
Hva er utbrenthet?

KLINIKK OG FORSKNING

ERIK FALKUM

Email: erik.falkum@legeforeningen.no

Legeforeningens forskningsinstitutt

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Utbrenthet beskrives ofte som et begrep med tre dimensjoner: emosjonell utmattelse, depersonalisering (emosjonell distansering, en form for empatisvikt) og opplevelse av redusert personlig ytelse i jobben. Vi ønsket å studere validiteten til dette begrepet, som oftest måles med Maslach Burnout Inventory.

Maslach Burnout Inventory ble sendt til 1 476 medlemmer av Den norske lægeforening. Svarprosenten var 73. Instrumentets dimensjonelle struktur ble undersøkt ved prinsipalkomponentanalyse. De identifiserte faktorene ble korrelert med validerte mål for jobbtilfredshet og depresjon. Faktorene ble dikotomisert og kombinert på åtte forskjellige måter, og de fremkomne typenes spesifisitet studert.

De tre opprinnelige dimensjonene ble reproduisert, og faktorenes reliabilitet (interne konsistens) viste seg å være god (Cronbachs alpha = 0,91 – 0,69). Emosjonell utmattelse var høyt korrelert med både jobbtilfredshet ($r = -0,54$) og depresjon ($r = 0,72$).

Emosjonell utmattelse synes å være den minst spesifikke av utbrenthetsdimensjonene. Begrepet utbrenthet må bygge på både emosjonell utmattelse og depersonalisering, dersom det skal oppnå akseptabel deskriptiv validitet. Med de aktuelle dikotomiseringsgrensene innebærer dette at 3 % av norske leger er «utbrent».

Begrepet utbrenthet ble lansert i 1974 av psykiateren Herbert Freudenberger, som var tilknyttet den såkalte «free clinic»-bevegelsen i USA, en alternativ helsetjeneste for samfunnets svaktstilte (1). Arbeidet i denne bevegelsens institusjoner var sterkt preget av knappe ressurser, lange arbeidsdager, lav lønn og krevende møter med fattige og ustabile multiproblemklienter. Freudenberger beskrev hvordan en økende andel av de ansatte gradvis ble tappet for krefter og utviklet kronisk fysisk tretthet kombinert med en omfattende følelsesmessig

utmattelse og stadig større avstand til klientene. De opprinnelig sterkt engasjerte og idealistiske hjelperne gikk den første tiden til arbeidet i klinikkene med et personlig ønske om å utrette noe spesielt for pasientene. Men ettersom de oppnådde bare en brøkdel av det de ønsket å oppnå innenfor de aktuelle rammene, opplevde de i økende grad at situasjonen var håpløs og innsatsen bortkastet, og de begynte etter hvert å forakte klientene. Evnen til innlevelse ble svekket og erstattet av distanse, amperhet, nedlatende humor og et innsnevret behandlingsperspektiv.

Selv om arbeidsforholdene som Freudenberg beskrev var spesielt krevende, er den store avstanden som beskrives mellom det som er ønskelig og det som er mulig ikke noe særkjennetegn. Denne avstanden finner vi igjen mange steder i det norske helsevesenet og også i andre deler av arbeidslivet, for eksempel i skolevesenet og i politiet.

Freudenbergers opprinnelige perspektiv på utbrenthet var todelt. På den ene siden beskrev han personlige egenskaper som han mente disponerte individet for utbrenning, på den andre sosiale årsaker. Han beskrev den entusiastiske risikopersonen som følelsesdrevet og urealistisk, fordi betydningen av faktorer som hindret endring konstant ble undervurdert samtidig som eget potensial i yrkesrollen ble overvurdert. Det brennende engasjementet var ikke et modent og avstemt engasjement, men snarere uttrykk for et sterkt personlig behov for å bli akseptert og likt. Den såkalte kompulsive hjelperen føler et indre press i retning av å arbeide for andre og et ytre press fra klienter med svære udekkede behov. Hvis underbemanning og knappe økonomiske rammer i tillegg fører til krav om ytterligere innsats, «angripes» personen så å si fra tre kanter og kan fort komme til å føle seg fanget og hjelpeløs. Freudenberg pekte på en rekke disponerende jobbfaktorer, og foreslo også tiltak som skulle motvirke dem (1).

Størstedelen av forskningslitteraturen beskriver utbrenthet som et begrep med tre dimensjoner: utmattelse og tap av entusiasme, emosjonell distansering og redusert faglig ytelse og selvfølelse (2 – 4). Den emosjonelle utmattelsen er en følge av langvarig stress i en arbeidssituasjon farget av høye egne forventninger og situasjonsbetingede krav. Dette er etter de flestes mening den primære dimensjonen (4 – 7). Den antas å forårsake distanseringen, kynismen og den manglende evnen til å leve seg inn i klientens eller pasientens situasjon. Noen forskere har hevdet at utbrenthet utelukkende forekommer i tjeneste- og omsorgsykker (8, 9), mens andre beskriver utbrenthet også i yrker uten klienter (10, 11).

Maslach Burnout Inventory (MBI) er basert på den tredimensjonale modellen og er det mest anvendte spørreskjemaet på området. Et stort antall studier har reprodusert instrumentets dimensjoner i faktoranalytiske studier (12 – 17), og faktorenes interne konsistens har vist seg å være god (9, 12, 14, 18 – 21).

Cronbachs alpha for de tre dimensjonene har stort sett ligget mellom 0,70 og 0,90.

Når det gjelder instrumentets kriterievaliditet er funnene ikke fullt så overbevisende. Korrelasjonen mellom emosjonell utmattelse og andre mål for utbrenthet er gjennomgående høy, men dette kan delvis skyldes at de alle er nokså like selvrapporтерingsinstrumenter. Korrelasjonene mellom

utmattelsesskårene og kliniske vurderinger av utbrenthet er imidlertid lavere, og for depersonalisering og redusert ytelse er sammenhengen ikke klart påvist (8, 22, 23).

Forholdet mellom utbrenthet og beslektede begreper som depresjon, stress og jobbtilfredshet er heller ikke tilfredsstillende beskrevet. I flere studier er det vist at emosjonell utmattelse er ganske høyt korrelert med depresjon ($r =$ rundt 0,50), mens assosiasjonen mellom depresjon og henholdsvis depersonalisering og opplevelse av redusert personlig ytelse er betydelig svakere (24 – 26).

Maslach & Jackson (9) beskriver svake og neglisjerbare sammenhenger mellom utbrenthetsdimensjonene og jobbtilfredshet, mens høyere korrelasjoner (Pearsons $r = 0,35 - 0,45$ for emosjonell utmattelse, $r = 0,25 - 0,35$ for depersonalisering) er funnet i senere studier (27 – 30). Funnene viser at det gjenstår en god del arbeid før utbrenthetsbegrepets såkalte diskriminantvaliditet er klart etablert. I et klinisk perspektiv er dette problemet nokså opplagt. Flere av påstandene som beskriver den emosjonelle utmattelsen kunne også vært inkludert i et spørreskjema om depresjon (24, 31).

I psykiatri og klinisk psykologi legges det vekt på å komme frem til kriterier og terskelverdier før man angir hvor hyppig en tilstand forekommer i en befolkning. Å sammenlikne forekomster uten enighet om slike kriterier og verdier gir ofte liten mening. I den sosialpsykologiske forskningen om utbrenthet har man lagt liten vekt på slike vurderinger. Maslach & Jackson (9) delte rett og slett sitt normative utvalg inn i tre like deler og antok at den tredelen som skåret høyest var utsatt for utbrenthet. De fraråder riktignok å bruke MBI-skjemaet diagnostisk på individplan, men tredelingen har likevel banet veien for slik bruk. Resultatet må nødvendigvis bli nokså skjeve offentlige bilder av forekomsten av utbrenthet i befolkningen. Denne inndelingen er vilkårlig og klinisk sett ganske meningsløs (32). Gyldige terskelverdier krever at MBI-skårene sammenholdes med uavhengige ekspertvurderinger utført av psykiatere eller kliniske psykologer. Slike verdier er ennå ikke etablert, noe som delvis skyldes den sosialpsykologiske dominansen i forskningen frem til nå. Regionale og nasjonale kulturforskjeller når det gjelder befolkningenes forhold til arbeid og ytelse taler dessuten for at terskelverdiene må etableres for hver enkelt kulturkrets eller populasjon.

Denne artikkelen beskriver hvordan et representativt utvalg av norske leger besvarer MBI-skjemaet. Med utgangspunkt i litteraturen ovenfor undersøkes spørreskjemaets dimensjonelle struktur og reliabilitet, forskjeller i svarfordeling etter kjønn, alder og spesialitetsgruppe og den statistiske assosiasjonen mellom dette instrumentet og mål for depresjon og jobbtilfredshet. Med utgangspunkt i funnene diskuteres deretter grenseoppgangen mellom utbrenthet og forskjellige beslektede fenomener som kan knyttes til begrepets underdimensjoner.

Materiale og metode

Spørsmålene fra Maslach Burnout Inventory var inkludert i et av Legekårsundersøkelsens spørreskjemaer om utfordring, belastning og mestring i arbeidet. Skjemaet ble i 1993 sendt til 1 476 medlemmer av Den norske lægeforening og besvart av 73 % av disse. Variablene kjønn, alder og spesialitet ble hentet fra grunnskjemaet i undersøkelsen. Detaljer om utvalgsprosedyre og

datainnsamling er beskrevet tidligere (33). Kvinner er noe overrepresentert og privatpraktiserende spesialister noe underrepresentert i utvalget, som ellers synes representativt for populasjonen av norske leger.

Maslach Burnout Inventory ble oversatt til norsk og tilbakeoversatt av translatør med engelsk som morsmål før det ble autorisert av rettighetshaver. Skjemaet inneholder 25 påstander om belastning og mestring i arbeidet, og ble opprinnelig skåret langs to sjudelte akser, en frekvensakse og en intensitetsakse. Den sistnevnte anvendes ikke lenger i særlig utstrekning. I Legekårsundersøkelsen spurte vi i hvilken grad påstandene beskrev respondentens egen opplevelse av jobben de siste to ukene forut for utfyllingen, og skåret svarene langs en femdelt skala fra 1 (stemmer ikke) til 5 (stemmer svært godt).

Respondentens alder ble inkludert som kategorisk variabel med fem grupper (25 – 30, 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60 og 61 – 69 år), mens legens spesialitet ble tilordnet en av sju ulike kategorier (ingen spesialitet, allmennmedisin, laboratoriefag, indremedisinske fag, kirurgiske fag, psykiatri og samfunnsmedisin).

Faktoranalyse (prinsipalkomponentanalyse) av Maslach Burnout Inventory ble utført for å kartlegge samvariasjonen mellom de ulike indikatorene i instrumentet, og reliabilitetskoeffisienter (Cronbachs alpha) ble beregnet for de tre komponentene som kom frem. Skårene for påstandene som spesifikt ladet de tre komponentene, ble summert og deretter dividert på antall påstander.

Resultatet var tre ulike dimensjonelle mål for utbrenthet. Forskjeller i gjennomsnittsskårer for de tre dimensjonene etter kjønn, alder og spesialitetsgruppe ble undersøkt ved hjelp av multivariate enveis variansanalyser med Bonferroni-korreksjoner for multiple sammenlikninger.

I mangel av omforente terskelverdier ble det definert en arbitrær grense mellom kategoriene «utbrent»/«ikke utbrent» langs de tre dimensjonene. De ulike kombinasjonene av høye og lave skårer ble deretter satt sammen til en typologi.

Spørreskjemaet inneholdt også et validert mål for jobbtilfredshet, den såkalte Job Satisfaction Scale (JSS), som måler respondentens jobbtilfredshet ved hjelp av ti påstander om tilfredshet med belastning, utfordring, innflytelse og lønnsforhold (34). Hver påstand ble skåret på en sjudelt skala fra «svært fornøyd» (skåre 1) til «svært misfornøyd» (skåre 7). Enkeltskårene ble summert og dividert med antall påstander, slik at vi fikk et sammensatt mål for jobbtilfredshet som varierte mellom de samme grensene.

Legenes depressive symptomer ble målt med en kortversjon av Symptom checklist – 90, et gjennomprøvd screeninginstrument som i vår kortversjon inneholder 15 påstander om respondentens stemningsleie (35). Hver enkelt påstand ble skåret på en skala fra 1 (ikke plaget i det hele tatt) til 5 (veldig mye plaget). Enkeltskårene ble også her summert og dividert med antall påstander.

Den statistiske assosiasjonen mellom utbrenthet og henholdsvis jobbtilfredshet og depresjon ble undersøkt med korrelasjonsanalyse (Pearson).

Svarfordeling for enkeltpåstander

41 % av legene opplever at de arbeider for hardt i jobben, og 39 % føler seg oppbrukt når arbeidsdagen er over (tabell 1: svarkategoriene «stemmer ganske godt» og «stemmer svært godt» slått sammen).

Tabell 1

Utbrenthet blant norske leger undersøkt med spørreskjemaet Maslach Burnout Inventory (MBI). Svarfordeling (prosent), gjennomsnitt og standardavvik. Påstander som definerer mental utmattelse er merket (A), de som definerer emosjonell distansering er merket (B), og de som definerer opplevelse av redusert ytelse er merket (C)

Påstand	1Stemmer ikke	2Stemmer ganske dårlig	3Både og	4Stemmer ganske godt	5Stemmer svært godt	Gjennomsnitt (standard avvik)	Antall
1. Jeg føler at arbeidet tømmer meg følelsesmessig (A)	30	21	28	18	3	2,4 (1,2)	1 077
2. Jeg forstår lett hva pasientene mine føler (C)	2	3	35	53	7	3,6 (0,7)	1 039
3. Jeg føler meg oppbrukt når arbeidsdagen er over (A)	11	16	34	29	11	3,1 (1,1)	1 078
4. Jeg ordner effektivt opp i pasientenes problemer (C)	3	6	51	36	4	3,3 (0,8)	1 035
5. Jeg føler meg sliten når jeg står opp om morgenen og vet at jeg må på jobb (A)	27	27	28	13	5	2,4 (1,2)	1 076
6. Jeg føler at jeg har positiv innflytelse på andre menneskers liv gjennom det jeg gjør i jobben (C)	< 1	3	31	55	10	3,7 (0,7)	1 075

Påstand	1Stemmer ikke	2Stemmer ganske dårlig	3Både og	4Stemmer ganske godt	5Stemmer svært godt	Gjennomsnitt (standard avvik)	Antall
7. Jeg er redd for at denne jobben er i ferd med å gjøre meg følelsesmessig kald	41	35	17	7	< 1	1,9 (1,0)	1 078
8. Det er virkelig anstrengende for meg å jobbe med mennesker hele dagen (A)	20	23	36	17	5	2,6 (1,1)	1 059
9. Jeg føler meg full av energi (A)	7	21	47	22	4	2,9 (0,9)	1 077
10. Jeg føler meg utbrent i jobben (A)	36	30	23	9	2	2,1 (1,0)	1 078
11. Jeg bryr meg egentlig ikke om hva som hender med enkelte pasienter (B)	48	36	12	4	< 1	1,7 (0,9)	1 053
12. Jeg skaper lett en avslappet atmosfære med pasientene mine (C)	< 1	2	27	59	12	3,8 (0,7)	1 038
13. Jeg føler meg frustrert i jobben (A)	24	27	32	11	5	2,5 (1,1)	1 078
14. Jeg er blitt ufølsom overfor folk etter at jeg begynte i denne jobben (B)	53	32	11	4	< 1	1,7 (0,8)	1 077
15. Jeg føler meg oppkvikket når jeg har jobbet nært med pasientene (C)	6	15	50	25	5	3,1 (0,9)	1 042

Påstand	1Stemmer ikke	2Stemmer ganske dårlig	3Både og	4Stemmer ganske godt	5Stemmer svært godt	Gjennomsnitt (standard avvik)	Antall
16. Jeg føler at jeg arbeider for hardt i jobben (A)	6	17	36	30	11	3,2 (1,1)	1 078
17. Jeg føler at pasientene gir meg skylden for noen av sine problemer	30	40	22	6	<1	2,1 (0,9)	1 043
18. Jeg har gjort mye som er verdt innsatsen i denne jobben (C)	1	4	35	53	7	3,6 (0,7)	1 049
19. Å arbeide med mennesker er for stressende for meg	37	38	21	4	<1	1,9 (0,9)	1 067
20. Jeg føler et visst ubehag når jeg tenker på hvordan jeg har oppført meg overfor enkelte pasienter (B)	34	43	16	7	<1	2,0 (0,9)	1 053
21. I jobben takler jeg følelsesmessige problemer på en rolig måte	1	3	24	62	10	3,8 (0,7)	1 075
22. Jeg føler at jeg ikke orker stort mer (A)	53	26	14	5	2	1,8 (1,0)	1 074
23. Jeg føler meg på mange måter lik pasientene mine	39	28	26	7	1	2,0 (1,0)	1 036
24. Jeg føler at jeg behandler enkelte pasienter som om de var upersonlige ting (B)	44	37	15	4	<1	1,8 (0,9)	1 045

Påstand	1Stemmer ikke	2Stemmer ganske dårlig	3Både og	4Stemmer ganske godt	5Stemmer svært godt	Gjennomsnitt (standard avvik)	Antall
25. Jeg føler meg personlig involvert i mine pasienters problemer	17	28	40	13	2	2,6 (1,0)	1 045

28 % svarte at påstanden «jeg føler meg full av energi» ikke stemmer for deres vedkommende, mens 22 % syntes det er virkelig anstrengende å jobbe med mennesker hele dagen. 21 % av legene opplever at arbeidet tømmer dem følelsesmessig. 18 % av respondentene føler seg slitne når de står opp om morgenen og vet at de må på jobb, mens henholdsvis 16 % og 11 % føler seg frustrerte og utbrente. En betydelig lavere andel, 7 %, bekreftet at de ikke orker stort mer i arbeidet.

4 % av legene svarte at de er blitt ufølsomme overfor folk etter at de begynte i jobben og at de ikke egentlig bryr seg om hva som hender med enkelte pasienter. 5 % bekreftet at de behandler pasienter som om de var upersonlige ting, mens 8 % føler et visst ubehag når de tenker på hvordan de har behandlet enkelte pasienter.

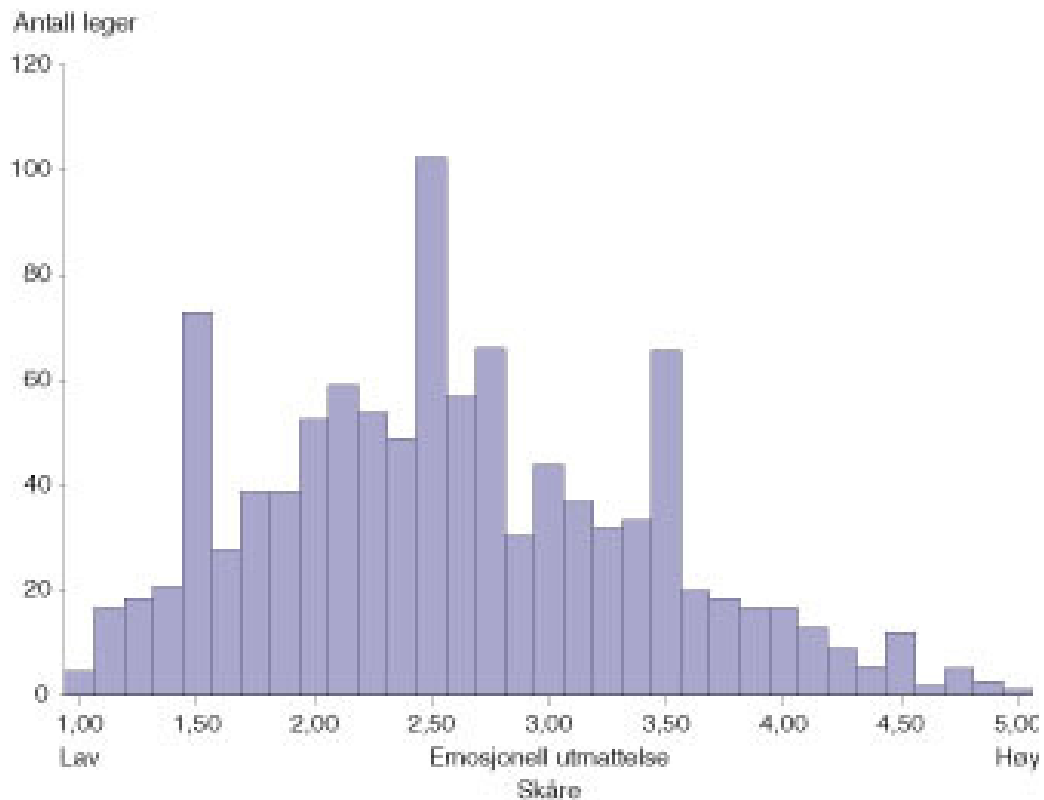
Tre utbrenthetsdimensjoner

Faktoranalysen produserte tre substansielle dimensjoner som er kalt emosjonell utmattelse (indikatorer som definerer denne dimensjonen er merket A i tabell 1), depersonalisering eller emosjonell distansering (indikatorer merket B) og opplevelse av redusert ytelse (indikatorer merket C). De tre faktorene forklarer henholdsvis 22 %, 13 % og 11 % av den totale variansen i instrumentet. 19 av de 25 påstandene lader eksklusivt en av de tre faktorene. Korrelasjonen mellom indikatorpåstandene og dimensjonen emosjonell utmattelse varierte mellom 0,63 og 0,82. De tilsvarende intervallene for depersonalisering og ytelse var henholdsvis 0,52 – 0,76 og 0,48 – 0,67. Ingen av indikatorpåstandene korrelerte høyere enn 0,25 med de to dimensjonene som de ikke definerte. De aller fleste av disse korrelasjonene var svært lave.

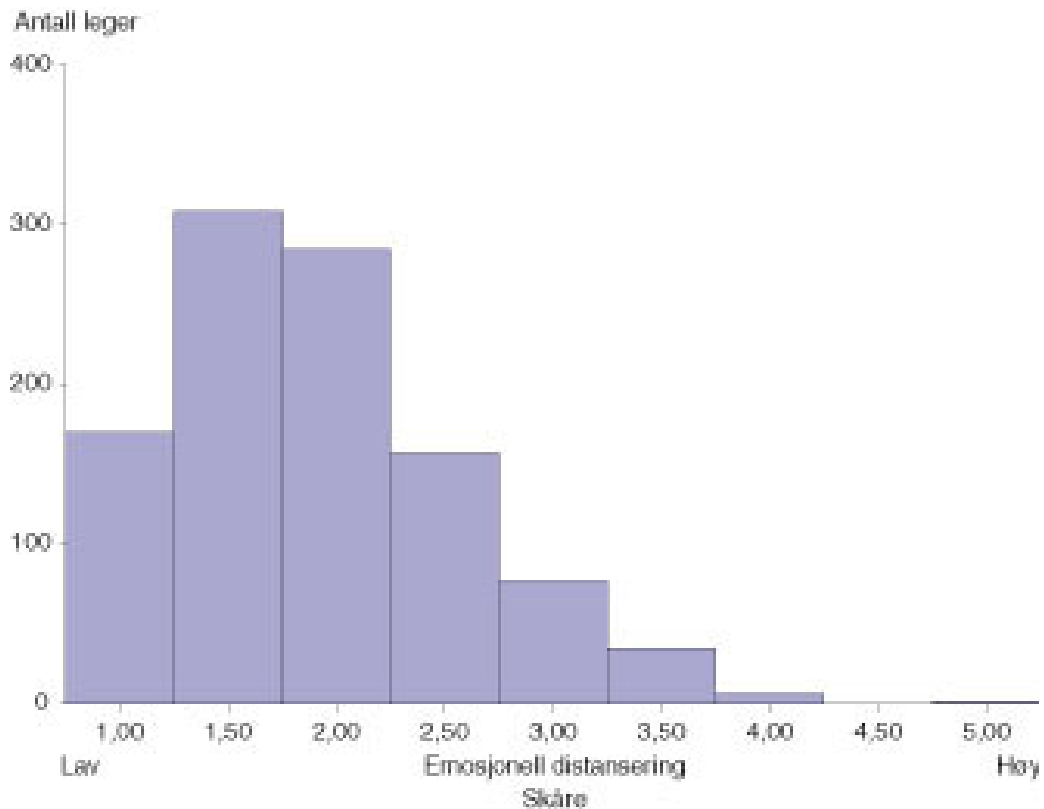
Alle de tre dimensjonene viste seg å ha god eller akseptabel reliabilitet. Cronbachs alpha var 0,91, 0,72 og 0,69 for henholdsvis emosjonell utmattelse, depersonalisering og ytelse. Skårene, 1 – 5, for indikatorpåstandene ble summert og summen dividert på antall påstander, slik at vi fikk tre dimensjonsmål med teoretisk variasjonsbredde fra 1 til 5.

Figur 1 – 3 viser fordelingen av skårer for de tre faktorene. Mens kurven for emosjonell utmattelse minner om normalfordelingskurven (gjennomsnitt 2,59, standardavvik 0,82), er kurvene for depersonalisering (gjennomsnitt 1,80, standardavvik 0,64) og ytelse (gjennomsnitt 3,53, standardavvik 0,47) forskjøvet mot henholdsvis lave og høye skårer. For emosjonell utmattelse og depersonalisering innebærer en skåre på 4,0 eller høyere at legen svarer «stemmer ganske godt» eller «stemmer svært godt» på de fleste spørsmålene. Hvis 4,0 etableres som grenseverdi for «utbrenthet» langs disse dimensjonene, var henholdsvis 7 % og 0,2 % av legene «utbrent». Slik påstandene er formulert, går skalaen den andre veien for ytelsesfaktoren: de med lave skårer opplever

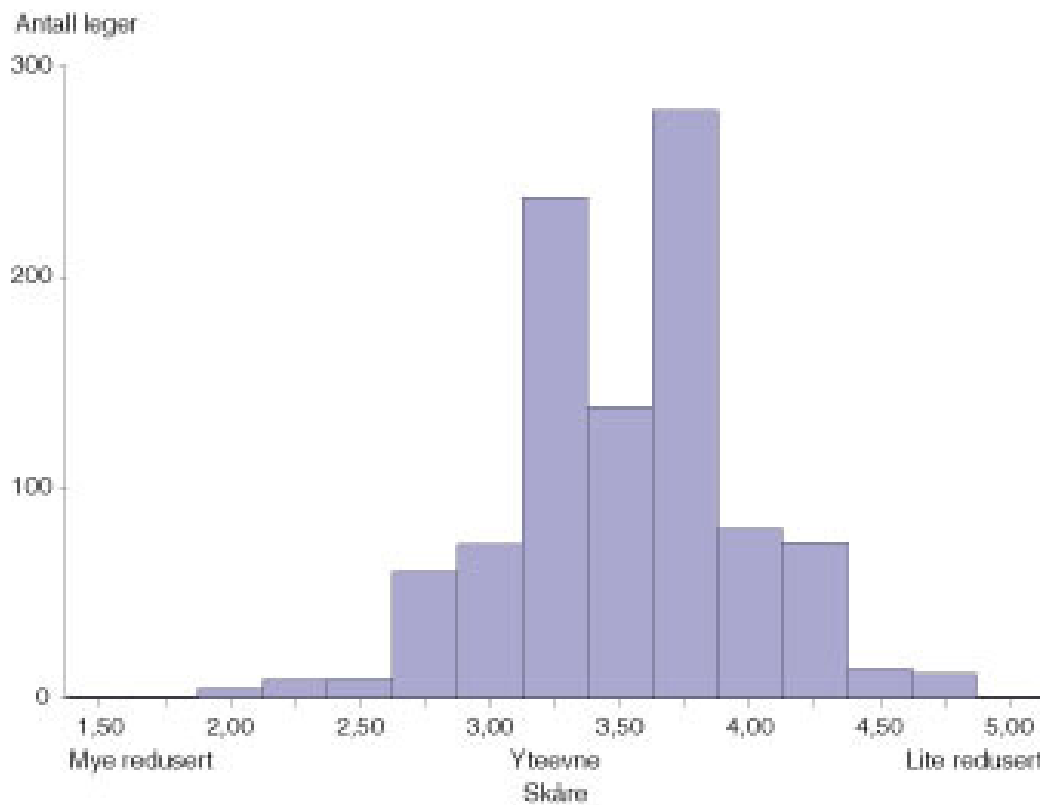
reduisert egen ytelse i jobben. Langs denne aksen blir den tilsvarende grenseverdien 2,0, og med denne er det 0,7 % som hadde skåre under «utbrenthets»-nivå. Dersom grenseverdien settes til 3,0 for alle tre dimensjonene, var andelene henholdsvis 29 %, 4 % og 9 %.



Figur 1 Emosjonell utmattelse blant 1 077 norske leger målt med spørreskjemaet Maslach Burnout Inventory (MBI)



Figur 2 Emosjonell distansering fra pasienten blant 1 042 norske leger målt med MBI-spørreskjema



Gruppeforskjeller

For emosjonell utmattelse hadde aldersgruppene 31 – 40 år og 41 – 50 år signifikant høyere gjennomsnittsskårer (henholdsvis 2,63 og 2,69) enn aldersgruppen 61 – 69 år (2,25, $p = 0,03$ og $p = 0,003$), mens det ikke var signifikante forskjeller mellom kvinner og menn og heller ikke mellom de forskjellige spesialitetsgruppene.

For depersonalisering ble det påvist signifikante forskjeller for alle grupperingsvariablene. Menn skåret høyere enn kvinner (1,81 versus 1,64, $p < 0,001$), mens de yngste legene (25 – 30 år) skåret høyere (1,98) enn alle de øvrige aldersgruppene (1,55 – 1,72, $p = 0,001 – 0,05$). Forskjellen var størst mellom de yngste og legene i aldersgruppen 51 – 60 år ($p < 0,001$). Samfunnsmedisinere (2,01) og leger uten spesialitet (1,85) hadde klart høyere depersonaliseringsskårer enn psykiatere (1,51, $p = 0,001$ for begge sammenlikninger).

Forholdet mellom de tre dimensjonene

Korrelasjonene mellom de tre dimensjonene var alle signifikante og substansielle: emosjonell utmattelse korrelerte positivt med depersonalisering ($r = 0,39$, $p < 0,001$) og negativt med ytelsesfaktoren, som var skåret motsatt vei ($r = -0,31$, $p < 0,001$). Korrelasjonen mellom depersonalisering og ytelse var også negativ ($r = -0,40$, $p < 0,001$).

Skårene for de tre dimensjonene ble dikotomisert med 3,0 som grenseverdi og kombinert på åtte ulike måter (tab 2). For dimensjonene emosjonell utmattelse og depersonalisering ble skåre høyere enn 3,0 kalt «høy», mens skåre lavere enn 3,0 ble kalt «høy» for ytelsesdimensjonen.

Tabell 2

Typologi basert på de tre dimensjonene av utbrenthet i spørreskjemaet Maslach Burnout Inventory blant 994 norske leger

Type	Emosjonell utmattelse	Emosjonell distansering (depersonalisering) i jobben	Opplevelse av redusert ytelse	Andel (%)
Utbrent 1	Høy	Høy	Høy	1
Utbrent 2	Høy	Høy	Lav	2
Stresset 1	Høy	Lav	Høy	4
Stresset 2	Høy	Lav	Lav	22
Perfeksjonistisk	Lav	Lav	Høy	4
Distansert 1	Lav	Høy	Lav	< 1
Distansert 2	Lav	Høy	Høy	< 1
Velfungerende	Lav	Lav	Lav	67

Kategorien «utbrent 1» ble definert som leger med høye skårer for alle dimensjonene, mens leger som skåret høyt på emosjonell utmattelse og depersonalisering, og lavt på opplevelse av redusert ytelse i jobben ble kategorisert som «utbrent 2». Henholdsvis 1 % og 2 % tilhørte disse kategoriene.

Legene i gruppen «stresset 1» skåret høyt på emosjonell utmattelse og redusert ytelse, men samtidig lavt på depersonalisering, mens respondentene i gruppen «stresset 2» hadde høye skårer på emosjonell utmattelse og lave på de to andre faktorene. Henholdsvis 4 % og 22 % av legene tilhørte disse gruppene.

Gruppen av «perfeksjonistiske» leger utgjorde 4 % av populasjonen og skåret høyt utelukkende på redusert ytelse.

Legene i kategorien «distansert 1» skåret lavt på emosjonell utmattelse og opplevelse av redusert ytelse og høyt på depersonalisering. De utgjorde 0,9 % av respondentene. Leger i kategorien «distansert 2» skåret lavt på emosjonell utmattelse og høyt på depersonalisering og redusert ytelse. Bare 0,3 % av populasjonen tilhørte denne kategorien.

Utbrenthet, jobbtilfredshet og depresjon

Det var substansielle assosiasjoner mellom alle tre utbrenthetsdimensjonene og jobbtilfredshet. Som ventet var sammenhengen sterkest mellom jobbtilfredshet og emosjonell utmattelse ($r = -0,54$, $p < 0,001$). Korrelasjonen mellom depersonalisering og jobbtilfredshet var $-0,31$ ($p < 0,001$), mens korrelasjonen mellom ytelsesfaktoren og jobbtilfredshet var $-0,32$ ($p < 0,001$).

Diskusjon

Rundt 25 % av legene syntes de jobber for hardt og føler seg oppbrukt når arbeidsdagen er over, mens rundt en tredel føler seg tappet for energi. 20 % opplever at arbeidet tømmer dem følelsesmessig, at det er svært anstrengende å jobbe med mennesker og at de er slitne når de våkner om morgenen og vet at de må på jobb. Samtidig var det bare 10 % som sa at de føler seg utbrent, og bare 7 % sa at de ikke orker stort mer i arbeidet. Selv om alle disse indikatorene definerer utmattelsesfaktoren, er de to sistnevnte semantisk sett mer intimt knyttet til den.

Opplevelsen av å jobbe for hardt kunne like godt definere en ordinær stressfaktor som en utmattelsesfaktor (36). At det var fire ganger så mange hardt pressede som utmattede leger i utvalget, er derfor ikke overraskende.

Påstandene som definerer depersonaliseringdimensjonen i MBI-skjemaet bekreftes av langt færre respondenter enn tilfellet er for utmattelsesfaktoren, noe som indikerer at redusert evne til innlevelse i pasientens situasjon er en mulig, men ikke nødvendig følge av stress eller utmattelse. Det samme kan sies å gjelde for opplevelsen av redusert ytelse i jobben.

I tråd med tidligere funn produserte faktoranalysen de tre opprinnelige dimensjonene i MBI-skjemaet. Instrumentets dimensjonelle struktur virker temmelig robust, og faktorenes reliabilitet (interne konsistens) er god. Reliabilitetskoeffisientene samsvarer også godt med litteraturen (9, 12 – 21). Cronbachs alfa er særlig høy for emosjonell utmattelse. Samtidig synes dette å være den minst spesifikke av utbrenthetsdimensjonene.

Mens Maslach & Jackson (8) i sin definisjon av utbrenthetsbegrepet opprinnelig la hovedvekten på yrkesutøverens tap av respekt og omsorg for sine klienter, har størstedelen av den senere forskningen vært konsentrert om utmattelsesfaktoren. Gjennomsnittet for denne dimensjonen er betydelig høyere enn gjennomsnittet for depersonalisering, slik at anslagene for forekomst av utbrenthet i en populasjon med nødvendighet blir høyere når man konsentrerer seg om denne dimensjonen alene.

Den emosjonelle distanseringen gjør utbrenthet til et problem ikke bare for arbeidstakeren selv, men også for hans/hennes klienter. Hvis den er uttalt hos legen, vil det innebære empatisvikt og, i det minste tendensielt, redusert behandlingskvalitet. I dette perspektivet er det tankevekkende at problemet synes å være mest uttalt blant de aller yngste legene, turnusleger og ferske assistentleger, som samtidig er minst fornøyd med egen ytelse i jobben.

Korrelasjonene mellom de tre utbrenthetsaksene har de forventede fortegn: høy emosjonell utmattelse er assosiert med høy depersonalisering og lav ytelse. Høy depersonalisering tenderer også mot å gå sammen med lav ytelse. Korrelasjonenes størrelse tillater dimensjonell eller kategorisk kombinasjon av de tre aksene (37).

I tabell 2 er grenseverdien 3,0 lagt til grunn for dikotomiseringen av dimensjonene. Respondenter som skåret 3,0 svarte i gjennomsnitt «både – og». Grensen ble satt lavt og inkluderer ganske sikkert en del leger som ikke ville karakterisere seg selv som «utbrent». Hvis vi ser på emosjonell utmattelse isolert, var 29 % av utvalget «utbrent». Hvis vi holder oss strengt til Maslach & Jacksons definisjon (3, 9), kreves det høye skårer langs alle tre aksene. Med denne forutsetningen var bare 1 % av legene «utbrente» (utbrent 1). I tabell 2 er leger med høye skårer for utmattelse og depersonalisering, men med lave skårer for redusert ytelse, også inkludert i gruppen «utbrente» (utbrent 2). På sett og vis kan denne kombinasjonen av skårer ansees som mer problematisk enn den foregående fordi den manglende opplevelsen av redusert ytelse kan indikere lavere selvinnsett hos respondenten.

Kategoriene «utbrent 1» og «utbrent 2» utgjorde til sammen bare 3 % av utvalget. Tallet kan synes lavt, men i populasjonssammenheng vil det innebære at rundt 400 norske leger er utmattet og emosjonelt distansert i forhold til sine pasienter.

Hvis hver av disse gjennomfører ti konsultasjoner daglig, innebærer dette at et anselig antall pasienter kan være berørt av problemet i tillegg til arbeidstakerne selv, deres kolleger og medarbeidere og deres familier.

De to neste kategoriene i typologien er kalt «stresset 1» og «stresset 2». Leger i begge gruppene skåret høyt for emosjonell utmattelse og lavt for depersonalisering, mens de skilte seg fra hverandre ved å skåre henholdsvis høyt og lavt for opplevelse av redusert ytelse. Begge kategoriene ville i mange tidligere undersøkelser blitt karakterisert som utbrent i kraft av sine utmattelsesskårer. Etter min oppfatning bidrar denne kategoriseringen til å viske ut grensen mellom begrepene utbrenthet og stress, slik at begrepet utbrenthet tenderer mot å miste sitt spesifikke innhold.

Emosjonell utmattelse kan beskrives som resultatet av en vedvarende ubalanse mellom jobbkrav og personlige ressurser, dvs. som langvarig stress (38). Etzion og medarbeidere (39) og Maslach (40) refererer begge til Selyes (41) generelle adaptasjonssyndrom, som består av tre faser, alarmfasen, motstandsfasen og *utmattelsesfasen*. Som en av stressforskningens fedre var Selye primært biologisk orientert, og beskrev de fysiologiske konsekvensene av de forskjellige utformingene av adaptasjonssyndromet. Slike perspektiver har foreløpig vært fraværende i utbrenthetsforskningen, som har hatt et sosialpsykologisk tyngdepunkt. Den emosjonelle, mentale og fysiske utmattelsens fysiologi vil kanskje kunne kaste interessant lys også over de begrepsmessige uklarhetene på dette området.

Legene som fikk betegnelsen «perfeksjonistiske» i tabell 2, skåret høyt utelukkende for opplevelse av redusert ytelse i jobben, og utgjorde 4 % av utvalget. Denne gruppen tenderer mot å oppleve at de er ineffektive, at de ikke så lett forstår pasientene og at de ikke har særlig stor positiv innflytelse på pasientenes liv. Valget av betegnelse kan diskuteres. Den antyder at de høye skårene langs ytelsesaksen reflekterer at legen stiller for høye krav til seg selv, noe som ikke er dokumentert i den foreliggende undersøkelsen. Skårene kan kanskje også uttrykke at legens hovedinteresse ikke ligger på det relasjonelle feltet, men for eksempel på det naturvitenskapelige området. At perfeksjonisme og overdreven selvkritikk kan representere et problem blant leger, er imidlertid vist tidligere (42).

Gruppene «distansert 1» og «distansert 2» i tabell 2 skåret begge høyt for depersonalisering og lavt for emosjonell utmattelse, mens de skilte seg fra hverandre ved henholdsvis lave og høye skårer for ytelsesdimensjonen. Legene i disse gruppene distanserte seg fra pasientene uten noen uttalt opplevelse av press i jobben. De utgjorde kun rundt 1 % av respondentene, og mange psykiatere vil trolig oppfatte profilene som personlighetsforankret. Den første av dem kan tenkes å være den mest problematiske, idet legene i «distansert 1» har hardnet til i forhold til pasientene uten å ha noen følelse av å yte dårlig eller dårligere enn vanlig.

De første sju typene utgjorde til sammen en tredel av legene i utvalget, altså pussig nok en like stor andel som Maslach på vilkårlig grunnlag kategoriserte som «utbrent».

Den relativt høye korrelasjonen mellom jobbtilfredshet og emosjonell utmattelse samsvarer med tidligere funn (27 – 30), og er ikke overraskende. Emosjonell utmattelse kan som stressindikator føre til mistriivsel, eller den kan ganske enkelt

være et mål for en type mistrivsel i jobben. Avveiningen mellom disse fortolkningene kan ikke foretas i den foreliggende tverrsnittsundersøkelsen.

Korrelasjonen mellom emosjonell utmattelse og depresjon (eller mer presist: depressive symptomer) var relativt høy i denne undersøkelsen sammenliknet med tidligere studier (24 – 26). Det synes å være enighet om at den emosjonelle utmattelsen og depresjon har en betydelig fellesvarians (43), og noen forskere foretrekker begrepet jobbrelatert depresjon fremfor emosjonell utmattelse (31).

Den emosjonelle utmattelsen synes ikke å kunne avgrenses klart, verken mot stress, jobbtilfredshet eller depresjon. Det betyr etter min vurdering at begrepet egner seg dårlig som eneste grunnlag for et begrep utbrenthet med en rimelig grad av deskriptiv validitet. Begrepet vil stå langt sterkere dersom det baseres på både emosjonell utmattelse og depersonalisering, som kategoriseringen i tabell 2 antyder.

Diskusjonen om utbrenthetsbegrepets validitet må nødvendigvis romme ikke bare et deskriptivt, men også et etiologisk og et utviklingshistorisk perspektiv. Prosess og årsaker må imidlertid studeres i longitudinelle undersøkelser.

LITTERATUR

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159 – 65.
2. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. NY: Prentice-Hall, 1982.
3. Maslach C. Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. I: Paine W, red. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage, 1982: 29 – 40.
4. Leiter M. Coping patterns as predictors of burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1991; 12: 123 – 44.
5. Shirom A. Burnout in work organizations. I: Cooper CL, Robertson I, red. *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: Wiley, 1989: 25 – 48.
6. Cox T, Ferguson E. Individual differences, stress and coping. I: Cooper CL, Payne R, red. *Personality and stress*. Chichester: Wiley, 1991: 7 – 30.
7. Roness A. *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
8. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99 – 113.
9. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
10. Schwab R, Iwanicki E. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly* 1982; 18: 60 – 74.
11. Golembiewski R, Munzenrider R, Stevenson J. *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger, 1986.

12. Belcastro P, Gold R, Hays L. Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. *Psychol Rep* 1983; 53: 364 – 6.
13. Gold Y. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educational & Psychological Measurement* 1984; 44: 1009 – 16.
14. Huberty T, Huebner E. A national survey of burnout among school psychologists. *Psychology in the Schools* 1988; 25: 54 – 61.
15. Fimian M, Fastenau P, Tashner J, Cross A. The measure of classroom stress and burnout among gifted and talented students. *Psychology in the Schools* 1989; 26: 139 – 53.
16. Lahoz MR, Mason HL. Maslach burnout inventory: factor structures and norms for USA pharmacists. *Psychol Rep* 1989; 64: 1059 – 63.
17. Pierce CMB, Molloy GN. The construct validity of the Maslach burnout inventory: some data from down under. *Psychol Rep* 1989; 65: 1340 – 2.
18. Ackerley G, Burnell J, Holder D, Kurdek L. Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1988; 19: 624 – 31.
19. Corcoran K. Measuring burnout: a reliability and convergent validity study. *Journal of Social Behavior & Personality* 1986; 1: 107 – 12.
20. Constable J, Russell D. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Hum Stress* 1986; 12: 20 – 6.
21. Dignam JT, West SG. Social support in the workplace: tests of six theoretical models. *Am J Community Psychol* 1988; 16: 701 – 24.
22. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol* 1986; 42: 488 – 92.
23. Pick D, Leiter M. Nurses' perceptions of the nature and causes of burnout: a comparison of self reports and standardized measures. *Can J Nurs Res* 1991; 23: 33 – 48.
24. Meier S. The construct validity of burnout. *J Occup Psychol* 1984; 57: 211 – 9.
25. Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P. Interpersonal support among nurses at work. *J Adv Nurs* 1986; 11: 273 – 82.
26. Landsbergis P. Occupational stress among health care workers: a test of the job-demands model. *Journal of Organizational Behavior* 1988; 9: 217 – 39.
27. Eisenstat R, Felner R. Toward a differentiated view on burnout: personal and organizational mediators of job satisfaction and stress. *Am J Community Psychol* 1984; 12: 411 – 30.
28. Lindquist C, Whitehead J. Burnout, job stress and job satisfaction among southern correctional officers. *Journal of Offender Counseling, Services &*

Rehabilitation 1986; 10: 5 – 26.

29. Dolan A. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs* 1987; 12: 3 – 12.
30. Penn M, Romano J, Foat D. The relationship between job satisfaction and burnout. *Administration in Mental Health* 1988; 15: 157 – 65.
31. Hallsten L. Burning out: a framework. I: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, red. *Professional burnout*. London: Taylor & Francis, 1993: 95 – 113.
32. Einsiedel A, Tully H. Methodological considerations in studying burnout. I: Jones J, red. *The burnout syndrome: current research, theory, interventions*. Park Ridge, IL: London House, 1982: 89 – 106.
33. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians. The use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615 – 29.
34. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979; 52: 129 – 48.
35. Derogatis LR. SCL-90R. Administration, scoring & procedures. Manual-II. Towson: Clinical Psychometric Research, 1992.
36. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D, Aasland OG. Tidspress blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 954 – 9.
37. Hellevik O. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
38. Brill P. The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health* 1984; 6: 12 – 24.
39. Etzion D, Pines A, Kafry D. Coping strategies and the experience of tedium: a cross-cultural comparison between Israelis and Americans. *Journal of Psychology & Judaism* 1983; 8: 41 – 51.
40. Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. I: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, red. *Professional burnout*. London: Taylor & Francis, 1993: 19 – 32.
41. Selye H. *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth, 1967.
42. Vaglum P, Falkum E. Self criticism, dependency, and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *J Affect Disord* 1999; 52: 155 – 9.
43. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: recent developments in theory and reserach*. London: Taylor & Francis, 1993.

Publisert: 20. april 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.