen (Goffman 1971:18-20).

4. Metod

Den grupp jag riktar in mig på är unga vuxna som levt större delen av sina liv i sjukskrivning för psykiatriska diagnoser. Med bakgrund i min önskan att förstå individers upplevelse av sin identitet och livssituation faller det sig naturligt att använda en explorativ ingång i min studie. Jag valde därför att samla in material genom semistrukturerade kvalitativa intervjuer, då de erbjuder en kombination av stöd i definierade ämnesområden samtidigt som de möjliggör för den flexibilitet och följsamhet i samtalet som krävs för att bilda sig en mer helhetlig bild av någons liv (Dalen, 2008:31; Yin, 2011: 140). Värt att nämna här är också att hela studien har sin grund i ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, och utgår därför ifrån att allt som på ytan ter sig naturligt i själva verket är resultatet av en komplicerad social påverkan. Socialkonstruktivism har som syfte att demaskera verkligheten och visa hur det vi tar för naturgivet är något vi själva konstruerar och upprätthåller genom sociala handlingar (Wenneberg 2001:10, 148). Detta sätt att förstå världen har haft stort inflytande över både val av ämne och valet att använda symbolisk interaktionism som teoretisk utgångspunkt.

4.1 Urval

Eftersom jag inte kunde veta hur många jag skulle nå ut till sökte jag informanter i ett förhållandevis brett åldersspann på 19-39 år, vilket även är samma åldrar som i försäkringskassans rapporter klassas som unga vuxna. Via kontakter i min omgivning fick jag tag på två informanter som i ett tidigt skede visade intresse för att delta. För att hitta ytterligare informanter skrev jag ett offentligt inlägg på Facebook där jag beskrev studiens syfte och efterlyste personer som vill dela med sig av sina erfarenheter (bilaga 1). I inlägget länkade jag också till en nyhetsartikel från SVT (Björklund & Pettersson 2016) som berör den kraftiga ökningen av antal unga som sjukpensioneras till följd av arbetsmarknadens ständigt ökande krav på unga människor. Detta för att väcka intresse för studien och uppmärksamma behovet av ett inifrånperspektiv i dessa frågor.

Gensvaret blev stort! Totalt hade jag nu tolv personer som passade in i min målgrupp och gärna ville dela med sig av sina erfarenheter. Jag fick kontakt med alla intresserade via facebook, där var och en i en privat chatt fick ytterligare information om studiens upplägg, syfte och tillvägagångssätt. De informerades om att allt material kommer att anonymiseras för att skydda deras identitet samt att de när som helst kan avbryta sitt deltagande om de så önskar och att

informationen som samlas in inte kommer användas till något annat än denna uppsats. Av de tolv intresserade var en kvinna och en man bosatta på ett avstånd som möjliggjorde för intervju i person, och kände sig bekväma med det, varför de valdes ut först. Jag prioriterade intervjuer i person eftersom att också icke-verbal kommunikationen såsom ögonkontakt och kroppsspråk är viktigt för att skapa en god intervjusituation som bäddar för det djup i materialet som en explorativ studie kräver (Dalen 2008:39). Av de resterande tio föll två bort på grund av uteblivet svar respektive privata anledningar. Alla intresserade hade redan vid första kontakten presenterat sig själva med ålder, tid i sjukskrivning, tidigare sysselsättning och i vissa fall också diagnoser. Urvalet av de sista två som jag sedan kom att intervjua blev därför ett så kallat avsiktligt urval, där jag valde ut de som hade mest erfarenhet av att leva som sjukskrivna, samtidigt som jag tänkte på att följa råden för avsiktligt urval och försöka få tag i personer som skiljer sig från varandra med hänseende på personliga faktorer för att ge plats för olika synvinklar och undvika vinkling (Yin 2013:93). Detta var dock en utmaning då de som hörde av sig visade sig vara väldigt lika med hänseende på faktorer som t.ex. ålder och utbildning. Nio av de tolv intresserade var också kvinnor, men för att uppnå viss variation i form av jämvikt mellan könen valdes ytterligare en man och en kvinna med liknande tid i sjukskrivning ut till intervju.

4.2 Datainsamling

Med forskningsfrågorna i åtanke utformades en intervjuguide (bilaga 2) som syftade till få informanterna att beskriva så mycket som möjligt med egna ord. Mitt mål var också att låta intervjusituationen vara mer i form av ett samtal snarare än ett "förhör", varför jag i den inledande informationen var noga med att påpeka att de gärna fick styra samtalet dit deras associationer tog dem, varpå jag skulle flika in frågor allt eftersom. Mitt förhållningssätt under intervjuerna influerades av vad Cooley kallar för sympatisk introspektion, där man försöker sätta sig in i den andres definition av situationen, tolkning av händelser och vilken mening de håller för informanten (Trost & Levin 2010:86). För att uppnå detta har jag varit tvungen att rannsaka min egen förförståelse om psykiatriska diagnoser som något socialt skapat och sjukskrivning som en inlåsningsmekanism, och under samtalen fått påminna mig själv om att inte låta mina åsikter vara styrande, utan istället verkligen lyssna till och försöka förstå det som informanterna uttrycker. Av samma anledning lät jag också intervjuguiden vara ganska löst strukturerad i form av ämnesområden med kortare frågor, samt följdfrågor som enbart bestod av ord i punktform, mest för minnets skull. Detta ledde till unika samtal där varje informant

satte sin egen prägel på intervjun. Jag satte inte heller någon definitiv tidsgräns utan sa att tidsåtgången beror helt på hur mycket de känner att de vill dela med sig av. Två av intervjuerna genomfördes hemma hos informanterna och två via telefon. Telefonintervjuerna varade båda omkring mellan 1h 15min medan de intervjuer som gjordes i person blev något längre och landade på 1h 30 min respektive 2h 15 min. Alla intervjuer spelades in och transkriberades.

4.3 Analys

Det transkriberade materialet matades in i dataprogrammet NVivo, som är speciellt utformat för att koda kvalitativt material. För att få en översikt över vilka teman som utmärkte sig som centrala tog jag hjälp av tillvägagångssättet för innehållsanalys, där texten bryts ner i mindre enheter som namnges med nyckelord för att fånga kärnan i det som uttrycks, varpå frekvensen av varje nyckelord kan räknas för att göra sig en bild av vad texterna som helhet handlar om (Denscombe 2009:307). Allt som intervjupersonerna sagt under intervjuerna märktes således med nyckelord i dataprogrammet. Ofta kom samma mening eller stycke att märkas med flera olika etiketter då informanterna gav uttryck för flera saker samtidigt. Det övergripande tema som framträdde som mest aktuellt i samtalen var, ganska väntat, "identitet". Då uttalanden om identitet var väldigt många delades de upp i underkategorier för att lättare kunna bilda sig en bättre uppfattning om exakt vad som sades. Underkategorierna som blev mest framträdande var: "diagnoser" (104 referenser), "självbild" (96 referenser), "samhällets syn" (85 referenser) och "strategier för att undvika stigma" (53 referenser). Även "vardag" framkom som ett viktigt tema, där underkategorin "social interaktion" var det som hade flest referenser knutna till sig (93 st.). Dessa teman har sedan fått tjäna som ett skelett runt vilket resultat och analys byggs upp med hjälp av informanternas uttalanden.

4.4 Validitet och reliabilitet

Validiteten i en studie handlar om att kontrollera så att man faktiskt mätt det som var avsett att mäta, för att på så vis kunna ge en riktig bild av det som undersökts (Yin 2013:83; Ejvegård 2003:73). Detta har legat som en ständig tanke i bakhuvudet när jag sökt informanter, konstruerat frågorna, under intervjuerna och i skrivprocessen. Jag har försäkrat mig om att informanterna passar in i målgruppen med hänseende på ålder och sysselsättning (sjukskrivning) som jag ämnade undersöka och har därför uppnått en hög intern validitet. Jag har även under intervjuernas gång försäkrat mig om att jag tolkar informanterna på rätt sätt,

och ibland föreslagit min egen operationalisering av det de uttryckt för att kontrollera om den överensstämmer med deras tankar. Utöver detta har jag för att stärka validiteten och undvika vinkling också sökt efter motsägelser som skulle kunna bädda för alternativa förklaringar. Jag har också varit noga med att alltid citera informanternas ordagrant, för att inte vinkla det de säger på något sätt. Med allt detta i åtanke bedömer jag att min studie har en god validitet.

Reliabilitet, eller hur tillförlitligt, replikerbart och generaliserbart resultatet av en studie är, spelar främst en roll inom kvantitativ forskning (Kvale 1997:20). Eftersom mitt fokus ligger på att kvalitativt undersöka ett litet antal individer gör jag därför avkall på reliabilitet till fördel för en djupare förståelse för de jag pratar med. Jag är medveten om att mitt urval inte kan representera hela populationen sjukskrivna och att jag därför inte kan generalisera mina resultat. Det jag däremot kan göra är att lyfta fram ett fåtal individers upplevelser, och utifrån detta skapa en förståelse för livet de lever.

4.5 Etiska ställningstaganden

Utifrån Vetenskapsrådets riktlinjer för etisk forskning har jag inledningsvis vägt individskyddskravet mot forskningskravet (2017:13). Min studie syftar till att lyfta fram en marginaliserad grupp i samhället i hopp om att förklara och förstå hur olika processer samverkar för att skapa den verklighet de lever i. Detta gör jag för att jag vill uppmärksamma deras levnadsvillkor och ge dem en röst som på sikt kanske kan förändra hur denna grupp bemöts i samhället. Jag anser därför att forskningskravet, dvs att forskningens syfte ska vara samhällsrelevant och etiskt motiverat, är uppfyllt. Mot detta måste nu även också individskyddskravet vägas, så att jag samtidigt kan skydda deltagarna mot skada och kränkning.

För att uppfylla individskyddskravet har jag noggrant och öppet informerat deltagarna om studiens motivation, syfte och tillvägagångssätt (jmf Vetenskapsrådet 2017:8). Jag har poängterat att de alltid har rätt att själva sätta gränserna för vad de vill dela med sig av, och att de också i efterhand har rätt att säga till om det är något som framkom under intervju som de inte vill ska användas. Min önskan var att de skulle känna sig trygga med mig som representant för deras berättelser och upplevelser, då jag tror att både jag som forskare och de som deltagare vinner på ett ömsesidigt förtroende. Detta innebär också att jag åtar mig att anonymisera mitt material så att känslig information inte på något sätt går att spåra tillbaka till mina deltagare.

För att hålla löftet om anonymitet har jag gjort en avvägning om hur mycket information jag kan skriva ut om varje enskild person utan att den ska gå att identifiera utifrån mina beskrivningar. Självklart är även alla namn som förekommer fingerade.

5. Resultat och analys

För att bädda för bästa förståelse av uttalandena som ska analyseras vill jag först presentera de fyra informanterna lite kort.

Alice är 31år och har varit sjukskriven i åtta år för paniksyndrom, social fobi och agorafobi. Första sjukskrivningen fick hon när hon som 23-åring började få stressutlösta panikattacker av att jobba på en snabbmatskedja. Den personlighetsstörningsdiagnos som felaktigt ställdes på henne då har senare ersatts av de nämnda som är aktuella nu. Hon har under sin sjukskrivning varit ute på en handfull olika ställen där hon arbetstränat under begränsade tidsperioder. I nuläget består hennes dagar av hästterapi, samtalskontakt med sjuksköterska och en aktivitetsgrupp.

Samuel är 31 år och har varit sjukskriven i 14 år sedan han som tonåring började må så dåligt att han inte kunde slutföra gymnasiet. Under uppväxten blev han utsatt för mobbning och misshandel i hemmet, vilket har lett till att han utvecklat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den diagnosen är dock ganska nyss ställd, och han har under sina år i psykiatri samlat på sig en drös andra diagnoser. De han själv beskriver som mest aktuella idag är framförallt PTSD, men även ADHD, depression och ångest. Han har under sin sjukskrivning försökt slutföra gymnasiet på eget initiativ ett antal gånger, och har precis påbörjat ett nytt försök på distans två dagar innan vi pratar. Utöver det har han inte haft någon aktivitet under sina 14 år i sjukskrivning.

Petra är 28 år och har varit sjukskriven i nio år, med korta avbrott för försök till studier. Den första sjukskrivningen fick hon efter ett suicidförsök under sista terminen i gymnasiet. Hon blev då diagnostiserad med depression och ångest, men har på senare tid även fått diagnosen ADHD. Hon har sedan fyra år tillbaka arbetstränat på en förskola där hon trivs bra. När vi träffas ser hon dock framtiden som osäker på grund av att försäkringskassan beslutat att hon nu inte får förlängd sjukskrivning efter denna månad. Hon har lämnat in en överklagan men vet inte när besked kommer, eller hur hon ska lösa nästa månads räkningar.

Cristoffer är 31 år och har varit sjukskriven i nio år sedan han inte orkade slutföra gymnasieutbildningen på grund av depression och tvångssyndrom. Han har senare även fått diagnoserna Aspergers syndrom/högfungerande autism och ADHD. Sedan två år tillbaka går han till en daglig verksamhet inom LSS tre gånger i veckan och känner att han under de åren fått mer struktur och ordning i livet vilket lett till att han mår bättre. Han försöker i dagsläget betala av sina studieskulder till CSN för att sedan kunna läsa in gymnasiet och studera till systemvetare.

5.1 Mening i vardagen

Trots att mina informanter har en ganska liknande problematik på pappret ser deras dagar väldigt olika ut. Tre av dem har idag en rutin som innefattar någon form av arbetsträning eller aktivitet, vilket de upplever som positivt. Alla har dock i perioder suttit helt utan sysselsättning, vilket av samtliga beskrivs som en påfrestande situation. Samuel berättar:

Jag har varit inne mellan fyra väggar i 10 år plus, och så går jag ut en till två dagar i veckan för det är det jag har. Det är liksom i regel mindre än yard-time på Kumlaanstalten.

Anledningen till att Samuel sitter ensam i sin lägenhet är att han inte har erbjudits en aktivitet som passar honom. Han har ansökt om att få arbetsträna men läkaren har nekat det utan närmare förklaring. Istället erbjöds han att gå till en daggrupp för förståndshandikappade, men upplevde detta som kränkande, och avböjde. Den begränsade kontakten med omvärlden påverkar hans mående negativt. Han berättar att han oftast inte kommer ut ur lägenheten mer än två gånger i veckan:

Mycket av den mänskliga lyckan ligger i den sociala interaktionen. Att bara ha två sjundedelar av det, det är en brist som känns. Det är en social brist som känns, den är påtaglig. Man märker att ens sociala sfär är liten.

Även Alice var länge utan aktivitet. När jag frågar hur det kändes svarar hon:

Hopplöst, faktiskt. Jag har bara fått en massa mediciner, det har i princip bara varit det. [...] Det negativa har ju varit att jag har isolerat mig mer och mer.

Sjukskrivningen riskerar alltså att leda till en situation där individen i stort skärs av från sociala interaktioner. Samuel uttrycker tydligt känslan av ett behov som går otillfredsställt, och Alice uttalande visar också på att mediciner inte är lösningen för att slippa den hopplöshetskänsla som isoleringen medför. Att vara sjukskriven och inte ha någon aktivitet att gå till beskrivs genomgående som en tillvaro utan mening. Alla informanterna vittnar om hur den isolering de tidvis varit förpassade till har fått dem att må sämre. Petra berättar om hur hon flera gånger

försökt komma igång med studier i perioder när hon inte haft någon sysselsättning eftersom hon märker hur sjukskrivningen påverkar henne:

Och sen har jag varit av och på, för jag har inte velat vara sjukskriven. Jag märker ju att jag mår dåligt av att bara vara hemma.

Flera av dessa försök har slutat i utmattning där hon fått gå tillbaka till sjukskrivningen, men ändå tar hon hellre chansen att bli överväldigad av studierna ännu en gång än att sitta ensam hemma. Människan är en social varelse, och meningen med hela vår tillvaro återfinns därmed i de sociala processer vi ingår i (Trost & Levin 2010:106). Ensamhet och isolering leder därför till stagnerad självutveckling, och i förlängningen till en känsla av meningslöshet. Samuel, som varit hemma utan aktivitet längst av alla, beskriver känslan av att inte kunna validera sin egen existens utan interaktion med andra människor:

För att när man inte har en arbetsplats, jag har ingen grupp med människor, ingen som ser mig göra någonting. Jag har ingen som har med mig på aktiviteter eller som tar mig till aktiviteter. När man inte har det, man sitter bara hemma, ligger bara i sin soffa, tittar på samma TV, samma bok. "Men oj vad bra jag är på att läsa den här boken!" kan jag säga till mig själv 55 gånger. Det hjälper ju inte mig någonting.

Han gör ett försök till att ge sitt läsande en mening, men känner att det inte räcker hela vägen fram. Hans brist på interaktioner leder till att han förnekas den självutveckling han behöver för att må bra. Han påpekar också att han inte upplever att man blir frisk av mediciner. Jag frågar vad han tror att man blir frisk av och han svarar:

Man blir inte frisk av att vara sjukskriven i alla fall! [...] Jag vill inte vara sjukskriven. Den enda orsaken till att jag är sjukskriven idag är att det finns inget system där jag kan interagera för att generera inkomst annars.

På grund av att han inte gått klart gymnasiet kan han inte söka den typen av jobb som han tror skulle passa honom, och de jobb som finns fungerar inte på grund av hans besvär. Han blir alltså sittandes sysslolös, något som han upplever som mycket påfrestande för sin mentala hälsa:

Jag vaknar, går upp, dricker vatten, tar mina mediciner (suck), sen så spenderar jag 15-20 minuter med att ha massiv ångest över att jag inte vet jag ska göra.

De tre andra informanterna har idag en anpassad sysselsättning som de går till några dagar i veckan. Sysselsättningen ger både mening och struktur i vardagen, något som haft flera positiva effekter på deras mående. Alice trivs bra med de aktiviteter hon har fått nu:

Ja, alltså nu har jag ju ganska mycket i veckorna. Jag har hästterapi på måndagar, som är i princip det bästa som jag gjort!

Hon känner även att hennes sömnproblem blir bättre när hon har något att gå upp till dagen därpå:

Men det är ju bra med rutin, att ha någonting. För då måste jag gå och lägga mig.

Petra arbetstränar på en förskola, och känner att det ger henne mycket socialt utbyte som hon tidigare saknade:

Det sociala är ju väldigt viktigt. Och det är skönt att... även om man bor med nån eller så, så är det väldigt skönt med lite ombyte i miljö. Och sen så är det väldigt givande, särskilt med barnen.

Cristoffer har fått ordning på sitt liv och mår bättre tack vare rutinerna kring att gå till sin dagliga verksamhet och träna på gym:

Det gäller att bygga upp ett steg i taget och tillslut så har man strukturen och ordningen som man behöver för att dagen ska fungera.

De som har en aktivitet i sin vardag beskriver en känsla av att livet går framåt, de har fått ett syfte och möjlighet till sociala interaktioner som utvecklar dem som personer. Genom interaktionerna med omvärlden får de en mer positiv syn på sig själva och mår bättre. Meningsskapandet är alltså starkt avhängigt om man erbjuds en aktivitet där man får utvecklas. De som helt förnekas interaktion i samhället begränsas i stort till sin sjukroll, något som verkar få negativa konsekvenser i form av försämrat mående. För att skapa en meningsfylld vardag tycks rutiner och något att göra alltså vara en avgörande faktor.

5.2 Diagnosens konsekvenser

Det blev tidigt i samtalen med informanterna uppenbart att den psykiatriska diagnosen spelar en stor roll i deras liv. Diagnosen beskrivs som ett redskap för att förstå sig själv och göra sig förstådd, men också som något som för med sig negativa konsekvenser i form av dömande och begränsat handlingsutrymme. Diagnosen i sig kan ses som en symbol som används i den sociala interaktionen. Den är ett sätt att namnge människor. Genom namngivandet blir vi till sociala objekt för varandra och kan därmed interagera utifrån de förväntningar som tillskrivs varje namngiven position (Trost & Levin 2010:149). Diagnoser har blivit till sociala objekt och positioner i den sociala strukturen, och kommer därför med en uppsättning förväntningar på beteenden. De har blivit roller, eller rollförväntningar som personer med diagnosen förväntas uppfylla. Diagnoser är i grunden verktyg för att individen ska få rätt hjälp av sjukvården, men att bli diagnostiserad med en psykiatrisk störning tycks få följder som påverkar livet på fler plan än så. Jag vill därför ägna lite tid åt att reflektera kring diagnosens konsekvenser.

“If men define situations as real, they are real in their consequences.”

(Thomas & Thomas 1928:572)

Symbolisk interaktionism vilar på grundantagandet att definitionen av situationen styr vilket utfall den får. Utifrån detta synsätt menar jag att diagnoser blir en definition av situationen. Vissa psykiatriska diagnoser skulle kunna ses som en slags bakvänd förklaring, där individens reaktion på vissa livsomständigheter definieras som en sjukdom, vilken man sedan kan peka på som orsak till situationen individen nu befinner sig i. Diagnosen blir på så vis en definition av situationen där orsaken till lidandet läggs på en psykisk sjukdom istället för på de interaktioner som bidrar till lidandet.

5.2.1 Att bli sjuk

Definitionen av reaktioner på händelser som något sjukt återfinns i mina informanternas berättelser. Alla fyra har blivit sjukskrivna tidigt i livet på grund av depressioner och stress. De berättar själva om hur de insjuknade i depression eller plötsligt fick panikattacker, och att dessa sjukdomstillstånd orsakade en situation där de inte kunde fullfölja studier eller fortsätta arbeta, och därför behövde vara sjukskrivna. Vad som inte tas med i beräkningen vid diagnosställandet var hur deras livssituation i övrigt såg ut, och vad de hade behövt för att ha en chans att må bättre. Alice berättar om hur stressen på jobbet gjorde henne sjuk:

Jag behövde vara hemma, det gjorde jag. För det var alldeles för... strax innan jag blev sjukskriven då hade jag panikattacker varje dag på McDonalds för att jag blev så stressad.

Samuel berättar om händelserna som ledde fram till sjukskrivningen:

Jag var slagen av min styvfar, jag var mobbad i skolan, jag kom i kontakt med alkohol och droger alldeles för tidigt, jag har blivit sexuellt utnyttjad [...] Jag separerade från min flickvän, jag hade inte ny bostad utan jag fick ju flytta in på soffan till några vänner. Det... jag hade ju inte liksom, jag kan inte vända mig till familj, även om de fanns i närheten.

Cristoffer har en liknande historia:

Jag gick inte klart gymnasiet. Jag hoppade av på grund av en kombination av mobbning och ett helvete till familj. Sen var jag väl deprimerad då också då det är runt då som mitt självska debeteende började, men jag hade ingen kontakt med BUP (Barn- och ungdomspsykiatri, min anm.) eller liknande. Det i familjen var främst alkoholmissbruk, våld och psykisk misshandel. [...] Mina studieskulder är ju baserade kring att jag var hemlös. Jag studerade ju som hemlös.

Också Petra beskriver hur tidigare erfarenheter påverkat henne:

Jag var mobbad när jag var liten. Väldigt mobbad. Så att så fort nån höjer rösten så blir jag väldigt konflikträdd liksom. Så jag klarar inte riktigt av vanliga jobb, typ McDonalds och sånt hade ju aldrig gått för mig.

Att upplevelser som dessa kan påverka måendet är inte förvånande. Ändå verkar de omständigheter som lett upp till deras sjukskrivning inte riktigt uppmärksammas. Istället läggs fokus på att ställa en psykiatrisk diagnos genom att titta på symptom, och sedan i fortsättningen förklara måendet utifrån diagnosen. I och med diagnosställandet osynliggörs deras livserfarenheter, och definitionen av situationen utgår istället från diagnosen i sig: att det är något hos individen som är avvikande och gör att denne inte klarar av livet. Man har här ändrat synen på situationen från att handla om en under omständigheterna naturlig reaktion till att handla om att något är sjukt eller avvikande. Denna risk med diagnoser uppmärksammas av Sveneaus, som menar att diagnoser bara bör ställas i de fall där de symptomen inte är rimliga utifrån situationen som personen befinner sig i (2013:162). När diagnosen väl är ställd kan den komma att bli en viktig del av identiteten, då den är ett sätt för individen att förstå och skapa sig själv.

5.2.2 Diagnoser och identitet

En diagnos beskrivs av informanterna ibland som ett dubbeleggat svärd. Att få ett namn på sitt mående eller annorlunda funktion upplevs av alla som en positiv sak då det underlättar kommunikationen och ökar omgivningens förståelse för deras situation. Samtidigt känner de att rollen som psykisk sjuk många gånger är för snäv, vilket leder till frustration när de förväntas bete sig enligt diagnosen. Alice berättar om de båda sidorna av att ha diagnosen depression:

Och det är ju nånting som man kan visa, att "det här är en sjukdom, jag är inte LAT, det är ett problem".

Alltså om man säger att "jag är djupt deprimerad" fast man ler eller skrattar då... att folk liksom "men vadå, du ser ju inte deprimerad ut!" (skratt)

Samuel beskriver hur ett namngivet tillstånd kan underlätta i kommunikationen med vännerna när han inte orkar umgås:

Diagnoser är ord, det är beskrivningar. De är verktyg för mig att kunna förklara för dig vad jag lider av så att du ska kunna förstå mig bättre [...] Då kan jag säga att nej men jag har en låg dag, jag har en dipp, och så förstår de att det är depressionen, för de vet att det är det (som) det handlar om. De förstår att det är ångesten. De förstår att om jag inte svarar alls då är det för att jag troligtvis sitter så djupt i skiten att jag inte ens märkt att telefonen har vibrerat eller

plingat eller nåt. Och de blir inte upprörda när det finns ett namn. Så på så sätt har folk fått en högre tolerans för mitt mer dysfunktionella sätt.

Samtidigt uttrycker han en uppgivenhet över att hela tiden bli sedd som en deprimerad person med ångest:

De vill att jag ska leva upp till, eller att personen som är bipolär ska leva upp till, de förutfattade meningarna. [...] Men man blir ändå behandlad som en stereotyp ibland och då måste man vara noga med att påpeka för dem att "nej, jag är mer!". Och då behandlar de mig som mer. Men man får alltid stå ut med att det kommer komma perioder där folk glömmer av det. Det är liksom... när du väl liksom har öppnat den dörren då får du leva med konsekvenserna av det också.

Att namnge ett tillstånd är att göra det till en social verklighet. Något som finns på riktigt. Vi människor tycker om att definiera saker så att vi sedan vet hur vi ska bete oss i relation till det. På så vis fyller diagnosen en positiv funktion när en person behöver få förståelse för sina svårigheter, både från sig själv och från andra. Problemet med namngivandet blir dock är att personen bakom diagnosen hamnar i skymundan. En människa är så mycket mer än vad som går att sammanfatta i en diagnos. Men det finns inget namn för det andra, det friska. Den namngivna diagnosen är lättare att förstå, vilket kan leda till olika problem i livet för den som har en diagnos.

5.2.3 Diagnoser och synen på sin egen förmåga

En av sakerna som påverkas av att sjukskrivas för den en psykiatrisk diagnos är synen på sig själv och sin förmåga. Petra uttryckte sig tidigare som att hon på grund av sina problem inte skulle klara av ett vanligt jobb på exempelvis McDonalds. Också för Alice blev just det jobbet för mycket. När Alice efter en tid i sjukskrivning skulle arbetsträna för att kanske börja jobba igen erbjöds hon ingen annan arbetsplats än sin gamla, vilket ledde till att hon fick gå tillbaka till sjukskrivning:

Ja, alltså först så skulle jag tillbaka till McDonalds [...] och så jobbade jag där EN dag och sen pratade jag med handläggaren och då sa hon att "nej, okej, du ska inte jobba". Så jag blev sjukskriven.

Melén (2008) menar att myndigheternas definition av individens arbetsförmåga påverkar den egna upplevelsen och gör det svårt att ta sig ur en sjukskrivning när en myndighet bedömer arbetsförmågan som nedsatt på grund av den psykiatriska diagnosen. Med symbolisk interaktionism som utgångspunkt går detta att förstå som ett resultat av att individen speglar sig i myndigheternas uppfattningar om henne för skapa sig själv. Tendensen där personer i sjukskrivning kastas ut på arbetsplatser som inte alls är anpassade efter deras behov för att

sedan sjukskrivas igen riskerar dessutom att ytterligare förstärka uppfattningen av sig själv som arbetsförlorad. Detta genom att skapa en konkret erfarenhet att peka på där misslyckandet attribueras till den diagnosen som kommit att bli förknippad med individens identitet, istället för att peka på dåligt bemötta individuella behov. På så vis har diagnosen kommit att bli synonym med oförmåga till arbete, och motivationen till att ge sig på ännu ett försök minskar så länge diagnosen är en del av identiteten.

5.2.4 Diagnosen – sjukdom eller tillgång?

Alla informanter har under sina år i sjukskrivningen fått ett flertal diagnoser, som de har olika relationer till. Medan diagnoser som depression, ångest, panikattacker och tvångssyndrom beskrivs som sjukdomar ses diagnoser som ADHD och Asperger som en del av deras äkta själv, som också kommer med positiva egenskaper.

Petra:

Jag ser inte det som nåt negativt utan jag är lite sådär att... jag gillar, alltså inte allt, men många gånger gillar jag de här grejerna som ADHD:n ger mig [...] För jag tycker att det är en liten superkraft jag har.

Depressionen är väl mer en sjukdom för det är ju nånting som bara är i vägen. Det ger mig ju ingenting liksom.

Cristoffer:

Jag ser många fördelar på en personlig nivå, med då ADHD och Aspergers. [...] Detaljseendet, förmågan att gå verkligen in i något, hyperfokuset från ADHD:n, att kunna liksom sitta vid ett ämne och verkligen totalt köra igenom det och få det inpräntat på en gång, bara för att det intresserar en. [...] Personer med Aspergers har ju tendens att vara mer empatiska av sig. Jag har väl en viss fördel.

Jag har depressionen, jag har fortfarande lite tvång kvar, jag har ångesten. Men de avtar mer och mer, ju mer jag tränar... Det är det, har jag ordning i min vardag då faller de tillbaka i bakgrunden.

Vissa diagnoser tycks alltså vara förknippade med en mer konstant och positiv bild av sig själv, medan andra betraktas som sjukdomar som kan arbetas bort. Alla informanterna hade dessutom erfarenhet av att få diagnoser ställda som de inte tyckte stämde in, vilket för vissa lett till att de under många år inte fått tillgång till rätt typ av behandling. Alice pratar om sin första kontakt med vården:

Jag började på psykiatrin och de satte en diagnos väldigt fort, vilket kanske inte var så bra för att jag har inte fått rätt terapi på grund av att de feldiagnostiserade mig. [...] Jag tror jag träffade läkaren två gånger och efter två gånger sa hon att "ja du är emotionellt instabil".

Samuel har efter 10 år med fel diagnos nu nyligen fått en diagnos som han känner stämmer, och en behandling som faktiskt fungerar för det han lider av:

Det förekommande kroniska temat som jag hade var ångest. Jag hade ångest jämt, jag var stressad jämt. [...] Och det skulle ta dem ytterligare tio år att identifiera det de kallar för PTSD (post traumatic stress disorder, min anm.) istället för "allmänna ångestbesvär".

De felaktiga diagnoserna har lett till att de fått fel typ av behandling, eller ingen behandling alls, vilket fått konsekvenser i form av försämrat mående och förlängd tid i sjukskrivning. Deras uttalanden visar också tydligt hur en diagnos påverkar definitionen av situationen och upplevelsen av sig själv. Diagnosen "emotionellt instabil" var inte något som Alice mådde bra av att bli beskriven med, medan diagnoserna paniksyndrom, agorafobi och social fobi istället hjälper henne att förstå och förklara sitt eget mående bättre. Samuel förstår också sig själv på ett annat sätt nu:

PTSD föds du inte med, det händer dig. Någoting traumatiskt händer dig som du inte kan släppa för resten av livet.

De tidigare diagnoserna som fokuserade på hans ångest definierade situationen som orsakad av något inom honom, medan han idag tack vare den nya diagnosen tillslut kan förstå sin situation som orsakad av yttre omständigheter och därmed ha större hopp om att lyckas hantera de negativa känslorna.

5.3 Strategier för att undvika stigma

De negativa attityderna som Högberg (2010) visade på i sin studie leder till att en diagnos och sjukskrivning kan upplevas som ett stigma, dvs. som en skamlig markör på att man inte är fullt mänsklig eller lika mycket värd som andra människor (Goffman 1971:11). Under intervjuerna framkom att allmänhetens negativa attityder hade stor inverkan på livet för informanterna. Goffman menar att allmänna attityder kring en stigmatiserande egenskap ofta hålls som sanning även för den som är bärare av sagda stigma (1971:14). Detta leder till en smärtsam medvetenhet om det egna avvikandet. Att ständigt bli reducerad till en negativ stereotyp är påfrestande, varför strategier för att undvika att bli sedd som någon med en psykiatrisk diagnos kan komma att tas till. Samuel berättar om att han är uppväxt i en familj som såg ner på psykiskt sjuka människor, vilket ledde till att han länge vägrade erkänna för sig själv att han mådde dåligt.

För depression det är svaghet. [...] Depression det är bullshit. Det är lögnare, det är folk som utnyttjar systemet och är iglar. Det var liksom hela min uppfattning fram tills jag var 20-21 nånting.

I och med detta lever han med en känsla av att omgivningen har samma negativa syn på personer i hans situation som han själv tidigare haft. Han drar sig därför för att berätta för de nya människor han träffar att han är långtidssjukskriven för psykiska problem.

Hur hade jag reagerat innan jag började tänka annorlunda när jag själv satt i den här situationen? Jo, jag hade sett ner på personen. Kanske inte medvetet nedlåtande menat, men jag hade sett ner på den, den hade varit mindre i mina ögon. Och då kommer ju alltid personer med samma mentalitet se på mig på det viset som jag då hade potentiellt sett gjort.

Cristoffer har också denna uppfattning om hur allmänheten ser på honom, och upplever att det politiska klimatet lett till en "häxjakt" på sjukskrivna som påverkar hur öppen han vågar vara om sin situation:

Det är ju inte det lättaste att komma ut bland människor när de kommer igång med samtalet "ja men vad gör du då?". Och då får man hela tiden känslan att "ja, nu säger jag att jag är sjukskriven" och sen så, de här människorna de känner ett automatiskt avstånd till en. Att man är inte en del av dem. Man märker väldigt tydligt på människor att är man sjukskriven då är man inte en av dem. Man är inte liksom... om man är långtidssjukskriven framför allt, det är liksom det här, det blir som ett hinder mellan, i konversationerna.

Båda upplever alltså en rädsla för att berätta om sin sjukskrivning i sociala situationer. Denna rädsla går utifrån Meads idé om självet att förstå som en strategi för att skydda sitt "me", alltså synen på sig själv, från potentiellt skadliga influenser. Samuel är själv medveten om hur andras syn på honom påverkar hans känsla inför sig själv:

Även om de inte säger det till mig så kommer de göra en bedömning. Jag vet att de gör en bedömning och det i sin tur sänker mitt självförtroende, mitt mående, mitt psykiska... Så att säga att jag är sjukskriven det är en direkt påverkan på att göra mig MER sjuk.

För att undvika att ett stigma speglas tillbaka och skadar individens bild av sig själv menar Goffman att det finns ett antal strategier att ta till. En av dessa är att aktivt försöka dölja tillhörigheten i den stigmatiserade gruppen (Goffman 1971:15). Samuel berättar att han avskyr att få frågan om vad han har för sysselsättning, eftersom detta sätter honom i en situation där han blir medveten om sitt stigma. Han delar med sig av hur han tidigare hanterat situationen för att slippa må dåligt:

Jag ljuger. Jag är diffus... Eller ja, jag har till och med gått så långt att jag säger att jag är författare eller egen företagare eller vad som helst.

En annan strategi som Goffman identifierar är den att undvika den så kallade "normala" gruppen för att på så vis slippa känna av stigmat (1971:15). Cristoffer känner sig mer bekväm bland deltagarna på den dagliga verksamheten där han går än vad han tror att han skulle vara på en arbetsplats:

Därför att de andra deltagarna där, det är liksom... ja, de har ju också sina handikapp.

Där slipper han konfronteras med allmänhetens syn på hans diagnoser, och kan därför slappna av och må bättre. Alice har upplevt att släkt och vänner ibland tagit avstånd från henne för att de inte förstår hennes situation, varför hon nu föredrar att umgås med människor som har liknande erfarenhet som henne själv.

Det är de som jag umgås med. De har mått dåligt eller mår dåligt på olika sätt. Så det är faktiskt väldigt få som jag umgås med fortfarande som inte har problem. För alltså de förstår inte och det blir svårt liksom.

Samuel berättar att han alltid upplevt ett utanförskap, vilket lett till att han aktivt tagit avstånd från det som anses normalt när det kommer till utseende:

Jag är ju en del av en alternativ kultur eftersom jag ser inte ut om alla andra. Det är ganska tydligt att jag inte är... som... som alla man ser i en H&M-katalog. [...] Jag har ju täckt mina armar i tatueringar, har piercings och är konstig, jag är grön i håret bland annat. Stora tøjningar i öronen. Så är jag ganska smal och lång och så går jag gärna i svart, full i nitar och liknande.

Genom att göra det till ett eget beslut att vara annorlunda har han definierat situationen på ett nytt sätt där utanförskapet är ett val. Eftersom att han förnekas möjlighet att utveckla en positiv självbild och identitet genom interaktioner i samhället söker han sig till något annat som är hans eget.

E – Men du har valt att se ut så för att det betyder nåt för dig?

S – Mm. Och det är den största skräcken i mitt liv – att tappa den lilla identitet jag har.

Utanförskapet har lett till en strategi där han självmant väljer att ta avstånd och definiera avvikandet som något positivt, det har blivit hans identitet, något som han absolut inte vill bli av med. Detta för oss in på den strategi där smärtan av ett stigma kan minskas genom att den drabbade väljer att se de positiva sidorna och fokusera på vinsterna, som de utan stigmat går miste om (1971:18). Cristoffer ser flera fördelar med att inte vara som alla andra. Förutom de fördelar som han ser med sina diagnoser berättar om hur situationen som sjukskriven ger honom möjligheter som andra inte har. Han lägger idag mycket tid på att motionera, laga hälsosam mat och läsa på om hur man på bästa tar hand om sin kropp:

Det viktigaste för mig i livet... det är min hälsa. Att jag bibehåller min hälsa. Att min hälsa inte föråldras så som den gör för en typisk människa. Du vet de äter dåligt och de får hjärtproblem eller diabetes eller andra saker. Eller cancer! Jag gör allt jag kan för att undvika det.

Genom att definiera sin situation som något som ger honom hälsomässiga fördelar över resten av befolkningen kan stigmat vändas till en dold välsignelse. Att fokusera på de positiva sidorna på det här sättet hjälper honom att känna sig nöjd med den situation han sitter i.

6. Sammanfattande diskussion

Syftet med detta uppsatsarbete var ge ett inifrånperspektiv på hur det är att som ung vuxen leva i en långtidssjukskrivning för psykiatriska diagnoser. De frågor jag sökte svar på var hur mening skapas i vardagen, hur identiteten formas utifrån situationen som ung långtidssjukskriven, hur situationen påverkar synen på den egna förmågan till förändring och vilka strategier som tas till för att hantera svårigheter. En sammanfattning av resultatet följer nedan.

6.1 Resultatet

Det visade sig att samtliga informanter hade erfarenhet av att bli isolerade från sociala interaktioner under perioder i sin sjukskrivning. Detta framkom den mest negativa effekten av sjukskrivning då det upplevdes som en tillvaro utan mening och bidrog till försämrat mående. Något som istället ledde till bättre mående var regelbunden aktivitet i samhället som anpassats efter deras behov, där de fick möjlighet att genom olika typer av social interaktion skapa sig själva som något annat än sjuka. Detta är i linje med effekterna som Blank, Harries och Reynolds fann, där långtidssjukskrivna som återvände till arbete upplevde ökat självförtroende samt syfte och mening i tillvaron (2011:193). Utan möjlighet att delta i sociala processer och utveckla sig själv som människa beskrivs tillvaron som meningslös. Slutsatsen jag drar av detta är att meningsskapande i sig är en social process och att det därför inte går att "vila" bort psykiskt lidande mellan fyra väggar. Istället behövs fler möjligheter för sjukskrivna att delta i sociala processer som leder till den självutveckling som krävs för att finna sin plats i världen och må bättre.

När det kommer till frågan om hur identiteten formas av situationen framkom den psykiatriska diagnosen som en central del. Informanterna beskrev sina diagnoser som nödvändiga verktyg för att kommunicera sina behov och bli förstådda, men uttryckte parallellt en uppgivenhet över

att ständigt att bli reducerade till en diagnostisk stereotyp. De förstod sig själva utifrån den diagnos de fått, vilket bland annat tog sig uttryck i tendensen att beskriva personliga styrkor som effekter av neuropsykiatriska diagnoser medan egenskaper som upplevdes som svagheter ansågs höra till emotionella diagnoser. Diagnosen blev också en definition av situationen som gavs tolkningsföreträde i förståelsen av sig själv och sin situation.

Diagnoserna i kombination med situationen som sjukskriven verkade även ha en inverkan på hur informanterna såg sin förmåga till förändring. Att ha en diagnos och därmed fungera annorlunda beskrevs ofta som ett hinder för att kunna delta i en samhällsgemenskap där alla ska passa in i samma mall. Då vissa psykiatriska diagnoser är livslånga låser det lätt tanken till att förändring skulle vara omöjlig. Flera uttryckte tvivel över om de någonsin skulle klara av att vistas på en "vanlig arbetsplats" på grund av sina svårigheter. Problemen de beskrev med att arbeta handlade dock ofta om att de arbeten som finns tillgängliga för dem har en mycket påfrestande arbetsmiljö. Informanternas syn på den egna förmågan verkar ha färgats av myndigheternas bedömning, även när bedömningen enbart gjorts mot den typ av arbeten som inte passar dem. Blank, Harries och Reynolds (2011:94) menar att negativa arbetslivserfarenheter kan tolkas av individen som bevis på arbetsoförmåga och leda till minskat hopp inför framtiden. För att undvika den effekten är det alltså extra viktigt att hitta en aktivitet som passar och som möjliggör för positiva erfarenheter istället för negativa.

En annan svårighet som informanterna upplevde var, precis som Högberg (2011) visar i sin studie, att stigmat kring psykisk ohälsa fortfarande är stort. Alla upplevde att samhällets bild av dem och andra i samma situation var övervägande negativ. På många sätt blev stigmat runt deras situation ytterligare en faktor som begränsade individens möjligheter till social interaktion, varför strategier utvecklats för att undvika eller hantera negativa känslor kring detta. Vissa gånger kunde stigmat försöka döljas medan det andra gånger helt undveks genom att bara interagera med andra som delade samma stigma. Avvikandet kunde också definieras om och ses som en tillgång och något delvis självvalt. På så sätt kunde det särskiljande som stigmat fört med sig ändå betraktas som något positivt på ett privat plan trots de negativa effekter situationen gett upphov till.

6.2 Metoden

Valet av semistrukturerade intervjuer gav ett rikt material att arbeta med och jag känner att det gett mig goda förutsättningar för att besvara min frågeställning. Den komplexitet som framkom

i materialet har varit en utmaning att analysera och jag har flera gånger fått gå tillbaka till originalkällorna för att försäkra mig om att inte ta saker ur kontext. Jag har försökt presentera en så korrekt bild som möjligt, samtidigt som jag också självklart påverkats av mitt teoretiska ramverk när jag granskat mitt material, vilket har lett till att jag drar just de slutsatser som jag gör. Om tid hade funnits hade jag gärna kompletterat materialet med etnografiska metoder som skuggning och deltagande observation för att förbättra min sympatiska introspektion.

6.3 Slutsatser

Alternativa förklaringar till resultatet skulle kunna utgå från att informanterna har olika diagnoser och därmed olika problem som hindrar eller möjliggör den sociala interaktion som jag menar spelar roll för måendet. Måendet skulle då förklara möjligheten till social interaktion och inte tvärt om. Alltså att de som redan från början har svårast problematik är de som på grund av just denna inte klarar av att komma ut ur lägenheten. Trots det anser jag att materialet visar tydligt på att sociala interaktioner är en förutsättning för att skapa mening och må bättre, varför vi som samhälle måste bli bättre skapa bättre anpassade sysselsättning och hjälp att komma ut också för de som har det svårast.

Tillslut skulle jag nu vilja rikta uppmärksamheten mot några av de tankar som detta arbete gett upphov till. Å ena sidan tolkar jag mitt resultat som att rutiner, en roll i samhället och positiv social interaktion är en förutsättning för att förbättra både måendet och synen på den egna förmågan, men samtidigt tycks samhällets krav på att alla ska passa in i samma mall leda till att aktiviteter som erbjuds också kan få motsatt effekt. Det blir därför mycket svårt att veta vilken typ av hjälp den här gruppen behöver om man inte tar sig tid att lära känna dem som individer. Som jag tidigare nämnt anser jag att bilden där enbart diagnosen och det psykiska måendet beskylls för situationen är bristfällig. Här kan jag passa på att inflika att många jag träffat som är framgångsrikt yrkesverksamma också har/har haft liknande diagnoser som mina informanter. Med det sagt menar jag inte att alla som är sjukskrivna för dessa ska kastas ut på arbetsmarknaden. Jag vill bara poängtera att diagnoser inte är synonyma med arbetsförmåga. Min analys i detta arbete utgår från det socialkonstruktivistiska förhållningssätt som jag tidigare presenterat. Det är utifrån detta som jag ser på psykiatriska diagnoser som något som inte nödvändigtvis betyder arbetsförmåga. Självklart skulle man också kunna hävda att vissa psykiska sjukdomar har en fysiologisk grund som gör det omöjligt för individen att fungera i samhället. Och på sätt och vis är också

det precis i linje med min tolkning. Diagnoser är något vi själva skapat för att namnge avvikande. Vad som är avvikande är inte i sig naturgivet, det är enbart i kontrast till det som anses normalt som det avvikande blir tydligt. Poängen jag vill göra är att samhällets krav sätter ribban för vad en individ ska klara av för att fungera och klassas som normal. I ett samhälle där allt fler unga människor utestängs från samhällsgemenskapen för att de inte klarar av att leva upp till myndigheternas definitioner av arbetsförmåga är det kanske dags att börja se över vad kraven består av och varför så många inte klarar av uppfylla dem trots sina stora personliga resurser.

Jag vill avsluta med att uppmuntra till mer kvalitativ forskning som fortsätter undersöka den här gruppens upplevelser för att bättre förstå de processer som orsakar och upprätthåller psykisk ohälsa. Något som känns väldigt relevant i dagens samhällsklimat är också frågan om de konsekvenser som diagnosställandet på olika sätt får för individen. Då jag får känslan av att det jag tagit upp här bara skrapar på ytan av ett ämne som blir allt mer relevant i vår samtid skulle jag önska framtida kvalitativa studier som närmare undersöker diagnosens sociala funktion och vad diagnosställande kan få för konsekvenser utifrån perspektivet symbolisk interaktionism.

Litteraturlista

- Björklund & Petersson. (2016, 10 aug). Kraftig ökning av unga som "förtidspensioneras". *Sveriges Television*. Tillgänglig: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/kraftig-okning-av-unga-som-fortidspensioneras>
- Blank, A., Harries, P. & Reynolds, F. (2011). *Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature*. *British Journal of Occupational Therapy* 74 no. 4 (2011): 191-199. DOI: 10.4276/030802211X13021048723336
- Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Floderus, B., Göransson, S., Alexanderson, K., Aronsson, G. (2003). *Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning*. *Arbete och Hälsa* 2003:13. Arbetslivsinstitutet, Stockholm. 91-7045-689-5. <http://hdl.handle.net/2077/4297>
- Försäkringskassan. (2007). *Unga med sjuk- och aktivitetsersättning – vilka är de?* Analyserar 2007:8. Stockholm: Försäkringskassan. Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d4669b61-d721-4aa0-9008-f1d9d9462bad/analyserar_2007_08.pdf?MOD=AJPERES
- Försäkringskassan. (2007b). *Nya sjuk- och aktivitetsersättningar/förtidspensioner – med fokus på yngre med psykiska diagnoser under åren 1995–2005*. Analyserar 2007:11. Stockholm: Försäkringskassan Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a313c7bc-7b84-48e8-9c35-69f5f81feee0/analyserar_2007_11.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan. (2016): *Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Socialförsäkringsrapport 2016:7. https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a2001891-5c47-4b8a-b47b-64dfbbd48555/socialforsakringsrapport_2016_07.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan. (2017). *Sjukersättning och aktivitetsersättning. Rätten till, beräkning m.m.* Vägledning 2013:3, version 4. Stockholm: Försäkringskassan. Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/013cf614-fea6-44ba-a42a-d935f03de071/vagledning_2013_03.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan. (2017b). *Allt fler unga får aktivitetsersättning*. Korta analyser 2017:3. Stockholm: Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/cac49023-20ff-4bba-8189-9562cb52c1ad/korta-analyser-2017-3.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

FORTE (2015). *Psykisk ohälsa, arbetslivs och sjukfrånvaro: en kunskapsöversikt*.

Goffman, E. (1971). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. 4. Uppl. Lund: Studentlitteratur

Graeber, D. (2016). *Reglernas utopi. Om teknologi, enfald och byråkratins hemliga fröjder*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.

Högberg, T. (2010). *'Not in my backyard': Public attitudes toward mental illness and people with mental illness living in Sweden*. Department of clinical neuroscience. Stockholm: Karolinska institutet. ISBN 978-91-7409-944-7.

ISF (2017). *Aktivitetsersättning till trettio års ålder – vad händer sedan?* Rapport 17:5. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. http://www.inspsf.se/digitalAssets/6/6128_3rapport_2017-5_ru_webb.pdf

Janlert, U. (2016). *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa: en kunskapsöversikt*. Underlagsrapport nr 2 till Kommissionen för jämlik hälsa.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Melén, D. (2008). *Sjukskrivningssystemet - Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna*. Lund: Lunds universitet. Sociologiska institutionen. Tillgänglig:

[http://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/sjukskrivningssystemet--sjuka-som-blir-arbetsloesa-och-arbetsloesa-som-blir-sjukskrivna\(a7b97dfe-d72f-4dcd-988e-a7d352cbbd75\).html](http://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/sjukskrivningssystemet--sjuka-som-blir-arbetsloesa-och-arbetsloesa-som-blir-sjukskrivna(a7b97dfe-d72f-4dcd-988e-a7d352cbbd75).html)

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4>

SOU 2008:102. *Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen*. Stockholm: Statens officiella utredningar. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/7FE42A45-4B88-476D-BCEE-D71EB21A670B>

Svenaesus, F. (2013). *Homo patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft förlag.

Thomas, W. & Thomas, D. (1928). *The child in America*. New York: Knopf.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wenneberg, Barbro. (2001). *Socialkonstruktivism: Positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber.

Yin, R. (2013). *Kvalitativ Forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Rekryteringsbrev i form av offentligt inlägg på Facebook

Hej!

Nu skriver jag kandidatuppsats i sociologi och söker personer att intervjua! Uppsatsen handlar om hur det är att som ung vuxen leva i en långtidssjukskrivning för psykiska problem och därför söker jag några som vill dela med sig av sina upplevelser kring detta! Det spelar ingen roll om du har aktivitetsersättning, sjukersättning eller sjukpenning så länge du blivit beviljad detta med anledning av en psykiatrisk diagnos och levt på det i mer än ett år. Lite bakgrund till ämnet finns i artikeln jag länkar.

Frågorna kommer att handla om hur din vardag ser ut, hur kontakten med myndigheter påverkar ditt liv, hur du ser på framtiden, vilka möjligheter du erbjuds osv. Intervjun kan göras antingen i person eller via telefon, beroende på vad som passar bäst. Skriv gärna ett PM om du är intresserad och vill veta mer! 😊

<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/kraftig-okning-av-unga-som-fortidspensioneras>

(Dela gärna om du tror att någon i din omgivning kan vara intresserad av att hjälpa mig belysa detta ämne!)

Bilaga 2: Intervjuguide

Information

- Hej jag heter Esther, är 29 år, pluggar sociologi och ska skriva kandidatuppsats!

- Kandidatuppsats om hur det är att leva i en långtidssjukskrivning
 - Påverkar livet och identiteten
 - Intresserad av detta pga. de stigande siffrorna och egen erfarenhet
 - Finns mycket siffror, men inte så mycket om hur det är att leva det livet
 - Socialpsykologisk inriktning: symbolisk interaktion - (får en bild av vem man är beroende på hur folk behandlar en), stigma
- Intervjuns upplägg
 - Ca 1 timme, helt okej att ta paus eller avbryta när du vill
 - Ställer frågor om olika områden, sjukskrivning, vardag, jobb, identitet, men fritt att prata om saker som kommer upp allt eftersom
 - Behöver inte svara, säg till så går vi vidare
 - Fingererat namn?
- Anonymitet och godkännande
 - Lovar att anonymisera materialet - ingen ska kunna identifiera dig
 - Fingerat namn, avidentifiera platser osv
 - Spela in intervjun för att kunna transkribera - är det okej?
 - Ingen annan kommer lyssna eller kunna få tag i den, raderas efter transkribering
 - Rätt att ångra deltagande när som helst

Allmänna frågor - Vem är du?

- Ålder
- Berätta lite kort om dig själv: dina närstående, intressen, nuvarande sysselsättning
-

Sjukskrivningen

- Hur länge?
- Varför?
- Vad gjort innan?
- Hur gick det till första gången?
- Diagnos?
- Kontakt med myndigheter: känslor, förhoppningar
- Inställning till diagnoser och sjukskrivning innan
- Vilka effekter har sjukskrivningen fått?
 - Positivt
 - Negativt
- Aktivitet?
- Arbetsträning?
 - Blev behandlad?
- Kontakten med myndigheter nu
 - Hur påverkar det dig?

Vardag

- Hur ser en vanlig dag ut för dig nu?

- Vad är viktigt i livet
- Några projekt?
- Plan för framtiden?

Jobb

- Har du jobbat tidigare?
 - Hur var det?
- Vill du jobba?
- Med vad?
- Får du stöd att ta dig dit?
- Fördelar med jobb?
- Farhågor och svårigheter?

Identitet

- Beskriv dig själv
 - Diagnosens betydelse?
 - Sysselsättningens betydelse? (presentera sig för nya människor?)
- Någon i din omgivning i liknande situation? Varför tror du ni kommit att umgås?
- Hur skulle dina närstående beskriva dig?
- Hur skulle samhället beskriva dig?
- Hur framställs personer i liknande situation i media? Påverkar det dig?
- Hur skulle din läkare beskriva dig?
- Hur skulle försäkringskassan beskriva dig?
- Hur har du förändrats under åren i sjukskrivning?
- Vem vill du vara?
- Vilken hjälp finns för att du ska lyckas?

Åsikter

- Varför tror du att antal unga i långtidssjukskrivning ökar?
- Finns det nåt alternativ till hur det går till nu