



Fler utmattade läkare – vad göra?

LEGELIVET

FREDRIK BÅÅTHE

LEFO – Legeforskningsinstituttet

Finns det lärdomar att dra från den «burnout-epidemi» som rapporteras hos läkare i USA?



Illustrasjonsfoto: iStock/CSA-Archive

Under en följd av år har det rapporterats att amerikanske läkare allt mer är drabbade av det som kallas burnout (1). Studier visar att drygt 50 % av de amerikanska läkarna indikerar att man är påverkad inom minst en av tre burnout-dimensioner; utmattning, cynism, lägre arbetsförmåga (2, 3). Det rapporteras att detta är väsentligt mer än hos andra grupper av amerikanske yrkesarbetare, och det har inom läkargruppen skett en dokumenterad ökning mellan 2011 och 2014 (3).

Mayo Clinic, en privat sjukvårdsorganisation som årligen tar emot 1,3 miljoner patienter med sina 63 078 anställda, varav 4 590 läkare och forskare, är en organisation som under flera år strävat efter att försöka förstå orsaker till läkares burnout, samt arbetat med att hitta lösningar för att hantera denna växande problematik (4). I en övergripande artikel från 2017 presenterar Tait Shanafelt MD, Director of the program on Physician Well-being, tillsammans med högsta chefen, CEO, MD, John Noseworthy, sina lärdomar med att försöka förstå och reducera burnout inom Mayo Clinic (5).

Grundläggande, säger de, är att läkares burnout inte kan betraktas som ett individuellt problem, utan att det är ett komplext samspel mellan individ och organisation. De refererar till många studier och klargör att burnout hos läkare påverkar vårdkvalitet, underminerar patienttilfredshet och reducerar antalet patienter en läkare kan hantera. De betonar att burnout framförallt handlar om vilka organisatoriska förutsättningar som gäller där läkare tjänstgör, och lyfter också fram betydelsen av ett fungerande ledarskap hos läkares närmaste chef.

I linje med detta vill de avliva två återkommande myter om detta med organisatoriska lösningar. Den första är tron att läkares välmående eller arbetstillfredshet skulle vara i konflikt med en vårdorganisations mål. Den andra handlar om antagandet att effektiva

interventioner som påverkar läkares burnout är dyra. De argumenterar för att en engagerad och tillfreds läkargrupp är grunden för att nå vårdens olika mål, små investeringar kan ge stora effekter, och många effektiva interventioner är kostnadsneutrala. De presenterar sedan, relativt utförligt med hänvisning till vetenskapliga publikationer, nio organisatoriska strategier för att reducera läkares burnout och öka arbetstillfredshet. Shanafelt och Noseworthy betonar att dessa strategier inte är en komplett lista utan pragmatiska sätt att organisatoriskt börja agera, baserat på evidens eller praktiskt erfarenhet.

1. Ta frågan om läkares tillfredshet/burnout på allvar och mät utvecklingen över tid
2. Underskatta inte effekten av läkares närmaste chef
3. Utveckla och inför interventioner anpassade till specifika lokala behov
4. Etablera strukturer som underlättar kollegialt samarbete och socialt utbyte
5. Var sparsam med individuell resultatdriven ersättning i vårdens teambaserade struktur
6. Säkra att organisationens strategi och värdegrund går att omsätta i lokal vardagspraktik
7. Stöd schemamässig flexibilitet för individuella läkare och underlätta work-home balans
8. Erbjud olika sätt att stärka individuell «resilience» och underlätta att ta hand om sig själv
9. Underlätta och finansiera organisatorisk forskning för mer evidensbaserad kunskap

Trots geografiskt och kulturellt avstånd till USA är det intressant att merparten av deras nio utvecklingsområden berör aspekter som också lyfts fram i Norge via stortingsmelding 13, *Kvalitet og pasientsikkerhet* (6).

Hur man tolkar burnout data, insamlat med samma instrument, varierar mellan olika länder. Därför kan man inte rakt av jämföra amerikanska siffror med norska tal. Men från en pågående studie hos LEFO, där vi studerar «samspelet mellan organisatoriska faktorer, legers jobbtilfredshet og disses betydning for kvalitet i pasientbehandlingen», kan vi konstatera en frustration hos norska läkare från flera olika specialiteter vad gäller dagens organisatoriska strukturer (ännu ej publicerat material). Därmed kan det vara ett gyllene tillfälle att ta till sig erfarenhet och evidens från USA. Det verkar erbjudas en fin möjlighet att agera proaktivt genom att redan nu börja arbete i linje med dessa nio strategier.

LITTERATUR:

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397 - 422. [PubMed][CrossRef]
2. Shanafelt TD, Boone S, Tan I et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1377 - 85. [PubMed][CrossRef]
3. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015; 90: 1600 - 13. [PubMed][CrossRef]
4. Mayo Clinic. About Mayo Clinic. Mayo Clinic Facts.

<https://www.mayoclinic.org/about-mayo-clinic/facts-statistics> (6.4.2018).

5. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92: 129 - 46. [PubMed][CrossRef]

6. Meld. St. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c3f7bd6e264046b4fac371aad8bc32/no/pdfs/stm201620170013000dddpdfs.pdf> (6.4.2018).

Publisert: 8. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0246

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no