

**Ursäkta, hur vill hon bli bemött?**

**Kvinnor med utmattningssyndroms  
upplevelser av bemötande i vården**

**Excuse me, how does she want to be  
treated?**

**Women with burnout syndrome's  
experiences of treatment in care**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
15 Höskolepoäng  
Grundnivå  
Hösttermin 2020

Författare: Brovall, Mickey  
Moberg, Emma

## SAMMANFATTNING

Titel:	Ursäkta hur vill hon bli bemött? Kvinnor med utmattningssyndroms upplevelser av bemötande i vården
Författare:	Brovall, Mickey; Moberg, Emma
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Thapa, Dip Raj
Examinator:	Rosendahl, Sirpa
Sidor:	32
Nyckelord:	Bemötande i vården, Kvinnor, Självbiografier, Utmattningssyndrom, Upplevelser

---

**Bakgrund:** Utmattningssyndrom (UMS) är ett folkhälsoproblem, överrepresenterat av kvinnor. Patientgruppen tenderar att mötas av misstro i vården. Patienterna befinner sig ofta i kris och har svårt att acceptera sin situation. Sjukdomstillståndet innefattar oftast skam och skuld. För att minska lidande krävs att vårdpersonal värnar om kvinnornas hälsa och tillfrisknande, genom ett bemötande som ökar patienternas känsla av sammanhang, empowerment och delaktighet. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av bemötande i vården då de drabbats av UMS. **Metod:** En studie av sex självbiografier. Självbiografierna analyserades utifrån Lundman och Hällgren Granheims (2017) kvalitativa innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet påvisade vikten av att bli väl bemött samt vikten av att få ett professionellt stöd i vården. Dessa aspekter grundade sig på kvinnornas upplevelser av att bli sedda, tagna på allvar och delaktiga i sin vård, samt vikten av att få stöd, rätt diagnos och behandling samt att mötas av kunnig personal. Resultatet påvisar både negativa och positiva aspekter. **Slutsats:** En slutsats är att det finns ett behov av ökad förståelse för betydelsen av bemötande i vården. En förståelse som innebär ökad förmåga att bemöta kvinnornas utsatthet samt att lindra deras lidande, vilket omfattar vårdpersonal i allmänhet och sjuksköterskor i synnerhet.

## ABSTRACT

Title: EXCUSE HOW DOES SHE WANT TO BE TREATED?  
Women with burnoutsyndrome experiences of treatment in care.

Author: Brovall, Mickey; Emma, Moberg

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Raj Thapa, Dip

Examiner: Rosendahl, Sirpa

Pages: 32

Keywords: Autobiographies, Burnoutsyndrome, Experiences, Treatment in care, Women

---

**Background:** Burnoutsyndrome is a public health problem, overrepresented by women. The patient group tends to be met with mistrust in care. The patients are often in crisis and have difficulty accepting their situation. The disease state usually includes shame and guilt. To reduce suffering, healthcare professionals are required to care for women's health and recovery, through a treatment that increases patients' sense of context, empowerment and participation. **Purpose:** The purpose of the study was to shed light on women's experiences of treatment in care when they were affected by burnoutsyndrome. **Method:** A study of six autobiographies. The autobiographies were analyzed based on Lundman and Hällgren Granheim's (2017) qualitative content analysis. **Results:** The results showed the importance of being well treated and the importance of receiving professional support in care. These aspects were based on the women's experiences of being seen, taken seriously and involved in their care, as well as the importance of receiving support, the right diagnosis as well as the importance of being met by knowledgeable staff. The results show both negative and positive aspects. **Conclusion:** One conclusion is that there is a need for an increased understanding of the importance of treatment in healthcare. An understanding that involves increased ability to respond to women's vulnerability and to alleviate their suffering, which includes healthcare professionals in general and nurses in particular.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
Utmattningssyndrom.....	6
Uppkomst och diagnos.....	7
Behandling och prevention .....	8
Upplevelse av bemötande i vården .....	8
Lidande .....	9
Känsla av sammanhang .....	10
Empowerment.....	11
Sjuksköterskans ansvarsområde-etiska förpliktelser .....	11
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>12</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>12</b>
<b>METOD</b> .....	<b>13</b>
Urval .....	13
Datainsamling .....	13
Självbiografier .....	14
Analys .....	15
Etiska överväganden .....	16
<b>RESULTAT</b> .....	<b>17</b>
Värdet av att bli väl bemött.....	17
Vikten av att bli sedd .....	18
Vikten av att bli tagen på allvar .....	18
Vikten av att känna sig delaktig.....	19
Betydelsen av att få ett professionellt stöd .....	20
Vikten av att få stöd .....	20
Vikten av att mötas av kunnig personal.....	20
Få rätt diagnos och behandling .....	21
Resultatsammanfattning.....	21
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	24
Konklusion.....	27
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	27
<b>REFERENSER</b> .....	<b>29</b>
Bilaga 1 .....	33
Bilaga 2 .....	34

## **BILAGOR**

1. Bilaga 1: Socialstyrelsens kriterier för diagnosen utmattningssyndrom
2. Bilaga 2: ICD-10 tillstånd som innefattas i kod F43

# INLEDNING

Utmattningssyndrom (UMS) är ett folkhälsoproblem, överrepresenterat av kvinnor. Trots detta finns stora kunskapsbrister i ämnet inom vården, men även i samhället i stort. Detta visar sig bland annat i hur dessa patienter blir bemötta. Att drabbas av UMS kan för många innebära förlust av flera basala förmågor och kompetenser. Att utföra dagliga rutiner kan ses som oövervinnerliga berg att bestiga. Att den drabbade dessutom ska behöva förklara eller försvara sig själv och sin sjukdom är i dessa fall näst intill orimligt. Att kunskap gällande UMS behöver öka är tydligt. Främst för den enskilda patienten, vårdpersonal, men även för samhället i stort. Ett steg mot ökad kunskap är att ha ett öppet sinne i sitt möte med människor, att lägga sin egen förförståelse åt sidan, för att verkligen se, men också verkligen förstå den enskilda individen. Inom den somatiska vården, som ofta är den första kontakten för den drabbade, behöver kunskapen öka för att minska det lidande som ett felaktigt bemötande kan förorsaka.

## BAKGRUND

### Utmattningssyndrom

Hjärnfonden (2017) beskriver UMS som att "hjärnan faktiskt lägger av". Förutom nedstämdhet ses problem med kognitiva funktioner som minne, uppmärksamhet och koncentrationsförmåga. Individen är utmattad fysiskt, känslomässigt och mentalt till följd av långvarig stress. En person med UMS känner sig konstant trött och svag, hjälplös och utan hopp. Hjärnfonden menar att den psykiska ohälsan som ligger till grund för utmattningstillståndet inte bara är kopplat till arbete utan även till privatliv. Maslach (2017) pekar på egenskaper hos individer som drabbas av UMS som bland annat innefattar starkt engagemang, hög energi, hängivenhet, driftighet och känslighet. Jingrot och Rosberg (2008) menar att långvarig stress kan ha skadliga effekter på kroppens alla system såsom muskuloskeletala, kardiovaskulära, metaboliska, immunsystemet samt centrala nervsystem. Involverade hjärnstrukturer är särskilt sårbara för kronisk stress. Minnes-, hörsel- och uppmärksamhetsstörningar har framförallt visat sig hos kvinnor med UMS. Ovanstående definitioner av UMS stämmer väl överens med författarna till detta examensarbets definition av UMS och är den definition som vidare avses genom uppsatsen. I Försäkringskassans sammanställningar framkommer att antalet sjukfall i psykiatriska diagnoser ökade med 59 procent mellan år 2010 - 2015. Det är sedan 2014 den allra vanligaste orsaken till sjukskrivning. Vidare menar försäkringskassan att ökningen är betydligt vanligare hos kvinnor som står för 73 procent av ökningen. Av de diagnoser som tas upp står 66 procent av ökningen av anpassningsstörningar och stressreaktioner. Anpassningsstörning och stressreaktioner är ett samlingsnamn enligt det diagnostiska programmet ICD-10 och har kod F43. För information om vilka tillstånd som innefattas i F43 se bilaga 2 (Försäkringskassan, 2016). Hjärnfonden (2017) menar att 76 procent av de

74200 personer som 2016 var sjukskrivna för stressrelaterad psykisk ohälsa, var kvinnor. En av anledningarna till att kvinnor är överrepresenterade tros vara att kvinnor och män arbetar i olika sektorer, med olika villkor och arbetsmiljöer. Kvinnodominerade branscher har generellt sämre förutsättningar. Enligt Hjärnfonden (2017) framkommer att 70 procent av alla sjuksköterskor i Sverige upplever att de har ett psykiskt påfrestande arbete.

## Uppkomst och diagnos

I Socialstyrelsens artikelkatalog (2003) beskrivs att läkare med erfarenhet av patienter som lider av UMS, ser en jämförelsevis typisk sjukdomsbild. Vanligtvis kommer trötthet och sömnstörningar först, med besvär som kan komma och gå under flera års tid med varierande intensitet. Oro och irritation är vanliga symtom, liksom olika sätt att självmedicinera genom till exempel ökad cigarett- eller alkoholkonsumtion. I detta första skede är det enligt artikeln vanligt med konflikter kring patienterna. Ett flertal kroppsliga symtom debuterar samtidigt eller något senare i förloppet. De debuterande problemen tilltar, prestationsförmågan minskar och självförtroendet sviktar, många känner skam över detta. Närstående beskriver en personlighetsförändring hos den sjuke. I stressfyllda situationer kan panikångestattacker eller yrsel uppkomma. Depression och självmordstankar är vanliga. Nedstämdhet, koncentrations- och minnesstörningar kommer successivt. Det är individuellt hur lång tid det tar innan den långvariga stressen leder till en akut försämring. Det kan ta från några månader till flera år. Den utlösande faktorn kan vara en traumatisk händelse eller konflikt. Utmattning och/eller koncentrationssvårigheter i kombination med somatiska symtom är det som patienter med UMS söker för. Patienterna är i kris och har ofta svårt att acceptera sin situation. Arman et al., (2011) bekräftar socialstyrelsens beskrivning av den typiska sjukdomsbilden. De beskriver även att personer med UMS tenderar att se sitt liv som ett projekt som ska utföras utifrån en egen uppfattning av att det är vad som förväntas av dem. Denna tendens där prestation ger mening och interaktionen med andra blir påverkad, leder till försummelse av sig själv och sitt autentiska jag. Detta påverkar i sin tur synen på den egna existentiella rätten att existera i denna värld. Synen på sig själv som ett projekt kan leda till en objektivering av sig själv. Detta i sig kan vara kontraproduktivt, eftersom risken finns för att individen fastnar i ett nytt projekt vid utmattning, nämligen sin egen hälsa. Maslach (2017) påpekar att det är viktigt att ta hänsyn till individuella skillnader samt till olika personligheter. Andra viktiga faktorer som bidrar till utmattning är dåliga arbetssituationer, dåliga relationer, liten påverkansmöjlighet av sin situation och brist på uppskattning. Vgregion (2019) beskriver att det kan vara svårt att ställa diagnos på UMS eftersom det kan vara likt flera andra diagnoser. Kardinalsymtom vid UMS är nedsatt energi, kognitiv funktionsnedsättning samt låg stresstolerans. Patienten uppvisar ofta både flera somatiska och psykiska symtom. Man ska ha identifierat den belastande stressfaktorn, somatisk sjukdom ska ha uteslutits samt suicidriskbedömning ska alltid göras. Socialstyrelsens (2003) kriterier för diagnosen UMS används i sjukvården idag, se bilaga 1.

## **Behandling och prevention**

Arman et al., (2011) menar att UMS inte är ett statiskt tillstånd, utan att det är en flytande process som har både en inre och yttre karaktär. Vgregion (2019) stärker detta påstående och beskriver att behandlingen bör individualiseras utifrån patientens enskilda behov samt av graden av sjukdomen. Vidare menar Vgregion att kontinuitet och uthållig är av största vikt vid behandling/rehabilitering. Arman et al., (2011) menar vidare att innebörden av det här är att det finns flera behandlingsalternativ och preventiva metoder. Det första alternativet som brukar presenteras av vården och/eller omgivningen är sjukskrivning. En del testar terapeutiska behandlingar som till exempel stressterapi, men många beskriver effekten av detta som "en droppe i havet". Däremot beskrivs i artikeln att en möjlighet att hitta vägen ut finns när den drabbade är i tolerans och vila. Ett tillstånd av att bara vara här och nu, självvald kreativitet, läsa böcker eller att vara ute i naturen, kärleksfulla släktingar eller en varm professionell lyssnare fungerar ibland som livlinor. Vägen ut ur UMS beskrivs vara att hitta en balans mellan inre och yttre krav, samt den inre och yttre verkligheten. En annan viktig aspekt i rehabiliteringen är att uppleva meningen med livet, äktheten, en känsla av att bli sedd och lyssnad på. Maslach (2017) menar att forskning nyligen visat att insatser för att förbättra det sociala klimatet på arbetsplatser resulterar i ökat engagemang, mindre frånvaro och i förlängningen färre som drabbas av utmattning. En modell har tagits fram för att se till individen i sin helhet. Viktiga personcentrerade aspekter som ska förbättra hälsa vid utmattning är träning, strategier för avkoppling, självkännedom, bättre kunskap om sina egna styrkor men också om sina svagheter, copingstrategier, arbetsmönster, samt balans mellan jobb och socialt liv. Just balansen mellan nöje och krav och att utveckla förståelse för sin egen förmåga att påverka sin vardag och hantera stressfyllda situationer menar även Eriksson et al., (2010) är avgörande för återhämtning och prevention efter UMS. Vgregion (2019) konstaterar att det finns bristande evidens för olika behandlingar och att deras rekommendationer bygger på klinisk erfarenhet.

## **Upplevelse av bemötande i vården**

Jakobsson (2007) har i en studie som omfattade 826 personer kartlagt att de patientgrupper som blir mest illa bemötta i vården är kvinnor, unga och personer med symtom som är subjektiva. Han fastslår att andelen patienter som blir illa bemötta är relativt stor. Engebretsen och Bjorbaekmo (2019) tar i sin studie upp dilemmat med individer som lider av medicinskt oförklarliga symtom och den psykosociala upplevelsen av att vara sjuk, upplevelsen av att vara marginaliserad, eller utesluten från vården. Där kriterierna för UMS är uppfyllda, men individerna inte blivit erkända som sjuka. Deltagarna i studien jämför sin upplevelse av att möta läkare, med upplevelsen att delta i strid. De uppger även att de känner sig misstrodda av omgivningen, vilket utlöste en skamreaktion. Deltagarna beskriver en stor misstro till vården vilket påverkar återhämtningen negativt. De menar att bli erkänd som sjuk kan vara lika viktig som dess etiologi. Forskning visar nämligen att utan erkännande känner sig patienter missförstådda, samtidigt som de känner att de inte får något stöd. Okunskap leder till för höga förväntningar på de drabbade och är smärtsamt att hantera. Upplevelser av



förnedring, att bli sårad och frustrerad, ensam, degraderad och hjälplös är ytterligare aspekter på känslor som framkommer i studien, och som beskriver upplevelser av bemötande i vården. I studien beskriver en patient som tidigare haft cancer att hon under tiden som cancersjuk kände sig som någon som förtjänade vård, hon kände sig välkommen. Som utmattningssjuk känner hon sig avvissad av sjukvården. Många beskriver en känsla av utanförskap på grund av att de inte känner igen sig själva, att de känner sig konstiga. Att få denna känsla bekräftat av sin omgivning kan skapa en oerhörd ångest och en maktlöshet (a.a). Eriksson et al., (2010) belyser i sin studie, effekten av kognitiv terapi, vikten av att tillhöra en grupp, och betydelsen av att rehab personal bemöter patienterna med respekt och empati genom att bekräfta deras upplevelser (a.a). Trots att målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, visar verkligheten något annat. Forskning visar att kvinnor som patientgrupp svarar att de blivit kränkta i vården i mer än dubbelt så stor utsträckning som män. Forskningen påvisar att ett kränkande bemötande kan medföra att den utsatta undviker att söka vård, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser. Detta framkommer i en kunskapsöversikt som Sveriges Kommuner och Landsting (2019) utfört.

## **Lidande**

Eriksson (1994) menar att det finns olika typer av lidande, vilka kan delas in i tre olika delar sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Enligt Erikssons teorier utgörs sjukdomslidandet av det lidande som upplevs i förhållande till patientens sjukdom och behandling. Sjukdomslidande kan komma ur kroppsligt, andligt eller själsligt lidande vilket enligt Eriksson ofta beror på upplevelser av förnedring, skuld eller skam som patienten erfarit i relation till sjukdomen, eller som fötts genom fördömande attityder från sjukvårdspersonal eller andra i den sociala omgivningen. Vårdlidande är det lidande som upplevs av patienten i relation till den primära vårdsituationen. Vårdlidande kommer av beteenden som innebär en kränkning av patientens värdighet eller genom att neka vård eller att nonchalera patienten. Vårdlidande uppstår även genom indirekt eller direkt maktutövning. Ett exempel på maktutövning enligt Eriksson är att inte ta patienten på allvar. Vidare kan livslidandet beskrivas som det lidande som uppkommer vid ohälsa och sjukdom och som upplevs i relation till hela patientens livsvärld och existens ”att vara människa bland andra människor”. Rehnsfeldt och Arman (2008) använder metaforen ”pilgrimsfärd” i sin studie, med syfte att undersöka förståelse för cancerdrabbade patienter samt för patienter med utmattningssyndrom. De menar att en persons lidande kan ses som en rörelse från outhärdligt till uthärdligt. När det finns en förståelse för det egna lidandet, blir lidandet mer hanterbart och därmed uthärdligt. Pilgrimsfärden är i den här metaforen tänkt som personens inre beslut att nå nya insikter och meningar. En person som lider av cancer kämpar med ett hot om döden, medan en person med UMS kämpar med ett hot om ingenting. Oavsett vad personen kämpar mot så skapar en ensam vandring på pilgrimsfärden, utan att mötas i en förståelse av livet, ökat lidande, medan en följeslagare bidrar till en känsla av ökad värdighet. Med detta sagt menar Rehnsfeldt och Arman att konsekvenserna för omvårdnaden är att oavsett om patienten lider av cancer eller UMS så behöver denne en omtänksam följeslagare

på sin pilgrimsfärd för att lindra lidandet. De beskriver ett gemensamt mönster i de berättelser de tagit del av, mönstret är att livet genomgår en djup förvandling från oberoende till beroende, från styrka till svaghet och sårbarhet i samband med att drabbas av sjukdom. Gustavsson et al., (2008) beskriver UMS utifrån inre konflikter som leder till lidande hos den drabbade. Ett livslidande som en konsekvens av att känslomässigt plågas vilket bland annat inkluderar att patienten lider av känslor av att inte räkna till samt lider av dåligt samvete. I studien beskrivs att känslan av att inte räkna till ger intensiva, obehagliga känslor av misslyckande, ensamhet, dåligt självförtroende, att man är utbytbar och är av litet värde. Lidandet av det dåliga samvetet kommer sig av en känsla av att inte räkna till eller att inte duga till på grund av att patienten inte kan nå sina egna ideal.

### **Känsla av sammanhang**

Antonovskys forskning visar att människor med god förmåga att förstå händelser på ett reflekterande sätt, som känner att de har resurser och strategier för att hantera situationer och händelser på ett konstruktivt sätt, samt har en förmåga att värdera saker i ett större sammanhang och att värdera vikten av händelsen på ett personligt plan, klarar påfrestningar bättre än de med bristande förmåga. Dessa egenskaper kan utgöra en slags buffert för människan i tider med extra påfrestning, och kan "hindra oss att gå i fällan", vilka därför utgör skyddsfaktorer som gör att människan står emot stress och stressorer bättre. Antonovsky beskriver att känsla av sammanhang (KASAM) utgörs av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och är svaret på frågan om salutogenes. Han menar att begriplighet syftar på i vilken utsträckning en person upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, förutsägbara eller åtminstone förklarbara. Hanterbarhet handlar om den upplevelse man har om vilken grad resurser står till ens förfogande i relation till de krav och till de stimuli man möts av. Antonovsky menar att med en hög känsla av hanterbarhet känner man sig inte som ett offer för omständigheterna eller att livet är orättvist. Betydelsen av meningsfullhet relaterar han till vikten av att känna sig delaktig i olika processer både i det dagliga livet och i ödet. Begreppet salutogenes utgör grunden i de aspekter som innebär att människan lyckas bibehålla hälsa eller till och med förbättra den. Salutogenes betyder kortfattat hälsans ursprung. Tanken med det salutogenetiska synsättet är att tänka i termer och faktorer som främjar det friska istället för att se till det sjuka (Antonovsky, 2005). Kähönen et al., (2012) menar att UMS är ett allvarligt hot mot den enskilda individen men också mot den offentliga sektorns ekonomi. De utförde därför en studie för att undersöka faktorer som minskar risken för utbrändhet, genom ett försök att utveckla en gruppterapi. Det framkom i studien att den viktigaste aspekten som utmärkte ett bra arbetsklimat utgörs av KASAM, samtidigt som de menar att personliga resurser som utgår ifrån salutogena strategier möjliggör en bättre hantering av patogena faktorer i livet. Resultatet i studien pekar på att gruppterapi som utgår ifrån ett salutogent förhållningssätt och som stärker känslan av sammanhang, har positiva effekter på arbetsrelaterad UMS.

## **Empowerment**

För att främja personens subjektiva hälsa krävs en ansats som innefattar delaktighet av personen själv. Hälsofrämjande arbetet syftar till att möjliggöra för människor att förbättra och öka kontrollen över sin egen hälsa. Ett av de grundläggande begreppen för ett hälsobefrämjande arbete är empowerment. Empowerment handlar om självförstärkning och vardagsmakt samt bygger på en människosyn där alla människor har kapacitet att definiera och utveckla handlingsstrategier för att lösa sina egna problem. Sjuksköterskans uppgift är att stötta, uppmuntra och handleda patienten i att hitta sina egna strategier och därmed öka sin känsla av empowerment (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). I en studie utförd av Adolfsson et al., (2004) framkommer att både läkare och sjuksköterskor känner en osäkerhet gällande att använda empowerment som metod, och att de upplevde att deras roll förändrades från att vara experter till att bara vara ett hjälpmedel, en resurs. De behövde stöd i att ställa om sig från att vara kontroller till att bli en stöttepelare och en möjliggörare. Det framkommer även att tidigare studier har visat att det finns kunskapsbrister hos vårdpersonal gällande begreppet empowerment och i hur det kan implementeras. Sjuksköterskor och läkare som deltog i deras studie uppgav att det var lättare att agera utifrån den mer traditionella rollen som expert och att vara den som utbildar. Empowerment som metod innebär att vara en bra lyssnare, kunna använda sig av öppna frågor, att vara känslig, att vara den som saknar kunskap men också ge information vid behov. I studien framkommer att tid- och resursbrist utgör ett stort hinder i primärvården för att uppnå ett arbetssätt som inkluderar empowerment ska befästas.

## **Sjuksköterskans ansvarsområde-etiska förpliktelser**

Svensk sjuksköterskeförening (2017a), beskriver att sjuksköterskor har ett moraliskt ansvar, samt ett ansvar att respektera mänskliga rättigheter. I detta ansvar ingår god omvårdnad som förutsätter en öppen hållning för vad olika personer förmedlar, liksom att personens individuella upplevelse av hälsa och ohälsa respekteras. Omvårdnad som tillgodoser människors grundläggande behov är både komplex och avancerad. Etiska frågeställningar som sjuksköterskor dagligen ställs inför, kräver god kunskap i ämnet och spänner över vida fält. Från respektfulla beteenden som skapar förutsättningar för relationer i den dagliga omvårdnaden, till mer avancerade prioriteringar gällande till exempel ekonomi eller organdonationer. Etiska diskussioner behöver levandegöras för att öka den etiska kompetensen hos sjuksköterskor, för att säkerställa kvaliteten på god omvårdnad. Sjuksköterskor har ett etiskt ansvar särskilt för att uppmärksamma sårbara och utsatta grupper i behov av stöd. En av de grupper som här åsyftas är personer med psykisk ohälsa. Haahr et al., (2020) menar att sjuksköterskan har en helhetssyn på patienten. De centrala värdena för omvårdnad utgör en etisk skyldighet att värna om individens integritet och dess värdighet. Med detta kommer dock ofta även etiska och moraliska dilemman som behöver hanteras för att på bästa sätt beakta patientens välbefinnande, värdighet och kvaliteten på vården. Detta innebär att ta hänsyn till patientens livsvärld, vilket i sin tur inkluderar hela patientens existens. Även här påpekar författarna vikten av den expertis som krävs för att

uppnå ett partnerskap mellan patient och profession. I SFS 2017:30 regleras de lagstadgade målen för hälso- och sjukvården. Mål som bland annat innebär att vård ska ges med respekt och värdighet för den enskilda individen, samt att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen och värna om allas lika värde. International Council of Nurses (ICN) har tagit fram en internationell etisk kod för sjuksköterskor vilken innefattar fyra grundläggande ansvarsområden att “främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande”. En sjuksköterska ska vara en förebild för att utveckla god omvårdnad. De etiska koderna tillsammans med svensk sjuksköterskeförenings värdegrund kan vara ett stöd i att individuellt men också tillsammans med medarbetare hålla en etisk diskussion levande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017c).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Den största sjukfrånvarorsaken i samhället idag är sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa. Kvinnor är en överrepresenterad grupp. Statistik visar att just diagnosen UMS ökar och blir allt vanligare. Det är inte helt lätt att diagnostisera UMS eftersom det finns en del differentialdiagnoser samt att symtomen ofta även är somatiska. Denna patientgrupp tenderar att mötas av misstro i vården och risken finns att de blir ifrågasatta istället för hjälpta. Studier visar att det finns mycket skuld och skamkänslor förknippat med diagnosen. Likaså att det ofta är arbetsrelaterat, eller relaterat till annan typ av långvarig stress. Den överrepresentation av kvinnor som framkommer i sammanhanget, gör att det är av särskild vikt att fokusera på dessa. Det finns ett behov av ökad kunskap och förståelse för UMS eftersom det kan minska onödigt lidande och förebygga att fler drabbas. Att leva med UMS innebär ett stort lidande och en livskris bland annat utifrån att den drabbade går från oberoende till beroende och får svårt att hantera sin vardag. Vägen ut ur UMS handlar i flera avseenden om att hitta en balans mellan inre och yttre krav men också om att hitta en balans mellan den inre och yttre verkligheten. Detta kräver att vårdpersonal har förmåga att stödja patienten. Patientens upplevelse av att få stöd speglas av det bemötande hon får i vården, varför just detta är viktigt att studera.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av bemötande i vården då de drabbats av UMS.

## **METOD**

Studien var en kvalitativ forskningsansats, vilket innebär en litteraturstudie, i det här fallet analyserades självbiografier. Författarna till detta examensarbete valde denna metod för att på ett öppet och följsamt sätt kunna tolka och förstå, samt beskriva erfarenheter och upplevelser såsom den beskrivs i vald litteratur. Ett transparent förhållningsätt, utan att vara färgad av den egna förförståelsen var grundläggande för att besvara studiens syfte. En kvalitativ metod innebär en forskningsmetod, där forskaren inte bara försöker fånga handlingar som människor utför, utan även innebörden av dessa handlingar. En kvalitativ metod präglas av ett djup som kommer ur tolkningen av subjektiva erfarenhet och upplevelser. Denna metod är lämplig att använda i till exempel vårdforskning och syftar till att uppnå en djupare förståelse för fenomenet som studeras (Dahlborg-Lyckhage, 2017). En kvalitativ innehållsanalys beskriver hur personer verbalt eller på annat sätt uttrycker eller visar vad de tycker eller känner om något. Det förekommer inget rätt eller fel eftersom avsikten är att undersöka upplevelsen eller fenomenet i dess naturliga miljö (Dahlberg, 2014).

### **Urval**

Urvalet bestod av sex självbiografier skrivna av kvinnor som drabbats av UMS, samt belyste aspekter av bemötande i vården som påverkat dem på olika sätt. Målsättningen med studiens urval var att belysa de kvinnliga patienternas upplevelser i relation till det bemötande de erhållit i vården. Inklusionskriterier för studien var självbiografier av vuxna kvinnor över 18 år, som drabbats av UMS, och som belyser någon aspekt av bemötande i vården. För att utesluta feltolkning har böcker utgivna på svenska använts. Författarna sökte i urvalsprocessen medvetet aktuella böcker, vilket innebar att de valda böckerna skulle vara utgivna mellan år 2015–2020. Ett exklusionskriterie var män, då avsikten med studien var att belysa kvinnors upplevelser. Urvalet utfördes med ett öppet sinne, vilket innebar att författarna till examensarbetet inte bedömt urvalet utifrån egna intressen eller egen förförståelse.

### **Datainsamling**

Både systematiska- och osystematiska-sökningar utfördes i sökningen efter självbiografier. Sjukhusbiblioteket Ryhov Jönköping och deras sökbas har använts. I den första sökningen användes endast sökordet \*utbränd, vilket gav 23 träffar totalt, utav dessa träffar lästes sju böcker varav tre av dessa valdes ut för fortsatt analys, eftersom de ansågs vara relevanta utifrån examensarbetets syfte. Vidare gjordes ytterligare en sökning med sökordet \*Utmattningssyndrom vilket resulterade i 13 träffar totalt, varav två av dessa lästes. Utav dessa två valdes sedan en ut för fortsatt analys. Försök att använda databasen Libris gjordes men då systematiska förteckningar över innehållet i den valda litteraturen saknas har denna sökbas inte ansetts vara tillfredsställande. Vid de osystematiska sökningar som utförts via sökmotorn Google, användes sökord i olika konstellationer som självbiografier, utmattningssyndrom, utmattning, utbränd, gått in i väggen, psykisk ohälsa. Dessa sökord användes i ett försök att säkerställa relevanta träffar utifrån studiens syfte. Sökningen

resulterade i ett stort utbud av självbiografier samt andra självupplevda berättelser i ämnet UMS. Fyra böcker som framkom ur dessa sökningar lästes men ingen av dem valdes ut för fortsatt analys då de inte ansågs vara relevanta för syftet. Det sociala mediet Facebook användes i ett försök att få tips från vänner om relevanta självbiografier, detta resulterade i flera tips varav två av dessa lästes. Båda valdes ut för fortsatt analys. Sammantaget har dessa sökningar och tips resulterat i att 15 böcker totalt har lästs, varav sex av dessa valts ut för fortsatt analys, dessa ligger sedan till grund för studiens resultat.

## **Självbiografier**

*När jag tog slut: 14 kvinnor om utmattning* av Ingrid Skarp (2020). Boken skildrar 14 kvinnors berättelser om deras upplevelser av utmattning. Berättelser om ensamhet och tvivel. Kampen om att få rätt hjälp och ett hållbart livstempo.

*Våga vara rädd. En bok om utmattningssyndrom* av Emma Holmgren (2015). Boken skildrar de svårigheter den kvinnliga författaren möts av när hon drabbades av UMS. Detta kan vara svårt, ledsamt, plågsamt, frustrerande och stundtals ensamt. Boken skildrar författarens verklighet och sanning, där hon samtidigt beskriver att hon fått en möjlighet att hitta sig själv och en balans i livet.

*Hjälp jag är utmattad* av Clara Lidström och Erica Dahlgren (2018). Båda författarna berättar i boken sina egna berättelse och upplevelser när de drabbats av UMS. En självbiografi som skildrar svårigheter att få ihop livspusslet, en utmattad kropp och om varningstecken som ignorerades, om oro och ångest. Likväl de små steg som bidrog till återfunnen balans och tillfrisknande.

*Jag är inte perfekt, tyvärr om ångest, oro och konsten att vara snäll mot sig själv* av Michaela Forni (2016). Författaren skildrar sin upplevelse och sin verklighet när hon drabbades av UMS. En upplevelse som berörde hela livet. Hon beskriver sitt liv innan, under och efter att hon drabbas av UMS och ångest.

*Man dör inte av stress: man slutar bara att leva: om utmattningssyndrom* av Selene Cortes och Marie Åsberg (2019). En bok där en av författarna delar med sig av sina personliga berättelser från när hon drabbas av UMS. I självbiografien berättar hon om ångestdriven duktighet, om utanförskap och stigmatisering, hon berättar också om skam och en stor rädsla för att aldrig fungera i vardagen igen.

*Jag kan inte sluta gråta* av Anna Liljeroth (2019). Boken är skriven i romanform, där författaren skildrar sina egna centrala känslor och upplevelser från den tid hon led av UMS. Rädslan var värst beskriver hon. Rädsla för att kanske aldrig bli hel igen eller inte räkna till för sina barn. Rädsla för att bli lämnad, eller för att spärras in på sjukhus, men framför allt för ovissheten. Denna bok skrevs utifrån en önskan av författaren att göra upp med skammen hon kände av att hon drabbats av UMS.

## **Analys**

Analysen genomfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys se exempel tabell 1. Vid en kvalitativ innehållsanalys används meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier samt huvudkategorier för att analysera innehållet. Meningsenhet innebär ett antal ord, stycken eller meningar som svarar till syftet. Meningsenheten kondenseras sedan, vilket innebär att textmassan reduceras till det mest väsentliga. Underlaget utifrån den kondenserade texten ligger sedan till grund för kodning. En kod i det här fallet beskriver kort innehållet av meningsenheten och innebär en abstraktion av den kondenserade meningsenheten, vilket i korthet innebär att ta bort det som är oväsentligt för att lyfta fram det väsentliga. En kod skapas med hänsyn till dessa kontexter men också med hänsyn till studiens syfte. Koderna ska hjälpa författarna till reflektion. Huvudkategorierna ska beskriva textens innehåll, vilket är en sammanfattning av koderna och underkategorierna som analyseras fram under bearbetning av texten (Lundman & Hällgren Granheim, 2017). Böckerna lästes först i sin helhet varav två av böckerna lästes av båda författarna, de fyra andra böckerna delades upp och lästes enskilt. De stycken som svarade på syftet valdes ut för analys och diskuterades sedan gemensamt av examensarbetets författare, för att erhålla en djupare förståelse för texterna i sin helhet. Dessa fick sedan ligga till grund för ett första utkast av meningsenheter. I den fortsatt bearbetningsprocessen sållades några stycken bort, kvarvarande meningsenheter kondenserades sedan. Utifrån de kondenserade meningsenheterna arbetades de koder fram som slutligen kom att ligga till grund för analysens underkategorier. Under reflektionen av koderna användes färgmarkering för att tydliggöra de budskap som antingen förenade eller skiljde upplevelserna åt samt för att markera det som svarade an mot studiens syfte. Färgmarkeringen var sedan ett stöd under processen vid sammanställningen av underkategorier och huvudkategorier. Till sist omfattades det slutliga analysmaterialet av två gemensamma huvudkategorier med sex underkategorier. Dessa kategorier representerade ett manifest innehåll och föddes ur den sammanfattning som gjordes av de koder och underkategorier som arbetats fram under analysprocessen. Ett manifest innehåll avser enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) det som faktiskt står skrivet vilket innebär att det helt enkelt handlar om det textnära, uppenbara i innehållet. Denna analysmetod samt ansats valdes utifrån ovanstående argument, likaså utifrån en intention att med ett öppet sinne för egen del erhålla samt för andras del erbjuda en djupare förståelse i ämnet grundat på genuina upplevelser.

I Tabell 1. presenteras tillvägagångssättet av analysprocessen enligt Lundman och Hällgren Granheims (2017) metod.

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
...Min grundinställning är att det går att göra mycket själv för att må bra... Läkaren va ett bra stöd och bromsade mig när jag ville trappa upp arbetet för snabbt...	Det går att göra mycket själv för att må bra...Läkaren va ett stöd och bromsade mig	Läkaren var ett stöd	Vikten av att få stöd	Betydelsen av att få ett professionellt stöd

### Etiska överväganden

Författarna till examensarbetet har tidigare erfarenhet av UMS både av privat och yrkesmässig karaktär, vilket bidrar till en förförståelse för ämnet. Författarna till examensarbetet har haft för avsikt att lägga sin egen förförståelse åt sidan för att på ett så etiskt och transparent sätt som möjligt förhålla sig till materialet. Intentionen genom studien var att analysera materialet så som det är och att inte förvränga det. En litteraturstudie av självbiografier omfattas inte av de fyra huvudkraven: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet vilka anges i Medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer (Ejlertsson, 2019). Författare som skrivit självbiografier har valt att publicerat sina böcker och därmed valt att lämna ut sin personliga erfarenhet i texten och har därmed också tagit ställning till och accepterat att andra får ta del av innehållet. Författarna av examensarbetet har haft för avsikt att analysera självbiografierna med respekt för författarnas integritet samt att inte felaktigt återge innehållet ur böckerna i examensarbetet. Författarna till examensarbetet har tagit del av Helsingforsdeklarationens principer för medicinsk forskning som redogör för sjukvårdspersonalens etiska plikt att skydda deltagarna i sin helhet, samt att omsorgen alltid måste gå före forskningen (Etikprövnings Myndigheten, u.å).



## RESULTAT

Resultatet är sammanställt utifrån analysen av meningsenheter från de självbiografier som lästs. Vilka slutligen resulterade i två huvudkategorier med sammantaget sex underkategorier. Dessa huvudkategorier och underkategorier presenteras i tabellen nedan.

Huvudkategori	Underkategori
Värdet av att bli väl bemött	Vikten av att bli sedd
	Vikten av att bli tagen på allvar
	Vikten av att känna sig delaktig
Betydelsen av att få ett professionellt stöd	Vikten av att få stöd och att sätta gränser
	Vikten av att mötas av kunnig personal
	Vikten av att få rätt diagnos och behandling

### Värdet av att bli väl bemött

I berättelserna framkommer att vårdpersonal som har ett gott bemötande kan vara den komponent som patienten behöver för start av sin resa mot ett tillfrisknande. Flera av kvinnorna beskriver att det varit en kamp att få rätt hjälp, att bli sedda och att hitta ett hållbart sätt att leva. De beskriver känslor av ensamhet och osäkerhet då de befunnit sig i ett utsatt läge i livet. De beskriver vårdkontakter som varit betydelsefulla för dem, där de blivit sedda och tagna på allvar, ett förhållningssätt som inger förtroende och som de upplever gynnar delaktighet.

### **Vikten av att bli sedd**

Berättelserna beskriver flera olika perspektiv utifrån vikten av att bli sedd. Vårdpersonal som förmedlar en känsla av att se och att förstå, inger förtroende, vilket beskrivs som värdefullt av kvinnorna. Att känna tillit till sin kontakt inom sjukvården kan utgöra den grund som ger förutsättningar för ett tillfrisknande, ett tillfrisknande som trots allt tar tid. Att känna sig sedd och bekräftad kan också innebära att lätta på den skuldbörda som ofta ligger som ett tungt ok på den drabbades axlar, en skuldbörda utifrån känslan av att inte orka, att inte räkna till eller duga. Det kan vara svårt att själv förstå innebörden av att vara sjuk, särskilt innan diagnosen formellt är ställd. Det framgår av berättelserna att känslan av skam och känslan av att känna sig som en belastning kan bidra till att det är svårt att be om hjälp. Utifrån detta vittnar berättelserna om att en önskan om att bli sedd, kan ligga som ett dolt budskap när patienten söker vård. Kvinnan hoppas på hjälp och att någon ska se och agera utan att hon själv behöver ta första steget. Ytterligare exempel som framkommer och som berör vikten av att bli sedd är när vårdpersonal utgår ifrån standardiserade råd utan att ta reda på vem personen som de har framför sig är eller hur denne har det. Det framkommer av kvinnornas berättelser att hurtiga kommentarer, eller välmenande råd kan leda till en känsla av att bli förminskad, samt till att skapa mer stress. Vikten av att se patienten och dennes individuella livssituation och anpassa råden till den, kan belysas med ett exempel från en av självbiografierna, där en kvinna fick rådet att motionera mer för att må bättre, detta trots att kvinnan redan gick på gymmet tre gånger i veckan och hade dåligt samvete för att hon inte hann med fem gånger i veckan. I det här fallet beskriver kvinnan hur rådet ökade hennes känsla av att inte räkna till, att inte göra tillräckligt.

“Han såg direkt...Du och jag kommer att hålla oss till den här planen. Du behöver lita på mig...Där och då började resan till att bli frisk. Vändpunkten tog en kompetent läkare trettio minuter att etablera” (Cortes & Åsberg, 2019, s. 99).

### **Vikten av att bli tagen på allvar**

De framkommer i berättelserna hur betydelsefullt det är att bli trodd och att bli tagen på allvar. Att vara drabbad av UMS innebär för många en livskris utifrån att tappa kontrollen och att inte känna igen sig själv. Flera kvinnor beskriver en rädsla för att inte bli trodd, vilket förstärks av det utsatta läge de befinner sig i. Aspekten misstro och dess negativa konsekvenser beskrivs inte endast utifrån vårdpersonalens misstro gentemot patienten utan även utifrån patientens misstro mot vårdpersonal. Psykiska besvär kan orsaka somatiska symtom vilket kan leda till misstanke om allvarlig sjukdom, detta kan vara mycket skrämmande och därmed även svårt att acceptera. Det kan enligt kvinnornas berättelser, föda en känsla av misstro över att inte få rätt vård, samt en misstro över att inte känna sig tagna på allvar.

“Jag gråter över svagheten jag känner, över ensamheten och kroppens sätt att reagera bortom min kontroll...” (Holmgren, 2015, s. 35)

I berättelserna beskrivs sorgen över svaghet, över känslan av ensamhet, och över bristen på kontroll av hur kroppen reagerar. I en berättelse framkommer att kvinnan hade önskat att hon skulle ha fått information om de kroppsliga symtomen, hur de kan yttra sig, samt varför de uppkommer i relation till UMS diagnosen. Hon uttrycker att hon genom denna kunskap skulle känt sig mer tagen på allvar. En del av kvinnorna beskriver hur illa de varit av vårdpersonalens bemötande. Ett bemötande som vittnar om en sned maktfördelning, vilket visar sig tydlig genom blickar, kroppsspråk, verbalt språk och tonfall. I berättelserna framkommer möten med vårdpersonal som mer eller mindre öppet, förminskar eller behandlar kvinnorna med en uppenbar nonchalans och ointresse. Exempel som framkommer i berättelserna är en läkare som står bakom sin stol under besöket, en annan som håller sin hand på dörren, en tredje som väljer att inte titta på patienten utan sitter vänd mot sin dator. Genom ett arrogant beteende och genom att inte ta sin patient på allvar, att inte lyssna på patienten och dennes upplevelser signaleras ett mindervärde som kan upplevas både förnedrande och kränkande. Detta skildrar ett missbruk av en hierarkisk position, vilket skapar stort lidande för de drabbade. Vissa av kvinnorna har med stöd av anhörig eller av en förtroendefull kontakt i vården, bytt läkare eller till och med vårdcentral, på grund av brister i bemötande samt brist på empatisk förmåga.

“Jag går ut i solen, benet domnar och själen värker” (Holmgren, 2015, s. 48).

### **Vikten av att känna sig delaktig**

Det framkommer i kvinnornas berättelser att en känsla av delaktighet är ytterst viktig och att det påverkar kvinnornas upplevelser av bemötandet de får. En delaktighet som innebär tillit, tröst och respekt. Det framkommer i berättelserna att vårdpersonal som tar sig tid att lyssna på och att bekräfta patienten utgör en del av arenan som bjuder in patienten till delaktighet. Vidare framkommer att känslan av att vara delaktig i utformningen av sin egen vård kan ligga till grund för ett tillfrisknande. Vikten av att känna sig delaktig genomsyrar kvinnornas berättelser på mer än ett sätt och inbegriper vårdmöten som bjudit in till delaktighet, men också vårdmöten där delaktighet inte har existerat. De kvinnor som beskrivit att de varit delaktiga i sin vård har också uttryckt en förtröstan och en tilltro i samband med vårdmötet, dessa vårdmöten skildrar individuellt anpassad information och behandling. Berättelserna skildrar också att upplevelser av att möta vårdpersonal som har en empatisk förmåga och en hållning som innebär att de ser, lyssnar på och bekräftar sin patient skapar en känsla av- och en möjlighet- att vara delaktig i sin vård. Däremot i de möten som inte förmedlar- eller bjuder in- till delaktighet framkommer istället känslor av förminskande karaktär, sorg och hopplöshet.

“Efter flera besök på vårdcentralen får jag äntligen en läkare som tar sig tid... Min sjukskrivning blir från och med nu ett samråd och en process som jag känner mig delaktig i... denna läkarkontakt blir en viktig del i mitt tillfrisknande” (Holmgren, 2015, s. 50).

## **Betydelsen av att få ett professionellt stöd**

I berättelserna framkommer att kvinnornas upplevelser av bemötande i vården påverkas av det stöd de erhåller. Huruvida stödet är professionellt eller ej påvisas i de individuella berättelserna utifrån kvinnornas beskrivna upplevelser. Det professionella påverkas av både en reell och en formell kompetens. Det framkommer att en stödjande hållning kan ge långsiktiga effekter och att kompetens påverkas av både kunskap, erfarenhet och tillgång till relevanta diagnostiska metoder och behandling.

## **Vikten av att få stöd och att sätta gränser**

Flera av kvinnorna beskriver sin egen brist på självinsikt men även brister i sjukdomsinsikt vid tillfället när de drabbades av UMS. Det framkommer därför av kvinnornas berättelser att vårdpersonal har en viktig roll i att uppmuntra, men kanske framför allt i att bromsa patienten när denne har för bråttom, detta innebär att vårdpersonal har en viktig roll att hjälpa patienten att sätta gränser. Av berättelserna framgår även att en känsla av stöd kan komma sig av att erhålla information om effekter av en pågående destruktiv livsstil, för att få till stånd en förändring. Vid tillfällena där vårdpersonal satt kvinnans behov i fokus har det resulterat i en positiv upplevelse även om hon inte haft förmåga att uppfatta detta i stunden. Sammantaget framkommer att en stödjande hållning, även om det inte ger omedelbar effekt, åtminstone sår ett frö, som kan ge effekt vid ett senare tillfälle. En aspekt som tydliggörs i följande citat:

“Egentligen var min första läkare klok när han sa till mig ” om du fortsätter springa runt så här kommer du få problem med...men då tyckte jag att han var dum” (Skarp, 2020, s. 29).

## **Vikten av att mötas av kunnig personal**

Ytterligare en aspekt som påverkar kvinnornas upplevelser av bemötande i vården är kompetensen hos den de möter. Det kan vara avgörande att möta vårdpersonal som innehar relevanta kunskaper om den aktuella sjukdomen, samt som använder sig av relevanta diagnostiska metoder. Denna formella kompetens i kombination med en reell kompetens beskriver flera av kvinnorna vara en avgörande aspekt som hjälpt dem att erhålla viktiga insikter. Likaså beskrivs att det motsatta, brist på kompetens kan vara en faktor som stjälper mer än hjälper. Sjukvårdspersonal som besitter både kunskap och erfarenhet är ett stöd, vilket med tydlighet framkommer i kvinnornas berättelser. De kvinnor som trots att de haft starka somatiska symtom, inte varit somatiskt sjuka och där fysiska orsaker till deras åkommor efter undersökningar och provtagningar uteslutits, och på så sätt kopplats till stress eller UMS, hade önskat att de fått en djupare förklaring till hur det psykiska måendet kan påverka det somatiska. På grund av bristande information, kan en känsla av misstro och en rädsla för att vara drabbad av allvarlig sjukdom uppstå. Ofta kommer insikten efter att ha sökt vård vid flera tillfällena och för olika orsaker genom att patienten själv fått söka sig till relevant information och fakta kring fenomenet. En vanligt förekommande uppfattning hos vårdpersonal verkar vara att UMS är sammankopplat med depression och att de drabbade därför ska medicineras med antidepressiva mediciner såsom till exempel SSRI preparat.

Detta trots att patienten inte upplever sig deprimerad. Personal som ser, som har klokheden att vara ihärdiga i en strävan att hjälpa patienten till förändring, kan möjliggöra ett tillfrisknande. Vissa kvinnor beskriver en förnekelseprocess som bidrar till att de trots tydliga symtom inte klarar av att sakta ner på sitt tempo i en ohållbar livssituation. I dessa fall har både reell och formell kompetens hos personal bidragit till värdefulla insikter. Insikter som kan bidra till att patienten vågar släppa taget. Att känna förtroende för sin vårdpersonal gynnar denna process. Brist på erfarenhet eller kunskap har bidragit till onödigt lidande för flera av kvinnorna. Okunskap kan rentav vara ödesdigert och leda till onödigt lidande.

“Jag får en sjuksköterskekontakt som visar sig bli mycket betydelsefull. Hennes kunskap och erfarenhet gör att hon förstår och även ser igenom mig” (Holmgren, 2015, s. 50).

### **Få rätt diagnos och behandling**

Vikten av att använda sig av standardiserade bedömningsinstrument blir tydlig bland annat utifrån berättelser där kvinnorna inte har egen insikt i sin situation, där bedömningsinstrumentet varit avgörande för just insikt. Det framkommer även att vid rätt diagnostisering erhålls även rätt behandling. Vidare visar en del skildringar av kvinnornas upplevelse att de far illa av kontakt med flera olika läkare som alla gör olika bedömningar eftersom en samsyn över diagnosen saknas. En av kvinnorna beskriver dessutom sina bieffekter vid medicinering utifrån en feldiagnostisering. En annan kunde inte bli sjukskriven på grund av att hon inte var självmordsbenägen. En tredje kvinna berättar om hur grundligt hennes första läkare kontrollerar hennes somatiska status, men viftat bort hennes tankar om stress som orsak till hennes symtom.

”När jag träffade vårdpersonal som förklarade för mig att jag var utmattad förstod jag att det va sant. Dels för att jag fick göra tester som visade det, dels för att jag kände mig helt slutkörd...” (Lidström & Dahlgren, 2018, s. 53–54).

### **Resultatsammanfattning**

Sammanfattningsvis framkommer i kvinnornas berättelser, gemensamma nämnare i form av både de identifierade kategorierna men även andra gemensamma känslor. Dessa känslor beskriver kvinnornas utsatthet och är av betydelse för de drabbades personliga upplevelser. Några av dessa känslor benämns i böckerna som att känna rädsla och sorg, eller att få insikter och upplevelser som leder till en känsla av tillit och förtroende. Dessa känslor beskrivs bidra till att våga släppa taget, som ett steg i ett tillfrisknande. Vidare framkommer i kvinnornas berättelser att erfarenhet, att vara ett stöd, samt att ha en förmåga till att både uppmuntra och att bromsa är viktiga egenskaper och aspekter i vårdpersonalens bemötande, som en patient drabbad av UMS kan vara i behov av. I berättelserna framkommer även flera gemensamma nämnare som unisont bidrar till att de drabbade upplever bemötande i negativ bemärkelse. Författarna beskriver gemensamma känslor som att inte bli tagna på allvar, inte bli sedda eller att inte få rätt hjälp. Resultatet visar att negativa upplevelser av bemötande i vården

kommer sig av brister i engagemang och av ett kontroversiellt handlande. Berättelserna vittnar om en arrogans och okunskap hos vårdpersonal, vilket leder till en märkbar uppgivenhet hos patienten. Det leder också till en förminskning av patienten som redan befinner sig i ett utsatt läge. Trots allt så framkommer ändå att den viktigaste aspekten i de bemötande som nämns i berättelserna och som skapar arenor för delaktighet, medmänsklighet och förtrostan är den enkla faktorn - att få patienten att känna sig sedd.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av bemötande i vården då de drabbats av UMS. En kvalitativ forskningsansats valdes utifrån en strävan efter att på ett så transparent sätt som möjligt tolka och förstå kvinnornas erfarenheter och upplevelser. Den kvalitativa metoden som användes är en forskningsmetod som försöker fånga innebörden av handlingar som utförs, och är därför en lämplig metod att använda vid analys av självbiografiska böcker (Dahlborg-Lyckhage, 2017).

En annan metod som kunde varit aktuell i förhållande till studiens syfte var en kvalitativ intervjustudie, eftersom denna datainsamlingsmetod är lämplig när syftet är att förstå såväl fenomen som situationer och händelser. Denna metod ger förutsättningar att förstå intervjupersonerna med hänsyn till det fokus som intervjun har, då personens erfarenheter och upplevelser uttrycks med egna ord. Metodens lämplighet framgår också utifrån att beskrivningar av upplevelser och erfarenheter är högst individuella och varierar mellan personer och sammanhang (Danielsson, 2017). Utifrån den givna tidsram som examensarbetet omfattar valdes denna metod bort då den befarades vara allt för tidskrävande. Tidsaspekter på förberedelser, urval, provintervjuer, analyser, samt på ansökan om etiskt godkännande vägdes in.

Anledningen till att självbiografier användes var författarnas strävan efter att analysera genuina, sanna upplevelser och inte redan tolkat material. En nackdel med att analysera självbiografier är att de beskrivna upplevelserna är begränsade till det skrivna ordet, utan möjlighet till vidareutveckling eller förtydligande. En fördel med att analysera självbiografier är att upplevelserna beskrivs utan påverkan av intervjupersonens vinklingar av frågorna.

UMS är ett ökat problem i samhället och kvinnor är en överrepresenterad grupp. Detta blev avgörandet för slutsatsen att denna grupp är relevant att belysa. Inklusionskriterier för studien var således vuxna kvinnor som drabbats av UMS som i sina självbiografier belyser någon aspekt av bemötande i vården. Ytterligare ett inklusionskriterie var att böckerna skulle vara skrivna på svenska. Det självklara exklusionskriteriet för studien blev därför män. Utifrån dessa kriterier kan studiens överförbarhet till vården generellt begränsas eftersom den enbart gäller i Sverige samt enbart gäller kvinnors- och därmed inte belyser mänsupplevelser. Studiens överförbarhet till den svenska vården är dock ytterst relevant utifrån att den ändå belyser en majoritets upplevelser.

Både systematiska- och osystematiska sökningar utfördes, för att inte missa självbiografier relevanta för syftet. Det hade kanske varit önskvärt med en mer strukturerad sökprocess än den som användes. Ett hinder har varit, att det inte på ett enkelt sätt har gått att få fram huruvida innehållet i självbiografierna, svarar mot studiens syfte, utan att läsa böckerna i sin helhet. Detta å andra sidan skulle kunna talat för att studiens resultat kan betraktas som

tillförlitligt och trovärdigt, då den inte formades av tidigare sammanställt och bearbetat material. Totalt lästes 15 böcker varav sex har valdes ut för fortsatt analys.

Datamaterialet analyserades och granskades av examensarbetets båda författare gemensamt, samt var för sig. En kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) användes, för att analysera de valda självbiografierna. Denna analysmetod baseras på erfarenhetskunskap utifrån beskrivningar och tolkningar på flera olika abstraktions- och tolkningsnivåer. En text som analyseras utifrån en kvalitativ analys, bör ses i sitt sammanhang. Det innebär att det är av vikt att det finns en medvetenhet om att det är individuella berättelser och upplevelser samt att det är personlig erfarenhetskunskap som skildras. Tolkningar kan vara giltiga trots att de är olika (a.a). En kontinuerlig bearbetning av materialet gjordes under arbetets gång, likaså revaluerades materialet ett flertal gånger, vilket resulterade i en ökad tillförlitlighet av resultatet. Eftersom det är ordagranna citat som utgör meningsenheterna, som i sin tur ligger till grund för analysen, ökar trovärdigheten utifrån att det är de drabbades egna ord och känslor som beskrivs, dessa känslor ligger till sedan till grund för resultatet. Ett resultat anses enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) giltigt om det framhåller det utmärkande som är representativt eller typiska för det som var avsett att beskrivas. Pålitligheten av studien kan å ena sidan ifrågasättas utifrån det knappa underlaget, som baserades på sex självbiografiska böcker. Trots detta framkom ändå liknande beskrivningar av tankar och känslor, vilket å andra sidan skulle kunna anses öka trovärdighet och pålitligheten av studien.

En medveten intention har varit att lägga sin egen förförståelse åt sidan, särskilt med tanke på att båda författarna till examensarbetet har tidigare erfarenhet och därmed har en förförståelse av ämnet. Lundman och Hällgren Granheim (2017) menar att resultatets trovärdighet bland annat påverkas av huruvida en förförståelse präglar analysen. En problematiserande aspekt i sammanhanget kan vara att när den egna förförståelsen sätts åt sidan, så skapas en risk att budskap som grundar sig på igenkännande utestängs. Ett annat problem kan vara att våra tolkningar ofta är omedvetna, vilket gör att de är omöjliga att bortse ifrån dem. Sammantaget skulle det kunna skapa problem utifrån etiska aspekter. En litteraturstudie av självbiografier omfattas dock inte av de fyra huvudkraven som anges i Medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer (Ejlertsson, 2019). Material i form av självbiografier är publicerat av författare som valt att lämna ut sin personliga erfarenhet i texten, vilket innebär att de accepterat att andra får ta del av innehållet. Författarna av examensarbetet har haft för avsikt att analysera meningsenheterna utifrån bästa förmåga och med respekt för kvinnornas integritet.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet kan utläsas värdet av att bli väl bemött och av att erhålla ett professionellt stöd. Sammantaget utgör detta en del i att skapa arenor som bjuder in patienten till delaktighet och utrymme för en känsla av empowerment. Sharp et al., (2016) beskriver att aspekter hos sjuksköterskor, som att ha en empatisk förmåga, samt en förmåga att se individuella behov



och att tillgodose dem, kanske är den viktigaste bidragande faktorn för deltagarnas känsla av empowerment och delaktighet. Det innebär till exempel att anpassa vården efter olika behov av information, vilket enligt studien ökar både välbefinnande och autonomi samt ger en känsla av att ha kontroll över sitt liv. Med detta kom en känsla av säkerhet och förtroende hos patienterna. Jönsson et al., (2012) menar att patienter som drabbas av psykisk ohälsa kan förlora sin egenmakt och sin självkontroll. De menar att det stöd från vårdgivaren, som kan öka patientens självkänsla och känsla av empowerment, grundar sig i att göra patienten delaktig i sin vård. I flera studier, framkommer även att kontinuitet i form av fasta vårdkontakter är viktiga trygghetsfaktorer vilka ökar delaktigheten och följsamheten samt leder till bättre behandlingsresultat. Medan bristande kontinuitet minskar patientens delaktighet i sin vård (Kiessling & Kjellgren, 2004 ; Salminen et al., 2015). Kiessling och Kjellgren (2004) pekar även på vikten av att det finns en god dialog mellan patient och vårdpersonal. En dialog kräver ett aktivt lyssnande, vilket gynnar delaktigheten. Dessa studier bekräftas av Socialstyrelsen (2015) som menar att eftersom delaktighet kräver kunskap och insikt, måste patienten få individuell och anpassad information. Därför är kommunikationen mellan patient och vårdpersonal extra viktig. Alla som arbetar i vården har ett ansvar att se på sin egen roll i relation till patienten, i sin strävan efter att skapa delaktighet. Vidare menar Socialstyrelsen att vården så långt det är möjligt ska planeras och genomföras i samråd med patienten, i en vårdmiljö formad utifrån respekt och förtroende. Vården ska utgå från att patienten är expert på sig själv, och med hänsyn till allas lika värde. Utifrån detta menar socialstyrelsen att behandlingsresultatet blir bättre. Det framgår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att ett av sjuksköterskans ansvar är att skapa en respektfull relation, och ett partnerskap med patienten, utifrån en personcentrerad vård, där patientens livsvärld och individuella behov står i fokus. En personcentrerad vård innebär att se och förstå patienten och dennes närstående utifrån olika förutsättningar. Genom att använda sig av personcentrerad vård i sin yrkesroll, skapas möjligheter för patienten att vara delaktig (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Vikten av patientperspektivet regleras även i SFS 2014:821 där det med tydlighet framgår att patientens delaktighet och medverkan alltid ska beaktas likaså att vården ska utgå från patientens individuella behov och önskemål.

Ur resultatet framkommer det vidare att diagnosen UMS för många är förknippat med skam och skuld samt att en rädsla för att inte bli tagen på allvar eller att inte bli trodd är central. Resultatet speglar utifrån detta ett livslidande men också ett vårdlidande hos kvinnorna. En del av kvinnornas beskrivningar vittnar om en pågående maktutövning i vården. Jingrot och Rosbergs (2008) studie beskriver negativa aspekter som personer med utmattningssyndrom upplever, som kan komma av att bli misstrodd eller avvisad av läkare. Som kan uppstå utifrån misstro när läkare ordinerat medicinsk behandling efter patienternas symtom, trots att patienterna upplever att de inte har tagits på allvar eller blivit lyssnade på. En misstro kan också uppstå när patienternas egna erfarenheter och symtom inte kan kopplas till en diagnos, samt när patienten slussas mellan olika läkare, dessa negativa aspekter skapar ett ökat lidande. Rehnsfeldt och Arman (2008) menar att en person med utmattningssyndrom går igenom en process med möjligheten att få insikter som bidrar till en ny mening med livet.

Det kan dock öka lidandet om hon inte får förståelse eller blir bekräftad under denna process. Att ha någon vid sin sida bidrar till en känsla av värdighet. Under denna process är dialog mellan vårdaren och en utmattad patient, ytterst viktigt. Dahlberg (2002) menar att när ett lidande hos en patient inte uppmärksammas kan det resultera i att de blir fråntagna rätten att vara en aktiv del i sin egna hälsoprocess, men också att de blir fråntagna sin värdighet. Hon beskriver att det kan leda till en känsla av förolämpning och förminskning vilket resulterar i en maktlöshet som påverkar patientens hälsa och förståelse för denna. Eriksson (1994) menar att en kränkning av en patients värdighet utgör den vanligaste formen av vårdlidande. Kränkning kan uppstå genom att inte se människan eller att inte lämna utrymme för henne men också genom fördömelse och nonchalans. Vårdlidande inbegriper maktutövning som enligt Eriksson utövas genom att inte ta patienten på allvar. Utebliven vård kan uppkomma på grund av en bristande förmåga, hos vårdpersonal, att se och bedöma vad patienten är i behov av. Det livslidande som Eriksson beskriver är det lidande som upplevs i relation till sin livssituation och därmed påverkas av till exempel sjukdom (a.a). Som sjuksköterska är det av vikt att ta ansvar för särskilt sårbara och utsatta grupper som är i behov av stöd. Ett exempel på sådana grupper är personer med psykisk ohälsa. En av sjuksköterskans uppgifter är att vara en förebild för andra, vilket bland annat innebär att hålla etiska diskussioner levande i sjukvården. I dessa diskussioner kan sjuksköterskans internationella etiska kod användas som stöd, denna kod är framtagen som ett komplement till sjuksköterskans kompetensbeskrivning och innebär att "främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande" (Svensk sjuksköterskeförening, 2017c).

I resultatet framkommer att en del av kvinnorna haft brister i själv- och sjukdomsinsikt. En viktig aspekt som påverkat deras upplevelse av stöd, som samtidigt varit till hjälp att få självinsikt är den kompetens kvinnorna möts av. Dessa aspekter kan vara påverkansfaktorer vad gäller kvinnornas känsla av sammanhang. Detta stärks av Jakobsson (2007) som studerat möten och bemötande i hälso- och sjukvården. I hans studie framkommer exempel av illa bemötande i vården, där läkaren ignorerar patientens frågor, där patienten inte blir tagen på allvar och blir ifrågasatt, där läkaren inte tar sig tid att lyssna. Sammantaget visar studien att dessa aspekter medför att patienten får en känsla av att vara till besvär. Fjellman et al., (2010) beskriver å andra sidan i deras studie att vid tillfällen där patienterna får ett professionellt bemötande, på ett respektfullt och pålitligt sätt, av kunnig personal, så bidrar det till en känsla av förtroende som gynnar patientens tillförsikt. De belyser att betydelsen av att ge patienterna stöd och att behandla dem med respekt och empati är viktiga aspekter som gynnar ett tillfrisknande. Vidare menar Putnik et al., (2011) att kunskap om UMS är central för patienten och en viktig aspekt för att få insikt om sjukdomen och dess symtom. Det framkommer även i deras studie att patienter med utmattningssyndrom söker vård först när symtomen inte längre känns hanterbara. Fjellman et al., (2010) tar särskilt upp kategorierna gott bemötande och bekräftelse som grundläggande aspekter på förutsättningar som en patient är i behov av för sin återhämtning och att det utgör en viktig aspekt för patienten för att uppnå beteendemässig förändring. Återhämtning vid utmattningssyndrom är individuellt, vilket stärks i Håkansson et al., (2006) artikel där det framkommer att en

personlig meningsfullhet är av betydelse vid återhämtning. Meningsfullheten i sig gynnar både deras personlighet och energi. Norlund et al., (2013) menar i sin studie att det finns specifika egenskaper som påverkar varför vissa personer drabbas av UMS och andra inte. Dessa egenskaper handlar om både personlighet och självinsikt. Det är också beroende av den grad av kontrollbehov och av ansvarskännande som personen har. Apers et al., (2013) beskriver att en individs livssyn stärks av en känsla av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet, samt att dessa aspekter är av betydelse för tillfrisknande och insikt. Denna teori utgår från Antonovskys teori om känslan av sammanhang (KASAM) vilket enligt Antonovsky (2005) innebär att ju högre grad en människa upplever dessa begrepp i sitt liv, ju större känsla av sammanhang hon har och desto bättre förutsättningar har hon att förvandla kaos till ordning. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor innefattar sjuksköterskans profession en ledarroll och ett särskilt ansvar för omvårdnadsarbetet. Det innebär bland annat att sjuksköterskan tillsammans med medarbetare, i samverkan med patienter och närstående, ansvarar för bedömning, diagnostik, planering samt genomförande och utvärdering av omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening 2017b). SFS 2010:659 reglerar att all hälso- och sjukvårdspersonal ska bedriva arbete i enlighet med vetenskaplig beprövad erfarenhet samt med utgångspunkt i patientens individuella behov och preferenser.

## **Konklusion**

Denna studie påvisar både negativa och positiva aspekter av bemötande i vården. Studien bekräftar att det fortfarande finns brister i framför allt den reella kompetensen hos en stor andel vårdpersonal, vilket avspeglar sig i det kränkande bemötande som många drabbade kvinnor upplever. Studien bekräftar även värdet av ett bemötande som genomsyras av en holistisk människosyn som värnar om patientens värdighet. En slutsats utifrån studiens resultat är vikten av att som sjuksköterska hålla den etiska diskussionen levande. Framför allt utifrån aspekten att lindra lidande och återskapa hälsa utifrån ett patientperspektiv. En annan slutsats som inte går att bortse ifrån, eftersom UMS idag anses vara ett samhällsproblem, är att det finns en yrkesmässig, en medmänsklig och en samhällspliktig skyldighet att både rannsaka och reflektera över sitt eget ansvar likväl som att ha ett gott och professionellt bemötande i sin roll som sjuksköterska, eftersom det kan vara direkt avgörande för patientens tillfrisknande.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

En UMS-diagnos innebär för de drabbade ett stort lidande som kan lindras eller förstärkas av det bemötande patienten får i vården. En majoritet av patienterna som får diagnosen är kvinnor. Resultatet av detta examensarbete kan bidra till en ökad förståelse av fenomenet som sådant, samt för vikten av att vårdpersonal använder sig av ett holistiskt och personcentrerat förhållningssätt för att skapa bättre förutsättningar för kvinnornas tillfrisknande. En slutsats är att det finns ett behov av ökad kunskap hos vårdpersonal avseende det förhållningssätt som ska genomsyras av att se till helheten och inte bara till

sjukdomen, ett förhållningssätt där delaktighet och livssammanhang är centrala delar av omvårdnaden, samt kunskap om hur detta kan implementeras i vården.

En utökad kunskap och en implementering av denna skulle gynna de drabbade kvinnorna och deras upplevelser av ett respektfullt bemötande. Denna slutsats innebär även att ökad kunskap gynnar hela samhället eftersom det skulle leda till en tidigare diagnostisering som i sin tur leder till snabbare insättning av åtgärder vilket ger förutsättningar till ett snabbare tillfrisknande.

Förslag på åtgärder som skulle kunna bidra till att förbättra förutsättningarna att möta patientgruppen är att utbilda sjuksköterskor till ambassadörer med särskilt ansvar att värna om just denna grupp. Sjuksköterskorna ska därför inneha ett mandat att åtgärda brister genom att utbilda och implementera nya förhållningssätt i patientbemötandet på sin arbetsplats. Denna kompetensökning är av särskild vikt i de första leden i vårdkedjan vilket framförallt utgörs av vårdcentraler.

Fortsatta studier krävs för att manifesteras de kliniska implikationerna som framkommer i uppsatsen, vilka bland annat innefattar kunskapsökning och behov av utbildning för att säkerställa ett gott och professionellt bemötande i vården. Ett förslag för att säkerställa att implikationerna ger ett relevant och konstruktivt resultat, är studier av utvärderande och uppföljande karaktär i ämnet. Vid utvärdering av resultatet av studien kan det vara fördelaktigt att använda sig av jämförelsestudier. Ett exempel på detta kan vara jämförelse av en grupp sjuksköterskor som får teoretisk utbildning i ämnet kontra en grupp sjuksköterskor som får stöd i form av reflekterande handledning.

## REFERENSER

\* = källor för resultatet

Adolfsson, E. T., Smide, B., Gregeby, E., Fernström, L., & Wikblad, K. (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient education and counseling*, 53(3), 319–324. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.07.009>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Apers, S., Moons, P., Goossens, E., Luyckx, K., Gewillig, M., Bogaerts, K., ... & i-DETACH investigators. (2013). Sense of coherence and perceived physical health explain the better quality of life in adolescents with congenital heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(5), 475–483.

Arman, M., Hammarqvist, A.-S., & Rehnsfeldt, A. (2011). Burnout as an existential deficiency - lived experiences of burnout sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 294–302. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00825.x>

\* Cortes, S. & Åsberg, M. (2019). *Man dör inte av stress: man slutar bara att leva: om utmattningssyndrom*. (Första upplagan). Stockholm: Gothia Fortbildning.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Dahlborg- Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelse (narrativer) . I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s. 171–180). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan). (s. 143–154) Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2002). VÅRDLIDANDE — det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/010740830202200101>

Ejlertsson, G. (2019). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Engebretsen, K. M., & Bjorbækmo, W. S. (2019). Naked in the eyes of the public: A phenomenological study of the lived experience of suffering from burnout while waiting for recognition to be ill. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1017–1026. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jep.13244>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson T, Karlström E, Jonsson H, & Tham K. (2010). An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 29–39. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3109/11038120902956878>

Etikprövningsmyndigheten. (u.å). *Om vår och etikprovningens historia*. Hämtad 23 april, 2020, från <https://etikprovningensmyndigheten.se/etikprovningens-historia/>

Fjellman-Wiklund, A., Stenlund, T., Steinholtz, K., & Ahlgren, C. (2010). Take charge: patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(5), 475–481.

\* Forni, M. (2016). *Jag är inte perfekt, tyvärr om ångest, oro och konsten att vara snäll mot sig själv*. Johanneshov: MTM.

Försäkringskassan. (2016). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest*. Hämtad 24 september, 2020 från [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta\\_analyser\\_2016\\_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=)

Gustafsson G, Norberg A, & Strandberg G. (2008). Meanings of becoming and being burnout -- phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 520–528.

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 258–272. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/0969733019832941>

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I. M. Henricson (Red.), *vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:e uppl., s. 111-119) Lund: Studentlitteratur AB.

\*Holmgren, E. (2017). *Våga vara rädd en bok om utmattningssyndrom*. Johanneshov: MTM.

Hjärnfonden. (2017). Stress och stressrelaterad psykisk ohälsa. Hämtad 24 september, 2020 från [https://www.hjarnfonden.se/wp-content/uploads/2017/12/171214\\_M\\_Stress\\_bakgrundsmaterial.pdf](https://www.hjarnfonden.se/wp-content/uploads/2017/12/171214_M_Stress_bakgrundsmaterial.pdf)

Hjärnfonden. (2017, 12 december). *Utbränd eller gått in i väggen? vi reder ut begrepp*. Hämtad 20 april, 2020, från <https://www.hjarnfonden.se/2017/12/utbrand-eller-gatt-in-i-vaggen-vi-reder-ut-begreppen/>

Håkansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 74-82.

\*Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur

Jakobsson U. (2007). "Möten och bemötande i hälso- och sjukvården". *Socialmedicinsk tidskrift*, 84. Hämtad 06 oktober, 2020, från <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/568/388>

Jingrot M, & Rosberg S. (2008). Gradual loss of homelikeness in exhaustion disorder. *Qualitative Health Research*, 18(11), 1511–1523.

Jönsson, P. D., Nunstedt, H., Berglund, I. J., Ahlström, B. H., Hedelin, B., Skärsäter, I., & Jormfeldt, H. (2014). Problematization of perspectives on health promotion and

empowerment in mental health nursing—Within the research network “MeHNuRse” and the Horatio conference, 2012. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1), 22945.

KÄHÖNEN, K., NÄÄTÄNEN, P., Tolvanen, A., & SALMELA-ARO, K. A. T. A. R. I. I. N. A. (2012). Development of sense of coherence during two group interventions. *Scandinavian journal of psychology*, 53(6), 523-527.

Kiessling, T., & Kjellgren, K. I. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), 31–35. <https://doi.org/10.1177/010740830402400407>

\* Liljeroth, A. (2019). *Jag kan inte sluta gråta*. Johanneshov: MTM

\* Lidström, C. & Dahlgren, E. (2018). *Hjälp jag är utmattad*. Johanneshov: MTM.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B, Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219- 234 ) (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur

Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice & Research*, 69(2), 143–152. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1037/cpb0000090>

Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M., Stenlund, T., & Ahlgren, C. (2013). Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with exhaustion disorder patients. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 270-279.

Rehnsfeldt A, & Arman M. (2008). A pilgrimage on the road to understanding of life in experiences of cancer and burnout syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 275–283.

Putnik, K., de Jong, A., & Verdonk, P. (2011). Road to help-seeking among (dedicated) human service professionals with burnout. *Patient education and counseling*, 83(1), 49-54.

Salminen, S., Mäkikangas, A., Hättinen, M., Kinnunen, U., & Pekkonen, M. (2015). My well-being in my own hands: Experiences of beneficial recovery during burnout rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(4), 733-741.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 8 Oktober, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 8 Oktober, 2020 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 23 September, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary nurse*, 52(2-3), 300-312.

\* Skarp, I. (2020). *När jag tog slut: 14 kvinnor om utmattning*. [Lidköping]: Domanda förlag.

Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom*. Hämtad 20 april, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-123-18.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Etik*. Hämtad 20 april, 2020, från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Etik/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 6 oktober, 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017c). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 23 september, 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *STRATEGI för SJUKSKÖTERSKANS HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE*. Hämtad 9 oktober, 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Socialstyrelsen. (2015, 1 Januari). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 8 oktober, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>

Vgregion. (2019, 12 november). *För dig som är vårdgivare*. Hämtad 20 april, 2020, från [https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for\\_vardgivare/](https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for_vardgivare/)



## Bilaga 1

Socialstyrelsens kriterier för diagnosen utmattningssyndrom:

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

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

vilka har förelegat under minst sex månader.

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

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

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

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

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

hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som

tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen (Socialstyrelsen, 2003)

## Bilaga 2

Om anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress

Diagnosen ”Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress” är ett samlingsnamn på psykiatriska diagnoser orsakad av yttre händelser. Inom diagnosen ryms tillstånd inom anpassningsstörning till följd av förändrade livsomständig eller en belastande livssituation; akut stress reaktion till följd av traumatiska livshändelser; posttraumatiskt stressyndrom samt utmattningssyndrom. De två senare diagnoserna leder i högre grad till nedsatt arbetsförmåga.