

Arstide läbipõlemine – enamat tähelepanu vääriv probleem

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Arsti töö on stressirohke, on seda alati olnud. Seistes patsiendi parimate huvide eest, peab arst olema pidevalt kursis arengusuundumustega haiguste ravis ja ennetuses. Tänapäeval on ravimine üha enam meeskonnatöö, sõltub üha enam arstiabi korraldusest, arstide käsutuses olevatest vahenditest. Viimaseid on aga alati liiga vähe. Arst tunnetab pidevalt, et tema töö tulemused ei sõltu vaid temast endast, vaid ka paljudest muudest teguritest, mida ta ei saa mõjutada. Samas on patsientidel järjest suuremad ootused ravi edukusele, nad on sageli ka meditsiinisaavutustest hästi informeeritud ja neil on head teadmised oma haiguse kohta. Krooniline stress väsitab, võib viia pettumuseni töös ja elus ning vähendab töövõimet.

Ameerika psühholoog Herbert Freudenberger võttis 1974. aastal kasutusele termini „läbipõlemine“, kirjeldades meditsiinitöötajatel ületöötamise ja liigsete tööalaste nõudmiste tulemusel tekkinud emotsionaalset kurnatust, millega võivad kaasned peavalu, unehäired ja närvilisus (1).

Tänapäeval on termin „läbipõlemine“ kasutusel, et kirjeldada liigse tööalase stressi järel kujunenud vaimseid probleeme ka teiste tööalade töötajatel. Ühtset läbipõlemise definitsiooni pole senini vastu võetud (2).

LÄBIPÕLEMISÜNDROOMI SÜMPTOMID

Enamiku kirjandusallikate järgi iseloomustavad läbipõlemisündroomi kolm peamist sümptomite kompleksi:

1. Kurnatus. Inimene tunneb end emotsionaalselt tühjana, ei saa enam tööga hakkama, on pidevalt väsinud, tunnetab energiapuudust. Kaasned võivad mitmesugused valusündroomid, seedetraktivaevused jms.
2. Võõrdumine, pettumine oma töös, pidades seda enesele laastavaks. Võib kaasned künilisus oma töökohta ja kolleegide ning patsientide suhtes. Inimene distantseerib end kolleegidest ja tööprobleemidest.
3. Vähenenud töö- ja tegutsemisvõime, raskused keskendumisega ja loominguilisuse puudumine (2).

Sõltuvalt indiviidist ja muudest tingimustest võib erinevate sümptomite väljendus- ning raskusaste olla erinev. Läbipõlemise diagnoosimiseks on koostatud mitmeid küsimustikke. Enam tuntud ja kasutusel on Christina Maslachi koostatud küsimustik (ingl *Maslach burnout inventory*), kus on küsimused eespool kirjeldatud kolme läbipõlemist iseloomustava sümptomikompleksi kohta (3). Paljud teised küsimustikud täpsustavad läbipõlemisündroomi eri väljendusavaldusi. Siiski ei ole eksperdid jõudnud ühtse seisukohani, millised sümptomid on spetsiifilised läbipõlemisele või millised sellega kaasnevad (2).

Paljudele avaldatud publikatsioonidele toetudes võib väita, et arstide läbipõlemine on probleemiks paljudes maades ning seda tuleb ette järjest sagedamini, võttes näiteks USAs lausa epideemia mõõtmed. See mõjub laastavalt arstile isiklikult, aga ka tema kolleegidele, patsientidele ja tervishoiusüsteemile tervikuna (4).

Pidev stress, seega läbipõlemine, põhjustab arstidel erinevaid vaimseid häireid: depressioon, ärevus, unehäired, alkoholism, narkootikumisõltuvus, krooniline väsimus, suitsiidimõtted. Sageli kannatavad peresuhted, sagenevad abielulahutused, läbipõlenud arstid lähevad varem pensionile (5, 6). Uuringud on näidanud, et läbipõlemisündroomiga arst teeb sagedamini arstlike vigu, on vähem motiveeritud töötama, tema patsiendid on vähem rahul osutatud abiga ega tunne end turvaliselt (5, 7).

Hinnates läbipõlemise levimust arstide hulgas, tuleb arvestada, et riigiti ja erialati on arstiabi korraldus ja arstide töötingimused erinevad, samuti on kasutatud erinevaid küsimustikke läbipõlemise iseloomustamiseks. Kanadas Briti Columbia provintsis korraldatud uuringus selgus, et 80% arstidest tundis mõõdukat või tugevasti väljendunud emotsionaalset kurnatust, 61% võõrdumist tööst ja 44% vähenenud töövõimet (8). Euroopa 12 riigis tehtud küsitluse järgi leidis 12% vastanutest endal kõik 3 eelkirjeldatud läbipõlemist iseloomustavat sümptomite kompleksi, 43% olid emotsionaalselt kurnatud, 35% tundsid võõrdumist tööst ja 32% kurtsid vähenenud töövõimet (9). USA arstide hulgas täheldati arstide läbipõlemise sagenemist aastate võrdluses. Aastal 2011 leidsid 48% arstidest endal vähemalt ühe läbipõlemist iseloomustava sümptomikompleksi, aastaks 2014 andsid sellise vastuse 54,5% arstidest (10). Kõikides eespool kirjeldatud uurin- gutes oli kasutusel küsimustik *Maslach burnout inventory*.

Hiljuti avaldatud metaanalüüsi andmeil täheldatakse USA arstidel sagedamini emotsionaalset kurnatust kui nende kolleegidel Euroopas. Ka on USAs töötavad arstid keskmiselt 5 aastat vanemad ja nad tunnetavad sagedamini töö ja eraelu vahelist konflikti ning vähemat perekondlikku toetust kui kolleegid Euroopas (11). Äsja avaldatud uuringus esines 8,8%-l Austria Innsbrucki ülikoolihaigla arstidest läbipõlemissündroom ning 11,8%-l ilmsid mõõdukalt väljendunud läbipõlemise tunnused (12). USA üliõpilaste ja residentide seas tehtud uuringus ilmses, et arstiüliõpilastel on läbipõlemise risk suurem kui teiste erialade üliõpilastel. Autorid järeldasid, et läbipõlemise ennetamiseks on vajalikud järgmised tegurid: õppetöö latus korraldus, residentide heal tasemel juhendamine ning sõbralik ja julgustav töökeskkond (13).

Läbipõlemise risk on seotud paljude teguritega. Olulised on isikuse iseärasused: perfektsionistliku ellusuhtumisega isikutel esineb rohkem läbipõlemise tunnuseid, sagedamini esinevad need naistel. Oluline on koormatus tööga, sagedamini soodustavad läbipõlemist liiga pikad tööpäevad, sagedased öövalved. Läbipõlemise risk on suurem arstidel, kes pole rahul oma valitud erialaga, kellele töö ei paku rahuldust, kel on sassis töö- ja pereelu vahekord, samuti on enam ohustatud nooremad kolleegid (14). Läbipõlemist soodustavad samuti mitmesugused organisatsioonilised tegurid nagu halb töökorraldus, ebakompetentne juhtimine, vähesed võimalused erialaseks eneseteostuseks, nn mürgine õhkkond töökohal – autoritaarsed juhid, ebasõbralikud ja kadedad kolleegid jms (3).

Ei ole ka ühtest seisukohta selles, kas läbipõlemine on haigus (depressioon) või lihtsalt vaimse seisundi iseärasus. Osa autoreid leiab, et läbi-

põlemise ja depressiooni sümptomid kattuvad ja läbipõlemine on depressiooni erivorm ning depressiooni ravi võib olla mõjus ka läbipõlemise korral (15). Praegu kehtiva rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni järgi kodeeritakse läbipõlemissündroom koodiga Z73.0 – elukondlike raskustega seotud probleemid, läbipõlemine (2).

Arstide läbipõlemine ei ole kindlasti vaid konkreetse indiviidi probleem, see mõjutab arstiabiga seonduvat palju laiemalt. Sagedasti ei mõista või ei taha selle all kannatav arst seda enesele tunnustada, pidades seda oma nõrkuse tunnuseks, kartes olla negatiivselt märgistatud. Siin on oluline osa juhtidel, kogu organisatsioonil, et olla teadlik läbipõlemise tunnustest, mõista seda kui tõsist probleemi kogu organisatsioonile ning aidata ja toetada kannatavat kolleegi (16).

Kirjanduse andmeil jagatakse läbipõlenud kolleegi aitamise strateegiad kaheks: isikule suunatud (kognitiiv-käitumuslik teraapia, stressi maandamine, mõõdukas füüsiline koormus, mitmed multi-komponentsed programmid jt) ning tööga seotud (töökoormuse ja -korralduse muutmine, abi ja toetus kolleegidelt, tööga seotud ootuste ja võimaluste analüüs jm) abinõud. Neid strateegiaid tuleb rakendada komplekselt, eraldi võetuna nad tulemusi ei anna (4, 17). Arstide läbipõlemise ennetamiseks on oluline mõista, et arstide heaolu ja vaimne seisund on oma olemuselt tervishoiusüsteemi kvaliteedi ja arstide professionaalsuse näitaja, mõjutades otseselt arstiabi kvaliteeti ja patsientide rahulolu. Läbipõlemise ennetamine vähendab tervishoiu kulutusi (18).

KOKKUVÕTE

Inimesed on iga organisatsiooni tähtsaim vara. Et arstid oleksid heal erialasel tasemel, on nõutav,

et tervishoiuorganisatsioonid toetaksid neid igati oma töö ja elu korraldamisel (4).

Arstid on oma erialaste ülesannete tõttu kergesti haavatav sotsiaalne rühm, keda ohustab ka läbipõlemine. See seab ohtu arstiabi kvaliteedi ja haigete turvalisuse ning halvendab ravitulemusi. Kuna võimalused aidata läbipõlemise all kannatavat arsti on piiratud, tuleb läbipõlemist ennetada ning enam otsida tõhusaid võimalusi nii organisatsiooni töökorralduse kui iga arsti töö optimeerimiseks (3, 4).

KIRJANDUS

- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues* 1974;30:159–65.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15:103–11.
- Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare* 2016;4. pii: E37.
- Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ* 2017;358:j3360.
- Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2011;135:145–8.
- Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg* 2009;144:371–6.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e015141.
- Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 2011;47:737–44.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25:245–65.
- 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.
- Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health* 2013;11:48.
- Kurzthaler I, Kemmler G, Fleischhacker WW. Burnout in physicians. *Neuropsychiatr* 2017;31:56–62.
- Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ* 2016;50:132–49.
- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med* 2015;65:117–21.
- Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and depression: two entities or one? *J Clin Psychol* 2016;72:22–37.
- Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* 2017;60:567–76.
- Ward S, Outram S. Medicine: in need of culture change. *Intern Med J* 2016;46:112–6.
- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573–6.