

”Det är den här rädslan att man ska få en stämpel på sig”

Om stigmatisering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med fokus på vanliga psykiska sjukdomar

Monica Bertilsson, Gunnel Hensing, Lena Wängnerud

Monica Bertilsson, PhD, institutionen för medicin, Göteborgs Universitet.

E-post: monica.bertilsson@gu.se

Gunnel Hensing, professor i socialmedicin, institutionen för medicin, Göteborgs Universitet.

E-post: gunnel.hensing@gu.se

Lena Wängnerud, professor, statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs Universitet.

E-post: lena.wangnerud@pol.gu.se

Det är väl känt att vanliga psykiska sjukdomar som till exempel depression och ångest omges av stigmatisering och negativa attityder, både i samhället och på arbetsplatser. Vi vet mindre när det gäller om och hur stigmatisering och negativa attityder påverkar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Flera litteraturoversikter uppmanar dock både nyckelpersoner och forskare att ta hänsyn till detta när det gäller vanliga psykiska sjukdomar i just sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eftersom det kan leda till hinder, till exempel vid arbetsanpassning eller återgång i arbete. Baserat i litteratur och forskning, beskriver denna artikel översiktligt området stigmatisering och vanliga psykiska sjukdomar avgränsat till kontexten för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

It is well known that common mental disorders (CMDs) such as depression and anxiety are subjected to stigmatization and negative attitudes, both in the society and at work places. We know less about whether and how stigmatization affects the sick leave- and rehabilitation process. However, in several literature reviews, both stakeholders and researchers are urged to consider the importance of stigmatization towards these disorders also in these processes. This is because stigmatization and negative attitudes can hamper for example access to work adjustments and return-to-work processes. Based in literature and research, this article outlines the area of stigmatization and CMDs confined to the context of the sick leave- and rehabilitation process.

Inledning

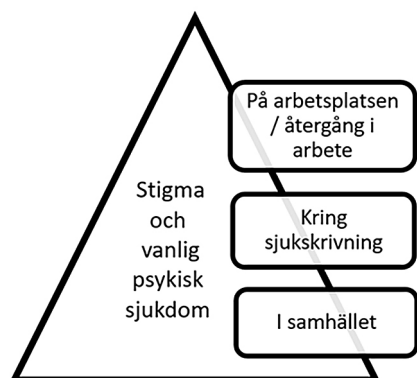
”Det är den här rädslan att man ska få en stämpel på sig” säger en deltagare i en studie om arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdom och syftar på den stigmatisering som finns i samhället kring psykiska sjukdomar. Deltagarens farhåga är att om det blev känt på arbetsplatsen att hen har psykisk sjukdom skulle det kunna påverka arbetsmöjligheter (1). En annan studie har visat att personer som samtidigt lider av både kroppsliga och psykiska besvär, till exempel cancer eller hjärt- och kärlsjukdom och depression, tycker det är svårare att berätta om de psykiska besvären än de andra sjukdomarna vid återgång i arbete (2). Enligt forskarna berodde detta på rädsla för stigmatisering. Stigmatisering, eller social stämpling som det också kan kallas på svenska, innebär att tillskriva en grupp av personer egenskaper som ofta leder till negativa konsekvenser för individer i gruppen (3, 4). Ur ett rättvise- och jämlikhetsperspektiv borde alla patientgrupper i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behandlas likvärdigt och ha samma möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda, men, på grund av stigmatisering och negativa attityder kan det sättas ur spel för personer som har vanliga psykiska sjukdomar.

Vanliga psykiska sjukdomar

Psykiska sjukdomar brukar delas in i allvarliga psykiska sjukdomar (t ex schizofreni) och vanliga psykiska sjukdomar. I gruppen vanliga psykiska sjukdomar ingår vanligtvis sjukdomarna mild till måttlig depression, ångestsjukdomar och utmattningssyndrom (5). De kallas för vanliga psykiska sjukdomar för att de drabbar många människor, och de drabbar främst personer i yrkesför ålder. Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) har uppskattat att prevalensen är 15 % i den arbetande befolkningen (6). Det har också visat sig i flera studier att dessa sjukdomar påverkar människors arbetsförmåga, ofta mer än hur andra sjukdomar påverkar arbetsförmåga (7-9). När det gäller sjukskrivning, så är dessutom vanliga psykiska sjukdomar den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige (10).

Det är väl belagt i forskningsstudier att vanliga psykiska sjukdomar är föremål för stigmatisering och negativa attityder (11, 12). Just därför, rekommenderar författare i ett flertal vetenskapliga litteraturöversikter och rapporter som berör återgång i arbete, att den stigmatisering som kan drabba personer med vanliga psykiska sjukdomar eller psykiska besvär måste beaktas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (13-16). Men om och på vilket sätt stigmatisering har betydelse i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, det vet vi mindre om och är ett forskningsfält som behöver utvecklas ytterligare.

I denna artikel avser vi att översiktligt behandla stigmatisering vid vanliga



Figur 1. Modell över artikelns innehåll.

psykiska sjukdomar relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, se figur 1. Som underlag för artikeln har vi utgått från vetenskaplig litteratur och forskningsstudier, men vi har även använt rapporter och sammanställningar från vedertagna organisationer som till exempel universitet eller OECD. Vi börjar med att redogöra för vad som menas med stigmatisering, och ger exempel på stigmatisering eller negativa attityder ur ett mer samhälleligt perspektiv. Därefter kommer vi i två stycken belysa hur stigmatisering kan tänkas ha betydelse i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det första stycket behandlar sjukskrivning, i nästa stycke behandlas återgång i arbete och arbetsplatsen. I litteraturen används även begreppet negativa attityder synonymt med stigmatisering, vilket vi också kommer att göra i denna artikel.

Stigmatisering av vanliga psykiska sjukdomar i samhället

Stigmatisering innebär att skilja på grupper, mellan ”oss” och ”dom” (3, 4). Corrigan m.fl. (2000) och Link & Phelans (2001) definitioner av stigmatiseringsprocessen är vanligt förekommande i litteraturen (3, 4). Enligt dem karaktäriseras stigmatisering av stereotyper mot, fördomar om och diskriminering av den grupp som stigmatiseras (3, 4). I förhållande till vanliga psykiska sjukdomar kan *stereotyper* utgöras av att folk tycker att ”dom är veka” eller ”lata” (3, 4), det vill säga en slags generell uppfattning om gruppen människor med depressions- eller ångestsjukdom. *Fördomar* innebär att människor också anammar de stereotypa föreställningarna och emotionellt reagerar utifrån dem och till exempel känner rädsla för personer med psykisk sjukdom (3, 4). Fördomar kan sedan leda till *diskriminering* där människor undviker dem eller att personer med vanliga psykiska sjukdomar inte ges samma möjligheter som andra människor (3, 4). Den deltagare som citeras ovan var rädd för just detta. Link och Phelan

(2001) menar dessutom att stigmatisering alltid sker i en ojämlik maktsituation där den som stigmatiseras befinner sig i en underordnad position och där stigmatiseringen därmed också leder till att statuskillnader förstärks (4). För den som drabbas av stigmatisering, innebär stigmatiseringsprocessen ofta att denne införlivar omgivningens uppfattning i sig själv, vilket i sin tur kan leda till att man förlorar självaktning och tilltro till egen förmåga, men även avstår från att till exempel söka stöd och vård (3, 4). Vi kommer fortsättningsvis i detta stycke redogöra för forskning baserade på befolkningsstudier som visar hur stigmatisering kan yttra sig generellt i samhället.

Stigmatisering och negativa attityder är vanligt i samhället

Bland psykiska sjukdomar, fann Angermeyer m.fl. i en litteraturöversikt från 2016 att när det gäller befolkningsbaserade studier är det främst stigmatisering i förhållande till depression som har undersökts (45 %), därefter schizofreni (34 %) (som ingår i gruppen allvarlig psykisk sjukdom) och endast ett fåtal har undersökt olika ångestsjukdomar (17). Befolkningsstudier visar att män mer än kvinnor har negativa attityder till depression, likaså äldre jämfört med yngre personer och bland personer med lägre utbildningsnivå jämfört med personer med högre utbildningsnivå (18, 19). När det gäller stereotyper fann till exempel Aroma m.fl. (2011) i en finländsk befolkningsstudie att nästan 60 % höll med om påståendet att individer med depression ”borde ta sig i kragen” och 40 % såg depression som ett tecken på svaghet (20). I förhållande till fördomar har olika befolkningsstudier funnit att mellan 36-66 % svarat att de upplever deprimerade människor som farliga samt visat på diskriminerande beteenden genom att svara ”det är bäst att undvika deprimerade människor”, vilket cirka 1/3 del svarat i dessa studier (18, 20, 21). I Sverige har ett forskningsprojekt undersökt negativa attityder till depression i ett urval av befolkningen och fann likartade resultat (22, 23).

Politisk ideologi och negativa attityder till psykisk sjukdom – kan ha betydelse på policynivå

En speciell forskningsinriktning ur ett samhällsperspektiv är politisk tillhörighet och stigmatisering av psykisk sjukdom. I förhållande till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är dessa studier intressanta då ideologi påverkar stödet för olika policyförslag, vilket i sin tur kan påverka viljan bland politiska beslutsfattare att göra satsningar på till exempel rehabilitering för personer med depressions- eller ångestsjukdomar eller hur socialförsäkringssystem utformas eller förändras. Studier i USA har visat att personer som har en högerauktoritär ideologi, det vill säga en ideologi som fäster stor vikt vid traditionella värderingar och lydnad av auktoriteter, oftare än andra håller med om påståenden

som ”människor med psykisk sjukdom är en fara för andra” och ”jag skulle inte vilja bo nära någon med psykisk sjukdom” (24). Detta resultat härleds till att högerauktoritär ideologi hänger samman med ett behov av kontroll och förutsägbarhet, vilket kan utmanas i mötet med psykiska sjukdomar. Men, den här studien använder det generella begreppet psykisk sjukdom och därmed särskiljer man inte mellan vanliga psykiska sjukdomar och allvarlig psykisk sjukdom, till exempel schizofreni.

I en svensk studie frågade man istället om attityder till depression till ett urval av befolkningen. I likhet med studierna från USA fann man också i den svenska studien att andelen med negativa attityder till depression var högre i grupper som placerade sig till höger på ideologiskalan (23). I den svenska studien fann man vidare att personer som tillhörde ”traditionella” konservativa väljare framförallt omfattade attityder som handlar om brist på personligt ansvar (exempelvis att människor med depression kan ta sig ur det om de bara vill) medan ”högerpopulistiska” väljare mer än andra svenska väljare omfattade attityder som gav uttryck för rädsla (exempelvis att människor med depression är farliga) (23). Betydelsen av politisk ideologi kvarstår när andra faktorer som kön, ålder och utbildning tas med i analysen (23).

Allmän uppfattning att jobbet riskeras

I samhället verkar det också finnas en uppfattning att människor med vanliga psykiska sjukdomar skulle riskera sin anställning om det blev känt för arbetsgivaren att de har sådan sjukdom (20, 23). Till exempel i befolkningsstudien av Aroma m.fl. svarade hela 66 % att de trodde att anställningen skulle vara i fara om arbetsgivaren fick reda på att den anställde led av psykisk sjukdom (20). Angermeyer m.fl. (2013) undersökte i en befolkningsstudie i Tyskland om attityden till personer med depression förändrades vid ekonomisk recession. De fann att sannolikheten för att inte rekommendera en person med depression för ett jobb ökade signifikant från en andel om 41 % till 49 % av befolkningen mellan 2001 och 2011 (25). Dessutom, när de jämförde mellan deltagare med och utan anställning (arbetslös) visade det sig att det var mindre sannolikt att deltagare med en anställning skulle rekommendera en person med depression för ett jobb (25). Den svenska studien av Löve m.fl. (se ovan) fann likartade fynd, en fråga i deras studie var ”jag skulle inte anställa någon som jag visste varit deprimerad” (en av nio frågor om negativa attityder till depression). Av alla delfrågor var det denna fråga som flest deltagare höll med om (23).

Stigmatisering kring vanliga psykiska sjukdomar och sjukskrivning

I den svenska sjukförsäkringen är en grundval att rätten till sjukpenning baseras på medicinskt nedsatt arbetsförmåga. När det gäller vanliga psykiska sjukdomar är det väl belagt i studier att dessa sjukdomar påverkar arbetsförmågan (7-9), men hur arbetsförmågan påverkas kan dock vara svårt att uppfatta för andra människor (1). Sjukdomarna syns inte utanpå människan som exempelvis en gipsad handled. Personer med depressions- och ångestsjukdom beskriver den nedsatta arbetsförmågan som ”osynlig” och menar att det gör det svårt för dem att få andra människor att förstå både *att* arbetsförmågan påverkas men också *hur* (1, 26). Man ser frisk ut på utsidan men mår inte alls bra på insidan, vilket illustrerades av en deltagare i Bertilsson m.fl. (2013) studie som sa ”man kan inte gipsa ett huvud” (1). En kvalitativ nordisk studie undersökte attityder till sjukskrivning och kom fram till ett kärnbegrepp: ”acceptable causes of sickness absence” (27). I studien framkom att vanliga psykiska sjukdomar uppfattas som en ”grå zon” på grund av både symptomens och arbetsoförmågans osynlighet. Detta bidrog till tvivel om dessa sjukdomar verkligen utgör giltiga skäl till sjukskrivning (27).

Bertilsson m.fl. (2019) har undersökt om det fanns något statistiskt samband mellan attityder till depression och hur man rekommenderade sjukskrivning (22). I denna studie fick deltagarna i en svensk befolkningspanel besvara en skala som mäter negativa attityder till depression (Depression Stigma Scale – DSS (21)). Senare i enkäten fick deltagarna läsa en kort, skriftlig vinjett som beskrev en nedstämd och kraftlös 40-årig person som i sitt arbete möter många människor, och har mycket datorarbete. Med vinjetten som utgångspunkt fick deltagarna bedöma om de ansåg att personen behövde bli sjukskriven. Efter statistisk kontroll för kön, ålder, utbildning, självskattad hälsa, sjukskrivning de senaste 12 månaderna, sektor, arbetsposition och politisk ideologi fann Bertilsson m.fl. att negativa attityder till depression hade ett signifikant samband med bedömningen att personen i vinjetten inte behövde bli sjukskriven (22). Ett resultat som kanske ska förstås i ljuset av den ovan beskrivna nordiska studien, att psykiska sjukdomar omgärdas av skepticism när det gäller behov av sjukskrivning.

Skam och sjukskrivning

Skam, men också psykologisk stress och nedsatt självkänsla, beskrivs som effekter av att bli utsatt för stigmatisering (28). När det gäller sjukskrivning, har svenska studier funnit att sjukskrivna personer känner skam för att vara sjukskrivna (29, 30). Men, andelen som känner skam för detta är betydligt högre bland personer sjukskrivna på grund av depressions- eller ångestsjukdom jämfört med personer sjukskrivna på grund av andra orsaker (29, 30), vilket kan höra ihop med stigmatiseringsprocesser. Knapstad m.fl. (2013) fann dessutom

att sjukskrivningstiden var längre hos dem som upplevde skam (30).

Risken med stigmatiseringsprocessen är att de personer som känner skam inte söker det stöd som de behöver eller har rätt till i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (3, 4). Detta understryker vikten av att alla involverade parter vinnlägger sig om att uppmärksamma och förhindra negativa konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på grund av stigmatisering och negativa attityder. Studier som undersökt hur klienter upplevt kontakten med myndigheter visar att klienter med psykiska besvär i signifikant högre omfattning svarade att kontakten både med hälso- och sjukvård och försäkringskassa var distanserad jämfört med hur klienter med andra besvär svarade. I denna typ av kontakt (distanserad) inkluderades till exempel ett auktoritärt bemötande, upplevelse av att vara ett problem som ingen ville ta i och frekvent byte av vårdgivare (31). Vi vet inte om personalens distanserade kontakt hör ihop med stigmatisering eller negativa attityder till psykisk sjukdom, för det har dessa studier inte undersökt. Men, en upplevelse av ett auktoritärt bemötande är något som ligger i närheten av att vara i en underordnad position, vilket utgör en del av Link och Phelans definition av stigmatisering (4).

Stigmatisering kring vanliga psykiska sjukdomar, återgång i arbete och arbetsplatsen

Återgång i arbete kan vara en komplicerad process och i en hypotetisk modell av rehabiliteringsprocessen föreslår Svensson m.fl. (2006) att negativ självvärdering och skamkänslor kan vara en faktor som leder till sjukersättning istället för återgång i arbete (32). Och skamkänslor, har vi redogjort för ovan, är något som förekommer oftare hos personer sjukskrivna för psykiska sjukdomar. I modellen av Svensson m.fl. föreslår man att sociala interaktioner under rehabiliteringsprocessen har grundläggande betydelse för sjukskrivna individers upplevelse av sin situation, självvärdering och tilltro till egen förmåga (32). På liknande sätt har sociala interaktioner som innehåller negativa attityder betydelse i stigmatiseringsprocesser och påverkar människors syn på sig själva (33). Vikten av ett respektfullt bemötande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har framkommit i flera svenska studier (31, 34). Detta bemötande har visat sig ha betydelse för hur människor självskattat sina möjligheter till återgång i arbete där Lynöe m.fl. (2011, 2013) fann att personer som upplevt sig icke respektfullt bemötta av sjukvårdspersonal (35) eller av tjänstemän på försäkringskassan (36) faktiskt självskattat sina möjligheter till återgång i arbete signifikant lägre än de som upplevt sig respektfullt bemötta. Svenssons m.fl. modell fokuserar på sociala interaktioner mellan sjukskrivna och professionella, men sociala interaktioner sker också i hög grad på arbetsplatsen.

Attityder bland kollegor på arbetsplatsen

Tjulin m.fl. (2011) har i en svensk studie tydliggjort hur återgång i arbete är en process som i högsta grad involverar kollegor, där kollegor kan känna osäkerhet och inte vet hur de ska göra (37). Andra studier med fokus på vanliga psykiska sjukdomar har funnit att kollegor känner en osäkerhet kring hur mycket de vågar belasta en arbetskamrat som återvänder efter sjukskrivning för dessa besvär, men också att de inte fullt ut litar på arbetskamratens arbetsförmåga (38). När det gäller stigmatisering så har OECD i en studie bland danska arbetare undersökt attityder till kollegor med olika sjukdomar, i denna fann man att 55 % tvekade att arbeta ihop med en arbetskamrat med psykiska besvär, jämfört med 15 % avseende en blind arbetskamrat och 10 % för en arbetskamrat med rullstol (15). Varför dessa deltagare tvekar framkommer inte, för det skulle vi behöva andra typer av studier. I flera kvalitativa studier med chefer och fackliga representanter framkommer dock att fördomar mot vanliga psykiska sjukdomar på arbetsplatsen upplevs som ett problem som försvårar rehabiliteringsprocessen och medarbetares möjlighet till ett gott stöd på arbetsplatsen (2, 39, 40).

Några få studier har undersökt attityder bland kollegor till personer som återgått i arbete efter sjukskrivning för psykisk eller fysisk sjukdom. Två enkätstudier, båda utförda bland sjukvårdspersonal, har bägge funnit att deltagarna hade mer negativa attityder till en återvändande arbetskamrat med psykisk sjukdom än med fysiska problem (41, 42). Detta kan ha sin förklaring i det faktum att det finns en ökad risk för misstag i vården hos personal med dessa sjukdomar (43). Men, Joyce m.fl. (2012) har i en australiensisk studie också intervjuat kollegor till personer som haft depression eller ångest. De fann att deltagarna i sin egen uppfattning av dessa arbetskamrater också påverkades av den uppfattning som råder bland övriga kollegor om psykisk ohälsa, vilket anknyter till stigmatiseringsprocesser. De fann också att återvändande arbetskamraters behov av stöd var en källa till stress och frustration för deltagarna, något som hanterades genom att skvallra om arbetskamraten sinsemellan i arbetsgruppen, men, vilket i studien tolkades som ett slags kontextuellt stöd i en för kollegorna svår situation (44). Även om vi i denna artikel belyser stigmatisering, är det viktigt att understryka att det kan vara en problematisk situation på arbetsplatsen när en kollega börjar arbeta utan att ha återfått full arbetsförmåga, vilket kan vara fallet vid återgång i arbete. Bland de processer som sker då, kan några höra ihop med stigmatisering, men andra gör inte det.

Det är viktigt att även insatser mot stigmatisering och negativa attityder bland kollegor och på arbetsplatsen ingår för att optimera förutsättningar för personer med depressions- eller ångestsjukdom att komma tillbaka i arbete efter sjukskrivning (13-15). Sådana insatser bör innefatta också den första tiden efter återgången

i arbete då behovet av stöd är stort både bland kollegor och den som återvänder. Sådana insatser är också viktiga för att undvika ”återfall” i sjukskrivning (37).

Attityder bland chefer

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivare ansvar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet, och i det systematiska arbetsmiljöarbetet förebygga risk för sjukskrivning och ge stöd vid återgång i arbete. Chefen har därmed en central roll när det gäller återgång i arbete och det finns några studier som undersökt attityder till vanliga psykiska sjukdomar bland chefer. Martin m.fl. (2010) fann i en australiensisk studie att chefer inom privat sektor har högre grad av stigmatiserande attityd jämfört med chefer inom offentlig sektor, likaså chefer med lägre utbildning jämfört med chefer med högre utbildning (45). Chefer har också visat sig ha en mer dystert bild av dessa individers förmåga att arbeta jämfört med individer med somatiska sjukdomar (46, 47). I en nyligen genomförd svensk studie fann Mangerini m.fl. (2019) att andelen kvinnliga chefer med negativa attityder till depression var signifikant lägre än bland manliga chefer (48). I studien testade man om skillnaden mellan kvinnliga och manliga chefer kunde förklaras av andra faktorer än kön/genus såsom ålder, utbildningsnivå, näringsgren, andelen kvinnor och män på arbetsplatsen, erfarenhet av att vara chef, typ av chefsposition och erfarenhet av medarbetare med depressions- eller ångestsjukdom. Resultatet av analyserna var att skillnaden mellan kvinnliga och manliga chefer kvarstod (48). Även Martin m.fl. (2010) fann i sin studie denna skillnad mellan manliga och kvinnliga chefer (45). I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser kan det därför vara ett observandum vilket kön chefen har, och att manliga chefer kanske behöver mer information för att motverka risken för negativ attityd.

Det är troligt att chefers inställning till vanliga psykiska sjukdomar påverkar interaktionen mellan denne och medarbetare. Till exempel fann en svensk studie att chefer med negativ attityd till depression hade lägre sannolikhet för att få kännedom om medarbetares depression eller ångestbesvär genom att medarbetaren själv, eller kollegor till medarbetaren, berättade om situationen för chefen (49). Det är dock osäkert hur många som alls berättar om sin sjukdom. Riksförbundet Hjärnkoll (för ökad öppenhet om psykisk ohälsa i samhället) har till exempel funnit att bland svenska tjänstemän har två tredjedelar aldrig talat om psykisk ohälsa på arbetsplatsen och endast fyra av tio med sjukdom har berättat om sin sjukdom (<https://hjarnkoll.se>). I en svensk kvalitativ studie framkom att deltagare upplevt både negativa och positiva konsekvenser av att ha berättat om sin depression eller ångest för chefen (1). I litteraturen finns inga entydiga rekommendationer, men vissa forskare menar att det är förenat med risk att berätta, då flertal studier om stigmatisering vid psykisk sjukdom visar

negativa konsekvenser för dessa personer, till exempel sämre karriärmöjligheter (47). Då tidiga insatser på arbetsplatsen kan ha betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och chefen har arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar blir det bekymmersamt om medarbetare på grund av risk för stigmatisering inte vågar berätta om sina besvär.

Tillgång till arbetsanpassning på arbetsplatsen

För att underlätta för personer med vanliga psykiska sjukdomar att återgå i arbete eller att kunna vara kvar på arbetsplatsen kan arbetsanpassning av arbetsplatsen eller arbetsuppgifter vara av stort värde. För sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det därför av särskild vikt att fynd från olika studier visar att individer med vanliga psykiska sjukdomar i lägre grad får tillgång till arbetsanpassning jämfört med anställda med andra sjukdomar (50-52). Om detta beror på stigmatisering eller större svårigheter att arbetsanpassa vid psykisk sjukdom är oklart, men det troliga är en kombination. Telwatte m.fl. (2017) undersökte chefers attityder i förhållande till medarbetare med funktionsnedsättning (baserat på vinjetter) och fann att deltagarna kände något mindre empati för personer i vinjetter med psykologiska funktionshinder och ansåg det vara något mindre legitimt och inte lika skäligt med anpassning i dessa fall, trots att dessa arbetsanpassningar var mindre kostsamma (51). I en svensk studie som undersökt vilka arbetsanpassningsåtgärder som chefer använt för medarbetare med depressions- och ångestsjukdom framkom att det fanns en lägre sannolikhet för att chefer med negativa attityder till depression rapporterade vissa typer av arbetsanpassning, till exempel att ändra i arbetsmiljön eller att låta medarbetare arbeta hemifrån (53). En förutsättning för arbetsanpassning är ju dock att medarbetaren berättar om sin sjukdom för chefen, tyvärr fann en engelsk studie att även om personer med depression gjorde det, var sannolikheten för arbetsanpassning ändå mindre jämfört med personer med andra sjukdomar (50).

Rehabiliteringskedjan i ljuset av stigmatisering mot psykisk sjukdom

I den svenska sjukförsäkringen har Rehabiliteringskedjans struktur för bedömning av arbetsförmåga en avgörande roll. Enligt denna bedöms individers arbetsförmåga i förhållande till hela arbetsmarknaden vid dag 180 i sjukskrivningen. För personer med vanliga psykiska sjukdomar som då bedöms ha arbetsförmåga men inte kan klara av det arbete de har, kan en omställning i arbetslivet till annat arbete dock var betydligt svårare jämfört med personer med andra sjukdomar. Detta då chefer enligt vissa forskningsstudier verkar vara mindre benägna att anställa personer med vanliga psykiska sjukdomar (12, 15).

Avslutning

En fråga av stor betydelse, är om och hur mycket en individ med vanlig psykisk sjukdom ska berätta om detta på arbetet eller inte. Enligt den svenska sjuklönelagen (1991:1047) behöver inte anställda röja vilken sjukdom som utgör underlag för sjukskrivning. Förhållandet mellan arbetsgivare och anställda bygger på anställningsavtal och överenskommelser relaterat till arbetet. Den anställdes privatliv, till vilket man räknar hälsa och sjukdom är inte arbetsgivarens angelägenhet om inte det på ett avgörande sätt påverkar arbetet. Många anställda delar ändå sådan information med sin chef men på frivillig basis och kan man anta baserat i ett ömsesidigt förtroende. I takt med att alltmer av sjukdom och sjukskrivning tillskrivs arbetet blir det en något paradoxal situation om arbetsgivaren ska ansvara för att stödja individens återgång i arbete utan att känna till sjukdomen bakom den nedsatta arbetsförmågan.

Även om stigmatisering per se är av ondo och något som ska motverkas, skulle man också hypotetiskt kunna se dessa negativa attityder som en slags barriär till sjukskrivning. Eftersom sjukskrivning är en riskfaktor för långtidssjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning och arbetslöshet, kan omständigheter som befrämjar andra lösningar än sjukskrivning i en problematisk situation, i förlängningen kunna vara gynnsamma. Den enskilde kan genom att vara kvar i arbete istället nödgas till ett annat beslutsfattande, som måhända är av större betydelse i det långa loppet, till exempel att förändra en livs- eller arbetssituation.

Avslutningsvis, det finns få studier som inkluderar stigmatisering eller negativa attityder till vanliga psykiska sjukdomar vid sjukskrivning, likaså när det gäller rehabilitering och återgång i arbete. Det finns också få studier som undersökt attityder till vanliga psykiska sjukdomar hos hälso- och sjukvårdspersonal eller hos tjänstemän på försäkringskassan. I dagsläget vet vi därför inte om stigmatisering i jämförelse med andra faktorer har en påtaglig effekt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eller inte. Fler studier behövs. Men, genomgången ovan visar dock att stigmatisering och negativa attityder är en väsentlig faktor som alla berörda parter måste beakta och motverka.

Referenser

1. Bertilsson M, Petersson E-L, Östlund G, Waern M, et al. Capacity to work while depressed and anxious - a phenomenological study. *Disabil Rehabil.* 2013;35(20):1705-11.
2. Munir F, Yarker J, Haslam C, Kazi A, et al. Returning to work. The role of depression: The Mental Health Foundation and Loughborough University; 2009.
3. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol.* 2005;11(3):179-90.

4. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001;27(1):363-85.
5. Vingård E. En kunskapsöversikt: Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Stockholm Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. 2015.
6. OECD. *Mental health and work: Sweden*. OECD Publishing 2013
7. Burton WN, Pransky G, Conti DJ, Chen C-Y, et al. The association of medical conditions and presenteeism. *J Occup Environ Med*. 2004;46(Suppl):S38-45.
8. Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Ware RS, et al. Which health conditions impact on productivity in working Australians? *J Occup Environ Med*. 2011;53(3):253-7.
9. Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S, et al. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry*. 2006;47(1):35-41.
10. Försäkringskassan. *Socialförsäkringen i siffror 2017*. Stockholm: Swedish Social Insurance Agency 2017.
11. OECD. *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing; 2012.
12. Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):1-14.
13. Pomaki G, Franche R, Khushrushahi N, Murray E, et al. Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. Final report Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH). 2010.
14. Pransky GS, Fassier J-B, Besen E, Blanck P, et al. Sustaining work participation across the life course. *J Occup Rehabil*. 2016;26(4):465-79.
15. OECD. *Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work*. Paris: OECD Publishing; 2015.
16. Harvey SB, Joyce S, Tan L, Johnson A, et al. *Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature*. Sydney: University of New South Wales. 2014.
17. Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: a systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry*. 2014;29(6):381-9.
18. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G, Arensman E, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord*. 2013;150(2):320-9.
19. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):25.
20. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(2):125-32.
21. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, et al. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC psychiatry*. 2006;6(1):21.

tema

22. Bertilsson M, Löve J, Martinsson J, Wängnerud L, et al. Depression attitudes were associated with the public's opinion of depression as a valid cause of sickness absence: a vignette study from a Swedish web-based citizenship panel (submitted).
23. Löve J, Bertilsson M, Martinsson J, Wängnerud L, et al. Political ideology and stigmatizing attitudes toward depression: the Swedish case. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(6):365-74.
24. DeLuca JS, Yanos PT. Managing the terror of a dangerous world: Political attitudes as predictors of mental health stigma. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(1):21-30.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty: results from three population surveys in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:1513-18.
26. Danielsson L, Bertilsson M, Holmgren K, Hensing G. Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders. *BMC Public Health.* 2017;17(1):472.
27. Krane L, Larsen EL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, et al. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):880.
28. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet.* 2006;367(9509):528-9.
29. Aronsson G, Marklund S, Solheim LJ. Skam, stigmatisering och framtidstro bland långtidssjukskrivna i ”osynliga” diagnoser. *Socialmed tidskr.* 2015;92(4):519-34.
30. Knapstad M, Øverland S, Henderson M, Holmgren K, et al. Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scand J Public Health.* 2014;42:96-103.
31. Östlund GM, Borg KE, Wide P, Hensing GK, et al. Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scand J Public Health.* 2003;31(4):275-82.
32. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment, and return to work: on the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work.* 2006;27(1):57-65.
33. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005;20(8):529-39.
34. Mårtensson L, Hensing G. Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions about the process of rehabilitation and return to work: a focus group study. *Work.* 2012;43(2):237-48.
35. Lynøe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, et al. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ open.* 2011;1(2):e000246.
36. Lynøe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, et al. Does feeling respected influence return to work? Cross-sectional study on sick-listed patients' experiences of encounters with social insurance office staff. *BMC Public Health.* 2013;13(1):268.
37. Tjulín A, MacEachen E, Stiwné EE, Ekberg K. The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disabil Rehabil.* 2011;21(22):1979-89.
38. Bertilsson M, Löve J, Ahlberg Jr G, Hensing G. Health care professionals' experience-based understanding of individuals' capacity to work while depressed and anxious. *Scandinavian journal of occupational therapy.* 2015;22(2):126-36.

39. Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2011;21(3):293-303.
40. Corbière M, Renard M, St-Arnaud L, Coutu M-F, et al. Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *J Occup Rehabil.* 2015;25(2):335-47.
41. Glozier N, Hough C, Henderson M, Holland-Elliott K. Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *Int J Soc Psychiatry.* 2006;52(6):525-34.
42. Tei Tominaga M, Asakura T, Asakura K. Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan. *Int J Mental Health Nurs.* 2014;23(4):316-25.
43. Gärtner FR, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJH, Sluiter JK. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(8):1047-61.
44. Joyce T, Higgins I, Magin P, Goode S, et al. The experiences of nurses with mental health problems: Colleagues' perspectives. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;26(4):324-32.
45. Martin A. Individual and contextual correlates of managers' attitudes toward depressed employees. *Hum Resour Manage.* 2010;49(4):647-68.
46. Glozier N. Workplace effects of the stigmatization of depression. *J Occup Environ Med.* 1998;40(9):793-800.
47. Mendel R, Kissling W, Reichhart T, Bühner M, et al. Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24(02):146-9.
48. Mangerini I, Bertilsson M, de Rijk A, Hensing G. Gender differences in managers' attitudes towards employees with depression: a cross-sectional study in Sweden (submitted).
49. Klinkhammer S. How managers find out about common mental disorders among their employees: a cross-sectional study in Sweden. Maastricht: Maastricht University; 2019.
50. Munir F, Jones D, Leka S, Griffiths A. Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness. *Int J Rehabil Res.* 2005;28(2):111-7.
51. Telwatte A, Anglim J, Wynnton SK, Moulding R. Workplace accommodations for employees with disabilities: A multilevel model of employer decision-making. *Rehabil Psychol.* 2017;62(1):7.
52. Boot CR, van den Heuvel SG, Bültmann U, de Boer AG, et al. Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. *J Occup Rehabil.* 2013;23(2):200-8.
53. Niederberger R. Work accommodations for employees with common mental disorders and associated managerial determinants - a cross-sectional study among Swedish managers. Maastricht: Maastricht University; 2019.