



Akademien för hälsa och arbetsliv

En studie om hur kvinnor som varit sjukskrivna
för utmattningssyndrom upplevt sin behandling

Madeleine Jerfström & Elin Larsson

Juni 2010

B-uppsats 7,5 hp

Folkhälsovetenskap

Hälsopedagogiska programmet

Handledare: Matilda Ekman

Jerfström. M. and Larsson. E.(2010). *A study of how women who were on sick leave for burnout experienced their treatment*. Faculty of health and occupational studies, University of Gävle.

Abstract

The study examines how women who were on sick leave for experience of burnout and the treatment they received. The study was based on four semi-structured interviews. These are made of a medium-sized Swedish municipality in which the study group consisted of four women. The women were selected through contacts. Interview questions were not used in the past, they have been constructed out of the study purpose. To help with the documentation tape recorder has been used. Printed books, Internet sites, scientific studies and the interviewed women were used as sources. The interviews showed categories which have been retorted in the result. The results showed what kind of treatment these women have been offered and how they experienced the treatment. Furthermore, the results show what the informants lacked in the treatment and desire for improvement, which was to reduce the risk of relapse. The majority of the women were offered treatment in the form of conversations with a counselor or psychologist and those women were satisfied with counseling as therapy. All were offered drugs and the majority experienced a positive effect of these. The women spoke of a need to meet other individuals in similar situations to find support and have the opportunity to share experiences. The results showed that all women had requests for meetings with group activities as a part of the treatment. It was further stated the lack of follow-up after completion of treatment. The conclusion is that there is a need for alternatives to the offered treatment service, where a health educator can play an important role.

Keyword: burnout, treatment, stress

Sammanfattning

I studien undersöks hur kvinnor som varit sjukskrivna för utmattningssyndrom upplevt den behandling de fått. Studien är en kvalitativ undersökning som har baserats på fyra semistrukturerade intervjuer. Dessa är gjorda i en mellanstor svensk kommun där undersökningsgruppen bestod av fyra kvinnor. Kvinnorna valdes ut med hjälp av kontakter. Intervjufrågorna har inte använts tidigare utan har konstruerats utifrån studiens syfte. Till hjälp med dokumentationen användes en bandspelare. Tryckt litteratur, internetsidor, vetenskapliga studier samt de intervjuade kvinnorna har använts som källor. Utifrån intervjuerna har kategorier bildats som sedan redovisats i resultatet. Resultatet visade vilken form av behandling dessa kvinnor blivit erbjudna och upplevelsen av behandlingsformen. Vidare visar resultatet vad informanterna saknat i behandlingen och vilka önskemål om förbättring som fanns för att minska risken för återfall. Majoriteten av kvinnorna blev erbjudna behandling i form av samtal med kurator eller psykolog. Kvinnorna var nöjda med samtalsterapi som behandlingsform. Samtliga blev erbjudna mediciner och flertalet upplevde en positiv effekt av dessa. Kvinnorna talade om ett behov av att träffa andra individer i liknande situation för att finna stöd och ha möjlighet att byta erfarenheter. Resultatet visade att samtliga kvinnor hade önskemål om gruppträffar med aktiviteter som en del av behandlingen. Vidare påpekades avsaknaden av uppföljning efter avslutad behandling. Slutsatsen är att det finns behov av alternativ till den som behandling som sjukvården erbjuder, där en hälsopedagog kan fylla en viktig roll.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	6
2	Bakgrund	6
2.1	Definition av utmattningssyndrom	6
2.2	Möjliga orsaker till utmattningssyndrom	7
2.3	Behandling av utmattningssyndrom	7
2.4	Betydelsen av socialt stöd	7
2.5	Stress	8
2.6	Psykosocial stress	8
2.7	Kvinnor och stress	9
2.8	Sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom	9
2.9	Ljusdals kommun.....	10
2.10	Fysisk aktivitet och hälsa	11
2.11	Självbild/självkänsla.....	12
3	Syfte.....	12
4	Metod.....	12
4.1	Studiedesign	12
4.2	Undersökningsgrupp	13
4.3	Frågeinstrument	13
4.4	Procedur	13
4.5	Reliabilitet och validitet.....	13
4.6	Analys och material	14
4.7	Etiska överväganden.....	14
5	Resultat.....	14
5.1	Behandling genom samtal med kurator eller psykolog.....	15
5.2	Stresshantering, avslappning, massage, akupunktur och kost	16
5.3	Antidepressiv medicin	17
5.4	Socialt stöd	18

5.5	Oro för återfall.....	19
5.6	Skam och skuldkänslor	19
5.7	Behovet av uppföljning	20
5.8	Gruppträffar	21
5.9	Fysisk aktivitet	22
5.10	Läkarens bemötande vid besök för andra symtom.....	22
6	Konklusion	22
7	Diskussion.....	23
7.1	Metoddiskussion	23
7.2	Resultatdiskussion	24
7.3	Förslag till fortsatt forskning	25
	Referenslista	26
	Bilaga 1	28
	Bilaga 2	29
	Bilaga 3	31
	Bilaga 4	32

1 Inledning

Vår uppfattning är att många som är sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom blir deprimerade och får svårt att komma tillbaka till ett socialt liv. Vi vill undersöka om exempelvis kontinuerliga gruppträffar, under sjukskrivningen och under den första delen av återgången till arbetslivet skulle vara till fördel för dessa människor. Som blivande hälsopedagoger vill vi ta reda på om vi kan fylla en roll i arbetet med att förebygga återfall av utmattningssyndrom.

2 Bakgrund

I början av 1990-talet kom hotet om arbetslöshet som en följd av lågkonjunkturen, vilket gjorde att människor genomförde sina arbetsdagar även om de var sjuka. De svenska databaserna har sedan 1997 visat en ökning av antalet långtidssjukskrivna och av dessa är antalet kvinnor övervägande. År 2003 var antalet långtidssjukskrivningar högre än vid någon annan tidpunkt. Människor är olika stresståliga och förmågan att skydda sig skiljer sig för olika individer och människor som är ambitiösa och arbetar hårt har i flera fall svårt att säga nej när kraven blir för höga (Ekman, R., & Arnetz, B. 2005).

Ökningen av långtidssjukskrivningar från andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet, var till stor del kopplad till psykisk ohälsa (FYSS, 2008). Liknande symtombild kan ses efter andra typer av långvarig stress som t.ex. ofrivillig arbetslöshet, sjuka anhöriga eller andra allvarliga och långvariga psykosociala påfrestningar. De psykiska och fysiska symtomen som kan uppstå efter långvariga stresstillstånd är dock så typiska att man kan tala om en karaktäristisk sjukdomsbild som fått namnet utmattningssyndrom.

Utmattningssyndrom kan uppstå av flera olika typer av stress, men arbetet har visat sig vara den viktigaste orsaken (Ekman, R., & Arnetz, B. 2005).

2.1 Definition av utmattningssyndrom

Socialstyrelsen (2003) har i sitt dokument skrivit vilka kriterier som finns för att diagnostisera utmattningssyndrom. Bland annat ska individen under minst två veckor upplevt både fysiska och psykiska symtom på utmattning, dessa symtom ska vara en följd av identifierbara stressfaktorer. Det ska finnas en påtaglig brist av psykisk energi och utmattningssymtomen ska orsaka försämrad förmåga eller lidande i t ex sociala situationer eller arbete. Symtomen får inte bero på fysiologiska effekter av t ex missbruk eller någon sjukdom som t ex diabetes. Socialstyrelsen skriver också att minst fyra av nedanstående symtom måste funnits i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:

- 1) *Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning*
- 2) *Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress*
- 3) *Känslomässig labilitet eller irritabilitet*
- 4) *Sömnstörning*
- 5) *Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet*
- 6) *Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet (ibid. s. 9).*

För att se beskrivningen av symtomen i helhet se Bilaga 1.

2.2 Möjliga orsaker till utmattningssyndrom

Långvarig stress inom privatliv och/eller arbetsliv utan möjlighet till återhämtning kan orsaka utmattningssyndrom om individen är stresskänslig. Fler tänkbara orsaker kan vara: ökad arbetsbelastning, minskad egenkontroll i olika situationer, nivå av belöning, konflikter, relationer, krav, hur man upplever att man blir behandlad, socialt nätverk mm. Sömnbrist är den viktigaste faktorn till utmattningssyndrom, normalt bör man sova åtta timmar men sex till sju timmar kan även räcka under långa perioder (FASS, 21 maj 2010).

2.3 Behandling av utmattningssyndrom

Patienterna ska till en början avlastas från sina stressmoment vilket ofta sker genom hel sjukskrivning under några veckor. Därefter sker en uppföljning för att se vilken effekt detta haft. Om patienten med säkerhet har utmattningssyndrom bör den redan från början sjukskrivas under en lång tid. I övrigt är det "Back to Basic" som rekommenderas, där struktur och regelbundenhet är viktigt när det gäller sömn, måltider och motion. I ett övergångsskede kan patienten även behöva sömnmedicin för att få tillräckligt med sömn. Antidepressiv medicin ges om det är nödvändigt. För att patienten på egen hand ska ha möjlighet att ansvara för hur han/hon kan påverka sin situation och minska stressnivån bör kognitiv samtalsterapi med fokus på stresshantering ges. Avslappningsövningar via sjukgymnast kan också rekommenderas. Patienten kan få en remiss till Företagshälsovården där arbetsgivaren bör delta under rehabiliteringen. I det fallet bör man fokusera på vad som eventuellt gjort individen sjuk i arbetssituationen. Rehabiliteringstiden är ofta lång och man bör därför göra upp en plan för en successiv tillbakagång i arbetet, ofta är en ändring i arbetssituationen att föredra. För att förebygga återfall är det även viktigt med professionell handledning. (FASS, 21 maj 2010). För mer ingående information av behandling se Bilaga 2.

Utmattningssyndrom tenderar ofta till att bli just långvariga. Om detta beror på syndromets natur, eller på bristande behandling och rehabilitering, eller på en fortsatt dålig arbetssituation som individen inte klarar av att återvända till, vet man inte. Ett flertal patienter berättar om en långvarigt ökad stresskänslighet, även efter att de återgått till arbetet. Epidemiologiska data talar även de för att utmattningssyndrom ofta blir långdragna (Socialstyrelsen, *Utmattningssyndrom stressrelaterad psykisk ohälsa*, 2003).

"De landstingsanställda som varit sjukskrivna för psykisk ohälsa i 30 dagar eller mer, är i ca 50 procent av fallen fortfarande sjukskrivna efter ett år. I en enkätbaserad efterundersökning av långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa (som i merparten av fallen var av typ utmattningssyndrom eller depression) hade hälften fortfarande problem efter två år" (ibid. s. 10).

2.4 Betydelsen av socialt stöd

Enligt Rydén & Stenström (2000) delas socialt stöd vanligtvis in i olika kategorier. Dessa kategorier är *socialt nätverk* och *upplevt socialt stöd*, vilket beskriver stödets kvantitativa och kvalitativa egenskaper. I begreppet socialt stöd är det kvantitativa stödet en beskrivning av antalet anhöriga och vänner som finns i omgivningen, medan det kvalitativa stödet syftar på nivån av stöd som dessa personer ger i olika avseenden. Rydén & Stenström menar även att det sociala stödet är en viktig faktor för en individs välbefinnande och för att upprätthålla en god hälsa. Det sociala stödet har också visat sig vara effektivt vid en människas tillfriskande från sjukdom. Det finns även studier som visar på att olika typer av rehabilitering kan få en positivare effekt om socialt stöd innefattas. Alkoholism, stresshantering och krishantering är exempel på rehabiliteringar som främjas av närvaro och stöd från andra individer. Det har även visat sig att det finns ett samband mellan mortalitet, dåligt socialt stöd och stress vilket ytterligare stärker betydelsen av det sociala stödet. Lundberg & Wentz (2005) beskriver nära

relationer och sociala anknytningar till andra människor som en nödvändighet som alla individer behöver. Människans hälsa har ett starkt samband med dessa faktorer då det har visat sig att människor som har ett stort umgänge håller sig friskare och lever längre jämfört med de som saknar en bekantskapskrets (ibid.).

Stöd i samband med svåra sjukdomar har visat att allt stöd inte är bra och ändamålsenligt samt att stöd inte är en resurs som aldrig tar slut. Anhöriga kan dra sig bort från den som är sjuk om de själva hamnar i någon livssituation som påverkar dem negativt eller känna skuld känslor och särbehandla genom exempelvis förvrängd kommunikation. Detta kan innebära att den sjuke som är i behov av mycket stöd periodvis kan bli lämnad ensam då relationerna ändras (Socialstyrelsen, 2003).

Socialstyrelsen (2003) menar att stödet till personer i livskris eller med psykiska besvär skiljer sig från stödet till personer med kroppsliga åkommor. Det behövs mindre praktiskt stöd och mer emotionellt stöd, t.ex. många samtal där individen med psykiska besvär får ventiler sina känslor.

Under en sjukskrivning vid utmattningssyndrom menar Socialstyrelsen (2003) att det är viktigt att det finns en bra kontakt med arbetsplatsen. Ofta minskar stödet och kontakten med arbetsplatsen snabbt då arbetsuppgifterna normalt är det som är gemensamt. För att kontakten med en sjukskriven arbetskamrat ska behållas är det nödvändigt att både arbetsplatsen och den sjuke individen anstränger sig extra mycket. Detta kan vara svårt under stark arbetspress och stress, situationen innebär även att man lämnar arbetsplatsarenan och övergår till en privatkontakt som är helt ny. Genom denna viktiga kontakt får den sjukskrivne bekräftelse som leder till att den känner sig uppskattad och omtyckt av sina arbetskamrater.

2.5 *Stress*

Begreppet stress beskrivs på följande sätt i FYSS (2008): ”*Stress kan definieras som ett tillstånd av ökad psykologisk, fysiologisk och beteendemässig beredskap, det vill säga kroppens alarmreaktion*” (s.571). Vidare beskrivs den tolkning och bemästring av sinnesintryck som hjärnan bearbetar vid en stressexponering som grunden till vilka fysiologiska reaktioner som blir följden. Fysiologiska stressreaktionen är ett nödvändigt sätt för kroppen att agera och reagera vid hot och utmaningar. Kroppens stresssystem är anpassad för en kortare aktivering vilket gör att en långvarig exponering av stress där kroppens försvarsmekanismer ständigt är påslagna belastar kroppen hårt. Avsaknaden av återhämtning för kroppens system kan efter en tid leda till sjukdom och de fysiska åkommorna som orsakats av långvarig stress kan också leda till psykiska besvär samt vice versa.

2.6 *Psykosocial stress*

Lundberg & Wentz (2005) tolkar begreppet stress och att detta kan uppstå när kroppen utsätts för inre och yttre påfrestningar. Dessa påfrestningar kan vara händelser på arbetsplatsen, hemma eller i skolan men också betydande livshändelser. När individens socioekonomiska situation, livsmiljö och dåliga livsstilsfaktorer kopplas samman och utgör en långvarig belastning på kroppens system benämns detta som psykosocial stress. Faktorer som kan framkalla psykosocial stress är exempelvis höga krav, brist på kontroll, oro och bristande socialt stöd. Dessutom kan psykiska faktorer som oro, ångest, depression och ilska på egen hand utlösa stress. Människor upplever stress på olika sätt och hur påverkad individen blir av en oväntad situation. Detta bestäms av bland annat tidigare erfarenheter, beteende och livsstil, vilket författarna kallar copingförmåga eller sättet att hantera stress. Hur bra copingförmåga individen har är individuellt och avgörande för hur stressreaktionen blir. Vissa stressforskare menar också att stress är som en ”*obalans mellan upplevda krav från omgivningen och upplevd egen förmåga att hantera dessa krav*” (ibid. s.38).

2.7 *Kvinnor och stress*

I Socialstyrelsens rapport *Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa* (2003) beskrivs att kvinnor generellt är mer långtidssjukskrivna än män och orsaken är framförallt psykisk ohälsa. Även Riksförsäkringsverket redovisar i sin rapport *Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär* (2004:8) att psykisk sjukdom bland långtidssjukskrivna är vanligare bland kvinnor än bland män. Den största delen utgörs av depressioner, stressreaktioner och ångesttillstånd. Sömnstörningar, utbrändhet och stressrelaterade besvär i samband med arbete är också vanligast bland kvinnor.

I Lundberg & Wentz (2005) beskrivs arbetsfördelningen i dagens samhälle. Kvinnor förvärvsarbetar idag nästan lika mycket som män samtidigt som de fortsatt bär den största arbetsbördan i hemmet. Detta har resulterat i en alldeles för stor arbetsbörda och belastning för många kvinnor. Vidare redovisas studier som visar skillnader i psykofysiologiska stressnivåer mellan kvinnor och män under arbetet samt hemma efter arbetsdagens slut. Kvinnornas stressnivå var densamma hemma som under arbetet medan männens stressnivå sjönk till viloläge så fort de hade kommit hem. Den stress kvinnorna upplevde på arbetet avspeglades också på deras fritid medan däremot männen inte visade samma stress på kvällar och helger som under arbetsdagen. Kvinnornas stresssymptom utgörs ofta av en kombination av hög arbetsbelastning och brist på återhämtning.

2.8 *Sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom*

I Riksförsäkringsverkets rapport (2004:8) *Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär* redovisas en sammanställning av långvariga sjukskrivningar åren 1999-2003. Enligt rapporten har de psykiska sjukdomarna ökat kraftigt som orsak till sjukskrivning, från 14 procent i slutet av 1980-talet till 30 procent 2003. Bland långtidssjukskrivna är psykisk sjukdom vanligare bland kvinnor (33 procent) än bland män (26 procent) men ökningen sker hos båda könen. Psykisk ohälsa innefattar symptom som depression, ångesttillstånd och stressreaktioner.

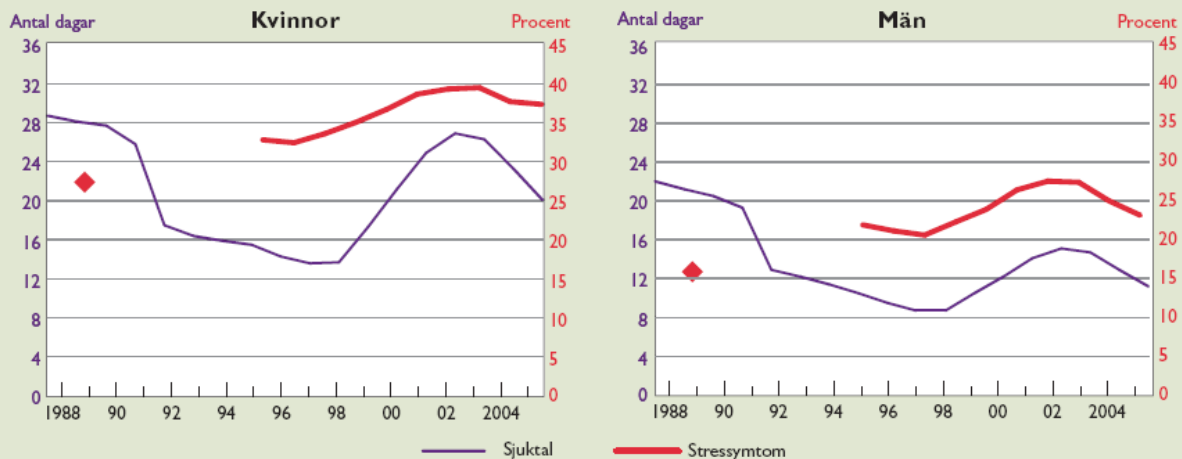
Enligt Socialstyrelsens *folkhälsorapport 2009* kan utvecklingen av sjukfrånvaro för både kvinnor och män sammankopplas med utvecklingen av stresssymptom under perioden 1994-2005. Stressymptom ökade 1-3 år före uppgången av sjukfrånvaro och minskade före sjukfrånvarons nedgång. Det finns även ett synligt samband mellan sjukfrånvaro och besvär med oro, ångest och allmän trötthet. Det är mycket vanligare med sjukfrånvaro bland personer som uppger att de har nedsatt psykisk hälsa och studier har också visat att även sömnbesvär och trötthet efter en tid kan leda till sjukfrånvaro. Riksförsäkringsverket (2004:8) menar i sin rapport att det kan finnas en rimlig koppling mellan de ökande sjukskrivningarna på grund av psykiska sjukdomar och de ökade psykosociala arbetsmiljöproblemen. De psykologiska kraven i arbetslivet och den egna kontrollen i arbetet har ökat under 1990-talet vilket rimligen har påverkat människornas psykiska hälsa.

Diagnosen utbränd eller utmattningssyndrom har uppmärksammats en del på senare år även om denna diagnos bara utgör en relativt liten del av sjukskrivningarna (Riksförsäkringsverket, 2004:8). Detta kan enligt rapporten delvis bero på att utbrändhet och utmattningssyndrom ofta diagnostiseras som depression och därför kategoriseras under de psykiska sjukdomarna. Gränsen mellan de psykiska sjukdomarna är inte alltid knivskarp och vissa orsakssymptom kan finnas med bland flera av dem. Många sjukskrivna kan dessutom ha flera olika diagnoser samtidigt som det inte alltid är tydligt vad som uppfattas som sjuk eller frisk när det gäller psykiska sjukdomar.

Nedan följer en tabell från Socialstyrelsen som belyser stressymtom och sjuktal för kvinnor och män i åldrarna 25-64 år mellan 1988-2005.

Figur 12. Stressymtom och sjuktal

Andelen (procent) personer med stressymtom* och sjuktal (antal dagar)**.
Kvinnor och män 25–64 år, åren 1988–2005***.

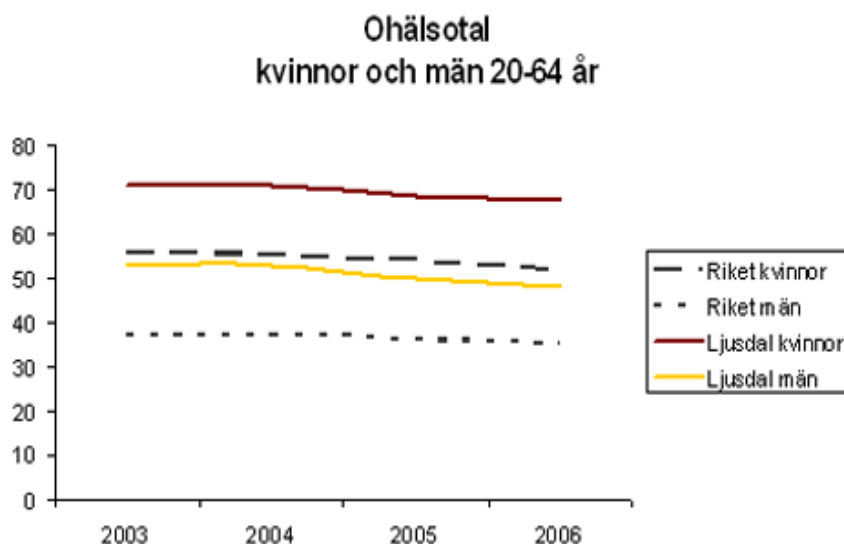


* Dvs. har minst ett av följande besvär: (i) svår värk i nacke eller skuldror; (ii) trött för jämnan; (iii) lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.
**Antalet utbetalda dagar med sjukpenning (t.o.m. år 1997 avses dagar per sjukpenningförsäkrad, fr.o.m. 1998 avses per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning). Alla dagar räknas som EN dag oavsett om omfattningen är hel, halv osv. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i sjukalet.
*** Glidande treårsmedelvärde utom för stressymtom åren 1988/89 som är ett genomsnitt av de två åren.
Källor: ULF-undersökningarna, SCB (besvär) och Försäkringskassan (sjuktal).

Figur 1 Källa: Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009

2.9 Ljusdals kommun

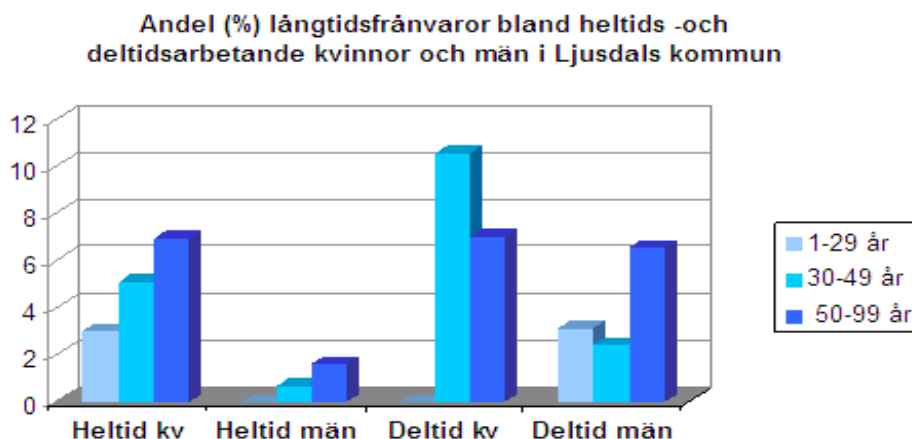
En mellanstor svensk kommun är Ljusdals kommun, där är ohälsotalet ”antalet ohälsodagar per person och år” för både kvinnor och män högre jämfört med Sveriges genomsnittliga nivå (www.ljusdal.se). Med ohälsotal menas antal dagar med någon form av ersättning från Försäkringskassan. De två första sjukveckorna är exkluderade då ohälsotalet inte innefattar dagar med sjuklön från arbetsgivare.



Figur 2 Källa: Kommunala basfakta, www.fhi.se

Sjukfrånvaron bland kvinnor som är anställda i Ljusdals kommun tycks vara högre bland deltidsanställda jämfört med heltidsanställda medans samma skillnad inte är lika tydlig bland

männen. Det finns också en signifikant skillnad mellan könen i sjukfrånvaron då kvinnor i kommunen liksom i övriga landet har en högre frånvaro. Bland deltidsarbetarna som visas i tabellen nedan tillräknas också de individer som tidigare arbetat heltid men som sedan varit långtidssjukskriven och kommit tillbaka med sjukersättning (www.ljusdal.se).



Figur 3 Källa: Kommunala basfakta, www.fhi.se

2.10 Fysisk aktivitet och hälsa

FYSS (2008): ”Regelbunden aktivering av stressfysiologiska system genom fysisk aktivering torde vara gynnsamt för systemen även i samband med psykosocial stress” (s.575). Vidare förklaras att individens stressreaktioner kan påverkas av regelbunden fysisk aktivitet genom fysiologiska mekanismer men även det omvända, att psykologiskt välbefinnande har betydelse för stressfysiologiska reaktioner. Det bör dock nämnas att individen bör uppleva den fysiska aktiviteten som positiv för att den stressfyllda situationen ska bemästras och det psykologiska välbefinnandet uppnås.

Socialstyrelsens rapport *Fysisk aktivitet och folkhälsa* (2006:13) redogör att människan har ett fysiologiskt behov av fysisk aktivitet för att upprätthålla en god hälsa och välbefinnande samt att kroppen behöver rörelse för att fungera optimalt och motverka sjukdom. Förutom att förbättra kondition, styrka och balans kan psykisk ohälsa såsom stresssymptom, oro och ångest motverkas med träning. Fysisk aktivitet kan även påverka livskvaliteten, självkänslan och kroppsuppfattningen samt på lång sikt möjligen vara lika effektiv mot klinisk depression som psykoterapi och medicinering. I rapporten berättas också om studier som gjorts i primärvården. Undersökningarna visar att fysisk aktivitet ger positiva förändringar i självuppfattningen, oavsett ålder. Effekterna är speciellt tydliga för individer med låg självuppfattning, där bland annat deprimerade kvinnor har studerats.

Enligt rapporten från SBU (2007) *Metoder för att främja fysisk aktivitet* visar ett antal studier att individer oavsett ålder, socioekonomiska faktorer och hälsotillstånd, som är regelbundet fysiskt aktiva har en bättre livskvalité jämfört med inaktiva individer (ibid.). FYSS (2008) presenterar de hälsofrämjande rekommendationerna av fysisk aktivitet, vilket är att alla individer skall vara fysisk aktiv i sammanlagt minst 30 min varje dag, fem dagar i veckan. Intensiteten bör vara måttlig eller mer.

I Sverige finns idag Fysisk aktivitet på recept (FaR®) som är ett verktyg för hälso- och sjukvården i arbetet med att motverka välfärdssjukdomar och ohälsa i befolkningen (Faskunger, Leijon, Ståhle, Lamming, 2007, *Fysisk aktivitet på recept*). Behöriga läkare och sjuksköterskor ordinerar fysisk aktivitet på recept till patienter för att främja deras hälsa.

Idrottsföreningar och andra ideella organisationer fungerar som aktivitetsaktörer och är viktiga samarbetspartners i FaR - arbetet.

2.11 Självbild/självkänsla

Lambie (2006) undersöker i sin artikel *Burnout prevention: A humanistic perspective and structured group supervision* betydelsen av gruppaktiviteter i syfte att kartlägga och förebygga utbrändhet bland kuratorer i USA. Rådgivare är en utsatt yrkesgrupp vad gällande utbrändhet och har framförallt ett behov av att stärka självsäkerheten och självkänslan. Om rådgivaren brister i sin empati för klientens problem får detta en betydande inverkan på relationen mellan dem båda och resultatet. Undersökningen var en interventionsstudie där studiegrupperna deltog i olika gruppaktiviteter för att utveckla och förstärka självacceptans, personliga val och meningsfullhet. Aktiviteterna innefattade bland annat att tillverka bilder med bestämda ändamål, reflektera med övriga gruppdeltagare samt berätta om personliga stressituationer. Studien visar att individerna förbättrade sin självacceptans, sina personliga val och sin känsla av meningsfullhet genom aktiviteter i grupp.

Sivik & Theorell (1995) talar om bemästringsstrategier och att många studier har visat att den individuella copingförmågan är relaterad till individens personlighet. Människor har olika sätt att bemöta psykosociala förändringar och påfrestningar (ibid.).

Angelöw (2009) menar att stressreaktioner och utmattningssyndrom kan påverka individens egenskaper och förmågor. Högt ställda krav, bristande kontroll och skuldkänslor är faktorer som kan kopplas samman med stress. Individens självbild, som bland annat innefattar vad denne tror sig kunna hantera påverkas av stressnivån likaså självförtroendet som är en viktig del för välbefinnandet. Nyänkande, att ha förmågan att se saker ur olika perspektiv, motivation till förändring samt att finna mening är ytterligare faktorer som författaren lyfter fram som viktiga egenskaper i stresshantering.

3 Syfte

Syftet är att undersöka hur kvinnor i en mellanstor svensk kommun som varit sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom upplevt den behandling de fått för att bli friska.

Frågeställningar:

- Vad tror dessa kvinnor är den bästa behandlingen för utmattningssyndrom?
- Hur kan man enligt dessa kvinnor på bästa sätt förebygga återfall av sjukdomen?

4 Metod

4.1 Studiedesign

Utifrån studiens syfte som var att undersöka hur individer med utmattningssyndrom upplevt den behandling de blivit erbjudna, lämpar sig en kvalitativ undersökning. Kvalitativa metoder menar Olsson & Sörensen (2001) syftar på forskning som ger beskrivande data såsom människans skrivna eller talade ord samt beteenden. Metoden avser att karaktärisera något genom att söka kategorier, beskrivningar eller modeller för att på bästa sätt beskriva en företeelse. I studiens resultat presenteras sedan de mönster som har upptäckts (ibid.).

Vidare har semistrukturerade intervjuer använts vilket lämpar sig bra till denna typ av studie. Semistrukturerade intervjuer benämner May (2001) som en blandning av den fokuserade och

strukturerade metoden. Frågorna är specifika och strukturerade samtidigt som informanten har möjlighet att besvara frågorna i egna termer (ibid.). Att använda strukturerade intervjufrågor är en fördel då flera intervjuer har sammanställts och kategoriserats gemensamt. Den öppna svarmöjligheten är också viktig då studiens syfte handlade om individens egen upplevelse. I denna studie hade ingen annan metod lämpat sig bättre då informanternas berättelser har utgjort resultatet.

4.2 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av fyra kvinnor. Två av kvinnorna var i nedre 30års åldern, en kvinna i nedre 40års åldern och en kvinna var i övre 40års åldern. Samtliga kvinnor var hemmahörande i en mellanstor svensk kommun. Gemensamt för dessa kvinnor var att samtliga varit sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom. Grundmotivet till valet att enbart studera kvinnor var för att kvinnor i genomsnitt ligger högre än män i statistiken över sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa (Riksförsäkringsverkets, 2004:8). Anledningen till valet av kommun var att statistiken i denna visar ett genomsnittligt högre antal sjukskrivningar jämfört med övriga landet, gällande kvinnor (www.fhi.se).

4.3 Frågeinstrument

Till undersökningen valdes semistrukturerade intervjuer. Detta innebär att alla informanter får samma frågor och har möjlighet att svara fritt. Frågorna till intervjuerna togs fram i samråd med handledaren och konstruerades i förväg, dessa bestod av fyra huvudfrågor med tillhörande följdfrågor. Frågorna har inte testats eller använts tidigare då dessa har konstruerats utifrån studiens syfte. För att se frågorna till intervjuerna se Bilaga 3.

4.4 Procedur

Informanterna valdes ut med hjälp av kontakter. Missivbrev delades ut innan intervjuerna. Tre av intervjuerna utfördes på offentliga caféer och den fjärde i informantens hem. Platserna för intervjuerna planerades i samråd med informanterna för att dessa skulle känna sig bekväma i intervjusituationen. Samtliga intervjuer tog mellan 45-60 minuter att genomföra. I förväg bestämdes positioner så att en författare intervjuade och den andre agerade sekreterare. Alla intervjuer spelades in med hjälp av bandspelare. Missivbrev se Bilaga 4

4.5 Reliabilitet och validitet

Olsson & Sörensen (2001) menar att både reliabiliteten och validiteten är viktiga för studiens trovärdighet. Författarna beskriver reliabilitet som graden av överensstämmelse mellan att en mätning utförs på samma sätt men vid olika tillfällen och att ett liknande resultat uppnås varje gång. Om graden av överensstämmelse är hög är också reliabiliteten hög (ibid.). Studiens reliabilitet är hög då mätningen kan upprepas och samtidigt ge ett liknande resultat. En annan forskare kan genom intervjuer med samma frågor och informanter uppnå ett resultat likt studiens. Viss skillnad kan dock förekomma då informanterna möjligen inte använder samma ordval vid varje intervju samt att forskarna tolkar och sammanställer svaren på olika sätt.

Validitet beskrivs av Olsson & Sörensen (2001) som ett mätinstruments förmåga att mäta det den är avsedd att mäta. Hög validitet innebär att mätningen är rätt till det som ska undersökas (ibid.). Validiteten i studien är hög då kvalitativa semistrukturerade intervjuer är det mest lämpliga för att uppnå studiens syfte. Det är till fördel att använda strukturerade frågor med möjlighet till öppna svar då personliga erfarenheter och berättelser behandlas. Valet av frågor och dess formuleringar är också betydande för vilket resultat som uppnås. Studiens intervjufrågor är noggrant formulerade för att på ett önskvärt sätt uppnå studiens syfte.

4.6 *Analys och material*

Resultatet av de fyra intervjuerna transkriberades genom att avlyssna de inspelade intervjuerna och ordagrant skriva ner det som informanterna svarat. Frågorna togs bort så att svaren blev fristående och svaren analyserades sedan med hjälp av färgkodning. Gillham (2008) beskriver hur materialet efter en intervju ska tolkas och kodas. I enlighet med Gillhams modell jämfördes de färgkodade svaren från de nedskrivna intervjuerna, det väsentliga valdes ut och kategorier bildades (ibid.). Utifrån dessa kategorier sammanställdes sedan texten genom att urskilja likheter och olikheter i det som informanterna svarat. Vidare valdes kärnfulla citat ut för att förstärka texten och känslan av det som sagts. Kategorierna har sedan bildat egna rubriker och resultatet presenteras i en sammanhängande text.

4.7 *Etiska överväganden*

Olsson & Sörensen (2001) talar om informationskrav och vikten av att informera försökspersonerna om studiens syfte, dess upplägging och innebörden av att medverka. Eventuella risker för obehag bör ingå i informationen samt att deltagandet är frivilligt och att försökspersonen när som helst kan välja att avbryta medverkandet utan att detta innebär några negativa följder. Informationen till alla medverkande bör ges i god tid så att dessa har tid att tänka över sitt deltagande. Information ska tillhandahållas både muntligt och skriftligt där den skriftliga informationen lämpligen ges genom ett missivbrev. I missivbrevet ska kontaktinformation till forskaren också ingå (ibid.).

Informanterna i studien kontaktades genom ett telefonsamtal där information om studiens syfte och innebörden av ett deltagande gavs. Därefter delades ett missivbrev ut där information om deras medverkande samt upplysningar om kontaktuppgifter till forskarna tillhandahölls. Missivbrevet innehöll också uppgiften om att informanternas medverkande var konfidentiellt samt att de när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande.

Frågorna till intervjun var noga utformade där känsliga frågor angående upplevelsen och konsekvensen av sjukdomen undveks. Platserna för intervjuerna valdes av informanterna själva för att träffarna skulle kännas så avslappnade som möjligt.

5 *Resultat*

Resultatet kommer att redovisas i text och citat. Varje informant har fått ett nummer för att göra svaren i resultatet tydliga. Nedan följer en kort beskrivning av informanterna.

Informant 1 är en kvinna i nedre 30års åldern, hon arbetar som telefonist på en budfirma. Hon lever tillsammans med sambo och barn.

Informant 2 är en kvinna i nedre 40års åldern, hon arbetar som kommunikatör på ett callcenter. Hon är skild och lever i dag tillsammans med en ny man och respektive barn från tidigare förhållanden.

Informant 3 är en kvinna i övre 40års åldern, hon studerar och arbetar deltid på en revisionsbyrå. Hon lever med sin man, tillsammans har de två vuxna barn.

Informant 4 är en kvinna i nedre 30års åldern, hon är i dagsläget mammaledig. Hon lever tillsammans med sin man och deras barn.

Resultatet har delats in i följande kategorier som framkom vid analysen.

5.1 *Behandling genom samtal med kurator eller psykolog*

Samtliga informanter har genomgått behandling i form av samtal med kurator eller psykolog. Behandlingen har rekommenderats av husläkaren. Alla informanter utom informant 4 är eniga om att samtal är en bra behandlingsform.

Väntetid

Informant 1 upplever att väntetiden från första besöket hos läkare till första samtalet med kuratorn var lång. Väntetiden var fem veckor och hon kände i samband med det att hon inte blev tagen på allvar. Informant 2 berättar att hon varit sjukskriven för utmattningssyndrom vid två tillfällen. Vid första tillfället fick hon kontakt med psykosocialen genom sin läkare och säger att *”det agerades snabbt”*. Vid det andra tillfället blev hon erbjuden samtal med en annan psykolog men berättar att det tog längre tid den gången. Informant 3 beskriver att hon fick vänta länge på hjälp vid båda sina sjukskrivningar.

Samtal med psykolog

Informant 3 berättar att hon vid sin första sjukskrivning träffade en psykolog för samtal och vid andra sjukskrivningen samtalade med en kurator. Hon upplever en stor skillnad mellan psykolog och kurator och säger att

”det kan möjligen bero på personkemin men det var mycket jobbigare och mer skam att gå till psykologen eftersom jag då fick gå till psykavdelningen”.

Hon beskriver att psykologen *”ville gräva mer på djupet”* vilket hon upplevde som konstigt medan kuratorn *”ville jobba mer framåt och ta reda på varför man mådde dåligt och varför man kanske hade den här prestationen över att vara duktig och inte kunna säga nej”*.

Informant 2 anser att behandlingsformen passar henne men upplevde till en början att det var *”gruvsamt”*. Hon hittade på ursäkter för att slippa boka en tid till det första besöket. Hon gick endast vid ett tillfälle under sin första av två sjukskrivningar men säger att

”Psykologen förstod problemet och det kändes jättebra. Jag kände en lättnad och fick bort mina skuld känslor. Jag blev erbjuden att fortsätta hos psykologen för samtal men tyckte att jag inte var något svårt fall och kände att jag banne mig skulle klara det här själv”.

Under sin andra sjukskrivning valde hon åter igen att gå vid endast ett tillfälle och säger att hon kände sig *”utpekad”*. *”Jag ville inte bli sedd av andra, jag tänkte: Är jag ett psykfall?”*. Väl hos psykologen fick hon den bekräftelse hon kände att hon behövde och säger att det kändes skönt. Informant 4 berättar att hon gått på öppna psykmottagningen hos en psykolog med KBT kompetens. Hon säger

”Vi träffades ungefär en gång i veckan och det var väl min kontakt med omvärlden, annars var jag bara hemma. Genom samtalen får man lite instrument för att förstå sig själv. Men eftersom jag letade mycket information själv och hade lite insikt och mål så tog psykologen för givet att jag redan visste en massa saker”.

Informant 4 kände inte att detta hjälpte henne och berättar att hon ville ha hjälp av psykologen men kunde inte släppa in henne. Hon beskriver behandlingen som svart/vit och opersonlig och upplevde att hon inte blev tagen på allvar.

Samtal med kurator

Informant 1 berättar att hennes samtal med kurator pågick under sex månader. Hon tycker att kuratorn var mycket bra och berättar att hon inte skulle tveka att ringa henne om hon kände att hon behövde någon att prata med även om behandlingen i dag är avslutad.

Informant 3 var sjukskriven vid två tillfällen. Under sin andra sjukskrivning fick hon träffa en kurator för samtal, hon berättar

”Jag upplevde behandlingen som bra men jag jobbade mycket själv också. Kände mig inte till 100 % nöjd ändå. Gick till kuratorn ca tio gånger sen kände jag mig klar med henne, tyckte inte att jag kom längre. Kuratorn gav mig många delar att jobba med hemma, som hemläxa. Tyvärr gick hon inte vidare så det kändes som att det blev samma och samma och hon tyckte också att vi var klara”.

5.2 Stresshantering, avslappning, massage, akupunktur och kost

Avslappning och massage

Tre av fyra informanter menar att massage och avslappning är en viktig del av behandlingen och hjälpte dem att komma tillbaka. Informant 4 kände sig inte redo att släppa kontrollen och kunde därför inte riktigt slappna av.

Behov av stresshantering

Stresshantering tycker samtliga informanter är en viktig del att belysa för att få insikt i sin egen situation. Informant 3 känner att hon velat lära sig att slappna av och leva i nuet och hon tror också att det bästa sättet för att förebygga återfall är att få lära sig stresshantering, för att skapa en trygghet hos individen samt att ta tag i problemet i tid. Hon tycker att hon själv har ansträngt sig för att lära sig att hantera situationen och men önskar samtidigt att hon hade fått mer hjälp.

”Jag tycker det skulle ha hjälpt mycket om jag hade fått hjälp med stresshanteringen, kanske åkt iväg en vecka till något ställe för att lära sig prata om det och lära sig leva rätt. Det kanske låter dyrt för samhället men jag tror att man skulle tjäna på det i längden för vad kostar inte långa sjukskrivningar?”.

Sjukgymnastik

Informant 1 blir av Landstinget erbjuden att få komma till en sjukgymnast för att få hjälpt med sina fysiska problem och för att bli kroppsligt medveten om sina arbetsställningar. Denne instruerar henne att göra ergonomiska övningar med gummiband för att stärka muskulaturen i nacken och axlarna och ger henne en avslappnings cd att lyssna på när hon är hemma.

Väntetiden för behandling hos Landstingets sjukgymnast är lång så den första hjälp informant 1 får är istället via sin arbetsgivare som kontaktar företagshälsovården. Via företagshälsovården blir hon erbjuden akupunktur och tio besök hos en sjukgymnast. Efter ytterligare några veckor får informanten hjälp av Landstinget och får då komma till ny sjukgymnast.

Informant 1 är inte nöjd med den hjälp hon får av sjukgymnasten, dels på grund av det opersonliga bemötandet och dels för att träffarna bara är en gång i månaden.

”Jag var inte nöjd med den hjälp jag fick hos sjukgymnasten, de arbetade med arbetsskador och inte utmattningssyndrom. Jag ville hellre ha massage och jag behövde definitivt något mer och flera gånger i veckan, till en början i alla fall”.

Informanten byter sjukgymnast tre gånger innan hennes läkare tillslut föreslår att hon istället ska träffa en sjukgymnast som är privat men som ändå har en koppling till Landstinget. Denne är hon nöjd med

”han var jätteseriös och tog mig på allvar, han var mer personlig. Man är väldigt känslig i den situationen”.

Information om kost och sömn

Ingen av informanterna har av vårdpersonalen blivit informerad om betydelsen av kost och sömn. Informant 3 önskar att hon fått mer information angående kosthållning för hon vet att kosten har betydelse för hur kroppen mår. Informant 4 kände att läkaren tog förgivet att hon redan hade kunskap inom ämnet på grund av hennes studiebakgrund.

Stressad av understimulans

Informant 4 känner sig stressad när hon har lite att göra

”på kvällarna hade jag inget att göra, provade att gå på gym men det var inget för mig och att sitta på café hela dagarna blev jag bara rastlös av”.

Psykologen som hon fick behandling hos arbetade ofta med avslappning och ville också prova detta på kvinnan

”hon ville att jag skulle prova en avslappningsskiva men jag hade inte kommit dit, kunde inte släppa den kontrollen och sen litade jag inte tillräckligt på henne heller”.

Kvinnan är medveten om att hon ibland ligger på gränsen för att det ska bli för mycket, hon gör hellre saker själv än att överlåta det till någon annan vilket hon själv säger att hon måste försöka att ändra på.

Alternativa behandlingar

Utöver den behandling som informant 4 har blivit erbjuden av sin läkare har hon på egen hand letat alternativa behandlingar. Hon tycker att information om andra behandlingsformer, utöver den som sjukvården erbjuder, bör ges till individer med psykisk ohälsa då bra komplement finns att hitta.

Självkännedom

Det bästa för att tillfriskna från utmattningssyndrom menar informant 4 är att påverka sig själv, hur du tänker och ta reda på vad det är som stör för att sedan plocka bort en bit i taget.

”För att på bästa sätt förebygga utmattningssyndrom så krävs nog självkännedom och insikt om sig själv. För att komma dit så måste man tillåta sig själv att må dåligt och inte skämmas över det”.

5.3 Antidepressiv medicin

Samtliga informanter har av läkaren blivit erbjuden antidepressiv medicin som en del av behandlingen. Alla kvinnor utom informant 2 äter under sin behandling den rekommenderade medicinen och känner att det hjälper dem att komma tillbaka.

Upplevelsen av att äta medicin

Informant 4 menar att medicinen hjälper bra när hon mår som sämst. Till en början ville hon inte äta tabletter men i samspråk med sin läkare så valde hon ändå att börja med dem. Det

finns en rädsla för att bli beroende av tabletterna, vilket är gemensamt för samtliga kvinnor. Informant 3 och 4 har därför valt att på eget initiativ trappa ner på mängden medicin efter en tids ätande. Informant 4 säger

”Jag valde själv att börja trappa ner för att inte bli beroende, kunde få panik om inte jag hade tabletterna med mig även om jag inte behövde ta dem”.

Informant 1 berättar att hon inte är rädd för att drabbas av utmattningssyndrom igen då hon tror sig kunna känna av de eventuella fysiska symptomen. Samtidigt är hon lite orolig att det ska börja *”spöka i huvudet”* igen men hon vet att det inte är farligt och att medicinen hjälper henne med den psykiska ohälsan.

Informant 2 påpekar att hon gärna vill klara sig utan mediciner då dessa ger henne biverkningar och informant 4 berättar att *”medicinen kapar alla dalar och alla toppar så det är svårt att hitta igen sig själv på vägen tillbaka”.*

Läkarens bristande kontroll

Gemensamt för alla kvinnorna är den uttryckliga saknaden av uppföljning från läkaren gällande effekterna av medicineringen och kvinnornas psykiska tillstånd. Informant 2 menar att det kan vara vanskligt när läkaren fortsätter att skriva ut tabletter utan uppföljning, framförallt när det gäller sömntabletter och dylikt. Informant 3 uttrycker läkarens bristande kontroll och uppföljning som *”det är bara att hämta ut nya tabletter och sedan trappa ner på dem själv”.* Informant 4 tycker också att läkaren bör vara lite mer varsam när han/hon skriver ut dos och sort på läkemedel. Någon form av utvärderingsmall önskar hon att det fanns för att mer specifikt kunna kartlägga vad som passar patienten bäst.

5.4 Socialt stöd

Informanterna är eniga om att det sociala stödet från omgivningen är viktigt. Informant 3 berättar att hon förutom samtal med kurator och psykolog är i stort behov av familj och vänner för det sociala stödet. Hon berättar om sitt behov av att känna sig behövd påpekar vikten i att ha någon att vända sig till. Hon berättar vidare om tröttheten som drabbat henne under den första tiden då hon haft *”fullt sjå”* att kliva upp ur sängen och säger att under den tiden orkar man inte träffa någon. *”men får man gå vecka ut och vecka in utan någon socialkontakt så hamnar man långt ner”.* Hon berättar att alla som tagit kontakt med henne under hennes sjukskrivning hjälpt henne i hennes tillfrisknande.

”Det betydde oerhört mycket att framförallt arbetsplatsen hörde av sig, några var hit med blommor och det är ju sådant som sitter kvar, som jag kommer ihåg. Att arbetsplatsen tänkte på mig gjorde att jag kände mig saknad och behövd. Familjen också, mamma ställde upp till 100 procent, hon fanns där hela tiden och stöttade. Hon har själv också mått dåligt till och från så hon vet vad det handlar om. Men jag tycker att alla har varit förstående. Första gången jag blev utbränd 1992 var det nog många som inte förstod, barnen var små och förstod inte medans det andra gången var mer accepterat och barnen som blivit äldre och förstod också mer”.

Informant 4 berättar att hennes familj stöttat henne *”jag har alltid haft tryggheten i familjen under alla tider”.* Hon anser att det är viktigt att familj och vänner blir involverade i situationen utöver läkare, psykologer och andra alternativa behandlingar. *”Man behöver människor att ventilera med”.*

Förståelse

Informant 1 och 2 har upplevt att människorna runt omkring dem haft förståelse för deras situation men inte för utmattningssyndromet i sig. Informant 1 berättar att människorna i hennes omgivning stöttade henne men hon tror inte att de förstod vad utmattningssyndrom handlar om. *"Det måste vara jättejobbigt om folk runt omkring inte förstod varför man hamnat där"*. Informant 2 har fått förståelse av sina arbetskamrater och berättar att det kändes skönt. *"Man behövde inte skämmas och fick prata om det och det behöver man verkligen"*. Hon anser att det är mycket viktigt med förståelse av omgivningen. Tyvärr har hon själv inte fått förståelse för syndromet men väl för situationen.

Informant 1 berättar att hon inte upplevde någon press från omgivningen till att återgå till arbetet.

"Många sa att vad du än gör så gå inte tillbaka och jobba för tidigt. Det var skönt att höra. Jag hade stöd från vänner, familj, läkare och arbetsgivare. Man är så känslig så minsta lilla grej så funderar man på vad de vill och man tolkar det ofta fel".

5.5 Oro för återfall

Tre av de fyra informanterna säger sig inte vara särskilt oroliga att drabbas av utmattningssyndrom igen. En viss osäkerhet finns alltid kvar men de tror att de av tidigare erfarenheter ska hinna känna och stoppa ett eventuellt nytt insjuknande.

Informant 2 säger att hon *"inte är helt på fötter"* än och därför orolig att hon återigen ska bli sjuk. Hon är speciellt orolig när våren närmar sig eftersom det är under den perioden hon tidigare har drabbats. När hon efter första sjukskrivningen kommit tillbaka till arbetet blir hon friskförklarad av chefen och sig själv men oron att återigen bli sjuk finns kvar. *"Jag har inte varit fullt frisk sedan dess och jag är inte tillbaka på 100 % än..."* Informanten tror också att alla kan inbilla sig att må bra fast det egentligen inte är så och då riskera att återgå till arbetet för tidigt. Informant 4 är ibland rädd att hon hindrar sig själv från att göra saker på grund av rädsla för att bli utbränd igen. Hon menar att hon fungerar bäst när hon har mycket att göra *"jag mår bäst när jag ligger lite på gränsen, så länge jag får en återhämtning"*.

Varningssignaler

Informant 1 säger att hon troligen skulle hinna se varningssignalerna i tid och hinna förhindra att återigen bli sjuk. Hon tror sig i alla fall kunna upptäcka de fysiska, medan hon är mer orolig för att inte hinna se de psykiska, *"jag vill inte bli så konstig i huvudet igen så det är väl de som jag i sådana fall är orolig för"*. Informant 3 tror sig också kunna bromsa ett eventuellt händelseförlopp i tidigt skede då hon tagit lärdom från sina två tidigare sjukskrivningar.

Viktigt att ta situationen på allvar

Informant 4 tror att det är farligt om situationen inte tas på allvar och att det då lättare kan hända att individen insjuknar igen. Hon menar att det är viktigt att våga backa och börja om, att det är viktigt att ta itu med de faktorer som ligger bakom.

5.6 Skam och skuld känslor

Känslor av skam och skuld kan ses hos samtliga informanter. Informant 1 säger

"Det är mycket skuld och dåligt samvete för att man inte klarar av det andra klarar av. Man vet inte riktigt vad som är fel och hur det kunde bli såhär. Man funderar på varför det hände mig".

Informant 2 berättar att hon under sjukskrivningen tagit beslut om att själv resa i väg med sin husvagn för att hon var rädd att människor runt om henne skulle se att hon mår dåligt. Hon kände att hon borde klara av detta själv. *”Man stämplar sig själv som idiot”* säger hon. Informant 2 försöker förtränga att hon varit utbränd och tror att det kan bero på hennes vänner. Hon berättar att de och hennes nya kärlek inte har någon förståelse för individer som hamnar i depression. Informant 3 beskriver att hon kände mer skam under sin första sjukskrivning och att det kändes lättare den andra gången hon drabbades av utmattningssyndrom. Hon tror själv att det kan bero på att hon var mer medveten om vad symtomen handlade om vid det andra tillfället och att omgivningen hade en annan förståelse.

”Första gången drog jag mig undan, blev folkskygg och ville inte göra någonting. Förr var det ju skamligt men jag tycker ändå att man har kommit långt idag och det är mycket vanligare än vad folk tror, åtminstone ångesten som är en följd av utmattningen. Depression och oro följer också med”.

Informant 4 berättar om hennes tankar då hon insåg att hon inte orkade mer

”Jag kände att det är ingen idé att jag bara åker hem och vilar utan jag måste sjukskriva mig. Då tänkte man ju att: jaha, klarar jag inte av det här heller nu. Det kom negativa tankar, det kändes som ett misslyckande. Hjärnan får för sig att kroppen sviker”.

Hon berättar att hon under tiden hon var sjuk inte orkade ta sig för att göra saker, hon blev folkskygg och kände att hon irriterade sig på människor.

”Det var ett stort steg att sätta sig i bilen och åka iväg till affären även om det är precis det man behöver. Det var också jobbigt att det inte syns att man är sjuk, folk tog lätt på det och tyckte att man skulle rycka upp sig. Men jag tror att det har blivit bättre idag, bättre förståelse och en större öppenhet. Tabugrejen har blivit bättre”.

5.7 Behovet av uppföljning

Informanterna är alla eniga om att en uppföljning bör ske efter en sjukskrivning för utmattningssyndrom. Informant 1 berättar att man behöver hjälp att komma ihåg det som hänt och se eventuella varningssignaler i tid genom en uppföljning. Informant 2 vill inte kritisera sjukvården men säger att hon skulle önska en uppföljning. Informant 3 uttrycker att det är dåligt att det inte finns någon uppföljning efter sjukskrivningen.

”Efter avslutad behandling så var det inget mer, då får man klara sig själv. Det är ingen som ringer och frågar hur man mår efter behandlingen. Efter sjukskrivningen och i övergången till att börja arbeta fanns ingen att prata med. Som sagt en uppföljning efter behandlingens slut tycker jag att det skulle finnas, det är jätteviktigt”.

Förslag till uppföljning

Informant 4 tror att ett samarbete mellan läkare och psykolog skulle vara bra för att följa upp en avslutad behandling, även om hon idag känner att hon själv kan ringa sin läkare om behovet skulle finnas. Uppföljningen kan exempelvis ske genom återbesök hos den kurator individen haft under behandlingen säger informant 1.

”För de är ju så duktiga på att hitta rätt och trycka på rätt punkter, man kanske själv inte tänker på att man är på väg tillbaka till samma mönster”.

Informant 2 önskar att läkaren själv ringer henne för att höra hur hon mår istället för att hon ska ta kontakt med läkaren. Hon har själv tagit beslut om att avsluta sin behandling hos psykolog redan efter ett tillfälle och berättar att hon inte blivit kontaktad av läkaren efter det. Hon funderar på om det finns någon kontakt mellan läkare och psykologer eller om läkaren

helt släpper patienten efter rekommenderad behandlingstyp. Hon saknar i det här fallet en uppföljning för att inte känna sig bortglömd.

”Man vill inte känna sig bortglömd bara för att man blir ett avslutat fall som jag i det här fallet gjorde mig själv till”.

Uppföljningens regelbundenhet

Informant 1 påpekar vikten i en regelbunden uppföljning efter sjukskrivning av utmattningssyndrom.

”Till en början skulle det nog behövas samtal varannan månad sedan en gång i halvåret och sen kanske en gång om året”

5.8 Gruppträffar

Önskemål om gruppterapi

Samtliga informanter önskar att det i behandlingen ska finnas någon form av gruppterapi där de får möjlighet att träffa andra i samma situation. Behovet av att prata med andra om sjukdomen menar alla informanter är viktigt och att prata med någon som befinner sig i samma situation kan underlätta. Genom att träffas i grupp kan individerna hjälpa och stötta varandra under vägen tillbaka.

Informant 1 uttrycker att behovet av att prata finns, *”man vet inte riktigt vad som är fel och hur det kunde bli såhär, därför skulle det vara bra att få prata med andra i samma situation”.*

Informant 1 menar att samvaron med andra likasinnade gärna kan fortgå även efter behandlingen, detta för att påminna sig om att någonting var fel och att pressen på sig själv inte bör vara för stor.

Behov av socialt stöd

Informant 2 tror att hon inte hade känt sig lika ensam under sin sjukdomstid om hon hade deltagit i gruppträffar. Vidare berättar hon att arbetet hjälpte henne att komma tillbaka, dels genom att träffa arbetskamraterna men också för att hon tvingades kliva upp och sysselsätta sig. Informant 3 tror att det hade varit bra för henne att träffa och stöttat andra för även om vänner och familj finns där har de svårt att förstå om de själva inte har varit i sjukdomen. Hon har själv varit sjuk två gånger och med sin erfarenhet hade hon andra gången kunnat vara till hjälp för andra och samtidigt själv känt sig behövd, *”jag själv kan tillfriskna för att komma tillbaka men också för att hjälpa andra”.* Hon tycker att det är märkligt att människor som exempelvis ska operera magen för att gå ner i vikt får träffa andra i samma situation innan operationen medans det inte finns grupper för människor som varit utmattade.

Stödgrupper för anhöriga

Informant 4 tror att det också kan behövas stödgrupper för anhöriga till människor med utmattningssyndrom. Dessa stödgrupper kan erbjuda information till de anhöriga och möjlighet för dem att ventileras tillsammans med andra närstående. Hon tycker också att det är viktigt att hjälpa varandra och att närstående förstår att utvecklingen sker tillsammans för att gå vidare. Informanten tycker även att det borde finnas en samlingspunkt med samarbeten och erbjudanden av alternativa behandlingar samt möjlighet att träffa en mentor, någon som själv har varit sjuk.

Erfarenhet av gruppträffar

Informanten har själv deltagit i en gruppträff tidigare och är lite besviken på denna. Deltagarna hade olika diagnoser och en varierande öppenhet vilket hon tror är orsaken till sitt missnöje. För att lyckas med gruppterapi tror hon att det är bra om grupperna inte är för stora och att deltagarna har liknande diagnos. Gruppträffarna bör också vara ordnade med någon typ av aktiviteter, gärna nya aktiviteter att prova på samt någon form av nätverk för att lättare kunna ta kontakt med andra.

5.9 Fysisk aktivitet

Uppmuntran till fysisk aktivitet

Information från vårdpersonal om hur positivt fysisk aktivitet påverkar hälsan har i de flesta fall varit bristfällig. Av de fyra informanterna berättar bara informant 1 hur läkaren och kuratorn uppmuntrat henne till att vara aktiv.

Val av aktivitet

Informant 1 valde att promenera, cykla på gym och utöva avslappningsyoga vilket hon säger har hjälpt henne under rehabiliteringen. Informant 2 har tack vare sin hund tvingats promenera och samtidigt mött människor under sina promenader vilket hon upplevt som en räddning då det hjälpt henne att komma tillbaka till ett socialt liv.

Behov av information

Både informant 3 och 4 önskar att vårdpersonalen hade delgett information och uppmuntrat till fysisk aktivitet. Informant 3 menar att någon form av aktivitet bör vara en del av behandlingen då enbart samtalsterapi inte räcker. Informant 4 tror själv att vårdpersonalen tog förgivet att hon redan kände till innebörden av fysisk aktivitet då detta var en del av hennes tidigare utbildning.

5.10 Läkarens bemötande vid besök för andra symtom

Alla informanter utom informant 1 berättar att det finns en problematik med att utmattningssyndromet står med i deras journal. Informant 3 säger

”har du varit sjuk en gång så har du en stämpel idag, genom att det står i journalen att du har haft problem psykiskt tidigare. Jag sökte hjälp för magkatarr men då talade läkaren om att jag inte kunde bli bättre för jag hade problem med nerverna. Att få ett sådant svar av en läkare kändes ju inge bra. Jag bara reste mig upp och gick därifrån. Tänk om det hade varit där problemet satt då? Fast nu var det ju inte det även om det var mycket på jobbet”.

Informant 4 berättar att hon drar sig för att söka hjälp genom landstinget på grund av att det står i deras journal att hon varit sjukskriven för panikångest. Informant 2 berättar att hon sökt hjälp för sin återkommande migrän vid flera tillfällen och läkaren har relaterat detta till stress och sagt *”det är bara att koppla av så blir det bättre”.*

6 Konklusion

Resultatet i studien visar att majoriteten av kvinnorna blivit erbjuden behandling i form av samtal med kurator eller psykolog. Kvinnorna har varit nöjda med samtalsterapi som behandlingsform. Alla har blivit erbjudna mediciner och flertalet har upplevt en positiv effekt av dessa.

Informanterna har inte delgetts information om betydelsen av fysisk aktivitet och kost vilket samtliga har saknat. Vidare påpekar majoriteten av kvinnorna att de saknat behandling i form av stresshantering, massage och avslappningsövningar.

Kvinnorna har upplevt känslor av skuld och skam under sin sjukdomstid och känt att socialt stöd är av stor betydelse. Kvinnorna talar om ett behov av att träffa andra i liknande situation för att få stöd och byta erfarenheter. Resultatet visar att samtliga kvinnor har önskemål om gruppträffar med aktiviteter som en del av behandlingen. Vidare påpekas avsaknaden av uppföljning efter avslutat behandling.

Övervägande antal berättar om problematiken med att utmattningssyndromet står med i deras sjukhusjournal. De upplever att detta påverkar läkarens bemötande vid besök för andra symtom.

7 Diskussion

Som blivande hälsopedagoger finns ett intresse i att undersöka om en hälsopedagog kan vara verksam i arbetet med att förebygga återfall av utmattningssyndrom. Studiens huvudresultat visar att samtliga informanter i studien blivit erbjudna behandling i form av samtal med kurator eller psykolog samt mediciner. Majoriteten var nöjd med behandlingen men saknade uppföljning och komplement till kurator eller psykolog. Alla anser att det är viktigt med socialt stöd och samtliga hade önskemål om någon form av gruppträffar. Det är här som hälsopedagoger möjligen kan fylla en roll. Informanterna talar om behovet av att träffa människor i liknande situation för att byta erfarenheter och stötta varandra. Hälsopedagoger kan exempelvis en insats genom att ordna gruppträffar som ett komplement till sjukvårdens behandling. Flera av informanterna beskriver att det under sjukskrivningen varit svårt att aktivera sig och träffa andra människor. Med hjälp av dessa gruppträffar kan individerna på ett naturligt sätt komma i kontakt med andra människor och möjlighet till anordnade aktiviteter. Studiens resultat var väntat.

7.1 Metoddiskussion

Den använda metoden har genom resultatet visat sig passa bra i det valda ämnet. En kvalitativ metod menar Olsson & Sörensen (2001) lämpar sig bra till studier med beskrivningar av individens beteenden (ibid.). I den aktuella studien undersöks informanternas beteende i form av deras erfarenheter. Semistrukturerade intervjuer ger ett informativt resultat då frågorna är förbestämda och informanterna har möjlighet att svara i egna termer. Metodens svagheter är att informanterna kan tolkas på olika sätt beroende på vem som intervjuar, vilket kan ge varierande studieresultat. Viktigt i den valda metoden är att personkemin mellan informanten och forskaren fungerar samt att frågorna är väl utformade. En fråga som upplevs känslig eller för personlig kan möjligen få informanten att tappa förtroendet för forskaren. Att använda bandspelare som hjälpmedel är av vikt då det annars är lätt att gå miste om viktig information och informantens känsla. Den valda metoden för analysen av intervjuerna med färgkodning är effektivt och lättarbetat då resultatets kategorier framhävs tydligt. Skillnader i likheter och olikheter tydliggörs genom metoden. För att göra studien bättre vid ett annat tillfälle kan intervjuer göras i andra kommuner för att kunna jämföra om det finns skillnader i behandlingsmetoder. Dock krävs mer tid för att göra detta möjligt. Det ursprungliga målet på sex intervjuer i den aktuella studien minskade i antal på grund av bortfall, då två tackade nej till att medverka. Trots detta känner vi att informationen är tillräcklig för att kunna tolka resultatet.

7.2 Resultatdiskussion

Lundberg & Wentz (2005) talar om psykosocial stress och vilka faktorer som kan vara stressframkallande. Dessa är exempelvis höga krav, brist på kontroll, oro och bristande socialt stöd (ibid.). Samtliga informanter är eniga om att det sociala stödet från omgivningen är viktigt och en betydande del i tillfrisknandet. Det viktigaste stödet har enligt informanterna utgjorts av familjen och arbetsplatsen med kollegor och chefer.

Enligt FASS (21 maj, 2010) kan återfall av utmattningssyndrom förebyggas genom professionell handledning (ibid.). Enligt studien har ingen av informanterna upplevt att de fått någon professionell handledning för att förebygga återfall. Samtliga talar om saknaden och behovet av uppföljning efter sjukskrivningen. Kvinnorna upplever att de har fått klarat sig på egen hand vid återgången till arbetet. Informanterna har själva fått tagit ansvar för att inte utsätta sig för risker som kan orsaka återfall av utmattningssyndrom. Enligt FASS (21 maj, 2010) kan några tänkbara orsaker till utmattningssyndrom vara ökad arbetsbelastning, minskad egenkontroll i olika situationer, konflikter, relationer, krav mm. (ibid.). Dessa faktorer kan för en individ med erfarenhet av utmattningssyndrom vara svåra att hantera och sätta gränser för. Stöd från en professionell handledare kan därför vara till fördel.

Flera av informanterna påpekar att de saknar information om stresshantering samt förmåga till avslappning. FASS (21 maj 2010) benämner att patienten ska ha möjlighet att påverka sin situation och minska stressnivån och därför bör stresshantering ingå i behandlingen. Enligt FYSS (2008) kan avsaknaden av återhämtning leda till sjukdom och de fysiska besvären som orsakats av stress kan i sin tur leda till psykiska besvär (ibid.). Informanterna har svårigheter att få den återhämtning de behöver i och med den bristande kunskapen i stresshantering och avslappning. Om informanterna blivit erbjuden stresshantering i sin behandling skulle detta kunna vara ett viktigt verktyg i deras eget arbete med att motverka återfall.

Samtliga informanter saknade under sin behandling kontakt med människor i liknande situation. De beskriver en känsla av skam och skuld där de i vissa fall anklagar sig själva för att inte räcka till. Lambie (2006) beskriver i sin artikel betydelsen av gruppaktiviteter för att förebygga utmattningssyndrom. Författaren har valt att studera yrkesgruppen kuratorer då dessa har ett behov av att stärka självsäkerheten och självkänslan (ibid.). En av informanterna anser att det bästa sättet att tillfriskna från utmattningssyndrom är att påverka sig själv och sina tankar. Om Lambies (2006) teori om att självkänslan kan stärkas genom samvaron med andra är sann, kan kanske behandlingsformen även vara effektiv för våra informanter.

Enligt Socialstyrelsen (2003) kan fysisk aktivitet påverka livskvaliteten, självkänslan och kroppsuppfattningen och på lång sikt eventuellt vara lika effektiv mot depression som psykoterapi och medicinering (ibid.). I samband med gruppträffar kan därför fysisk aktivitet med fördel utföras som en del av behandling. Utöver förbättrad kondition, styrka och balans kan stressymtom, oro och ångest motverkas med träning.

Enligt FASS (21 maj 2010) är målet att individerna ska ”Back to Basic” utöver behandlingen. Därför är det viktigt med struktur och regelbundenhet när det gäller sömn, kost och motion (ibid.). Informanterna har inte delgetts någon information inom dessa områden vilket de har saknat. Hälso pedagoger kan i detta fall bidra med viktig information under individernas behandling.

Studiens resultat visar endast vilka behandlingar som erbjuds i den valda kommunen och upplevelsen av dessa. Resultatet berättar ingenting om hur det ser ut i övriga landet och kan därför inte generaliseras.

7.3 Förslag till fortsatt forskning

Enligt Socialstyrelse (2003) rapport *Utmattningssyndrom stressrelaterad psykisk ohälsa* finns idag ingen säker forskning som förklarar orsaken till varför utmattningssyndrom tenderar att bli långvarig. Detta kan möjligen bero på brister i behandling och rehabilitering, om så är fallet finns ett stort behov av vidare forskning (ibid.). Utifrån vår egen studie kan en interventionsstudie göras. Där kan vi som hälsopedagoger anordna gruppträffar med fysisk aktivitet för individer med utmattningssyndrom och sedan undersöka deltagarnas upplevelse. Intressant är att se om behandlingsformen kan vara gynnsam för individernas tillfrisknande och fungera som en bra uppföljning under deras väg tillbaka.

Referenslista

Tryckt litteratur:

Angelöw, B. (2009). *Konsten att hantera stress och möta förändringar*. Stockholm: Natur och kultur.

Ekman, R. & Arnetz, B. (2005). *Stress*. Stockholm: Liber.

Faskunger, J. Leijon, M. Ståhle, A. Lamming, P. (2007) *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering*. Västerås: Statens folkhälsoinstitut.

FYSS. (2008). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2.uppl.* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Gillham, B. (2008) *Forskningsintervjun - tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Lambie, G. (2006). Burnout Prevention: A Humanistic Perspective and Structured Group Supervision Activity. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 45(1), 32. Retrieved from ERIC database. (2010-05-13)

Lundberg, U., Wentz, G. (2005). *Stressad hjärna, stressad kropp*. Falun: Wahlström & Widstrand

May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Riksförsäkringsverket. (2004:8). *Psyksiska sjukdomar och stressrelaterade besvär*.

Rydén, O., Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi*. Stockholm: Bonnier utbildning

SBU. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders Infologistics Väst AB.

Sivik, T. & Theorell, T. (1995). *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Elanders Gotab AB.

Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa r 2006:13*. Huskvarna: Nrs tryckeri AB.

Internetsidor:

FASS. (2010). <http://www.fass.se> (2010-05-21)

Folkhälsoinstitutet. (2010). <http://www.fhi.se> (2010-05-20)

Ljusdals kommun. (2010). www.ljusdal.se (2010-05-20)

(<http://www.ljusdal.se/invanare/miljohalsa/folkhalsa/valfardsboks lut/4halsaiarbetslivet/ohalso tal.4.14ada66911815afa97180007399.html>) (2010-05-21)

(<http://www.ljusdal.se/invanare/miljohalsa/folkhalsa/valfardsboks lut/4halsaiarbetslivet/sjukfra nvaroblandanstalldailjusdalskommun.4.45eb327311930b72b1080002666.html>) (2010-05-21)

Bilaga 1

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.

B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.

C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:

1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning

2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress

3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet

4) Sömnstörning

5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet

6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.

D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen (Socialstyrelsen, 2003, s. 9).

Bilaga 2

Utmattningssyndrom

Författare: För den medicinska översättningen av 2010 års version av Praktisk Medicin (PM) ansvarar dr Olle Lyngstam, Göteborg.

Behandling

Till en början skall patienten avlastas sina stressmoment vilket ofta sker genom hel *sjukskrivning* under några veckor. Uppföljning för att se vilken effekt detta haft.

Undvik att till patienten använda begreppet ”utbränd”. Ha i åtanke att patienten reagerar helt normalt på en oftast orimlig situation.

”Hjärnvila” genom att i görligaste mån begränsa stress, stimulumängd som t ex höga ljud, datorsurfande, tillgänglighet via mobiltelefon etc.

Har man konstaterat att patienten har diagnosen *Utmattningssyndrom* bör patienten till en börja sjukskrivas helt under relativt lång tid för att ej ytterligare stressa patienten.

I övrigt gäller ”Back to Basic”: regelbunden sömn (är viktigast av allt!), regelbundna måltider, motion. Struktur och regelbundenhet!

Eventuell *farmakologisk behandling* i form av sömnmedicin kan patienten behöva under ett övergångsskede. Då gäller propiomazin och/eller zolpidem eller zopiklon. Antidepressiva ges vid behov. SSRI- preparat har såväl antidepressiv- som stressreducerande effekt och även effekt på känslomässig ostadighet. Möjligen har SSRI-preparaten även positiv effekt på de områden i hjärnan som minskats pga den ökade kortisolproduktionen.

Vid både sömnbesvär och depressiv bild med ångest övervägs mirtazapin.

Samtalsterapi av helst kognitiv modell med fokus på stresshantering och hur att hantera (arbets)situationen framöver. Tydliggör för patienten patientens eget ansvar för hur han/hon kan påverka den egna situationen och minska stressnivån.

Eventuellt *avslappningsövningar* via sjukgymnast.

Remiss till Företagshälsovården? Arbetsgivaren bör delta i rehabiliteringen, inkl fokusering på arbetssituationen och vad som där eventuellt har gjort individen sjuk.

Konvalescenstiden är ofta lång, ibland lika lång som den stressande tiden innan sjukdomen. Planera för en successiv återgång i arbete, ofta med ändring av arbetssituationen. **Prognosen** är positiv i den meningen att patienten oftast återgår i arbete. Dock med viss kvarstående sänkning av prestationstak och stresstolerans.

Som *förebyggande åtgärd* är professionell handledning viktigt, särskilt i vårddyrken.

Ett sätt att minska stress, ångest samt vinna tid och kraft är att inta attityden av en ”Bra Nog Människa”! D v s minska på kraven att till 100 % optimera ”lycka”; ekonomi, karriär, alla prylar etc. Mycket är kanske Bra Nog som det är ? Med detta förhållningssätt slipper man många val och kval, måste inte hålla sig uppdaterad om alla alternativ. Följden blir mindre av

stress liksom att man kommer att acceptera sig själv och sin situation bättre; i stället för att hela tiden sträva efter mål som ständigt förflyttas framåt! (FASS, 21 maj 2010).

Bilaga 3

Intervjufrågor

1. Vilken behandling blev du erbjuden efter att du hade fått din diagnos (utbränd/utmattningssyndrom)?

1.1 Känner du till några andra övriga behandlingar?

1.2 Om ja, hur fick du kännedom om dessa?

2. Hur upplevde du den behandling som du blev erbjuden/rekommenderad av läkaren?

2.1 Vad var bra respektive dåligt i behandlingen?

2.2 Kan behandlingen förbättras enligt dig? (t.ex. gruppträffar, terapi)

2.3 Finns det övriga faktorer utöver behandlingen som påverkat ditt tillfrisknande t.ex. familj, vänner, arbetsplats?

3. Är du orolig för att drabbas av utmattningssyndrom igen?

3.1 Har du varit sjukskriven för utmattningssyndrom vid ett eller flera tillfällen?

4. Hur tror du att man på bästa sätt kan förebygga återfall av utmattningssyndrom? (t.ex. uppföljning, socialt stöd)

Bilaga 4



Hej!

Vi är två studenter som läser hälsopedagogiska programmet på högskolan i Gävle som just nu skriver vår B-uppsats. Vårt syfte är att undersöka hur kvinnor i en mellanstor svensk kommun som varit sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom upplevt den behandling de fått för att bli friska. Intervju består av fyra huvudfrågor med följdfrågor och tar ca 45 minuter att genomföra. En sammanställning av svaren kommer att redovisas på högskolan i Gävle.

Deltagandet är frivilligt och materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande genom att meddela oss.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning

Madeleine Jerfström
Elin Larsson

Kontaktuppgifter:

Madeleine Jerfström
Mobil nr. xxx
m_jerstrom@hotmail.com

Elin Larsson
Mobil nr. xxx
elinlars@hotmail.com

Handledare:

Matilda Ekman
Telefon nr. xxx
maaekn@hig.se