

# Stress og udbrændthed hos alment praktiserende læger er stigende

Anette Fischer Pedersen<sup>1</sup>, Christina Maar Andersen<sup>1</sup>, Frede Olesen<sup>2</sup> & Peter Vedsted<sup>1</sup>

Begrebet udbrændthed, oversat efter den engelske term *burnout*, blev introduceret af psykologen *Freudenberger* i 1974 og er bl.a. operationaliseret vha. The Maslach Burnout Inventory [1], som er anvendt i mere end 90% af de publicerede undersøgelser om udbrændthed [2]. Udbrændthed er her defineret ved tre aspekter: følelsesmæssig udmattelse, kynisme og reduceret personligt jobudbytte. Den følelsesmæssige udmattelse er bl.a. karakteriseret ved en følelse af udmattelse om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejdet. Kynismen er karakteriseret ved en følelse af ligegyldighed i forhold til, hvad der sker med patienterne. Det reducerede personlige jobudbytte er bl.a. kendetegnet ved en oplevelse af inkompetence i forhold til at håndtere patienternes problemer. En høj score på udmattelse og/eller kynisme betegnes ofte som en moderat grad af udbrændthed. Lavt personligt jobudbytte kombineret med høj grad af følelsesmæssig udmattelse og kynisme betegnes som svær udbrændthed. Nogle hævder, at udbrændthed er et stigende problem blandt læger og udgør en fare for patientsikkerheden [3]. Andre hævder derimod, at problemet er stærkt overdramatiseret [4].

På Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus gennemførte vi i 2004 og 2012 en undersøgelse af jobtrivsel blandt alle aktive alment praktiserende læger i hhv. Aarhus Amt og Region Midtjylland. De videnskabelige resultater herfra er publiceret andetsteds [5-7]. I denne artikel beskrives summarisk nogle af resultaterne, og disponerende, ætiologiske og behandlingsmæssige konsekvenser af udbrændthed diskuteres.

## UDBRÆNDTHED HOS ALMENT PRAKTISERENDE LÆGER

I internationale undersøgelser har man fundet forekomster af udbrændthed blandt alment praktiserende læger fra under 10% til mere end 40% [8-11]. Årsagerne til den store variation i forekomsten af udbrændthed kan være kulturelle og demografiske forskelle hos de undersøgte læger samt metodemæssige forskelle. Sammenlignet med pædiatere og onkologer har almenmedicinere den højeste forekomst af udbrændthed [9]. Ifølge et ældre normmateriale er forekomsten af udbrændthed blandt læger på omtrent

samme niveau som forekomsten blandt lærere på gymnasialt niveau og socialrådgivere [1].

En undersøgelse af schweiziske alment praktiserende læger viste en stigning i forekomsten af svær udbrændthed i perioden 2002-2007 fra 4,3% til 5,6% [9]. De danske tal fra vores undersøgelser viste ligeledes en stigning i forekomsten af svær udbrændthed fra 2,8% i 2004 til 5,3% i 2012 [5]. Risikoen for at blive udbrændt i løbet af perioden 2004-2012 var 13% hos dem, som ikke var udbrændte i 2004.

## STRESS, UDBRÆNDTHED OG DEPRESSION

Udbrændthed betegnes som et stressfænomen og kan ledsages af fysiske symptomer som ved stressilstande, f.eks. hovedpine og søvnforstyrrelser [12]. Ofte vil psykiske symptomer i form af dysfori og træthed dog dominere ved udbrændthed. Hvor stress kan opstå akut, f.eks. ved en pludselig voldsom begivenhed, er udbrændthed en tilstand, som udvikles over tid. Modsat stress, der kan opstå som følge af belastninger i såvel privat- som arbejdsliv, er udbrændthed et arbejdsrelateret fænomen.

Udbrændthed overlapper med depression, men omfanget af overlap er omdiskuteret. Bl.a. organisationspsykologer hævder, at udbrændthed og depression, på trods af overlappet, er særskilte fænomener, og at udbrændthed er en faktor, som kan mediere sammenhængen mellem jobkarakteristika og depression. Dette synspunkt underbygges af resultaterne af

## STATUSARTIKEL

1) Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis – CaP, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet  
2) Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2014;176:V06130401



Andelen af svært udbrændte læger er stigende, men i modsætning til, hvad billedet her antyder, er tilstanden ofte reversibel.



## FAKTABOKS

Udbrændthed udgør et stigende problem blandt alment praktiserende læger.

Udbrændthed skyldes et samspil af situationelle faktorer og personlighedstræk.

Der er brug for flere undersøgelser af konsekvenserne af udbrændthed i forhold til såvel den ramte læge som de patienter, han behandler.

Der er brug for mere viden om, hvordan tilstanden behandles, herunder hvordan den enkelte læges robusthed øges, og hvordan arbejdet bør organiseres med henblik på at modvirke udbrændthed.

flere undersøgelser, herunder en undersøgelse med tandlæger, hvor man fandt, at 49% levede op til kriterierne for moderat eller svær udbrændthed, og 28% levede op til kriterierne for depression [2]. Endvidere fandt man, at jobstress øgede risikoen for udbrændthed, som igen øgede risikoen for depression, men resultaterne støttede ikke en direkte sammenhæng mellem jobstress og depression. Hverken i ICD-10 eller i DSM-IV er udbrændthed anerkendt som en egentlig diagnose, og overlappet mellem udbrændthed og depression har givet anledning til spekulationer om, hvorvidt en udbrændthedsdiagnose vil være redundant [2]. Til støtte herfor har man i forskningen fundet stor symptomatisk lighed mellem depression og de svære grader af udbrændthed [13]. Det formodes, at patienter, som henvender sig med symptomer på udbrændthed, ofte får en depressionsdiagnose, og den manglende konsensus om den diagnostiske afgrænsning mellem udbrændthed og depression gør det svært at estimere de personlige, sociale og økonomiske konsekvenser af specifikt udbrændthed. Ligeledes ved vi stort set ikke, om antidepressiva har effekt ved forskellige grader af udbrændthed [14].

### ÆTIOLOGISKE FAKTORER

Der er forskellige teorier om, hvordan udbrændthed udvikles. Ifølge en teori er det de mest dedikerede medarbejdere, som er i størst risiko for at brænde ud. Man skal så at sige brænde for at kunne brænde ud [15]. I en anden, men ikke nødvendigvis modsigende, teori hævdes det, at udbrændthed er en følge af en langvarig og konstant stor arbejdsbyrde [12]. Ifølge modeller er udviklingen af udbrændthed determineret af et samspil af situationelle faktorer og personlighedstræk. Betydningen af disse faktorer varierer på et kontinuum [14], sådan at man i den ene ende finder »selvbrændere«, som primært er udbrændte pga. personlighedstræk, og i den anden ende de »nedslidte«, hvor udbrændtheden primært skyldes situationelle faktorer.

Blandt situationelle faktorer, som er associeret med udbrændthed, er misforhold mellem arbejds-

mængden og tiden til rådighed og dertil et dårligt socialt arbejdsmiljø med mange konflikter [12]. I undersøgelser baseret på krav-kontrol-modellen [16] har man påvist, at oplevelsen af en rollekonflikt er en vigtig disponerende faktor for udviklingen af udbrændthed [12]. I relation hertil viste vores undersøgelse en sammenhæng mellem udbrændthed og oplevelsen af konflikt i forhold til på den ene side varetagelse af patientens behov og på den anden side sikring mod unødige henvisninger.

Patientkontakt, som stiller krav om empatisk indlevelse, ser ud til at udgøre en særlig risikofaktor [15]. Endvidere hævder organisationsteorier, at brud på »den psykologiske kontrakt« er en risikofaktor [15]. Den psykologiske kontrakt omhandler forestillinger om, hvad vi på den ene side skal yde og på den anden side kan forvente at få af modydelser til gengæld. I vores undersøgelse fandt vi, at alment praktiserende læger, som var udbrændte, i højere grad end ikkeudbrændte læger var utilfredse med samarbejdet med det lokale sygehus. Det siger naturligvis ikke noget om, hvorvidt de skuffede forventninger til samarbejdet er en årsag til eller konsekvens af udbrændtheden.

En række karakteristika hos lægen er blevet identificeret som risikofaktorer. Bl.a. ser udbrændthed ud til at være hyppigere hos yngre læger end hos ældre [15], hvilket også blev påvist i vores undersøgelse fra 2012 [5]. Dette kan være udtryk for, at lægerollen er mest belastende for de uerfarne, men kan også være udtryk for en selektion, hvis kun de læger, som trives, fortsætter arbejdet i almen praksis. I forskningen er der ikke påvist entydige kønsforskelle. Dog ser mænd ud til at score højere på kynisme og kvinder højere på den følelsesmæssige udmattelse [10, 17], hvilket vi genfandt i vores undersøgelser [5].

Forskellige personlighedstræk er blevet associeret med en højere forekomst af udbrændthed, herunder forestillingen om, at tilværelsen styres af udefrakommende faktorer (*external locus of control*) [15], og neuroticisme (en tendens til bekymring og emotionel ustabilitet) [18].

### KONSEKVENSER AF UDBRÆNDTHED

Konsekvenserne af lægers udbrændthed for patient-sikkerheden er omdiskuteret. I en undersøgelse fandt man ingen effekt af udbrændthed på kvaliteten af lægens samspil med patienterne [17] eller på opmærksomheden i forhold til psykosociale problemstillinger [19]. I andre studier har man dog påvist en sammenhæng mellem udbrændthed og reduceret empatisk indlevelse hos medicinstuderende [20] og flere selvrapporterede fejl hos amerikanske kirurger [21] og yngre læger [22]. Da der er tale om tværnsnitsunder-

søgelser, kan det dog ikke udelukkes, at de flere selvrapporterede fejl er en følge af den følelse af inkompetence, som karakteriserer svært udbrændte læger.

Resultater peger i retning af en afsmittende effekt af udbrændthed på privatlivet. Bl.a. vurderes udbrændte personer mere negativt af deres ægtefælle end personer, som ikke er udbrændte [12], og udbrændte personer er mere utilfredse med deres ægteskab end ikkeudbrændte personer [23]. I internationale studier har man påvist sammenhænge mellem udbrændthed og forskellige former for misbrug [15] og selvmordstanker [24, 25].

### BEHANDLINGEN AF UDBRÆNDTHED

Udbrændthed er en reversibel tilstand, men svær udbrændthed kan dog kræve psykologisk intervention for at bedres. Desværre tøver læger ofte med at søge hjælp for egne helbredsproblemer [26]. Der mangler i høj grad veludførte studier for at kunne tilbyde evidensbaserede interventioner til svært udbrændte læger [4]. En undersøgelse med norske læger, som op søgte et center for stresshåndtering, viste et fald i udbrændthedssymptomerne efter deltagelse i enten en individuel endags-session eller en gruppesession af en uges varighed [27]. Enkelte randomiserede kontrollerede undersøgelser har været udført med bl.a. sygeplejersker og skolelærere som målgruppe, og en kombination af individ- og organisationsfokuseret intervention ser ud til at være den mest effektfulde [28]. Individfokuserede interventioner har ofte været baseret på kognitive terapiformer, og organisationsfokuserede interventioner har ofte indeholdt såvel tilbud om supervision som omlægning af arbejdsprocedurer.

På baggrund af interview med læger med særlig høj jobtrivsel ser en række strategier ud til at kunne anbefales i forhold til at håndtere arbejdsrelaterede belastninger [29]. Blandt arbejdsrelaterede strategier, som var virkningsfulde for de interviewede læger, var at bruge patienten som et spejl for selvrefleksion og at sætte egne problemer i perspektiv. Andre arbejdsrelaterede strategier af betydning var brug af det kollegiale netværk, herunder at prioritere tid til kollegial sparring, at udvise åbenhed om egne utilsigtede hændelser samt at prioritere efteruddannelse og deltagelse i kongresser. Af strategier, der var relateret til privatlivet, nævnte de interviewede læger sportslige aktiviteter, at prioritere tid med venner og at fordybe sig i ikkelægefaglige aktiviteter som f.eks. musik, kunst og litteratur.

Flere læger med høj trivsel beskrev lægerollen som meget betydningsfuld: »I can't think of anything else that I would rather be doing« [30]. I kontrast hertil fandt vi i vores undersøgelse, at læger som i 2004 an-

gav, at de ikke ville vælge almen praksis som speciale igen, hvis de skulle vælge om, havde en betydeligt større risiko for at være blevet udbrændte i 2012 end læger, som i 2004 angav, at de ville vælge samme speciale igen. Det kan tænkes, at overvejelser om andet lægefagligt speciale afspejler en fornemmelse af dårligt match mellem specialets krav og personlige styrker og svagheder. Det vil være relevant at undersøge, om dette hypotetiske spørgsmål om genvalg af speciale kan anvendes som screeningsinstrument med henblik på en tidlig indsats i forhold til at identificere læger, der er i særlig høj risiko for udbrændthed.

### KONKLUSION

Der er i perioden 2004-2012 set en bekymrende stigning fra 2,8% til 5,3% i andelen af svært udbrændte læger. Udbrændthed er konsekvensen af en langvarig arbejdsbelastning i kombination med særlige personlighedstræk. Der er brug for mere viden om konsekvenserne af udbrændthed for både den ramte læge og de aktiviteter, som lægen udfører. Der er ligeledes brug for international konsensus om afgrænsningen af udbrændthed i forhold til depression og mere viden om effektfulde kombinationer af individ- og organisationsfokuserede interventioner. Som følge af udviklingen i tilstandens hyppighed og de potentielt alvorlige konsekvenser bør udviklingen følges nøje med fremtidige undersøgelser, og profylaktiske og behandlingsmæssige foranstaltninger bør overvejes.

**KORRESPONDANCE:** Anette Fischer Pedersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C. E-mail: [afp@alm.au.dk](mailto:afp@alm.au.dk)

**ANTAGET:** 20. august 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)

### LITTERATUR

- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1996.
- Ahola K, Hakkanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007;104:103-10.
- Trollope-Kumar K. Do we overdramatize family physician burnout?: NO. *Can Fam Physician* 2012;58:731-3, 735-7.
- Kay M. Do we overdramatize family physician burnout?: YES. *Can Fam Physician* 2012;58:730-2, 734-6.
- Pedersen AF, Olesen F, Andersen CM et al. Arbejdsbelastning blandt alment praktiserende læger. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet, 2012.
- Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open access to general practice was associated with burnout among general practitioners. *Int J Family Med* 2013;383602.
- Brondt A, Vedsted P, Olesen F. Alment praktiserende lægers jobtilfredshed. *Ugeskr Læger* 2007;169:2521-5.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25:245-65.
- Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13070.
- Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, Gazendam-Donofrio SM et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ* 2010;44:236-47.
- Ripp J, Babyatsky M, Fallar R et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Acad Med* 2011;86:1304-10.
- Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008;93:498-512.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S et al. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003;75:209-21.

15. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:781-7.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
17. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quarterly* 1979;24:285-308.
18. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open* 2012;2:e000274,2011-000274.
19. Swider BW, Zimmerman RD. Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav* 2010;76:487-506.
20. Zantinge EM, Verhaak PF, de Bakker DH et al. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? *BMC Fam Pract* 2009;10:60.
21. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S et al. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med* 2010;85:S33-S36.
22. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995-1000.
23. Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med* 2009;14:654-66.
24. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health* 2001;16:583-94.
25. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008;149:334-41.
26. van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A et al. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res* 2008;12:344-6.
27. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002;30:125-32.
28. Ro KE, Gude T, Tysen R et al. Counseling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008;337:a2004.
29. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78:184-90.
30. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? *Acad Med* 2013;88:382-9.
31. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H et al. Building physician resilience. *Can Fam Physician* 2008;54:722-9.

## Lægers brug af det kollegiale netværk

Annette Abell

### UDVIKLINGS-ARTIKEL

Sociallæge-institutionen Aarhus

Ugeskr Læger  
2014;176:V07130450

Med viden om, at arbejdet som læge og lægers relationer til omgivelserne er forbundet med en række specielle problemstillinger, blev Kollegialt Netværk (KN) dannet i maj 1992. Der var fra starten opmærksomhed på, at læger via deres uddannelse og arbejdsliv er vant til at være hjælpere, stille store krav til sig selv, træffe beslutninger og tage ansvar. De kan som følge heraf have tendens til at negligere egen sygdom og belastningssymptomer, have svært ved at bære fejl og bede om hjælp. KN blev etableret som et tiltag for at forebygge, at lægers kriser, belastninger og sygdom udvikle sig alvorligt. At etablere et frivilligt kollegialt netværk var nytænkende, men KN indgår i den tradition, der er i flere lande, for at læger på forskellig vis yder kollegial støtte [1-3].

I dag kontaktes netværkets centrale telefonlinje i Lægeforeningen et par gange om ugen af læger eller pårørende. Læger kan desuden tage direkte kontakt til en rådgiver. De forskellige kontaktmuligheder afspejler et grundlæggende formål med netværket: Det skal være muligt at komme til at tale med en rådgiver, når man som læge oplever kriser eller problemer [4, 5].

De ca. 90 rådgivere arbejder frivilligt. Gruppen af rådgivere er bredt sammensat ud fra speciale, alder, køn og geografi. De er rådgivere qua deres erfaringer som læger, og fordi de ønsker at hjælpe kolleger. Rådgiverne er ikke behandlere. Deres primære funk-

tion er at skabe en platform, der gør det muligt for den opsøgende læge at se på sin situation og de muligheder, der er. Rådgiverne uddannes ved et introduktionsseminar, der sikrer dem både kendskab til andre relevante tilbud for læger og øvelse i at tale om vanskelige emner. De mødes løbende i regionale grupper, hvor der sker erfaringsudveksling og sparring. I grupperne er der viden om behandlingsmuligheder, og i nogle regioner er der aftaler med lokale psykiatere og psykologer. KN har fra Lægeforeningen tilknyttet sekretariatsbistand, socialrådgiver og lægelig konsulent, og der arrangeres årligt et seminar for rådgiverne. På seminaret arbejdes der med emner af relevans for rådgiverne, og der er refleksion over praksis på tværs af lokalgrupper.

Formålet med denne artikel er at beskrive, hvordan KN bliver brugt, og KN's plads som et tilbud til læger i krise. Der bliver givet en deskriptiv analyse af, hvem der bruger KN, og af årsager til henvendelserne.

### MATERIALE

Kontakt til KN er anonym. Det er centralt at beskytte brugere af netværket. Registreringen af henvendelser har gennem årene udviklet sig. Siden 21. april 2009 har rådgivere, når de afslutter en kontakt, udfyldt et elektronisk spørgeskema. Registreringen omfatter køn, alder, årsag(er) til henvendelsen, arbejdsom-