



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Att lyssna är att stödja

Sjuksköterskors erfarenheter av patienter med utmattningssyndrom

Författare:

Ewa Bergqvist Boström

Lena Nilsson Wicke

Handledare: Åse Boman

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

kandidatnivå

HT 2014/VT 2015

Sammanfattning (Abstract)

Examensarbetets titel	Att lyssna är att stödja – Sjuksköterskors erfarenheter av patienter med utmattningssyndrom To listen is to be supportive – Nurses experience of patients with fatigue syndrome
Författare	Ewa Bergqvist Boström, Lena Nilsson Wicke
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Omvårdnad, kandidatnivå, 61-90, 30 hp
Termin/år	VT 2013 / HT 2014
Antal sidor	17

Bakgrund: Psykisk ohälsa, där utmattningssyndrom är en av diagnoserna är ett ökande problem. Många av de som drabbas överges och får inte den vård de behöver och har rätt till. Tid för samtal och egenvård är en viktig del i rehabiliteringen där primärvården och företagshälsovården är de huvudsakliga vårdgivarna. **Syfte:** Avsikten med studien var att undersöka vilken erfarenhet som sjuksköterskor inom primär- och företagshälsovård har av patienter med utmattningssyndrom. **Metod:** Åtta sjuksköterskor från primär- och företagshälsovård intervjuades med semistrukturerade frågor. Intervjumaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Ett tema *lyssna* samt två kategorier *grindvakt* och *skapa begriplighet* skapades. Alla sjuksköterskor beskrev att de initialt hade långa samtal men deras erfarenheter skiljde sig åt. Några sjuksköterskor beskrev att det var till nytta för patienterna medan andra berättade att de inte jobbade med den här patientgruppen. **Konklusion:** Genomgående beskriver alla sjuksköterskor att det de gör innebär att de lyssnar på patienterna samtidigt som flera av dem inte explicit uttrycker det som ett stöd. Det kan tolkas som att den relationella delen av omvårdnaden är osynlig för sjuksköterskorna som inte uppfattar att deras lyssnande är av värde för patienterna.

Nyckelord: Grindvakt, lyssna, mellanmännsliga relationer, skapa begriplighet, utmattningssyndrom

Background: Mental illness where fatigue syndrome is one of the diagnoses is an increasing problem. Many persons with fatigue syndrome experience abandonment and do not achieve the help they need and are entitled to. Time for conversation and self-care is an important part of rehabilitation where primary healthcare and occupational healthcare have a prominent role.

Aim: This study's purpose was to explore what experience that nurses in primary and occupational healthcare had of patients with fatigue syndrome. **Method:** Eight nurses from primary and occupational healthcare were interviewed using semi-structured questions. The interview material was analyzed using content analysis. **Results:** A theme *listening* and two categories *gatekeeper* and *create comprehensibility* emerged. All nurses had initially long conversations with the patients, but their experience differed. Some of the nurses told that they were important to the patients and others indicated that they were not working with this patient group. **Conclusion:** All nurses describes that what they do means that they are listening to the patients at the same time that several of them not explicit express it as a support. That can be interpreted as the relation part of nursing are invisible for the nurses who does not perceive their listening valuable for the patients.

keywords

fatigue syndrome, gatekeeper, intelligibility, interpersonal relationship listening

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
- Symtom & process	1
- Stöd & behandling	3
- Sjuksköterskans ansvarsområde	3
- Sjuksköterskans formella ansvar	3
- Mellanmänskliga relationer	3
- Psykosocialt stöd	4
- Vårdgivare	4
- Primärvårdens roll	5
- Företagshälsovårdens roll	5
Aktuell omvårdnadsforskning	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Urvalsprocess	6
Urval	7
Datainsamling	7
Analys	9
Etiska överväganden	10
Resultat	10
Diskussion	13
- Metoddiskussion	13
- Resultatdiskussion	14
Konklusion	16
Implikation	16
Referenser	17

Inledning

Psykisk ohälsa, där utmattningssyndrom är en av diagnoserna är ett ökande problem. Den stressrelaterade psykiska ohälsan är den sjukskrivningsorsak som ökar mest i Sverige. Vi ser det som ett angeläget område dels för den enskilde patienten men också ur ett samhällsperspektiv.

Som sjuksköterskor inom företagshälsovården och hemsjukvården som också har privat erfarenhet av utmattningssyndrom, upplever vi att det inte erbjuds en enhetlig vård och omsorg för denna patientgrupp. De allra flesta patienter med symtom på utmattningssyndrom söker sig till sin vårdcentral eller företagshälsovård om det finns tillgång till det. Framförallt primärvården har ett bekymmer med att behålla kontinuitet vad gäller läkarbemanning. Där finns en risk att patienter får träffa olika läkare vid varje återbesök. Dessutom är det ofta långa väntetider till samtal med psykolog, beteendevetare eller kurator. Socialstyrelsen (2003) beskriver att det finns ett behov av stöd, råd och vägledning inte minst vad gäller livsstilsrelaterade frågor såsom sömn, kost och fysisk aktivitet för denna patientgrupp. Första vårdkontakten är oftast en sjuksköterska och här ser vi en viktig funktion för sjuksköterskor att stödja i rehabiliteringsprocessen. De är dessutom oftast lättare att komma i kontakt med än läkare och psykolog. Det är viktigt att det finns någon som kan förklara, skapa trygghet, stödja och ge en känsla av hopp. Det finns ett spänningsfält mellan omvårdnad och ekonomisk styrning och vår erfarenhet är att sjuksköterskornas kunskap och funktion i relation till gruppen människor med utmattningssyndrom inte används på ett optimalt sätt.

Bakgrund

Utmattningssyndrom

Symtom och process

Socialstyrelsen (2003) definierar utmattningssyndrom som en obalans mellan människans inre och yttre krav och dess resurser. De beskriver vidare att in sjukandet ofta sker hastigt, många gånger uttryckt som att *gå i väggen*. Symtomen kan ha funnits där sedan lång tid men personen har inte satt det i samband med den stressrelaterade problematiken vilket försenar kontakten med professionell hjälp. Vidare menar Socialstyrelsen (2003) att tidigare har uttrycket utbränd använts, men rekommendationen är nu att istället använda begreppet utmattningssyndrom då anledningen är att uttrycket utbränd lätt kan tolkas som oreparabelt, vilket inte är korrekt.

Stress är en helt naturlig och i de flesta fall en relevant reaktion och innebär inte nödvändigtvis att personen är sjuk. Förmågan att reagera med stress gynnar både människan och dess förmåga till överlevnad (Krauklis & Schenström, 2002).

När stressbelastningen blir för stor och långvarig ökar dock risken för förändringar som kan definieras som sjukdom menar Währborg (2009) och gör liknelsen att långvarig stress är som *droppen som urholkar stenen*. Detta är en metafor som beskriver ett långdraget förlopp utan möjlighet till vila. Han beskriver att stressen delas in i aggressivitetsstress och

uppgivenhetsstress, där båda stressreaktionerna sker via hypotalamus. Beteendet vid aggressivitetstress styrs av irritabilitet, frustration och aggressioner och kroppsliga reaktioner är ökad hjärtaktivitet och en ökning av blodtrycket. Vidare berättar Währborg (2009) att uppgivenhetsstress är ett långvarigt och allvarligt stresstillstånd. Symtomen är förlust av initiativförmåga, extrem trötthet, nedstämdhet förändrade vanor avseende mat, sömn och sex.

Krauklis och Schenström (2002) menar att sömnen är en starkt påverkande faktor för utvecklingen av stress och sjukdomar som är relaterade till stress. Det är dock inte enkelt att avgöra vad som kommer först, är sömnen dålig på grund av stressbelastning eller finns en ökad stressbenägenhet för att personen lider av dålig sömn. De förklarar att goda sömnvanor är ett gott skydd mot stress på samma sätt som dålig sömn kan utgöra en riskfaktor.

Uppgivenhetsstressen kan vara en fas som efterträder aggressivitetstressen där Währborg (2009) beskriver att det inte nödvändigtvis innebär att den senare försvinner, utan dessa två reaktioner kan mycket väl samverka med varandra och skapar då en ännu större belastning för personen. Uppgivenhetsstressen ger ett beteende som distansering, undvikande och flykt. Han beskriver att känslan av otillräcklighet och hjälplöshet är påtaglig. Speciellt för tillståndet är också en ovilja att skapa nya sociala kontakter.

Socialstyrelsen (2003) föreslår att utmattningssyndromet ska indelas i tre faser: promodalfas, akutfas och återhämtningsfas. Symtombilden i dessa tre faser kan beskrivas som en spiralformad rörelse.



Figur 1. Utmattningsspiralen (Rylander m.fl., opublicerat). Figuren illustrerar den gradvisa begränsningen av individens intresseområden till förmån för arbetet, och den åtföljande successiva uppkomsten av stressymtom. (Socialstyrelsen 2003, s.29)

Den första fasan, promodalfasan omfattar fysiska och psykiska belastningsbesvär som spänningshuvudvärk, värk i nacke och rygg, mag-tarmproblem, hjärtklappning, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritation och panikkänslor. Akutfasen präglas av en påtaglig fysisk och psykisk trötthet och återhämtning med sömn hjälper inte. Fasan kommer plötsligt med kraftfulla symtom. Oftast finns uttalade minnesstörningar, desorientering och svårigheter att finna ord samt överkänslighet för ljud, ljus och andra sensoriska förmågelser. Inte sällan tillkommer problem som nedstämdhet eller ångest som ibland kan fylla kriterier för egentlig depression eller ångestsyndrom. Det är vanligt förekommande med en uttalad initiativlöshet.

Under återhämtningsfasen ses en successiv förbättring men med låg tolerans för stress och risk för att återinsjukna (Socialstyrelsen, 2003).

Stöd och behandling

Socialstyrelsen (2003) redogör för att det finns en erfarenhet av att många som insjuknar i utmattningssyndrom överges och inte får den hjälp de behöver och har rätt till, vilket generar en uppenbar risk för långa sjukskrivningar. De beskriver att ett professionellt bemötande innebär att patienten ska ges gott om tid för samtal och utredning och att egenvården är en mycket viktig del i rehabiliteringsprocessen där primär- och företagshälsovården har en framträdande roll. Egenvård menar Socialstyrelsen (2003) är stödjande och rådgivande samtal för att hjälpa patienten till insikt då det finns behov av förändring i livsstilen för att återerövra hälsan. För att stödet till egenvården ska bli professionell framhåller Socialstyrelsen (2003) vikten av att vårdgivarna har de kunskaper som krävs och nämner exempel på egenvård som fysisk aktivitet, avspänningsstrategier, sömn- och kostvanor samt att ha en regelbundenhet i livsstilen.

Jag-stödjande samtal vid utmattningssyndrom har en stor betydelse då patienten i det akuta skedet ofta inte har kraft och energi till terapeutisk behandling. Det jag-stödjande samtalet kan ges av den som är förtrogen med patientens tillstånd (Klingberg, 2000).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Två förhållningssätt präglar sjuksköterskornas vardag där Wiklund Gustin och Bergbom (2012) utgår från den bärande tanken om den goda omvårdnaden och det andra perspektivet beskrivs av Målqvist, Åborg och Forsman (2011) och handlar om sjuksköterskornas upplevelse av att ekonomistyrningen av vården skapar svårigheter att ge god omvårdnad bland annat genom brist på tid, plats och resurser.

Sjuksköterskans formella ansvarsområde

Enligt International Councils Of Nurses [ICN] (2012) kan sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden delas in i fyra delar: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Sjuksköterskan samordnar sitt arbete med närstående yrkesgrupper. Tillsammans med samhället så ansvarar sjuksköterskan för att stödja åtgärder som tillgodoser samtliga och i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa.

Mellanmänniska relationer

De människor som saknar en annan människas stöd saknar troligtvis ett av naturens mest verksamma skyddsmedel mot stress. Det har redovisats hur en sjuksköterskas närvaro genom att bara finnas där, påverkade en patients hjärtverksamhet så att rytmen normaliserades. När sjuksköterskan lämnade patienten blev hjärtrytmen åter patologisk (Lynch, 1983).

Ett av de viktigaste omvårdnadsredskapen för sjuksköterskan enligt Travelbee (1966) är kommunikation och fokuserar på mellanmänniska relationer. Hon menar att människan söker mening i allt hon upplever i livet och sjukdom och lidande kan innebära möjlighet till självutveckling. Vidare redogör Travelbee (1966) för att målet för omvårdnaden handlar om att patienten behöver stöd och hjälp att hantera sjukdom och lidande och rent av att finna mening i sin upplevelse och beskriver att sjuksköterskans förmåga att se den andra personen beror i hög grad på hennes intresse för andra människor och hennes förmåga att gå utanför sig själv.

Wright, Watson och Bell (2002) redogör för flera föreställningar om sjuksköterskans yrkesroll. En av dem är att sjuksköterskan inte ska vara en förändringsagent då det skulle innebära att sjuksköterskan skulle ha makt över patientens förändring. Enligt Wright et al

(2002) är det troligtvis inte möjligt då ingen människa kan förändras mot sin vilja och anser att sjuksköterskan bör förhålla sig till patienten på ett jämlikt sätt utan hierarkisk position samt inbjuda till reflektion. De menar att både sjuksköterskan och patienten möjliggör en förändring genom sin interaktion.

Psykosocialt stöd

Arving (2007) beskriver att psykosocialt stöd omfattar en mängd olika insatser såsom kommunikation, känslomässigt stöd, utbildning och information, kognitiv förmåga, samspel med omgivningen och fysisk aktivitet. Arvings (2007) utgångspunkt är patienter som behandlas för bröstcancer men hennes definition stämmer väl med de behov som föreligger hos patienter som lever under påtaglig stress.

Vidare menar Hedin (1994) att under återhämtningsfasen är allt stöd av värde och främst från närstående. Det bör uppmärksammas att det stödet dock lätt kan falla då familjen kan ha svårt att hantera situationen och därmed också ha svårt att stötta den drabbade. Han beskriver också att om man utgår från det professionella arbetet så handlar det om emotionellt stöd och möjlighet för patienten att ge utlopp för sina känslor, bli avlastad och få hjälp med krisbearbetning och att i samtalet är relationen mellan den som talar och den som lyssnar av stor vikt.

Klang-Söderkvist (2008) beskriver att socialt stöd är en av framgångsfaktorerna för ett lyckat resultat. Stödet kan komma från vem som helst runt personen och kan betyda uppmuntran, tillit och omvårdnad. Det praktiska stödet kan vara råd, förmedla kunskap, och att hjälpas åt i mödan att ändra beteende.

Som stödperson till någon i kris menar Krauklis och Schenström (2002) att det är viktigt att stödja känslor hellre än att försöka ta bort den. Det hjälper personen att hitta krisens verkliga orsaker och förstå problemen. De menar vidare att stödet är att förhålla sig neutral och att den egna åsikten inte är till hjälp för den som är i kris. Istället bör den professionelle locka personen att prata och spegla med hjälp av upprepningar vad personen sagt. Svaren kan vara klara eller osorterade men det är viktigt att personen själv sätter ord på känslorna. Att generalisera problemen, vara otålig och pressa eller döma är vanliga fel vid samtal med personer i kris.

Vårdgivare

De personer som insjuknar och söker vård hänvisas vanligtvis till primärvård eller företagshälsovård. Enligt Regionalt Vårdprogram för utmattningssyndrom (2011) skall primärvården ha det huvudsakliga ansvaret för denna patientgrupp och det konstateras att det kräver ökade behandlingsresurser. Den beskriver att förutom en ökning av antal psykologer och psykoterapeuter behöver också personalen som redan finns runt patienten ett annat sätt att tänka kring den egna rollen i gruppen och stor vikt läggs på multidisciplinärt samarbete. För sjuksköterskans del talas om utvecklingen av team-sjuksköterskemodeller. Enligt Sveriges företagshälsovård (2013) redogörs företagshälsovården som en icke skattefinansierad verksamhet som bedrivs i privat regi och är beroende av att främst arbetsgivare bekostar den vård som ges till individen under förutsättning att individen har en anställning hos arbetsgivaren. Primärvården och företagshälsovården definieras enligt följande:

Primärvårdens roll

Världshälsoorganisationen [WHO] (1978) definierar begreppet primärvård som den vårdnivå som ska tillgodose befolkningens grundläggande behov av hälso- och sjukvård. Den öppna vården ska svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling. Med denna avses omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskild kompetens eller teknisk utrustning, oavsett ålder, sjukdom eller patientgrupp. Enligt hälso-och sjukvårdslagen (HSL,1982) bedrivs primärvård av såväl kommun som landsting och ska erbjuda ett brett utbud av vård där alla yrkeskategorier samverkar för att ge individen en god vård.

Företagshälsovårdens roll

Inom företagshälsovården är arbetssättet ofta ett multidisciplinärt team-arbete som bygger på gemensamma bedömningar och behandlingarna över yrkesgränserna(Westerhäll–Wahlne, Bergroth & Ekholm, 2009).

Enligt Arbetsmiljölagen 3§ 1999:841 definieras företagshälsovård enligt följande:

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. (s. 21)

Sveriges företagshälsor (2013) redogör att mellan 60-80 % av den vuxna befolkningen i Sverige har tillgång till företagshälsovård där landstings- och statligt anställda är de som har bäst tillgång till företagshälsovård.

Aktuell omvårdnadsforskning

Ett närliggande område gäller barn med stressproblematik där Lau (2002) beskriver stöd och vägledning som en viktig funktion i sjuksköterskans roll. I detta stöd ingår också utbildning för både barn och föräldrar med syftet att dessa skall lära känna igen stresssymptom och utveckla strategier för att hantera dem. Harrison (2006) redogör för patienter med kroniskt trötthetssyndrom och deras beskrivning att de upplever sig nöjda med att träffa en sjuksköterska som tar sig mer tid för dem. Sjuksköterskan stödjer och uppmuntrar patienten att begränsa sig och vara varsam med sin ork även om patienten just för dagen upplever sig må bra, alltså strategier för att hålla över tid. En översikt av 23 artiklar där Patterson, Wan och Sidani (2012) fokuserar på åtta icke farmakologiska åtgärder som sjuksköterskan kan initiera och genomföra för att stödja patienter att hantera kroniskt trötthetssyndrom. Några av dessa interventioner handlar om kognitiv beteendeterapi, hantera aktivitet och skydda sig mot energiförlust samt egenvårdsutbildning. Den senare omfattar bedömning av trötthetsupplevelse, träning och stöd i egenvårdsstrategier för att hantera tröttheten. Egenvårdsutbildningen visade statistiskt signifikant effekt på deltagarnas upplevelse av förbättring i sitt mående. Värdet av sjuksköterskans skicklighet i samtal med patienter belyses i en artikel av Leenerst och Teel (2005) som talar om att skapa ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient genom språket. En metod, Self-Care TALK används där sjuksköterskan aktivt lyssnar, bekräftar känslor och genom patientens berättelse om sina upplevelser skapar emotionella bilder som hjälper patienten att identifiera de egna resurserna och fokusera på det positiva för att bibehålla hälsan. Samtliga artiklar beskriver vikten av kommunikation mellan sjuksköterska och patient dock inte i avseendet utmattningssyndrom.

Sökningen efter artiklar som beskriver sambandet mellan stress och utmattningssyndrom och samtal ur ett sjuksköterskeperspektiv i syfte att skapa sammanhang och bidra till begriplighet har förblivit resultatlösa.

Problemformulering

I samhället ses en ökning av personer som drabbas av utmattningssyndrom. Patienterna söker oftast vård på vårdcentralen eller hos företagshälsovården där primärvården har ansvaret för patientgruppen. Det finns forskning som visar att många som insjuknar i utmattningssyndrom överges och inte får den hjälp de behöver och har rätt till. Den professionella omvårdnaden handlar om emotionellt stöd samt tid och möjlighet för patienten att ge utlopp för sina känslor och bli avlastad och få hjälp med krisbearbetning. Sjuksköterskans ansvar är att lindra och stödja där sjuksköterskan kan ses som en viktig resurs i form av stöd och vägledning vilket också styrks av aktuell omvårdnadsforskning som beskriver vikten av kommunikation och relation mellan sjuksköterska och patient.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med utmattningssyndrom inom primärvård och företagsvård

Metod

Inledningsvis söktes artiklar i databaserna Cinahl och PubMed, med avsikten att finna vetenskapliga artiklar som berörde sjuksköterskans funktion i relation till patienter med utmattningssyndrom. Sökorden som användes var: *Patient and nurse-relation AND understanding, nurse and support AND burnout, healthcare and stress AND nurse, unequal access to healthcare AND stress, socialsupport AND burnout, nurse-patientrelation AND pass trough entities, patient with burnout syndrom AND caring, primary healthcare AND patients with burnout syndromes, care AND burnout AND nurse* Ett stort antal artiklar om stress och utmattning hittades men dessa handlade uteslutande om medicinsk behandling, olika psykoterapeutiska metoder eller andra perspektiv som inte omfattade sjuksköterskans arbetsområde. De träffar som berörde sjuksköterskan handlade om sjuksköterskor som drabbas av utmattningssyndrom i arbetslivet. Slutsatsen blev att forskningsområdet kunde antas vara än så länge tämligen utforskat. Av det skälet valdes därför en empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Patel & Davidsson, 2003).

Urvalprocess

Inledningsvis diskuterades vilka sjuksköterskor som var lämpliga att intervjua. Urvalet av respondenter fördelades mellan företagshälsovård och primärvård för att få en bredd i undersökningen och för att det är inom dessa vårdverksamheter som patientgruppen oftast söker vård. Antalet respondenter som skulle delta diskuterades under processen. En förfrågan skickades brevlades till utvalda verksamhetschefer. I brevet uttrycktes önskemål om att få intervjua en sjuksköterska cirka i 20-30 min.

I arbetet med att få kontakt med respondenter noterades att det var lätt att få kontakt med företagshälsovården och det gick snabbt att boka tid för intervjuer. Däremot tog det mer tid att få kontakt med primärvården. Upprepade försök till kontakt gjordes utan resultat. Första intervjun bokades istället in genom en personlig kontakt till en av författarna. Återstående två

intervjuer bokades också in med hjälp av personliga kontakter. I samtliga fall så har respektive sjuksköterska på egen hand sökt och fått godkänt av sin chef att få delta i studien. (CODEX, 2000).

Urval

Initialt intervjuades sex sjuksköterskor. Inklusionskriteriet var att sjuksköterskorna skulle arbeta inom primär eller företagshälsovård. Exklusionskriteriet var att respondenterna inte skulle vara kända av författarna. Svårigheterna att finna respondenter var skälet till de fåtal kriterierna. Efter en preliminär analys beslöt vi att genomföra ytterligare två intervjuer då det fanns en känsla av att sex personer skulle ge för litet underlag och ambitionen var att få ett trovärdigt material.

Från primärvården deltog fyra sjuksköterskor där samtliga arbetade på vårdcentral. Två av dessa var distriktssköterskor, en var psykiatrisjuksköterska med en pågående kognitiv beteende terapi [KBT] utbildning och en var allmänsjuksköterska med en påbörjad distriktssköterskeutbildning. Från företagshälsovården deltog fyra sjuksköterskor där tre var företagssköterskor och en var specialistutbildad inom intensivvård. Det geografiska området omfattade tre närliggande mindre städer i Västra Sverige.

Tabell 1. Urval

Antal	Kön	Ålder	Yrkeserfarenhet	Specialistutbildning
8	Kvinnor	45-63 år	2-41 år	5

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod har intervjun använts då den är en lämplig metod för att upptäcka människors subjektiva upplevelser och uppfattningar. Metoden kräver en förberedelse och kunskap både avseende teknik och ämnesområde samt samspelet mellan intervjuare och respondent (Kvale, 1997).

Med avsikt att vara neutral och ofärgad så valde vi att fördela intervjuerna mellan oss utifrån vårt ordinarie arbetsområde och tidigare erfarenheter. Det innebar att den av oss som arbetade inom företagshälsovården intervjuade sjuksköterskor inom primärvård och den av oss som arbetade inom hemsjukvården intervjuade sjuksköterskor inom företagshälsovården. Ambitionen var att respondenterna skulle vara okända för författarna för att inte påverkas av personlig kännedom. Frågorna ställdes på ett allmänt hållet sätt och utan värdering. Fokus lades på att be respondenterna berätta om sina erfarenheter och upplevelser i kontakten med patienterna (Ryen, 2004). De semistrukturerade intervjuerna utgick från följande frågor:

- Kan du berätta om dina erfarenheter av patienter med utmattningssyndrom
- Kan du berätta om din funktion i arbetet med patienter som har diagnosen utmattningssyndrom
- Kan du berätta om hur det var sist du träffade en patient med utmattningssyndrom
- Om du fick möjlighet att arbeta mer med stöd till patienter med utmattningssyndrom, hur skulle du ställa dig till det?

Intervjuerna ägde rum under perioden november 2013 till januari 2014 och med en intervjutid som sträckte sig från 13 till 23 minuter. Samtliga möten skedde på respondenternas arbetsplats förutom vid ett tillfälle då den ägde rum i en avskild hörna på ett café. Respondenten i det senare fallet föreslog själv platsen på grund av logistiska svårigheter och tidsbrist.

Stor vikt lades vid att intervjuerna skulle ske i lugn och ro utan risk att bli störda. Varje intervju var ett enskilt möte mellan respondent och intervjuare (Kvale,1997). Det insamlade materialet från bandinspelningarna transkriberades ordagrant av den som utförde intervjun.

Analys

Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Efter transkriberingen lästes texterna igenom upprepade gånger både tillsammans och enskilt och har därefter diskuterats. Under analysprocessen har olika meningar och begrepp testats och uteslutits under arbetets gång. Genom att kontinuerligt befinna sig i denna process så uppstod en djupare känsla för intervjumaterialet. Med syftet i tankarna markerades meningar och fraser i avsikt att hitta skillnader och likheter och utifrån det identifierades meningsbärande enheter. Se tabell 2

Tabell2. Meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder och kategorier

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori
Där blir ju ofta att man träffar personer som första besök och gör en kartläggningsundersökning, å sen slussar vi vidare...så vi har ju dom inte kvar hos oss sen...	Träffas vid ett första besök och slussar vidare	Slussar vidare	Grindvakt
Jag träffar dom mest i TeleQ:n, vårt telefonsystem. Sedan slussar vi ju dom vidare...	Träffas via telefon och slussar vidare	Slussar vidare	
... man kan ha en stödjande funktion i sin roll som företagssköterska...att man kan göra det begripligt och kan hjälpa folk att se sammanhanget...	Hjälpa folk att se sammanhanget	Se sammanhang	Skapa begriplighet
...dom kommer gärna tillbaka och tycker det är skönt att få prata av sig, många gånger så sitter jag ju bara och lyssnar egentligen å så får dom prata då och jag tror att det är jätteviktigt att man kan ta sig tid och lyssna då faktiskt	Ta sig tid att lyssna	Ger tid	

Etiska överväganden

Forskningsetiska riktlinjer har följts genom att respondenterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de hade möjligheten att när som helst avbryta utan att ange skäl. Respondenterna informerades om studiens syfte och samtycke från respondenterna inhämtades muntligt. Bandinspelningarna förvarades på ett säkert sätt och materialet behandlades konfidentiellt (CODEX, 2000). Med hänvisning till etikprövningsnämnden, EPN i Göteborg¹ behövdes inget godkännande inhämtas. Skälet till det var att arbetet enbart omfattande sjukvårdspersonalens uppfattning om den egna professionen.

Stor vikt lades vid att samtalet inte skulle leda till en känsla av otillräcklighet eller skuld. Frågorna ställdes medvetet på ett vardagligt språk för att inte tonen skulle bli formalistisk och akademisk och ge en känsla av förhör (Ryen, 2004).

Resultat

<h1>Lyssnar</h1>	
Grindvakt	Skapa begriplighet

Figur 2 Tema och kategorier

Sjuksköterskornas erfarenhet av patienter med utmattningssyndrom indelas i ett övergripande tema, *lyssnar* och två kategorier, *grindvakt* och *skapa begriplighet* se figur 2.

Lyssnar

Generellt visar intervjuerna att sjuksköterskorna känner till patientgruppen väl och flera sjuksköterskor berättade att de gärna skulle vilja arbeta mer med denna patientgrupp men att de saknade kunskap.

Samtliga sjuksköterskors berättelser visade att lyssnandet var en påtaglig del av arbetet genom att de beskrev långa samtal med patienterna både vid personliga möten och i telefonsamtal. Flera sjuksköterskor nämnde att de vid mötet kunde samtala i cirka 1 timma. De sjuksköterskor där det handlade om en telefonkontakt beskrev att samtalen blev långa även om flera av dem inte uttalade att de lyssnade. Dock uttryckte några sjuksköterskor att lyssnandet var en arbetsuppgift som gjorde skillnad för patienten. Lyssnandet användes som medel för att förstå patienten, få en bild av patientens situation. Några beskrev hur patienterna i samband med samtalen uttryckte tacksamhet för att sjuksköterskorna lyssnat. ”...*jag måste få prata med nån, tack för att du lyssnade...*” (Företagssköterska beskriver en patients uttalande).

¹ Enligt mailkontakt med Lars Sandman, Sekreterare EPN, Göteborg

Någon sjuksköterska berättade att hon lyssnat och använt sig av motiverande samtalsmetodik och en annan att patienten uttryckt lättnad över att bli omhändertagen och avlastad.

En sjuksköterska menar att det behövs både livs- och arbetslivserfarenhet för att arbeta med dessa patienter. Det krävs tålamod och en god förmåga att kunna lyssna då patienterna har ett stort behov av att berätta om sin situation”...*just för det här att du möter människor som har så mycket att berätta...*”(Företagssköterska).

”...det ger patienten ett visst välbefinnande att man får prata av sig om allt vad det är som har orsakat den här stressituationen...” (Primärvårdssköterska).

I samband med kartlägningsbesök beskrev en företagssköterska att hon erbjöd patienterna som hade ett uttalat behov av stöd att träffa henne igen om det är väntetid till psykolog ”...*å då kan ju jag ta dom här första samtalen liksom innan de får komma till...*”(Företagssköterska). En annan sjuksköterska berättade att hon har en livsstilsstämning där hon regelbundet träffar sina patienter.

Grindvakt

Kategorin grindvakt definieras här som en första kontakt för bedömning och ställningstagande till vidare kontakt med annan yrkeskategori.

Några sjuksköterskor uttryckte att de hade en första kontakt där de gjorde någon form av kartläggning. Med första kontakt menas antingen en telefonkontakt eller ett fysiskt möte mellan patient och sjuksköterska. Därefter slussades patienten vidare.

Framst företagssköterskor berättade att de initialt träffade patienten för ett personligt möte. Flertalet sjuksköterskor inom primärvården beskrev att deras enda kontakt med patientgruppen var via telefonen. Samtliga sjuksköterskor berättade att samtalen blev långa oavsett personligt möte eller telefon.”...*samtalen dom tar ju oftast mer än sex minuter och då ligger man efter i TeleQ [telefonrådgivningssystem] men känner ju att dessa patienter får ju lov att ta tid...*” (Primärvårdssköterska).

De ekonomiska incitamenten är något som en av primärvårdssköterskorna nämner då hon pratar om kravboken, hur den tolkas och styrs. Hon anger samtidigt att det är ingenting som hon kan styra över men som ändå påverkar hennes arbetssituation...”*det är ju så att kravboken styr mycket idag, våran kravbok som handlar om vad för ersättning vi får för patienterna...*”(Primärvårdssköterska).

En av primärvårdssköterskorna berättade att hon upplevde en frustration över att inte riktigt ha tiden för att samtala med patienten i telefonen. Hon uttryckte att hon kände sig stressad då telefontiden per patient är så begränsad.”...*men visst skulle man vilja stänga av där å bara fortsätta att samtala, men den möjligheten har man ju inte...*”(Primärvårdssköterska).

De sjuksköterskor som arbetade inom primärvården och som hade en telefonkontakt beskrev att dessa patienter hade ett stort behov av att få prata och berätta om sin situation. Det långa samtalet handlade om att ta reda på vad som var patientens problem och hur patienten mådde, att de inte klarade gå till jobbet. Företagssköterskorna beskrev att de initialt hade ett

förstakontaktssamtal genom ett personligt möte där de gjorde en kartläggning av patientens hela livssituation. Någon angav att hon använde Försäkringskassans strukturerade utredningskarta - SASSAM och en annan sjuksköterska beskrev en mer spontan intervjumetod som ändå omfattade patientens totala livssituation. Uppfattningen om vad kartläggningen syftade till skiljde sig åt mellan sjuksköterskorna. De flesta menade att det syftade till att inventera vilka behov som förelåg för patienten för att de skulle kunna planera vilka insatser som behövdes, alltså vilka yrkeskategorier som behövde involveras i rehabiliteringen. En angav att kartläggningen underlättade för läkaren och beskriver att det är bra om det finns så mycket underlag som möjligt på patienten så att ärendet kommer vidare snabbare. Samma sjuksköterska berättade att patienterna sa att det var skönt att bli avlastade och bli omhändertagna ”...*nu hjälper vi med det här å den här känslan att dom inte behöver göra så mycket själva utan vi gör det...*” (Företagssköterska).

Några av sjuksköterskorna beskrev att de slussat patienterna vidare. Flera primärvårdssköterskor berättade att kontakten med patienterna ägde rum uteslutande via telefonen. ”...*jag träffar dem mest i telefon och slussar dem vidare...*” (Primärvårdssköterska).

Företagssköterskorna å andra sidan berättade att patienten initialt kallades till ett fysiskt möte för att därefter slussas vidare. Merparten av de sjuksköterskorna som slussade, betonade att de inte jobbade med den här patientgruppen trots att de pratat med dem i telefon och/eller träffat dem i personligt möte. ”...*å sedan slussar vidare så vi blir litegrann spindeln i nätet så vi har ju dom inte kvar hos oss sen...*” (Företagssköterska).

De flesta sjuksköterskorna upprepade vid flera tillfällen att patienten skulle vidare till annan yrkesfunktion såsom läkare, psykolog eller kurator. Två av sjuksköterskorna beskrev funktionen som att vara spindeln i nätet dvs den som tar emot första kontakten och lotsar vidare till andra professioner. De flesta angav att de inte hade någon kontakt med patienterna därefter.

Skapa begriplighet

De sjuksköterskor som berättade att patienten fick prata och att de lyssnade upplevde att de hjälpte patienten att skapa begriplighet för den situation som patienten befann sig i. I samtalet pratade patienten om sina bekymmer och hur det kom sig att det blev som det blev. Sjuksköterskorna beskrev att deras patienter på många sätt upplevde en lättnad när de fick hjälp att förstå. Exempelvis att den upplevda värken i kroppen kunde handla om att vara psykiskt utmattad, att kropp och själ hänger ihop. ”...*vissa fysiologiska symtom att vi även har det när vi mår psykiskt dåligt och när man börjar att koppla ihop det så börjar de att få en förståelse...*” (Primärvårdssköterska).

En sjuksköterska tydliggjorde vikten av att ha arbetslivserfarenhet i ett yrke där det handlar om möten med människor som har mycket att berätta kring sin livssituation. Det krävs tålamod och förmåga att kunna lyssna. Hon uttryckte också en övertygelse om att det var viktigt att skapa begriplighet. Som ett verktyg ritade hon cirklar för att tydliggöra för patienten hur livssituationen såg ut och vad patienten pratat om. Någon berättade att hon vägledde och förklarade och visade för patienten att det var en normalreaktion för händelsen. ”...*även om man inte har samma kunskaper som en beteendevetare så tror jag , just det här att man kan göra det begripligt...*” (Företagssköterska).

En av sjuksköterskorna som var behandlare dels genom sin specialistutbildning till psykiatrisjuksköterska och dels genom en pågående KBT- utbildning berättade att flera

kollegor på arbetsplatsen undrade hur hon orkade arbeta med utmattade patienter. Hon hade känslan av att de inte kunde se diagnosen som en sjukdom och ta den på allvar "... *motstånd kanske mot utmattningssyndrom, att det är lite grann ah, ja det är så typiskt kvinnor, för det får en dålig klang kanske, å jag tror att just det att det har en dåligt klang...*" (Primärvårdssköterska)

Diskussion

Metoddiskussion

Lämplig intervjuetid är minst 30 minuter men ingen av intervjuerna varade längre än 23 minuter. Svagheten i studien är att intervjutiden möjligen kan vara något kort men upplevelsen är ändå att materialet är innehållsrikt, samtidigt som det var så pass litet att hela intervjun kunde hållas i tankarna (Graneheim & Lundman, 2004). Skälen till den korta intervjutiden var dels att författarna var oerfarna i intervjuteknik vilket skulle kunna ge ett mindre innehållsrikt material (Kvale, 1997), dels att sjuksköterskorna berättade att de inte jobbade med den här patientgruppen utan berättade kring sina erfarenheter utifrån en symtombild, rutiner på vårdenheten och andra yrkeskategoriers funktioner. Med bättre intervjuteknik och större erfarenhet så hade vi haft möjlighet att fånga upp den intressanta tråden och föra tillbaka respondenten till ursprungsfrågorna. Trots detta har vi ändå uppfattningen av att vi fått ett tillräckligt material. Några respondenter gav intrycket av att vara tidsbegränsade vilket påverkade intervjuerna på det sättet att vi inte vill hindra och det gjorde att vi avslutade snabbare än planerat.

Den geografiska begränsningen kan möjligen vara en svaghet då lokala företeelser kan förekomma vilket skulle kunna påverka överförbarheten. Men genom att författarna har valt att intervjua sjuksköterskor både från primärvård och företagshälsovård så har det eftersträvat en bredd i studien. Författarna har dessutom valt att intervjua utanför sitt eget specialismråde samt noga säkerställt att respondenterna inte var kända för författarna med avsikt att minska förförståelsen. Författarnas tidigare erfarenheter skiljer sig åt där den ena författaren har patientgruppen som en vanligt förekommande del i sitt vardagliga arbete och får därigenom en kontinuerlig erfarenhet inom området. Den andra har sporadisk erfarenhet av patientgruppen men däremot en personlig erfarenhet av utmattningssyndrom. Författarna är medvetna om den egna förförståelsen och har haft det med sig under hela processen (Kvale, 1997).

Kvalitativ innehållsanalys som metod gör det möjligt att se variation och mångfald i textmaterialet och den bygger på fyra viktiga kriterier: trovärdighet, tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studies *Trovärdighet* styrks genom att de åtta intervjuerna resulterade i en mängd meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna har diskuterats fram och tillbaka i ett ständigt flöde där de initialt mynnade ut i femton kategorier som därefter blev sex för att sedan minska till fyra och slutligen enades författarna om två kategorier och ett tema. Författarna arbetade både gemensamt och var för sig genom att fördjupa sig i både det egna materialet men också genom att noggrant läsa den andres intervjumaterial och gick på så sätt igenom samtliga steg i analysarbetet.

Tillförlitligheten kunde styrkas genom att alla deltagarna fick samma öppna fråga och uppmuntrades att tala öppet. Författarna noterade dock att i takt med att intervjuerna genomfördes ökades författarnas kunskap och fler frågor kom att ställas. Det innebar att alla respondenter inte fick möjlighet att svara på alla frågor. Sex av åtta sjuksköterskor fick frågan om de fick respons hur patienterna upplevde kontakten med dem vilket kan ha påverkat resultatet.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) visas *giltigheten* genom systematisk och medveten hantering av det insamlade materialet. Alla steg av analyserna är samvetsgrant rapporterade och informanternas berättelser är noggrant beskrivna. Genom att det tydligt beskrivs att studien undersöker det fenomen som var avsikten och att sammanhanget är väl beskrivet gör det möjligt att resultatet kan överföras till liknande sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004).

Möjligen hade det varit en styrka om intervjuerna hade genomförts av båda författarna samtidigt för att på ett mer avslappnat sätt kunna fånga upp trådar som dyker upp under samtalet. Kvale (1997) beskriver dock den kvalitativa intervjun med en intervjuare som ett asymmetriskt maktförhållande och slutsatsen dras då att i en gruppkonstellation där två frågor och en svarar ökar maktasymmetrin ytterligare.

Resultatdiskussion

Lyssna

Lyssna är ett genomgripande tema för samtliga sjuksköterskor, men alla uttryckte inte lyssnandet som en viktig insats. Det tolkas som att lyssnandet på många sätt är osynliggjort och inte värderas på samma sätt som att mäta blodtrycket. Det talar för att den tekniska delen av omvårdnaden är lättare att identifiera jämfört med den relationella. Vi ser att de sjuksköterskor som berättar att patienterna är tacksamma samt de som träffar patienterna flera gånger är de som ser lyssnandet och sin insats som ett stöd. Det tolkas som att upprepad patientkontakt skapar en relation mellan sjuksköterskor och patienter som stärker sjuksköterskors uppfattning att de har en funktion och leder till ett mindre tekniskt synsätt. Detta styrks också av Oberle och Allen (2001) som beskriver att en omvårdnadskompetens utvecklas framförallt genom kommunikation och relation. Även Sticklely och Freshwater (2006) menar att upplevelsen i att bli lyssnad på skapar ett djup i relationen med den som lyssnar och är avgörande för att uppnå en god relation. Detta styrks ytterligare av Travelbee (1966) som beskriver den mellanmänskliga relationen. Genom att ha engångs kontakt med patienten kan möjligheten att skapa en relation minska, vilket skulle kunna förklara varför de sjuksköterskorna som har endast en kontakt berättar att de inte arbetar med den här patientgruppen.

Grindvakt

Analysen av samtalen visar att telefonkontakten, kartläggningen och i viss mån även slussningen är en arbetsuppgift som nästan alla sjuksköterskor utför och som innebär att de är den första personen som patienten har kontakt med.

Då en av primärvårdssköterskorna som har telefonkontakt med patienterna beskriver en känsla av otillräcklighet eftersom hon upplever att tiden för samtal inte räcker till kan det uppfattas som en förtrogenhet med att det är en patientgrupp som måste ta tid. Det kan då få till följd att det blir svårt att utföra sitt arbete på ett önskvärt sätt och det tyder på att det finns en medvetenhet om den relationella delen av arbetet. Den ekonomiska styrningen genom den begränsade samtalstiden kan antas påverka sjuksköterskorna i arbetet som att vara den som tar emot samtalet men som måste slussa vidare. Det stöds också av Holmström och Dallälba (2002) som menar att många sjuksköterskor i telefonrådgivningen upplever sin Gatekeeper-

roll som svår. De ser en konflikt i att ta sig tiden att lyssna och läsa mellan raderna samtidigt som tidsmarginalen per samtal är begränsad. Samtidigt är det klarlagt att telefonrådgivningen innebär ett värdefullt lyssnade som ger möjlighet till information för att kunna bedöma vilken kontakt som bäst motsvarar behoven. Kraven är stora och för sjuksköterskan krävs tålmod, lyhördhet och flexibilitet. Arbetet är stressigt och innebär att man aldrig kan förbereda sig på vem som kommer att ringa.

Analysen av sjuksköterskornas berättelser om kartläggningen visar att den används på olika sätt och med olika syften. Det skulle kunna vara så att de som använder kartläggningen som en förberedelse och materialinsamling inför läkarbesöket för att underlätta, möjligen har en mer teknisk syn på sin arbetsuppgift till skillnad från den som gör kartläggningen för att hjälpa patienten till insikt och få förståelse för sin situation. Det kan finnas ett samband mellan att de sjuksköterskor som kartlägger med avsikt att öka patientens förståelse också beskriver att de har en funktion, samtidigt som de sjuksköterskor som kartlägger för att samla material anger att de inte jobbar med patientgruppen. Det skulle då kunna tolkas som att det relationella förhållningssättet är det som gör att sjuksköterskorna upplever sig ha en funktion. Wright et al (2002) beskriver hur förhållandet mellan sjuksköterska och patient påverkas av interaktionen dem emellan. Det skulle kunna förklara att sjuksköterskan får en medvetenhet om sin funktion när patienten uttrycker att hon är till hjälp.

Skapa begriplighet

Sjuksköterskorna berättar att oavsett om de haft engångs- eller flergångskontakt med patienten uttrycker de tacksamhet för hjälpen att förstå sin situation, hur den har uppkommit och vad de kan göra för att förbättra läget. Det bekräftar att sjuksköterskorna har en funktion som kan bidra till att patienten får hjälp i sitt tillfrisknande. Det överensstämmer med Antonovskys teori (1991) om känslan av sammanhang [KASAM], vars grundbegrepp begriplighet, hanterbarhet och att känna mening innebär att det finns en chans att förvandla kaos till ordning. Han beskriver att om personen har en känsla av sammanhang så finns det större förutsättningar att hon/han kan bemästra läget och det är viktigt att sjuksköterskan möter patienten på ett sätt som stärker och hjälper patienten att förstå vad som händer och varför.

De sjuksköterskor som har en fortlöpande kontakt berättar att de kan göra en insats för patienten och de uttrycker att de hjälper att skapa begriplighet för den livssituation han/hon har hamnat i. Denna relation gör det möjligt för sjuksköterskorna att fortsätta att stödja i rehabiliteringsprocessen. Det kan antas att dessa upprepade möten möjliggör för sjuksköterskorna att utvärdera vad kontakten har inneburit för patienten och därmed också lättare att se sin roll. Det styrks av Lowenberg (2003) som menar att grunden för att skapa tillit och förtroende för sjuksköterskan är att ha en upprepad kontakt och patienter beskriver att det knappast är möjligt att följa råd från en sjuksköterska när förtroendet saknas.

Samtalen visar att flera sjuksköterskor önskar utbildning inom området, vilket kan tolkas att de upplever kompetensbrist och en osäkerhet som kan vara en del av varför de vill slussa vidare till annan yrkesgrupp som möjligen upplevs mer kunnig. För att kunna stödja, vägleda och arbeta rådgivande menar Lowenberg (2003) att det finns ett behov av att sjuksköterskorna har tillräcklig kompetens inom området och det är också vad de intervjuade sjuksköterskorna anger saknas. Han beskriver vidare att kunskap om sjukdomen och dess uppkomst och symtom samt patientens vårdbehov är en förutsättning för att kunna förstå och ge stöd och vägledning.

Konklusion

Flera av de sjuksköterskor som har en engångskontakt berättar att de inte jobbar med den här patientgruppen, trots att några ändå beskriver att de hjälper patienten att skapa begriplighet. Däremot talade sjuksköterskor som har en upprepad kontakt med patienterna om att de upplever sig vara betydelsefulla. Det tolkas som att relationen till patienten är avgörande för hur sjuksköterskan ser på sin roll. De sjuksköterskor som har en telefonkontakt med patienterna beskriver en frustration över den begränsade tiden för samtal vilket tolkas som att omvårdnaden får stå tillbaka för den mätbara ekonomiska styrningen. Genomgående beskriver alla sjuksköterskor att det de gör innebär att de lyssnar på patienterna samtidigt som flera av dem inte explicit uttrycker det som ett stöd. Det kan tolkas som att den relationella delen av omvårdnaden är osynlig för sjuksköterskorna som inte uppfattar att deras lyssnande är av värde för patienterna. Möjligen kan en sjukvårdstradition som bygger på teknisk/medicinsk vård fortfarande prägla dagens sjuksköterskor.

Implikationer

Sjuksköterskor behöver redan på utbildningsnivå, stärkas i sin stödjande funktion genom lyssnande och att finnas till hands. Det är av vikt att sjuksköterskor inom primärvården och företagshälsovården får möjlighet att arbeta självständigt med denna patientgrupp för att på sikt få en stor erfarenhet och hög kompetens som generar god och kvalitativ vård för patienterna och skapar en dynamik i arbetsgruppen.

Den relationella delen i sjuksköterskerollen kan exempelvis ges en större tyngd genom regelbunden handledning men också genom att sjuksköterskan erbjuds utbildning kring utmattningssyndrom med fysiologi och hur beteendeförändringar påverkar patienten och vilket stöd de behöver.

I framtida forskning skulle det vara av värde att studera patientperspektivet. Hur patienter upplevde sin situation och vad som var viktigt för deras tillfrisknande och det är angeläget i den fortsatta processen i interaktionen mellan sjuksköterska och patient.

Referenser

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arbetsmiljölagen: 2014. Solna: Arbetsmiljöverket.

Arving, C. (2007). *Individual psychosocial support for breast cancer patients* (Doctoral thesis, Uppsala Science Park). Uppsala: Uppsala University. Hämtad 2014-03-04 från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-7929>

Axelsdotter- Hök, Å., & Tegle, S. (2008). *Litteratur- och faktaöversikt 2008-11-24 (reviderad 2009-01-06)*. Svensk företagshälsovård

CODEX. (2000). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad: <http://codex.vr.se/manniska3.shtml/> [2014-12-29]

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Harrison, S. (2006). Nurse-led teams enable quicker recovery from chronic fatigue. *Nursing Standard*, 21(3), 11

Hedin, U-C. (1994). *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom* (Doctoral thesis from University of Gothenburg). Hämtad 2014-02-04 från <http://hdl.handle.net/2077/11535>

Holmström, I., & Dall'Alba, G. (2002). 'Carer and gatekeeper' - conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(2), 142-148.

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag.

ICN, International Council of Nurses. (2012). Code of Ethics for Nurses. Hämtad: <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> [2014-12-29]

Klang-Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Polen: Studentlitteratur.

Klingberg, Larson, S. (2000). *Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet*. Stockholm: Liber AB.

Krauklis, M., & Schenström, O. (2002). *Utbrändhet den nya folksjukdomen*. Johanneshov: Bokförlaget Robert Larson AB.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lau, B. (2002). Stress in Children: Can Nurses Help? *Pediatric nursing*, 28(1), 13-19
- Leenerts, M., & Teel, C. (2006). Relational conversation as method for creating partnerships: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 467-476. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03846.x
- Lowenberg, J. (2003). The nurse-client relationship in a stress management clinic. *Holistic Nursing Practice*, 17(2), 99-109.
- Lynch, J. J. (1983). *Det brustna hjärtat*. Lund: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Målvqvist, I., Åborg, C. & Forsman, M. (2011). *Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning om New Public Management* (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2011:11) Stockholm: Karolinska Institutet
- Oberle, K., & Allen, M. (2001). The Nature of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook*, 49 (3), 148-153.
- Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder; att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patterson, E., Wan, Y. T., & Sidani, S. (2013). Nonpharmacological nursing interventions for the management of patient fatigue: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2668-2678. doi:10.1111/jocn.12211
- Ryen, A. (2004). *Kvalitativintervju- från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stickley, T. & Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, 9(5), 12-18.
- Sveriges Företagshälsor.(2013). *Trivsel på jobbet - en åldersfråga?* Jobbhälsobarometern delrapport 2012:2. Stockholm: Sveriges Företagshälsor.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Westerhäll, Wahlne, L., Bergroth, A., & Ekholm, J.(2009). *Rehabiliteringsvetenskap- rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Malmö: Studentlitteratur.

World Health Organisation, *Declaration of Alma-Ata*. 12 September 1978
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1

Wiklund, Gustin, L., & Bergbom, I. (2012). Inledning. I Wiklund, Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.). (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.25-29). Estonia: Studentlitteratur.

Wright, M, L., Watson, L, M., & Bell, M, J. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Regionalt Vårdprogram – Utmattningssyndrom. Västra Götalandsregionen (2011)

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99



Till Verksamhetschef

Information om undersökning av sjuksköterskans stödande funktion i relation till patienter med utmattningsreaktion

Vi är två sjuksköterskor som skriver vår C-uppsats i ämnet omvårdnad. Vi har valt att fördjupa oss i utmattningsreaktion dels på grund av egen erfarenhet men också i arbetet som sjuksköterskor.

Vi har uppmärksammat att utmattningsreaktion är en av de sjukskrivningsorsaker som ökar mest och har blivit ett problem inte bara för individen utan också ur ett samhällsperspektiv. Vi vill gärna undersöka hur sjuksköterskan uppfattar sin stödande funktion för denna patientgrupp.

Vårt önskemål är därför att få möjlighet att intervjua en av sjuksköterskorna på Er vårdcentral/företagshälsovårdsmottagning.

Intervjun beräknas ta ca 20 minuter.

Vi planerar att intervjua 6– 8 sjuksköterskor som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med personer som drabbats av utmattningssyndrom.

Deltagandet är anonymt och helt frivilligt. Intervjun kan avbrytas av respondenten när som helst utan att behöva ange några skäl. Materialet kommer att bearbetas och hanteras under sekretess och inga identiteter kommer att vara identifierbara. Undersökningen kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Högskolan Väst.

Uddevalla 1311113

Ewa Bergqvist Boström 070-614 04 55 ewa@bosep.se

Lena Nilsson Wicke 070-324 17 42 lana@episteme.se

Handledare Åse Boman 0520 -223948 ase.boman@hv.se

II

De enskilda författarnas bidrag till examensarbetet

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Arbetets titel:

Att lyssna är att stödja - Sjuksköterskors erfarenhet av patienter med utmattningssyndrom

Författare:

Ewa Bergqvist Boström och Lena Nilsson Wicke

Författarnas enskilda bidrag till examensarbetets olika delar avseende bakgrund, metodbeskrivning, datainsamling, analys, resultat och diskussion är följande:

Bakgrund

Metodbeskrivning:

Datainsamling:

Analys:

Resultat:

Diskussion:

Författarna har under hela uppsatstiden arbetat tillsammans, gemensamt planerat och formulerat texten. Den enda individuella delen har varit att litteraturen har sökts var för sig samt att var och en har tänkt på var sitt håll. Detta har sedan diskuterats och formulerats och litteraturen har gått igenom vid varje gemensam träff. Träffarna har skett ungefär en gång i veckan under hela arbetsperioden och mellan träffarna har telefon och sms/mejl-kontakt förekommit.

Arbetsupplägget har varit likadant genom hela processen alltså gäller ovanstående redogörelser även för metodbeskrivning, datainsamling, analys, resultat och diskussion.