

En diskursanalytisk studie gällande läkares erfarenheter och kunskaper om tillståndet utmattningssyndrom.

Av

Anna Sträng

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)

VT 2015



Handledare: Frans Oddner

Abstract

The aim of this study was to investigate how doctors express themselves about the state of burnout in relation to gender. It was after reading about the subject on which the idea was created to investigate the physician's perspective on the area. This study is partial for to provide professional knowledge and understanding of the physician's view of the patient group, but also to help with further research in this area. In the implementation of the study, discourse analysis was used and applied with a discourse psychological orientation. This method is qualitative with a discourse psychological approach on the interview material. The study is based on four interviews with general practitioners from three different health centers throughout Sweden. The interview material is analyzed by using a knowledge-oriented and action-oriented analysis. The results of the study show that doctors have both experience and knowledge of the patient's medical condition. According to the analysis the patient group can easily be identified when they seek medical care. Physician's views on the differences and similarities between men and women who suffer from burnout are similar to the general truth that society gives to manhood and womanhood.

Keywords: sex, gender, mental illness, attitude, sex-typed, seeking help for mental health problem, seek, Burnout.

Innehållsförteckning

1. Problemformulering	1
1.1 Syfte.....	2
1.2 Frågeställning	2
2. Bakgrund.....	3
3. Tidigare forskning.....	4
3.1 Utmattningssyndrom i förhållande till genus.....	4
3.2 Utmattningssyndrom förknippat med människobehandlande organisationer.....	4
3.3 Kliniska erfarenheter av händelseförloppet.....	5
3.4 Hinder och svårigheter med samverkan mellan professioner.....	5
3.5 Vetenskapliga luckan.....	6
4. Teoretiska Begrepp	6
4.1 Vad är Stress	6
4.2 Copingstrategier.....	6
4.3 Disempowerment.....	7
5. Teori.....	7
5.1 Introduktion.....	7
5.2 En Socialkonstruktivistisk tradition.....	8
5.3 Diskurspsykologi	9
5.4 Redskap för en retorisk analys.....	10
5.5 Subjektspositioner	10
5.6 Tolkningsrepertoarer.....	11
6. Metod	11
6.1 Urval av och produktionen av material	12
6.2 Urval.....	15
6.3 Forskningsrådets etiska riktlinjer	16
6.4 Transkribering och kodning.....	16
6.5 Metod för analys	17
7. Metoddiskussion	18

7.1 Intervjugrupp.....	18
7.2 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	19
8. Resultat och analys del.....	20
8.1 Kort presentation av läkarna.....	20
8.1.2 Arbetsprocessen.....	22
8.2 Stress	23
8.2.1 Inre och yttre krav	23
8.2.2 Yttre Påfrestningar	24
8.2.3 En psykisk blockering.....	25
8.3 Disempowerment.....	27
8.3.1 Makt och kontroll förlust.....	28
8.3.2 Lever sitt liv för andra.....	29
8.4 Könsneutralt tillstånd.....	30
9. Slutdiskussion	33
9.1 Vilka kunskaper om tillståndet utmattningssyndrom ger läkarna uttryck för?.....	33
9.2 Vilka skillnader och -likheter ger läkarna män och kvinnor med utmattningssyndrom?.....	34
9.3 Kunskap om läkarens profession.....	35
10. Referenser	36
Bilaga 1: Informationsbrev	39
Bilaga 2: Intervjuguide	40

Förord

Innan kursen SOPA63 startade hade jag fått upp ögonen för tillståndet utmattningssyndrom, där mina tankar gick kring vilka är de som drabbas och varför drabbas de av tillståndet. Därmed gav mig c-uppsatsen ett ypperligt tillfälle för mig att få pröva på de teorier och fördomar jag hade på området. Studien har lätt till att både mina fördomar och teorier fått omprövats och ändrats under utvecklingens gång. Det har varit en tuff period men med hjälp av rätt vägledning och verktyg har jag lyckats bana väg till ett slutresultat.

Jag vill börja med att ge ett stort tack till min handledare Frans Oddner som med sin insikt och sin expertis varit ett enormt stöd och hjälp för denna studies utveckling. Jag vill även rikta ett stort tack till de läkare som varit med och ställt upp i denna studie. Sen även tack till min kära familj och vänner för ert stöd och uppmuntra. Utan alla er hade studien inte varit möjlig! Stort tack till alla berörda!

1. Problemformulering

Psykisk ohälsa har både ökat och blivit den främsta orsaken till sjukskrivning, inte bara i Sverige utan även i flera andra länder. Enligt Försäkringskassans senaste Socialförsäkringsrapport (2014) har det skett en ökning från 2009 fram till 2014 som främst visats bland kvinnor. Utmattningssyndrom är en form av psykisk ohälsa som drabbar de personer som under en längre tid utsatts för stress, de drabbade ofta får svåra minnestörningar och kognitiva besvär (Vårdguiden 2012). Tillståndet beskrivs även vara vanligt förekommande inom människobehandlande organisationer där de beskrivs vara arbetsrelaterat (Putnik et. al 2010). Arbetsorsakade besvär såsom stress och psykiska påfrestningar har visat sig öka bland sysselsatta personer i Sverige sedan 2012, ungefär var fjärde sysselsatt person (24%) i Sverige har haft någon form av psykiska besvär som kunnat relateras till arbetet (Arbetsmiljöverket 2014; Östlund & Lundberg 2002). Internationella studier visar att det finns tydliga skillnader mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom, både vad gäller deras arbetssituation och sociala nätverk (Stenlund et al. 2007). Det är inte ovanligt att patientgruppen först söker vård för kronisk trötthet och sömnstörningar inom primärvården och att det diagnostiserade sjukdomstillståndet sedan leder till sjukskrivning (Glise & Björkman 2004). De patienter som lider av psykisk ohälsa har ofta ett behov av att få hjälp från flera olika håll (Försäkringskassan 2014).

Nationell och internationell forskning visar att det finns hinder och svårigheter med samverkan mellan olika professioner med olika kompetensområden (Hultberg 2007). I denna studie undersöks hur läkare uttrycker sig verbalt om patienterna med tillståndet utmattningssyndrom. Forskningen visar nämligen att svårigheterna ligger kring de professionellas förförståelse och värderande av andra professioners kunskapsbidrag i teamet (Kvarnström 2008). Därmed är insikten om läkares språkbruk kring sina patienter en relevant kunskap för andra professioner, då det kan öppna upp för ett mer funktionellt samarbete vid berörda patienter. Enligt Eva-Lisa Hultberg (2007) handlar svårigheterna också om ett revirbejakande, det vill säga att varje yrkesgrupp/profession håller hårt på sitt kunskapsområde och legitimiteten istället för att samverka utifrån patienternas bästa (Hultberg 2007). I Danermark & Kullberg (1999) beskriver Sune Sunesson (1991) denna asymmetriska relation som uppstår mellan olika yrkeskategorier att ge upphov till statuskillnader emellan professionerna. Detta tenderar att skapa hinder för samverkan. Olika

yrkeskunskapsbaser och kompetenser bör istället integreras i teamet för patientens skull. Om olika professioner får kunskap om varandras ansvarsområden, expertis samt språkbruk kan hinder och svårigheter kring samverkan minimeras (Kvarnström 2008). En sådan kunskap banar väg för ett tvärprofessionellt synsätt på patientens situation.

Delar av läkarnas ansvar ligger i att skriva sjukintyg åt patienter medan till exempel kuratorer tillhandahåller terapi och samtal för patienter med psykosociala besvär (Hultberg 2007). De är även läkaren, i det flesta fall, som får den första kontakten med patienten. Läkaren har på detta viset en annan kontakt med patienter och har därmed tillägnat sig annan kunskap om patienten, än till exempel kuratorn på vårdcentralen har om diagnosen. Jag tolkar det som att i behandlingssyfte som socionom inom hälso- och sjukvården borde kunskap om läkares förklaringsmodeller och språkbruk om patienter vara en angelägenhet, för att utifrån patienten kunna skapa ett fungerande samarbete mellan olika professioner med olika språkbruk, tradition, yrkesutbildning.

Av vad som framkommit ovan så finns det således angivna skillnader mellan män och kvinnor som drabbats av utmattningssyndrom, vad gäller deras psykiska mående och arbetssituation. De beskrivs även att kvinnor upplever i högre utsträckning än män psykiska besvär på grund av arbete, det vore därför även intressant för mig att få läkares syn på likheter- och skillnader mellan könen. Gör läkarna skillnader på män och kvinnor med utmattningssyndrom? Den teoretiska ramen för den här studien är tagen ur diskurspsykologi, för att kunna identifiera läkares så kallade tolkningsrepertoarer eller deras sätt att tala om tillståndet utmattningssyndrom.

1.1 Syfte

Syftet med denna studie är att identifiera, beskriva och analysera, läkares tolkningsrepertoarer varigenom tillståndet utmattningssyndrom konstrueras språkligt.

1.2 Frågeställning

Vilka erfarenheter om tillståndet utmattningssyndrom ger läkarna uttryck för?

Ger läkarna uttryck för skillnader och -likheter mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom?

2. Bakgrund

Enligt forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (2002), *I skuggan av sig själv psykisk ohälsa i förändring*, tas psykisk ohälsa upp som ett nutida folkhälsoproblem. Definitionen av psykisk ohälsa är knuten till dess historiska och kulturella sammanhang, det vill säga definitionen varierar över tid och rum. Vår tids föreställning om att något borde heta ”psykisk ohälsa” har växt fram under den urbana, moderna industrialismens tid, sent 1800-tal till tidigt 1900-tal. Historiskt sätt har psykiska besvär som ångest, oro och ängslan och depressiva tillstånd alltid funnits med och följt mänskligheten i dess utveckling. Dessa är besvär som vi idag förknippar med stress i det moderna arbetslivet (Hydén 2002).

Det var den amerikanska psykologen Christina Maslach som myntade det engelska begreppet »burned out« eller utbrändhet på 1970-talet. Under den tiden i USA var det många anställda inom människobehandlande organisationer som visade symptom på emotionell utmattning, cynism och en upplevelse av otillräcklighet i arbetet. Psykologen gjorde därmed undersökningar av den dysfunktionella relationen som uppstått mellan individen och organisationen och dess konsekvenser. Forskarens resultat visade att tillståndet inte utgjorde någon sjukdom utan en reaktion på en alltför ansträngd arbetssituation (Glise & Björkman 2004).

Under lågkonjunkturen i början på 1990-talet i Sverige ökade kraven och belastningen för de anställda, speciellt inom den offentliga sektorn. Det var först under högkonjunkturen i mitten av 1990-talet som kopplingen mellan arbete och psykisk ohälsa uppdagades, då stora personalgrupper anmälde psykisk ohälsa vid sjukskrivning från arbete (Östlund & Lundberg 2002).

Efter 1990-talet blev behovet av forskning kring psykisk ohälsa och arbete mer påtagligt, i takt med detta ökade kunskapen om kopplingen mellan psykisk ohälsa och arbete. I och med nutidens långtidssjukskrivningar har psykiska diagnoser som depressioner, stress, ångest och utbrändhet ökat (Östlund 2002). Forskare har kommit fram till att människan idag utsätts alltmer för en långvarig psykisk och psykosocial stress än tidigare. Forskningen visar nämligen att kroppens stresssystem är mer anpassat för plötsliga fysiska hot och inte den mängd psykiska hot som människan utsätts för idag (Socialstyrelsen 2009). Därför är forskare inom området överens om att den så kallade stress- och sårbarhetsmodellen gäller, att både gener och omgivning spelar in i hur en person hanterar vardaglig stress. Ett annat sätt att

uttrycka det på är att omgivningen (stress och press utifrån) kan påverka hur mycket av våra gener (inifrån sårbarhet) som uttrycks (Ågren 2002).

3. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras internationell som nationell forskning på området. Till en början introduceras forskning om tillståndet utmattningssyndrom därefter följer forskning om samverkan.

3.1 Utmattningssyndrom i förhållande till genus

En nationell studie skriven av Theres Stenlund et al. (2007) visar att det finns tydliga genus skillnader mellan patienter med utmattningssyndrom och den generella svenska befolkningen. De skillnader mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom som beskrivs låg omkring deras arbetssituation och sociala nätverk. Det framgick att kvinnor med utmattningssyndrom arbetade i högre utsträckning inom människobehandlande verksamheter jämfört med män som i större utsträckning arbetade med administrativa verksamheter. Specifikt kvinnor med utmattningssyndrom rapporterade en högre grad av sömstörningar, mindre kontroll över sitt arbete, större ansvar hemma (hushållsarbete) samt ett mer stillasittande och övertidsarbetande. Specifikt män med utmattningssyndrom rapporterade att de hade ett mer begränsat socialt nätverk och arbetade under allt för höga krav samt övertidsarbetade (Stenlund et al. 2007).

3.2 Utmattningssyndrom förknippat med människobehandlande organisationer

En internationell studie gjord av Katarina Putnik (2009) , Ad de Jong (2009) och Petra Verdonk (2009), visar att patienter som drabbats av utmattningssyndrom ofta beskrivs som ambitiösa och skötsamma medarbetare. De beskrivs även att dessa personer obemärkt internaliserat ideal bilden av den professionella rollen och därmed maximerat sin prestationsförmåga, det vill säga den professionella har satt sina egna behov åt sidan för att kunna prestera sitt max. Genom sitt förnekande har de kunnat fortsätta att arbeta hårt och därmed inte kommit till insikt att de är i behov av hjälp. Studien visar även att tillståndet vanligen drabbar anställda inom människobehandlande organisationer, vilket kan förklaras genom heroism. Heroism innebär att de professionella försöker vidga sina resurser bortom egen kapacitet för att kunna hjälpa andra så mycket som möjligt, såväl kollegor som patienter. Utåt sett anses mänskliga organisationer kunna ge ”hjälp” till andra och inte till sig själva, det kan därför anses oprofessionellt att söka hjälp (Putnik et al. 2009).

3.3 Kliniska erfarenheter av händelseförloppet

Enligt kliniska erfarenheter är kronisk trötthet och sömnstörningar ett vanligt förekommande problem bland patienter som söker hjälp inom primärvården för utmattningssyndrom. Detta är starkt negativt för individen då störd sömn oftast leder till ökad spänningskänsla och därmed ökat stresspåslag. I takt med att individen utsätter sig för långvarig stress sjunker även prestationsförmågan och den energin som finns kvar läggs oftast på arbetet. Under den här tiden är det inte ovanligt att konflikter uppstår mellan individ och arbete samt de privata. Det är inte heller ovanligt att individen ökar sin tobak-och alkoholkonsumtion under den här tiden. Senare börjar psykosomatiska symtomen debutera i form av huvudvärk, yrsel, tryck över bröstet, hjärtklappning och/eller värk i muskulaturen, därefter får ofta individen minnes-och koncentrationssvårigheter. Under den här tiden är det inte ovanligt att individen känner skam- och skuld känslor samt utvecklar någon form av social fobi eller panikångest. Efter en tid är det vanligt att individen känner sig nedstämd med depressiva inslag. Vid det här laget är individen oftast både fysisk och psykiskt utmattad och därmed nära ett sammanbrott. Sammanbrottet kan komma plötsligt eller utkristalliseras ur en traumatisk händelse, då de sökande ofta beskrivs vara i en svår kris. Tillståndet beskrivs vara stressrelaterat och de sägs att vissa personlighetsdrag kan öka risken för att utveckla stressrelaterad psykisk ohälsa (Glise & Björkman 2004).

3.4 Hinder och svårigheter med samverkan mellan professioner

Internationell såväl som nationell forskning som gjorts av bland annat Eva-Lisa Hultberg (2007), Susanne Kvarnström (2008) och Sune Sunesson (1991), har visat på problem inom samverkansområdet, detta nämns även i inledningen. Ett av hindren som beskrivs är att de professionella saknar ofta förmågan och kunskapen att anpassa sina ansvars- och kompetensområden utifrån patientens situation (Hultberg 2007). Forskning visar att de professionella varken vill erkänna, förstå eller respektera varandras roller och kunskapsbidrag i teamet (Kvarnström, 2008; Elwyn et al 2002, Long et al 2003, Larkin och Callaghan 2005). Liknande forskning antyder att det handlar mer om ett revirbejakande, det vill säga att varje yrkesgrupp/profession håller hårt på sitt kunskapsområde och legitimiteten istället för att samverka utifrån patientens bästa (Hultberg 2007). I Danermark & Kullberg (1999) beskriver Sunesson (1991) denna asymmetriska relation ovan som uppstår mellan olika yrkeskategorier vid samverkan leder till statuskillnader dem emellan. Detta i sin tur kan leda till att endast några professioner får tolkningsföreträde medan andra kunskapsbidrag negligeras, vilket kan skapa hinder för samverkan och tillhandahållandet av patientsäker vård och service. Det anses

därför viktigt att de professionella får kunskap om varandras yrken och kompetens i teamet, för att på ett effektivt sätt kunna hantera patientens problematik (Kvarnström 2008).

3.5 Vetenskapliga luckan

Det finns internationell som nationell forskning kring både samverkan och tillståndet utmattningssyndrom. Det finns även kliniska erfarenheter som dokumenterats om tillståndet utmattningssyndrom. De som är svårt att hitta något om i forskningsväg är hur läkaren uttrycker sig språkligt om tillståndet utmattningssyndrom i förhållande till män och kvinnor. Det är denna kunskap om social och språkligt uttryckt praktik som beskrivs ovan som är mindre beforskat och därmed ett viktigt forskningsområde att studera. Min studie vill även bidra till att ge socionomer inblick i och kunskaper om läkares tolkningsrepertoar om patientgruppen, för att på så vis försöka stödja en framtida samverkan mellan professionerna.

4. Teoretiska Begrepp

4.1 Vad är Stress

Marianne Frankenhaeuser och Jörgen Malmquist (2014) beskriver stress följande: Stress är en alarmreaktion som utlöses i människan vid fara, för att hjälpa människan att fly undan fara och hotfulla situationer. Hur en människa uppfattar och hanterar hotfulla eller stressfulla situationer påverkas av människans personlighet och tidigare erfarenheter, det vill säga stress är en individuell upplevelse (Jonsdottir & Folkow, 2013). Stress kan vara både genetisk, individuell, kulturell-och livsstilsbetonad och därmed inverka både positivt och negativt på individen, enligt Ringsberg (2014). Föreligger det en balans mellan krav och förväntad prestation blir inte kroppen påverkad negativt, däremot om det råder en obalans mellan krav och förväntad prestation kan en individs hälsa blir starkt negativt påverkad (Malmquist & Frankenhaeuser, 2014; Skärsäter, 2014).

4.2 Copingstrategier

Copingstrategier handlar om individens förmåga att hantera och svara på komplexa situationer i vardagen och vid andra speciella tillfällen. Till vardags försöker individen hantera sin omgivning på ett sätt som passar, det kan vara att lösa vissa problem och undvika andra. För att mäta en individs ansträngning och beteende i vardagen, undersöks individen i sin hantering av stress och vardagsproblem, det vill säga individens copingstrategier undersöks. Dessa undersökningar utförs vanligtvis med hjälp av frågeformulär eller intervjuer med den tillfrågade (Frydenberg, 2002).

4.3 Disempowerment

För att förklara begreppet disempowerment kommer dess motsattsbegrepp som är det flitigt använda begreppet empowerment först att förklaras. Detta för att få en bättre förståelse för begreppets innebörd. Ofta definieras begreppet empowerment utifrån individens egenmakt och individens känsla av kontroll över sin egen livssituation, i detta nämns även betydelsen av individens samarbete och deltagande i olika meningsfulla sammanhang. Enligt Kerstin Ekberg (2006) handlar empowerment om individens förmåga att klara av sin livssituation och i detta våga göra det som känns rätt och riktigt för en själv, utan att känna allt för mycket press utifrån. Enligt Ann-Christine Larsson (2007) är individens tillgång till resurser och egna handlingsförmåga två komponenter som tillsammans ger individen olika möjligheter till empowerment över sitt liv. Motsatsen till detta kan således vara då individen har för lite resurser och handlingsförmåga till att hantera sin livssituation, det vill säga disempowerment över sin situation. Enligt Kabeer(2001) är det genom förnekande av individens möjligheter till att göra egna val i livet som disempowerment uppstår och att detta är även ett nödvändigt ont för att individen ska kunna uppleva empowerment. Det går således att säga att individen gör val utifrån de resurser som individen har tillträde till, vilken handlingsförmåga individen har i förhållande till dennes mål i en disempowerment/empowermentprocess (Larsson, 2007).

5. Teori

Detta avsnitt kommer att ge en översiktlig redogörelse för diskursanalys som teoretiskt grundad forskningsansats, där specifikt fokus läggs på diskurspsykologin som är den teori som kommer att användas för denna uppsats. Upplägget är sådant att först presenteras diskursanalysen mer översiktligt därefter presentera diskurspsykologin mer ingående.

5.1 Introduktion

I *Diskursanalys som teori och metod* (Winther Jørgensen & Phillips 2000) skriver författarna för att forskare ska kunna förstå samhället med hjälp av diskursanalys bör forskaren ta hjälp av någon av de tre olika angreppssätt på praktiken. Dessa tre angreppssätt är Diskursteori, Kritiskt diskursanalys och Diskurspsykologi, som står för olika teorier och metoder. För studiens räkning hamnade valet på ett utav angreppssätten som är Diskurspsykologin. Studien intresserar sig nämligen för hur läkaren uttrycker sig språkligt om tillståndet utmattningssyndrom, det blir därmed ett sätt att förstå läkarens version av verkligheten från ett diskurspsykologiskt håll. Diskurspsykologin intresserar sig för ”diskursanalys” och deras fokus ligger på hur människor använder diskurser som flexibla resurser i social interaktion,

det vill säga diskurspsykologins teoretiska intressen ligger i att människor är aktiva och kreativa varelser som använder diskurser eller språkbruk på ett fördelaktigt sätt i specifika sociala sammanhang (Winther Jørgensen & Phillips 2000).

5.2 En Socialkonstruktivistisk tradition

Diskurspsykologin samt de andra två diskursanalytiska angreppssätten har sin utgångspunkt i den socialkonstruktivistiska traditionen. Nedan ges en beskrivning av de fyra gemensamma premisserna som ligger till grund för de tre angreppssättens teoretiska betoning på verkligheten:

- En kritisk inställning till självklar kunskap.
För människan är vår omvärld både en objektiv och subjektiv sanning. I den bemärkelse att vår omvärld inte endast kan uppfattas som objektiv utan människans subjektiva kategoriseringar om den. Socialkonstruktivister ser människans kunskap och världsbilder som produkter av deras kategoriseringar av vår omvärld och inte som en spegling av den. Detta synsätt kan kopplas till diskursanalytiska angreppssättens teorigrund som byggs på strukturalismen och poststrukturalistisk språkfilosofi, eftersom de är via språket som människan får tillträde till verkligheten. Genom språket skapar människan representationer av verkligheten, dessa både skapar och speglar vår omvärld.
- Historisk och kulturell specificitet.
Människan är en kulturell och historisk varelse och därmed är vår syn på kunskap om omvärlden historisk och kulturellt påverkad, det vill säga på vilket sätt en människa väljer att förstå och representera världen är *kontingenta*. De inom socialkonstruktivistiska traditionen menar även på att vi konstruerar och bevarar den sociala världen (inklusive kunskap, identiteter och sociala relationer) genom diskursivt handlande, det vill säga genom social handling. Denna uppfattning är *antiessentialistisk*, det vill säga vår värld är varken bestämd på förhand eller av yttre förhållanden. Människan har således inte inre ”essenser”, alltså fasta karaktäristiska drag, som styr vår syn på verkligheten.
- Samband mellan kunskap och sociala processer.
Socialkonstruktivister menar att det är genom social interaktion som kunskap blir kunskap och det är genom denna process som sanningar underbyggs, bieffekterna blir därmed vad som ska anses vara sann respektive falsk kunskap.
- Samband mellan kunskap och social handling.

Socialkonstruktionisterna menar att sociala handlingar formas efter en viss bestämd världsbild, det vill säga under bestämda ideologier accepteras vissa handlingar och andra inte. Därmed kan de sägas att olika sociala världsbilder formar i sin tur olika sociala handlingar, och dessa konstruktioner av kunskap och sanning kan därför få konkreta sociala konsekvenser. (Winther Jørgensen & Phillips 2000 s. 11-12f)

5.3 Diskurspsykologi

Inom det diskurspsykologiska fältet ställer sig forskaren kritisk mot och betvivlar kognitivismen. Diskurspsykologer menar nämligen att det är språket och inte på förhand bestämda ting som formar relationer, subjekt och världsbilder, det vill säga språket är en dynamisk form av social praktik. Kognitivisterna ser mentala processer som inre processer och diskurspsykologer ser mentala processer som konstituerade genom social diskursiv praktik, enligt Winther Jørgensen och Phillips (2000). Diskurspsykologin ser därmed inte jaget som något autonomt och isolerat utan något som är socialt skapat, som är en socialkonstruktionistisk premis. Diskurspsykologer intresserar sig för hur identiteter i sociala praktiker uppkommer, skapas, omvandlas och förhandlas fram, därmed är människan ingen bestämd identitet utan en diskursiv och flexibel varelse, som visas genom tal och uttryck. Identiteten är därmed instabila, eftersom den är en så kallad diskursiv produkt skapad ur flera olika diskurser, eftersom identiteter formas av olika diskurser kan de både ses som relationella, ofullständiga och instabila. Det är inte så att nya identiteter skapas varje gång människan intar ett nytt diskursiv sammanhang utan beståndsdelar av tidigare identiteter följer med i den nuvarande situationen, enligt Winther Jørgensen & Phillips (2000). Det ska även nämnas att diskurspsykologer använder begreppet tolkningsrepertoar istället för diskurser när det talar om social praktik, mer om detta nedan.

Diskurspsykologin kombinerar således ett poststrukturalistiskt och interaktionistiskt perspektiv vid synen på jaget, då jaget är något diskursivt skapat genom individens användande av olika diskurser, enligt Winther Jørgensen och Phillips (2000). Eftersom att diskurspsykologer lägger sitt fokus på hur individer använder diskurser för att både framställa sig själva och världen på ett fördelaktigt och bestämt vis, kan deras metoder kopplas ihop med samtalanalys, retorik och etnometodologi. Några kända namn inom diskurspsykologin är Potter & Wetherell (1992) som gjorde en studie om hur vita nya zeeländare talade om Marories kultur och de har även utvecklat framgångsrika forskningsmetoder inom diskurspsykologin område. De diskurspsykologiska begrepp som Potter och Wetherell (1992) använder sig utav är *tolkningsrepertoarer*, *ideologiska dilemman* och *subjektpositioner*.

Potter och Wetherell(1992) ser på ideologi som något som hjälper till att legitimera sociala mönster och därmed i en förlängning även erkänna och bevara makt hos vissa grupper i samhället, som konsekvenser av ideologiska diskurser (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

5.4 Redskap för en retorisk analys

Inom Potter och Wetherells (1992) teorier har retoriken en huvudsaklig roll vid till exempel framställningen av attityder, som kan handla om en individs ståndpunkter för eller emot något (Potter, 1996; Potter & Wetherell, 1992). I Potter och Wetherell (1992) tolkningsrepertoar är det individens funktion för verklighetsskapande som är central, den åstadkoms genom retoriskt organiserat text och tal. Således brukar individer olika tekniker för att de vill framställa sina beskrivningar som sakliga och sanna, där detaljer används för att öka trovärdigheten av de beskrivna och omvänt då bristande detaljrikedom kan ifrågasättas, enligt Potter (1996), om detta kommer nedan under rubriken *metod för analys*. Tolkningsrepertoarer kan därmed ses som individens resurser till att kunna kommunicera med andra inom olika sociala situationer (jfr Börjesson & Palmblad 2008). Det som därmed är intressant att undersöka är hur olika beskrivningar utvecklas och hur dessa även kan försvagas samt de konflikter som kan uppstå mellan olika beskrivningar. Eftersom denna studie handlar om att analysera hur läkare konstruerar sina argument för att förmedla sin kunskapssyn om tillståndet utmattningssyndrom, var det retoriska angreppssättet en passande öppning till materialet.

5.5 Subjektspositioner

Ursprungsskapare av begreppet subjektspositioner är Althusser, ett begrepp som kan sägas utgöra en brygga mellan subjekt och ideologi. I Althusserns teori är det centralt att det är ideologier som genererar olika subjektspositioner dit människor positioneras ut och skapar sina identiteter, en så kallad interpellation (Edley, 2001). Inom diskurspsykologin får begreppet subjektspositioner en annan innebörd, där diskurspsykologen istället fokuserar på talet och ser mer individen som en delaktig skapare av subjektspositioneringen, det vill säga genom språkligt uttryck skapar och konstruerar individen sin(a) identitet(er).

Diskurspsykologer intresserar sig för det föränderliga och flexibla i en individs identitetsskapande och tar distans från uppfattningen om att människan har en oföränderlig, stabil identitet(Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Detta är socialkonstruktionistisk premiss att subjektet är fragmenterat, det vill säga subjektet kan anta flera subjektspositioner vid olika diskurser. Detta utgör multipla möjligheter för subjektet att positionera sig vid konflikter mellan olika subjektspositioner och därmed bli överdeterminerat (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

5.6 Tolkningsrepertoarer

Som tidigare beskrivits använder Potter och Wetherell (1992) begreppet tolkningsrepertoarer istället för begreppet diskurs vid analys av sociala praktiker. Följande definition ges: en tolkningsrepertoar karaktäriseras genom en uppsättning bestämda begrepp, förklaringsmodeller och ett visst sätt att tala om någongting, där individen använder dessa som en resurs för att förmedla och förstå olika sociala situationer (Wetherell & Potter 1992).

Diskursbegreppet ger ofta mer abstrakta eller övergripande förklaringar till olika företeelser, till exempel olika former av institutionella diskurser, medan begreppet tolkningsrepertoarer definierar mindre, mera fragmenterade och vardagsnära diskurser, enligt Edley (2001).

Därmed kan sägas att genom att applicera begreppet tolkningsrepertoar på sitt material, lägger forskaren fokus på diskurser som social praktik samt synliggörandet av vardagsspråkets flexibilitet, enligt Potter och Wetherell (1992). Individen har tillgång till ett brett spektrum av tolkningsrepertoarer för att använda och sätta samman på olika sätt för att underlätta kommunikationen med andra (Potter & Wetherell, 1992). En tolkningsrepertoar är även situationsberoende och kan användas framgångsrikt av en individ i en viss kontext medan i en annan sakna framgång, det kan därmed bli svårt att koppla ihop olika tolkningsrepertoarer med specifika grupper (Potter, 1996; Potter & Wetherell, 1987).

Som även nämns tidigare använder individer en eller flera tolkningsreperotarer som resurser för att kunna uttrycka sig och sakligt framställa sig för andra vid social interaktion, till exempel de tolkningsrepertoarer eller resurser som läkare använder för att ”göra” någon till patient. Detta är en form av retorisk praktik som kan länkas samman med de uppdrag, resurser och rutiner som finns inom organisationen. I denna studie kommer Potter och Wetherells (1992) diskursanalys att användas på materialet, då deras begrepp och retoriska inriktning passar materialet utmärkt, eftersom analysen handlar om hur läkare retoriskt använder sig utav olika tolkningsrepertoarer för att förklara tillståndet och hur läkaren i detta framställer sig själva. Mer om detta nedan under rubriken *metod för analys*.

6. Metod

I detta avsnitt kommer det redogöras för hur dataproduktionen gått till med koppling till tidigare teoriavsnittet. Det kommer bland annat att redovisas vilka skillnader- och likheter som dykt upp i materialet samt vilken metod som används i undersökningen. Diskursanalys är på sätt och vis en kvalitativ metod som utifrån struktur och form dras mer åt det klassiska kvalitativa hållet. För att som forskare ha användning av en diskursanalytisk ansats på ett

forskningsområde krävs det att teorin och metoden samverkar, detta beror på att metoden utgörs av givna premisser, av ontologisk och epistemologisk karaktär, för hur en forskare teoretiskt ska gå tillväga för diskursanalytiskt angreppssätt på praktiken. Till exempel belyser epistemologin de regler som människor följer och de tekniker som de använder i sitt tal för att uppnå något. Det kan därför förklaras att forskaren behöver en teori att utgå ifrån vid sina intervjuer, eftersom att det inte går att dra andra generella slutsatser av intervjumaterialet eller tolka svaren i ett större sammanhang, då det är under och i intervjun som materialet får betydelse och form. Om forskaren inte utgår från dessa premisser vid intervjutillfällena blir det svårt att använda teorin i analys och slutresultat.

Diskurspsykologer använder sig oftast av ”naturligt förekommande material” vid empiriinsamlingen. ”Naturligt förekommande material” kan till exempel vara transkriptioner av vardagssamtal, vetenskapliga texter, medietexter och så vidare. Varför diskurspsykologer inte rekommenderar forskarintervjuer först och främst är för att då är forskaren med och påverkar materialet och därmed minimeras bredden och variationen på analysen. Detta är något som har tagits i beaktande under undersökningen och därför har förväntningar och värderingar satts inom ”parantes” för materialinsamlingen. Texter är däremot en bredare definition för empiriskt insamlat material, det kan beröra allt från befintliga texter till transkriberat material av intervjumaterial. Denna studies struktur följer huvudsakligen diskurspsykologerna Potter och Wetherells (1987) tio punkters beskrivning av forskningsprocessen, där det gjorts vissa avsteg för att passa arbetet till exempel vad gäller intervjupersoner och omfång.

Det är viktigt vid diskursanalyser att forskningsfrågan och problemformuleringen formuleras utifrån teorin och metoden, så att forskaren kan finna svaret i intervjumaterialet (Potter och Wetherells, 1987). Diskursanalysens avsikt med de frågeställningar är inte att se bakom orden eller tolka det som intervjupersonen svarar, utan det är det som intervjupersonen säger i den specifika situationen som kan analyseras, enligt Potter och Wetherell (1987). I detta fall har det varit läkare som intervjuats på vårdcentraler och det är den situationen som kommer analyseras.

6.1 Urval av och produktionen av material

Punkt två till fem i Potter och Wetherells (1987) diskursanalytiska metod går samtliga material igenom, urval, naturligt material, intervjuer och transkribering. Vad gäller storleken på materialet kan det finnas tydliga skillnader mellan diskursanalys och andra kvalitativa

studier. För diskursanalyser har urval ingen betydelse för undersökningens validitet, till exempel kan en större mängd data bli problematisk för forskaren i och med dess omfång då analysen i sig själv är arbetskrävande.

Vid datainsamling har diskursanalys flera olika metoder att förse forskaren med. Enligt Winther Jørgensen och Phillips (2002) skiljer metoden på naturligt förekommande material och producerat material i undersökningssyfte. De definierar naturligt förekommande material av olika slag till exempel transkriberingar av vardagssamtal mellan sjukhuspersonal eller observationer av läkare och patienters språkbruk vid en vårdinrättning. Andra material som kan användas är de som inte skapats i undersökningssyfte till exempel texter i form av tidningar, vetenskapliga artiklar och så vidare. För att ge exempel på material som skapats för undersökningens syfte är till exempel forskarintervjuer, inom dessa föreligger de inte någon naturlig konversation utan intervjun bygger på frågor utifrån forskningsområdet som kräver svar. Dessa former av datainsamling har de gemmensamma att materialet är till för att forskaren ska kunna tematisera språket och finna liknande mönster och bestämda tolkningsrepertoaler inom språket.

De positiva med att välja naturligt datamaterial är att forskaren får svårare att påverka materialet med till exempel ledande frågor. Det som är negativt med att välja denna form är att materialinsamlingen ofta blir väldigt innehållsrik och kan då bli svårhanterligt på grund av tidsbegränsning. Därför är ett alternativ producerat material, att som forskare använda sig utav intervjuer istället. Vid intervjuer använder sig diskurspsykologer oftast av semistrukturerade eller ostrukturerade intervjuer, anledningen till detta är att målet för diskurspsykologer är att identifiera rådande diskurser hos det intervjuande, blir det svårt att använda sig utav frågeformulär och strukturerade intervjuer vid en analys, enligt Winther Jørgensen och Phillips (2002).

I denna undersökning används intervjuer som datainsamlingsmetod, valet var enkelt eftersom undersökningen skall analysera den språkliga strukturen ur ett läkarperspektiv. Med detta val avstås ett naturligt förekommande material, eftersom läkarna inte självmant kommer att börja tala om tillståndet utmattningssyndrom och skillnader mellan män och kvinnor. Det kunde även varit intressant att följa läkaren under arbetstid och föra anteckningar kring detta, dock skulle tillvägagångssättet bli svårt då undersökningen har en tidsbegränsning. Även av praktiska skäl har denna metod valts bort på grund av att det tidskrävande och omfångsrika materialet, det hade inte kunnat analyseras rättvist. Att välja intervju som

datainsamlingsmetod påverkar såklart undersökningens validitet, men å andra sidan kan etiska dilemman undvikas vid inspelning av vardagssituationer.

Vid det fjärde steget som även berör intervjuer beskriver Potter och Wetherell (1987) tre viktiga ståndpunkter.

1. att få till variation i svaren från respondenten,
2. att forskaren använder sig av teknik som får intervjun mer att likna ett vardagssamtal
3. att forskaren gör sig till deltagare i samtalet och inte enbart ställer frågor.

För att kunna använda intervjuer som diskursanalytisk metod krävs det att intervjuerna är semistrukturerade eller ostrukturerade. Detta eftersom att vid intervjuer har forskaren ett stort inflytande över datamaterialet samt att det är svårare att urskilja diskurser i ett språk med hjälp av en strukturerad intervju, enligt Winther Jørgensen och Phillips (2002). Återigen forskaren tar stor plats vid intervjuer och bör därför vara uppmärksam på att låta respondenten ta det mesta av utrymmet vid intervjutillfället. Forskaren är även en viktig del i intervjumaterialet, då det sociala samspelet mellan intervjuare och intervjuperson vägs in i betydelsen av analys. Det är detta som skiljer den diskursanalytiska strukturen från andra kvalitativa metoder.

I undersökningen valdes enskilda intervjuer som intervjumetod, då tanken var att försöka få till så naturliga intervjuer som möjligt genom att låta respondenten stå för det mesta av talet. I studien användes inte ett naturligt datainsamlat material utan vardagliga samtal med hjälp av öppna och mindre ledande frågor.

I undersökningen valdes en semistrukturerad form av intervjuguide (se bilaga.1) inför samtliga intervjuer. Intervjuguiden är formad så att det är tänkt att respondenterna, läkarna, ska till viss del kunna svara öppet och utifrån deras egen syn på tillståndet utmattningssyndrom. Forskarens roll i detta är att följa upp läkarens tankar och avvikande åsikter. Genom att forskaren endast har några specifika teman att utgå ifrån kan samtalet få ett naturligt flyt och diskussion kan lyftas från respondenten. Teman har hämtats från en artikel i läkartidningen skriven av Björkman och Glise (2004), som handlade om tillståndet Utmattningssyndrom.

Intervjuerna med läkarna hölls på deras arbetsplatser runt om på olika vårdcentraler inom ett och samma geografiska område. Detta valdes av två skäl, det första skälet till att välja läkare på vårdcentraler var för att de är dit patienter med utmattningssyndrom först kommer och det

är även där det startar sin behandling. Det andra skälet var för att det är läkarnas hemmiljö och för att de ofta har ett eget arbetsrum, där intervjun kunde pågå ostört. Enligt min uppfattning fungerade intervjuernas miljö utmärkt utifrån ovan beskrivning. Läkarna hade utgått från mitt informationsbrev som blivit sänt till dem innan intervjun och fick därmed god tid att reflektera kring diagnosen och hur det skulle uttrycka sig kring tillståndet utmattningssyndrom. En del av intervjuerna med läkarna blev mer som ett informellt samtal än en intervju, på grund av hur det förberett sig innan intervjun, medan andra verkade mer svara utifrån sin situation. Dialogen mellan mig och läkaren flöt på bra då intervjun gick över i en diskussion.

6.2 Urval

I tillämpningen av urval används vad Bryman (2011) kallar för målinriktat eller strategiskt urval men även ett bekvämlighetsurval. Enligt ett bekvämlighetsurval, målinriktat och strategiskt urval lägger studiens syfte och frågeställningar grunden för urvalet (Bryman 2011), utifrån detta stod det klart att urvalet var läkare med erfarenheter och kunskaper om tillståndet utmattningssyndrom som skulle underbygga studien. Som även nämns ovan så söker personer som drabbats av tillståndet utmattningssyndrom först hjälp på landets olika vårdcentraler och därefter beroende på vårdinsats skickas eventuellt patienten vidare till annan enhet. De urvalkriterier som utgicks ifrån var läkare med några års erfarenhet och kunskap om tillståndet utmattningssyndrom samt som hade eller arbetar på vårdcentral (bekvämlighetsurval).

För att få tag på intervjupersoner kontaktades verksamhetscheferna runt om på de olika vårdcentralerna. Det var svårt till en början att finna lämpliga intervjuobjekt och även verksamhetschefer då tiden var knapp. De verksamhetschefer som hade tid vidarebefordrade förfrågan om en eventuell intervju med läkare som hade erfarenheter och kunskaper om tillståndet utmattningssyndrom. I och med detta lämnades även ett informationsbrev ut kring intervjuobjektets villkor, undersökningens syfte samt att deras uppgifter skulle behandlas konfidentiellt. Efter samtycke från läkaren bokades tid för intervju.

Från början var det tänkt att försöka intervjua läkare från olika distrikt för att se om tillståndet kunde skilja sig åt beroende på vilket område och socioekonomiska förhållande som patienten tillhörde. Två av läkarna är från två olika vårdcentraler medan de andra två är från samma vårdcentral. En fördel för diskursanalys kan vara att respondenterna är utspridda, för då kan läkares tolkningsrepertoarer om tillståndet utmattningssyndrom prövas från olika håll.

Intervjuerna genomfördes enskilt med vardera läkaren på deras respektive mottagningsrum. Samtliga läkare som intervjuades hade en längre tids erfarenhet och kunskap om tillståndet utmattningssyndrom. Det var tre manliga och en kvinnlig läkare som intervjuades kring tillståndet. Det var inget krav från början att utgå från kön, utan i efterhand hade det även varit intressant om intervjuerna bestod av lika många män som kvinnor. Detta eftersom kvinnor och män kan skilja sig åt i språkbruk precis som individer kan göra.

6.3 Forskningsrådets etiska riktlinjer

För att belysa min undersökning ur ett etiskt perspektiv och samtidigt redovisa för en forskningsetisk genomförbar studie gäller Vetenskapsrådets (2002) fyra forsknings etiskaprinciper.

1. Informationskravet uppfylldes genom att först skicka ut en tydlig förstahandinformation till samtliga läkare, där syftet med studien förklarades. Informationen berörde även deltagarens villkor och hur de kunde få ta del av slutresultatet.
2. Samtyckeskravet uppfylldes genom insamling av läkarnas samtycke till att medverka i studien. I detta gavs även informationen till läkarna att de när som helst kunde begära tillbaka sina uppgifter och medverka.
3. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att behandla läkarnas uppgifter konfidentiellt, det vill säga anonymt. Dels i föra in läkarnas uppgifter anonymt vid transkriberingen av materialet, samt att deras uppgifter placerades på ett ställe som inte kunde förknippas med materialet.
4. Nyttjandekravet uppfylldes genom att inte använda läkarnas uppgifter till något annat än det som avtalats om från början, vid intervjutillfället. Med hänsyn till ovan etiska principer anses denna studie bygga på forskningsetik.

6.4 Transkribering och kodning

Transkriberingen av empirin har en stor betydelse för själva arbetet enligt Potter och Wetherell (1987). Vid transkribering av materialet valdes pauser, tonvikter, tvekning och beskrivande överlappningar av samtalet. Dessa punkter är viktiga att ha med i analysen då det enligt Winther Jørgensen & Philips berör de kritiska delarna i en dialog. Vid duskursanalytiska transkriberingar av dialoger ska stor vikt läggas på den sociala interaktionen och inte bara på enskilda svar, enligt Winther Jørgensen och Phillips (2002).

Det sjätte steget som presenteras i Potter och Wetherells (1987) metod är den så kallade kodningen. Kodningen är ett slags utkast från de forskningsfrågor som undersökningen bygger på, där forskaren gjort kategoriseringar av det transkriberade materialet. De transkriberade materialet lästes igenom ett par gånger innan relevanta teman kunde identifieras och knyts ihop med undersökningens tidigare forskning och teori. Där vissa teman till en början ansågs relevanta men byttes ut mot andra under genomläsningen av materialet. Enligt Winther Jørgensen och Phillips (2002) är detta ett tillvägagångssätt för kodning av transkriberat material. Att identifiera relevanta teman var en svår uppgift. Genom att identifiera kritiska punkter i det transkriberade materialet kunde relevanta teman synas. Winther Jørgensen och Phillips (2002) beskriver kritiska punkter som kan upptäckas i interaktionen mellan intervjuare och intervjuperson då dialogen avbryts på ett eller annat sätt. Detta sker antingen genom ett missförstånd eller att man är oense om någonting i frågan, det går även urskiljas av dröjsmål, repetitioner, tystnad eller att de oväntat byter ämne. Detta kan ha att göra med att intervjupersonerna i någon mån försöker upprätthålla en god fasad där vissa argument skyddas. Det går även att urskilja kritiska punkter genom att titta på intervjupersonernas byte av pronomen till exempel från jag till vi. Exempel på kritiska punkter som upptäcktes i intervju material var då läkaren till exempel först beskriver en sak ur eget perspektiv och senare gör om liknande beskrivning till en allmän uppfattning.

6.5 Metod för analys

Den diskursanalytiska metoden skiljer sig avsevärt från andra kvalitativa metoder, eftersom att vid andra kvalitativa analyser ser forskaren till att de material som används för studien åskådliggörs genom allmänna slutsatser och resuméer och därmed bortser från avvikelser. Undersökningen bygger på kategoriseringar ur det transkriberade materialet i sin helhet och där följande teman trädde fram, *Stress*, *Disempowerment* och *Könsneutralt tillstånd*. Analysdelens struktur bygger på tre huvudrubriker ovan med tillhörande underrubriker, som valts utifrån det ämne som diskuterats vid intervjutillfällena.

I undersökningen användes två av Potters (1996) analysmetoder, kunskapsorienterad (retoriskanalys) analys och Potter & Wetherells (1992) handlingsorienterad analys (tolkningsrepertoarer). Den kunskapsorienterade analysen ger förslag på hur det framställda materialet kan ses som tillförlitligt och med detta märka ut aktuella diskurser, enligt Potter (1996). Begrepp som används har bland annat varit *Insats*, beskrivaren kan antingen vinna eller förlora på sin beskrivning, för att inte uppenbara vinningen i det beskrivna kan personen använda sig av motargument för att öka sin trovärdighet och därmed minimera uppkomsten av

kritik. Detta begrepp är vanligt förekommande i läkarnas beskrivningar, då de antingen vill förklara sin teori eller då de vill beskriva ett visst orsakssamband kopplat till tillståndet. En person kan även öka trovärdigheten i sin beskrivning genom begreppet *berättigande kategorier*, beskrivaren berättigar då sin beskrivning genom att hänföra den till en person med inflytande, till exempel, läkarkollegor, chefen, politiker. Detta begrepp kan även appliceras på läkarnas beskrivningar, då de till exempel talar utifrån sitt kunskapsområde (medicinska) eller då det hänvisar sin beskrivning till en specifik kategori. En persons beskrivningar kan även begreppet *fotfäste* förekomma, som förklarar vilken närhet personen har till sin beskrivning, antingen så gör beskrivaren sin beskrivning till sin egen eller tar någon annans. Detta begrepp blir extra tydligt då läkarna i deras beskrivningar använder meningar som patienterna tidigare sagt eller då de talar utifrån egen erfarenhet. Det går även att stödja beskrivningars trovärdighet genom att hänvisa till andra sakförhållanden eller allmänt kända sanningar, begreppet *allmänna sanningar*. Detta är även ett återkommande begrepp som används i läkarnas beskrivningar, då de till exempel talar rent allmänt om någonting som kan kopplas till tillståndet eller patientgruppen. Den handlingsorienterade analysen används för att upptäcka vilka kategoriseringar som läkaren gör om tillståndet utmattningssyndrom. De sociala konstruktionerna kräver kategoriseringar, det vill säga saker och ting måste sättas i sitt sammanhang, för att kunna förstås. Det betyder att vid en specifik situation brukar människor olika termer eller diskurser för att kategorisera i social interaktion. I analysdelen framställer läkarna en del tolkningsrepertoarer som kan kopplas till ett x-antal kategorier. Dessa kategorier hjälper inte bara läkarna till att förstå sammanhanget, utan det hjälper även läkarna att förklara tillståndet för patienterna, det vill säga genom kategorier kan läkarna orientera sig på området och genom diskurser kan det förmedla kunskapen vidare till andra.

Undersökningen fokus har legat på att hitta mönster i det transkriberade materialet, detta genom att upptäcka skillnader och likheter i språket. De tolkningsrepertoarer som hittats har kunnat kopplats till min frågeställningar, där de antingen utgjort en effekt eller konsekvens av dessa.

7. Metoddiskussion

7.1 Intervjugrupp

Respondenterna bestod utav läkare från olika distrikt. Läkarna har svarat utifrån sina egna erfarenheter och kunskap och inte talat med annan respondent.

Studien underbyggs av en kvinnlig läkare och tre manliga läkare. Den ojämna könsfördelningen kan ha påverkat studien negativt, eftersom oavsett läkarens liknande yrkesutbildning finns det utifrån samhällets syn fortfarande stora skillnader mellan män och kvinnor. Varför det var mest manliga läkare som kunde ställa upp för en intervju var mest slumpen som avgjorde, eftersom det var verksamhetscheferna som frågade läkarna på vårdcentralerna utifrån deras intresse och tidsplan. De utvalda läkare som intervjuats för denna studie hålls anonyma vid presentationen av deras utsagor om tillståndet utmattningssyndrom. I min undersökning benämns därmed läkarna med fiktiva namn som L1, L2, L3 och L4.

7.2 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Vid kvalitativ forskning sätter validiteten fäste på metodens värde, om forskaren faktiskt studerar det som studien syftar till att studera. Denna studie utgår från det socialkonstruktionistiska fältet och därmed bör begreppet validitet vidgas, eftersom att forskaren ska ställa sig kritiskt och ifrågasättande till sitt material och syfte. Detta görs genom att forskaren lyfter fram både de väsentliga och det teoretiska perspektivet för studien (Kvale, 1997). Forskaren använder även begrepp inom diskursanalysen för att analysera materialet och öka undersökningens validitet.

Reliabiliteten bedöms kring hur noggrant olika forskningsresultat framtagits genom att forskaren gör noggranna mätningar och uträkningar av sitt material. Detta är svårt då studien är kvalitativ och därmed handlar reliabiliteten istället om att som forskare föra noggranna redogörelser kring sitt material och rensa bort eventuella felkällor. Det är viktigt att forskningsprocessen och tolkningsförfarandet av textanalysen läggs fram tydligt, för att stärka undersökningens reliabilitet. Genom att ta med läkarnas citat i analysdelen ges läsaren möjlighet till att själv revidera noggrannheten för undersökningen (Kvale, 1997).

Generaliserbarheten i vetenskapliga sammanhang handlar om hur ens slutresultat kan generaliseras till andra liknande områden än det område som studien bygger på. Med andra ord kallas detta för en statistisk generalisering. Vid postmoderna och socialkonstruktionistiska tillväggångssätt blir generaliserbarheten en annan, eftersom fokuset för dessa inte ligger i att undersöka det som finns utan istället det som kan finnas. Vid sådana tillväggångssätt kallas de för den analytiska generaliseringen, eftersom att forskarens slutresultat endast kan fungera som en vägledare för andra forskare vid liknande situationer (Kvale, 1997).

8. Resultat och analys del

I detta avsnitt kommer en redogörelse över resultaten samt analysen av intervjumaterialet att presenteras. Avsnittet är uppdelat i olika rubriker som formats efter de kategorier/tolkningsrepertoarer som trätt fram efter genomgången och analysen av intervjumaterialet. I intervjumaterialet framkom en del intressanta utsagor från läkarna som kunnat analyseras närmare, men valde istället att gå vidare med de tolkningsrepertoarer som var mest framträdande ur transkriptionen. Ur det transkriberade materialet framträdde, som tidigare nämnts fanns, tre intressanta tolkningsrepertoarer som är *Stress, Disempowerment* och *könsneutralt tillstånd* vilka kommer att analyseras nedan. Dessa blev tydliga då läkaren i sina beskrivningar både indirekt och direkt uttryckte sig om bland annat stress och om en patientgrupp som saknade makt och kontroll över sin livssituation. Uppläget är sådant att först kommer en kort presentation om samtliga läkare och deras arbete med berörda patienter. Därefter kommer de olika tolkningsrepertoarerna som framkommit presenteras. Tolkningsrepertoarerna är uppdelade i olika rubriker med tillhörande underrubriker, under dessa ges förklaringar på tolkningsrepertoarerna som är kopplade till väsentliga citat.

8.1 Kort presentation av läkarna

Läkare 1

L1: [---]Jag tog min legitimation 2005, förlåt min examen 2005 och legitimationen 2007 [---] då var jag färdig specialist i allmän medicin.

JAG: hur många av dem här åren har du haft erfarenhet av patienter med utmattningssyndrom?

L1: ja i princip sen 2007 kan man väl säga och sen har det vart föräldraledigheter och så inne i det också.

JAG: hur skulle du beskriva din uppgift?

L1: i allmänmedicin så är man ju som läkare första linjens sjukvård [---] mitt uppdrag där är ju att försöka förstå vad det egentligen som är problemet och ibland är det väldigt svårt att förstå [...] om jag ska berätta om hur jag ser på mitt uppdrag, så är det så.

Läkare 2

L2: [---]Specialistläkare i allmänmedicin och verksamhetschef på vårdcentralen.

JAG: hur många år som läkare skulle du säga att du har erfarenhet av patienter som drabbats av utmattningssyndrom?

L2: fem år.

JAG: hur skulle du beskriva din uppgift?

L2: Det handlar ju mycket om att ta hand om folksjukdomarna till största delen och det är ju mer och mer av dem som sköts på vårdcentralens nivå. Ofta är det ju punktinsatser från andra håll så som psykiatri eller om det är hjärtläkare eller lungläkare och så, men annars så sköts det mesta här. Också en samordnande roll för patienten.

Läkare 3

L3: Jag har jobbat som specialist i 20 år, specialist i allmän medicin

[---] JAG: hur många år ungefär skulle du säga att du har erfarenhet av patienter som haft stressymptom?

L3: Ja sen jag började min bana [---]det är 27år.

JAG: hur skulle du beskriva din uppgift?

L3: min uppgift är att ta reda på om det är hjärtinfarkt eller vad är det? och då får man ju ställa ledande frågor, har dem sådana symptom som är panikångest, då frågar man ju hur ofta dem har detta, det kommer ju fram bland anamnesen [---] ja när dem berättar sina besvär.

Läkare 4

L4: jag är distriktsläkare specialist i allmän medicin.

JAG: hur många år som läkare skulle du säga att du har erfarenheter av patienter med utmattningssyndrom?

L4: ja trettio, ja 25-30 någonting sådant.

JAG: hur skulle de beskriva din uppgift?

L4: [---] min stora uppgift är ju liksom att sälla ut vad som är vad och det är väl det som är svårt. Innan man har ställt rätt fråga till rätt patient.

Utifrån läkarnas utsagor ovan kan vi se att samtliga läkare är legitimerade specialister i allmänmedicin. Deras erfarenheter och kunskaperna om tillståndet utmattningssyndrom var varierande och kan komma att spegla analysmaterialet nedan. Hur samtliga läkare ser på sin uppgift är väldigt klar anser jag. Detta utifrån ovan citat då samtliga läkare beskriver att deras främsta uppgift är att sälla bland den information som ges från patienten och därefter göra sin bedömning av sjukdomsbilden.

8.1.2 Arbetsprocessen

För att ge läsare en bild av hur arbetsprocessen med utmattningspatienter kan gå till, har jag nedan valt ut stycken ur intervjumaterialet som kan representera detta. Nedan ger samtliga läkare sin beskrivning av själva arbetsprocessen, från första mötet med patienten till behovet av samarbete med andra professioner.

L2: ofta är det sjuksköterskan i telefonen som får den första kontakten då[...]det kan ju vara då depression frågetecken kan det stå eller det kan stå hjärtklappning eller värk eller någonting sådant.

L3: [---]Sen skickar jag ju vidare men det beror ju på vad dem har för besvär [---] Det sociala livet det hjälper vi med här på vårdcentralen, vi har sjukgymnast, kurator och KBT [...]är du deprimerad får du mediciner.

L4: [---]Man får ju se vad man har för möjligheter runt omkring och väldigt mycket får företagsvården ta hand om och i allafall gå ut och titta på arbetsplatsen.

L1: [---]De vi ju har ibland är sådana här avstämningsmöten, men det ligger längre fram då kan vi ha arbetsgivaren med [...]men det är ju när det är svårt att återgå.

I det första och sista stycket av L2 och L1 beskrivningar kan Potters (1992) begrepp *insats* användas, eftersom de förklarar varför till exempel avstämningsmöte är relevant eller hur samarbetet ser ut mellan sjuksköterskan och läkare vid berörda patienter. Detta genom att patienten presenterar sina symtom för sjuksköterska, kan sjuksköterskan både förstå och förmedla vidare ett tillstånd till läkaren. Medan i L3 och L4 beskrivningar kan Potters (1992) begrepp *allmän sanningar* appliceras, eftersom att deras beskrivningar innehar information som säger något som är "självklart" för gemeneman. Som till exempel "det sociala livet de hjälper vi till med på vårdcentralen" eller "se vad där finns för möjligheter runt om kring först". I L3 beskrivning kan även Potters (1992) begrepp *berättigande kategorier* appliceras, då hen kopplar hjälpen i sin beskrivning till en berättigande profession som till exempel till kurator, KBT, Sjukgymnast.

Jag anser mig skönja en tolkningsrepertoar om ett fungerande samarbete mellan olika professioner vid berörda patienter. Detta om det finns ett behov från patienten.

Respondenterna beskriver att oftast är det sjuksköterskan i telefon som uppdagar tillståndet, och därefter är de läkarens uppgift att undersöka och göra den slutliga bedömningen. Därefter gör läkaren ytterligare en bedömning om vart problemet ligger hos patienten och om hen är i

behov av ytterligare stöd och hjälp. De uttrycker om patientens problem ligger på arbetsnivå läggs ansvaret på företagsvården och ligger problemet hos individen själv, läggs ansvaret på vårdcentralsnivå. Men oftast efter behov, enligt samtliga läkare, får patienten fortsatt läkarkontakt med farmakologisk behandling och psykologhjälp på den befintliga vårdcentral. Enligt min uppfattning av de beskrivna verkar arbetet med patientgruppen flyta på utan några större frågetecken eller konstigheter. Det vill säga samtliga professioner vet sin roll och ansvar vid berörda patienter.

8.2 Stress

Denna kategori omfattar den del av empirin där läkarna talar om stressen i tillståndet utmattningssyndrom. De mönster som trädde fram ur läkarnas tolkningsrepertoarer angående stress handlade om *inre och yttre krav*, *yttre påfrestningar* och att de sker en *psykisk blockering* för patienten.

8.2.1 Inre och yttre krav

Nedan har jag valt ut stycken ur materialet som berör läkarnas beskrivning av inre och yttre krav som ställs på individen eller som individen ställer på sig själv. Exempel på sådana citat ur läkarnas utsagor är den om patientens förmåga att stänga av och ignorera sin livssituation då kraven blir för höga. Inre och yttre krav är en återkommande tolkningsrepertoar bland läkarnas språkbruk om tillståndet utmattningssyndrom. Som är en av de utlösande faktorerna till tillståndets utveckling.

L1: Ja allmänt om stress kan man ju säga, det är ju egentligen att det ställs krav på individen som den inte klarar av att hantera, så kan man säga.

L2: [...]ofta är det utifrån och det kan ju vara själv uppsatta krav som skapar samma stress

L3: Om man inte tacklar stressen på rätt sätt så skapar det symptom som sedan leder till sjukdom.

L4:[...] stress kan ju vara många saker [---] den psykiska kan ju vara att man inte kan koncentrera sig, man glömmer saker [...] sen den fysiska är ju mer då att man får upprepande infektioner

I L1, L2 och L3 beskrivningar kan Potters (1992) begrepp *insats* appliceras, på grund av att läkarna använder sig av olika insatser i sina beskrivningar för att förklara uppkomsten av stress i utmattningssyndrom för intervjuaren. De går även att se att L1, L2 och L3 använder stress som den *berättigande kategorien* (Potters1992). Medan i L3 beskrivning kan Potters

(1992) begrepp *berättigande kategorier* även användas, fast detta utifrån hens användning av sjukdom. I L4 beskrivning kan Potters (1992) begrepp *allmän sanning* få fäste, där hen beskriver stress som något som finns över allt och där hen sedan använder Potters(1992) begrepp *insats* för att förklara stress ur ett psykiskt och fysiskt perspektiv.

Jag tycker mig kunna se en tolkningsrepertoar där respondenterna analyserats sig fram till ämnet om inre och yttre krav hos individen. Deras upplevelser av patienterna är att de på något sätt saknar förmågan att hantera inre och yttre krav. Deras resonemang utmynnar på något sätt i att yttre påfrestningar kan påverka patienten till disharmoni i sin livssituation, då ovan citat antyder att patientens inre krav och förväntningar på sig själv och sin omgivning är dysfunktionell. Respondenterna uttrycker att denna obalans kan skapa en form av stress hos patienten som sin tur kan leda till psykisk och/eller fysisk sjukdom.

8.2.2 Yttre Påfrestningar

Studiens empiri visar även hur yttre påfrestningar så som arbete, kan utlösa tillståndet utmattningssyndrom. Nedan beskriver läkarna individuellt hur specifika arbeten kan bidra till att en person utvecklar ett utmattningstillstånd.

L1:[---] Det finns ju ett antal yrken som är låg kontroll, så kan man tänka här. Det är lägre arbete, mer i produktion och mindre möjlighet att ha kontroll på sin situation.

L2: [---]Jag tror jargongen speciellt på kvinnodominerade arbetsplatser kan vara ganska tuffa. Så stödet de upplever jag mindre än på manligt dominerade arbetsplatser. [...]Alltså som söker för sådana besvär.

L3: [---]Jag kan inte säga att det är något fel på arbetet, det är hur man använder sin tid på arbetet som är fel. Det är därför man måste kunna prata med sin arbetsgivare eller facket, det är det som det är frågan om.

L4: [---] Ja arbete är ju väldigt vanligt och ofta handlar det där om underbemanning. [---] det är ju sjukvårdspersonal [...] sen är det ju lärare [...] ser man faktiskt ganska ofta [---]de är ofta sådana serviceyrken som riktar sig direkt till människor.

Även under dessa citat kan Potters (1996) begrepp *insats* appliceras på samtliga läkares beskrivningar, då de individuellt ger sin förklaring och tolkning utifrån den ställda frågan. Det vill säga läkarna använder olika insatser, i form av olika beskrivningar för att klargöra sina

påstående. Utifrån deras förklaringsmodeller beskrivs ”yrken med lägre kontroll”, ”jargongen på kvinnodominerade arbetsplatser”, ”kunna prata med arbetsgivare och facket”, ”underbemanning”, dessa former kan kopplas till Potter (1996) begrepp *berättigande kategorier* och *allmänna sanningar*. Då samtliga läkares konstruerade förklaringsmodeller blir berättigande och sanningsenliga genom dessa. Det går även att applicera Potter (1996) begrepp *fofäste*, då läkarna talar utifrån egen profession och erfarenhet. Att en läkare talar utifrån sin profession gör att beskrivningen får ett visst värde i sig och trovärdigheten ökar, det är en form av *berättigande kategori* (Potter 1996).

Ur respondenternas utsagor ovan framträder en tolkningsrepertoar som förklarar att arbetet kan vara en av de utlösande faktorerna till tillståndet. De har uppfattat att patientgruppen känt låg kontroll över sin arbetssituation. Andra faktorer som respondenterna upplevt beskrivits av patientgruppen som utlösande faktorer, är bland annat underbemanning och bristande stöd. De upplever även att patientgruppen saknar förmågan att själva kunna vara med och påverka sin arbetssituation. En annan tydlig beskrivning i respondenternas utsagor ovan är att patientgruppen oftast förekommer inom kvinnodominerade yrken (indirekt människobehandlande organisationer).

En röd tråd jag tycker mig se genom respondenternas citat ovan och från intervjumaterialet är att patientgruppen lättare upptäcks eller upptäcker sin problematik genom att stöta på yttre påfrestningar, till exempel genom arbete. Enligt min uppfattning utifrån respondenternas tolkningsrepertoar ovan kan begreppet copingstrategier aktualiseras. Ett exempel är om individen har för lite copingstrategier (primära eller sekundära verktyg) och reflektionsförmåga till att hantera sin arbetssituation, kan en krock mellan inre och yttre krav vara ett faktum. Jag ställer mig frågande om det hade sett annorlunda ut om arbetsgivaren infört tid för reflektion på arbetsplatsen? De framkommer i respondenternas utsagor att ofta ställer arbetet mer eller mindre krav på individen (yttre påfrestningar) att utföra sitt arbete enligt det riktlinjer som finns. Om individen av olika anledningar inte klarar att anpassa de egna kraven med arbetets krav eller det omvända, skapas en obalans som kan leda till ett utmattningstillstånd.

8.2.3 En psykisk blockering

Jag kommer nu att belysa stycken ur empirin som berört respondenternas utsagor, om individens förmåga att ignorera sin livssituation. Denna tolkningsrepertoar är även ett återkommande mönster i läkarnas språkbruk om tillståndet, då ignorans beskrivs av

respondenterna som ett centralt beteendemönster hos patientgruppen. Här nedan beskriver läkarna var för sig hur stress kan blockera en individs förmåga till att analysera sin egen kropp och hälsa.

L2: [---]och sen så när man tar anamnesen sjukdomshistorien så kan det ju komma upp, ”ja det kanske bara är stress”, speciellt då om man har undersökt en del kroppsligt och inte hittat något tydligt avvikande.

L3:[---] Detta är ju akut tid då hinner man ju inte ha några djupare diskussioner. [---]När dem beskriver sin vardag förstår man ju att detta är stressrelaterat.

L4: [---]Upptäcker man något sådant här akut så får man försöka att etablera en bra kontakt och så ge dem antingen en tid eller en telefon tid för uppföljning.

L1:[---] och det är ofta lite nya människor jag träffar en till två veckor senare, en del har då liksom fattat, ”nämen jag ska säga upp mig”, ”jag måste vidare”, ”de är arbetsplatsen”, ”jag ser ingen återvändo” och sen ser man inte de mer.

I L2, L3 och L4 beskrivningar går Potters (1996) begrepp *allmänna sanningar* att appliceras, då dessa beskrivningar bygger på kliniska erfarenheter, till exempel på utsagan ”när dem beskriver sin vardag förstår man ju att detta är stressrelaterat”. Återigen kan Potters (1996) begrepp *berättigande kategori* kopplas ihop med ordet stress bland L2 och L3 beskrivningar. I L2 och L4 beskrivningar går Potters (1996) begrepp *fotfäste* att användas, då dessa brukar patienters tidigare utsagor om sitt tillstånd.

L4: Det är ett riktigt farligt tillstånd i vissa nivåer av sådant här utmattningssyndrom.[---]och de som har varit sämst [---]de har faktiskt kommit in och varit som zombier, man har bara sätt ögonen röra sig annars har de suttit helt stilla.

L1: [---]Många av de patienter som jag har träffat, har gått så långt i sina sådana här tillstånd att de har en funktionspåverkan och kan inte arbeta.

L3: jag vill bara säga att jag haft patienter som vart "inne i väggen" och sökt då [...] hjärnan är helt kortsluten[---]de som har gått "in i väggen" har inte lyssnat på kroppen ett dugg.

L2 :[---]Det är ju ofta patienter som har haft någon tidigare episod i

livet då [...]så jag tycker ändå en stor grupp som söker just för att ”jag vill inte ha det så igen, som jag hade då”.

Med hjälp av Potters (1996) begrepp *berättigade kategorier*, kan vi se att L1, L2 och L4 berättigar sina beskrivningar med hjälp av att använda kategorier som ”Utmattningssyndrom/Zombier”, ”funktionspåverkan” och ”hjärnan är helt kortsluten” och ”tidigare episod”. Det går även att applicera Potters (1996) begrepp *fotfäste* och *berättigande kategorier* på L1, L2 och L3 beskrivningar, då de talar utifrån sitt medicinska område. Potters (1996) begrepp *fotfäste* kan även appliceras på andra delar ur L2 beskrivning, då hen i sin beskrivning använder patientens utsaga. Med hjälp av Potters (1996) begrepp *allmänna sanningar* kan uttryck som ”Riktigt farligt tillstånd vissa nivåer[...]”, ”många av de patienter”, ”de som har gått in i väggen [...]” och ”ofta patienter som har haft någon tidigare [...]” synas som allmänt kända beskrivningar.

Jag upplever att respondenterna i sina utsagor reflekterat sig fram till en tolkningsrepertoar om psykologisk blockering. Det är genom läkarens anamnesupptagning tillåts patienten att ventilera sina tankar och livssituation, det vill säga genom patientens livsberättelser kan stressen konkretiseras och den psykologiska blockeringen lyfts fram. Det är utifrån respondenternas konkretisering av stressen som patienten får möjlighet att få hjälp och verktyg till att komma vidare och hantera sin livssituation. Det finns de patienter enligt respondenterna ovan som reder ut sin situation själva med hjälp av egna erfarenheter och verktyg.

Enligt respondenternas utsagor kan individens inlärd copingförmåga (primära och sekundära verktyg) ha en stor betydelse för hur personen hanterar stress i sin vardag, det vill säga individens förmåga att hantera olika situationer utifrån egna resurser och verktyg samt kunna sätta gränser för vad personen själv klarar av och inte klarar av i olika situationer. Utifrån respondenternas tolkningsrepertoar som beskrivits är för lite copingstrategier och förmågan till gränssättning en bristvara hos patientgruppen. Respondenterna uttrycker till exempel uttrycker sig ”att individen inte har en aning om hur denne hamnade här”. Min slutsats blir av ovan att om individen saknar egna resurser och verktyg till att hantera förändringar i vardagen, kan de ha lättare att hamna i ett utmattningstillstånd.

8.3 Disempowerment

Kategorin Disempowerment handlar om de delar ur materialet där läkarna uttrycker sig om en patientgrupp som saknar makt och kontroll över sin livssituation. I detta sammanhang kan

även tolkningsrepertoarerna om ett visst beteendemönster knyts till tillståndet och hur patientgruppen på något sätt lever sitt liv för andra. Bland respondenternas utsagor framgick därmed tolkningsrepertoarerna: *makt och kontrollförlust* och *leversitt liv för andra*.

8.3.1 Makt och kontroll förlust

Jag har under denna rubrik tagit ut stycken ur materialet där respondenterna beskriver hur patienterna på olika sätt tappar kontrollen och makten över sin vardag. Återigen kan respondenternas utsagor indirekt analyseras med koppling till rubriken, då respondenterna utifrån egna erfarenheter och kunskaper ger olika förklaringsmodeller till varför patienten tappar makt och kontroll över sin vardag. Tolkningsrepertoaren om makt och kontroll är även de ett återkommande tema i respondenternas beskrivningar nedan om tillståndet utmattningssyndrom. Under denna rubrik ställdes frågan till samtliga läkare: hur de skulle beskriva tillståndet utmattningssyndrom, utifrån egen utsaga.

L3: [---]De tänjer bandet så långt de kan [...]man tänjer och tänjer på sig, jag klarar detta, fixar detta, det kan jag ta [---]

L2: [---]det kan ofta börja som sömnproblem som då ger depressiva besvär, värk kan också vara en del av det hela.[...] Sen en ond cirkel och inte kunna se vad som är vad i detta och inte kunna själv ta rätt beslut. Så känner jag ofta att det är.

L4: Det finns faktiskt de som kommer och tror att de håller på att bli galna och ”jag förstår ingenting, vad människor säger till mig”.

L1:[---] det ställer ofta tidigare antaganden om hur man själv är beskaffad och hur ens liv har tänkt och bli, ställs lite gran på ända. [---]ofta en kris- och utvecklingsituation [...]Skulle jag vilja säga.

Med Potters (1996) begrepp *insats* kan vi återigen se hur läkarna vill förklara något genom att beskriva händelseförloppet till tillståndets utveckling. Till exempel L2 och L3 beskriver en process som trillar över i ett annat tillstånd, fast med hjälp av olika insatser i sina beskrivningar. Det går även att spegla Potters (1996) begrepp *fotfäste* i L4 framställning, då hen använder en av patienternas utsagor i sin beskrivning. Liknande spegling av begreppet *fotfäste* kan även göras i L1 och L2 beskrivning, då de utifrån egna erfarenheter och kunskaper uttrycker sig om patientens upplevelse av tillståndet. I L1 beskrivning kan även Potter (1996) begrepp *berättigande kategoriera* appliceras, då hen knyter sin förklaring till ”en kris-och utvecklingsituationen”.

Makt och kontrollförlust är en tolkningsrepertoar som jag upplever framträder utifrån respondenternas beskrivningar av patientgruppen. Ur citaten ovan tycker jag mig skönja en patientgrupp som saknar kontroll och makt över sin tillvaro. Enligt respondenterna börjar tillståndet att utvecklas genom att patienten av någon anledning tappar makten och kontrollen över sin situation och i detta kan symptom uppkomma som ignoreras och/eller som de söker hjälp för. I deras utsagor framgår det indirekt och direkt att patienten varit omedveten om sin tidigare livssituation och misstolkat varningssignalerna.

Jag upplever utifrån respondenternas tolkningsrepertoar en patientgrupp som har för lite av eller saknar förmågan till reflektion över sin livssituation. I detta sammanhang upplevs patientgruppen från början (innan insjuknandet) sakna eller ha för lite av copingstrategier till att hantera sin livssituation. Det vill säga med för lite copingstrategier kan patienten få lättare att tappa kontroll och makt över sin livssituation.

8.3.2 Lever sitt liv för andra

Under den här rubriken har jag valt ut stycken som handlat om läkarnas reflektioner över ett visst beteendemönster som kunnat kopplas till tillståndet utmattningssyndrom. I deras tolkningsrepertoarer om beteendemönster beskrivs en patientgrupp som saknar förmågan att själv kunna sätta gränser och medvetet förhindra en utmattning, därav rubriken lever sitt liv för andra. Nedan beskriver läkarna olika personlighetsdrag som de menar kan ligga till grund för en individs utvecklande av tillståndet utmattningssyndrom.

L1: [---] man tänker på draget att ställa höga krav på sig själv, perfektionism. [...] Ångestbenägenhet kan man ju säga, att tolka världen i oroliga termer och i det finns det också det här med självkänsla, att vara otillräcklig och i otillräckligheten finns ofta ökade krav. [---] De dragen är viktiga att fråga kring kan man säga.

L2: [---] offer mentalitet (patienten) och då är de ju ofta bara de andras fel allting och det leder ju liksom ingen vart, det är ingen större självbevarelse. [...] För oftast är de ju att man själv måste ändra på någonting. Det mönstret har jag satt.

L3: om du tänker dig att om jag uppfostrar dig till att du ska vara duktig och du ska sköta dig. Då gör jag det även som vuxen. Jag har svårt för att säga nej [...] desto större stresskänslig blir jag [---] Jag tror det har med uppfostran och göra.

L4: ja vad ska man säga "duktig flicka" syndromet. [---] många av de här kraven kommer inifrån patienterna själva, för att omvärlden

egentligen inte ställer från början det här kraven på dem. [---]Det kan man nog säga generellt.

I citaten ovan kan Potters(1992) begrepp *insats* appliceras på samtliga läkares beskrivningar, eftersom att respondenterna ger förklaringar på betydande personlighetsdrag som kan kopplas till tillståndet. Det vill säga respondenterna inför olika förklaringsmodeller i sina beskrivningar till att konstruera betydande personlighetsdrag för tillståndet. För att öka sin trovärdighet i det beskrivna kopplar läkarna sina beskrivningar till bestämda formulering, Potters 1992 begrepp *berättigande kategorier*, som till exempel perfektionism, offermentalitet och så vidare. De går även att tyda i materialet att L1, L2 och L3 uttrycker egen teori eller egna erfarenheter i sina beskrivningar, till exempel ”det mönstret har jag sätt”, ”jag tror det har med [...]” och så vidare. Det vill säga läkarna stödjer sina utsagor med hjälp av att tala utifrån egen sak, denna formulering kan kopplas ihop med Potters (1992) begrepp om *fotfäste*.

Utifrån respondenternas utsagor upplever jag en framträdande tolkningsrepertoar, där de uppger en patientgrupp som lever sitt liv för andra. Enligt respondenterna utsagor har det upplevt ett visst beteendemönster hos patientgruppen som kan kopplas till perfektionism och bristande självkänsla. I deras beskrivningar går de att syna att uppfostran kan vara en bidragande faktor till tillståndet, eftersom att de direkt eller indirekt antyder att individen uppfostras till att vara perfekt i allt.

Jag upplever respondenternas beskrivningar ovan som att ett visst beteendemönster kan tydas och vara en utlösande faktor till att patienten sedan utvecklar tillståndet utmattningssyndrom. Beteendemönstret skulle kunna vara starkt förankrad i patientens uppväxt, då jag utifrån respondenternas utsagor upplever en tolkningsrepertoar om copingstrategier. Respondenterna förklarar att om patienten har för lite av copingstrategier (något som delvis utvecklas i barndomen) till att hantera sin livssituation, kan det leda patienten till att utveckla tillståndet utmattningssyndrom.

8.4 Könneutral tillstånd

Kategorin Könneutral tillstånd handlar om de delar ur materialet där respondenterna beskriver en normativ bild av vad utifrån samhället anses som manligt och kvinnligt i förhållande till tillståndet. Respondenterna beskriver nämligen i detta sammanhang bland annat att kvinnor är de som söker först och mer för akuta besvär som till exempel ont i magen, medan männen beskrivs söka i ett senare stadie, då det till exempel har ”skitit sig helt” på alla

plan i livet, här ger respondenterna uttryck för att kvinnorna är ”de svaga” och männen ”de starka” som reder sig själv. Det går att skönja en tolkningsrepertoar om ett *könsneutralt tillstånd*, då respondenterna beskriver att deras erfarenheter säger att både män och kvinnor kan drabbas av utmattningssyndrom. Dock säger respondenternas erfarenheter att det är fler som kvinnor söker för tillståndet medan männen kanske hanterar sjukdomen på andra sätt. Nedan ger respondenterna var sin beskrivning av män och kvinnor i förhållande till utvecklandet av tillståndet utmattningssyndrom.

L1: För det första är det väldigt mycket mer kvinnor som jag har träffat i den här situationen och de män jag har träffat har haft en rätt så liknande bild, kan jag tycka.

L2: Jag det tycker jag ju är över representerat av kvinnor, tror jag har haft en man som vart depressiv i det jag har sätt.

L3: Ja kvinnor söker ju mer för det än män [...]Jag kan inte se att de söker så mycket för akuta symptom som kvinnor gör.

L4: Det är mycket vanligare att kvinnor gör det. [...] för att kvinnor pratar mera med varandra och känner igen symptom och ser att det är någonting.

Av ovan citat kan Potters (1992) begrepp *fotfäste* appliceras på empirin, då L1, L2 och L3 talar utifrån egen utsaga, genom att uttrycka sig ”jag har träffat”, jag det tycker jag ju är överrepresenterat” och jag kan inte se att de är [...]”. I L2, L3 och L4 beskrivningar går även Potter (1992) begrepp *berättigande kategorier* att appliceras, då läkarna i sina beskrivningar uttrycker sig ”depressiv” och ”akuta symptom” och ”symtom”, det vill säga använder berättigande kategorier i sina beskrivningar. L4 uttrycker sig ”mycket vanligt” i sin beskrivning något som kan kopplas till Potters (1992) begrepp *allmänna sanningar*, då hens utsaga utgör ett mer allmänt språkbruk.

L1: Jag tror stressen kan ju ta sig att man gör olika uttryck och en del kan vara att man inte söker vård och att det kanske är där fler män hamnar eller jag vet inte.

L2: Jag tänkte på kvinnligt och manligt det känns ju som männen det absolut sista de ger upp är jobbet liksom. Det är någon slags prestige i det känns det som. [...]Så då har det ofta fallerat där hemma först. [...]Om man ska generalisera.

L3: Männen söker inte lika snabbt, tror jag [...]Löser problemet på andra sätt [...] mina egna tankar att det kanske är så.

L4:[---] Där är väl skillnaden mellan kvinnor och män väldigt stor.
Kvinnor har en tendens att bara se misslyckandena, män behöver lite
längre tid på sig innan de hamnar där och då är det allvarligt.

Med hjälp av Potter (1992) begrepp *berättigande kategorier* och *fotfäste* kan vi se att samtliga läkare använder sina kunskaper och erfarenheter på området i sina beskrivningar. Något som ger deras beskrivningar, med utgångspunkten i det medicinska området, både fotfäste och berättiganden. Till exempel L3 ”Männen söker inte lika snabbt, tror jag [...] Löser problemet på andra sätt [...] mina egna tankar att det kanske är så”.

Det går även att applicera Potters (1992) begrepp *allmänna sanningar* på L2 beskrivning då hen uttrycker sig ”om man ska generalisera”, detta beskriver något som kan sägas vara allmänt känt av en större population.

Utifrån respondenternas utsagor går det att tyda en tolkningsrepertoar om ett könsneutralt tillstånd, eftersom att respondenternas uttrycker att både män och kvinnor söker för utmattningssyndrom. De uttrycker att stressen kan ta sig olika uttryck och därmed även hjälpsökandet, det vill säga oavsett om individen är man eller kvinna kan individen välja att behandla/tackla sin stress på olika sätt. Utifrån respondenternas utsagor kan det ena sättet vara att individen söker professionell hjälp, något som de indirekt kopplar till kvinnan och det andra kan vara att individen själv behandlar sig, något som de indirekt kopplar ihop med mannen. När respondenterna uttrycker sig om manligt och kvinnligt talar de om att kvinnor skulle vara snabbare på att söka vård/hjälp, på grund av att de talar mer med varandra än män samt att kvinnor har en tendens till att lättare se sina misslyckanden och därmed en orsak till att söka vård.

Enligt min upplevelse av det beskrivna kan tolkningsrepertoaren om könsneutralt tillstånd kopplas ihop med respondenternas tidigare tolkningsrepertoar om copingstrategier och verktyg. Eftersom även här poängterar respondenterna betydelsen av individens förmåga till att hantera sin livssituation, utifrån egna verktyg och resurser. Om individen har för lite av copingstrategier och verktyg för att klara av sin livssituation, kommer individen att utveckla ett behov av att söka professionell hjälp för att lära sig om dessa. Enligt min uppfattning kan även denna tolkningsrepertoar kopplas ihop med den om beteendemönster, då respondenterna beskriver att fler kvinnor söker för tillståndet, men att stressen kan ta sig olika uttryck och även hjälpsökandet. Därmed sagt kan således tillståndet inte begränsas till varken kvinnan eller mannen, utan min uppfattning utifrån respondenternas tolkningsrepertoarer är att ett

utmattningstillstånd kan bero på vilka beteendemönster och copingstrategier som individen besitter och använt under sin livstid.

9. Slutdiskussion

I detta avsnitt kommer jag att föra en diskussion om mit slutresultat från analysen ovan kopplat till undersökningens frågeställning. Uppläget kommer vara sådant att var frågeställning står som rubrik med innehållande svarsresultat.

9.1 Vilka kunskaper om tillståndet utmattningssyndrom ger läkarna uttryck för?

Med hjälp av den första frågeställningen ville jag undersöka vilka erfarenheter och kunskaper läkare har om tillståndet utmattningssyndrom. Det som undersökningen visade var att samtliga läkare hade liknande kunskaper och erfarenheter om tillståndet utmattningssyndrom, men med varierande språkbruk och förklaringsmodeller. Det genomgående mönster eller tolkningsrepertoar som jag fann i samtliga läkares beskrivningar handlade om en patientgrupp med Disempowerment över sitt liv. Det vill säga en patientgrupp som saknade makt och kontroll över sin livssituation. Enligt samtliga läkares beskrivningar kan detta fenomen bero på att individen haft från början (innan insjuknandet) för lite copingstrategier och verktyg till att hantera sin livssituation. Läkarna ger nämligen bilden av en individ som har ett dysfunktionellt förhållningssätt till sig själv och till sin omgivning. Resultatet kan därmed sägas utgöra en patientgrupp som på något sätt har svårigheter att sätta gränser i sitt liv. Till exempel vad klarar jag och vad klarar jag inte av i förhållande till min egen förmåga och situation?

Ett annat genomgående mönster eller tolkningsrepertoar i samtliga läkares beskrivningar är den om stress. De beskriver stressen som central del i själva sjukdomsförloppet och att den kan ta sig olika individuella uttryck. De beskriver stressen i utmattningssyndrom som en kollision mellan individens förmåga och de inre/yttre krav som ställs på individen. Med den förklaringsmodellen faller samtliga läkares beskrivningar på plats, coping handlar om individens förmåga att hantera sin vardag och svåra situationer. Om då individen har för lite copingstrategier (har svårt att hantera sin vardag) kan det ge upphov till känslan av maktlöshet. Enligt min upplevelse av läkarnas beskrivningar ovan är det i maktlösheten som individen känner stress. Det vill säga om individens inte klarar av hantera de inre och yttre krav som ställs på den, kan individen uppleva en viss maktlöshet. Eller som tidigare forskning beskriver är stress en kroppsligreaktion på fara. Det kan förklaras: om individen har för lite

verktyg (copingstrategier) till att hantera en viss situation försöker individen fly (känner stress) för att undkomma det svår hanterliga (faran).

De beskriver att patientgruppen ignorerar sin situation och därmed upplever stress under en längre tid. Det är först när individen av olika anledningar utvecklar ett behov som individen söker vård för sin problematik. Det kan vara att individen upptäcker symtom på utmattning, det vill säga känner sig både fysisk och psykisk utmattad. De som läkare och andra professioner erbjuder i detta läge är att ge personen professionella verktyg till att bättre kunna hantera sin livssituation. Det vill säga läkare och andra professioner i sammanhanget ger patienten hjälp till självhjälp. Sammantaget kan således sägas utifrån den kunskap som jag fått är att de verktyg (copingstrategier) som denna patientgrupp har för lite av är: tid för reflektion och gränssättning i sin vardag.

9.2 Vilka skillnader och -likheter ger läkarna män och kvinnor med utmattningssyndrom?

Med hjälp av den andra frågeställningen ville jag i min undersökning se vilka skillnader och liknelser läkarna gör mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom. I samtliga läkares beskrivningar framgår inte några direkta skillnader eller likheter mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom. De skillnader som presenteras går att jämföras med de som samhället lägger på vad som bör anses vara manligt och kvinnligt. Det vill säga det går att läsa av i samtliga läkares beskrivningar att kvinnorna framställs som de ”svaga” och männen som de ”starka”. I deras beskrivningar uttrycker de att det är vanligare att kvinnorna söker för tillståndet och för akuta besvär. Medan männen söker sällan vård och om de gör det sker detta väldigt sent i sjukdomsförloppet. Denna koppling som läkarna gör mellan manligt och kvinnligt tycker jag mig kunna se även ur ett samhällsperspektiv. De likheter som läkarna ger uttryck för mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom är att de båda söker vård efter behov. Det vill säga du söker inte vård för att du är man eller kvinna, utan du söker vård för att du har för lite verktyg (copingstrategier) till att hantera stressen i din vardag. Det vill säga de uttrycker inte några direkta skillnader eller likheter mellan män och kvinnor med utmattningssyndrom, än de som presenteras ovan.

Ett annat mönster jag sett i samtliga läkares beskrivningar är den om betydelsen av personlighetsdrag. I deras beskrivningar är det ett personlighetsdrag som framträder den om perfektionism och om bristande självkänsla. De beskriver personlighetsdraget perfektionism genom definitionen att ställa för höga krav på sig själv och bristande självkänsla genom att definitionen att inte klara av sin livssituation. De beskriver indirekt att utmattningssyndrom

uppstår genom att individen saknar förmågan att hantera inre och yttre krav som ställs på den (stressad situation). Denna förklaringsmodell beskriver en obalans mellan individens inre krav (självkänsla) och yttre krav (omgivning). Det vill säga det skapas en obalans mellan att individen ställer för höga krav på sig själv (perfektinomism) som inte överensstämmer med individens självkänsla (inre krav). Eller omvänt att omgivningen ställer för höga krav på individen som inte är hanterbart i förhållande till individens självkänsla. Därmed kan således sägas att det sker koalition av olika anledningar mellan individens inre och yttre krav, som i sin tur kan leda till utmattning. Detta resonemang går även att kopplas ihop med det ovan om individens copingstrategier och verktyg till att hantera stress i sin vardag. Eftersom att personlighetdrag och för lite copingstrategier (verktyg som individen besitter och använt under sin livstid) kan vara bidragande faktorer till utvecklandet av tillståndet.

Slutligen kan sägas om individens självkänsla är i harmoni med (ur individens syn) omgivningens krav, är de lättare för individen att utveckla och lära sig om copingstrategier och få Empowerment över sin livssituation. Många av dessa teman som diskuteras i analysen kan kopplas ihop med de som beskrivs under rubriken tidigare forskning. Till exempel att sjukdomen är vanligt förekommande inom ”människobehandlande organisationer”, där även kvinnor är mest aktiva inom. Låg kontroll över sin arbetssituation och personlighetdrag nämns även som en bidragande faktor till tillståndets utveckling.

9.3 Kunskap om läkarens profession

Det som även diskuteras i början av denna studie är det om de professionellas oförståelse och icke erkännande av andra professioners roller och kunskapsbidrag i teamet. Enligt min uppfattning av samtliga läkares beskrivningar verkar samarbetet och förståelsen för andra professioners kunskapsbidrag i temat vara funktionellt utvecklat. Det vill säga de vet om varandras ansvarsområden och vilket kunskapsbidrag som bör vara aktuellt vid berörda patienter. Det samarbetet som finns mellan professionerna vid utmattningspatienter verkar på något sätt pågå per automatik. Min nästa fråga blir då: har det olika professionerna insyn i varandras sociala praktik? Även fast de vet sina roller och känner till varandras kunskapsbidrag?

En annan sak som hade varit intressant att undersöka är hur patientgruppen hade svarat och ställt sig till mina frågor. Hade frågorna genererat liknande svar? Eftersom att läkarens tolkningsrepertoarer ovan ligger till grund för tidigare kunskaper om patienter med utmattningssyndrom, hade patientgruppen perspektiv varit lika intressant att studera.

10. Referenser

- Ahlgren, C, Burell, G, Knutsson, A, Lindahl, B, Slunga Birgander, L, Stegmayri, B & Stenlund, T. Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Sweden (2007). *Patients with burnout in relation to gender and a general population. Scandinavian Journal of Public Health, 2007; 35: 516–523*
- Arbetsmiljöverket (2014). *Arbetsorsakade besvär 2014* (elektronisk) Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:4. Tillgänglig:
http://www.av.se/dokument/statistik/officiell_stat/ARBORS2014.pdf (2014-10-20)
- Björkman, Å. & Glise, K. Klinik och vetenskap (2004). *Utmattningssyndromet – klinisk bild och terapi*. Läkartidningen Nr 13, 2004, Volym 101.
- Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2008) *Strultjejer, arbetssökande och samarbetsvilliga: kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. Malmö: Liber
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999) *Samverkan - välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Edley, N. (2001) "Analyzing Masculinity: Interpretative Repertoires, Ideological Dilemmas and Subject Positions". I Wetherell, M., Taylor S. & Yates, S. J. (red.): *Discourse as Data – A Guide for Analysis*. London: Sage.
- Ekberg, K. (2006) Vem hinner tänka på hälsan? I Ekberg, K; Eklund, J; Ellström, P-E; Johansson, S (red.). *Tid för utveckling?* Studentlitteratur.
- Frydenberg, E. & NetLibrary, I. (2002). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives / [elektronisk resurs]*. New York: Routledge.
- Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. (elektronisk) Socialförsäkringsrapport 2014:4, ISSN 1654-8574 Tillgänglig:
<http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Sjukfranvaro-Psykiska-Diagnoser-2014.pdf> (2014-12-01)
- Hultberg, E-L. (2007). "Effekter av samverkan på vårdkvalitet och rehabiliteringsresultat". I Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (red) (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur

Hydén, L-C (2003).” Psykisk ohälsa i tidens spegel”. I Gustavsson, Bodil (red) (2003). *I skuggan av sig själv. Psykisk ohälsa i förändring* (elektronisk) Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) Nr. 1. Alfa Print AB: Solna. Tillgänglig:
http://www.forte.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/I_skuggan.pdf (2014-1013).

Jonsdottir, I. & Folkow, B. (2013). Stressfysiologiska mekanismer i evolutionärt och historiskt perspektiv. I B. Arnetz & R. Ekman (Red.), *Stress, gen, individ, samhälle*. (s.15-25). Stockholm: Liber AB.

Kabeer, N. (2001) “Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women’s Empowerment.” I Sevefjord, & Olsson, B (eds) *Discussing Women’s Empowerment – Theory and Practice*. Sidastudies no 3, Stockholm.

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

Kvarnström, S. Department of Health and Society, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Sweden (2008). *Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. Journal of Interprofessional Care, March 2008; 22(2): 191 – 203*

Larsdotter, T. (2012) ”utmattningssyndrom” (elektronisk) 1177 Vårdguiden Tillgänglig:
www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Utmattningssyndrom/ (2014-10-25)

Larsson, A-C. (2007). *Empowermentprocesser-ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser. En studie om att återta balansen i arbetslivet och i vardagslivet*. Linköpings universitet.

Malmquist, J. & Frankenhaeuser, M. (2014). Stress. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig:
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/stress>

Potter, J. (1996). *Representing reality: discourse, rhetoric and social construction*. (Elektronisk resurs) London: Sage.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.

Potter, J. & Wetherell, M. (1992) *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Language of Exploitation*. New York: Columbia University Press.

Putnik, K, de Jong, A, Verdonk, P. School Caphri, Department of Social Medicine, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands (2010). *Road to help-seeking among (dedicated) human service professionals with burnout. Patient Education and Counseling* 83 (2011) 49–54

Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I Edberg, A. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.611-642). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen (2009) *Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär 22* (elektronisk) Socialstyrelsen – Folkhälsorapport 2009. 182. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009.../6_Psykosociala.pdf (2014-10-15)

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Studentlitteratur, Lund

Östlund, H (2003). ”God hälsa på arbetsplatserna är en folkhälsofråga”. I Gustavsson, Bodil (red) (2003). *I skuggan av sig själv. Psykisk ohälsa i förändring* (elektronisk) Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) Nr. 1. Alfa Print AB: Solna. Tillgänglig: http://www.forte.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/I_skuggan.pdf (2014-1013).

Bilaga 1: Informationsbrev

Hej,

Jag är en student, Anna Sträng, som läser på socionomprogrammet vid Lunds universitet, Campus Helsingborg. Jag ska under hösten 2014 skriva mitt examensarbete som kommer att belysa läkares erfarenheter och kunskaper om män och kvinnor med utmattningssyndrom. Dels vill jag studera hur läkare talar mer allmänt om utmattningssyndrom samt om läkarna har erfarenheter av könsskillnader vid utmattningssyndrom. För att som framtida socionom få en förståelse för läkares perspektiv på patienter med utmattningssyndrom.

Min önskan är att få intervjua dig som har varit i kontakt med både män och kvinnor med utmattningssyndrom och få ta del av dina erfarenheter. Om möjligt önskar jag genomföra intervjun inom den närmsta månad, december, och den beräknas ta cirka 30 minuter. Det går även bra att genomföra intervjun via telefon.

Vid genomförandet av studien kommer jag att beakta Vetenskapsrådets forskningsetiska principer som i korthet innebär följande:

- Din medverkan är frivillig och du kan när som helst välja att avsluta din medverkan eller avstå från att svara på en fråga under intervjun.
- Intervjupersoner och kommunen kommer att avidentifieras så långt det går i uppsatsen. Ingen obehörig kommer att ta del av intervjumaterialet eller få vetskap om vem som sagt vad under de enskilda intervjuerna.
- Intervjun kommer att spelas in och transkriberas av mig. Efter godkänd examination kommer allt inspelat material och intervjuutskrifter att förstöras.

Jag hoppas att du finner mitt tema intressant och ser framemot ett möte. Du är välkommen att kontakta mig per telefon eller e-post för att boka tid för en intervju och/eller för att kontakta mig om något framstår som oklart eller om du önskar kompletterande upplysningar. Du kan nå mig på följande: e-post: anna.strang.432@student.lu.se eller mobil 0707609339

Universitetslektor Frans Oddner vid Socialhögskolan är min handledare och han nås på e-postadress: frans.oddner@soch.lu.se eller mobil 0708682051

Med bästa hälsningar

Anna Sträng

Bilaga 2: Intervjuguide

Inledningsvis kan sägas att med denna intervju är jag inte ute efter någon kunskapskontroll eller till att finna ett enhetligt svar, eftersom det är svårt att uppnå. Det finns olika sätt att tala om tillståndet utmattningssyndrom och jag är intresserad av hur diskussionen går om tillståndet utmattningssyndrom bland läkare inom vårdcentraler.

Inledning

Presentation, mitt namn är, Gå igenom villkor och syftet med intervjun. Berör de etiska principerna, konfidentiellkravet och samtyckekravet osv. Fråga om inspelning osv. Några frågor etc.

Bakgrund (berätta gärna lite om)

- Vad är din roll på vårdcentralen?
- Vad är din arbetsuppgift?
- Hur många år som läkare skulle du säga att du har erfarenhet av patienter med utmattningssyndrom?

Teman 1 Vad är utmattningssyndrom?

- Hur skulle du beskriva stress?
Vad är stress för dig?
- Hur skulle du beskriva stressen i utmattningssyndrom?
Liknande stress?
- Hur skulle du beskriva tillståndet utmattningssyndrom?
Vad är utmattningssyndrom?
- Hur skulle du definiera den sjukdomsbild som patienten ger av tillståndet?
Vad brukar patienten berätta vid första besöket?

Tema 2 Vem söker för utmattningssyndrom?

- Vanligare att män respektive kvinnor söker för tillståndet? Om, hur kommer detta sig? Vad är din teori?
- Har du som läkare erfarenhet av att olika personlighetsdrag kan påverka en människas känslighet för stress?
Kan det finnas ett visst personlighetsdrag som kan kopplas till sjukdomen? I så fall vilka personlighetsdrag har du lagt märke till?

Tema 3 Vilka yrken kan kopplas till utmattningssyndrom?

- Vilka yrken skulle du säga att utmattningssyndrom dominerar?
Kan de finnas ett mönster i yrkesgrupper kopplat till tillståndet? I så fall inom vad?
- Vilka är det arbetsrelaterade orsakerna som patienten beskriver?
Yttre påfrestningar?

Tema 4 Beskriv arbetsprocessen?

- Hur skulle du beskriva själva arbetsprocessen, från första mötet med patienten till diagnos?
Vad är det som händer när en patient söker vård?
- Hur skulle du beskriva det interna samarbetet mellan dig och andra professioner vid berörda patienter?
Är de fler professioner inblandade i arbetsprocessen med berörda patienter och hur ser detta samarbete i så fall ut?

Avslutande del

- Hur tycker du att detta gick? Har du några frågor? Om du har senare frågor kan du maila mig på anna.strang.432@student.lu.se eller ringa mig på..... Har du en e-post adress jag kan sända det slutliga resultatet till? Då får jag tacka för din medverkan och att jag fick ta din tid.