



## **Jag vill ha en grupp!**

**Intervjuer med rehabiliteringspatienter vid  
Institutet för Stressmedicin i Göteborg**

**Författare: Tina Pilmalm**

**Handledare: Bengt Brülde**

**Examensarbete i pedagogik 51-60 p  
C-uppsats 10 p fördjupningsnivå  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Maj 2005**

**Titel:** Jag vill ha en grupp! Intervjuer med rehabiliteringspatienter vid Institutet för Stressmedicin i Göteborg

**Engelsk titel:** I want a group! Interviews with patients given rehabilitation at the Institute of Stress Medicine in Göteborg

**Författare:** Tina Pilmalm

**Typ av arbete:** C-uppsats, 10 poäng, pedagogik

**Program:** Programmet i hälsopromotion

**Institution:** Omvårdnad, hälsa och kultur

**Högskola:** Högskolan Trollhättan/Uddevalla

**Tryckår:** 2005

**Handledare:** Bengt Brülde

**Sökord:** fysisk aktivitet, stress, rehabilitering, långtidssjukskrivna, stressrehabilitering, gruppterapi, gruppstöd, Institutet för Stressmedicin.

**Sammanfattning:** Institutet för Stressmedicin (ISM) startades 2004 som en reaktion på de ökade långtidssjukskrivningarna med stressrelaterade diagnoser. Patienter som får diagnosen utmattningssyndrom kan bli remitterade till ISM. En del av behandlingen patienten får hos ISM är information om den fysiska aktivitetens positiva effekter på kroppen för att göra den mer stresstålig. Den fysiska träningen kan dessutom återställa de fysiologiska stressreaktionerna i kroppen, vilka blir rubbade efter långvarig, intensiv stress. Det finns patienter som har svårt att motivera sig trots stöd från läkaren och sjukgymnasten hos ISM. De erbjuds då möjligheten att två dagar i veckan träna stavgång och styrketräning.

Eftersom ett av mina stora intresseområden ligger inom det som rör stress och stressrelaterade sjukdomar, antog jag uppdraget att utvärdera träningsprogrammet hos ISM. Jag har valt att använda mig av en kvalitativ metod med löst strukturerade intervjuer. Jag har intervjuat sex respondenter. Min slutsats är att respondenterna är nöjda med vad de har fått av ISM men hade många åsikter om vad som kunde bli bättre. De ville ha mer.

Främst är patienterna nöjda eftersom de vet att kompetensen hos ISM inte finns på deras vanliga vårdcentral men även för att de fått möta någon som verkligen förstår. I stort sett alla respondenter har haft stor glädje av gruppen i form av stöd och motivation. De hade dock önskat att där fanns tid för samtal både med och utan inslag av beteendeterapi. Samtliga respondenter har uttryckt hur viktigt det har varit för dem att ha någon att prata med för att orka med sin situation och sjukdom.

Träningen i sig har de upplevt som schön och till viss del har den lugnat sinnet. Men främst har de sett träningen som symtomlindring. I själva verket kan träningen hjälpa kroppen att läka och återskapa korrekta stressreaktioner vilka har rubbats efter för lång och intensiv stress och brist på återhämtning.

I uppsatsen presenteras olika rehabiliteringsmetoder och deras resultat samt rekommendationer från forskare och socialstyrelsen vilka kan ses som inspiration och förslag till ISM och andra "rehabiliterare" av långtidssjukskrivna.

**Title:** Jag vill ha en grupp! Intervjuer med rehabiliteringspatienter vid Institutet för Stressmedicin i Göteborg  
**English title:** I want a group! Interviews with patients given rehabilitation at the Institute of Stress Medicine in Göteborg  
**Author:** Tina Pilmalm  
**Type of work:** Degree in Educational science, Essay on C-level 2 units (10 p)  
**Program:** Programmet i hälsopromotion  
**Institution:** The Department of Health care, Health and Culture  
**University:** University of Trollhättan/Uddevalla  
**Year of issue:** 2005  
**Supervisor:** Bengt Brülde

**Key words:** physical activity, stress, rehabilitation, long-term sick-list, group support, group therapy, The Institute of Stress Medicine.

**Summary:** As a reaction to the growing number of people put on the long-term sick-list with a stress related diagnosis, the Institute of Stress Medicine (ISM) was opened in 2004. Patients given the diagnosis "exhaustion syndrome" (i.e. burn-out or stress related illness) may be referred to ISM. In their treatment, ISM includes informing their patients about the winnings and advantages from physical activity. The physical activity can elevate the patients' stress tolerance as well as restore the physiological stress reactions in the body, which are put out of balance when being under too much pressure for a long time. There are patients that have a motivation problem, though given support from the doctor and the physiotherapist. They are invited to join a group of patients at ISM where they exercise twice a week. They walk with walking sticks and do light weight training.

Since I have a great interest in the phenomena stress and stress related diseases, I accepted the assignment to evaluate the physical activity programme at ISM. I used a qualitative method, that is I interviewed six patients using a loose structure enabling the respondents to speak more freely.

My conclusion is that the patients are satisfied with what they were given from ISM, though they have many ideas for improvements. They wanted more. Their satisfaction came mainly from experiencing ISM as competent, especially when compared with their local health centre, but also because they had met somebody who really understood them. Practically all respondents were grateful for the group as it gave them support and motivation. They had hoped that there had been time for conversations with or without elements of behaviour and/or cognitive therapy. All respondents expressed the importance of having somebody to talk to in order to cope with their situation and illness.

They felt good after the physical activity and somewhat calmed their minds. Mostly they felt as if the training was relieving them from symptoms. In fact the training probably has helped their bodies to heal and reconstruct itself. It also might have helped the body to re-establish a correct response to stress, responses disturbed from lack of recovery and too much stress.

In this case study, I present different rehabilitation methods and their results but also recommendations from scientists and the National Board of Health and Welfare which can be read as inspiration to ISM and others involved with rehabilitation of patients suffering from stress and stress related illness.

## **TACK**

Först och främst vill jag tacka mina intervjupersoner för att ni ställde upp med er tid och ert engagemang. Utan er hade jag inte haft något att skriva om!

Givetvis vill jag också tacka personalen vid ISM och då främst Gudrun, Agneta och Thomas för all hjälp med mitt arbete.

Tack även Bengt Brülde, min handledare, för ditt stora tålamod och din förmåga att förklara saker för förvirrade studenter!

Tack även lärarna på programmet i Hälsopromotion, HTU Vänersborg, för stort engagemang och mycket matnyttigt. Ni har på ett mycket fint sätt lyckats hålla den röda tråden igenom utbildningen och jag har lärt mig lika många nya teorier som sidor hos mig själv.

Under de sista två åren har jag haft nöjet att få samåka med tre fantastiska tjejer, Kate, Maria och Helen. Hjärtligt tack för allt stöd, alla tips och alla fantastiska diskussioner! Ingen resa blev tråkig tack vare er.

Jag vill också passa på och framföra mitt varmaste tack till mina föräldrar vilka har underlättat min studietid på alla möjliga, fantastiska sätt. Er största gåva till mig är dock att ni lärt mig att alltid försöka förena nytta med nöje och att ni alltid trott på mig och mina förmågor.

Tack alla andra nära och kära för allt stöd!

Viktigast av allt, tack Lasse, du har fått stå ut med både det ena och det andra. Ständigt har du funnit det positiva i allt och lika ofta har du coachat mig framåt. Vi är ett dreamteam!

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>3</b>
<b>TEORETISK BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
VAD ÄR STRESS? .....	3
VAD HÄNDER I KROPPEN NÄR VI STRESSAR? .....	4
SJKDOM OCH STRESS .....	5
FYSISK AKTIVITET OCH STRESS .....	6
UTMATTNINGSSYNDROM.....	7
DIAGNOSTISKA KITERIER FÖR UTMATTNINGSSYNDROM .....	7
REHABILITERINGS- OCH BEHANDLINGSMETODER FÖR PATIENTER SOM DRABBATS AV UTMATTNINGSSYNDROM .....	8
<i>Socialstyrelsens rekommendationer</i> .....	8
<i>Rekommendationer från IPM/KI, ISM mfl.</i> .....	9
<i>Alnarp</i> .....	10
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
METODVAL .....	10
URVAL .....	11
PROBLEMATIK, INSAMLING OCH STÄLLNINGSTAGANDEN .....	12
UTVÄRDERING .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
HUR UPPLEVDE PATIENTEN ATT BLI ORDINERAD OCH GENOMGÅ EN ANNORLUNDA BEHANDLINGSMETOD (FYSISK AKTIVITET)? .....	14
HAR PATIENTEN UPPLEVT ATT METODEN HAR GIVIT NÅGON EFFEKT OCH I SÅ FALL VILKA?..	15
VARFÖR TROR PATIENTEN I SÅ FALL ATT METODEN HAR GIVIT RESULTAT?.....	16
VAD ÄR MAN NÖJD OCH <i>INTE</i> NÖJD MED VAD GÄLLER REHABILITERINGEN? .....	17
TANKAR OM ISM SOM FORSKNINGSINSTITUT .....	20
RESPONDENTERNAS NUVARANDE ARBETSSITUATION.....	21
DRÖMREHABILITERING OCH ANDRA TANKAR .....	22

<b>DISKUSSION .....</b>	<b>22</b>
GRUPPSTÖD .....	22
COPING.....	23
PROBLEMBASERAD REHABILITERING .....	24
BEHANDLINGEN HOS IPM .....	25
MOTIVATION .....	26
MÅLENS OCH TIDSSTRUKTURENS BETYDELSE .....	27
VILL HA MER .....	29
<i>Vill bli sedd.....</i>	29
<i>Önskan om terapi .....</i>	30
<i>Andra önskemål, andra idéer .....</i>	30
METODENS EFFEKT, RESULTAT OCH FAKTORER BAKOM RESULTATEN.....	31
FORSKNINGSINSTITUT SOM REHABILITERAR.....	31
AVSLUTANDE KOMMENTAR .....	33
<b>REFERENSER.....</b>	<b>34</b>
ELEKTRONISKA DOKUMENT .....	35
<b>BILAGA 1: INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>36</b>
<b>BILAGA 2: BREV TILL RESPONDENTERNA .....</b>	<b>37</b>
<b>BILAGA 3: BREV MED INFORMATION TILL RESPONDENTERNA .....</b>	<b>38</b>

## Inledning

Trötthet, depression, oro, ångest, stress och utbrändhet är vanliga diagnoser vid sjukskrivning.[...] Den betydande ökning av långtidssjukskrivningarna som ägt rum under senare år kan således till stor del tillskrivas stressrelaterad ohälsa. Till detta skall läggas att antalet förtidspensioner också ökar. Kostnaderna för detta är sannlikt större än vad de flesta föreställer sig (Währborg 2002:23).

Med anledning av den situation Währborg (2002) beskriver ovan öppnades i början av februari 2004, Institutet för stressmedicin (ISM) i Göteborg<sup>1</sup>. Uppdragsgivarna är Västra Götalandsregionen och försäkringskassan men även regeringen har bidragit med pengar för detta femårsprojekt. ISM har inriktat sig på tre områden: forskning, utbildning och rehabilitering. Dessutom samarbetar man numera med bl a företagshälsovården i regionen men även med arbetslivet i olika projekt av konsultativt slag som bland annat handlar om bedömning av patienter med stressrelaterad ohälsa. Vid ISM tjänstgör läkare med stressmedicinsk kompetens, sjukgymnast och psykolog.

Under min utbildning vid HTU har jag insett vilken problematik stressen orsakar. Jag valde att studera stress, stressrelaterade sjukdomar och stresshantering mer ingående under de valfria poängen utbildningen erbjuder. I höstas tog jag därför kontakt med ISM och sökte då lämpligt ämne, som inkluderade stress, för en C-uppsats. Efter möte med Agneta Lindegård-Andersson, sjukgymnast och Thomas Ljung, forskningschef hittade vi en ingång som var givande för oss alla. Jag skulle få titta lite närmare på ett rehabiliteringsprogram som man använder sig av på ISM där patienten förutom mer traditionell behandling av utmattningssyndrom även ordinerar fysisk aktivitet. Med traditionell behandling menar jag möte med läkare, eventuell medicinering (antidepressiva), möjligen en utredning kring bakomliggande orsaker och med begränsad möjlighet att erbjuda t.ex. individuell- eller grupperapi. ISM skulle således få hjälp att utvärdera sitt program och jag skulle få skriva om stress men även få titta närmare på rehabilitering. Rehabilitering av patienter med utmattningssyndrom är viktigt eftersom deras sjukskrivning ofta blir lång vilket blir kostsamt inte minst i mänskligt lidande.

Läkare på vårdcentraler och företagshälsovården i Göteborg har möjlighet att remittera patienter till ISM då dessa har drabbats av utmattningssyndrom i tidigt skede. Patientens remiss bedöms av en grupp hos ISM som består av läkaren, psykologen och sjukgymnasten. Ett kriterium är att patienten inte ska ha varit sjukskriven längre än sex månader<sup>2</sup>. Hos ISM träffar patienten läkaren som gör ytterligare en bedömning. Därefter, om så anses behövas, träffar patienten psykologen och/eller sjukgymnasten. Utifrån det första bedömningsmötet, journalen och läkarens utlåtande kommer sjukgymnasten att rekommendera fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Patienterna motiveras och rekommenderas att utföra någon form av fysisk aktivitet, gärna på egen hand, vid de personliga mötena med läkaren men även genom en föreläsning vilken sjukgymnasten håller i. Sjukgymnasten beskriver vad som händer i kroppen när vi tränar och vilka vinster som finns att hämta från fysisk aktivitet. Hon lär patienterna att och hur den fysiska aktiviteten kan hjälpa dem att återhämta sig snabbare.

De som anser sig behöva stöd i sin träning kan få möjlighet att delta i en gruppverksamhet med fysisk aktivitet, två gånger i veckan. De patienter som av olika anledningar inte vill eller anser sig kunna delta kan komma att erbjudas chans senare.

---

<sup>1</sup> Se ISM hemsida: [www.stressmedicin.com](http://www.stressmedicin.com).

<sup>2</sup> På hemsidan står att man endast har möjlighet att ta emot dem som inte varit sjukskrivna längre än sex månader, man förklarar inte varför.

Den fysiska aktiviteten sker som redan sagts två gånger i veckan i en grupp om fem personer (vilket beror på lokalerna hos ISM) där man utför gymövningar en dag och har stavgång den andra. Efter träningen sitter man och samtalar över en kopp kaffe. Det är viktigt att närvara i största möjliga mån, menar ISM. Som patient ingår man i gruppen under en termin (ca 22 veckor). Nu arbetar man på ISM med att finna "utslussningsverksamheter" för dem som har avslutat sin termin. Det betyder att man försöker finna kontaktpersoner på gym ute i stadsdelarna som kan "ta över". Den grupp (grupp A) som blev klar i december 2004 har själva bildat ett nätverk för att träffas även i fortsättningen.

De som väljer att träna på egen hand rekommenderas att göra något som de tycker är roligt, men ha som grund att alltid gå 40 minuter per dag så att de precis blir något svettiga. En del behöver pushas på medan andra behöver dämpas.

ISM:s mål med hela rehabiliteringen är givetvis att få patienterna friska igen. Men ett sådant mål för själva träningsprogrammet är inte relevant. Det är nämligen inte ovanligt att en rehabilitering av patienter med utmattningssyndrom kan ta upp till två år, träningen pågår under ca 22 veckor. Ofta krävs arbetsträning med deltidssjukskrivning under lång tid så, att patienten kan "lära sig" att arbeta och förhålla sig till sitt arbete på ett mer hälsosamt sätt. Många kanske inte kommer att kunna återgå till sina gamla arbetsplatser utan måste finna andra vägar och utmaningar. ISM försöker få patienterna att kunna fungera i sin vardag under sjukskrivning. Målet för den fysiska aktiviteten är en aning vag. Genom den fysiska aktiviteten kan man få kroppen att regenerera (återbilda) och läka sig själv och dessutom ökar endorfinutsöndringen i kroppen vilket ger både en lugnande och stämningshöjande effekt.

ISM har givetvis olika mål för de olika områdena, men generellt kan man säga, att målen är att finna och forska fram dels hur man kan förhindra nyinsjuknande, dels hur man på bästa sätt tar hand om dem som blivit sjuka. Efterhand som nya kunskaper kommer fram görs givetvis justeringar för att ge bästa möjliga vård till patienterna. T.ex. håller psykologen på att utforma ett sätt att arbeta med kognitiv beteendeterapi i grupp. Idag gör hon främst bedömningar av patienterna och ser till att de som behöver terapi får kontakt med lämpligt terapeut i hennes nätverk.

Det finns flera sätt att göra effektstudier på. ISM försöker forska fram "biomarkörer"<sup>3</sup> som är tillförlitliga för att kunna mäta en persons stressnivå. Det finns en mängd standardiserade frågeformulär man kan använda istället för t.ex. blodprover. I avsaknad av "biomarkörer" krävs således andra mått och den här uppsatsen är ett försök att tyda en del av resultaten av rehabiliteringsprogrammet. Genom intervjuer hoppas jag få ta del av de processer, tankar och upplevelser några av patienterna har haft om sitt behandlingsprogram och om rehabilitering mer generellt.

ISM och jag ville få en bättre bild av hur det är att få och genomgå den här typen av behandlingsmetod. Givetvis kommer jag inte att kunna presentera några generaliserbara svar. Men jag är övertygad om, att de berättelser om upplevelsen som jag kommer få ta del av, kommer att hjälpa åtminstone mig själv (och förhoppningsvis andra) vid möten med människor som tyvärr med största sannolikhet kommer att ha liknande behov. Förhoppningsvis kan även ISM dra nytta av kunskaperna för att bli ännu bättre och effektivare rehabilitatörer. Kanske kan uppsatsen bli en förstudie för vilka faktorer man kan titta på ur ett större perspektiv för att finna effektiva behandlingsformer. En sådan insikt skulle självfallet kunna ge stora vinster eftersom det är viktigt att sätta in god rehabilitering i rätt tid för att få största möjliga effekt.

---

<sup>3</sup> En biomarkör är något som är mätbart, t ex hormonhalter i blodet, blodtryck mm.



Vad händer med en människa när man remitteras till ett forskningsinstitut? Hur känns det när man kliver innanför dess dörrar och hur upplever man det att få behandlingsformen fysisk aktivitet? Hur har patientens omgivning reagerat? Hur kändes det första gången man deltog i aktiviteterna? Hur har det känts under programmets gång? Finns där något man har saknat eller skulle ha velat ha annorlunda? Vad behöver man för hjälp i framtiden? Har rehabiliteringen hjälpt dem och i så fall hur? Tänk så spännande att få reflektera tillsammans med patienten! Är det själva aktiviteten, att man möts i grupp, den underbara skogens inverkan, att man helt enkelt gör någonting annat än att arbeta eller är det ledarna, läkarna och psykologerna och känslan av att vara sedd?

## Syfte och frågeställningar

Jag har sammanfattat min nyfikenhet till ett syfte för uppsatsen vilket då blir att försöka få en bild av:

- Hur upplevde patienten att bli ordinerad och genomgå en annorlunda behandlingsmetod (fysisk aktivitet)?
- Har patienten upplevt att metoden har givit några effekter och i så fall vilka?
- Varför tror patienten i så fall att metoden har givit resultat?
- Har metoden (faktiskt) haft någon effekt? Vilka resultat har den i så fall haft?
- Vilka faktorer i behandlingen har i så fall gjort att den har haft dessa resultat?
- Vad är patienten nöjd med och vad är man inte nöjd med vad gäller rehabiliteringen?

En annan fråga som väcktes, när jag var hos ISM, är om det är moraliskt acceptabelt att bedriva rehabiliterande verksamhet inom ett forskningsinstitut, vilket jag också, till viss del, kommer att diskutera.

## Teoretisk bakgrund

### Vad är stress?

Det fina med människan är att hon kan reagera på stressorer och faror på ett adekvat sätt, annars skulle hon inte överleva. Men idag lever vi inte som grottmänniskor eller jagar på savannen, vilket gör att vår stresskänslighet nu ligger oss i fatet, eftersom samma system som drar igång när vi möter något som vi tolkar som hotfullt (ett lejon till exempel) även sätts igång av oro och imaginära hot (så som restskatt eller en betalningsanmärkning). Stressen kan då bli sjuklig om hotet inte bekräftas och kroppen därmed inte får återgå till sitt tidigare mer avslappnade tillstånd (Sapolsky 2003). Vi blir stressade av det vi upplever som hot eller fara och där vi känner att vi saknar resurser för att kunna hantera situationen. En stor del av stressen utlöses alltså av att vi känner att vi inte räcker till eller klarar av det vi utsätts för. Det kan således vara vår tolkning av situationen som gör att vi blir stressade eller inte (Folkman & Lazarus 1988). Sapolsky (2003) menar att en stressreaktion är en kortsiktig lösning och ett ganska ineffektivt energislöseri för att kunna hantera en akut situation och om ”man upplever varje dag som en annalkande katastrof får man förr eller senare betala priset” (ibid:33).

När man talar om en sådan långtgående, sjukdomsframbringande, stress talar man också ofta om den totala stressbördan. Många stressorer på en gång, under lång tid, är ofta svåra att identifiera och kan vara så ofta återkommande och intensiva att vi har svårt att mäkta med. Idag har människor många fler val och ett betydligt större utbud av aktiviteter, nöjen, TV, internet mm. Mobiltelefonen har suddat ut gränsen mellan fritid och arbete och vi har få tillfällen för tystnad, ensamhet och reflektion (Währborg 2002).

Währborg (2002) menar att det finns olika sorters stressreaktioner vilka först kan delas upp i kamp- och flyktreaktionen (den aggressiva) respektive uppgivenhetsreaktionen.

Man brukar dela upp stressen i tre faser vilka man funnit återkommer i ett speciellt mönster. Först går vi in i en kortvarig *alarmfas* där allt stannar av, så att vi kan få en uppfattning av vad det är som drabbar oss. Vi tar ett beslut hur vi ska reagera och går in i *motståndsfasen*, vilket innebär att vi försöker eliminera hotet. Antingen så får vi en aggressiv reaktion eller en uppgivenhetsreaktion. Eftersom hoten och farorna idag oftast är imaginära, i alla fall inte ett farligt lejon, försvinner inte hotet och vår kropp får inte signaler om att återgå till viloläge. Kronisk stress leder oss till *utmattningsfasen* och det är då som stressen blir skadlig för oss och vår kropp (Perski 2003, Währborg 2002).

### **Vad händer i kroppen när vi stressar?**

Den reaktion, det påslag, som sker i kroppen när den upplever stress är relativt komplicerad och mycket är fortfarande okänt (Währborg 2002).

När vi stöter på en fara handlar det om att överleva. Det betyder att kroppen måste mobilisera sig för att antingen försvara sig, springa därifrån eller spela död (ge upp). Kroppen har ett autonomt (självgående) nervsystem som vid normal belastning (stress) håller balansen mellan påslag och vila. Det autonoma nervsystemet är uppdelat i två – ett sympatiskt (kraftansamlande och förbrännande) och ett parasympatiskt (uppbyggande) (ibid).

Den del av det autonoma nervsystemet som går igång vid kamp- och flyktreaktionen är således ett påslagssystem, som kallas sympatiska nervsystemet. Det ser till att pupillen vidgas så att vi ser klarare och bättre och hjärtat slår snabbare för att kunna förse musklerna med syre och bränsle. Då ökar också kroppstemperaturen vilket får oss att svettas. Kroppen agerar funktionellt och lägger all energi på att rädda sig. Det betyder att de uppbyggande funktionerna avstannar liksom matsmältning och salivutsöndringen. Levern utsöndrar mer socker vilket ger musklerna energi. Däremot hämmas blodtillförseln till händer och fötter för att minska förblödningsrisk (om vi skulle bli skadade i kampen). Därför koagulerar blodet också lättare. När pulsen ökar kan vi se en rodnad i ansikte och på halsen och vi får en snabbare och ytligare andhämtning (ibid).

Det är det parasympatiska systemet som agerar broms vid stress men är också påkopplat när vi upplever en fara väldigt akut och vi får en skendödsreaktion. Denna del av det autonoma nervsystemet ser till att vi har en effektiv resursåtgång, men ser även till att få ut överflödigt, d. v. s. förbränt material, ur kroppen samt reparera och förnya vävnader i kroppen. Signalsubstansen som hjälper det parasympatiska systemet att utföra sina uppgifter kallas för acetylkolin, men systemet producerar även hormoner som just får kroppen att återbilda och reparera sig och ta tillvara på kroppens resurser. Insulinet är ett av dessa hormoner och det ser till att kroppen tar hand om socker, testosteron och östrogen, oxytocin<sup>4</sup>, immunstärkande- och tillväxthormoner (Perski 2003).

Stressreaktionen startar i hjärnan. Det centrum i hjärnan som verkar styra framför allt känsloreaktioner från hot och rädsla, kallas för amygdala. Amygdala tar ständigt emot signaler utifrån och processar dem för att kunna urskilja om det är något som vi tidigare upplevt som farligt. Förenklat kan man säga att amygdala samordnar utomkroppsliga händelser (t.ex. smärta via sinnesorganen) och inomkroppsliga reaktioner (t.ex. känslor och tankar) och är därmed en oerhört central aktör i hjärna som verkar "lyssna" av det mesta som sker i kroppen (Währborg 2002). Det amygdala "upplever" lagras sedan i hippocampus. En människa utan hippocampus kan inte skaffa sig nya minnen. Hippocampus reglerar förutom minnet även inlärning och sinnesstämningar. Amygdala och hippocampus är s.k. avkännare för hormonet kortisol och när kortisolhalterna ökar i kroppen minskar hippocampus sin produktion av signalsubstanser, vilket i slutändan innebär att kortisolproduktionen minskar.

---

<sup>4</sup> Oxytocin frisätts vid beröring och anses ha läkande effekt.

Hippokampus känner även av och reglerar sköldkörtelhormoner, könshormoner och stresshormonerna noradrenalin och adrenalin. Kortisolet produceras i binjurebarken som en reaktion av en kopplingskedja som går från amygdala, hypotalamus och hypofysen (Perski 2003). Denna "kedja" går under namnet HPA-axeln, hypotalamus-hypofys (Pituitary gland)-binjurebarken(Adrenal cortex) och får en störd funktion vid upprepad stressaktivering vilket ger en överproduktion av kortisol (Währborg 2002). Denna ständiga kortisolutsöndring ger effekter på amygdala och hippocampus vilka lätt skadas och härifrån går det att koppla många av de problem stresspatienter upplever (Perski 2003).

## **Sjukdom och stress**

Tidiga stressvarningar av kognitiv (tankemässig) art kan vara att man inte minns saker eller har svårt att koncentrera sig, men även svårt att ta in flera intryck på en gång. Man kan även uppleva ljus och ljud som störande. Mer fysiska symptom är ju främst enorm trötthet trots rejäl vila. Ofta drabbas man av rubbad sömn och svårigheter att somna. Musklerna är spända och man upplever smärtor i dem på grund av det. Det är också vanligt att magen reagerar med sura uppstötningar (och senare katarr eller sår) och att man får oregelbunden avföring (hård respektive lös) (Perski 2002, Perski 2003). Ofta känner vi oss irriterade eller oroliga, men vi kan även känna oss nedstämda och ledsna (Perski 2003).

Kroppens "stresssystem" är väl avpassat, men vid långvarig stress kan det komma ur fas och istället överproducera stresshormoner och få störningar i kroppens återkopplingsfunktioner. Detta påverkar oss både beteendemässigt och fysiologiskt (Börjesson & Jonsdottir 2004).

Psykisk ohälsa är den näst största orsaken till sjukskrivning. Det är fortfarande sjukdomar i rörelseorganen som ger flest sjukskrivningar. Den stora förändringen på senare tid har varit den stora ökningen i sjukfrånvaro p.g.a. psykisk ohälsa samt en stor ökning i längre sjukskrivningsperioder. Vi har också sett en ökning av antalet sjukskrivningar, vilka ses som otydliga, oklara och svårdiagnostiserbara. Orsakerna till sjukskrivningar för problem med rörelseorganen beror oftast på besvär i rygg, nacke, axlar, diskbråck, ledvärk och muskelsmärter. Orsakerna till psykiska besvär beskrivs oftast beroende på depression följt av ångesttillstånd och stressreaktioner. Även oro, ångslan, huvudvärk, sömnbesvär samt missbruk hör till denna grupp (Brülde 2005). Stressforskare menar, att många av de fysiska besvären i den största gruppen av sjukskrivna samt många av de orsaker som ligger till grund för sjukskrivning p.g.a. psykisk ohälsa, går att relatera till stressen (Währborg 2002 och Perski 2003).

När vi utsätts för långvarig stress och får störningar ökar risken att drabbas av fetma, magproblem av olika slag, okänslighet för insulin, överproduktion av insulin, diabetes, depression, förhöjt kolesterol och hjärt- och kärlsjukdomar (Währborg 2002 och Perski 2003).

En vad Perski (2002) kallar för stresskollaps kan utmynna i akut hjärt-kärlsjukdomar eller till och med infarkter eller i form av infektionssjukdomar, muskelskelettal sjukdom, mag-tarmsjukdom eller hudsjukdom. Även psykisk kollaps är vanligt.

Det är inte de kortvariga stressreaktionerna i sig som oftast leder till sjukdomsproblem. De stora hälsoproblemen uppkommer vid långvarig obalans mellan förbrännande och återuppbyggande krafter i organismen (Perski 2003:50).

När vi är utsatta för långvarig stress kan det parasympatiska systemet (bromssystemet) ta över i kroppen och då får vi en ökad uppladdning i kroppen, för att kunna klara av en stor påfrestning, utan att vi förbränner det vi "laddar upp". Detta leder till ett ökat tröstbehov med sug efter mat och godsaker. Man upplever att man har svårt att sluta med destruktiva beteenden såsom hög alkoholkonsumtion, rökning eller för stort kaloriintag (Perski 2003). Det ger ökad risk för metabolt syndrom vilket innebär bukfetma, typ 2-diabetes,

blodförfettning och åderförkalkning (Folkow 2002). Denna typ av reaktion är vanligast vid uppgivenhetsstress (Währborg 2002).

De respondenter vilka vi möter i den här uppsatsen har alla diagnosen utmattningssyndrom, en form av stressrelaterad psykisk ohälsa, varför jag nedan fördjupar mig i denna diagnos.

## **Fysisk aktivitet och stress**

Börjesson och Jonsdottir (2004) tar upp hur bra kroppens organ mår av rörelse. De menar att vårt stillasittande livsstil är farlig för vår hälsa. Inaktivitet ökar risken för diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter och övervikt. Därmed ökar risken för slaganfall och hjärtinfarkt. Den fysiska inaktiviteten, fysiskt, gör kroppen svagare och mindre rustad för ansträngningar och påkänningar, även fysisk och psykisk stress. Därför anser författarna att fysisk aktivitet bör ses som prevention och behandling av stress och stressrelaterade sjukdomar. Det är givetvis värdefullt att eliminera stressorer för människor, men författarna menar att detta kan vara ganska svårt. Det borde vara lättare öka stresståligheten genom att få människor fysiskt aktiva. Det absolut bästa sättet att skydda sig mot stress, är att använda sig av båda strategierna.

Reaktionen i kroppen, stresshormonellt sett, är liknande som vid kortvarig psykisk stress. Adrenalin, noradrenalin och kortisol ökar i blodet. Vid kontinuerlig träning anpassar sig kroppen till pulsökningen, det sänkta kärlmotståndet och det förhöjda blodtrycket<sup>5</sup> och får på sikt lägre blodtryck och minskad vilopuls. Vid psykisk stress ökar kärlmotstånd, pulsen och blodtrycket och som vältränad, är kroppen således bättre rustad för dessa ökningarna och har dessutom lättare för att återgå till normalt viloläge igen. Tester har visat att den tränade blir mindre stressad vid press, d. v. s. får en mindre reaktion i kroppen, än den otränade. Dessutom har den tränade mindre kortisol i blodet (ibid).

Efter träning upplever även utmattade patienter ökat välbefinnande och minskad stress. De störningar som kan uppstå i ämnesomsättningen efter långvarig stress kan ge metabolt syndrom<sup>6</sup>, vilket direkt påverkas positivt av träning. Med andra ord kan man både förebygga stress och behandla stress med fysisk aktivitet (ibid).

Långvarig stress har negativ effekt på kroppens immunförsvar vilket den fysiska aktiviteten kan motverka. Risken för infektioner minskar vid fysisk aktivitet i lagom dos. En lagom mängd aktivitet kan vara en promenad på ca 30 minuter om dagen. Det har visat sig att den fysiska aktiviteten även har hjälpt smärtpatienter, t.ex. fibromyalgipatienter, och patienter med depressiva och ångestsymptom.

Ett bra komplement till konditionsträning är styrketräning. Konditionsträningen har effekter på ämnesomsättningen medan styrketräningen ger styrka och balans och har även visat sig ha positiva effekter på det metabola syndromet. Träning som ligger på 40-70 procent av maximal syreupptagning<sup>7</sup> har lika bra blodtryckssänkande effekt som mer intensiv träning. Det har till och med visat sig att mer elitinriktad träning har sämre eller ingen sänkande effekt på blodtrycket. Styrketräning med låga vikter och många upprepningar, s.k. cirkelträning, har visat sig kunna sänka blodtrycket rejält (ibid).

Slutligen påminner Börjesson och Jonsdottir om att kondition är en färskvara och de positiva effekterna som finns att vinna ur fysisk aktivitet bara uppstår om vi rör på oss regelbundet, ca

---

<sup>5</sup> Vid fysisk ansträngning ökar pulsen och blodtrycket samt att kärlmotståndet sänks. Vid regelbunden träning anpassar sig kroppen.

<sup>6</sup> Metabolt syndrom innebär ökade blodfetter, bukfetma, högt blodtryck och insulinresistens.

<sup>7</sup> Motsvarar en rask promenad eller simtur.

30 minuter per dag. Det är till och med effektivt även om man delar upp träningen under kortare stunder ett par gånger på dagen, bara man kommer upp till ca 3-4 timmar per vecka.

## Utmattningssyndrom

Utbrändhet, utmattningsdepression eller utmattningssyndrom, namnen är många. Utbrändhet kommer från engelskans "burned out" vilken introducerades i slutet av 1960-talet och kom senare att användas av den amerikanska psykologen Christina Maslach i hennes forskning på vårdpersonal och deras stresshanteringsförmåga (Währborg 2002). "Burned out" betyder bland annat urladdat batteri vilket kan laddas upp igen, medan den svenska översättningen, utbränd, inte har samma positiva klang (Socialstyrelsen 2003a). Dessutom användes utbrändhet när det handlade om arbetsrelaterade stressymtom som främst drabbade anställda i människovårdande yrken samt lärare, vilket riskerar en alltför snäv orsaksbild till insjuknande<sup>8</sup>. Diagnosen utmattningsdepression kan vara missvisande, då risken finns att man bara ser sjukdomen som ett psykologiskt fenomen och inte tar hänsyn till det fysiska som är minst lika vanliga (Währborg 2002). För att undvika felvinkling i diagnostiseringen har experter kommit överens om diagnosen "utmattningssyndrom" där sjukdomsorsaken ses som långvarig stress utan någon nödvändig koppling till vare sig arbetet eller privatlivet (Socialstyrelsen 2003a).

## Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

För att underlätta korrekt diagnostisering och för att få en gemensam kategorisering av människor som upplever att de har "gått in i väggen" har Socialstyrelsen sammanställt ett expertunderlag, vilket finns tillgängligt på nätet. ISM följer dessa kriterier och hänvisar till dokumentet på sin hemsida. Här nedan följer de kriterier man där sammanställde för att diagnosen utmattningssyndrom ska kunna ställas. Expertunderlaget säger att när depression (det finns diagnostiseringsverktyg även för det) ännu inte har utvecklats är det korrekt med diagnosen utmattningssyndrom förutsatt att kriterierna nedan är uppfyllda. Om patienten inte drabbats av utmattningssyndrom, depression med utmattningssyndrom eller "renodlad" depression föreslås diagnosen "maladaptiv stressreaktion". När tillståndet uppfyller kriterierna för depression bör man använda diagnosen "egentlig depression med utmattningssyndrom" (utmattningsdepression) (Socialstyrelsen 2003a).

Samtliga kriterier måste vara uppfyllda för att diagnosen "utmattningssyndrom" ska kunna ställas.

- Patienten skall ha haft symtom på utmattning, både fysiskt och psykiskt, under minst två veckor. Denna utmattning skall bero på en eller flera identifierbara stressorer som patienten varit utsatt för under minst sex månader.
- Det skall vara tydligt att patienten saknar psykisk energi. Detta kan ge uttryck i minskad initiativförmåga och driftighet, minskad motståndskraft eller större behov av återhämtning efter psykisk belastning.
- Patienten har haft minst fyra av följande symtom i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
  - Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
  - Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
  - Känslomässig labilitet eller irritabilitet
  - Sömnstörning
  - Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
  - Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.

---

<sup>8</sup> Insjuknandet kan även bero på livssituationen i stort.

- Dessa symtom orsakar stort lidande och/eller försämrad förmåga till arbete, socialt umgänge eller i andra viktiga hänseenden.
- Symtomen går inte att koppla till fysiologiska effekter orsakade av t.ex. medicinering eller missbruk eller av annan sjukdom eller skada (t.ex. diabetes eller infektionssjukdom).
- Om patienten även uppfyller kriterierna för egentlig depression, dystymi eller ångestsyndrom används utmattningssyndrom endast som en tilläggs-specifikation till den diagnosen.

(Socialstyrelsen 2003a)

## **Rehabiliterings- och behandlingsmetoder för patienter som drabbats av utmattningssyndrom**

Till skillnad från vad som ses som en allmänt omfattad åsikt, kan man inte säga att bara för att en rehabiliteringsinsats sker snabbt så har den bästa effekt. Studier visar att någonstans mellan 30 och 60 dagar är lämpliga för igångsättandet av en rehabilitering. Då har man kunnat sälla bort de som inte behöver hjälp och för den behövande har tiden hon varit borta ifrån arbetsplatsen och arbetskollegorna inte varit allt för lång. Kommer åtgärderna in för sent finns risk för kompetensbortfall, tappad motivation samt att arbetsplatsen i sig inte förväntar sig att få sin kollega tillbaka. Det är alltså bättre att vidta andra åtgärder än just yrkesrehabilitering i det tidiga skedet. Dock har det visat sig att kontakter med kollegor och chefer redan ifrån början har underlättat återgång till arbetet (Jeding et al. 1999).

Vad gäller yrkesrehabilitering finns inga generella framgångsrika metoder (t.ex. ger Socialstyrelsen endast rekommendationer) men man har sett att t.ex. fortbildning, generell och yrkesinriktad, har varit lyckosamma liksom arbetsträning på den egna arbetsplatsen. Vad man vet är att de insatser som är mest framgångsrika är de som kostar mest och tar längst tid, vilket ännu inte ställts i förhållande till kostnad för sjukskrivningen (Jeding et al. 1999).

De exempel som jag tar upp här nedan är mer inriktade på att få individen frisk och redo för yrkesrehabilitering.

### **Socialstyrelsens rekommendationer**

Socialstyrelsen (2003a) menar att man har vetenskapliga bevis för sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa. Därför anser de, att det är viktigt att göra kontrollerade och korrekta studier av insatser i arbetslivet. Några har gjorts, men starka bevis saknas, även om positiva effekter är både önskvärda och troliga.

Det pågår forskning överallt i landet och utifrån dessa preliminära resultat samt byggt på tidigare erfarenhet av behandling av liknande sjukdomar ger Socialstyrelsen (2003a) följande *rekommendationer* (utdrag från text):

- Utlösande stressfaktorer identifieras, och en åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten så fort det är möjligt.
- Rådgivning rörande egenvård bör inkludera information om betydelsen av regelbunden fysisk aktivitet och regelbundna mat- och sömnvanor.
- Fokuserad psykoterapi är väsentligt och kan med fördel ges i grupp.
- Vetenskaplig evidens för positiv effekt av antidepressiv läkemedelsbehandling saknas visserligen vid utmattningssyndrom, men sådan behandling kan ändå prövas, särskilt för patienter med framträdande affektiva symtom.
- Patienter med egentlig depression eller dystymi behandlas enligt sedvanliga principer (vilket kan innebära behandling med serotoninupptagshämmare eller andra antidepressiva läkemedel samt psykoterapi).
- Avspänningsträning, sömnträning, stresshantering, och fysisk träning kan vara viktiga delar av ett behandlingsprogram.

- Arbetsinriktad rehabilitering bör sättas igång så fort patienten kommit ur den mest akuta fasen.
- Sjukskrivningens längd måste avpassas individuellt och relateras till situationen på patientens arbetsplats. I vissa fall kan det te sig osannolikt att patienten på grund av exempelvis kroniska konflikter på arbetsplatsen ska kunna gå tillbaka till sitt ursprungliga arbete. I sådana fall bör rehabiliteringen, så snart det är möjligt, inriktas på byte av arbetsuppgifter/arbetsplats. Om arbetssituationen är gynnsam är det sannolikt bättre att patienten håller kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen, t.ex. genom deltidssjukskrivning eller arbetsträning.
- Det är sannolikt inte rationellt att sjukskriva patienter med utmattningssyndrom under längre perioder utan att en arbetsanalys genomförs och en rehabiliteringsplan läggs upp.
- En väl fungerande företagshälsovård är av mycket stor betydelse i rehabiliteringsarbetet.

Socialstyrelsen har dock funnit att ge både individ- och grupp behandlingar av psykologisk art har visat sig framgångsrikt samt att kombinationen av livsstilsrådgivning, rehabiliteringsinsatser med arbetsträning, gärna under en deltidssjukskrivning (t.ex. i kombination med arbetsträning) har visat sig lyckosamma vad gäller att få patienten arbetsförmågen igen.

### **Rekommendationer från IPM/KI, ISM mfl.**

Stressmottagningen vid Institutet för psykosocial medicin (IPM) vid Karolinska Institutet (KI) öppnades år 2000 och har som uppgift att studera stressrelaterade sjukdomars biologi, diagnostik men även rehabilitering av dem. På mottagningen arbetar allmänläkare, psykiater, psykologer, beteendevetare, sjukgymnaster och rehabiliteringsspecialister. Man använder sig även till viss del av österländsk medicin, t.ex. akupunktur, qigong eller meditation (Perski 2004).

Perski (2004) menar att när någon drabbas av ett stressrelaterat sammanbrott kan man tyda tre mer eller mindre tydliga faser ifrån det akuta insjuknandet. I den första fasen krävs att patienten blir väl omhändertagen och att patienten ges stort stöd och tid för samtal. Glise & Björkman (2004) trycker på vikten av läkarens empatiska förmåga. Inom primärvården, menar de, kan problem uppstå på grund av tidsbrist. Det gäller att skapa tillit och trygghet då patienterna ofta känner skuld och skam. Perski (2004) menar att ett en del patienter till och med har behövt hjälp dygnet runt. Det har varit nödvändigt att ta ifrån dem allt arbete både i hemmet och på arbetsplatsen. Det gäller att snabbt skapa en kravlös situation för patienten. Glise & Björkman menar att ofta får man övertyga patienten om detta samt att sjukskrivning är nödvändig, eftersom patienterna ofta helt saknar sjukdomsinsikt. Det är viktigt med täta återbesök.

Den första fasen kan pågå i flera månader. Innan insjuknandet har de flesta upplevt otillräcklighet, överbelastning och lidit av sömnproblem. Många blir till slut deprimerade. Sömnen ses som bland det första att försöka återställa eftersom kroppen återuppbygger sig under främst djupsömnen. Aktuell behandling av depression är antidepressiva preparat och ofta ger man patienterna sömnmedel med så liten tillvänjningsrisk som möjligt. Det är även viktigt att ge sömnrådgivning (Perski 2004). Regelbundna tider för sänggående och uppstigning rekommenderas liksom att patienten varvar ner några timmar före sänggående. Rummet skall vara svalt och mörkt (Glise & Björkman 2004).

I den andra fasen menar Perski (2004) att man skall eftersträva att få psykisk och fysisk balans. Det uppnås genom lättare fysisk aktivitet, sjukgymnastik och avslappningsövningar. På IPM använder man sig även av och rekommenderar akupunktur, qigong och meditation liksom

värme, massage och andra kroppsbehandlingar. Även Glise & Björkman (2004) förespråkar meditations- och avslappningsövningar. Patienten kan även ha behov av att ta hand om de psykiska konsekvenserna den långvariga stressen orsakat och behöva någon form av psykoterapi (Perski 2004). Glise & Björkman menar att det inte räcker med minskad arbetsbelastning, utan patienten kommer ha behov av privat tid och social samvaro för att bli medveten om vad som har hänt och behöver förändras. Beteendeförändringar är svåra och kräver stora resurser. Här har samtalsterapi, ensam eller i grupp, av kognitiv art visat sig ha god effekt.

Den tredje fasen handlar om att komma tillbaka till ett så normalt liv som möjligt. Viktigast under även denna fas är stresshantering. Nu handlar det om att förebygga för att undvika återfall. Ofta behövs mer praktisk hjälp från t.ex. kuratorer, personalchefer, försäkringskassan osv. För Perski (2004:1293) ”innebär en framgångsrik rehabilitering inte bara förändringar i sättet att reagera på påfrestningar utan också signifikanta förändringar i den livs- och arbetssituation som man ska återgå till”. Skulle rehabiliteringen misslyckas under den tredje fasen riskerar patienten att hamna i ett kroniskt sjukdomstillstånd, vilket oftast leder till förtidspensionering. Glise & Björkman (2004) ser som ett senare skede arbetsinriktad rehabilitering som nödvändig. Både ISM och IPM arbetar aktivt med stressförebyggande åtgärder för hela arbetsplatser.

## **Alnarp**

Alnarps rehabiliteringsträdgårdar vänder sig till medicinskt färdigbehandlade patienter som drabbats av utmattningsdepression eller med smärta i nacke och rygg. Målet är återgång till arbete eller studier. Rehabiliteringen pågår under åtta veckor, men kan förlängas. Den består av aktivering, arbetsträning och introduktion i trädgårdsodling. Alnarp är ett samarbete mellan Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU), Karolinska Institutet och Stockholm läns landsting. Det finns sex liknande trädgårdar runt om i Sverige vilka dokumenteras och utvärderas på samma sätt som Alnarp.

Genom att bara vistas i trädgård och natur påverkas människan. Därför har man en trädgård för mental återhämtning. I denna återhämtningsträdgård får patienten tillfälle att både själv och i grupp reflektera över sitt liv. Jämte trädgården finns en park vilken inbjuder till fysisk aktivitet. I terapiträdgården erbjuds meningsfullt trädgårdsarbete. Förutom fysiskt arbete tränas sensoriska och kognitiva funktioner. Det finns även möjlighet att pröva på keramik och bildterapi. Under sin tid på Alnarp tillbringar man mycket tid ute i dagsljus samt får möjlighet att lära känna nya människor i liknande situationer.

(Alnarps Rehabiliteringsträdgårdar)

## **Metod**

### **Metodval**

Ett bra sätt att utvärdera rehabiliteringen på ISM hade varit att genom ett enkätutskick ta reda på patienternas åsikter. Men eftersom de som har medverkat i gruppverksamheten, och avslutat den, på ISM är relativt få vilket och eftersom en enkät ger inte samma uttömmande möjligheter som en djupintervju kan göra, valde jag att göra intervjuer. Intervjuer kan vara fördelaktigt för att få en mer nyanserad dokumentation (Alvesson & Deetz 2000). Det kan också vara fördelaktigt att använda fler än en metod (Ejvegård 1996). Patienterna kontrolleras regelbundet genom att lämna blodprover<sup>9</sup> och möter läkaren som i sin tur kollar av hur de mår. Det hade varit intressant att få jämföra resultat från läkaren och från blodproverna med intervjuresultaten. Sekretessproblematiken skulle kunna ha varit ett hinder, men det främsta

---

<sup>9</sup> Resultat för respondenterna finns ännu inte tillgängligt.



hindret är mina otillräckliga medicinska kunskaper, tiden till förfogande samt utrymmet i den här uppsatsen. Forskning pågår hos ISM där man försöker få fram mätmetoder där man kan tyda en människas stressnivå t.ex. genom hormonnivåer i blodprover. Validiteten i sådana "biomarkörer" är ännu inte fastställd och därför kan jag inte ta med patienternas resultat. Min begränsning har varit att titta på rehabiliteringsprogrammet, d. v. s. träningen i grupp som ett fåtal patienter erbjudits. Det har dock varit svårt att dela upp rehabiliteringen, eftersom patienterna har sett allt de får hos ISM som deras rehabilitering.

Kvalitativa metoder och kvantitativa metoder har båda för- och nackdelar. Kvalitativa metoder handlar oftast om intervjuer av mer eller mindre strukturerat utförande, medan kvantitativa metoder oftast utförs med hjälp av enkäter vars svar kan kvantifieras. Kontentan är att söka den metod som bäst möjliggör för forskaren att nå in i och studera människor på en djupare nivå av förståelse (Bryman 1997).

Förförståelse för projekten inhämtades genom möten, e-mail och telefonsamtal med sjukgymnasten och forskningschefen. Förförståelsen fick bli basen varifrån mina frågor formades. Jag diskuterade dem med forskningschefen, med min handledare, med klasskamrater och vänner. Jag gjorde ett stort "frågebatteri" ur vilket jag skapade tre områden: 1. Själva programmet – effekter och faktorer bakom effekter, 2. ISM – Rollen, forskningsinstitut, 3. Psykosocial del: Gruppen, behov mm. Jag fick tips hos Andersson (2001).

## Urval

Urvalet av patienter gjordes av sjukgymnasten. Det är viktigt att ha i åtanke att de patienter som kommer till ISM först är remitterade av en läkare, sedan väljer ISM (läkaren, psykologen och sjukgymnasten) ut patienter som håller de kriterier man satt upp. Patienten skall ha utmattningssyndrom i tidigt skede och helst inte varit sjukskriven i mer än sex månader. När patienten väl kommer till ISM har sjukgymnasten redan vid första urvalet kunskap om patientens fysiska tillstånd, fått ytterligare information från läkaren och om de båda anser att där inte finns några hinder, så rekommenderas patienten att genast börja med regelbunden fysisk aktivitet utifrån patientens egen förmåga och intresse. Enligt sjukgymnasten kan inte samtliga patienter som kommer till ISM erbjudas träning i grupp p.g.a. localsituationen och för liten personalstyrka. Men de patienter som menar att de absolut inte kommer att träna på egen hand, saknar motivation eller ork, erbjuds att delta i gruppverksamhet.

Sex patienter inbjöds till personlig intervju med mig. Brevet (se bilaga 2 och 3) konstruerades av sjukgymnasten, utan min vetskap och inblandning, och sändes ut. En patient svarade genast nej då denne precis börjat ett nytt jobb. För de övriga fem tillfällena bokades ett rum i ISM lokaler. Två av de intervjuade dök inte upp vid bokad tid. De hade då hört av sig till ISM, men ISM hade tyvärr inte fått fram informationen till mig. På inbjudan fanns bara mitt namn men inte mitt telefonnummer och om förhinder fanns skulle de antingen sända sjukgymnasten ett e-mail eller ringa ISM. Sjukgymnasten har en deltidstjänst, vilket innebar att vissa av de dagar då intervjuerna skulle utföras, var sjukgymnasten inte i lokalerna och kunde då inte läsa sina e-mail. Detta är givetvis något att ta lärdom av i framtiden. De fyra intervjuerna som utfördes hos ISM varade mellan 30 minuter och en timma.

Då den femte personen inte dök upp för intervju och inte gick att få tag på, valde jag att göra en telefonintervju med en sjätte patient, som jag fick namn och telefonnummer till från ISM. Person nummer fem hörde senare av sig (och hade meddelat ISM) då jag valde att även här göra en telefonintervju. Under intervjuerna per telefon gjordes anteckningar under tiden och jag skrev ner dem direkt efter samtalet. Samtalen varade i ca 30-35 minuter.

Vid närmare undersökning, då jag sökte ytterligare personer att intervjua, visade det sig att jag hade pratat med samtliga deltagare, utom den som redan från början tackade nej, som varit aktiva och kommit i stort sett varje vecka. Det betyder att i den första gruppen, grupp A, var de fyra som kom i stort sett varje gång och i den andra gruppen endast två, ibland tre stycken. Med andra ord har inget urval gjorts, utan jag har träffat dem som var aktiva. Innan jag kände till bortfallet i grupperna hade jag blivit informerad av ISM att deltagarna var väldigt positiva till gruppträningen och till viss del kan då bortfallet ses som motsägelsefullt. Tyvärr har jag inte fått träffa dem som hoppat av gruppträningen. Det skulle ha varit oerhört intressant att få veta varför de inte kom på träffarna och vad de hade behövt för att göra det.

Jag frågade i början om det fanns möjlighet att intervjua dem som tränade på egen hand, d. v. s. inte ingick i någon grupp, för att jämföra, men detta ansågs olämpligt eftersom man från ISM:s håll önskade att man kunde erbjuda gruppträning för fler och helt enkelt fick sälla ut dem som man ansåg ha störst behov. Med tanke på att det faktiskt funnits platser i de båda grupperna känns detta resonemang något underligt.

Jag har träffat de mest engagerade av dem som inbjöds att träna i grupp. Jag har inte fått möjlighet att träffa dem som hoppade av grupperna, vilket säkerligen hade kunnat ge oss andra svar. Orsakerna till varför de patienter som valt att inte delta i träningen, trots att de givits plats, hade varit givande att titta närmare på. Här finns dock en etisk diskussion att föra. Att fråga ut dem skulle från deras håll skulle t ex. ha upplevts som pressande eller förnärmande.

Sex personer har således intervjuats varav fyra i ISM:s lokaler och två per telefon. Fyra var kvinnor och två var män. Åldern varierade mellan 38 till 63 år.

## **Problematik, insamling och ställningstaganden**

Patel och Tebelius (1987) menar att vid kvalitativa studier gör forskaren både insamling av data samt analysen av dem. Det blir lätt att tankarna och idéerna står framför själva materialet och det är därför viktigt att ställa sig kritisk till det undersökta materialet. Vad har påverkat själva tolkningen, tas allt med i tolkningen, skulle materialet kunna tolkas på något annat sätt? Det är även viktigt att fundera kring materialets relevans innehållsmässigt.

När intervjuerna väl var genomförda transkriberades de. Dessutom lästes materialet igenom samtidigt som jag lyssnade till banden (vid de fyra inspelade intervjuerna) ytterligare en gång. Telefonintervjuerna lästes igenom och samtidigt kontrollerade jag transkriberingen i förhållande till anteckningarna som gjordes under intervjuernas gång. Som första gallring försökte jag sortera varje intervju efter de frågor som jag ställt i problemformuleringen. Jag kopierade ur varje intervju det som jag tolkade tillhörande en viss problemformulering, läste igenom det som framkommit och tolkade texten på nytt. Varje intervjuperson fick sitt eget typsnitt och färg på sin text vilket gjorde det lätt att se vem som sade vad. Det kan verka som om vissa svar inte hör till respektive rubrik (se nedan under Resultat) men jag har valt att presentera materialet så att det framgår hur respondenterna har svarat. Det kan betyda att någon fråga antingen var för svår, jag hade valt en dålig formulering och/eller att individerna helt enkelt inte funderat i dessa banor.

Frågorna som handlade om effekter och faktorer som låg bakom eventuella effekter var svåra att svara på. Respondenterna hade svårt att urskilja vad som givit vad. Tankarna innan intervjuerna om huruvida träningen hade givit mereffekter så som bättre sömn eller bättre kost kom aldrig till tals, det fanns annat som var viktigare för respondenterna att ta upp. Alvesson & Deetz (2000) menar att intervjuer som är relativt löst strukturerade ger möjligheten för intervjupersonen att mer fritt tala om vad denne anser vara viktigt om det ämne intervjuaren tar upp. Förvisso kan detta förfarande vara tidskrävande men ger en rikare bild än vad t.ex. ett

frågeformulär eller en enkät skulle ge. Kanske hade frågor om eventuella effekter och orsakerna bakom dessa varit mer lämpliga i en enkät, men även här finns risker och problematik inte minst i val av ord, svarsalternativ mm (ibid).

Patel och Tebelius (1987) menar att för att få reda på så mycket som möjligt, så många personliga synpunkter som möjligt, är det viktigt att respondenterna känner att det är meningsfullt att delta i undersökningen. I brevet (se bilaga 2 och 3) som sändes ut till respondenterna tycker jag att sjukgymnasten skapade en sådan meningsfullhet. Min upplevelse under intervjuerna var också att respondenterna ville ge feedback inte bara på det som de upplevde hade varit bra, utan även på sådant som kunde förbättras. Min upplevelse var att de var sanningsenliga och gav uttömmande svar. Det var främst när någon tanke var ny för dem som ”lirkning” var nödvändig. Flera av respondenterna menade att de hade bristande kunskap dels om sin egen sjukdom dels om olika rehabiliteringar som finns, vilket givetvis gör det svårt att ge exempel, tankar och idéer om vad som fattades dem.

Patel och Tebelius (1987) diskuterar även tolkningen av materialet liksom samvetsgrannhet och ärlighet. Då min förförståelse inom stress, stressrelaterade sjukdomar och stresshantering var relativt god hade jag också kommit i kontakt med olika rekommendationer, projekt och rehabiliteringsmodeller. Redan från början var jag positivt inställd till en metod där man hade hälsopromotiva inslag, vilket t.ex. stavgång är för mig. Det betyder att jag ser den fysiska aktiviteten som ett redskap för att stärka patienterna både psykiskt, fysiskt och fysiologiskt. Det är ytterst få som kommer till ISM som bedöms att inte kunna utföra någon form av fysisk aktivitet, vilket för mig betyder, att man har en positiv syn på patienterna och deras förmågor. Ganska snabbt blir man lite starkare och får bättre kondition vilket i sig ger en positiv feedback. Stavgången äger rum i en vacker skog, vilket jag också tror kan ha läkande effekter. Däremot trodde jag att man arbetade mer med den psykiska biten och när jag fick berättat för mig att psykologen kunde skicka patienterna vidare till terapeuter vilka var med i dennes nätverk, utgick jag att det ingick i behandlingen. Det framgick att patienten själv fick betala terapin (vilket kan kosta allt från 600 – 900 kr per timme). Patienterna uttryckte att de inte hade råd med terapin vilken jag tror skulle kunna ha varit en hjälp för dem. Givetvis har den åsikten gjort att jag sökt, hört och tolkat materialet utifrån vad som kan bli bättre. Men jag vet också att det är just det som ISM vill veta, så jag har inte varit rädd utan sökt konstruktiva, väl belagda resonemang kring rehabiliteringen.

Ständigt har jag fått stanna upp och reflektera över min och ISM:s roll i den här uppsatsen. Det har varit viktigt att göra min uppsats och inte bara en renodlad utvärdering. Jag har försökt att vara tydlig med detta till ISM. Vad gäller frågor, upplägg och teorival har ISM:s inblandning inte varit så stor, även vi haft kontinuerlig kontakt. En klar nackdel att göra en utvärdering för någon annan kan vara att man inte kan styra urval och att även den information man får ta del av är ett urval. Men samtidigt har det varit en hjälp i att begränsa arbetet. Genom att utvärdera en rehabiliteringsmetod insåg jag snabbt att det skulle ge mig fördjupade kunskaper om rehabiliteringar, utmattningssyndrom som sjukdom och process, vilket jag hela tiden har varit övertygad om är ”tidens melodi”. Rehabiliteringsbehovet är stort bland långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa och kunskaper inom detta område kommer att behövas. Att stress dessutom låg inom mitt specifika intresseområde gjorde inte uppdraget mindre attraktivt.

## Utvärdering

En bland flera andra slags utvärderingar, ställs i förhållande till målet med verksamheten (Berg & Bjärås 1996). Målet i det här fallet är inte helt klart enligt ISM. Givetvis är det yttersta målet, för patienter som är remitterade till ISM, att få patienten frisk och arbetsför, men om vi *bara* ska titta på programmet med den fysiska aktiviteten blir det målet, enligt

sjukgymnasten, inte realistiskt. Vid förfrågan vad målet med den fysiska aktiviteten är fick jag svaret:

Det yttersta målet med patienterna är ju att få dem arbetsföra, friska och välfungerande medan målet för träningsgrupperna är ju snarare att genom fysisk aktivitet öka det psykiska och fysiska välbefinnandet, återställa reglering av HPA-axeln, öka den noradrenerga funktionen i hjärnan, samt bidra till en ökad sekretion av betaendorfiner som är lugnande och stämningshöjande. (sjukgymnasten)

Det är ett svårsmått mål eftersom man idag saknar s.k. ”biomarkörer” för korrekt mätning.

## Resultat

I denna lilla grupp på sex respondenter tänker jag uttala mig om likheter och olikheter men som sagt utan att för den skull mena att detta är generella ”sanningar”.

### **Hur upplevde patienten att bli ordinerad och genomgå en annorlunda behandlingsmetod (fysisk aktivitet)?**

Vid mina första möten med ISM förstod jag att man ansåg den fysiska aktiviteten som behandlingsmetod var en annorlunda ordination mot vad patienter med utmattningssyndrom får vid andra vårdinrättningar (vårdcentral, företagshälsovård mm). Ingen av respondenterna reagerade på ordinationen ”fysisk aktivitet” utan tog emot den utan att ifrågasätta.

Det kändes lite tryggt att här fanns experter. Förhoppning kan man säga. Man är väl alltid kritisk själv, det är ju inte bara att saker löser sig men man måste pröva vad som finns. Och jag visste inte så mycket annat. Det var bara att pröva...Jag tänkte att det naturligtvis är rätt det hon säger för oavsett om man blir sjuk eller ej så är naturligtvis motion bra på alla sätt.

Ingen i deras omgivning har ifrågasatt behandlingsformen utan snarare sett den som bra.

...jag har goda vänner som är sjuka, precis som jag. Så givetvis jämför vi behandlingar med varandra. Med den behandling som jag har fått här så har de nog tyckt att det hade varit bra om de hade fått det.

Två av respondenterna var vana vid fysisk aktivitet och de blev nog lite förvånade över att den fysiska aktiviteten skulle hjälpa eftersom de redan var aktiva.

...då tänkte jag – men jag rör ju på mig varenda dag! Men då förklarade Kristina (läkaren) att detta och behövdes då fick jag vara snäll och ställa upp på det.

Kunskap om vinsterna av den fysiska aktivitetens effekter på kroppen hjälper till att motivera patienten att träna.

Det som var riktigt bra med ISM var att Kristina (läkaren) var med på mötet med arbetsgivaren där hon förklarade den fysiska aktivitetens inverkan på kroppen...för det blev så tydligt. Jag blev rekommenderad att köra med motion som höjer pulsen något. Jag cyklar, går stavgång, simmar och styrketränar.

Samtliga respondenter har någon gång i livet varit fysisk aktiva. De kan ha hållit på med aerobics i yngre år men sedan inte funnit någonting att ersätta det med. Dessutom uttrycker de att de har prioriterat annat i livet.

Jag tänkte att det var precis vad jag behöver. Men när Agneta (sjukgymnasten) sa det där med styrketräning, då tänkte jag ”hjälp” det har jag aldrig hållit på med. Jag har inte ansett att jag har haft tid och inte trott att det är roligt.

En annan respondent uttryckte detta så här:

Jag har inte haft tid för dessa promenader utan har puttat bort det behovet och jobbat istället.

Sammanfattningsvis menar alltså samtliga respondenter att de inte blev förvånade över sin rehabiliteringsform. De kände alla att den var rätt och ingen i deras omgivning har ifrågasatt den. Att röra på sig visste man var bra, möjligen var det nytt för dem att den fysiska aktiviteten fungerar som behandling av patienter med stressproblematik. Flera har känt att det har varit en god chans att få komma igång igen med något som de vet är bra för dem och som gör att de mår bättre. Informationen från framför allt läkaren men även sjukgymnasten har varit värdefull för att kunna motivera sig själv och t.ex. arbetsgivare om varför det är viktigt att patienten under rehabiliteringen avsätter tid för regelbunden och något pulshöjande träning.

### **Har patienten upplevt att metoden har givit någon effekt och i så fall vilka?**

Samtliga respondenter har upplevt att det känns skönt efter träningen. Några uttalar att de får mer kraft och kan tänka klarare efteråt.

Jag känner mig piggare och fungerar bättre när jag är ute och går. Jag funderar då och som någon har sagt blir stora problem små när man varit ute och gått en stund.

En av de intervjuade sa så här:

...kortsiktigt kan jag ju koppla till träningen att när jag varit och tränat att jag har haft mera kraft en tid efteråt.

Respondenterna var överlag positiva till att träna men där fanns några som inte tyckte det var lika kul.

Det är så jävla tråkigt men det är ganska skönt efteråt Jag är övertygad om att den fysiska aktiviteten har bidragit till att jag mår bättre.

Den här respondenten ville gärna träna men fann ingen glädje eller meningsfullhet i att gå med stavar eller att styrketräna. Den intervjuade efterlyste fler alternativ.

En respondent såg psykiska effekter av träningen och svarade direkt på frågan:

Framför allt kändes det så himla kul att vara i grupp. Vi kunde skratta och det hade jag inte gjort på länge. Det är toppen att man är några stycken i gruppen...Jag tycker jag har försummat så mycket och så tyckte jag att det var roligt ...Det känns tomt när jag inte gör det... Man blir nog lite piggare. Jag har hela tiden tänkt att det här är nog bra.

Tre av respondenterna hade ändå svårt att skilja ut effekter som endast härrörde den fysiska aktiviteten. De menade på att det är svårt att veta *vad* som givit effekt. Tiden ifrån arbetsplatsen, en möjlighet att få reflektera, eventuell medicinering, samtal, en grupp att gå till och stöd från nära och kära kan ha spelat minst lika stor roll i läkeprocessen.

...den fysiska träningen är inte oviktig. Men jag ska säga, det blir som plåster på såren. Symtomlindring... Det är dock värdefullt för alla oavsett... Den lilla

träningen man har gjort har givit resultat... Ja, bättre kondition... Beror det på den fysiska aktiviteten eller om det är att man går hit det vet jag inte.

En annan svarade:

Jag vet inte. Jag vet inte om det är det att det gått en viss period och jag har bearbetat det. Så det vet jag ju egentligen inte. Vad som är vad.

Att styrketräna var nytt för flera av respondenterna och några hade känt att de fått upp sin styrka vilket i kombination med en bättre kondition upplevts som upplyftande och positivt.

Men den här gymdelen den var häftig för då upptäckte man att man kanske hade lite muskler och få dem ändå mer i motion. Det är jättefantastiskt... ..jag får mycket mindre ont...I skuldror och nacke...

Sammanfattningsvis har patienterna upplevt att träningen resulterat i bättre flås och viss ökad styrka. Några har även uttryckt att de mår bättre efter träningen, att de tänker bättre och att det känns skönt. Men de har även uppskattat att ha ett ställe att gå till, möta en grupp där man får prata av sig. De har också uppskattat möjligheten att få pröva på framför allt styrketräningen.

### **Varför tror patienten i så fall att metoden har givit resultat?**

Som tidigare nämnts ser patienterna flera orsaker till att de mår bättre. För samtliga har uttryckt att de känner sig något starkare. Visst kommer det dalar då och då men de kommer mer sällan och är inte lika djupa som förr. De har också lärt sig att bättre känna igen när ”anfällen” är på gång och har olika strategier för att hantera detta. Nedan försöker jag ändå sammanställa vissa punkter påtalats av från flera respondenter och som verkar ha spelat stor roll för dem.

Att ha en tid att passa, att behöva gå upp och göra någonting har upplevts som främjande eftersom det kan vara svårt att motivera sig annars.

Man måste ha viss press på sig. Men även om man råkar ut för det här utmattningssyndromet så behöver man viss press på sig. Jag tror det har varit det mest lyckade de har gjort här. Det viktiga är dock att vara här en viss dag och vid ett visst klockslag. Och lyckas man med det så är mycket vunnet.

Det har känts nyttigt på något vis. Både att man är aktiv och att man kommer ut. Både mentalt och fysiskt. Det har varit bra. Sen kanske det inte botar för det är så mycket annat runt omkring men. Det är en god väg.

...jag tror att jag skulle behöva ha någon att gå med tror jag. För att gå iväg och göra det där själv är svårt. Men när tråkighetsstämpeln har lagt sig över det andra så kanske jag kan själv.

Det är svårt att finna en huvudorsak, man ser flera faktorer. En av de intervjuade beskriver det så här:

Det är allt ihop. Som har verkat. Att jag har varit här på gymnastik och stavgång och att jag själv har promenerat och hållit igång och att jag har en arbetsplats som är positiv till att jag kommer tillbaka...Det är viktigt att jag har känt det stödet.

Det finns dock en faktor som samtliga respondenter har tryckt hårt på, och det är att få tala med någon. Samtliga respondenter har funnit någon eller några att ty sig till med sina problem. Det kan vara den äkta partnern, goda vänner, en terapeut och gruppen de tillhört hos

ISM. Grupp A var minst tre personer, oftast fyra varje gång medan grupp B av olika anledningar bara var två, ibland tre personer. Deltagarna i grupp B har saknat fler deltagare.

Sen är det också viktigt, vilket vi också noterade här i början då, att vi hade ett behov av att prata.

...jag tror det har varit rätt så viktigt att man har kunnat sitta ner här och prata om hur de andra har mått. Det är ju förstås lika för alla, men ändå att få höra om de andra problemen... Att få sitta ner efteråt och få lov att i lugn och ro och prata med varandra och få lära känna varandra också inte bara gå in på gympan och gå. Det är bra - det blir kamratstöd av det.

Det är inte bara gruppen hos ISM som varit ett gott samtalsstöd.

...Jag kan inte belasta min man med allt, det blir fel. Men mycket kan jag belasta honom... Men vänner jag kan prata med, det tycker jag är viktigt. De behöver inte ha synpunkter, men de kan lyssna.

Alla intervjupersonerna har funnit sitt egna sätt att hantera sin sjukdom på. Det handlar ofta om att göra någonting kreativt som att arbeta med båten, rensa i trädgården och sjunga i kör. Tre utav de intervjuade menade att de även behövde tid för reflektion, tid då de var ensamma.

... sen behöver jag nog det här när jag promenerar, att få vara ensam, det är jag när jag promenerar. Då kan tankarna mala och man kan få andra perspektiv.

Två av de intervjuade har fått gå till psykolog genom sin företagshälsovård och en har funnit en kurator att gå till. Alla, utom en av de intervjuade, ansåg att det var viktigt för en lyckad rehabilitering att få någon form av samtalsterapi. De kände behov av att prata av sig, lära känna sig själv och förändra det beteende som gjort dem sjuka. Någon kände behov av att stärka sin personlighet, då denne respondent kände att självförtroendet hade fått sig en törn. De som inte gick i terapi hos en psykolog och önskade göra så, ansåg att de inte hade råd. Två personer kände att de inte behövde individuell samtalsterapi. De som fick terapi såg det som en oerhörd hjälp i sin rehabiliteringsprocess.

...Det har nog varit A och O att få sådan hjälp. Det hade aldrig gått annars. Jag får gå så mycket jag vill... Det fanns en på företagshälsovården.

Sammanfattningsvis har det varit svårt att hitta fakta som sticker ut, som gjort att respondenterna mått bättre. Det är en kombination av att inte vara på arbetet, att vara fysiskt aktiv, att prata med vänner, ”proffs”, nära och kära och att vara i en grupp. De har även nämnt att få göra det man tycker om, när man själv vill det, att få vara kreativ samt att få tid för reflektion som avgörande. Ett par av respondenterna har uttryckt att de upplevt det som tryggt att vara kopplade till ISM eftersom de anser att här finns expertkunskap och att det är någon som har dem under kontroll/uppsikt <sup>10</sup>.

### **Vad är man nöjd och *inte* nöjd med vad gäller rehabiliteringen?**

Det finns en enighet om att det man har fått på ISM är bra. Man har blivit vänligt och professionellt bemött. Läkaren har fått stå för trygghet, någon som har koll på ens situation. För några av patienterna är detta första gången de stöter på någon som de anser har kunskap.

Kristina (läkaren) sa till mig klart och tydligt vad jag fick göra och inte. Det behövde jag för jag är så velig nu. Hon satte gränser för mig. Genom mina prover fick jag reda på att jag mådde som jag mådde och det syntes i mina

---

<sup>10</sup>ISM har patienten under uppsikt genom regelbundna möten hos läkaren och via de blodprov patienten lämnar.

resultat. Det var inte konstigt att jag mådde så. Så här gör vi nu, sa Kristina...  
...Det kändes tryggt att hålla det under uppsikt hela tiden.

... med specialistutbildning på våran typ av sjukdom. För jag tror inte att vårdcentralen kommer att kunna hantera det.

Det var bara en av patienterna som är riktigt nöjd med mängden information denne fått. Den nöjde patienten har god kontakt med företagshälsovården, får terapi och har en bra relation till sin arbetsplats vilket kan spela in. Övriga respondenter har känt hopp och förtroende att få komma till experter, men de anser att den information de har fått om sin sjukdom och rehabilitering har varit alltför knapp. All kunskap om sin sjukdom, om sjukdomsförloppet, om knep för att hantera sin vardag och eventuella återfall har efterlysts. En av intervjupersonerna menade att det skulle ge patienten något att hänga upp livet på igen, eftersom livet förmodligen på ett eller annat vis rasat för denne.

Man skall i alla lägen oavsett ge information. Men det har ingen av oss fått.

All information är så viktig för att förstå... Så när man kommer hit så förväntar man sig att få mera hjälp.

Två av de intervjuade är nöjda med ca tjugo veckor av träning i grupp. Båda tränar mycket på egen hand och arbetstränar. Övriga har upplevt tiden alldeles för kort. De har funnit ett forum där de har funnit likasinnade, människor i samma situation, som de känner att de har haft stor nytta av. På grund av sin sjukdom har de inte ork att dra igång något själva och upplever att de inte mäktar med att ta nya kontakter, boka tider för att träffas osv. På ISM fick de den här möjligheten under reglerade former, vilket de som sagt har uppskattat oerhört. Under intervjuerna berättade alla utom en om gruppen och gruppens positiva betydelse för dem, utan att jag som intervjuare behövde fråga om det.

...man träffar andra människor som sitter lite grand i samma situation och det tycker jag har varit väldigt positivt.

Egentligen hade det nog varit ganska smart att åtminstone på ett sätt om det hade fortsatt. Ett förslag är att man fortsätter att ha den här gruppen och att vi själva kanske har en mötestid här. Men kanske att det är någon här som håller i det och som säger att då och då är det, vi börjar klockan sju och så. Vi kanske inte behöver ha någon som går med oss utan vi kanske kan gå själva, bara vi får låna stavar här.

De intervjuade såg även att de kunde dra nytta av gruppen i form av stöd och för att finna en roll där man måste ta ett visst ansvar för gruppen. Det gav sig till uttryck bland annat så här:

För ibland orkar man inte ta ansvar själv... Då blir det så att den dagen du inte orkar, så kommer jag å hämtar dig, det är inga problem. Så kommer man över den här tröskeln och i slutet på dagen så mår man ganska gott. Man får lura sig själv lite grand.

Att gå att träna ensam är inte roligt. Jag känner att jag behöver någon som driver det lite grand. Går den så måste jag gå.

Jag saknade gruppen när jag var sjuk...

Samtliga intervjuade trodde att de skulle få någon form av terapi när de kom till ISM. Samtliga efterlyste gruppverksamheter för utbyte av erfarenheter, en möjlighet att känna igen sig, ett ställe att få stöd, som ändå skulle ledas av någon för att föra gruppen vidare och som skulle kunna ge information och ytterligare kunskap om sjukdomen, behandlingsformer och



tekniker (t.ex. stresshantering). Avsaknaden av någon form av beteendeförändrande, processinriktad rehabilitering har skapat viss misstro och visst missnöje hos patienterna som önskade denna hjälp.

Det var ju skrattretande måste jag ju säga. Läkaren och jag pratade om det för vi kom underfund om att jag hade behov av att prata av mig en hel del. Det finns en psykolog här så läkaren och hon ringde mig. Jag ville boka in tider, men det gick inte, det höll hon inte på med. Men däremot kunde hon slussa ut mig till folk ute på marknaden. Vad kostar det, det går ju inte på frikortet. Det kostar ju 6-800 spellän för en timme. Det har jag inte råd med som sjukskriven.

Jag hade förväntat mig samtalsgrupp som handlade om beteendeförändring. Att få sitta ner och byta erfarenheter få tips och vardagsreflektioner.

Grupp B hade plats för fem men oftast var man bara två, tre stycken. Den gruppen fick inte riktigt lika starka ”band” som grupp A fick där man oftast var fyra deltagare.

Det är toppen att man är några stycken i gruppen. Vår grupp var lite för liten tyvärr. Det är bra med att man möter en grupp här för man orkar inte ta kontakt, skönt att möta människor som är lika.

Träningen har varit oerhört uppskattad. Däremot har flera av de intervjuade berättat att det var svårt när den tog slut. Det kändes för abrupt och de visste inte var de skulle ta vägen.

...vi var en god grupp. Det var väldigt trevligt. Så det var mysigt att komma hit. Det är en annan del som jag saknar för det var så väldigt bra att ha träning på det sättet. . Det var för kort tid. ...men att man kunde skicka människor vidare... För oss blev det mera så här att det här får ni leta upp själv. Det har jag i vart fall inte gjort. Jag hade behövt mycket mer tid med det här att vara i en grupp.

Det skulle behöva fortgå en längre tid och mer övergången ut till verkligheten måste ju vara mera väl genomförd.

Lokalerna har upplevts som något trånga hos ISM. Här finns inget omklädningsrum och eftersom framför allt den första gruppen upplevde ett behov av att prata, fann man ingen plats för detta.

Då har man inte utrymme för det och det betyder att vi var nå´t som katten hade släpat in här när vi då gick till kaffeautomaten. Vi upplevde det som att ”vad har ni här å göra”, det är vår arbetsplats. Det är en känsla som vi har haft ganska länge.

Det finns inget omklädningsrum vilket gör att man inte känner sig välkommen.

Den person som funnit minst glädje av gruppen fann inga gemensamma nämnare med gruppen och hade alltid varit uppbokad innan denne blev sjuk och därför var det nu viktigt att *inte* behöva passa tider utan lära sig att känna efter vad som kändes viktigt att göra för stunden.

Jag har alltid följt rutiner och nu behövde jag känna efter själv vad jag ville göra.

En av de intervjuade har tryckt på att informationen från ISM när gruppdeltagaren har varit borta (t.ex. på grund av förkylning) har varit dålig. Efter ett uppehåll kom patienten tillbaka och då var träningen slut. Det blev en stor besvikelse eftersom patienten hade försökt att meddela sig och hålla kontakten från sitt håll.

På det hela taget är patienterna nöjda eller mycket nöjda med vad de fått av ISM. De vet att de har fått mer än vad de skulle ha fått från t.ex. vårdcentralen. De har funnit stöd i den expertkunskap som finns hos ISM framför allt den information, det stöd, de fått från läkaren. Men samtliga har saknat någon form av gruppverksamhet och fyra av dem har efterlyst grupp- och individuell terapi. Fyra har upplevt att träningen i grupp var alldeles för kort och att de nu inte har någon grupp att ty sig till eller någonstans att ta vägen. De känner att de hade behövt stöd från gruppen att orka motivera sig till träffar och träning. Träning i all ära menar de, men gruppen och det man kan få ut av en grupp är viktigare. Generellt är man besviken att experterna, som man förmodar finns hos ISM, inte delat med sig mer av all sin kunskap. Utbildning, information och kunskapsförmedling har saknats.

Lokalerna är något trånga vilket några av de intervjuade bara nämner i "förbifarten" medan någon har upplevt det något ovälkommande och som att där inte finns plats för patienterna vare sig för att klä om eller för att sitta ner i lugn och ro och få möjlighet till gruppstöd.

### **Tankar om ISM som forskningsinstitut**

Efter mina första besök hos ISM stod det klart att institutet har tre huvudområden varav det ena är rehabilitering, det andra är utbildning och information och det tredje området är forskning. Jag frågade om och hur respondenterna tänkte kring detta och fann att de flesta var positiva till att man forskade om utmattningssyndrom. Intervjupersonerna menade att ju mer man vet, desto mer kan man förebygga och framför allt hjälpa dem som har blivit sjuka. De har upplevt att kunskapen om deras sjukdom är väldigt bristfällig ute i samhället hos arbetsgivaren, försäkringskassan och vårdcentralerna.

...de har alltid varit tydliga med det och jag har inte känt mig forskad på.  
...Företagshälsan kollade för lite.

Deras intention så som jag förstått det är att man skall finna kunskap för hur man lämpligen rehabiliterar. Så att man pratar samma språk och ger samma behandling.

... kan man bidra direkt till forskningen så är det ok. Bara man inte råkar illa ut själv så . Man lämnar ju ut sin identitet så att säga. Under förutsättning att det behandlas väl så är det okej.

Men jag har också funnit en viss skepticism över att man kombinerar forskning och rehabilitering i några av de intervjuades utlåtanden.

Jag tror inte att man är klar över sin position där. Jag tror att det vore bra att man fokuserade på rehabilitering och att forskningen fick gå hand i hand med det. De är beroende av varandra. Har du inga försökskaniner har du inte heller någon att göra forskning på. Dels fick jag lämna en massa blodprov, som man i och för sig inte fick reda på så mycket om... Vilket jag också tycker är felaktigt.

Forskare är kanske lite speciella, jag vet inte. ...Jag tror att i den vevan jag kom in så var det väldigt nytt. Man visste nog inte riktigt vad man ville och vad man kunde. Jag upplevde det som om personalen här har en väldigt bra bakgrund. Däremot har man svårare att dela med sig av den.

En patient menade att det var konstigt att försäkringskassan och Västra Götalandsregionen, ISM:s uppdragsgivare, inte hade givit ISM förtroendet att sjukskriva efter patientens behov. Patienten var medveten om hur lång tid det tar för den här gruppen av sjukskrivna att tillfriskna och menade att det skulle vara lämpligare om läkaren hade fått mandat att

sjukskriva t.ex. ett halvår i taget. Den ständiga oron över huruvida patienten skulle bli fortsatt sjukskriven eller inte hade upplevts som stressande.

I stort sett samtliga intervjuade upplevde själva forskningen som okej även om några ansåg att ISM inte var riktigt klar över hur man ska balansera sina tre ben: forskning, rehabilitering och utbildning. Patienterna hade fått god information och två patienter hade upplevt att läkaren använde sig av blodproverna som ett stöd till patientens uttalade tillstånd. Patienten mådde dåligt vilket även blodprovet kunde visa. Med andra ord upplevde de flesta att det var skönt att vara ”under kontroll”, något som vårdcentralen inte klarat av. Däremot har ett par av de intervjuade sagt, mellan raderna, att de upplever ISM:s huvudsyssla som forskning och att rehabiliteringen är en del av forskningen och inte tvärt om. Patienterna har accepterat detta eftersom de ändå har insett att de får mer hjälp här än någon annanstans.

En patient tyckte att ISM som expertorgan i Västra Götalandsregionen skulle få mandat att sjukskriva patienter under längre perioder, för att ta bort den stress det nuvarande förfarandet har på patienten. Nu sjukskrivs patienten kortare perioder i taget, vilket innebär oro för denne, huruvida sjukskrivningen kommer att fortlöpa eller om patienten måste återgå till sitt arbete eller finna ett nytt.

## **Respondenternas nuvarande arbetssituation**

Ingen av respondenterna har till fullo återgått till sin tjänst. Två av dem arbetstränar och har ett gott samarbete med sina arbetsgivare. De som har riktigt dålig relation till sin arbetsgivare svarar något mer pessimistiskt och har inte tillfrisknat på samma sätt. Men det betyder inte att arbetsgivarens agerande som förhindrar tillfrisknande, utan det kan ju helt enkelt vara så att dessa två respondenter helt enkelt drabbades hårdare av sin sjukdom eller har en svårare form av utmattningssyndrom än de andra respondenterna. Orsakerna är förmodligen flera.

Min arbetsgivare har ingen kontakt med mig och jag tror han skiter i mig totalt.

Det är totalt tre av respondenterna som inte har en arbetsplats att återvända till och en fjärde som behöver få en möjlighet att arbetsträna på sin nuvarande arbetsplats trots dålig relation med denna. De fyra respondenterna är de som tydligast uttalat behov av och tacksamheten för en grupp att ty sig till. Två av respondenterna har uttryckt att de har haft ett behov av stöd vid förhandlingar med arbetsgivaren. Flera av respondenterna har uttryckt att de upplever företagshälsovården som företagets förlängda arm och att de därmed inte känt förtroende för dem.

Två av dem har fått tillgång till Arbetslivstjänster och Medborgarservice genom försäkringskassan där de får möjlighet att söka jobb och praktikplatser samt möjlighet att utveckla färdigheter samt finna nya för att hitta någonting annat lämpligare att sysselsätta sig med. Med lämpligare menas de arbetsuppgifter som de idag skulle klara av.

Jag kan inte göra det jag gjorde för huvudet hänger inte med på samma sätt längre.

...dessutom är det fortfarande så att av lite stress bara så kopplar min hjärna av.

De patienter som hade en god relation med sin arbetsplats, upplevde jag såg mer positivt på livet som helhet. De hade uppsatta mål som de försökte nå. De som inte hade någon kontakt med sin arbetsgivare och som var tvungna att finna ett nytt arbete, hade på egen hand, försökt få hjälp med detta. Detta hade de upplevt som oerhört tufft och jobbigt. De var dock positiva till hjälp från t.ex. Arbetslivstjänster och Medborgarcentrum.

## Drömrehabilitering och andra tankar

Om där inte fanns några som helst begränsningar förutom att det skulle vara relevant för tillfrisknande, vilken form av rehabilitering hade du velat ha då. Information nämndes igen som viktigt.

Det är något som jag tycker vi saknar. Det kan vara för andra också än de som drabbats av utmattningssyndrom. Där man kan få tips och råd vart man ska vända sig. Jag är övertygad om att det finns mer hjälp att få, men att olika instanser håller inne med det de vet. De sparar på tipsen... olika informationscentraler både vad det gäller behandlingar, försäkringskassan, aktiviteter, rehab av olika slag. Både fysiska och mentala aktiviteter. Det är så mycket. Det skulle bespara många människor lidande.

Men patienterna har även önskat föreläsningar och prova-på-aktiviteter. En intervjuperson var övertygad om att ett torp och möjligheten att få vara bara där hade räckt. Trädgårdsarbete har nämnts av flera patienter som en positiv sysselsättning. En patient menade att golf var toppen eftersom det innebar långa promenader med avbrott för korta stunder av koncentration. Andra hobbies där man skapar har betytt mycket för patienterna och några av dem skulle gärna vilja gå kurser i t.ex. akvarellmålning, körsång eller keramik.

De flesta har dock poängterat vikten av att ha en samtalsgrupp eller en terapigrupp. De är övertygade om att det är i gruppen som man har möjlighet att få stöd, kunskap och hjälp att komma vidare.

En av de intervjuade menade att varje patient skulle få egen "coachning" vilket skulle innebära att man gick igenom patientens situation och behov och gjorde upp en rehabiliteringsplan för denne. Det är viktigt att ha mål framför sig annars kan det vara lätt att ge upp menade en av dem.

Andra tankar utöver rehabiliteringen men som ändå tangerar den är patientens förhållande till försäkringskassan. Några av patienterna har upplevt att de är okunniga om sin sjukdom och sitt rehabiliteringsbehov. Försäkringskassan är en av ISM:s uppdragsgivare och borde därför ge ISM förtroendet att hålla i rehabiliteringen menade en av de intervjuade. Att ständigt känna sig orolig över huruvida man kommer att bli sjukskriven igen eller inte har varit ett stort orosmoment för flera av patienterna. Det hade varit bättre att få bli sjukskriven en längre tid och då hellre "friskförklarad" tidigare än själva sjukskrivningen.

Om nu de betalande litat på det som tillverkas här så borde man ju få lov att sjukskriva efter behov. Det har varit oerhört stressande. Blir jag sjukskriven längre nu, jag måste ju hitta på något att göra.

## Diskussion

Till resultaten kommer jag nu att koppla tidigare forskning, andra rehabiliteringsmetoder och relevanta teorier för att se respondenternas uttalanden i ett större perspektiv.

### Gruppstöd

Efter intervjuerna stod det klart att behovet av att tillhöra en grupp var stort. Respondenterna kände ett behov av att känna igen sig, få stöd och tips men även utvecklas tillsammans med t.ex. en lärare. De ville ha utbildning vilket skulle ge dem nya saker att diskutera och ta upp i gruppen. Det har varit på tal om att en grupp skulle ha skapats och där ISM skulle använda sig av en kognitiv beteendemetod. Men det finns och fanns ingen grupp för mina respondenter.

"Vi får våra behov av trygghet, bekräftelse, lärande, utveckling och gemenskap tillgodosedda genom de olika grupper vi ingår i" (Olsson 2002:8). En ickefungerande grupp har motsatt

effekt. Att arbeta i grupp gör att deltagarna möter människor, kanske i samma situation, men med andra erfarenheter och kunskaper. Det kan ske ett positivt utbyte av dessa men även möjlighet till en mer mångfacetterad bild av de frågor som behandlas.

Gruppen ger ett stöd i form av att man inte är ensam i sin situation och det kan ge en stärkt identitet och ork till förändring (Olsson 2002). I en grupp skulle patienten få stöd och hjälp att uppmärksamma och förändra sina värderingar och normer.

## Coping

Mina respondenter menar att de har känt sig ensamma i sin sjukdom och att de kunnat förstå vissa orsakssammanhang till sin sjukdom, men inte andra. Genom att så småningom ta upp t.ex. copingstrategier i gruppen skulle patienterna få en chans att ta bort det som går, som stressar dem, och lära sig att hantera det som sker runt omkring dem på ett ”lämpligare” sätt. Respondenterna har önskat mer kunskap om sin sjukdom och de har önskat stöd i en grupp. Det finns forskning som har tittat närmare på människors förmåga att skydda sig mot och hantera det som pressar och stressar dem, man har tittat närmare på deras copingstrategi.

Lazarus & Folkman (1984) beskriver coping som ”tanke- och beteendemässiga ansträngningar vilka ständigt förändras för att klara av specifika yttre och/eller inre krav som bedöms som betungande, tärande eller övermäktiga” (min översättning) (ibid:141). De menar att det är tre faktorer som avgör hur en människa uppfattar en hotande situation. Den första är om det hotande kan ses som en utmaning eller vilka möjligheter som kan finnas bakom det möjliga hotet, den andra faktorn är hotets omfattning och den tredje vilken skada hotet kan vålla.

Coping är en process som pågår inom oss och som förändras över tid och är beroende av situationen. Vi använder oss antingen av känslomässig coping eller mer problemlösande coping. I det första fallet handlar det om hur vi tänker kring det som händer oss medan det senare snarare handlar om att hitta problemet, väga olika lösningar mot varandra för att sedan agera. Coping skall ses som alla ansträngningar som görs för att bemästra stressen oavsett vilka följder dessa ansträngningar ger. Det går inte att döma ut en ansträngning utan att se den i sitt sammanhang. En viss bemästringsstrategi kan på sikt vara negativ, t.ex. förnekelse, men initialt kan den göra så att människan kan komma vidare ur den hotfulla situationen. Coping är dock inte bemästring av eller övertag över den sociala omgivningen för väldigt mycket omkring oss kan inte bemästras. Coping handlar istället om tolerans, minimering samt att försöka strunta i det som inte går att bemästra (ibid). Man har studerat människors copingstrategier och risk för sjukdom, tillfrisknande och livskvalitet och coping ses som samtliga ”insatser” en människa tar till för att hantera något hotande eller svåra tider i livet (Währborg 2002).

Währborg (2002) tar upp socialt stöd som en coping-resurs. Det är uppenbart att de sociala förhållandena påverkar människors hälsa. Relationer som inte fungerar kan ses som indirekt orsak till ohälsa och stress. Med det sociala stödet menas de mer nära relationerna än t.ex. hela arbetsplatsen eller samhället som helhet. Om våra första relationer i livet är goda och kärleksfulla har vi möjlighet att utveckla tillit och trygghet, men även påverkas den relation som barnet grundar till sig själv. Därför skapar vi genom livet olika nätverk för att tillgodose vårt sociala behov. Det sociala stödet, de nära relationerna, kan finnas där, när livet blir tufft och svårt att hantera. Där finns råd att få och möjlighet att finna fler lösningar på problemet. Det sociala stödet har visat sig ha en skyddande effekt. Människor utan socialt stöd löper, enligt studier, betydligt större risk för sjukdom, men risken ökar även för tidig död (Währborg 2002:75). De två patienter som gick regelbundet och träffade en terapeut menade att dessa möten till och med var A och O för deras återhämtning. Den patient som träffade en kurator, gjorde det främst eftersom det fanns ett behov av att få prata av sig. Bara genom att få en

chans att prata igenom vad det är den drabbade har gått igenom, tror jag att den drabbade startar en läkeprocess och en förändringsprocess i sitt tänkande. Patienterna har inte tidigare prioriterat sig själva, tid för sig själva eller att tänka igenom vad de gör mot sig själva.

Därför är jag lika förvånad som intervjupersonerna över att ISM inte har skapat grupper, terapeutiska eller av mer pedagogiskt slag. Genom att skapa grupper kan man på ett effektivt sätt utbilda, skapa ett forum för stöd, ge tid och stöd för reflektion. Reflektion tar tid, att lära känna nya människor och våga öppna sig tar tid. Fyra av respondenterna upplevde att träningen höll på under en för kort period, 20 veckor, och att de sedan mer eller mindre kastades ut i verkligheten utan stöd och successivt intåg. De hade inte hunnit lära känna de andra i gruppen så väl att det nu var naturligt för dem att dra nytta av varandra utanför ISM. De vinningar som respondenterna trodde att de skulle få av en grupp, eller hade fått av den lilla gruppen, är de vinningar som presenteras i flera studier varav jag nämner två här nedan.

## **Problembaserad rehabilitering**

Medin, Bendtsen och Ekberg (2003) har utvärderat ett problembaserat rehabiliteringsprojekt för långtidssjukskrivna<sup>11</sup> kvinnor. Gruppen leddes av två kvinnliga kuratorer och bestod av sju kvinnor. Gruppen träffades under sex månader, först två gånger i veckan i två månader, sedan en gång i veckan i fyra månader. Varje träff varade i ca 2 timmar. Problembaserad rehabilitering (PBR) har som mål att stimulera patienterna till utveckling både av deras person och i kunskap. Man vill att patienten skall få en bättre självbild, få mer positiv attityd och finna strategier för att hantera sin situation. PBR handlar om att patienten uppmuntras att vara aktiv och att ta ansvar för sin egen rehabiliteringsprocess utifrån sin egen situation och förmåga. PBR handlar om förändring. Gruppen sätter upp ett gemensamt mål innan rehabiliteringen startar, vilket är möjligt, eftersom gruppen består av 6-8 personer i liknande situationer. Varje möte börjar med att välja det ämne som skall diskuteras för dagen. Det kan vara en mening eller en bild som får framkalla reaktioner i gruppen. Här följer en brainstorming där tankar, idéer och känslor skrivs ner på tavlan. När brainstormingen är över får gruppen sortera det som kommit upp på tavlan i olika kategorier. Gruppen bestämmer vilken kategori de vill fortsätta med och den valda kategorin får stå som bas för de personliga delmål varje patient sätter upp att klara till nästa gång. Referensramen är således given utifrån patientens egna aktiva medverkan samt tolkning av och associationer till huvudämnet.Handledaren för anteckningar av det som sker och noterar gruppens valda kategori samt varje enskilt delmål. Vid nästa möte börjar man gå igenom hur det har gått med målen. Vilka eventuella hinder och upplevelser har patienten upplevt av sitt delmål? Gruppen stödjer genom att lyssna och ge råd och tips. Efter genomgång av alla delmål väljer gruppen ett nytt ämne vilket det brainstormas till, nya kategorier väljs och nya individuella delmål sätts. Projektet startades av försäkringskassan, vilken valde ut de sju kvinnorna. Gruppens övergripande mål blev att "identifiera orsakerna bakom deras symptom samt att finna sätt att förändra dem" (ibid:910). Patienterna i Medin, Bendtsen och Ekbergs (2003) studie menade bland annat att det var viktigt att få struktur i det dagliga livet och att de hade behov av att träffa andra människor. Även själva PBR metoden lärde dem att strukturera. Patienterna uppskattade de enkla delmålen eftersom de fick ta sig i kragen då de inte var tvingade att göra något, utan fick göra det på sitt sätt i sin takt. Gruppen blev en resurs. Även när en patient misslyckats med ett "uppdrag" kände den stöd från gruppen och blev peppad att försöka igen. Initialt upplevde de metoden som svår men efterhand ansåg de den vara ett bra verktyg för att lära känna varandra och för att släppa spänningar och få människor att prata. De växte med att få ta plats och uppskattade att få lära sig att uttrycka sig och säga sin mening. I gruppen fick de tag i problem, tala om dem och de kände sig trygga i gruppen och skämdes inte. Gång på

---

<sup>11</sup> De led av fibromyalgi, oro, ångest och olika typer av smärta.

gång hade deltagarna menat att de hade påverkats och utvecklats som människor. De hade insett värdet och vikten av kontakten med andra människor. Tre av kvinnorna hade arbeten när uppföljningen gjordes två år senare, en arbetstränade och tre var sjukpensionärer. Inga generaliserbara tolkningar kan göras ur studien, eftersom det handlade om sju personer och en gruppintervju. Det var en fallstudie vilken ville visa på och förklara möjliga hälsofrämjande processvinster i en grupp av kvinnor, vilka ingick i en problembaserad rehabilitering.

## **Behandlingen hos IPM**

På IPM<sup>12</sup> (Perski & Grossi 2004) har man gjort en studie på 80 patienter, sjukskrivna i mer än 90 dagar och med stressrelaterade diagnoser. 74 procent var kvinnor i studien. Den stora gruppen delades upp i en behandlingsgrupp om 40 patienter och en väntelistgrupp om 40 patienter. Behandlingen av dessa patienter innebar, att de under de första 6 veckorna behandlades med stresshantering baserad på kognitiv beteendeterapi. De fick dessutom sjukgymnastik i grupp med avslappningsövningar. Under ytterligare 4,5 månader pågick gruppbehandlingarna och därtill försökte man tillgodose patienternas behov och önskemål. Ofta innebar det att man försökte balansera patientens fysiologiska system med t.ex. hormonbehandling eller kinesisk akupunktur, korttids psykodynamisk psykoterapi för att stödja jaget hos patienten men även insatser för att stärka patienten i dennes sociala- och arbetsliv. Sex månader efter avslutad behandling hölls en uppföljningsträff. Målet med behandlingsformen var att få maximal behandlingseffektivitet genom att tillgodose patienternas olika behov och avpassa ett behandlingspaket för denne. Fokus låg på att få patienterna arbetsföra igen och till sin hjälp hade man en rehabiliteringsspecialist. 29 stycken av väntelistpatienterna hade under det halvår de inväntade IPM-behandlingen deltagit i någon form utanför IPM. Dessa behandlingar kunde vara, förutom antidepressiv medicinering, terapi, stresshantering, akupunktur, akupressur, olika massagebehandlingar, qigong, healing mm. Patienterna fick fylla i olika standardiserade enkäter, vilka hade för avsikt att mäta hur "utbränd" patienten var. Det kan handla om hur de mår psykiskt, hur de är fysiskt (spända) och hur trötta de är. Man försökte även mäta känslan av energilöshet, om patienten upplevde sig mer irriterad och nedstämd. Man undersökte även patienternas sömn, sömnkvalitet, uppvaknande och trötthet. För samtliga grupper, behandlingsgruppen, väntelistgruppen och väntelistgruppen som fått annan behandling, var samtliga värden efter behandlingen bättre, förutom värdet för sömnkvalitet.

Ingen av de patienter som ingick i väntelistgruppen återgick spontant till arbete. Då patienter fått behandling utanför IPM under väntetiden blev mätningen svårare vad gäller IPM-behandlingens effekt, det var svårt att se någon direkt fördel. Däremot blev det tydligt för dem som inte fått någon annan hjälp än sjukskrivning och eventuell antidepressiv behandling, att hjälpen de fick hos IPM var överlägsen för att få ner poängen i utbrändhet. Perski och Grossi (2004) ser tendenser till att passiv sjukskrivning, med eller utan antidepressiva inslag, inte är tillräckligt för att rehabilitera denna typ av patienter. De menar att även den behandlingsblandning de kunde erbjuda patienterna hos IPM var begränsad, men att den ändå kunde ses som framgångsrik. Sex månader efter avslutad behandling var 61 procent av patienterna åter i arbete, i arbetsträning eller planerade för arbetsträning. När programmet började var de endast 19 procent. Nio procent fick till slut sjukpension eller sjukbidrag och det var främst hög ålder som låg bakom sjukpensionerna. 30 procent var fortfarande heltidssjukskrivna vid uppföljningen och det var den uppmätta graden av utbrändhet vid behandlingens början och slut, som var den starkaste orsaken till fortsatt sjukskrivning. Det tar alltså lång tid för svårt drabbade patienter att komma tillbaka. En stor del av framgången i

---

<sup>12</sup> Stiftelsen Stressmottagningen, Institutet för psykosocial medicin, Stockholm. Studien utfördes i samarbete med ITP-försäkring och försäkringsbolaget Alecta.

återgång till arbete lade författarna på rehabiliteringsexpertens insatser som deltagit i möten och planer med arbetsgivare och försäkringskassan. Perski och Grossi (2004) menar att kostnaden för den här typen av rehabilitering är relativt låg. Kostnaden var 45 000 kr/patient vilket motsvarar kostnaden 1,5 månader av heltidssjukskrivning för denna grupp. Resultaten, menar de, visar på att denna typ av behandling och rehabilitering bör erbjudas patienter med stressdiagnoser. De anser att det är märkligt att så inte sker i större utsträckning och att det här är den första studien av detta slag.

Läkaren hos ISM deltog vid ett möte med patienten och dennes arbetsgivare vilket var oerhört uppskattat av patienten. En annan patient som inte fått det stödet, kände att behovet verkligen hade funnits och att företagshälsovården inte gick att använda, eftersom de är företagets förlängda arm. Efter lång tid kom patienten själv på att facket eventuellt skulle kunna vara en resurs. Jag kan bara tänka vad mycket lidande denna patient hade sluppit undan, om det funnits någon med den typen av kunskap och ”tipsgivning” hos ISM.

## Motivation

Respondenterna har varit fysiskt aktiva tidigare i livet och är alla medvetna om, att det är bra att röra på sig. Ändå har två av dem relativt svårt att motivera sig i dagsläget och har periodvis svårt att motivera sig. Fyra av respondenterna, ingen av dem i arbetsträning, uttryckte att det hade varit bra med någon som ordnade träning för dem. Någon uttryckte det som att det var svårt att orka ta sig ut och finna ett gym själv och det var svårt att gå dit själv. De efterlyste träningskompisar. De säger att egentligen är det närvaron av experten, läkaren och att de är utvalda samt gruppen som motiverar dem till träning, inte själva behandlingsmetoden i sig. Varför har de motstånd eller snarare svårt att motivera sig till daglig träning, undrar jag? Kan motståndet bero på ”beroendet” av experten som styr dem, brist på inflytande över rehabiliteringen, dåligt utbud eller bara att de råden inte stämmer överens med patientens vilja och förmåga att förändra sig. Faskunger (2002) menar att det är lätt att skylla på patienten, när den inte gör de föreslagna förändringarna, men att det har visat sig, att motståndet beror på felaktig rådgivningsmodell och för liten hänsyn till patientens förändringsbenägenhet. Det låter som en självklarhet menar han, men det är viktigt att ha i åtanke, att det är vanligast att det är experten som ger råd och det är patienten som ska lyssna. Studier visar att med en mindre utbildning av läkare, ökar deras förmåga att påverka patienter till livsstilsförändringar. Bäst effekt fås dock när programmen pågår under en längre tid (ibid).

Faskunger (2002) tar upp vikten av *hur* ett hälsofrämjande budskap framförs, snarare än vad själva innehållet är i budskapet. Människor vill inte bli undervisade, tillsagda, i vad de ska göra eller inte göra. ”Expertens” bör vara ett bollplank och ett stöd, hjälp till självhjälp. Viktigt här är ändå att ha i åtanke vad Glise och Björkman (2004) skriver i sin artikel om patienter med utmattningssyndrom. Patienterna är tröttare, har försämrade kognitiv- och koncentrationsförmåga samt har svårt att fatta egna beslut. Dessutom saknar de ofta sjukdomsinsikt. Med detta menar jag, att det är viktigt att ”behandlare” av patienter med utmattningssyndrom inbjuder till så stort patientinflytande som möjligt, men där det behövs går in och styr. Om det inte verkar fungera, får behandlaren pröva sig fram och framför allt ge patienten gott om tid och många uppföljningar, vilket också Glise och Björkman förespråkar.

Faskunger (2002) menar att för att en förändringsprocess skall äga rum krävs att patienten förändrar sitt tankesätt, beteende eller känslor. Genom att försöka förändra en patients tanke, handlingsätt och värderingar ökar möjligheten att öka den fysiska aktiviteten hos omotiverade patienter. Han hänvisar till den transteoretiska modellen<sup>13</sup> vilken är en integrering av några av de mest kända teorierna och principerna inom psykoterapi och

---

<sup>13</sup> Han hänvisar till Prochaska & DiClemente 1982, 1983 och Prochaska, DiClemente & Norcross 1992.



psykologi. Modellen ger främst kunskap om hur och när människan förändrar sin livsstil. Modellen menar att människan går som i en trappa från ett förnekelsestadium genom begründande-, förberedelse-, handlings- och slutligen till aktivitetsstadiet. Det är vanligare att en människa får "återfall" och går tillbaka ett steg i trappan, innan de förflyttar sig till nästa steg. När väl personen har hamnat i aktivitetsstadiet är det viktigt, att skapa många olika aktivitetsformer och träningstillfällen som möjligt. Det kan vara att cykla till jobbet, skapa intresse i trädgårdsarbete, vanlig motion och rörelse på arbetet. Under tiden patienten "går i" förändringstrappan behöver denne stöd att sätta upp mål, få inspiration och hjälp att finna rätt träningsform och rätt förändringar, med vilka patienten kan tänka sig att leva med även i fortsättningen.

Patienterna har uppskattat träningen hos ISM. De har till och med upplevt att de mått bra av den och några är igång och tränar regelbundet. De känner av när de inte tränar och kan motivera sig till att träna, eftersom de mår så mycket bättre av träningen. En patient menade att tiden ute på promenadslingan fyllde behovet av egen tid och tid för reflektion. Men samma patient uppskattade även grupppromenaderna i ISM:s regi vilka fyllde en annan funktion. Tre av patienterna upplevde gymdelen som spännande och givande. De hade aldrig tränat i gym tidigare och uppskattade effekterna. De ville gärna fortsätta och kände behov av att få göra det i grupp och med någon de kände. En patient kan inte i dagsläget gå till vilket gym som helst, eftersom denne är för känslig för höga ljud. Hos ISM tränade man utan musik, vilket var viktigt för patienten. ISM har försökt att erbjuda de, förmodligen, bästa sätten att träna för att återställa kroppen igen. Men har man tagit hänsyn till vad patienterna är intresserade av. De patienter, vilka jag inte hade möjlighet att träffa, som tränar hemma på egen hand har inspirerats av både läkaren och sjukgymnasten att pröva sig fram, träna så ofta de kan med något som de själva tycker om. Frågan är om de orkar motivera sig hela vägen med tanke på deras tillstånd. Rehabilitering av patienter med utmattningssyndrom i grupp behöver inte bli så kostsamt har vi sett, så varför inte försöka skapa olika träningsgrupper utefter behov och önskemål. Det borde vara uppdragsgivarnas självklara "order" till ISM att skapa träningsutrymme för fler patienter eftersom det står klart att regelbunden motion eller fysisk aktivitet minst fem dagar i veckan och en halvtimme per dag räcker för att förebygga och i vissa fall till och med bota många sjukdomar.

## **Målen och tidsstrukturens betydelse**

I samtliga projekt och böcker som jag läst som handlar om förändringsarbete och rehabilitering, talar man om hur viktigt det är att sätta upp mål för den drabbade (t ex Ewles & Simnet 1994 och Faskunger 2002). Ingen av respondenterna pratar om mål eller målsättning, förutom de som arbetstränar och en patient understryker att det har saknats i rehabiliteringen.

Ewles och Simnet (1994) menar att när behoven är fastställda, vilket är en förutsättning för att kunna finna det mest lämpliga tillvägagångssättet, måste mål sättas upp. En bra ingång när man skall utföra en plan är just att ta reda på vad man vill uppnå, hur man skall gå tillväga för att uppnå det samt hur planen skall kunna utvärderas. Det gäller att identifiera ett övergripande syfte som sedan preciseras i mål och delmål. Endast då kan man utvärdera, ta lärdom av utvärderingen, justera och ändra för att bättre lyckas tillgodose behoven. Målet definierar vad som skall uppnås, medan delmålen är mycket mer detaljerade och innefattar någon form av tidsbestämning. Dessutom skall delmålen vara utmanande men inte ouppnåeliga. Det är fördelaktigt om delmålen går att mäta i frekvens, kvalitet, tidpunkt eller liknande. Det är också viktigt att målen överensstämmer med de mer övergripande mål och syften som gäller i t.ex. den organisation man befinner sig i. Redan innan planen sätts i verket, kan det vara lämpligt att ha tänkt ut en lämplig utvärderingsmetod. Utvärderingen kan bedöma olika delar av arbetet. Dels kan man bedöma om målen är nådda och dels hur målen uppnåddes, d. v. s. själva processen (Ewles & Simnet 1994). Målet för ISM:s rehabilitering är

givetvis att få patienterna friska och arbetsföra igen. Men målet med den fysiska aktiviteten är mer diffust. Ett lämpligt mål, med den nuvarande utformningen, skulle kunna vara att den skall inspirera och vara en ”pröva-på” aktivitet för patienter som har svårt att komma igång och motivera sig med den viktiga träningen. Men varför skall man begränsa sig så, när man har kompetent personal, lokaler och större visioner. Varför inte erbjuda en mer omfattande rehabilitering?

Det projekt som Medin, Bendtsen och Ekberg (2003) utvärderade, byggde på att deltagarna var aktivt delaktiga och satte upp egna små mål. Deltagarna uppskattade detta förfarande, eftersom det stärkte dem, när de klarat målen och inspirerade dem att pröva det som kändes motigt, inspirerade till förändring och hjälpte dem att få bättre struktur över sin tid.

Rantakeisu (2002) hänvisar till flera av Marie Jahodas<sup>14</sup> arbeten, där Jahoda menar att arbetet bör ses som en betydelsefull social institution för människan. Förvisso studerade hon arbetslöshet och utgick från att den arbetslöses situation är bekymmersam, främst för att den arbetslöse inte arbetar. Jahoda ser flera funktioner med arbetet, dels mer synliga, dels mer otydliga och dolda faktorer. Förutom att arbetet ger oss pengar, ger det även en struktur över tiden då man är vaken, sociala kontakter och erfarenheter utanför den egna familjen, del i de mål och planer som företaget har. Arbetet ger dessutom socialt anseende, en identitet och en regelbundenhet. Jahoda har kritiserats för att romantisera arbetet. Möjligen kan det vara så givande för människor i de mellersta och övre skikten i samhället, men för dem som har det sämst menar kritikerna kan jobbet mer vara ett nödvändigt ont. Samuelsson (2002) tar i sin avhandling upp olika studier där man undersökt vad som ger människor mening. När svarsalternativen till frågan ”Vad ger ditt liv mest mening?” var antingen arbetet eller fritiden så svarade 53 procent fritiden, 38 procent arbetet och trots att det egentligen inte var ett alternativ så hade 8 procent kryssat för båda alternativen. I en senare studie där detta senare alternativ lades till, d. v. s. både arbetet och fritiden, valde hela 75 procent det alternativet (ibid:4).

Förvisso handlar Samuelssons (2002) studier om arbetslösas tillvaro, men här finns intressanta paralleller att dra till de långtidssjukskrivnas situation. Samuelsson fann att arbetslösa generellt har struktur över sin tid, även om de är mindre strukturerade än de som arbetar och studerar. De har rutiner i livet och känner mening i livet. Svagast tidsstruktur och minst upplevd känsla av mening, har de som är långtidsarbetslösa utan skolbarn. Ända upp till hälften av de långtidsarbetslösa går upp vid olika tider, har inga planer eller något inbokat och upplever det svårt att engagera sig i saker. Den grupp av de långtidsarbetslösa som har svagast tidsstruktur och störst svårighet att finna meningsfull sysselsättning är också de, som har det sämst ekonomiskt. Samuelsson menar att ekonomin hindrar denna grupp från att göra saker som de skulle uppleva som meningsfulla. Tiden som blir över för den arbetslöse hanteras ofta med att sova. De som har barn har oftast bättre rutiner, eftersom de kan följa barnets tidsstruktur.

De som planerar sin dag har i större utsträckning fler fritidsaktiviteter än de som tar dagen som den kommer. De som planerar in framför allt kulturaktiviteter och middagar med släkt och vänner, får oftare besök av vänner än dem som tar dagen som den kommer. Det är dock osagt om det är ett aktivt liv som gör att personen planerar sin tid eller om det är planeringen i sig som gör att personen får tid till aktiviteter av olika slag. Det är dock klart, att den som är engagerad och aktiv har större känsla av mening. De mest meningsgivande aktiviteterna är av kulturellt slag, arbete i trädgården eller hobbies av olika slag. Det är oklart, om de som har svårt att få tiden att gå och inte har några intressen, har svårt att få någonting gjort, har en

---

<sup>14</sup> Marie Jahoda är socialpsykolog och en av de första som studerade arbetslöshetens effekter på människan ur ett socialt perspektiv.

svag psykisk hälsa eller om det är understimulansen som ger svag psykisk hälsa eller både och (Samuelsson 2002:195-197).

### **Vill ha mer**

Det finns ett ganska stort missnöje med vården i Sverige (Socialstyrelsen 2003b). Vi ser det på löpsedlar och i dagspressen varje vecka. Det är viktigt att ha med den reflektionen i kommande diskussion.

Respondenterna i den här uppsatsen har olika behov, dels beroende på att de har unika situationer, dels därför att de upplevda behoven skiljer sig. Några av patienterna är på väg tillbaka till sin arbetsgivare och behöver hjälp och stöd med arbetsträning. Andra måste finna nya vägar och två har lyckats få hjälp genom Arbetslivstjänster och Medborgarservice. Det är viktigt att patienterna får information om vad som finns att tillgå i form av utbildning, stöd och hjälp.

Men det är viktigt att inse, att patienter som lider av denna typ av sjukdom har en något annorlunda. Patienter som lider av utmattningssyndrom, med eller utan depression, är tröttare och har svårare att koncentrera sig och minnas. De har svårt att prioritera och fatta beslut och där kan till och med råda suicidrisk, vilket inte till synes är i proportion till övriga symtom (Glise & Björkman, 2004). Det är viktigt att ge rätt stöd i rätt fas av den drabbades sjukdom (Perski 2004). Min känsla är att patienterna uppskattar tydliga rekommendationer och förhållningssätt från framför allt läkaren. Jag anser själv att för vissa patienter är det nödvändigt. Jag anser också, att ISM måste öka möjligheterna för den drabbade att bli mer involverad i sin rehabilitering. Tidigt engagemang tror jag ger motivation.

### **Vill bli sedd**

Respondenterna har beskrivit sina behov som multipla och vitt skilda. Någon vill stärka sin person genom terapi, en annan vill bli lyssnad på, en tredje vill pröva på kreativa aktiviteter och en fjärde söker nytt jobb.

En patient sa det rakt ut, att denne upplevde det som om rehabiliteringspatienterna ”störde” forskarna på deras arbetsplats, tog upp deras fikarum osv. En annan patient menade att hon kände att ISM:s huvuduppgift var forskning och inte rehabilitering, mycket på grund av att det inte ens fanns ett omklädningsrum vilket för patienten betydde, att hon inte var riktigt välkommen. Genom att möta och prata med patienterna, till vilka man ändå har ett beroende, skulle man säkert få en bättre helhetsbild.

Sjöström (1990) anser att när en människa blir så sjuk att hela livet förändras, är det inte ovanligt att denne reagerar med en krisreaktion. Då räcker det inte för vårdpersonal och andra att kunna ”laga” det sjuka, utan även hantera den psykiska reaktion människan genomgår. Det kan i ett sådant läge, när den som ger vård, känner att kunskaperna för att hantera den psykiska reaktionen inte räcker, vara ”rimligt att remittera patienten till psykiatriska specialister för behandling” (Sjöström 1990:11). Det är förunderligt, tycker jag, att man inte använder sig av gruppterapi hos ISM. Det har prövats och utvärderats i flera olika projekt med oerhört positiva resultat. Det skulle säkert vara effektivt att kunna erbjuda patienten olika former av rehabiliteringsåtgärder så att denne fick skapa sitt eget ”rehabiliteringspaket”. Givetvis är det viktigt att reflektera över hur mycket en rehabilitering egentligen får kosta. IPM hade lyckats få sponsorer, vilket säkert gjorde det möjligt för dem, att ha ett så brett utbud och så stor möjlighet att möta den enskildes behov.

För Sjöström (1990) innebär en helhetssyn en flerdimensionell syn på människan. Det är viktigt att arbeta fler- och tvärvetenskapligt inom vården, för att både kunna ge bästa möjliga bemötande och behandling liksom djupaste möjliga förståelse till varför människor blir sjuka.

Med andra ord är det viktigt att förstå människan rent fysiologiskt och kemiskt samt psykologiskt men även som en social varelse i en liten grupp och det sociala samspel som pågår där. Ytterligare en förståelsenivå är den samhällsliga, där det gäller att skapa förståelse, för hur människan påverkas av samhället. Det kan t.ex. handla om att visa för politiker sambandet mellan sjukdom och arbetslöshet eller för arbetsgivare sambandet mellan för höga krav och stressrelaterade sjukdomar. Genom att se människan, inte bara som en biologisk varelse, utan även som en psykologisk, som delaktig i socialpsykologiska och samhällsliga sammanhang, blir ett helhetsperspektiv möjligt (Sjöström 1990).

### **Önskan om terapi**

Vad gäller behandling och stressrehabilitering lägger Lazarus och Folkman (1984) fokus på det psykiska och inte det fysiska. De menar dock, att det beror på att det är där deras kunskap och erfarenhet ligger och underskattar inte fysiska interventioner så som meditation, avslappning, fysisk aktivitet, förändrad kost mm. De menar att här uppstår nya intressanta frågor, t.ex. huruvida utövandet av sådana praktiker kan ge förändrade psykiska eller fysiska reaktionsmönster eller både psykiska och fysiska förändringar. Om en människa kan lära sig hantera stressreaktioner genom t.ex. avslappning, kan det ge en känsla av ökad kontroll, vilket i sin tur kan leda till förändrat förhållningssätt gentemot både omgivningen och sig själv. Genom att äta bättre eller börja röra på sig mera, kan personen få en större känsla av välbefinnande, vilket i sin tur kan få denne att komma ur ett negativt ekorrhjul.

Lazarus och Folkman (1984) anser att stressrehabilitering och behandling i terapiform handlar det om att förstå människan och vad som "triggar" henne, vilka hennes värderingar, mål och åtaganden är och hur hon tycker att de har fungerat hittills. Det är viktigt att skapa en förståelse för hur en människa känner och reagerar i sin sociala omgivning (t.ex. i familjen, på arbetet osv.). Det gäller även att se om problemet ligger hos personen eller i omgivningen. Hur en människa agerar, tänker och känner är svårt att förändra. Vårt handlande, vårt tänkande och våra känslor är beroende av varandra. Förmodligen förändras tänkandet, känslorna och hur vi agerar. För att få till en förändring med hjälp av terapi, vare sig den är individuell eller i grupp, behövs förändringar i vårt tankesätt när vi värderar och uppfattar det vi utsätts för men likaväl hur vi bemästrar det. Det är därför troligt, menar författarna, att man kommer att få större framgång med rehabilitering om man använder sig av flera "angreppssätt" och strategier.

Det verkar som om man hos ISM ändå har en önskan om att starta en grupp, där man arbetar med kognitiv beteendeterapi. Av någon anledning har detta inte skett och genom de många olika exemplen i den här diskussionen, utgår jag från att det framgår, vara både patienternas önskan och många experters rekommendationer när man skall rehabilitera och behandla patienter med stressdiagnoser.

### **Andra önskemål, andra idéer**

Patienterna har velat pröva andra träningsformer. En patient tyckte till och med att gymträningen och stavgången var riktigt tråkig. En annan patient hade nu, mer än ett år efter sjukskrivningsdatum, haft möjlighet via Medborgarcentrum fått lov att pröva olika kreativa aktiviteter så som akvarellmålning och funnit det oerhört "läkande" och stimulerande. Samtliga intervjupersoner höll på med något kreativt under sin sjukskrivning; slipa på båten, sjunga i kör, trädgårdsarbete. Denna sysselsättning var viktig för dem. Jag tänker då om man hade använt sig av en mer problemlösande pedagogik i grupp, hade man kunnat få patienterna att komma igång med sådant som var jobbigt för dem eller inspireras till andra meningsfulla sysslor. Ett sådant pedagogiskt arbetssätt skulle kunna fungera i likhet med det projekt jag tidigare presenterade (Medin, Bendtsen & Ekberg 2003). Beroende på patientens förmåga borde fler meningsfulla sysslor, för patienten, få den att komma närmare möjligheten att

återgå till arbete. Samtliga patienter ville arbeta, även de som inte hade ett arbete att återgå till, ville finna lämplig uppgift någon annanstans.

Lazarus & Folkman (1984) menar att coping inte bara handlar om minimering av stressorer, d. v. s. den yttre situationen, utan även att lära sig att inom sig hantera stressen. En patient tog dock upp minimering av stressorer när denne menade att den ständiga oron över hur länge denne skulle få vara sjukskriven var en stress. Respondenten menade att eftersom ISM hade fått uppdraget att forska och rehabilitera borde de få mandat att sjukskriva sina patienter utifrån den kunskap som finns, d. v. s. att det tar lång tid för patienter med utmattningssyndrom att tillfriskna.

En patient hade önskemål om att få bli behandlad i Alnarps trädgårdar. Det har dock inte varit möjligt. Det finns planer på att starta liknande rehabiliteringar i Botaniska trädgården, vilket i stort sett är granne med ISM och den skog där stavgången äger rum. ISM borde, enligt min mening, arbeta mer aktivt för att ett sådant projekt dras igång, eftersom det redan finns färdiga modeller att arbeta efter och en stor forskning bakom metoden vilken har visat på dess effekt.

### **Metodens effekt, resultat och faktorer bakom resultaten**

Som tidigare nämnts blir sjukskrivningen ofta lång för patient drabbad av utmattningssyndrom. Att då få träna i grupp, på en bestämd dag och tid har visat sig ge både glädje, motivation och tidsstruktur. Genom att förena nytta, träningen, med nöje, gruppdeltagandet, kan den omotiverade patienten få hjälp att komma över sitt motstånd. Det är inte ovanligt att utmattade människor inte vill göra någonting alls.

Viss del av träningen har varit ny för respondenterna, vilket betyder att de faktiskt har lärt sig något nytt. De har också fått känna på vad de klarar av och att de klarar av.

Rent fysiologiskt har de genom träningen börjat bryta ett ”överhettat” stresssystem och bli mer stresståliga. De har fått bättre fysik, främst konditionsmässigt. Bara genom att deras hjärta nu lättare kan förse kroppen med syre, kommer de att känna sig ”piggare”. Träningen har även givit dem sinnesfrid och en möjlighet, främst då de promenerar på egen hand, att reflektera och sortera tankar. Genom sin träning har de också blivit mer kroppsmedvetna, både genom att de faktiskt arbetar med kroppen men också genom information hur allt hänger ihop.

Gruppen har givit dem en trygghet, precis som ISM har gjort. Här finns det människor som förstår mig. Denna trygghet ger lugn och kanske till och med hopp, vilket i sig kan vara stärkande. Dessutom har gruppen varit en social träning eftersom de har svårt att orka ta kontakt med andra människor i samma situation, vilka kan ge tips, tröst och inspiration. I gruppen kan patienten känna sig behövd vilket i sig skapar meningsfullhet och ett välbefinnande.

Det är svårt att urskilja exakt vad som har givit vad eftersom hela patientens liv har förändrats. Det är svårt att jämföra och finna någonting generaliserbart eftersom patienterna haft relativt olika bakgrund, arbetssituation, socialt nätverk, medicinering och tillgång till t.ex. terapi. En sak är dock klar: de vet och känner att den fysiska aktiviteten är bra för dem.

### **Forskningsinstitut som rehabiliterar**

De flesta respondenterna har vid något tillfälle funderat över att man forskar på ISM. Ett par av dem anser att forskningen går före rehabiliteringen, vilket också är min uppfattning. Rehabiliteringen sker i liten skala och i samverkan med forskningen. Det är endast ett fåtal som får tillgång till träningen hos ISM, även om desto fler träffar läkaren och får information av sjukgymnasten.

Patienterna känner sig dock trygga av att vara på expertmark, trots att några av dem upplevt det som att man inte delar med sig av all kunskap som finns i huset. Institutets forskare och personal åker runt och föreläser inom regionen men har glömt "sina egna" patienter. Varför, undrar jag, håller man inte seminarier och föreläsningar av enklare slag för patientgruppen? Mellan raderna kan jag tolka, om det inte är så att patienten själv uttrycker det, att de vet väldigt lite om sin sjukdom och att det gör dem osäkra. De blir osäkra på *vad* de kan begära av sin rehabilitering, om de ens kommer sig för att begära någonting alls. De saknar kunskap om vad som finns att tillgå, vad man vet och vad man inte vet om stress och varför de mår som de mår. "Patienterna blir lugnade av att det finns en förklaring till varför de mår som de gör" skriver Glise och Björkman (2004:1203). Glise är för övrigt överläkare hos ISM. Hon och Björkman fortsätter i sin artikel att trycka på hur viktig informationen är, eftersom patienterna ofta har svårt att se kopplingar mellan stress och sjukdom, men även att det är viktigt med upprepade information, eftersom patienterna ofta har svårt att koncentrera sig längre stunder eller minnas information. Författarna menar också att det är viktigt att informera anhöriga och försöka involvera dem i behandlingen. De skriver också att "många helt saknar sjukdomsinsikt" vilket gör det ännu mer förvånande, att man inte ger mer information och utbildning till sina egna rehabiliteringspatienter. Vid ett möte med sjukgymnasten menade hon att det inte var nödvändigt, utan att det räckte med den information de fick om den fysiska aktivitetens effekter. En patient förstod först efter att åter ha fått höra om effekterna när läkaren informerade dennes arbetsgivare.

Patienterna har blivit remitterade till ISM efter det att de själva uppsökt läkare för vård och hjälp. De har sedan rekommenderats ett frivilligt behandlingsprogram. Men hur frivilligt är det egentligen, när man inte får kunskap om vad som finns? Skau (2001) menar att hur man än gör, så finns det en maktaspekt mellan patienten och hjälparen. Själva hjälporganisationen har två funktioner där den ena innebär offentlig kontroll- och maktorganisation och den andra innebär att man är en hjälpinstans för människor i nöd. Skau anser också att i den stund som man blir klient eller patient sker en stor förändring i ens liv och att hjälparna (vårdarna) ofta glömmer detta. Patienten går från att vara ett subjekt till ett objekt, vilket betyder att man går från att vara den som själv handlar, bedömer och avgör till att bli ett föremål som skall diagnostiseras, ges terapi, behandlas mm. Ytterligare en stor förändring för den som blir patient är att experter ibland anser sig ha rätt att blanda sig i patientens privata liv. Som patient möter man också en generalisering när man ges en diagnos. "Tillstånd eller fenomen blir därmed inte bara sjukförklarade utan också fråntagna sin unika personliga karaktär" (Skau 2001:48).

Det är viktigt att understryka att intervjupersonerna är positiva till att man forskar om deras sjukdom. De är sjuka och ställer gärna upp för att förhindra att andra drabbas. De vet att de får mer hos ISM än om de hade fortsatt gå till vårdcentralen. Däremot är det nog viktigt att ISM sätter sig ner och funderar vad som är huvudsyssla och inte. Utan patienter att forska på är det svårt att forska även om det finns rättor att använda som "försökskaniner". Som exempel kan också nämnas lokalsituationen. Om man nu väljer att begränsa sin rehabilitering till fysisk aktivitet för de mest behövande, borde man åtminstone ha ett omklädningsrum för patienter som tränar hos dem.

Makt kan ofta ses som någonting negativt men är egentligen neutralt menar Skau (2001). Man kan använda sin makt till att hjälpa eller att skada. Makten man innehar via sin profession, fortsätter hon, bör användas till att få den hjälpsökande att utvecklas och självläka utifrån dennes förutsättningar och önskemål. Makten och hjälpen både förutsätter och står i motsats till varandra. Men relationen dem emellan blir ojämlik och det sker ett statusskifte för den hjälpbehövande vilket är av största vikt att hjälparen är medveten om, eftersom

maktsituationen i vårt välfärdssamhälle inte blir så tydligt i sin helhet som vid det direkta mötet med hjälpapparaternas representanter.

Det är min bestämda åsikt att all rehabilitering måste utgå från patienternas behov och inte utifrån vad man vill forska om. Det är av största vikt att man har ett holistiskt synsätt där patienten och hennes behov och önskningar är i fokus. För att lyckas med det behöver man kunna erbjuda betydligt mer än kontroll av blodvärden, samtal med läkaren och fysisk aktivitet.

## **Avslutande kommentar**

Själva verksamheten har med andra ord givit en hel del till respondenterna men samtidigt har jag framfört en del kritik. Jag har försökt presentera konstruktiva idéer. Det står klart att målen för ISM, direktiven från uppdragsgivarna, vilka resurser man har till förfogande ligger bakom de beslut och prioriteringar man behövt ta. Hur mycket pengar får en rehabilitering kosta? Det är inte möjligt att kräva att ISM skall ha och finna alla svar och lösningar på det som skapar stress. Det finns stora krafter som styr och råder vilka kan vara framgångsrika på det ena sättet men kanske förödande för människan och naturen. Jag menar att även om ISM ger den bästa, tänkbara behandlingen existerar patienten givetvis i en kontext som är större än ISM och som mycket väl kan motverka rehabiliteringsinsatserna.

Det är viktigt att ha i åtanke *hur* sjuka patienterna ofta är. Min erfarenhet av människor som mår väldigt dåligt är att de har ett behov av att prata och veta att där finns någon som vill och kan lyssna. Mina respondenter har alla enorm tacksamhet till vänner, kollegor och familjemedlemmar vilka har ställt upp med framför allt att lyssna. Åter är det viktigt att ha i åtanke att alla människor inte har det sociala stödet och där kan t.ex. en kontaktperson vara ovärderlig. Denna kontaktperson skulle förutom att vara en god lyssnare, kunna vara en form av informationscentral. Det finns hjälp att få via fackförbund, försäkringsbolag, försäkringskassan (vilken för övrigt har samordningsansvar för rehabiliteringen) och arbetsförmedlingen. Det är viktigt att kunskap och information samlas under ett tak så att den blir lättillgänglig för utmattade människor.

Jag anser att om man skall fortsätta på samma sätt som i dagsläget, där fokus verkar ligga på forskningen, så bör man tydligare gå ut med att den rehabilitering man erbjuder sker i forskningssyfte och att den behandling man erbjuder är begränsad till ”pröva-på-aktiviteter” mm. Om man däremot bestämmer sig för att satsa mer på rehabiliteringen bör den dessutom inkludera gruppverksamhet, gärna med inslag av kognitiv beteendeterapi. Det är dock viktigt att gruppverksamheten håller på åtminstone ett halvår. Eftersom varje patient har ett unikt behov är det viktigt att försöka, så långt det går, att anpassa möjligheten att få ”tillhöra” en grupp så länge patienten behöver det. Om man ”slänger ut” en patient för tidigt ur någonting som denne upplevt som oerhört positivt finns risk för att allt arbete går förlorat. Det blir ett mycket kostsamt förfarande både för patienten och för samhället.

Det måste finnas hjälp för patienterna att finna vägar ut i arbetslivet igen. Om inte ISM skulle ha den kompetensen själv kan det vara lämpligt att finna den någon annanstans. Viktigt är också delaktigheten och att patienten själv är med och sätter upp mål för sin rehabilitering. Patienterna törstar efter information och kunskap om sin sjukdom vilket ISM lätt kan erbjuda – kunskapen finns som sagt i huset.

Det är emellertid viktigt att notera att patienterna är oerhört tacksamma för det stöd de fått hos ISM. Patienterna menar att vårdcentralen inte hade varit en långsiktig hjälpare för dem utan att de har haft större och andra behov än vad man kan hantera där. De upplever att de mött kompetent och vänlig personal som förstår vad det handlar om och därmed ger stor trygghet.

## Referenser

- Alvesson, Mats & Deetz, Stanley (2000). *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Bengt-Erik (2001). *Som man frågar får man svar – en introduktion i intervju- och enkätteknik*. Stockholm: Prisma: ePan (Tema Nova).
- Berg, Lars & Bjärås, Gunilla. (1996). *Utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande arbete – en metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Brülde, Bengt. (2005). *Långtidsfrisk eller långtidssjukskriven? En studie av långtidssjukskrivnas och långtidsfriskas erfarenheter. Del I: Översikt och bakgrund*. Opublicerat manuskript. Högskolan Trollhättan/Uddevalla, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
- Börjesson, Mats & Jonsdottir, Ingibjörg H. (2004). Fysisk aktivitet som profylax och terapi vid stressrelaterade tillstånd. *Läkartidningen*, nr 15-16, 101, s. 1394-1397.
- Ejvegård, Rolf (1996). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, Johan (2002). *Motivation för motion – hälsovägledning steg för steg*. Farsta: Sisu Idrottsböcker AB.
- Folkman, Susan & Lazarus, Richard S. (1988). The Relation between Coping and Emotion: Implications for Theory and Research. *Social Science and Medicine*, nr: 26, s. 309-317.
- Glise, Kristina & Björkman, Åsa (2004). Utmattningssyndromet – klinisk bild och terapi. *Läkartidningen*, nr 13, 101, s. 1202-1206.
- Jeding, Kerstin et al. (1999). *Ett friskt arbetsliv – Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet (Skriftlig vetenskaplig serie: Arbete och Hälsa).
- Ewles, Linda & Simnet, Ina (1994). *Hälsoarbete – en praktiskt vägledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, Richard S. & Folkman Susan (1984). *Stress, appraisal and coping*. USA, New York: Springer Publishing Company Inc.
- Medin, Jennie, Bendtsen, Preben & Ekberg, Kerstin (2003). Health promotion and rehabilitation: a case study. *Disability and rehabilitation*, nr. 16, 25, s. 908-915.
- Olsson, Inga (2002). *Utveckling i grupp: Teori – Modell – Övningar*. Stockholm: Trinom förlag ab.
- Patel, Runa & Tebelius, Ulla (1987). Kapitel 3 och 5. I Patel, Runa & Tebelius Ulla (red.). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Perski, Aleksander. (2002). Utbrändhetens ansikte – Trötthet utan botten, tankar utan styrsel. I Källa Nummer 52. *Jäktad, pressad – utbränd? Forskare diskuterar strategier mot skadlig stress*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Perski, Aleksander (2003). *Ur balans – Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier Fakta.



- Perski, Aleksander (2004). Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. *Läkartidningen*, nr 14, 101, s. 1292-1294.
- Perski, Aleksander & Grossi, Giorgio (2004). Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. *Läkartidningen*, nr 14, 101, s. 1295-1298.
- Rantakeisu, Ulla (2002). *Arbetslöshetens olika ansikten – Fyra studier om arbetslöshetens sociala och hälsomässiga yttringar*. Göteborg: Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete. Karlstad: Karlstad universitet: Folkhälsovetenskap med ungdomsfokus.
- Samuelsson, Charlotte (2002). *Att göra eller inte göra...Arbetslösas fritidsdeltagande, sökaktivitet, anställningsmöjligheter och tidsstruktur*. Stockholm: Stockholms universitet: Sociologiska institutionen.
- Sapolsky, Robert M. (2003). *Varför zebror inte får magsår*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Sjöström, Bengt (1990). *Helhetsperspektiv och människosyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Skau, G M. (2001). *Mellan makt och hjälp – Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Währborg, Peter (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

### **Elektroniska dokument**

- Alnarps Rehabiliteringsträdgård: Rehabilitering och friskvård, Information om rehabilitering med hjälp av trädgård. [Elektronisk].  
Tillgänglig: <http://www.lpal.slu.se/health/rehabtradgard.html> [2005-02-22].
- Socialstyrelsen (2003a). *Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa*. [Elektronisk]  
Tillgänglig: [www.sos.se](http://www.sos.se) [Publicerat] [Utmattningsdepression] [2005-03-08]
- Socialstyrelsen (2003b). *Vägledande faktorer vid valet av kvalitetsindikatorer*. (PowerPoint presentation med Kunskapsunderlaget för effektiv och säker sjukvård). [Elektronisk]  
Tillgänglig: [www.sos.se](http://www.sos.se) [Publicerat] [Missnöje] [2005-04-07].

## Bilaga 1: Intervjuguide

**Man/Kvinna, ålder, sjukskriven ja/nej, hur länge? Vad gjort innan sjukskrivningen (socioekonomisk status)**

### **ISM:**

Berätta hur det kändes att komma hit och hur du hamnade här.

### **Att få fysisk aktivitet som behandlingsform och behandlingsformen:**

Hur kändes det när doktorn föreslog att du skulle ingå i programmet? Vad var din första tanke?

Vad sa din familj, omgivning?

Har du tränat förr? Hur kändes det första gången?

### **Har du märkt några effekter? Vilka? Hälsa, välbefinnande?**

### **Vad tror du det är som har hjälpt (om du mår bättre).**

Programmet är slut? Har du fortsatt, vad skulle krävas för att du skulle fortsätta?

Vad har motiverat dig att fortsätta?

### **ISM:s roll:**

Hur var det att bli remitterad till ett forskningsinstitut?

Hur kändes det när du kom dit?

Hur har du blivit behandlad?

Har det känts som om de forskar på dig?

### **Psykosociala delen**

Hur skulle en **drömrehabilitering** se ut? Vad behöver du för att bli frisk? Hur komma dit?

Vad är viktigast just nu? Hur prioriterar du? Hur tänker du?

Hur tänker du på framtiden, jobb?

## Bilaga 2: Brev till respondenterna

---



ISM, Gruvgatan 8, vån 6  
421 30 Västra Frölunda  
Tel 031-89 43 80  
Fax 031-89 43 88  
[www.stressmedicin.com](http://www.stressmedicin.com)

Du är välkommen på intervju till Tina Pilmalm, hälsopedagog, på ISM, angående den träningsgrupp Du var med i höstas.

För mer information, se följebrev

Datum: .....

Tid: .....

Västra Frölunda 2005-03-22++

Bästa hälsningar,

Agneta Lindegård Andersson

Leg sjukgymnast

## Bilaga 3: Brev med information till respondenterna



INSTITUTET FÖR STRESSMEDICIN

ISM, Gruvgatan 8, vån 6  
421 30 Västra Frölunda  
Tel 031-89 43 80  
Fax 031-89 43 88  
[www.stressmedicin.com](http://www.stressmedicin.com)

Till deltagarna i intervjustudien !

I alla organisationer är det av största vikt att på ett så bra sätt som möjligt utvärdera verksamheten. När det gäller den sjukgymnastiska verksamheten på ISM har nu turen kommit till er som deltagit i höstens träningsgrupper att säga ert hjärtas mening om hur ni upplevde höstens träning.

Vi har valt att göra utvärderingen i form av intervjuer av gruppdeltagarna, för att på så sätt kunna få en bättre och mer detaljrik bild av vad ni egentligen tyckte om deltagandet i dessa grupper istället för att "bara" fylla i en enkät. Dess individuella intervjuer är sekretessbelagda och kommer att redovisas på gruppnivå vilken borgar för anonymitet.

Den som kommer att göra dessa intervjuer heter Tina Pihlmalm och är elev på Hälsovetarlinjen vid Högskolan i Vänersborg . Kallelse till intervju medföljer detta brev. Om ni inte har möjlighet att medverka eller vill ändra tid för intervjun meddela oss via mail till [agneta.lindegard@stressmedicin.com](mailto:agneta.lindegard@stressmedicin.com) eller via telefon till Gudrun Swan 031-894390 så snart som möjligt.

Tackar på förhand för er medverkan!

Västra Frölunda 2005-03-15

Agneta Lindegård Andersson

Leg sjukgymnast

**Högskolan i Trollhättan/Uddevalla**  
Institutionen för omsorg, hälsa och kultur  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)