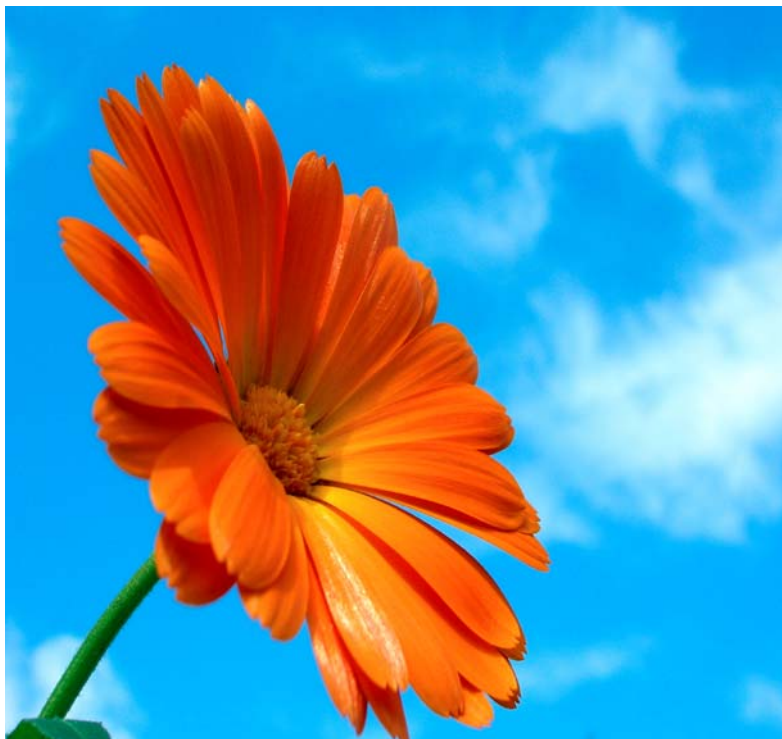




GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Mota Olga i grind”

En kvalitativ studie om utmattningssyndrom.



Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Annicka Brattberg & Lotta Wikemar

Handledare: Eva Landmér

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Socionomprogrammet

VT-08

C-uppsats av Annicka Brattberg & Lotta Wikemar

Titel: ”Mota Olga i grind”

Handledare: Eva Landmér

Abstract

Syfte

Syftet med vår uppsats är att beskriva utmattningssyndrom ur ett kvalitativt perspektiv. Vi visar hur den vetenskapliga forskningen ser på utmattningssyndrom idag. Vi vill ge en bild av både medicinskt vedertagna, men också mer folkligt förankrade sätt att förebygga utmattningssyndrom. Det primära syftet är att ge en bild av hur de faktiska personerna upplevelsemässigt beskriver sig.

Frågeställningar

1. Vad är utmattningssyndrom idag i Sverige?
2. Hur beskriver personer med utmattningssyndrom sin problematik?
3. Hur ser forskningen respektive våra respondenter på skyddsfaktorer?

Nyckelord

Utmattningssyndrom, stress, hälsa, prevention.

Metod

Vi har valt att göra en kvalitativ studie via intervjuer för att få beskrivande data.

Resultat

Vad vi kan konstatera efter att ha läst ett antal böcker och rapporter om utmattningssyndrom, är att alla är överens om att det är ett stort problem med höga ohälsotal samt långvariga sjukskrivningar. Utmattningssyndrom är en fysisk och psykisk reaktion på att ha varit utsatt för en längre tids stress. Ofta är denna stress arbetsrelaterad, men andra grupper såsom studenter och arbetslösa kan också drabbas. Vad dessa grupper tycks ha gemensamt är att de saknar tid och möjlighet för återhämtning. Hos våra respondenter ser vi att de utmattade upplever att de fått en ökad insikt hur kroppen reagerar vid skadlig stress *efter* att de drabbats av utmattningssyndrom. De högpresterande använder sig av denna insikt i ett *tidigt* stadium då kroppen signalerar att något känns fel.

Tack!

Utan våra respondenter hade det inte blivit någon C-uppsats, därför vill vi rikta ett speciellt tack till dessa personer. Det har varit intressant och lärorikt att få ta del av era erfarenheter.

Vi tackar våra barn och män som har varit förstående och uppmuntrande i det tidskrävande arbetet med vår uppsats.

Tack till vår handledare Eva Landmér som har väglett oss.

Annicka & Lotta



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
VÅRT INTRESSE FÖR UTMATTNINGSSYNDROM.....	1
SYFTE	1
FRÅGESTÄLLNINGAR	1
AVGRÄNSNINGAR	1
DISPOSITION AV UPPSATS.....	1
BAKGRUND	2
UTMATTNINGSSYNDROM IDAG I SVERIGE.....	2
<i>Folkhälsorapport 2005</i>	2
<i>Försäkringskassans förslag</i>	2
TEORETISK REFERENSRAM	3
TERMINOLOGI OCH DEFINITIONER	3
<i>Burnout</i>	3
<i>Utmattningssyndrom</i>	3
<i>Utmattningsdepression</i>	4
<i>Kroniskt trötthetssyndrom</i>	4
<i>Självkänsla</i>	4
TIDIGARE FORSKNING	5
<i>Positiv eller negativ stress</i>	5
<i>Prevention</i>	5
<i>Behandlingsmetoder för utmattningssyndrom</i>	6
<i>Rapport av Perski</i>	7
<i>Utmattningssyndrom i kommunen</i>	8
<i>Arbete och stress</i>	9
TEORETISKA PERSPEKTIV	11
<i>Coping</i>	11
<i>KASAM</i>	12
METOD	14
FÖRFÖRSTÅELSE	14
METODVAL	14
URVALSFÖRFARANDE.....	15
LITTERATURSÖKNING	16
VALIDITET	16
RELIABILITET	16
GENERALISERBARHET.....	16
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
RESULTAT	18
PRESENTATION AV RESPONDENTERNA MED UTMATTNINGSSYNDROM.....	18
1. <i>Kände du till diagnosen utmattningssyndrom?</i>	18
2. <i>Hur såg din livssituation ut när du fick diagnosen?</i>	19
3. <i>Upplivede du att du kunde påverka situationen?</i>	21
4. <i>Hade du någon att prata med?</i>	22
5. <i>Upplivede du några tidiga signaler av utmattning?</i>	23
6. <i>Fick du någon form av alternativa metoder (motion eller avslappning) på inrådan från läkare? På vilket sätt försökte du själv förbättra ditt mående?</i>	24
7. <i>Har du sökt självhjälp för att förstå och förändra din situation?</i>	25
8. <i>Har du kvar ditt tidigare arbete? Upplever du att chefer, kollegor, släkt och vänner visar hänsyn?</i>	26
9. <i>Hur gör du idag för att inte råka ut för samma sak igen?</i>	26
10. <i>Upplever du, trots allt, något positivt kring det som hänt?</i>	27
PRESENTATION AV DE HÖGPRESTERANDE RESPONDENTERNA.....	29

1. Har du i samband med hög arbetsbelastning känt av symtom som kan vara utmattningsrelaterade? Lyssnar du på din kropps signaler?	29
2. Har du sökt självhjälp för att orka hålla ditt höga tempo?	29
3. Om något inte känns bra, har du då möjlighet att påverka din situation?.....	30
4. På vilket sätt får du stöttning hemifrån och på jobbet?.....	30
5. Hur skakar du av dig en jobbig händelse?.....	31
6. Har du någon strategi för att hantera särskilt krävande situationer?	31
7. Utövar du någon fysisk aktivitet för att orka hålla tempot?.....	32
ANALYS	33
1. VAD ÄR UTMATTNINGSSYNDROM IDAG I SVERIGE?	33
2. HUR BESKRIVER PERSONER MED UTMATTNINGSSYNDROM SIN PROBLEMATIK?	34
3. HUR SER FORSKNINGEN RESPEKTIVE VÅRA RESPONDENTER PÅ SKYDDSAKTORER?	36
ORSAKSANALYS	38
SLUTDISKUSSION	39
UPPSATSSENS PROCESS	39
FÖRSLAG PÅ MER FORSKNING	40
<i>Motion som prevention och rehabilitering</i>	40
<i>Fysisk aktivitet på recept</i>	40
<i>Mental träning</i>	41
<i>Lugn – och rosystemet</i>	42
KÄLLFÖRTECKNING	44
BILAGA 1	46
INTERVJUGUIDE.....	46
<i>Frågor till dem som har varit sjukskrivna för utmattningssyndrom</i>	46
BILAGA 2	47
INTERVJUGUIDE.....	47
<i>Frågor till de högpresterande</i>	47

Inledning

Vårt intresse för utmattningssyndrom

Vi är intresserade av förebyggande åtgärder mot utmattningssyndrom, eftersom socionomer tillhör en högriskgrupp för att drabbas. Vi känner flera personer som drabbats hårt av utmattningssyndrom, varav en del har kvarstående symtom. Dessutom verkar denna diagnos drabba allt yngre människor, vilket vi anser är oroväckande.

Syfte

Syftet med vår uppsats är att beskriva utmattningssyndrom ur ett kvalitativt perspektiv. Vi visar hur den vetenskapliga forskningen ser på utmattningssyndrom idag. Vi vill ge en bild av både medicinskt vedertagna, men också mer folkligt förankrade sätt att förebygga utmattningssyndrom. Det primära syftet är att ge en bild av hur de faktiska personerna upplevelsemässigt beskriver sig.

Frågeställningar

1. Vad är utmattningssyndrom idag i Sverige?
2. Hur beskriver personer med utmattningssyndrom sin problematik?
3. Hur ser forskningen respektive våra respondenter på skyddsfaktorer?

Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa vår uppsats, då det inte finns långvariga vetenskapliga bevis för att alternativa metoder såsom motion, yoga eller liknade, fungerar med positiva resultat ännu. Vi är dock väldigt intresserade av dessa alternativa metoder, så därför har vi valt att skriva om dessa under diskussion, samt som förslag till vidare forskning.

Disposition av uppsats

Vi börjar med att presentera det material som vi har funnit kring den psykiska ohälsan, dit diagnosen utmattningssyndrom hör. Därefter följer definitioner av olika begrepp som är relevanta i samband med utmattningssyndrom. Efter detta presenterar vi teorierna var för sig. Detta följs av val av metod, resultat samt analys. Vi avslutar med en diskussion och förslag på framtida forskning.

Bakgrund

Utmattningssyndrom idag i Sverige

Folkhälsorapport 2005

Sedan slutet av 1990-talet har det skett en dramatisk ökning av långtidssjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2003). Utvecklingen av försäljningen av mediciner mot depressioner, främst de nya SSRI – preparaten har ökat betydelsefullt sedan 1992. Till kvinnor säljs nästan dubbelt så mycket som till män. Det har förts en diskussion om man har skrivit ut för mycket antidepressiv medicin för problem, som i grunden har sitt ursprung i sociala förhållanden och stressfaktorer, där förebyggande eller andra sociala insatser skulle vara motiverande. En annan infallsvinkel är att det tidigare har varit ett underdiagnostiserat behov av depressionsbehandling som nu har tillfredsställts. Samhällsklimatet har dessutom blivit hårdare, med ökad press på individuella prestationer och framgång, inte minst inom skola samt arbetsliv. Ekonomiska neddragningar med konsekvenser för välfärdsystemet, minskar möjligheter till förebyggande insatser (Folkhälsorapport, 2005).

Försäkringskassans förslag

Vi ser idag att utmattningsrelaterade sjukdomstillstånd ofta är mycket långdragna processer, med långa sjukskrivningar, innan man är redo att återvända till sitt tidigare arbete. Det är inte ovanligt att en återgång till samma arbetsuppgift, får tillståndet att accelerera igen och så har man i värsta fall en ny period av arbetsfrånvaro framför sig.

Nu har regeringen gjort en översyn av dessa långtidssjukskrivningar och väntas i juni 2008 ta beslut om betydligt hårdare krav på de sjuka, deras arbetsgivare och försäkringskassan. Regeringen vill att arbetsförmågan ska prövas tidigare än idag, samt att omplaceringar hos samma arbetsgivare ska bli vanligare. Om detta inte är möjligt ska man se till hela arbetsmarknadens förfogande. Förslaget går ut på att en rehabiliteringskedja med olika tidsgränser skall införas. Inom tre månader ska man pröva att gå tillbaka till ordinarie arbetsuppgifter eller andra uppgifter hos samma arbetsgivare. Efter nittio dagar ska man få stöd av försäkringskassan och lämpliga arbetsuppgifter ska sökas över hela arbetsmarknaden. Om det visat sig att man inte kan återgå till ordinarie arbete, trots rehabilitering och eventuella arbetsplatsanpassningar, kan rätten till sjukpenning upphöra efter sex månader, man står då till arbetsmarknadens förfogande. Det finns undantag från dessa tidsramar, exempelvis om prognosen tydligt visar att man efter avslutad behandling eller rehabilitering kan börja sitt gamla arbete igen, vilket då kan ge rätten till förlängd sjukpenning. Från månad sex till tolv görs det avstämningsmöten med försäkringskassan där man får hjälp att försöka återgå till någon form av arbete. Om den sjukskrivne vägrar att samarbeta kring arbetsprövning eller i sökandet efter annat jobb kan sjukpenningen dras in. Försäkringskassan ska räkna samman sjukdagar som härrör från samma diagnos, för att den sjuke inte skall kunna arbeta en kortare period, sedan bli sjukskriven och börja från dag ett igen. Den sjukskrivne ska få bättre stöd från försäkringskassa och arbetsgivare, samt att man ska kunna pröva ett annat arbete, utan att riskera sin anställning. Förslagen väntas i huvudsak börja gälla från 080701 (Dagens Socialförsäkring, nr 1, 2008). Vi anser detta vara tuffa åtgärder för en människa som lider av utmattningssyndrom, att klara av ett aktivt arbetssökande, samtidigt som läkaren föreskriver lugn och ro.

Teoretisk referensram

Terminologi och definitioner

Vi väljer här att förklara olika begrepp som vi anser är relevanta kring utmattningssyndrom.

Burnout

Peter Hassmén (professor i psykologi samt professor i idrott) och Natahlie Hassmén (docent i psykologi) skriver att en av de första som intresserade sig för vad som händer när individens resurser är uttömda, var Christina Maslach. I slutet på 70-talet populariserade hon begreppet ”burnout”, den svenska termen blev utbrändhet (Hassmén och Hassmén, 2005). Redan i slutet på 1800-talet uppmärksammades konsekvenserna av de samhällsförändringar som var resultatet, när jordbrukarsamhället fick ge vika för industrisamhället, då började nya stressframkallande tillstånd att uppträda. På den tiden användes beteckningen neurasteni, innebörden är i stort sett densamma som för tillståndet utbrändhet, men det saknas en koppling till påfrestande omständigheter (Socialstyrelsen, 2003).

Utbrändhet bestod av tre dimensioner: emotionell utmattning, empatibortfall gentemot patienterna och en upplevd försämring av arbetsprestationen. En svaghet med Maslachs tidiga teorier var att hon ansåg att det endast var personal som krävde en intensiv kontakt med andra människor som drabbades av utbrändhet. Det var på grund av känslan av övermäktighet och maktlöshet att hinna med alla som behövde hjälp. Senare forskning visade dock att även personer utan större kontakt med andra människor kunde bli utbrända, vilket motiverade Maslach och hennes medarbetare att modifiera sin teori, samt att utveckla nya mätinstrument. Fortfarande ingår tre delskalor: utmattning, cynism, och arbetsrelaterat självförtroende. Det gemensamma i de flesta förklaringsmodeller är att ”man måste brinna för något för att kunna bli utbränd” och en hög motivation är central (Hassmén och Hassmén, 2005).

Det krävs olika överlevnadsstrategier för att hantera de känslor som uppkommer i pressande situationer. Maslach förklarar hur människan ställs inför olika alternativ, då energiåtgång och energitillgång inte överensstämmer med varandra, dekompressionsaktiviteter. Hon har lånat uttrycket från sportdykningen där det handlar om att jämna ut trycket för att inte drabbas utav dykarsjukan. På liknande sätt måste den som har ett krävande arbete eller livssituation hantera den press de upplever på arbetet, genom att skaffa sig ett andrum på sin fritid för att mäta med sin situation. För vissa kan det vara någon form av meditativ upplevelse, medan andra söker sig till mer fartfyllda upplevelser som passar dem bättre. Maslach menar att det är av stor vikt att skilja på yrkesliv och privatliv, betydelsefullt att kunna sätta gränser, våga säga nej till övertidsarbete, samt att försöka låta bli att ta jobbet med sig hem i form av grubblande och oro (Maslach, 1986).

Många olika beteckningar har använts på detta tillstånd. Översatt till svenska ger ”utbränd” association till något oåterkalleligt och är dessutom inte är någon medicinsk term. Socialstyrelsen föreslår att termen **utmattningssyndrom** används för de tillstånd där depression inte har utvecklats (Socialstyrelsen, 2003).

Utmattningssyndrom

Diagnosen utmattningssyndrom innebär ett antagande om etiologin - sjukdomens orsaker, här långvarig stress. När ett sjukdomstillstånd blir en modediagnos, som får stor massmedial uppmärksamhet, kan det leda till att andra sjukdomstillstånd missas eller felbehandlas. Först måste andra somatiska sjukdomar med liknande symtombild uteslutas, såsom exempelvis diabetes, hypothyreos och B12-brist (Socialstyrelsen, 2003).

Utmattningssyndrom är ett sent skede i en process som börjar med stress och stressreaktioner där depression och ångestsymtom kan förekomma. Tillståndet utmärks främst av psykisk utmattning (påtaglig brist på psykisk energi och uthållighet), även somatiska symtom kan förekomma och denna stress måste ha existerat under minst sex månader. Skulle det vara så att kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom uppfylls kan utmattningssyndrom endast anges som tilläggs-specifikation. Faktorer som leder fram till utmattningssyndrom är för stor arbetsbelastning som inte ger möjlighet till återhämtning, bristande egenkontroll, bristande erkänsla, bristande gemenskap på arbetsplatsen, orättvis behandling och värderingskonflikter. Eftersom utmattningssyndrom inte endast är resultatet av långvarig arbetsrelaterad stress, utan även kan påverkas av annan stress som pågår under tillräckligt lång tid, kan även andra grupper såsom studenter, arbetslösa, pensionärer och idrottare drabbas (Hassmén och Hassmén, 2005).

Utmattningsdepression

En människa som uppvisar tecken på utmattningssyndrom, men som också diagnostiserats med egentlig depression, bör ges diagnosen egentlig depression med utmattningssyndrom eller utmattningsdepression. För den som inte i klinisk mening är deprimerad, föreslås av socialstyrelsen att använda diagnosen utmattningssyndrom med depressiva symtom (Hassmén och Hassmén, 2005). Depression är mer förknippat med statusförlust samt uppgivenhet än utmattningssyndrom och depression kan ses som ett sent skede av utmattningsprocessen (Socialstyrelsen, 2003).

Kroniskt trötthetssyndrom

Vid kroniskt trötthetssyndrom är det företrädevis somatiska symtom som nämns, såsom muskelvärk, ledvärk, huvudvärk, halsont, ömmande lymfkörtlar, nedsatt korttidsminne och koncentrationsförmåga, sömnbrist, samt att man känner sig sjuk under minst 24 timmar efter en ansträngning. Minst fyra av dessa symtom måste föreligga. En stor och avgörande skillnad mellan utmattningssyndrom och kroniskt trötthetssyndrom, är att det i samband med utmattningssyndrom för det mesta går att identifiera orsaken till det aktuella tillståndet, medan det typiska för ett kroniskt trötthetssyndrom är en oförklarlig trötthet som inte går att vila bort. Kroniskt trötthetssyndrom debuterar ofta efter långvarig infektion och flertalet drabbade är mycket aktiva. Medelåldern för dem som drabbas är vid 35 års ålder (Hassmén och Hassmén, 2005).

Självkänsla

Individfaktorer för ökad sårbarhet för utvecklande av utmattningssyndrom är självkänslan och perfektionism. Det mesta går att göra bättre, det går aldrig att vinna allas gillande och uppskattning, så därför riskerar denna individ att känna sig värdelös och må dåligt. Höga perfektionistiska krav i kombination med en överdriven oro och rädsla för misstag, samt grubblerier om prestationens kvalitet gör att de aldrig upplever att de gjort tillräckligt mycket eller tillräckligt bra (Hassmén och Hassmén, 2005).

Människor har olika grad av motståndskraft och genetiska faktorer som kan spela roll, liksom uppväxtmiljön, samt i vilken grad individen bygger sin självkänsla på förmågan att prestera goda arbetsresultat. Den kliniska erfarenheten visar att många människor med utmattningssyndrom är synnerligen lojala, ambitiösa och hårt arbetande personer som ofta uppfattas som mycket värdefulla (Socialstyrelsen, 2003).

Tidigare forskning

Här presenterar vi tidigare forskning kring stress och utmattningssyndrom.

Positiv eller negativ stress

Angelöw skriver att det finns två huvudsakliga strategier för att hantera stress, för det första att ta itu med de förhållande som orsakar stressen och för det andra att mildra stressens verkningar. Stress är egentligen inte en fråga om de yttre påverkningarna i sig utan om hur personen ifråga tolkar situationen. Om en situation kommer att upplevas som stressande eller inte beror alltså på vår tankemässiga tolkning av situationen och på vilka möjligheter vi har att hantera den. Man kan skilja på positiv och negativ stress. Den positiva stressen handlar ofta om en lustbetonad och meningsfull ansträngning, där kroppen inte reagerar med skadliga stressreaktioner. Den negativa och farliga stressen innebär att man oroar sig, hetsar upp sig för olika vardagssituationer och framför allt att man utsätts för kraftig stress under mycket lång tid (Angelöw, 1999).

Man kan skilja på olika typer av stressreaktioner: fysiologiska, känslomässiga, beteendemässiga, sociala och organisatoriska, vilka inte kan ses isolerade från varandra. Forskare har kunnat konstatera att stress kan leda till cirka 1 400 olika fysiologiska och biokemiska förändringar i kroppen. Genom olika slag av stressorsaker försätts kroppen i ett alarmtillstånd som kan utlösa stressreaktioner. Om den förhöjda stressnivån pågår under en längre tid, medför det en ökad förslitningshastighet i kroppen, vilket kan leda till olika typer av sjukdomar. En och samma påfrestning kan hos någon leda till magsår, hos en annan till förhöjt blodtryck, hos en tredje till kanske hjärtinfarkt, medan en fjärde person förblir frisk. Många sjukdomar anses vara stressrelaterade såsom hjärtinfarkt, förhöjt blodtryck, migrän, nack- och ryggbesvär, spänningshuvudvärk, astma, magsår, eksem mm. Eftersom stress kan ta sig olika uttrycksformer så är ett sätt att bemästra stressen att bli mer medveten hur du reagerar i olika situationer. Många kan gå omkring med symtom på stress utan att förstå att det rör sig om stressreaktioner. Ta varningssignalerna på allvar och börja fundera hur du kan förändra din situation för att känna dig mindre stressad (Angelöw, 1999).

Termen regeneration är ett samlingsnamn för en rad olika processer i kroppen som syftar till att reparera skador på kroppens celler, denna reparation pågår dygnet runt eftersom kroppens celler ständigt bryts ned och nya behöver bildas. Vid stress ökar nedbrytningstakten och kroppens naturliga reaktion blir att försöka öka regenerationen. När stressen består över en längre tid (kronisk stress) och inte avlöses av den nödvändiga återhämtningsfasen, så minskar motståndet samt förmågan att klara av situationen gradvis och därmed regenerationen. Den tid en person orkar upprätthålla motståndet är individuell och beror på faktorer som förmåga att hantera det som stressar (copingförmåga), personlighet (t ex optimism – pessimism), tidigare erfarenheter och dagsform - är personen utvilad och i balans kommer motståndet att vara effektivare jämfört med om den aktuella stressorn hamnar ovanpå en redan stor stressbörda (Hassmén och Hassmén, 2005).

Prevention

Positiv feedback är något som stärker människan. Goda relationer till vänner och familj, en religiös tillhörighet och ett starkt socialt stöd är bra exempel på vad som fungerar preventivt mot utmattningssyndrom. Maslach delar sin syn på detta med den israeliske psykiatern Aaron Antonovsky och hans teorier om GMR (generella motståndsresurser). Har man en trygg grund att stå på utanför sitt yrkesliv är det enklare att klara stressiga situationer i yrkeslivet, samt att arbetet inte betyder allt, utan bara är en del av vardagen (Maslach, 1986).

Många utbildningar idag fokuserar primärt på prevention, inte på rehabilitering. En strävan inom den traditionella sjukvården är att erbjuda friskvård, för att därmed minska vårdkostnaderna som hotar hela sjukvårdssystemet. Det är viktigt att utveckla kriterier så att tidiga tecken på ett begynnande utmattningssyndrom kan identifieras, exempelvis genom att ange kriterier för ”utmattning av första graden”, ”utmattning av andra graden” och så vidare. På så sätt kan adekvata friskvårdsåtgärder sättas in tidigt i utmattningsprocessen och förhoppningsvis i god tid innan ett fullt utvecklat utmattningssyndrom är ett faktum samt att friskvård tvingas över i sjukvård (Hassmén och Hassmén, 2005).

Om vi reflekterar över att vi sover ungefär en tredjedel av livet är det lätt att inse att sömnstörningar kan få allvarliga konsekvenser både fysiskt och psykiskt om de pågår under en längre tid (Hassmén och Hassmén, 2005).

Behandlingsmetoder för utmattningssyndrom

Carlsson skriver att idag har man tagit steget från en biomedicinsk syn på att behandla sjukdomstillstånd (patogenes) till ett biopsykosocialt förhållningssätt där man istället försöker förebygga, söka, behandla vidare ohälsa och fokusera på det friska (salutogenes). Skillnaderna i syn- och förhållningssätt är så vitt skilda från tidigare förhållningssätt, att det kan vara frågan om ett så kallat paradigmskifte. Idag har man börjat se till helheten hos människan, inte bara till symtomen. Detta skapar möjlighet till tvärprofessionella arbetsgrupper där ett spännande samarbete väntar (Carlsson, 2005).

Vid institutet för Psykosocial Medicin och dess Stressmottagning arbetas med att finna adekvata behandlingsmetoder för utmattningssyndrom. Vid den första fasen, när utmattningssyndromet just konstaterats, är patienterna oerhört känsliga och i stort sett helt utslagna. Stöd och förståelse utgör grundkomponenterna med målet att starta de förnyande processerna genom att fokusera och optimera förutsättningarna för god sömn och näringsrik kost. Vidare uppmuntras regelbundna vanor med vila och mental avslappning, ofta också kompletterat med lågintensiv fysisk aktivitet, vilket tillsammans skapar förutsättningar för återhämtning och inträde i den andra fasen. Vid andra fasen vill man fortsätta de goda vanorna som skapats, samtidigt som sambandet mellan den uppkomna situationen (stressjukdomen) och livsföringen diskuteras. Målet är att genom självinsikt skapa goda förutsättningar för den tredje fasen, då målet är en återgång till ett normalt liv med en ökad kunskap, som förhoppningsvis innebär att nya stressjukdomar undviks (Hassmén och Hassmén, 2005).

Schenström och Krauklis anser att en konstant ström av sinnesintryck utan tillräcklig tid för återhämtning, är den starkast bidragande orsaken till den mentala och känslomässiga utmattningen. I ***utmattningsfasen*** har den drabbade svårt att acceptera de stora omställningar i det dagliga livet som är nödvändiga. Detta beror på att man sedan länge har vant sig vid ständigt arbete, högt tempo och en aldrig sinande ström av stimuli, det har blivit en livsstil. Det är viktigt att få ett stopp på det ständiga flödet av stimuli så att återhämtningsprocessen kan komma igång. Utmattningstillståndet innebär att hjärnan inte längre kan bearbeta de inkommande intrycken och att handlingskraften är så gott som obefintlig. De praktiska råd som bör ges i denna situation är att lägga undan mobiltelefonen, glömma datorn, stänga av radion och tv och så mycket som möjligt söka sig till tysta och miljöer som skapar lugn och ro. Att lyssna till lugn och rogivande musik kan vara ett bra alternativ. De flesta utmattade lider av sömnstörningar, därför är det viktigt att stimulera kroppens lugn- och ro- system (Krauklis och Schenström, 2001).

Huden är vårt största sinnesorgan, det är därför naturligt att vi mer eller mindre instinktivt berör en medmänniska eller fattar hennes händer när hon har hamnat i en besvärlig situation. Den lätta beröringen kan kommunicera närhet och förståelse och fungera som en ordlös tröst. Vi lever i en beröringsfattig kultur. Massage, meditation och avspänningsövningar sänker stressnivån och förhindrar att man oavbrutet befinner sig på riskabelt höga stressnivåer (Krauklis och Schenström, 2001).

För behandling i *återhämtningsfasen* är principen först att lugna sinnet, sedan att lugna kroppen. Enligt Perski så är det viktigt att få balans i kropp och själ. Den enklaste vägen går via försiktig fysisk träning av olika slag, sjukgymnastik samt avslappningsövningar. En del österländska behandlingsmetoder som akupunktur, qigong eller meditation kan vara till hjälp (Perski, 2002). Enligt Krauklis och Schenström är en promenad är aldrig fel och eventuellt kan kognitiv terapi hjälpa (Krauklis och Schenström, 2001).

Under *omorienteringsfasen* riktas behandlingen in på patientens kommande yrkes- och privatliv. Många av dem som drabbas av utmattningssyndrom har en kraftigt ökad känslighet för de faktorer som utlöste stressjukdomen. Det kan räcka med att se arbetsplatsen eller att tänka på att återvända till den gamla miljön för att patienten ska påverkas negativt. Reaktionen är en skyddsmekanism som skyddar patienten från sådant som har skadat henne och utlöst utmattningstillståndet. Människans beteendemönster sitter djupt och är svårt att förändra, vilket gör att den drabbade nu måste lära sig nya förhållningssätt. Målet med behandlingen är att återställa den personliga balansen, samt förse patienten med verktyg för att klara ett fortsatt aktivt privat- och yrkesliv (Krauklis och Schenström, 2001).

Rapport av Perski

Perski och Grossi har skrivit rapporten "Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor", institutet för psykosocial miljömedicin i Stockholm, Stressmottagningen. Syftet med studien (år 2002) var att kartlägga frekvens och omfattning av emotionell utmattning bland kvinnliga anställda inom två olika delar i den offentliga sektorn. De studerade personalens arbetsmiljö inom den geriatriska vården och försäkringskassan. Emotionell utmattning valdes eftersom den enligt Maslach anses vara utmattningssyndromets mest pålitliga sjukdomstecken. Ett annat syfte med studien var att studera personalens självskattade arbetsmiljö, där de ville undersöka upplevelserna av krav, kontroll och socialt stöd samt respondenternas somatiska, kognitiva och emotionella symtom. Till sist avsåg rapporten att beskriva den emotionella utmattningens medicinska aspekter, genom ett urval av frivilliga läkarundersökningar som respondenterna genomgått (Perski och Grossi, 2002).

De arbetade efter en metod som de kallar screening, vilken genomfördes vid två geriatriska kliniker och vid tre av försäkringskassans lokalkontor i Stockholm samt i Södertälje. 183 respektive 143 anställda inom äldrevården och försäkringskassan ombeddes delta genom att de uppmanades fylla i ett frågeformulär rörande deras psykosociala arbetsmiljö samt eventuella stressymtom. Formulären besvarades anonymt, men man kunde fylla i namn och telefonnummer om man ville bli djupintervjuad eller bli kallad till läkarundersökning. 77 % valde att delta och n= 164. Tecken på utmattningssyndrom, 22 frågor som graderades från 0 (aldrig) till 6 (varje dag) beräknades med Maslachs "Burnout Inventory". Kontroll, krav samt socialt stöd på arbetsplatsen, mättes med Karasek och Theorells mätinstrument, som innehåller 17 frågor med en fyrgradig skala (1 = stämmer inte alls och 4 = stämmer helt). Medelvärden räknades ut för skalorna kontroll, krav och socialt stöd. Genom att de i analysen delade krav med kontroll erhöles också ett mått på mängden arbetsrelaterad stress, "job strain" (Perski och Grossi, 2002).

Andra symtom kontrollerades också med en skala och delades upp i somatiska besvär, sömnbesvär, kognitiva besvär, känslomässiga besvär samt trötthet. Ovanstående symtom graderades på en femgradig skala (1 = nej, aldrig och 5 = ja, alltid). Utöver detta genomfördes läkarundersökningar på ett urval av respondenterna och dessa utfördes bland 19 försäkringskassanställda med låg utmattningsrisk, samt 41 med hög emotionell utmattning. Bland geriatrikpersonalen uppvisade 34 procent låg, 32 procent måttlig och 34 procent hög emotionell utmattning. Denna analys visade betydande skillnader med avseende på kontroll, krav, arbetsrelaterad stress och socialt stöd. Testerna visade att gruppen undersköterskor och vårdbiträden med hög emotionell utmattning upplevde högre krav, lägre kontroll, mer arbetsrelaterad stress och mindre socialt stöd än de övriga grupperna. Bland försäkringskassans personal uppvisade 45 procent låg emotionell utmattning, medan 29 procent och 26 procent uppvisade måttliga respektive höga nivåer. Hög emotionell utmattning var vanligare bland deltagare som arbetade med sjukförsäkringsärenden än bland respondenter med ledande befattningar (Perski och Grossi, 2002).

Somliga inom psykiatrin ser utmattningsrelaterade sjukdomar som egentliga depressioner och önskar klassificera alla dessa tillstånd som utmattningsdepression. Denna studie visar att det inte är nedstämdhet som är det vanligaste symptomet bland kvinnor som ligger i riskzonen att bli utmattade. Undersökningen visade inte heller någon skillnad mellan dessa kvinnor och de som inte uppvisade några symtom på emotionell utmattning. De dominerande symtomen verkar vara sömnrubbnings, trötthet och kognitiva begränsningar. Rapporten visar att nedstämdhet kanske debuterar senare i patientens sjukdomshistoria och då som en reaktion på den sviktande hälsan. Studien visar också att man kan identifiera personer i riskzonen för stressrelaterade sjukdomar med hjälp av enkla frågeformulär (Perski och Grossi, 2002).

Utmattningssyndrom i kommunen

Krauklis och Schenström skriver att Sverige är det land som är hårdast drabbat av utmattningssyndrom i hela världen. För att komma till rätta med situationen måste vi själva finna framkomliga vägar, eftersom det inte finns några förebilder. Den skadliga stressen har fått sådana proportioner och konsekvenser för människors hälsa och samhällsekonomin, att extraordinära åtgärder behöver vidtas för att vända utvecklingen. Det räcker inte med att arbeta enbart på det individuella planet eller på företags- och organisationsnivå, utan arbetet med att förebygga kronisk stress måste tränga ut i alla delar av samhället. Från central samhällsnivå bör resurser ställas till förfogande för det förebyggande arbetet i allmänhet och för speciella insatser mot högriskgrupper i synnerhet. En medveten satsning på kommunal nivå, där varje kommun i landet angriper problemet. Arbetet med att förebygga kronisk stress kan jämföras med att förhindra spridningen av en smittsam sjukdom som har nått epidemiska proportioner. Till att börja med bör hela befolkningen nås av information om riskerna med skadlig stress och rekommendationer om hur man kan undvika att drabbas, för det andra bör de mest utsatta riskgrupperna identifieras och göras till föremål för skraddarsydda insatser. För att ett bredare förebyggande arbete ska bli möjligt, behövs lokal samverkan på kommun- eller kommundelnivå och detta kräver någon form av gemensam organisation som har till uppgift att samordna arbetet. Först bör en projektgrupp bildas i vilken kommunens ledande arbetsgivare ingår. Ortens större företag, kommunledningen, försäkringskassan och arbetsplatser som har många kvinnor anställda bör vara representerade. Vidare bör medicinsk kompetens med kunskap om stress ingå, liksom den folkhälsoansvarige i kommunen. Eftersom kommunen på många orter är en av de största arbetsgivarna och den offentliga sektorn har de flesta långtidssjukskrivningarna, är kommunledningen den naturliga initiativtagaren till att en projektgrupp bildas (Krauklis och Schenström, 2001).

Två riskgrupper som är särskilt utsatta är kvinnor och barn. Kvinnor arbetar generellt dubbelt så mycket som män i hemmet, cirka trettio timmar per vecka. Enligt folkhälsorapporten från 2001 så ökar medellivslängden, samtidigt som allt fler mår sämre psykiskt. Hos barn och ungdomar har besvär med ångest och oro två- till tre- dubblats under en tioårsperiod. Krauklis vill uppmana skolpolitiker samt skolledare att vidta åtgärder, för att bidra till att minska barnens stress och psykiska ohälsa, genom att införa fysisk träning varje dag. Detta förbättrar även koncentrations- och inlärningsförmågan. Sverige är i dagsläget näst sämst i Europa när det gäller idrottstimmar per vecka i skolan. Nästa skolpolitiska åtgärd som önskas är att skapa utrymme för avspänning, genom att lyssna på lugnande musik 10 minuter varje dag och tillgång till regelbunden massage. Framgångsrika försök har gjorts med att låta yngre barn massera varandra efter instruktion av personal, eftersom massagen lugnar, stärker sammanhållningen och bidrar till goda relationer mellan barnen. Ytterligare en stressfaktor som bör uppmärksammas är den höga ljudnivån (Krauklis och Schenström, 2001).

Arbete och stress

Kecklund arbetar på stressmottagningen och har tillsammans med Dahlgren samt Åkerstedt skrivit en rapport kring ämnet arbete, påverkan och stress: *Undersökning av förtroendearbetstid: vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående*. Syftet med undersökningen var att studera hur förtroendearbetstid påverkar upplevelsen av stress, trivsel på arbetet och den anställdes hälsa. De ville dessutom undersöka olika arbetstidsfaktorers betydelse för självskattad hälsa, hur stress påverkar psyke och kropp genom att försöka mäta stresshormonet kortisol, trötthet, sömn samt återhämtning. De nämner att det endast finns få studier kring ämnet tidigare. För att studera en grupp där förmånen förtroendearbetstid användes, kontaktades fackförbundet Sif. Förtroendearbetstid innebär att den anställde själv planerar och ansvarar för sina arbetstider och skaffar sig på så sätt ett eget inflytande över sin arbetssituation. Man hade helst gjort en före/efter studie, men då detta inte var möjligt kontaktades HTF (som delvis använder sig av oreglerad arbetstid) för att kunna jämföra och dra slutsatser. Skillnaden mellan oreglerad arbetstid och förtroendearbetstid är främst att den senare innebär att man ska nå givna mål under mer flexibla arbetsformer, samt att arbetsformen omfattar fler av de anställda (Kecklund, Dahlgren och Åkerstedt, 2002).

Kecklund och Dahlgren och Åkerstedt arbetade med olika kvantitativa metoder. Studien innebar att 70 medarbetare inom Sif intervjuades och efter det delade man ut en enkät (som delvis tagits fram av Perski) till samtliga anställda inom Sif och HTF. Totalt omfattades 608 personer av studien, varav 80 % av de tillfrågade valde att delta. Till sist gjorde man en intensivstudie på 60 personer uppdelade med hälften från Sif och hälften från HTF. För de som deltog i intensivstudien innebar det att skriva dagbok under två veckor, bära med sig en aktivitetsmätare (för mätning av sömn och sömnkvalitet) samt undersökningar i form av salivprov (Kecklund, Dahlgren och Åkerstedt, 2002).

Studien visade att de flesta respondenterna var nöjda med sin förtroendearbetstid. 75 % var tillfredsställda med de praktiska möjligheterna att påverka arbetstiderna och 83 % av deltagarna inom Sif ville behålla sin förtroendearbetstid. Den grupp som var mest belåten med förtroendearbetstid var ombudsmän och föräldrar. Införandet av förtroendearbetstid resulterade i att trivseln med arbetstiderna ökade, de upplevde större flexibilitet att ta ut en ledig dag, samt mer tid för privata ärenden och familjer. Dock fann man endast vaga samband mellan förtroendearbetstid och positiva effekter på stress och hälsa (Kecklund, Dahlgren och Åkerstedt, 2002).

Det fanns en liten grupp (16 %) som inte var helt tillfreds. De ansåg att lönen försämrats och att arbetstiden i stället ökat, administratörer var överrepresenterade bland dessa. Vissa upplevde att gränsen mellan arbete och fritid blivit vagare. De som önskade sig tillbaka till reglerad arbetstid trivdes sämre med sitt jobb, hade mer ogynnsam arbetsstress, uppvisade en sämre hälsa och mer sömnrubbningar. De som var tillfredsställda med inflytandet över arbetstiden trivdes bra med sitt arbete, hade bättre egenkontroll över arbetet, samt upplevde bättre hälsa. Studien visade också att de som var anställda av Sif (och hade förtroendearbetstid) upplevde en större trivsel med arbetstider, arbetsförhållanden och kolleger än de som arbetade för HTF. Dock var skillnaderna inte så stora (Kecklund, Dahlgren och Åkerstedt, 2002).

Vad vi uppfattar av studien så hade ingen mätning angående arbetsbelastning gjorts mellan de två förbunden med avseende på exempel ansvarsområden. Detta kan ha påverkat resultatet om det är så att HTF har fler medlemmar fördelat över ett mindre antal tjänstemän för att handlägga olika ärenden vilket kan ha påverkat deras resultat till det negativa gällande stress, välmående och ohälsa. På HTF arbetar också ett större antal tjänstemän och dessa har då större möjlighet att påverka sin arbetstid än övriga inom samma förbund. Kanske hade skillnaderna mellan de två förbunden blivit tydligare om fördelningen varit den samma? Även om studien inte påvisade något samband mellan ökad hälsa och friare arbetstider menar vi att det ändå kan utgöra en sekundäreffekt då friare arbetsförhållanden påverkar trivseln och på så sätt höjer KASAM och verkar främjande för hälsan.

Teoretiska perspektiv

Vi har valt teorierna Coping och KASAM utifrån att vi anser dessa vara användbara.

Coping

När vi ställs inför främmande förhållanden och svåra problem behöver vi ett sätt att hantera dessa nya omständigheter, försöka förstå samt anpassa oss efter den rådande situationen. Vi ser på stress och utmattning som ett sådant tillfälle. Då väljer vi en eller flera copingstrategier och försöker anpassa oss till de nya kraven. Enligt Alan Monat (professor i psykologi) och Richard S. Lazarus (professor i psykologi) är coping en högre anpassning under relativt svåra förhållanden. All anpassning är inte coping eftersom vi alla anpassar oss dagligen. Coping är vidare en medveten acklimatisering som inte får förväxlas med andra omedvetna, rigida försvarsmekanismer som till exempel förträngning och projektion. Coping är ett val av anpassning som är flexibelt i sin utformning och som förändras över tid, samt att det är ett försök att övervinna svårigheter genom att söka inre och yttre utvägar ur sin situation (Monat och Lazarus, 1985).

Socialstyrelsen skriver i sin rapport ”Utmattningssyndrom”, att individens copingstrategier (överlevnadsstrategier) är en faktor som har betydelse för uppkomsten av utmattningssyndrom. Individens copingstrategier i form av undvikande och distansering spelar en stor roll (Socialstyrelsen, 2003).

Enligt Lars-Olof Persson (docent i psykologi) är coping ett begrepp som kan översättas med orden stressbemästring eller stresshantering. Coping har hamnat i fokus och det sker mycket forskning kring detta. Bland annat görs studier där man jämför olika människors förmågor att hantera stress, för att försöka finna alternativ för att öka människors stresstålighet. Coping handlar om hur vi påverkas, hanterar och anpassar oss till alla hot och krav som livet utsätter oss för, exempelvis hög arbetsbelastning, miljöhot eller problem av ekonomisk natur. Större förändringar eller främmande situationer påverkar oss psykiskt och känslor som oro, förtvivlan, skuld, skam eller sorg kan ansätta oss vid sådana tillfällen. Man försöker övervinna, reducera eller tolerera det svåra som uppkommit och dessa olika lösningar kan hanteras via problemfokuserad coping, känslufokuserad coping eller värderande coping. Coping är beroende av olika personlighetsdrag som självförtroende, flexibilitet, optimism med mera. Det är lättare för en person som innehar ett högre mått av KASAM att hantera en svår situation, genom en lämplig coping metod (Persson, 2005).

Lazarus gjorde på åttiotalet en undersökning om hur stress påverkar människan och fann då att vissa personer besatt en högre förmåga till anpassning, vilket han kallade för coping. Lazarus anser att den subjektiva tolkningen av stressoren är viktigare än själva händelsen (Persson, 2005). Upplevelsen av till exempel otillräcklighet eller rädsla i kombination med sin egen tilltro att kunna hantera situationen är det som avgör utgången (reaktionen) på händelsen. Det är detta som gör att vi reagerar så olika på likartade händelser och situationer. Lazarus påpekar att alla copingstrategier innebär för- och nackdelar för människan, vilket innebär att all utvärdering kring valda strategier bäst bör belysas tvärvetenskapligt ur ett psykologiskt, fysiologiskt och socialt perspektiv. Lazarus varnar för att en felaktig copingstrategi kan leda till illusioner och förnekelse (Monat och Lazarus, 1985).

Problemfokuserad coping försöker angripa upphovet till problemet, vilket sker genom att söka information, konfrontera, förändra, lära sig nytt och göra praktiska anpassningar till situationen som uppstått. Känslfokuserad lösning innebär att släppa fram de känslor man har såsom självdistraherande beteende, meditation eller avslappning. Det är vanligt att kombinera dessa metoder med varandra och sättet att förhålla sig till problemen ändrar sig över tid. Alla copingmetoderna fungerar, men den problemfokuserade anses vara den som är mest effektiv på sikt (Monat och Lazarus, 1985). Persson skriver att coping inte är en metod utan flera och menar då att man uppnår det bästa resultatet när man kombinerar de olika strategierna (Persson, 2005). Det kan ske genom att till exempel både ta reda på fakta (problemfokuserad coping) samtidigt som man försöker skapa en lagom distans till situationen genom fysisk aktivitet eller avslappning (känslfokuserad coping).

Under senare år har ytterligare dimensioner kring coping utvecklats. Weiten och Lloyd har forskat kring coping och hur vi hanterar det olika stressorer vi utsätts för i livet. De har funnit den värderande copingen som handlar om reflektioner, att förändra sitt tänkande, om förnekande eller att ställa sig distanserande från problemet. Den kan också handla om att se humoristiskt på situationen för att skapa en nödvändig distans (Weiten och Lloyd, 2006). Sammanfattningsvis kan man uttrycka det som att människan kan hantera situationen antingen genom att närma sig problemet eller genom att försöka undvika det.

KASAM

KASAM - känslan av sammanhang, utarbetades av den israeliske psykiatern Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi. Han frågade sig varför vissa klarar sin hälsa trots att de utsätts för svår stress. Människor som har en hög KASAM känner sig förstådda och förstår också andra människor. Enligt Larsson så har dessa människor en positiv grundsyn på livet och en stark tro på framtiden. Antonovsky myntade begreppet salutogenes som kommer från latinets salus (hälsa) och från det grekiska ordet genesis (ursprung/uppkomst). Metoden innebär att man har sin utgångspunkt från ett salutogent tänkande och det handlar om att ta tillvara det friska och fungerade hos individen. Detta kan jämföras med det traditionella synsättet patogenes, där man fokuserar på sjukdomars orsaker (Larsson, 2005).

KASAM bygger på begriplighet som är kognitivt och handlar om att förstå sig själv och hur omvärlden fungerar. Man förstår struktur och ser de flesta skeenden som förutsägbara, eller vid oväntade händelser kan ge en logisk förklaring i efterhand. Den bygger på meningsfullhet, att min existens har en innebörd. Det innebär att jag kan känna engagemang, delaktighet och motivation och på så sätt känner en mening med mitt liv. Vidare bygger KASAM på hanterbarhet, att man har en subjektiv upplevelse av att ha tillräckliga resurser för att kunna möta olika situationer och kan förändra sitt liv. Att man känner tillit till andra människor samt upplever sig trygg i visshet om att problem till slut ordnar upp sig (Antonowsky, 2007).

Enligt Antonovsky är stressorer de yttre påfrestningar som vi inte kan styra över. I korthet kan man beskriva att människan ständigt är utsatt för olika stressorer som fungerar nedbrytande för kropp och psyke. Kroniska stressorer är långvarig påverkan av livssituationer såsom social situation, krigsupplevelser, förvärvat handikapp. Viktiga avgränsade händelser såsom avsked, pension, skilsmässa och sjukdom samt dagliga förtretligheter och bekymmer som exempelvis dålig ekonomi samt konflikter i arbetslivet påverkar oss. Lazarus var den som introducerade termen dagliga förtretligheter, liksom Antonowsky är Lazarus dock inte helt säker på hur stor betydelse dessa har för människans hanterande av hälsan (Antonovsky, 2007).

Alla människor har dock generella motståndsresurser (GMR) som skall fungera skyddande mot dessa olika stressorer. Exempel på detta kan vara en stark grupptillhörighet, jagstyrka och socialt stöd, vilket stärker KASAM och ger positiv livserfarenhet som befrämjar den personliga utvecklingen. När dessa motståndsresurser inte är oss till hjälp, utan vi har dåliga erfarenheter från dessa viktiga områden, kallas de GMB (generella motståndsbrister) och sänker i stället vår nivå av KASAM ytterligare. Vid en låg KASAM känner sig människan förföljd av otur och förväntar sig inte heller något av framtiden. Man kan öka individens KASAM genom att påvisa och tillföra olika salutogena faktorer. Antonovsky skriver även om copingresurser när han studerar vilka faktorer som bibehåller kontinuitet eller förbättrar individens positioner. Coping liknar KASAM: s begrepp hanterbarhet. Om man inte ser ett sammanhang i nuet, sitt förflutna och sin framtid är det svårt att ta tag i sitt liv och få till stånd en förändring. Ju starkare KASAM, desto bättre förmåga har man att hantera problemsituationer (Antonovsky, 2007).

Metod

Förförståelse

En grundtanke inom hermeneutiken är att vi alltid förstår något genom det vi har med oss från tidigare erfarenheter. Vår förförståelse avgör vart vi riktar vår uppmärksamhet (Gilje och Grimen, 1992). Stress och utmattning har fått ett stort utrymme i media, det är en ”trendig diagnos i tiden”. De flesta av oss känner någon som har drabbats och ibland får man själv tänka sig för och slå av på takten. Vi har haft vår uppsatsidé klar sedan en längre tid tillbaka och har läst mycket litteratur och följt medias debatt kring ämnet. Vi har på nära håll sett hur personer som drabbats av utmattning påverkats psykiskt, samt hur besvärligt det kan vara att komma tillbaka. En av oss har upplevt detta på en tidigare arbetsplats, vilket dessutom gav en intressant inblick i hur diskussionerna gick bland den drabbades kollegor. Vi är medvetna om att vår tidigare lärdom i ämnet kan påverka våra intervjuer och analyser på både gott och ont, men vi har försökt att hålla sinnet öppet.

Metodval

Vi har valt att göra en kvalitativ, beskrivande studie. Larsson skriver att kvalitativ forskning hänförs till forskningsstrategier som ger beskrivande data om individens verbala utsagor. I den kvalitativa metoden försöker man nå kunskap om individens subjektiva upplevelser utifrån hennes egna ord, uttryck och meningsbeskrivningar. Via en empatisk inlevelse försöker undersökaren förstå hur respondentens inre livsvärld upplevs ur den andres perspektiv. Utifrån en sådan beskrivning kan forskaren sedan analysera dessa beskrivna upplevelser utifrån teoretiska perspektiv (Larsson, 2005). Enligt Kvale passar den kvalitativa intervjun särskilt bra när man vill få fram människors syn på sina upplevelser och självuppfattning utifrån sina egna perspektiv på sina respektive livsvärldar (Kvale, 1997). Att kombinera den kvalitativa metoden med en deduktiv ansats blev vårt val i denna undersökning. Deduktion innebär att man drar en logisk slutsats som betraktas som giltig om den är logiskt sammanhängande (Thurén, 2003). Enligt Larsson är en mer strukturerad intervjuform särskilt lämpad för en deduktiv metod. Denna typ av intervju innebär att alla respondenter får besvara samma frågor och i en bestämd turordning. Fördelen med denna form av intervju är att den minskar de felkällor som annars kan uppkomma då de olika intervjuerna genomförs vid olika tillfällen (Larsson, 2005). Det viktigaste i den kvalitativa intervjun är inte att komma fram till något slutgiltigt och otvetydigt svar, utan att framföra respondenternas egna, unika och ibland motsägelsefulla uppfattningar om ämnet (Kvale, 1997).

Vi har intervjuat nio personer, varav sex har diagnostiserats med utmattningssyndrom. Datasamlingen har gjorts genom personlig kontakt med strukturerade intervjuer samt litteraturstudier. Totalt tog varje intervju en till en och en halv timme. Tiden kändes väl avpassad och en längre intervju upplever vi inte skulle ha gett mer ny information. Intervjuerna har i de flesta fall gjorts i hemmiljö, utom två som genomförts i anslutning till respondenternas olika arbetsplatser, detta på deras egen begäran. Vi upplevde att genom att de själva fick styra i valet av miljö i intervjusituationen ökade respondenternas känsla av trygghet och kontroll. Vi valde att inte använda oss av bandupptagning då vi redan vid första kontakten per telefon med en respondent ombads att inte använda oss av detta hjälpmedel. Respondenten menade att det kändes besvärande och att hon då kunde bli mer eftertänksam i sina svar samt kände viss oro för hur det inspelade materialet sedan skulle hanteras.

Vi har format vår metod efter intervjuforskningens sju stadier: 1 *tematisering* (formulerat undersökningens syfte och beskrivit ämnet före intervjun). 2 *planering* (vilken kunskap som eftersträvas och de moraliska konsekvenserna). 3 *intervju* (ha ett reflekterande förhållningssätt). 4 *utskrift* (förberett intervjumaterialet för analys). 5 *analys* (avgör utifrån syfte och ämne vilken analys som är lämpligast). 6 *verifiering* (fastställt intervjuresultatets generaliserbarhet, reliabilitet och validitet). 7 *rapportering* (rapporterat resultatet av undersökningen och metoderna som har använts, till en form av vetenskapliga kriterier som tar hänsyn till de etiska aspekterna) (Kvale, 1997).

Vi började med *tematiseringen* där vi sammanställde vad vi visste om utmattningssyndrom och formulerade ett syfte. Utifrån detta syfte i kombination med KASAM arbetade vi fram en intervjuguide som vi förutsatte skulle ge oss svar på det vi ville undersöka (se bilaga). Sedan fortsatte vi med att *planera* utifrån vilken kunskap vi ville få fram och med de etiska dilemman som eventuellt kunde uppstå. När vi genomförde våra *intervjuer* försökte vi ha ett reflekterande förhållningssätt.

När det var dags för *utskrift* av vårt insamlade material tillät vi oss att sälla ut överflödigt material som inte kunnat tillföra undersökningen något nytt sett från vår frågeställning. En tanke inom hermeneutiken är att allt består av rörelser mellan delar och helhet, det finns relationer mellan det vi tolkar och den kontext det befinner sig i och även mellan vår förförståelse och det vi tolkar. Ett fenomen har bara betydelse i det sammanhang det befinner sig i och därför är det viktigt att ge en så korrekt bild som möjligt av sammanhanget. Hur en del tolkas är alltså beroende av helheten som i sin tur är beroende av hur delen tolkas (Gilje och Grimen, 1992).

Vi har med hänsyn till respondenternas anonymitet gjort mindre ändringar gällande namn, ålder och fritidsintressen. För att genomföra en *analys* använde vi oss av coping och KASAM som verkar applicerbara för undersökningen där vi utöver de raka svaren försöker finna fler, kanske omedvetna drag och strategier hos de svarande. Tolkningar är i hög grad beroende av personliga omdömen samt erfarenheter och aldrig värdeneutrala (Gilje och Grimen, 1992). Genom *verifiering* försöker vi här fastställa intervjuresultatets validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. För att *rapportera* har vi sammanställt det färdiga resultatet i uppsatsen och lovat återkoppla till våra respondenter efter avslutat arbete.

Urvalsförfarande

Vi har valt att avgränsa oss till respondenter i åldersgruppen 35-60 år, då vi vill att de ska ha haft ett antal år inom yrkesvärlden och ännu befinna sig i yrkesverksam ålder. Vi har sökt dem som arbetade heltid (före utmattningssyndromet) och som dessutom har haft någon form av aktivt engagemang vid sidan av deras yrkesverksamma liv. De respondenter som drabbats av utmattningssyndrom ska ha haft läkarkontakt och fått en diagnos. Larsson skriver om olika urvalsstrategier för kvalitativ forskning, varav snöbollsurval är en utav dem, vilket innebär att man erhåller respondenter via en person som känner en person som känner en annan (Larsson, 2005). Vi har funnit båda grupperna av våra respondenter via snöbollsurval. Vi kontaktade vederbörande via telefon och frågade om han eller hon vill ställa upp på en intervju. Av dessa totalt nio personer var sju stycken kvinnor och två män. Då utmattningssyndrom oftare drabbar kvinnor och en större del fokus och forskning sker utifrån dem, ville vi gärna få med ett par män för att låta deras syn på hälsa och ohälsa exemplifiera deras perspektiv.

Litteratursökning

För att få kunskap och förståelse kring det nuvarande forskningsläget så fördjupade vi oss i en del av den forskning som finns tillgänglig i ämnet. För att få tag på litteratur sökte vi i relevanta källförteckningar, på Internet och i olika databaser såsom Google Scholar, LIBRIS, Artikelsök samt på Stockholms Universitet.

Validitet

Kvale förklarar att validitet står för att metoden undersöker det den är avsedd att undersöka och att våra observationer verkligen speglar de fenomen eller variabler som intresserar oss. Att validera är att kontrollera, uttrycka tvivel om, ifrågasätta och att teoretisera. Forskaren inrättar en kritiskt analyserande åsyn på sin egen analys (Kvale, 1997). Utifrån syfte och frågeställningar skapades intervjufrågorna för att säkra vår validitet. Respondenterna fick information kring vad intervjun skulle handla om och de kunde då själva ta ställning till om de passade att delta i studien. Vi utformade öppna frågor så att intervjupersonerna kunde berätta om sina upplevelser, samt ge utrymme för förklaringar. Efter varje fråga har vi repeterat vad vi förmodat att respondenten åsyftat och på så sätt erhållit bekräftelse på att vår tolkning var riktigt gjord. Detta för att risken för missuppfattningar och felaktigheter skall minimeras. Vi har under hela arbetets gång kontrollerat och ifrågasatt resultatet för att försäkra oss om att vi mäter det som var syftet att mäta. Utifrån dessa förklaringar anser vi att validiteten är god.

Reliabilitet

Reliabilitet handlar om pålitlighet. Thurén menar att reliabilitet (följaktligen tillförlitlighet) innebär att mätningarna är riktigt gjorda och att undersökningen bygger på ett karakteristiskt urval av personer, så att inte slumpmässiga sammanträffanden gör att det påverkat resultatet. Det grundläggande är att samma metoder ska kunna användas av olika personer, på samma material och under övrigt lika omständigheter (Thurén, 2003). För att ytterligare öka vår reliabilitet har vi använt oss av triangulering och studerat fenomenet från olika håll. Vi har använt oss av litteratur för att besvara våra frågeställningar och sedan exemplifierat från våra respondenter och försökt att tolka deras svar enligt KASAM samt coping.

Vi är medvetna om att vår reliabilitet kan ha rubbats då vi gjort vårt urval av respondenter. För att finna dessa tog vi först kontakt med ett par från respektive bekantskapskrets som drabbats av utmattningssyndrom. De hade båda varit sjukskrivna ett tag och då träffat andra i liknande situationer som de lärt känna och hjälpte oss att få kontakt med dessa. Vi fann sedan resterande av respondenterna från denna grupp via snöbollsurval. Den andra gruppen med högpresterande personer, hittade vi i utkanten av vår bekantskapskrets. Via våra arbeten frågade vi runt efter personer som skulle kunna passa in under denna profil. Dessa urvalsmetoder gör att respondenterna kanske inte är rättvist fördelade när det jämförs med verkligheten. Grupperna består i klar majoritet av kvinnor med en högre utbildning. Med ett annat urval än vårt kan resultatet utmynna i något annat.

Generaliserbarhet

När det gäller generaliserbarheten finns begränsningar inom den kvalitativa forskningen, eftersom man ofta arbetar med mindre, specifika grupper som inte grundar sig på slumpmässiga urval (Larsson, 2005). Därför har vi valt att i första hand, besvara våra frågeställningar utifrån litteraturen och endast exemplifiera med våra respondenter.

Etiska överväganden

Vi har följt de forskningsetiska råden enligt publikation ur Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet, 1991). Under intervjuerna har vi tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna som gäller inom samhällsvetenskapen. Vi har informerat (informationskravet) kring syftet med uppsatsen och poängterat att deras medverkan är frivillig och att de när som helst kan avbryta medverkan om de så önskar (samtyckeskravet). Vi har skyddat deltagarnas identitet genom att informera om att vi har tystnadsplikt och vi har skrivit på så sätt att ingen utomstående ska kunna identifiera respondenten i uppsatsen (konfidentialitetskravet). Under intervjuernas gång har vi intagit en defensiv linje och försökt att visa lyhördhet samt undvikit att pressa respondenterna på detaljer de kanske inte själva önskat delge oss. Respondenterna har villigt delat med sig av sin situation. Vi är införstådda med att uppgifter som är insamlade om enskilda personer inte får användas för myndighetsutövning eller för kommersiellt bruk, utan endast för forskningsändamål (nyttjandekravet).

Resultat

Här presenterar vi vårt intervjumaterial, resultaten av respondenternas **egna** ord. Vi börjar med att göra en kort presentation av våra respondenter, då vi upplever att resultatet blir mer intressant, samt att man får en djupare förståelse. Först redovisar vi intervjuerna med de personer som varit sjukskrivna för utmattningssyndrom och därefter den andra gruppens.

Vi använder oss av den narrativa analysen, vilket innebär att man använder berättelser som analysenhet. Detta är ett analysverktyg som söker meningen och innebörden i texten (Sjöblom, 2005). Vi använder oss utav teorierna coping och KASAM för att analysera vårt material.

Presentation av respondenterna med utmattningssyndrom

R1 – kvinna på 37 år som är gift och har två barn. 3-årig ekonomisk gymnasieutbildning, komvux 1 år - internationell sekreterare och utbildningar via arbetet.

R2 - kvinna på 41 år som är gift och har två barn. Hon har en 2-årig gymnasieutbildning - distribution och kontor, samt en vårdbiträdesutbildning.

R3 - kvinna på 40 år som är sambo och har ett barn. Utbildad undersköterska och har kortare utbildning på eftergymnasial nivå.

R4 – kvinna på 43 år som har tre barn, särbo och är utbildad Socionom.

R5 – man på 40 år som är ensamstående och utbildad ingenjör.

R6 – kvinna på 45 år som är gift och har tre barn. Hon har eftergymnasial utbildning och arbetar inom vård och omsorg i en arbetsledande position.

Alla människor har en unik personlighet, vilket gör att man hanterar förändringar och utmaningar på olika sätt. Då vår tid är begränsad väljer vi att se närmare på ett litet urval av människor och försöka finna vad som skiljer – men också vad som överensstämmer bland dessa personer. Vi hoppas innerligt att inte någon av våra respondenter upplever sig missförstådda i vår uppsats.

1. Kände du till diagnosen utmattningssyndrom?

R1: *Jag hade bara hört talas om utmattningssyndrom. Jag sökte hjälp hos en massör för att jag hade ont i nacken och hade haft tre inflammationer i ryggen. Massören tyckte senare att jag skulle söka läkare, eftersom nacken ansågs vara färdigbehandlad och jag hade pratat med henne om diverse, så hon trodde nacken berodde stress.*

R2: *Jag hade hört talas om det, men jag inte insåg att det hände mig.*

R3: *Jag hade hört talas om det, men trodde att jag bara var deprimerad. Jag har haft flera tillfällen då jag har mått dåligt, men värst var det för ca 7 år sedan.*

R4: *Ja, jag kände mig utmattad. Jag sökte läkare, det stod utmattningsdepression på rapporten. Jag har haft depressioner tidigare, var depressiv i tonåren. Fick en rejäl depression 1995, behövde medicinering, orkeslös, det var en klassisk depression. Jag hade fruktansvärt höga krav på mig själv som mamma och tömde mig i mammarollen. Mina barndomsupplevelser väcktes till liv. När första barnet var ca ett år bröt detta ut, ville nästan inte ha kroppslig kontakt. Min egen mamma har lämnat mig till andra som fick ta hand om mig, faster som jag inte tyckte om, kanske det var detta som hände. Kände mig misslyckad som mamma och tom, blev arg på min mamma och tyckte att det hängde ihop med hur hon varit mot mig. Vi har pratat om detta jag och mamma, har bra kontakt idag. Fick en psykiatriker med samtal och antidepressiva medel. Jag åkte till mina föräldrar med min dotter och vilade upp mig tre veckor, kunde faktiskt vila. Jag skrev en gång ett brev till mina föräldrar att "Jag är så trött, jag känner mig som en överbelastad långtradare som kör i uppforsbacke", men ändå gjorde jag inget åt det. Varför reagerade jag inte, utan tog på mig ännu mer, varför?*

R5: *Jag sökte läkarhjälp år 2000, det var innan diagnosen utbrändhet slagit igenom och väldigt många undersökningar gjordes innan jag fick diagnosen. Jag var helt sjukskriven i tre månader och sjukskriven på deltid i 2,5 år.*

R6: *Jag hade väl hört talas om utbrändhet, men inte den diagnos som jag fick - utmattningsdepression. Jag var för dålig för att bry mig. Ville bara hem och sova. Jag förstod att hålla tyst om min sjukdom. Vad skulle de tro på jobbet och vad skulle min chef tro. Att hon anställt någon som var sjuk i huvudet?*

Reflektion/Analys

Maslach skrev om burnout redan 1986 och sedan har både hon och andra utvecklat forskningen kring utmattningssyndrom (Maslach, 1986). Två av våra respondenter, R3 och R5 fick sina diagnoser kring år 2000. De upplevde då att företagshälsovården inte var så införstådda kring diagnosen utmattningssyndrom. R5 berättar till exempel om att många undersökningar krävdes innan andra sjukdomstillstånd kunde uteslutas och han fick diagnosen utmattningssyndrom. Diagnosen hade inte heller blivit massmedial, vilket gjorde att även respondenterna och allmänheten hade en begränsad insikt om utmattningens innebörd. Detta kan för respondenterna ha inneburit en större oförståelse hos de närstående, en generell motståndsbriest (GMB).

2. Hur såg din livssituation ut när du fick diagnosen?

R1: *Jag var en person hemma och en på jobbet. Jag var engagerad, detaljerad och kontrollerad - rent arbetsmässigt. Jag var alla till lags. Släktingar lade sig mycket i familjen, vilket gjorde att jag och min man hamnade i konflikter, då jag rättade mig mer efter dem. Jag blev sjukskriven första gången en vecka, innan jag förstod vad det var. Vid mammaledigheten i två år blev det värre. Så gick mormor bort. Jag gjorde en abort, min man var ej med, han arbetade, jag tog en taxi hem och tog direkt hand om 3 månaders barn. Mannen arbetade mycket, ofta bortrest i jobbet. Jag blev inkörd till psykakuten av min man. Jag fick medicin av akutläkaren som då remitterade mig till öppenvårdspsykiatrin, men de ringde mig och sa att jag var inte tillräckligt sjuk för att få någon hjälp av dem. Min man ringde tillbaks till akutmottagningen och vi fick då söka vidare via vårdcentralen. Via läkaren fick jag en remiss som gav mig 10 gr hos psykolog på vårdcentralen.*

R2: Jag arbetade som vårdpersonal på ett ålderdomshem och år 2002 blev jag sjuk. Ibland är jag lite dum och tror att jag ska klara allt och vill inte lämna återbud om jag sagt att jag ska hjälpa någon, man ska vara så j-vla redig. Jag kan känna att kroppen gav lite vinkar ibland, kroppen reagerade på om de gamla ropade för mycket eller gick efter mig, jag kände mig lite stressad. Det var mycket på jobbet, nedläggningar, tjafs, mycket sjukskrivningar (inte jag då, men andra), kort om folk så man jobbade hårt, det var stressigt. Jag arbetade ofta ensam på avdelningen på kvällarna så jag hann inte känna efter om jag hade några symtom. Till slut kände jag att jag blev irriterad på småsaker. Jag vågade inte ge mediciner längre för jag litade inte på mig själv. Jag kände mig fruktansvärt förvirrad och lättirriterad. Jag ville att allting skulle gå fortare än vad det gjorde. Jag blev tyst, så då började det gå rykten att jag hade problem hemma och det blev jag också trött på. Jag kände kaos inombords men personalen sa att det inte märktes mot de gamla eller deras anhöriga. Jag hade en bra fasad, hur jag nu lyckades med det. Varför reagerade jag inte mer när jag var så irriterad, jag bara gick till sjuksköterskan på jobbet och tog prover på grund utav trötthet, illamående och att jag hade svimmat vid flera tillfällen, men det visade inget, proverna var bra. Jag blev orolig, pillig (när det kändes jobbigt inuti, i bröstet, så började jag dra i mina fingrar) och fruktansvärt rastlös. Jag mådde så dåligt, jag visste inte vad jag skulle ta vägen. Gick iväg tyst, flydde. Jag tränade kopiöst mycket och trodde att det var väl därför jag var trött. Jag ville inte vara hemma så mycket och bli arg på barnen så jag flydde till träningen. Jag blev aldrig färdig med saker och ting. Jag hade mycket runt omkring mig även i privatlivet med små barn och allt vad det innebar. Jag spelade även fotboll och min man hade sina aktiviteter och barnen sina.

R3: Jag var en positiv, social, aktiv, tjänstvillig person som ville vara alla till lags. Jag var också mycket självkritisk och ville ha allting perfekt runt i kring mig. Det var fysiskt tungt på jobbet (jobbade som undersköterska på äldreboende) och mycket konflikter på arbetsplatsen. Jag hade en väldigt jobbig relation som resulterade i separation och stod ensam med ett deltidsjobb och en villa att betala för. Jag var nyinflyttad i ett litet samhälle utan vänner och släktingar på nära håll. En nära anhörig som levte på orten tog sitt liv och det gick mycket rykten i samhället.

R4: Det var kaotisk. På jobbet kände jag mer och mer att jag inte var närvarande, kämpigt att gå dit. Klienterna upplevde att jag inte var närvarande och sa det. Hemma var det en dålig relation och noll kommunikation mellan mig och min före detta man. Jag höll på att skriva min C-uppsats mitt i allt också. Jag var överbelastad. Det var mitt fel ser jag nu, kunde inte säga nej, allt hängde på mig. Kollegor såg det på så sätt att oj här kommer virvelvinden osv men ingen frågade hur mår du egentligen. Jag höll mig lugn på jobbet ändå. Jag var mycket engagerad i barnens olika skolor, det var 50 möten på en termin. Jobbet blev en frizon, där jag kunde koncentrera mig på andras problem, slapp min egna. Jag fick en långvarig dunderinfluensa och blev sängliggande länge. Det utlösande var att det blev stopp i huvudet. Jag kunde inte sätta ihop meningar i C-uppsatsen, jag fick sömnproblem och körde mot rött ljus med bilen. Andras behov kom alltid före.

R5: Det hade gjorts en stor omorganisation på arbetsplatsen och jag hade ingen tydlig befattningsbeskrivning. Jag visste inget om befogenheter och ansvar. Jag upplevde att jag saknade kompetensen som uppdraget innebar. Arbetsmarknaden gjorde att det var svårt att få nytt jobb. Koncernen lyssnade inte på oss. Min chef var också på väg att bränna ut sig och hade inte kraft nog att orka med mig och mina bekymmer också.

R6: *Det var mycket överallt, både på jobbet och hemma. Jag hade precis bytt jobb, till en helt ny arbetsplats, med nya uppgifter och kolleger. Hemma var det mycket med barnen. Sjukdomen bröt ut akut när jag var på semester. Första natten när jag gick på toaletten kände jag mig yr och konstig. Jag kallsvettades och när jag gick ut ur badrummet svimmade jag. Jag tror själv att det beror på att jag för första gången slappnade av på väldigt länge. Då hann alla känslorna ikapp mig, jag fick "tid" att vara sjuk.*

Reflektion/Analys

Antonovsky skriver om GMB och menar då det faktorer som borde fungera som ett socialt stöd samt en resurs istället blir ett problem för oss. R1 talar här om sin familj (som borde vara ett stöd när hon har det jobbigt) som något som söndrade relationen mellan henne och hennes make. En anhörig gick bort samtidigt som hon genomgick en abort, hon upplevde sig ha ett stort ansvar för familjen. R2 kan ha känt en bristande grupptillhörighet då en stor del av vår vakna tid tillbringas på arbetsplatsen är trivseln av kollegor av stor vikt. Hon talar om tjafs, nedläggningar, sjukskrivningar och ryktesspridning. R3 berättar om ett bristande socialt stöd (nyinflyttad, ryktesspridning och separation) samt en svag grupptillhörighet (familj långt borta, deltidsarbete) samt en pressad ekonomisk situation. R4 upplevde en dålig relation med bristande kommunikation och hade egna alkoholproblem. R5 och R6 hade båda bytt arbetsplats och fått helt nya uppdrag där de kände sig otillräckliga. När dessa olika faktorer påverkar oss negativt påverkar de vår känsla av sammanhang och sänker denna känsla (Anonowsky, 2007).

3. Upplevde du att du kunde påverka situationen?

R1: *Nej, min man började nya jobbet och jag var hemma och skötte markservicen. Jag tror inte heller att min man förstod att jag mådde dåligt. Jag tillät mig inte att vila.*

R2: *Om det dyker upp problem så vill jag lösa problemen fort. Jag har lätt för att prata om mina bekymmer, gött att få prata av sig. Det kanske är det som gör att jag är så glad ofta, för att jag pratar av mig och släpper problemen. Jag har min livserfarenhet med mig och knep med mig från vården. Men jag tappade greppet när jag var sjuk och det var som värst. Det var kusligt, hade ingen kontroll över min kropp. När jag gick hos psykologen (helt kass) så tänkte jag "vad f-n gör jag här, det här fixar jag själv". Det var helt meningslöst att gå till den psykologen. Man måste vara frisk för att kunna vara sjuk när man ser på allt man ska hålla reda på såsom möten, papper som ska fyllas i och dessutom sig själv.*

R3: *Nej. Läkarna har inte sjukskrivit mig så mycket som jag kände att jag behövt så jag har hittat andra sätt att få miljöombyte. Jag har haft ett friår, tagit ledigt för studier då jag gick en trädgårdsutbildning på internatskola. Nu har jag varit föräldraledig i snart två år. När det gäller hemmiljön kunde jag inte sälja huset som tillhört släkten sedan 1700-talet. Det finns inga andra jobb på orten så att sluta känns inte aktuellt heller.*

R4: *Nej, inte då. Jag ska bara göra det här, bara det här... sedan kan jag ta det lugnt. Började dricka alkohol för att lugna ner mig och sova bättre, fly från situationen, aldrig haft problem med alkohol tidigare, det blev självmedicinering. Accelererade snabbt, vid sjukskrivningen drack jag alkohol varje dag och större mängder, jag blev utflippad, på alkohol kan man inte hantera situationen så bra. Fick sömnmedel och i kombinationen med alkohol är det inte så bra. Jag körde ofta påverkad. Humöret svängde, kände att jag inte klarade av barnen, totalt kaos. Försökte skydda mina barn. Jag skilde mig senare när jag blivit nykter.*

R5: *Nej, från jobbet fick jag ingen stöttning, chefen var själv på väg att bränna ut sig.*

R6: *Nej, jag hade ju just bytt arbete och vågade inte säga ifrån. Hemma däremot fick jag lämna över ansvaret till min man. Jag som tidigare alltid hade fungerat som samordnare där hemma. Jag tvingades att försöka minska mitt kontrollbehov.*

Reflektion/Analys

Här tittar vi på KASAM och coping. R1 känner att tilliten brister till mannen som hon upplever inte förstår henne. R2 brister i tillit till psykologen, "helt kass" som hon uttryckte det själv. Hon har samtidigt självförtroendet att kunna hjälpa sig själv. Här ser vi att hanterbarheten vacklar då tilliten fattas till psykologen (och även till kollegor och arbetsledning, se fråga 2), samtidigt visar hon prov på självtillit då hon säger "det här fixar jag själv". R3 tycker att läkarna inte förstår henne och inte sjukskriver henne tillräckligt länge. Hon hittar andra sätt att slippa sin ordinarie arbetsplats. Hon ser ingen möjlighet att byta arbete utan har istället funnit alternativa försörjningsmöjligheter i fyra års tid. R4 säger själv att hon inte kunde hantera situationen utan tog till alkohol för att fly från problemen. Att ta till alkohol är ett sätt att använda sig av coping, även om strategin inte visar sig leda till önskat resultat handlar det ändå om coping (Monat och Lazarus, 1985). Socialstyrelsen skriver att strategier i form av undvikande och distansering spelar en stor roll för uppkomsten av utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003).

4. Hade du någon att prata med?

R1: *Jag hade ingen då, men nu har jag dig. Ringde sjukvårdsupplysningen vid en panikattack och fick till svar att andas lugnt och titta på ett föremål. Mamma blev bara irriterad, min man greppade inte vad det handlade om. En granne hjälpte mig.*

R2: *Ja, fast mamma och pappa märkte ingenting, jag hade en fasad. Jag pratade med min bästa kompis som förstod då hon också har varit utbränd. Min man förstod inte hur han skulle hjälpa mig, men han stöttade mig. Han skällde ju aldrig på mig och sa inget till mig om den överdrivna träningen, för han visste inte hur jag skulle reagera.*

R3: *Jag hade en dålig chef som sällan syntes på jobbet och inte kunde ta tag i saker innan det blivit för stora konsekvenser. Jag hade inga vänner på orten. Jag hade ett visst stöd av min mamma via telefon, men jag ville inte belasta henne för mycket med mina problem.*

R4: *Jag pratade med folk på det sättet jag har, det känns stressigt osv. Fick positiv bekräftelse hela tiden, vad duktig du är. Efteråt gillar jag inte ordet duktig. Jag lägger inte skulden på andra, men det hade varit bra, om någon istället för att säga vad duktig du är, hade frågat hur mår du egentligen? Det kanske var någon som sa det, jag kanske inte hörde det. **Jag säger aldrig till någon som gör mycket att den är duktig, utan känn efter, var rädd om dig, istället för att använda ordet duktig.** Jag går på AA-möten och där får jag mycket feedback på hur jag är, utan fördömanden och för mycket känslomässiga engagemang, men ändå med kärlek och respekt. AA-möten handlar mer om förändring än om själva alkoholen. Jag tog tag i problemet och försöker träna på att minska skuld och skam, sker automatiskt när man jobbar med sig själv och tar tag i problemet.*

R5: *Absolut inte chefen. Men jag hade stöd i vänner utanför arbetet. I kollega hörde av sig medan jag var hemma. Arbetsplatsen hörde inte av sig och missade Rehabregler. Jag fick själv bevaka min rätt och stöta på om detta.*

R6: *Min man. Jag blev sjukskriven från jobbet i två månader. Då låg jag hemma och sov hela dagarna tills min man kom hem från sitt arbete och lagade middag till mig. Sedan gick jag och la mig igen. Jag kände oerhört mycket skuld under den tiden. Jag som aldrig är hemma från jobbet annars. Jag var helt enkelt inte kapabel att tala med någon under denna tid. Några dagar innan jag skulle tillbaka ringde en kollega, men chefen hörde aldrig av sig. Jag fick via läkaren en remiss till en psykolog men kemin mellan oss stämde inte och det kändes skönt när de tio samtalen var till över. Numera har jag fortfarande stöd från en annan läkare som jag själv kontaktade. Vi talas vid någon gång i halvåret och har så gjort i fem, sex år.*

Reflektion/Analys

Här vill vi se vilka generella motståndsresurser, GMR och former av socialt stöd respondenterna tog till när det kändes jobbigt och vilka resurser de har idag. R1 hade hjälp av en granne när det var som värst. Idag har hon fler hon kan prata med när det känns jobbigt. R2 hade hjälp av sin bästa vän. Hennes man gav stöttning men förstod inte hur han bäst kunde hjälpa. R3 hade visst stöd av sin mor. Idag har hon fler att vända sig till då hon lärt känna fler på orten. R4 hade människor omkring sig att tala med men upplevde inte att hon fick det stöd hon behövde. Idag har hon fått hjälp med samtal och alkoholproblemen via AA-möten. R5 hade stöd av vänner och en kollega. Han hade också kraften att själv ta strid för sin situation. R6 fick stöd av sin man och en kollega. Dessa stödpersoner fungerar som en barriär mellan de olika stressorenerna och respondenternas psyke. Genom att idag omge sig med fler människor som de upplever ger ett gott stöd kan respondenterna sägas ha fått en högre nivå av KASAM (Antonovsky, 2007).

5. Upplevde du några tidiga signaler av utmattning?

R1: *Yrsel, andningssvårigheter, hjärtklappning, ren ångest, panikattacker, viktnedgång – ingen matlust när det var som värst. När jag åkte i bilen så fick jag inte luft och fick stanna bilen, då handlade det om 10 sekunder, men då hade jag inte den insikten.*

R2: *Trötthet (men trodde att alla är trötta för våren), huvudvärk (borde ha reagerat för jag har sällan ont i huvudet) och hjärtklappning. På sommaren försvann alla symtom, jag hade semester och föräldrapenning i sju veckor. Symtomen kom tillbaks efter tre dagar på arbetet igen, började känna mig jättetrött, illamående och yr.*

R3: *Yrsel, näsblod, ångest, panikångest, irritation, trötthet, gråtmild, folkskygghet. Upprepade svimningsanfall och näsblod. Jag har periodvis haft koncentrationssvårighet som yttrat sig genom osammanhängande tal och att jag tappar ord. Jag tänkte ibland att jag var som ett hjul som bara snurra och snurra. När jag fick punktering så var jag tvungen att fortsätta snurra ändå.*

R4: *Jag var uppskruvad, svårt att varva ner samtidigt som jag var trött. Jag hade ångest, tryck över bröstet, rastlös, inre stress.*

R5: *Framför allt sömnproblem. Muskelvärk som flyttade sig runt i kroppen, främst rygg och axlar. Iskalla händer som inte kunde bli varma på en hel dag. Tilltagande sömnproblem, från att vakna på vargtimmen till att bli helt sömlös i flera dygn.*

R6: *Jag hade nog gått och mått dåligt väldigt länge innan det bröt ut. Jag hade – och har fortfarande- kraftig huvudvärk när det blev för mycket omkring mig. Mina närmaste säger att mitt humör var ostabilt innan det sa stopp helt. Jag tror att andra såg men inte jag!*

Reflektion/Analys

De flesta respondenterna från båda grupperna (se även högpresterande, fråga 1) talar om trötthet/sömnproblem och yrsel. Det är något som kan drabba oss alla ibland utan att det behöver betyda att vi närmar oss en gräns för vad vi mäktar med. Men det främsta symtomet på utmattning är den påtagliga bristen av energi och uthållighet (Hassmén och Hassmén, 2005). Om vi sedan reflekterar över att vi sover ungefär en tredjedel av livet är det lätt att inse att sömnstörningar kan få allvarliga konsekvenser både fysiskt och psykiskt om de pågår under en längre tid (Hassmén och Hassmén, 2005). Att sedan få diagnosen utmattningssyndrom kan också bero på vilken typ av stress vi är utsatta för, man kan skilja på positiv och negativ stress. Den positiva stressen handlar ofta om en lustbetonad och meningsfull ansträngning. Den negativa och farliga stressen innebär att man oroar sig, hetsar upp sig för olika vardagssituationer och framför allt att man utsätts för kraftig stress under mycket lång tid (Angelöw, 1999).

6. Fick du någon form av alternativa metoder (motion eller avslappning) på inrådan från läkare? På vilket sätt försökte du själv förbättra ditt mående?

R1: Jag fick tips om avslappnings- CD. Jag vilade och sedan körde jag igen.

R2: Jag fick en stresshanteringskurs och där blev jag arg många gånger må du tro. Det var en sjukgymnast och en arbetsterapeut som höll i kursen, den ena var mänsklig men den andra var känslolösig, tyken och otrevlig. Två gånger i veckan i fem veckor var jag tvungen att gå, mina värsta veckor jag har varit med om. Jag fick en stämpel efter varje gång jag varit där för försäkringskassan krävde detta. Det var bara skit, fick betala 80 kr varje gång också. Men vi fick massera varandra lite och massagen var skön. Läkaren ville ge mig Sobril och frågade om hur sömnen var, men jag ville inte ta någon medicin alls. Läkaren frågade mig: "är du inte sjuk"? Jag svarade nej, då sa läkaren: du går inte till jobbet, för skulle du ha gjort det med ett brutet ben? Jag svarade nej. Läkaren: bra, då har brutit båda. Då gick jag inte till jobbet.

R3: Jag fick medicin Zolofit och tala med en kurator.

R4: De sa att det hjälper om jag får vila mig. Men det blev inte bättre, läkaren visste inget om alkoholen. Det var bra att han inte skrev ut lugnande utan bara insomningstabletter och antidepressiva som inte är beroendeframkallande.

R5: Jag fick sömntabletter och senare en remiss till företagssjukvården. Där fick jag kognitiv beteendeterapi som jag tyckte fungerade bra.

R6: Promenader är jättebra har jag märkt. Jag får frisk luft, det blir lugnare omkring mig och jag kan sortera mina tankar. Jag tränar på gym. Sedan är det viktigt att gå och lägga sig i tid. Jag försöker vila på maten när det går – även på jobbet efter lunch. Jag försöker varva ner på kvällarna. Redan vid åtta lägger jag ifrån mig arbetsrelaterad litteratur och går och sätter mig hos familjen.

Reflektion/Analys

Här vill vi undersöka respondenternas olika copingstrategier. Ofta använder man sig av kombinationen känslufokuserad coping och problemfokuserad coping (Monat och Lazarus, 1985). Att distansera sig eller förneka problemen är istället ett prov på värderande coping (Weiten och Lloyd, 2006), detta gjorde R2 och R4. R6 har använt sig av känslufokuserade lösningar såsom promenader, träning och andra sätt att varva ner på. R2 har använt sig av problemfokuserad coping, hon gick en stresshanteringskurs. Detta är den mest effektiva copingmetoden enligt Monat och Lazarus då man tar reda på vad som händer och lär sig att undvika samma fälla igen (Monat och Lazarus, 1985). Persson menar istället att kombinationer av olika copingstrategier, där man både lär nytt och samtidigt skaffar en bra distans till vad som skett, är den mest effektiva (Persson, 2005).

7. Har du sökt självhjälp för att förstå och förändra din situation?

R1: Nej.

R2: Ja, facklitteratur, jag var på biblioteket och lånade böcker.

R3: Ja, det har jag alltid varit intresserad av. Jag läste och utövade avslappning och meditation. Jag skrev dagbok för att försöka hitta en röd tråd i mitt liv. Jag målade tavlor. Jag gick en trädgårdsutbildning. Jag upplevde att när fröet grodde blev det en bekräftelse av att jag gett liv åt något. Det kändes positivt att ge liv åt något. På mitt arbete med gamla handlar allt bara om döden...

R4: Nej ingenting, jag hade ingen ork och tålamod till det, ville inte läsa om det. Jag tänkte att jag bara behöver vila.

R5: Ja, jag har läst böcker i ämnet och jämfört med mina symtom. Sedan har jag följt en del råd om att stressa av. Det är frustrationsstressen som är den värsta. Inte den slutkörde kroppen.

R6: Jag vågade inte fråga läkaren för mycket. Vid den första läkarkontakten var min man med mig. Jag var rädd att de kanske skulle tro att jag var lat och inte ville arbeta. Eller också skulle de kanske tro att jag var helt galen och låsa in mig på mentalsjukhus. Jag slog upp allt jag kunde hitta på Internet. Jag kom själv fram till att jag led av panikångest och tog själv reda på så mycket kring detta jag kunde. Vid mitt andra läkarbesök var jag inte längre lika rädd utan berättade vad jag kommit fram till. Då fick jag tabletter. Efter fem dagar kände jag att – Aha, det är ju så här det känns att vara pigg igen! Sedan läste jag ändå mer och vid tredje läkarkontakten begärde jag samtalsstöd.

Reflektion/Analys

Hälften har använt sig utav problemfokuserade coping. På detta sätt har de försökt lära sig mer om bakomliggande faktorer och de har omedvetet försökt höja sin KASAM genom att öka begripligheten (Antonowsky, 2007). R3 visar på en bra metod då hon fört dagbok över sitt liv när det var som jobbigast. Det underlättade när hon ville hitta mönster i sitt mående, samt att det kan ha fungerat ”terapeutiskt” att få skriva av sig. Att läsa om utmattning eller avslappning har flera respondenter använt sig av och på så sätt höjt sin begriplighet.

8. Har du kvar ditt tidigare arbete? Upplever du att chefer, kollegor, släkt och vänner visar hänsyn?

R1: Jag har inte kvar samma arbete och har valt att inte prata om det på mina nya anställningar. Jag vill inte bli klassad som en klen människa som har psykiska problem. De stöttar mig, eller stöttar med vad, både ja och nej, det är ju inte så att min man tar större ansvar. Dagensfröken frågar ofta hur jag mår och säger att jag ska tänka mig för.

R2: Jag har bytt arbete, är anställd som lokalvårdare på en skola nu och stortrivs med detta. Jag har inga symtom för fem öre längre, men det är nog tack vare att jag inte gav mig och stannade kvar på min gamla arbetsplats, utan stod på mig tills jag fick en ny anställning. Jag kom till insikt själv att jag inte skulle gå tillbaka, i samråd med läkaren.

R3: Jag är kvar på samma arbetsplats, men är fortfarande föräldraledig. Ser inte fram mot att behöva gå tillbaka men kommer då att arbeta mindre, på en annan avdelning och på andra tider. Mamma gjorde så gott hon kunde. Min nuvarande sambo tar sitt ansvar för barn och hem. Jag har lärt känna nya vänner på orten (mest inflyttade) som ger mig positiv feedback. Jag berättar gärna, om det behövs, om det som har hänt mig och upplever att omgivningen stöttar mig då. BVC har varit ett fantastiskt stöd när det blivit jobbigt med sömn och amning. De har avsatt mycket tid för att lära och ge mig råd.

R4: Jag har bytt arbete inom organisationen. Hänsyn visas till en viss del.

R5: Jag har ett gott stöd i mina vänner, dock inget från chef eller arbetsledning. Jag arbetar i samma koncern men på en annan avdelning. Denna förflyttning fick jag ordna själv genom att söka interna jobb. Mitt nuvarande arbete sker i en ny miljö och i ett mindre team. Det är en mer positiv stämning på denna arbetsplats.

R6: Chefen erbjöd mig en annan arbetsplats men jag tackade nej. Då anpassades mitt arbete i stället och jag fick lite andra arbetsuppgifter och tider. De kolleger som vet (två) är rädda om mig och ger mig stöttning. Jag har inte berättat för fler. Jag vill inte att alla skall få veta.

Reflektion/Analys

Här ser vi tydligt resultat av problemfokuserad coping då samtliga respondenter beskriver att de på något sätt har tagit tag i sin livssituation, genom att förändra sin arbetsmiljö. Problembaserade copingstrategier kan användas då situationen upplevs som förändringsmöjlig, antingen genom de yttre omständigheterna eller också av det egna beteendet (Monat och Lazarus, 1985). Alla respondenter utom R4 talar om GMR i form av stöttning från utomstående, vilka hjälper respondenterna att se klart och ger ibland råd i jobbiga situationer.

9. Hur gör du idag för att inte råka ut för samma sak igen?

R1: Jag vet inte, jag äter ju medicinen Cipralext, det är fakta, för jag har ju inte ändrat mitt sätt att leva på något sätt. Jag kanske kan minska dosen från 15 mg, men som det är nu så vågar jag inte sluta, varför utmana ödet, det är tillskott, det påverkar ju inte kroppen på annat sätt att det fyller på något som saknas. Jag är sådan person som kommer att strunta i avslappningsövningar ändå. I och med att jag äter medicin så gör jag lika mycket som jag gjorde förut om inte mer. Innan kunde jag inte åka buss, var väldigt restriktiv med att åka bil, torgskräck, var mest hemma.

R2: *Omprioriterar och omvärderar, är det viktigt att damma eller umgås med barnen? Jag hann inte träna idag, nä men då får jag träna imorgon. **Jag behöver inte vara så himla duktig.** Jag går i fällan ibland men stoppar mig själv, nä f-n ta det imorgon istället. Ta det viktigaste först, prioritera. Man måste få en stund för sig själv, helst varje dag.*

R3: *Har fortfarande samma intressen men orkar inte hålla på lika länge. Jag undviker stressande situationer. Försöker lära mig att säga nej. **”Jag försöker göra det som karlar gör: jag börjar med det roliga och ser sen om jag orkar med det som är mindre roligt som att städa.”** Det handlar om att vara rädd om sig själv och att unna sig saker. Jag unnar mig att ha roligt. Bland mina vänner är det ingen som blivit arg om jag sagt nej ibland. Jag har fått en större självinsikt.*

R4: *Jag följer AA-12stegsprogrammet för livet. Beroenden är en sjukdom och vissa saker är onödigt, men jag kunde inte ha gjort på ett annat sätt då, jag var låst. Det svaga tillståndet i början, blev sedan det sjuka tillståndet. Inget går över av sig självt. Man kan straffa ut sig, men det gynnar ingen. Man måste ta tag i problemen och det är viktigt att kunna förlåta sig själv för alla kan göra fel. Hur bli det när jag flyr och tar till destruktiva medel och tappar kontrollen? Jag måste ta hand om mig själv och sätta gränser, så jag inte hamnar i en sådan situation där jag inte ser någon annan utväg än att fly.*

R5: *Jag tar inte på mig lika mycket uppgifter längre. Funderar ”orkar jag med det här?”. Jag är mer realistisk. **Nu sätter jag gränser.** Jag tar inte jobbet så allvarligt och har lärt mig att inte ta kritik på lika stort allvar. Jag är inte lika pedantisk hemma utan kan låta bli dammsugaren om jag är trött. På jobbet har jag fortfarande full kontroll men nu bara på sådant som jag faktiskt kan påverka.*

R6: *Jag lyssnar till min kropp och tänker på hur jag mår. Jag försöker sakta ner när jag känner av huvudvärken. Min man brukar uppfatta hur jag mår innan jag själv reagerar. Då säger han till och tar extra väl hand om mig. Idag är jag lite förkyld och då har han lovat komma och hämta mig efter jobbet och köra hem mig.*

Reflektion/Analys

Här tittar vi på KASAM och begriplighet. Begriplighet handlar om att se mönster och att i viss mån kunna förutsäga olika effekter av vårt handlande (Antonowsky, 2007). Det är endast R1 som inte anser att hon behöver förändra situationen, eftersom hon upplever att hon bara fyller på det ämne som kroppen saknar med hjälp av SSRI-preparat. På detta sätt riskerar hon att inte lyssna på sin kropps signaler om vila och återhämtning, vilket kan leda till återkommande utmattningsproblematik. Hos övriga respondenter ser vi olika typer av reflektioner där de försöker förändra sitt tänkande genom att sätta gränser, omprioritera och omvärdera: *”Jag försöker göra det som karlar gör: jag börjar med det roliga och ser sen om jag orkar med det som är mindre roligt som att städa”* (R3, med glimten i ögat).

10. Upplever du, trots allt, något positivt kring det som hänt?

R1: *Ja, jag har arbetat mycket med mig själv, vet mer om mig själv. Det är positivt att jag fick komma och prata med en psykolog. Pratade om mycket personliga saker. För sex år sedan skulle jag inte vågat byta arbete på det sättet som jag vågar idag. Jag skulle aldrig våga ta ett jobb som ledare för en grupp, idag vet jag att jag kan. **Jag har fått en viss självinsikt.** Jag ältar inte saker, jag gör så gott jag kan, jag ska inte tillgodose någon annans behov. Hade inte haft det arbetet jag har idag som teamleader för en logistikavdelning, jag hade aldrig satt mig i den situationen och trott på mig själv och jag hade aldrig fått detta arbete heller.*

R2: *Jag har aldrig mått så bra i hela mitt liv som jag gör nu. Det är ödet att jag gick in i väggen. Jag har aldrig varit med om en arbetsplats med så mycket strul, mobbing, skitprat som på det stället som jag arbetade när jag blev utmattad. Risken är att jag hade varit kvar där än idag om inte blivit sjuk.*

R3: *Om jag aldrig blivit utmattad skulle jag ju inte ha varit den jag är idag. Jag har lärt mig att uppskatta saker och att tänka på ett annat sätt. Det har varit en mognadsprocess. Numera är jag inte alltid positiv till allting och inte fullt så aktiv. Kroppen orkar inte lika mycket längre. I vissa perioder är jag inte heller lika socialt lagd. Jag kan aldrig bli återställd. Jag är stressintolerant och har inte samma energi.*

R4: *Absolut! Det är värt att tänka på vad de är för syfte med mina handlingar och om det är värt att få bekräftelse på bekostnad av hur jag egentligen mår. Jag ska agera utifrån mina egna förutsättningar, jag ansvarar för mitt mående. Människan ska kunna leva ett bra liv och det du har gjort har fört dig hit. Det finns mening med det som händer. Skam och skuld kan göra att man undviker att hamna i det destruktiva beteendet igen. Man själv måste tillåta sig att förlåta sig så man kan gå vidare, annars blir skammen för stor, så skyller man på annat och då kan man inte förlåta andra, tar på sig offerrollen. Man blir mer tolerant mot andra.*

R5: *Det har gett mig en mycket större självinsikt. Jag har funnit ett behov att få göra saker med mina händer som jag kan se ett färdigt resultat av. I mitt arbete blir jag aldrig färdig med något men privat har jag köpt en veteranmotorcykel som jag sakta håller på att renovera. När jag jobbar med den känner jag en tillfredsställelse i att den faktiskt kommer att bli klar en dag som en bekräftelse på det arbete som jag har lagt ner.*

R6: *Jag har blivit en klok kvinna, säger min terapeut! Jag inser att jag inte är någon robot. Jag har lärt mig att planera in vila på dagordningen. Det skulle jag aldrig ha tillåtit mig förr! Jag inser att det finns en dag i morgon med. Jo, så jag är helt klart positiv till det som har hänt. Jag har lärt mig att jag också behöver ta emot hjälp ibland. Jag tänker mer "inåt" och är inte lika envis. **Sakerna omkring oss är ju inte det viktiga. Hur människan mår är viktigt!***

Reflektion/Analys

En stor del av copingförmågan är att försöka minska de upplevda konsekvenserna av olika stressorer (Monat och Lazarus, 1985). Det visar sig i svaret på frågan efter någon positivt effekt av utmattningen. När respondenterna upplever sig ha utvecklats som människor samt fått en högre grad av självinsikt, kan detta vara exempel på deras strävan att finna guldgrubben i vardagen. Här kan vi se att samtliga respondenter upplever en meningsfullhet. En annan kraftfull copingstrategi är att ändra sin uppfattning om stressens betydelse (Antonovsky, 2007). Det har de gjort genom att omprioritera sina liv, familjen och den egna hälsan skattas högre än tidigare. De flesta respondenterna har också givit prov på en ökad begriplighet när de talar om ökad självinsikt.

Presentation av de högpresterande respondenterna

RA – kvinna i 40 - årsåldern som är sambo och har två barn. Utbildad designer, arbetar heltid, samt har ett stort engagemang på fritiden.

RB – man i 40 - årsåldern som är gift och har tre barn samt ett fosterbarn. Högskoleutbildad, har en arbetsledande position och ett stort engagemang på fritiden.

RC – kvinna i 40 - årsåldern som är gift och har två barn. Hon är under högskoleutbildning och arbetar 80 %.

1. Har du i samband med hög arbetsbelastning känt av symtom som kan vara utmattningsrelaterade? Lyssnar du på din kropps signaler?

RA: *Absolut, som yrsel och sömn- och koncentrationssvårigheter. Jag tycker det, men inte min omgivning, ibland hinner jag inte lyssna på kroppen. Ja, men jag är observant då jag har vänner som drabbats. Jag är beredd att ta en time out om det skulle behövas. Jag är positiv, "klämkäck" och periodvis väldigt social. Jag är kreativ och nyskapande och söker ständigt förbättra saker, ärligt talat även det som inte skulle behöva förbättras.*

RB: *Ja, jag har känt av yrsel och under en tid hade jag svåra sömnrubbningar. Då drog jag i "nödbromsen" och tog ledigt i två och en halv vecka. Under den tiden sov jag och promenerade mycket.*

RC: *Periodvis har jag svårt att sova. Under mer pressande situationer tar det flera timmar innan jag somnar och om jag vaknar på natten och tänker jobb kan jag inte somna om. Jag är nästan aldrig sjuk. För något år sedan var det en så tråkig stämning på min arbetsplats att jag mådde dåligt av att gå dit. Då sjukskrev jag mig själv i förebyggande syfte. Kände att annars händer det något, då blir pressen för stor. Det hjälpte (fast jag skämdes över mitt fusk) och en vecka senare såg jag problemet ur andra ögon och jobbet flöt bra igen.*

Reflektion/Analys

Alla tre respondenterna har haft problem med sömnen och två av dem har känt yrsel i samband med hög arbetsbelastning. RA använder sig av två strategier när det blir för mycket omkring henne. Då hon säger att hon inte alltid hinner lyssna till kroppens signaler kan det vara frågan om en värderande coping. Då använder hon sig av förnekande när kroppen säger ifrån och kör på ett tag till. Alla tre respondenterna har använt sig, eller har möjlighet att använda sig av problemfokuserad coping genom att "hoppa av" jobbkarusellen när det snurrar på för fort.

2. Har du sökt självhjälp för att orka hålla ditt höga tempo?

RA: *Jag har läst någon bok i ämnet för att få veta mera.*

RB: *Jag har fått samtal via Humanhälsan. Jag har läst litteratur i ämnet samt gått en distanskurs om mental träning och coachning. Jag använder mig av avslappning och självhypnos som jag lyssnar på cd. Kursen var bland det bästa jag gjort, den var både kul och bra!*

RC: Jag tränar yoga en gång i veckan och använder mig av meditativ andning när jag t.ex simmar eller om jag laddar inför något föredrag jag känner mig nervös inför. Yogan får mig att fokusera inåt och finna lugn och balans. På köpet märker jag av en ökad smidighet i kroppen. Litteratur att läsa för min egen skull hinner jag inte med. Jag studerar på universitet och känner att all form av litteratur som inte ingår i kurserna stjäl av min tid.

Reflektion/Analys

Att ta reda på fakta och bakomliggande orsaker genom exempelvis litteratur eller kurser är att använda sig av problemfokuserad coping. RB och RC använder också känslufokuserad coping genom mental träning, yoga och meditation.

3. Om något inte känns bra, har du då möjlighet att påverka din situation?

RA: Vissa dagar känner jag mig fast och kan gråta över det, men visst har jag möjligheter att be om förflyttning om det krisar.

RB: På jobbet ja. Jag känner att jag har möjlighet att diskutera med min chef och att han förstår. Vidare arbetar jag på årsarbetstidsbasis och kan på så sätt lägga upp mina arbetstider lite hur det passar mig. Känns det motigt arbetar jag mindre och när jag sedan har mer energi arbetar jag mer.

RC: Ja om det verkligen krisar. Jag tror jag har bra chans att bli förflyttad till ett annat arbete jag skulle trivas med. Jag tror att min chef skulle stötta mig i det. Mina studier är ju helt frivilliga och jag lägger kurser och nivå helt som jag själv vill. Problemet är väl då att man vill så mycket... Hemma är det väl som det är. Som kvinna känner jag nog mer skuld om barnen inte gjort läxan än min man gör. Han skyller på omständigheter, jag skyller på mig själv.

Reflektion/Analys

Alla tre respondenterna känner hanterbarhet då de upplever sig ha resurser att kunna förändra sina arbetssituationer. RB verkar dock besitta en ännu större möjlighet att påverka sin vardag. RB och RC visar dessutom en god tillit till sin chef, vilket kan ses som en GMR som stärker deras KASAM.

4. På vilket sätt får du stöttning hemifrån och på jobbet?

RA: Ingen stöttning från chefer men kollegerna bildar ett gott gäng. Behöver jag prata av mig kan vi gå iväg och ta en kopp kaffe och ett snack. Jag har som sagt talat med vänner. Jag och min sambo försöker dela på ansvaret därhemma. Man kan lätt fastna i "Du som är så bussig..." Det kan även vara så hemma ibland. När alla är stressade hinns inte alltid ett tack med. Där jag jobbar blir man aldrig färdig.

RB: Jag har stöd via handledning och har möjlighet att delegera vissa uppgifter till andra. Hemma delar vi numera ansvaret rakt av. Från början var det dock jag som gjorde det mesta hemma.

RC: Som sagt, hemma är det jag som tar på mig mest. Jag skulle nog kunna bråka mig till mer hjälp men känner att det också skulle ta på krafterna. Då gör jag hellre jobbet själv. På jobbet har jag bra kolleger som stöttar och förstår. Vi har ett öppet klimat och jag känner verkligen att jag kan tala med och lita på mina kolleger fullt ut. Behöver jag hjälp kan jag be om den och de kan göra detsamma med mig!

Reflektion/Analys

RA och RC berättar om bra kolleger och en stark grupptillhörighet. Hemma upplever de att arbetsfördelningen sviktar ibland. RB delegerar vissa av sina egna arbetsuppgifter till underställda. Vi känner viss tveksamhet i om detta ger fullgod stöttning då ansvaret ändå ligger hos RB?

5. Hur skakar du av dig en jobbig händelse?

RA: Jag tillåter mig att vara ledsen och frustrerad ett tag. Sedan försöker jag sätta saken i rätt sammanhang. Erfarenheten visar att saker får perspektiv. Så länge ingen har dött kan det inte vara för sent att rätta till misstag. Jag tror jag har ett starkt grundpsyke.

RB: Vet jag innan ett möte att det kommer att bli påfrestande försöker jag planera min tid extra noga, både före och efter mötet. Innan kan jag ibland försöka föreställa mig det värsta som skulle kunna hända och sedan kan det bara bli bättre... Vid mer oförutsedda negativa händelser funderar jag efteråt vad det var som hände. Jag tänker igenom, analyserar och funderar på om jag skulle kunna agerat annorlunda. Känns det möjligt försöker jag senare boka ett nytt möte med samma personer och ser om vi kommer fram till en annan lösning. Kommer jag istället fram till att jag varit "oskyldig" till det som har hänt försöker jag tänka att problemen ligger hos dem och att jag inte kunnat handla annorlunda. Jag har läst konflikthantering och försöker använda det jag lärt mig där. Jag tänker mycket medan jag promenerar. Jag försöker smälta negativa händelser innan jag kommer hem till familjen. Ibland åker jag inte direkt hem utan kör omvägar för att hinna bearbeta allt färdigt.

RC: Jag kan nästan frossa i en jobbig händelse ibland. Jag söker ensamhet och bryter ihop en liten stund. Sedan ringer jag en vän eller talar med min man. Sedan går jag igenom händelsen igen i tankarna och funderar på vad som hände och vilka eventuella konsekvenser det kan få med sig. Oftast visar det sig att man själv satt för stora proportioner på det som hänt och att andra inblandade inte upplevt samma sak. Då försöker jag tänka att det finns värre saker som händer i världen.

Reflektion/Analys

RA och RC släpper fram de känslor de för tillfället har och tillåter på så sätt sig själva att lätta på trycket en stund. De är båda kvinnor och för dessa tror vi att det kan upplevas som mer tillåtet att vara ledsna. RB (som är man) kanske väljer ett annat sätt att hantera sina känslor. Han vill inte möta sin familj medan han ännu är i affekt. Detta kan också vara en intervjuareffekt som visar sig då vi båda som skriver är kvinnor och att RB inte vill diskutera känslor med oss. RA och RC talar också om värderande coping där de i efterhand reflekterar och försöker förändra sitt tänkande. RB använder problemfokuserad coping i ett tidigare skede än RA och RC. Genom att be om ett nytt möte väljer RB att konfrontera, lära nytt och söka information.

6. Har du någon strategi för att hantera särskilt krävande situationer?

RA: Sätter mig ner och försöker få perspektiv på saker. Jag skapar en prioriteringslista. Bara jag kan rangordna vad som är viktigast att göra just nu – ingen annan, även om de ibland försöker övertyga mig om det. Det gäller att visa mod och säga nej och ge sig själv respekt och visa att jag och mina val duger.

RB: Jag försöker alltid bekräfta den jag talar med. ”Jag hör vad du säger.” Jag försöker visa att jag tar personerna på allvar även om jag inte håller med dem i sak. Jag värderar inte deras känslor utan försöker vänta ut dem. Jag upplever att andras ilska i allmänhet gäller händelser och inte mig personligen som människa. När de lugnat ner sig försöker jag hjälpa dem att se saken ur ett annat perspektiv.

RC: Jag måste prioritera för att hinna allt jag vill. Olika faser i livet kräver olika prioriteringar. Nu är det familj, jobb och studier som är viktigast. Då får vänner, tv-tittande och skönlitteratur stå åt sidan för tillfället. Jag har lärt mig att jag inte längre behöver vara bäst. **Jag nöjer mig med att vara tillräckligt bra.** Jag lägger krutet på det jag gör för tillfället brinner för, som ett nytt uppdrag på jobbet eller en spännande kurs på universitetet. Jag försöker också att inte oro mig för saker som jag ändå inte kan påverka. Jag tror på en högre form av rättvisa och anser uppriktigt att saker brukar ordna upp sig, även om det känns jobbigt just för tillfället.

Reflektion/Analys

RC beskriver hur hon försöker anpassa och förändra sig själv efter rådande omständigheter. RB berättar hur han samarbetar med andra genom att bekräfta och vänta ut. Sedan tar han till en problemfokuserad coping där han tillsammans med andra angriper upphovet till problemet. RA talar om en kombination av diskussion med andra och egna anpassningar.

7. Utövar du någon fysisk aktivitet för att orka hålla tempot?

RA: Då gör jag gärna något fysiskt, rytmiskt. Jag sätter på hög musik där hemma och dansar runt som en galning när ingen ser mig. Då mår jag bra.

RB: Jag har mina promenader... jag har svårt att hinna med någon regelbunden träning nu för tiden. **Mitt fritidsintresse är min ventil.** Det fyller mig med energi och tvingar mig att fokusera på annat än jobbet. Jag gick en gång dit (till fritidsintresset) med ryggsrott och under några timmar var det helt borta men kom tillbaks när jag körde hem igen. Mitt intresse ger mig bekräftelse och får mig att må bra. Där säger människor att jag gör en bra insats! På jobbet får jag mer förutsätta att så länge ingen klagar gör jag ett bra arbete. Jag har inget jättebehov när jag är ledig att umgås med många människor utan vill då helst vara själv med familjen.

RC: Jag har min yoga. Jag tränar också annat som core (balans och styrka) och konditionsträningar. Jag promenerar när jag inte hinner till träningen. Jag förstår att min hälsa måste prioriteras för att jag skall orka hålla ett högt tempo i vardagen.

Reflektion/Analys

Här ger respondenterna exempel på olika fysiska aktiviteter som räknas till känslufokuserad coping i första hand. Det kan också bli till en problemfokuserad coping som RC säger ”... för att orka hålla ett högt tempo i vardagen”. Det har då blivit till en praktisk anpassning för att klara av en hög arbetsbelastning.

Analys

1. Vad är utmattningssyndrom idag i Sverige?

Det finns många ord för utmattning och olika sätt att se på utmattningssyndrom i dagens Sverige. Vad vi kan konstatera efter att ha läst ett antal böcker och rapporter, är att alla är överens om att det är ett stort problem med höga ohälsotal samt långvariga sjukskrivningar. Utmattningssyndrom är en fysisk och psykisk reaktion på att ha varit utsatt för en längre tids stress. Ofta är denna stress arbetsrelaterad, men andra grupper såsom studenter och arbetslösa kan också drabbas. Vad dessa grupper tycks ha gemensamt är att de saknar tid och möjlighet för återhämtning (Socialstyrelsen, 2003).

När diagnosen skall ställas skall vissa krav vara uppfyllda: symtom under minst två veckor, utsatthet för stress i minst sex månader, försämrad funktion i arbete eller i andra sociala sammanhang, samt att andra tänkbara diagnoser skall vara uteslutna. När de drabbade själva får beskriva sina upplevelser talar de om brist på energi, brist på glädje och svårigheter att sova. Personer diagnostiserade som utmattade drabbas framför allt av psykiska besvär där depression och/eller ångest kan förekomma. Fortfarande är det fler kvinnor som drabbas men allt fler män och yngre personer tenderar att få diagnosen som kallas 2000-talets sjukdom (Hassmén och Hassmén, 2005).

Utmattningsrelaterade sjukdomar har idag blivit så vanligt att det blivit ett stort problem för det svenska samhället. Det slår hårt både för individens och för samhällets ekonomi. Hårdare krav kommer från regeringen att alla som kan arbeta också skall göra detta. Samtidigt har sparbetningen på kommunala arbetsplatser gjort preventiva satsningar svår genomförda. Ändå visar studier att man kan identifiera högriskgrupper med hjälp av enkla frågeformulär (Perski och Grossi, 2002). Vad man i första hand verkar försökt med fram tills idag, är att skriva ut SSRI-preparat i efterhand, något som nu diskuteras om det verkligen är den bästa lösningen (Folkhälsorapport, 2005).

Försöker man sedan analysera dagens svenska samhälle enligt KASAM ser vi hur man inte kunnat förutsäga följderna av den ökande pressen på arbetsplatserna och hur detta i sin tur påverkat så många individer negativt. Man försöker nu öka sin begriplighet genom att i efterhand se vad som gick snett med hög sjukfrånvaro, samt att öka allmänhetens kunskaper genom information, stöd och gränsdragning vid exempelvis rehabilitering. Man arbetar också med att stärka människors känsla av att vara meningsfulla för varandra och samhället, kanske genom att påvisa hur viktigt det är att alla som kan behövs på arbetsmarknaden (Dagens socialförsäkring, nr 1, 2008). För att öka hanterbarheten krävs det resurser för att människan skall kunna förändra sin situation och resurser kostar pengar. Ett dilemma i tiden är varifrån tid och pengar skall tas, samt hur dessa resurser sedan skall fördelas rättvist mellan de drabbade.

Vid jämförelsen av åtta Europeiska länder så konstaterar man att Sverige är det land som ligger högst vad gäller människor som är sjukskrivna för psykisk ohälsa, följt av Nederländerna och Norge. Tyskland har den lägsta sjukfrånvaron (Socialstyrelsen, 2003).

2. Hur beskriver personer med utmattningssyndrom sin problematik?

Utmattningssyndrom innehåller tre delskalor: utmattning, cynism och arbetsrelaterat självförtroende (Hassmén och Hassmén, 2005). Flera av våra respondenter ger exempel på utmattning:

”Jag var överbelastad. Det var mitt fel ser jag nu, kunde inte säga nej, allt hängde på mig. Kollegor såg det på så sätt att oj här kommer virvelvinden...” (R4)

”Trötthet (men trodde att alla är trötta för våren), huvudvärk (borde ha reagerat för jag har sällan ont i huvudet) och hjärklappning. På sommaren försvann alla symtom, jag hade semester och föräldrapenning i sju veckor. Symtomen kom tillbaks efter tre dagar på arbetet igen, började känna mig jättetrött, illamående och yr.” (R2)

En av våra respondenter hade så fullt upp att kroppen inte reagerade förrän hon kopplade av:

”Sjukdomen bröt ut akut när jag var på semester. Första natten när jag gick på toaletten kände jag mig yr och konstig. Jag kallsvettades och när jag gick ut ur badrummet svimmade jag. Jag tror själv att det beror på att jag för första gången slappnade av på väldigt länge. Då hann alla känslorna ikapp mig, jag fick ”tid” att vara sjuk.” (R6)

Ibland märker vi av en viss krasshet i svaren som kan tolkas som cynism:

” När jag gick hos psykologen (helt kass) så tänkte jag ”vad f-n gör jag här, det här fixar jag själv”. Det var helt meningslöst att gå till den psykologen. Man måste vara frisk för att kunna vara sjuk när man ser på allt man ska hålla reda på såsom möten, papper som ska fyllas i och dessutom sig själv.” (R2)

”Jag fick en stresshanteringskurs och där blev jag arg många gånger må du tro. Det var en sjukgymnast och en arbetsterapeut som höll i kursen, den ena var mänsklig men den andra var känslolöslig, tyken och otrevlig. Två gånger i veckan i fem veckor var jag tvungen att gå, mina värsta veckor jag har varit med om. Jag fick en stämpel efter varje gång jag varit där för försäkringskassan krävde detta. Det var bara skit, fick betala 80 kr varje gång också.” (R2)

Ett arbetsrelaterat självförtroende kan innebära att man ser på sig själv och sin arbetsinsats som i överkant betydande. Man tar på sig mer ansvar än vad som krävs och försöker ibland ”bevisa” sin duglighet som människa i sina arbetsprestationer (Hassmén och Hassmén, 2005):

”Jag var en positiv, social, aktiv, tjänstvillig person som ville vara alla till lags. Jag var också mycket självkritisk och ville ha allting perfekt runt i kring mig” (R3)

”Jag kände oerhört mycket skuld under den tiden. Jag som aldrig är hemma från jobbet annars” (R6)

Det kan vara ett sätt för individen att skapa meningsfullhet med sin existens genom att se sig som en nyckelkompetens på arbetsplatsen. Genom att känna engagemang, delaktighet och motivation på arbetsplatsen höjer man sin KASAM (Antonowsky, 2007). Om denna självupplevda bild rubbas eller om arbetsförhållandena kommer att förändras så att man inte längre känner denna meningsfullhet kan detta utlösa en stressreaktion som i sin tur kan leda till utmattning:

”Det hade gjorts en stor omorganisation på arbetsplatsen och jag hade ingen tydlig befattningsbeskrivning. Jag visste inget om befogenheter och ansvar. Jag upplevde att jag saknade kompetensen som uppdraget innebar. Arbetsmarknaden gjorde att det var svårt att få nytt jobb. Koncernen lyssnade inte på oss. Min chef var också på väg att bränna ut sig och hade inte kraft nog att orka med mig och mina bekymmer också.” (R5)

En individfaktor som påverkar risken för utmattningssyndrom är en dålig självkänsla i kombination med perfektionism. Dessa personligheter känner en press att ständigt förbättra sina resultat och på så sätt bevisa för omvärlden att de duger (Hassmén och Hassmén, 2005). Enligt Socialstyrelsens rapport från år 2003 tycks utmattningssyndrom var väldigt vanligt hos personer med mycket människokontakt. Ofta rör det sig om människor som är mycket ambitiösa, som satsar för hårt och grundar sin självkänsla på arbetsprestationer (Socialstyrelsen, 2003):

” Vad skulle de tro på jobbet och vad skulle min chef tro. Att hon anställt någon som var sjuk i huvudet?” (R6)

Dessa personer uppfattas dock ofta av sina kolleger och arbetsgivare som mycket lojala och dugliga (Socialstyrelsen, 2003).

3. Hur ser forskningen respektive våra respondenter på skyddsfaktorer?

Undersökningar visar att personer med en låg autonomi och låg KASAM oftare upplever en vacklande hälsa redan vid mindre påfrestningar. De som klarar sig trots stora påfrestningar uppvisar ofta en robust personlighet, är engagerade, har kontroll och tar snabbt tag i svårigheter när dessa dyker upp (Larsson, 2005).

” Vid mer oförutsedda negativa händelser funderar jag efteråt vad det var som hände. Jag tänker igenom, analyserar och funderar på om jag skulle kunna agerat annorlunda. Känns det möjligt försöker jag senare boka ett nytt möte med samma personer och ser om vi kommer fram till en annan lösning.” (RB)

Här ovan ses ett exempel på hur respondenten inte låter svårigheter bero, utan omedelbart analyserar och agerar efter det.

”Jag är beredd att ta en time out om det skulle behövas.”(RA)

” Då drog jag i ”nödbromsen” och tog ledigt i två och en halv vecka. Under den tiden sov jag och promenerade mycket.” (RB)

Vi tolkar det som att när de högpresterande respondenterna känner att pressen börjar bli dem övermäktiga tar de en snabb timeout. När de sedan kommer tillbaka efter en kort frånvaro ser de problemen med nya ögon och har kraft att ta itu med dessa. Vi förstår att detta är enklare för en person som befinner sig inom akademiska yrken och själva har makt samt möjlighet att påverka sina egna arbetstider. De har också möjlighet att ibland delegera vissa uppgifter till andra och kan ha en bättre ekonomisk situation att ta ledigt. Detta fungerar som en GMR.

En annan GMR är grupptillhörigheten. Det skapar en vi-känsla och ger ett gott socialt stöd vid motgångar. Detta fungerar såväl förebyggande som återuppbyggande och ger individen en ökad KASAM (Antonowsky, 2007):

”... men kollegerna bildar ett gott gäng. Behöver jag prata av mig kan vi gå iväg och ta en kopp kaffe och ett snack.” (RA)

”På jobbet har jag bra kolleger som stöttar och förstår. Vi har ett öppet klimat och jag känner verkligen att jag kan tala med och lita på mina kolleger fullt ut. Behöver jag hjälp kan jag be om den och de kan göra detsamma med mig! (RC)

Detta är exempel på ett sådant stöd som vi upplever att de högpresterande har med sig redan från början, medan bland några av de utmattade ser vi att det ibland är något som uppmärksammas på vägen mot tillfrisknandet, exempelvis AA – möten:

”Jag går på AA-möten och där får jag mycket feedback på hur jag är, utan fördömanden och för mycket känslomässiga engagemang, men ändå med kärlek och respekt. AA-möten handlar mer om förändring än om själva alkoholen.” (R4)

Forskare talar om en epidemi liknande spridning av stressrelaterade sjukdomar och menar att allmänheten måste komma till insikt av återhämtningens betydelse för att minska effekterna av den skadliga stressen (Krauklis och Schenström, 2001). För att exemplifiera med våra respondenter ser vi att de utmattade upplever att de fått en ökad insikt hur kroppen reagerar vid skadlig stress **efter** att de drabbats av utmattningssyndrom. De högpresterande använder sig av denna insikt i ett **tidigt** stadium då kroppen signalerar att något känns fel:

” Jag har blivit en klok kvinna, säger min terapeut! Jag inser att jag inte är någon robot. Jag har lärt mig att planera in vila på dagordningen. Det skulle jag aldrig ha tillåtit mig förr! Jag inser att det finns en dag i morgon med. Jo, så jag är helt klart positiv till det som har hänt. Jag har lärt mig att jag också behöver ta emot hjälp ibland. Jag tänker mer ”inåt” och är inte lika envis. Sakerna omkring oss är ju inte det viktiga. Hur människan mår är viktigt!” (R6)

” Ja, jag har känt av yrsel och under en tid hade jag svåra sömnrubbnings. Då drog jag i ”nödbromsen” och tog ledigt i två och en halv vecka. Under den tiden sov jag och promenerade mycket.” (RB)

I dag har man börjat lägga vikten vid prevention istället för rehabilitering när det gäller utmattningssyndrom. Detta för att minska vårdkostnaderna och förebygga onödigt lidande. Vissa arbetsplatser erbjuder anställda friskvård i form av träning eller hälsovård såsom massage eller liknande (Hassmén och Hassmén, 2005). På stressmottagningen i Stockholm forskar man kring motion, avslappning och beröring för att lindra eller förhindra utmattningssyndrom (Krauklis och Schenström, 2001).

De högpresterande använder fysisk aktivitet eller avslappning i förebyggande syfte för att behålla en god hälsa:

”Jag använder mig av avslappning och självhypnos som jag lyssnar på cd.” ” Jag har mina promenader...” (RB)

”Jag har min yoga. Jag tränar också annat som core (balans och styrka) och konditionsträningar. Jag promenerar när jag inte hinner till träningen. Jag förstår att min hälsa måste prioriteras för att jag skall orka hålla ett högt tempo i vardagen.” (RC)

Några av de utmattade använder numera känslufokuserade lösningar såsom träning och avslappningsövningar för att förhindra återfall av utmattning:

” Promenader är jättebra har jag märkt. Jag får frisk luft, det blir lugnare omkring mig och jag kan sortera mina tankar. Jag tränar på gym. Sedan är det viktigt att gå och lägga sig i tid. Jag försöker vila på maten när det går – även på jobbet efter lunch. Jag försöker varva ner på kvällarna. Redan vid åtta lägger jag ifrån mig arbetsrelaterad litteratur och går och sätter mig hos familjen.” (R6)

”Jag läste och utövade avslappning och meditation.” (R3)

Folkhälsovetaren Matti Leijon skriver att det sedan år 2000 finns det en svensk rekommendation som säger att alla individer bör vara aktiva minst trettio minuter om dagen. Den stora hälsopotentialen ligger i att öka den totala aktivitetsnivån (Leijon, 2006).

Orsaksanalys

Vi vet inte hur lång tid det i allmänhet tar innan stress resulterar i utmattningssyndrom. Det beror på personens livssituation och hur man prioriterar mellan arbete och andra aspekter av tillvaron. 1990-talets första år präglades av en lågkonjunktur som ledde till omfattande neddragningar av antalet anställda. Det skapades arbetsplatser utan marginaler, man pressar luften ur systemet, vilket gör att systemet blir mycket sårbart. Om någon faller ur på grund av sjukdom så kan det innebära att belastningen blir övermäktig för andra. Detta skulle kunna förklara den dramatiska sjukskrivningsökningen 1997. Ett annat problem är att det uppstår konflikter när man inom vårdsektorn känner att man inte hinner ge den omsorg man vill ge patienterna och som de behöver så väl. Övervikten av antalet kvinnor som var sjukskrivna förklaras som en konsekvens av dubbelarbete, då kvinnor ofta tar större ansvar för hem och familj. Dubbelarbete kan leda till sömnbrist och att man inte hinner återhämta sig efter en ansträngning, vilket är bidragande faktorer till uppkomsten av utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003).

Enligt Socialstyrelsen folkhälsorapport år 2001 så är hälsoläget i Sverige mätt med konventionella indikatorer, som medellivslängd och spädbarnsdödlighet, mycket gott. Medellivslängden ökar kontinuerligt, men det gör inte antal år med full hälsa, utan den psykiska ohälsan är ett växande problem, speciellt tycks detta gälla yrken som innebär mycket kontakt med ansvar för andra människor (hälso- och sjukvård, skola, omsorg, kyrkans personal, mellanchefer i privat företagsamhet). Man vill förklara detta med samhällsförändringar utan att man nått fram till någon samsyn om etiologin (Socialstyrelsen, 2003).

Slutdiskussion

Uppsatsens process

En ansats med vår uppsats var att intervjua två olika grupper. Den ena bestående av personer med diagnosen utmattningssyndrom och den andra med människor, som trots sitt höga tempo, lyckas hålla sig friska. Att finna utmattade respondenter visade sig vara ganska så lätt. När vi berättade för andra personer i respektive bekantskapskrets vad vår uppsats skulle handla om fick vi många hjälpsamma förslag på lämpliga respondenter. "Alla" verkade känna någon som drabbats. Men till vår förvåning var den andra gruppen betydligt svårare att finna. Vi bokade en intervju med en kvinna som av många uppfattas som mycket engagerad, positiv och outtröttlig. När hon kontaktades via telefon för att bli ombedd att delta i en intervju ville hon gärna detta, men svarade att "högpresterande vet jag inte om jag förstås är". Vi tolkade detta som ett uttryck för blygsamhet och bokade en tid för intervju dagen därpå. När vi kommer följande dag berättar hon att hon varit sjukskriven för utmattning och nu fem år senare har återkommande besvär. Ändå är det väldigt få som känner till detta då hon håller fasaden och ställer höga krav på sig själv. Detta ser vi som ett "duktighetssyndrom", som ställer höga krav på speciellt oss kvinnor. Vi skall göra karriär, äga mycket och resa långt. Utöver dessa krav skall vi vara vackra, vältränade, ha ett representativt välkött hem, ett lyckligt förhållande och omhuldade barn. När vi till slut fann en högpresterande kvinna som verkade uppfylla alla dessa krav, visade det sig att hon faktiskt inte alltid mår så bra. Hon berättade bland annat om yrsel och gråtattacker. Det som skilde henne från de andra respondenterna med en diagnos, var att hon ännu inte gått till doktorn. Då ställde vi oss följande frågor:

- Mår hon lite mindre dåligt än de andra? Lite mindre yr, gråter hon inte lika ofta?
- Varför har hon inte sökt hjälp?
- Hur kommer hon att må om tio år?
- Har vi för höga krav på de personer som ej diagnostiserats med utmattningssyndrom?
- Finns människan som kan ta på sig hur mycket som helst utan att bli utmattad?

Att finna svar på dessa frågor ryms inte i vår uppsats men kan vara ett spännande ämne för vidare forskning. I stället beslutade vi oss för att sänka kraven för att finna personer som är väldigt engagerade och har ett högt tempo men ändå håller sig friska. Vi tillät personer som är engagerade på arbetet och har ett omfattande fritidsintresse, men utan att ha barn eller ett pedantskött hem.

Förslag på mer forskning

Här presenterar vi det material som vi har funnit kring alternativa metoder att både förebygga och rehabilitera vid utmattningssyndrom. Fysisk aktivitet och återhämtning i form av lugn – och ro är betydelsefull forskning inför framtiden, då hjärnstress sägs bli 2000-talets sjukdom.

Motion som prevention och rehabilitering

Hälsa är ett tillstånd där människan har tillräckliga resurser för att hantera livet (och en liten reserv därtill). Frågan Hassmén och Hassmén ställer sig är om regelbunden fysisk aktivitet kan ge denna lilla extra reserv som ökar motståndskraften och bidrar till kroppslig och mental hälsa? En lagom motionsintensitet och frekvens har en rad positiva effekter vid sidan av att hjärta, lungor, muskler, leder, ligament och immunförsvaret stärks. Ett antal större psykologiska långtidseffekter som förknippas med regelbunden utförd motion är förbättring av arbets- och skolprestation, allmänt välbefinnande, effektivitet, emotionell stabilitet, humör, inre kontroll, koncentrationsförmåga, minne, oberoende, positiv kroppsuppfattning, sexuell tillfredsställelse samt självförtroende. Motion har också visat sig minska arbetsfrånvaro, arbetsrelaterade fel, alkoholmissbruk, fientlighet, fobier, förvirring, huvudvärk, ilska, nedstämdhet, rökbegär, stressrespons (både utsöndring av stresshormoner och upplevd stressnivå), spändhet och oro. Vid lagom motion nämner många motionärer att deras främsta drivkraft är den känsla av välbefinnande de upplever efter ett motionspass. Lagom är bäst, för vid överträning sänks immunförsvaret. Förutom frånvaron av oro inbegriper det psykologiska välbefinnandet positiva känslor av glädje och lycka (Hassmén och Hassmén, 2005).

Motion, meditation och avslappning har positiv effekt på graden av oro. Genom att slippa ifrån ringande telefoner, rutiner och orosmoment kan man ta en timeout. Fysisk aktivitet har en rad olika effekter, varav några är mer biologiska och andra mer psykologiska till sin natur. För vissa individer sker en påverkan på monoaminsystemen av den fysiska aktiviteten och deras reducerande depression kan därmed hänföras primärt till en biologisk mekanism. För andra individer är det primärt den sociala samvaron och den förbättrade självkänslan som förklarar att de blir mindre deprimerade när de motionerar, medan det för en del är en kombination av faktorer som förklarar depressionssänkningen. Fysisk aktivitet har använts alldeles för lite i friskvårdande syfte. Att receptbelagda läkemedel skrivs ut på recept är tämligen självklart, men att även motion kan skrivas ut på recept är relativt nytt (Hassmén och Hassmén, 2005).

Fysisk aktivitet på recept

Ett sätt att mer systematiskt arbeta och främja fysisk aktivitet är att skriftligt ordinera fysisk aktivitet på recept (FaR). Denna arbetsform har blivit allt vanligare i ett flertal länder senaste årtiondet, vilket innebär en individuell ordination alltifrån ett enkelt skriftligt råd till en helhetslösning som bygger på en stödjande struktur med en fungerande vårdkedja. Råd och information kan hämtas ur kunskapsbanken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling). Orsaken till att ordinationen ges skriftligt är att studier visat att det skriftliga rådet ger bättre följsamhet än det muntliga, det finns ett flertal uppföljningsformulär (Lejon, 2006).

Målet med FYSS är att bidra till att sprida kunskaper i hälso- och sjukvården om att en fysiskt aktiv livsstil medför minskad risk i att utveckla ett flertal olika sjukdomstillstånd, samt att fysisk aktivitet utgör i många fall en viktig del av sjukdomsbehandlingen. Det primära målet med motion på recept är att ge enkla och klara anvisningar för att därigenom i största möjliga mån underlätta för individen att påbörja och sedan fortsätta med hälsoinriktad fysisk aktivitetsvana. Det som talar för att motionera tillsammans med andra är det sociala stöd som kan erhållas från andra (istället för att lämnas ensam med sina tankar) vilket motverkar motivationsbrist och brist på energi att företa sig något. Oavsett situation och person är motivationen en central faktor som avgör vad individen väljer att ägna sig åt, respektive väljer bort. Det kan behövas stödpersoner i form av mentala hälsocoacher, en framtida yrkesgrupp? (Hassmén och Hassmén, 2005).

Förmågan att vara närvarande i nuet minskar stressen och är en viktig källa till välbefinnande. Vi behöver stanna upp och låta stunden sjunka in så djupt att bara nuet uppfyller oss, för vi ägnar alltför ofta våra tankar åt det förgångna eller åt framtiden (Krauklis och Schenström, 2001).

Mental träning

Ordet mental i mental träning visar att det är fråga om tankeverksamhet och ordet träning understryker att det rör sig om att öva upp den mentala förmågan. Den mentala träningen kan indelas i två moment, grundläggande och målinriktad mental träning. Den grundläggande träningen består av olika avslappnings- och meditationsmetoder (kan uppnå ett djupt vilotillstånd) och syftar till att ge oss möjlighet till uppladdning, återhämtning och att bli mer mottagliga för positiva förbudskap. Den grundläggande mentala träningen ökar förutsättningarna för kropp och själ att orka med de ständigt växlande förändringar och utmaningar som tillvaron inrymmer. Under återhämtningsfasen inriktar sig kroppens och själens system på läkning och uppladdning inför nya uppgifter (Angelöw, 2005).

Studier visar att grundläggande mental träning är mer effektiv än vanlig normal vila när det gäller att förebygga och motverka stress. Den grundläggande mentala träningen är en förutsättning (vi blir mer mottagliga för positiva tankar) för den målinriktade träningen, vilken är utvecklad för att påskynda förverkligandet av olika önskvärda mål i våra liv. Våra mentala budskap har större effekt än om de skulle ha verkat utifrån vårt vanliga medvetande tillstånd. Våra liv styrs i hög grad av tankeföreställningar som vi oftast inte är medvetna om och som finns i vårt undermedvetna. Det undermedvetna kan dock inte skilja på fantasi och verklighet, på vad vi faktiskt upplevt och det vi bara tänkt, eller på positiva och negativa tankar. Vårt undermedvetna arbetar med de föreställningar som vi förmedlar genom vårt tänkande. I ett avslappnat tillstånd kan vi lättare uppnå kontakt med vårt undermedvetna och förändra våra tankar, känslor och beteenden. Den målinriktade mentala träningen handlar om att förmedla positiva budskap till det omedvetna, kommunikationen sker med hjälp av visualiseringar och affirmationer (att medvetet upprepa positiva ord eller meningar). Visualiseringar handlar om att använda vår naturliga föreställningsförmåga på ett mer medvetet och konstruktivt sätt. Genom visualiseringar skapar vi inre bilder av situationer och händelser som vi önskar ska inträffa, skapandet av dessa mentala föreställningsbilder riktar vår psykiska energi gentemot de mål vi uppfylla och möjligheterna att de ska förverkligas. Genom att regelbundet träna mentalt kan vi rensa bort stress och därigenom må och fungera bättre. Vetenskapliga studier har visat att regelbundet praktiserande av mental träning, kan leda till förbättrad fysisk och psykisk hälsa, bättre självkänsla och självförtroende, ökat självförverkligande och förbättrad självkännedom, förbättrade sociala relationer samt ökade förutsättningar för att uppnå sina livsmål (Angelöw, 2005).

Studier som har genomförts på arbetsplatser visar att mental träning kan motverka olika påfrestningar i arbetet, förbättra samarbete, arbetsprestationer, arbetsklimat och inlärningsförmåga. Chefer som börjar meditera rapporterar att de orkar mer, känner sig mindre stressade och att deras relationer har blivit bättre. Mental träning som praktiseras regelbundet under en längre period ger nästan alltid upphov till någon form av positiva effekter. Man bör vara väl motiverad så att man fortsätter till resultaten blir tydliga. Ju längre tid mental träning använts desto mer märkbara blir resultaten, mot bakgrund av detta börjar mental träning alltmer uppmärksammas inom idrottsvärlden, arbetsliv, utbildningsområdet samt inom hälso- och sjukvård (Angelöw, 2005).

Lugn – och rosystemet

Uvnäs-Moberg skriver att oxytocinsystemet är ett koordinerande och avvägande system med många nervgrenar ut till viktiga kontrollområden i hjärnan, som både påverkar och påverkas av viktiga signalsubstanser (exempelvis serotonin, dopamin och noradrenalin). En speciell egenskap i lugn och ro-systemet är dess stora kontaktyta med omvärlden. Systemet står via nervförbindelser i nära kontakt med världen runt omkring oss eftersom både kroppens utsida, dess insida och våra sinnesorgan ger information till de oxytocinproducerande cellerna. Oxytocinfrisättningen är mycket lätt att påverka. Tankar, associationer och därmed också våra minnen kan sätta fart på systemet. Av alla inflöden till lugn och ro-systemet förefaller beröring att vara ett av de starkaste, därför är samhällets förändringar mot större självständighet och färre gemensamma vardagsaktiviteter en hälsofara. När människor gör något tillsammans finns beröring, lukt och även andra sinnen ofta med som en naturlig del av samspelet mellan individerna. Upplevelsen av lugn och ro lindrar våra fysiska och psykiska reaktioner på själva stressen, samt gör oss mer kreativa (Uvnäs-Moberg, 2000).

Forskningen har visat att koncentration samt inlärning förbättras av närhet och lugn. Rapporter från skola och barnomsorg visar att barnen är stökiga, okoncentrerade och mer aggressiva än för bara tio år sedan. De senaste fem åren utbildas personal inom skola och barnomsorg i Sverige i grundläggande massagemetodik. Barnen tillfrågas alltid om de vill ha massage och därmed tränas samtidigt att kunna sätta gränser för vad som känns bra, det är viktigt att både kunna ja och nej till en annan människas beröring. I motsats till kamp och flykt-reaktionen präglas lugn och ro-reaktionen av sänkt blodtryck samt sänkta nivåer av stresshormonet kortisol. Matsmältningen blir effektivare och kroppens näringsdepåer fylls. Själslig kontakt är också beröring; relationer och möten kan ge oss upplevelser av beröring på ett psykologiskt plan, utan att vi har kroppskontakt med varandra. En människa som lyssnar uppmärksamt på oss, ger oss en känsla av trygghet och kontakt som motsvarar en vänlig beröring. För att må bra behöver vi balansera den stress som vi möter runt omkring oss med tillräckligt mycket lugn och ro, genom exempelvis aktiviteter som frisätter oxytocin såsom ett varmt bad, en stund i solen, en skön massage, en stund i bastun, motion eller meditation (Uvnäs-Moberg, 2000).

I dagens samhälle är normen att man ska arbeta hårt, man ska mycket att göra, man ska ha fax, mobil, e-post och vara ständigt tillgänglig, man ska vara aktiv, självständig, drivande samt energisk. Hjärnstress sägs bli 2000-talets sjukdom och vi ser idag hur livsstilen gör att allt fler människor drabbas av utmattningssyndrom i allt lägre åldrar. I naturen finns en balans som måste upprätthållas för att flora och fauna ska bilda ett uthålligt system (ekologi). Den ekologiska balansen ska inte störas, utan aktiviteter och produkter ska vara hanterbara för det ekologiska systemet så att inga skador uppstår. Vi människor behöver också börja tänka i banor av en egen inre ekologi, det går inte att bara driva på och exploatera kroppens resurser. Vi behöver leva så att vi fyller på där vi har tömt depåer, så att vi återhämtar oss, vilar och läker (Uvnäs-Moberg, 2000). Hälsa kan vara förmågan att uppnå vitala mål i livet, en upplevelse av välbefinnande och mening med sitt liv. Hälsa är att inte ha någon sjukdom (Socialstyrelsen, 2005).

"Den som inte har tid för fysisk aktivitet får förr eller senare avsätta tid för sjukdom" Edward Stanley (1826-1893)

Källförteckning

Angelöw, Bosse (1999): *Konsten att hantera stress och möta förändringar*. Stockholm: Natur och kultur.

Angelöw, Bosse (2005): *Träna mentalt och förbättra ditt liv*. Stockholm: Natur och kultur.

Antonovsky, Aaron (2007): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Carlsson, Sven G. (2005) *"Hälsopsykologi"*. I: Vår tids psykologi. Köping: Natur och Kultur.

Gilje, Nils/Grimen, Harald (1992): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos AB.

Hassmén, Peter/Nathalie Hassmén (2005): *Hälsosam motion*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Hwang, Philip/Lundberg, Ingvar/Rönneberg, Jerker/Smedler, Ann-Charlotte (2005): *Vår tids psykologi*. Köping: Natur och Kultur.

Kecklund, Göran/Dahlgren, Anna/Åkerstedt, Torbjörn: *Undersökning av förtroendearbetstid: Vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående*. Stressforskningsrapport nr 305. Stockholm 2002. ISSN 0280-2783.
http://www.stressforskning.su.se/content/1/c6/01/98/40/sfr305_su.pdf

Krauklis, Martin/Schenström, Ola (2001): *Utbrändhet: den nya folksjukdomen*. Södertälje: Fingraf AB.

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Gerry (2005) *"Hälsopsykologi; en känsla av sammanhang"*. I: Vår tids psykologi. Köping: Natur och Kultur.

Larsson/Sam (2005) *"Kvalitativ metod – en introduktion"*, I: Forskningsmetoder i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.

Lejon, Matti (2006): *Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i Östergötland 2005 - Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan*. Linköping. Rapport 2006:11.
http://www.lio.se/upload/Landstningsgem%20dok/FHVC/FaR_rappor_t2006_11.pdf

Lindén, Eva (2008): *Dagens socialförsäkring*.
http://www.forsakringskassan.se/press/publikationer/ds/dokument/ds_08_01.pdf

Maslach, Christina (1986): *Utbränd – en bok om omsorgens pris*. Värnamo: Natur och kultur.

Monat, Alan/Lazarus, Richard W. (1985): *Stress and Coping*. New York, Columbia University Press.

Perski, Aleksander (2002): *Ur balans*. Uddevalla: Bonnier Fakta.

Perski, Aleksander/Grossi, Giorgio/Evengård, Birgitta/Blomkvist, Vanja/Yilbar, Barrin/Orth-Gomér, Kristina (2002): *Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor*.

<http://www.stressmottagningen.nu/rapporter/files/em%20utmattning-L%C3%A4kartidn.pdf>

Persson, Lars- Olof (2005) "*Hur hanterar människor stress?*" I: Vår tids psykologi. Köping: Natur och Kultur.

Sjöblom, Yvonne (2005) "*Att bli utstött hemifrån*" I: Forskningsmetoder i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2005): *Folkhälsorapport*.

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABC727A9/6169/20051114.pdf>

Socialstyrelsen (2003): *Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa*. ISBN 91-7201-786-4. Stockholm: Elanders Gotab AB

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/389587AF-9ECD-4338-B84F-8A94415F4D0C/1069/200312319.pdf>

Thurén, Torsten (2003): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Runa förlag.

Uvnäs – Moberg, Kerstin (2000): *Lugn och beröring - oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vetenskapsrådet (1991): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Weiten/Lloyd (2006): *How to adjust to modern life*.

<http://www.coursesmart.com/9780534608590>

Bilaga 1

Intervjuguide

Frågor till dem som har varit sjukskrivna för utmattningssyndrom

1. Kände du till diagnosen utmattningssyndrom?
2. Hur såg din livssituation när du fick diagnosen?
3. Upplevde du att du kunde påverka situationen?
4. Hade du någon att prata med?
5. Upplevde du några tidiga signaler av utmattning?
6. Fick du någon form av alternativa metoder (motion eller avslappning) på inrådan från läkare? På vilket sätt försökte du själv förbättra ditt mående?
7. Har du sökt självhjälp för att förstå och förändra din situation?
8. Har du kvar ditt tidigare arbete? Upplever du att chefer, kolleger, släkt och vänner visar hänsyn?
9. Hur gör du idag för att inte råka ut för samma sak igen?
10. Upplever du, trots allt, något positivt kring det som hänt?

Bilaga 2

Intervjuguide

Frågor till de högpresterande

1. Har du i samband med hög arbetsbelastning känt av symptom som kan vara utmattningsrelaterat? Lyssnar du på din kropps signaler?
2. Har du sökt självhjälp för att orka hålla ditt höga tempo?
3. Om något inte känns bra, har du då möjlighet att påverka din situation?
4. På vilket sätt får du stöttning hemifrån och på jobbet?
5. Hur skakar du av dig en jobbig händelse?
6. Har du någon strategi för att hantera särskilt krävande situationer?
7. Utövar du någon fysisk aktivitet för att orka hålla tempot?