

Utmattningssyndrom - ett medicinskt faktum eller en kulturell produkt?

Hjalmar Åsbrink & Johannes Vasko

Vt-10



Handledare: Helena Hansson

Abstract

The aim of this study was to, through contact with clinicians, explore how the diagnosis burnout syndrome can be understood from a social context, and if there is a consensus between the clinicians' perception of the phenomenon and topic relevant research.

Qualitative interviews were conducted with five clinicians from different professions. We also interviewed four scientists as a complementary source of information. As theoretical framework we used Johannissons theory about cultural diseases, Antonovskys theory about sense of coherence as well as social constructivism theory by Hacking. We found that the disease was perceived by the clinicians to be a physical reality as well as something partly emanating from social interaction. A consensus also existed among the clinicians and scientists regarding how the disease was understood.

Key words: burnout syndrome, cultural disease, social construction, gender, sense of coherence

Nyckelord: utmattningssyndrom, kultursjukdom, social konstruktion, genus, KASAM

Innehållsförteckning

1. Inledning	s. 6
1.2. Syfte.....	s. 7
1.3. Frågeställningar.....	s.7
2. Bakgrund	s.7
2.1. Historia.....	s.7
2.2. Tidigare forskning.....	s.9
2.2.1. Kultursjukdom.....	s.10
2.3. Begrepp.....	s.12
2.3.1. Utmattningssyndrom.....	s.12
3. Teori	s.13
3.1. Känsla Av Sammanhang.....	s.13
3.2. Social konstruktion.....	s.14
4. Metod	s.15
4.1.Litteratursökning.....	s.16
4.2. Presentation av deltagarna.....	s.16
4.3. Urval.....	s.17
4.4. Kompletterande forskarintervjuer.....	s.17
5. Analys	s.18
5.1. De olika förståelserna av sjukdomstillståndet.....	s.18
5.1.1. Utmattningssyndrom som kultursjukdom.....	s.18
5.1.2. Utmattningssyndrom som medicinsk realitet.....	s.20
5.1.3. Övriga aspekter av utmattningssyndrom.....	s.21
5.2. Är kultursjukdomar socialt konstruerade?.....	s.22
5.2.1. Det konstruktionistiska perspektivet.....	s.22
5.2.2. Socialkonstruktionismens teoretiska villkor.....	s.24
5.3. KASAM	s.25
5.3.1. Begriplighet.....	s.25
5.3.2. Hanterbarhet.....	s.26
5.3.3. Meningsfullhet.....	s.28
5.4. Status.....	s.29
5.4.1. Psykosomatisk luddighet kontra somatisk tydlighet.....	s.29
5.4.2. Den föränderliga statusen.....	s.31
5.5. Genus.....	s.33

5.5.1. Kvinnlig överrepresentation.....	s.33
5.5.2. Den massmediala bilden.....	s.35
6. Sammanfattning.....	s.36
7. Avslutande diskussion.....	s.37
Litteraturförteckning.....	s.40
Bilaga: intervjufrågor.....	s.43

1. Inledning

Begreppet *utmattningssyndrom* är ett relativt nyttillkommet namn på ett sjukdomstillstånd som funnits under lång tid. Tillståndet kan ses som en följd av en långvarig stress och tar sig uttryck i olika typer av psykosomatiska besvär. Karaktäriserande är framför allt en upplevd brist på energi hos den diagnostiserade. Genom historien har olika begrepp använts för att benämna fenomenet. I en svensk kontext har bland annat namn som *utbrändhet* och *utmattningsdepression* tidigare förekommit. Sedan 2003 har Socialstyrelsen dock rekommenderat att just termen utmattningssyndrom bör användas (Socialstyrelsen 2003). Rekommendationen till trots är diagnosen emellertid omstridd. Fortfarande pågår en debatt om huruvida diagnosen är en produkt av sociala och kulturella förhållanden snarare än ett medicinskt faktum. Att diagnosen skulle svara mot en specifik sjukdomsbild är med andra ord ifrågasatt.

Vi finner det intressant att diagnosen utmattningssyndrom sex år efter Socialstyrelsens rekommendationer fortfarande ses som kontroversiell. Vi ställer oss frågan om det har skett en förändring i sättet att se på diagnosen och hur den betraktas idag. Sedan 1990 har den samhällsliga psykiska ohälsan ökat (Socialstyrelsen 2003). Det samma gällde för antalet långtidssjukskrivna. Även om sjukskrivningstalen gått ned sedan 2003 ligger fortfarande de stressrelaterade utmattningsreaktionerna, däribland diagnosen utmattningssyndrom, till grund för en stor andel av sjukskrivningarna (Östbom, SKL 2008). Därutöver kan konstateras att diagnosen är ojämnt fördelad över könen. En majoritet av dem som har diagnostiserats med tillståndet är kvinnor (Hammarlin 2008) Den könsliga obalansen gör att det finns skäl för att närmare undersöka den samhällsliga diskursen kring fenomenet.

Vår ansats är att genomföra en socialkonstruktivistisk studie av utmattningssyndrom som ett kulturellt fenomen. Genom att anlägga ett konstruktivistiskt perspektiv på sjukdomstillståndets vara vill vi utröna om utmattningssyndrom som diagnos inte enbart är betingad av biologiska orsaker. För att få en så bred bild som möjligt av ohälsans villkor kommer vi dock att vinnlägga oss om att även anlägga ett mer individcentrerat perspektiv vid uppsatsens analytiska avsnitt. Vår förhoppning är att vi därmed kommer att kunna teckna en mer fullständig bild av utmattningssyndromets ontologi.

1.2. Syfte

Uppsatsen syfte är att, genom kontakt med kliniker, undersöka hur diagnosen utmattningssyndrom kan förstås utifrån en social kontext, och om det finns en samstämmighet mellan klinikers uppfattning av fenomenet och ämnesrelevant forskning.

1.3. Frågeställningar

- Är det möjligt att definiera sjukdomstillståndet utmattningssyndrom som ett kulturbundet fenomen?
- Hur kommer det sig att så många aspekter av diagnosen fortfarande är omdiskuterade?
- Har diagnosens status skiftat under tid?
- Påverkas den samhälleliga synen på sjukdomstillståndet av det faktum att det är en övervägande andel kvinnor som diagnostiseras med utmattningssyndrom?
- Hur ser forskare respektive kliniker på uppkomsten av sjukdomstillståndet utmattningssyndrom?

2. Bakgrund

2.1. Historia

Det ohälsotillstånd diagnosen utmattningssyndrom benämner har varit välkänt sedan en lång tid tillbaka, och som historisk företeelse har diagnosen också varit föremål för åtskillig forskning. Psykoanalytikern Herbert J Freudenberg myntade 1974 begreppet *burnout*, vilket på svenska kom att översättas till *utbrändhet*. Freudenberg ville se på utbrändhet som ett sjukdomstillstånd orsakat av en kraftig känslomässig påverkan på den diagnostiserades arbetsplats (Hammarlin 2008). Utbrändhet beskrevs som ett sjukdomstillstånd där ångest, livskriser, fysiska besvär och hög frånvaro utgjorde symptombilden (Eriksson et al 2003). Psykologen Christina Maslach noterade i mitten av 1970-talet förekomsten av ett sjukdomstillstånd som hennes intervjugrupp, bestående av socialarbetare, själva kallade för *burnout*. Hon identifierade tre huvuddrag som i framtiden kom att definiera tillståndet: känslomässig och mental utmattning, empatibortfall och nedsatt arbetsförmåga (Socialstyrelsen 2003).

Stressrelaterade utmattningsreaktioner sågs inledningsvis vara undantaget personer inom krävande yrken där människomöten tillhörde en central del av arbetet. En stor andel insjuknade var anställda inom offentlig sektor och verkade inom vård, skola och omsorg (Krauklis & Schenström 2003). Synen på de offentligt anställda som enda riskgrupp reviderades efter att även yrkesgrupper inom det privata näringslivet drabbades av stressrelaterad sjuklighet. Problemet ägnades exempelvis mycket uppmärksamhet då utbrändhet blev ett känt fenomen inom IT-branschen (ibid.).

Sedan 1990-talet har den psykiska ohälsan ökat såväl internationellt som nationellt. En effekt av nyss nämnda faktum är den sedan mitten på 1990-talet stegrande svenska sjukskrivningskurvan som till stor del är avhängig den psykiska folkhälsan (Socialstyrelsen 2003). Sverige är de facto det land i västvärlden där den stressrelaterade ohälsan har ökat mest under de senaste decennierna. Symptomatiskt för detta är de samhällseliga kostnaderna för sjukskrivningarna som fördubblades mellan år 1998 och år 2001 (Krauklis & Schenström 2003). Eriksson, Starrin & Janson (2003) skriver att psykiska besvär har varit den kategori som har ökat snabbast bland de långtidssjukskrivna och som tillsammans med kategorin besvär i rörelseorganen har utgjort nästan 75 procent av alla långtidssjukskrivningar (Krauklis & Schenström 2003). Sjukskrivningar utifrån psykisk ohälsa står för 35 respektive 25 procent av sjukskrivningarna för kvinnor respektive män. Organisationen Sveriges Kommuner och Landsting samlar statistik om ohälsotalet i Sverige. Enligt SKL bedöms för närvarande mellan 20 och 40 procent av den svenska befolkningen lida av någon typ av psykisk ohälsa (Östbom, SKL 2008). Långvarig stress, vilken inte sällan utmynnar i utmattningsreaktioner, är sålunda ett stort folkhälsoproblem i Sverige. Att denna kategori av psykisk ohälsa har ökat har stundtals accentuerats ytterligare av massmedial uppmärksamhet kring fenomenet (Klingberg Larson 2000). Intressant är även att trots att den generella sjukskrivningskurvan har vänt nedåt sedan mitten på 2000-talet går det inte att se en motsvarande nedgång vad gäller sjukskrivningarna med psykisk ohälsa som grund (Lidwall, FK 2009).

2.2. Tidigare forskning

Något som ofta anses föranleda stressrelaterad sjuklighet är omorganisationer och/eller nedskärningar på arbetsplatsen. Detta påstående understryks av studien *Utbränning i Sverige*, utförd av Hallsten, Bellaagh & Gustafsson (2002). Här framkommer det att risken för utbränning är dubbelt så stor för personer som har varit med om organisatoriska förändringar. En vanligt förekommande förklaring till de senaste decenniernas explosionsartade ökning av stressorsakade långtidssjukskrivningar är att utbrändhet är ett kulturbundet fenomen, en produkt av samtidens samhällsomvälvningar. Ett förhårdnat arbetsklimat bestående av nedskärningar, krav på effektivisering, omorganisering och teknologisering anses av många bära skulden till den accelererande psykiska ohälsan (Krauklis & Schenström 2003) & (Theorell 2003).

I en svensk kontext har forskning kring utbrändhet och sedermera utmattningssyndrom bedrivits sedan 1980-talet, då begreppet började introduceras inom landets gränser. I huvudsak har den forskning som bedrivits varit av ett medicinskt slag, syftandes till att fastställa identifierbara kriterier för sjukdomens orsak, symptom samt behandling. Alexander Perski har bland annat intresserat sig för de rent fysiologiska aspekterna av att tvingas leva längre perioder under stress (Perski 2006). Därtill har Perski undersökt sjukdomstillståndets historia. Theorell (2006) omnämner i sin tur Krav-kontroll-stöd-modellen (KKS) som en metod för att närmre skärskåda den psykosociala hälsan hos anställda. Den bakomliggande tanken med KKS är att anställda kommer att ha olika möjligheter att hantera de arbetsmässiga krav som ställs gentemot dem, beroende på vilken grad av kontroll eller beslutsutrymme de själva upplever att de besitter. En låg känsla av kontroll över sin arbetssituation gör att den anställde står sämre rustad för att bemöta de krav som ställs gentemot henne, medan det omvända gäller vid en hög känsla av kontroll. Vad som sker när den anställde upplever det som att hon saknar handlingsutrymme är att de krav som ställs kommer att uppfattas som belastande, vilket i sin tur riskerar att medföra känslor av negativ stress. Wang och Patten (2001) har inspirerats av Theorell och har i en internationell studie undersökt huruvida det finns ett samband mellan depression och stress på arbetsplatsen. Efter att ha låtit 7344 kanadensiska män och kvinnor svara på enkätfrågor om hur de upplevt sin arbetssituation menar Wang och Patten att det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och arbetsrelaterad stress.

Vid sidan om de positivistiska studier som gjorts av syndromet har dock även forskningsansatser från ett hermeneutiskt perspektiv gjorts. Idéhistorikern Karin Johannison

har i flera böcker och artiklar (1990, 1994) undersökt hur sjukdomar kan förstås som delvis sociala konstruktioner. Ett tydligt fokus för Johannisons studier är diagnoser och sjukdomar som kan sägas vara kulturbundna. Genom att visa på det föränderliga i olika tidsepokers användning av olika diagnostiska begrepp illustrerar Johannison det förgängliga i den samhälleliga upplevelsen av sjukdom som begrepp. Utgångspunkten i Fredrik Svenaeus (2003) forskning kan sägas vara den samma: att sjukdom måste förstås i skärningspunkten mellan medicinska och sociala faktorer. Utöver den fysiologiska dimensionen av att vara sjuk är det även nödvändigt att ta hänsyn till kulturella och individuella dimensioner.

Etnologen Mia-Marie Hammarlin (2008, 2009) placerar i sin avhandling och i sin artikel fokus på just den rent individuella upplevelsen av att leva med utmattningssyndrom. Hammarlins avhandling använder sig även den av ett hermeneutiskt perspektiv, och ansluter sig till Johannisons och Svenaeus slutsatser om att sjukdom inte kan ses som enbart medicinskt betingad. Därutöver diskuteras utmattningssyndrom utifrån ett genusperspektiv. Hammarlin redogör för hur förståelsen av sjukdomstillståndet förändrats över tiden, i takt med att olika samhälleliga grupper förknippats med diagnosen.

2.2.1. Kultursjukdom

Enligt Karin Johannisson (1990) kan sjukdomar förstås som en spegling av de samhällen där de uppstår. Sjukdom är alltså inte att betrakta som ett renodlat biologiskt fenomen, utan som betingat av även sociala, kulturella och värdemässiga faktorer. Som en följd kommer olika samhällen att uppvisa delvis olika uppsättningar av sjukdomar. Sådana sjukdomar, som är bundna till en specifik rumslig eller tidsmässig kontext, kan med Johannissons terminologi benämnas kultursjukdomar. Begreppet kultursjukdom kan utläsas på mer än ett sätt. Det kan röra sig om sjukdomar som uppstår som en direkt följd av livsföringen inom en viss kultur, så kallade civilisationssjukdomar. Det kan vidare röra sig om sjukdomar som bara förekommer inom vissa etniska grupper. Slutligen kan begreppet användas för att beteckna en typ av sjukdomstillstånd som kännetecknas av att de definieras som en sjukdom under en viss tid eller inom ett visst socialt sammanhang. Denna definition är dock övergående: i takt med den gradvisa förändringen av tidigare vedertagna sociala normer och värderingar kommer även föreställningen om sjukdomen ifråga att modifieras. Efter en viss tid kommer sjukdomstillståndet att antingen uppgå i andra etablerade sjukdomsbilder, alternativt försvinna då sjukdomen inte längre fyller någon funktion inom den kultur där den uppstått (Johannisson 1990).

Denna bild av kultursjukdomar är analog med den som Fredrik Svenaeus (2003) ställer upp i sin bok *Hälsans mening*. Svenaeus menar att kultursjukdomar svarar mot specifika kulturella föreställningar och behov. Deras uppkomst går att spåra till tillfällena där det råder någon form av intressekonflikt mellan individens och samhällets syn på normer och värderingar. Individen som upplever sig som befinnandes i en orimlig livssituation riskerar i längden att drabbas av någon typ av ohälsa, vars symptom kan te sig medicinskt diffusa. Kultursjukdomar kan på så sätt betraktas som indikatorer på en slags lågintensiva samhälleliga kristillstånd. Som ett led i att åtgärda dessa kristillstånd och de sjukdomstillstånd som orsakats av dem frambringas en diagnostiserande apparat. Såväl Johannison (1990) som Lars-Christer Hydén (1995) påpekar att en sjukdoms legitimitet följer av att den är möjlig att klassificeras medicinskt och förses med en diagnos. Genom att ge ett specifikt fysiskt eller psykiskt tillstånd en diagnos håller man också tillståndet för att vara en sjukdom. Diagnostiserandet innehåller därmed enligt Svenaeus en förtryckande såväl som en frigörande dimension. Diagnosen innebär dels att samhället kan kategorisera sjukdomstillståndet som en avvikelse, möjlig att behandla på medicinsk väg. Men diagnostiseringen medför även att den individ som tillskrivs den erbjuds en möjlighet att undkomma den livssituation som till sina konsekvenser framkallat diagnosen.

I Karin Johannissons (1994) bok *Den mörka kontinenten* belyses kvinnans sjukroll ur ett idéhistoriskt perspektiv. Det kvinnliga könet har alltsedan mitten av 1800-talet förknippats med nervsvaghet, en sjuklighet som har betraktats som inbillad, diffus och som resultatet av ett otyglat känsloliv. Kvinnligheten med dess till synes obegripliga själslandskap ansågs vara problemet och diagnoser som neurasteni, hysteri och anorexi uppkom som förklaringsmodeller på det kvinnliga känslolivets patologiska yttringar. Enligt Johannisson är begreppet psykosomatisk sjukdom starkt förenat med den kvinnliga sjukrollen. Många av 1800-talets läkare betraktade kvinnan som oförmögen att avleda och hantera yttre stimuli och stressorer. Trauman och känslor av frustration inneslöts och tog sig så småningom kroppsliga uttryck. Johannisson menar att bilden av kvinnan som överkänslig och nervsvag finns kvar än i våra dagar, trots samhälleliga förändringar och medicinska landvinningar. Kvinnan har generellt sett mer vårdkontakter än mannen och de kroniska samt psykiatriska diagnosgrupperna har alltså en kvinnlig överrepresentation.

2.3. Begrepp

2.3.1. Utmattningsyndrom

Själva begreppet utmattningsyndrom har i Sverige endast använts sedan tidigt 2000-tal. Socialstyrelsen (2003) skriver i sin rapport *Utmattningsyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa* att begreppet utbränd bör ersättas av utmattningsyndrom (då depression ej föreligger) alternativt egentlig depression med utmattningsyndrom (då rekvisiten för egentlig depression föreligger) när det gäller diagnostisering av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Anledningen till denna rekommendation var begreppets något olämpliga innebörd: ordet utbränd tycktes ge associationer till ett irreversibelt tillstånd där något framstår som förbrukat. En andra anledning var enligt Socialstyrelsen att termen utbränd inte tillhör den medicinska terminologin.

Utmattningsyndrom definieras enligt den diagnostiska manualen DSM IV som ett sjukdomstillstånd förorsakat av en längre tids stress utan möjlighet till återhämtning. Individen kan under denna föregående period uppleva olika diffusa belastningssymptom, som bland annat sömnsvårigheter, rygg- och nackvärk eller muskelspänningar. Dessa besvär föranleder det därpå följande manifesta insjuknandet, vilket ofta beskrivs av individen själv som en känsla av att ”ha gått in i väggen”. Händelseförloppet kan vara dramatiskt och inträffa plötsligt. Vanligt förekommande symptom vid ett sådant akut insjuknande kan vara bröstsmärtor eller kognitiva svårigheter med att orientera sig. Den akuta fasen övergår sedermera till ett mindre intensivt sjukdomstillstånd, som hos individen framför allt kännetecknas av en känsla av en stark och ihållande trötthet (Socialstyrelsen 2003).

För att diagnosen utmattningsyndrom ska kunna ställas måste samtliga nedanstående kriterier uppfyllas enligt DSM IV (ibid.):

- A. Fysiska och psykiska symptom på utmattningsyndrom under minst två veckor. Symptomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symptom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 - 1. koncentrationssvårigheter

2. påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 3. känslomässig labilitet eller irritabilitet
 4. sömnstörning
 5. påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 6. fysiska symptom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag/tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symptomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans som missbruksdrog, medicinering eller somatisk sjukdom/skada till exempel hypothyreoidism, diabetes infektionssjukdom.
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserbart ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda, anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikant till den aktuella diagnosen.

Under de intervjuer som gjordes fanns det hos respondenterna en tendens att använda begreppet "utbrändhet" synonymt med begreppet "utmattningssyndrom." De gånger som "utbrändhet" förekommer i analysdelen är det sålunda som en följd av att ordet förekommit i respondenternas utsagor.

3. Teori

Utöver den socialkonstruktivistiska teoribildning som kommer att användas i följande avsnitt kommer vi även att, som tidigare nämnts, begagna oss av ett teoretiskt ramverk vars fokus ligger på mikronivå. Trots att dessa teorier kan tyckas vara divergerande menar vi att det kan finnas en poäng i att försöka åstadkomma en syntes mellan de olika vetenskapliga perspektiven, eftersom det erbjuder möjligheten till en syn på utmattningssyndrom som någonting mer än härlett endast av antingen strukturella eller individuella faktorer.

3.1. Känsla Av Sammanhang

Den individcentrerade teori som vi kommer att använda oss av är KASAM (Känsla Av Sammanhang), härrörande från sociologisk teoribildning. Begreppet myntades av Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, och utgör en förklaringsmodell för hur hälsa

uppnås. År 1970 gjorde Antonovsky en studie som behandlade hur kvinnor från olika etniska grupper hade anpassat sig till klimakteriet. Resultatet visade att en del av undersökningens judiska kvinnor som hade suttit i koncentrationsläger, trots alla fasor och ständig stress, ändå upplevde sig vara vid god hälsa. Detta faktum gav upphov till frågeställningen *vad är det som gör att vissa människor som utsätts för svåra umbäranden förblir friska?* Frågan föranledde den forskning som sedermera utmynnade i ovanstående teori, KASAM. Antonovsky förhöll sig kritisk till det patogena perspektivet där fokus endast ligger på att upptäcka orsaker till sjukdom och förordade som alternativ det egenutvecklade *salutogena perspektivet*. Här betraktas inte individer som antingen sjuka eller friska: var människa anses istället befinna sig på ett kontinuum mellan polerna ohälsa och hälsa. Det salutogena perspektivet fokuserar, till skillnad från ett patogent dito, på vilka faktorer som bidrar till att vidmakthålla eller framflytta en individs position på nämnda kontinuum. Antonovsky kunde snart ringa in tre faktorer som tycktes verka hälsofrämjande och sammanlänka människor som trots upplevda trauman hade klarat sig bra. Dessa tre faktorer, *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*, kom tillsammans att definiera begreppet KASAM (Antonovsky 2005).

Med *begriplighet* avses en upplevelse av att inre sensationer och yttre skeenden är greppbara. Tillvaron, vare sig den är turbulent eller inte, betraktas som åtminstone delvis förståelig och svåra umbäranden kan därför lättare göras begripliga.

Hanterbarhet betecknar en upplevelse av att vara resursstark. Man känner sig kapabel till att kunna bemöta livets svårigheter och ser sig sålunda inte som ett offer för livets nyckfullhet. Den tredje komponenten, *meningsfullhet*, syftar till en upplevelse av att livet har en emotionell innebörd, att det finns saker och ting som är värda att kämpa för. Problem och svårigheter betraktas mer eller mindre som överkomliga hinder, som utmaningar vilka sätter ens förmågor på prov. En människa med hög KASAM tenderar således att klara sig ur svåra och stressfyllda situationer på ett konstruktivt sätt.

KASAM:s tre komponenter interkorrelerar som regel med varandra: en människa med hög hanterbarhet har exempelvis ofta även höga värden på *begriplighet*. Det behöver emellertid inte förhålla sig på detta sätt: exempel på fall där individen har låga värden på en komponent ehuru denne har höga värden på en annan, förekommer också (ibid.).

3.2. Social konstruktion

Ian Hacking för i sin bok *Social konstruktionen av Vad?* en diskussion kring de, i vissa fall problematiska, implikationer som följer av att hävda att en specifik företeelse är socialt

konstruerad. Inledningsvis fastslår Hacking att en åtskillnad måste göras mellan objektet i sig och den diskursiva idén om objektet vid det vetenskapliga studiet av ett visst fenomen (Hacking 2000). Om inte detta görs riskerar följden att bli att objektet och idén om objektet blandas samman, varpå de forskningsresultat som sedermera produceras kommer att vara av tvivelaktigt värde. Att kalla sjukdom för något socialt konstruerat låter sig sålunda inte göras med mindre än att man definierar exakt vad det är som avses med utsagan; sjukdomen som dess fysiska eller psykiska konsekvenser, eller de sociala föreställningarna om sjukdomen.

Vidare menar Hacking att uppmärksamhet måste fästas vid de olika typer av växelverkan som sker mellan objekt och idéer. En individ, som i besittning av en viss egenskap kategoriseras utifrån en samhällelig idé om vad det vill innebära att leva med egenskapen ifråga, kommer att reagera på kategoriseringen. Hon kan acceptera den eller avvisa den: det viktiga i sammanhanget är dock att hon kommer att tvingas att förhålla sig till den. I fråga om sjukdom föreligger dessutom flera överlappande idéer för individen att förhålla sig till, som på olika sätt påverkar hennes levnadsmöjligheter. Idén om sjukdom innehåller inte bara föreställningar om fysiska eller psykiska krämpor, utan även individens rätt till sjukskrivning, sjukpenning och/eller anpassade arbetsuppgifter.

Genom att människan är medveten om den kontext hon rör sig i och kommer att agera därefter utgör hon vad Hacking vill kalla en *interaktiv kategori*. Det är i sådana fall möjligt att tala om en faktisk växelverkan mellan objekt och idé. Vad som helst kan dock inte sorteras in under interaktiva kategorier: tumörer är ett exempel på detta, då de saknar förmåga att registrera och förhålla sig till de idéer som är kopplade till dem. Någon växelverkan förekommer i sådana fall inte mellan objekt och idé.

4. Metod

Den intervjumetod vi använder oss av är den semistrukturerade intervjun. Modellen kännetecknas av en relativt stor frihet för utfrågaren att under intervjuns gång fördjupa tidigare ställda frågor och gå in i en dialog med den intervjuade. Det finns dock en tydlig struktur i intervjun, på så sätt att utfrågaren på förhand har en idé om vilken typ av information som ska efterfrågas och sålunda kan styra samtalet i önskvärd riktning. Den semistrukturerade intervjun kan ses som ett mellanting mellan den strukturerade och den ostrukturerade intervjun (Levin 2008).

Inför valet av metod för datainsamling gjorde vi en avvägning mellan att använda oss av ett kvalitativt eller ett kvantitativt tillvägagångssätt. För att kunna genomföra en kvantitativ

studie är det nödvändigt att definiera begrepp genom så kallad operationalisering vid insamling av data. Begrepp som kan uppfattas som diffusa behöver förtydligas eller delas upp i delfrågor för att kunna få mätbara resultat. Vid fall av ett relativt abstrakt begrepp som kultursjukdom kan det uppstå svårigheter att konstruera frågor som i sin helhet motsvarar studiens syfte (Körner & Wahlgren 2005). Problemet med kvantitativa studier följer av deras utformning: de saknar möjlighet att inkludera information som inte är mätbar eller kan standardiseras. Därmed riskerar data som kan vara väsentlig för slutresultatet att uteslutas ur forskningsprocessen. Enligt May (2001) har kvantitativa studier också ett tydligare fokus på resultatet än på processen som föranleder slutprodukten.

Kvalitativa forskningsmetoder kan sägas syfta till att gradvis närma sig en förståelse av fenomenet man studerar. Genom observationer och intervjuer försöker forskaren producera vad som mer har karaktären av en tolkning än en definitiv sanning (Levin 2008). Datainsamlingen kan ses som processuell, och tar även hänsyn till den kontext vari den tog plats. Respondenterna har en möjlighet att formulera sina upplevelser med egna ord, till skillnad från standardiserade undersökningsmetoder. Vår uppfattning är att det, med hänsyn till uppsatsens utformning, är av vikt att låta respondenterna fritt kunna resonera kring frågorna. Trots de nackdelar som följer av kvalitativa undersökningar, som exempelvis svårigheten i att utifrån insamlad data dra generella slutsatser, kan det sägas finnas fog för att anamma en kvalitativ metodik.

Av intervjuerna gjordes hälften var. Det övriga arbetet fördelades likaledes jämnt. Med undantag för vissa avsnitt författades uppsatsen gemensamt.

4.1. Litteratursökning

Vi använde oss av följande databaser i vårt litteratursökande: Lovisa, Elin, Libris och Malmö bibliotekskatalog. Sökord som vi begagnade oss av var *kasam*, *utbrändhet*, *utmattningssyndrom*, *burnout*, *kultursjukdom*, och *kulturdiagnos*.

4.2. Presentation av deltagarna

De respondenter som kommer till tals i uppsatsen är:

Manlig psykolog, arbetar med rehabilitering av sjukskrivna i en mellanstor svensk stad.

I uppsatsen kallad Gunnar.

Kvinnlig arbetsterapeut, arbetar med sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsgarantin i en mellanstor svensk stad. I uppsatsen kallad Kristina.

Kvinnlig psykolog, arbetar med rehabilitering av sjukskrivna i en mellanstor svensk stad. I uppsatsen kallad Marianne.

Kvinnlig psykolog, arbetar med rehabilitering av sjukskrivna i en mellanstor svensk stad I uppsatsen kallad Charlotte. (Telefonintervju)

Kvinnlig sjukgymnast, arbetar med rehabilitering av sjukskrivna i en mellanstor svensk stad. I uppsatsen kallad Nina. (Telefonintervju)

Anonymiseringen av klinikerna gör det sannolikt att dessa har känt sig fria att tala obehindrat om uppsatsämnet. Vi bedömer att reabiliteten i våra respondenters utsagor är hög. Vid de tillfällen då begreppet respondenter används i uppsatsen åsyftas de kliniker som listats ovan.

4.3. Urval

Vår strävan har varit att intervjua kliniker för att kunna få ett patientnära perspektiv på utmattningssyndrom, för att sedermera kunna jämföra detta perspektiv med det som erbjuds av ämnesrelevant forskning. Därtill har vi vinnlagt oss om att intervjua kliniker från olika yrkeskategorier för att på så sätt möjliggöra olika förståelser av diagnosen.

Vi har bland annat funnit respondenter efter att ha sökt i diverse bibliotekskataloger med sökorden *utbrändhet*, *utmattningssyndrom*, *burnout*, *kultursjukdom*, och *kulturdiagnos*. Därutöver har även snöbollseffekten gjort sig gällande då vissa respondenter har kunnat tipsa om andra möjliga intervjupersoner. Eftersom uppsatsens syfte är att undersöka fenomenet utmattningssyndrom ur ett makroperspektiv har vi valt att inte intervjua individer som har getts diagnosen i fråga.

Vi tog personlig kontakt med samtliga respondenter och redogjorde muntligen för uppsatsens syfte. Fyra av intervjuerna genomfördes per telefon och de resterande fyra genom personliga möten. Alla kliniker har anonymiserats. Utsagor som har inhämtats från intervjuade forskare har godkänts av dessa innan uppsatsens publicering.

4.4. Kompletterande forskarintervjuer

För att bredda förståelsen av de tryckta källor vi har använt oss av har vi, utöver de kliniker vi har samtalat med, valt att intervjua tre forskare:

Aleksander Perski, docent i psykologi vid Karolinska Institutet i Stockholm.

(Telefonintervju)

Mia-Marie Hammarlin, filosofie doktor i etnologi vid Lunds Universitet.

Karin Johannisson, professor i idé- och lärdoms historia vid Uppsala Universitet.

(Telefonintervju)

Dessa intervjuer kommer inte att inkluderas i empirin utan fungerar endast som analytiskt komplement till de skriftliga källor som forskarna i fråga har författat.

5. Analys/empiri

I följande avsnitt har vi valt att integrera empiri och analys i en sammansatt text. Vinsten med detta förfarande är att det gör det möjligt att i större utsträckning bibehålla en röd tråd uppsatsen igenom. Risken med att dela upp empiri och analys i olika delar är att vissa utsagor tenderar att bli föremål för upprepningar.

5.1. De olika förståelserna av sjukdomstillståndet

- ”Det är ett tillstånd som biologiskt sett är ganska begripligt och som alltid funnits. Däremot, vad som provocerar fram det är kulturbundet, och därför kanske man kan kalla det kultursjukdom”

(Alexander Perski, intervju)

5.1.1. Utmattningssyndrom som kultursjukdom

Anhängarna av det perspektiv som intresserar sig för de sociala mekanismerna som samverkar till uppkomsten av utmattningssyndrom kan inledningsvis sägas ha det gemensamt att de inte förnekar de biologiska aspekterna av sjukdomstillståndet: att den diagnostiserade individen faktiskt drabbas av kroppsliga symptom som påverkar dennes hälsa negativt framhålls som något obestridligt (Johannisson 1990, Svenaeus 2003, Hydén 1995). Likväl menar de dock att utmattningssyndrom inte kan förstås enbart utifrån dess fysiska eller psykiska konsekvenser. Intressant för förespråkarna av det sociala perspektivet är det faktum att det sjukdomstillstånd som utgör grunden för diagnosen till synes verkar ha förekommit under olika tidsepoker, och att sjukdomstillståndet vid dessa olika tillfällen kommit att förstås på diametralt olika sätt. Det fanns en samstämmighet bland uppsatsrespondenterna att diagnosen utmattningssyndrom förekommit tidigare under historiens lopp, om än under andra namn. Bland annat nämner

såväl Nina som Charlotte neurasteni som exempel på en beteckning som tidigare använts för ett sjukdomstillstånd som uppvisar stora likheter med dagens utmattningssyndromdiagnos: ”Man har talat om neurasteni till exempel, det har funnits som begrepp.” (Charlotte) ”Förra sekelskiftet, runt 1800-1900-talet, kallade man det här neurasteni.” (Nina) Begreppet neurasteni introducerades år 1880 och var sedan en mycket vanligt förekommande diagnos i Nordamerika och Europa under 40 år, för att sedan nästan försvinna totalt som diagnostisk term (Johannisson 1990). I Johannissons redogörelse för begreppet understryks den samhällseliga kontexten varur diagnosen uppkom: efter en hastigt genomförd industrialisering, som i grunden förändrade de mänskliga levnads- och arbetsförhållandena, började föreställningar florerar om att människan ryckts upp ur sitt naturliga sammanhang. Nya uppfinningar som telefon och järnväg framhölls som exempel på hur tekniken drev upp samhällstempot till orimliga nivåer. Av föreställningarna om en ökad social stress följde i sin tur idéerna om en ny typ av sjukdomstillstånd, förorsakat av de förändrade livsvillkoren. Neurasteni blev det namn som kom att namnge tillståndet.

I linje med Johannissons resonemang kan neurasteni betecknas som en kultursjukdom: det uppstår och försvinner inom en avgränsad kulturell och historisk kontext, och svarar dessutom mot vad som kan beskrivas som ett samhällseligt behov. Neurasteni som diagnos kom att anammas som ett sätt för den diagnostiserade att uttrycka ett motstånd mot den rådande tidsandan (ibid). Överfört till en samtida kontext skulle det samma kunna sägas om utmattningssyndrom. Det intressanta är på så sätt inte vad diagnosen kan sägas ha för orsaker, utan vad den erbjuder för tolkningsmöjligheter. De allra flesta som diagnostiseras med utmattningssyndrom gör det utifrån arbetsrelaterade orsaker (Theorell 2006). En sjukskrivning kan i det avseendet ses som ett sätt att undkomma en orimlig arbetssituation. Diagnosen kan ur det perspektivet sägas möjliggöra ett rum för individen att omdefiniera sig som ett handlande subjekt. Kristina hårdrar resonemanget när hon talar om ”rätten att få en diagnos”: med en arbetsvardag som sedan 90-talets nedskärningar kommit att präglas av minskade resurser och en högre arbetsbelastning upplever många av de individer som drabbats av någon form av ohälsa det som att den enda möjliga utvägen är att få sina besvär klassificerade utifrån en diagnostisk manual. Både Kristina och Marianne menar att de höga sjukskrivningstalen under 2000-talets början till viss del kan förstås utifrån en läkarkår som alltför lättvindigt utställde diagnoser till de som menade sig vara i behov av sådana: ”Man slirade så att säga på kriterierna för diagnosen. Det var ju även dom som inte egentligen var utbrända som blev sjukskrivna, därför att patienterna själva önskade det.” (Kristina) ”Det blev liksom lite så att allt skulle heta utmattningssyndrom.” (Marianne) Det kan vara värt att

påpeka att varken Kristina eller Marianne var av åsikten att diagnosen utmattningssyndrom som sådan var att betrakta som ett inbillningsfenomen. Däremot såg de på diagnosen som tillräckligt elastisk för att kunna låna sig åt diverse olika typer av upplevda besvär. Med detta följde risken för överdiagnostisering, vilket också ska ha kommit att bli fallet under de närmast följande åren efter millennieskiftet. Denna uppfattning kontrasterar mot den som uttrycktes av Charlotte, som menade att det snarare var ett problem att individer med upplevd ohälsa hade så svårt att få gehör för sina besvär.

5.1.2. Utmattningssyndrom som medicinsk realitet

Även företrädarna för ett medicinskt perspektiv pekar på de stora likheter som finns mellan utmattningssyndrom och neurasteni. Men där kulturförespråkarna vill se parallellerna som konsekvenser av likartade samhällsförhållanden som i sin tur skapar funktionen av vissa sjukdomstyper vill de medicinska företrädarna istället se diagnoserna som olika namn på samma biologiska reaktion hos organismen. Aleksander Perski (intervju) medgav att utmattningssyndrom gick att betrakta som det senaste i raden i en terminologisk serie av historiska benämningar på det åsyftade sjukdomstillståndet: utöver neurasteni nämndes bland annat löjtnantssjuka som exempel. Perski ville dock inte se på sjukdomen som svarandes mot ett specifikt samhälleligt eller individuellt behov. Vad som lyftes fram som det väsentliga för sjukdomen var istället den grad av stress som föregått insjuknandet. Stress ska här förstås i en vid bemärkelse, som sträcker sig bortom den enbart arbetsmässiga förståelsen av begreppet. Som biologisk varelse reagerar människan, vid situationer där hon upplever det som att hon är utsatt för ett yttre eller ett inre tryck, med att känna sig stressad. Theorell refererar till Seyle för att definiera stress. I Seyles tappning förstås begreppet "(...) som kroppens ospecifika uppvarvning som svar på en påfrestning eller utmatning vilken som helst." (Theorell 2003, s. 35) Individen som upplever att de förväntningar som ställs gentemot henne överträffar hennes förmåga (eller viceversa!) kommer sålunda att utsättas för en negativt inverkan stress. Denna stress riskerar i förlängningen att övergå till mer eller mindre allvarliga sjukdomar om den lämnas utan vidare åtgärd, vilket också är vad som sker i fall av utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom kan sett ur det perspektivet betraktas som något som visserligen kan orsakas av kulturella faktorer (arbete, åtaganden på fritiden eller liknande), men som, väl existerande, är ett rent igenom biomedicinskt fenomen. Perski (2006) fastslår att de symptom som kännetecknar sjukdomstillståndet följer av att styrningen av det perifera nervsystemet rubbats, vilket i sin tur är en följd av en långvarig stress utan möjlighet till återhämtning.

Nina lyfte även fram frågan om ledarskapets betydelse för att förebygga risken för eventuella sjukdomsutbrott: ”Ledarskapet är jätteviktigt, att man får stöd i sitt arbete”. Theorells KKS-modell har tidigare omskrivits som ett möjligt analytiskt redskap för att förstå sambandet mellan individens arbetssituation och psykisk ohälsa (Theorell 2006). Även Ansträngnings-belöningsmodellen (AB) förtjänar att framhållas som exempel på verktyg för att undersöka faktorer till arbetsplatsmässig ohälsa. Modellens utgångspunkt kan kortfattat beskrivas som att risken för ohälsa som följd av en långvarig ansträngning ökar om ansträngningen utförs med olust snarare än lust (ibid.). Theorell konstaterar att forskning som gjorts utifrån KKS samt AB visar på ett övertygande samband mellan ökad risk för hjärtinfarkter och en låg känsla av kontroll eller olust i sin arbetsvardag. En arbetssituation som upplevs som betungande riskerar att utvecklas till en grogrund för ohälsa. Ur det perspektivet kan det sägas finnas fog för att omnämna utmattningssyndrom som en civilisationssjukdom: samtliga respondenter pekade också på arbetslivet som den främsta orsaken till diagnosens förekomst.

5.1.3. Övriga aspekter av utmattningssyndrom

Såväl Kristinas som Gunnars uppfattning var att sjukdomstillståndet var att betrakta som internationellt förekommande, men att jämförelser avseende utbredning försvårades av att diagnosen gick under olika namn i olika länder. Charlotte var inne på ett liknande spår när hon resonerade kring att diagnosen i viss mån kan ses som en välståndssjukdom, i och med att individer i ekonomiskt eftersatta länder saknar möjlighet att sjukskriva sig utifrån känslor av utmattning: ”De arbetar ju på eftersom de inte har något sjuksystem, så då måste man dra sig fram.” Gunnar förde även en diskussion kring skillnaden mellan individualistiska respektive kollektivistiska kulturer. Enligt Gunnar var sjukskrivningstalen för stressrelaterade diagnoser som utmattningssyndrom högre hos de förra. Detta skulle i sin tur vara möjligt att härleda till en känsla hos den enskilda i ett individualistiskt samhälle av att inte vilja ligga till last, och därmed riskera att förvärra sin upplevda ohälsa genom att bära med sig den istället för att få den behandlad i tid.

Nina hävdade med emfas att sjukdomstillståndet och de symtom varigenom det yttrar sig måste ses som något historiskt beständigt, och ingalunda som någonting unikt för moderna samhällsformer. I detta instämde Charlotte, som var lika tydlig i sin uppfattning om att utmattningssyndrom och annan stressrelaterad ohälsa var att betrakta som reella fenomen, oavhängiga tidens gång. Visserligen var både Nina och Charlotte av åsikten att vissa inslag i

nutidens samhälle accentuerade dess befolknings sjuktal. Med detta uppstod dock inte utmattningssyndrom: det blev bara mer vanligt förekommande.

5.2. Är kultursjukdomar socialt konstruerade?

- ”Alla sjukdomsdefinitioner, om man ska vara lite filosofisk, är väl kulturbundna egentligen.”
(Gunnar)

5.2.1. *Det konstruktionistiska perspektivet*

Själva begreppet kultursjukdom ger sken av att det skulle vara formerna för mänsklig samlevnad som ger upphov till ohälsan. I det avseendet skulle kultursjukdom kunna förstås som något socialt konstruerat. Socialkonstruktionismens utgångspunkt är att objekt och idéer som av samhället och dess medborgare förstås och tolkas som verkligt i själva verket är en skapelse av det sociala samspel som äger rum mellan individer och i grupper (Hacking 2000). Utmattningssyndrom skulle således kunna ses som något som uppstår i växelspelet mellan individen och hennes omgivning, i vilken arbetsplats, familjesituation och massmedier kan ingå. Utifrån ett konstruktionistiskt perspektiv på utmattningssyndrom är bland annat interaktionen mellan individen och massmedierna intressant i sammanhanget: genom en ökad massmedial rapportering kring diagnosen ökar också medvetenheten om densamma. Med den ökade uppmärksamheten kommer i sin tur flertalet individer att tillägna sig diagnosen, oavsett om de upplevt några kroppsliga symptom innan. Massmedial exponering snarare än arbets- och livsstilmässiga förhållanden skulle således vara den främsta källan till förekomsten av utmattningssyndrom. Ingen av uppsatsrespondenterna anslöt sig förbehållslöst till en sådan utpräglad konstruktionistisk syn på diagnosen. Däremot uttryckte såväl Kristina som Marianne att det sannolikt hade förkommit en överdiagnostisering av utmattningssyndrom under 2000-talets första hälft. Deras ståndpunkter kan liknas vid den som formuleras av Hammarlin (2008), som menar att begrepp som får en massmedial spridning lockar till sig bärare. Den massmediala uppmärksamheten orsakar i det hänseendet varken sjukdomen eller dess symptom: vad den istället åstadkommer är att namnge och legitimera olika typer av ohälsotryningar som tidigare inte låtit sig kläs i ord. Sålunda kan den som under en tid känt sig trött och orkeslös omdefiniera sig själv som lidandes av utmattningssyndrom. Hacking (2000) redogör för hur etikettering påverkar hur föremålet det appliceras på påverkas. Hårdraget kan sägas att artbestämmandet närmast föregår arten: med begreppet utmattningssyndrom uppstår den utmattade. Hacking värjer sig dock för att reducera förloppet till en hierarkisk procedur

där strukturen (massmedia) konstruerar individen (den utmattade). Eftersom människan är vad Hacking väljer att kalla en interaktiv kategori är hon medveten om de attribut som tillskrivs henne. Som en följd kommer hon också att förhålla sig till och reagera på dessa tillskrivningar. På så sätt konstruerar hon sig själv inom den diskursiva idén om utmattningssyndrom. I linje med detta förhållande delförklarar Kristina, som tidigare nämnts, de höga sjukskrivningstalen under första delen av 2000-talet utifrån att vissa läkare alltför lättvindigt lät sig övertygas av sina patienter om att dessa led av utmattningssyndrom. Utifrån en läsning av Svenaeus (2003) skulle detta förfarande kunna ses som en väg ut ur en tyngande arbetssituation. Det ska dock sägas att Kristina var ensam om att anföra detta svar. Den absoluta majoriteten av respondenterna tillerkände diagnosen orsaker sprungna ur andra källor än individen själv. Sjukdomssymptomen framhölls som fysiskt reella. I den meningen rådde en samsyn kring utmattningssyndrom som ett de facto biologiskt fenomen. Lika eniga var emellertid respondenterna kring sjukdomstillståndets uppkomst: samtliga framhöll ett sedan det tidiga 1990-talet hårdnande arbetsklimat som orsaken till diagnosens utbredning. Personalnedskärningar och effektiviseringar vid tidpunkten medförde tillsammans att de som inte förlorade sina arbeten tvingades arbeta hårdare för att kompensera för de indragna tjänsterna. Detta uppdrivna arbetstempo skulle inte visa sig vara utan konsekvenser. I spåren av 90-talets genomgående förändring av arbetsmarknaden kom utmattningssyndrom under perioden kring millennieskiftet att med allt större frekvens förekomma som sjukskrivningsgrundande diagnos. Charlotte, Nina samt Marianne angav även den ökade kvinnliga arbetsbördan, vilken inrymmer såväl förvärvsarbete som oavlönat hemarbete, som en förklaring på varför det till övervägande del är kvinnor som diagnostiseras med utmattningssyndrom: ”Man är mycket mer dubbelarbetande, man är ansvarig för saker i hemmet som aldrig blir klara. (...) Män har till exempel ofta hand om renoveringar och gräsklippande, saker som kanske inte återkommer sådär jätteofta, medans kvinnor har det här dagliga ansvarstagandet.” (Nina) Genom att sålunda peka på betydelsen av arbetsvardagens intensitet och den ökade kvinnliga förvärvsfrekvensen höll respondenterna faktorer som kan förstås som socialt betingade som skyldiga till den ökade förekomsten av utmattningssyndrom. Sjukdomstillståndet sågs som orsakat av en viss typ av livsstil snarare än en viss typ av genetisk disposition. Som ett eko av Johannisson framförde Gunnar synpunkten att alla sjukdomar, genom sin växelverkan med den miljö de uppstår i, i det avseendet kan betraktas som kultursjukdomar. Ur det perspektivet menade Gunnar att det inte förelåg några omständigheter som skänkte utmattningssyndrom en särskild status som sjukdom. Diagnosens symptom var lika påtagliga som dess ursprung var under påverkan av

mänskliga insatser. Med ett resonemang som för tankarna till Svenaeus menar Gunnar att sjukdomens upp- och förekomst återfanns i det överlappande gränsområdet mellan individ och miljö. Perski kan sägas företräda en analog förståelse av sjukdomens ontologi: vid vår intervju med Perski lyfte denne fram bland annat hjärt- och kärlsjukdomar som exempel på tidigare delvis stressrelaterade åkommor. Genom att peka på hur frekvensen av hjärt- och kärlsjukdomar varit högst föränderligt sedan 1970-talet illustrerar Perski hur ett sjukdomstillstånd vars biologiska faktum ingen skulle förneka även det kan förstås som något i viss mån kulturbundet, såtillvida att levnadsfaktorer såsom kosthållning, rökning och grad av motion påverkar risken för en eventuell infarkt. Med en ökad samhällelig medvetenhet om olika typer av riskbeteenden har också frekvensen av hjärt- och kärlsjukdomar minskat sedan 1980-talet.

5.2.2. *Socialkonstruktionismens teoretiska villkor*

Som tidigare nämnts fanns det bland respondenterna en enighet om att utmattningssyndrom måste förstås som något biologiskt reellt, samtidigt som ingen ville förneka att sjukdomstillståndets grunder låg inom ramarna för mänsklig verksamhet. Hacking försöker i *Den sociala konstruktionen av Vad?* (2000) åstadkomma en ökad begreppslig tydlighet inom diskussionen om hur olika typer av fenomen kan sägas vara socialt konstruerade eller inte. Som tidigare nämnts vill Hacking göra en åtskillnad mellan objekt och idén om objektet vid samhällsvetenskapliga studier. I linje med Hacking kan de uppfattningar som uttrycks av respondenterna sägas svara mot denna uppdelning. Kring objektet/produkten, utmattningssyndrom som sådant, anslöt sig samtliga respondenter med undantag för Kristina till åsikten att det var att betrakta som något konkret, med påtagliga fysiska konsekvenser för individen som levde med det. Den enskilda upplevelsen av sjukdomstillståndet omöjliggjorde en förståelse av diagnosen som något rent igenom kulturellt betingat. Skiljelinjen mellan respondenterna låg istället i deras syn på idén om utmattningssyndrom respektive den process som föregår insjuknandet. Utöver Kristina gav ingen av respondenterna uttryck för resonemang som kunde ha liknats vid Johannissons teser om hur sjukdom kan ses som någonting funktionsbärande. Charlotte reflekterade över om förekomsten av diagnosen till viss del kunde förstås som en följd av ett snabbföränderligt samhälle, där själva förändringstakten riskerar att medföra en känsla av att inte kunna hänga med hos den enskilde individen: "Om samhället plötsligt förändras och det uppkommer nya krav är det givetvis så att skörare individer sedimenteras ut" Hon ville dock inte se på diagnosen som ett verktyg möjligt för individen att använda som lösning på en ohållbar livssituation. Nina gav i sin tur

uttryck för åsikten att det sjukdomstillstånd som sedan år 2003 gått under namnet utmattningssyndrom knappast var att betrakta som någonting nytt. Istället menade hon att tillståndet och de symptom som kännetecknar det sannolikt varit någonting historiskt genomgående. Marianne och Gunnar ville slutligen förlägga den tyngst vägande orsaken till diagnosens moderna spridning till ett bistrare arbetsklimat.

5.3. KASAM

- ”Det blev en ökad belastning på människor som jobbade med människorelaterade yrken”
(Nina)

5.3.1. Begriplighet

Som tidigare nämnts karakteriserades 1990-talet av genomgripande samhällsomvälvningar. Perioden präglades av massarbetslöshet, nedskärningar, omorganisationer, ökat arbetstempo och osäkrare anställningsformer. I de förändrade villkorens kölvatten upplevde alltför anställda sig vara överbelastade, med ökad sjukfrånvaro som resultat (Eriksson et al 2003). Mia-Marie Hammarlin (intervju) menar att oro inför framtiden i samband med millenniumskiftet kan ha varit en bidragande faktor till den kraftiga ökningen av stressrelaterad ohälsa. Hon beskriver de även försämrade arbetsförhållandena kring sekelskiftet som en orsak till den ökande utbrändheten. Hammarlin menar att den nya arbetssituationen karakteriserades av decentralisering och oklara direktiv. Individen var i större utsträckning utlämnad till sig själv vilket Hammarlin menar medförde frustration och förvirring hos de anställda. Nina framhåller i linje med Hammarlins resonemang otydlighet i organisationer som en bidragande faktor till den ökade utbrändheten. Då många människoarbeten har en oupphörlig ström av klienter är också behoven oändliga. Detta i kombination med decimerad personalstyrka och ökade krav är en möjlig grogrund för stressrelaterad ohälsa. I dessa fall är det extra viktigt att de anställda ges klara direktiv och får hjälp med att prioritera, något som ofta har försummats. Enligt Charlotte är den offentliga sektorn ständigt föremål för förändringar. Ledningen ger sig emellertid inte alltid tid till att förankra de nya direktiven hos de anställda, varför förståelsen för omdaning ofta blir lidande. För att en förändring, positiv som negativ, ska uppfattas som meningsfull och begriplig krävs det enligt Charlotte att de anställda får tid till att processa och reflektera över den. Det fordras även att ledningen tydligt klargör vad förändringen innebär, varför den

genomförs och vilka resurser var och en har till sitt förfogande: ”Man kan förstå vad man ska göra, men inte varför man ska göra det.” (Charlotte)

Enligt Antonovsky (2005) förutsätter hög hanterbarhet hög begriplighet: det man inte förstår är också svårt att hantera. För att kunna uppstå sina resurser fordras alltså en förståelse för föreliggande uppgifter. Således kan osäkerhet i arbetet härledas av till exempel diffusa direktiv från ledningen vilket bidrar till låg begriplighet som i sin tur resulterar i låg hanterbarhet och slutligen i eventuell stressrelaterad ohälsa.

5.3.2. Hanterbarhet

Millenniumskiftet föregicks av en period då det skedde stora besparingar både inom den offentliga och privata sektorn. På arbetsplatserna tog sig besparingsåtgärderna uttryck genom ett högre arbetstempo, mer övertid och en större arbetsbelastning för dem som fick behålla sina anställningar. Samma kvantitet arbete skulle nu utföras av en decimerad personalstyrka. Följaktligen reducerades de anställdas utrymme för avspänning och fritid (Klingberg Larson 2000). Johannisson (intervju) berättar att individen avkrävdes allt mer i de anorektiska arbetsorganisationerna, både genom ökad arbetsbelastning och otydliga delegeringar. Charlotte beskriver 1990-talet som en period då den svenska arbetsmarknaden var i kris. Man talade om ”för stor kostym” och började rationalisera i offentlig sektor vilket hade en kraftig chockverkan på människor. De tidigare så omfattande personalstyrkorna förtunnades och folk kände en stor oro för huruvida de skulle få behålla sina jobb eller inte. Många kände att de saknade resurser till att möta de ökade kraven i arbetet.

Gunnar och Nina framhåller ökande besparingar som en utlösande faktor till den eskalerande stressrelaterade ohälsan under 1990-talet. Den offentliga sektorn drabbades extra hårt och arbetsbelastningen på de kvarvarande anställda blev tyngre. Färre anställda var nu tvungna att utföra samma arbete som tidigare trots personalnedskärningarna. Antonovsky (2005) menar att hög begriplighet inte nödvändigtvis behöver åtföljas av hög hanterbarhet. En person som behärskar sitt arbete och upplever sin arbetssituation som begriplig kan likväl överhoppas med uppgifter, varpå eventuella efterföljande tillkortakommanden riskerar att skyllas på individuella brister. Förutom den ökade arbetsbelastningen menar även Nina att kraven på de anställda har höjts. Numer har till exempel föräldrar större insyn i skolverksamheten liksom anhöriga till patienter har större insyn i den sistnämndes vård, vilket höjer kraven på personalen inom vård och skola. Nina menar att hög arbetsbelastning, höga krav och bristande stöd på arbetsplatsen inte sällan föder känslor av otillräcklighet hos den anställda. Personer med socialt patos och stort engagemang för de hjälpsökande tar lätt på sig

skuld när tiden inte räcker till och då resurserna är knappa. Kristina ser 1990-talets nedskärningar tillsammans med tuffare arbetsförhållanden som en bidragande faktor till ökad samhällelig stress. Marianne talar om ett förhårdnat arbetsklimat de senaste decennierna: ”När jag började jobba så gick man inte på vad som helst, man sa ifrån och det gör man ju inte nu längre”. Det finns en rädsla för att mista jobbet, varför man tenderar att ta på sig mer än vad man egentligen klarar av. Både Kristina och Nina menar emellertid att den senaste tidens nedgång av diagnosen utmattningssyndrom snarare kan förklaras med politiska beslut än ökad psykisk hälsa: ”Den senaste tidens nedgång tror jag beror på politiska beslut, man har blivit otroligt mycket mer restriktiv med sjukskrivningar nu än vad man var tidigare.” (Nina) Sekelskiftets omvälvningar har enligt Marianne inneburit en effektivisering och teknifiering av samhället. Idag förväntas människor ständigt vara tillgängliga och uppdaterade, vilket ökar stressen. Eriksson et al (2003) skriver att de tekniska landvinningar som har präglat senare decennier har ökat kraven på människan. Tidsbesparande innovationer har inte gett individen mer tid utan snarare skapat fler behov och flerfaldigt antal göromål. Aleksander Perski (intervju) poängterar att perioder av accelererande samhällsutveckling medför bieffekter i form av ökad stressrelaterad ohälsa, detta för att en del människor reagerar negativt på de förändrade förutsättningarna och förhöjda kraven. Enligt Charlotte finns det i alla samhällen individer som är något känsligare än andra och som sålunda reagerar starkt på samhällsförändringar.

Antonovsky (2005) skriver att en person med låg hanterbarhet men hög begriplighet hanterar sin situation på olika sätt beroende på måttet av meningsfullhet. Har individen höga värden och känner ett stort engagemang inför sina arbetsuppgifter, söker denne förändring och letar efter inneboende resurser för att möta den stora arbetsbördan. Är meningsfullheten istället låg saknas det incitament för att söka efter egna resurser. Situationen blir efter ett tag obegriplig, ett faktum som cementerar meningsfullhetens centrala roll inom KASAM-teorin. Ett annat exempel på detta är när komponenterna begriplighet och hanterbarhet har höga värden men meningsfullhet ett lågt dito. I detta fall upplever personen exempelvis sin arbetssituation som begriplig och hanterbar men känner ingen mening och engagerar sig inte i sina arbetsuppgifter. Följderna blir inte sällan att både begriplighet och hanterbarhet successivt minskar tills vederbörande mister kontroll över sina resurser.

Enligt Gunnars uppfattning är risken för utbrändhet störst hos yrkesgrupper som genomsyras av personligt engagemang och inbegriper många kontakter. Kristina för ett liknande resonemang och tillägger att arbeten där individen fråntas kontroll och inflytande över sin egen arbetssituation är särskilt framträdande när det gäller förekomsten av

stressrelaterad ohälsa: ”Om man har låg kontroll, om man inte kan styra sin egen dag så är det en riskfaktor.” Hög arbetsbelastning i form av till exempel många kontakter förenat med lågt inflytande över sina arbetsuppgifter gör det svårt för individen att vara tillfreds med det arbete denne utför. Viljan att göra ett bra jobb är ofta oförenlig med en för hög arbetsbelastning, något som personer med utmattningssyndrom inte sällan har fått erfara. Marianne talar om att många patienter med utmattningssyndrom berättar att de till följd av ökad arbetsbelastning har haft ett ytterst pressat schema och således inte har hunnit med att göra ett bra jobb. Därmed försvinner en mycket viktig dimension av arbetet.

Gunnar menar att utmattningsreaktioner inte nödvändigtvis behöver uppkomma som svar på ökad faktisk arbetsbelastning utan även kan drabba dem som ställer orimliga krav på sig själva och följaktligen pressar sig till det yttersta, oavsett uppgiftens karaktär: ”Det är ofta folk som har väldigt höga krav på sig själva och krav från omgivningen, men framför allt internaliserade krav då va.” Utmärkande för flertalet människor med utmattningssyndrom är högt uppställda internaliserade krav till följd av inre och yttre stimuli. Gunnar menar att lösningen ofta handlar om att omskapa bilden av sig själv samt att minska de krav man ställer på sig. Marianne upplever att patienter som drabbas av utmattningssyndrom ofta är samvetsgranna och har ett behov av att prestera väl i arbetet. Charlotte lyfter fram begreppet benign smärta vilket betecknar en smärta som inte låter sig härledas till någon konkret somatiskt orsaksgrund utan anses härröra från psyket. Hon menar att denna typ av problematik, som även kan sägas drabba patienter med utmattningssyndrom, är relaterad till upplevda trauman i barndomen. Främst handlar det om barn som i unga år erfarit separationer vilket har visat sig öka risken för att drabbas av benigna smärttillstånd. Charlotte menar att många personer med utmattningssyndrom har en prestationsrelaterad självkänsla. Dessa individer betraktar misslyckanden som katastrofer och har fostrats i att människovärdet bestäms av ens prestationer, att man inte duger om man misslyckas med sina företaganden. Följderna blir således att individen pressar sig till optimal prestation i alla lägen, även när resurserna inte tillåter det, och när stressen till slut blir alltför hög är utmattningsreaktionen ett faktum.

5.3.3. Meningsfullhet

I de fall då individen har låga värden på hanterbarhet och begriplighet men höga på meningsfullhet är det troligt att personen, driven av sitt höga engagemang, gör allt för att finna förståelse och verktyg för att hantera situationen. Meningsfullhet tycks alltså vara den viktigaste komponenten. Om individen upplever tillvaron som betydelselös försvinner

successivt förståelsen varefter resurserna sinar (Antonovsky 2005). Charlotte menar att 1990-talets förhårdnade arbetssituation påverkade förvärvsarbetarnas känsla av meningsfullhet. Hon talar om ett paradigmskifte, om en tid då ökad privatisering och individuell lönesättning blev en realitet. Många tyckte sig plötsligt inse att de hade reducerats till att endast vara en produktionsfaktor. Man var numera det man producerade och den tidigare så trygga världen hade rubbats, varför meningsfullheten blev hårt ansatt: vad var det för mening med de förändringar som gjordes? Vad har blivit bättre? Nina talar om brist på feedback som ett stort problem för anställda inom kontaktyrken. Arbetet man utför uppmärksammas inte då det av många ses som en självklarhet. På så sätt försvinner en meningsbärande dimension i arbetet.

Begriplighet torde vara den andra viktigaste faktorn då hög hanterbarhet endast kan uppnås genom förståelse. Hanterbarhetskomponenten är härmed sagt inte oväsentlig: en person som ej upplever sig ha resurser tappar snart kämparglöd och mening. Alla tre dimensioner av KASAM är således betydelsefulla och behövs för att hantera svåra situationer. Det finns emellertid ytterligare en intressant aspekt av det hela. Varje människa sätter upp sina egna gränser för vad som är viktigt för just henne. Något som förefaller vara meningsfullt, begripligt och hanterbart men som inte ryms inom dessa gränser spelar sålunda mindre roll för individen. Alla livets områden behöver inte vara begripliga, hanterbara och meningsfulla för att man ska ha en stark KASAM: det avgörande är istället huruvida individen känner att livet inrymmer viktiga områden eller inte. En människa med exempelvis ett till synes alienerande arbete med monotona, understimulerande uppgifter kan ändå ha en stark KASAM. Detta om personen i fråga är övertygad om att arbetet har en underliggande mening att fylla, till exempel att arbetet ger denne medel till att försörja sin familj (Antonovsky 2005). Enligt Nina är det viktigt att man känner sina gränser, släpper eventuella kontrollbehov och ger sig själv utrymme för återhämtning.

5.4. Status

- ”Det har varit lättare tidigare, då var det arbetsamma människor som förknippades med diagnosen.”

(Charlotte)

5.4.1. Psykosomatisk luddighet kontra somatisk tydlighet

Charlotte påpekar att det finns en stor statuskillnad mellan de stressrelaterade sjukdomstillstånden och andra diagnosgrupper, företrädesvis somatiska sådana. De senare

har en betydligt högre status än de förra, mycket på grund av att somatiska sjukdomstillstånd i större utsträckning har en tydlig, avgränsad symptombild. Enligt Charlotte är exempelvis hjärtinfarkt kopplat till hög status: ”Ju närmare kniven man kommer, desto mindre ifrågasätts ens onda”. Även Nina anser att diagnosen har låg status i jämförelse med vissa andra sjukdomar då den av många betraktas som en kvinnosjukdom och innefattar symptom som av vissa uppfattas vara diffusa. Tillståndet behandlas inte med avancerad apparatur, behandlingen tarvar inte dyr medicin, det bedrivs inte mycket forskning på området och det rör sig inte direkt om liv och död: faktorer som alla verkar statussänkande. Likt Charlotte exemplifierar Nina med hjärt-kärlsjukdomar som en kontrast till utmattningssyndrom då de förra handlar om ofta akuta tillstånd med tydliga symptom som det forskas mycket kring. Vidare tillägnas hjärt-kärlsjukdomarna mycket resurser från samhälleligt håll. Eftersom somatiska sjukdomstillstånd som regel är lättare att definiera än psykosomatiska dito blir också frågan om adekvata behandlingsmetoder mindre omstridd. Kristina för ett liknande resonemang och pekar på det faktum att då diagnosen och dess symptombild av många anses vara diffus påverkar det dess status negativt. Somatiska, mansdominerade, mer konkreta sjukdomstillstånd som exempelvis hjärtsjukdomar innehar en avsevärt mycket högre position i sjukdomshierarkin än utmattningssyndrom. Hon tror att många läkare känner sig osäkra på hur de ska hantera patienter med utmattningssyndrom. Kristina menar att läkarnas förfarande ibland kan te sig slentrianmässigt i dessa ärenden: patienten sjukskrivs under en kortare period, ges medicin och remitteras till en terapeut. Hon berättar att många patienter vittnar om att de ofta får ett negativt bemötande på grund av sin diagnos.

Charlottes och Kristinas åsikter går i linje med det resonemang Hammarlin (2009) för i sin artikel ”Den utbrända kvinnokroppen”. Här redogör den senare för en forskningsrapport i vilken läkares uppfattningar om olika sjukdomars status redovisas. Resultatet visar på en tydlig statusdistinktion mellan somatiska och psykiska sjukdomar: hjärtinfarkt och leukemi värderas högst medan huvudsakligen psykiska tillstånd, till exempel fibromyalgi och ångest- samt depressionsstörningar, har lägst status. Detta faktum avspeglas i värderingen och prioriteringen av behandling: akutsjukvård och kirurgi innehar en avsevärt högre status än behandling av långvariga, kroniska sjukdomar. Hammarlin menar att en orsak till statuskillnaden kan vara att den medicinska insatsen ses som mer ärofull när det rör sig om akuta tillstånd. En annan möjlig orsak är att de sjukdomstillstånd som ligger längst ner på statushierarkin som regel är svåra att diagnostisera och behandla. Hammarlin (intervju) menar att det finns en misstro mot sjukdomstillståndet på grund av symptomens påstådda otydlighet. Till följd av detta upplever många patienter att de inte blir tagna på allvar. Flera patienter

beklagar sig över att symptomen inte är mätbara: besvären är nämligen högst verkliga för den drabbade men så länge det handlar om subjektiva sanningar förblir diagnosen ifrågasatt. Charlotte påpekar att många betraktar utmattningssyndrom som en diagnos med otydliga symptom, något som i sin tur har påverkat dess status negativt. Enligt Charlotte är emellertid symptomen hos patienter som lider av utmattningssyndrom tydliga och högst påtagliga: ”man måste bara känna till helheten”. Det rör sig inte om några fantasiföreställningar utan handlar snarare om påvisbara kroppsliga förändringar hos den individ som psykiskt och fysiskt har gett upp under hög och långvarig stressbelastning. Charlotte menar att vanföreställningen om att diagnosen utmattningssyndrom skulle ha en luddig symptombild kan vara en produkt av att vården ibland diskvalificerar patientens egna upplevelser av sina kroppsliga sensationer. Även Johannisson (intervju) är av åsikten att det finns en statuskillnad mellan somatiska sjukdomstillstånd och diagnoser som utmattningssyndrom vars symptom är svåra att mäta i relation till den medicinska världens föreställning om mätbarhet. De somatiska diagnoserna med sina förhållandevis tydliga symptombilder anses vara mer forskningsintressanta och har följaktligen högre status. Symptomen på utbrändhet, till exempel trötthet och smärta, har kommit att associeras med lågutbildade kvinnor och har därmed fått låg status.

5.4.2. Den föränderliga statusen

Charlotte menar att diagnosen utbrändhet inte var så skambelagd under 1990-talet. Anledningen till detta är enligt henne att diagnosen förr förknippades med strävsamma, flitiga personer med prestationsrelaterad självkänsla. Dessa egenskaper innebar visserligen en ökad risk för utvecklandet av stressrelaterad problematik, men de betecknade också ett dygdigt förhållningssätt. Charlotte anser emellertid att det har skett en förändring gällande samhällets syn på diagnosen: ”Det nya sättet att behandla människor som lider av detta, som verkligen gör det, tycker jag behandlas på ett väldigt hänsynslöst sätt, ungefär som att det är bara någonting som är en inbillning som är i huvudet”. Hon anser sålunda att utmattningssyndrom numera är en stigmatiserande diagnos att få. Personer med denna problembild lider de facto av en högst reell stressutlöst ohälsa som på sikt kan förkorta livet avsevärt. Charlotte förhåller sig kritisk till det hon kallar ”den nya given”, och syftar på de nya sjukförsäkringsreglerna: ”Nu utförsäkras de vare sig de mår bra eller inte”. Charlotte är dock noga med att påpeka att hon för den sakens skull inte menar att det inte finns en grupp som utnyttjar försäkringssystemet. De verkligt drabbade ska dock inte behöva offras för att oegentligheter förekommer.

Det faktum att utmattningssyndrom av många betraktas som en kvinnosjukdom sänker, enligt Kristina, diagnosens status ytterligare. Hon menar att statusen var hög när sjukdomstillståndet representerades av ”streberfolk” under 1980-talet. När istället medelålders kvinnor inom offentlig sektor blev överrepresenterade hamnade diagnosen längre ner i sjukdomshierarkin. Hammarlin (2009) menar att en sjukdoms status även är avhängig dess bärare: fibromyalgi, som företrädesvis förknippas med medelålders kvinnor, ses som en lågstatussjukdom medan hjärtinfarkt i högre utsträckning associeras med män och således har en högre status. Enligt Charlotte påverkar diagnosens status bemötandet som patienterna får från vård och myndigheter. Hon berättar att hon själv upplevde ett liknande scenario då hon var sjuk. Personal inom vården menade då kategoriskt att det rörde sig om utmattningssyndrom vilket hon själv protesterade mot. Den preliminära diagnostiseringen visade sig emellertid senare vara helt felaktig. Hon upplevde att man inte lyssnade tillräckligt på hennes utsagor, kanske just för att hon var en bärare av tidigare nämnda ”diffusa” symptom.

Enligt Kristina hade utmattningssyndrom viss status förr då det var kvinnor i karriären som förknippades med diagnosen. Man ansåg då att sjukdomsutbrottet var ett uttryck för att den drabbade hade arbetat för mycket och för hårt. Sedan dess har statusen sjunkit och synen på tillståndet är mer negativ idag, varför det också är mer missgynnande att få diagnosen nu för tiden. Marianne anser att diagnosen kan vara individen till last på arbetsmarknaden. Hon tror att arbetsgivare ser det som något negativt och således förhåller sig misstänksamma gentemot personer med utmattningssyndrom. Marianne menar att bemötandet från vård och myndigheter påverkas av föreställningen om att diagnosen har luddiga kriterier: ”Det är ett problem att Försäkringskassan inte godkänner sjukintyg, vilket blir vanligare och vanligare.” Det kan uppstå oklarheter gällande behandling och hantering av dessa patienter. Marianne anser dock inte att diagnosen är så stigmatiserande om man jämför med till exempel tillstånd av långvarig smärta.

Perski (intervju) menar att diagnosens status påverkar bemötandet från vård och myndigheter. Då många anser att kriterierna är diffusa betraktas patienter med utmattningssyndrom inte sällan med viss skepsis av personal vid ovanstående instanser. Enligt Gunnar betraktas diagnosen utmattningssyndrom och dess symptombild som mindre påtaglig än många andra sjukdomar. Följaktligen påverkas diagnosens status negativt, något som bekräftas av att patienter med sjukdomen ofta anser sig bli bemötta med viss misstänksamhet. Resonemanget kan jämföras med det som förs av Hydén (1995), som påpekar att en sjukdom som inte är möjligt att diagnostiskt klassificera inte heller kommer att hållas för en sjukdom.

Under en period var utbrändhet något som företrädevis drabbade drivna, flitiga personer med höga poster vilket bidrog till att diagnosen fick en hög status. Nu har bilden förändrats och diagnosen har blivit mindre accepterad, ett statusskifte som enligt Gunnar manifesteras genom de nya hårda sjukförsäkringsreglerna. Gunnar berättar att det nu är många patienter som anser det vara en stigmatiserande diagnos att få.

Karin Johannisson (intervju) berättar att utbrändhet förr hade hög status då tillståndet förknippades med unga i karriären, hemmahörande i statusstarka yrkesgrupper. Diagnosen bytte senare både klass och kön och tappade följaktligen status. Den kom nu främst att bäras av kvinnor i vården. Enligt Nina har diagnosen fortfarande viss status då den förknippas med ambitiösa och flitiga människor som har höga krav på sig själva. Hon tycker inte att statusen har förändrats nämnvärt under tid utan anser att det är en ”rätt ok” diagnos att ha. Nina menar att man som patient inte upplever diagnosen som särskilt skamfylld då tillståndet är kopplat till föreställningen om den drabbade som en ambitiös, självuppoftande och således behjärtansvärd människa. Hon upplever även att man som patient i allmänhet får ett gott bemötande från vård och myndigheter.

5.5. Genus

- ”Man sjukskriver kvinnor mycket mer än män.”

(Kristina)

5.5.1. Kvinnlig överrepresentation

Gunnar menar att den kvinnliga överrepresentationen bland människor som har diagnostiserats med utmattningssyndrom påverkar diagnosens status i negativ riktning. Män tas generellt sett på större allvar medan kvinnor får kämpa för en legitim sjukroll. Även Kristina instämmer i att kvinnornas diagnostiska majoritet påverkar den samhälleliga synen på diagnosen och därmed dess status. Enligt en undersökning gjord av SKL (2009) behandlas män och kvinnor med diagnoser innefattande symptomen värk, smärta och depression på olika sätt av vårdpersonal. Män får exempelvis i högre utsträckning än kvinnor enbart medicinsk behandling medan en högre andel av kvinnorna långtidssjukskrivs. Det har även visat sig att vårdpersonal ställer olika frågor beroende om patienten är man eller kvinna. Marianne tror att den kvinnliga överrepresentationen påverkar den samhälleliga synen på diagnosen och att många associerar sjukdomstillståndet med kvinnlig svaghet.

Charlotte menar att utmattningssyndrom av många betraktas som en kvinnosjukdom. Hon berättar att det förr talades om ”svb-kärringar”, (sveda-, värk- och brännkärringar) ett nedlåtande uttryck som även kunde återfinnas i journaler: ”med begreppet menades medelålders kvinnor som ansågs klaga över besvär som betraktades som diffusa eller påhittade, och som därför möttes med skepsis från sjukvården.” Perski (intervju) menar att utmattningssyndrom nedprioriteras och nedvärderas på grund av dess stämpel som kvinnosjukdom. När utbrändhet var ett sjukdomstillstånd som främst ansågs drabba män bedrevs det enligt Perski mer forskning på området. Hammarlin (2008) skriver att utbrändhet hör till de så kallade kvinnosjukdomarna, en kategori av sjukdomstillstånd som av många anses förorsakas av psykologiska snarare än av fysiologiska faktorer. Dessa sjukdomar drabbar i huvudsak kvinnor och karakteriseras av en rad svår- eller omätbara symptom. Till följd av dessa attribut innehar kvinnosjukdomarna låg status jämfört med andra diagnoser, framförallt somatiska sjukdomstillstånd med konkreta och mätbara yttringar.

Det är till övervägande del kvinnor som diagnostiseras med utmattningssyndrom (Hammarlin 2008). Både Charlotte och Marianne menar att en anledning till den könsmissiga obalansen kan vara de höga kraven som ställs på den samtids kvinnan. Denne har flera ansträngande roller att spela: den flitiga yrkeskvinnans, den strävsamma moderns och den duktiga hustruns. Som tidigare nämnts menar Nina även att kvinnans uppgifter i hemmet ofta är de som aldrig blir klara och som utförs på en daglig basis. Enligt Nina har det gjorts forskning som visar mätbara skillnader i stressnivå efter avslutad arbetsdag mellan de båda könen: kvinnors stresshormon går upp medan männens stresshormon går ner. Detta ser Nina som en förklaring till att kvinnorna är överrepresenterade när det gäller diagnosen utmattningssyndrom. Ovanstående resonemang återfinns även i Hammarlins (2008) bok ”Att leva som utbränd”. Här konstateras det att många drabbade kvinnor även upplever stressen i hemmet som en sjukdomsalstrande faktor vid sidan om den arbetsrelaterade stressen. Charlotte menar att kvinnor, i högre utsträckning än män, söker hjälp för sina besvär. Kvinnorna har också ett annat uttryckssätt, de är mer benägna att prata om sitt känsloliv än vad männen är. Detta understryks av Hammarlin (2008) som skriver att kvinnornas sjukdomsutsagor som regel är självreflekterande och känsligenomsyrade medan männens dito ofta är lakoniska, utan analys eller självreflektion. Hammarlin (intervju) berättar även att kvinnor tenderar att uttrycka sig i *jag-diminutiver*, det vill säga i jag-förminskande ordalag och metaforer inbegripande exempelvis ord som ”håglös”, ”utsliten”, ”utarmad” et cetera.

Charlotte upplever att vårdpersonal ibland reagerar med viss bestörtning när det rör sig om en man med stressgrundad symptombild och att påföljande behandling blir annorlunda än

om det hade varit en kvinna som hade sökt: ”Man är mer van vid att det är kvinnor som har den här typen av problem.” Vidare menar Charlotte att sjukdomstillståndet är kopplat till svaghet, något som rimmar illa med de manliga idealen och kan vara en förklaring till att män mer sällan söker hjälp för sina bekymmer. Diagnosen utmattningssyndrom ses som behäftad med en skamstämpel. Den psykofysiska resignationen ger inte sällan upphov till känslor av skam och underlägsenhet hos den drabbade individen, känslor som ytterligare förvärras då denne avfärdas och misstänkliggörs från samhälleligt håll. Även Hammarlin (2008) beskriver de skamkänslor många upplever då de ges diagnosen. Överkänslighet och svaghet är egenskaper som ofta tillskrivs de drabbade, varför många upplever att det är en stigmatiserande diagnos att få. Att som man drabbas av dylik problematik kan vara extra besvärligt då psykisk ohälsa sällan inryms i föreställningarna om hur en man bör vara. Flera av Hammarlins manliga respondenter beskriver hur svårt det var att acceptera sin diagnos till följd av det förhärskande maskulinitetsidealet.

5.5.2. Den massmediala bilden

Enligt Hammarlin (2008) framställs kvinnor och män med utmattningssyndrom på olika sätt i media. Enskilda kvinnor med diagnosen får ofta representera hela sjukdomsgruppen medan männen representerar sig själva. Kvinnor med utmattningssyndrom beskrivs ofta i förklenande ordalag, som svaga och hjälplösa individer. Män däremot framställs som starka och självständiga. Hammarlin menar att den av media framburna bilden av utbrändhet konsoliderar den gängse föreställningen om kvinnan som svag och känslostyrd och mannen som stark och förnuftsstyrd. Det är det kvinnliga könet som associeras med denna sjukdomskategori. Vid de få tillfällen utbrända män syns och hörs i tv och tidningar beskrivs problematiken kortfattat och utan analys. Hammarlin (intervju) berättar att kvinnorna är kraftigt underrepresenterade i nästan alla massmediala sammanhang utom detta. Utbrändhet är ett sjukdomstillstånd med kvinnliga förtecken vilket i högsta grad märks av medias rapportering. Hammarlin (2008) menar att det har skett en förändring över tid i hur media framställer fenomenet. Det har även skett en begreppslig betydelseförskjutning. Kring år 2000 förekom båda könen i något jämnare utsträckning i tidningsartiklarna om utbrändhet. Kvinnorna var emellertid även då i övervikt och IT-branschen ansågs vara särskilt drabbad. Schablonbilden av den utbrände var den kvinnliga överrepresentationen till trots en ung driftig man, verksam inom det privata näringslivet. Ett par år senare var bilden en helt annan. Det unga, idoga IT-folket försvann i princip helt och strålkastaren riktades istället mot den medelålders kvinnan, verksam inom offentlig sektor. Männen hade nu i princip gjort

massmedial sorti. Kvar lämnades dock en klick idrottsmän och tränare vars berättelser då och då glimtade till i tidningarna. Deras utsagor följde i stort sett den manliga mall som tidigare har beskrivits och de använde sig flitigt av maskinmetaforer vid redogörandet av insjuknandet och sjukdomsförloppet. Meningar som till exempel ”jag fick soppatorsk” eller ”jag var tvungen att dra i handbromsen” var vanliga liknelser. Diagnosens könsmissiga växling har förändrat synen på sjukdomstillståndet och dess status har påverkats i negativ riktning. Från att utgöra en bekräftelse på de flitiga och huvudsakligen manliga karriärernas slit, betecknar diagnosen idag kvinnlig svaghet och individens egen upplevelse av sjukdomen avfärdas till och med ibland som inbillning. Hammarlin menar att betydelseförskjutningen och statusförändringen av diagnosen kan förklaras med att kvinnan tog över manliga attribut för att öka sitt eget inflytande. Eftersom kvinnan har en underordnad roll gentemot mannen i det patriarkala samhället sjunker emellertid genast värdet på dessa egenskaper. Diagnosen har således genomgått en förändring.

6. Sammanfattning

Som tidigare nämnts ställer Johannisson upp tre olika innebörder som gällande för begreppet: kultursjukdom som civilisationssjukdom, som begränsad till en viss etnicitet eller som begränsad till en specifik tids/rumslig kontext. För den första innebörden av begreppet kan våra respondenter sägas vara relativt samstämmiga: samhällskroppens utformning inverkar menligt på förekomsten av utmattningssyndrom. Sambandet mellan den enskilda arbetsplatsplatsen och risken för diagnosens uppkomst hos individen betonades. 1990-talets rationaliseringar sågs av samtliga kliniker som en tungt vägande faktor vad gäller utvecklandet av stressrelaterad psykisk ohälsa. Vad gäller den andra innebörden av begreppet, kultursjukdom som begränsad till en viss etnicitet, var svaren inte lika tydliga. Ingen av respondenterna menade att utmattningssyndrom var någon som enbart drabbade Sverige och svenskarna. Rent generellt förekom resonemang om etnicitet sparsamt under de intervjuer som genomfördes. Bristen på förklaringsmodeller som tog avstamp i individens etniska härkomst kan således sägas tala för att ingen av våra respondenter betraktade frågan som relevant för diagnosens förekomst. Mer vanligt förekommande var då istället funderingar kring huruvida utmattningssyndrom kunde förstås som avgränsat till en viss avgränsad kontext. En åsikt som framfördes av flera respondenter var att sjukdomstillståndet inte var möjligt att begränsa till ett specifikt sammanhang, men att det däremot kunde förekomma variationer vad gäller spridning och frekvens inom olika kontexter.

De samhällsomvälvningar som under 1990-talets ekonomiska kris gav upphov till ett förhårdnat arbetsklimat fick som konsekvens att den psykiska ohälsan ökade. Med den psykiska ohälsan följde ett förhöjt antal långtidssjukskrivningar, varav en hög andel utgjordes av stressrelaterade diagnoser. Merparten av respondenterna beskrev den ökade arbetsbördan som direkt orsak till uppkomsten av utmattningssyndrom. Samtidigt framhölls även den enskilde individens resiliens som en avgörande faktor för huruvida vederbörande skulle komma att riskera att utveckla psykisk ohälsa. Med utgångspunkt i Antonovskys tänkande skulle denna resiliens kunna förstås utifrån de tre begreppen hanterbarhet, begriplighet samt meningsfullhet; alla delar av vad Antonovsky kallar KASAM. En individ med stark KASAM hade således större chans att klara av den förändrade arbetsvardag som började göra sig gällande åren innan millennieskiftet. Likaledes kan orsaken till insjuknandet i utmattningssyndrom ses som en konsekvens av en låg KASAM.

Majoriteten av respondenterna framhöll att psykosomatiska sjukdomar generellt sett var hierarkiskt underordnade somatiska dito, vilket i sin tur riskerar att få konsekvenser för det bemötande patienterna upplever. Utmattningssyndrom sågs också av de allra flesta respondenterna som en sjukdom med låg status. Därtill menade samtliga respondenter att sjukdomstillståndets status som kvinnosjukdom sänkte diagnosens sociala värde.

Slutligen kan sägas att det till stor del rådde en samsyn mellan klinker och forskare vad gäller de bakomliggande orsakerna till utmattningssyndrom.

7. Avslutande diskussion

Den sociala förståelsen av utmattningssyndrom och det sjukdomstillstånd det betecknar har historiskt sett varit föränderlig. I takt med den skiftande förståelsen har även den status som sjukdomen tillskrivits varit växlande. Parallellt med statusförändringarna har diagnosen, som under 1980-talet främst kopplades samman med män inom näringslivet, kommit att alltmer förknippas med kvinnor i kontaktyrken. I det avseendet kan diagnosen sägas ha genomgått såväl en klassresa som ett könsbyte, vilket påverkat dess status negativt. Utöver dessa förändrade sjukdomsmarkörer inverkar de i mångas ögon diffusa diagnostiska kriterierna menligt på sjukdomstillståndets sociala anseende: svårigheten i att påvisa tydliga kroppsliga symptom har gjort diagnosen omstridd.

Likaså tycks patientens kön ha betydelse för såväl uppkomsten som behandlingen av utmattningssyndrom. Den moderna kvinnans dubbla roll som både förvärvs- och hushållsarbetande lyftes av många respondenter fram som en betydelsefull bakomliggande

faktor vid utvecklandet av stressrelaterad psykisk ohälsa. Sjukdomen speglar på så sätt de patriarkala förhållanden som karaktäriserar samhället i stort. Att motverka sjukdomen låter sig därmed inte göras med mindre än att de samhälleliga skillnader som är utslag av en könslig ojämlikhet samtidigt bekämpas.

Utifrån respondenternas utsagor kan det konstateras att det inte förelåg några större skillnader gentemot forskningsläget kring sjukdomstillståndet. Inte heller mellan klinikerna och de forskare som har intervjuats kunde några större skillnader i hur diagnosen uppfattades skönjas. Samstämmigheten kan tolkas som att det kliniska arbetet utförs i enlighet med etablerade forskningsrön. Då diagnosens multifaktoriella karaktär fordrar ett eklektiskt förhållningssätt för att ett framgångsrikt behandlingsarbete ska kunna bedrivas framstår det som viktigt att det finns en kongruens mellan kliniker och forskning. Det förefaller inte längre vara meningsfullt att diskutera huruvida sjukdomstillståndet är att betrakta som antingen ett renodlat kulturellt eller medicinskt fenomen. En ensidig förståelse av diagnosen och dess bakomliggande faktorer riskerar i förlängningen att vara till men för ifrågavarande patientgrupp.

I vilken utsträckning kan då utmattningssyndrom förstås som en socialt betingad företeelse? Sjukdomstillståndets uppgång under det tidiga 2000-talet har förklarats utifrån att fler individer, genom massmedial rapportering, medvetandegjorts om diagnosen och dess elasticitet. Större vikt bör dock fästas vid de ändrade arbetsförhållanden som gjorde sig gällande under 1900-talets slut. Det ter sig svårt att resa invändningar mot att en ökad arbetsbelastning i längden medför förhöjda stressnivåer, som i sin tur riskerar att leda till ohälsa hos individen. Att omtala utmattningssyndrom som en modediagnos framstår i det skenet som tvivelaktigt. Likaledes kan nedgången av sjukskrivningar under andra halvan av 2000-talet förklaras utifrån en rigorösare tillämpning av sjukförsäkringsreglerna snarare än att diagnosen inte omskrevs lika flitigt i massmedia.

I och med att sjukdomstillståndet är att betrakta som en medicinsk realitet är det rimligt att anta att diagnosen är här för att stanna. Namnet på diagnosen kan visserligen komma att förändras: neurasteni försvann exempelvis som begrepp efter att ha använts frekvent under flera decennier. Detta innebar emellertid inte att sjukdomsbilden som diagnosen svarade mot gjorde sorti. Tvärtom förefaller det plausibelt att 1800-talets nervsvaghet numera återfinns i vår tid under namnet utmattningssyndrom. Men omständigheten att utmattningssyndrom och annan stressrelaterad ohälsa kommer att förekomma även i morgondagens samhälle förtar inte faktumet att sjukdomstillståndet, liksom alla sjukdomar, i mångt och mycket kan förebyggas. Till exempel kan KASAM-teorin med fördel användas i det preventiva arbetet då den erbjuder

perspektiv på den enskilde individens förmåga att genomleva och anpassa sig till svåra yttre och/eller inre omständigheter. Därutöver kan teorin vara behjälplig vid organisationen av den enskilda arbetsplatsen, genom att den anger de olika förutsättningar som bör vara uppfyllda för att arbetet inte ska upplevas som nedbrytande. Säkerställandet av drägliga arbetsvillkor blir den utmaning som framtidens politiker, arbetsgivare och forskare måste möta.

Litteraturförteckning

Monografier

Antonovsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, Andra utgåvan

Hammarlin, Mia-Marie (2008) *Att leva som utbränd*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag
Symposion

Eriksson, Ulla-Britt, Starrin, Bengt & Janson, Staffan (2003) *Utbränd och emotionellt
utmärglad*. Lund: Studentlitteratur

Krauklis, Martin & Schenström, Ola (2003) *Utbrändhet – den nya folksjukdomen*. Södertälje:
Fingraf Tryckeri AB

Klingberg Larson, Solveig (2000) *Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet*.
Falköping: Elanders Gummessons

Hacking, Ian (2000) *Social konstruktion av vad?* Falun: Thales.

Hallsten, L., Bellaagh, K., & Gustafsson, K. (2002). Utbränning i Sverige – en
populationsstudie. *Arbete och hälsa, Arbetslivsinstitutet, 6*.

Körner, Staffan & Wahlgren, Lars (2005) *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur. Andra
upplagan.

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten*. Stockholm: Nordstedts Förlag

Johannisson, Karin (1990) *Medicinens öga*. Värnamo: Nordstedts Förlag

Perski, Aleksander (2006) *Ur balans*. Uddevalla: Bonnier Fakta

Svenaesus, Fredrik (2003) *Hälsans mening* Stockholm: Natur och Kultur

Hydén, Lars-Christer (1995) *Psykiatri, samhälle, patient – psykisk sjukdom i socialt och kulturellt perspektiv*. Borås: Natur och Kultur

Theorell, Töres (2006) *I spåren av 90-talet*. Kristianstad: Karolinska Institutet University Press.

Artiklar

Sveriges Kommuner och Landsting (2009) ”Journalgranskning gav oväntade insikter”. Ur Nytt från jämt sjukskriven. SKL

Wang, JianLi & Patten, Scott B. (2001) “Perceived Work Stress and Major Depression in the Canadian Employed Population, 20-49 Years Old”. Ur *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 6, No. 4

Antologier

Hammarlin, Mia-Marie (2009) ”Den utbrända kvinnokroppen” i Gunilla Jarlbro och Charlotte Erlandson-Albertsson red: *Kvinnors hälsa – fakta och myter*. Lund: Studentlitteratur.

Theorell, Thöres (2003): ”Om stress och utbrändhet” i Håkan Jenner och Ingemar Svensson red: *Perspektiv på utbrändhet – om orsaker och motkrafter*. Stockholm: Elanders Graphic Systems

Levin, Claes (2008) ”Att undersöka >>Det sociala<< - Några ingångar”. I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och kultur.

Internetkällor

Socialstyrelsen (2003) *Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa*:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf

Östbom, Anna, Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Rehabiliteringsgaranti – Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta*:

<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=6363&A=48498&FileID=281815&NAME=Rehabiliteringsgaranti+ett+kunskapsunderlag.pdf>

Regeringskansliet & Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Överenskommelse mellan Staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:*

<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=277817&NAME=%D6v%C3%A9renskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf>

Lidwall, Ulrik, Försäkringskassan (2009) *Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar:*

<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=6363&A=48498&FileID=281827&NAME=SFR+2009%2D05+Beslutsst%F6det.pdf>

Östgren, Signild & Jansson, Kajsa, Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *Statsbidrag för rehabiliteringsgaranti:*

http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=7373&A=57391&FileID=239032&NAME=2009-03_Rehabiliteringsgarantin.pdf

Bilaga: intervjufrågor

1. Upplever du att diagnosen utmattningssyndrom är mer vanligt förekommande idag än tidigare?

- Om så är fallet, varför tror du det?

2. Somliga menar att utmattningssyndrom är en modediagnos. Hur ser du på det?

- Hur tror du att det kommer sig att diagnosen fortfarande är omdiskuterad?

3. Tycker du att det är möjligt att definiera sjukdomstillståndet utmattningssyndrom som ett kulturbundet fenomen?

4. Hur ser du på de medicinska kriterierna för diagnosen?

- är de kriterier som finns fullgoda?

5. Majoriteten av dem som ges diagnosen utmattningssyndrom är kvinnor. Tror du att den samhälleliga synen på utmattningssyndrom påverkas av detta faktum?

6. Upplever du att diagnosen är överrepresenterad inom vissa yrkesgrupper?

- Om så är fallet, tror du att yrkets status spelar någon roll för den samhälleliga synen på diagnosen?

7. Hur vanligt förekommande är diagnosen internationellt sett?

- Hur vanlig är diagnosen i Sverige jämfört med andra länder?

- Varför tror du att diagnosen endast förekommer i vissa länder?

8. Hur ser du på Socialstyrelsens rekommendationer avseende behandling av utmattningssyndrom?

9. Hur påverkar diagnosens status det bemötande patienterna får från vård och myndigheter?