

Lunds universitet

Socialhögskolan

Kurs SOA 205, Magisterutbildning socialt arbete

**VÄGEN TILLBAKA, UTBRÄNDAS BERÄTTELSE OM ATT KOMMA
TILLBAKA TILL ARBETSLIVET.**

Författare: Hans Åkerman

Handledare: Örjan Carlsson

FÖRORD

Jag har som socialarbetare under en följd av år mött människor vilka befunnit sig kris, i situationer där tidigare förhållningssätt och erfarenheten inte räckt till för att finna en utväg. Några av de människor jag mött har, till synes, med lätthet funnit ett konstruktivt förhållningssätt vilket lett dem genom krisen. Det har verkat som om de haft tillgång till en fungerande strategi att möta kriser och oväntade förändringar i de yttre förutsättningarna. Ibland har det varit svårt att urskilja de kvalitéer som funnits hos dessa ”överlevare” som andra, vilka haft betydligt svårare att ta sig igenom krisen, saknat. Jag har naturligtvis sökt förklaringar till skillnaderna. Som stressad socialarbetare är det dock inte alltid möjligt att dröja sig kvar vid intressanta fenomen. Det är därför jag uppskattat att få ägna mig åt denna studie, nästan enbart för att tillgodose min egen nyfikenhet.

Sedan snart 10 år har jag arbetat med yrkesinriktad rehabilitering. Under denna period har orsakerna, läs *diagnoserna*, till människors arbetsoförmåga förändrats i mycket hög utsträckning. Under den senare halvan av 90-talet har personer vilka drabbats av utbrändhet, eller likvärdiga diagnoser, ökat kraftigt. Många av personerna med dessa diagnoser verkar sakna effektiva strategier för att ta sig ur krisen. Som utredare och behandlare har jag känt maktlösheten och ibland frustrationen inför den villrådighet som ibland breder ut sig inför valet av behandlingsstrategi.

Jag vill rikta ett stort tack till de personer som med generös öppenhet och engagemang låtit mig få inblick i vad de genomgått under de år sjukdomen tagit av deras liv. Det har ofta varit möten som berört mig mycket djupt och förhoppningsvis också fördjupat min förståelse för vad många som drabbas av utbrändhet går igenom. Jag vill också tacka Anita Bengtsson som bistått mig i kontakten med mina tilltänka intervjupersoner, men också delat med sig av många kloka synpunkter och råd.

Tack också till Eivor Blennborn och Sara Larsson som skrivit ut intervjuerna och delat av uppsatsen, vilket besparat mig mycket tid som jag under sköna sommarpromenader istället kunnat ägna åt att filosofera omkring uppsatsens upplägg. Sist men inte minst vill jag tacka min hustru Pia, som förutom att hon stöttat mig under arbetet också varit min största kritiker och medverkat till att minimera grodor och ”feltänk” under uppsatsarbetet.

Abstract

The purpose with this paper is to illuminate a strategy that successfully helps individuals to reconstruct their ability to work and take them out of a condition of *burnout*. I have chosen to describe the way out of illness, from the individuals stricken with illness' point of view. The common treatment for the burnout syndrome is often focusing on the interaction in the place of work. The researcher who chose a medical or psychiatric point of view ends up in the same area that social-psychological researcher when they try to explain the phenomena. Nevertheless very few studies have been made than take the affected persons point of view to discuss how to make a successfully process in rehabilitation.

My empiric is grounded in ten interviews with persons that have been diagnosed burnout (or any similar diagnosis) and has succeeded to return to work for at least 50%.

My interviews have an open structure and make it possible for the person interviewed to tell her (or his) story. As a frame model for my study I have used the *symbolic interaction* theory. I have also used the idea of *Locus of Control* to illuminate the aspects of where, the persons interviewed, place the control of the course of events.

My analysis from the interview points out following model for a strategy for returning back to work:

- ***Make a pronounced decision that you want to go back to work***
- ***Be critical to some of the people who want to help you. Find out what you need and choose the help which can get you there.***
- ***Build up, trust and use the supporting network you have in your surroundings. Try to get qualified therapeutic help.*** Every person I interviewed used help from a professional helper to empower their ability to manage the work situation. *Cognitive therapy* seems to have had a good effect on the process.
- ***Ask your company if it can manage to comply with the situation you need to cope with the situation at work.*** If not – consider if you should leave the company and find an employer who better answer to your demands.
- ***Don't hesitate to talk about your situation.*** Discuss with your family and your friends and people with the same experience as you. ***Don't stop to interact with your surroundings.***

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	INLEDNING	7
1.1	Problemformulering	8
1.2	Syfte och frågeställningar	10
1.2.1	Syfte	10
1.2.2	Frågeställningar	11
1.3	Teoretisk utgångspunkt	11
1.3.1	Egna teoretiska referensramar	12
1.3.2	Strukturfunktionalismen och Konfliktmodellen	13
1.3.3	Den symboliska interaktionismen och sjukdomsbegreppet	16
1.3.4	Allmänt om stämplingsteorin	17
1.3.5	Locus of Control	18
1.4	Terminologi och användning av begreppet utbränd	19
2.	BEGREPPET UTBRÄNDHET	20
2.1	Tidigare forskning och användning	21
2.2	Maslach Burnout Index (BMI)	21
2.3	”Utbrändheten i Sverige – en populationsstudie” en svensk studie av begreppet	22
2.4	Det medicinska perspektivet – Aleksander Perski och Christina Doctare	23
2.5	Några andra försök att beskriva tillståndet	24
2.6	Maktlösheten	25
2.7	Ett historiskt/kulturellt perspektiv	26
2.8	Byte av ledarkultur	27
3.	REHABILITERINGSÅTGÄRDER	28
3.1	Rehabiliteringsåtgärder som stöder en återgång till arbetslivet	28
3.2	Försäkringskassans statistik rörande faktorer som påverkar rehabiliteringsresultatet	30

4. BEHANDLING AV UTBRÄNDA	30
4.1 Zenit	31
5. METOD OCH URVAL	32
5.1 Metoder	32
5.2 Genomförandet av intervjuerna	33
5.3 Urval	33
5.4 Etiska aspekter	34
5.5 Tillförlitlighet	35
5.6 Tidsplan	36
6. REDOVISNING AV INTERVJUERNA	36
6.1 Sammanställning av intervjuresultat	36
6.2 Intervjuerna	37
6.2.1 Personliga reflektioner	37
6.2.2 Personlighetsfaktorer	38
6.2.3 Drivkrafter i arbetet	40
6.2.4 Upplevda orsaker till utbrändheten	41
6.2.5 Locus of Control/makten av skeendet	43
6.3 Utbrändhetsprocessen	44
6.4 Symptom	45
6.5 Rehabiliteringsperiod under sjukskrivningen	46
6.6 Behandlingen	46
6.6.1 Utbildningen på Zenit och behovet av signifikanta andra under rehabiliteringsperioden	46
6.6.2 Stödet från andra deltagare i utbildningen på Zenit	48
6.7 Locus of Control/den egna aktiviteten/det egna beslutet	49
6.8 Stigmatiseringen	51
7. DISKUSSION	52

7.1 Haveriet av yrkesrollen	52
7.2 Stämplingen	54
7.3 Det egna beslutet	55
7.4 Ändrad strategi	56
7.5 Nätverk	57
7.6 Min metod	58
7.7 Förslag till en strategi ut ur utbrändheten	59
7. KÄLLFÖRTECKNING	60
8. BILAGOR	62
<i>Bil 1. Frågor till intervjupersonerna</i>	63
<i>Bil 2. Rotters Locus of Control scale</i>	65
<i>Bil 3. Brev till intervjupersonerna</i>	67

1. INLEDNING

Jag har riktat fokus i studien på det sociala samspelet som förekommer mellan den insjuknade och hans/hennes omgivning under sjukdomsprocessen. Sjukvården söker ofta efter mer eller mindre klart definierade ”symptom”. Vårdperspektivet verkar ibland ”konservera” den insjuknades sociala situation och vända uppmärksamheten bort från de psykosociala aspekterna av rehabiliteringsprocessen. Då tillståndet förväntas bli behandlat av sjukvårdens experter, tenderar patienten att förlora sin delaktighet och sitt eget ansvar för tillfrisknandet. Genom att ”förvandla”, eller varför inte använda beteckningen stämpla, den sjuke till ett behandlingsobjekt riskerar vården att missa det psykosociala samspelet, där den sjuke själv uppmuntras att ta ansvar för sitt tillfrisknande. Ett sådant synsätt, där den sjukes iakttagelser och uppfattningar ges en större betydelse, förekommer oftare hos de så kallade alternativa behandlingsmetoderna.

Sedan 1980-talet har flera ”nya” sjukdomar framträtt på den medicinska arenan. Att nya sjukdomsdefinitioner bildas är ur ett historiskt perspektiv inte ett helt nytt eller okänt fenomen. Dagens ”nya” sjukdomar, vilka nästan samtliga på ett eller annat sätt kan anknytas till begreppet *utbränd*, låter sig inte tillfredsställande förklaras om inte de psykosociala aspekterna i patientens situation belyses. För att få en uppfattning om vilka ”krafter” som påverkar insjuknande- och tillfrisknandeprocesserna är det därför nödvändigt att rikta fokus mot den sjukes personliga förhållanden. Ett psykosocialt synsätt verkar vara en lämplig utgångspunkt för att nå framgång med rehabiliteringsinsatser.

Då jag letade efter lämpliga ”forskningsområden” fick jag följande förslag av verksamhetschef Anita Bengtsson på rehabiliteringscentrat Zenit i Östanå (ett rehabiliteringscenter med inriktning på behandling av personer med ”utbrändhetsdiagnoser”, beläget i nordöstra Skåne). Rehabiliteringscentrats uppdragsgivare är i huvudsak försäkringskassan och arbetsgivare i södra Sverige. I ett e-mail uttryckte Anita Bengtsson en frågeställning som personalen ofta möter:

”Ett utforskat område när det gäller utbrändas rehabilitering är vad som krävs konkret vid själva återgången till arbete. Jag uppfattar att många rehabiliteringsinsatser misslyckas på grund av att de utbrända inte får ”rätt” stöd vid själva introduktionen till arbetet igen.

De återgår ofta till en arbetsplats där chefer och arbetskamrater minns dem som självständiga fixare som är och vill vara kompetenta att klara av sin situation själva. Vid återkomsten är de istället oerhört sköra, ofta med fortfarande mycket höga krav på sig själva. Vi får många frågor om hur kursdeltagarna bäst ska hantera denna situation. Är det bättre att byta jobb än att återgå till sin ordinarie arbetsgivare. Det hade emellertid varit bra om man kunde få fram råd och tips till arbetsgivare vad de behöver tänka på baserat på våra kursdeltagares erfarenheter inför återgång i arbete. Jag tror dessa tips är lite annorlunda för utbrända än för andra sjukskrivna.”

1.1 Problemformulering

Hur ser de ”framgångsrika” strategierna för att ta sig tillbaks till arbetslivet ut hos personer som fått diagnosen utbrändhet?

Utbrändhet är, som beteckning på ett sjukdomstillstånd, en nytilkommen diagnos inom sjukvården (i undersökningen har även personer som tilldelats de betydligt vanligare diagnoserna *utmattningsdepression*, *maladaptivt stressyndrom* inräknats). Det har presenterats olika teorier om vilka faktorer som orsakar utbrändhet. Samtliga förklaringsmodeller jag kommit i kontakt med indikerar att **flera samverkande faktorer** verkar orsaka tillståndet. Forskare har dock presenterat olikartade slutsatser om tillståndets innersta väsen. Forskare med en medicinsk plattform som Maslach, Doktare och Perski använder (*mer eller mindre*) traditionellt fysiologiska förklaringsmodeller för att förklara tillståndet. Dessa forskares utgångspunkt stödjer antagandet att sjukvården, inom ramen för sin befintliga verksamhet, kan ge adekvat behandling till den drabbade.

Jag riktar mitt intresse mot individens förmåga att med hjälp av andra i ett socialt samspel finna vägar ut ur det förlamande sjukdomstillståndet. Således rymmer problemformuleringen en värdering vilken skulle kunna formuleras:

Vägen ur ett tillstånd av utbrändhet är snarare en psykosocial process som sker i samverkan med omgivningen än ett tillstånd som kan hävas genom traditionella medicinska insatser.

I avhandlingen *Burnout* menar Marie Söderfält (1997) att tillståndet utbrändhet snarast är en ”social konstruktion” alltså en samlande beskrivning av flera olika **socialt skapade tillstånd**

och inte ett medicinskt syndrom. Söderfelts slutsats ger visst stöd för min frågeställning. Andra forskare betraktar utbrändhet som ett socialt fenomen vilket till stor del är orsakat av en *ökad känsla av maktlöshet* i tillvaron. Även forskare som studerat sjukdomsbegreppet ur ett historiskt perspektiv kan bekräfta denna bild, det vill säga att ”nya” sjukdomstillstånd uppkommer och kan förklaras av förändringar i den samhälleliga strukturen.

Generellt sett bedömer sjukvården att personer, vilka drabbats av utbrändhet, är i behov av en relativt lång period av rehabilitering för att återhämta sig. Det är inte ovanligt att sjukskrivningsperioderna är ett år eller längre. I den komplexa bild som ofta presenteras av den utbrändas situation framgår att faktorer såsom krav på ökad arbetsinsats, förändringar i arbetssituationen, maktlöshet, frustration, besvikelser, kränkningar på arbetsplatsen och/eller en pressande privat situation har inverkan på den process som leder till att den drabbade ”bränt ut” sig. I behandlingssammanhang framförs flera olika teorier om lämpliga strategier för att behandlingsåtgärderna ska nå framgång (*vilket i det samhälleliga perspektivet är detsamma som en återgång till arbetslivet*). Sjukvården tenderar ofta att betrakta den insjuknade som en passiv mottagare av behandlingsinsatserna. Jag skulle vilja definiera utbrändhet som en reaktion på en socialt ohållbar situation. Med denna utgångspunkt förefaller det mer meningsfullt om behandlingsinsatserna inriktas mot att bekräfta och förstärka den insjuknades tilltro till sin egen förmåga att påverka sin livssituation. De olika perspektiven för att förklara begreppet utbrändhet leder alltså till, om vi fullföljer resonemanget till sin spets, diametralt olika behandlingsmodeller.

I min nuvarande yrkesverksamhet utför jag rehabiliteringsuppdrag åt försäkringskassan och enskilda arbetsgivare. Uppdragets ramar definieras av beställarens definition av problemet. Våra insatser inriktas följaktligen mot att begränsa de medicinska och psykiska *arbetshindren*. Tänkbara, och ibland påtagliga, psykosociala och ekonomiska orsaksfaktorer negligeras ofta (eller förklaras vara irrelevanta, då enbart en svår social situation inte anses vara skäl till arbetsförmåga enligt vårt sjukförsäkringssystem). När en rehabiliteringsprocess startas finner jag ofta att hindren för en ”framgångsrik” rehabilitering, finns i den sjukas sociala (och ibland också ekonomiska) situation. Med en ”framgångsrik” rehabilitering menar jag ett möjliggörande av en återgång till arbetslivet. Frågeställningen grundar sig alltså på en, tämligen omfattande, men löslig och något ostrukturerad ”personlig empiri”. För att utforska dessa, till stora delar, inre processer väljer jag att betrakta fenomenet ur de drabbades synvinklar. Forskningen på detta område är relativt begränsad. Mycket har skrivits om personer vilka drabbats

av utbrändhet men jag har inte funnit några studier vilka haft intentionen att beskriva situationen ur den utbrändes perspektiv. Då jag väljer ett socialpsykologiskt perspektiv, där jag placerar den drabbade i centrum, är jag medveten om att mitt förhållningssätt riskerar att polemiserar med de mera strikta medicinska förklaringsmodellerna till fenomenet. Jag försöker att konsekvent betrakta den utbrände som ett aktivt subjekt som själv har förmågan att skapa en strategi för att ta sig ur sitt tillstånd av maktlöshet. Jag hoppas också kunna visa hur personer vilka drabbats av utbrändhet, i samspel med personer i sin omgivning, lyckas rekonstruera hållbara strukturer för att återta kontrollen över sin tillvaro.

1.2 Syfte och frågeställningar

1.2.1 Syfte

Syftet med min uppsats är att belysa framgångsrika rehabiliteringsstrategier, *ur patientens perspektiv*. Jag strävar efter att, genom 10 personers berättelser, vilka samtliga drabbats av utbrändhet, belysa olika faktorer som medverkat till tillfrisknandet. Tonvikten i uppsatsen ligger alltså mindre på att belysa orsakerna till att de intervjuade personerna drabbats av utbrändhet, utan är ett försök att **beskriva de faktorer och strategier som har varit betydelsefulla för intervjupersonernas förutsättningar att återgå till yrkesverksamhet**. Jag har försökt att så konsekvent som möjligt använda mig av den utbrändes perspektiv för att beskriva skendet. För att placera min beskrivning i ett, för läsaren, begripligt sammanhang i är det dock nödvändigt att relativt ingående belysa den process som ledde till att intervjupersonerna drabbades av utbrändhet.

I studien som grundar sig på de tio intervjuerna, försöker jag lägga tonvikten på de utbrändas egna beskrivningar av faktorer som varit betydelsefulla för deras återgång till arbetslivet. Jag tycker också att jag kunnat skönja framgångsrika förhållningssätt och/eller strategier hos de personer jag intervjuat. Fokus i min undersökning vilar till stor del på **hur intervjupersonerna i interaktionen med andra utvecklat konstruktiva strategier för att ta sig ur den maktlöshet insjuknandet skapat hos dem**. Något som tidigare forskning av fenomenet sällan behandlat.

1.2.2 Frågeställningar

- *Går det att urskilja framgångsrika strategier för att ta sig ur ett tillstånd av utbrändhet, hos de personer jag intervjuat, och i såfall har dessa strategier några gemensamma drag.*
- *Vilka faktorer hos den enskilde och i hans/hennes samspel med omgivning har den intervjuade upplevt varit betydelsefulla för att nå framgång i strävan att återgå till arbetslivet.*
- *Var har hindren funnits? Hur ser de ”motkrafter” som motverkat tillfrisknandet ut?*

1.3 Teoretisk utgångspunkt

För att få ett en grund att stå på när vi studerar utbrändhet behöver vi använda oss av en teoretisk modell mot vilken vi kan betrakta fenomenet. Den modell vi väljer ger oss också ett perspektiv. Om jag väljer att tolka fenomenet ur ett socialpsykologiskt perspektiv väljer jag en eller flera modeller vilka riktar fokus på samspelet mellan människor. Väljer jag en medicinsk eller till och med psykiatrisk utgångspunkt riktar jag fokus på de processer som pågår inom människan. De förklaringsmodeller till varför vissa personer drabbas av utbrändhet kommer, ur de skilda perspektiven, att se olika ut. Det förstnämnda synsättet tenderar att finna samhällsliga förklaringar till fenomenet den senare tenderar att förklara fenomenet i medicinska eller psykologiska processer. Även om förklaringsmodellerna ibland verkar ge starkt avvikande förklaringar till fenomenet utbrändhet behöver de inte vara felaktiga, de betraktar bara fenomenet från olika synvinklar. Valet av teoretisk utgångspunkt handlar i mitt fall om att jag använder mig av teorier och synsätt som upplever mig trygg med. De har tidigare i min yrkesverksamhet och tidigare studier visat sig hållbara och användbara. För att läsaren ska få en klarare bild av vilket perspektiv jag valt att anlägga för min undersökning presenterar jag nedan de teoretiska modeller jag använt mig av i min studie.

1.3.1 Egna teoretiska referensramar

Mitt eget antagande inför undersökning är att en betydande del av orsakerna till att enskilda personer drabbas av utbrändhet, står att finna i personliga och psykosociala faktorer i personens livssituation.

För att lyckas i sin strävan att återgå till ett fungerande yrkesliv behöver den som drabbats av utbrändhet både ändra på sitt eget förhållningssätt samt göra förändringar i sin sociala närmiljö. Rehabiliteringen av personer som drabbas av utbrändhet kan, med denna utgångspunkt, beskrivas som ett grundläggande psykosocialt behandlingsarbete, där den utbrände får hjälp att ändra sitt förhållningssätt till sitt arbete (och ibland till hela sin livssituation) för att hantera sociala belastningar och stressfaktorer på ett mer ändamålsenligt sätt än tidigare. Jag antar således att utbrändhet bland annat orsakas av en oförmåga till omställning inför omvärldens ändrade (och ofta ökade) krav och förväntningar.

Som teoretisk modell har jag använt mig av ett interaktionistiskt synsätt. Jag har inriktat min undersökning mot att försöka synliggöra de roller intervjupersonen antagit, ***eller tilldelats***, innan och under insjuknandet. Med fokus riktat på den enskilda patientens upplevelser, har jag sedan försökt beskriva förändringar i den interaktion som förekommit under ”tillfrisknandet”. Jag har lagt tonvikt vid de relationer som stärkt den enskilde och bidragit till hans/hennes återgång i arbete. En aspekt på sjukdomsbegreppet som varit intressant för mig att granska närmare är ***hur stigmatiserande sjukdomsförklaringen, diagnosen, varit***. Som teoretisk referens har jag huvudsakligen använt mig av E. Goffmans bok, *Stigma* (1972). Bokens definitioner har fått tjäna som stöd för mina tolkningar av de roller som ***tilldelats*** intervjupersonen.

Ytterligare en aspekt som jag funnit fruktbar är graden av ***makt över sin livssituation*** som intervjupersonerna upplevt sig ha. Jag hade till en början svårt att finna en teoretisk modell som gav mig hjälp att vid intervjutillfället ”ringa in” denna aspekt. Jag inspirerades av, det av *J. Rotter* myntade begreppet, ***Locus of Control*** och den, framför allt kvantitativa, utvecklingen av begreppet som Wallston, Wallston, Kaplan och Maides gjorde då de utvecklade Health Locus of Control (HLC) -skalan (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978, s 160-170; Wallston,

Stein, & Smith, 1994, s 534-553). Skalan har företrädesvis använts i storskaliga surveyundersökningar för att utvärdera projektbetonade hälso- och utbildningsprogram. Eftersom jag genomfört en begränsad undersökning, med i huvudsak ett kvalitativt anslag, har jag i mina intervjuer tagit fasta på vissa frågeställningar och frågor i HLC-skalan och försökt att värdera de svar jag fått med tonvikt på hur intervjupersonerna upplevt graden av maktlöshet alternativt egenkontroll.

1.3.2 Strukturfunktionalismen och Konfliktmodellen

Den ökade medikaliseringen av sjukvården har medfört att en rad personliga och sociala problem har kommit att inrymmas i sjukdomsbegreppet. Psykosociala faktorer, som svårigheter och brister i förmågan att hantera livets osäkerhet och risker, har i en ökad grad kommit att betraktas som medicinska problem. Bland andra Bi Puranen har kallat dessa för *frustrations-sjukdomar*. Puranen menar att denna utvidgning av sjukdomsbegreppet har sitt ursprung i att individen i dagens samhälle har alltför många valmöjligheter vilka i kombination med tidsbrist och parallella konkurrerande krav, utlöser utbrändhet. Frustrationssjukdomar drabbar företrädesvis kvinnor vilka upplever sig otillräckliga inför omgivningens ofta motstridiga förväntningar på dem. (Puranen, Bi, 1994, a.a.)

Talcott Parson utgår i sin strukturfunktionalistiska teoribildning om att samhället strävar efter konsensus. För att det ska överleva måste dess medborgare ha tillräckligt god hälsa för att bibehålla sin förmåga att producera. Sjukvården och läkarens roll blir att skapa och återställa jämviktstillstånd i samhället där de enskilda medborgarna stöds att producera och därigenom stärker samhället. Då en medborgare på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning inte klarar av att uppfylla sin roll som producerande medborgare, kräver samhället att en läkare bedömer och bekräftar oförmågan. När så sker befrias den sjuke från vissa sociala förpliktelser och produktionskrav, vilka normalt gäller. Vanligtvis hålls inte heller den sjuke ansvarig för sin sjukdom. Parsons teori bygger på att samhället och den sjuke, har ett gemensamt intresse att i största möjliga utsträckning sträva efter ett tillstånd av aktivitet och produktivitet. Att en individ strävar efter att vara sjuk är inte en acceptabel social inställning. Parsons teori kan nog anses vara användbar även om han också upptäckt tillstånd där det råder konflikt mellan den insjuknades uppfattning om sitt tillstånd och samhällets expertis, det vill säga läkarens, uppfattning. (Parson, 1979 *org 1951*, a.a.).

Parsons modell har flera begränsningar vilken den även kritiserats för. En kritik som riktats mot modellen är att den inte tar ställning till könspektivet. Flera forskare beskriver hur medikaliseringsprocessen i många avseende relativt ensidigt frångår kvinnorna kontrollen inom viktiga livsområden. Detta *kan* vara en förklaring till att kvinnor, i högre utsträckning än män, ifrågasätts i sin sjukroll. Kvinnor, vilka, relativt sett, är mer drabbade av utbrändhet än män, förväntas oftare (än män) att vara stödgivare. Det ”kvinnliga” förhållningssättet leder till en ökad risk att utarmas på sina känslor, utan att själv kunna få tillräckligt stöd tillbaka. När det sker, uppstår en kronisk obalans där kvinnan ensidigt ger av sitt stöd i nätverket vilket leder till att hon successivt tappas på sin energi. Denna obalans verkar särskilt drabba kvinnor i medelåldern. (Lindqvist, 1997, s 14-ff).

Konfliktperspektivet presenterar en, i förhållande till Parsons modell, avvikande syn på orsaken till uppkomsten av sjukdom. Synsättet betraktar snarare sjukdomen som en social, interaktiv och kollektiv företeelse. Sjukdomar beror på bristande social integration, brister i det sociala nätverket samt avsaknad av sociala stödstrukturer. Konfliktmodellen knyter ofta sjukdomstillstånd till situationer då medborgarens livssituation förändras. Exempel på sådana situationer kan vara arbetslöshet, negativa förändringar i arbetssituationen, konflikter på arbetsplatsen eller personliga trauman såsom skilsmässa, dödsfall i familjen etc. Sjukdomsrisker ligger snarast i att förändringarna i den sociala miljön hamnar på kollisionskurs med den enskilda personens intressen. Genom förändringar i sociala nätverk, status, arbetsförhållanden, uppstår en konflikt mellan den enskilda personens otillräckliga resurser och omgivningens förändrade och ofta ökade krav på honom eller henne.

Inom konfliktmodellen, är de två vanligaste förklaringsmodellerna till att individer blir sjuka, stigmatiseringsteorin och förhandlingsmodellen. Stämplingen är omgivningens *krisreaktion* på den sjukes beteende. I förhandlingsmodellen antar man att individen får sin sjukdomsstatus genom *en öppen förhandling* mellan honom och omgivningen, främst den medicinska expertisen (sjukdomen blir därför inte sjukvårdens stigmatisering av individen utan en produkt av en dialog mellan patienten och sjukvården). (Gerhart, 1989, a.a.)

Stigmatiseringsteorin betraktar, i motsats till förhandlingsmodellen, att en framgångsrik rehabilitering kräver att individen successivt ”erövrar” en större egen kontroll (och ansvar) för sin behandling och sin livssituation. Rehabiliteringen måste därför komma till rätta med en uppkommen social ojämlikhet eller deprivation. *En avmedikalisering är nödvändig för att uppnå*

ett tillfrisknande. Stämplingsteorin definierar ofta personliga och sociala brister i politiska och samhällsinriktade termer snarare än i individuellt medicinska.

I förhandlingsmodellen lägger man stor vikt vid så kallad *coping* i rehabiliteringsprocessen, det vill säga att samhället genom olika stödinsatser förbättrar patientens förmåga och kompetens och därmed stärker hans position på arbetsmarknaden. I förhandlingsmodellen är terapi och behandling något som erbjuds efter att samhället kommit överens den enskilde om villkoren för en fortsatt rehabilitering. Insatserna syftar till att skapa förutsättningar som möjliggör en återgång till normaliteten. Stigmatiseringsteorin anser att denna typ av rehabiliteringsstrategi snarare att befäster sjukdomstillståndet och innebär en ytterligare manifesterande av stigmatiseringen. Valet av teoretisk förklaringsmodell kan således skapa en viss polaritet när man sedan ska utforma behandlingsstrategin.

Att i rehabiliteringssammanhang sträva efter att stärka den enskilda individens förmåga till *coping* det vill säga förmåga att hantera sin situation och att hitta utvägar ur den, är en relativt vanlig strategi. Teoretiskt bygger synsättet huvudsakligen på att ge socialt stöd genom nätverk samt sträva efter att öka den enskilda personens förutsättningar att kontrollerar sin livs- och arbetssituation. Copingstrategier synes, vilket också min studie antyder, vara framgångsrika vid rehabiliteringsarbetet för att finna utvägar (exempelvis i kombination med kognitiva terapiinsatser) ur ett tillstånd av utbrändhet. (Marklund, red (1992, 1995), s 26-ff)

Antonovsky har i studien *Hälsans mysterium* (1991) delvis med utgångspunkt i ovanstående resonemang funnit att vissa människors förmåga att klara stress beror på att de har en starkare inre känsla av sammanhang. De har förvärvat **KASAM (Känsla Av SAMmanhang)**. Begreppet innebär kortfattat, att personer med en hög grad av KASAM, har en väl utvecklad känsla och förståelse för de sammanhang han befinner sig i och upplever därigenom situationen som förståelig och sammanhängande. Dessa personer har en bättre utvecklad förmåga att klara stressfaktorer än personer som tenderar att uppleva tillvaron som ogripbar och kaotisk. Antonovskys resonemang indikerar att den sjukes helhetssituation är viktig. Resonemanget han för, stöds även av Johan Cullberg (1984 a.a.) som i sina undersökningar fokuserat på känslan av att förstå omgivningen och förmågan kontrollera viktiga faktorer i sin omgivning för att uppnå tillfrisknande ur psykiatriska tillstånd. Tankegångarna om att förmågan att finna ett sammanhang i tillvaron är viktig för den själsliga balansen och att avsaknad av ”sammanhang” kan ha betydelse vid utvecklandet av psykiskt betingade stressreaktioner verkar vara användbara då

vi tolkar utbrändhetsproblematik. Depressiva reaktionsmönster liknande de som kan iakttas hos utbrända, drabbar även i relativt hög omfattning även arbetslösa. Det vill säga, personer där hög arbetsbelastning knappast kan anses finnas, men där graden av egen kontroll över sin situation är låg. (Lindqvist, 1997, s 24-ff).

1.3.3 Den symboliska interaktionismen och sjukdomsbegreppet, *allmän teoretisk referensram*

Den symboliska interaktionismen betraktar mänskligt samspel med utgångspunkt i de roller vi utvecklar i vår samverkan med andra. Speciellt viktiga personer i detta samspel är ***de signifikanta andra***, det vill säga personer vilka är eller blir särskilt betydelsefulla för oss. Exempelvis kan arbetskamrater, nära släkt och vänner vara signifikanta andra. Tolkningen av rollerna i samspelet ändrar karaktär beroende på situationen, händelser och föremålet för tolkningen. Ett beteende som betraktas som *avvikande*, påverkar omgivningens reaktion på beteendet och attityd till den avvikande personen. I en något förenklad interaktionistisk förklaringsmodell, bestäms alltså om ett "symtom" ska betraktas som en sjukdom av hur omgivningen uppfattar och kategoriserar individens beteende. "Sjukdomsdiagnosen" ger individen en social roll vilken han/hon ***tilldelats*** av omgivningen genom signifikanta andras reaktioner och/eller själv frivilligt accepterat.

Den symboliska interaktionismen ser med andra ord utvecklandet av sjukdom som en i huvudsak social process. Individen handlar utifrån den mening olika fenomen och företeelser har för honom eller henne. Dessa meningsbetingelser bestäms i samspelet mellan individen och andra individer.

"Sjukdom" som ett tillstånd, en roll, uppstår när samhället reagerar på ett från *normen* avvikande beteenden. Reaktionen kan bli en stigmatisering, där den sjuke tilldelas en viss roll av omgivningen. Stämplingen beskrivs som omgivningens krisreaktion på individen. Den handling som utlöser själva stämplingen behöver inte vara en särskilt allvarlig avvikelse från den enskildes "normala" beteende. När stigmatiseringen väl har skett, tilldelas den sjuke en (sjuk-) roll som under en relativt lång tid framöver kommer att prägla omgivningens bemötande av personen. I mer konkreta ordalag blir en person som sjukskrivs av läkare, "stämplad" som sjuk. Den fortsatta behandlingskontakten kommer till stora delar att förstärka denna, ***tilldelade roll***. Goffman (1983) har till och med funnit, beträffande sjukhusens journalsystem, hur denna

dokumentationsprocess systematiskt bygger upp ”en bild av patientens förflutna som ... demonstrerar att en sjukdomsprocess långsamt infiltrerat hans uppträdande så att detta uppträdande som system betraktat, blev helt patologiskt...”. Diagnosen kan liknas vid en etikett som sätts på det patologiska beteendet och ger upphov till ett förändrat förhållningssätt till den insjuknades karaktär. I praktiken fungerar kategoriseringen som en ”magisk transformation” vilken omvandlar patientens karaktär till en **generaliserbar ny enhet** vilken sedan kan göras till föremål för medicinens eller psykiatrins service.

Behandlingsinsatserna påbörjas efter att stämplingen ägt rum. Behandlingsprocessen befäster sjukdomstillståndet och patienten kommer gradvis att påverkas till att uppfatta och acceptera sin sjukroll. En märkbar effekt av stämplingsprocessen är att behandlaren tar ifrån patienten ansvaret för sin situation och förlägger ansvaret för rehabiliteringen, helt eller till stora delar, utanför patienten. Patienten blir på ett alltmer ”maktlöst” objekt som genom andras försorg ska hjälpas till ett tillstånd då han eller hon är bättre rustad för att återgå till sin ”normala” roll. Konfliktperspektivet betonar nödvändigheten av att patienten själv återtar ansvaret för sitt tillfrisknande. För att en återgång till normalitet (*vad som nu ligger i detta begrepp?*) ska bli möjlig krävs alltså att den insjuknade själv måste hävda en självständig uppfattning beträffande sin sjukdom. Den sjuke har kanske störst möjligheter att bli ”frisk” genom att ifrågasätta experternas bedömningar och skapa en egen strategi för att uppnå sitt tillfrisknande. (Lindqvist, 1997, s 27-ff).

1.3.4 Allmänt om stämplingsteorin

Stigmatiseringen kan rikta sig mot kroppsliga tecken som påvisar något ovanligt och/eller nedsättande i en persons moraliska status. Stigmatisering kan också ”förmedlas” via olika typer av symboler, markörer vilka förmedlar social information om individen. Stigman kan naturligtvis också vara mindre synliga exteriört. En sammanhållande faktor är att stigma misskrediterar eller åtminstone gör en person mer *misskreditabel*. Ett enskilt stigma kan ibland bidra till att andra stigman ”utvecklas” hos individen.

Den socialisation som sker genom stigmatiseringsprocessen leder till att den stämplade (och de stämplande) tidigt uppfattar en sorts normalitet i avvikelserna och samtidigt bekräftar sin uppfattning om vilka beteenden som är onormala och avvikande. Kraven på stigmatiserade

personers uppförande är ofta höga. Det krävs mycket stora förändringar i beteendemönstret för att häva stämpeln. En person som drabbats av utbrändhet kan teoretiskt sett stigmatiseras genom att en därefter läkare definierar sjukdomstillståndet. Den utbrände blir därefter "fråntagen" sitt ansvar för, och därmed också kontrollen över, sin livssituation. Stigmatiseringen medför ofta att han/hon förlorar den respekt och status hon eller han haft i sin arbetsgrupp. Stigmat blir ett påtagligt och starkt hinder för den enskilde att återta sin tidigare roll. Förutsättningarna att återgå till arbetslivet blir därför beroende av den stämplades förmåga att (utan att göra misstaget att söka hjälp av "falska hjälpare") återerövra den roll, eller åtminstone viktiga delar av den roll de tidigare haft. (Goffman, 1972, a.a.).

1.3.5 Locus of Control

Skalan som i J. Rotters första version var en endimensionell kvalitativ mätning av den upplevda graden av egen kontroll över sin livssituation, har under senare år utvecklats, bland annat av Wallston, Wallston, Kaplan och Maides som utvecklade Health Locus of Control-skalan (HLC) samt dr. Hanna Levenson som utvecklade den senaste mer komplexa tredimensionella upplagan av skalan (MHLC). De tre faktorerna som mäts i denna är **graden av upplevd egen kontroll**, **förläggandet av kontrollen till betydelsefulla andra** (företrädesvis medicinsk expertis) och förläggandet av orsakssambanden till **slumpmässiga faktorer**. Jag har i min undersökning försökt "översätta" begreppet till de kvalitativa resonemang jag gör om hur förläggandet av kontrollen över skeendet påverkat insjuknandet. Jag har också funnit det intressant att studera hur "återerövrandet" av kontrollen påverkat förutsättningarna för en återgång till arbetslivet. Vid analysen av intervjuerna har jag som referens använt mig av ett formulär skapat av University of South Florida för att värdera utsagor (Wallston, Stein, & Smith, 1994, bilaga 3). Begreppet Locus of Control har inte varit oproblemiskt att använda i en kvalitativ studie. Jag har avsett att mäta graden av upplevd maktlöshet inför det som sker. Problem uppstår då man försöker beskriva orsakerna till maktlösheten. Är det *de facto* så att intervjupersonen fysiskt berövats makten över sin situation. Eller handlar det om en ovilja att ta ansvar över det som sker. Förlägger den intervjuade maktlösheten till sig själv eller ser orsaken i en aggressiv intervenerande omgivning. I undersökningen nöjer jag mig med att konstatera intervjupersonernas upplevelser av maktlöshet och väljer att använda Locus of Control som en något metaforisk beskrivning av intervjupersonernas upplevelser av sina egna förutsättningar att påverka sin livssituation. Begreppet har alltså varit "luddigt" att använda kvali-

tativt på grund av att det varit svårt att tydligt definiera vad det mäter (i min undersökning). Det har ändå fyllt en tillräckligt viktig funktion genom att fästa uppmärksamheten vid makten över det som sker under en rehabiliteringsprocess.

Sammanfattning: *Ovanstående teoretiska utgångspunkter har alla det gemensamt att sjukdom och för övrigt allt mänskligt beteende uppkommer i samspel med andra människor vare sig det sker i samförstånd som i förhandlingsmodellen eller i konflikt med omgivningen. Det är lätt att tänka sig att homeostas och heterostas råder i ett samhälle. Ibland löser vi problem i samförstånd, ibland förlorar någon på lösningen. Priset vi får betala för att uppnå "fred" med vår omgivning är ofta att vi måste acceptera den roll vi tilldelats eller kanske till och med själva frivilligt tagit på oss. Min uppsats handlar om hur tillfrisknandet sker (eller hur förutsättningar för ett tillfrisknade skapas), alltså hur enskilda personer lyckas förändra sin roll, tilldelad eller erövrad, från att ha varit utbrända och oförmögna att klara belastningar vilka de tidigare med lätthet hanterat till att återigen kunna möta arbetslivet. Parallellt med att revidera sin roll och förmåomgivningen att ändra sin attityd, handlar processen också om att återerövra makten över skeendet. I det senare avseendet har jag funnit att teorier om var makten över livssituationen (*Locus of Control*) placeras, verkar vara till nytta för tolkningen av händelseförloppet. Tillfrisknandet skulle förenklat kunna bestå i att intervjupersonerna, i samspel med personer i sin omgivning, återerövrar kontrollen över sitt liv, får tillbaka ett sammanhang i tillvaron och successivt förändrar sin roll.*

1.4 Terminologi, användning av begreppet utbränd

Jag har i studien använt mig av beteckningen **utbränd**. Jag är väl medveten om att begreppet är diffust och kan inbjuda till olika och varierande tolkningar. Trots den bristande stringensen i begreppet tror jag att det är användbart, då det i dagligt tal är en tämligen vedertagen beskrivning av fenomenet, vilken de flesta av läsarna kan sätta in i ett meningsfullt sammanhang. Idag ersätts ofta utbränd i diagnossammanhang med **utmattningsdepression** eller andra psykiatriskt "förankrade" diagnoser. Dessa diagnoser riktar fokus, medvetet eller omedvetet, till förklaringsmodeller där orsaken till större delen antas finnas hos den enskilda individen. Därmed riskerar också behandlingsinsatserna att enbart riktas till den person som drabbats av utbrändhet. Diagnostiseringen begränsar i detta avseende, snarare än öppnar, perspektivet för ett socialt/interaktivt betraktelsesätt av fenomenet.

Den tendens till *medikalisering* som förekommit under de senaste årtiondena, det vill säga, att sätta medicinska diagnoser på tillstånd vilka tidigare inte ansetts var medicinska angelägenheter verkar inte alltid ha varit ändamålsenligt för att utveckla framgångsrika behandlingsmetoder. Exempel på tillstånd som idag i ökad utsträckning kommit att betraktas som sjukdomstillstånd är: allmänna smärttillstånd i muskler och leder, viss ”naturlig” kroppslig förslitning, psykosociala stresstillstånd, läs och skrivsvårigheter, infertilitet och menstruationsbesvär. Denna tendens att förlägga allt fler fenomen inom den medicinska sfären tydliggör en förskjutning av vårt sätt att uppfatta välbefinnande och hälsa. Det framväxande synsättet har den goda föresatsen att hälsa är en rättighet och att sjukvården ska och kan tillgodose vår välmåga i detta avseende. Baksidan av medikaliseringstrenden är orimliga förväntningar på sjukvården att åtgärda en alltmer skiftande mänsklig problematik, vilket skapat en stor mängd tämligen otydliga diagnoser. Medicinska utlåtanden har också fått spela en allt större roll i konfliktlösningar av individuella och sociala konflikter. Man har i ökad omfattning börjat använda medicinska behandlingsmetoder för problem vilka tidigare tillhörde den sociala sfären (Marklund, red, 1992 och 1995, a.a.).

2. BEGREPPET UTBRÄNDHET

Att vara utbränd, vad är det? Själva ordet för tankarna till utbrunna svarta och förkolnade betonghus eller avbrända tändstickor. Samtidigt som de flesta människors associationer inför begreppet ganska väl stämmer med det tillstånd det vill beskriva så saknar det den medicinska stringens som flertalet diagnoser oftast förmedlar. De traditionella diagnoser som används saknar förmåga att såmdånde som just ordet utbränd, beskriva utmattningstillståndet som drabbar de insjuknande. Nedan följer en kortfattad genomgång av de perspektiv forskare, men också andra sakkunniga, lagt i begreppet.

2.1 Tidigare användning av begreppet.

Utbrändhet används relativt tidigt inom skönlitteraturen för att beskriva ett tillstånd snarligt dagens betydelse. Bland andra har Graham Green använt sig av begreppet för att beskriva utmattning hos en av karaktärerna i boken ”*The burnt-out case*” (1961). August Strindberg

använde även uttrycket i slutet av 1800-talet på ett sätt som också för tankarna till vår nutida användning: ”Botemedlet för den utbrända hjärnan är endast att söka vid livets källor dit det gäller att gå tillbaka” (ur boken *Uttryckt och Otryckt* 1849).

2.2 Maslach Burnout Index (MBI)

I vetenskaplig betydelse användes begreppet utbränd först av psykiatern Herbert Freudenberg då han, 1974, beskrev ett emotionellt tillstånd hos unga volontärer som arbetade med narkotikamissbrukare i New York. Kristina Maslach använde nästan samtidigt, på 1970-talet, begreppet utbränd (*burnout*) då hon beskrev ett tillstånd hos personer vilka arbetade inom människovårdande yrken. Tillståndet kännetecknades av tre ”komponenter”:

- Emotionell utmattning,
- depersonalisering och
- en påtagligt nedsatt prestationsförmåga.

Maslach ansåg att utbrändhet var ett sjukdomssyndrom vilket var möjligt att beskriva och fastställa genom iakttagelser av förändringar i personlighet och förmåga hos den insjuknade. Hon utvecklade följaktligen ett mätinstrument, *Maslach Burnout Index* (MBI). Maslach menar att hon kunnat identifiera sex huvudsakliga orsaker till att personer drabbas av utbrändhet:

- För stor arbetsmängd,
- brist på kontroll i arbetet,
- otillräcklig uppskattning och ersättning för arbetsinsatsen,
- sammanbrott av gemenskapen på arbetsplatsen,
- orättvisa i organisationen,
- en växande konflikt mellan den anställdes och företagets värderingar.

MBI innebär, om det tillämpas, en viss utvidgning av sjukdomsbegreppet, tillståndet betraktas som behandlingsbart inom det medicinskt/psykiatriska kompetensområdet. (Maslach, 2001, a.a).

Marie Söderfeldt påvisar i sin doktorsavhandling *Burnout*, (1997) brister i Maslach resonemang då hon beskriver tillståndet som ett entydigt sjukdomssyndrom. Söderfeldt drar slutsatsen av sin relativt omfattande studie att begreppet *burnout* snarare är en social konstruktion vilken allmänt beskriver olika utmattningstillstånd som drabbar människor i vårt samhälle. Studien finner att de orsakssamband som Maslach hävdar mellan utmattning, depersonalisering (cynism) och emotionell utbrändhet vilket, enligt henne, *gör tillståndet mätbart* saknar tydliga samband med varandra. Söderfeldts slutsats är istället att MBI inte beskriver ett enhetligt tillstånd utan snarare flera olika dysfunktionella tillstånd med anknytning till arbetslivet. Söderfeldts slutsatser stödjer antagandet att man, för att uppnå bra resultat, snarare bör bidra till att konstruera och förstärka individuella strategier för att ta sig ur sjukdomstillståndet, än att använda de traditionella behandlingsmetoder som tillämpas inom sjukvård och psykiatri.

2.3 "Utbrändheten i Sverige - en populationsstudie" en svensk studie

De olika perspektiv forskare har när man närmar sig fenomenet utbrändhet kan alltså grovt uppdelas i ett medicinskt/psykiatriskt perspektiv och ett som mer influerats av socialpsykologiska resonemang. Hallsten, Bellaagh och Gustavsson har ett socialpsykologiskt perspektiv i studien "*Utbrändheten i Sverige - en populationsstudie*" (2002, a.a.) Studien finner att gruppen förvärvsarbetande kvinnor i högre tjänstemannayrken är överrepresenterade bland de personer som var långtidssjukskrivna med diagnosen utbrändhet. Även grupperna ensamstående, utlandsfödda samt *arbetslösa* är överrepresenterade bland de personer som var långtidssjukskrivna på grund av utbrändhet. Hallsten, Bellaagh och Gustavsson ser dock, i likhet med Maslach, förklaringen till fenomenet i "besvärliga" arbetsförhållanden, organisationsförändringar samt konflikter på arbetsplatsen.

Forskarna finner även att faktorer utanför arbetssituationen, oftast den sjukskrivnes hemförhållanden, *ibland* varit bidragande till att personer drabbats av utbrändhet. Faktorer utanför arbetet kunde dock aldrig ensamma förklara insjuknandet.

2.4 Det medicinska perspektivet – Aleksander Perski och Christina Doctare

Ett perspektiv på utbrändhetsprocessen som i det inledande anslaget skiljer sig från det psykosociala synsättet, har forskare och författare med en medicinskt/psykiatriskt infallsvinkel då de närmar sig fenomenet. Stressforskaren Aleksander Perski har i boken *”Ur balans”* (2002) framställt ett antal gemensamma symtom för personer vilka drabbats av stressrelaterad uttröttnings. Gemensamt för dessa personer är att de uppvisar kognitiva störningar såsom försämringar av minnesfunktionen och koncentrationsförmågan samt att förlust av tidigare förvärvad kunskap. Även ständig trötthet, sömnproblem, kroppsliga problem samt psykiska reaktioner ingår i bilden. Vissa perifera sjukdomsdiagnoser anser Perski anser ha samband med ”utbrändhet”. Exempel på sådana diagnoser är kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi, utbredd generell värk, posttraumatiskt stressyndrom och ångestsjukdomar.

Perski har en strikt ”medicinsk” infallsvinkel då han beskriver fenomenet utbrändhet. Hans definition av utbrändhet kan sammanfattas med att sjukdomen är ett tillstånd då kroppens system som styr stressreaktioner satts ur funktion. När detta system sätts ur spel slås kroppens biokemiska, balansskapande processer och hormonproduktion ut. Följden blir olika grader av somatiska och/eller psykiska stressreaktioner. Perski antyder att han ser möjligheter att i framtiden, genom att sätta in specifik farmakologisk behandling, häva tillståndet hos en insjuknad. Man kan ju redan idag dämpa den kroppsliga stressreaktionen med hjälp av olika preparat. ***Perski betonar dock att individen för att uppnå en varaktig förbättring måste (genom terapi) förändra sitt förhållningssätt mot omvärlden.***

Perski har i sin forskning funnit skillnader mellan olika personlighetstyper när de drabbas av utbrändhet. Personer med överdrivet typ A-beteende (*personer med starka prestationskrav och vilka ofta är konkurrensinriktade och har ett högt tempo i arbetet*) har påtagligt större ångestrelaterade symptom medan personer med typ D-beteende (*socialt hämmade personer med negativa förväntningar på tillvaron, ibland används beteckningen repressiv personlighet*) uppvisar symptom av mer depressiv karaktär.

Christina Doctare utgår, i likhet med Perski, från ett medicinskt perspektiv i sin bok *Hjärnstress* (2000). Hon beskriver hjärnstress som en allvarlig störning av den neurokemiska balansen och anför att utbrändhet hör hemma under ”samlingsdiagnosen” *posttraumatisk stress dis-*

order, PTSD. Doctare riktar sin uppmärksamhet till yttre faktorerna för att förklara hur denna typ av stressituation uppstår. Starka samhälliga strömningar är, enligt henne, viktiga yttre orsaker till att personer drabbas av utbrändhet. Tonvikten i de insatser som bör göras för att motverka utbrändhet, anser hon, ligger i att utveckla i ett gott ledarskap. Det vill säga en ledning som stödjer, uppmuntrar och bejakar sina anställda och, inte minst ställer rimliga krav. "Lösningen" fokuseras i en afrikansk dikt hon en gång fått av Desmond Tutu:

*We are happy when we're using our potential.
Striving against difficulties and overcoming them-
reaching for achievements and finding it-
this is happiness.*

*We are happy when we are learning, growing
and accomplishing.
Working toward the worthy goal
that demands our best
is the secret of happiness.*

(Doctare, 2000, s 138-139)

2.5 Några andra försök att beskriva tillståndet

Som framgår av ovanstående sammanställning av olika infallsvinklar att närma sig fenomenet utbrändhet tenderar de förklaringsmodeller som utkristalliseras, förlägga fokus på sociala faktorer i den insjuknades omgivning, oavsett om forskaren har ett medicinskt/psykiatriskt perspektiv eller ett mer socialt färgat perspektiv. Litteraturen som berör utbrändhet presenterar ett flertal på många punkter likartade beskrivningar av de symtom och varningssignaler som författarna kunnat iaktta hos personer som drabbats, eller riskerar att drabbas av utbrändhet. Ibland har det påtalats behovet av en mer enhetlig definition av tillståndet. M. Krauklis och O Schenström föreslår i boken "Utbrändhet den nya folksjukdomen" (2002) En definition av begreppet utbrändhet:

”En gradvis förlust av idealism, energi, mening vilken leder till fysisk, emotionell och mental utmattning. Alltmer uttömda energireserver och lägre motståndskraft mot sjukdomar. Frånvaro och ineffektivitet i arbetet. Depression skuld, skamkänslor. Sammantagna leder dessa faktorer i en förlängning till att apati och kollaps. (s 47)

Lena Nevander Friström har berört ett något annorlunda men besläktat perspektiv på begreppet utbrändhet då hon beskriver ett tillstånd hon kallar ”arbetsnarkomani” i boken *”Fångad i arbete”* (1999). Hon har funnit att arbetsnarkomanens försvarsmekanismer liknar motsvarande strategier hos personer med andra typer av **beroendeproblematik**.

Nevander Friströms förklaringsmodell använder sig av både det medicinska och det socialpsykologiska perspektivet. Modellen blir på detta sätt en sorts hybrid mellan dessa båda teoretiska utgångspunkter. Individens utbrändhetsprocess styrs visserligen av yttre sociala faktorer och omständigheter men han eller hon saknar kontroll över skeendet och kan därför själv inte bryta det destruktiva handlingsmönstret.

2.6 Maktlösheten

Maktlösheten, eller bristen på kontroll över sin situation verkar finnas med i de flesta förklaringsmodeller och, beroende på forskarens utgångspunkt, ge underlag för olika definitioner av den drabbades tillstånd. I studien *”Utbränd emotionellt utmärglad”* (2003) beskriver författarna, Ulla-Britt Eriksson, Staffan Janson och Bengt Starrin, hur samtliga personer de intervjuat upplever sig som offer, det vill säga maktlösa inför förändringar som påläggs dem ovanifrån. Ofta har situationen omkring dessa personer präglats av konflikter, antingen horisontellt inom arbetsgruppen eller vertikalt i förhållande till överordnade. Studien visade att förlust av ”status” i arbetet, dåliga förutsättningar att utföra ålagda arbetsuppgifterna och *brist på möjlighet att påverka arbetsituationen* bidragit till att de personer som intervjuades drabbades av utbrändhet. I samband omorganisationer och då arbetsgrupper splittras skapas en ökad konkurrens och individualism i organisationen vilket författarna menar är en starkt bidragande orsak till insjuknandet.

De personer som drabbats av utbrändhet tappar tilltron till arbetsgivaren och sina arbetskamrater, beroende på förändringar i deras arbetsituation som påverkat dem negativt. Det var inte

ovanligt att brist på erkänsla och feedback från arbetsledning (eller i extrema fall också kränkningar) påskyndat förloppet. Eriksson, Janson och Starrin citerar Hallsten då de sammanfattar de faktorer som tenderar skapa en ökad utbrändhet:

”Utbränd kan ha sin grund både i omgivning och individ och kan uppkomma i alla långsiktiga verksamheter i industriarbete, i ideellt arbete, vid långvarigt arbetssökande, vid rehabilitering eller till följd av konflikter och problem inom familjen. Hallsten betonar att ”glappet mellan må och medel” är en viktig bidragande faktor, det vill säga att de medel som krävs för att individen skall nå sina ställda mål är otillräckliga. Hallsten antar att individer med en prestationsbaserad självkänsla löper större risk att drabbas.”

(Eriksson, Janson, Starrin, 2003, s 21)

2.7 Ett historiskt/kulturellt perspektiv

Forskningen om utbrändhetsproblematik ger alltså anledning till att rikta fokus mot den samhälleliga utveckling som minskar individers inflytande över sin arbetssituation. En historisk parallell framskyftar i Karin Johannissons behandling av begreppet utbrändhet ur ett historiskt perspektiv i sin bok *”Den mörka kontinenten”* (1998). Hon har funnit tidigare tidsperioder med liknande utmattningssymtom hos mer välsituerade befolkningsgrupper. Utbrändhet uppvisar stora likheter med det, i början av seklet, använda begreppet neurasteni, ett melanholiskt, depressivt tillstånd. Johannisson ser ett samband med uppkomsten av denna typ av utmattningstillstånd och samhällets utveckling som leder till att drabbade personer (i hennes studie kvinnor) förlorar kontroll över sin livssituation. Antony Giddens (1996) har framfört en besläktad teori om att det, då samhället utvecklas mycket snabbt, uppstår en *ontologisk otrygghet* hos medborgarna, det vill säga en osäkerhet på vilka regler som gäller och vilka förhållningssätt som är gångbara. Otryggheten skapar en ökad stress med stressrelaterade utmattningsreaktioner som följd.

2.8 Byte av ledarkultur

Under våren 2003 har fokus i pressen riktats mot destruktivt ledarskap som skapar stor osäkerhet hos underställd personal. I boken *"Psykopatiska chefer, lika farliga som charmiga"* beskriver Lars-Olof Thunbro (2003) ett ledarskap som är starkt manipulativt och känslolöst inför sina medarbetare. Denna typ av chef är vältalig, charmig och intresseväckande. Han har en narcissistisk personlighet och är starkt manipulativ i relationer både uppåt och nedåt i organisationen. Denna typ av ledare har ett stort kontrollbehov och drar sig inte för att konstruera uppgifter på ett sätt som ibland liknar mytomani. I pressade situationer använder han ofta hot, hämnd och aggressioner, denna typ av chef har en nästan total brist av ansvarskänsla inför verksamhet och medarbetare vilket gör honom oförutsägbar och svår att bemöta. Han skapar en stark osäkerhetskänsla hos underställd personal. Hos några av denna undersöknings intervjupersoner antyds att en oförutsägbar arbetsledning har varit en bidragande orsak till insjuknandet. Enligt Lars-Olof Thunbro är denna typ av ledare mycket svår att bemöta och hantera både för överordnad och underordnad personal. Det manipulativa beteendet i kombination med förmågan att förvränga verkligheten gör att de personer som går i klinch med en sådan ofta hamnar i en svår situation.

Lena Nevander Friström har tidigare beskrivit fenomenet hur kränkningar i arbetslivet kan skapa psykiatriska trauman hos den som blir utsatt för det. Hon har också iakttagit fenomenet att kränkningar i arbetslivet ofta genomförs av en chefsperson med narcissistiska drag. (Nevander Friström, 2001, a.a.).

Ett intressant inlägg i diskussionen om psykopatiska chefer lämnar professor i allmän psykiatri Lars Jacobsson som snarare menar att psykopatiska chefer rekryteras och utvecklas inom en psykopatisk chefskultur. ***Det är enligt honom således snarare utvecklingen av dagens företags- och arbetsklimat som skapar manipulativa och okänsliga chefer.*** (Monica von Staedingk, 2003).

Sammanfattning: *Flera olika förklaringsmodeller har presenterats om varför människor drabbas av utbrändhet. Oavsett vilket perspektiv betraktaren har valt ingår alltid en obalans i kommunikationen med omgivningen som en del av orsaken. De medicinskt inriktade forskarna tycker sig kunna konstatera att kroppens fysiologiska kontrollsystem över stresshormonerna har satts ur spel då personer drabbas av utbrändhet. De faktorer som skapat den biokemiska obalansen beskrivs som negativ och stressframkallande påverkan från omgivningen. Vare sig det rör sig om extrema hotsituationer som vid traditionella posttraumatiska stressreaktioner*

eller kraftig utmattning och depression som vid mer långvarig stressbelastning. Några faktorer som i olika hög grad finns med i beskrivningarna av tänkbara orsakssamband är:

- *Bristande kontroll över sin aktuella arbetsituation*
- *Stor föränderlighet och osäkerhet i arbetsituationen*
- *Personlighetsfaktorer hos den utbrände med höga krav på egen prestation och stort behov av yttre bekräftelse*

3. REHABILITERINGSÅTGÄRDER

Vad behövs för att personer drabbade av utbrändhet ska få kraft och motivation att återgå till ett arbete som för många inneburit traumatiska upplevelser där en stor del av självtilliten raserats. Ofta upplevs arbetslivet som fientligt och hotfullt, fyllt av oförutsedda, ja rent av lömska fallgropar. I likhet med tidigare beskrivningar fokuserar forskarna på olika nivåer då de formulerar rehabiliteringsstrategier.

3.1 Rehabiliteringsåtgärder samt faktorer som stöder en återgång till arbetslivet.

Kristina Maslach anser att utbrändhet är att betrakta som en kris hos den enskilde individen främst orsakad av den omgivande arbetsmiljön. Maslach härleder en stor del av orsakerna till utbrändhet till organisationsförändringar inom arbetslivet och på arbetsplatserna. Den krisbearbetning som krävs för att häva tillståndet ska inriktas mot att bearbeta organisationen på arbetsplatsen och skapa förutsättningar för den enskilde individen till **ökad kontroll över sin situation**. Förebyggande arbete ska sträva efter att skapa ett bättre klimat inom företaget, ”det goda företaget”, främst genom att *förtydliga företagets värderingar*, bygga upp *en rättvis gemenskap* på arbetsplatsen samt ha en *större öppenhet* för att gemensamt tydliggöra och bearbeta de konflikter som uppstår i personalgruppen. Maslachs definition på en god arbetsmiljö är att arbetsplatsen ska kunna erbjuda individen en rimlig arbetsbelastning, ökat mått av kontroll, tydlig erkänsla, tydlig feedback och ersättning för gjorda insatser, gemenskap, rättvisa, respekt för den enskilda individen samt ett meningsfullt och värderat arbete. (Maslach, 2001 a.a.).

I boken, "Utbränd och emotionellt utmärglad" (2003), av Eriksson, Starrin och Jansson framtonar en pessimistisk bild av förutsättningarna att återgå till arbetslivet efter att man drabbats av utbrändhet. En stor andel av de personer undersökningen omfattar har inte förmåga att återgå i yrkesverksamhet utan ser förtidspensionering (sedan januari 2003, *sjukersättning*) som det enda möjliga framtidsperspektivet. De personer som återgick till arbete angav främst **stödet från arbetskamrater och arbetsledning** som viktigt för deras beslut att återgå till arbetsplatsen. Även en väl fungerande företagshälsovård, vilken bekräftat den sjukskrivne, har medverkat till tillfrisknandeprocessen. De personer som intervjuades i studien upplevde att bekräftelse från partner, familjen och vänner haft en stor betydelse i deras tillfrisknande. Även insikten om **att inte vara ensam**, det vill säga vetskapen om att fler personer drabbats av samma sjukdom hade betydelse för en lyckad rehabilitering. Insjukandet har inte upplevts som fullt så stigmatiserande, då andra "normala" medarbetare även drabbats. Utredningen visar även att individens möjlighet att styra över sin (arbets) situation har varit viktig under en relativt lång tidsperiod efter återkomsten till arbetsplatsen. De personer som erbjudits stort inflytande över utformningen av sin arbetssituation har oftast haft en lyckad återgång i arbetet.

Eriksson, Starrin och Janssons studie är ett exempel på en undersökning som, åtminstone till vissa delar, närmar sig ett patientperspektiv. De faktorer som genomgående verkar vara viktiga i ett patientperspektiv är **återerövrande av makten över sin livs- och arbetssituation** (i dessa sammanhang kan givetvis behovet utsträckas utanför arbetssituationen då flera undersökningar antyder att individens privata situation spelar in). Andra faktorer som verkar vara av betydelse är **bekräftelse från de signifikanta personerna i omgivningen**. Då arbetsledare, arbetskamrater och anhöriga ifrågasatt den utbrände har detta inneburit en starkt begränsande faktor då de utbrände försökt återgå till arbetet. Detta kan beskrivas ur ett interaktionistiskt perspektiv som att en ökad grad av **stigmatisering** av den utbrände även drar undan möjligheterna till framgångsrik rehabilitering och återgång till arbetslivet.

I mötet med försäkringskassa, arbetsgivare och sjukvårdens behandling visar flera av studierna att en påfallande stor grupp sjukskrivna upplever brister i kommunikationen, vilka försvårat deras återgång till arbetslivet.

Bland annat i studien "Långtidssjukskrivnas upplevelser", (Ek Kahnlund, Petersson, Jonsson, Edlund och Dahlgren, 1998, a.a.) uppger en förhållandevis stor andel av de intervjuade lång-

tidssjukskrivna, att de upplevt brister i kommunikationen med försäkringskassa, arbetsgivare och sjukvård. Ofta har de också upplevt att dessa parter inte haft en tillräcklig förståelse för deras situation. Bristerna **har inverkat negativt** på den sjukskrivnes motivation och förmåga att återgå i arbete. Bland de personer som lyckas återgå till arbetet har majoriteten tydligare och starkare hävdad sin egen personliga vilja vilket de ser som en viktig bidragande orsak till det positiva resultatet. Över lag uppfattade dessa också att kommunikationen med arbetsgivare, läkare och försäkringskassa varit bättre. Studien antyder även att graden av egenkontroll har en betydelse vid återgången till arbete. (Studien innefattar **samtliga långtidssjukskrivna** och alltså inte enbart de som är sjukskrivna på grund av utbrändhet).

3.2 Försäkringskassans statistik rörande faktorer som påverkar rehabiliteringsresultatet.

Vilka långtidssjuka blir då rehabiliterade? Av de undersökningar som genomförts av RFV Långtidssjukskrivna, diagnos, arbetsgivare och återgång i arbete (RFV 2002:2 och 2001:11), Psykosocial arbetsmiljö och långvarigt sjukskrivna (RFV 2003:3), Långtidssjukskrivna för psykisk sjukdom och utbrändhet (RFV 2002:4) så finns signifikanta samband mellan en framgångsrik rehabilitering och:

- sjukskrivningens längd.
- sjukdomsdiagnos och
- förekomsten av psykosocial arbetsmiljöbelastning.

Om individen har en partner som är förtidspensionerad, minskar chansen för rehabilitering. Det gäller märkligt nog också om individen har varit föremål för tidigare rehabiliteringsåtgärder. För män är en psykiatrisk diagnos negativ för männens rehabiliteringschanser. Belastande psykosocial arbetsmiljö minskar chansen för att kvinnor ska genomföra en lyckad rehabilitering. Långtidssjukskrivna män som varit arbetslösa har **större** chans att rehabiliteras än de som inte varit arbetslösa. Resultatet visar att det sociala samspelet har en påtaglig inverkan på hur verkningsfull en rehabiliteringsinsats blir.

Sammanfattning: *Mycket av den forskning som genomförts rörande rehabiliteringen av personer vilka drabbats av utbrändhet pekar på att rehabiliteringen är en till stora delar social*

process där den sjuke behöver få bekräftelse från arbetsplats och övriga rehabiliteringsaktörer på att de tror på hans eller hennes förmåga. Då omgivningen brister i sin förmåga att förmedla detta stöd till den utbrände (eller då man inte vill medverka i processen) innebär detta att förutsättningarna för en lyckad rehabilitering försämras. Vissa typer av generella sociala "belastningar" verkar också påverka förutsättningarna negativt.

4. BEHANDLING AV UTBRÄNDA

De personer som varit föremål för mina intervjuer har samtliga genomfört behandling på rehabiliteringscentrat Zenit i Östanå. Jag beskriver därför kortfattat den typ av behandling (utbildning) som ges på rehabiliteringscentrat. Behandlingen på centrat är präglad av de idéer som grundarna haft, men har också hämtat sina metoder från den gängse teoribildningen kring rehabilitering av utbrända. Metodiken bygger på ett långsiktigt processbetonat arbete där en stor del av insatserna fokuseras på att förändra deltagarnas självbild och därmed förstärka deras sociala och personliga stödjepunkter, när de påbörjar återinträdet i arbetslivet.

4.1 Zenit

Zenit Rehabilitering AB drivs av Anita Bengtsson och Barbro Geers, båda med lång yrkeserfarenhet som sjuksköterskor. Rehabiliteringscentrat lägger sin tonvikt vid att hjälpa sina gäster att hitta en balans mellan arbete, vila och avkoppling. Utbildningens målsättning är att successivt bygga upp och stärka kursdeltagarnas arbetsförmåga. Rehabiliteringen pågår under ett år från de inledande kursveckorna. De uppföljande träffarna syftar till att stödja deltagarnas personliga process mot ökad självkänedom och en fortsatt bearbetning av de faktorer som medverkat till att de drabbats av utbrändhet.

Efter att rehabiliteringscentrat presenterat sitt kursprogram påbörjas en fyra veckors utbildning på centrat. Kursprogrammet arbetar med olika teman, självbild, målbild, känslor och attityd, vilka syftar till att öka deltagarens självkänedom. Bland annat ges deltagarna möjlighet till stresshantering, mental träning, kroppskänedom, bildövningar, gruppsamtal, fysik träning, Qi Gong, massage, akupunktur och individuell sjukgymnastik.

5. METODER OCH URVAL

5.1 Metoder

De metoder jag använder mig av, är i huvudsak kvalitativa och bygger på intervjuer där de intervjuade personernas med egna ord fått beskriva sina egna upplevelser i samband med rehabiliteringen efter att de drabbats av utbrändhet. Eftersom jag är intresserad av att fånga intervjupersonernas perspektiv och berättelse, har intervjuerna varit helt öppna, det vill säga intervjupersonerna har fritt, utan min styrning fått beskriva sitt insjuknande och den väg de valt för att återgå till yrkeslivet. Som intervjuare har jag undvikit att styra annat än då det varit nödvändigt för att hålla tidsramarna för intervju. Metoden ger mitt tillvägagångssätt en viss *etnometodologisk* inriktning. Den valda metodiken har sina risker, vilket jag blivit varse om under arbetet med uppsatsen. Ett så pass stort och ostrukturerat material är inte möjligt att redovisa utan att göra egna tolkningar, och till vissa delar, generalisera bland utsagorna i de olika berättelserna. Detta kan naturligtvis ge anledning till att ifrågasätta uppsatsens trovärdighet, vilket jag kommer att behandla mer nedan. Då jag i stor utsträckning bygger min empiri på de intervjuer jag har genomfört är mitt förhållningssätt inspirerat av *grounded theory-metodiken*. Jag har alltså varit öppen för att låta min undersökning löpande formas av den empiri mina intervjuer givit, i ett, vilket jag hoppas, dialektisk och utvecklande samspel. I efterhand kan jag konstatera att uppsatsens stringens blivit lidande på den mycket öppna formen av intervjuer jag valt att göra. I gengäld skulle en mer strukturerad, styrande intervjuemetodik ha begränsat empirin och kanske också deformerat de berättelser som delgivits mig och möjligen medfört att jag riskerat att missa väsentliga vinklar av skeendet.

5.2 Genomförandet av intervjuerna

Jag har i min undersökning intervjuat tio personer vilka alla haft diagnosen utbränd och som genomfört behandling på *Zenit Rehabilitering AB* i Östanå. ***Samtliga har förmått att återgå till ett fungerande arbetsliv till minst 50 %.*** Intervjuerna har haft en retrospektiv del vilken berört tänkbara orsaker till ”insjuknandet”. Intervjuerna har sedan berört rehabiliteringspro-

cessen, och där fokus lagts på faktorer som bidragit respektive motverkat rehabiliteringens syfte. Tonvikten i intervjuerna har lagts vid personliga och sociala faktorer och omständigheter som varit betydelsefulla under rehabiliteringen. Jag har så konsekvent jag kunnat försökt låta intervjuerna spegla den utbrändes perspektiv i intervjuerna. Jag spelade in intervjuerna med intervjuerna med ett fickminne, en *Olympus Digital Voice Recorder DS-150*. Fickminnet är inte mycket större än en cigarettändare men har kapacitet att spela in 2 timmar och 42 minuter. Mikrofonen har en stor känslighet och filtrerar i ”conference”-läget bort oönskat buller i omgivningen. Inspelningsapparaturen är mycket okomplicerad att använda vilket medförde att inspelningen av samtalen minimalt störde intervjuerna. Under den inledande intervjun ledde mitt bristfälliga handhavande av fickminnet till att samtalet vid några få tillfällen inte var hörbart. Med denna erfarenhet i minnet hade det nog varit på sin plats att genomföra en övningsintervju för att lära mig tekniken innan jag gav mig på de ”skarpa” intervjuerna. Vid ett annat tillfälle tog batterierna slut i fickminnet, vilket jag snabbt observerade. Avbrottet, då jag bytte batterier innebar ändå ett avbrott som störde intervjun något. Efter denna episod hade jag alltid nya batterier i fickminnet vid intervjutillfällena.

5.3 Urval

Jag valde att rekrytera intervjupersoner via Zenit Rehabiliteringscenter. Anledningen till att jag valde att söka kontakt denna väg var delvis för att spara tid, Zenit har under de år verksamheten bedrivits haft dryga hundratalet gäster. Det fanns bland dem åtskilliga som, efter behandling, återgått i arbete. Att kontakta denna grupp genom exempelvis försäkringskassan hade inneburit en betydligt mer tidskrävande process vilken varit svår att genomföra inom de tidsramar som fanns för detta uppsatsarbete. Genom mitt urvalsförfarande kan jag naturligtvis inte utesluta att de individer jag intervjuat har unika upplevelser som sammanhänger med behandlingen på Zenit. Det blir därför svårare att dra generella slutsatser från deras berättelser. ***Det har dock inte varit mitt syfte att förmedla någon allmängiltig kunskap om utbrändhet.***

Via rehabiliteringscentrats verksamhetschef, Anita Bengtsson sände jag brev till 20 tidigare gäster på rehabcentret, där jag beskrev syftet med min studie och tillfrågade gästerna om de ville medverka. De personer som tillfrågades hade, med utgångspunkt i mitt syfte, utvalts av Anita Bengtsson. Av det ursprungliga urvalet svarade 13 personer att de var villiga att delta under ett intervjutillfälle. Av dessa 13 har jag intervjuat 10 personer. Jag ”sorterade” bort 3

personer. Två av dessa var bosatta alltför långt från min hemort för att det skulle vara möjligt att med rimlig tidsåtgång genomföra en intervju, en person hörde av sig alltför sent varför det inte var möjligt att planera in en intervju. Urvalsförfarandet ger kanske också anledning till frågor om hur representativa personerna jag intervjuat är för utbrända personer. Jag återkommer till dessa frågor under rubriken tillförlitlighet.

5.4 Etiska aspekter

Kvale beskriver tre moraliska kvaliteter som bör uppmärksammas vid genomförande av kvalitativa intervjuer: *informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser.*

– Informerat **samtycke** innebär att intervjupersonen bör genom en inledande orientering informeras om intervjuens syfte och själva intervjuförfarandet, frivillighet att delta och hur den kommer att användas och presenteras.

Då intervjupersonerna kontaktades av rehabcentrets personal innan de fick mitt brev och sedan själva kunde välja att delta (eller inte delta) innan någon kontakt upprättades uppfyller undersökningen kravet på respekt för den enskildes integritet och samtycke till medverkan i undersökningen. I min skriftliga presentation av mitt syfte med undersökningen (bilaga 3) presenterar jag översiktligt mina mål med arbetet. Även vid intervjutillfället har intervjupersonerna haft tillfälle att ställa fördjupade frågor rörande intervjun.

– Konfidentialitet innebär att material som identifierar intervjupersonen inte kommer att redovisas. Att förändra namn och identifierande drag är då viktiga inslag i redovisning en av resultatet.

Undersökningen är helt aidentifierad och inga uppgifter finns med vilka riskerar att röja intervjupersonernas identitet. De citat jag använder mig av berör inte identifierbara data om personen i fråga. I de fall yttrandet innehåller data som riskerar röja personen har jag strukit dessa eller använt en mer "allmän" formulering.

– Konsekvenser gäller för både forskaren och intervjupersonen. Forskaren måste fundera över vilka effekter av deltagandet i undersökningen får för intervjupersonerna, både positiva som negativa konsekvenser.

Förhoppningsvis ger undersökningen upphov till tankar om och förslag till "goda" strategier ur den maktlöshet som utbrändhet och liknande tillstånd skapar. Jag har svårt att utmönstra några påtagligt negativa konsekvenser som skulle komma av undersökningen.

(Kvale, 1997, a.a.)

5.5 Tillförlitlighet

Då jag behandlat det material som finns rörande utbrändhet så har en viktig iakttagelse varit att de sakkunniga tillåtit sig att använda egna, relativt fria tolkningar av det skeende som studerats samt de processer som lett till att enskilda personer drabbats av utbrändhet. Författaren/forskaren har i huvudsak utgått från sitt eget kompetensområde och då denna kunskap inte räckt till, "konsulterat" andra forskningsinriktningar. Av detta kan man naturligtvis göra antagandet att ett tvärvetenskapligt förhållningssätt är den mest naturliga infallsvinkeln då man belyser problemet utbrändhet. Att närma sig ett ämne med så pass stor variationsbredd i tolkningar och beskrivningar gör det givetvis frestande att själv ge sig alltför mycket hän till personliga tolkningar.

Som jag betraktat problematiken kring att undersöka fenomenet utbrändhet, är det inte meningsfullt att närma sig ämnet utan att vara beredd att använda något vidare ramar när man försöker tolka de processer som styr förutsättningarna för en utbränd. Ett sätt att ändå ge läsaren en möjlighet att förhålla sig kritisk till den beskrivning av verkligheten jag presenterar är att jag också öppet redovisar mina tankar och värderingar i de frågor jag berör. Jag har också försökt finna stöd och teorier för mina tankegångar i vad andra forskare kommit fram till. Tillförlitligheten i uppsatsen ligger dock snarast i min ambition att så öppet som möjligt redovisa både egna värderingar samt hur jag kommit fram till mina slutsatser. De intervjuer jag genomfört har haft låg grad av styrning från min sida varför intervjupersonerna haft ett stort inflytande över resultatet av intervjun. Då jag sedan dragit slutsatser från intervjun har givetvis mina egna värderingar och eventuella missförstånd av vad intervjupersonen sagt kommit med.

Som kontrollåtgärd har jag dock sänt den utskrivna intervjun till varje intervjuad och låtit dessa reflektera över innehållet.

5.6 Tidsplan

Under februari och mars 2003 har jag huvudsakligen ägnat mig åt litteraturstudier. Jag kontaktade även tänkbara intervjupersoner under februari månad. I början av mars började jag även förbereda intervjusituationerna. Under perioden 18 mars och till 4 april, 2003 genomförde jag de 10 intervjuerna. Under april bearbetade jag intervjumaterialet och under maj månad började jag att sammanställa rapporten. På grund av förändringar i min privata situation (positiva sådana) tvingades jag skjuta på slutförandet av uppsatsarbetet till början av hösten.

6. REDOVISNING AV INTERVJUERNA

6.1 Sammanställning av intervjuresultat.

Jag har genomfört 10 intervjuer omfattande sammanlagt 130 sidor (utskrivet med 12 punkters skrift och radavstånd 1,5). Intervjuerna har genomförts hemma hos intervjupersonen, på Mentor AB's kontor i Hässleholm, på Zenit rehabiliteringscenter i Östanå och (vid ett tillfälle) på intervjupersonens arbetsplats. Den effektiva intervjutiden har varierat mellan 50 och 75 minuter.

Intervjuerna har i huvudsak inriktats på att belysa de personlighetsfaktorer som haft betydelse för insjuknandet, intervjupersonens sociala nätverk inom och utom arbetsplatsen med tonvikt lagd på de personer vilka haft betydelse för återgången i arbete (familj, arbetskamrater, försäkringskassa, sjukvård etc.). Jag har särskilt intresserat mig för hur intervjupersonen uppfattat arbetsgivarens inställning vid insjuknandet och hans agerande under rehabiliteringsprocessen. Jag bad också intervjupersonerna att beskriva de reaktioner de kunde iaktta från omgivningen i samband med insjuknandet (med tonvikt lagd på eventuellt reaktioner som kan tolkas som stigmatiseringar).

6.2 Intervjuerna

6.2.1 Personliga reflektioner

Samtliga intervjupersoner har varit ”lätta” att intervjua. De har haft mycket att delge om de upplevelser de haft i samband med insjuknandet och under rehabiliteringsprocessen. Det hade därför varit lätt att förlänga intervjutiden med åtskilliga timmar. Mitt intryck under de flesta intervjuerna har varit att intervjupersonen varit angelägen att berätta ”sin historia” och jag har inte behövt ställa särskilt många frågor för att driva intervjun vidare. Upplevelsen av att ha ”tappat kontrollen” har hos de flesta varit helt ny och ofta lett till att de ändrat sitt perspektiv på tillvaron. Flera av intervjupersonerna upplevde att omgivningen, både arbetsgivare och rehabiliteringsaktörer i alltför begränsad utsträckning har intresserat sig för deras erfarenheter och upplevelser. Många av intervjupersoner beskriver det egna behovet av att berätta om sina upplevelser i samband med insjuknandet, nästan som ett ”kall”. De betonade ofta att de ville dela med sig av sina erfarenheter för att kunna bidra till att hjälpa andra som hamnat i situationer liknande deras. Jag överväldigades av den entusiasm och det ödmjukt positiva tankesätt som mötte mig. Känslan att de personer jag träffade hade, vilket de också påtalade, tillägnat sig ”nya” insikter vilka helt eller delvis förändrat deras liv förstärktes under den period jag genomförde intervjuerna.

Mötet med intervjupersonerna har berört mig djupt och ofta fyllt mig med starka känslor. Att bli känslomässigt engagerad och samtidigt försöka behålla en saklig distans försatte mig naturligtvis i situationer under arbetet med uppsatsen, där jag behövde återvända till syftet med min uppsats. Intervjuerna omgavs av perioder jag använde till begränsande analys för att åter skapa distans och få ett perspektiv till den empiri som växte fram framför mig. Jag har alltså rört mig i ett fält mellan identifikation med intervjupersonerna och distansering/analys av det jag upplevt under mitt samtal med honom/henne. Jag blev under intervjuprocessen alltmer övertygad om att det var en fruktbar metod att, under intervjun tillåta sig ett relativt stort mått av identifikation under intervjuerna för att sedan sträva efter att uppnå ett mer övergripande perspektiv då jag begrundade det skriftliga resultatet av intervjun, några dagar efteråt.

Efter intervjuerna presenterade jag mig själv ytterligare och berättade om de tankar jag hade om min undersökning. Dessa samtal fördjupade ibland bilden, vilket inte kom med i den utskrivna intervjun. Eftersamtalen har ändå präglat redovisningen då de ibland gav mig nya perspektiv på mina frågeställningar.

Ett, i den etnologiska forskningen, iakttaget fenomen har varit att forskaren alltmer antar de studerade personernas perspektiv och därigenom tappar distansen i sin forskning. Under intervjuerna blev jag varse om dessa risker. Jag insåg också att det (åtminstone för mig) inte är möjligt att vaccinera sig mot sådana tendenser. Den växelverkan mellan att anlägga intervjupersonernas perspektiv och att anta ett analytiskt mer distanserat synsätt tycker jag ändå passade mig bra. Förhållningssättet var, mot bakgrund av det metodiska upplägget jag valt då jag genomförde min studie ändamålsenligt.

6.2.2 Personlighetsfaktorer

På de frågor under intervjun som berörde den intervjuades personlighet och i vad mån denna påverkat sjukdomförloppet fanns det en stor samstämmighet bland de intervjuade om att personligheten spelat en stor roll. Många av intervjupersonernas uttalanden kan tolkas som att de har haft ett stort behov av bekräftelser från omgivningen. Merparten av intervjupersonerna uttalar personliga omdömen om sig själv som antyder att de har starka inre drivkrafter vilka ”kräver” av dem att vara ”duktiga” samt få denna bekräftad från omgivningen. Flera av de intervjuade kunde också hänföra detta drag i sin personlighet till sin uppfostran tidigt under barndomen.

”Jag har en prestationsångest... jag blev sjuk när jag var en liten flicka, så jag läste aldrig vidare... Jag gick alltid med ett mindervärdeskomplex för att jag inte läst. Jag var tvungen (min understrykning) att bevisa att jag dög genom att vara duktig i hemmet och på jobbet”.

”Mor har kanske aldrig varit (tvekan)... det har aldrig varit riktigt bra nog. Det kunde ha varit litet bättre... eller annorlunda”.

”Jag behöver inte höra att jag är duktig, men jag vill inte få påfan...”

Bekräftelsen kan också, som ovanstående citat visar, bestå i att kritiken lindras något eller helt uteblir från fostrarens sida. I många av svaren kan man ana att intervjupersonerna ofta varit mycket väluppfostrade som barn och sällan eller aldrig ifrågasatt de vuxnas auktoritet:

”Jag har aldrig slarvat med läxor eller sådana saker. Jag har aldrig ifrågasatt eller tänkt att man kunde göra det... man skulle vara skötsam och duglig”.

De flesta intervjupersoner beskriver sina uppväxtförhållanden som lyckliga och harmoniska. Uppväxten verkar dock ofta ha varit präglad av kraftfull, förstärkande uppfostran med tydlig positiv bekräftelse då intervjupersonerna uppfyllt omgivningens förväntningar. En mindre andel av intervjupersonerna har uppgivit att de haft en uppväxt i en emotionellt instabil familj där båda föräldrarnas oförmåga medfört att en stor del av ansvaret för familjens sammanhållning övergått på barnen.

”Det har jag lärt mig sedan barndomen, väldigt tidigt. Jag fick ta hand om mamma vid mammas och pappas skilsmässa. När morfar dog fick jag ta hand om mormor. Jag fick liksom alltid ”ta hand om”. Det gjorde jag också därför att - då tycker man ju mycket mer om mig, trodde jag. Sådet ligger nog mycket i att jag ville ha bekräftelse.”

”Jag gick alltid med ett mindervärdeskomplex för att jag inte hade läst, jag var tvunget att bevisa att jag dög genom att vara duktig hemma och på jobbet.”

Intervjupersonerna anknyter i varierande grad sin personlighet till sin uppväxt. Några berör knappast alls sin uppväxt under intervjun. Andra pekar på tydliga samband de kunnat iaktta mellan sina tidiga uppväxtförhållanden och sin oförmåga att hantera vissa situationer senare i livet. Orsaken till variationen kan delvis bero på att några av intervjupersonerna betraktar dessa orsakssamband som mindre relevanta. Likaväl kan naturligtvis insikter om ”brister” hos sina föräldrar och i sin uppväxt tillhöra en mer personlig sfär, vilken intervjupersonen inte önskade diskutera vid intervjutillfället. Hos några av de intervjuade verkar det ha varit positivt att på ett eller annat sätt få bearbeta de ”negativa” inslagen i sin uppfostran, det vill säga, i vuxen ålder, till vissa delar ifrågasätta sina föräldrars auktoritet.

6.2.3 Drivkrafter i arbetslivet

Av de intervjuade hade åtta personer anställning hos offentliga arbetsgivare vid insjuknandet. Två i var anställda av privata arbetsgivare. Fördelningen verkar stämma rätt väl med RFV: s undersökningar vilka antyder att utbrändhet är vanligare i offentlig verksamhet.

En majoritet av de intervjuade personerna har haft ett stort behov av positiv bekräftelse från arbetsledning och/eller arbetskamrater av sina prestationer i arbetslivet, det vill säga att på ett eller annat sätt vara ”duktig”.

”Jag jobbade väldigt mycket. Jag lade väldigt mycket av min tid på jobbet. Det mesta av min vakna tid lade jag nog där. Jag tycker om att ha mycket arbete och jag tyckte det var roligt. Och man blev uppskattad och man blev sedd på jobbet.”

”Jag var ju, alltså Ståmannens kvinna eller något liknande. Jag klarade det! För jag var ju så lycklig. Jag hade ett bra jobb och älskade det jag höll på med. Jag var lycklig... trodde jag.”

Några av intervjupersonerna uttrycker en rädsla för konflikter vilken förstärkt kravet på prestation i arbetslivet men även i privatlivet. Den sistnämnda gruppen har **inte i första hand** agerat på sin arbetsplats för att få positiv förstärkning utan har snarare styrts av en strategi där de strävat efter att försöka vara motstridiga intressen till lags.

”Alltså ska man jobba så hårt som jag jobbat, då måste det vara harmoniskt i familjen. Så att man kan vila när man är med familjen, utan att känna sig pressad. Eller känna att man måste vara i försvarsposition hela tiden.”

Hos många av de personer jag intervjuat får jag intrycket av att någon form av bristande kommunikation funnits mellan intervjupersonen och hans/hennes arbetsledning. Ur intervju-materialet har jag utöver avsaknaden av kommunikation/kontakt, inte funnit några direkta uttalanden som berört vari bristerna konkret bestod.

Och i den här klumpen i magen har jag antingen frustration eller ilska. Jag skulle förmodligen vilja sortera in den under kvävd vrede... Ja, konflikträdd, det tror jag att man skulle kunna säga, för min del var det det.”

”Det är inte jag som är sjuk... det är ett symptom på ett vansinnigt samhälle... på en arbetsledning som är å helvete.”

Även om flera av de intervjuade uttalar att de har upplevt sina chefer som svaga eller rent av manipulativa ledare med begränsade förutsättningar att skapa hållbara strukturer i verksamheten. Ofta har intervjupersonen uttryckt egna ambitioner i detta avseende vilka verkar sträcka sig betydligt längre än arbetsledningens, vilket nedanstående citat delvis illustrerar.

Jag har inte varit dålig på att sätta gränser... Men vissa saker måste man, lagligt sett, göra. I mitt arbete måste jag hinna med vissa saker annars bryter jag (min understrykning) mot lagen. Jag vet jag sa det till min chef... det här kan jag inte låta bli, jag måste jobba med det här. Det är faktiskt lag på det. Ja, men strunta i det, säger han då Men det kunde jag inte göra, man måste ju försöka i alla fall...”

6.2.4 Upplevda orsaker till utbrändheten

Alla intervjupersonerna har uppgivit flera samverkande faktorer till som medverkat till att de drabbades av utbrändheten (antalet orsaker är därför fler än antalet intervjupersoner). Vid genomgången av intervjuerna har jag försökt begränsa de upplevda orsakssambanden i nedanstående tabell till de orsaker som intervjupersonen betonat som särskilt bidragande till sjukdomsutbrottet. Således har jag lämnat händelser eller belastningar som intervjupersonen tydligt angivit som underordnad, eller av obetydlig betydelse, utanför sammanställningen. Samtliga intervjupersoner beskriver en relativt komplex situation, med flera olika inslag, vilka inverkat på deras situation i samband med insjuknandet.

2 personer uppger att

en **dålig familjesituation**/dysfunktionell familj varit en av huvudorsakerna. Med dålig familjesituation menar jag en påfrestande äktenskaplig relation med slitningar och bristande konfliktlösning inom famil-

jen. I dysfunktionella familjer förekommer missbruk eller psykisk sjukdom hos någon av makarna.

3 personer anger att

trauman i privatlivet spelat en stor roll. Ofta har det då varit emotionellt tunga situationer där nära anhöriga avlidit, skilsmässor, etc.

1 person har uppgivit

annan belastning inom familjen I detta sammanhang rörde det sig om barn i hemmet med ett förhöjt omvårdnadsbehov.

6 av intervjupersonerna

har speciellt förlagt orsakssambanden till **den egna personligheten**, framförallt en bristande förmåga till gränssättning gentemot omgivningens prestationskrav. Den egna personlighetens inverkan har samtliga intervjupersoner angett som bidragande. Fyra personer har dock givit personlighetsfaktorer en mer underordnad roll i insjuknandeprocessen.

2 personer uppger att

omorganisationer på arbetsplatsen varit en starkt bidragande faktor till insjuknandet.

6 personer uppger att

brister i kommunikationen med arbetsledning har varit direkt bidragande till insjuknandet. I detta sammanhang återkommer jag sedan till användningen av begreppet psykopatiska chefer, där några av intervjupersoner beskriver deras arbetsplats präglats av en oförutsägbar, manipulativ och okänslig arbetsledning.

10 personer (samtliga) uppger

en hög och, ofta även, **ökande arbetsbelastning** som orsak.

2 personer uppger

andra missförhållanden på arbetsplatsen än de arbetsrelaterade. Ofta har det då rört sig om relationsproblem till jämställda arbetskamrater.

Flertalet av de personer jag intervjuat verkar tidigare ha haft en framgångsrik strategi att hantera stressrelaterade belastningar i livet. Flera samverkande faktorer såsom en ökad arbetsbelastning, ökad psykosocial press på arbetsplatsen och/eller i privatlivet verkar ha fått strategierna att sluta fungera. De personer som jag intervjuat har dock alla upplevt att en ökad arbetsbelastning spelat en betydande roll då de drabbades av utbrändhet. Som nästa viktiga orsak anges brister i organisation, struktur och kommunikation på arbetsplatsen. På tredje plats kommer stressfaktorer som härrör från privatliv och familj. De flesta av intervjupersonerna ser också ett samband mellan den egna personligheten och det tillstånd av utbrändhet som drabbat dem.

6.2.5 Locus of Control, makten över skeendet

Samtliga intervjupersoner har upplevt sig ha ett relativt stort inflytande över sin arbetssituation innan de insjuknade. Flera av de intervjuade har under sjukdomsperioden insett att deras personlighet "lurat" dem att blunda för den kontroll omgivningen utövat på dem.

"... som chef var du tvungen att lyssna på allt och alla. Jag kom aldrig hem för dom skulle prata och jag var tvungen att lyssna. Men jag kan sätta gränser nu och det känns jätteskönt"

I beskrivningarna framskymtar att **den egentliga makten över situationen på arbetsplatsen**, på grund av intervjupersonernas stora behov av att bli bekräftade, snarare varit förlagd till signifikanta andra på arbetsplatsen (men också hos signifikanta andra i privatlivet). Intervjupersonerna har således upplevt sig ha ett inflytande över sin situation på arbetsplatsen genom att signifikanta andra bekräftar dem som duktiga, driftiga och beslutsamma. Makten över arbetssituationen har dock vilat på en skör grund, vilken rämnat då de av olika anledningar förvägrats bekräftelse från signifikanta andra (oftast chefer, men också arbetskamrater). Under vägen tillbaks till arbetslivet har många strävat efter att knyta an till "positiva" personer som bejakar deras personlighet, personer som enligt en av de intervjuade *"... accepterar mig för den jag var"*.

”Min före detta chef var en malign narcissist. Det finns benigna narcissister också som är positiva. Det finns väldigt mycket trevligt folk och många trevliga människor. Jag väljer dom och väljer bort dom andra. Jag har använt mig av dom trevliga människorna”

Många av de personer (arbetskamrater, chefer och vänner) som tidigare haft stor betydelse för intervjupersonen ”byts ut” mot andra, mer stödjande personer. De personer jag intervjuat har ofta upplevt att de varit tvungna att aktivt söka bekräftande, signifikanta andra utanför kretsen av arbetskamrater och arbetsledning på den egna arbetsplatsen. Insikten om den egna sårbarheten har också riktat uppmärksamheten mot att intervjupersonen, för att få förutsättningar att tillfriskna, nästan handgripligen måste begränsa andras inflytande över deras livssituation. Det vill säga, göra sig mindre beroende av den utifrån kommande bekräftelsen. ***En viktig del i intervjupersonernas strategiska överväganden var alltså att bli medveten om sin förmåga att sätta gränser och använda sig av denna förmåga för att åter vinna kontroll över sin livssituation.*** Parallellt med denna attitydförändring sökte de också efter ”nya” signifikanta andra vilka accepterade dem utan att koppla sin bekräftelse till intervjupersonernas prestationer.

6.3 Utbrändhetsprocessen

På de frågor jag ställt om den ”process” som ledde fram till utbrändheten framhåller intervjupersonerna att de ***i efterhand*** kan se en utveckling av processen, där de successivt tappat alltmer av kontrollen över sin arbetssituation. När de insjuknade, det vill säga då diagnosen sattes, upplevde de sig helt sakna förutsättningar att hantera situationen på arbetsplatsen. Ibland kom denna insikt mycket överraskande.

”Dagen innan kände jag. Nu efter ett par år, jag kollapsade i mitten på november, att redan i september började belastningen bli för stor.”

Sen var det en anställd som ringde och klagade... Allting liksom låg här på axlarna. Jag kände att det var droppen. När jag talade med henne såsa jag bara ja och amen till allt. Sedan lade jag på luren och bröt ihop. Jag ringde min läkare och berättade att jag inte orkade längre.”

”Det här är positiv stress trodde jag... jag kommer aldrig att gå in i väggen, för jag älskar mitt jobb, sa jag. Den kvällen small det.”

Reaktionen och insikten om det tillstånd de hamnat i har dock varierat, flera av de drabbade var helt övertygade om att de efter en relativt kort period av återhämtning skulle klara att återgå till sitt arbete. Samtliga kunde dock beskriva en utveckling på arbetsplatsen där de upplevde att kontrollen successivt flyttades över till personer eller strukturer utanför intervjupersonen. I den retrospektiva delen av intervjun uttrycker samtliga att de, med de nya insikter de tillägnat sig, ser att deras personlighet och då främst behovet av omgivningens bekräftelse, har begränsat deras förutsättningar att förstå vad som höll på att ske. Man skulle kunna beskriva insjuknandet som att, en för intervjupersonens tidigare framgångsrik överlevnadsstrategi, plötsligt utan att han eller hon upptäckt några varningssignaler, slutar att fungera. Förändringen försätter intervjupersonen i ett tillstånd av apati, det vill säga i ett tillstånd utan en fungerande strategi och kraft att agera.

6.4 Symtom

”Jag körde ner och handlade och kunde komma hem utan det mesta. Jag hittade ingenting. Jag kunde inte läsa från inköpslistan. Den första perioden sover och vilar man sig ur”

”Jag grät och grät... Jag hade inte någonting kvar. Möjligen litet av de emotionella (funktionerna) hade jag kvar gentemot min familj, men jag kände att jag inte hade någon ork för dem heller”

Samtliga beskriver att de drabbades av onormal trötthet, gråtattacker, perceptionsstörningar och kognitiva störningar. Graden av trötthet har varierat från apatiskt tillstånd eller abnormt stort sömnbehov till tillstånd vilka närmast kan beskrivas som ihållande trötthet och en känsla av utmattning. Symtomens akuta fas, då dessa helt omöjliggjort aktivitet hos den intervjuade, har varat under några månader upp till ett år. Samtliga upplever dock, flera år efter insjuknandet, att de ännu inte är helt återställda.

6.5 Rehabiliteringsperioder under sjukskrivningen

Tre av de intervjuade har återgått till arbete på heltid, övriga är sjukskrivna på deltid.

Kön/åldersintervall	Månader mellan in-sjuknande och arbetsinträde	Zenit/mån från in-sjuknandet	Arbetsförmåga nu	<i>Mån sedan insjukn.</i>
K 50-60	19	14	50 %	34
K 50-60	23	16	50 %	41
K 50-60	16	10	100 %	28
K 45-55	5	3	75 %	37
K 55-65	13	6	50 %	33
K 40-50	26	17	50 %	41
K 45-55	14	13	75 %	31
K 45-55	15	11	100 %	29
M 45-55	12	6	100 %	19
K 45-50	5	3	75 %	37
Genomsnitt	15	10		33

6.6 Behandlingen

6.6.1 Utbildningen på Zenit och behovet av signifikanta andra under rehabiliteringsprocessen

Samtliga intervjupersoner har genomfört någon form av terapeutisk behandling, vilken de upplever har stärkt deras förmåga och förutsättningar att återgå till arbetslivet. De personer som utvalts till min studie har genomfört behandling på Zenit. Det är därför kanske inte förvånande att samtliga 10 upplever att denna vistelse har stärkt deras förutsättningar och haft en stor betydelse för deras beslut om att återgå i arbete. Detta framgår också av ovanstående sammanställning. Den genomsnittliga tiden mellan behandling på Zenit och återgång i någon form av arbete var cirka 5 månader (en grupp som i genomsnitt är sjukskriven under ett år och tre månader innan det varit möjligt för dem att påbörja en arbetsträning). Hälften av de personer jag intervjuat tror att en begränsad arbetsprövning/träning under några timmar/vecka hade kunnat påbörjas tidigare, om de fått hjälp att bearbeta sin situation på ett tidigare stadium. Det

verkar alltså som ett gryende frö, en skör vilja, att ”komma tillbaks” har börjat spira relativt snart efter insjuknandet. För att skapa en stabil strategi att ta de första stegen mot arbetslivet har de flesta dock behövt kvalificerat terapeutiskt stöd.

De flesta intervjupersonerna kunde specificera den typ av behandling som varit särskilt betydelsefull. Bland annat har mental träning, massage, de fysiska träningspassen på Zenit, den bildterapi de kommit i kontakt med på Zenit, stresshanteringskurs och jagstödande utbildningar som ”Våga växa kurser” upplevts som viktiga för deras tillfrisknande (flera av intervjupersonerna beskrev hur de fått betydelsefulla insikter om sig själv och sitt liv under bildterapi-sessioner och i samband med massage). *Kognitiv terapi*, (varav flertalet också fullföljt denna terapi efter vistelsen på Zenit) verkar ha varit särskilt verkningsfull. Annan professionell samtalskontakt med psykolog eller kurator i en planerad samtalsterapi verkar ha givit positiva effekter.

Samtliga intervjupersoner har på ett eller annat sätt haft ett konstruktivt stöd av betydelsefulla personer (signifikanta andra) i sin omgivning, vid insjuknandet såväl som under rehabiliteringsfasen.

Den största andelen av de personer jag intervjuat anger att familjens stöd och stöd från nära vänner och bekanta har varit betydelsefullt. Likaså har de flesta upplevt ett betydelsefullt stöd från arbetskamrater (men anmärkningsvärt är att flera av dem som arbetat inom offentlig verksamhet uppger att *de egna kollegorna* och *den egna arbetsplatsen* inte fungerat stödjande). Hälften av de intervjuade har haft en stabil och positiv relation till *en* betydelsefull person vilken också haft en formellt ansvarig position i rehabiliteringsprocessen (oftast har det varit den behandlande läkaren eller handläggaren på försäkringskassan). Någon enstaka av de intervjuade har upplevt att stödet från arbetsgivarens representant har varit avgörande. Förvånansvärt få av intervjupersonerna har upplevt att det rehabiliteringsteam (ofta företagshälsovården) som varit aktivt vid deras rehabilitering, har kunnat ge dem stöd att ta steget tillbaks till arbetslivet. Orsaken till att intervjupersonerna oftast inte upplever stöd från de två sistnämnda aktörerna har inte närmare penetrerats i mina intervjuer. En reflektion jag ändå kan ge uttryck för är att det oftare verkar finnas latenta intressekonflikter mellan arbetsgivaren och den insjuknade. Utan att det uttalats tydligt verkar många arbetsgivare ha agerat på ett sätt som antyder att de betraktat den anställde som ett problem som helst borde avbryta sin anställning. Flera av intervjupersonerna har också uppfattningen att företagshälsovården antagit

en alltför ”arbetsgivarvänlig” inställning då motsatta intressen råder. Undantag finns dock, en av intervjupersonerna upplevde att företagshälsovården givit ett mycket värdefullt stöd då en konflikt med arbetsgivaren uppstod, främst rörde det sig i detta fall om *en* person vilken hade huvudansvaret för kontakten med intervjupersonen. Många av intervjupersonerna har upplevt svårigheter att ta in information, då gruppen omkring dem blivit alltför stor. Företagshälsovården har ofta använt en metodik där de träffat intervjupersonerna tillsammans med flera andra rehabiliteringsaktörer, alltså i grupper med relativt många deltagare. Denna metodik verkar ibland ha begränsat förutsättningarna att bygga upp hållbara relationer till den utbrände.

6.6.2 Stödet från andra deltagare i utbildningen på Zenit

”Vi var 16 stycken som bodde där samtidigt. Där var ju många av dom som sa: Aldrig tillbaka till jobbet. Men vi pratade om det här, så man vände väl ut och in på mycket. För- och nackdelar, man funderade mycket.”

”Jag måste bara hela tiden. Jag måste ju vara med på det här, så jag inte missar något. En dag sa dom: Jösses ska du ut och gå nu (en planerad aktivitet i gruppen). Men du, man behöver inte, sa en av kursdeltagarna. Det var ju så här att vi var där för vår egen skull. Om vi inte orkade stiga upp klockan åta på morgonen rasade inte världen ihop för det”.

Ofta reflekterar intervjupersonerna till andra utbrända som tillsammans med dem genomfört utbildning/rehabilitering på Zenit. Påfallande är att andra olycksbröder/systrar kunde konfrontera intervjupersonen, då denna varit på väg in i ett oönskat självdestruktivt handlingsmönster. Det verkar som om andra deltagare, vilka på många plan har liknade erfarenheter, också har haft en tillräcklig stor empatisk förmåga och förståelse för att kunna påtala det ”felaktiga” beteendet utan att kränka intervjupersonen. Flera intervjupersoner har också upplevt det befriande att träffa andra personer med liknade erfarenheter som de själva. De har ofta upplevt sig ensamma om sina problem. Även om de haft lyssnande och förstående personer omkring sig har dessa inte kunnat förstå intervjupersonen på ett djupare plan. Under den fas som intervjupersonen börjar planera en återgång till arbetslivet, verkar stödet från en grupp av personer med liknade erfarenheter tillföra ett väsentligt positivt stödjande inslag till rehabiliteringsprocessen.

6.7 Locus of Control, den egna aktiviteten/det eget beslut

”Sedan det här, på något vis, bestämde jag mig när jag kollapsade... redan då oavsett vad det här är för någonting så ska jag bli frisk. Jag hade bestämt mig direkt”

”... det är jag själv som avgör om jag vill och ska bli rehabiliterad. Bry är det sammanfattande ordet för det här. Och sedan någon form av gruppverksamhet, jag tror det är bra att träffa andra under en period för att bygga upp självkänslan. Sedan en arbetsgivare som försöker förstå och som faktiskt vill ha mig tillbaka.”

Nio av de intervjuade personerna upplever att deras **eget initiativ och beslut varit nödvändiga** för att en förändring ska uppstå. Samtliga personer har efter att de återgått till arbetet **fått helt eller delvis ändrade arbetsuppgifter**, antingen genom att de bytt arbetsplats eller genom att de erbjudits möjlighet att begränsa prestationskraven de haft i sin tidigare roll på arbetsplatsen. I ett fall har arbetssituationen förändrats beroende på ändrade omständigheter utanför arbetsplatsen vilket minskat arbetsbelastningen och därmed skapat en rimlig arbetssituation.

Sex av personerna har återgått till sin tidigare arbetsgivare. Av dessa arbetar tre i sitt ordinarie funktion med vissa förändringar i sysslorna. Främst har begränsningar genomförts av arbetsbelastningen på arbetsplatsen samt en viss utmönstring av specifika stressituationer. Övriga tre arbetar med nya, delvis anpassade, arbetsuppgifter hos sin tidigare arbetsgivare (för en av de intervjuade har arbetsgivaren dock ännu efter ett drygt år inte kunnat presentera en permanent lösning). Tre har börjat en anställning hos en ”ny” arbetsgivare, en av intervjuperson har genomfört studier och är verksam som egen företagare.

Som jag tidigare berört har en majoritet av intervjupersonerna (7 personer) upplevde att utmattningsreaktionen kom oväntat för dem och utan att de själva hade förutsättningar att styra skeendet. Övriga av de intervjuade (3 personer) beskriver ett förlopp där de lyckades bibehålla ett visst inflytande över händelseförloppet och sin situation på arbetsplatsen.

De av intervjupersonerna som upplever sig helt ha förlorat sin möjlighet att påverka skeendet då de insjuknade beskriver sig som **offer för yttre omständigheter**. De upplever, i detta skede, en total brist på förmåga att själva hantera och ta ansvar för sin livssituation. Den mindre grupp som lyckats att behålla en viss makt över situationen (och sålunda upplever en mindre

grad av maktlöshet), visar tidigare en förmåga att strategiskt planera sin rehabilitering och så småningom sin återgång till arbetslivet. Den sistnämnda gruppen har även snabbare kunnat återgå till någon form av yrkesinriktad verksamhet. Ingen av intervjupersonerna i de båda grupperna hade vid intervjutillfället ännu uppnått samma arbetsförmåga som innan insjuknandet (se tabellsammanställning ovan).

Samtliga intervjupersoner beskriver att de under den *terapeutiska behandling* de genomfört, fått ökade självinsikter, vilka de upplever ha en avgörande betydelse för att de skulle nå framgång i sin strävan att återgå till arbetslivet.

I samtliga intervjuer beskriver den intervjuade att hon/han fattat ett *personligt beslut*, relativt snart efter insjuknandet om *att vilja gå tillbaks till arbetslivet*. Beslutet har varit betydelsefullt, för att inte säga en förutsättning för återgången. Under intervjuerna har jag fått intrycket av att *upptäckten av den egna viljan* och insikten i sin sårbarhet inför omvärldens påverkan, har varit ett nödvändigt element för återgången till arbetslivet. För att hitta tillbaka verkar det inte räcka med den ökade insikten och viljan. De personer som intervjuats har *också haft förmåga att finna personer i sin omgivning vilka haft förmågan att bekräfta och stödja dem i rehabiliteringsprocessen*.

Hälften av de intervjuade personerna upplever att arbetsgivarens oförmåga och dåligt utvecklade flexibilitet då det gäller att förstå, möta och stödja dem under rehabiliteringsperioden har varit ett påtagligt och ibland mycket stort hinder. Två personer upplever däremot att arbetsgivaren nästan exemplariskt tillsammans med övriga rehabiliteringsintressenter lyckats skapa förutsättningar för en framgångsrik återgång.

6.8 Stigmatiseringen

”Sånär vi hade det här mötet, såsatt dom där och pratade över huvudet påmig. Jag tyckte dom ifrågasatte min kompetens och ifrågasatte om jag var frisk.”

”Man diskuterade inte om vad som skulle hända med mitt arbetsliv. Man diskuterade bara att jag skulle bli av med jobbet. Man diskuterade ingenting om att vänta med besluten tills jag var mogen. Det var bara att beröva mig jobbet!”

Av de genomförda intervjuerna framträder inte en entydig bild av hur omgivningens ändrade attityd, den eventuella stämplingen av den utbrände, påverkat tillfrisknandeprocessen. I samband med insjuknandet verkar diagnosen och omgivningens förändrade beteende närmast varit en adekvat anpassning till intervjupersonens faktiska tillstånd. Alltså inte en reaktion som, i detta skede, misskrediterat honom/henne. Flera av intervjupersonerna upplever inte att diagnosen *utbränd* givit dem negativa konsekvenser utan snarare tjänat som en ”tillflykt”, där de tilldelats större möjligheter att, i sin egen takt, bygga upp sin förmåga att hantera de belastningar som förekommer i arbetslivet. Senare under rehabiliteringen har reaktioner från omgivningen förekommit, vilka går att tolka som en stämpling vilken fått negativa konsekvenser för den sjuke. I detta skede kan reaktionen närmast beskrivas som en manifesterad brist på tillit till den utbrändes förmåga. En inställning som tydligast (i mitt material) visar sig hos offentliga arbetsgivare.

I något enstaka fall kan arbetsgivarens inställning tolkas som bristande förståelse för den utbrändes behov, eller i värsta fall en bristande tilltro till hans eller hennes utsagor. Några av intervjupersonerna beskriver att de arbetsuppgifter som erbjudits dem efter sjukskrivningen, var belastningsmässig mycket lika de arbetsuppgifter de haft innan insjuknandet eller innebar till och med mer pressande arbetsförhållanden.

Utformningen av mina intervjuer har, upptäcker jag i efterhand, inte fullt ut lyckats med att rikta fokus på tänkbara stigmatiseringseffekter i samband med att personer drabbas av utbrändhet. Möjligen ger intervjumaterialet en antydning om att de personer jag intervjuat blivit med sårbara inför kvardröjande negativa, misskrediterande attityder och reaktioner från omgivningen. De negativa konsekvenserna verkar främst ha inträffat i samband med återinträdet i arbetslivet, alltså under den senare delen av rehabiliteringsprocessen.

7. DISKUSSION

Efter att ha genomfört tio intervjuer med personer vilka har upplevelser vilka sträcker sig bortom mina egna erfarenheter. Det omfattande intervjumaterialet gör att jag ibland frågat mig om jag ställt ”rätt” frågor. Eller om jag verkligen riktat fokus på det som varit viktigt under samtalet. Sakta träder min bild av vad jag sett och hört fram. En bild som kanske

präglas lika mycket av mig själv som av de personer jag intervjuat. Vissa av frågeställningarna hade jag kunnat belysa bättre om jag haft ett annat upplägg på intervjun. Andra infallsvinklar fick jag "gratis" genom att intervjuerna var såpass öppna. Inför följande diskussionsavsnitt måste jag ödmjukt medge att studien med sina tillkortakommanden och tillgångar, har levt sitt eget liv. Tiden jag arbetat med att utforska ämnet har framförallt fått mig att betrakta empiri som något man ska närma sig utan förutfattade meningar, ett stort mått av nyfikenhet och (inte minst) humor.

7.1 Haveriet av yrkesrollen.

Med interaktionistiskt färgade ögon är det lätt att, bildligt talat, föreställa sig att yrkesrollen kan "haverera" då möjligheterna att få positiv bekräftelse från omgivningen av olika skäl avtar eller stryps. Ju viktigare bekräftelsen är för att bibehålla en positiv självbild ju sårbarare blir individen inför negativa förändringar i omgivningens inställning till honom eller henne. De faktorer som förändrats i samspelet mellan de personer jag intervjuat och deras "omgivning" är en ökad arbetsbelastning (och därmed ökade krav på prestation för att få omgivningens acceptans), ändrade attityder från arbetsledningen och/eller en omorganisation av verksamheten (vilket ofta lett till att spelreglerna förändrats). De personer som reagerat med starkt ökad stress i dessa situationer har ofta en personlighet som behöver en hög grad av yttre bekräftelse. Mer eller mindre medvetet placerar de, genom sitt behov av att bli betraktade som duktiga, makten över arbetssituationen (och över många andra situationer i tillvaron) utanför sig själv. Hon eller han blir därigenom utelämnad till omgivningens reaktioner och dess undanhållande av bekräftelse då kraven ökar eller spelreglerna ändras. Denna egna tolkning av skeendet tycker jag stämmer med de beskrivningar andra forskare och iakttagare gjort av personer vilka drabbats av utbrändhet (*bland andra har Perski (2002) och Starrin, Eriksson och Janson (2003) också redovisat fallbeskrivningarna som uppvisar likheter med mina iakttagelser av att kontrollen över arbetssituationen, genom behovet av bekräftelse, omedvetet "flyttas" från individen*).

De personer jag intervjuat har haft en yrkesroll vilken under en lång yrkesbana bekräftat dem som "duktiga" och "kapabla". Denna positiva självbild har kontinuerligt förstärkts av chefer och arbetskamrater. I takt med tiden har yrkesrollen och kraven på arbetsplatsen successivt, av olika skäl förändrats. En viktig drivkraft till förändringen har varit en ökande arbetsbelast-

ning. Det har ”kostat” alltmer för den anställde att få samma erkännande i sitt arbete. De personer jag har intervjuat ser dock samtliga, den ökade arbetsbelastningen bara som *en del* i orsakssambandet till insjuknandet. ***En ökad arbetsbelastning verkar alltså, i sig, inte ensamt kunna förklara varför en individ blir utbränd.***

De flesta av intervjupersonerna anfört att deras personlighet, framför allt behovet av att vara duktig, att vinna omgivningens positiva bekräftelse (ibland också frånvaron av negativa reaktioner) för att uppnå tillfredsställelse i arbetet, har gjort dem sårbara för de förändringar som inträffat vilket varit en bidragande orsak till insjuknandet. Utan att jag under mina intervjuer har gått djupare in på intervjupersonernas personlighet, har jag intrycket av att majoriteten av de personer jag intervjuat haft en stark strävan att uppnå en självbegränsning från andra i sin yrkesroll. Ett viktigt inslag i arbetet och yrkesrollen har varit att duga till, att vara ”duktig”. ***Den personliga ”vinsten” i arbetet i form av bekräftelse på duktigheten har avtagit då belastningen och kraven ökat.*** Intervjupersonerna har också ”drabbats” av andra negativa förändringar i arbetssituationen, vilka ytterligare spetsat till situationen. Det har kunnat röra sig om omorganisationer, konflikter på arbetsplatsen, förändringar i ledningsfunktionen etc.

Några av intervjupersonerna har också kopplat sitt insjuknande till emotionellt belastande händelser i privatlivet. I de berättelser jag hört tycker jag mig kunna identifiera ett växelspel mellan den utbrändes *personlighet, ökad arbetsbelastning samt förändringar, som för den intervjuade varit svåra att förutse, i samspelet med omgivningen (företrädesvis på arbetsplatsen)*. Skeendet låter sig tolkas genom en symboliskt interaktionistiskt förklaringsmodell. Det inträffade kan beskrivas som att intervjupersonens strategi för att bibehålla yrkesrollens status genom ett förändrat interaktionsmönster slutar att fungera. Den strategi som tidigare visat sig vara framgångsrik på arbetsplatsen ger inte avsedda effekter bland annat på grund av den förändrade strukturen omkring intervjupersonen. Spelreglerna och kraven förändras utan att hon/han har en reell möjlighet påverka skeendet. Det är inte längre möjligt att uppnå tillfredsställelse, sammanhang och bekräftelse i arbetet på samma villkor som tidigare. Strategin från den anställde blir ofta, kanske analogt med tidigare strategier i livet, att öka prestationskraven på sig själv för att kunna bibehålla sin positiva självbild, att duga till. I denna fas sker en gradvis förskjutning av inflytandet över arbetssituationen, över till de signifikanta andra i omgivningen. De personer som har makt att bekräfta ***eller inte bekräfta*** intervjuperson. Den anställde kan inte längre av egen kraft uppnå tillfredsställelse och sammanhang på arbetsplatsen

av egen kraft. Hon blir mer och mer utelämnad till oberäkneliga skeenden och förändringar som styrs utanför den sfär som hon/han kan påverka.

När insjuknandet sker väljer intervjupersonerna (något förenklat) oftast två reaktionsmönster:

- En total utmattningsreaktion där intervjupersonen tappar sin förmåga att agera och är helt maktlös inför sin reaktion. Dessa personer tappar under en relativt lång period (vilken ofta varar flera månader) helt sin förmåga att agera och befinner sig under denna period i ett sorts förlamningstillstånd.
- En mindre grupp verkar ha en större förmåga att styra sina reaktioner. Denna grupp blir också kraftigt uttröttad men börjar relativt snart efter insjuknandet att försöka finna nya strategier för att ta sig ur sin situation.

Orsaken till skillnaderna i reaktionsmönstren har inte berörts djupare i mina frågeställningar så jag kan endast spekulera i dessa samband (vilket jag kanske inte ska upplåta denna uppsats till att göra). *Nåväl, ett tänkbart område att studera för att söka svaret på frågan om varför vissa personer snabbare än andra börjar söka efter utvägar ur sitt tillstånd av maktlöshet är kanske graden av självinsikt. Eller hur utvecklad förmågan är att söka hjälp hos starka signifikanta andra vilka förmår att ge ett effektivt stöd.*

7.2 Stämplingen.

Samtliga personer jag intervjuat, och som sjukskrivits med en diagnosen jämställd med utbrändhet har under åtminstone någon del av sjukperioden upplevt sig främmande inför diagnosen. I detta avseende kan stämplingsteorin till vissa delar vara användbar och fungera som del i min förklaringsmodell. Intervjupersonen har *fått en sjukroll tilldelad*, vilken han/hon själv inte alltid varit delaktig i att ”utforma”. I de allra flesta fallen har dock den tilldelade sjukrollen, *stigmatiseringen*, i allt väsentligt, på ett relevant sätt beskrivit den insjuknades tillstånd. ”Stämplingen” (om man nu kan kalla det stämpling) har således, i detta skede, inte inneburit några direkta upplevda negativa konsekvenser för den insjuknade. Snarare är nog förhandlingsmodellen en lika god förklaringsmodell för hur sjukrollen uppstår.

De negativa konsekvenserna av diagnosen har vissa av intervjupersonerna, i ett senare skede, kunnat iaktta genom ett förändrat (mer distanserat och ibland direkt avvisande) förhållningssätt från arbetskamrater och/eller arbetsgivaren. Arbetsgivarens förhållningssätt i dessa fall, speglar att den anställdes insjuknande skapar en bristande tillit till den hans eller hennes förståelse. Under den fortsatta rehabiliteringsprocessen, på vägen tillbaka till arbetet, **har ett sådana förhållningssätt inneburit ett påtagligt hinder, och således negativa konsekvenser vilka den utbrände behövt hantera.** En stämplingsprocess vilken misskrediterat den insjuknade, verkar ibland ha skett. Men i många av intervjupersonernas historier kan jag inte utläsa att diagnosen fått en misskrediterande effekt för honom/henne. Det verkar inte som om samhällets agerande alltid (eller ens oftast i min intervjugrupp) leder till att en stigmatisering som förfördelar individen eller berövar honom eller henne möjligheterna att återta sin position i arbetslivet. **Min studie antyder visserligen att stigmatisering av utbrända kan förekomma men att man knappast kan påstå att utbrända generellt misskrediteras på grund av insjuknandet och diagnosen utbränd.**

7.3 Det egna beslutet

Då intervjun berört återgången till arbetslivet framgår också relativt tydligt av intervjupersonernas berättelser, att ett viktigt inslag i rehabiliteringsprocessen **är det egna beslutet om att vilja återgå till yrkeslivet igen.** Vissa av de intervjuade personerna kan mycket exakt ange när de fattade detta beslut. Andra har från början haft en fast förvisning om att de ska återgå i arbete och successivt under rehabiliteringsprocessen blivit medvetna om hur den egna viljan kan användas för att komma tillbaka. I den litteratur jag studerat har förhållandevis liten uppmärksamhet riktats mot hur den insjuknade formar sitt beslut att tillfriskna, det vill säga hur han eller hon förstärker sin motivation att åter ge sig ut i arbetslivet. I de studier av begreppet utbrändhet som jag tidigare anfört i denna uppsats berörs den egna viljan att "bli frisk" oftast tämligen ytligt eller förutsätts av författaren. "Det är väl självklart att man vill bli frisk", det vill säga återgå till arbetslivet. Hos flera av de personer jag intervjuat var viljan att återgå i arbete inget självklart beslut eller något som "bara" finns i medvetandet. Många beskriver mycket starkt hur de bestämde sig och kommer oftast också ihåg när och i vilken situation de fattade beslutet (eller blev medvetna om sin vilja att komma tillbaka till arbetslivet). Att på detta sätt upptäcka den egna viljan har varit ett första steg att frigöra sig från den förlamande maktlöshet som insjuknandet skapat hos intervjupersonen. Ett steg mot att ta tillbaka kontrol-

len över sitt liv. En frågeställning som min studie inte besvarar, men som är intressant mot bakgrund av att många av intervjupersonerna uppfattar beslutet om att bli frisk som viktigt för den fortsatta rehabiliteringen är: ***Hur ser det egna beslutet ut hos de utbrända som inte lyckas återgå i arbete?*** Ser deras beslut annorlunda ut och vad har i så fall påverkat dem till att fatta ett beslut som i praktiken innebär fortsatt sjukdom.

7.4 Ändrad strategi

För att komma vidare har det varit nödvändigt för samtliga av intervjupersonerna att omvärdera sina tidigare förhållningssätt, både i arbetslivet och privat. Denna omvärdering har handlat om omprioriteringar av arbetet i förhållande till fritid och familj och (oftast) en sorts devalvering av arbetets värde för den personliga tillfredsställelsen. En vanlig insikt hos intervjupersonerna är att de tidigare, för att klara av de krav de hade på sig i arbetet, tvingades att prioriterar bort andra minst lika viktiga delar av sitt liv. Alla de intervjuade sätter idag med ökad medvetenhet gränser för de krav omgivningen kan ställa på dem. ***För att uppnå denna förändring har samtliga behövt anlita kvalificerad terapeutisk behandling.*** Bland intervjupersonerna verkar kognitiv terapi har givit ett särskilt gott resultat. Kognitiv terapeutisk behandling arbetar med fokus på att den utbrände, under terapeutens överinseende, övar sig på de situationer som varit känsliga att hantera för honom eller henne med andra ord en typ av coping terapi. Andra typer av utomstående kontakter som arbetskamrater, medsyster och bröder från behandlingen, kuratorskontakt samt kontinuerlig kontakt med läkare verkar har varit bidragande till ett positivt resultat av rehabiliteringsprocessen. Det verkar som om den mest framgångsrika strategin för att återfå självförtroende och tilltro till sin förmåga att åter möta de belastningar som finns i arbetslivet har varit en kombination av att ***söka professionell hjälp samt söka sig till signifikanta andra, vilka haft förmågan att ge ett genuint positivt stöd.*** Under intervjuerna framskyntar att personer med liknande erfarenheter, vilka befinner sig i samma process inte sällan får betydelsefulla roller under rehabiliteringsfasen. RFV: s studier om sociala faktorer som påverkar rehabiliteringen av långtidssjukskrivna (sidan 25 i denna uppsats) skulle kunna tas som ett stöd för min slutsats. I studien har man funnit att personer vilka lever i psykosocialt belastande miljöer och personer som lever tillsammans med en för tidspensionerad maka eller make visar lägre benägenhet att återgå till arbete. Min empiri skulle kunna förklara denna tendens med att personerna i dessa grupper inte i samma omfattning som andra knyter an till signifikanta andra som understödjer en återgång till arbetslivet.

7.5 Nätverk

En viktig egenskap för att få balans i tillvaron hos den utbrände, verkar ha varit förmågan att bygga upp konstruktiva sociala nätverk, vilka kan bekräfta dem i den nya rollen på arbetsplatsen. Det vill säga de har kunnat skapa sig en ny, mer adekvat yrkesroll, ***vilken vunnit acceptans och bekräftelse av signifikanta andra på arbetsplatsen.*** Dessa signifikanta andra har i ”min” intervjugrupp oftast bestått av nya eller gamla arbetsgivare, kurskamrater från behandling/utbildning, arbetskamrater etc. Några av intervjupersonerna vilka förknippat insjuknandet med en negativ och destruktiv relation till den gamla arbetsgivaren har fattat beslut om att söka sig till en arbetsplats som bättre möter deras behov. Denna process har tagit sin tid och har delvis handlat om att acceptera den otrygghet det innebär att lämna en fast anställning för en otryggare tillvaro på arbetsmarknaden.

Två av intervjupersonerna anger att en sämre fungerande familjesituation, tillsammans med hög arbetsbelastning, bidragit till att de drabbats av utbrändhet. Båda beskriver relationerna i de parrelationer de levt i som starkt negativt präglade, närmast dysfunktionella, med många och långa perioder då makarna inte kunnat kommunicera med varandra på ett konstruktivt sätt. Båda intervjupersonerna har valt att bryta upp ur familjebildningen för att skapa bättre förutsättningar att själva uppnå ett fungerande liv. Även hos dessa personer, vilka båda har återgått i arbete på heltid, har förändringarna medfört att de också ändrat inställning till sitt arbete och haft möjlighet att vidta förändringar i sin arbetssituation för att få en mer realistisk arbetsbelastning.

7.6 Min metod

Det symboliskt interaktionistiska synsätt jag valt har fungerat som en teoretisk förklaringsmodell för att tolka det sociala samspelet då en person drabbats av utbrändhet. En styrka med synsättet som jag tycker mig ha fått bekräftad i min empiri, är att modellen implicerar att tillgången till ”positiva” signifikanta andra är en viktig faktor för att understödja tillfrisknandet. ***Förhållningssättet verkat också kunna tjäna som grund för planeringen av rehabiliteringsinsatser och bedömningar inför en återgång i arbete.***

Jag har inte funnit att den stigmatisering, som jag antog hade skett i och med att diagnosen sattes, i sig har inneburit entydigt negativa konsekvenser för den utbrände. Det är därför tveksamt om jag generellt kan påstå att den sjuke stämplas i och med att diagnosen sätts. Några av intervjupersonerna har drabbats av negativa konsekvenser som går att förklara med att en stigmatisering intervjupersonen skett. Stigmatiseringen verkar dock ha inträffat senare under processen då personer med anknytning till intervjupersonens arbetsplats misskrediterat honom eller henne.

Jag har under mitt arbete med den här uppsatsen använt begreppet Locus of Control som en kvalitativ referenspunkt. Studien ger, enligt min uppfattning, stöd till mitt antagande om att den utbrändes strategi för att återgå till arbetslivet behöver innefatta en medveten strävan att återta inflytandet över avgörande beslut i sin livssituation. Den utbrändes eget inflytandet över vad som ska ske i framtiden verkar vara viktig för att rehabiliteringen ska bli framgångsrik. Det är möjligt att begreppet skulle kunna utvecklas till att fungera som en ”mät punkt” under rehabiliteringsprocessen. Intervjupersonernas berättelser har bekräftat att det egna inflytandet över arbetssituation haft stor betydelse för om rehabiliteringen, och därmed också om återgången till arbetslivet ska lyckas. Begreppet Locus of Control har i den form jag valt att använda begreppet haft vissa brister vilka gjort det besvärligt att använda. Framst har begreppet ibland gjort det svårt att avgränsa vari intervjupersonens ”maktlöshet” ligger. Är det så att makten faktiskt ligger hos andra i omgivningen eller står utsagan för att intervjupersonen saknar förmåga att ta kontroll över sin situation?

7.7 Förslag till en strategi ut ur utbrändheten

Med utgångspunkt i empirin från de intervjuer jag genomfört tycker jag mig kunna utkristallisera en checklista på vad man bör göra, som utbränd, då man planerar att återgå till arbetslivet.

- **Fatta ett medvetet beslut** om att vilja återgå till yrkeslivet igen
- **Ifrågasätt**, granska kritiskt de olika hjälparna omkring dig. Fråga dig vad du behöver just nu för att komma vidare

- Gå igenom viktiga personer i sin omgivning. Välja de som är vänner, det vill säga positiva, stödjande personer. **Försök att stärka kontakterna med det positiva nätverket.** Försök urskilja de som är ”fiender till ditt tillfrisknande”, det vill säga personer vilka har ett negativt eller destruktivt inflytande på din situation.
- **Sök kvalificerad hjälp.** Av de 10 personer jag intervjuat har ingen klarat av att hantera situationen utan att med professionell hjälp bearbeta de egenskaper hos sig själv som medverkat till att man blivit utbränd. Ofta har terapier med kognitiva inslag varit verkningsfulla.
- **Ta reda på om din arbetsgivare har möjlighet att tillmötesgå dig och ge dig det du behöver för att kunna fungera på arbetsplatsen i fortsättningen.** Saknar du tillit till din arbetsgivares vilja eller förmåga - byt arbetsgivare! Så snart du känner dig stark nog kräv att få ta ditt ansvar för rehabiliteringsprocessen, prova dina idéer på de inblandade.
- **Tala om din situation,** berätta för familj och vänner om din belägenhet.

8. KÄLLFÖRTECKNING

- Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*, Natur och kultur Stockholm
- Doctare, Christina (2000) *Hjärnstress, kan det drabba mig*, Runa förlag Stockholm
- Edlund, Curt (2001) *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer*, Umeå Universitet (ISSN 0346-6612)
- Eriksson, Ulla-Britt, Bengt Starrin, Staffan Janson (2003) *Utbränd och emotionellt utmärglad*, Studentlitteratur Lund
- Giddens, Anthony (1996) *Modernitetens följder*, Studentlitteratur Lund
- Goffman, Erving (1972) *Stigma*, Prisma Stockholm, andra omarbetade upplagan
- Gerhart, Uta (1989) *Ideas about illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, Macmillan London
- Hallsten, Bellaagh och Gustavsson (2002) *Utbränning i Sverige: en populationsstudie*, Arbetslivsinstitutet Stockholm
- Hasenfeld, Yeheskel (1992) *Human Services as complex organizations*, Sage publications London
- Johannisson, Karin (1990) *Medicinens öga*, Norstedts Stockholm
- Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten*, Norstedts Stockholm
- Krauklis och Schenström, (2002) *Utbrändhet - den nya folksjukdomen*, Bokförlaget Robert Larsson AB Stockholm
- Kullberg, Johan (1984) *Dynamisk psykiatri*, Natur och kultur Stockholm
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur Lund
- Lindqvist, Rafael (red) (1997) *Medikalisering, professionalisering och hälsa*, Studentlitteratur Lund
- Marklund, Staffan (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*, Studentlitteratur Lund
- Maslach, Christina (2001) *Sanningen om utbrändhet*, Natur och kultur Stockholm
- Nevander Friström, Lena (1999) *Fångad Av arbete*, Natur och Kultur Stockholm
- Nevander Friström, Lena (2001) *Kränkta människor samarbetar inte*, Natur och kultur Stockholm
- Olin, Robert (1999) *Nya diagnoser*, Nationella folkhälsokommittéen Stockholm
- Parson, Talcott (1979 org 1951) *The social system*, Routledge London
- Perski, Aleksander (2002) *Ur balans*, Bonniers Stockholm
- Puranen, Bi (1994) *Att vara kvinna är ingen sjukdom*, Norstedts Stockholm

Söderfeldt, Marie (1997) *Burnout*, Lunds Universitet

Thunbrå, Lars-Olof (2003) *Psykopatiska chefer*, Liber Ekonomi Stockholm

(1995) *Mini-D, diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*, Pilgrim press Danderyd

Tidningsartiklar

Artikel Sydsvenska Dagbladet/Ekonomi, Monica von Stadingk (2003-03-30) *Ny metod ska avslöja farlig chef*

Artiklar Pockettidningen R temanummer, (2002) *Sjuk av jobbet*

Officiella tryck

RFV 2001:11, *Långtidssjukskrivna, diagnos, arbetsgivare och återgång i arbete*

RFV 2002:2, *Långtidssjukskrivna, diagnos, arbetsgivare och återgång i arbete*

RFV 2002:4, *Långtidssjukskrivna för psykisk sjukdom och utbrändhet: vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade*

RFV 2003:3, *Psykosocial arbetsmiljö och långvarigt sjukskrivna*

8. BILAGOR

- 1. Frågor till intervjupersonerna**
- 2. Rotters Locus of Control scale**
- 3. Brev till intervjupersonerna**

Bilaga 1

Frågor till intervjupersoner – UTBRÄNDHET

Nedanstående punkter är avsedda som stöd vid intervjun. Jag ämnar genomföra intervjun under ca 1 timme och använda mig av öppna frågor, det vill säga tillåta att ip själv, till vissa delar, styr inriktningen på intervjun. Syftet med att välja en öppen intervjuform är att jag då hoppas få tillgång till en större del av ips erfarenheter än jag tror jag "fångar" med en mer strukturerad, styrd intervju.

Bakgrundsfakta

- **Familjeförhållanden**, arbetsfördelning i hemmet (med tonvikt lagd på roller)
- **Arbete**, inflytande över arbetet, arbetsbelastning, konflikter i arbetet och förändringar i arbetet med tonvikt på ändrad status och värdering av arbetet, hur feedback gavs (roller)
- **Personlighetsfaktorer**, förhållningssätt till arbetskamrater, konflikter och arbetsledning. Locus of Control (LoC), var ligger kontrollen över vad som sker på arbetsplatsen ("offer" eller eget ansvar).

Anitas reflektioner:

1. Förändringar arbetet, även omorganisationer
2. Personlighetsfaktorer: egen uppfattning om deras tidigare kontrollbehov, svårt att sätta gränser, prestationsinriktade, egna inre krav. Har detta förändrats nu?
3. Personligt tungt bagage från tidigare i livet och uppväxt?

Insjuknande

- **Kronologi**, förloppet vid insjuknandet. När och hur insåg ip att hon var utbränd. Lång process eller "blixt från klar himmel".
- **Egna reflektioner och reaktioner.**
- **Omgivningens reaktion** (hur reagerade familjen och hur reagerade arbetsplatsen, arbetsgivare och arbetskamrater). Förändringar av bemötande. Stöd och avståndstaganden i omgivningen. Förståelse eller brist på förståelse (bekräftelse och stöd eller ifrågasättande). **VIKTIGT ATT OCKSÅ HA MED! Försäkringskassans bemötande. Läkares bemötande. Familjens och vänners reaktion.**

Anitas reflektioner:

1. Hur har familjen och arbetskamrater och chef reagerat/agerat innan sjukskrivningen blev nödvändig.
2. Har ip sökt läkare flera gånger de senaste åren för en massa olika symtom t.ex. sömnsvårigheter, mag/tarmbesvär, migrän, infektioner, smärtor.
3. Hade en långtidssjukskrivning kunnat undvikas om man redan dåtagit upp att det kunde vara tecken på en begynnande utbrändhet.

4. *Hade chefen kunnat upptäcka faran i tid vid ett medarbetarsamtal? Varför såg man inte själv faran?*
5. *Kunskapsbrist i alla leden? Finns attityder från omgivningen att det är ett personligt tillkortakommande när man inte klarar arbetssituationer eller att allt beror på annat utanför arbetet. Detta innebär att arbetsgivaren frias och arbetskamraterna behöver inte känna sig i riskzonen för att själva bli sjuka.*

Behandling

- **Vidtagna behandlingsinsatser.** Zenit, Eget inflytande över de beslut som togs.
- **Viktiga personer/relationer** och faktorer för ips återgång till arbetslivet. Arbetsgivarens attityd och roll. Fks inställning roll, läkarens attityd och roll. Familjens betydelse.
- **Locus of Control** - Vem har/hade ansvaret för tillfrisknandet?

Anitas kommentarer:

1. *Vad gjordes direkt på arbetsplatsen. Rehab-plan? FHV-kontakt?*
2. *Genomfördes arbetsplatsbesök regelbundet?*
3. *Glömdes man relativt snabbt bort från arbetsplatsens sida?*

Återgången till arbetet

- **Kronologi**, när skedde återgången.
- **Viktiga yttre och inre faktorer** för att återgången lyckades.
- **Ändrade förhållanden** och roller på arbetsplatsen – i familjen.
- **Andra betydelsefulla förändringar** som genomförts.
- **Stöd/hinder i processen.**
- **LoC**, Fanns det en medveten strategi. Om inte, kan ip skönja en sådan i efterhand.
- **Personliga förändringar.** Hur förhåller sig omgivningen? Hur talar man om det som varit? Är du en annan person idag. Vad har hänt?

Anitas reflektioner:

1. *Är måsättningen 100 % Om inte, varför? Väljer de livskvalité eller är det en förmodad oförmåga.*
2. *Det man tror själv om sin förmåga är mycket förutsäggande för hur det sen blir säger Bodil att det finns studier på Beror detta på en bra självkänedom eller självuppfyllande profetia?*
3. *Tryck gärna lite på vad arbetsgivaren haft för attityd och vilka åtgärder de genomfört för att det ska gå bra att komma tillbaka.*

Bilaga 2

Rotter's Locus of Control Scale

1. a. Children get into trouble because their parents punish them too much.
b. The trouble with most children nowadays is that their parents are too easy with them.
2. a. Many of the unhappy things in people's lives are partly due to bad luck.
b. People's misfortunes result from the mistakes they make.
3. a. One of the major reasons why we have wars is because people don't take enough interest in politics.
b. There will always be wars, no matter how hard people try to prevent them.
4. a. In the long run people get the respect they deserve in this world
b. Unfortunately, an individual's worth often passes unrecognized no matter how hard he tries
5. a. The idea that teachers are unfair to students is nonsense.
b. Most students don't realize the extent to which their grades are influenced by accidental happenings.
6. a. Without the right breaks one cannot be an effective leader.
b. Capable people who fail to become leaders have not taken advantage of their opportunities.
7. a. No matter how hard you try some people just don't like you.
b. People who can't get others to like them don't understand how to get along with others.
8. a. Heredity plays the major role in determining one's personality
b. It is one's experiences in life which determine what they're like.
9. a. I have often found that what is going to happen will happen.
b. Trusting to fate has never turned out as well for me as making a decision to take a definite course of action.
10. a. In the case of the well prepared student there is rarely if ever such a thing as an unfair test.
b. Many times exam questions tend to be so unrelated to course work that studying is really useless.
11. a. Becoming a success is a matter of hard work, luck has little or nothing to do with it.
b. Getting a good job depends mainly on being in the right place at the right time.
12. a. The average citizen can have an influence in government decisions.
b. This world is run by the few people in power, and there is not much the little guy can do about it.
13. a. When I make plans, I am almost certain that I can make them work.
b. It is not always wise to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune anyhow.
14. a. There are certain people who are just no good.
b. There is some good in everybody.
15. a. In my case getting what I want has little or nothing to do with luck.
b. Many times we might just as well decide what to do by flipping a coin.
16. a. Who gets to be the boss often depends on who was lucky enough to be in the right place first.
b. Getting people to do the right thing depends upon ability, luck has little or nothing to do with it.

17. a. As far as world affairs are concerned, most of us are the victims of forces we can neither understand, nor control.
b. By taking an active part in political and social affairs the people can control world events.
18. a. Most people don't realize the extent to which their lives are controlled by accidental happenings.
b. There really is no such thing as "luck."
19. a. One should always be willing to admit mistakes.
b. It is usually best to cover up one's mistakes.
20. a. It is hard to know whether or not a person really likes you.
b. How many friends you have depends upon how nice a person you are.
21. a. In the long run the bad things that happen to us are balanced by the good ones.
b. Most misfortunes are the result of lack of ability, ignorance, laziness, or all three.
22. a. With enough effort we can wipe out political corruption.
b. It is difficult for people to have much control over the things politicians do in office.
23. a. Sometimes I can't understand how teachers arrive at the grades they give.
b. There is a direct connection between how hard I study and the grades I get.
24. a. A good leader expects people to decide for themselves what they should do.
b. A good leader makes it clear to everybody what their jobs are.
25. a. Many times I feel that I have little influence over the things that happen to me.
b. It is impossible for me to believe that chance or luck plays an important role in my life.
26. a. People are lonely because they don't try to be friendly.
b. There's not much use in trying too hard to please people, if they like you, they like you.
27. a. There is too much emphasis on athletics in high school.
b. Team sports are an excellent way to build character.
28. a. What happens to me is my own doing.
b. Sometimes I feel that I don't have enough control over the direction my life is taking.
29. a. Most of the time I can't understand why politicians behave the way they do.
b. In the long run the people are responsible for bad government on a national as well as on a local level.
-

Score one point for each of the following:

2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21.a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a.

A high score = External Locus of Control

A low score = Internal Locus of Control

Locus of Control

Locus of Control refers to the extent to which individuals believe that they can control events that affect them. Individuals with a high *internal locus of control* believe that events result primarily from their own behaviour and actions. Those with a high *external locus of control* believe that powerful others, fate, or chance primarily determine events. Those with a high *internal locus of control* have better control of their behaviour and tend to exhibit more political behaviours than *externals* and are more likely to attempt to influence other people; they are more likely to assume that their efforts will be successful. They are more active in seeking information and knowledge concerning their situation than do *externals*. The propensity to engage in political behaviour is stronger for individuals who have a high *internal locus of control* than for those who have a high *external locus of control*.

Bilaga 3

Hässleholm 2003-02-19

Hej,

Jag heter Hans Åkerman är socionom och arbetar sedan flera år med yrkesinriktad rehabilitering i företaget Mentor AB. Innan dess har jag arbetat i kommunal socialtjänst och med rehabilitering av missbrukare.

För närvarande skriver jag en D-uppsats i socialt arbete på socialhögskolan i Lund. Jag tänker inrikta min uppsats mot att studera framgångsrika "strategier" för att komma tillbaks till arbetslivet efter att man drabbats av utbrändhet. I min studie ingår även att kartlägga faktorer i omgivningen som varit av betydelse för denna återgång.

I min studie vill jag genomföra intervjuer med personer som varit sjukskrivna på grund av "utbrändhet" som varit på Zenit samt funnit en väg tillbaks till arbetslivet efter behandlingen. Intervjun kommer att ta cirka 2 timmar i anspråk.

I den färdiga uppsatsen kommer namn och andra fakta som kan röja din identitet att tas bort. I det fall jag citerar material som härrör från intervjutillfället kommer jag att tillfråga dig innan citatet tillförs uppsatsen. Jag är väl förtrogen med sekretesslagstiftningen och de etiska regler och föreskrifter som finns för att skydda din integritet.

Jag har bitt Anita Bengtsson att hjälpa mig med att kontakta personer vilka jag riktar min undersökning mot. Du som är intresserad av att delta i undersökningen kan antingen anmäla ditt intresse och få kontakt med mig via Anita eller ringa mig på telefon 0708-47 57 75 eller till Mentor AB: s kontor på 0451-38 55 38. Det är också möjligt att kontakta mig via e-mail: hans@mentorab.se

Hälsningar

Hans Åkerman