

Systemfel vid omhändertagande av utbrända individer

Stress och utbrändhet, eller utmattningsdepression, har utvecklats till ett nationellt problem och en nationell angelägenhet genom dess utvecklingstakt, genom det lidande den skapat och de kostnader den fört med sig.

MART JÜRISOO

företagsläkare och organisationskonsult, Consultus AB
mart.jurisoo@consultus.se

■ Bakom denna stress- och utbrändhets-epidemi ligger en internationell utveckling som fortplantat sig till nationell och organisatorisk nivå. Detta för med sig problem både på det individuella och det sociala området.

Organisatoriska faktorerens roll

Speciellt under 1990-talet har de organisatoriska faktorerna bidragit till ohälsa. Detta har skett genom downsizing (magrare organisationer) och genom teknik- och informationsutveckling som i sin tur skapat teknostress och informationsstress, något som bidrar till utbrändhet. Även nya anställningsformer och arbets sätt som tillfälliga anställningar, distansarbeten och projektarbeten har satt sina spår.

Hela denna utveckling med förändrade spelregler betecknas på många håll som den postindustriella revolutionen. Dessa nya spelregler ställer högre krav

Allmänläkare och psykiatrer bör öka sin organisatoriska kompetens för att kunna förstå och bemöta inte bara individuella förhållanden utan också kunna diskutera organisationsförhållanden på en adekvat kunskapsnivå.

på dagens arbetskraft genom sin komplexitet, genom sin fokusförskjutning från händer till hjärna och sin förändring där individen har fått färre rutinuppgifter och måste fatta fler egna beslut i de allt plattare organisationerna.

Överdriven individfokusering

När man följer debatten i medierna kring utbrändhet eller utmattningsdepression i Sverige är det slående hur individuellt inriktad och fokuserad diskussionen är. I synnerhet gäller detta på åtgärdsidan. Man förordar sjukskrivning, antidepressiva medel, individuella bearbetande samtal, avslappning, stresshanteringskurser och livsstilsförbättrande åtgärder. Man föreslår vidare klienterna att söka skapa balans i livet, satsa på personlig utveckling och odla sitt sociala nätverk.

Detta är gott och väl när det gäller individen men helt otillräckligt i ett större perspektiv. Man får inte bortse från att individen befinner sig i ett system, i en organisation – på sin arbetsplats. Detta perspektiv måste fokuseras likväl som det individuella perspektivet.

Ogynnsamt samspel individ-organisation

Utbrändhet uppstår enligt min mening till följd av ett ohälsosamt samspel av individuella och organisatoriska förhållanden. När det gäller individen handlar det oftast om en utpräglad målinriktad person.

Denna målinriktning skapas av drivkrafter som emanerar från vissa personlighetsdrag, mänskliga behov, beteenden, värderingsvariabler och förväntningar på arbetet. Dessa drivkrafter måste naturligtvis diskuteras och bearbetas utifrån ett helhetsperspektiv på den totala livssituationen.

»Marshmallow-organisationer«

När det gäller organisationen finner vi i dag på många arbetsplatser förhållanden som är diffusa, komplexa, kravfyllda, resursfattiga och otrygga och skulle därför kunna beteckna dessa organisationer som »marshmallow-organisationer«. Dessa organisatoriska förhållanden sö-

ker den målinriktade individen att överbrygga.

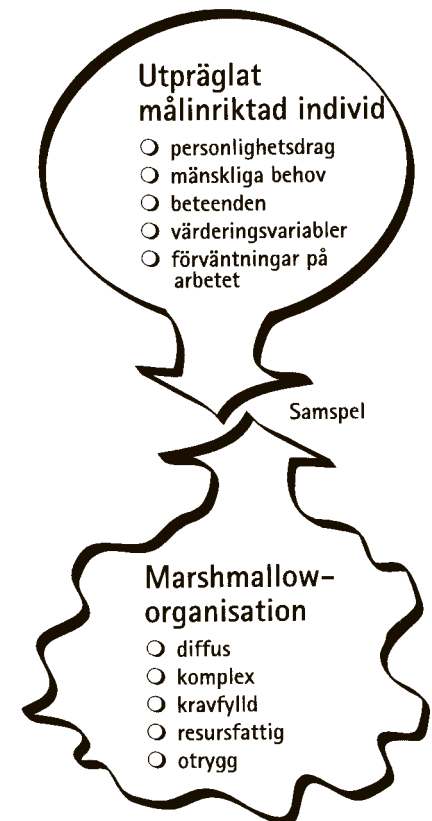
Utbrändheten uppstår således i denna dåliga passform mellan individens intentioner och förväntningar och organisationens verklighet i kombination med inadekvata coping-mekanismer (individens oförmåga att hantera sin situation).

Organisatorisk kompetens saknas ofta

Vem tar då hand om de individer som är utbrända eller på väg in i utbränningsprocessen?

I de flesta fall är det distriktsläkare, möjligen psykiater, i bästa fall företagsläkare. Hos dessa yrkespersoner saknas oftast en organisatorisk kompetens. Lyssande undantag finns dock på en del företagshälsovårdscentraler där organisatorisk och arbetspsykologisk kompetens har införlivats, men i de flesta fall dominerar fortfarande ett traditionellt individualistiskt synsätt.

I mina ögon bör problem lösas på den nivå där problemen finns och uppstår. Om problemen finns i organisationen



Modell för samspel mellan individ och organisation som skapar utbrändhet.

bör således problemen lösas på denna nivå. I dagens förhållanden fokuseras oftast den individuella nivån men man tittar sällan på systemet där vederbörande finns.

Följden av detta blir i många fall att den utbrända patienten efter »rehabiliteringen« kommer tillbaka till det system som en gång bidrog till sjukdomen – utbrändheten. Risken är således stor för återfall och individen är tillbaka i samma situation som tidigare. Att individen då också skulle ha kraften att förändra det förevarande sjuka systemet är mindre troligt. Vederbörande är inne i en ond cirkel.

Öka läkarnas kompetens

Vari ligger då lösningen? Rimligen genom att systemfelen åtgärdas. Redan under läkarutbildningen bör organisatoriska frågor belysas. Allmänläkare och psykiatrer bör öka sin organisatoriska kompetens för att kunna förstå och bemöta inte bara individuella förhållanden utan också kunna diskutera organisationsförhållanden på en adekvat kunskapsnivå. Bygg också upp nätverk av organisationskonsulter att föra diskussioner och konsultera med eller att kunna rekommendera organisationerna att använda sig av.

Företagshälsovården måste också arbeta vidare med att bygga upp den organisatoriska kompetensen och samarbeta med organisationskonsulter med inriktning på arbetslivet i allmänhet och hälsa och utbrändhet i synnerhet.

Om inte problem löses på både individ- och organisatorisk nivå är risken stor att vi får leva med utbrändhet, de kostnader och det lidande det innebär, i många år framåt.

Översiktslitteratur

- Cooper CL. Theories of organizational stress. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Hallsten L. Burning out: a framework. In: Schaufeli W, ed. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Francis & Taylor, 1993.
- Hirschhorn L. The workplace within. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
- Jürisoo M. Burnout – från stress och utbrändhet till den goda organisationen. Stockholm: Ekerlids förlag, 2001.
- Karasek R, Theorell T. Healthy work. New York: Basic Books, 1990.
- Levi L, Levi I. Guidance on work-related stress. Brusells: European Commission, 1999.
- Schaufeli W, Enzman D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.

Är »människans insida« sjukvårdens ansvar?

Människors religiösa och existentiella behov har nyligen förtjänstfullt belysts i Läkartidningen av Stefan Einhorn [1] och Erwin Bischofberger [2]. Båda påtalar många patienters behov av samtal kring existentiella frågor och pekar också på brister i vårdpersonalens »kunskap om och träning i existentiella och andliga frågor«. Den statliga utredningen om vård i livets slutskede [3] påstår till och med att detta är ett av de mest eftersatta områdena i utbildningen.

LARS JACOBSSON

professor, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

II Jag vill inte ifrågasätta något av dessa påståenden. Däremot vill jag ifrågasätta om det är sjukvårdens uppgift att tillgodose dessa behov, vilket uppenbarligen Bischofberger anser.

Existentiell nöd

Att sjukvården har en roll i sammanhanget är dock uppenbart. Existentiell nöd kan i många fall leda till depressiva reaktioner och bidra till de psykiska kristillstånd som många sjukdomar leder till. Detta i sin tur skapar diagnostiska problem för läkaren och det kan bidra till sämre läkning och över huvud taget komplicera behandlingen och hela förloppet.

Kanske mest påtagligt är denna typ av problem inom suicidologins område. Självmod och självmordsförsök blir genom sina konsekvenser nästan alltid en fråga för hälso- och sjukvården. Självmodsförsökspatienter blir aktuella på de flesta stora kliniker, medicin, kirurg, ortoped, intensivvård och naturligtvis inom psykiatrin. Och här spelar existentiella frågor en viktig roll.

Religionens betydelse

Religionen kan också få en direkt betydelse för hälso- och sjukvården genom vissa typer av praktiker som utvecklas. Exempel på detta är Jehovas vittnen, som inte vill ta emot blod, kvinnlig och manlig omskärelse, de legala aborterna, det begränsade självbestämmandet hos kvinnor i vissa kulturer och olika typer av traditionella behandlingar som ges av healers, medicinmän och religiösa funktionärer.

Så förvisso finns det en hel del frågor inom vården där religiösa och existentiella aspekter är viktiga och kanske till

och med livsavgörande och som därför förtjänar hälso- och sjukvårdens intresse.

När det gäller diagnostik av olika tillstånd och särskilt när man upplever svårigheter i behandlingen eller ett förlångsamt tillfrisknande finns det alltså skäl att beakta religiösa och existentiella aspekter. Och det råder nog inget tvivel om att dessa frågor, särskilt inom psykiatrin, har varit försummade.

Fortfarande mycket att lära

Dessbättre har vi väl kommit ifrån den fördomsfulla och ofta mycket negativa inställningen bland många psykiatrer och vårdpersonal över huvud taget till patienters religiösa bakgrund och engagemang, men det finns fortfarande en hel del att lära och utveckla när det gäller dessa frågor.

Särskilt gäller detta inom suicidologin där ju egentligen grundfrågan är exi-

När det gäller religiösa/kulturella inslag i vården, som t ex omskärelse och Jehovas vittnens ovilja att ta emot blod i krissituationer, tycker jag att sjukvården borde vara mera normerande och inte acceptera detta slags religiöst och kulturellt betingade åtgärder.