



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

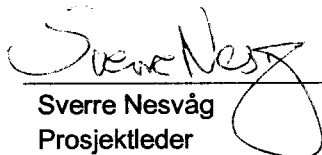
Ashild Bakke, Kari Anne Holte,
Kjersti Melberg og Sverre Nesvåg

Utmattingsyndrom - forprosjekt

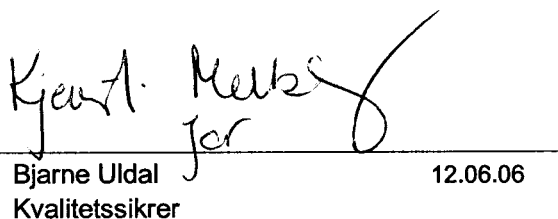
Rapport IRIS - 2006/107

Prosjektnummer: 720 2012
Prosjektets tittel: Utmattingsyndrom – forprosjekt
Oppdragsgiver(e): Radiance AS
Forskningsprogram:
ISBN: 82-490-0447-7
Gradering: Åpen

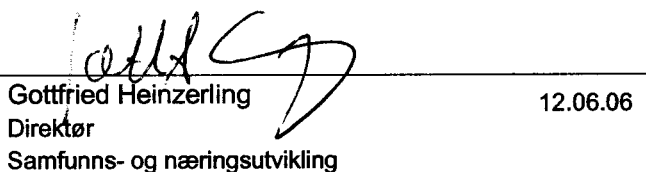
Stavanger, mai 2006


Sverre Nesvåg
Prosjektleder

12.06.06


Bjarne Uldal
Kvalitetssikrer

12.06.06


Gottfried Heinzerling
Direktør
Samfunns- og næringsutvikling

12.06.06

Forord

På oppdrag fra Radiance AS har IRIS gjennomført et forprosjekt om fenomenet utbrenthet eller utmattingssyndrom. Arbeidet har bygget på tilgjengelig statistikk om utbredelsen av utmattingssyndrom i Norge og andre land, og på litteratur om hvordan vi kan forstå hva utmattingssyndrom er og hva det skyldes. Vi har også gått igjennom noe litteratur om hva som synes å være viktige elementer i behandling og rehabilitering i forhold til personer med utmattingssyndrom.

Vi vil takke Radiance AS for oppdraget og for den dialogen vi har hatt med Bjarne Uldal fra Radiance, både ved oppstarten av prosjektet og i drøftingen av denne rapporten.

Stavanger mai 2006

Sverre Nesvåg, prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	4
1.1	Mentale lidelser som årsak til sykefravær og uførhet	4
2	FRA UTBRENTHET TIL UTMATTINGSSYNDROM	7
2.1	Utbrenthet som begrep	7
2.2	Hvordan forstå utbrenthet?	7
2.3	Utbrenthet sett i sammenheng med andre fenomener og sykdomsbilder	8
2.4	Hva kjennetegner sykdomsbildet?	10
2.5	Hvordan studere utbrenthet?	11
3	UTBRENTHET I ET ARBEIDS- OG FAMILIEPERSPEKTIV	13
3.1	Stress, helse og utbrenthet	13
3.2	Utbrenthet i arbeidslivet - konsekvenser	13
3.3	Utbrenthet og familielivet	15
3.4	Kulturelle/strukturelle forhold i arbeidslivet	16
3.5	Oppsummering	17
4	HVILKE BEHANDLINGSTILBUD FINNES OG HVA SKAL DET INNEHOLDE?	18
4.1	Dagens behandlingstilbud	18
4.2	Perspektiver på behandling	18
4.3	Elementer i behandlingstilbud	19
5	KONKLUSJON	21
6	REFERANSER	22
	VEDLEGG	25

1 Innledning

Utbrenthet eller utmattingsyndrom er en tilstand med varierte symptomer og sammensatte årsaker. Det foreligger ingen entydig, anerkjent diagnose og det vanskeliggjør en kartlegging av omfanget av lidelsen. I vårt land er det heller ikke noe spesifikke behandlings- og rehabiliteringstilbud for pasienter med denne lidelsen.

I dette forprosjektet har oppgaven vært å få en oversikt over den kunnskapen som foreligger om denne tilstanden. Ved å ta utgangspunkt i diagnoser som kan ligge tett opp til den tilstanden vi her er opptatt av, har vi først sett på foreliggende statistikk om arbeidsrelatert sykdom og uførhet, for å få et noenlunde bilde av omfanget og utbredelsen av utmattingsyndrom i ulike yrker.

Deretter har vi gått igjennom tilgjengelig litteratur som omhandler symptomer og årsakssammenhenger i forhold til tilstander omtalt som utbrenthet, utmattingsyndrom, uttrettingsyndrom og andre. Vi har så brakt inn noe annen litteratur som kan bidra til å utvide perspektivet på årsakssammenhenger, ut over de dominerende individuelle forklaringsmodellene. Til sist har vi gått igjennom hva den mest sentrale litteraturen sier om hva som er viktige elementer i behandling og rehabilitering av personer som lider av utmattingsyndrom.

1.1 Mentale lidelser som årsak til sykefravær og uførhet

Utbrenthet er forbundet med en rekke uheldige konsekvenser for både arbeidstaker og arbeidssted, som depresjon, manglende motivasjon og sykdom, økt fravær, "turnover" og nedsatt produktivitet (Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1998; Maslach et al., 2001). Sykefravær og uførhet utgjør i Norge og mange vestlige land store samfunnsmessige, bedriftsmessige og individuelle kostnader, og diagnoser som kan relateres til utbrenthet/utmattelse finner vi igjen flere steder i statistikken. Den generelt største diagnosegruppen har vært og er fortsatt muskel- og skjelettplager. Den nest største diagnosegruppen er knyttet til mentale lidelser. I 2005 var 20.2% av alle sykepengedager betalt av folketrygden relatert til diagnosegruppen mentale lidelser. Antall sykepengedager forårsaket av mentale lidelser utgjorde en større andel for kvinner enn blant menn, med 21.1% for kvinner og 18.9% for menn (Trygdestatistisk årbok 2005). Sykefravær knyttet til mentale lidelser har videre vært økende de siste årene (Trygdeetaten). Fra 2001 til 2005 (tall fra 4. kvartal) økte antall sykefraværstilfeller fra 12.2% til 13.2%.

For mottakere av rehabiliteringspenger utgjør mottakere med diagnosen mentale lidelser 35.5% av alle stønadsmottakere (Trygdestatistisk årbok 2005). Fordelt på kjønn gjelder det 36.8% av alle mannlige mottakere og 34.7% av alle kvinnelige mottakere. Ser en på alder er det for de under 25 år hele 69.5% av alle stønadsmottakere som har diagnosen mentale lidelser. For aldersgruppen 25 til 39 år utgjør mentale lidelser 47.2 % og tendensen er videre synkende med økende alder. For sammenligning er tendensen motsatt for muskel- og skjelettplager.

For uførepensjonister, utgjør mentale lidelser og adferdsforstyrrelser i alt 30.1% av diagnosene. Her er det også mer spesifikke diagnosegrupper. Splittes diagnosegruppene

opp, ser en at organiske psykiske lidelser/schizofrene og paranoide lidelser utgjør totalt 4.3 % av alle diagnoser, affektive lidelser (stemningslidelser) utgjør 4.8% og nevroser og atferds- og personlighetsforstyrrelser 15.1% av alle diagnoser. Også for uførhet ser en en synkende tendens i forekomst i % med økende alder (Trygdestatistisk årbok 2005).

Der forekomst av mentale lidelser som mer spesifikke fenomener ønskes studert, synes ikke statistikk på sykefravær og uførhet å gi gode mål på forekomst. Det kan skyldes to forhold: Det ene er oppbygningen av statistikken der man bruker svært grove mål. Et annet forhold er i hvilken grad årsakene kan diagnostiseres. Slike vanskelige diagnoser eller fenomener er nettopp utbrenthet og kronisk tretthetssyndrom. Dette gjør det også vanskelig å se på omfang fordi fenomenene er så omstridt i seg selv. For å få en indikasjon på utbredelsen skal vi se i hvilken grad det finnes populasjonsstudier og hva disse fant - før vi studerer disse begrepene nærmere.

1.1.1 Epidemiologi

Dersom en i første omgang ser på hva som er gjort i de store populasjonsstudiene som er gjennomført i Norge, så er utbrenthet og kronisk tretthetssyndrom ikke studert spesielt. Det som i større grad har blitt studert er diagnoser som angst og depresjon (hjemmesider – HUNT). Går man inn på HUBRO sine hjemmesider og søker på disse fenomenene, gir hverken utbrenthet eller tretthetssyndrom noen treff. For å kunne studere utbrenthet og kronisk tretthetssyndrom, må vi derfor se om vi kan finne tall på forekomst i større populasjonsstudier fra studier i Europa og USA, som det er naturlig å sammenligne seg med.

Når det gjelder utbrenthet, ble det i en svensk populasjonsstudie funnet at 7.1% hadde tegn til utbrenthet (Hallsten et al 2002). Utbredelsen var høyere blant kvinner enn blant menn, blant enslige sammenlignet med gifte eller samboende, og blant de med utenlandsk bakgrunn enn etnisk svenske. Videre var utbrenthet mer utbredt blant de som sto utenfor arbeidsmarkedet (langtidssykemeldte, arbeidsledige, førtidspensjonerte) enn blant yrkesaktive. Det var større utbredelse blant statlig ansatte enn ansatte i kommuner, fylker og innen privat sektor. Lærere syntes å skåre høyere på indikatorene for utbrenthet enn andre yrkesgrupper, og for yrkesgrupper innen helse og omsorg var det sprikende resultater. De som hadde erfart organisasjonsendringer viste tydeligere tegn på utbrenthet enn de som ikke hadde erfart organisasjonsendringer. Blant de som rapporterte arbeidskonflikter eller mobbing fant man flere tegn på utbrenthet enn blant dem som ikke rapporterte dette. Arbeidsforhold som krav, kontroll og støtte viste også sammenheng med utbrenthet (Ibid). En tilsvarende studie fra Finland viste at 7% av befolkningen har alvorlig utbrenthet, og nesten 50% rapporterte enkelte symptomer på utbrenthet (ILO 2000). Denne studien viste en svært liten forskjell mellom kvinner og menn (henholdsvis 7.3% og 7.1%) (Borritz 2006).

Søk på utbrenthet og prevalens, dvs. antall tilfeller som blir rapportert innen et visst tidsrom (i databasene ISI og Pubmed) viste at kartlegging av utbredelse i større grad er blitt gjennomført på yrkesgrupper innen helse og omsorgssektoren. Dette gjør det svært vanskelig å komme med mer eksakte tall på utbrenthet enn det studiene fra Finland og Sverige viser - dersom vi ønsker å se befolkningen som helhet.

Dersom en ser på kronisk uttrettingsyndrom er det også her vanskelig å finne tallmateriale som kan si noe om utbredelse i befolkningen generelt. Men det kan synes som om kronisk tretthetssyndrom er noe mindre utbredt enn utbrenthet. En svensk studie fant seks måneders prevalens på 2.4% (N~31500, det svenske tvillingregisteret) (Evengard et al 2005). Det var noe høyere prevalens blant kvinner enn blant menn, men det var ingen assosiasjon med alder eller utdanning (NB! høyt gjennomsnittsalder på populasjonen (42-64 år)). Derimot var det en sammenheng med yrke, men denne sammenhengen forsvant imidlertid når man kontrollert for kjønn. Dette kan imidlertid gi en indikasjon på at det er en sammenheng med typer yrker da kvinner og menn selekteres til ulike typer av arbeid. En tilsvarende studie gjennomført i tvillingregisteret i USA (N~4600) fant en livstidsprevalens på 2.7% (Furberg 2005). En kunnskapsoppsummering konkluderte med at en del assosiasjoner observert klinisk har vært vanskelig å påvise i større populasjoner (Ranjith 2005).

1.1.2 Oppsummering

Å etablere noen sikre estimater på utbredelse ut ifra den kunnskap vi har i dag synes svært vanskelig. Statistikk på sykefravær og uførhet bruker i all hovedsak mentale lidelser som kategori, og blir dermed en samlesekk for mange ulike diagnoser (og fenomener). Videre så har fenomenene blitt lite studert i de større populasjonsstudiene både i Norge i andre Europeiske land. Våre estimater vil derfor være svært grove. Ett cirka estimat for utbrenthet i befolkningen vil være på mellom 5 og 10%, og for kronisk tretthetssyndrom i befolkningen på 2-5%. Det er grunn til å tro at det er mer utbredt blant kvinner enn blant menn, og også blant yngre enn blant eldre i befolkningen. Det er da snakk om alvorlige tilfeller, og ikke bare med enkelte tegn på utbrenthet. I hvilken grad vi her snakker om to ulike fenomener; utbrenthet og kronisk tretthetssyndrom, eller om vi snakker om to overlappende fenomener, vil vi komme nærmere inn på senere i rapporten.

2 Fra utbrenthet til utmattingsyndrom

2.1 Utbrenthet som begrep

Mentale lidelser er utbredt og gir til dels store konsekvenser for individet i form av sykefravær og uførhet. Det synes som om mange av de som rammes av det vi kaller mentale lidelser, rammes av plager vi ennå vet lite om og som er svært omdiskutert i forskningslitteraturen. Vi vil i all hovedsak knytte vår diskusjon av fenomenet til begrepet utbrenthet, i tillegg til at vi vil trekke inn begrepene kronisk tretthetssyndrom og utmattingsyndrom, der dette kan være med å gi et utfyllende bilde.

Utbrenthet er et omdiskutert begrep. Som fagbegrep ble utbrenthet lansert på 70-tallet av psykologene Herbert J. Freudenberger (Freudenberger, 1974) og Christina Maslach (Maslach, 1976). Freudenberger beskriver utbrenthet som "å mislykkes, bli utslitt eller utmattet gjennom overdreven bruk av energi, krefter eller ressurser". Han beskriver utbrenthet som et kvinnefenomen, og han snakker også om "relasjonsstress", dvs. plikter overfor og krav på omsorg fra alle som står dem nær. Maslach anser utbrenthet for å være en tilstand av følelsesmessig utmattelse som rammer hjelpere (Maslach, 1982). Utbrenthet ble for eksempel ikke omtalt i oversiktsartikler innen feltet stress og helse (Maslach & Schaufeli, 1993), fordi det ble ansett for å være et uvitenskapelig og unødvendig uttrykk.

Diagnosen utbrenthet finnes ennå ikke. For at det skal kunne bli en diagnose må man bli enige om nøyaktig hvilke symptomer en pasient skal oppvise og hvilke kriterier som skal være oppfylt for sykdommen. Deretter utformer en myndighet - Center for Disease Control i Atlanta, USA, - en sykdomsdefinisjon. Den manglende spesifikke diagnostiseringen kan reflektere diskusjonen om utbrenthet er et fenomen med sammensatte årsaker, mer enn en diagnose (Borritz 2006). Tilsvarende diskusjon finner vi også for kronisk tretthetssyndrom ("chronic fatigue syndrom") (Cho et al 2006, Priins et al 2006).

2.2 Hvordan forstå utbrenthet?

Hvordan skal man da forstå slike begreper eller fenomener når det hersker så stor uenighet om hva det skal inneholde? Nedenfor går vi nærmere inn på dette.

Christina Maslach har hatt stor gjennomslagskraft med sin forskning, men hennes definisjon er langt fra den eneste. Det finnes flere perspektiv på hvordan en skal definere utbrenthet.

Man kan snakke om to hovedmåter å forstå utbrenthet på: Utbrenthet som en *tilstand*, og utbrenthet som en *prosess* (Socialstyrelsen, 2003).

Som tilstand:

Ved å definere utbrenthet som en patologisk tilstand med et visst antall symptom, knytter man det til tradisjonell klinisk diagnostikk (Socialstyrelsen, 2003). Maslach sier at utbrenthet består av tre dimensjoner: emosjonell eller følelsesmessig utmattelse,

distansering fra arbeidet og negativ evaluering av egne prestasjoner (Maslach et al. 2001). Hun og hennes kollegaer definerer ikke lenger utbrenthet til bare å gjelde et problem som oppstår i interaksjon med andre mennesker, men som et problem som oppstår i interaksjonen mellom individ og arbeid (Maslach & Leiter, 1999). Pines og Aronson (1983) inkluderer fysisk utmatting i definisjonen. De sier at ”utbrenthet er en tilstand av fysisk, emosjonell og mental utmatting som skyldes langvarig eksponering for emosjonelt krevende situasjoner”. Brill (1984) trekker fram fire komponenter i sin definisjon: 1) To kjernesymptomer på utbrenthet er dysforiske symptomer og dårligere arbeidsprestasjoner, 2) uoppfylte forventninger spiller en avgjørende rolle, 3) tilstanden er av en vanskelighetsgrad som gjør at det kreves profesjonell hjelp eller forandringer i arbeidet, og 4) utbrenthet er arbeidsrelatert og oppstår hos personer som er psykisk friske.

Som prosess:

Å definere utbrenthet utelukkende som en tilstand begrenser en det til å bare se på sluttresultatet av en ofte varig og suksessiv prosess. Cherniss (1995) definerer utbrenthet som ”en prosess der holdninger og atferd gjennomgår en negativ forandringsprosess som en følge av belastninger i arbeidet”. Edelwich og Brodsky (1980) har formulert en prosessmodell for utbrenthet som består av fire steg: 1) entusiasme, 2) stagnasjon, 3) frustrasjon og 4) apati. Det finnes ikke empiriske belegg for denne modellen (Socialstyrelsen, 2003). Hallsten (1993, 2002) beskriver utbrenthet som en utbrenningsprosess. Han beskriver prosessen som en kompleks interaksjon mellom individets sårbarhet, dens mestringsressurser og faktorer i arbeidssituasjonen.

En interessant tilnærming kan være å se utbrenthet definisjonsmessig og diagnostisk i sammenheng med andre fenomener:

2.3 Utbrenthet sett i sammenheng med andre fenomener og sykdomsbilder

2.3.1 Depresjon og utbrenthet

Den kliniske diagnosen som ligger nærmest utbrenthet er sannsynligvis depresjon (Miller, 2001). Glass og McKnight (1996) har gått gjennom 18 studier for å undersøke sammenhengen mellom utbrenthet og depresjon. De kom fram til at det er en sammenheng, men at de ikke er identiske.

2.3.2 Neurasteni og utbrenthet

Neurasteni har en lang historisk tradisjon og er en tilstand som gir seg utslag i påtagelig psykisk trøtthet, og varierende utmattingssymptomer i forskjellige deler av kroppen. Det er en diagnose som brukes i ICD-klassifikasjonen av psykiske forstyrrelser. Schaufeli & Enzmann (1998) mener at neurasteni er en psykiatrisk diagnose som ligger nærmest utbrenthet.

2.3.3 Kronisk trøtthetssyndrom og utbrenthet

Kronisk trøtthetssyndrom har som begrep eksistert siden 1980-tallet. De tydeligste symptomene på kronisk trøtthet er somatiske. Typiske tegn er en trøtthet som ikke lar seg hvile bort. Det som skiller kronisk trøtthetssyndrom fra utbrenthet er at utbrenthet

har en klar kobling til forholdene på arbeidsplassen. Det finnes ikke empiriske studier som ser på sammenhengen mellom kronisk trøtthetssyndrom og utbrenthet (Socialstyrelsen, 2003).

2.3.4 Utmattingsyndrom

Diagnosen ”utmattingsyndrom” innebærer en antagelse om sykdommens årsaker, som en tenker kan være langvarig stress. Det innebærer likevel ikke at en tar stilling til om stresset er relatert til arbeidet eller ikke. Samme sykdomsbilde kan sees ved langvarig stress som ikke er relatert til arbeidet, som for eksempel langvarig arbeidsløshet og langvarige relasjonsproblemer til nære andre.

En rapport utarbeidet for Socialstyrelsen i Sverige (2003) foreslår at en bruker termen utmattingsyndrom for de tilstander der en ikke har utviklet depresjon. Dersom tilstanden oppfyller kriteriene for depresjon, bør en bruke diagnosen depresjon med utmattingsyndrom eller ”utmattingsdepresjon”. For en lettere tilstand av arbeidsrelatert psykisk uhelse, som verken oppfyller kriteriene for depresjon eller for utmattingsyndrom, kan en bruke diagnosen maladaptiv stressreaksjon.

Kriterier for utmattingsyndrom er: se vedlegg 1.

2.3.5 Utbrenthet og stress

Til slutt i dette kapitlet skal vi se litt på utbrenthet i sammenheng med et annet begrep vi vanligvis bruker i dagligtale, nemlig stress. Vi skal først se litt på hvordan stress forstås. Stress i den betydning vi bruker ordet i dag kom i vanlig bruk i presse og talespråk omkring 1980 (Miller, 2001). Men den kanadiske forskeren Hans Selye brakte det på banen allerede på 30-tallet. Gjennom forskningen kom han fram til det han kaller ”General Adaption Syndrome” – GAS. Syndromet har 3 stadier: alarm, motstand og utmattelse. Han fant at vi reagerer raskt på alt vi føler stort ubehag overfor. Den fysiologiske reaksjonen, det vil si effekten på kroppen, blir den samme enten påkjenningen består i alvorlig sykdom, overanstrengelse, psykisk press, for høyt tempo i livet, dyp sorg eller enhver annen situasjon der de kravene et menneske stilles overfor, overstiger dets evne til å mestre dem (Miller, 2001). Selye’s definisjon på stress er: ”Organismens reaksjon på ubalanse mellom belastninger som den utsettes for og de ressurser den har fått for å håndtere disse”.

Stress er i senere tid blitt brukt om det som skjer i kroppen når man på grunn av situasjonen man er i, får hodepine, vondt i magen, søvnproblemer med mer. Stress er vår beskyttelse mot fare. Det er en fysiologisk tilstand, en hormonkaskade som styres fra hjernen. I moderne faglitteratur kalles den for HPA-akselen (HPA = hypothalamus – pituitary gland – adrenal glands, dvs. hypotalamus – hypofysen – binyrene).

Stress fungerer slik at man kan bli sterkt fysisk påvirket av så vel for høye som for lave krav. Særlig gjelder dette hvis man ikke selv kan påvirke situasjonen og ingen andre tilsynelatende bryr seg om å påvirke situasjonen. Stress kan gjøre oss ”speeda”. Vår tids paradoks er at samtidig som vi vet at stresset og tempoet kan føre til utbrenthet, blir vi tiltrukket av den raske pulsen. Ett av våre tids paradokser er at vil *liker* at det går fort. Vi kan bli avhengige av et visst stress. Bjørg Aase Sørensen kaller det ”honningfella” (Sørensen, 2002). Jobben blir så viktig at privatlivet oppleves som irriterende avbrudd i

arbeidet. Nære relasjoner, som burde vært en kilde til sosial støtte og avstressing, kan da oppleves som en kilde til stress. En lang tid med følelsesmessig stress og liten kontroll over ens eget liv forandrer og tærer på immunsystemet.

Det som kalles utbrenthet oppstår trolig etter gjentatt tilfeller av utmattelse uten tilstrekkelig hvile imellom. Mangel på søvn kan her være en mellomliggende faktor – en indikator på den manglende hvilen og samtidig en katalysator i det videre sykdomsforløpet. Hormonet kortisol er svært sentralt når en snakker om utbrenthet. Kortisol hjelper til med å reparere skader og minske kroppslig ubehag (Socialstyrelsen, 2003). Langvarig stress fører til kortisolmangel som har vist seg å kunne forårsake en tilstand av kronisk trøtthet. En effektiv motgift mot kortisol er melatonin, søvnhormonet som dannes av epifysen når vi sover. Trøtte mennesker som nærmer seg en tilstand av utbrenthet, sover dårlig. Dessuten bruker de ofte natten til å arbeide. Resultatet blir en ond sirkel, siden de ved å sove for lite minsker sin produksjon av melatonin.

En annen beskyttelsesmekanisme i kroppen som motvirker kortisol er hormonet oksytocin. Oksytocin nivået stiger ved varme, berøring og kjærtegn fra både mennesker og dyr. Et godt parforhold, barn man elsker og gode nære venner som man har tid til å omgås med, er virkningsfulle motgifter mot farene ved stress. Kortisolnivået skal variere i løpet av døgnet og være høyt på morgenen og avta mot kvelden. Ved alvorlige tilstander av utmattelse er det lavt hele tiden. Forskjellen mellom morgen- og kveldsnivået av kortisol er ett av de beste målene vi i dag har på stressrelatert utmattelse (Miller, 2001). To longitudinelle studier på mennesker viser at høye utgangsverdier på kortisol og negative hendelser i livet er prediktor for å gå inn i en depresjon (Goodyer et al. 2000 & Harris et al. 2000). Det finnes også data som viser at en økt aktivitet i hypofysen – hypothalamus – binyrebarken kan være en sårbarhetsfaktor for depresjon (Lauer et al. 1998).

2.4 Hva kjennetegner sykdomsbildet?

Leger som har omfattende erfaring med utmattingsyndrom beskriver et relativt typisk sykdomsbilde hos pasienten. Beskrivelsene stemmer også med den forskning Ulla-Britt Eriksson har gjort med bakgrunn i 32 dybdeintervju med langtidssykemeldte med utmattingsyndrom (Eriksson, 2003). Det er mye som tyder på at symptomene har utviklet seg over flere år, men dette varierer fra pasient til pasient. Først kommer trøtthet og søvnforstyrrelser, som kan komme og gå og variere i intensitet i flere år. Irritabilitet og urolighet kjennetegner disse pasientene, og for mange stiger sigarett- og alkoholkonsumet. En økende ulyst for arbeidet og de krav som ligger der preger en. Etter hvert får en kroppslige symptomer som hodeverk, verk i muskulaturen, urolig tarm og overfølsomhet for lyd. Søvnforstyrrelsene tiltar og mange pasienter våkner trøtte.

All energi går med til å klare arbeidet. Familieliv og fritidsaktiviteter kommer i andre rekke. Suksessivt komme nedstemthet, konsentrasjons- og hukommelsessvikt. Pasienten kan rammes av panikkangst, som gjør at en gjerne må søke akutt legehjelp. Kombinasjonen av tiltagende fokusering på arbeidet og minkende engasjement i forhold til det som foregår utenfor arbeidet, inklusivt egen familie, og samtidig utvikling av

spenningssymptomer og depresjon, ligger bak betegnelsen ”utmattingsspiralen” (Sosialstyrelsen, 2003).

Søvn spiller en svært viktig rolle for opprettholdelse av balanse (Moldofsky, 1995). Mange pasienter opplever at de sover 12-15 timer pr døgn i flere uker etter at en er blitt sykemeldt. Det er vanlig med en sterk aversjon mot arbeidsgiver på dette stadiet og pasienter forteller om krenkninger og konflikter på arbeidsplassen. Utvikling av en følelse av utmattelse og overbelastning, økende kynisme overfor jobben og arbeidsoppgavene, samt en følelse av nedsatt effektivitet, er vanlig. Mange studier påpeker at utbrenthet er en resultatet av en langvarig prosess (Roness og Matthisen, 2002). I en bedringsprosess øker velvære langsomt over tid, og det kan i verste fall ta et par år før pasienten kan gå tilbake til arbeidet. Mange velger en annen livsstil og annet yrke etter et slikt sykdomsforløp. Pasienter som kommer raskt i gang med fysiske trening synes å komme seg raskere.

Forskning viser videre at personer med menneskekontakt er en svært utsatt gruppe (Maslach et al 2001). Et inntrykk er at det er ambisiøse personer som satser hardt på sitt arbeid som rammes, og at en bygger sin selvfølelse på sine arbeidsprestasjoner (Hallsten, 1993, 2002). Det har gjerne vært en vanlig oppfatning i arbeidslivet at kilden til utbrenthet ligger hos individet, og at det er et personlig ansvar å løse problemet. Men all forskning indikerer at arbeidsmiljøet spiller størst rolle.

2.5 Hvordan studere utbrenthet?

Siden man i liten grad har kliniske funn å forholde seg til og fenomenet er svært omstridt, finnes det heller ikke objektive tester som kan måle utbrenthet. Derimot finnes det etter hvert en del testbatterier som er blitt benyttet i større spørreskjemakartlegginger for å identifisere risikoindikatorer på utbrenthet. Felles for disse verktøyene eller indikatorene er at de kartlegger individets egen oppfatning av det som på engelsk kalles ”exhaustion”, som kan oversettes til utmattelse. Det betyr at en stiller spørsmål om i hvilken grad de selv føler seg utmattet, altså et subjektivt mål som en i forskningssammenheng bør behandle med forsiktighet. De har i all hovedsak blitt benyttet i sammenheng med kartlegging av arbeidsrelaterte risikofaktorer, i.e. psykososialt arbeidsmiljø. Vi vil her kort gå gjennom noen av disse kartleggingsverktøyene:

Maslachs Burnout Inventory (MBI) er den mest brukte indikatoren på utbrenthet. MBI ble utviklet for å kunne måle utbrenthet i menneskeorienterte yrker, som helse, omsorgsarbeid og undervisning. MBI operasjonaliserer utbrenthet som et tredimensjonalt begrep med tre kjernekomponenter: (1) opplevelsen av økt emosjonell utmattelse, (2) distansering fra arbeidet og (3) negativ evaluering av egne prestasjoner. Maslach mente at mennesker i emosjonelt krevende yrker var særlig disponert for utbrenthet (Maslach et al., 2001). MBI er i senere tid også tilpasset andre yrkesgrupper og blitt til MBI-GS (GS=general survey). Resultater har imidlertid vist at utbrenthet forekommer også i profesjoner og yrker hvor man ikke arbeider med mennesker direkte (Maslach et al., 2001; Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Utbrenthet forekommer for eksempel hos idrettsutøvere, i tekniske yrker og hos studenter (Ørbo et al 2005).

Burnout measure (BM) ble utviklet av Pines og Aronson (Borritz 2006) Den består av 21 spørsmål langs dimensjonene fysisk, mental og emosjonell utmatting (Borritz 2006). Dette er en skala som kan brukes av alle uavhengig om de står i eller utenfor arbeidsstyrken.

En annen skala som har blitt utviklet de siste årene er *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen et al 2005). Dette verktøyet er utviklet i Danmark. Utgangspunktet for å utvikle dette instrumentet var en kritikk mot MBI; 1) Verktøyet var for langt og upassende i en dansk kontekst, 2) det var begrenset til klientarbeid, og 3) og spørsmålene spør både om forhold som handler om mestring og konsekvenser, altså ikke bare utmattelse i seg selv. De tre skalaene i CBI består derfor av tre mål på "exhaustion", der det skilles mellom personlig utbrenthet, arbeidsrelatert utbrenthet og klientrelatert utbrenthet (Borritz et al 2005).

CBI ble publisert i *Work and Stress* i juli 2005. Artikkelen inneholder en sterk kritikk av MBI med utgangspunkt i de tre nevnte punktene. Dette resulterte i motartikkel fra Schaufeli & Taris (2005) i samme tidsskrift. Det synes som om det er det teoretiske grunnlaget for forståelsen av burnout som er stridens kjerne. Vi har tidligere påpekt at utbrenthet og forståelsen av begrepet er uklart og omstridt. Vi ser igjen at dette får følger for hvordan vi kartlegger fenomenet. Ulike miljøer har ulik forståelse og ulik praksis, og dermed så kan man være usikker på hva som faktisk måles. Et annet moment er at ulike begreper forstås forskjellig i de ulike landene, og her kan det være store forskjeller mellom for eksempel amerikansk og skandinavisk tradisjon.

3 Utbrenthet i et arbeids- og familieperspektiv

En sentral konklusjon i forskningen er at utbrenthet utgjør en betydelig mental helserisiko, og at dette kan gi betydelig påvirkning både for individets familie- og arbeidsliv. I denne delen av rapporten vil vi først drøfte mulige sammenhenger mellom stress, helse og utbrenthet, før vi presenterer forskningsfunn om sammenhengene mellom utbrenthet og henholdsvis arbeids- og familieliv.

3.1 Stress, helse og utbrenthet

Koblingen mellom stress og helse står sentralt i litteraturen om utbrenthet. De individuelle stressdimensjonen av utbrenthet er, som vi har diskutert nærmere i andre deler av rapporten, utmattelse med ulike fysiske stresssymptomer som hodepine, muskel- og skjellettplager, søvnforstyrrelser m.m. Utbrenthet har også blitt koblet til depresjon, men denne sammenhengen er mer omdiskutert. En vanlig antagelse i litteraturen er at utbrenthet fører til mental dysfunksjon, som slår ut i depresjon, angst og dårlig selvtillit (Maslach & Leiter, 2005).

3.2 Utbrenthet i arbeidslivet - konsekvenser

Med store kostnader for både ansatte og organisasjoner, er den økte forekomsten av utbrenthet et svært aktuelt tema i arbeidslivet. Når det gjelder arbeidsrelaterte årsaker til utbrenthet er det som er blitt gjort av forskning forslått delt inn i tre historiske faser (Borritz, 2006):

Fase I er fra 1970 til midten av 80-tallet. Det som beskriver denne fasen er case-historier, der flere "teorier" om årsaker til utbrenthet ble lagt fram. Disse var relatert til individfaktorer ("overcommitment", forventinger), mellommenneskelige faktorer (ubalanse mellom ressurser og klientenes krav), resultat av emosjonelt arbeid og organisatoriske faktorer.

Fase II strekker seg fra midten av 80-tallet til slutten av 90-tallet. I løpet av denne perioden ble det utført mer enn tusen studier av utbrenthet. De fleste av dem var tverrsnittsstudier og viste ikke årsakssammenhenger. En metaanalyse viste at emosjonelt arbeid i kombinasjon med organisatoriske problemer var assosiert med høy grad av utbrenthet.

Fase III regnes fra 1990 og fram til i dag, hvor det ble utført et økende antall av longitudinelle studier. Hovedfunn i disse studiene viste at høy arbeidsbelastning, høye emosjonelle krav, og ubalanse mellom krav i jobben, kontroll og støtte, predikerer følelsesmessig utmattelse (Borritz, 2006). En kan i liten grad si noe om kvaliteten på disse studiene og det gjør sammenhengene også usikre. På slutten av 90-tallet snakker en om "job burnout" (Miller, 2001).

Mye av arbeidet på utbrenthetsfenomenet de siste tiårene viser til organisatoriske risikofaktorer på tvers av yrker og land. Christina Maslach er den av forskerne som konkluderer med at kjennetegn ved arbeidsplassen sier mer om utbrenthet enn for eksempel personlighetstrekk. Hun er blant dem som påpeker en mulig sammenheng

eller interaksjon mellom personlighet og jobbsituasjon – et ”både og”, der en ”mismatch” mellom individet og organisasjonen øker sannsynligheten for utbrenthet.

De samfunnsøkonomiske og personlige kostnadene ved utbrenthet er store. Forskning har påvist at jobbrelatert stress er relatert til både redusert arbeidsinnsats, problemer med familierelasjonene og dårlig helse (Sauter & Murphy, 1995). Studier av utbrenthet viser resultater i samme retning. Utbrenthet blir gjerne assosiert med ulike former for negativ respons i forhold til jobben, for eksempel misnøye, liten grad av forpliktelse overfor organisasjonen, fravær, tanker om oppsigelse og turnover (se Schaufeli & Enzmann, 1998, for en oversikt). Utbrenthet kan også ha en ”smitteeffekt” i organisasjonen og spre seg gjennom uformell interaksjon på jobben (Maslach, 2005). Satt på spissen kan ansatte som lider av utbrenthet ende opp med redusert arbeidsinnsats, ha høyt fravær, og tidligere avslutning av arbeidsforholdet enn friske arbeidstakere.

Hva er så de organisasjonsmessige risikofaktorene for utbrenthet? En oversikts- eller reviewartikkel over forskningen fremhever seks problemområder (Maslach & Leiter, 1999): (1) overbelastning (work overload), (2) kontroll, (3) sosial støtte og interpersonlige konflikter, (4) likhet og sosial rettferdighet, samt (5) verdier. For det første: Overbelastning presenteres som den enkelt sett viktigste predikatoren langs utmattelsesdimensjonen av utbrenthet. Personer som rapporterer overbelastning på jobb, opplever ofte en ubalanse mellom arbeid- og familieliv. Mangel på kontroll er den nest viktigste; det er en klar sammenheng mellom mangel på kontroll og følelsen av stress og utbrenthet. Manglende belønning er et tredje viktig område. Umiddelbart tenker man her på lønn, men faktisk er oftest anerkjennelse – å ”bli sett” – identifisert som den viktigste ”belønningen”. Det fjerde området viser til forholdene mellom personene på arbeidsplassen; når disse relasjonene mangler støtte og tillit, og fremmer negativ konkurranse og fiendtlighet, har man en kulturell utfordring i organisasjonen som i sin ytterste konsekvens kan føre til stress og utbrenthet. Som et femte, men mindre utforsket område, viser litteraturen til sammenhengen mellom ansattes (manglende) følelse av å bli rettferdig behandlet og utbrenthet. Og selv om få studier fokuserer på innflytelsen av verdier på utbrenthet, tyder noen studier på at verdikonflikter kan oppstå når det eksisterer et stort sprik mellom personlig og organisasjonsmessige verdier. Hvis arbeidere opplever en slik ”mismatch” over tid, kan det føre til utbrenthet. (Maslach, 2005).

Innledende forskning bekrefter videre at det er sammenheng mellom de ulike seks områdene på en kompleks og konsistent måte, men konkluderer at ytterligere innsats er nødvendig for å finne frem eksempelvis til individuelle forskjeller og ulik vektning av områdene – forskjeller som kan være knyttet til personlighet, men som også kan være relatert til familiesituasjon og livsfase.

Forskningen på forholdet utbrenthet og arbeidslivet synes særlig konsentrert om et knippe yrkesgrupper; helse- og omsorgsarbeidere (særlig sykepleiere), lærere og ansatte i politietaten. Den åpenbare årsaken til dette er at disse yrkesgruppene er utsatt; med krevende medmenneskelig kontakt (klienter, elever, kriminelle) og overhyppighet av negative tilbakemeldinger. Det var og i helsevesenet man først identifiserte utbrenthet. Mangelen på tverrsektorielle, komparative studier og populasjonsstudier gjør det både

vanskelig å generalisere funnene til andre yrkesgrupper, og å spesifisere kunnskapen i henhold til det mangfoldet av familietyper og livsstiler som vi finner i dagens samfunn.

Arbeidene med fokus på forholdet mellom arbeid og utbrenthet kan med andre ord kritiseres for å ha et noe ensidig fokus på visse yrkesgrupper, noe som medfører at vi vet lite om utbredelse, hvem det faktisk rammer og at en bare ser på de faktorene som de som har typiske serviceyrker rammes av. Hva med alle de andre bransjene der vi antar at utbrenthet forekommer? SINTEF Teknologiledelse har gjennomført en studie på arbeidsmiljø og utbrenthet i prosjektorganisasjoner (Onsøyen et al. 2002). Undersøkelsen viser at årsaken til utbrenthet kan ligge i samvirke mellom personlige faktorer (personlighet, evner og egenskaper), jobbrelaterte forhold (arbeidsmiljø, kunder, ledelse og organisering) og private forhold (omsorgsansvar, samlivsform eller sykdom). Videre har relativt få undersøkelser sett på sammenhengen mellom arbeidssituasjon på ett tidspunkt, og arbeidstakers følelser og holdninger på et senere tidspunkt (Roness og Matthisen, 2002). De fleste forskere har gjort oppfølginger etter bare noen måneders mellomrom, og gir derfor ikke inngående nok kunnskap om utbrenthet som den langvarige prosessen vi vet den er.

3.3 Utbrenthet og familielivet

Mens mye forskning er konsentrert om forholdet mellom arbeidsmiljø og utbrenthet, har relativt lite oppmerksomhet vært rettet mot hvordan utbrenthet påvirker livet hjemme. Hvordan arbeid påvirker livet og livskvaliteten til foreldre og barn er i det hele tatt et relativt utforsket tema (Schneider & Waite, 2005). Gjennomgående funn er imidlertid at mange foreldre opplever konflikt mellom arbeid og familie, og at når konfliktene oppstår, er det mest sannsynlig familien som lider.

De studiene som finnes på temaet har imidlertid funnet en relativt konsistent ”spillover effekt”. Med ”spillover effekt” mener vi at stress opplevd på en arena i livet (for eksempel jobb) overføres til en annen arena i livet (for eksempel hjem). Vi tenker oss da at arbeidere som opplevde utbrenthet ble beskrevet på en mer negativ måte enn andre, og selv rapporterte de at jobben hadde en negativ innvirkning på familien og at de var relativt lite tilfreds med ekteskapet sitt (Burke & Greenglass, 2001).

To konklusjoner går igjen i de tidlige publikasjoner innenfor denne tradisjonen. For det første fant man at familier med utbrente medlemmer rapporterte økt følelsesmessig ustabilitet i hjemmet. Ansatte som opplever utmattelse, kynisme og ineffektivitet viste seg å tendere til å ta følelsesmessig sinne, fiendtlighet og frustrasjon hjem. De ble lettere oppskaket av avbrytelser, og seriøse krangler og konflikter dominerte over hverdagslige hendelser i hjemmet. For det andre rapporterte familiemedlemmene at det utbrente familiemedlemmet selv valgte isolasjon og tilbaketrekking fremfor sosiale situasjoner i familiesettingen. Den berørte personen foretrakk ofte å trekke seg bort fra folk i perioder, være i stillhet og ikke konfrontere problemer.

Det er en gjennomgående følelse blant familier hvor en voksen lider av utbrenthetssyndrom, at ”familien lever på jobb”, nettopp fordi denne personen ikke er tilgjengelig verken fysisk eller følelsesmessig – eller at vedkommende faktisk er på reise eller arbeider mye.

3.4 Kulturelle/strukturelle forhold i arbeidslivet

I en samlet modell for å forstå utviklingen av utbrenthet, må en også inkludere mer generelle karakteristika ved det moderne arbeidslivet. Vi vil her trekke fram fire perspektiver på slike utviklingstrekk, hentet fra arbeidslivsforskningslitteratur som ikke spesifikt handler om utbrenthet.

3.4.1 Økt intensitet

Vår arbeidslivskultur bærer i økende grad preg av et hektisk arbeidstempo og omfattende krav til kvalitet på utført arbeid. Dette er krav som oftest forbindes med yrker og arbeidsplasser som i utgangspunktet skulle være de beste i forhold til både arbeidsmiljø og muligheter for vekst og utvikling. Det er først de siste årene en har blitt opptatt av at også slike arbeidsplasser kan innebære en risiko for store helsebelastninger.

Docherty et.al (2002) mener det er økt intensitet i arbeidet som er den største trusselen mot helsen på slike arbeidsplasser. Mye av den økte intensiteten kommer fra kravene om høyere produktivitet og økte kunde/bruker-krav. Men Kira i Docherty et.al bruker også begrepet selv-intensivering for å peke på hvordan de krav og ønsker som den ansatte selv legger i sin egen arbeidsutførelse, fører til et mer intensivt arbeid.

På den annen side er mange av de tradisjonelle formelle begrensningene på den enkeltes arbeidsutførelse fjernet, så som avgrensninger i forhold til definert arbeidstid, sted, og oppgaver. Selvledelse og fleksibilitet er blitt de nye begrepene for den ideelle arbeidsorganisasjonen. I samme retning trekker kravet om kontinuerlig læring og forbedring, der intensiteten i endringsprosessene er blitt stadig sterkere.

3.4.2 ”Honningfella” og den felles arbeidskulturen

Björg Åse Sørensen (se for eksempel Sørensen 2002) var den første i Norge som tok i bruk begrepet ”honningfella” for å beskrive hvorfor moderne arbeidstakere av tilsynelatende fri vilje går inn i arbeidssituasjoner preget av store belastninger. Ved å tilby store muligheter for utvikling og selvrealisering trenger ikke arbeidsgiveren å bruke de tradisjonelle formelle arbeidskrav-virkemidlene for å få folk til å arbeide mer intenst og fleksibelt, og gå med på kontinuerlige endringer. De kravene stiller de ansatte til seg selv.

Men i denne beskrivelsen har vi en tendens til å framstille de ansatte som individuelle jegere etter spennende arbeidsoppgaver, individuell utvikling og karriere. Dermed er det også lett å ty til forenklete botemidler som ”hvordan du kan lære deg å si nei” og hvordan du kan lære deg å mestre stress. Problemet er at vi ikke går i våre individuelle honningfeller, men at det utvikles arbeidskulturer preget av de samme motivene for innsats, omstilling og utvikling. For å sette det på spissen; hvordan kan jeg lære meg å si nei om alle rundt meg sier ja? Kollegiale fellesskap utvikles i forhold til felles arbeidskulturelle verdier, normer og forventninger om hva som er både rett og smart å gjøre for å oppnå felles og individuelle målsettinger med arbeidet. Selve meningen med arbeidet utvikles i samhandling med andre med de samme verdsettene (Nesvåg 2005).

3.4.3 Fragmentering og krav til fleksibilitet

Richard Sennet (1998 og 2004) har gitt sterke beskrivelser av hvilke konsekvenser de økte kravene til intensitet og fleksibilitet i det fragmenterte arbeidslivet, har for ikke bare de ansattes helse, men for hele deres karakter. Hans påstand er at mulighetene for å skape sammenheng og mening i livet ødelegges av kravene om stadige endringer i oppgaver, målformuleringer og relasjoner til andre. Selvbildet eller karakteren blir like fragmentert og grunn, som jobben og arbeidskulturen er blitt. Dette fører også til en sårbarhet i forhold til de belastninger som både jobben og livet ellers stiller oss overfor. Vi har ingen substans å møte belastningene med.

3.4.4 ”Bærekraftige arbeidssystem”

Docherty et.al (op.cit) tar i bruk begrepet ”bærekraftige arbeidssystem” i en drøfting av hva som må til for å kunne skape eller endre arbeidsplasser i en retning som ikke gir de negative effekter vi her er opptatt av. Begrepet ”bærekraftige system” er vel noe forslitt, men vi synes allikevel det kan peke på to vesentlige moment. For det første peker det på det faktum at ingen systemer, verken individer eller sosiale systemer, kan bestå uten at det er energioppbyggende prosesser som balanserer de energiutladende prosessene.

For det andre gir det oss grunn til å problematisere hva vi her skal mene med system. Docherty et.al mener altså at det er selve arbeidssystemet som må være bærekraftig. Det vil si at balansen mellom energitappende og energi-oppbyggende prosesser må være i balanse innenfor selve arbeidssystemet. Dette må vel i stor grad sies å være i strid med hele vår arbeidskultur der det tenkes at ferie og fritid på den private arena skal gi tilbake den energi som arbeidsplassen tapper oss for i arbeidstiden.

3.5 Oppsummering

Selv om utbrenthet tilsynelatende øker i omfang, er det tydelig at mange mennesker har lært seg og evner å kombinere arbeid og familie på måter som er gjensidig støttende, og har bidratt til å skape et arbeidsmiljø og en policy som kjennetegnes av positiv gjensidighet mellom disse to livssfærene. Det er viktig å understreke, som Schneider og Waite (2005), at arbeidende foreldre trives med arbeidet sitt når det er engasjerende, involverer en høy grad av autonomi og gir dem en følelse av sikkerhet. Disse positive erfaringene er og noe mange overfører til hjemmesfæren – med positiv effekt på den mentale helsen.

Oppsummert peker forskningen på utbrenthetsfenomenet – hva som forårsaker det og hvilke effekter det har – på et viktig sluttresultat med tanke på tilpasningen mellom arbeid og familie: De tilsynelatende enkle råd er at ansatte trenger å ha en viss grad av valg og kontroll over hvordan de håndterer arbeidsmengden, å føle seg sett, støttet og anerkjent (Maslach, 2005). Utbrenthet sies å kunne bli forebygget gjennom å bygge opp arbeidsplasser som engasjerer de ansatte, der de ansatte kan gjøre valg i henhold til personlige egenskaper. Resultatet av passende tiltak på arbeidsplassen kan være friskere ansatte, lykkeligere familier og mer produktive organisasjoner.

4 Hvilke behandlingstilbud finnes og hva skal det inneholde?

4.1 Dagens behandlingstilbud

Dagens behandlingstilbud for mennesker med utbrenthet er svært fragmentert i Norge. Vi har ingen institusjon som har et spesialisert eller spesielt tilrettelagt behandlings- eller rehabiliteringstilbud til denne gruppen pasienter. Dermed er pasientene henvist til de ordinære somatiske eller psykiatriske helsetilbudene for å få hjelp. Innen somatikken vil særlig tilbudene innen nevrologi være de mest aktuelle, men også en rekke andre spesialiteter vil kunne komme inn i bildet, alt etter hvilke somatiske symptomer og følgetilstander som er mest framtrædende.

Innenfor psykiatrien er svært mye av behandlingsskapasiteten rettet mot de alvorlige tilstandene med psykose eller personlighetsforstyrrelse. Denne delen av det spesialiserte hjelpeapparatet vil dermed primært bli aktuelt ved svært alvorlige angst og depresjonstilstander i tilknytning til utbrentheten. Ut over dette er det nok mest primærlegen og eventuelt privatpraktiserende psykologer og psykiatere som er det mest aktuelle behandlingstilbudet for denne gruppen. Sett i forhold til hvilke elementer som internasjonal ekspertise mener bør inngå i behandlingstilbudet for denne pasientgruppen, er det langt fra tilfredsstillende.

4.2 Perspektiver på behandling

Hvordan en legger opp behandlingstilbudet er styrt av hvordan en forstår og definerer utbrenthet. Som vi har vist tidligere i rapporten, ble utbrenthet først og fremst sett på som individets private problem. Christine Maslach derimot ser på utbrenthet som et bedriftsproblem, kanskje dagens alvorligste arbeidsmiljøproblem. Hun har kommet fram til at for stor arbeidsbelastning er det mest åpenbare tilpasningsproblemet. En må gjøre alt for mye, på altfor kort tid med altfor små ressurser (eks. nedbemanning; arbeidstempoet må økes for at færre skal kunne utføre samme jobb på samme tid). Det økte tempoet har negativ innvirkning på arbeidets kvalitet, bryter opp relasjonene mellom arbeidskamerater, setter en stopper for kreativiteten og starter utbrenningsprosessen.

Men de tre symptomene i utbrenthet som hun bruker, kan kreve ulik behandling eller intervensjonsstrategi, fordi de er forankret i ulike psykologiske prosesser (Lendell, Witt & Schroeder, 1992). At utbrenthet defineres med tre relativt uavhengige komponenter, har betydning for måten vi forstår syndromet. Dette bør få konsekvenser for både forbygging og behandling av utbrenthet. Om det skyldes emosjonell utmatting, kynisme eller lav subjektiv oppfattelse av mestring, vil ulike tiltak ha forskjellig effekt.

Store forandringer i arbeidslivet, som nedbemanning, og store omorganiseringer som har resultert i økt arbeidsbyrde, angis av flere syke som den viktigste årsaken til økt sykefravær. Andre forklaringer er endret holdning til arbeid og sykefravær, og andre prioriteringer mellom arbeid og fritid. Endrede livsvilkår og økt informasjonstetthet kan også forklare utviklingen i sykefraværet. I USA oppmuntrer legene til å fange opp

pasienter og sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, mens vi fremdeles synes det er syting, innbilning og dulling, for på den måten kunne hindre en langvarig sykemelding.

Den ”urgamle” regelen; åtte timers arbeid, åtte timers fritid og åtte timers søvn, er en klok og slitesterk livsvisdom som ikke lenger etterleves. Ulike mennesker har ulik grad av motstandskraft. Genetiske faktorer, oppvekstmiljø, følelsen av å måtte prestere virker inn. Mange langtidssykemeldte med utmattingsyndrom er lojale og hardt arbeidende personer som ofte oppfattes som meget verdifulle medarbeidere på arbeidsplassen. En arbeidskultur som ikke setter noen grenser for den enkeltes innsats, men heller gir både formell og uformell belønning til den som heller ikke setter noen grenser for seg selv, har ikke innebygget den ”bærekraft” som både bedriften og den ansatte er avhengig av for å kunne balansere de energioppbyggende og energiuttappende prosessene.

4.3 Elementer i behandlingstilbudet

I rapporten som er utarbeidet for Socialstyrelsen i Sverige (2003), sies det at følgende elementer bør være en del av behandlingstilbudet for pasienter med utmattingsyndrom:

- Utløsende stressfaktorer identifiseres, og en lager en tiltaksplan sammen med pasienten så fort som mulig
- Rådgivning vedrørende egenverd bør inkludere informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, matvaner og søvnvaner
- Tilby psykoterapi, som også kan gis i grupper
- Vitenskapelig evidens for positiv effekt av antidepressiv behandling finnes ikke for utmattingsyndrom, men en slik behandling kan prøves på pasienter med framtreddende affektive symptomer
- Pasienter med depresjon eller dystymi behandles ut fra vanlige prinsipper – serotonin, antidepressiver eller psykoterapi
- Trening i avspenning, søvn trening, stresshåndtering og fysiske trening kan være viktige deler av et behandlingsprogram
- Rehabilitering til arbeidet bør settes i gang så fort pasienten kommer ut av den mest akutte fasen
- Sykefraværets lengde må tilpasses individuelt og relateres til situasjonen på pasientens arbeidsplass. I noen tilfeller kan det være slik at konflikter på arbeidsplassen, gjør at en ikke skal gå tilbake til sin opprinnelige arbeidsplass. I slike tilfeller bør rehabilitering være å bytte arbeidsoppgaver eller arbeidsplass.
- Det er ikke rasjonelt å sykemelde pasienter med utmattingsyndrom under lengre perioder uten at det gjennomføres en arbeidsanalyse og at en lager en rehabiliteringsplan.
- Et velfungerende helsesystem har stor betydning i rehabiliteringsarbeidet.

Erfaring viser at utmattingsyndrom ofte tenderer til å bli langvarig. Om dette skyldes tilstanden i seg selv eller om det er dårlig behandling og rehabilitering eller om det er

arbeidssituasjonen som gjør det er ikke kjent. Mange pasienter klager over langvarig økt stressfølelse også etter at en har gått tilbake i arbeid.

5 Konklusjon

Vi aksepterer sammenbrudd som følge av kroppslig slitasje, men har fortsatt vondt for å forstå at også tankearbeid og følelsesmessige påkjenninger kan utgjøre en overmektig belastning. Et spørsmål en kan stille seg er om en kan tenke til en stuper?

Færre medarbeidere skal i dagens bedriftsledelsesklimate rekke og orke mer, og grensen mellom arbeid og fritid viskes stadig mer ut. Folkesykdommene stress og utbrenthet har dukket opp som nye arbeidsmiljøproblemer. Utbrenthet i arbeidslivet kan beskrives som en parallell til *eksperimentet med den kokte frosken*: Hvis man øker temperaturen langsom nok, merker ikke frosken at den blir kokt. Det er mye som taler for at dagens arbeidsliv er fullt av halvkokte frosker.

Helse er ikke bare fravær av sykdom og problemer. Det er også fysisk, mentalt og sosialt velvære. De ansatte trives, blir værende og jobber effektivt i foretak med god etikk og moral. Folk trives der en har et felles verdigrunnlag, og der ledelsen har et langsiktig perspektiv på sin virksomhet. "Nøkkeltall" for vellykkede foretak kan være; lavere stressnivå, større jobbtilfredshet, sterkere lojalitet til organisasjonen, mindre sykefravær, ønske om å bli værende i foretaket, lavere ulykkesfrekvens, bedre forhold til ledelsen, færre arbeidsrettslige tvister.

Det diskuteres også om det er meningsfullt å snakke om utbrenthet som følge av for eksempel familiesituasjonen.

Den hverdagslige oppfatningen av utbrenthet tilsier at man blir utbrent først etter flere år med opplevd "efficacy", engasjement og hardt arbeid. Man sier gjerne at man må "brenne" for å bli utbrent. Resultater fra en studie gjennomført på studenter viser tvert i mot. Den viser at engasjement er uavhengig av de viktige utbrenthetssymptomer som emosjonell utmattelse og distansering fra arbeidet (Ørbo, Aslaksen & Vittersø, 2005). Selv om utvalget består av unge studenter, er det interessante funn som bør studeres nærmere.

I det nye arbeidslivet blir det viktig å forstå den unge generasjonen som er på vei inn i arbeidslivet. I en holdningsundersøkelse utført av The European Graduate Survey i slutten av 90-årene ble unge økonomi- og teknologistudenter fra 13 land spurt om hvordan de så på sin framtidige karriere. De ønsker seg en kontinuerlig pågående læreprosess der den røde tråden er personlig utvikling. Egenutvikling og stimulerende arbeidsoppgaver anses som det viktigste.

Det blir viktig å finne måter å organisere arbeidet på som menneskene kan leve med; et forsvarlig arbeidsliv. Gjør vi ikke det, kommer ingen av oss til å orke å jobbe fram til pensjonsalder. Vi har gått over fra muskelarbeid til å arbeide med hjernen. Nå lever vi i "hjernealderen", og det krever en annen organisering. Vi må lære oss å ta vare på hjernen vår, slik ergonomien i dag lærer oss å ta vare på skjelettet og musklene våre. Den som er trøtt i hjernen får sin søvn forstyrret, da blir produksjonsutbyttet dårlig og restitusjonen ufullstendig. Å ha tid til refleksjon er hjernens viktigste rekreasjonsmetode.

6 Referanser

- Borritz, M. (2006). Burnout in human service work – causes and consequences. PhD Thesis. National Institute of Occupational Health, Denmark.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*. 6(4):12-24.
- Burke, R.J., and E.R. Greenglass. 1989. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health*, 16, 83-94.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- Cho HJ, Skowera A, Cleare A, Wessely S (2006). Chronic fatigue syndrome: an update focusing on phenomenology and pathophysiology. *Current opinion in psychiatry* 19 (1) 67-73.
- Docherty, P. et.al red. (2002). *Creating Sustainable Work Systems*. London: Routledge
- Dierendonck, D.V., Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*. 83 (3), 392-407.
- Edelwich, J. Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Eriksson U-B, Starrin, B., Janson, S. (2003). *Utbränd och emotionellt utmärglad: en närstudie om arbetsliv och sjukskrivning*. Lund: Studentlitteratur.
- Evengard B, Jacks A, Pedersen NL, Sullivan PF (2005). The epidemiology of chronic fatigue in the Swedish twin registry. *Psychological medicine*. 35 (9) 1317-1326.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30, 159-207.
- Furberg H, Olarte M, Afari N, Goldbawrg J, Buchwald D, Sullivan PF (2005). The prevalence of self-reported chronic fatigue in a US twin registry. *Journal of psychosomatic research*. 59 (5) 283-290.
- Glass, D.C., McKnight, J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health*. 11(1):23-48.
- Goodyer, I.M., Tamplin, A., Herbert, J. Altham, P.M. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *Br J Psychiatry*. 177(6):499-504.
- Hallsten, L. Burning out: A framework. In: Schaufeli, Wilmar B. (Ed); Maslach, Christina (Ed); m.fl. (1993). *Professional burnout: Recent development in theory and research*. Series in applied psychology: Social issues and questions. (pp. 95-113).xii, 299pp.; 1993.
- Hallsten L, Bellaagh K, Gustafson K. *Utbränning i Sverige – en populasjonstudie*. *Arbete och Hälsa* nr 2002:6.

- Harris, T.O., Borsanyi, S., Messari, S., Stanford, K., Brown, G.W., Cleary, S.E., m.fl. Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *Br J Psychiatry*. 177(6):505-510.
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB 2005. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work and stress* 19 (3) 192-207.
- Lauer, C.J., Schreiber, W., Modell, S., Holsboer, F., Krieg, J.C. (1998). The Munich vulnerability study on affective disorders: overview of the cross-sectional observations at index investigation. *J Psychiatr Res* 32(6):393-401.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Hum Behav*. 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout, Professional burnout. *Recent developments in theory and research (1-16)*. Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Leiter, MP. (1999). Sanningen om utbrändhet: hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det. Stockholm: Natur och Kultur.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory. Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews Psychology*. 52 (1), 397-422.
- Maslach, C. 2005. Understanding Burnout: Work and Family Issues. I Halpern, D.F. og S.E. Murphy. *From Work-Family Balance to Work-Family Interaction*. New Jersey: Laurence Erlbaum Ass.
- Miller, M. (2001). Fra Utmattelse til hjernesnell – om utbrenthet i arbeidslivet. Tiden Norsk Forlag.
- Moldofsky, H. (1995). Sleep and the immune system. *Int J Immunopharmacol*. 17(8):649-654.
- Nesvåg, S. (2005). Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv. RF 2005: 255
- Onsøyen, L.E., Røstad, C.C., Andersen, M.V., Ranes, M., Andersen, B. (2002). Arbeidsmiljø og utbrenthet i prosjektorganisasjoner – Læring i arbeidslivet – erfaringsoverføring mellom prosjekter. Norsk senter for prosjektledelse (NSP).
- Pines AM, Aronson E & Kafry D (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New your: The free press.
- Pines AM., Aronson E. (1983). Combatting burnout. *Children & Youth Services Review*. 5(3):263-275.
- Priins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G (2006). Chronic fatigue syndrome. *The Lancet* 367. 345-355.

- Ranjith G (2005). Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational medicine*. 55 (1). 13-19.
- Roness, A., og S.B. Matthisen (2002). *Utbrent: levende jobber – gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sauter, S.L. og L.R. Murphy. 1995. *Organizational risk factors for job stress*. Washington D.C.: APA.
- Schaufeli, W.B. og Enzmann, D. 1998. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schneider, B. og Waite, L.J. 2005. *Being Together, Working Apart*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sennett, R. (1998): *The Corrosion of Character*. New York: Norton
- Sennett, R. (2004): *Respect in a World of Inequality*. New York: Norton
- Sørensen, B.Å. (2002): *Det grådige arbeidslivet*. i: Ronnes, A. & Mathiesen, S.B. (red): *Utbrent: krevende jobber - gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*.
- Trygdestatistisk årbok (2005).
- Ørbo, M.C., Aslaksen, P.M., Vittersø, J. (2005). *Utbrenthet. Må man ha brent for å brenne ut? Validering og predikering av utbrenthet blant norske studenter*. *Nordisk psykologi*. 57 (4) 417-434.

Vedlegg

Diagnostiske kriterier for utmattingssyndrom (Socialstyrelsen, 2003):

Samtlige kriterier som betegnes med stor bokstav må være oppfylt for at diagnosen skal kunne stilles.

- A. Fysiske og psykiske symptom på utmatting i minst to uker. Symptomene har blitt utviklet som følge av en eller flere identifiserbare stressfaktorer som har foreligget i minst seks måneder.
- B. Påtagelig mangel på psykisk energi dominerer bildet, som viser seg i redusert foretaksomhet, redusert utholdenhet eller forlenget innhentingstid i sammenheng med psykisk belastning.
- C. Minst fire av følgende symptomer har vært der stort sett hver dag i en to-ukers periode:
 - a. Konsentrasjonsvansker eller hukommelsestap
 - b. Påtagelig nedsatt evne til å håndtere krav eller tidspress
 - c. Følelsesmessig labilitet eller irritabilitet
 - d. Søvnforstyrrelser
 - e. Påtagelig kroppslig svakhet eller trøtthet
 - f. Fysiske symptom som verk, brystmerter, hjerteklapp, mage-tarm problemer eller følsomhet overfor lyd
- D. Symptomene fører til en klinisk signifikant lidelse eller redusert funksjon i arbeidet, sosialt eller på andre områder.
- E. Har ikke sin årsak i fysiologiske effekter av noen substans (eks. misbruk, medisiner) eller noen somatisk sykdom/skade (eks. hypothyreoidism, diabetes, infeksjonssykdom).
- F. Dersom kriteriene for egentlig depresjon, dystymi eller generalisert angstsyndrom samtidig er oppfylt, angis utmattingssyndrom bare som tilleggsspesifikasjon til den aktuelle diagnosen.