

Lätt skapa arbetsituationer som ökar risken för utbrändhet

■ Apropå Kerstin Ekbergs synpunkter på regeringens rehabiliteringssatsning samt referaten av Marie Åsbergs och Åsa Kadowakis synpunkter i Läkartidningen 40/2007 (sidorna 2852-3, 2854-7).

Till Ekbergs många kloka synpunkter vill jag peka på ytterligare några faktorer. Först fackets ofta destruktiva roll, där man till varje pris – i ovist nit att skydda medlemmen – vill hindra henne att säga upp sig från ett arbete som hon varken klarar eller ser någon framtid i, efter att en gång ha blivit utbränd i det jobbet. I till exempel en mobbnings-situation är ju en sådan hållning endast bidragande till ytterligare kris. Det är därför viktigt att företagsläkaren och kanske även andra rehabiliteringsaktörer har ett samarbete med facket i de företag han jobbar med.

Det är faktiskt inte så att det inte finns medicinsk grund eller i varje fall etisk grund för den ökade frekvensen långa sjukskrivningar för utmattningssyndrom de senaste tio åren. För övrigt är den etiska eller moraliska valören vid dessa tillstånd ofta framträdande. En uppenbar orsak till utbrändhet är ju de rationaliseringar och omorganisationer, ofta med dramatiska förändringar i yrkesroller, som skett under de senaste 10–20 åren.

I landstingen har sammanslagningar och personalminskningar eller bägge förändringarna samtidigt, lett till en för många ohanterlig vantrivsel och uppgivenhet. Ofta ser man sin roll i den nya organisationen som oförenlig med den arbetsmoral och den hänsyn till patienten som man varit så engagerad att bygga upp på sin arbetsplats eller i sitt arbetslag.

Exemplen kunde mångfaldigas genom att reflektera över kommunernas äldrevård och de förändringar som där

skett. Den samvetsgranna avdelningschefen/sjuksköterskan – som inte kan förlika sig med den försämrade informationen till anhöriga och den minskade tiden med de gamla som blivit följden av minskade personalresurser – kan bli den som efter hand använder mer och mer av sin fritid för att i arbetet försöka leva upp till sitt »gamla« kvalitetsideal. Efter några år är hon den som »går i väggen«.

Inte helt sällan är mobbning och utfrysning av denna typ av arbetare en orsak till utmattning. Olika organisationer, t ex skolor, har ju noterat dålig förmåga att handskas med just denna problematik. Den är ofta förbisedd i den terapeutiska situationen senare.

I landstingen får icke-medicinere en alltmer dominerande betydelse när det gäller långsiktig planering och organisa-

tion. Läkare blir alltmer kringskurna och mer sällan tillfrågade om vård och behandling i mer övergripande sammanhang. Det är därför föga förvånande att så många kollegor idag väljer att bli tidigt pensionerade.

Försäkringskassan lever sitt eget liv och väljer oftast att inte bekymra sig över vad behandlande läkare tycker. När detta fortgår kan även en läkare tappa motivationen och bli trött. Är det för att bli förbigången av medicinskt okunniga handläggare som man utbildat sig?

En annan orsak är ålder och naturligt åldrande: Många hårt och tungt arbetande kraftkarlar och dito kvinnor kommer i karriären fram till en punkt då krafterna faktiskt avtar, vid olika tidpunkt för olika människor. Man arbetar kanske på annan ort i t ex anläggningsarbete, förkortar sin

arbetsvecka genom att arbeta in fredagen genom att köra till kanske kl 20 måndag-torsdag, sitter i bilen och kör hem redan på torsdag kväll och kommer hem sent. Så går det i tio år, man gör en god insats och är uppskattad. En vacker dag, när man just fyllt 45, så går denna ordning inte längre, man orkar inte upp längre på morgonen osv ...

Mot bakgrund av dessa och andra faktorer har jag svårt att förstå att det skulle vara »lätt« att förebygga utmattningssyndrom, som Åsberg och Kadowaki tycks mena. Mina exempel visar snarare att det är »lätt« att skapa arbets-situationer där riskerna för utbrändhet kan öka!

Rolf Nilzén

företagsläkare och
anestesispecialist, smärtläkare,
Hudiksvall
rolf.nilzen@telia.com

Slutreplik om sorgen och sjukdomen

■ I Läkartidningen 38/2007 (sidorna 2713-4) tillskriver Greger Ahnlund mig »inställningen«, dvs åsikten, att sorg inte är någon sjukdom. Han har läst min kommentar till att Åke Åkesson förordat sjukskrivning av ett föräldrapar på grund av en nära anhörigs frånfalle.

Att sorg inte är en sjukdom är ett faktum, inte ett personligt ställningstagande. Djup sorg kan dock leda till personlig kris och depressiva sjukdomstillstånd, som det finns diagnoser och diagnosnummer för, vilket också Ahnlund påpekar.

Jag har inte, som Ahnlund påstår, hävdad »att bara den ena föräldern skulle drabbas«, men att den ena parten i en parrelation ofta har större möjligheter att klara av psykisk stress, och därför kan vara ett stöd för den andra parten.

Vad jag reagerade mot i Åkessons framställning var att han angav en familjesocial situation och inte en diagnos som grund för sjukskrivning.

Som intygsskrivande läkare är det vår uppgift att förse Försäkringskassan med medicinskt underlag för bedömningen av arbetsförmågan, dvs en eller flera diagnoser. Orsaken till patientens sjukdom eller skada angår egentligen inte Försäkringskassans tjänstemän, och omfattas i många fall av vår tystnadsplikt.

Jag håller helt med Ahnlund om att den intygsskrivande läkaren, inte patienten, i första hand bör kontaktas då sjukpenningrätten ifrågasätts. Kassen kan då få kompletterande upplysningar om den angivna sjukdomens eller skadans innebörd och bety-

delse för patientens arbetsoförmåga, under förutsättning att läkaren satt sig in i patientens arbetsförhållanden.

Ahnlund använder termen »sjukskrivande« läkare. Det var länge sedan läkaren var den som enväldigt sjukskrev. Numera är vi som medicinsk experter bara ett slags konsulter i Försäkringskassans utredning av patientens rätt till sjukpenning. Då gäller det att vi spelar den rollen med stringens, annars ökar risken för att våra ställningstaganden ifrågasätts.

Vi hjälper nog våra patienter bäst med en strikt medicinsk bedömning och en adekvat diagnos i de läkarintyg vi utfärdar.

Ulf Lindsjö

leg läkare, docent, Uppsala
ulf.lindsjo@hotmail.com