



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

“Vi kallar dem huvudfotingar”
- Hur vårdpersonal kan stödja personer med utmattningssyndrom

Sofia Lexén & Sofie Trulsson

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2019

”Vi kallar dem huvudfotingar”

-Hur vårdpersonal kan stödja personer med utmattningssyndrom

“We call them head and foot-people”

-How healthcare professionals can support people with exhaustion syndrome

Författare: Sofia Lexén & Sofie Trulsson

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Ina Berndtsson

Sidor: 19

Månad och år: Maj 2019

Sammanfattning

Bakgrund: Stressrelaterad ohälsa inklusive utmattningssyndrom (UMS) ökar kraftigt. UMS innebär ett mänskligt lidande för de drabbade och en belastning för vårt samhälle. Det finns ännu ingen evidens för hur personer med UMS ska behandlas.

Syfte: Att undersöka hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS.

Metod: Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Urvalet bestod av sju vårdgivare som alla arbetade med personer med UMS. Data analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys och med en induktiv ansats.

Resultat: Det informanterna beskrev som stödjande för personer med UMS var att ge en vård utifrån personens behov, att arbeta för att stärka patientens egna förmågor, att ge möjlighet till en medveten närvaro, att skapa balans mellan aktivitet och vila samt att ge patienten och dennes närstående en ökad kunskap.

Slutsats: Vårdpersonal kan stödja personer med UMS genom att ge en vård utifrån personens förutsättningar och sjukdomsfas. De stödjande insatserna ska vara personcentrerade och ha som syfte att ge kunskap och verktyg om hur personen kan hantera sin sjukdom. Samarbete mellan professioner är viktigt. Att inkludera psykiatrijuksköterskan och/eller distriktssköterskan i vården för dessa personer skulle vara gynnsamt eftersom omvårdnad är en faktor som saknas i många fall.

Nyckelord: Primärvård, psykiatrisk vård, psykisk ohälsa, stress, utmattningssyndrom

Abstract

Background: Stress-related ill-health including exhaustion syndrome is increasing sharply. Exhaustion syndrome means a human suffering for the affected and a burden for our society. There is no scientific evidence yet for how people with exhaustion syndrome should be treated.

Aim: To investigate how healthcare professionals can support people with exhaustion syndrome.

Method: Semi-structured interviews were conducted. The selection consisted of seven healthcare providers who all worked with people with exhaustion syndrome. The data was analyzed with a qualitative content analysis with an inductive approach.

Result: What the informants described as support for people with exhaustion syndrome was to provide a care based on the person's needs, to work to strengthen the patient's own abilities, to provide the opportunity for a conscious presence, to create a balance between activity and rest and to give the patient knowledge.

Conclusion: Healthcare professionals can support people with exhaustion syndrome by providing a care based on the person's conditions and disease phase. The supportive efforts must be person-centered and have the purpose of providing knowledge and tools on how the person can handle their illness. Cooperation between professions is important. To include the psychiatric nurse and / or the district nurse in the care of these persons would be beneficial as in many cases nursing is a missing factor.

Keywords: Primary care, Psychiatric care, Psychiatric ill-health, stress, exhaustion syndrome

Populärvetenskaplig sammanfattning

Den stressrelaterade ohälsan ökar kraftigt i Sverige. Långvarig stress utan återhämtning kan leda till utmattningssyndrom. I dagsläget finns det ingen behandling för utmattningssyndrom som är vetenskapligt belagd. Studiens syfte var att undersöka hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS och intervjuer genomfördes med sju vårdgivare. Resultatet visade att det var stödande att ge dessa patienter en vård anpassad efter varje individs specifika behov och att stärka patientens egna förmågor. Resultatet visade även att det var stödande att ge patienten möjlighet till en medveten närvaro, att skapa balans mellan aktivitet och vila och att ge patienten och dennes närstående kunskap. Den slutsats som dras är att dessa patienter behöver stöd på flera olika sätt från flera olika professioner. Vården kan ske både i primärvården och i specialistpsykiatrin så både distriktssjuksköterskan och psykiatrisjuksköterskan har nytta av dessa kunskaper i det praktiska arbetet.

Tillkännagivande

Vi vill rikta ett stort tack till alla som deltagit i studien och bidragit med sin tid och kunskap. Tack till Gröna Rehab i Göteborg, Multimodala Rehabteamet och Grön Rehab Väster i Askim, Vårdcentralen Kusten i Ytterby, Psykiatrimottagning utmattningssyndrom (PMU) i Göteborg och Stressmottagningen i Stockholm.

Göteborg maj 2019
Sofie Trulsson & Sofia Lexén

Definitioner och terminologi

Benämningarna “patient” och “person” används synonymt och växelvis för att få ett naturligt flöde i texten. Studiens deltagare benämns informanter.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Stressens fysiologi.....	1
Utmattningssyndrom	1
Vård och behandling.....	2
Att stödja i vården.....	4
Specialistsjuksköterskans omvårdnad	5
Teoretisk referensram.....	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Urval och Kontext	6
Datainsamling	7
Förförståelse	7
Analys	7
Etiska överväganden	8
Resultat	8
Vård utifrån personens behov.....	9
Stärka patientens egna förmågor.....	10
Medveten närvaro	11
Balans	12
Förmedla kunskap.....	12
Diskussion	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion	17
Slutsats och förslag till klinisk tillämpning	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling	19
Referenser	20

Bilagor

I Intervjuguide

II Information inför deltagande i studie

Inledning

Den psykiska ohälsan har ökat drastiskt under de senaste åren och att stoppa denna utveckling är en prioriterad fråga för Sveriges regering (Regeringen, 2018). Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken i Sverige och olika former av stressrelaterad ohälsa är den vanligaste psykiatriska diagnosen vid sjukskrivningar längre än 14 dagar. De stressrelaterade diagnoserna inklusive utmattningssyndrom (UMS) var också de som ökade allra mest mellan 2010 och 2015, från 31 000 till 68 000. En ökning med hela 119 procent (Försäkringskassan, 2016). Trots det växande antalet långtidssjukskrivna i Sverige finns det ännu ingen tillfredsställande vetenskaplig evidens för hur personer med UMS ska behandlas (SOU, 2011:15). Därtill visar Folkhälsomyndighetens (2018) nationella folkhälsoenkät att allt fler unga personer upplever sig stressade. Den grupp som känner sig mest stressade är de mellan 16–29 år vilket kan indikera att den stressrelaterade ohälsan kommer att fortsätta öka. En viktig anledning till det bristande forskningsläget kan vara att stressrelaterad psykisk ohälsa tillhör psykiatrin samtidigt som de flesta patienterna finns i primärvården. Samverkan mellan psykiatri och primärvård krävs för att skapa den empiriska forskning som i så hög grad behövs (Åsberg et al., 2010). UMS är en långvarig sjukdom som innebär ett mänskligt lidande för de drabbade och en belastning för vårt samhälle. Att beskriva hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS är högst aktuellt att studera.

Bakgrund

Stressens fysiologi

Alla organismer eftersträvar jämvikt, homeostas. Begreppet stress kan i biologisk mening definieras som det tillstånd då organismens homeostas hotas av inre eller yttre faktorer (Chrousos, 2009). Vid stress aktiveras det sympatiska nervsystemet vilket förbereder kroppen på att fly eller försvara sig genom att bland annat förbereda muskler och hjärta på ökad påfrestning. Det parasympatiska nervsystemet, vilket handlar om mer långsiktig överlevnad som såsom matsmältning och fortplantning, skruvas ner. Stress påverkar immunsystemet och ämnesomsättningen genom en aktivering av HPA-axeln (stresshormonaxeln). HPA-axeln innefattar hypothalamus, hypofysen samt binjurarna och kan, genom att öka kortisolfrisättningen, påverka ämnesomsättningen så att mer energi frisätts i blodet (Åsberg & Nygren, 2012). Dessa biologiska reaktioner på stress var till stor nytta för människan i tidernas begynnelse men idag ser de stressframkallande faktorerna helt annorlunda ut, de är i regel mer ihållande och kan oftast inte avstyras genom att slåss eller fly. Stresssystemet är utvecklat för en kortvarig aktivering med efterföljande vila och vid utebliven återhämtning kan ohälsa uppstå (Ljung & Friberg, 2004). Långvarig stress utan tillräcklig återhämtning kan utlösa eller försämra de flesta former av psykisk ohälsa. Några former av psykisk ohälsa är dock specifikt kopplat till stressresponsen i högre grad än andra, däribland UMS (Åsberg et al., 2010).

Utmattningssyndrom

Långvarig stress ger förändringar i hjärnan som kan ses i minskad tjocklek av hjärnbarken samt som förändringar i amygdala och hippocampus (Savic, 2013). Den funktionella kopplingen mellan amygdala och prefrontala cortex är svagare hos personer med UMS, båda dessa strukturer spelar en avgörande roll vid stresshantering. Det ger en försämrad förmåga att hantera känslor, framförallt en minskad förmåga att nedreglera svaret på känslomässig stress. Det uppstår en ond cirkel då den långvariga stressen i sig leder till en försämrad förmåga att hantera stress vilket i sin tur skapar ytterligare stress (Golkar et al., 2014).

UMS förlöper i regel i tre olika faser enligt Åsberg och Nygren (2012):

(1) Första fasen kallas prodromalfas och kan pågå under lång tid, minst sex månader. Fasen kännetecknas av fysiska och psykiska belastningssymtom såsom spänningar i nacke, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, sömnbesvär, trötthet och koncentrationssvårigheter. Processen kan brytas om personen drar ner på sin arbetsbelastning men om tillräcklig återhämtning inte uppnås kan belastningssymtomen fortsätta att öka och nästa fas kan inträda.

(2) Den andra fasen, akutfasen, inträder ofta plötsligt med akuta kroppsliga och kognitiva symtom. Det kan handla om att personen plötsligt inte hittar hem, får minnesstörningar, inte hittar ord och upplever en extrem fysisk och psykisk trötthet. I denna fas tillkommer ofta affektiva problem såsom ångest, nedstämdhet och irritabilitet.

(3) Den tredje och sista fasen är återhämtningsfasen. Här klingar symtomen stegvis av men den uttalade känsligheten för stress kan finnas kvar i flera år vilket ger en ökad risk för återfall.

UMS är ett komplext tillstånd som påverkar människans fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Att plötsligt inte kunna lita på sin kropp kan innebära en livskris för den drabbade och kan ge känslor av både hopplöshet och meningsförlust (Eriksson, 2016). Ekstedt och Fagerberg (2005) beskrev hur personer som drabbats av UMS upplevde sig vara fångade i dilemmat mellan att försöka varva ner och ta hand om sig själv och samtidigt försöka fortsätta att uppfylla de krav och förväntningar som ställdes.

I Sverige finns sedan år 2004 diagnosen UMS med i den svenska versionen av ICD-klassifikationssystemet (ICD-10-SE). Trots att diagnosen nyligen klassificerats och trots att Sverige är det första landet med en specifik diagnoskod, är sjukdomen varken ny eller kultur-specifik. Internationellt ingår sjukdomen oftast inom depressionstillstånd (Åsberg et al., 2010).

Vård och behandling

Det saknas både internationella och nationella riktlinjer för behandling av UMS och endast ett fåtal av Sveriges regioner har regionala riktlinjer, däribland Västra Götalandsregionen (VGR). Riktlinjerna från VGR (2014) saknar referenser men de överensstämmer i hög grad med Institutionen för Stressmedicins sammanställning av behandlingsmetoder, vilka bygger på konsensus som utvecklats i klinisk verksamhet samt den forskning som finns (Glise, 2013). Det är utifrån anvisningarna från VGR (2014) som följande beskrivning av behandlingsmetoder tar sin utgångspunkt. Riktlinjerna förordar ett teaminriktat tillvägagångssätt där olika kompetenser såsom läkare, psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, kan ge stöd och behandling (VGR, 2014). En multidisciplinär bedömning är viktig på grund av sjukdomsbildens komplexitet (Glise, 2013). Behandlingen ska individanpassas utifrån patientens behov, förutsättningar och sjukdomsfas (VGR, 2014). I den akuta fasen behöver patienten få vila och psykologiskt stöd (Åsberg & Nygren, 2016).

Identifiering av stressfaktorer och stödjande faktorer rekommenderas (VGR, 2014), vilket ska göras tillsammans med patienten då orsaken till UMS skiljer sig åt mellan olika individer (Boersma & Lindblom, 2009). Patienten ska få information om vad som händer fysiologiskt vid stress (VGR, 2014). Genom upprepade information i ett tidigt skede kan patientens oro minskas (Glise, 2007). Vidare rekommenderas rådgivande samtal med enkla råd om hur en god livsstil beträffande sömn, aktivitet, matvanor och alkoholvanor kan bidra till tillfrisknande. Insatserna ska individanpassas utifrån personens symtom, energinivå och kognitiva

nivå (VGR, 2014). Regelbundenhet av måltider, sömnvanor, aktiviteter och återhämtning kan minska stress och öka välbefinnandet (Guilliams & Edwards, 2010).

Sömnskola rekommenderas vid uttalad sömnstörning, företrädesvis i grupp och med en kognitiv inriktning (VGR, 2014). Dålig sömn kan både bidra till UMS och hämma återhämtningen (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015; Sonnenschein, Sorbi, van Doornen, Schaufeli, & Maas, 2007) medan det finns samband mellan förbättrad sömn och återgång till arbete (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015).

Fysisk aktivitet på recept (FaR) med råd anpassade efter individens förmåga rekommenderas (VGR, 2014). Det finns idag vetenskapligt stöd för sambandet mellan fysisk aktivitet och en minskning av upplevd stress (Schnohr, Kristensen, Prescott & Scharling, 2005) och en ökad livskvalitet (Rödjer, Jonsdottir & Börjesson, 2016; Kallings, Leijon, Hellénus & Ståhle, 2008). I en omfattande studie på över 3000 deltagare påvisades att regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för depressiva symtom, ångest, upplevd stress och utbrändhet (Jonsdottir, Rödjer, Hadzibajramovic, Börjesson & Ahlberg Jr, 2010). Fysisk träning har även visats ha god effekt på hjärnans kognitiva förmåga inklusive exekutiv förmåga och uppmärksamhet (Hillman, Erickson & Kramer, 2008), vilka samtliga är påverkade vid UMS (Jonsdottir, et al., 2013).

Kroppskännedom, individuellt och i grupp, rekommenderas (VGR, 2014). Det finns flera olika metoder för att öka patientens kroppskännedom men det saknas evidens för dess effekt vid UMS. Mehling (2005) granskade befintliga studier av olika slags kroppsterapier utan att finna någon som prövats på psykiatrisk indikation eller för stressrelaterad psykisk ohälsa, trots att detta är ett vanligt användningsområde. Ett par år senare konstaterade Gyllensten, Ekdahl, och Hansson (2009) i en randomiserad studie att tillägg av basal kroppskännedom signifikant minskade deltagarnas symtom på psykisk ohälsa. Studien var dock inte gjord på personer UMS utan på personer med olika psykiatriska diagnoser. VGR (2014) rekommenderar även avspänningsövningar. En del av dessa har sitt ursprung från österländska metoder som meditation eller qigong (SOU, 2011:15). Mindfulness är en meditationsform som kan läras ut genom övning och tros främja välmående (Brown & Ryan, 2003). En systematisk litteraturrenövning av 21 studier fann evidens för att mindfulnessbaserade avslappningsövningar förbättrar psykisk hälsa, studierna är dock inte gjorda på personer med UMS (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, & Walach, 2011). Mindfulness ingår som en del i Acceptance and Commitment Therapy (ACT), vilket är en kognitiv terapiform för att främja acceptans hos individen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) och som används vid behandling av UMS (Åsberg, Sköld, Wahlberg & Nygren, 2006). Qigong har utvärderats i randomiserade studier på personer med UMS med varierande resultat. Stenlund et al. (2009) jämförde två behandlingsgrupper, där den ena fick enbart Qigong och den andra fick Qigong i kombination med Kognitiv beteendeterapi (KBT). Båda grupperna visade positiva resultat i minskade symtom på UMS och det fanns ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna. I en annan randomiserad studie av personer med UMS sågs ingen signifikant skillnad mellan den grupp som fick utöva Qigong jämfört med en kontrollgrupp (Stenlund, Birgander, Lindahl, Nilsson & Ahlgren, 2009).

Psykopedagogiska insatser rekommenderas, t.ex. genom KBT, gärna som gruppbehandling. Insatsen bör vara fokuserad på att skapa struktur i vardagen med balans mellan aktivitet och vila (VGR, 2014). Efter genomgång av forskningsläget kunde rehabiliteringsrådet (SOU 2011:15) inte hitta någon specifik psykoterapiform som har så pass stark evidens att den direkt kan implementeras vid UMS. Randomiserade studier har genomförts utan att kunna påvisa någon ökad effekt för KBT jämfört med betydligt mer lågintensiva insatser (De Vente, Kamphuis, Emmelkamp & Blonk, 2008; Huibers et al., 2004; Blonk, Brenninkmeijer, Lager-

veld & Houtman, 2006). Att KBT givits som gruppbehandling gav heller ingen ökad effekt (De Vente et al., 2008). Den tillgängliga forskningen är dock motstridig, en litteraturgenomgång av Korczak, Wastian och Schneider (2012), där 17 studier granskats, kom fram till att KBT har positiv effekt i rehabiliteringen av UMS. Van der Klink, Blonk, Schene och Van Dijk (2001) utvärderar i sin metaanalys fyra olika interventioner för stressreduktion och konstaterar att KBT har störst effekt, även om effekten beskrivs som moderat.

Antidepressiva läkemedel kan erbjudas vid UMS där samsjuklighet med depression och/eller ångest förekommer. Vid svår sömnstörning kan sederande antidepressiva övervägas (VGR, 2014). Det finns ännu ingen tillfredsställande medicinsk behandling av UMS utan behandlingen är främst symtomatisk. Eftersom symtomen varierar från person till person så varierar även valet av läkemedel. Exempel på läkemedel som används är ångestlindrande, smärtstillande, sömngivande och antidepressiva. Dessa läkemedel kan lindra symtomen av UMS men påverkar i övrigt inte förloppet (Kakiashvili, Leszeak & Rutkowski, 2013).

Sjukskrivning rekommenderas för att minska kraven och ge möjlighet till återhämtning (VGR, 2014). Det finns ingen vetenskaplig evidens för hur länge en person med UMS ska vara sjukskriven utan en individuell bedömning måste göras i varje fall (Ahlborg Jr, Glise, Jonsdottir & Wiegner, 2008). Enbart en passiv sjukskrivning utan andra behandlingsinsatser räcker inte för att behandla ett UMS (Ahlborg Jr et al., 2008; Perski & Grossi, 2004). Kontakt med arbetsgivaren ska vara ett inslag i rehabiliteringen. Avstämningssmöte tillsammans med patienten, läkaren, handläggare från Försäkringskassan och representant från arbetsplatsen kan underlätta en arbetsåtergång. Arbetsåtergången bör ske successivt med arbetsuppgifter som är anpassade till patientens kognitiva och fysiska förmåga (VGR, 2014; Glise, 2013). Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15) konstaterar att de enda behandlingsmetoder som har visat effekt i form av kortare sjukskrivning är de som inkluderar kontakt med arbetsplatsen. En studie som tydligt påvisade effekten genomfördes av Blonk et al. (2006). De jämförde två interventionsgrupper och en kontrollgrupp där den ena gruppen fick en standardiserad KBT av psykoterapeuter och den andra fick en kortare KBT-inspirerad intervention given av s.k. labour experts (rehabkoordinatorer) i kombination med specifikt arbetslivsinriktade interventioner. Gruppen som fick den kombinerade behandlingen av rehabkoordinatorer påvisade en statistiskt säkerställd positiv effekt på arbetsåtergång. Signifikant bättre än gruppen som enbart fått KBT, vilka inte skiljde sig från den obehandlade kontrollgruppen.

Att stödja i vården

Att stödja innebär i en vårdkontext att underlätta för patienten. Som vårdgivare kan man inte alltid lyfta bort patientens lidande, men genom att stödja patienten kan denne få bättre förutsättningar för att läka sig själv. Vårdaren kan stödja genom att bekräfta patientens lidande och dennes förmåga till hälsa (Gustafsson, 2014). Enligt Løkensgard (1997) innefattar stöd åtgärder inriktade på att upprätthålla och förstärka mentala hållningar, känslor, uppfattningar och funktioner. Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att stödjande insatser kan ges både individuellt och i grupp och kan innefatta både patienten och dennes närstående. Vidare lyfts sjuksköterskans ansvar för att främja hälsa genom att stödja patientens egna resurser, se det friska hos patienten, tro på patientens egna förmågor och respektera patientens värderingar. Jönsson et al. (2014) menar att i takt med den allt mer specialiserade vården för personer med psykisk ohälsa krävs stödjande insatser för att underlätta för patienten att tillvarata sina egna resurser och ta kontroll över sitt liv.

Specialistsjuksköterskans omvårdnad

Utmattningssyndrom behandlas i första hand inom primärvården (VGR, 2012). Utbudet av behandling varierar utifrån enskilda vårdcentralers förutsättningar (SOU, 2011:15). Svårbehandlade, komplexa utmattningssyndrom eller utmattningssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet behandlas i första hand i psykiatri (VGR, 2012).

Distriktssköterskan möter patienter med UMS i primärvården. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2008) ska distriktssköterskans kompetens omfatta ett hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla personer utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom. Distriktssköterskan ska utifrån sina fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik kunna ge information, råd och stöd på ett individanpassat sätt samt använda tekniker för att stärka patientens makt över sin egen situation.

Psykiatrisjuksköterskan kan möta patienter med UMS i primärvården eller i den psykiatriska vården. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2014) ska psykiatrisjuksköterskan genom pedagogiska former kunna ge stöd och råd till både patienter och närstående. I ansvaret ingår också att värdera och tillämpa ny kunskap från såväl omvårdnad som från medicinsk vetenskap och beteende- och samhällsvetenskap. Psykiatrisk omvårdnad innebär insatser som syftar till att stärka patientens känsla av kontroll och förmåga att hantera känslor, utveckla strategier för egenvård samt lära sig att hantera sin sjukdom. I psykiatrisk omvårdnad betonas hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv.

UMS påverkar hela individen fysiskt, psykiskt och existentiellt. En vård som anpassas utifrån den enskilda individen blir särskilt viktig vid UMS då begränsad evidens finns för val av behandling. Därför har vi valt att utforma vår studie med begreppet personcentrerat förhållningssätt som teoretisk referensram.

Teoretisk referensram

Inom det personcentrerade förhållningssättet betonas betydelsen av den enskilda personen. Patienten är alltid någon - det är en person som kan berätta hur hen upplever sin sjukdom och ohälsa. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att lyssna till patientens berättelse och utifrån den utforma omvårdnaden. Personalen som lyssnar ska inte bara identifiera behov och hinder utan även lyssna efter resurser, möjligheter och vilja hos patienten (Leplege et al., 2007). Ekman et al. (2011) beskriver hur utformandet av personcentrerad vård bygger på tre nyckelfunktioner, dessa är patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen utgår från individens egna personliga upplevelse av sin sjukdom och dess påverkan på dennes liv. Det är just personens upplevda livssituation och livsvillkor som sätts i fokus. Utifrån patientberättelsen kan partnerskapet utformas. Partnerskapet sker mellan individen och den professionella och utmärks av ett delat beslutsfattande vid utformandet av individens vård. För att säkerställa partnerskapet krävs att patientens perspektiv och uppgjorda åtgärder dokumenteras.

Problemformulering

Den stressrelaterade ohälsan har kommit att bli ett folkhälsoproblem och långtidssjukskrivning p.g.a. UMS ökar kraftigt. Att drabbas av ett UMS påverkar hela individen och innebär ett stort lidande för den enskilde. Specialistsjuksköterskan möter dessa patienter i både primärvården och i den psykiatriska vården och behöver ha kunskap om vilka insatser dessa personer behöver. Det finns inte någon tillfredsställande evidens för hur personer med UMS ska behandlas så frågan är hur vårdpersonal kan arbeta för att stödja dessa personer.

Syfte

Att undersöka hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS.

Metod

Design

En kvalitativ forskningsmetod valdes för att beskriva hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS. Kvalitativ forskning är en lämplig metod för att förstå helheten av ett fenomen (Polit & Beck, 2017). Datainsamlingen genomfördes genom intervjuer och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats användes, vilket innebär att data analyseras med utgångspunkt från sitt innehåll (Polit & Beck, 2017).

Urval och kontext

Utifrån studiens syfte gjordes först ett strategiskt urval av informanter. Ett strategiskt urval innebär att välja informanter som har god kännedom om det specifika ämnet och som därför kan bidra med ett rikt innehåll (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterierna bestod av vårdgivare som arbetar med rehabilitering av personer med UMS inom verksamheter med utarbetade behandlingsåtgärder för UMS. Vid den första intervjun tillfrågades informanten om hen kände till andra enheter med utarbetade strategier för vård av personer med UMS. Utifrån dessa rekommendationer togs kontakt med fyra andra enheter varav tre accepterade att delta i studien. Denna metod kallas i Polit och Beck (2017) som "snowball sampling". De intervjuade arbetade på fem mottagningar i Västra Götaland, Bohuslän och Stockholm. Urvalet bestod av sju informanter, en man och sex kvinnor. Två av informanterna var chefer för sina verksamheter, två var sjukgymnaster, två var psykologer och en var arbetsterapeut. Informanterna hade arbetat med personer med UMS mellan 2 och 20 år.

En informant som intervjuades arbetade på en subspecialiserad mottagning särskilt utvecklad för personer med UMS i kombination med annan psykiatrisk samsjuklighet. Enheten tillhörde verksamheten för affektiva sjukdomar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Behandlingen var inriktad på vård av patientens UMS och patientens eventuella övriga psykiatriska diagnoser behandlas på någon annan psykiatrisk mottagning parallellt. Patienter remitterades från allmänpsykiatri eller primärvården för konsultation, utredning, bedömning och/eller behandling. På mottagningen fanns specialistläkare, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kurator, och medicinsk sekreterare.

En informant intervjuades från en särskild stressmottagning i Stockholms län som utför rehabilitering på specialistnivå. Verksamhetens målgrupp var patienter med svårbehandlade UMS där insatser på primärvårdsnivå inte hade varit tillräckliga. Patienterna kom via remiss. Verksamheten hade startat som en forskningsmottagning men hade utvecklats till att även bli en rehabiliteringsklinik. Klinikens speciella närhet till pågående forskning medförde att all behandling kunde utvärderas vetenskapligt vilket bidrog till en kontinuerlig utveckling av metoder för rehabilitering av stressrelaterad ohälsa. På mottagningen arbetade läkare, psykologer, rehabiliteringskonsult, fysioterapeut och arbetsterapeut.

En informant intervjuades från en verksamhet som vände sig enbart till de med Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Verksamhetens målgrupp var personer med en stressrelaterad ohälsa och/eller lättare depression. Verksamheten var uppbyggd utifrån den forskningsbaserade kunskapen om naturens förmåga att ge återhämtning och stressreduktion (Sahlin, 2014) vilket kombinerades med etablerade metoder inom psykoterapi, sjukgymnastik och arbetste-

rapi. I anslutning till denna verksamhet har forskning bedrivits om naturens betydelse för rehabiliteringen av stressrelaterad psykisk ohälsa. Teamet bestod av sjukgymnaster, arbetsterapeut, psykoterapeut, biolog och trädgårdsmästare.

Vidare intervjuades en informant på en vårdcentral och en annan informant på tillhörande rehabiliteringsmottagning. De två informanterna arbetade tillsammans med ett pilotprojekt för behandling av personer med UMS (tio stycken). Projektet innefattade en teaminriktad behandling av patienter med UMS för att optimera vården på primärvårdsnivå. Teamet bestod av läkare, psykolog, fysioterapeut, rehabkoordinator och arbetsterapeut.

Två informanter intervjuades vid en multimodal rehabiliteringsenhet inom Närhälsan i Västra Götalandsregionen. Multimodal rehabilitering (MMR) är utvecklat för behandling av långvarig smärta. MMR utgörs av ett fast team, bestående av flera professioner, som planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program (Socialstyrelsen, 2011:02). Verksamhetens målgrupp var personer med stressrelaterad ohälsa inklusive UMS, långvarig smärta och/eller lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Patienterna kom via remiss när det fanns behov av mer omfattande insatser än vad deras vårdcentral kunde erbjuda. Teamet bestod av läkare, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes för att stimulera till rik och detaljerad information i enlighet med Polit och Beck (2017). Frågor ställdes om hur stöd ges till personer med UMS, på vilket sätt man arbetar preventivt, hur metoderna har tagits fram och hur de utvärderas. Den sista frågan handlade om hur en utveckling för vården av personer med UMS skulle kunna se ut. Följdfrågor kring sjuksköterskans möjliga roll kom upp i de inledande intervjuerna och efter den fjärde intervjun lades denna fråga till i intervjuguiden (Bilaga I). Fyra intervjuer gjordes över telefon och tre genom personliga möten. Vid de personliga intervjuerna fick respondenterna själva välja plats för intervjun. Samtliga av dessa ägde rum på respondenternas arbetsplats i avskilda rum för att minimera risken för störningar. Alla sju intervjuerna genomfördes utan avbrott. Intervjuerna genomfördes under februari 2019. Längden varierade från 23 till 49 minuter. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och transkriberades ordagrant kort efter varje intervju. Kontakt togs med nya informanter parallellt med intervjuerna tills dess att en mättnad av datan uppfyllts, alltså när ingen ny information tycktes komma fram (Polit & Beck, 2017).

Förförståelse

Ingen erfarenhet fanns av att arbeta med rehabilitering av personer med UMS inför start av studien. Förförståelsen om UMS var minimal men förekommande. Erfarenheter av att nära anhöriga drabbats av UMS förekom och även då viss information om hur UMS behandlats i dessa enskilda fall.

Analys

Datan analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Samtliga intervjuer lyssnades på var för sig och sedan tillsammans. Datan transkriberades och lästes sedan upprepade gånger, både enskilt och tillsammans. Vidare delades texten in i meningar och/eller fraser som innehöll information som var relevant utifrån syftet, även kallat "meningsbärande enheter". Resterande text sparades för att inte bortse från sammanhanget. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, vilket bidrar till att kärnan i texten bevaras men storleken på texten förkortas. Det kondenserade materialet kodades utifrån sitt innehåll och koderna jämfördes sedan för att kunna upptäcka likheter och skillnader. Ko-

der med liknande innehåll sammanfördes till subkategorier. Subkategorier med innehåll som liknande varandra sammanfördes sedan till kategorier (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocess av texten

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det är lite det dem får göra när dem gör de kreativa sakerna, att dem glömmer bort tankar medan dem gör det	Kreativa aktiviteter får dem att glömma bort sina tankar	Släppa tankar med hjälp av kreativa aktiviteter	Kreativitetens avkopplande effekt	Medveten närvaro
Sen det här med naturen, att man tar tillvara på att vara i naturen, att den kan vara läkande i sig	Ta tillvara på att vara i naturen för det kan vara läkande	Läkande att vara i naturen	Miljöns läkande effekt	

Etiska övervägande

Före intervjuerna skickades informationsbrev till både verksamhetens chef och informanten (Bilaga II). Brevet innehöll information om studiens upplägg och syfte samt information om rätten till anonymitet och rätten till att när som helst kunna avbryta sin medverkan utan att uppge skäl. Vetenskapsrådet (2002) lyfter fyra individskyddskrav vilka består av *samtyckeskravet*, *informationskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. För att följa *informationskravet* informerades verksamhetschefer och deltagarna om studien och dess syfte. De fick även information om frivilligt deltagande både muntligt och skriftligt. Genom att deltagarna skrev på för att medverka i studien uppfylldes *samtyckeskravet*. All insamlad data och samtliga uppgifter om deltagarna behandlades konfidentiellt. Det inspelade materialet förvarades på en lösenordsskyddad enhet som raderas efter att studien är färdig i enlighet med *konfidentialitetskravet*. Studiens insamlade data kommer inte att användas eller lånas ut för icke-vetenskapliga syften i enlighet med *nyttjandekravet*. För att förhindra att intervjupersonerna kommer till skada är det av vikt att forskaren följer dessa principer.

Resultat

Efter bearbetning och analys av data framkom fem kategorier: vård utifrån personens behov, stärka patientens egna förmågor, medveten närvaro, balans och förmedla kunskap. Varje kategori innefattar tre till fyra underkategorier, tabell 2.

Tabell 2. Översikt över subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Vård utifrån sjukdomsfas Individanpassad vård Teamets helhetsperspektiv	Vård utifrån personens behov
Lära patienten att ta hand om sig själv Behandlingsgruppens stärkande effekt Kreativitetens stärkande effekt	Stärka patientens egna förmågor
Kroppskännedom Miljöns läkande effekt Stödja till icke-värderande närvaro Kreativitetens avkopplande effekt	Medveten närvaro
Aktivitetsbalans i vardagen Balanserad fysisk aktivitet Hållbar återgång i arbete	Balans
Hälsoråd Information till utomstående och närstående Patientinformation om stressfysiologi	Förmedla kunskap

Vård utifrån personens behov

Kategorin utgjordes av tre subkategorier: vård utifrån sjukdomsfas, individanpassad vård, och teamets helhetsperspektiv.

Informanterna beskrev vikten av att anpassa vården utifrån patientens sjukdomsprocess. En noggrann bedömning av patientens sjukdomsfas skedde för att rätt insatser skulle kunna ges. Om en person bedömdes befinna sig i akutfasen ordinerades endast vila och återhämtning. Att påbörja en behandling under den akuta fasen undveks eftersom det fanns en risk att patienten inte var redo att genomföra de förändringar som krävdes.

“det kan vara så... patienten kommer in för tidigt och då är den inte mogen och då blir det hela så att hela insatsen blir misslyckanden för man inte klarar av att göra dom här förändringarna som man förväntas” (6)

Det framkom att vården av personer med UMS behövde vara anpassad till individen och dennes förutsättningar. Detta innebar fördjupade individuella insatser utifrån patientens behov. Innan behandlingen skulle påbörjas var det av betydelse att eventuell samsjuklighet var under kontroll, såsom t.ex. depression. Vården utformades enligt ett personcentrerat förhållningssätt med individuella bedömningar och vårdplaner anpassade efter patientens behov. Patienterna kunde även få en kontaktperson som regelbundet träffade patienten för individuellt stöd. I vissa fall erbjöds flera olika behandlingsmetoder som patienten själv fick välja emellan. Det framkom att individuell hjälp av psykolog med fördjupade samtal kunde ges vid behov. Andra individanpassade insatser kunde vara att ge stöd vid samtal med patientens anhöriga.

“Då att vi har en kontaktperson då i teamet som följer den här personen genom hela 16-veckorsprogrammet och träffar dem regelbundet så att man kan sätta in individuella resurser“ (7)

Behandling given av ett specifikt team visade sig vara av värde för personer med UMS. I teamet kunde flera olika yrkeskategorier ingå såsom läkare, psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och rehabkoordinator. Vilken profession rehabkoordinatören hade kunde variera, det kunde t.ex. vara en sjuksköterska eller socionom. De olika professionerna kunde var och en stödja patienten utifrån sin specifika yrkeskunskap och tillsammans få ett helhetsgrepp av patienten. Det beskrevs vara gynnsamt att arbeta med multimodal rehabilitering där vården gavs av ett fast team med flera olika professioner.

“Jag jobbar ju i det här teamet som består av arbetsterapeut, fysioterapeut, kuratorer, psykologer och specialistläkare i smärta och psykiatri, och så vi jobbar ju väldigt alltså från alla håll skulle jag vilja säga /.../ här kan vi ju liksom ta ett lite helare angreppssätt och utnyttja alla resurserna” (7)

Stärka patientens egna förmågor

Kategorin utgjordes av tre subkategorier: lära patienten att ta hand om sig själv, behandlingsgruppens stärkande effekt och kreativitetens stärkande effekt.

Resultatet visade att det var av betydelse att lära patienten att ta hand om sig själv och att visa sig själv medkänsla. Att stödja patienten till en större tilltro till sig själv beskrevs kunna ge patienten verktyg för att bättre hantera livet, vilket i sin tur kunde främja tillfrisknandet och motverka att patienten insjuknade på nytt. Det beskrevs som viktigt att hjälpa patienten att själv komma till insikt med förändringar i livsstilen som var nödvändiga för att uppnå återhämtning. Att prata med patienten om synen på sig själv och sina egna förmågor kunde ske både i individuella samtal och i gruppsamtal.

“Vi försöker ta bort måsten, vad behöövver man, alltså en sån här hjälpsam attityd till sig själv så det är mycket det här med compassion att ta hand om sig själv, ge sig själv, nära sig själv /.../ det tänket vi jobbar med det är ju att rusta människor för ett fortsatt hållbart liv” (7)

Att ge behandling i grupp beskrevs vara stärkande, genom att verka motiverande och genom att minska känslor av skuld och skam. Känslor av ensamhet minskades genom att låta patienter dela och ta del av varandras historia. Att låta patienten ta del av andra patienters erfarenheter kunde också skapa motivation till förändring.

“Det är briljant att vara i grupp, jag skulle ju kunna sitta och prata hur mycket som helst för någonting eller tycka att jag har någon med men den personen är nog ofta inte med förens den hör grannen i gruppen säga att jag gör si eller så. Då! åhhh! väcks något helt annat, ja det är väldigt motiverande” (7)

Att stödja patienterna till kreativa aktiviteter beskrevs vara av nytta. De kreativa aktiviteterna kunde t.ex. bestå av skapande i olika naturmaterial eller att rita. Aktiviteterna kunde ledas av bildterapeuter eller arbetsterapeuter. Dessa aktiviteter beskrevs kunna stärka patienten genom att öka förmågan till koncentration, stimulera till lust och ökad kreativitet. Den ökade lusten kunde även generera ökad energi. Att låta patienten skapa något med händerna kunde ge stolthet och leda till ett ökat självförtroende.

“Då handlar det lite om det här med att träna upp förmågan att koncentrera sig, att ta instruktioner, att göra någonting med händerna och stimulera andra delar av hjärnan. Att stimulera sin lust och kreativitet. Man får också med sig något som man har gjort och det kanske är första gången på länge som man har något som man är lite stolt över” (2)

Medveten närvaro

Kategorin utgjordes av fyra subkategorier: kroppskänedom, miljöns läkande effekt, stödja till icke-värderande närvaro och kreativitetens avkopplande effekt.

En del i behandlingen bestod av att göra patienter med UMS medvetna om sin kropps signaler med hjälp av kroppsmedvetandeträning. I övningarna fick patienterna lära sig koppla ihop hur kroppen och känslorna påverkar varandra. Avspänningsövningar och en ökad kännedom om kroppen gavs för att ge patienten stöd till att hantera sin stress.

“Och sedan är det kroppskänedom och det är basal kroppskänedom som vi jobbar med. Det är liksom den stora biten. För att de har ju helt tappat bort sina kroppar. Vi kallar dem lite grann huvudfotingar. Dem har liksom huvud och fötter, det är inget annat för man har under så lång tid har man liksom hoppat över sin kropp för man har inte haft råd att känna efter” (1)

Det belystes att miljön hade en läkande effekt genom att verka lugnande och avstressande. Patienter med UMS klarar inte av för mycket intryck, därför är det viktigt med en lugn miljö så som i naturen. Det framkom att det kunde vara läkande att låta patienten se saker i naturen växa och få en förståelse för årstidernas gång och hur allting samspekar. Det beskrevs vara viktigt att vårdmiljön var utformad på ett tilltalande sätt, det skulle kännas mer som en hemlik miljö istället för en sjukhusmiljö. Personalen bar inte sjukhuskläder utan var civilklädda.

“Trädgård, natur och djur har en förmåga att få människor att gå ner i varv att, att stressa av, och om man minskar stressen så ökar man kroppens immunförsvar och möjlighet till självläkning både psykiskt och fysiskt” (2)

Med hjälp av KBT och mer specifikt acceptance and commitmenttherapy (ACT) kunde patienter få hjälp med att prata om beteenden, vad patienten själv kunde förändra och vad hen behövde acceptera. Det framkom att ACT fanns som grund för olika behandlingar såsom sömnskola. Vidare användes mindfulness som ett sätt att stödja patienten till att uppleva större närvaro i vardagen. Mindfulness kunde användas i både fysioterapigrupp och psykologgrupp.

“Vi jobbar ju mycket med mindfulness, med närvaro i vardagen...hur ser mina dagar ut” (4)

Det framkom att olika kreativa insatser, såsom bildterapi, användes för att få patienten att koppla av, släppa sina tankar och kunna befinna sig i nuet. Det beskrevs vara av värde att ge patienten möjlighet att vila ifrån samtal och att låta patienten uttrycka sig på ett annat sätt än genom att prata.

“Sen har vi ju precis nu i dagarna påbörjat bildterapi också vi tror att det är väldigt gynnsamt för den här gruppen att man inte måste prata hela tiden. För det är det som är problemet för dom här människorna dom har ju varit i sitt huvud hela tiden och pratat men att känna och använda kroppen och kunna uttrycka sig genom den har inte varit lika aktuellt” (1)

Balans

Kategorin utgjordes av tre subkategorier: aktivitetsbalans i vardagen, balanserad fysisk aktivitet och hållbar återgång i arbete.

En del i rehabiliteringen innefattade att stödja patienten till att hitta strategier för att uppnå en balans i sin vardag. Det handlade om stöd för att finna tid för återhämtning och om hur mycket energi det går åt för olika aktiviteter såsom exempelvis hushållssysslor. Insatserna var ofta praktiskt upplagda där patienten fick hjälp att lägga upp scheman för sina dagar med inlagda pauser för vila.

“Det är stort fokus på att hitta återhämtning och att inte ta ut sig på en bra dag, det är ganska många som tänker att nu har jag energi så jag kör på. Då så vill vi hjälpa till att hitta andra strategier” (4)

Det framkom att personer med UMS kunde ges stöd för att uppnå en balans i sin fysiska aktivitet. Det kunde handla om att få patienten mer fysiskt aktiv men även mindre fysiskt aktiv. I stödet ingick att ge motivation till patienten genom t.ex. motiverande samtal. Även fysisk aktivitet på recept användes, både när den fysiska aktiviteten behövde ökas eller minskas.

“För dem har varit så duktiga på vårdcentralen och hört att åh det är så himla bra med fysisk aktivitet och det är så jättebra, hjärnan återbildas och blablabla. Så dem har ju tränat ihjäl sig och kommer ju till inte tillbaks...det finns ju ingen balans i det. Det här är ju människor som överpresterar ofta ju, och inte lyssnar på sig själv förstås. Så ofta får dom ett recept på fysisk aktivitet som handlar om att dem kanske får trappa ner liksom” (1)

Resultatet visade på vikten av att ge stöd för en hållbar återgång i arbete. Det gällde både de patienter som var sjukskrivna från sitt arbete och de patienter som inte hade någon arbetsplats att återvända till. Stödet kunde innefatta att samordna kontakter med andra aktörer såsom Försäkringskassan och arbetsgivare och att hjälpa patienten med att upprätta en detaljerad plan för arbetsåtergång. Det handlade om att tidigt i behandlingen börja förbereda patienten på en återgång i arbete. Arbetsåtergången skulle ske genom en långsam och gradvis upptrappad arbetsbelastning. Stödet innefattade även att lära patienten nya strategier för att hantera den ökade arbetsbelastningen så att patienten inte insjuknar igen.

“Det handlar mycket om att göra på nya sätt så man inte går tillbaka till arbetet och gör på samma sätt som man hittar strategier för att hitta pauser och återhämtning och så” (4)

Förmedla kunskap

Kategorin utgjordes av tre subkategorier: hälsoråd, patientinformation om stressfysiologi, och information till utomstående och närstående.

Det framkom att enkla hälsoråd var av värde för personer med UMS. De flesta enkla råd handlade om fysisk aktivitet, stress, rutiner, kost, sömn och vila. Det gavs råd om hur patienten kunde uppnå god sömn och dess betydelse för återhämtning. Råd om sömn skedde i vissa fall i grupp i form av sömnskola.

“Vi får ju arbeta väldigt brett med hälsa. Vad som är bra och det här med regelbundenhet och en del har ju liksom vänt på dygnet eller skiter i att äta ordentligt och går aldrig ut” (7)

Resultatet visade att ge personer med UMS kunskap om vad som händer i kroppen vid stress var av betydelse. Genom att ge kunskap om vad som sker i kroppen kunde personerna med UMS få en förståelse för sitt mående och lättare sätta ord på saker de varit med om och känt under sjukdomstiden. Att ge kunskap i form av föreläsningar var något som ofta förekom och som enligt informanterna gav stöd åt de drabbade personerna. Den ökade kunskapen gavs för att hjälpa patienterna att se på sitt tillstånd annorlunda.

“Många upplever sin sjukdom som väldigt abstrakt och kan man då komma med en förklaring till hur det brukar se ut rent generellt och förklara vad det är som händer rent fysiologiskt så verkar det som att de upplever ett stöd och en ehh... trygghet i det.” (3)

Föreläsningarna för personer med UMS kunde handla om t.ex. effekten av fysisk aktivitet vid stressrelaterad ohälsa eller om vad som sker vid en stressreaktion.

Att ge information till närstående i form av föreläsningar och informationsträffar var också en av insatserna. Information kunde även ges till utomstående såsom chefer och HR-personal. Informationsträffarna kunde t.ex. handla om stressfysiologi, vikten av vardagsstruktur eller vikten av fysisk aktivitet och. Syftet med dessa träffar var att ge kunskap om UMS även till de anhöriga för att de i sin tur skulle kunna stötta den drabbade på ett bättre sätt.

“Vi plussar på det här med anhörigträff så att man kan komma hit som anhörig och få information så att man kan få veta vad man kan göra som anhörig” (1)

Diskussion

Resultatdiskussion

Vårdgivare kunde stödja personer med UMS genom att ge en vård anpassad utifrån patientens specifika behov och genom att stärka patientens egna förmågor för att på så vis ge patienten möjlighet att själv främja sin återhämtning. Vidare beskrevs det som stödjande att ge patienten möjlighet till en medveten närvaro och att skapa balans mellan aktivitet och vila. Vårdgivare kunde stödja genom att ge både patienten och dess närstående en ökad kunskap om stress och UMS.

I resultatet beskrevs värdet av att arbeta i ett multidisciplinärt tema runt patienten. Det framkom att sjuksköterskan sällan hade någon plats i dessa team. I de fall en sjuksköterska ingick i teamet var det inte utifrån sina kunskaper i omvårdnad utan i rollen som vårdsamordnare. I denna roll var sjuksköterskan utbytbar då en vårdsamordnare lika gärna kunde ha någon annan yrkesprofession, till exempel socionom. Man kan ställa sig frågande varför sjuksköterskeprofessionen inte har en given plats i teamet och varför sjuksköterskans kunskaper i omvårdnad inte tas tillvara, i de fall denne ingår i teamet. Har dessa patienter inte behov av omvårdnad? Med tanke på den omfattande påverkan UMS har på en persons hela hälsosituation borde en professionell omvårdnad vara av värde. Det råder hög efterfrågan på sjuksköterskor idag så utifrån ett samhällsperspektiv kan det ses som ett resursslöseri att inte utnyttja sjuksköterskans fulla kompetens.

I resultatet framkommer vikten av att stärka patientens egna förmågor. Resultatet får stöd av Anthony (1993) som beskriver återhämtning från psykisk sjukdom som något multidimensionellt som innefattar förmåga till anpassning till den nya situationen, stärkt självförtroende och självbestämmande. Resultatet kan relateras till sjuksköterskans funktion genom dess koppling till den psykiatriska omvårdnaden. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014) innefattar den psykiatriska omvårdnaden insatser som syftar till att stärka personens känsla av

kontroll och förmåga att hantera känslor, utveckla strategier för egenvård samt lära personen att hantera sin sjukdom. Denna beskrivning skulle kunna ligga till grund för hur utformandet av sjuksköterskans stödjande funktion skulle kunna se ut för personer med UMS.

Att stärka patienten och att se den som kapabel är något som betonas inom den personcentrerade vården. Leplege et al. (2007) belyser hur man med ett personcentrerat förhållningssätt alltid betraktar patienten som en person med en egen upplevelse om sin hälsa och ohälsa. Vårdpersonalen ska inte bara se till behov och hinder utan stärka patienten genom att främja inneboende resurser och styrkor hos patienten.

Att stödja patienten till kreativa aktiviteter beskrevs som värdefullt. Det var främst arbetsterapeuter eller bildterapeuter som höll i dessa insatser. Enligt Gillam (2013) är kreativa aktiviteter en viktig del av den psykiatriska omvårdnaden och en insats som psykiatrisjuksköterskan har kompetens att självständigt stödja patienter till. Även Lane (2005) betonar sjuksköterskans roll och beskriver hur sjuksköterskans speciella band till patienten underlättar för att stimulera till kreativa aktiviteter. Lane beskriver kreativitetens avkopplande effekt och likställer dess effekt med meditation, med skillnaden att skapandet är lättare att utföra än meditation. I denna studies resultat beskrevs kreativa aktiviteter som både stärkande och avkopplande för patienten. Enligt Leckey (2011) kan det dock finnas svårigheter med att utvärdera effekten av kreativa aktiviteter, detta p.g.a. att syftet med den kreativa aktiviteten inte alltid är uttalat och därmed blir svårt att utvärdera. I resultatet framkom vikten av att stödja patienten till aktivitetsbalans i vardagen, även denna insats gavs vanligen av arbetsterapeuter. Arbetet var ofta praktiskt upplagt med scheman och listor. Det finns ingen evidens för sambandet mellan UMS och aktivitetsbalans, däremot finns det beskrivet ett samband mellan aktivitetsbalans och förbättrad hälsa (Björklund, Håkansson & Wagman, 2012). Även i riktlinjerna från Västra Götalandsregionen (VGR) (2014) finns aktivitetsbalans med.

Resultatet visade att det fanns olika metoder för att stärka patienten. En insats som beskrevs ge stor effekt var att låta patienterna gå i gruppbehandling, främst p.g.a. gruppens uppbyggande effekt på patienternas självkänsla. Informanterna beskrev att gruppbehandlingen kunde minska känslor av ensamhet för patienten. De Vente et al. (2008) kunde i sin randomiserade studie inte påvisa några signifikanta skillnader avseende symtomlindring och arbetsåtergång mellan de patienter som hade fått behandling i grupp och de som fått enskild behandling. Avsaknaden av effekt för gruppbehandling i forskningen kan tänkas bero på att personers känslor kan vara svåra att mäta. Att stärka patientens egna förmågor innefattade även att lära patienten att ta hand om sig själv i högre utsträckning. Det är tänkbart att en person som lärt sig att säga nej och ta hand om sin hälsa skulle kunna vara mindre benägen att för tidigt gå tillbaka i arbete utan att för den sakens skull må sämre än en person som är åter i arbete.

I resultatet framkommer det att personer med UMS får en personligt utformad vårdplan vilket överensstämmer med en personcentrerad vård. Ekman et al. (2011) beskriver hur personcentrerad vård består av tre nyckelfunktioner vilka är patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen formar partnerskapet och för att säkerställa partnerskapet krävs att planerade insatser och patientens upplevelser dokumenteras

Nyttan av KBT framkommer i resultatet. Forskningsläget för betydelsen av KBT vid UMS är inte klarlagt. Flera randomiserade studier har genomförts utan att kunna påvisa någon ökad effekt för KBT jämfört med betydligt mer lågintensiva insatser eller jämfört med den naturliga återhämtningsprocessen (De Vente et al., 2008; Huibers et al., 2004; Blonk, Breninkmeijer, Lagerveld och Houtman, 2006). Vårt resultat visar tvärtemot att rehabiliteringens värde ligger i flera olika behandlingsmetoder och där KBT ingår som en del. En viktig skill-

nad är att studien av De Vente et al., (2008), liksom de flesta liknande studier, är genomförda på personer som nyligen insjuknat och sjukskrivits för sin stressrelaterade ohälsa medan vårt resultat visar att patienter många gånger hade varit sjukskrivna i flera år. Skillnaden skulle kanske kunna bero på att den naturliga återhämtningen är som störst den första tiden efter insjuknandet och att behovet av intensiva insatser då inte är ekonomiskt försvarbart eller ens verksamt. Vikten av att ta hänsyn till patientens sjukdomsfas är något som också framkommer i denna studie, det beskrivs hur patienten i den akuta fasen inte är redo för intensiva insatser utan bara behöver få vila. De Vente et al. (2008) visade också att så många som en fjärdedel av patienterna de studerat fortfarande hade symtom på utmattning och fortfarande var sjukskrivna efter 10 månader. Kanske är det för just denna patientgrupp ett mer omfattande behandlingsprogram skulle kunna vara verksamt?

I resultatet och i de regionala riktlinjerna för VGR (2014) beskrivs vikten av att ge ökad kunskap till patienter med UMS. Det handlade både om information om vad som händer fysiologiskt vid stress och om specifika hälsoråd anpassade för individen. Här skulle distriktssköterskan kunna ha en stödjande funktion då det enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2008) ingår i dennes profession att ha en fördjupad kunskap i kommunikation och samtalsmetodik samt att kunna ge information, råd och stöd på ett individanpassat sätt. Även i psykiatrisjuksköterskans profession ingår att genom pedagogiska former kunna ge stöd och råd till både patienter och närstående (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Studiens resultat påvisade vikten av att även ge information till personer i patientens närhet, något som inte nämns i riktlinjerna från VGR (2014). Personer som drabbas av UMS är ofta ambitiösa och kan ha svårt att säga nej. UMS är dessutom en sjukdom som inte syns på utsidan och dess symtom märks sällan utåt. Med anledning av detta kan det vara svårt för chefer och kollegor, och även för de närstående, att förstå vilken funktionsnedsättning patienten faktiskt har (Åsberg & Nygren, 2016). Vårt resultat visar genom att ge en ökad kunskap till de närstående kan deras förmåga till att stödja patienten öka. Resultatet stöds av Glise (2007) som beskriver vikten av att tidigt involvera de anhöriga i patientens behandling och det är lämpligt att ge information om UMS till patientens chefer och kollegor så att de kan ha en realistisk förväntan på patienten när denne återvänder i arbete. Enligt Ekman et al. (2011) ingår de närstående som en viktig del i den personcentrerade vården. Värdet av att skapa ett partnerskap mellan patient, närstående och behandlare betonas och detta partnerskap ska utgå från patientens berättelse om sin sjukdom. Genom beskrivning av patientens berättelse och involvering av närstående kan missuppfattningar mellan parter undvikas.

Multimodal rehabilitering beskrevs vara gynnsamt för personer med UMS trots att det egentligen är en metod utvecklad för behandling av personer med långvarig smärta (Socialstyrelsen, 2011:02). Det finns inga rekommendationer för multimodal rehabilitering för personer med UMS i riktlinjerna från VGR (2014). Det saknas forskning om dess effekt för rehabilitering av personer med UMS men enligt Åsberg och Nygren (2016) råder det konsensus om att det är en framgångsrik metod vid svårare fall av UMS. Detta eftersom det är en metod som kan skräddarsys efter patientens behov och preferenser. Detta stämmer väl överens med denna studies resultat. Det finns även en metaanalys genomförd av Van der Klink et al. (2001) som konstaterar att multimodal rehabilitering har en signifikant effekt vid arbetsrelaterad stress. En studie genomförd av Lindegård, Jonsdottir, Börjesson, Lindwall och Gerber (2015) påvisar att effekten av multimodal rehabilitering för personer med UMS blir större om man också lägger till interventioner för att öka patientens fysiska aktivitet. Även vikten av fysisk aktivitet i sig framkommer i denna studies resultat. Det finns gott om vetenskapligt stöd för fysisk aktivitets positiva inverkan på den psykiska hälsan (Schnohr et al., 2005; Jonsdottir et al., 2010) och dess betydelse nämns även i riktlinjerna från VGR (2014). I denna studie framkommer det

även att den fysiska aktiviteten kan behöva minskas, allt utifrån patientens förutsättningar. På ett liknande sätt beskriver Börjesson och Jonsdottir (2010) hur den fysiska aktiviteten, för vissa individer med UMS och åtminstone tillfälligt, behöver minskas. Detta för att minska personens totala stressbelastning. Detta för att en allt för intensiv träning t.o.m. kan bidra till själva insjuknandet genom att fungera som ytterligare en stressbelastning för redan hårt belastade personer.

Naturens läkande förmåga för personer med UMS framkom i resultatet. Det finns ett stort antal studier som har visat trädgårdens och naturens positiva effekter på den psykiska hälsan (Clatworthy, Hinds, & Camic, 2013; Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen & Kirkevold, 2010; Kam & Siu, 2010; Grahn, Pálsdóttir, Ottosson & Jonsdottir, 2017). I resultatet framgår att personer med UMS kan ha svårt för att klara av för mycket intryck och hur naturen kan erbjuda dem en stressfri miljö. Detta styrks av Sahlin et al. (2016) som beskriver hur naturen aldrig kräver ens riktade uppmärksamhet. Uppmärksamheten lockas istället fram via nyfikenhet och fascination. Naturen underlättar alltså användandet av den spontana uppmärksamheten och på så sätt skapas rum för återhämtning av den riktade uppmärksamheten vilket verkar stressreducerande. I denna studies resultat beskrevs naturens värde ligga i att ge avkoppling till patienten. Sahlin (2014) konstaterar att vistelse i naturen även kan stärka personer genom att starta existentiella reflektioner som i sin tur påverkar synen på sin självbild och livssituation. Att motivera patienten till att vistas i naturen skulle kunna vara en kostnadseffektiv insats eftersom naturen finns till hands för alla och på så sätt blir också rehabiliteringen lättillgänglig. Det kan ses som anmärkningsvärt att riktlinjerna från VGR (2014) inte alls har med naturen som en del i rehabiliteringen. I riktlinjerna betonas dock vikten av stressreduktion och det kan då möjligtvis vara öppet för verksamheter att tolka vilka stressreducerande insatser som skall initieras.

Vikten av sjukskrivning beskrevs ej i resultatet trots att det finns med i riktlinjerna från VGR (2014), det kan möjligen bero på att ingen läkare intervjuades. Det framkom dock implicit eftersom informanterna beskrev hur personen skulle stödjas för att komma åter i arbete. I stödet för att återgå i arbete ingick det att ha en kontakt med sin arbetsgivare. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15) konstaterar att det är just tillägg av en kontakt med arbetsplatsen som har visat evidens i form av kortare sjukskrivning. Att personen med UMS återgår i arbete är ett vanligt sätt att inom forskningen utvärdera effekten av en behandlingsmetod och ur ett samhällsperspektiv är det förstås viktigt att så snart som möjligt få tillbaka dessa, ofta högpresterande, individer i arbete igen. Men betyder en arbetsåtergång verkligen att personen är återhämtad?

Sammanfattningsvis kan konstateras att studiens resultat i hög grad överensstämmer med rekommendationerna från VGR (2014), men med ett fåtal undantag. Multimodal rehabilitering, betydelsen av att låta patienten vara kreativ, naturen och miljöns läkande effekt och vikten av att ge information även till patientens anhöriga är de delar av resultatet som inte återfinns i riktlinjerna.

Metoddiskussion

Val av metod styrs av studiens syfte, eftersom syftet var att undersöka hur vårdpersonal kan stödja personer med UMS valdes en kvalitativ metod. Det bedömdes, i enlighet med Polit och Beck (2017), som en lämplig metod eftersom helheten av ett fenomen ville förstås. De semi-strukturerade intervjuerna möjliggjorde att utifrån syftet uppnå så många förklaringar och associationer som möjligt. Ibland associerade informanterna i sina svar till det som andra intervjufrågor avsåg att omfatta, därför ställdes inte frågorna i samma ordning varje gång. Enligt

Polit och Beck (2017) är det viktigt att intervjuguiden inte hindrar flödet i dialogen. Även Trost (2010) betonar vikten av följsamhet i kvalitativa intervjuer och menar att intervjuaren ska följa informantens associationer istället för att styra samtalet helt efter intervjuguiden. Eftersom kvalitativa intervjuer kan vara tidskrävande och påfrestande för informanten är det värdefullt att forskaren strävar efter att maximera datans kvalitet samtidigt som belastningen på informanterna minimeras (Sturges & Hanrahan, 2004). Därför fick studiens informanter välja tid och plats för intervjun, de fick även välja om de önskade genomföra intervjun över telefon. Att ge denna valmöjlighet kan ha bidragit till att mindre tid gick åt till att söka informanter. Genom användandet av telefonintervjuer uppnåddes även en större geografisk tillgång på informanter vilket bidrog till en ökad variation bland studiens informanter. Inga skillnader upplevdes avseende kvaliteten på ljudupptagningen, mängden insamlad data eller andra faktorer av betydelse mellan de två olika sätten att genomföra intervjuerna. Det styrks av Sturges och Hanrahan (2004) som konstaterar att telefonintervjuer kan generera lika stor mängd kvalitativa data som personliga intervjuer. Opdenakker (2006) lyfter den ökade risken för avbrott vid en telefonintervju eftersom intervjuaren inte har överblick över var informanten befinner sig. Vid en intervju var informanten ute och promenerade vilket kan ha bidragit till ett minskat fokus på frågorna.

Resultatet grundas på sju intervjuer. Hur många intervjuer som behövs, styrs av datainsamlingen och dess variation. Ett för stort antal intervjupersoner gör det svårt att genomföra ingående tolkningar av varje intervju (Kvale & Brinkman, 2014). Enligt Trost (2010) är det lämpligt att begränsa sig till ett litet antal intervjuer, mellan fyra till åtta stycken är att föredra om inte omständigheterna kräver annat. De sju intervjuerna gav tillräcklig data för att besvara syftet samtidigt som mängden data var hanterlig. Det gick att få en helhetsbild över datan och samtidigt se de olika detaljerna som förenade eller gick isär. Informanternas skillnader i arbetslivserfarenhet och deras skilda professioner skapade en variation som stärker studiens resultat. I teamet kring personer med UMS ingick även läkaren men ingen läkare intervjuades vilket kan ses som en svaghet. Vid den första intervjun tillfrågades informanten om denne kände till andra lämpliga informanter utifrån studiens syfte. Tre av studiens deltagare kom med utifrån dessa rekommendationer. Tillvägagångssättet beskrivs i Polit och Beck (2017) som "snowball sampling" och kan ha fördelar då mindre tid behöver läggas på att hitta lämpliga informanter. En svaghet som lyfts är att urvalet kan begränsas till ett litet nätverk med liknande åsikter.

Enligt Henricson (2013) kan det vara av värde att göra en provintervju, dels för att se om frågorna är lämpliga eller om de behöver omformuleras och dels för att se om den utsatta tiden är tillräcklig. Det kan även vara av värde för att prova den tekniska utrustningen. Med anledning av den begränsade tiden för genomförandet av studien gjordes ingen provintervju. Eftersom samtliga intervjuer genomfördes utan tekniska problem och den avsatta tidsåtgången var tillräcklig anses avsaknaden av en provintervju inte ha påverkat resultatet. Den kvalitativa forskningen är dessutom flexibel i sin utformning och frågorna kan ändras under studiens gång om det bedöms vara av värde (Polit & Beck, 2017). Därför kunde frågan om sjuksköterskans möjliga roll läggas till i intervjuguiden efter den fjärde intervjun. Eftersom urvalet kom att bestå av vårdpersonal som behandlade personer med fullt utvecklat UMS visade det sig att frågan om preventiv vård inte var relevant. Denna fråga ställdes ändå till samtliga informanter men gav ingen relevant data som motsvarade syftet.

Vid fem av intervjuerna deltog två intervjuare, vid två av intervjuerna medverkade bara en intervjuare vilket kan ses som en svaghet. Det är tänkbart att följdfrågorna ser olika ut utifrån om det är en eller två som intervjuar så det kan innebära en risk att relevant data missats från

en utebliven följdfråga i de fall då bara en intervjuare deltog. Enligt Trost (2010) kan två intervjuare oftast få fram en större mängd information och få en större förståelse än vad enbart en intervjuare kan. Utifrån intervjupersonens synvinkel kan det istället upplevas tryggare att bli intervjuad av endast en person, när två intervjuare deltar finns risken att intervjupersonen upplever sig vara i underläge.

När analysen av datan gjordes var utmaningen att hålla sig på en manifest abstraktionsnivå. Det kan förklaras som att hålla sig textnära och lyfta fram det informanterna verkligen sa och inte det texten tolkas till (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Förförståelsen bedömdes inte påverka analysen i någon större utsträckning eftersom den enbart var baserad på bekantas personliga upplevelser av att drabbas av UMS. Det går dock inte att utesluta att en viss påverkan kan ha skett eftersom det trots allt redan före studien fanns en uppfattning om vilket stöd dessa patienter har nytta av. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) går det inte att helt bortse från förförståelsen och dess påverkan på dataanalysen.

När kvalitet inom kvalitativa studier mäts används trovärdighet som ett paraplybegrepp och som i sig innefattar: giltighet, bekräftelsebarhet, överförbarhet och tillförlitlighet (Henricson, 2013). För att påvisa trovärdigheten i en studie behöver samspelet av flera faktorer presenteras för att öka sanningshalten i de resultat som presenteras. Genom att till exempel förklara hur insamlingen av data är gjord, hur analysen har gått till och senare hur användbara resultaten är kan trovärdigheten öka (Elo, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs, 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar chanserna att belysa en frågeställnings många olika aspekter genom att välja deltagare med olika erfarenheter, vilket bidrar till studiens giltighet. Studiens urval bestod av personer med olika yrkestitlar och olika lång erfarenhet av att arbeta med personer med UMS. Giltighet innebär förtroende för sanningen i datan och att tolkningen av datan är gjord på ett förtroendefullt sätt (Polit & Beck, 2017). I resultatet lyfts representativa citat fram för att öka studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Polit och Beck (2017) uppnås bekräftelsebarhet genom att säkerställa att det är deltagarnas egna erfarenheter som leder till resultatet och inte författarnas tolkningar baserade på tidigare erfarenheter eller förutfattade meningar. Studiens bekräftelsebarhet hade kunnat stärkas genom att låta deltagarna granska resultaten. Överförbarhet innebär i vilken mån resultatet kan överföras till liknande situationer eller verksamheter (Polit & Beck, 2017). Det finns en tydlig beskrivning av studiens urval och kontext samt av hur datainsamling och analys har gått till. Detta är faktorer som underlättar bedömningen av studiens överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studien gjordes av två personer med stöd av en handledare och under analysens gång fördes en gemensam diskussion och reflektion över koder och kategorier. Genom att inkludera mer än en forskare i analysprocessen kan tillförlitligheten öka då olika forskares erfarenheter och förförståelser kan variera (Graneheim et al., 2017).

För att skapa en etisk forskning är det första steget för att försäkra sig om att forskningsfrågan är kliniskt relevant och att välja en lämplig metod för att få svar på frågan (Polit & Beck, 2017). Studiens syfte bedöms vara relevant att studera med anledning av det saknas evidens för hur vårdpersonal bäst kan stödja personer med UMS. Frågeställningar om utmattningssyndrom kan vara känsliga för drabbade men även för behandlare. Det är behandlarna som är informanter i denna undersökning och det eliminerar risken för att någon drabbad skall uppleva kränkning. Behandlare kan dock tänkas ha en känslomässig anknytning till frågorna som kan påverka svaren. Möjligtvis kan även vissa behandlare ha en avvikande åsikt om behandling för syndromet som inte överensstämmer med riktlinjerna på deras arbetsplats. Detta kan i sin tur påverka hur de svarar på frågorna och om de t.ex. väljer att utesluta att berätta om en

viss behandling eller endast berättar kort. Enligt Polit och Beck (2017) bör en studies etiska dimensioner ses över av en extern etisk kommitté eftersom forskaren själv ofta har ett starkt engagemang för sin studie vilket kan göra det svårt att på ett objektivt sätt överväga risker och vinster. Då informanterna i studien var vårdpersonal som intervjuades i sin roll som vårdare och frågorna inte gällde känslig information gjordes bedömningen att ingen extern etisk granskning var nödvändig.

Slutsats och förslag till klinisk tillämpning

UMS är en komplicerad diagnos där stöd bör ges utifrån personens förutsättningar och sjukdomsfas. Stödet kan vara olika och insatser implementeras från olika professioner. De stödjande insatserna ska vara personcentrerade och ha som syfte att ge kunskap och verktyg för hur personen kan hantera sin sjukdom. Samarbete mellan professioner är viktigt för att stödja personer med UMS. Att inkludera psykiatrisjuksköterskan och/eller distriktssköterskan i vården för dessa personer skulle vara gynnsamt då i många fall omvårdnad är en faktor som saknas. Specialistsjuksköterskan möter dessa patienter i både primärvården och i den psykiatriska vården. Kunskap om hur dessa personer kan stödjas ger specialistsjuksköterskan möjligheter att, i samarbete med andra professioner, planera och genomföra stödjande åtgärder. Genom kunskap kan signaler på den stressrelaterade ohälsan upptäckas tidigare och insatser kan sättas in i tid för att motverka utvecklingen av UMS. Här kan specialistsjuksköterskan spela en viktig roll. UMS är en diagnos som kan vara komplicerad och för vissa personer blir rehabiliteringen långdragen. Diagnosen är desto enklare att förebygga och strävan inom vården bör därför vara att uppmärksamma tidiga tecken på stressrelaterad ohälsa.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Ytterligare forskning krävs för att uppnå evidens för vilket stöd dessa patienter behöver. Det hade även varit av värde att studera hur specialistsjuksköterskans roll skulle kunna se ut i teamet kring personer med UMS. Vidare är det viktigt att få en större förståelse för vilka personer det är som riskerar att hamna i en utmattningsprocess som senare leder till UMS. Mer kunskap behövs om hur specialistsjuksköterskan kan arbeta preventivt mot stressrelaterad ohälsa.

Referenser

- Ahlborg Jr, G., Glise, K., Jonsdottir, I. H., & Wiegner, L. (2008). Dålig grund för påståenden om utmattningssyndrom. *Läkartidningen*, *105*, 1118-9.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11.
- Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, *20*(2), 129-144.
- Boersma, K., & Lindblom, K. (2009). Stability and change in burnout profiles over time: A prospective study in the working population. *Work & Stress*, *23*(3), 264-283.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822.
- Börjesson, M., & Jonsdottir, I. (2010). Fysisk aktivitet och stress. *Svensk Idrottsforskning*, *19*(3), 10-12.
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, *5*(7), 374.
- Clatworthy, J., Hinds, J., & M. Camic, P. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*, *18*(4), 214-225.
- De Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & Blonk, R. W. B. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, *13*(3), 214-231. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1037/1076-8998.13.3.214>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Lidén, E. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248-251.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, *49* (1), 59-67.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, *4*(1), 2158244014522633.
- Eriksson, A. K. M. (2016). *Vid utmattningens gräns: Utmattningssyndrom som existentiellt tillstånd: Vårdtagares och vårdgivares erfarenheter av utmattningssyndrom och rehabilitering med en existentiell ansats i svensk vårdkontext* (Doctoral dissertation, Mid Sweden University).
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness Based Stress Reduction and Mindfulness Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(2), 102-119.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Hälsa på lika villkor*. Från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__dPsykhals/HLV_Psykisk_halsa_alder.px/?rxid=411150ed-c336-4af6-b62d-8611ba87e08e

Försäkringskassan. (2016). *Korta analyser*. Avdelningen för analys och prognos. Från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275dfe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=

Gillam, T. (2013). Creativity and mental health care. *Mental Health Practice*, 16(9).

Glise, K., (2013). *Utmattningssyndrom* (ISM-häfte nr 5). Från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/c0712cb8-934c-402d-910d-f3355bac65de/2013_5_Utmattningssyndrom%20.pdf?a=false&guest=true

Glise, K. (2007). Stressrelaterad psykisk ohälsa–hur ser problemet ut? *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 84(2), 94-101.

Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., & Savic, I. (2014). The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. *PLoS One*, 9(9), e104550.

Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2002-2013.

Grahn, P., Pálsdóttir, A. M., Ottosson, J., & Jonsdóttir, I. H. (2017). Longer nature-based rehabilitation may contribute to a faster return to work in patients with reactions to severe stress and/or depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1310.

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. 56. 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24. 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder–clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(6), 626-636.

Guilliams, T. G., & Edwards, L. (2010). Chronic stress and the HPA axis. *The standard*, 9(2), 1-12.

Gustafsson, L-K. (2014). Försoning. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa -På avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy*, *11*(1), 2-12.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.

Henricson, M. (2013). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.

Hillman, C. H., Erickson, K. I., & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*(1), 58.

Huibers, M. J., Beurskens, A. J., Van Schayck, C. P., Bazelmans, E., Metsemakers, J. F., Knottnerus, J. A., & Bleijenberg, G. (2004). Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(3), 240-246.

ICD-10-SE. Från <http://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE>

Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P., & Wallin, A. (2013). Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress*, *16*(2), 181-190.

Jonsdottir, I. H., Rödger, L., Hadzibajramovic, E., Börjesson, M., & Ahlberg Jr, G. (2010). A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Preventive Medicine*, *51*(5), 373-377.

Jönsson, P. D., Nunstedt, H., Berglund, I. J., Ahlström, B. H., Hedelin, B., Skärsäter, I., & Jormfeldt, H. (2014). Problematization of perspectives on health promotion and empowerment in mental health nursing—Within the research network “MeHNuRse” and the Horatio conference, 2012. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *9*(1), 22945.

Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *26*(3), 401-412.

Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M. L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *18*(2), 154-161.

Kam, M. C., & Siu, A. M. (2010). Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, *20*(2), 80-86.

Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health TechnologyAssessment*, *8*.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lane, M. R. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holistic Nursing Practice*, 19(3), 122-125.

Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 501-509.

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.

Lindegård, A., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M., Lindwall, M., & Gerber, M. (2015). Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatry*, 15(1), 272.

Ljung, T., & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 12(101), 1089-1094.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Løkensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Mehling, W. E., DiBlasi, Z., & Hecht, F. (2005). Bias control in trials of bodywork: a review of methodological issues. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(2), 333-342.

Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 7, No. 4).

Perski, A., & Grossi, G. (2004). Treatment of patients on long-term sick leave because of stress-related problems. Results from an intervention study. *Läkartidningen*, 101(14), 1295.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin.

Regeringen (2018). Pressmeddelande. Hämtad 24 oktober, 2018, från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/starkt-arbete-med-kunskap-att-bemota-psykisk-ohalsa-i-primarvarden/>

Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 443-452.

Sahlin, E. (2014). *To Stress the Importance of Nature: Nature-Based Therapy for the Rehabilitation and Prevention of Stress-Related Disorders*. (Doctoral Thesis, Swedish University of Agricultural Sciences).

Sahlin, E., Lindegård, A., Hadzibajramovic, E., Grahn, P., Vega Matuszczyk, J., & Ahlborg Jr, G. (2016). The influence of the environment on directed attention, blood pressure and heart rate—An experimental study using a relaxation intervention. *Landscape Research*, 41(1), 7-25.

Savic, I. (2013). Structural changes of the brain in relation to occupational stress. *Cerebral Cortex*, 25(6), 1554-1564.

Schnohr, P., Kristensen, T. S., Prescott, E., & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time—The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 15(2), 107-112.

Sonnenschein, M., Sorbi, M. J., van Doornen, L. J., Schaufeli, W. B., & Maas, C. J. (2007). Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 487-494.

Socialstyrelsen. (2011:02). Nationella medicinska indikationer: Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-multimodal-rehabilitering.pdf>

SOU. (2011:15). Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <https://www.regeringen.se/contentassets/34d47b8cd1ec415b998464652d1b2a47/rehabiliteringsradets-slutbetankande-sou-201115>

Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, ... Birgander LS. (2009). Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST - a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 294–303. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1007/s12529-008-9011-7>

Stenlund, T., Birgander, L. S., Lindahl, B., Nilsson, L., & Ahlgren, C. (2009). Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 761-767.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270.
- VGR (2014). Regional medicinsk riktlinje: Utmattningssyndrom (UMS). Från [https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3401/Utmattningssyndrom%20\(UMS\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3401/Utmattningssyndrom%20(UMS).pdf?a=false&guest=true)
- VGR (2012). Regional medicinsk riktlinje: Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). Från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsfördelning%20och%20konsultationer%20primärvård%20och%20specialistpsykiatri.pdf?a=false&guest=true>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2019-02-25 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327.
- Åsberg, M., Grape, T., Krakau, I., Nygren, Å., Rodhe, M., Wahlberg, A., & Währborg, P. (2010). Stress som orsak till psykisk ohälsa. *Läkartidningen*, 107(19-20), 1307-1310.
- Åsberg, M., & Nygren, Å. (2012). Depression och utmattning i människovårdande yrken. *DU projektet. Slutrapport*. Från <https://www.vardfokus.se/globalassets/webbnyheter/2012/oktober/du-projektet>
- Åsberg, M., & Nygren, Å. (2016). Stress- och traumarelaterade syndrom. I J. Herofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri*. (s. 35-391). Studentlitteratur: Lund.
- Åsberg, M., Sköld, C., Wahlberg, K., & Nygren, Å. (2006). Mindfulness-meditation – ny gammal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 103(42), 3174-3177.

Intervjuguide

Hur stödjer du patienter med utmattningssyndrom i ditt arbete?

Hur arbetar du förebyggande mot utmattningssyndrom?

Vad upplever du har effekt?

Hur utvärderar du effekten av era metoder/behandlingar?

Hur har ni kommit fram till de metoder/behandlingar dessa patienter får på er mottagning?

Om ni hade haft mer resurser, hur hade vården kunnat se ut för dessa patienter då?

Vad skulle kunna utvecklas inom vården för utmattningssyndrom?

Vad skulle sjuksköterskan kunna ha för funktion? (tillagd efter den fjärde intervjun)

Är det något du vill lägga till?

Information inför deltagande i studie

Bakgrund och syfte med studien

Stressrelaterad psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro av psykiatriska skäl och är alltså en av de viktigaste orsakerna till nedsatt arbetsförmåga hos den svenska befolkningen. Att lida av stress kan utlösa eller försämra i stort sett alla former av psykisk ohälsa. Några former av psykisk ohälsa är dock specifikt kopplat till stressresponsen i högre grad än andra, däribland utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom uppstår då individen utsätts för en kronisk belastning utan möjlighet till återhämtning.

Vi läser specialistutbildning för sjuksköterskor på Högskolan Väst och i en magisteruppsats vill vi undersöka hur man bäst kan stödja denna omfattande och växande patientgrupp av personer med utmattningssyndrom och stressrelaterad ohälsa.

Inför studien

Du tillfrågas om deltagande i studien med anledning av att du i din profession möter personer med utmattningssyndrom eller annan stressrelaterad ohälsa. Deltagandet innefattar en intervju som kommer att genomföras vid ett tillfälle.

Beräknad tidsåtgång är max 1 timme.

Intervjun är helt igenom frivillig. Du som deltagare har möjlighet att avbryta när som helst och utan att ange någon förklaring. Om du väljer att avbryta kommer inga uppgifter från din intervju att tas med i studien.

Fördelar med studien?

Mer forskning behövs för att hjälpa personer med utmattningssyndrom, ert deltagande kan bidra till en bättre vård för dessa personer.

Hantering av data och sekretess

Intervjun kommer att spelas in för att kunna transkriberas, ljudupptagningen kommer sedan att raderas. Vi kommer att värna om er sekretess och kommer därmed handha intervjuerna konfidentiellt. Det betyder att intervjuerna kommer avidentifieras och kommer behandlas enligt sekretesslagen.

Studiens resultat

Magisteruppsatsen kommer att publiceras på www.diva-portal.org och kommer att vara tillgänglig för allmänheten.

Ansvariga

Sofia Lexén. Tel. XXX. E-mail: sofia.lexen@student.hv.se

Sofie Trulsson. Tel. XXX. E-mail: sofie.trulsson@student.hv.se

Handledare: Ina Berndtsson Tel. XXX. E-mail: ina.berndtsson@hv.se

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
www.hv.se