



# **Vägen till återhämtning – Stressrelaterad ohälsa & överträning/ överträningssyndrom till utmattnings- syndrom**

En intervjustudie: Konsensus i begrepp, diagnosti-  
sering och behandling

Lina Nyberg

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN  
Självständigt arbete avancerad nivå 46:2018  
Master-programmet: 2016-2018  
Handledare: Göran Kenttä  
Examinator: Victoria Blom

## **Förord och tackord.**

Innan idéerna för denna studie blev till verklighet hade detta ämne fascinerat mig under en lång tid. I primärvården träffade jag dagligen personer som led av dessa fenomen. Jag hade själv drabbats några år tidigare av liknande besvärsbild inom idrotten och ville omringa problemet på ett djupare plan. Jag var nyfiken på ämnet och ville bidra till något större.

Jag vill också passa på att tacka alla respondenter som bidrog med sin erfarenhet och kunskap. Jag har lärt mig mycket på resan och hoppas kunna ge något tillbaka. Utan er hade det inte blivit en studie.

Avslutningsvis ger jag er några slående ord som jag tycker genomsyrar denna studie.

Människor har glömt vad det innebär att vara en human being. Istället värderas vi av att prestera. Vi har blivit human doing.

## SAMMANFATTNING

**Syfte och frågeställningar:** Syftet med studien var att komma närmare i begrepp, diagnos och behandling gällande fenomenen stressrelaterad ohälsa till utmattningssyndrom (UMS). I elitidrotten finns stressrelaterad ohälsa som överträningssyndrom (OTS). OTS kan också leda till utmattning. Det finns olika stadier av stressrelaterad ohälsa/OTS innan ett UMS utvecklas. Intervjustudien tar upp frågeställningar som rör fenomenen för att få en uppfattning och förklaring bland experter, kliniker och behandlare i Sverige. Frågeställningarna belyser behandlingsvägen för patienter som söker hjälp för stressrelaterad ohälsa. Frågeställningarna vill vidare belysa forskningsläget i de behandlingsmetoder vi använder i de olika faserna av stressrelaterad ohälsa både inom idrottsvärlden och i primärvården i Sverige.

**Metod:** Metoden som valdes var en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie som berörde frågeställningarna och syftet. 6 stycken experter varav 3 diagnosförskrivare (1 diagnosförskrivare och 2 experter inom idrottsområdet) och 3 stycken väl valda behandlare varav 2 inom idrottsområdet valdes in. Teman identifierades och frågorna bearbetades. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Analysen bearbetades med systematisk textkondensering.

**Resultat:** 6 koder hittades. 1. ”Förmågan att förstå processen” handlar om acceptans. 2. ”Sortering i stressrelaterad ohälsa” handlar om att sortera inom fenomenet för att visa på hur stort området är. 3. ”Förebyggande arbete är behandlingen ”visar på den viktiga aspekten på allt vi kan göra innan och att få en tidig start är det som är kostnadseffektivt i det långa loppet. 4. ”Vägen till läkning” beskriver hur vägen ser ut idag för de som drabbas. Behandlingen är individuell återhämtning med inslag av aktiviteter. Specifika åtgärder med individuell plan i ohälsosamma beteenden kräver bearbetning. 5. ”Hur ska vi tackla framtidens utmaningar?” koden beskriver hur samhället bör förändring i att inte individen värderas enbart av sin prestation. Kunskap och lärande om kropp, stress och återhämtning måste startas i låg ålder. 6. ”Återhämtning” ordet behöver få större slagkraft i alla behandlingar som rör stressrelaterad ohälsa.

**Slutsats:** Begreppen är stora, framför allt stressrelaterad ohälsa. Arbete krävs med den medicinska diagnosen UMS för att den ska bli vedertagen både i Sverige och internationellt. Förståelsen om varför och hur en utmattningsprocess kan starta hos individer och behovet av individuell återhämtning och bearbetning måste komma ut tidigare till alla i samhället. Vi bör alltid sträva att stoppa sjukdomsförloppet i stressrelaterad ohälsa i tid. OTS är ett vanligt negativt beteende hos individer som lider av psykisk ohälsa i den stressrelaterade ohälsan. Kopplingen med den mot utmattningsprocessen och UMS bör fortsätta utvecklas. Den kunskapen vi har hittills borde redan nu anammas av vårdpersonal.

## **ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study was to get a more precise definition, diagnosis and treatment of the phenomenon stress related illness and the process to exhaustion. Stress related illness covers the term overtraining syndrome (OTS) which is a common problem in elite sports. Experts, clinics and health workers in Sweden have been interviewed. By recognizing early signals, stress related illness may be dealt with an earlier treatment which leads to a better prognosis. Stress related illness and OTS can be a long-lasting process before exhaustion comes. Sports and work give the same stress to our bodies and minds. Different treatments of the clients were investigated in this study.

**Method:** The method chosen was a quality study with semi structural interviews that investigate these phenomenon's. Five experts (three in clinics who regularly sets diagnosis) and five health workers (two in clinics who regularly sets diagnosis) were interviewed. Terms were developed after the aim and the interviews were recorded. Systematic text condensation (STC) was used for the analysis.

**Results:** Six codes were found after the analysis. 1." The capacity of understanding the process". The patient must admit his problem in order to be able to treat it. 2." Defining stress related illnesses". A finer grade of definitions will aid psychologists and doctors to set a certain diagnosis. 3." The preemptive work is the treatment". The best treatment is to find it at an early stage. 4." The road to recovery" visualizes the entire course, from the first symptoms, to treatment and finally recovery. 5." Challenges of the future". The highest virtues in our society today are efficiency and performance. In itself those are great and should be revered, but as all things in extreme they can be dangerous. Education is vital if we want to avoid these problems in the future. 6." Recovery". When examining and diagnosing stress related illnesses, attention to recovery should always be your first and foremost concern.

**Conclusions:** The definition of stress related illness is still too broad and covers a large field. Cases regarding these kind of illnesses differs and is highly individual. Exhaustion may occur quickly or not at all. The goal should be to coordinate with the rest of Europe to get a joint medical diagnosis. As it is now, definitions and treatments vary even inside of Sweden. If the knowledge regarding stress would be more widespread, exhaustion could be avoided. One should strive to identify the symptoms at an early stage to prevent them becoming severe. OTS should be picked up by health workers in their daily work and not only as a term in elite sports.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord.....	2
Sammanfattning.....	3
Abstract.....	4
Innehållsförteckning.....	5-6
Tabell 1. Klassificering stressrelaterad ohälsa.....	5
Figur 1. Stresspiralen, teori utmattningsprocessen.....	7
Figur 2. Överträningsprinciper i relation till belastning över tid.....	3
Figur 3.Forskningsprocessen.....	46
Figur 4. Förslag till utveckling av ny modell.....	47
1.1 Introduktion.....	1-9
1.2 Problemformulering.....	9-11
1.3 Syfte.....	11
1.4 Frågeställningar.....	11-12
2.1 Metod.....	12-13
2.2 Urval.....	13-14
2.3 Semistrukturerade intervjuer.....	14-15
2.4 Andra informationskällor.....	14
2.5 Metodens svagheter och styrkor.....	14-15
2.6 Reliabilitet och validitet.....	15-16
2.7 Förförståelse.....	16
2.8 Etiska överväganden.....	16
2.9 Tidsplan.....	16-17
3.1 Resultat/analys.....	17-18
3.2 Teoretisk referensram.....	18
3.3 Förmågan att förstå processen.....	18-19
3.4 Sortera i stressrelaterad ohälsa.....	19-20
3.5 Förebyggande arbetet är behandlingen.....	20-21
3.6 Vägen till läkning.....	22-23
3.7 Hur ska vi tackla framtidens utmaningar?.....	23
3.8 Återhämtning.....	24
3.9 Sammanfattning av resultat och svar på frågeställningar.....	24-25

4.1 Diskussion.....	25-27
4.2 Metoddiskussion.....	27-29
4.3 Resultatdiskussion .....	29-30
4.4 Diskussion av konsekvenser och implikationer.....	30-32
4.5 Diskussion av frågeställningarna.....	32
4.5 Slutsats.....	33
5.1 Referenslista.....	34-37
Bilaga 1- Expert/diagnos-fokusgrupperna.....	38-39
Bilaga 2- Behandlare-fokusgruppen.....	40-41
Bilaga 3-Samtyckesformulär.....	42-44
Bilaga 4 – Kriterier utmattningssyndrom.....	45

## 1.1 INTRODUKTION:

Människan har under tiotusentals år utvecklat ett psyko-fysiologiskt system för att optimera chanserna att överleva akuta kritiska situationer. Människor som överlevde var de individer som hade det mest effektiva stresssystemen. Stress är således en naturlig reaktion som mobiliserar kraft för att klara av svåra situationer. När kroppen utsätts för olika hot eller utmaningar sätts våra överlevnadssystem igång. Det sker framför allt via autonoma nervsystemet via hypofysen med slutprodukterna adrenalin och noradrenalin som gaspedal. Kraven av belastning, både fysiskt som psykiskt, ger sensoriska signaler in till hjärnan. Hjärnans sätt att hantera inflödet i fråga avgör slutprodukten och nivå av vår stressreaktion.

Allt fler studier visar att mental och psyko-social stress orsakad av såväl yttre som inre faktorer spelar en stor roll av det kliniska förloppet på långvarig stressrelaterad ohälsa och nedsatt prestation i privat, idrott och arbetslivet (1,2,6,9).

Stressrelaterad ohälsa, där överträning och en ökad långvarig belastning ingår, kan leda till ett kliniskt utmattningssyndrom (UMS, bilaga 4). UMS är slutprodukten på en långvarig stress som oavsett art, ackumuleras i kroppen utan en chans till återhämtning. Diagnosen uttrycker sig i olika psykosomatiska besvär (5,6). Observera att tillståndet påverkar människan såväl kognitivt som fysiskt och har man nått bristningsgränsen i utmattningsprocessen är ett stort lidande och en lång väg tillbaka ett faktum. UMS som fenomenet kallas i Sverige, är ett relativt nytt begrepp på ett sjukdomstillstånd som funnits sedan människan kom till. Fenomenet förklaras som en ökad ackumulering av stress med en bristande återhämtning.

Återhämtningseffekten i hjärnan med återställande av den autonoma självregleringen träder fram i fler och fler studier som den avgörande faktorn (6,13). Det har visat sig att våra stressreaktioner kopplats ihop med de interoceptiva processerna som sker i hjärnan. Människornas förmåga till avläsning av sina egna kroppsliga förnimmelser i hjärnan samt hjärnas förmåga till självreglering via det autonoma nervsystemet bidrar i processen till stressrelaterad ohälsa mot processen till utmattning. I efterarbetet i rehabiliteringen mot stressrelaterad ohälsa står våra emotioner och hjärnans tolkning i limbiska systemet i

fokus. Dessa delar kan förändras med rehabiliteringen till mer neutrala och positiva påslag (14).

Glise, Ahlborg och Jonsdotter (2014) visade i sin studie (6) att personer med stressrelaterade utmattningsproblem förutom kognitiva utmattningsreaktioner också svarar med kroppsliga besvär. I snitt angavs minst fem kroppsliga besvär, vilket också är med i kriterierna som uppfyller diagnosen UMS som fastställdes 2003 (Bilaga 4). De vanligaste besvären var magont/illamående 67%, huvudvärk 65% och yrsel 57%. Alla patienter som sjukskrivs på grund av UMS återgår inte i arbete vilket ibland beror på kvarstående kognitiva problem. De kognitiva problemen har även noterats som ett möjligt hinder i rehabiliteringen tillbaka (16).

Redan i starten av 1900-talet har det skrivits om liknade kroppsliga och psykiska symtom och neurasteni var första namnet på fenomenet. Det var ett vanligt förekommande tillstånd under första hälften av 1900-talet i Nordamerika och Europa för att sedan försvinna ut ur historien igen (17). Under slutet av 1990-talet kom en ny våg med fenomenet både internationellt och nationellt. Ett försök i förklaring till utbrottet var en förändrad samhällskontext. Industrialiseringen gav ökad teknologi, nya arbetsformer, nedskärningar och krav på effektivitet. Det blev mindre luft i systemen och förändrade snabbt tillvaron för många människor. Människan ryktes upp från sin tidigare miljö och sammanhang (40). Tillståndet och fenomenet UMS har genom historien benämnas som utbrändhet och utmattningsdepression. Vissa menar att UMS och utbrändhet enbart delvis överlappar varandra och att UMS framförallt är ett medicinskt tillstånd medan utbrändhet är ett psykologiskt tillstånd. (38,20). Andra forskare menar att utmattning är en form av depression, andra menar att det är två separata men samvarierande fenomen (10,18). Begreppet UMS har använts sedan början av 2000-talet. I Sverige har fenomenet blivit medicinskt fastställt år 2003 (16).

Trots att en medicinsk diagnoskod och ICF kod finns i Sverige, är sjukdomen och diagnosen fortsatt ifrågasatt och debatterad. Det är vanligt att stressrelaterad ohälsa går oupptäckt genom vården. Stressrelaterade utmattningsproblem tas ibland inte på allvar ute i primärvården och diagnostiseringen kan bli fel. Internationellt är diagnosen fortfarande inte medicinskt accepterad. Sociala och kulturella påtryckningar har gjort diagnosen och tillståndet kontroversiellt. Socialstyrelsen kom år 2003 ut med sin rapport ”utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa ” (16). Kontentan var att begreppet



utbränd bör ersättas av UMS, då depression ej föreligger i begreppet. Beteckningen utbränd är ett emotionellt och mer symptom-betingat tillstånd än ett syndrom. Den nya diagnosen kan också användas som ett alternativ till en ”egentlig depression diagnos”.

DSM- IV diagnosmanualen definierar UMS som ett sjukdomstillstånd förorsakat av en längre tids stress utan möjlighet till återhämtning. Den drabbade kan under denna tid ha och uppleva diffusa belastningsbesvär som sömnsvårigheter, rygg-nackvärk eller muskelspänningar. Dessa symptom kan föregå den akuta fasen och manifesteras insjuknandet till utmattningen. Det är senare i insjuknandet vanligt med bröstsmärtor och kognitiva besvär, exempelvis som att ha svårt att orientera sig. Efter den akuta fasen brukar den ihållande tröttheten vara stark och förlamande (7,8,16,18,40). Ordagrant från rapporten :”För att diagnosen utmattningssyndrom ska kunna ställas måste samtliga nedanstående kriterier uppfyllas enligt DSM-IV”. (Se bilaga 4).

Överträningssyndrom och överträningssyndrom (OTS) är något som i idrottsvärlden är väl känt (Se figur 2 nedan).

Process	Training (overload)	————-> over time	————->
Outcome	Acute fatigue	Functionel overreaching(FOR)--> Non funktionel overreaching (NFOR)	Overtraining-syndrome(OTS)
Recovery	Day(s)	Days to weeks	weeks to months
Performance	Increase	Temporary decrement to stagnation decrease	Decrease

**Figur 2. Visar hur belastning i träning med otillräcklig återhämtning ger en stressprocess i kroppen.**

Målet är att nå optimal träningseffekt och prestation, denna strävan ger små marginaler. Du kan hamna ur balans och istället få en nedbrytning av kroppen (9,10). Fenomenet är en process som är svår att urskilja. Man skiljer på överträning (OR) som kan vara funktionell (FOR), ej funktionell (NFOR) och överträningssyndrom (OTS). När och om NFOR står på i mer än 2 veckor kallas det OTS. Tiden avgör om det definieras OR eller OTS. FOR är från dagar till veckor som med ej tillräcklig återhämtning blir NFOR. Det kan i sin tur leda till ett

OTS som är från veckor till månader med besvär. Se figur 2 som baseras på (9) definition och konsensus av fenomenen i processen. Eftersom OTS är en process kan det vara svårt att få diagnosen tidigt. Man skiljer också på OTS och utmattning (33). En övertränad kropp ger en NFOR som kan gå vidare till OTS och om den blir långvarig, kan den i vissa fall gå vidare till en utmattning. Det är en skör linje som påverkas av yttre och inre faktorer som vilken stressrelaterad ohälsa som helst.

I senare forskning har man sett att nutritionen är en stor faktor till att återhämtningen inte fungerar optimalt. En del menar att utmattningen är sista delen av ett OTS, medan andra tycker att det är en annan diagnos. Det som har visat sig skilja från utmattning och OTS är bristen på motivation (9). Det finns fortfarande inga bra mätinstrument som kan ge en tidig diagnos i överträningssyndrom eller utmattning. Istället exkluderar man andra orsaker till besvären. I primärvården jobbar man på samma exkluderande tillvägagångsätt för alla som söker vård för symtom på stressrelaterad ohälsa. Det är svårt att sätta diagnos på stressrelaterad ohälsa. Att exkludera andra orsaker är ett sätt att nå diagnosen.

Vårt nuvarande system i Sverige klassificerar stressrelaterad ohälsa i grupper under ICD-10 med koden (F43) ”Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress”. (Se tabell 1 nedan).

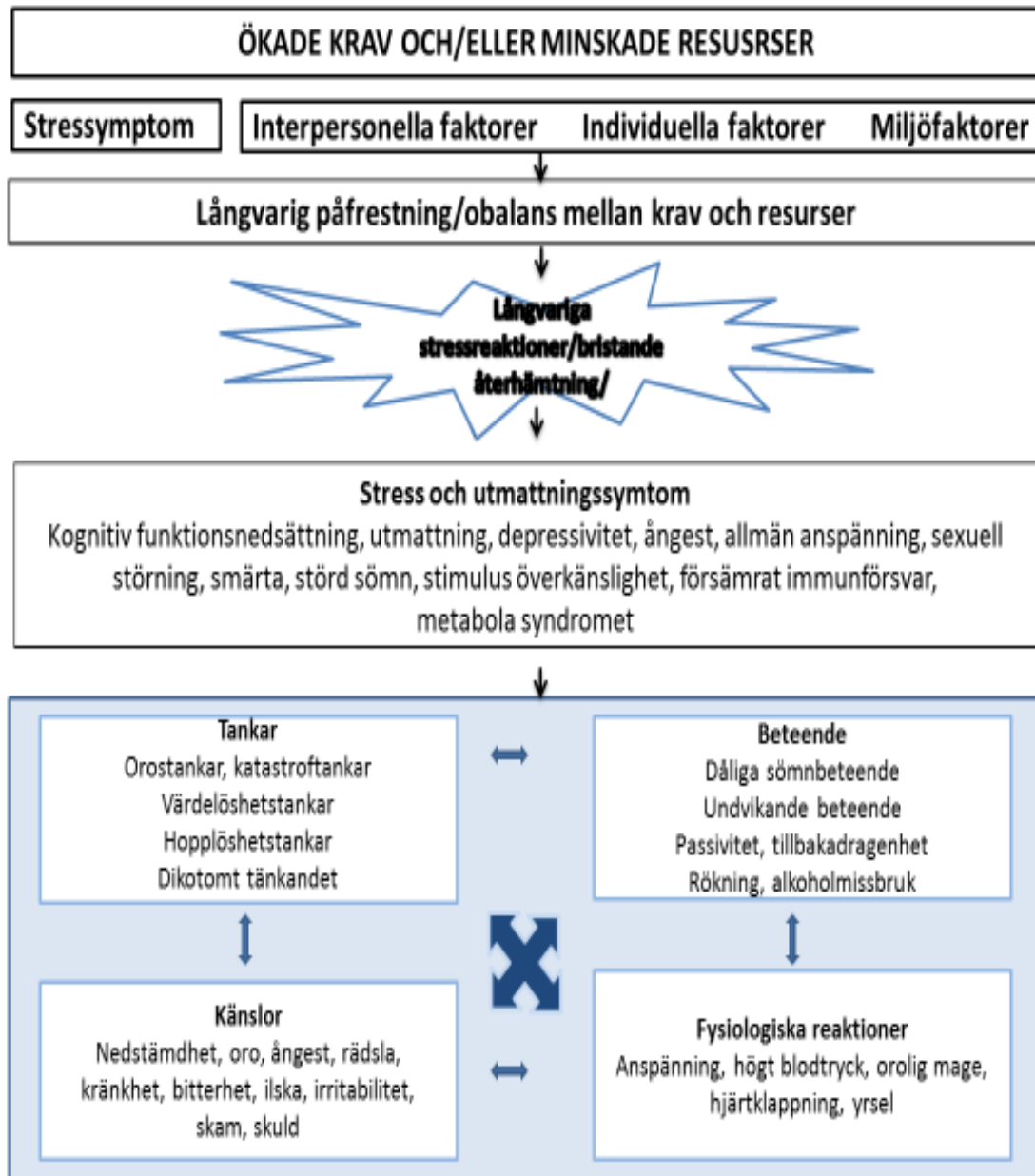
**Tabell 1** – Socialstyrelsens klassificering av stressrelaterade diagnoser (F.43).

Typ av stress	Diagnos	Klinisk bild
Livskris, normal psykisk påfrestning.	Anpassningsstörning. F.43.2	Nedstämdhet, ångest, oro, sömnstörning, ibland självmordstankar.
Livshotande trauma, akutskede.	Akut stressyndrom( ASD). F43.0	Starka växlande affekter, dissociation, inadekvat beteende, förvirring, vegetativa symtom.
Livshotande trauma efterförloppet.	Posttraumatiskt stressyndrom. (PTSD). F.43.1	Påtränagde, ovälkomna och ångestväckande minnesbilder(flaschbacks), ångest, spänningssyndrom, fobiskt undvikande.
Icke livshotande långvarig stress utan återhämtning.	Andra specificerade reaktioner på svår stress. Utmattningssyndrom (UMS). F.43.8A (W är annan specificerad som inte är UMS).	Extrem psykisk och fysisk trötthet, kognitiva störningar, störd sömn, affektiva symtom.
Oidentifierbar stressor som ger lidande.	Reaktion på svår stress. Ospecificerad. F.43.9.	Långvarig stress som ej gått så långt som till utmattningssyndrom.

Subgrupperna är anpassningsstörning (F43.2), akut stressyndrom (F43.0), posttraumatiskt stressyndrom (F43.1), svår stressreaktion ospecificerad (F43.9) och andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8).

Under den koden ligger UMS (F43.8A) och andra specificerade reaktioner på svår stress som inte är UMS (F438W). (Se tabell 1). Intresset för stress och dess fysiologi och stressens bakomliggande orsaker till sjukdomsbesvär finns fortfarande kvar i den moderna forskningen. Perspektivet har istället vidgats för att se samspelet mellan psykologiska, sociala och fysiologiska processer vid stressrelaterad ohälsa. Balansen mellan individens resurser och de krav som ställs denne är något som Karasek redan år 1979 intresserade sig för. Det är den påfrestning som uppstår mellan krav och kontroll i arbetslivet som ger den reaktionen. En annan linje i forskningen av den psykologiska aspekten av långvarig stress handlar om stresshantering ”coping”, vilket betecknar en individs förmåga att hantera och anpassa sig till olika påfrestningar vi utsätts för. Socialt stöd och en flexibel problemlösning kan nämnas som exempel på dessa copingstrategier (5). Dessa hanteringsstrategier används i kognitiv beteende terapi (KBT) (13,14).

De flesta som får diagnosen UMS har arbetsrelaterade orsaker som bidragande faktorer (20). Theorell refererar till Hans Seyle, stressens förfader, för att definiera stress. Stress beskrivs av honom som kroppens specifika uppvarvning som svar på en påfrestning eller utmaning. Individens egna upplevelse inverkar och påverkar utfallet. Det finns en biomedicinsk aspekt men även en kulturell och social komponent. Theorells KKS-modell (19) är ett analytiskt redskap för att förstå kopplingen mellan individens arbetssituation och sin stressrelaterade ohälsa. Låg kontroll och olust på jobbet ger ökad risk för ohälsa och sammankoppling till hjärtinfarkter. Forskning runt KKS-modellen visar korrelerande samband. Arbetslivet som största orsak till UMS är dock ifrågasatt. Andra teorier som kan förklara de ökande stressrelaterade utmattningsproblemen är stress och sårbarhetsmodellen samt den modifierade varianten (stress-spiralen se figur 1 nedan), där helhetsperspektivet runt en individ tas med i beaktning (5) (figur 1).



**Figur 1. Den modifierade varianten av stress-sårbarhetsmodellen. Stress-spiralen.**

En annan teori, den socialkognitiva teorin, beskriver samhället och individens reaktioner i sociala sammanhang. Det är också en teori som tar upp samhällets aspekt i hur individer responderar, men de interpersonella och individuella faktorerna som stresspiralen (figur 1) tar upp gör att stress-spiralens modell har ett större helhetsbegrepp. Den förklarar fenomenen stressrelaterad ohälsa mot utmattningsprocessen mer ingående. Utmattningsprocessen beror på en systemkollaps och där behövs ett vidare perspektiv för att förklara och förstå fenomenet närmare.

Evidensen gällande behandling och behandlingsväg av stressrelaterade tillstånd såsom UMS är fortfarande otillräckliga. Inga studier har hittills visat någon större effekt på livskvalitet och återgång till arbete än någon annan. Däremot har regelbunden fysisk aktivitet visats kunna påverka trötthet och kognitiv nedsättning hos personer med stressrelaterad ohälsa. Fysisk aktivitet kan också fungera som en buffert mot stress och fungerar både förebyggande och vidmakthållande när tillståndet är stabilt. Se rekommendationer för att förebygga och vidmakthålla hälsa mot stressrelaterad ohälsa (25, kap 10). Andra vetenskapliga artiklar tar upp fysisk aktivitet och träning som förebyggande samt i behandlingssyfte mot stressrelaterad ohälsa (26, sid 48). Det viktigaste med träningen är att den är individanpassad och ändamålsenlig för att motverka stressrelaterad ohälsa och kan användas i kombination med farmakologisk eller psykologisk terapi (26,28,29). Sammanfattningsvis kan man konstatera att både kondition och styrketräning samt kombinationsträning är effektiva verktyg för att motverka stressrelaterad ohälsa. (25,26). Avspänningsövningar som TA (tillämpad avslappning och en vidare utvecklad TASP (tillämpad avspänning) kan användas för snabb reglering av autonoma nervsystemet och minska UMS symtom (38).

En annan aspekt som Ann-Kristin Eriksson tar upp i sin nya avhandling är den existentiella upplevelsen. Den aspekten blir en del av behandlingsprocessen då det kan vara nödvändigt att omvärdera sig själv och sin världsbild (15). Yoga är en form av fysisk och mental träning som kan betraktas som komplimenterade. Den senaste systematiska litteraturundersökningen som publicerades 2015 med syfte att utröna yogans effektivitet mot stress och inverkan på sinnesstämningen visade på god effekt. 25 randomiserade kontrollerade studier inkluderas i analysen och visade att yoga kan ge en bättre reglering av den sympatiska delen av autonoma nervsystemet (26,38). Flera andra fysiologiska vetenskapliga metoder som fysioterapeuter och psykologer använder sig av i behandlingen är att uppmärksamma och hjälpa patienterna att avläsa sina interoceptiva signaler (KBT) och minska dysfunktionen i det autonoma nervsystemet. Målet är att sänka stresspåslaget i stressfulla situationer för individen (13,14). Medveten närvaro (mindfulness) och meditationsträning har på senaste tiden vunnit popularitet framför allt då nya mätmetoder kan biologiskt påvisa strukturella förändringar i hjärnan. Det visar på att hjärnan är plastisk trots långvariga stresspåslag. Även i idrottssammanhang har intresset för mindfulness ökat. En studie (29) såg att de som tränade mindfulness 45 min/vecka hade 40% färre skador jämfört med kontrollgruppen. Även Torbjörn Josefsson har i sin avhandling (2014) som bygger på (30,31,32) visat på att mindfulness som redskap

för att bibehålla hälsa och öka prestation. Behandling i grupp verkar också positivt för personer som drabbats av stressrelaterad ohälsa (39).

Avsaknaden av återhämtning verkar vara en av de största orsakerna till stressrelaterad ohälsa/OTS och vägen mot UMS oavsett gällande elitsammanhang eller jobbsammanhang (5, kap 13, 33). Patienterna behöver således fler återhämtningsbeteenden. Återhämtning varvat med aktivitet i ”ReDO-projektet” där vardagsrevidering står i fokus (35,36,37) har visat en ökad effekt på återgång till arbete jämfört med annan behandling. Den behandlingen sticker ut gentemot resten av behandlingar. I det projektet använder man sig av sina vanliga aktiviteter, man kan bete sig normalt men måste varva det med vila och återhämtning. Sömn är en betydelsefull del i återhämtningsprocessen. Återhämtningen är och ska vara individanpassad beroende på hur den stressrelaterade ohälsan uppstått, samt dess grad. Mental överbelastning kan kräva fysisk aktivitet som behandling. Fysisk överansträngning kan kräva ett annat tillvägagångssätt.

Enligt neuropsykologisk forskning skadas hjärnan av all sorts långvaraktig stress där återhämtningen är otillräcklig. Individen och hur denne responderar på stressiga situationer är ett komplext samspel. Stresshantering är individuellt, en generell gräns av hanterbar stress är idag omöjlig att fastställa. Andra komplement som mediciner, kan vid svårare fall av stressrelaterad ohälsa vara adekvat men appliceras ofta vid samtida besvär som depression eller ångest. Framför allt om diagnosen ”medelsvår depression” och ”svår depression” finns, används läkemedel som komplement. I dessa fall är läkemedelsbehandling den starkaste möjliga rekommendationen från socialstyrelsens nationella riktlinjer (26,16). SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) är också förstahandsvalet vid svårare UMS (16). Mirtazapin (antidepressiv medicin med lugnade egenskaper) kan övervägas vid svår sömnstörning (16). Medicinering av tillståndet UMS saknar fortfarande randomiserade studier.

## **1.2 Problemformulering:**

Det är tydligt att sjukskrivningar och lidande av stressrelaterade utmattningsbesvär och ohälsa kostar samhället miljoner varje år. Stressrelaterade besvär är den vanligaste orsaken till sjukskrivning i skrivande stund (11,23). Att definiera och utröna fenomenet stressrelaterad ohälsa med OTS och UMS ur olika kulturella perspektiv och kontexter är därför fortfarande ett viktigt uppdrag.

Sedan utbrottet på 1990-talet (17) har den psykiska ohälsan ökat både internationellt och nationellt. Ett ökat samhällstempo i Sverige korrelerar med ett ökat antal långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa. I västvärlden är det främst i Sverige som den stressrelaterade ohälsan har ökat de senaste decennierna. Exempelvis fördubblades samhällskostnaderna från år 1998 till 2002 och stiger fortfarande. Tillsammans med rörelseorganens besvär står de för 75% av alla långtidssjukskrivna i Sverige (21). Långtidssjukskrivningar på grund av psykiska besvär där stressrelaterad ohälsa ingår har kraftigt tilltagit från 2010 till dagens dato (11,23). Den största ökningen har skett i diagnosen anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, som står för ca 50% av alla sjukskrivningar. Trenden för stressrelaterade problem är negativ, den arbetsrelaterade stressen likaså. Diagnosen UMS ligger till grund för många långtidssjukskrivna (23). Sveriges kommuner och landsting följer statistik på ohälsan. Där 20-40 % bedöms just nu lida av någon form av psykisk ohälsa. Linton, Fedeli och Bryngelsson (2006) visade att 18% av hela svenska befolkningen latent led av utbrändhetsproblem. I en generell svensk arbetsför population uppfyllde 16% kriterierna för utmattningssyndrom (6,23).

En annan studie som gjordes på samtliga personer som sökte primärvården visade att, en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen hade en hög nivå av stress i sina liv (24). Det har också framkommit att personer med långvariga besvär inom depression, ångest, smärta och utmattning ofta har påfrestande historia, vilket i sin tur kan ha föranlett den autonoma dysfunktionen i kroppen. Inom primärvården anses 60-80% av alla som söker vård ha en sådan bakgrund (12).

Långvarig stress som mynnar ut i utmattningsbesvär är således ett folkhälsoproblem. Ett utmattningssyndrom går långsamt, steg för steg förändras de drabbade, ofta utan insikt. Många söker hjälp utan att förstå varför man mår dåligt. Biologiskt finns förhöjda och sänkta kortisolnivåer i kroppen hos de som utsätts för långvarig stress. Det finns vissa studier som visat att biomarkörer hos individer med utmattningssyndrom är annorlunda än när individen drabbats av en "egentlig depression". En stor svårighet är fortfarande att sätta diagnos efter biomarkörer då begrepp och diagnoskriterier fortfarande kan vara luddiga och spretiga. Enligt Danhof-Pont och Van Veen et al (2) så är det framför allt därför de metodologiska problemen uppkommer. Det finns svårigheter att jämföra studier eftersom de har använt olika kriterier och definitioner av utbrändhet/ UMS. Detta innebär att det är för tidigt att dra säkra slutsatser kring sambandet mellan stressens biomarkörer och UMS. Kriterier och begrepp behöver redas ut för att underlätta forskningen.



På rehabiliteringsfronten forskas det på vilka metoder som verkligen fungerar. Glise hittade i sin avhandling (6) att personer som haft utmattningssyndrom fortfarande visat sig ha kvarstående kognitiva besvär, i flera exempel fortfarande efter 7 år, men hanterat symtomen med olika copingstrategier.

### **1.3 Syfte:**

Syftet med studien var att belysa begreppen stressrelaterad ohälsa, OTS samt UMS och utmattning inom elitidrott på ett djupare plan. Befintlig litteratur gav upphov till mina frågeställningar. En intervjuguide gjordes baserad på frågeställningarna för att få djupare förståelse om hur fenomenen uppfattades och förklarades av forskare/expertter, kliniker och behandlare i Sverige. Det var av intresse att förstå hur dessa förklarade fenomenen djupare samt få förklaring i händelseförloppet i det förebyggande, rehabiliterande stadiet och för att uppnå konsensus gällande diagnostisering. Kan man diagnostisera fler, se varningssignaler och stoppa sjukdomsförloppet i tid är mycket vunnet för samhälle och individ. En snävare definition av tillstånden gör det lättare för kvantitativ forskning att studera stressrelaterade besvär.

Det finns olika stadier av stressrelaterad ohälsa där överträning mot OTS kan utvecklas mot ett UMS. Elitidrott och arbete ställer ofta höga krav och ger motsvarande stressreaktioner och symptom. Det går därför att utföra och jämföra likartad forskning på dem för att förklara fenomenen närmare. En annan anledning att definiera begreppen är att med mer specifika kriterier och en följaktig diagnos kunna införa behandling/rehabilitering i rätt fas och nivå. Det är också av intresse att belysa forskningsläget i behandlingsmetoder av dem olika faserna av stressrelaterad ohälsa och UMS, inom olika kontexter som idrottsvärlden och i vardagslivet.

### **1.4 Frågeställningar:**

Frågor som genomsyrar studien, belyser och breddar förståelsen av fenomenen stressrelaterad ohälsa, OTS och UMS:

1. Hur förklarar, definierar och diagnostiserar forskare/expertter kliniker och behandlare fenomenen stressrelaterad ohälsa/OTS och UMS?

2. Hur förklarar forskare/expert, kliniker och behandlare hur vägen genom behandlingskedjan i nuläget ser ut för en patient som söker vård för stressrelaterad ohälsa och vilken behandling som är effektiv?

3. Vad behöver vi enligt forskare/expert, kliniker och behandlare få mer kunskap om för att kunna jobba effektivt och bibehålla kontinuerliga framsteg och slippa bakslag i rehabiliteringen?

## **2. 1 METOD:**

I insamlingen av min data har jag valt semistrukturerade intervjuer. Kvalitativa intervjuer ger informanterna möjlighet att med egna ord förklara fenomenen mer ingående. En kvalitativ ansats i detta fall passar då ämnet kräver mer kunskap. Valet passar också för att generera framtida hypoteser till kvantitativ forskning och för det behövs en djupare förståelse om sambanden inom fenomenen samt klarare definition av begreppen. Det ingår också i syftet till denna studie. Större kunskap behövs för att man i framtiden ska kunna gå vidare i kvantitativ forskning. Att uppnå kunskap kräver olika delar som empirism eller atomism. Istället fokuseras det i den här studien på holism genom att noggrant beskriva och belysa de enskilda delarna inom de valda fenomenen. Det är en utforskningsdeskriptiv och databaserad metod. Denna metod är vald för att kunna resonera fram nya sanningar och hypoteser. Det processades fram en ny kunskap via rationalismen av de logiska antaganden och slutsatserna efter intervjuerna och analysen.

## **2.2 Urval:**

För att få svar på mina frågeställningar och uppnå syftet valde jag att belysa tre olika perspektiv kring ämnet. Dessa 3 perspektiv bestämdes för att ringa in helheten runt fenomenen. Målet var att belysa fenomenen samt diskutera vägen från diagnos till färdigrehabiliterad. Det var ett målinriktat urval i processen med väl valda personer som skulle passa in för frågeställningarna. Forskare/expert inom ämnet, kliniker och behandlare med minst 5 års erfarenhet av stressrelaterad ohälsa och utmattningsbesvär valdes ut och tillfrågades. Utvalda experter från stressrelaterad ohälsa och utmattningssyndroms perspektiv och experter från idrottens perspektiv intervjuades. Eftersom det är olika faktorer som påverkar detta problemområde valdes ett brett spektrum.

Respondenternas erfarenhet med sina egna expertområden kring ämnet var en utgångspunkt för studiens frågeställningar. Syftet med detta urval var att belysa deras perspektiv och för att få mer kunskap om begrepp, diagnos samt flödet i behandlingen för patienter med stressrelaterade ohälsa. Det blev ett strategiskt urval och antalet i de representativa grupperna bestämdes att vara 3-5 stycken i varje fokusgrupp beroende på hur svarsmättnaden skulle bli. Det blev tillslut 3 stycken i varje grupp. Den första och andra gruppen var forskare, experter och kliniker inom området (3 stycken från idrottsperspektivet och 3 stycken var från primärvården.) Den sista gruppen var behandlare av patienter med stressrelaterad ohälsa (2 stycken från idrottsperspektivet och 1 respondent från primärvården). Klinikerna och behandlarna skulle också ha minst 5 års erfarenhet av denna typ av patientflöde. Personer som haft diagnosen eller som lidit av stressrelaterad ohälsa exkluderades på grund av att känsliga frågor kan uppröra. Huvudsyftet med denna studie fokuserade också mer på diagnostisering och vidare patientflöde i förebyggande arbete i behandling/rehabilitering.

### **2.3 Semistrukturerade intervjuer**

Valet av semistrukturerade intervjuer var naturligt då problemet och syftet med studien var att belysa och analysera hur forskningsläget ser ut idag. Flera aspekter i behandlingskedjan berördes och belystes. Före de planerade intervjuerna fick alla deltagare ett mail med ett samtyckesformulär. Detta formulär fylldes i på plats och signerades med dagens datum. Deltagarna fick informationen både skriftligt och muntligt. Samtalen spelades in. Inspelningarna transkriberades sedan ordagrant. Därefter användes systematisk textkondensering till teman, koder, vilka kategoriserades efter samband. Materialet analyserades med tidigare forskning och den teoretiska referensram som tidigare nämndes. Intervjumanualerna (Bilaga 1,2) bearbetades innan studien startade och utformades efter grupperna. Frågorna var både generella till alla tre grupperna men med några få specifika till behandlingsgruppen (bilaga 2). Det var öppna frågor som successivt blev mer specifika och detaljerade. Teman för intervjuerna identifierades tidigt enligt forskningsläget och genomträngning av befintlig litteratur. Se bilaga 1 och 2 för de specifika frågorna. Det blev anpassningar av frågorna under intervjuens gång efter vad respondentens synfält tillförde. Anpassningarna låg dock inom ramen för vad utfallet skulle användas till. Alla frågor modifierades och utvecklades efter kontexten. En pilot-intervju gjordes för att undersöka om frågorna gav de svar som önskades och att de uppfattades på rätt sätt. Viktigt att

poängtera här är att intervjuerna inte blev identiska utan de berodde på kontexten och det specialområde respondenten hade. Det var ett individanpassat perspektiv som söktes och närheten till undersökningspersonerna underlättade. Därför gjordes intervjuerna på respondenternas hemmaplan. Intervjuerna kompletterades med både audio-material från diktafon samt skriftliga noteringar i fält. Detta för att registrera både inre och yttre beteenden hos respondenten, vilket gav fler aspekter till resultaten och efterarbetet.

## **2.4 Andra informationskällor**

Andra informationskällor som användes i analysen om forskningsläget var ämneslitteratur, meta-rapporter, avhandlingar och originalartiklar. Se referenser 5.1.

## **2.5 Metodens svagheter och styrkor**

Fältet stressrelaterad ohälsa/OTS till UMS/ utmattning har endast en begränsad mängd forskning. Eftersom en stor del av studien handlar om utmattningssyndrom har mycket svenska källor valts in, se referenser 5:1. Ett stort problem har varit att hitta internationella källor om problemområdet. Det styrker denna studies relevans. En stor del av den forskning som finns och den behandling som används i vården har sin evidens i depressionspatienter. Dessa patienter lider också av stressrelaterad ohälsa. En orsak till den förhållandevis begränsade forskningen av den stora utbredningen sägs vara att varken stressrelaterad ohälsa eller utmattningssyndrom är officiella psykiatriska diagnoser. Alltså finns det inte vare sig i ICD- eller i DSM-systemet i andra länder. Valet av metoden i denna studie innebar därför att samla in mer data om dessa fenomen. Målet och syftet var att försöka få klarhet i ett dif-fust område.

Människor är individer med komplexa helheter som samvarierar, därför var det en utforskande och beskrivande metod som behövdes för att ringa in syftet. En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer (djup-intervjuer) fick därför fram kärnord att vidarebehandla. Metoden gav intervjuaren tillstånd att under intervjuens gång fördjupa sig utifrån ställda frågor och dialogen var ett verktyg för att söka djupare förståelse. Frågorna sökte och täckte ett tvärprofessionellt bio-psyk-sociokulturellt perspektiv. Intervjumanualen gav en grund och bibehöll en röd tråd. Intervjuaren hade på förhand en ide om vilken specifik information som skulle fram. Därför styrdes samtalet i den riktningen.

Kvalitativa studier producerar mer en tolkning än en sanning vilket de ofta får kritik för. Fler nackdelar med en kvalitativ metod är svårigheten att dra generella slutsatser på grund av det begränsade urvalet. Kritiken kan mötas med att de få som medverkade var väl valda personer med den kompetens som krävdes för att få fram intressant data att arbeta vidare med. I denna studie valdes 9 personer in vilken kan vara en styrka i en kvalitativ studie som denna. Kvalitativ forskning bidrar till förståelsen inom forskningsfronten. En av anledningarna att göra intervjuerna i hemmamiljö var för att respondenterna skulle känna sig avspända. Den anpassningen styr utfallet och resultatet. Det fanns möjligheter för följdfrågor om det visade sig att de behövdes. En svaghet var att intervjuteknik inte är en fulländad metod utan borde kompletteras med andra metoder för att vara heltäckande som insamlingsmetod. Observationen av de yttre beteenden vid intervjutillfällena kunde bidra ytterligare i den fortsatta analysen. Intervjuaren var tillsammans med de egengjorda intervjufrågorna forskningsinstrumentet i intervjustudien, se under rubriken reliabilitet och validitet 2.6. I detta fall kunde kroppsspråk, inre och yttre beteenden, observeras och noteras under intervjuerna för att fånga helhetsintrycket.

Helhetsbilden som denna utvidgade intervjumetod ger, bidrar till en helhetsbild av de komplexa frågeställningar som ställs. Frågor som kan följas upp med följdfrågor ger en bättre validitet än om det hade varit strikta enkäter. Andra fördelar med denna metod var att det var en flexibel datainsamlingsmetod samt den höga svarsfrekvensen och den personliga kontakten med respondenterna. Nackdelarna var att databearbetningen blev tidskrävande och att det blev ett mindre urval att arbeta med än om intervjuerna hade skickats ut. Det är inte heller en lika objektiv metod på grund av intervjuareffekter och valet av analysmetoden. Anonymiteten blir även mindre på grund av att datainsamlingstekniken är mer djupgående. Intervjutillfällena tog från 55 minuter till 1 timme och 20 minuter per gång.

## **2.6 Reliabilitet och validitet**

Med validitet avses om man undersöker det man avser att undersöka. Denna studie har en god validitet eftersom det var noggrant utvalda frågor till de väl valda respondenterna. Frågorna hade också testats innan studiens gång för att säkra att det gav den informationen som forskaren sökte. Respondenterna har utifrån sina olika expert-perspektiv kunnat svara på frågorna som rör frågeställningarna. Reliabilitet är svårt att uppnå i semistrukturella

studier då forskaren alltid är en del av mätinstrumentet. Det går inte att bortse från. Semi-strukturella intervjuer är en väl beprövad metod.

## **2.7 Förförståelse**

Jag är utbildad sjukgymnast och har snart 7 års erfarenhet av att arbeta inom första ledet i primärvården. Det har jag även kombinerat det med att vara sjukgymnast för fotbollslag på olika nivåer, senast för Sveriges ungdomsfotbollslandslag. Min erfarenhet med elitidrotten, där jag också spelat fotboll nästan hela mitt liv, samt att jag upplevt OR/OTS hos mig och i min närhet gör att ämnet ligger mig varmt om hjärtat. Mötet med stressrelaterad ohälsa finns överallt i samhället och jag har förvånats över att det inte uppmärksammats mer trots att ämnet varit aktuellt i flera decennier.

## **2.8 Etiska överväganden**

Undersökningsdeltagarna var aktiva, vilket betydde att information om studiens syfte tillhandahölls muntligt och skriftligt innan studiens start. De fick information om hur analysen av intervjuerna skulle gå till (bilaga 3). De fick även information om anonymisering av personuppgifter och att det var fritt att avbryta när som helst under studiens gång. Identifierbara uppgifter anonymiserades och eftersom det var ett känsligt ämne valde jag att inte ha med några drabbade i studien. Drabbade exkluderades också för att fokus låg på diagnos och behandling. Samtycke inhämtades skriftligt och muntligt av samtliga deltagare.

## **2.9 Tidsplan**

Samtyckesbrevet med information om studien skickades ut till alla tillfrågade under sista veckan i januari och sedan löpande under 2018. Intervjuer bokades in framför allt under mars månad men även löpande under april-juni 2018 för att få mättnadsgraden av 9 intervjuobjekt. Data samlades in från mars 2018 till juni 2018. Analysen skedde i 2 omgångar. Första omgången omfattade 6 intervjuer. Insamlad data kompletterades med ytterligare 3 intervjuer, varefter materialet analyserades en gång till. Det färdiganalyserade

materialet dokumenterades i juli och augusti 2018. Rapporten blev färdigställd i augusti 2018.

### **3.1 RESULTAT/ANALYS:**

Presentationen av deltagarnas svar och tankar är analyserat och kategoriserat enligt systematisk textkondensering (4). Anonymiseringen gjorde att alla var fria att tala obehindrat. Respondenterna fick möjligheten att reflektera och tala fritt. Resultatet presenteras i koder och citat med underrubrik för varje kodning. Forskningsprocessen presenteras i figur 3. Både svar och agerande i form av ord, hummanden, pauser och mimik från inspelningarna samt yttre beteenden från intervjuerna noterades i en innehållsanalys och blev rådata. Rådata är underlaget för analysen och resultatet. Rådata analyserades med systematisk textkondensering (4) för att vara relevant samt för att besvara frågeställningarna. Det väl valda materialet blev sedan noggrant beskrivet till mönster och analysenheter som fick efter analysens gång en kod eller kategori. Det finns en sammanfattande ord/mening för varje kod som visar varje analysenhet. Systematisk tolkning av de enskilda delarna är viktigt för att inte missa information.

Abstrakt tänkande var en del av processen, forskaren letade efter samband och mönster och hittade flera röda trådar. I första fasen ursköljdes preliminära teman. De teman som observerades återkom hos flera av deltagarna. (De redovisas och analyseras vidare till koder, se underrubriker). I fas 2 identifierades de meningsbärande enheterna, de används för att vidareutveckla teman till koder och subgrupper. I fas 3 arbetades kondensat fram till att i 4:e fasen resultera i sammanfattade meningar och citat som innefattar det koden står för. I en explorande studie som denna ville forskaren öppna dörrar till nya fält, genom att bidra till nytänkande. Målet med datainsamlingen var att det fanns tillräckligt material för att belysa frågeställningarna. Det blev ett längre systematiskt processande i 2 analysrundor med materialet och ett mer tydligt svar på vad som borde uppmärksammas. Koderna synkroniserades med teorierna och den tidigare forskning som fanns med i inledningen. Systematisk textkondensering enligt (4) har använts.

Valet systematisk textkondensering med ”editing analysis style” (datastyrd analys) lämpar sig för att utveckla beskrivningar samt genomsyra fenomen och begrepp. Enligt Malterud

(4) är målet att utveckla kunskap om respondenternas erfarenheter och livsvärld inom ett visst område. I mitt fall kring stressrelaterad ohälsa i stort och processen till ett UMS. Forskaren ville också koppla det mot OTS och processen mot utmattning. Det har varit en iterativ process att i mina transkriptioner leta efter väsentliga kännetecken för de fenomen som studerades. En viktig del i analysen var att bibehålla fokus och ta ställning till fakta. I arbetet användes den teoretiska referensramen för att inte tappa fotfästet. Succesivt har forskaren lagt in sin förförståelse i processen. Analysen skedde med fokus på meningen i samtalen. Meningskodning/kategorisering och meningskoncentrering samt meningstolkning är begreppen inom systematisk textkondensering. Viktiga ord som begrepp, modell och beskrivning av problemen i fenomenen har använts i processen. I analysen har 6 koder med underliggande kategorier framträtt. Kortare processade sekvenser och ett sammanhållande citat finns, se underrubriker 3.3-3.8. Även ett förslag till nytänkande med en modell (Figur4) har bearbetas fram.

### **3.2 Teoretisk referensram:**

I analysen användes den modifierade varianten på stress och sårbarhets-modellen, ”stresspiralen”, som bakgrundsförklaring till stressrelaterad ohälsa och utmattningsprocessen. Se figur 1.

### **3.3 Förmågan att förstå processen:**

Samtliga respondenter beskriver och nämner ordet acceptans. Ordet acceptans förekommer på flera nivåer, hos individen, samhället och i vården. Den största svårigheten är att förstå att man har drabbats och att det går i fel riktning i livet. Sjukdomsinsikten är svår att erhålla. Det dysfunktionella beteendet är ohållbart i längden. När man sedan nått gränsen till utmattning måste en begränsad grundacceptans till naturens gång i läkningen framhåvas som en stor orsak till att många är kvar i utmattningen länge. Den naturliga läkningsprocessen går inte att accelerera och det är ingens fel. Det bästa man kan göra är att acceptera situationen och på så sätt ta sig igenom de olika faserna av utmattningen. Det går inte att hoppa över några faser. Släppa tankar som ”Varför kan jag inte kan just nu?” och ”Jag måste skärpa mig!” är grundläggande principer och tankemönster som måste brytas. Risken är annars att man eldar på utmattningen och håller den vid liv istället för att börja tillfriskna. Många har starka livsregler eller grundantaganden som man måste



omarbete för att komma nå kärnan och grundproblemet. Patienter har svårt att förstå det på ett intellektuellt eller rationellt plan då deras beteende alltid har belönats tidigare.

Genom att bryta ned begreppet stressrelaterad ohälsa i 2 delar som stress och bristande återhämtning kan man förstå att det utvecklas gradvis om balansen mellan dessa 2 inte finns. Samhället har också ett stort ansvar gällande denna ökande stressrelaterade ohälsa. Det har skett en förändring i samhället. Reflektion och återhämtning för hjärnan har minskat, i en livsstil som för många kräver ständig aktivitet och uppdatering. Den kulturella aspekten att vi värderas högt utifrån det vi gör och äger måste omvärderas till en mer san- sad livsstil. Impulserna kommer från flera håll och vi har tappat gränserna. Vården behöver förstå att en systemkollaps inträffar när man drabbas av OTS/UTS och att det är en biologisk sjukdom. Det finns också en psykologisk dimensionen som ej syns utanpå men som skadar hjärnan. Det betyder enligt respondenterna att vi kan nå kärnan av förståelsen från olika håll och perspektiv, utan att ett håll är bättre eller mer rätt än något annat. Ta hjälp av varandra i vården. Teamarbete efterfrågas trots begränsad forskning inom området.

”Det bästa du kan göra är att acceptera läget. Det tar dig snabbare genom processen och vägen till att bli frisk”.

### **3.4 Sortering i begreppet stressrelaterad ohälsa:**

Svåra stressiga situationer är normalt för en människa och ger naturliga reaktioner. Det är viktigt att normalisera begreppet stress. Långvarig stress har ju inte funnits som en diagnos tidigare. Innan dess fanns bara akuta stressreaktioner som kunde bli post-stressreaktion samt en anpassningsstörning och ospecifik stressreaktion. Det är viktigt med avgränsningar och diagnoser beträffande stressjukdomar. En stressrelaterad ohälsa med begränsad överbelastning i livet är inte en utmattning och inte heller en sjukdom.

Stressrelaterad ohälsa är ett stort begrepp som innehåller flera dimensioner. Lätt överbelastning och ena sidan och sedan de hårt drabbade som är helt slutkörda på den andra sidan av fenomenet. Även inom diagnoskriterierna i UMS finns det spännvidd. Begreppet UMS är ett paraplybegrepp och inrymmer flera olika profiler och grader med faser. Du har flera vägar in i utmattningsprocessen och symptombilden ser också olika ut. Det finns överlapp med andra diagnoser vilket är viktigt att notera, samt sortera ut. Som för mycket

annat kommer det att finnas samvariation och det ska inte göra fenomenen svårare att diagnostisera. Ångest, tvångssyndrom och depression är nästan alltid mer eller mindre kopplat till stressrelaterad ohälsa och går in under olika profiler i UMS.

Överträningseffekter som ger OTS som stressrelaterad ohälsa är också en egen väg in till ett UMS. Flera respondenter beskriver att man kan använda samma diagnoskriterier för OTS som vid UMS. Dessa patienter med OTS kan finnas som en profil inom UMS. De går in under samma paraply. Det är otroligt höga krav inom idrotten och elitidrotten drar till sig riskprofiler med duktighetskomplex som har svårt med gränser, ideal och har en prestation/relationbaserad självkänsla. De kan exempelvis döva sina problem med träning vilket ger den bristande återhämtningen och den stressrelaterade ohälsan är därmed ett faktum. Bristen på nutrition, kroppskänedom och medvetenhet om kropp och återhämtning är andra viktiga riskfaktorer att drabbas av överträningssyndrom och utmattning. Det är en helhetsanalys runt den drabbade som gäller.

” Det är ytterändrar av normaldimensioner som sedan ger diagnoser, så måste det få vara. Vi behöver inga nya diagnoser i nuläget. UMS som diagnos blev accepterat i Sverige 2003. Det betyder inte att den är fulländad. Som alla nya diagnoser behöver den slipas och förfinas. Den behöver också bli mer vedertagen”.

Se figur 4 som förslag till sortering i fenomenet stressrelaterad ohälsa med OTS som en del av stressrelaterad ohälsa och som en väg till utmattning.

### **3.5 Förebyggande arbetet är behandlingen:**

Många i intervjuerna beskriver riskprofiler som ett sätt att jobba preventivt. Att fånga upp riskprofiler och se varningssignaler är jobb både för vården och chefer i arbetslivet. Att vara lyhörd och lyssna kan hjälpa många ut ur dåliga cirklar i ett tidigt skede. Samtidigt bör vi inte förstora och skapa ett hälsoproblem om det ej finns. Samhället bidrar till hur vi ser på våra problem. Stress och påfrestningar i en viss mån ska vi klara av ändå och är en naturlig del av livet.

Riskprofiler, varningssignaler och buffertfaktorer bör kartläggas i en persons liv vilket kan bidra till att bromsa och undgå en utmattningsprocess. I riskprofilarbetet nämns drivet, det

ohälsosamma drivet, dålig självkänsla eller att ha en prestationsbaserad självkänsla. Om den blir för stor och du förknippar dig starkt med din idrott eller ditt arbete, så driver du dig själv till att pressa dig. Du ser inte kortsiktiga eller långsiktiga konsekvenser av ditt tränande eller beteende. Personen du har framför dig har kommit långt genom att bete sig på ett visst sätt. Att koppla bort känslor och smärtsignaler har därför varit ett funktionellt beteende tidigare.

Det kommer även fram i intervjuerna att det bör prioriteras längre ned i åldrarna att förklara och lära ut om stress och återhämtning. Samhällets ansvar som prestationssamhälle är att få ut mer kunskap till allmänheten. Förslag bör komma att implementera redan på förskola och skola i hur media, reklam och andra kanaler påverkar oss. Arbeta och möta det redan på samhällsnivå. Förslag dykte upp på att implementera metoder i samhället, vården och arbetsorganisationer som vi vet fungerar förebyggande och ut med tidiga insatser var något som efterfrågades. Arbeta biopsykosocialt med screening, levnadsvanor, individuella återhämtningsstrategier och beteendemedicin för att nå ut, förebygga och bromsa utvecklingen i utmattningsprocesser stod högt på listan. Det ligger i stressens natur att inte se problemet innan det gått för långt vilket försvårar, stödet måste komma utifrån först. Individuella råd och behandlingar efter rätt fas och nivå av besvär bör eftersträvas.

” Att använda koder som ospecifik stressreaktion innan ett riktigt utmattningssyndrom är fulländat kan vara en rätt väg och riktning att gå mot. Sen gäller det bara att få med försäkringskassan på samma väg”.

Respondenterna förklarar att arbeta förebyggande har visat sig vara det mest effektiva sättet att bryta stresscirkelarna och sjukdomsprocessen. Kunskap och kommunikation mellan vården och försäkringskassan i hur sjukskrivning ska ske och framför allt i förebyggande syfte behöver implementeras smidigare och fungera bättre. Det kan göra att en person slipper bli utmattad och sjukskriven från arbete eller idrott i flera år.

### **3.6 Vägen till läkning:**

Ett mål är att använda vår kunskap vi vet idag rätt och nå ut på alla plan och samhällsnivåer. Sätta rätt diagnos och arbeta med behandling efter det. Ge rätt information och behandling i rätt fas. Innan UMS kan du använda ospecifik stressreaktion och sjukskriva veckor till månader som förebyggande sjukdomsinsats. Behandlingen är i dessa fall annorlunda. Viktigt att kriterierna följs för att diagnosen UMS ska sättas korrekt (bilaga 5). De långa sjukskrivningarna bör användas rätt. Annars missbrukas systemet och de som verkligen behöver hjälpen missgynnas.

En utmattning tar tid och faserna är långa. Även om det normalt tar 1 till 1,5 år innan du är tillbaka på 80-100% i arbete så har Kristina Glise i sin avhandling fortsatt sätt förbättringar efter 7-10 år (6). Det är fysiska hjärnskador som läker och det tar olika lång tid för olika individer. Det är en allvarlig sjukdom du drabbas av om du når väggen och du måste vara beredd på att omvärdera din vardag. Kanske hela ditt liv. Många respondenter beskriver utmattningsprocessen som ett benbrott. I första fasen är det bara att hålla ihop allt, så bitarna läker ihop. I 2:e fasen när det tillåter med naturens gång, är det dags att starta successivt med att stegra belastningen. Lyssna på hur det svarar och arbeta successivt i det. Efter hand in i 3:e fasen kommer man upp i en nivå som fungerar och man kanske till och med är starkare än man var innan benbrottet. Efter läkt klart är det bra att fortsätta jobba på det man tappat med successiv träning fysisk eller psykisk. Detsamma gäller i utfasningen ur ett UMS. Du behöver arbeta på det specifika du vill bli bra på. Det är bara i sista fasen du är tillräckligt redo och kan jobba med det. Här sker också arbetsrehabilitering och återgång. Den ska också ske gradvis.

Rehabiliteringskedjan och flödet mellan diagnostisering, försäkringskassan och arbetslivet/idrotten måste förbättras för en smidigare återgång och minska bakslag och återfall. Samtidigt måste behandlingen skräddarsys och användas rätt. Det ser också olika ut i landet vad du får för rehabiliteringsplan i nuläget. Det ser även olika ut på vårdcentraler i samma region.

” En lyckad väg genom sjukdomen till friskförklarad är när bäraren av diagnosen inte längre är rädd och handikappad av och för sina symtom. Det betyder en ökad aktiveringsgrad, mindre symtom, ökat mående och en lyckad återgång till jobb på en nivå som personen är nöjd med.”

” Träna det du behöver ha tillbaka. Är det kognitivt, fysiskt eller annan aktivitet eller arbete spelar ingen roll. Träna specifikt på det du vill bli bra på. Det har visat sig att du kommer tillbaka snabbare om du tränar det du tappat specifikt. Du blir bra på det du tränar principen återfinns här med”

### **3.7 Hur ska vi tackla framtidens utmaningar?**

Respondenterna nämner att fortsatt grundforskning och komplettering med neuropsykiatrisk forskning för att fortsätta få svar på orsaker, biologiska svar som också får bort stigma. Konkreta hjärnskador har syns i flera studier vilket tyder på allvaret i sjukdomen. Ju mer forskning om det desto mer ger det en fysiskt konkret feedback på patienternas symtom från hjärnan. Det behövs också ett sätt att isolera diagnostiken för att kunna hitta biomarkörer. Kanske kommer det behövas flera diagnoser men inte idag. Alla respondenter är på det klara med det. Det gäller också att få ut den medicinska diagnosen UMS på marknaden i hela Europa. Arbetet fortgår fortfarande. Ett annat spår är att hitta prognostiska instrument som kan mäta och hitta besvären i tid. Vi kan idag inte förutspå vem som drabbas eller inte trots riskprofiler och varningssignaler.

Utmaningen i framtiden kommer vara det hårda samhällsklimatet och det förebyggande arbetet. Det nämner alla respondenter.

” Om vi ska minska stigma behöver vi mer forskning som visar på konkreta hjärnskador. Bara då kan vi ge dessa patienter den förklaring de behöver. Det kommer också förändra samhället. Folk behöver förstå hur allvarlig all denna långvariga stress och påfrestningar är utan riktig återhämtning.”

### **3.8 Återhämtning:**

En viktig del i behandlingen är att förfina justeringen av behandlingen för att matcha patienterna i just utmattningssyndrom och stressrelaterad ohälsa. Med behandling menas återhämtningsdelen varvat med den aktivitet som patienten vill och brukade göra innan

denne blev sjuk. Du kan göra allt men räkna med kort tid samt mycket tid på återhämtning i början av behandlingen. Skräddarsy behandlingen efter patienten med att komplettera med kognitiv träning eller återhämtningsstrategier som passar individen. Arbeta med bakgrundsfaktorerna och beteenden till varför man hamnat där man hamnat och vid behov gå in djupare på det. Acceptera naturens gång och hjärnas anpassning. En hjärnskada tar tid. Dosering, miljöombyte, rätt dos av fysisk aktivitet och vara i nuet är ledord under behandlingsvägen.

” Återhämtning är ett ord som bör finnas med i all form av behandling omkring stressrelaterad ohälsa. Individuell planering och justering med återhämtning balanserat med små doser av vardagsaktiviteter är det som gör att individen kommer tillbaka snabbare och är redo för sin vardag igen. Du kan inte slarva med det. ”

### **3.9 Sammanfattning av resultat och svar på frågeställningar:**

I resultatet kommer det fram att fenomenen stressrelaterad ohälsa som inrymmer överträning, OTS och UMS är ett svar på en svår och långvarig stress som för vissa individer startar en utmattningsprocess. Att sortera och förklara begreppen under rubrik 3.4 är ett viktigt första led i att förstå utvecklingen till att individer hamnar i utmattningsprocessen mot OTS och UMS. I ett senare led är acceptans och att förstå bakgrunden ett sätt stoppa processen i tid, se rubrik 3.3. Att sortera upp och definiera fenomenen bättre är en hjälp i att förstå och lägga in rätt nivå med återhämtning och andra behandlingsåtgärder, se rubrik 3.6. Diagnoser som UMS finns i nuläget att fortgå men att förstå processen och hitta rätt nivå i återhämtning och individuella åtgärder verkar vara viktigare.

Fler diagnoser med den kunskapen vi har i nuläget är inte nödvändigt enligt respondenterna. En viktig del i behandlingsvägen tillbaka är att lyssna på individen. Individen framför dig behöver återhämtning på rätt nivå och i samråd med behandlaren hjälp att lägga upp en åtgärdsplan. Skräddarsy behandlingen med individen i fokus. För att undvika bakslag är det viktigt att förstå processen och hitta rätt nivå i behandlingen för successiv upptrappning. I utmattningsprocessen kan du fortfarande påverka med

återhämtning och en behandlingsplan. Viktigt att ta fasta på är att när du väl nått ”väggen” så behöver kropp och hjärna vila och undvika intryck. Då fungerar inte samma åtgärdsplan som innan. I fas 2 finns det utrymme för mer återhämtning varvat med aktivitet som inte är krävande för hjärnan. I sista fasen bör individen starta varva återhämtning mot arbete eller sin idrott.

I framtiden behöver vi koncentrera oss på det förebyggande arbetet i samhället på skolor och arenor utanför sjukvården. Det är en stor utmaning att förhindra stressrelaterad ohälsa. Större resurser till hälsofrämjandet är nyckeln till att minska folkhälsoproblemet. Grundforskning och neuropsykiatrisk forskning minskar stigma och hjälper oss i att förfina diagnostisering och i och med det kanske komma vidare i att hitta specifika biomarkörer.

#### **4.1 DISKUSSION:**

Syftet med denna studie var att belysa fenomenen mer ingående gällande begrepp, diagnostisering och behandling. Frågeställningarna som belyste studien funderade även på behandlingsvägen och framtidens utmaningar. Stressrelaterad ohälsa är något naturligt och det skulle ej betraktas som något patologiskt om det inte var för att vi i vården kan hjälpa de individer som drabbas. Stressrelaterad ohälsa kan bli långvarig och fortgå till en utmattningsprocess. Då måste handbromsen läggas i. Samtidigt ska det ej överdrivas som hälsoproblem. Stressproblematiken finns hos oss alla mer eller mindre i olika perioder i livet. Det som kommer fram i denna studie är att gränserna kommer att vara och förbli luddiga i processen mot UMS.

En vidare klassificering av diagnoser inom stressrelaterad ohälsa är onödig i dagsläget enligt samtliga respondenter. Det är istället viktigt att ta fasta på kriterierna som finns för den medicinska diagnosen UMS. Att fortsätta arbeta för att diagnosen blir vedertagen i samhället är istället målet. Sprida kunskap i vården om vilka diagnoskoder som gäller, för att rätt diagnos med rätt kod fastställs. Bara då kan rätt behandling inledas och därmed vägen till återhämtning. UMS diagnosen ska inte missbrukas. Precis som i linje med (2,19) finns det skillnader mellan psykologiska och fysiologiska delar av besvärsbilden. Kriterierna (bilaga 4) bör följas vid diagnossättning. För att diagnos kan sättas krävs 6 månader med en identifierbar stressfaktor som bidrar till ohälsa.

Vi behöver fortsätta belysa och forska i vad det faktiskt innebär att bli sjuk av stress och hur den kan få vissa individer att starta en utmattningsprocess. Lyssna, förklara och förstå bakgrundsfaktorer till varför den stressrelaterade ohälsan uppstår hos en individ och varför processen till utmattning kan ske. Det kan vara nyckeln till att stoppa problematiken i tid. Det är också en förebyggande strategi. Den kunskapen kan också minska risken till bakslag eller återfall. I behandlingen kan vi använda oss av KBT och strategier till varför vi hamnar där vi hamnat (14). I linje med (6) finns mycket positivt att använda sig av hanteringsstrategier i livet framöver. Vi behöver angripa problemet från flera olika perspektiv eftersom det är en systemkollaps av individen. Man behöver se problemet på samhälls-, individ- och organisationsnivå (idrott och arbete) och utifrån det angripa kärnan på problemet från olika håll. Problemet kan relatera till stressspiralens teori (Figur 1) som en förklaring till uppkomstmekanism. Figur 1 visar komplexiteten i fenomenets uppkomst. Det ger förståelse om att flera aspekter integrerar och återkommer som bakgrundsfaktorer.

Människan har glömt vad det innebär att finnas till, att bara vara”. I ett identitet- och prestationssamhälle har hon istället blivit en human doing (istället för human being).

Den ökade stressrelaterade ohälsan i samhället (11,16,23) är ett symptom på hur samhället styr oss och påverkar den ackumulerande stressen till utmattningsprocessen. Om vi jämför en människa i balans relaterat till stressspiralen så flödar den kreativa prestationen, man stannar upp, lyssnar och reflekterar. Det finns en respekt till sin kropp och hjärnans signaler. Vid behov byter eller minskar man belastningen. En människa i balans vet när hon är trött och behöver vila. Den människa som lever i ett prestationssamhälle, som många respondenter tar upp, lyssnar inte till sin trötthet utan dövar den med allt större prestationer, där idrott och träning kan vara en del, med allt effektivare tidsmissbruk. Följden blir att olika signaler negligeras i den stressrelaterade processen mot utmattning.

En människa är en enhet där de psykologiska och fysiologiska aspekterna är extremt sammankopplade. Mår vi psykiskt dåligt på grund av för mycket stress och mindre återhämtning påverkas även kroppens fysiologiska funktioner. Följer man stressspiralens modell på långvarig stress och dess konsekvenser hittar du flera inkörningsportar att arbeta med. Det är en systemsjukdom som också kan ge uppkomst till andra sjukdomar. En långvarig stress förstör immunförsvaret och ger en försvagad kropp. Det betyder också att



du och vi kan möta fenomenen från flera olika håll enligt både respondenter och forskning (5) och bemöta de på samma sätt från olika håll i behandlingsväg. Inom idrottsvärlden är det världskänt att stress i form av otillräcklig återhämtning visar sig med sämre koordination, prestation och ökad skaderisk hos idrottare.

Det är rimligt att försöka överföra samma återhämtnings-teori på vilket arbete som helst. Återhämtning varvat med personliga aktivitetsmål verkar vara det viktigaste fyndet att ta med sig från resultaten av studien. Ökade långvariga stressnivåer kan i sin tur kan ge uppkomst till andra skador och sjukdomar både hos idrottare och arbetare (9,26). Genom att ta fasta på återhämtning och vad återhämtning är för något kan stressrelaterad ohälsa bekämpas. Återhämtning är en viktig del i elitidrotten och det skulle kunna vara en intressant ide att implementera liknande i primärvården. Från primärvårdens håll analyseras levnadsvanor så som sömn, nutrition, alkohol, tobak och fysisk aktivitet med livsstil i fokus i en tidig fas. Det är något som elitidrotten bör ta med sig och använda sig av. Stressrelaterad ohälsa berör många delar och helhetstänket runt risker med dåliga levnadsvanor och livsstilar bör användas i elitidrotten också.

#### **4.2 Metoddiskussion:**

Svagheter med studien är att även om forskaren ämnar att vara opartisk i ämnet så är det ofrånkomligt att både forskare och respondenterna påverkar varandra i kvalitativa studier. Det går inte att intervjua helt förutsättningslöst. Dataanalysen utformas av forskarens värderingar och tolkningar. En objektiv syn är därför omöjlig. En oberoende verklighet med mänsklig tolkning via flera perspektiv är ett faktum för en vidare tolkning (interpretivism). Studiens fokus var respondenternas subjektiva mening, förförståelse och själva processen. Frågorna i intervjuguiden har slipats efter syftet och frågeställningarna och är således motiverade. Teman och syftet identifierades efter genomgång av litteraturen inom problemområdet innan intervjuerna gjordes.

Tanken var att frågorna i intervjuguiden skulle täcka ämnesområdet och frågeställningarna ovan, samt väcka en nyfikenhet; Kan OTS vara en del av stressrelaterad ohälsa bland

respondenterna? Det finns kritik mot urvalet av respondenter. Det hade kunde ha varit bra att haft en personlig prägel av personer som varit drabbade av fenomenen. Deras berättelser hade troligtvis givit ännu en till dimension på svaren och vävt in ännu ett spektrum.

Försvaret av valet att inte ha med den gruppen var för att begränsa frågeställningarna och lägga större fokus på diagnos och behandlingsdelen i stressrelaterad ohälsa och OTS. Om patientperspektivet inkluderades skulle studien blivit bredare vilket kunde leda till ett mindre specifikt resultat. En annan tänkbar kritik är att intervjuurvalet bestod av experter från olika delar av samhället, stressrelaterad ohälsa och utmattning på ena sidan, elitidrott på den andra. Det kan ha förvirrat och minskat specificitet i svaren. Syftet var att bredda synen på stressrelaterad ohälsa och koppla ihop elitidrotten och vården och få konsensus i det, därför är det försvarbart.

Valet av 9 stycken intervjuer var enligt författaren tillräckligt för att få konsensus och en mättnad i frågeställningarna. Materialet analyserades vid 2 tillfällen, det kan ha bidragit till färre vilseledande samband och mönster. Ställningstaganden och slutsatser vilar på den sakliga argumentationen. Problemställningen var relevant för mallen till intervjufrågorna och målet att penetrera fenomenen i definition, diagnostisering, behandlingsväg och hur framtiden ser ut inom området. Andra felkällor som försöktes undvikas och som ofta uppkommer i kvalitativa studier är risk för upprepning, att missa att hålla den röda tråden samt använda en för sammansatt text. Att använda citat som forskaren gjort och presentera resultaten med en disposition som ger en logisk ordning och en läsvänlig text gör det lättare att framföra de viktigaste resultaten.

Forskaren letade efter mönster med stressspiralen (figur1) som teoretisk referensram, det bekräftades det forskaren hade som hypotes och syfte med studien. En bra analys kräver färdighet i analys, den enskilde forskaren besitter sällan den färdigheten själv, därför togs hjälp av flera ögon i forskningsprocessen. Forskarens förförståelse av området kan också ha minskat felkällor. Det var viktigt att ha en kritisk reflekterande blick och kontroll över de felkällor som kunde dyka upp under analysen. Allt detta kan i sin tur ge mönster som inte fanns. Logiken mellan analysnivåerna i systematisk textkondensering med en beskrivning utgör grunden för att utveckla en vetenskaplig kunskap om fenomenen.

#### **4.3 Resultatdiskussion:**

Frågeställningarna ovan i 1.4 tar upp respondenternas syn på fenomenen i begrepp och diagnostisering. Problemet med det stora begreppet stressrelaterad ohälsa är att det döljer både grader och dimensioner av normalkurvor som i ytterändarna har diagnoser. Det kommer alltid att finnas nivåer i begreppet men när det närmar sig utmattningsprocessen är det viktigt att förhindra utbrottet i tid. Att arbeta med utmattningsprocessen i olika nivåer och faser ger en bättre effektivitet. Det viktigaste att ta med sig ifrån denna studie är att fortsätta tränga in i begreppen och identifiera nivåer för att få mer kunskap. Med djupare kunskap och säkrare definitioner kommer vi djupare in och kan sortera mer i detta stora fenomen stressrelaterad ohälsa. Efter denna analys syns det att det även kan innehålla begreppet OTS.

Utmattningsprocessen med UMS som slutprodukt kräver fortsatt belysning. Diagnostikriterier med nivåer i grader samt faser behövs för att lättare kunna erbjuda rätt behandling i rätt skede. Processen till UMS kan komma från olika håll i livet och kontexter och dölja sig bakom negativa beteenden där självmedicinering med träning kan vara en del. Se processen genom (Figur 1) eller med ett vidareperspektiv som inkluderar flera tillstånd som exempelvis OTS under stressrelaterad ohälsa vilket i sin tur kan leda in i utmattningsprocessen (figur 4). Genom mer förståelse kring problemets uppkomst kan vi bemöta utbredningen i samhället och i idrotten. Undersöker vi stressspiralen (figur 1) ser vi redan där helhetsperspektivet och att den långvariga stressen kan komma såväl som från en fysisk som från ett psykosocialt håll eller sammantaget från olika delar.

En viktig del att ta med från elitidrotten in i hälsosjukvården är att nutritionen också kan spela en stor roll vilket bör in i samma helhetsbild runt ingångsporten till utmattningsprocessen. Under begreppet återhämtning borde kost vara en stor spelare. Det figur 4 tar med i sitt förslag är att i processen även vidga blicken till att flera negativa beteenden så som ett OTS också kan bero på en psykisk ohälsa och därifrån fortsätta in i processen mot ett UMS.

Behandlingsvägen är spretig och beror också på att stressrelaterad ohälsa är spretig i begrepp med kriterier till diagnoser. Återhämtning kan inkluderas i levnadsvanor där nutrition och andra delar i återhämtningen kan tas upp i både i primärvård och i idrottsvärlden. Den andra frågeställningen som genomsyrande studien var

behandlingsvägen. Behandlingsvägen ser olika ut beroende på var i landet eller världen du befinner dig. (5,6). Det korrelerar väl med svaren från respondenterna. De beskriver samma sak. Sortera i begreppet och ta fasta på grader och faser är ett viktigt koncept att arbeta vidare på för att kunna ha en bättre väg. Den sista frågeställningen kommer också in här, vilken kunskap som efterfrågas för att kunna jobba mer effektivt med rehabiliteringen. Riktlinjer efter dessa grader och faser bör komma till vården nationellt.

Forskningen och intervjuerna visar att all behandling är bättre än ingenting vilket tyder på denna systempåverkan på individen. Det som respondenterna tar upp är att du alltså kan nå problemet från olika håll. Det faller väl under att nu kan bli sjuk från olika håll (Figur 1) och (5).

Återhämtning och en individuell sådan är den viktigaste delen att ta med och utveckla vidare i framtiden. Respondenterna beskriver att detta bör det fokuseras mer på. Den bör finnas överallt i samhället (5, kap13, 33). Genom individuell vägledning med individuell återhämtning och en aktivitetsplan med successiv varvning med återhämtning kan du nå resultat (35,36,37). Vägstolpar i form av levnadsvanor, beteendemedicin i olika skeden och nivå-anpassning av det patienterna besvärar av är annan bra behandling som följer olika faser och grader (1, 6,7,8,40). Det är något som elitidrotten kan ta fasta på och använda sig av bättre. Att titta på samvariationen med andra sjukdomar och diagnoser är också en viktig del i behandlingsplanen. Depression är ett väl forskat område och är som UMS en stress på hjärna och kropp men har andra orsaker till uppkomst. Viktigt är att sätta gränser runt alla stressdiagnoser när det behövs och jobba med homogena grupper i forskning.

#### **4.4 Diskussion av konsekvenser och implikationer:**

Drägliga arbetsvillkor oavsett om du är elitidrottare eller utför vanligt arbete är en utmaning för både politiker, arbetsgivare och forskare. Enligt Karaseks modell där kontroll och krav ligger nära hand i hand i miljön på arbetslivet så borde man kunna använda sig av samma version i idrottsvärlden. Återhämtning har verkat visa sig vara den stora nyckeln i behandlingsarbetet (33). Elitidrotten bör ta hjälp från primärvården och se hur de jobbar med livsstilsförändringar och levnadsvanor i tidigt skede. Stressrelaterad ohälsa bemöts och hanteras även i primärvården med KBT och det kan vara något att ha med ute i arenor i

idrotten. Personliga återhämtningsbeteenden är en viktig del och bör in i idrotten, primärvården och företagsvården. Vad får vissa beteenden för konsekvenser i personens liv? Varför är personen framför mig drabbad? Vad vill personen ändra på och vad måste den ändra på för att nå sina mål. Alla parter runt stressrelaterad ohälsa bör sträva mot samma mål att hålla den röda linjen med vägen tillbaka. Ha den så rak som möjligt är en målsättning. Raksträcka i diagnos till rehabilitering eftersträvas.

Genom att ha en och samma linje i alla perspektiv runt stressrelaterad ohälsa så kan vi i vårt arbete ute i primärvården fånga upp och se varningssignaler i det preventiva arbetet. Dit söker sig människor i första instans och här krävs struktur och kriterier som fångar upp samt diagnostiserar rätt. Med rätt rehabiliteringsplan som fokuserar på återhämtning och ett arbete med sina svagheter i den beteendemässiga medicinen har vi nått långt. Det finns andra teorier som beskriver att anpassningsförmågan till yttre och inre krav för att hålla balansen spelar en stor roll i att hålla sig ifrån den stressrelaterade ohälsan. Individuella aspekter som begriplighet i att förstå sin process, finna meningsfullhet i den, samt i det som sker runt omkring en person är nyckelbitar och det beskriver flera i intervjuerna som viktiga delar.

Sociala bitar och stöd tas upp i flera andra teorier som nämnts innan i bakgrunden och som även tas upp under stressspiralen (figur 1). Teorin med figur 1 har fortfarande alla de här aspekterna på utmattningsprocessen och är således en bra förklaringsmodell till fenomenens uppkomst och kan användas i både det preventiva och i behandlingsarbetet. Resultaten från analysen om återhämtningsdelen och att jobba individuellt i grupp med sina svagheter och sårbarheter är en annan del som kan göra att den stressrelaterade ohälsan håller sig borta. Det ligger i linje med forskning som visar på grupsamverkan (39). Det minskar lidande för både samhälle samt för individen. I behandlingen kan man möta sig själv och förstå sig själv bättre i tid istället för att använda många år till att förstå den processen. Det finns inga verkligheter som är som sagor som slutar med att du lever lycklig i alla dina dagar. Du kommer behöva möta stressen hela ditt liv men med bra strategier och förståelse om processen och om dig själv kan du leva ett bra liv, kanske till och med en bättre version än innan du blev drabbad.

Stressrelaterad ohälsa och stressmodeller som visar på hur detta kan uppkomma och förebyggas bör användas av ledningen hos både tränare, ledare och chefer. Förståelsen om hur

kravfulla situationer påverkar individer olika är viktig information.

Genom förståelse kan ledningen hålla förutsättningarna på rätt nivå så det inte blir en negativ balans.

Till sist bör det nämnas att forskning inom området bör fortsättas, både på en grundnivå och in på specifika delar i den stressrelaterade ohälsan. Det kan behövas fler RCT studier (randomiserade kontrollerade studier) som jämför behandlingar på längre sikt. RCT studier med läkemedel har inte gjorts än och kan vara ett bra komplement vid svåra fall av UMS. Det bör verifieras. Det kan även vara intressant att ha med patientperspektivet i en kvalitativstudie. Genom att göra djup-intervjuer från det perspektivet kan vi förstå fenomenen ännu en nivå till. Se och utröna profiler inom stora paraply-begreppet UMS är fortsatt intressant. Fortsatt forskning på OTS som en del av den långvariga stressrelaterade ohälsan kan göra att OTS kommer fram i ljuset även i primärvården.

#### **4.5 Diskussion av frågeställningarna:**

Från resultaten och annan litteratur finns det mycket som talar för att begreppen är för stora och där sortering i nivåer, processen mot UMS och olika faser är en del av att förklara fenomenen. Diagnostisering är en annan del. Sortera och nivå-bestämma den stressrelaterade ohälsan kan hjälpa oss i behandlingsåtgärder med återhämtningen i fokus. Undvika bakslag gör vi med mer kunskap om fenomenen, mer acceptans hos alla i samhället och individbaserat upplägg i behandlingen. I framtiden är det förebyggande arbetet tillsammans med grundforskning och neuropsykiatrisk klinisk forskning den stora utmaningen eftersom stressrelaterad ohälsa växer i olika kontexter i samhället. Livsstil och levnadsvanearbetet är något att utveckla, eftersom individen i fokus med sina beteende hamnar i den stressrelaterade ohälsans onda cirkel. I det långsiktiga arbetet med stressrelaterad ohälsa jobbar vi mot ett ökat samhälstempo med stora kostnader. Därför krävs ett motarbete med djupdykning och analys på samhällsnivå likväl som individnivå. Ett preventivt tänkande bör genomsyra samhället.

## 4.5 Slutsats

Studien påvisar att vidare arbete inom specifika delar inom fenomenen behövs. Det finns viktiga inslag att gå vidare med efter analyserade resultat i studien. Begreppen är fortfarande stora och mer arbete krävs med att den medicinska diagnosen UMS ska bli vedertagen, framför allt i Sverige men även för att kunna exporteras och lanseras internationellt. Samarbete och kommunikation över gränserna, externt och internt efterfrågas i hela Sverige. Där kan primärvården och elitidrotten mötas och ta hjälp av varandra.

Förståelsen och kunskap om hur utmattningsprocessen hos människan fungerar och behovet av individuell återhämtning och bearbetning måste introduceras till alla i samhället men framför allt i vården. Att erkänna OTS som ett vanligt negativt beteende där självmedicinering med träning är en del av stressrelaterad ohälsa hos individer som lider av psykisk ohälsa bör belysas vidare och åtgärdsplaner preventivt bör anammas redan nu i hälso-sjukvården. Idrottsvärlden kan ta hjälp av vården i sitt sätt att hantera stressrelaterad ohälsa tidigt och vice versa med elitidrottens sätt att se på återhämtning. Samtidigt behöver vi förstå kopplingen med varför vissa individer, både i elitidrotten och i samhället, hamnar i en utmattningsprocess till UMS. Behovet av mer sofistikerade mätinstrument som ser symtomen tydligt kan vara en nyckel i framtiden. Vi bör alltid sträva mot att hitta signaler i stressrelaterad ohälsa tidigt.

## 5.1 REFERENSER:

1. Grossi, G.Perski, A. et al.(2015).*Stress-related exhaustion disorder-clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro- biological and physiological changes in clinical burnout*. Scandinavian Journal of Psychology. DOI 10.1111.
2. Danhof-Pont, M. B. Van Veen, T. Et al. (2011). *Biomarkers in burnout: a systematic review*. Journal of Psychosomatic Research. Volym 70, 505-24.
3. Patel, R.Davidsson, B.(1994).*Forskningsmetodikens grunder- Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
4. Malterud, K.(2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
5. Almen, N.(2017). *Stress och utmattningsproblem-Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*.ISBN:7989144083674.
6. Glise, K.(2014).*Exhaustion disorder-identification, characterization and course of illness*.ISBN:9789162889784.
7. Perski, A.(2004).*Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir oftast lång*. Läkartidningen.101(14):1292-1294.
8. Perski, A.Grossi, G.(2004).*Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser*.Läkartidningen.101(14)1294-1298.
9. Meeusen,R. Duclos, R. et al.(2012). *Prevention,diagnosis and treatment of the over-training syndrome:Joint consensus statement of the european college of sport science(ECSS) and the american college of sports medicine(ACSM)*. European Journal of Sport Science.13:1,1-24.
- 10.Bianchi, R.Schonfeld,I-S.(2015).*Burnout-depression overlap: A review*. Clinical Psychology Review. DOI 10.1016.
- 11.Försäkringskassan.(2016).*Psykisk ohälsa, korta analyser*. ISBN: 9789175003948.
- 12.Nerurkar A,Bitton A. et al(2013).*When Physicians Counsel About Stress:Results of a National Study*. JAMA Intern Medicin;173(1):76-77.
- 13.Barrett, J. Simmons, K.(2015).*Interoceptive Predictions in the brain*. Nature Reviws. Neuroscience. 16(7),419.



14. Hanson, R. (2013). *Transformin the brain trough good experiences*. NICAMB web seminarium.
15. Eriksson, A-K. Avhandling. *Utmattningssyndrom som existentiellt tillstånd*. Mittuniversitet Sundsvall.
16. Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom-stressrelaterad psykisk ohälsa*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-123-18>.
17. Johannisson, K. (2004). *Den moderna tröttheten. Från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet*. Uppsala universitet, Humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet, Historisk-filosofiska fakulteten, Institutionen för idé- och lärdomshistoria. Svensk neuropsykologi: Tema: Stress 16, nr 1.
18. Åsberg, M. Nygren, Å. (2007). *Att skilja mellan depression och utmattningssyndrom*. Läkartidningen. nr 9 volym 110. s 484-486.
19. Theorell, T. (2009). *Det svenska samhället i ett stressmedicinskt perspektiv*. Arbetsmarknad och arbetsliv. Årgång 15, nr 4.
20. Krauklis, M. Schenström, O. (2003). *Utbrändhet- den nya folksjukdomen*. Stockholm: Bokförlaget Robert Larsson.
21. Lindwall FK. *Försäkringskassans socialförsäkringsrapport*. 2014:12, ISSN 1654-8574.
22. Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009* Västerås: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>.
23. Försäkringskassan. (2017). *Korta analyser 2017:1. Avdelningen för analys och prognos*. ISBN: 978-91-7500-398-6. FK-nr: 116-6.
24. Wiegner, L. Hange, D. et al. (2015). *Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care- an observational study*. BMC Family Practice. 16:38. DOI 10.1186/s12875-015-0252-7.
25. FYSS. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2017). Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Kap. 1.10 Stress och fysisk aktivitet.
26. Tonkonogi, M. Bellardini, H. (2016). *Träna bort din stressrelaterade ohälsa*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

27. Zschuncke, E et al. (2013). *Psychoendocrinology 2015*. Journal of Attention disorders 2013, 17 (1) 70–82. Volkow, Net al.
28. Josefsson, T et al.(2013).*Physical exercise intervention in depressive disorders.Meta-analysis and systematic review*. Scandinavian journal of medicine and science in sports. 24:259-272. DOI:10.1111/sms.12050.
29. Ivarsson et al. (2015). *It pays to pay attention: A mindfulness-based program for injury prevention with soccer players*. Journal of applied sport psychology. Volym 27-Issue 3. DOI:10.1018/1080/104113200.2015.1008072.
30. Josefsson, T. Broberg, A. G. (2011). *Meditators and non-meditators on sustained and executive attentional performance*. Mental Health, Religion & Culture, 14, 291-309.
31. Josefsson, T. Larsman, P. et al. (2011). *Self-reported mindfulness mediates the relation between meditation experience and psychological well-being*. Mindfulness, 2, 49-58.
32. Josefsson, T.Lindwall, M.et al. (2012). *The effects of a short-term mindfulness based intervention on self-reported mindfulness, decentering, executive attention, psychological health, and coping style: examining unique effects and mediators*. Mindfulness, DOI 10.1007/s12671-012-0142-1.
33. Kenttä G, Hassmen, P. et al. *Training practices and overtrainingsyndrome in Swedish age-group athletes*. Int J Sports Med. 2001;22(6):460-5.
34. Erlansson, LK. Eklund, M .(2003). *Womens experiences of hassles and uplifts in their everyday patterns of occupations*. Occup ther.Int:10-95-114.
35. Håkansson, C. Dahlin-Ivanoff, S. et al. (2006).*Achieving balance in everyday life*. Journal of Occupational Science.13:74-82.
36. Eklund, M.Erlansson, LK.(2011).*Ny struktur på vardagen- en hjälp vid stressrelaterad ohälsa*. Läkartidningen:36:vol 108:1688-1690.
37. Lisspers, J . Almén, N. Sundin, Ö. (2014). *The Effects of a Recovery-Focused Program for Stress Management in Women — An Exploratory Study*. Health, vol. 06: 20, ss. 2825-2836.
38. Pascoe,MC. Baur,IE.(2015). *A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood*. Journal of psychiatric research.68:270-282.

39. Peterson. U, Bergström.G. et al. (2008).*Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial*. Journal of advanced nurse.(5):506-516.
40. Perski, A. (2002). *Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier Fakta.

## **Bilaga 1: Expert/diagnosfokus- grupperna**

1. Beskriv kortfattat din bild av stressrelaterad ohälsa till utmattningssyndrom, gärna med någon typisk patient som exempel?

- Beskriv kortfattat din bild av överträning till överträningssyndrom/utmattning? Är det en skillnad för dig? I så fall vad?

2. Kan du kortfattat beskriva hur du ser på stressrelaterade ohälsa i stort och mer specifikt på sambandet med utmattningssyndrom?

3. Hur ser du på problematiken runt stressrelaterade ohälsa, ökar eller minskar den i samhället? Finns det särskilda yrken med högre risk?

- Är risken större eller mindre att drabbas av utmattning inom elitidrotten i jämförelse med arbetslivet?

4. Hur definierar och diagnostiserar du stressrelaterad ohälsa samt utmattningssyndrom idag?

- Skillnad i arbetslivet emot elitidrottare i överträning/stressrelaterad ohälsa mot överträningssyndrom/utmattningssyndrom?

- Var befinner vi oss på forskningsfronten i att definiera och diagnostisera stressrelaterad ohälsa?

- Vad behöver vi veta mer om för definition och begrepp i de olika fenomenen runt stress?

- Behövs gränsdragningar?

- Finns svårigheter med samvariationen med andra diagnoser och besvär som relaterar till stressrelaterad ohälsa?

5. Vilka kliniska mätinstrument (psykiska som fysiska) eller biomarkörer är enligt dig de mest värdefulla idag? Något som fattas?

**6.** Hur fungerar vägen från en diagnos till färdigrehabiliterad idag och blir man färdig?

**7.** Var befinner vi oss i forskningsfronten i behandlingen/rehabiliteringsvägen. Vad behöver vi veta mer om gällande behandling och rehabilitering för att komma framåt?

**8.** Var tror du vi står i framtiden om 5 år, 10 år? Vad är den stora utmaningen?

**9.** Kan vi ta hjälp av idrottsvärlden att nå snabbare resultat i diagnos, begrepp och behandling i framtida forskning? Utveckla.

**10.** SUMMERING av mina anteckningar

**11.** Något som du vill tillägga eller något som jag glömt eller borde fråga dig tycker du?

## **Bilaga 2: Behandlare fokusgruppen**

**1.** Beskriv kortfattat din bild av stressrelaterad ohälsa till utmattningssyndrom, gärna med någon typisk patient som exempel?

- Beskriv kortfattat din bild av överträning till överträningssyndrom/utmattning? Är det en skillnad för dig? I så fall vad?

**2.** Kan du kortfattat beskriva hur du ser på stressrelaterade ohälsa i stort och mer specifikt på sambandet med utmattningssyndrom?

**3.** Hur ser du på problematiken runt stressrelaterade ohälsa, ökar eller minskar den i samhället? Finns det särskilda yrken med högre risk?

- Är risken större eller mindre att drabbas av utmattning inom elitidrotten i jämförelse med arbetslivet?

**4.** Hur definierar och diagnostiserar du stressrelaterad ohälsa samt utmattningssyndrom idag?

- Skillnad i arbetslivet emot elitidrottare i överträning/stressrelaterad ohälsa mot överträningssyndrom/utmattningssyndrom?

- Var befinner vi oss på forskningsfronten i att definiera och diagnostisera stressrelaterad ohälsa? Vad behöver vi veta mer om för definition och begrepp i de olika fenomenen runt stress?

- Behövs gränsdragningar?

- Finns svårigheter med samvariationen med andra diagnoser och besvär som relaterar till stressrelaterad ohälsa?

**5.** Vilka kliniska mätinstrument(psykiska som fysiska) eller biomarkörer är enligt dig de mest värdefulla idag? Något som fattas?

**6.** Hur fungerar vägen från en diagnos till färdig-rehabiliterad idag och blir man färdig?

- Vilka behandlingsåtgärder är effektiva?

- Vad använder du dig av?

7. Var befinner vi oss i forskningsfronten i behandlingen/rehabiliteringsvägen. Vad behöver vi veta mer om gällande behandling och rehabilitering?

- Tänker du olika insatser beroende på var i utmattningsprocessen du är, vem du är som person om du är elitidrottare eller ej?

8. Var tror du vi står i framtiden om 5 år, 10 år? Vad är den stora utmaningen?

9. Kan vi ta hjälp av idrottsvärlden att nå snabbare resultat i diagnos, begrepp och behandling i vidare forskning? Utveckla.

10. SUMMERING av mina anteckningar

11. Något som du vill tillägga eller något som jag glömt eller borde fråga dig?

## **Bilaga 3:**

### **Information till deltagare i studie**

Jag vill fråga dig om du vill delta i en forskningsstudie inom ramen för min masteruppsats. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

#### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Det är en semi-strukturerad intervjustudie där vi behöver personer från tre fokusgrupper för att belysa ämnet. Alla deltagare kommer få svara på frågor rörande stressrelaterad ohälsa i relation till överträning samt utmattningssyndrom. Frågorna kommer främst att beröra begrepp, definitioner, diagnostisering, samt behandling/rehabilitering. Tiden för intervjun är beräknad till ca 1 timme på din hemmaplan och kommer att spelas in för att därefter transkriberas. Syftet är att ta reda på mer om fenomenen stressrelaterad ohälsa i relation till överträning samt utmattningssyndrom. Du är tillfrågad eftersom du besitter betydelsefull kunskap inom en eller flera av kategorierna i de fokusområden som ska belysas i studien.

Forskningshuvudman för studien är Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH). Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

#### **Hur går studien till?**

Ditt deltagande innebär i korthet att du svarar på alla intervjufrågorna och tillåts bli inspelad. Själva intervjutillfället kommer ta ca 1 timme. Möjliga följder är att du får frågor som är svåra att svara på eller att de upplevs som känsliga. Vi kommer behandla dina personuppgifter avkodat så ingen kommer kunna härleda dina svarsresultat tillbaka till dig. Du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande och samtycke.

Intervjuerna kommer att bokas in på din hemmaplan för att underlätta för dig samt göras under mars månad 2018.

#### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och registrera den informationen vi får från dig. Som ovan förklarat kommer inte informationen att kunna härledas till dig. Alla resultat kommer att avkodas. Materialet kommer sparas efter analysen är klar om du inte säger nej till det. Uppgifterna



skyddas på en dator där de kommer att avkodas. Personuppgiftsansvarig är Lina Nyberg. Enligt personuppgiftslagen (PuL) har du rätt att gratis en gång per år få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Lina Nyberg projektansvarig. Östra Ågatan 37c , Uppsala, 0704232629.

### **Vad händer med mina resultat?**

Informationen som kommer från dig kommer att transkriberas och sedan kommer det göras en innehållsanalys. Meningar och fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna kommer att plockas ut. Omgivande text kan tas med så ett sammanhang kvarstår. Meningarna blir meningsbärande enheter. Sedan kondenseras de i syfte att korta ned texten. Efter det så kodas dessa kondenserade meningsenheter ned och delas in i grupper. Grupperna är kategorier som ska återspegla det centrala budskapet från intervjuerna.

Kategorierna är det manifesta innehållet från intervjuerna. Teman kan sedan formuleras vilket kan ha det latenta innehållet från intervjuerna.

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Du kommer kunna få ta del av resultatet efter att analysen av datan/informationen är bearbetad. Du kommer också kunna få ta del av analysprocessen om så önskas. Efter avslutad studie kan du närsomhelst boka en tid med ansvarig för att ta del av studiens resultat.

### **Försäkring**

Du är försäkrad genom GIH.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

### **Ansvariga för studien**

Ansvarig för studien är Lina Nyberg, projektansvarig. Vi frågor finns jag på 0704232629 eller mail [nyberg.lina.14@gmail.com](mailto:nyberg.lina.14@gmail.com)

Handledare är Göran Kenttä, filosofie doktor i psykologi och lektor vid GIH.

Goran.kentta@gih.se

### **Samtycke till att delta i studien**

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien.
  
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift

## **Bilaga 4:**

### **Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom från socialstyrelsen:**

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 två veckorsperiod:

- 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
- 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
- 3) Känslomässig 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. missbrukad drog, mediciner) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyroidism, 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.

6 transkriberade intervjuer → Fas 1. Enheter i texterna som blev basen till preliminära teman:

1. Dignossättning med faser, spridning i den heterogena gruppen
2. Acceptans, förståelsen
3. Preventivt och tidigt skede
4. Hur ser vägen ut i landet
5. Utmaningen och framtiden
6. Stressrelaterad ohälsa och överträningssyndrom



Fas 2. Organisation av materialet som valts till underlag till de preliminära temana. Irrelevant material sorterades bort, det som kunde tänkas belysa problemställningarna valdes in. Det blev meningsbärande enheter.

I denna fas hittades även andra viktiga aspekter som blev undergrupper. Dessa ligger till grund till koderna.



Fas 3. Nu arbetades koderna fram genom klassificering, identifiering efter teman och subgrupper. Klassificering av det relevanta materialet. Koderna nedan.

1. Förmågan att förstå processen
2. Sortering i stressrelaterad ohälsa
3. Förebyggande arbetet är behandlingen
4. Vägen till läkning
5. Hur ska vi tackla framtidens utmaningar?
6. Återhämtning



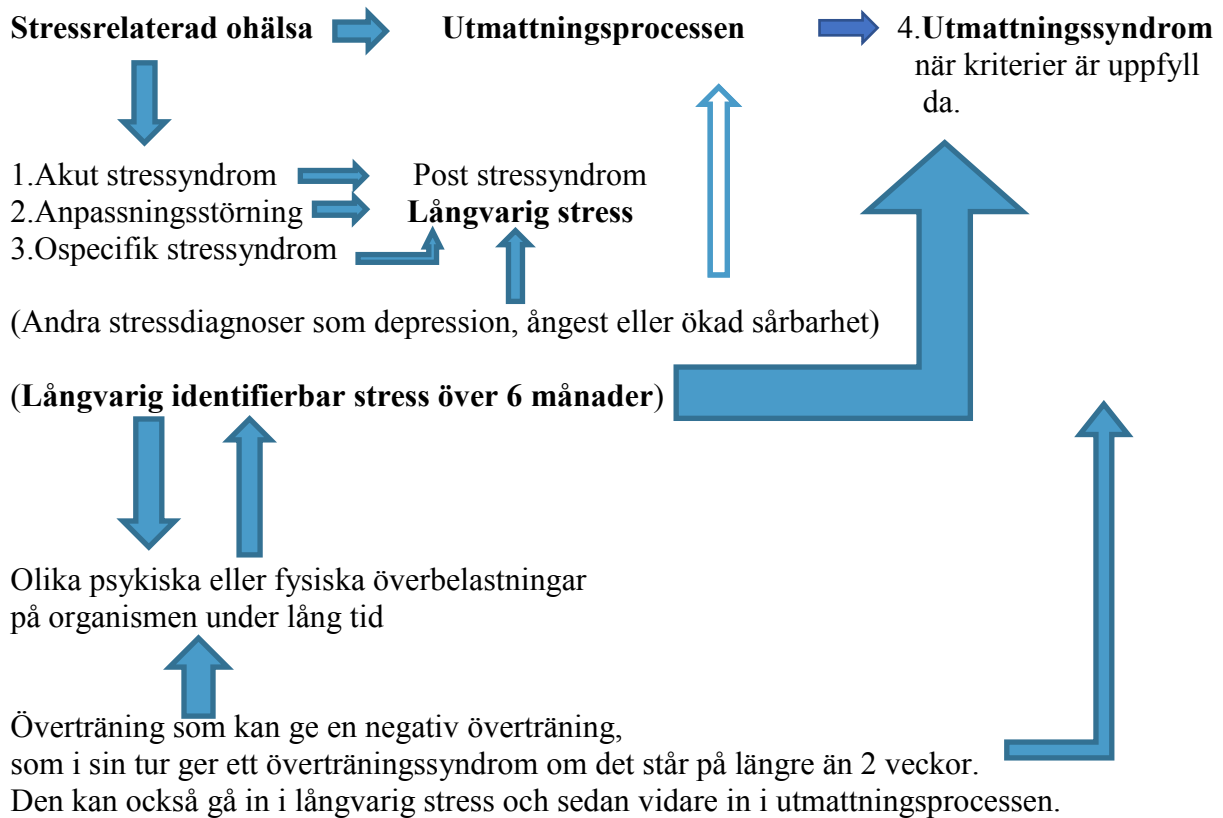
Fas 4. Sammanfattningen. I denna fas rekontextualiserades texten för varje kodgrupp. Jämfördes med originaltexterna.



3 andra intervjuer transkriberades och följde samma process som ovan.

### **Figur 3. Forskningsprocessen.**

### Förslag till utveckling av ny modell:



**Figur 4. Visar schematiskt hur stressrelaterad ohälsa, som inrymmer flera tillstånd (1-4, 4 är utmattningssyndrom) kan leda till en långvarig stress. Den långvariga stressen kan i sin tur leda in i en utmattningsprocess till slutprodukten 4. Den långvariga stressrelaterade ohälsan kan bero på flera orsaker inklusive ett överträningssyndrom.**

