

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 59 nr. 10 2022

TEMA:
**ARBEID
OG PSYKISK
HELSE**



Jada, la meg få cookies! (og alle sin del av kaka)

Jeg er så lei av å måtte bekrefte at jeg tillater cookies når jeg er inne på en nettside jeg selv aktivt har oppsøkt. I realiteten har jeg jo ikke noe valg. Enten vil jeg at nettsiden skal fungere, eller jeg vil det ikke. All denne aksepteringen av cookies er en skinnøvelse som bør fjernes, jo før, jo heller.

Jeg mener ikke at vi skal kvitte oss med alle regler som medfører bryderi. Psykologers arbeidshverdag er preget av en rekke regelbryderier, og mange av dem er viktige. Betydningen av å sette etiske retningslinjer høyt i så vel klinisk virke som forskning kan etter min mening ikke overdrives.

Utfordringen er å ikke bli sløv, og slutte å reagere når regelstyring blir regelrytterier som rammer mer enn det gagnar.

I dette temanummeret vil du blant annet finne flere artikler som omhandler Individuell jobbstøtte (IPS) som anbefales i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023). IPS er en arbeidsmodell opprinnelig utviklet i USA, der målet var å øke andelen personer med psykose-lidelser i ordinært arbeid. Kortere sagt er metoden utviklet for å få personer med alvorlige psykiske lidelser inn i det vanlige arbeidsmarkedet. Ikke i en vernet bedrift eller et eller annet NAV-tiltak, men en ordinær jobb. Sentralt i metoden står samarbeidet mellom behandler og en såkalt jobbspesialist. Innsatsen er ikke bare viktig når det gjelder kvalitetssikring og metodeutvikling, men er også et svært viktig bidrag til

å bryte stigma. Hjelpeapparatet skal ikke lenger tenke at alvorlig psykisk lidelse er uforenlig med å være arbeidstaker.

Overføring av IPS-metoden til Norge har gitt svært gode resultater som dokumenterer at personer med alvorlige lidelser kan ha vanlige jobber. Så entrer helsejuristene arenaen og slår fast at jobbspesialistenes arbeid, være seg om de er ansatt i NAV eller helse, ikke er helsehjelp.

Og yter du ikke helsehjelp, kan du ikke innlemmes i tverrfaglige team. Du kan heller ikke dokumentere i elektronisk pasientjournal, og jobben du gjør med jobb er egentlig ikke en jobb – det vil si, det er ikke lov til å registrere den som en aktivitet i helsessystemer – uansett om dette er i pasientens interesse eller uttalte ønske.

En samarbeidsform mellom instansene som har vist seg å være en suksess, står nå i fare for å smuldre på grunn av en for meg uforståelig meningsløs blind tilnærming til helsejussen.

Psykologene kan bidra til å bekjempe utenforskap ved å gjøre arbeid til et sentralt tema i behandlingen. Helsebyråkratene kan på sin side bidra ved å legge til rette for trygge og hensiktsmessige samarbeidsrom mellom instansene. Men nå virker det som helsejuristene jobber på et helt annet prosjekt der regelstyringen har overtatt for sidesynet.

Ingen armer, ingen kake, Kjerkol? ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



... et svært viktig bidrag til å bryte stigma

PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 10 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Redaktører Heidi Wittrup Djup, heidi@psykologtidsskriftet.no, tlf. 976 28 907
Patrick Michael Palmelund Faaland, patrick@psykologtidsskriftet.no, tlf. 922 81 183
Daniel Gunstveit, daniel@psykologtidsskriftet.no, tlf. 951 50 690
Ida Sund Morken, ida.morken@psykologtidsskriftet.no, tlf. 404 79 860

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan,
veronica@psykologtidsskriftet.no, tlf. 482 38 419

Teknisk redaktør Christian von Schack,
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

Journalist Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen, Joar Overaas Halvorsen, Ute Gabriel, Solveig H. H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus, Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen, Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.09.2022

Omslags- og delillustrasjoner Marius Pålerud
Form Bøk Oslo AS
Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association) er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Innhold

- 869 **Jada, la meg få cookies! (og alle sin del av kaka)**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 872 Del I:**
Status presens for arbeidspsykologi i Norge
- 874 **Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten**
Evidensbasert praksis | Lystad et al.
- 884 **Jobbfokusert terapi ved vanlige psykiske lidelser: barrierer og løsninger**
Fra praksis | Torkil Berge
- 893 **Vårt felles ansvar å hindre utenforskap**
Fra praksis | Jon Fiske
- 896 **Individuell jobbstøtte for pasienter med langvarige smerter**
Oppsummert | Silje Endresen Reme
- 900 **Metakognitiv kunnskap om hukommelse og arbeidsevne: En replikasjon og stringent test**
Originalartikkel | Nordahl et al.
- 907 **Metakognitiv terapi - en nøkkel til arbeidsdeltakelse**
Fra praksis | Jonas S.R. Leversen, Kenneth Sandin & Odin Hjemdal
- 915 Del II:**
Psykologarbeid blant definerte populasjoner
- 916 **Erklæringer om arbeidsevne hos personer med svake norskerdigheter**
Fagessay | Maria Leer-Salvesen & Pål Jakob Walstad
- 923 **Søvnvansker og arbeidsevne: et klinisk eksempel**
Fagessay | Ane Wilhelmsen-Langeland
- 928 **HIA UNG: Arbeidspsykologi inn i skolene**
Oppsummert | Pia Silvana Entner & Tove Marie Lium
- 932 **Sysselsetting av pasienter med alvorlige psykiske lidelser**
Oppsummert | Beate Brinchmann & Arnstein Mykletun
- 939 Del III:**
Organisasjonspsykologi
- 940 **Psykologkonsulenten og personifisering av arbeidskonflikter**
Fagessay | Morten Skjørshammer
- 946 **Behandling av pasienter utsatt for mobbing på arbeidsplassen**
Oppsummert | Sarah Helene Aarestad
- 948 **Potetetikkenes velsignelser**
Etikkpanelet | Malin Fors
- 952 **MENINGER**
Kronikk: Arbeidslivet er et skjørt kinderegg | Hildegunn M.T. Seip, Melinda Henriksen, Tobias Gustum Lindstad, Ingvild Myklebust & Øyvind Steensen (s. 954)
Debatt: Ytringskultur (s. 952), Spiseforstyrrelser (s. 958), Klimapsykologi (s. 960), Utfordrende atferd (s. 962), Psykoterapiens grunnlagsproblemer (s. 964)
Artikkelkommentar: Retorisk om psykoterapiens grunnverdier | Henrik Berg (s. 965)
- 966 **INNTRYKK**
Bokessay: En ny vår for arbeidspsykologien? | Arne Svendsrud (s. 966)
Anmeldelser: Nyttig bok om digital psykoterapi (s. 969), Floskelfri ledelseslitteratur (s. 971)
- 975 **Annonser**
- 979 **Stillingsannonser**



DEL I

Status presens for arbeidspsykologi i Norge



EVIDENSBASERT PRAKSISTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 10 S. 874-883 DOI: <https://doi.org/10.52734/2h82w7yP>

Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten

June Ullevoldsæter Lystad^{1,2}, Eline Borger Rognli¹, Ellen Ånestad Moen³,
Beate Brinchmann⁴, Øystein Spjelkavik⁵, Hanne Lorimer Aamodt⁶

Sammendrag

Arbeid er et viktig satsingsområde innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Systematisk samarbeid mellom NAV og helsetjenesten om evidensbaserte arbeidsrettede tilnærminger som Individual Placement and Support (IPS) anbefales i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), ulike pakkeforløp og kliniske retningslinjer. Til tross for sterk empirisk evidens for IPS og betydelige økonomiske bevilgninger over statsbudsjettet er IPS en utfordrende samarbeidsmodell for NAV og helsetjenesten. Rettslige forhold og jobbspesialisters ansettelsesforhold og handlingsrom er noen av utfordringene som må avklares for å få en vellykket implementering av metoden. Vi ønsker å dele erfaringer med hvordan IPS fungerer i spesialisthelsetjenesten. Det empiriske grunnlaget for vår tekst er hentet fra fem fagmiljøer, alle med tilknyttede forskningsprosjekter. Basert på våre erfaringer og i lys av nye føringer fra Helsedirektoratet vil vi også drøfte problemstillinger knyttet til den videre utviklingen av IPS i Norge.

Nøkkelord: Individuell jobbstøtte, arbeid, NAV og helse, integrering, jobbspesialist, implementering

¹ Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

³ Klinikk for psykisk helse, DPS Solvang, Sørlandet Sykehus HF

⁴ Psykisk helse- og rusklinikk, Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse, Nordlandssykehuset HF

⁵ Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet

⁶ Tyrili Forskning og Utvikling

KONTAKT June Lystad
lystad@medisin.uio.no

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVRDERT

Arbeid er helsefremmende, og å delta i arbeidslivet er av stor betydning for de fleste. Det er godt dokumentert at arbeid som er tilpasset den enkelte, har positiv effekt på helse i form av økt livskvalitet, symptombedring og redusert bruk av alkohol og andre rusmidler (Davis & Rinaldi, 2004; Jäckel et al., 2017; Modini, Joyce et al., 2016; Nesse et al., 2021; Waddell & Burton, 2006). Arbeid er identitetsskapende og gir også samfunnsøkonomiske gevinster blant annet gjennom økte skatteinntekter, reduserte trygdeytelser og færre sykehusinnleggelser (Aklin et al., 2014; Evensen et al., 2019; Hoffmann et al., 2014). Sist, men ikke minst er arbeid ofte det aller viktigste målet for personer med ruslidelser og psykiske lidelser (Kilian & Becker, 2007). På lik linje med andre ønsker de seg ansvaret, verdigheten, tilhørigheten og mulighetene som er forbundet med det å ha en jobb.

Individuell jobbstøtte

Individual Placement and Support (IPS, Individuell jobbstøtte på norsk) er en evidensbasert og manualbasert metode for arbeidsrehabilitering fra USA som er spesielt utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser (Bond & Drake, 2014). Utgangspunktet var pasienters ønske om en lønnet jobb i det ordinære arbeidsmarkedet. Dette var en mulighet de sjelden fikk, blant annet fordi familie og behandlere foretrakk at pasientene hadde en stabil hverdag med minst mulig fare for symptomforverring. Svært lav arbeidsdeltakelse blant personer med alvorlig psykisk lidelse har hindret kunnskapsutvikling om behov og tilretteleggingsmuligheter i arbeidslivet for denne gruppen (Cleveland et al., 1997). Trolig har kombinasjonen av manglende kunnskap og reservasjoner i både arbeidsliv, helse- og velferdssektoren bidratt til manglende arbeidsinkludering, hvilket igjen har ført til lav tro på muligheten for arbeid blant personer med alvorlig psykisk lidelse (Rinaldi et al., 2008).

Tradisjonell arbeidsrehabilitering bygde på en «train then place»-tilnærming til arbeid, der veien til ordinært arbeid gikk via trinnvis opptrening i skjermet virksomhet gjennom arbeidsforberedende tiltak. IPS er en variant av Supported Employment (Corrigan & McCracken, 2005) som ble utviklet på 80-tallet som en direkte motsats til «train then place»-metodikken. Her viste man at personer med alvorlig psykisk lidelse kan få jobb i ordinært arbeidsliv *uten* arbeidsforberedende trening, men med kompetent veiledning og støtte av jobbspesialister som er integrert med behandling over tid. Det som i størst grad skiller IPS fra andre modeller for arbeidsrehabilitering, er at jobbstøtten er en del av behandlingstilbudet, og at det kun søkes etter arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet (Becker et al., 2015).

I det daglige konkretiseres kravene til metodefastholdelse i IPS i åtte prinsipper:

1. Målet er ordinært, lønnet arbeid.
2. Tilbudet gis etter arbeidssøkers eget ønske.
3. IPS er en integrert og sentral del av behandlingen.
4. Jobbsøk baseres på den enkeltes preferanser ogferdigheter.
5. Oppfølgingen inkluderer individuelt tilpasset økonomisk rådgivning.
6. Jobbsøking starter raskt og uten lengre perioder med forberedelse, trening eller rådgivning.
7. Det gjennomføres systematisk jobbutvikling ut fra arbeidssøkers preferanser.
8. Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset.

IPS kvalitetsskalaen er en milepæl i utviklingen av IPS og en forutsetning for at metoden praktiseres likt på tvers av tjenester. Skalaen er standardisert og validert og sikrer modelltrofasthet i implementeringen og gjennomføringen av IPS. Her beskrives blant annet kriteriene for integrering av jobbspesialister i helse-team, samarbeidet mellom jobbspesialist og NAV-veileder og hvordan IPS skal utføres. IPS-tjenester som skårer høyt, har bedre sysselsettingsresultater enn tjenester med lavere skår (de Winter et al., 2020).

Evidensgrunnlag for IPS ved psykoselidelse

En mengde studier basert på ulike metoder og forskningsdesign underbygger effekten av IPS for arbeidsoppnåelse ved psykoselidelse (Bond et al., 2020). IPS har også vist god effekt for første-episode psykosepasienter (FEP) (Killackey et al., 2019). IPS øker andelen personer som oppnår ordinært arbeid, sammenliknet med tradisjonell arbeidsrehabilitering, og er i tillegg forbundet med økt livskvalitet, global fungering og symptomforbedring (Wallstroem et al., 2021).

I en systematisk litteraturstudie fant man at dobbelt så mange personer med alvorlig psykisk lidelse kom i lønnet arbeid gjennom IPS. Effekten gjaldt internasjonalt og uavhengig av variasjon i økonomiske forhold og helsetjenester (Modini, Tan et al., 2016). En ny metastudie som også inkluderte undersøkelser fra skandinaviske land med gode velferdsordninger, og studier der deltakerne hadde moderate psykiske lidelser, bekreftet metodens virksomhet (Brinchmann et al., 2020).

Pasientenes opplevelse av tilbudet og relasjonen mellom pasient og jobbspesialist i IPS er også undersøkt (Moen et al., 2021). En metaetnografisk studie fant

at jobbspesialister hjalp pasienter inn i arbeidstakerrollen ved bruk av mange psykologiske intervensjoner som kognitiv terapi, motiverende intervju, rollespill og øving på kommunikasjonsferdigheter. Videre hjalp de pasienten å sette ord på utfordringer som oppstod i en arbeidssituasjon uavhengig av hva disse skyldtes (Kinn et al., 2021).

Evidensgrunnlag for IPS ved ruslidelse

Mens evidensgrunnlaget for IPS for personer med psykoselidelser er omfattende og oppsummert i flere metaanalyser, er kunnskapsgrunnlaget for personer med ruslidelser betydelig tynnere, men lovende. En metaanalyse som inkluderte studier av IPS for personer med psykoselidelse med en *samtidig ruslidelse*, har vist tilsvarende gode effekter som studier av IPS for personer med psykoselidelse *uten ruslidelse* (Mueser et al., 2011). Den første vitenskapelige publikasjonen basert på en ren ruspopulasjon kom i 2017. Den amerikanske pilotstudien av 45 pasienter i metadonbehandling viste at 50 % i IPS-gruppen kom i jobb i løpet av det første halvåret sammenliknet med 5 % i en venteliste-kontrollgruppe (Lones et al., 2017). Til tross for svært gode resultater så langt etterlyses mer forskning på IPS på rusfeltet der man inkluderer flere og bredere, følger opp over lengre tid og ser på implementering av tjenesten i land også utenfor USA (Bond et al., 2019). Public Health England igangsatte for få år siden en stor, nasjonal RCT med rekruttering fra syv ulike behandlingssteder i England (Marsden et al., 2020). Inklusjonen i studien er avsluttet, men resultatene er ennå ikke publisert. I Norge har flere IPS-tiltak blitt etablert på rusfeltet, både i spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå. Det er imidlertid ikke knyttet forskning til noen av disse tiltakene, og det finnes ingen rapporter eller evalueringer om IPS og rus. En pågående RCT ved Oslo universitetssykehus avsluttet inklusjon av deltakere i juni 2022, og vil være et viktig bidrag til den internasjonale litteraturen om IPS og rus (Rognli et al., 2021).

Implementeringsutfordringer

Selv om en rekke studier viser at IPS gir svært gode resultater når det gjelder antall som kommer i jobb, er det fremdeles utfordringer knyttet til implementering i ordinær praksis (Poulsen et al., 2021). Regelverk, holdninger og ansettelsespraksis er ofte tilpasset den mer tradisjonelle «train then place»-modellen, og strukturelle hindringer for samarbeid mellom helsetjenesten og velferdstjenesten er godt dokumenterte systembarrierer (Moe et al., 2021). Utfordringene med implementeringen skyldes trolig en kombinasjon av at arbeidsdel-

takelse ikke er et spesifikt resultatmål i helsetjenesten, og at en ved finansieringen av helsetjenestene fortsetter å legge vekt på medisinerings fremfor psykososiale rehabiliteringstilbud (Modini, Tan et al., 2016).

IPS i Norge

I Norge er de fleste IPS-tjenester forankret i NAV med varierende grad av integrering i samarbeidende helseinstanser. Omtrent 25 % av jobbspesialistene ansatt i NAV er ikke godt integrert i helseteamene de samarbeider med (Fyhn et al., 2021). Enkelte tjenester har imidlertid utspring i helse, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Jobbspesialistene i disse tjenestene er i hovedsak ansatt i helsetjenesten. Samtlige har hittil vært fullverdig integrert i helse, hvilket innebærer deltakelse i behandlingsmøter og tilgang til elektronisk pasientjournal (EPJ). Jobbspesialistene, også de i NAV, har vært en del av de kliniske miljøene gjennom ulike lokale løsninger som null-prosent-stillinger eller prosjektstillinger i sykehusene. Regelverket har vært tolket og praktisert i henhold til at jobbspesialister omfattes av taushetsplikten på lik linje som helsepersonell.

IPS i norsk spesialisthelsetjeneste

Vi deler her forskningsgrunnlaget og erfaringer fra fem IPS-tjenester forankret og integrert i ulike deler av spesialisthelsetjenesten: *IPS Kristiansand* ved Sørlandet sykehus, *IPS Bodø* representert ved Nordlandssykehuset, *Tyrili IPS* i regi av Tyrilistiftelsen, *Hekta på jobb* ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling *IPS+* ved Seksjon for tidlig psykosebehandling, begge ved Oslo universitetssykehus. Forfatterne utgjør en gruppe forskere og klinikere innenfor rus-, psykose- og arbeidsrehabiliteringsfeltet. Forskningsgrunnlaget som presenteres, er vurdert som særlig relevant for å beskrive IPS og belyse problemstillinger knyttet til implementering av metodikken.

Vi vil illustrere hvordan IPS integrert i spesialisthelsetjenesten kan se ut i praksis, gjennom to vignetter. Vignettene er en blanding av flere pasienter som har vært i IPS-tjenestene våre de siste årene. Sosio-demografisk informasjon, arbeidsforhold, samarbeidende instanser og problemstillinger er grundig endret og delvis konstruert for å bevare anonymitet.

IPS i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

«Vi tenker på jobb tidligere i behandlingsforløpet og følger det opp gjennom flere bølgedaler og over lengre tid når vi har jobbspesialist med i behandlingsteamet.»

Nina er i slutten av tyveårene og mottar legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Hun har brukt cannabis

og beroligende piller siden slutten av tenårene. Hun klarte å fullføre videregående skole, men forsøk på videre utdanning ble forkludret av stadig økende rusmiddelbruk. Fra midten av tyveårene hadde hun et opiat-dominert rusmiddelbruk, og de siste årene har vært preget av behandling med gjentatte tilbakefall. Det er seks år siden sist hun hadde en jobb.

Nina blir fulgt opp av behandler i poliklinikk. Gjennom IPS og samarbeidet med jobbspesialisten har hun fått hjelp til å bli bevisst egne ressurser. Hun har fått et klarere bilde av hva hun kunne tenke seg å jobbe med, og laget en plan for hvordan hun skal komme seg dit. Hennes drømmejobb krever imidlertid både mer skolegang og dessuten en mer stabil fungering enn det hun har nå. Det hun har behov for i første omgang, er de helt grunnleggende tingene: å få erfaring med at hun er et kompetent menneske som har noe å bidra med, å bli tryggere sosialt, og kjenne at hun er en person som andre kan like.

Jobbspesialist og behandler drøfter jobb sammen med Nina, som selv føler at hun trenger noe mer tid. Hun tar opp igjen en hobby der hun vet hun er dyktig, og melder seg inn i et kor. Dette gir både sangglede, mestring, normalitet og sosialt fellesskap, men det aktiverer også vanskelige følelser (tilkortkommenhet, usikkerhet), samt at den sosiale navigeringen er krevende. Jobbspesialisten får god hjelp av behandler til å forstå pasientens utfordringer og behov i denne fasen, og kan tilpasse tempo og støtte i jobbutviklingsprosessen etter dette. At jobbspesialisten sitter i salen på den første julekonserten, gir stolthet og glede. «Det er liksom som at jeg er med på det store og helt normale fellesskapet.» Dette er viktige steg på vei mot jobb.

Angst, angstmestring og interpersonlige vansker er etter hvert fremtredende tema i behandlingen, og Ninas økte deltakelse i normalsamfunnet og etter hvert også jobbintervjuene hun er på, gir mye mat inn i behandlingen. Nina øver nå på jobbintervjuer, både med sin jobbspesialist, som hun er trygg på, og med en av de andre jobbspesialistene i teamet, som hun ikke kjenner og derfor får mer realistisk intervjutrening med. Jobbspesialist og behandler har nyttige drøftinger sammen med Nina rundt hvor åpen hun skal være, versus behovet for å legge fortiden bak seg og få muligheten til en ny start. Hvor mye vil hun si om rusbruken, og hvor mye om de psykiske vanskene? Hvilke formuleringer kan hun øve inn og kjenne at hun kan si med hodet hevet i en intervjusituasjon, sanne, men ikke ydmykende? Hun har en henteordning for sin LAR-medisin som må tas noe hensyn til når det gjelder arbeidstid. Behov for litt tilpasset opptrapping

av kundekontakt er et annet aspekt. Sammen med behandler har Nina konkretisert både arbeidsoppgaver og tilpasningsbehov som hun fint kan presentere for en arbeidsgiver.

Etter en tid med aktiv jobbsøking på stillinger Nina anser som riktige for henne og hennes fremtidige ønsker, får hun et jobbtilbud hun takker ja til: en deltids administrativ kontorstilling med noe kundekontakt. Dette er ekstremt spennende – og ekstremt skummelt. Nina er vant til å takle motgang, men har lite erfaring med medgang. Hun blir stresset og får lyst til å dempe stresset med rusmidler. «Jeg regner med at jeg kommer til å gå på trynet før eller siden uansett, så da er det bedre å bare gjøre det med en gang enn å gå og vente ...» Nina har ukentlige samtaler med behandler i poliklinikk, samt hyppig kontakt med jobbspesialist, og jobbspesialist og behandler snakker mye sammen i denne perioden. «Hvordan gikk det, kom hun seg til første jobbdag? Har hun sendt bilde av arbeidspulten og blomsten som ventet på henne første jobbdag, får jeg se? Så fint! Hils henne masse fra meg!»

Veien videre er langt fra rett og strømlinjeformet. Etter et halvt års tid i jobb har Nina et tilbakefall. Det som uten jobbspesialistens og behandlers støtte trolig hadde endt med at Nina mistet jobben, ender med en sykemelding og en jobb hun kan komme tilbake til. Som ved tidligere tilbakefall reagerer Nina automatisk med å trekke seg tilbake og å døyve skammen med mer rusmiddelbruk. Hun klarer imidlertid å kontakte behandler. Og er takknemlig for at behandler snakker med jobbspesialist, og at jobbspesialist kontakter arbeidsgiver på hennes vegne. Nina har et avgiftningsopphold, gjenopptar behandlingssamtalene i poliklinikken, og er etter en tid klar for å forsøke seg på jobben igjen. Selv om denne jobben ikke er «drømmejobben» Nina har sett for seg, gir den mestring, verdighet, tilhørighet og struktur og innhold i hverdagen. Hun ser for seg muligheten til å avansere til en enda bedre stilling på sikt, men trives samtidig der hun er. Jobben blir etter hvert et viktig element i å forebygge tilbakefall. Eller som Nina sier: «Det er jobben som gir meg motivasjon til å holde meg rusfri.»

IPS i spesialisert psykosebehandling

«Det passer ikke å komme til samtale i morgen, jeg skal på jobb, skjønner du ...»

Sarah (25) tar kontakt med poliklinikken for å forskyve neste avtale med behandler. Hun har fått seg jobb og er ikke lenger like fleksibel med hensyn til tidspunkt for samtaler.

For tre år siden ble hun diagnostisert med schizofreni. Hun rakk ikke å fullføre utdannelsen sin før hun ble syk, men er kommet et stykke på vei. Sarah følges opp poliklinisk, men er av og til i behov av døgninnleggelse når hun opplever at «stemmene tar helt kontroll». Stemmene sier at hun ikke skal ta medisiner, men uten medisiner føler hun seg dårligere. Dessuten sier stemmene at hun ikke får til noe og ikke er verdt noe, og ofte sniker det seg inn en følelse hos henne av at de har rett. På ett tidspunkt resulterer dette i en lang innleggelse med alvorlige problemstillinger. På avdelingen isolerer Sarah seg, har ingen ønsker, ingen motivasjon. Hun synes det blir «*mye prat og mye medisiner*» og ser ikke hensikten – hun «*kommer uansett aldri til å bli frisk*». I tillegg til medisiner tilbys Sarah en rekke psykososiale intervensjoner, men opplever ikke disse som nyttige. I inntakssamtalen sa hun at hun kanskje kunne tenke seg en jobb, men denne informasjonen druknet i kliniske problemstillinger. I et siste forsøk på å få Sarah med på noe henviser behandler henne til IPS.

Jobbspesialisten setter raskt i gang, og alt etter kort tid er det tydelig at hun treffer noe annet i Sarah enn det andre i det tverrfaglige teamet har fått til. Sarah blir med ut på tur, begynner å fortelle om interesser og ønsker for fremtiden. Hun har imidlertid ingen arbeidserfaring fra tidligere og synes det er vanskelig å lande på noe konkret jobbønske, men at hun ønsker å jobbe, det er hun sikker på.

Parallelt med disse positive endringene anbefaler NAV-veileder henne å søke uføretrygd. Han er bekymret for Sarah og vurderer at det vil være for belastende for henne å jobbe og for utrygt for en arbeidsgiver å ansette henne. Dette er tanker behandlergruppen også har gjort seg, og forventningene til at hun faktisk vil greie å jobbe, er lave. Til tross for bekymringene fortsetter Sarah etter eget ønske samarbeidet med jobbspesialisten.

Veileder i NAV har samarbeidet med den aktuelle jobbspesialisten i andre saker og har heldigvis erfart at jobb er mulig for denne pasientgruppen. Veileder, jobbspesialist, Sarah og behandler holder tett kontakt og blir enige om å prøve ut jobb. Det er stor overraskelse og en god del skepsis i behandlergruppen når jobbspesialisten forteller at Sarah har fått jobb. Selv om IPS i utgangspunktet er veletablert i avdelingen, eksisterer det fremdeles betenkeligheter knyttet til hvorvidt det er mulig å være pasient og arbeidstaker samtidig. I tillegg er det bekymring for at lønnet arbeid kan være symptomforverrende. Innledningsvis er det utfordrende for «behandler-egoet» at jobbspesialisten er så sentral, at hun får til et samarbeid som Sarah opplever som mer meningsfylt enn

samarbeidet med behandler. Disse erfaringene gjør at det blir mange runder i eget system rundt hva det faktisk innebærer å henvise til IPS; kanskje blir søk etter jobb og etter hvert arbeid prioritert foran annen behandling, til og med under innleggelse.

For Sarah blir IPS starten på en rekke kortvarige arbeidsforhold hos ulike arbeidsgivere. Hun vet ikke helt hva hun vil, eller hva hun får til.

Første forsøk blir i klesbransjen, men her trives hun ikke. Hun synes oppgavene er kjedelige og blir stresset når det er mange kunder i butikken. Neste jobb, i en bokhandel, blir også kortvarig. Arbeidsgiveren og Sarah er ingen god match, og det ender med at hun slutter. Erfaringene Sarah gjør seg i denne perioden, gir likevel verdifull klinisk informasjon som en kan jobbe videre med. Behandlergruppen ser sider av Sarah som ellers ikke kommer til uttrykk, hun viser handlekraft og tydelighet når det gjelder egne ønsker. Hun tar eierskap til egen situasjon og eget liv. Neste jobbforøk blir et vikariat i Aktivitetsskolen. Alle piler peker i riktig retning; Sarah er begeistret for både oppgaver og arbeidsgiver. Arbeidsgiveren setter tilsvarende stor pris på henne, og da vikariatet blir gjort om til en fast stilling, tilbyr han Sarah denne. Hun takker nei – til alles store overraskelse. Ingen forstår avslaget – det var jo dette hun ville?

Senere forstår vi at tilbudet om fast ansettelse trigger stemmene, angsten og selvtvilen – alt det vonde blir «*tusen ganger verre*». De avslutter arbeidsforholdet. Sarah blir dårlig og innlagt på ny. Likevel, noe er annerledes. Hun har fått smaken på arbeidslivet og er mye mer aktiv i behandlingen enn tidligere. Samarbeidet med jobbspesialisten fortsetter, det samme gjør også «*jakten på drømmejobben*» – stilling i et reklamebyrå.

Sarah er delvis utdannet innen grafisk design, og jobbspesialisten har en potensiell arbeidsgiver i sin portefølje. Skal de ta sjansen, selv om Sarah er innlagt? Til tross for dårlig timing er behandleren denne gang positiv, veilederen i NAV også – og ikke minst Sarah selv. To år senere er hun fortsatt i stillingen. Hun er fast ansatt (50 %) og trives på jobb. Som de fleste andre liker hun enkelte kollegaer bedre enn andre, og noen omgås hun også privat. Hun har fortsatt samarbeidet med jobbspesialisten, ikke i like stor grad, men synes det «*er trygt å sjekke inn med jevne mellomrom*». I denne stillingen føler Sarah så stor tillit til arbeidsgiver at hun velger å være åpen om schizofrenidiagnosen. I samarbeid med behandler og jobbspesialist lager hun en plan for hvordan hun skal snakke om konkrete utfordringer, hva som kan være tegn på at hun er på vei til å bli syk, og hva hun trenger av tilrettelegging. Det blir også laget avtaler for hva som skal gjøres dersom Sarah blir dårlig mens hun er på

jobb. Arbeidsgiver understreker viktigheten av samarbeidet med jobbspesialisten. Innledningsvis kjenner han seg usikker og er «redd for å trå feil», særlig etter at Sarah fortalte om schizofrenidiagnosen, som han hverken har kunnskap om eller erfaring med. Ansettelsen av Sarah, den korte veien til bistand på arbeidsplassen og ny kunnskap gjør at han nå kjenner seg trygg i arbeidsgiverrollen.

Selv om dette utvikler seg til en slags solskinnshistorie, inneholder den mange vansker i form av perioder med både usikkerhet, samarbeidsutfordringer og sykdomsforverring. Ifølge Sarah er det verdt det – hun har funnet drømmejobben.

Diskusjon

Vi har løftet frem arbeid som en naturlig og integrert del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten og vist hvordan det kan ha stor klinisk betydning. Gjennom tett samarbeid med jobbspesialister får vi som klinikere innblikk i sider ved og problemstillinger rundt pasientene våre vi ellers ikke hadde hatt tilgang til (Drake et al., 2012).

For pasientene ser arbeid ut til å bidra til et selvverd som behandlere ikke er i nærheten av å kunne formidle. Det er etter vårt syn, og i tråd med anbefalinger i Nasjonal helse- og sykehusplan, på høy tid å anerkjenne arbeidets terapeutiske betydning, der jobb-støtte er et tilbud på lik linje med all annen behandling, og der jobbspesialisten er en del av det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

Det er behov for en endring i måten vi tilbyr tjenester til personer med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser på. Denne endringen innebærer å sette arbeid på agendaen fra første stund gjennom å tilby IPS som en integrert del av helsehjelpen. Integrering av jobbspesialister sikrer pasientene reell adgang til arbeidslivet, i stedet for lite effektive «train then place»-tilnæringer og utstrakt bruk av skjermede arbeidsplasser.

Vi ser at IPS som en integrert del av spesialisthelsetjenestens tilbud gir gode resultater for arbeid og helse. Pågående behandling øker sjansen for å mestre jobb, samtidig som arbeidsfokus øker effekten av behandlingen. Det er vår erfaring at IPS avlaster og forsterker behandlerne, og både pasienter og arbeidsgivere nyter godt av tett samarbeid mellom behandlere og jobbspesialister.

Implementeringsutfordringer

En viktig forutsetning for IPS er at tilbudet er integrert i helsetjenesten, mens satsingen i Norge har fått en sterk forankring i NAV. Dette har blant annet med-

ført at IPS i Norge blir organisert og dermed regulert som et arbeidsmarkedstiltak. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet utsendt ultimo april 2022 blir ansvaret for fremtidig IPS-drift og ansettelse av jobbspesialister nå i sin helhet lagt til Arbeids- og velferdsetaten. Gjennom å forankre IPS utenfor helse legges det i større grad opp til *samarbeid* mellom NAV og helsetjenesten fremfor *integrering* i helse – hvilket representerer et avvik fra den opprinnelige modellen. Dette innebærer en risiko for at en ikke når de dårligste pasientene, som metoden er utviklet for å hjelpe, og at helsetjenesten ser på arbeid som noe NAV har ansvar for, parallelt med og ikke integrert i behandling (Bonfils, 2020). I en norsk rapport om samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om IPS (Fyhn et al., 2021) trekkes visse *rammebetingelser* frem (blant annet journaltilgang, samlokalisering, likeverd og ledelsesforankring) som nødvendig for å sikre god integrering. Det blir rapportert om færre samarbeidsutfordringer der jobbspesialistene enten er ansatt i eller samlokalisert med helsetjenesten enn der de er forankret utenfor. Tilsvarende funn rapporteres fra Sverige, Danmark og Australia, der integrering, samlokalisering og tydelige juridiske rammer trekkes frem som kjernekomponenter i implementeringen av evidensbaserte, tverrsektorielle tilnæringer som IPS (Bonfils et al., 2017; Hillborg et al., 2021; Mallick & Islam, 2022). Basert på disse funnene synes det betimelig å stille spørsmål ved organiseringsformen direktoratene nå legger opp til, og hvorvidt det egentlig er en integrert modell som tilbys under slike rammebetingelser.

En annen forskjell gjelder målgruppe; fra å opprinnelig være et tilbud til personer med psykoselidelse får nå grupper med et bredt spekter av kliniske utfordringer tilbud om IPS. Utvidelsen *kan* tolkes som et ønske om å bruke IPS for å redusere forbruk av trygdeytelser blant voksende sykdomsgrupper. Dette er et prisverdig mål, men er en arbeidsrehabiliteringsmodell utviklet for de med alvorlige psykiske lidelser rett virkemiddel? Er det fornuftig bruk av ressurser? IPS ved posttraumatisk stresslidelse (Mueller et al., 2019) og kronisk smerte (Sveinsdottir et al., 2022) har vist gode resultater når det gjelder å komme i ordinært lønnet arbeid. Det samme gjelder unge i fare for å falle utenfor arbeid og utdanning (Sveinsdottir et al., 2020). Det er imidlertid behov for ytterligere forskning før evidensgrunnlaget er sterkt nok til å anbefale IPS også for disse og andre grupper (Bond et al., 2019).

Det er verdt å merke seg at langtidsstudien av IPS i Norge ikke viser bedre effekt av IPS på de med moderate psykiske lidelser sammenliknet med kontrollgruppen (Holmås et al., 2021). Det er bekymrings-

fullt at IPS-tilbudet til den opprinnelige målgruppen dermed ikke veves inn i helhetlig behandling på lik linje med annen terapi. Det er en reell fare for at jobb fremstår som et ensidig resultatmål fremfor støtte til tilfriskning for den relativt smale opprinnelige målgruppen. Tidligere erfaringer fra Supported Employment som arbeidsmarkedstiltak viser dertil at potensiell «creaming» eller siling av brukere er en relevant problemstilling, der utvelgelsen av brukere gjøres for å få opp resultatmålene når arbeidsmarkedsmyndighetene er misfornøyde med formidlingstallene (Bakke, 2020; Gjersøe & Strand, 2021). Det vil si at en fokuserer på brukere som tydelig viser at de er klare til oppstart (Greer et al., 2018). Utviklingen av tiltaket *Arbeid med bistand* er et norsk eksempel på Supported Employment som ble styrt i retning av stadig økende formidlingskrav (Spjelkavik, 2012). En intervjustudie gjennomført i Norge viser videre til bekymring for at en ikke vil prioritere jobbsøkere med alvorlige psykiske lidelser om IPS kun blir ledet av NAV (Moe et al., under vurdering).

Fordeler med jobbspesialister integrert i helsetjenesten

På lik linje med annet tverrfaglig samarbeid kreves det tillit og respekt for roller og kunnskap også i implementeringen av IPS. Vår erfaring er at dette skapes gjennom korte avstander, integrering og samlokalisering, hvilket også gjenspeiles i forskningsfunn (Mallick & Islam, 2022). Det at jobbspesialistene er tilgjengelige og tett på, gjennom dokumentasjon i EPJ og møtedeltakelse med teamene, gjør at samarbeidet mellom behandlere og jobbspesialister fungerer godt. Det er mange fem minutters prater mellom jobbspesialistene og behandlerne i løpet av en uke. Når behandlere og jobbspesialister er kollegaer og kjenner hverandre, er terskelen lav for å ta kontakt. Integrering bidrar også til at behandler og jobbspesialist blir kjent med hva de kan forvente av hverandre, og at de kontinuerlig kan utfylle hverandre. Behandler kan gå god for jobbspesialisten overfor pasienter som er i tvil om de ønsker kontakt med jobbspesialist og arbeidsliv. Jobbspesialisten bidrar på sin side til å senke terskelen til det ordinære arbeidslivet og til å øke kunnskapen om psykiske lidelser i arbeidslivet, altså til utvikling av inkluderingskompetanse i både helsetjenesten og i arbeidslivet.

Utfordringer med jobbspesialister ansatt i NAV

Vi vil påpeke at som organisasjonsform er ikke en samarbeidsmodell det samme som en integrert modell. Vi har vist at organisatorisk integrering i helsetjenesten er avgjørende for å lykkes med IPS.

Nylige vurderinger gjort av HOD tilsier imidlertid at jobbspesialistens oppgaver ikke *kan* defineres som helsehjelp, selv ikke når jobbspesialisten er ansatt i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022). I praksis innebærer dette at informasjonen og tilbudet om IPS må komme fra behandler eller NAV-veileder. Jobbspesialisten, som kan mest om IPS, kan først kobles på senere i prosessen. Fordi jobbspesialistens arbeid ikke er å anse som helsehjelp er det heller ikke inntektsgivende for helsetjenesten. Insentivene for å ansette jobbspesialister i helsetjenesten forsvinner dermed automatisk, og direktoratets anbefaling om å ansette jobbspesialister i NAV vil være en naturlig konsekvens. Jobbspesialister ansatt i NAV vil *ikke* kunne bli fullverdig integrert i helsetjenesten. Helserettslig grunnlag tillater ikke at eksterne aktører deltar i møter uten full anonymitet eller samtykke fra hver enkelt pasient.

En ytterligere utfordring er *dokumentasjon*. Hverken helse- eller NAV-ansatte jobbspesialister kan dokumentere sitt arbeid, viktig (klinisk) informasjon eller observasjoner i EPJ. Ei heller skal helserelaterte opplysninger dokumenteres i NAVs systemer. Dette kan i ytterste konsekvens redusere pasientsikkerheten fordi visse opplysninger, for eksempel en symptomforverring, ikke kan dokumenteres i noe system.

Likeverd er tidligere nevnt som en viktig faktor for samarbeid om IPS. Dersom alle fremtidens jobbspesialister er ansatt i NAV, er det sannsynlig at helse vil oppleve mindre eierskap til tjenesten. IPS i Norge har hittil vært et samhandlingsprosjekt, med en likeverdig satsing fra NAV og helse. Nye føringer tilsier at helsetjenesten skal legge til rette for at NAV skal gjennomføre sitt arbeidsmarkedstiltak, men uten å ha styringsmyndighet for IPS-tjenesten eller insentiver for å prioritere dette samarbeidet.

Implikasjoner

Et kort tilbakeblikk på IPS i Norge viser politisk satsingsvilje og sterk vekst. NAV har både fått og tatt et betydelig ansvar i arbeidet med innføringen og oppskaleringen av IPS, økonomisk og organisatorisk. Med tanke på hva en tradisjonelt fokuserer på i helse, har denne innsatsen trolig vært helt nødvendig for å etablere IPS på nasjonalt nivå. Når HOD nå vurderer at fremtidens jobbspesialister skal ansettes i NAV, er det grunn til bekymring. Vi frykter at definisjonen av IPS som et arbeidsmarkedstiltak og ikke som en behandlingstilnærming vil ramme pasientene med de mest alvorlige lidelsene. Paradoksalt nok er det pasientene med alvorlig psykisk lidelse IPS i utgangspunktet ble utviklet for og har vist mest gjennomgående effekt for,

og hvor det er helt nødvendig å integrere arbeid som en del av behandlingstilbudet for å lykkes.

Vår erfaring er at det er mulig å lykkes med arbeidsinkludering av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusbrukslidelser. Ved å definere IPS som et arbeidsmarkedstiltak reduseres mulighetene for samhandling, bruk av EPJ blir ulovlig og ikke minst fjerner en insentiver overfor helsetjenesten til å fokusere på arbeid, et oppdrag som eksplisitt er blitt gitt oss i gjeldende Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er behov for å endre fokus og innhold i tilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusbrukslidelse, og det gjør vi ikke ved å legge alt ansvar over på NAV. Arbeidsinkludering

for disse gruppene er ikke noe NAV eller helsetjenesten klarer på egen hånd, det tilsier all tidligere erfaring, samt de svake resultatene for overgang til arbeid ved bruk av andre metoder. Vi mener tiden er inne for at helsetjenesten også tar ansvar for arbeidsinkludering og måles på hvordan vi kvalitativt jobber med dette og på resultatene vi oppnår. Vi kan ikke slå oss til ro med føringer som gir mindre grad av integrering enn det som er en forutsetning for god kvalitet i IPS-tjenestene. Daglig ser vi hvordan arbeid er helsefremmende for pasientene våre. Vi håper derfor helsetjenesten gis muligheten til å tilby arbeidsrettet behandling – og vi vil ta på oss oppgaven og vise oss tilliten verdig. ✕

Referanser

- Aklin, W. M., Wong, C. J., Hampton, J., Svikis, D. S., Stitzer, M. L., Bigelow, G. E. & Silverman, K. (2014). A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: Eight-year outcomes of a social business intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.013>
- Bakkeli, V., Frøyland, K. & Spjelkavik, Ø. (2020). *Kvalitetsarbeid i Supported Employment-tjenester* (AFI-rapport 2020:04). Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet. <https://hdl.handle.net/10642/8835>
- Becker, D. R., Swanson, S. J., Reese, S. L., Bond, G. R. & McLeman, B. M. (2015). *Supported employment fidelity review manual. A Companion Guide to the Evidence-Based IPS Supported Employment Fidelity Scale* (Third Edition ed.).
- Bond, G. R. & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1). <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0444-6>
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Pogue, J. A. (2019). Expanding Individual Placement and Support to Populations With Conditions and Disorders Other Than Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 70(6), 488–498. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800464>
- Bonfils, I. S. (2020). Challenges of integrating employment services with mental health services as part of the 'Individual placement and support' approach. *Nordic Social Work Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1758756>
- Bonfils, I. S., Hansen, H., Dalum, H. S. & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. *Scandinavian journal of disability research*, 19(4), 318–333.
- Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., Park, A. L., Killackey, E., Harvey, S. B. & Mykletun, A. (2020). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 206–220. <https://doi.org/10.1111/acps.13129>
- Cleveland, J. N., Barnes-Farrell, J. L. & Ratz, J. M. (1997). Accommodation in the workplace. *Human Resource Management Review*, 7(1), 77–107. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(97\)90006-1](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(97)90006-1)
- Corrigan, P. W. & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31–39.
- Davis, M. & Rinaldi, M. (2004). Using an Evidence-Based Approach to Enable People with Mental Health Problems to Gain and Retain Employment, Education and Voluntary Work. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(7), 319–322. <https://doi.org/10.1177/030802260406700706>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Bergmans, C. & Bond, G. R. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1607–1617. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01890-0>
- Drake, R. E., Bond, G. R. & Becker, D. R. (2012). *IPS supported employment: an evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>
- Evensen, S., Wisloff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Martinsen, E. W., Ueland, T. & Falkum, E. (2019). Exploring the potential cost-effectiveness of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *BMC Psychiatry*, 19(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2130-7>
- Fyhn, T., Øygarden, O., Monstad, K. & Skagseth, M. (2021). *Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)* (Rapport 1-2021). NORCE.

- Gjersøe, H. M. & Strand, A. H. (2021). The Street-Level Organisation in-between Employer Needs and Client Needs: Creaming Users by Motivation in the Norwegian Employment and Welfare Service (NAV). *Journal of Social Policy*, 1–18. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000933>
- Greer, I., Schulte, L. & Symon, G. (2018). Creaming and parking in marketized employment services: An Anglo-German comparison. *Human Relations*, 71(11), 1427–1453. <https://doi.org/10.1177/0018726717745958>
- Helsedirektoratet. (2022). *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS). Rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*. Helse-direktoratet.
- Hillborg, H., Bergmark, M. & Bejerholm, U. (2021). Implementation of individual placement and support in a first-episode psychosis unit: A new way of working. *Social Policy & Administration*, 55(1), 51–64. <https://doi.org/10.1111/spol.12611>
- Hoffmann, H., Jackel, D., Glauser, S., Mueser, K. T. & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1183–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, 270, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>
- Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K. T. & Hoffmann, H. (2017). Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatric Services*, 68(6), 603–609. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600083>
- Kilian, R. & Becker, T. (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(2), 211–222. <https://doi.org/10.1080/09638230701279899>
- Killackey, E., Allott, K., Jackson, H. J., Scutella, R., Tseng, Y. P., Borland, J., Proffitt, T. M., Hunt, S., Kay-Lambkin, F., Chinnery, G., Baksheev, G., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P. D. & Cotton, S. M. (2019). Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 214(2), 76–82. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.191>
- Kinn, L. G., Costa, M., Voll, I., Austrheim, G., Aas, R. W. & Davidson, L. (2021). «Navigating Between Unpredictable Icebergs»: A Meta-Ethnographic Study of Employment Specialists' Contributions in Providing Job Support for People with Mental Illness. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 512–531. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09943-6>
- Lones, C. E., Bond, G. R., McGovern, M. P., Carr, K., Leckron-Myers, T., Hartnett, T. & Becker, D. R. (2017). Individual Placement and Support (IPS) for Methadone Maintenance Therapy Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(3), 359–364. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0793-2>
- Mallick, S. & Islam, M. S. (2022). The impact of co-location employment partnerships within the Australian mental health service and policy context: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13007>
- Marsden, J., Anders, P., Clark, H., Colocassis, K., Eastwood, B., Knight, J., Melaugh, A., Quinn, D., Wright, V. & Stannard, J. (2020). Protocol for a multi-centre, definitive randomised controlled trial of the effectiveness of Individual Placement and Support for employment support among people with alcohol and drug dependence. *Trials*, 21(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4099-4>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A. & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Moe, C., Brinchmann, B., Borg, M., McDaid, D., Rinaldi, M., Killackey, E. & Mykletun, A. (under vurdering). The history of implementing Individual Placement and Support in Norway. From vocational rehabilitation to an employment scheme.
- Moe, C., Brinchmann, B., Rasmussen, L., Brandseth, O. L., McDaid, D., Killackey, E., Rinaldi, M., Borg, M. & Mykletun, A. (2021). Implementing individual placement and support (IPS): the experiences of employment specialists in the early implementation phase of IPS in Northern Norway. The IPSNOR study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03644-x>
- Moen, E., Walseth, L. T. & Larsen, I. B. (2021). Experiences of participating in individual placement and support: a meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 35(2), 343–352. <https://doi.org/10.1111/scs.12848>
- Mueller, L., Wolfe, W. R., Neylan, T. C., McCaslin, S. E., Yehuda, R., Flory, J. D., Kyriakides, T. C., Toscano, R. & Davis, L. L. (2019). Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(3), 246–256. <https://doi.org/10.1037/prj0000345>
- Mueser, K. T., Campbell, K. & Drake, R. E. (2011). The Effectiveness of Supported Employment in People With Dual Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(1–2), 90–102. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.568360>
- Nesse, L., Aamodt, G., Gonzalez, M. T., Rowe, M. & Raanaas, R. K. (2021). The role of occupational meaningfulness and citizenship as mediators between occupational status and recovery: a cross-sectional study among residents with co-occurring problems. *Advances in Dual Diagnosis*, 14(3), 99–118. <https://doi.org/10.1108/ADD-08-2020-0018>

- Poulsen, C. H., Christensen, T. N., Madsen, T., Nordentoft, M. & Eplov, L. F. (2021). Trajectories of Vocational Recovery Among Persons with Severe Mental Illness Participating in a Randomized Three-Group Superiority Trial of Individual Placement and Support (IPS) in Denmark. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(2), 260–271. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-10003-w>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Rognli, E. B., Aas, E. M., Drake, R. E., Marsden, J., Anders, P., Bond, G. R., Lystad, J. U., Reme, S. E. & Arnevik, E. A. (2021). The effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS) for patients with substance use disorders: study protocol for a randomized controlled trial of IPS versus enhanced self-help. *Trials*, 22(1), 705. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05673-z>
- Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(3), 163–172. <https://doi.org/10.3233/JVR-2012-0611>
- Sveinsdottir, V., Jacobsen, H. B., Ljosaa, T. M., Linnemøken, L. T. B., Knutzen, T., Ghiasvand, R. & Reme, S. E. (2022). The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial of IPS for patients with chronic pain conditions. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac032>
- Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdal, A. L. & Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(1), 50–59. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3837>
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being*. The Stationary Office.
- Wallstroem, I. G., Pedersen, P., Christensen, T. N., Hellström, L., Bojesen, A. B., Stenager, E., White, S., Mueser, K. T., Bejerholm, U., van Busschbach, J. T., Michon, H. & Eplov, L. F. (2021). A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery. *Psychiatric Services*, 72(9), 1040–1047. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000070>

Jobbfokusert terapi ved vanlige psykiske lidelser: barrierer og løsninger

Jobbfokusert psykologisk behandling for sykmeldte pasienter med depresjon og angstlidelser kan styrke funksjon og arbeidsdeltakelse.

TEKST Torkil Berge, Elisabeth Baumann Heier, Danielle Wright, Marit Hannisdal og Ragne G. H. Gjengedal

KONTAKT torkil.berge@diakonsyk.no

MANGE PASIENTER MED depresjon og angstlidelser får nedsatt arbeidsevne, og full tids sykmelding fremstår som eneste løsning. Samtidig vet man at arbeid generelt sett er godt for den psykiske helsen. Jo lengre tid pasienter er sykmeldt, desto vanskeligere kan det bli å komme tilbake i arbeid. Derfor bør all psykologisk behandling rettes mot mestring og styrking av funksjon. Hjelp til arbeidsdeltakelse er viktig, ikke bare for økonomien, men også for helse og livskvalitet. Arbeid fremmer helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening til dagene (van der Noordt et al., 2014), mens langvarig sykefravær bidrar til å forverre psykiske helseproblemer (OECD, 2012; Overland et al., 2006).

I denne artikkelen kan du lese om en modell for jobbfokusert terapi utviklet ved Poliklinikk for psykisk helse og arbeid, Diakonhjemmet Sykehus. En detaljert behandlingsveileder er tilgjengelig på nett, i det følgende kalt Veilederen (Berge et al., 2019), og tilnærmingen er

også beskrevet i to bokkapitler (Berge et al., 2022; Wright et al., 2021). I denne artikkelen, som er skrevet for deg som møter pasienter som er sykmeldt for depresjon og angstlidelser, presenterer vi hovedelementer i tilnærmingen, før vi drøfter barrierer som kan oppstå og mulige løsninger.

Bakgrunnen er at depresjon er den lidelsen som fører til flest tapte arbeidsår i befolkningen, sykefraværet ved depresjon varer lenger enn ved andre lidelser, og den er en hovedårsak til uførhet (Mykletun & Knutsen, 2009; Nielsen et al., 2012). Tilsvarende er angstlidelser en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, og til at man blir værende i jobber man er overkvalifisert for (Alonso et al., 2004). Derfor er det positivt at jobbfokusert psykologisk behandling for sykmeldte pasienter med depresjon og angstlidelser kan være til hjelp i behandlingen og styrke funksjon og arbeidsdeltakelse (Bejerholm et al., 2017; Gjengedal et al., 2020; Lagerveld et al., 2012; Nieuwenhuijsen et

Oversikt over jobbintervensjonene

- Kartlegg arbeidssituasjonen
- Gi informasjon om forholdet mellom psykisk helse og arbeid
- Kartlegg fordeler og ulemper ved sykmelding
- Utforsk pasientens forventninger til retur til jobb
- Utforsk pasientens antagelser om barrierer for retur til jobb
- Lag jobbrelaterte mål for terapien
- Utforsk muligheten for dialog med jobben om tilrettelegging
- Innpass jobbtemaer i terapien
- Forebygg tilbakefall og ny sykmelding

al., 2020; Reme et al., 2015). Når pasienter blir spurt om hva som er deres prioriterte utfallsmål i behandling av depresjon, kommer da også hjelp til styrket funksjon, ikke minst i jobb, høyt opp på listen (Chevance et al., 2020). Styrking av funksjon både i familieliv og arbeid har gjennom undersøkelser vist seg å være en nøkkelfaktor for å forebygge tilbakefall ved depresjon (Sheehan et al., 2017).

Gradert sykmelding og tilrettelegging på arbeidsplassen

I hjelpeapparatet har man tradisjonelt fulgt en sekvensiell modell med sykmelding mens plagene behandles, og tilbake til jobb når pasienten er frisk. I jobbfokusert terapi legges det vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det bør ikke gå for lang tid før pasienten starter med tilbakevending, med gradert sykmelding og dialog med arbeidsplassen som virkemiddel.

Full sykmelding basert på fravær og hvile kan være nødvendig i mange tilfeller. Ved depresjon og angstlidelser er imidlertid nærvær og aktivitet viktig. Full sykmelding kan over tid ta form av unngåelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for mestring på arbeidsarenaen. I den sykmeld-

tes situasjon vil de negative tankene og følelsene lett råde grunnen når andres korreksjon og nyansering uteblir. En årsak til at mange blir langtidssykmeldte, er imidlertid at de selv ikke ser at det finnes alternativer. De kan ha angst for å gå på jobb, eller depresjonen forteller dem at de ikke har noe å bidra med, ikke er ønsket eller at det uansett ikke nytter.

Det finnes selvfølgelig eksempler på at full sykmelding er nødvendig, av hensyn til både personens helsetilstand og arbeidsplassen. Ved alvorlig depresjon er de fleste ute av stand til å fungere i jobb. I noen tilfeller er personen blitt utslitt etter å ha stått på i årevis uten å ta tilstrekkelig hensyn til egne behov. Da kan full sykmelding i en avgrenset periode gi mulighet til å stanse opp og få utforsket egne behov. Men også her kan gradert sykmelding være et bedre alternativ, gjerne i kombinasjon med tilrettelegging av arbeidssituasjonen ut fra personens nåværende arbeidskapasitet og helsetilstand. I Berge og Martinussen (2016) finner du råd til ledere, verneombud og tillitsvalgte om tilrettelegging ved psykiske vansker. Lau (2021) oppsummerer forskningen rundt ledelse ved sykefraværsoppfølging. Berge og Wright (2016) beskriver et terapiforberedende kurs for pasienter som kombinerer psykoedukasjon og «jobbbedukasjon».

JOBBRETTEDE INTERVENSJONER

De jobbredte tiltakene innlemmes i behandlingen av problemene som pasienten søker hjelp for. Som terapeut kartlegger og reflekterer du rundt pasientens forventninger om å vende tilbake til jobb. Så utforsker du pasientens antagelser om sykmelding og drøfter barrierer for



Full sykmelding kan over tid ta form av unngåelsesatferd som forsterker problemene



tilbakevending. Deretter ser dere på muligheter for tilrettelegging og dialog med jobben.

Enkelte venter for lenge med å vende tilbake, noe som gjør returen vanskeligere. Andre starter for tidlig eller påtar seg for store arbeidsbelastninger. I behandlingen legger en til rette for mestringsopplevelser ved å sette realistiske mål, med støtte og veiledning fra deg som terapeut underveis i prosessen.

Hvis pasienten er skeptisk til å ta kontakt med arbeidsplassen eller til gradert sykmelding, er det viktig å få kartlagt nærmere hvorfor personen er skeptisk og kanskje umotivert. I tillegg til de begrensninger som psykiske plager setter for jobbutførelsen, kan det også være andre forhold som trekker pasienten hjemover, som private problemer og for store omsorgsoppgaver. Motsatt kan det være forhold som skyver pasienten bort fra jobb, som trakassering eller konflikter på arbeidsplassen.

Et sentralt spørsmål til pasienten i starten av terapien er: «Tror du at du har mulighet for å vende tilbake til jobben i løpet av noen uker?» Det er en direkte sammenheng mellom pasienters forventninger til muligheten for retur og faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser («return to work self-efficacy», Black et al., 2017; Lagerveld et al., 2017; Løvik et al., 2014; Nigatu et al., 2017). Spør også om hva pasienten opplever som hindre for å komme tilbake til jobb. Hva frykter pasienten kan skje hvis han/hun begynner å jobbe igjen, enten gradert eller fullt, i nær fremtid? Jo lengre tid man har vært utenfor arbeidslivet, jo flere barrierer kan ha oppstått under sykefraværet.

Tabell 1 gir overskrifter på de jobbredde intervensjonene. Du kan lese en sammenfatning av hva jobbintervensjonene innebærer, i Veilederen (Berge et al., 2019), som er tilgjengelig her: <https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/psykisk-helse-og-arbeid/Documents/Veileder%20jobbfokusertterapi%20mai%202019.pdf>

Et nært samarbeid med sykmeldende lege er selvsagt avgjørende. Det sikrer at rådene til pasienten går i samme retning. Ved Diakonhjemmet Sykehus har vi laget en veileder for sykmeldende leger, blant annet om samarbeid med psykologer og annet helsepersonell i tilbakeføringsprosessen (Aschim et al., 2022), som også er tilgjengelig på nett.

BARRIERER OG VEIER Å GÅ

Noen pasienter vil umiddelbart være enige i at full og langvarig sykmelding er uheldig. I så fall



Viktig å få kartlagt nærmere hvorfor personen er skeptisk og kanskje umotivert

kan dere begynne å planlegge en dialog med arbeidsgiver om gradvis opptrapping på jobb. I mange tilfeller går tilbakevendingen da uten nevneverdige problemer. Andre pasienter gir kategorisk beskjed om at det ikke er mulig for dem å returnere til jobb. Et viktig tema i terapi for enkelte er sorgen rundt tapet av yrkesidentitet: «Hvem er jeg nå?» Andre igjen er ambivalente og usikre på muligheten for gradvis tilbakevending til arbeid. Da kan dere trenge god tid til å gjennomgå argumenter for og imot, og drøfte barrierer for retur til arbeid. I det følgende kan du lese om slike hindre og hvordan dere kan finne måter å passere dem på.

Når det er barrierer hos terapeuten

Noen ganger blir ikke jobb et spesifikt tema i terapi, selv når det ville vært naturlig og nyttig. En grunn til det kan være hemmende holdninger hos noen terapeuter. De kan tenke at arbeid ikke er et emne de vil prioritere, at arbeid ikke er «deres bord», eller at pasienten bare kan ha nytte av en lengre sykmelding mens terapien pågår. Ettersom du har valgt å lese denne artikkelen, regner vi med at slike holdninger ikke gjelder deg! Men en barriere som du kanskje kjenner deg igjen i, er en presset arbeidssituasjon med begrensede tidsrammer. De jobbfokuserte intervensjonene kommer i tillegg til alt annet du skal gjøre i samarbeidet med pasienten, og du kan føle at tiden ikke strekker til. Det kan også hende at du mangler kunnskap og trening på området, som er lite vektlagt i helseprofesjoners utdanning, og opplever usikkerhet rundt hvordan du skal gå frem. Samtaler om sykmelding kan være krevende og vanskelige, der noen pasienter har lett for å føle seg misforstått og mistrodd.

Vår erfaring er at man som terapeut med litt øvelse makter å presentere de jobbfokuserte intervensjonene som en integrert del av behandlingen, og ikke som et tillegg til denne. Man blir god til å inkludere spørsmål om arbeid i den generelle kartleggingen på en smidig måte. Man får erfaring i å flette sammen jobb-

edukasjon og psykoedukasjon, for eksempel informasjon om hvordan depressive symptomer påvirker jobbfunksjonen, og bivirkninger ved langvarig sykmelding som behandlingstiltak. Dessuten får man trening i å fordele jobbintervensjoner systematisk og bitvis gjennom behandlingsforløpet.

Heldigvis opplever mange behandlere at de er på hjemmebane i samtaler om jobbrelaterte temaer. Sentralt står utforsking av tanker og følelser i nære relasjoner, nå til ledere og kolleger, og samarbeid rundt eksponering og problemløsning, nå i krevende situasjoner på jobb. Dersom du for eksempel er psykolog, har du kunnskap fra faget ditt med høy relevans for jobbmestring. Eksempler er psykologisk forskning om stressbelastning og den klassiske kravkontroll-støtte-modellen (Karasek & Teorell, 1990) og betydningen av mestringstro i møte med jobbens krav (Bandura, 1986).

En annen barriere er at terapeuten frykter at å legge vekt på retur til arbeid kan svekke behandlingsalliansen, og derfor unnviker å ta opp temaet. Et bedre alternativ er å utforske og validere pasientens opplevelse av problemer forbundet med jobb. Legg vekt på å få tak i pasientens bekymringer knyttet til spørsmålet om retur til arbeid. Still åpne spørsmål, la pasienten snakke ferdig, og signaliser interesse for å høre mer, for eksempel ved å si: «Dette høres viktig ut, og vi kan komme tilbake til det om et øyeblikk, men før vi gjør det, er det noe annet som bekymrer deg rundt spørsmålet om retur til arbeid?» Pasienten må kjenne at du hører og forstår. Vis empati ved å speile («Jeg kan se at du er ...»), legitimere («Det er ikke rart at ...»), støtte («På dette området kan jeg kanskje hjelpe deg»), vise partnerskap («Hva kan vi gjøre med ...?») og respekt («Det er flott hva du har klart til tross for ...»). Vis forståelse for at pasienten kan være redd for å bli presset tilbake til jobben for tidlig.



Det er en direkte sammenheng mellom pasienters forventninger til muligheten for retur og faktisk retur

Samtale om en tidsplan for retur til arbeid kan føles vanskelig, av frykt for å fremstå som pressende. Men spør pasienten om han eller hun har et tidsperspektiv, og i så fall om bakgrunnen for pasientens tanker her. Det er imidlertid mange som ikke har et klart svar på dette spørsmålet, noe du da nettopp kan bekrefte er vanlig. Du kan følge opp med å si at dere kanskje bare skal gå i gang, at veien blir til mens dere går, og at små skritt i retning av økt mestring kan ha stor betydning.

Når pasienten har sterk angst for jobben

Den som har vært fullt sykmeldt over lengre tid, kan utvikle et nærmest fobisk forhold til jobben, der arbeidsstedet forbindes med angst og utrygghet, nederlag og skam. Noen unngår alle gjøremål og situasjoner forbundet med jobben. De lar være å åpne eller svare på e-post eller SMS fra jobben, og unngår steder der de kan treffe kolleger. Her er det viktig at du som terapeut går varsomt frem, uten å ignorere temaet. Tenk på det å snakke om jobb som eksponeringstrening i seg selv og en mulighet til å få satt ord på og sortert i sterke følelser. Du kan spørre om hvordan pasienten reagerer i spesielt vanskelige situasjoner, for eksempel et konkret møte med en leder: «Når det skjedde, hva gikk gjennom hodet ditt? Hva følte du? Hva gjorde du?» Slik kan du avdekke tanker («Jeg orker ikke flere nederlag»), «Jeg er ikke ønsket»), følelser (frykt, skamfølelse, skyldfølelse, bitterhet), kroppsreaksjoner (uro og rastløshet, kvalm bare ved tanken på jobben), handlinger (unngåelsesatferd) og relasjoner (forventninger om negative reaksjoner fra ledelse, kolleger eller kunder). I Veilederen beskrives «Diamanten» som en nyttig modell for å sortere i kaotiske og overveldende situasjoner. Under utforskingen kan dere i modellen få ideer om tiltak som kan være til hjelp.

Når pasienten ikke har tro på muligheten for retur

Enkelte har så negative opplevelser knyttet til arbeidsplassen at de har liten tro på at de skal klare å komme tilbake på jobb. Noen sier det rett ut: «Jeg vil aldri kunne komme tilbake.» Troen på jobbmestring, som er nært knyttet til begrepet arbeidshåp, kan være mer avgjørende for retur til jobb enn symptomnivå (Løvik et al., 2014). Sammen med pasienten kan du utforske erfaringer, tanker og følelser forbundet med



den lave mestringsstroen. Forsøk gjerne å konkretisere, for eksempel ved å spørre om i hvilken grad pasienten tror at han/hun vil kunne klare å konsentrere seg om arbeidsoppgavene, motivere seg for utførelsen av jobben, håndtere problemer som oppstår på jobben, eller ha energi til å gjøre andre ting utover arbeid. Dessuten kan pasienten mangle tro på at arbeidsgiver vil gjøre nødvendig tilrettelegging. På noen arbeidsplasser er da også oppgavens innhold og organisering slik at gradert sykmelding er vanskelig å få til. Sammen med pasienten må du da bruke tid og være kreativ for likevel å finne løsninger.

Spør om bestemte forhold på arbeidsplassen gjør tilbakevending vanskeligere, for eksempel konflikter. Hvis det er relevant, kan du spørre om ugunstige arbeidsbetingelser, som støy, skiftarbeid som påvirker søvnen, og isolasjon på jobb som gir rom for depressiv grubling. Gjennom kartleggingen får du verdifull informasjon som den videre dialogen kan bygge på.

Når pasienten har positive holdninger til full sykmelding

En barriere er når pasienten har positive antagelser om at full sykmelding i lengre tid er nødvendig, fordi han eller hun må gå i behandling og bli helt frisk først, er for trett, nedstemt eller engstelig til å jobbe, ikke er ønsket på jobben, må lære å sette grenser for seg selv eller har en svært belastende situasjon på hjemmebanen. Her kan det være lurt at du tar et skritt tilbake og stiller flere spørsmål om historien bak sykmeldingen. Pasienten kan ha hatt psykiske plager i lengre tid, men likevel vært i fullt arbeid: «Hva var omstendighetene rundt beslutningen om sykmeldingen?», «Hva skjedde privat og på jobb i perioden før beslutningen ble tatt?» Spør også om hva pasienten er blitt sykmeldt til: «Kan du beskrive hva du gjør hjemme når du er sykmeldt?», «Hvordan ser hverdagen ut nå?»

Noen føler at jobben ikke ønsker dem tilbake, og de kan kjenne sterk bitterhet. Sykmeldingen kan fungere delvis som et signal til ledelsen og som en måte å markere uenighet på – en individuell protest mot et dårlig arbeidsmiljø eller urettferdighet i organisasjonen. Enkelte forteller at noe av bakgrunnen for sykmeldingen er at de prøver å beskytte seg mot permittering, nedbemanning, oppsigelse eller omplassering. De kan si at de kanskje ville

ha avsluttet sykmeldingen dersom de hadde hatt en annen jobb å gå til.

Sammen med pasienten kan du utforske fordeler og ulemper ved full sykmelding, gjerne ved å sette stikkord på et ark, en flippover eller en tavle. Still spørsmål som: «På hvilken måte har det hjulpet deg å være sykmeldt?», «Hva har du eventuelt også tapt på å være sykmeldt?»

Du kan undersøke om pasienten mener at det er mulig å være i arbeid selv om han/hun ikke kan yte maksimalt, og hva pasienten tror at ledere og kolleger synes om det. Hva mener pasienten selv om kolleger som er på jobb uten å kunne yte sitt aller beste? Andre spørsmål kan være: «Tror du at du først må bli frisk, eller få ro og hvile, for å komme tilbake?», «Har du tanker om hvordan sykmeldingen din oppleves av andre, på jobben eller i familien, og hva har de sagt til deg?», «Har du fått noen råd av andre rundt sykmeldingen din?»

Fra familie, venner og kolleger kan pasienten ha fått velmente råd om å bruke sykmeldingen for «å ta vare på deg selv» og «bruke den tiden du trenger for å komme deg». Men hva forteller pasientens erfaring med sykmeldingen om hvilken innvirkning den har, for eksempel på energi og selvfølelse?

Vår erfaring er at samarbeidet med sykmeldende lege i hovedsak er godt. Enkelte ganger oppstår det problemer fordi man har ulike oppfatninger, og pasienten får motstridende informasjon og råd. Legen kan for eksempel formidle at «dette kommer til å ta tid», mens terapeuten ser behov for tidlig å planlegge gradert sykmelding. Da er det ekstra viktig å få en god dialog med legen og sikre felles forståelse. Generelt er det nyttig å ha etablert kanaler for kommunikasjon med fastlege, for eksempel ved å bruke dialogmeldinger i journalsystemet, og å ha rutiner for utveksling av informasjon underveis i behandlingsforløpet.

Når pasientens symptomer øker ved jobbstart

Ved retur til jobb kan noen få et økt symptomtrykk. Det kan vekke bekymring både hos pasient og terapeut. Du kan formidle til pasienten at en slik økning skjer for mange, og at det vanligvis gir seg etter en stund, samtidig som dere søker å kartlegge nærmere bakgrunnen for forverringen. Både i det private næringsliv, helsevesenet og offentlig forvaltning skjer det endringer hele tiden, ofte med stor hastig-

het, og den som har vært sykmeldt lenge, kan komme tilbake til en helt ny arbeidsorganisasjon. Man har kanskje fått en ny enhetsleder å forholde seg til, ja selv kontorene er blitt flyttet, og arbeidsplassen virker plutselig fremmed. I en slik situasjon kan det være ekstra urovekkende at man ikke føler at man fungerer like godt som før, ved at selvtilliten er skjør, og at man tidvis har vansker med konsentrasjon og fortore blir sliten. Her er gradert sykmelding fordelaktig, ved at pasienten får tid til restitusjon og samtidig har mulighet til å øve på å sette grenser som ivaretar egne behov sammen med terapeuten. Det viktige er at gradert sykmelding gjør det mulig for pasienten å komme tilbake til jobb og få disse opplevelsene og symptomene mens terapien foregår, og ikke etterpå.

Når pasienten ikke vil tilbake til den bestemte jobben

Det er vanskelig både for pasient og behandler å vite i starten om en kommer tilbake til jobben en har, eller om en velger å søke ny jobb. Vår erfaring er at mange som var negative i starten, i løpet av behandlingen velger å gå tilbake til jobben likevel. De har fått nye mestringsstrategier eller har klart å ta noen grep i jobbsituasjonen. Foreslå derfor at dere kan holde alle muligheter åpne i starten, og at beslutningsgrunnlaget ofte viser seg å bli mer avklart underveis.

En mulighet er å råde pasienten til å bestemme seg for midlertidig å vende tilbake til jobben, for etter en stund å starte prosessen med å finne en ny jobb. Det er lettere å søke på jobber dersom man ikke er sykmeldt. Sammen med pasienten kan dere planlegge hvordan et slikt «besøk» kan skje. Noen får en økt følelse av kontroll når det er snakk om en begrenset tid.

Dersom personen ikke kan vende tilbake til sin nåværende jobb, er et alternativ å bli friskmeldt til arbeidsformidling (§ 8.5 i folketrygdloven). Det kan ytes sykepenges i en tidsbegrenset periode på opptil tolv uker til arbeidstakere som av helsemessige grunner ikke er i stand til å utføre arbeidet vedkommende hadde på sykmeldingstidspunktet, men som ellers er arbeidsfør.

Når jobben gir stressplager

Et negativt og langvarig jobbstress, med for stor arbeidsbelastning og for lite kontroll over arbeidsbetingelsene, forsterker psykiske plager. Belastningen blir særlig stor dersom man har



En annen barriere er at terapeuten frykter at å legge vekt på retur til arbeid kan svekke behandlingsalliansen

liten mulighet til å påvirke beslutninger som blir tatt, og det er dårlig kommunikasjon mellom leder og ansatt. Nyttige spørsmål her er: «I hvilken grad kan du selv bestemme tempo og rekkefølgen av oppgaver på jobben?», «Har du innflytelse på organiseringen av dine aktiviteter?», «Kan du utsette planlagte oppgaver dersom det skjer noe uforutsett?»

Depresjon svekker kapasiteten til å utføre arbeidsoppgaver i betydelig grad og gjør en enda mer sårbar for stress. Det blir en ond sirkel. Relasjoner til andre kan bli vanskelige fordi den deprimerte ofte blir tilbaketrasket, pessimistisk og irritabel. Man kan få redusert energi og motivasjon, og få store problemer med å ta beslutninger og fullføre arbeidsoppgaver. Ut fra krav-kontroll-støtte-modellen vil opplevelsen av å ha kontroll over arbeidskravene svekkes betydelig, og man får tilsvarende økt behov for støtte og tilrettelegging. Du kan her informere om at arbeidsplassen har et lovpålagt ansvar for å forebygge negativt stress, dersom det er mulig. Man kan få hjelp til å mestre stressbelastninger ved at jobben blir mer kontrollerbar og forutsigbar, og gjennom faglig, praktisk og sosial støtte. Det er også viktig at arbeidsrolle og arbeidsoppgaver er klart definert, slik at man vet hva som forventes. Sammen kan dere analysere slike sammenhenger og vurdere muligheter for problemløsning og stressreduksjon i arbeidssituasjonen.

Når pasienten utsettes for mobbing og trakassering

Andre belastninger som bidrar til langvarig sykmelding, er kjedelige og monotone arbeidsoppgaver, sterk usikkerhet omkring jobben, for eksempel trussel om å bli overflødig, og opplevelse av konflikter på arbeidsplassen, urettferdighet, mobbing og trakassering, eller opplevelse av krenkelser.



Mobbing er å være utsatt for regelmessig trakassering og plaging med liten mulighet til å forsvare seg. Man kan bli ertet, truet, ydmyket eller utsatt for direkte aggressive handlinger. Man kan bli frosset ut og utstøtt eller gjort til gjenstand for løgn, sladder og baksnakking. Mobbing inkluderer dessuten etnisk og seksuell trakassering. Å være utsatt for mobbing er sterkt ubehagelig og oppleves ofte som nedverdiggende. Både jobbutførelse, helse og selvrespekt kan bli skadelidende.

Ettervirkningene av alvorlig mobbing kan minne om dem man finner hos personer med posttraumatisk stresslidelse. Kroppen er i konstant alarmberedskap, onde minner trenger seg på, og personen plages av mareritt. De traumatiske opplevelsene kan ryste grunnleggende antagelser om at verden er sikker, rettferdig og forutsigbar (Nielsen et al., 2008). Du kan lese om terapi ved fastlåst bitterhet etter slike traumatiske opplevelser på arbeidsplassen, i Berge et al. (2020).

Arbeidsmiljøloven setter et klart forbud mot trakassering og pålegger arbeidsgiver å håndtere og forebygge slike problemer. Den gir dessuten en god beskrivelse av standarder og verktøy som ledere, tillitsvalgte og andre kan bruke når de vurderer hvorvidt det foreligger uheldig psykisk belastning, trakassering, utilbørlig opptreden eller krenkelse av integritet og verdighet. Alle på arbeidsplassen har et lovpålagt ansvar for å reagere på mobbing. På nettstedet www.jobbingutenmobbing.no gir Arbeidstilsynet informasjon om hvilke regler som gjelder, og gode råd om tiltak som man også som terapeut bør ha kjennskap til. Forslag til intervensjoner ved mobbing på arbeidsplassen finnes i Berge og Falkum (2013) og Einarsen (2021).

JOBBen SOM ARENA FOR MESTRING

Det å være i jobb er altså ikke alltid bra for helsen. Stressbelastninger, konflikter, utstøtelse og mobbing kan bidra til utvikling av psykiske

plager. Likevel er det viktig å få frem at jobbtilfredsheten i Norge gjennomgående er høy. I den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen der 35 land deltar, sier over 90 % av de norske deltakerne at de er fornøyde med jobben sin, noe som er over gjennomsnittet i EU (Aagestad et al., 2017). En stor andel av de som har deltatt i denne og tilsvarende undersøkelser, oppgir at de får være med når det skjer endringer i organiseringen på jobben, og at de føler at de er med på å utvikle sin egen arbeidsplass. Ettersom arbeid fyller om lag en tredel av de fleste menneskers liv, er det positivt at så mange sier at de er fornøyde med denne delen av hverdagen sin.

Disse resultatene gir kanskje et litt unyansert inntrykk. En betydelig del av befolkningen under 70 år står utenfor arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Noen av dem som ikke lenger er i arbeid, kan for eksempel ha vært offer for nedbemanning eller belastende arbeidsforhold, eller de kan ha hatt problemer med å finne seg til rette.

En rekke forhold skulle likevel tilsi at norske arbeidstakere har mye å være tilfreds med, for vi har stort sett gode arbeidsforhold. Arbeidstiden er redusert med en tredel siden andre verdenskrig, og realinntekten er høyere enn noen gang tidligere. Vi har færre fysisk belastende jobber, og mange opplever at de har interessante og meningsfulle arbeidsoppgaver. Vi har kortere avstand mellom ledelse og ansatte enn de fleste land det er rimelig å sammenlikne oss med, og i hovedsak et godt samarbeid mellom partene i arbeidslivet, der aktive og slagkraftige fagforeninger har bidratt til rettferdighet og lovmessig beskyttelse. Et viktig premiss for jobbfokusert terapi er nettopp at arbeid er bra for helsen, og at vi har et arbeidsliv i Norge som har mye å tilføre enkeltmennesket og fellesskapet i form av meningsfull aktivitet, anerkjennelse og stimulering (Berge & Falkum, 2013).

Et siste råd er derfor at du som terapeut viser interesse for pasientens jobb og spør om hva som gjennom årene har vært engasjerende og positivt for pasienten i arbeidslivet. «Pasient» er en rolle som defineres ut fra at man har en lidelse eller skade. Rollen som arbeidstaker er derimot forbundet med kompetanse og ferdigheter. Derfor kan du med fordel invitere «arbeidstakeren» inn i samtalen, enten det er elektrikeren, læreren, ingeniøren, sekretæren,



**Et viktig premiss for jobb-
fokusert terapi er nettopp at
arbeid er bra for helsen**

advokaten eller hjelpepleieren: «Hva motiverer deg for å velge dette yrket?», «Hva har for deg vært interessante og givende sider ved arbeidet?»

Den siste perioden i jobben, før sykmeldingen, har vært ekstra tung, og er det som ligger lengst fremme i minnet. Spør derfor også litt bakover i tid. Pasienten får anledning til å fortelle deg litt om hva han eller hun har vært

god til og trivdes med i jobbsammenheng. Det kan motvirke at de siste negative opplevelsene preger totalbildet av yrkeslivet. Dere kan også løfte blikket: «Hvis du ser fremover på din plass i arbeidslivet om to til fem års tid, hvor kunne du tenke deg å være?» Slik kan du vekke til live minner om mestring og trivsel som motvirker depresjon og angst, og etablere fremtidsbilder som stimulerer håp. ✕

REFERANSER

- The ESEMed/MHEDEA 2000 investigators*, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demuyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Esemed) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *IA-rapporten 2017. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Aschim, B., Berge, T., Skeid, E. R., Bjørndal, M., Bull-Hansen, B. & Lundevall, S. (2022). Inspirasjonshäfte. Sykmelding ved vanlige psykiske plager – råd og verktøy for allmennleger. <https://diakonhjemmetsykehus.no/poliklinikk-psykisk-helse-og-arbeid>
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359–373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Bejerholm, U., Larsson, M. E. & Johanson, S. (2017). Supported employment adapted for people with affective disorders – a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 207, 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.028>
- Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Psykisk helse og arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Fjerstad, E. & Bull-Hansen, B. (2020). Bitterhetens byrde. Bitterhet som tema i psykoterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bitterhetens-byrde-bitterhet-som-tema-i-psykoterapi/>
- Berge, T., Gjengedal, R. G. H. & Hannisdal, M. (2022). Jobbfokusert kognitiv atferdsterapi. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. reviderte utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Heier, E. B., Wright, D., Hannisdal, M. & Gjengedal, R. G. H. (2019). *Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder*. Diakonhjemmet Sykehus. <https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/psykisk-helse-og-arbeid/Documents/Veileder%20jobbfokusertterapi%20mai%202019.pdf>
- Berge, T. & Martinussen, A.-G. (2016). *Psykiske plager på arbeidsplassen. En veileder for arbeidsgivere, tillitsvalgte og ledere*. www.idebanken.org/tema-hefter
- Berge, T. & Wright, D. (2016). Kombinert psykoedukasjon og jobbedukasjon: Forberedende kurs for pasienter til kognitiv terapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/kombinert-psykoedukasjon-og-jobbedukasjon-forberedende-kurs-for-pasienter-til-kognitiv-terapi>
- Black, O., Keegel, T., Sim, M. R., Collie, A. & Smith, P. (2017). The effect of self-efficacy on return-to-work outcomes for workers with psychological or upper-body musculoskeletal injuries: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 16–27. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9697-y>

- Chevance, A., Ravaud, P., Tomlinson, A., Le Berre, C., Teufer, B., Toubol, S., Fried, E. I., Gartlehner, G., Cipriani, A. & Thran, V. T. (2020). Identifying outcomes for depression that matters to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 692–702. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30191-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30191-7)
- Einarsen, S. V. (2021). Arbeidspsykologisk arbeid med mobbing i arbeidslivet. I B. Lau & M. G. Øie (red.), *Klinisk arbeidspsykologi* (s. 63–76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjengedal, R. G. H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Sandin, K., Berge, T. & Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*, 66(3), 657–667. <https://doi.org/10.3233/WOR-203208>
- Karasek, R. A. & Teorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and reconstruction of working life*. Basic Books.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. B., Brenninkmeijer, V., Winjgaards-de Mej, L. & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental health disorders and return to work: A comparative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220–234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- Lagerveld, S. E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R. W., Twisk, J. & Schaufeli, W. B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 381–383. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104039>
- Lau, B. (2021). Ledelse ved sykefraværsoppfølging. I B. Lau & M. G. Øie (red.), *Klinisk arbeidspsykologi* (s. 173–189). Oslo: Universitetsforlaget.
- Løvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E. & Reme, S. E. (2014). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 160–170. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9439-8>
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd*. (Rapport 2009:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nielsen, M. B., Bultmann, U., Madsen, I. E., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F. & Rugulies, R. (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability & Rehabilitation*, 34(15), 1311–1316. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.641664>
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2008). Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(2), 128–136. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.2.128>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S. & Wang, J. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(10), 1205–1215. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1402-0>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bultmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10(13). 10CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- OECD. (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. *Mental Health and Work*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J. G., Aaroe, L. E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6(1), 219. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-219>
- Reme, S. E., Grasdahl, A., Løvrvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745–752. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>
- Sheehan, D. V., Nakagome, K., Asami, Y., Pappadopoulos, E. A. & Boucher, M. (2017). Restoring function in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 215, 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.029>
- van der Noort, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), 730–736. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Wright, D., Hannisdal, M. & Heier, E. B. (2021). Jobbfokuset terapi. I B. Lau & M. G. Øie (red.), *Klinisk arbeidspsykologi* (s. 141–156). Universitetsforlaget.
- Aagestad, C., Bjerkan, A. M. & Gravseth, H. M. (2017). *Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning* (STAMI-rapport, 18(3)). Oslo: STAMI.

Vårt felles ansvar å hindre utenforskap

Ny kunnskap understreker betydningen av å se helse- og jobbmestring i sammenheng. Gode resultater forutsetter samarbeid mellom NAV, helsetjenester og arbeidsgivere.

DEBATTEN OM PSYKISK HELSE har den siste tiden vært preget av hvordan pandemien har bidratt til psykiske vansker blant unge. Stortinget ble også i stor grad preget av en debatt om hvordan unge skal få tilstrekkelig psykisk helsehjelp, og hva som kan bidra til at færre faller ut av utdanning og arbeid. Som psykolog og leder i NAV har jeg over tid erfart at andelen unge som dropper ut av skole og arbeid, øker til tross for satsinger som Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, Ungdomsgarantien, inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) og inkluderingsdugnaden. Andelen unge uføre er fordoblet i løpet av en 7–10-årsperiode, og om lag 10 % av unge under 30 år er uten arbeid, skole eller tiltak. Vi vet at utenforskap fra arbeid og utdanning har negative konsekvenser, spesielt for den psykiske helsen. Det å ikke kunne delta i skole eller arbeid bidrar til lavere aktivitetsnivå, mindre sosial kontakt, vansker med å strukturere hverdagen og en opplevelse av ikke å bidra med noe meningsfylt. For å forebygge utenforskap og frafall i skole og arbeid er vi avhengig av bedre samhandling mellom NAV, helse, skole og arbeidsliv. Hvordan kan psykologer bidra inn i denne samhandlingen, og hvordan kan vi i samarbeid med andre aktører forhindre økende utenfor-

skap gjennom å fokusere mer på arbeid i psykisk helsehjelp?

VIRKER FELLES STRATEGI FOR ARBEID OG PSYKISK HELSE?

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007–2012 fra 2007 ble til i samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for å styrke den arbeidsrettede innsatsen i *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008)*. Den nasjonale strategiplanen bidro til større fokus på forskning og tiltak som viser hvor viktig det er å integrere helse- og arbeidsrettet bistand. Tiltak som Individuell jobbstøtte (IPS) og

TEKST Jon Fiske

KONTAKT jon.eyvind.fiske@nav.no



For å forebygge utenforskap og frafall i skole og arbeid er vi avhengig av bedre samhandling mellom NAV, helse, skole og arbeidsliv

HelseIArbeid er eksempler på vellykket samarbeid mellom helse og NAV, der bistand gis tidlig, samtidig og integrert med mål om helse- og jobbmestring. Strategiplanen ba også om en utredning av behov for en egen spesialisering i klinisk arbeidspsykologi. Dette ble en realitet etter at Psykologforeningen opprettet spesialiteten i 2008. Spesialiteten har medvirket til at flere psykologer har kunnet bidra med arbeidsfokus og fagutvikling når det gjelder arbeid og psykisk helse både innen NAV, bedriftshelsetjenester og helse. Det har ikke vært en selvfølge at Psykologforeningen skal ha en egen spesialitet innen arbeidspsykologi, men arbeidspsykologens bidrag har vist seg å være viktig over tid. Arbeidspsykologens rolle vektlegger arbeidets betydning for helse, arbeidsfunksjon, tilretteleggingsbehov og hvordan utforskning av personers ressurser og mestringsstrategier kan bidra til å se muligheter i arbeidsliv og skole på tross av helseutfordringer. Dette inkluderingsperspektivet har over tid fått økende politisk og faglig oppmerksomhet, noe som har gjort arbeidspsykologien stadig mer relevant. Psykologer i helse gjør også en viktig jobb for å bidra med mestringsperspektiv for sine pasienter, men har ikke den samme muligheten eller posisjonen til å ha jobbfokus.

I *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)* (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) var målet å utvikle samordnede og integrerte tjenester for å hjelpe personer med psykiske lidelser med å mestre utdanning og arbeid. Planen skulle bidra til å forebygge sykefravær, gi rask psykisk helsehjelp og videreføre forsøk som IPS. Tiltak som skulle styrke arbeidsgiveres kompetanse om arbeid og psykisk helse, ble også vektlagt som et viktig satsingsområde. Planen baserer seg på OECD-prosjektet om arbeid og psykisk

helse som Norge deltar i. Rapporten fra 2013 viser at mange med psykiske lidelser står utenfor arbeidslivet, og peker på at lengre sykefravær er med på å forverre helsetilstanden (OECD, 2013). For å motvirke dette anbefaler OECD-rapporten blant annet bedre samarbeid mellom NAV, fastleger og DPS. Det etterlyses videre mer arbeidsretting i virksomhetene til DPS-ene, og større fokus på kunnskap om arbeid og psykisk helse i utdanning av allmennleger. Det ble i videreføringen av oppfølgingsplanen besluttet tre hovedsatsinger fra 2017: HelseIArbeid, rask psykisk helsehjelp (RPH) med integrerte arbeidsrettede tiltak fra jobbspesialister i NAV og Individuell jobbstøtte (IPS).

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse har bidratt til å forsterke fagfeltet. Det har ført til mer forskning på området og økt fokus på arbeid og helse, eksempelvis i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). En felles strategi er også videreført i *Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse* (Helsedirektoratet, 2016). Denne strategien skal nå revideres. Arbeid er også tatt inn som et satsingsområde i Psykologforeningen, og Helsedirektoratet opprettet i 2017 et fagråd for arbeid og helse.

Utprøving og etablering av IPS og HelseIArbeid har vist nytten av et tettere samarbeid mellom helse og NAV/arbeidsliv, og at integrert helse- og jobbmestring har god effekt. Vi har likevel ikke klart å forhindre at flere unge med psykiske vansker blir stående utenfor skole og arbeid, og har dermed ikke besvart følgende problemstilling fra den opprinnelige strategiplanen fra 2007:

Med utgangspunkt i nåværende kunnskap på området vil det for eksempel være interessant å evaluere hvorfor flere unge får psykiske lidelser og hva som kan gjøres for at de ikke skal falle ut av skole og arbeidsliv. Vi vet også lite om hvilke faktorer som bidrar til at personer med psykiske lidelser skal kunne tas inn i en virksomhet, ansettes og beholde jobben. (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, side 39)



Tiltak som Individuell jobbstøtte (IPS) og HelseIArbeid er eksempler på vellykket samarbeid mellom helse og NAV

HVA MÅ GJØRES FOR Å HINDRE VARIG UTENFORSKAP?

Selv om kunnskapen om arbeid og psykisk helse er bedre, og vi vet mer om hva som vir-

ker, er det stadig flere som havner varig utenfor arbeidslivet. Det er derfor nødvendig å se på hvordan NAV, helse, arbeidsgivere og skole sammen kan sikre bedre inkludering.

ARBEIDSFOKUS

Det finnes mange gode eksempler på helsebistand med arbeidsfokus hvor blant annet jobbspesialister fra NAV jobber i behandlingsteam i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Pakkeforløpet for psykisk helse skal gi et helhetlig behandlingstilbud, hvor samarbeid med NAV og behov for skole- og arbeidsrettede tiltak skal vurderes. Men for at dette skal ha effekt, må skole- og jobbmestring defineres tydeligere som et behandlingsmål for tilfriskning, og kommuner bør ha klarere mål om deltagelse i skole og arbeid i rask psykisk helsehjelp. Arbeidsfokus i NAV, og fastleger sitt samarbeid med felles pasient, er avgjørende og må forbedres. Det er også nødvendig at økt arbeidsevne blir gjort gyldig som et mål i helseforskningen. Alle psykologer, ikke bare arbeidspsykologer, bør i større grad vektlegge mestring av skole og arbeid som en sentral del av helsemestringen og som behandlingsmål. Vi er særlig avhengig av at psykologene som jobber innen kommune- og spesialisthelsetjenesten har et skole- og jobbmestringsperspektiv for å unngå at stadig flere havner i utenforskap, og på grunn av det kan utvikle dårligere psykisk helse.

SAMHANDLING

Det må etableres klarere felles mål som helse og NAV kan jobbe sammen mot. Det krever mer forpliktende avtaler om samarbeid på overordnet nivå, og en plan for arbeidsrettet oppfølging for den enkelte innbygger som NAV, fastlege,



... lengre sykefravær er med på å forverre helsetilstanden

kommune- og spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å følge. En del av denne samhandlingen må også involvere skole eller arbeidsgiver for å sikre nødvendig tilrettelegging og varig inkludering. Kanskje bør helse og NAV organiseres sammen i et senter for kompetanse- og metodeutvikling.

ARBEIDSHÅP

Forskning viser at arbeidshåp har stor betydning for jobbmestring, og at det er mer avgjørende for jobbdeltagelse enn symptomtrykk. Arbeidshåp og mestringstro skapes ved å erfare at du mestrer arbeidsoppgaver, sosiale forhold og helse. Det vil da også være avgjørende at nettverket rundt deg har tro og håp på dine vegne. Derfor er det viktig at NAV, fastleger, behandlere i helse, skole og arbeidsgiver er samstemte om hva som bidrar til skole-, jobb- og helsemestring. Manglende samhandling og motstridende signaler vil kunne svekke mestringstro og arbeidshåp.

Alt i alt har vi fått en del kunnskap om hva som gir økt jobb- og helsemestring. Det gjenstår likevel mye før vi kan si at vi har tilstrekkelig tilbud for integrert helse- og jobbmestring. Altfor mange med psykiske vansker mangler samordnet innsats og står uten behandling og arbeidsrettede tiltak. Dette kan føre til varig utenforskap fra skole og arbeid, noe som igjen forsterker psykiske vansker. ✘

REFERANSER

Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfplanarbogpsykhelse.pdf>

Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007–2012*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/planer/i-1127-b.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Arbeid og helse, et tettere samvirke* (Vedlegg, IS-2535). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>

OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. OECD Publishing. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/mental_health_and_work_norway_2013.pdf. <https://doi.org/10.1787/9789264178984-en>

Individuell jobbstøtte for pasienter med langvarige smerter

Kan pasienter med sterke kroniske smerter komme tilbake i jobb? Spørsmålet var utgangspunktet for en studie som testet ut en ny metode for jobbstøtte.

TEKST Silje Endresen Reme, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT se.reme@psykologi.uio.no

Effektevaluering av IPS ved langvarige smerter¹

1. Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie
2. Deltakere ble tilfeldig fordelt til enten IPS integrert med tverrfaglig smertebehandling eller kun tverrfaglig smertebehandling
3. Deltakere besvarte spørreskjema etter 6 og 12 måneder (primært og sekundære utfallsmål)
4. Langtidsoppfølging ved 24 md. ble innhentet for arbeidsdeltakelse (primært utfallsmål)

1 The Effectiveness of Individual Placement and Support in Chronic Pain Patients (IPSinPain)

Langvarige smertetilstander er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge, og sammen med psykiske lidelser står de for om lag to tredjedeler av varig utenforskap (Ellingsen, 2021). Kroniske smerter er også sterkt assosiert med psykiske symptomer og lidelser. Blant norske pasienter med kroniske smertetilstander rapporterer majoriteten om kliniske nivåer av angst, depresjon og søvnproblemer (Reme et al., 2022). Til tross for at kroniske smerter «rammer flest og koster mest» (Skogli et al., 2019), finnes det få dokumenterte tiltak for å hjelpe disse menneskene (tilbake) i jobb.

Individuell jobbstøtte (IPS) er en modell for å hjelpe folk i jobb som har vist svært gode resultater for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Bond et al., 2020). I IPS gis det individuell oppfølging av en jobbspesialist, hvor arbeidsdeltakelse innlemmes som en del av behandlingen. Målet er ordinært lønnet arbeid, uten bruk av arbeidsforberedende tiltak eller incentiver som f.eks. arbeidspraksis eller lønnstilskudd. Jobbspesialisten samarbeider tett med helsetjenesten (psykolog, lege e.l.), med utgangspunkt i pasientens jobbpreferanser. Det søkes altså ikke etter en hvilken som helst jobb, men en jobb som matcher pasientens preferanser og behov med arbeidsgivers preferanser og behov. Oppfølgingen er tidsbegrenset. Det betyr at den ikke stopper dersom pasienten kommer i jobb, men fortsetter så lenge det er behov for det. Både internasjonalt og nasjonalt har denne modellen vist seg å være suverent overlegen ordinære tiltak for å hjelpe folk i jobb (Bond et al., 2020), og den har også vist seg å være samfunnsøkonomisk lønnsom (Holmas et al., 2021). IPS

har imidlertid aldri vært prøvd ut for pasienter med kroniske smerter. Det var bakgrunnen for studien *IPS in Pain*.

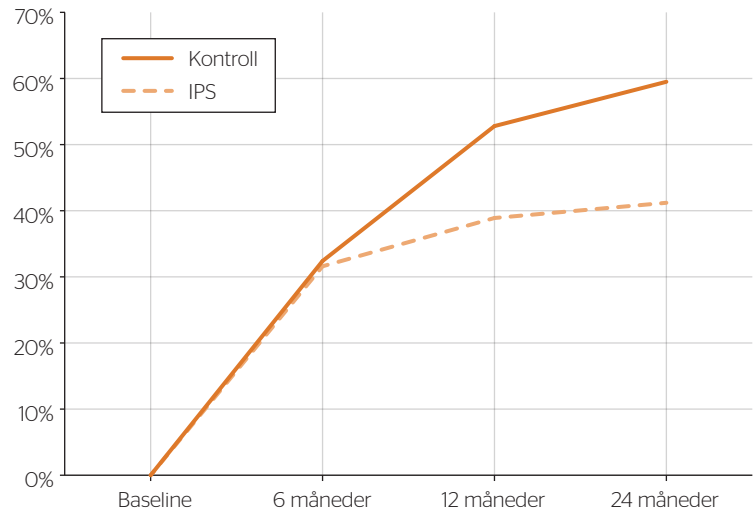
Studien ble gjennomført ved Avdeling for smertebehandling på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Der ble det ansatt to jobbspesialister som jobbet tett med behandlerlaget rundt deltakerne i studien. Behandlerlaget består vanligvis av lege, psykolog og fysioterapeut/sykepleier. Vi ansatte også en NAV-koordinator som sikret god kontakt med lokale NAV-kontor med tanke på stønadsveiledning og de økonomiske aspektene ved å prøve seg i jobb (se protokollartikkel for mer detaljert beskrivelse av studiens design og gjennomføring (Linnemorken et al., 2018)). Før vi startet, gjennomførte vi en pilotstudie som viste god gjennomførbarhet og lovende tilbakemeldinger fra deltakerne (Rodevand et al., 2017).

Gjennom hele prosjektperioden gjennomførte vi halvårlige kvalitetsevalueringer for å sikre at IPS-metodikken ble fulgt. Til tross for enkelte implementeringsvansker var etterlevelsen til modellen og kvaliteten gjennomgående akseptabel. Pasienter ble inkludert fra november 2015 til desember 2017. Inklusjonskriteriene var enkle; langvarige smerter, ingen jobbtilknytning, ønske om jobb, bosatt i Oslo og gode nok norskkunnskaper til å besvare spørreskjema. Det primære endepunktet for studien var ordinært lønnet arbeid. Dette ble definert i tråd med internasjonale IPS-studier som minst én dag i ordinær jobb i løpet av oppfølgingsperioden. Sekundære endepunkt inkluderte mål på psykisk helse, funksjon og livskvalitet. Basert på styrkeberegninger hadde vi et mål om å inkludere 80 deltakere. Dette målet nådde vi ikke i løpet av prosjektperioden. Det endelige antallet inkluderte deltakere ble 58, hvorav 38 deltakere ble randomisert til IPS mens 20 ble randomisert til kontrollgruppen. Det var ingen forskjeller mellom gruppene på sosiodemografiske eller kliniske variabler ved oppstart.

Resultatene viste at deltakerne som fikk IPS, kom i jobb i langt større grad enn deltakerne i kontrollgruppen (se figur 1) (Sveinsdottir et al., 2022). Forskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante, antagelig på grunn av for lav statistisk styrke som følge av få deltakere. I tillegg til høyere andel i jobb på hvert måletidspunkt, jobbet IPS-gruppen flere timer i snitt (IPS: 217 timer, kontrollgruppen: 123 timer), og andelen som jobbet mer enn 20 timer i uken, var høyere

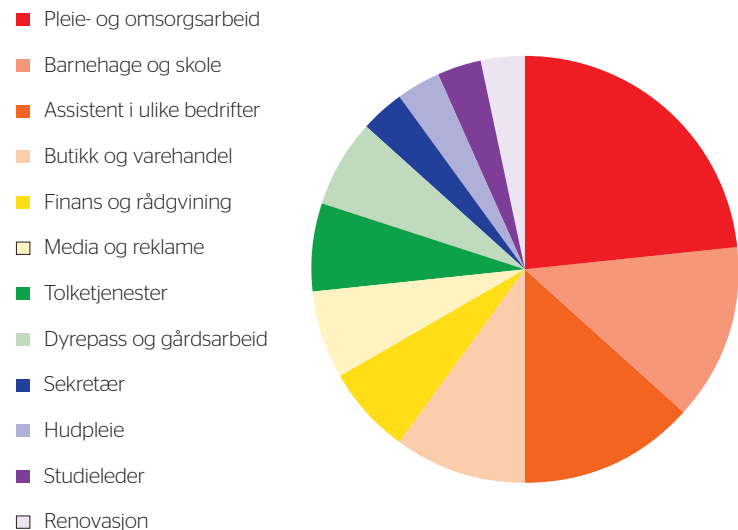
Figur 1

Andelen i jobb ved hvert måletidspunkt i intervensjonsgruppen (IPS) og kontrollgruppen



Figur 2

Øversikt over ulike bransjer hvor IPS-deltakerne fikk jobb



i IPS-gruppen (18 %) enn i kontrollgruppen (12 %). Disse forskjellene var imidlertid heller ikke statistisk signifikante. I tråd med IPS-metodikken fikk IPS-deltakerne jobb i ulike bransjer (se figur 2). Resultatene viste videre ingen signifikante forskjeller i sekundære utfallsmål. Det var altså ingen effekter av IPS – verken positive eller negative – knyttet til psykisk helse, funksjon eller livskvalitet.

Denne studien er den første i sitt slag – både nasjonalt og internasjonalt – som undersøker effekten av IPS for pasienter med kroniske smerter. Til tross for manglende statistisk sikre effekter oppnådde mer enn halvparten av deltakerne i IPS-gruppen å komme i ordinært lønnet arbeid. Dette er helt på høyde med resultatene fra andre IPS-studier med den opprinnelige målgruppen, og kan tyde på at IPS også kan fungere for denne nye målgruppen med kroniske smerter. Andelen i jobb steg videre til nærmere 60 % etter to år, noe som stemmer godt overens med trenden vi har sett over tid i andre norske IPS studier (Holmas et al., 2021; Overland et al., 2018). Prosessmål som IPS-deltakerne svarte på ved seks måneders oppfølging, tyder på at de aller fleste var fornøyd med jobbstøtten (89 % svarte at de var ganske/svært fornøyd). Videre svarte 79 % at de opplevde jobbstøtten som ganske/svært nyttig. Av fak-

torer som var til hinder, svarte flest at smertene (57 %) og samarbeidet med jobbspesialisten (29 %) var til hinder, mens av faktorer som var til hjelp, ble tilgjengeligheten til jobbspesialisten trukket frem (96 %), samt muligheten til å velge åpenhet rundt sykdommen (89 %), og de konkrete handlingsstegene underveis i søkeprosessen (82 %).

Oppsummert viser denne studien at IPS er mulig å gjennomføre ved en poliklinisk sykehusavdeling for pasienter med langvarige smertetilstander, og at den har potensial for denne nye målgruppen. Med over halvparten i ordinært lønnet arbeid i løpet av oppfølgingsperioden, danner den et solid rasjonale for å undersøke effekten av IPS for pasienter med kronisk smerte i større og mer metodologisk robuste studier. En slik studie er nå under planlegging. ✘

REFERANSER

- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Ellingsen, J. (2017). *Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2016*. Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd-uforetrygd-statistikknotater>
- Holmas, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness - An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, 270, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>
- Linnemorken, L. T. B., Sveinsdottir, V., Knutzen, T., Rodevand, L., Hernaes, K. H. & Reme, S. E. (2018). Protocol for the Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial investigating the effectiveness of IPS for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1962-5>
- Reme, S. E., Ljosaa, T. M., Stubhaug, A., Granan, L. P., Falk, R. S. & Jacobsen, H. B. (2022). Perceived Injustice in Patients With Chronic Pain: Prevalence, Relevance, and Associations With Long-Term Recovery and Deterioration. *The Journal of Pain*, 23(7), 1196–1207. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.01.007>
- Rodevand, L., Ljosaa, T. M., Granan, L. P., Knutzen, T., Jacobsen, H. B. & Reme, S. E. (2017). A pilot study of the individual placement and support model for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 550. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1908-3>
- Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest – koster mest*. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
- Sveinsdottir, V., Jacobsen, H. B., Ljosaa, T. M., Linnemorken, L. T. B., Knutzen, T., Ghiasvand, R. & Reme, S. E. (2022). The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial of IPS for patients with chronic pain conditions. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac032>
- Øverland, S., Grasdahl, A. L. & Reme, S. E. (2018). Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(10), 703–708. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105137>

Sosialfag viktig for å lykkes med IPS

Jobbspesialistenes sosialfaglige ferdigheter står sentralt i arbeidet for å lykkes med individuell jobbstøtte

Hvordan iverksette metodikken Individuell jobbstøtte (IPS) i NAV? Spørsmålet står sentralt i forskningen til samfunnsviter Vidar Bakkeli. 23. september 2022 disputerte han for ph.d.-graden i sosialt arbeid og sosialpolitikk ved OsloMet med avhandlingen *Implementering av evidensbasert aktiviseringsarbeid, en studie av individuell jobbstøtte i Arbeids- og velferdsforvaltningen*.

Basert på intervjuer og feltarbeid ved to NAV-kontor, har Bakkeli undersøkt hvordan den evidensbaserte intervensjonen IPS ble brukt i NAV for å hjelpe personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser ut i ordinært lønnet arbeid.

Bakkeli har blant annet analysert arbeidsmåtene til de såkalte jobbspesialistene. Jobbspesialistene har i oppgave å finne arbeid til deltakere og følge dem opp på arbeidsplassen, og fungerer som støttepersoner for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Hver jobbspesialist er organisert under en teamleder.

Bakkeli fant at jobbspesialistenes oppgaver i stor grad liknet på tradisjonelt sosialt arbeid, der ikke minst relasjonsbygging står sentralt.

- Jobbspesialistenes oppgaver likner sosialt arbeid, men med en orientering mot arbeidsplassen som arena. Det handler ikke minst om å legge til rette for å bygge relasjoner mellom arbeidstaker og bedriften vedkommende jobber i, sier Bakkeli til Psykologtidsskriftet.

Bakkeli fant at arbeidsdeltakernes erfaringer med jobbspesialistene er positive, og at de opplever å få konkret støtte i møte med utfordringer på arbeidsplassen. Ikke minst blir jobbspesialisten oppfattet som en viktig person for at arbeidsdeltakeren skal integreres i arbeidsmiljøet.

Bakkeli sier det er viktig at jobbspesialistene kan jobbe fleksibelt og kreativt for å kunne tilpasse seg både arbeidsdeltakeren og arbeidsplassens behov, og at både arbeidslivskompetanse og mer tradisjonelle sosialfaglige ferdigheter er sentralt for å lykkes.

Det finnes i dag rundt 380 NAV-ansatte jobbspesialister som jobber med IPS, en metode som Arbeids- og velferdsetaten har benyttet siden 2012. Cirka 2 500 arbeidstakere mottok IPS i regi av NAV i august 2022, ifølge tall fra NAV.



FOTO OSLOMET

Psykologiske disposisjoner innvirker på sykefravær

Arbeidstakere som er utadvendte og skårer høyt på nevrotisme, har økt risiko for langtidssykemelding.

Det fremgår av Gøril Kvamme Løsets avhandling *Sickness absence and the role of personality, human values and attitudes: Experimental and longitudinal studies*. 9. september 2022 disputerte hun for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo

Kvamme fant at arbeidstakere med verdier som vektlegger prestasjon, uavhengighet og spenning oftere var oftere korttidssykemeldte eller hadde mer tolerante holdninger til sykefravær.

Den nybakte doktorranden viser at de som vektlegger konservative verdier, hadde strengere holdninger til sykefravær. Holdninger til sykefravær skilte seg ikke nevneverdig for menn sammenlignet med kvinner.

Kvammes studie baserer seg på intervju-, spørreskjema-, og registerdata fra tre store utvalg av norske arbeidstakere, og gir ny kunnskap og innsikt i personlighet, menneskelige verdier og holdninger som forklaringsfaktorer for variasjoner i sykefraværet.

Funnene i studien viser at noen typer personlighetstrekk og menneskelige verdier ser ut til å spille en mindre rolle i variasjoner i sykefraværet på individnivå. Personlighet hadde sammenheng med lengre legemeldt sykefravær, mens menneskelige verdier hadde sammenheng med holdninger til sykefravær og selvrapportert sykefravær, selv når vi tok hensyn til personens helsesituasjon. I motsetning til personlighet hadde menneskelige verdier dermed primært en betydning for sykefravær i situasjoner der det kan være større rom for å tolke om sykefravær er nødvendig. Funnene viste også at menn og kvinner har relativt like holdninger til legemeldt sykefravær, og at de møter relativt like forventninger i samfunnet med hensyn til bruk av legemeldt sykefravær.

Sistnevnte funn støtter dermed ikke antagelsen om at holdninger er en viktig forklaringsfaktor for kjønnsforskjellen i sykefraværet.

Kilde: Universitetet i Oslo



FOTO UNIVERSITETET I OSLO

ORIGINALARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 10 S. 900–906 DOI: <https://doi.org/10.52734/2L8m6g9F>

Metakognitiv kunnskap om hukommelse og arbeidsevne: En replikasjon og stringent test

Henrik Nordahl, Tarjei Vollset & Odin Hjemdal

Sammendrag

Institutt for psykologi,
Norges teknisk-
naturvitenskapelige
universitet, NTNU

KONTAKT

henrik.nordahl@
ntnu.no

MERKNAD

Forfatterne
oppgir ingen
interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Egenvurdert arbeidsevne er en prospektiv prediktor for sykefravær og defineres som den subjektivt vurderte balansen mellom menneskelige ressurser og arbeidskrav. Ettersom egenvurdert arbeidsevne ikke er ensbetydende med helsestatus, er det viktig å identifisere faktorer som bidrar til egenvurdert arbeidsevne, og som kan påvirkes, da det har potensial for å redusere sykemelding og relaterte vansker. Den metakognitive modellen foreslår at metakognisjon kan ha sammenheng med arbeidsevne og arbeidsstatus, og en tidligere studie rapporterte en korrelasjon mellom tiltro til hukommelse (metakognisjon) og egenvurdert arbeidsevne. Vi søkte å replikere dette funnet samt teste hvor robust det er. I en tverrsnittstudie med bekvemmelighetsutvalg besvarte 502 deltakere selvrapporteringskjema. Som forventet fant vi at tiltro til hukommelsen korrelerte signifikant med egenvurdert arbeidsevne, og denne assosiasjonen holdt selv når vi kontrollerte for kjønn, alder, funksjonsnedsettende fysisk sykdom, angst- og depresjonssymptomer, negative automatiske tanker relatert til angst, frykt for kroppreaksjoner og intoleranse for usikkerhet. Tiltro til hukommelse kan potensielt være et fokusområde for behandling med ønske om å bedre arbeidsevne.

Nøkkelord: arbeidsevne, metakognisjon, S-REF-modellen, kognitiv tiltro, metakognitiv terapi

Egenvurdert arbeidsevne defineres som den subjektivt vurderte balansen mellom menneskelige ressurser og arbeidskrav, og tar slik høyde for at redusert helse ikke er ensbetydende med fravær fra arbeid (Ilmarinen et al., 1991). Redusert arbeidsevne heller enn somatisk og/eller psykisk sykdom er derfor per definisjon den underliggende årsaken til fravær fra arbeid og til uførhet. I tråd med denne ideen korrelerer egenvurdert arbeidsevne med hyppig korttidsfravær fra arbeid (Notenbomer et al., 2015) samt langtidsfravær og uførhet (Bethge et al., 2017; Lundin et al., 2017). Videre er egenvurdert arbeidsevne en prospektiv prediktor for tilbakeføring til arbeid blant individer med psykiske lidelser og en rekke somatiske lidelser (Ekberg et al., 2015; Gagnano et al., 2018; Wolvers et al., 2018).

Det å identifisere faktorer som bidrar til redusert arbeidsevne, kan være viktig med tanke på forebygging av sykefravær og tilbakeføring til arbeid. Psykososiale faktorer som for eksempel redusert jobbkontroll (Boström et al., 2012) og uklare rolleforventning (Emberland & Knardahl, 2015) påvirker arbeidsevne negativt. Videre finnes det evidens som indikerer at individuelle faktorer som angst/depresjon (Leijon et al., 2017) er viktige for arbeidsevne ut over psykososiale faktorer, og disse kan være spesielt interessante, da de har potensial for å kunne påvirkes direkte i terapirommet.

Ifølge den metakognitive modellen for psykologiske lidelser (Wells & Matthews, 1994) er metakognitiv kunnskap, det vil si antakelser om tanker, tenkning og kognitiv funksjon, sentralt for psykologiske lidelser og psykologisk sårbarhet mer generelt. Modellen angir at metakognitive antakelser (for eksempel «jeg har dårlig hukommelse») gir opphav til uhensiktsmessig selvregulering i form av en karakteristisk kognitiv stil kalt *det kognitive oppmerksomhetssyndromet* (KOS). Den består av repeterende negativ tenkning, strategisk oppmerksomhetsbruk rettet mot trusler og uhensiktsmessig mestringsatferd. KOS og dets korresponderende metakognitive kunnskap kommer til uttrykk som ineffektiv mental regulering, som i jobb-sammenheng fører til redusert mestringsstro og evne til å håndtere arbeidskrav. Helt enkelt forklart kan hva man tror om sin tenkning og sine kognitive funksjoner (metakognisjon), disponere for strategier (for eksempel bekymring, selvfokusert oppmerksomhet, sikkerhetsstrategier) som påvirker arbeidsevnen. Slik kan metakognisjon knyttes til arbeidsevne, og denne sammenhengen kan være uavhengig av emosjonelle vansker, da metakognisjon påvirker selvregulering mer generelt.

Noen studier har vist en sammenheng mellom metakognisjon og arbeidsrelaterte variabler. Metakognitive antakelser er en bedre statistisk prediktor for arbeidsstatus enn kognitive antakelser blant de

med sosial angst (Nordahl & Wells, 2020). De predikerer arbeidsstatus selv når man kontrollerer for tilstedeværelsen av en psykisk lidelse og nevrotisme (Nordahl & Wells, 2018), og er en prospektiv prediktor for tilbakeføring til arbeid blant individer med vanlige psykiske lidelser, kroniske smerter og utmattelsesproblematikk (Jacobsen et al., 2020). Metakognitiv terapi (MKT; Wells, 2009) for depresjon har vist en positiv effekt på tilbakeføring til arbeid (Solem et al., 2019). I en annen studie ble det rapportert om en sammenheng mellom metakognitive antakelser og egenvurdert arbeidsevne, og spesifikt at subjektive vurderinger av hukommelsen (metakognitive antakelser om hukommelsen) korrelerte med egenvurdert arbeidsevne blant individer med en psykisk lidelse, selv når man kontrollerte for antall somatiske lidelser og symptomer på angst og depresjon (Nordahl & Wells, 2019).

Forankret i ideen om at metakognisjon kan være relatert til arbeidsevne, var målet med den aktuelle studien å replikere funnet om en sammenheng mellom metakognisjon om hukommelse og egenvurdert arbeidsevne (Nordahl & Wells, 2019). Tiltro til hukommelsen (metakognisjon) kan påvirke strategier man bruker i møte med arbeidskrav og arbeidsrelatert stress, og uhensiktsmessige strategier kan ha en negativ effekt på arbeidsevnen. Hvis sammenhengen mellom metakognisjon og arbeidsevne er robust, kan det indikere at metakognisjon bidrar til å opprettholde redusert arbeidsevne, og derav at metakognitiv endring kan være relatert til endring i arbeidsevne og arbeidsstatus. For å teste denne sammenhengen på en stringent måte kontrollerte vi for en rekke faktorer som er antatt relevante for arbeidsevne. Høyere alder og kvinnelig kjønn (Kooij et al., 2008), somatisk sykdom/lidelse (Lundin et al., 2017), symptomer på angst og depresjon (Leijon et al., 2017) er alle relatert til redusert arbeidsevne, og videre kontrollerte vi for ulike typer av negative automatiske tanker og frykt for kroppsreaksjoner som er sentrale i kognitive modeller for angstlidelser. I det metakognitive perspektivet skiller man mellom to nivåer av kognisjon, hvorav negative automatiske tanker tilhører ett av dem, mens metakognisjon separeres fra kognisjon og tilhører det andre nivået. Man antar at metakognisjon er mer sentralt for psykologiske problemer og relaterte vansker enn kognisjon (Wells & Matthews, 1994).

Våre hypoteser er som følger: 1) Egenvurdert arbeidsevne vil være signifikant korrelert med metakognisjon om hukommelse, hvor lavere tiltro til hukommelsen vil være knyttet til dårligere egenvurdert arbeidsevne; 2) redusert egenvurdert arbeidsevne vil videre være korrelert med kvinnelig kjønn, høyere alder, tilstedeværelsen av funksjonsnedsettende somatisk sykdom, og

positivt korrelert med symptomer på angst og depresjon, bekymringstendens, negative automatiske tanker relatert til panikk lidelse/agorafobi og sosial angst, frykt for kroppsreaksjoner og intoleranse for usikkerhet; 3) metakognisjon om hukommelse vil være en signifikant prediktor for egenvurdert arbeidsevne, selv når de andre prediktorene er kontrollert for, i tråd med ideen om at dette er en robust sammenheng.

Metode

Prosedyre

Deltakerne ble rekruttert tilfeldig via sosiale medier til en digital spørreundersøkelse om bekymring og psykisk helse. Det var ingen spesifikke inklusjon- eller eksklusjonskriterier for å kunne delta foruten at deltakerne måtte være minst 18 år gamle, og at de signerte informert samtykke. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data, og var registrert hos NSD (ref.nr: 570943).

Totalt var det 756 personer som gjennomførte spørreundersøkelsen. For den aktuelle studien valgte vi ut de som hadde besvart alle relevante spørreskjema, og som oppgav at de hverken var studenter eller pensjonister. Det endelige utvalget besto da av 502 personer. I utvalget var gjennomsnittsalderen 39.73 år ($SD = 11.79$), og 406 var kvinner (80.9 %). Så mange som 209 (41.6 %) rapporterte at de hadde en funksjonsnedsettende somatisk tilstand eller lidelse. Når det gjelder sivilstatus, rapporterte 293 (58.4 %) at de var i et kjæresteforhold. To hundre og åttien (56.0 %) rapporterte at de var i arbeid, 19 (3.8 %) at de var sykemeldte, og 202 (40.2 %) om at de mottok arbeidsavklaringspenger eller var uføre.

Måleinstrumenter

Work Ability Score (WAS) måler nåværende arbeidsevne med ett enkelt ledd (nåværende arbeidsevne sammenlignet med ens livs beste) på en skala fra 0 (kan for tiden ikke arbeide i det hele tatt) til 10 (arbeidsevne på sitt beste) og er hentet fra Work Ability Index (WAI; Ilmarinen et al., 1991). En høyere skår reflekterer bedre nåværende arbeidsevne. Studier viser at WAS er en reliabel indikator på nåværende arbeidsevne, og at WAS har tilsvarende prediktiv verdi som WAI (Lindberg et al., 2009; Lundin et al., 2017).

Metacognitions questionnaire 30 (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) måler 30 dysfunksjonelle metakognitive antakelser (f.eks. «Jeg har dårlig hukommelse»). Leddene tilhører fem ulike metakognitive domener. I den aktuelle studien brukte vi skalaen kalt kognitiv tiltro, som måler antakelser om hukommelse. Høyere skår på denne skalaen indikerer lavere

tiltro til hukommelsen. Subskalaen kognitiv tiltro viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .92$).

Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) er et 7-ledds selvrapporteringsmål som måler mengden av angstsymptomer (f.eks. «Hatt vansker med å slappe av») gjennom de siste to ukene. Målet viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .92$).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) er et 9-ledds selvrapporteringsmål som måler mengden av depresjonssymptomer (f.eks. «Følt deg trett eller energiløs») gjennom de siste to ukene. Målet viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .93$).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) er et 16-ledds selvrapporteringsmål av bekymringstendens (f.eks. «Jeg bekymrer meg alltid for noe»). Målet viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .94$).

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; Chambless et al., 1984) er et 19-ledds selvrapporteringsmål som måler negative automatiske tanker knyttet til panikkangst/agorafobi (14 ledd, f.eks. «Jeg mister kontrollen») og til sosial angst (5 ledd, f.eks. «Folk kommer til å le av meg»). ACQ viste utmerket indre konsistens i denne studien (henholdsvis $\alpha = .91$ og $.92$).

Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless et al., 1984) er et 16-ledds selvrapporteringsmål av kroppsformennelser ved angst og frykt for disse (f.eks. «hjerterklapp»). Målet viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .94$).

Intolerance of Uncertainty (IOU-12; Carleton et al., 2007) er et 12-ledds selvrapporteringsmål som kartlegger intoleranse for usikkerhet (f.eks. «Når jeg er usikker, fungerer jeg ikke så bra»). Målet viste utmerket indre konsistens i denne studien ($\alpha = .95$).

Statistiske analyser

Bivariate korrelasjonsanalyser ble brukt for å utforske de enkle sammenhengene mellom variablene, mens en hierarkisk lineær regresjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke om kognitiv tiltro forklarte varians i arbeidsevne (steg 1), og om denne effekten holdt seg når vi også la inn aktuelle konkurrerende variabler (steg 2).

Resultater

Korrelasjonsanalyser

Egenvurdert arbeidsevne var signifikant og negativt korrelert med kognitiv tiltro, angst- og depresjonssymptomer, bekymring, negative automatiske tanker, frykt for kroppsreaksjoner og intoleranse for usikkerhet. Korrelasjonen mellom egenvurdert arbeids-

Tabell 1

Gjennomsnitt og standardavvik for alle variabler, samt korrelasjoner mellom dem (N = 502)

	2	3	4	5	6	7	8	9	M (SD)
1. WAS	-.474*	-.531*	-.623*	-.451*	-.443*	-.451*	-.422*	-.422*	5.36 (3.65)
2. MCQcc		.494*	.608*	.459*	.477*	.450*	.446*	.507*	13.23 (5.55)
3. GAD-7			.824*	.739*	.681*	.632*	.631*	.710*	9.69 (5.85)
4. PHQ-9				.690*	.657*	.630*	.600*	.716*	12.07 (7.63)
5. PSWQ					.629*	.599*	.581*	.759*	53.96 (15.42)
6. ACQa						.757*	.814*	.699*	26.68 (10.47)
7. ACQb							.707*	.713*	12.24 (6.25)
8. BSQ								.645*	32.19 (13.94)
9. IOU									32.97 (13.30)

Merknad. M: gjennomsnitt; SD: standardavvik; WAS: Arbeidsevne; MCQcc: kognitiv tiltro; GAD-7: angst; PHQ-9: depresjon; PSWQ: bekymringstendens; ACQa: negative automatiske tanker relatert til panikkangst og agorafobi; ACQb: negative automatiske tanker relatert til sosial angst; BSQ: frykt for kroppsreaksjoner ved angst; IOU: intoleranse for usikkerhet. * $p < .01$

Tabell 2

De to stegene i regresjonsmodellen med arbeidsevne (WAS) som utfallsvariabel (N = 502)

Steg		F change	R ² change	β	t
1	MCQcc	145.552	.227**		
				-.48	-12.064**
2	Kjønn	22.925	.248**	-.02	-.510
	Alder			-.12	-3.579**
	Somatisk sykdom			.22	6.063**
	GAD-7			-.05	-.758
	PHQ-9			-.37	-5.625**
	PSWQ			.05	.895
	ACQa			.05	.678
	ACQb			-.07	-1.323
	BSQ			-.03	-.441
	IOU			-.12	-1.875
	MCQcc			-.11	-2.532*

Merknad. MCQcc: kognitiv tiltro; GAD-7: angst; PHQ-9: depresjon; PSWQ: bekymringstendens; ACQa: negative automatiske tanker relatert til panikkangst og agorafobi; ACQb: negative automatiske tanker relatert til sosial angst; BSQ: fryktede kroppsreaksjoner ved angst; IOU: intoleranse for usikkerhet. * $p < .05$; ** $p < .01$

evne og kognitiv tiltro var moderat. Korrelasjonene er presentert i tabell 1. Sammenhengen mellom de dikotome uavhengige variablene kjønn og tilstedeværelsen av somatisk funksjonsnedsettende sykdom ble også vurdert opp mot egenvurdert arbeidsevne med «point biserial correlation». Kjønn var negativt og signifikant korrelert med egenvurdert arbeidsstatus ($r = -.148, p < .01$), noe som indikerer en sammenheng mellom kvinnelig kjønn og redusert egenvurdert arbeidsevne, mens tilstedeværelsen av funksjonsnedsettende somatisk sykdom var positivt og signifikant korrelert med egenvurdert arbeidsevne ($r = .416, p < .01$), noe som indikerer en sammenheng mellom tilstedeværelsen av somatisk funksjonsnedsettende sykdom og redusert arbeidsevne.

Hierarkisk lineær regresjon

WAS ble brukt som avhengig variabel i regresjonsanalysen. I det første steget forklarte det metakognitive domenet «kognitiv tiltro» 22.7 % av variansen. I steg 2 ble alle de andre prediktorene lagt inn som en blokk og forklarte 24.8 % av tilleggsvariansen. I den siste modellen var kognitiv tiltro fortsatt en unik og signifikant prediktor av egenvurdert arbeidsevne (selv om effekten var beskjeden), og videre fant vi at alder, tilstedeværelsen av funksjonsnedsettende somatisk sykdom og depresjonssymptomer var unike prediktorer for egenvurdert arbeidsevne. De resterende variablene var imidlertid ikke signifikante prediktorer for egenvurdert arbeidsevne når overlappen mellom dem var kontrollert for. Regresjonsmodellen er presentert i tabell 2.

Diskusjon

I denne studien undersøkte vi om metakognitive antakelser om hukommelse er assosiert med egenvurdert arbeidsevne, noe vi fant støtte for, selv når vi kontrollerte for en rekke andre relevante faktorer som kjønn, alder, funksjonsnedsettende somatisk sykdom, angst- og depresjonssymptomer, bekymringstendens, negative automatiske tanker relatert til panikk/agorafobi og sosial angst, frykt for kroppsreaksjoner og intoleranse for usikkerhet.

I tråd med vår første hypotese og tidligere forskning viste enkle korrelasjonsanalyser at egenvurdert arbeidsevne var signifikant og negativt korrelert med alle de uavhengige variablene av moderat styrke, noe som indikerer at høyere verdi av de foreslåtte prediktorene (symptomer, negative tanker, etc.) er assosiert med lavere egenvurdert arbeidsevne. I tråd med vår andre hypotese fant vi at metakognisjon om hukommelse forklarte en betydelig andel av variansen i egenvurdert arbeidsevne. Videre forklarte de andre uavhengige variablene til sammen også en betydelig del av variansen på toppen av det som ble forklart av metakognisjon. Når overlappen mellom alle de uavhengige variablene var kontrollert for, var det imidlertid bare alder, somatisk sykdom og depresjonssymptomer som i tillegg til metakognisjon om hukommelse forklarte unik varians i egenvurdert arbeidsevne. Med andre ord fant vi at høyere alder, tilstedeværelsen av funksjonsnedsettende somatisk sykdom, høyere depresjonssymptomer og lavere tiltro til hukommelsen var statistiske prediktorer for lavere arbeidsevne, mens kjønn, angstsymptomer, bekymring, negative automatiske tanker relatert til panikkangst/agorafobi, frykt for kroppsreaksjoner og intoleranse for usikkerhet ikke forklarte unik varians i egenvurdert arbeidsevne. I den siste ligningen i regresjonsmodellen var det unike bidraget til egenvurdert arbeidsevne fra metakognisjon om hukommelse beskjedent. Samtidig må man i denne sammenhengen se forklaringskraften i lys av de kontrollerte faktorene og at effekten opprettholdes til tross for at man tar høyde for alle disse. Slik virker sammenhengen mellom egenvurdert arbeidsevne og metakognisjon om hukommelse rimelig robust og relevant for videre forskning og klinisk praksis.

Som foreslått av den metakognitive modellen (Wells & Matthews, 1994) indikerer resultatene at metakognisjon (subjektive vurderinger av hukommelse i denne sammenhengen) korrelerer med egenvurdert arbeidsevne. Funnet replikerer en tidligere studie som fant at metakognisjon om hukommelse predikerte egenvurdert arbeidsevne uavhengig av antall diagnostiserte somatiske lidelser og angst- og

depresjonssymptomer blant de med psykiske lidelser (Nordahl & Wells, 2019), og tilfører kunnskap i form av å vise at denne effekten er rimelig robust. Det kan vi si ettersom vi observerte at sammenhengen besto også i dette utvalget, selv når vi kontrollerte for de andre faktorene som til sammen utgjorde en stringent test for korrelasjonen mellom metakognisjon og arbeidsevne.

I tråd med tidligere forskning fant vi at høyere alder (Kooij et al., 2008), tilstedeværelsen av en funksjonsnedsettende somatisk sykdom (Lundin et al., 2017) og depresjonssymptomer (Leijon et al., 2017) var unikt korrelert med lavere egenvurdert arbeidsevne. I motsetning til tidligere forskning fant vi ikke at kjønn var unikt korrelert med egenvurdert arbeidsevne, noe som muligens kan forklares med utvalgets sammensetning, eller at vi her kontrollerte for andre variabler som bedre forklarer den tidligere rapporterte sammenhengen mellom kjønn og arbeidsevne. Hverken angstsymptomer eller bekymring var unikt korrelert med arbeidsevne når effekten av de andre variablene var kontrollert for. Angstsymptomer virker slik å være mindre sentrale for egenvurdert arbeidsevne sammenlignet med for eksempel depresjonssymptomer, noe som også er rapportert tidligere (Nordahl & Wells, 2019). Hva gjelder bekymring kan vi tenke oss at bekymringstendens som enkeltstående faktor ikke er så sentralt i å skape arbeidsrelaterte vansker på gruppenivå. For noen kan bekymring potensielt motivere til handling og mobilisering av krefter (positivt for arbeidsevnen), mens for andre kan bekymringsprosessen i seg selv bli et tema for bekymring (*meta-bekymring*) og angst, og vil da potensielt påvirke arbeidsevnen negativt. For eksempel har en tidligere studie vist at bekymringens betydning for prestasjonen blant dronpiloter varierte med nivåer av metabekymring (Matthews et al., 2019). Dette vil muligens også gjelde arbeidsevne og prestasjon mer generelt, og er derfor et interessant område for videre forskning.

En annen interessant observasjon var at faktorer som vektlegges i kognitiv-atferdsterapeutiske modeller, som negative automatiske tanker, frykt for kroppsreaksjoner og intoleranse for usikkerhet, ikke forklarte unik varians i egenvurdert arbeidsevne. Dette indikerer at å adressere kognitive antakelser i behandling sannsynligvis ikke vil påvirke egenvurdert arbeidsevne direkte, og underbygger Wells' forslag (2009) om at kognitive antakelser er mindre viktige for å forstå psykologisk sårbarhet og dysfunksjon enn det metakognisjon er.

Den kliniske betydningen av denne studien er at det å adressere og modifisere metakognisjon rela-

tert til hukommelse kan ha en effekt på egenvurdert arbeidsevne, som videre kan være en viktig faktor for arbeidsstatus. Basert på denne studien må vi være forsiktige med å spekulere i dette, men funnet vårt samsvarer med tidligere studier som har rapportert en sammenheng mellom arbeidsstatus og uhensiktsmessige metakognitive antakelser (Nordahl & Wells, 2017, 2018), og også at uhensiktsmessige metakognitive antakelser er en prospektiv prediktor for tilbakeføring til arbeid blant individer med kroniske smerter, utmattelse og psykiske lidelser (Jacobsen et al., 2020). Basert på våre funn kan denne effekten opptre uavhengig av helsestatus operasjonalisert som angst- og depresjonssymptomer og tilstedeværelsen av en funksjonsnedsettende somatisk sykdom. Metakognitiv terapi ble spesifikt utviklet for å adressere uhensiktsmessige selvreguleringsstrategier og tilhørende underliggende metakognitiv kunnskap, og er en svært effektiv behandling for hyppig forekommende psykiske lidelser (Normann & Morina, 2018). Foreløpig har få studier evaluert effekten av MKT på arbeidsevne og tilbakeføring til arbeid, men Solem og kollegaer (2019) rapporterte at så mange som åtte av tretten pasienter behandlet for depresjon med MKT som opprinnelig var ute av arbeid, hadde returnert til arbeid ved oppfølging tre år etter behandling, uten at en fokuserte spesielt på arbeid i behandlingen. Slik kan det virke som at metakognitiv endring kan ha en samtidig effekt på symptomplager og redusert arbeidsevne, i samsvar med den metakognitive modellen hvor uhensiktsmessig metakognitiv kunnskap anses som en transdiagnostisk faktor som ligger under et bredt spekter av psykologiske problemer og relaterte vansker. Muligens er det ikke nødvendig med flere og ulike spesifikke modeller eller moduler for å adressere overlappen mellom psykologiske problemer og redusert arbeidsevne, da metakognitiv endring antas å ha en bred effekt på alle områder hvor selvregulering står sentralt (Wells & Matthews, 1994).

Vi vil peke på flere begrensninger ved denne studien. Utvalget er basert på en digital spørreundersøkelse med helt enkle inklusjons- og eksklusjonskriterier, noe som gjør at vi i liten grad vet om funnene kan generaliseres. Videre var majoriteten av utvalget kvinner, og en betydelig andel av deltakerne sto utenfor arbeidslivet, noe som potensielt kan påvirke sammenhengen mellom subjektiv arbeidsevne og de uavhengige variablene. Data ble samlet inn ved hjelp av selvrapporteringsinstrumenter på ett måletidspunkt, og derfor kan vi ikke si noe om årsaksforhold eller trekke slutninger på individnivå. Arbeidsevne ble vurdert med en enkelt skala, og vi hadde begrenset informasjon om somatisk helse samt mer objektive mål på hukommelsesfunksjon.

Videre studier bør forsøke å overkomme disse begrensningene og mer spesifikt undersøke forholdet mellom metakognisjon og arbeidsevne i longitudinelle data og i mer spesifikke populasjoner. Det kan være at sammenhengen mellom metakognisjon og egenvurdert arbeidsevne varierer med for eksempel aldersgrupper eller arbeidsstatus. Metakognisjon kan testes som moderatorvariabler mellom helsestatus og arbeidsevne, og det er også et sterkt behov for å undersøke effekten av MKT på arbeidsrelaterte harde utfallsmål. ✕

Referanser

- Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E. & Radoschewski, M. (2018). Self-reported work ability predicts rehabilitation measures, disability pensions, other welfare benefits, and work participation: longitudinal findings from a sample of german employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 495–503. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9733-y>
- Boström, M., Sluiter, J. K. & Hagberg, M. (2012). Changes in work situation and work ability in young female and male workers. A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 12, 694. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-694>
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J. & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090–1097. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Ekberg, K., Wåhlin, C., Persson, J., Bernfort, L. & Öberg, B. (2015). Early and late return to work after sick leave: predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, 627–637. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9570-9>
- Emberland, J. S. & Knardahl, S. (2015). Contribution of psychological, social, and mechanical work exposures to low work ability: a prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 300–314. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000353>
- Gagnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215–231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygård, C. H., Huuhtanen, P. & Klockars, M. (1991). Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981–1985). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 17, 135–141. <https://www.jstor.org/stable/40965955>

- Jacobsen, H. B., Glette, M., Hara, K. W. & Stiles, T. C. (2020). Metacognitive Beliefs as Predictors of Return to Work After Intensive Return-to-Work Rehabilitation in Patients With Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Psychological Disorders: Results From a Prospective Trial. *Frontiers in Psychology, 11*, 70. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00070>
- Kooij, D., De Lange, A., Jansen, P. & Dijkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age: A conceptual review. *Journal of Managerial Psychology, 23*(4), 364–394. <https://doi.org/10.1108/02683940810869015>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Leijon, O., Balliu, N., Lundin, A., Vaez, M., Kjellberg, K. & Hemmingsson, T. (2017). Effects of psychosocial work factors and psychological distress on self-assessed work ability: A 7-year follow-up in a general working population. *American Journal of Industrial Medicine, 60*(1), 121–130. <https://doi.org/10.1002/ajim.22670>
- Lindberg, P., Josephson, M., Alfredsson, L. & Vingård, E. (2009). Comparisons between five self-administered instruments predicting sick leaves in a 4-year follow-up. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 82*, 227. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0326-0>
- Lundin, A., Leijon, O., Vaez, M., Hallgren, M. & Torgén, M. (2017). Predictive validity of the Work Ability Index and its individual items in the general population. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*, 350–356. <https://doi.org/10.1177/1403494817702759>
- Matthews, G., Panganiban, A. R., Wells, A., Wohleber, R. W. & Reinerman-Jones, L. E. (2019). Metacognition, hardiness, and grit as resilience factors in unmanned aerial systems (UAS) operations: a simulation study. *Frontiers in Psychology, 10*, 640. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00640>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Nordahl, H. & Wells, A. (2020). Social anxiety and work status: the role of negative metacognitive beliefs, symptom severity and cognitive-behavioural factors. *Journal of Mental Health, 29*(6), 665–669. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340622>
- Nordahl, H. & Wells, A. (2018). In or out of work: A preliminary investigation of mental health, trait anxiety and metacognitive beliefs as predictors of work status. *Clinical Psychologist, 23*(1), 79–84. <https://doi.org/10.1111/cp.12153>
- Nordahl, H. & Wells, A. (2019). Predictors of Work Ability in Individuals With a Common Mental Disorder: Is There an Effect of Metacognitive Beliefs Among Poor Physical Health and Emotional Distress?. *Behaviour Change, 36*(4), 252–262. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.15>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Notenbomer, A., Groothoff, J. W., van Rhenen, W. & Roelen, C. A. M. (2015). Associations of work ability with frequent and long-term sickness absence. *Occupational Medicine, 65*(5), 373–379. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv052>
- Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A. & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: a 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of Life. *Frontiers in Psychology, 10*, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford press.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Erlbaum.
- Wolwers, M. D. J., Leensen, M. C. J., Groeneveld, I. F., Frings-Dresen, M. H. W. & De Boer, A. G. E. M. (2018). Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship, 12*(2), 169–177. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0655-7>

Metakognitiv terapi – en nøkkel til arbeidsdeltakelse

Psykiske plager gir problemer på jobb og sykefravær. Mange pasienter setter pris på og har nytte av at jobben blir en naturlig del av den psykologiske behandlingen.

Psykiske plager kan føre til vansker på mange arenaer i livet, også på jobben. De siste årene har det vært en økning i sykmeldinger som følge av psykiske lidelser, og 20 % av sykefraværet skyldes i dag psykiske helseplager (Brage & Nossen, 2017). Depresjon og angst står for mye av denne økningen, ikke minst fordi dette er de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst i befolkningen.

Fra forskningen vet vi at sykmelding kan føre til redusert fremtidig inntekt, og også øke risikoen for å havne helt utenfor arbeidsmarkedet (Markussen, 2012). Å falle ut av arbeidslivet når du har angst eller depresjon, vil for mange innebære tap av nettverk og struktur i en situasjon hvor du allerede er sårbar.

For de fleste er det bra for helsa å jobbe. I tillegg til inntekt er jobben gjerne en kilde til mening, identitet og tilhørighet. Tidligere var det praksis at mennesker med depresjon eller angst skulle hvile eller få en pause fra jobben. Først skulle man fokusere på seg selv for å bli frisk, for eksempel ved hjelp av en psykolog, før man så skulle tilbake i arbeid. Men i likhet med mange psykiske lidelser følges depresjon og angst ofte av isolasjon og tilbaketrekking. Sykmelding kan forsterke slike uhensiktsmes-

sige mønster og gjøre det vanskeligere å komme tilbake i arbeid. Sykmelding kan dermed virke mot sin hensikt, og forlenge plagene pasienten opplever.

De siste 10–15 årene har derfor både helsemyndigheter og klinikere fokusert mer på å utvikle behandling for psykiske lidelser som også inkluderer intervensjoner rettet mot jobb. Ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo har vi tilbudt jobbfokusert behandling for angst og depresjon siden 2007. Samtidig har vi drevet forskning for å se hvordan behandlingen påvirker symptomer og tilbakegang til arbeid for de som er sykmeldte. Vår erfaring er at pasienter setter pris på at jobb tas opp som et tema i terapi, og at dette fint lar seg kombinere med andre behandlingsmål.

Det vi har erfart, bekreftes av forskningen vi har gjennomført. I 2020 publiserte vi en studie som viste at få pasienter hadde bedring mens de ventet på behandling, mens langt flere kom tilbake i arbeid så snart de kom i gang med jobbfokusert terapi. Det var også langt flere som ble fri fra depresjon og angst i løpet av behandlingen enn i ventetiden (Gjengedal et al., 2020). Dette bildet bekreftes videre av langtidsoppfølging av sykefravær over to og et halvt år ved

TEKST Jonas S.R. Leversen, Kenneth Sandin og Odin Hjemdal

KONTAKT
jonas.leversen@
diakonsyk.no

»

hjelp av registerdata: Pasientene hadde vesentlig symptomreduksjon, og langt på vei de fleste kom tilbake i arbeid i løpet av behandlingsperioden (Sandin, Anyan, et al., 2021). Vi har også undersøkt pasienttilfredshet og sett at pasientene er fornøyde med behandlingen. Studier som sammenfatter internasjonal forskning, viser også at jobbfokusert behandling reduserer sykefravær og gir symptombedring (Cullen et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Ved Diakonhjemmet har vi hele tiden ønsket å integrere jobbintervensjoner i vår eksisterende terapeutiske praksis. Ettersom pasientene som henvises til vår klinikk, i hovedsak har angst- eller depresjonsdiagnoser, har vi tilbudt evidensbasert behandling for disse lidelsene. Her viser nyere forskning at metakognitiv terapi har svært gode resultater (Normann & Morina, 2018), og de fleste behandlerne som jobber hos oss, tilbyr denne terapiformen. Metakognitiv terapi er en fleksibel behandlingsmodell som har gjort det enkelt å integrere jobb som en del av terapien. Vi har også nylig fullført en randomisert kontrollert studie med over 200 pasienter, der vi sammenligner effekten av metakognitiv terapi og jobbfokus med ventelistekontroll (Sandin, Gjengedal, et al., 2021). Det som presenteres i denne teksten, har sitt utspring fra erfaringer vi gjorde oss gjennom behandlingen pasientene mottok i denne studien.

METAKOGNITIV TERAPI - HVA, HVORFOR OG HVORDAN

Mennesker som opplever angst og depresjon, forteller ofte at de tenker mye på problemene sine. De kan si at de grubler, at «kverna går», og at de sjelden får pause fra bekymringene. De opplever ofte at de ikke kan velge når de skal tenke på problemene sine, eller hvor lenge de ender med å tenke på dem. Metakognitiv terapi tar utgangspunkt i denne opplevelsen og bygger på forskning som viser at måten vi prosesserer informasjon på, kan bidra til å opprettholde psykiske lidelser (Wells, 2009). En sentral tese i metakognitiv terapi er at emosjonelle vansker opprettholdes av det *kognitive oppmerksomhetssyndromet* (KOS). KOS består i hovedsak av tre komponenter: persevererende tenkning, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier (figur 1). De som opplever emosjonelle vansker og håndterer disse ved KOS, erfarer at lidelsen opprettholdes.



I behandlingen jobber vi med å fremme en mer fleksibel bruk av oppmerksomhet

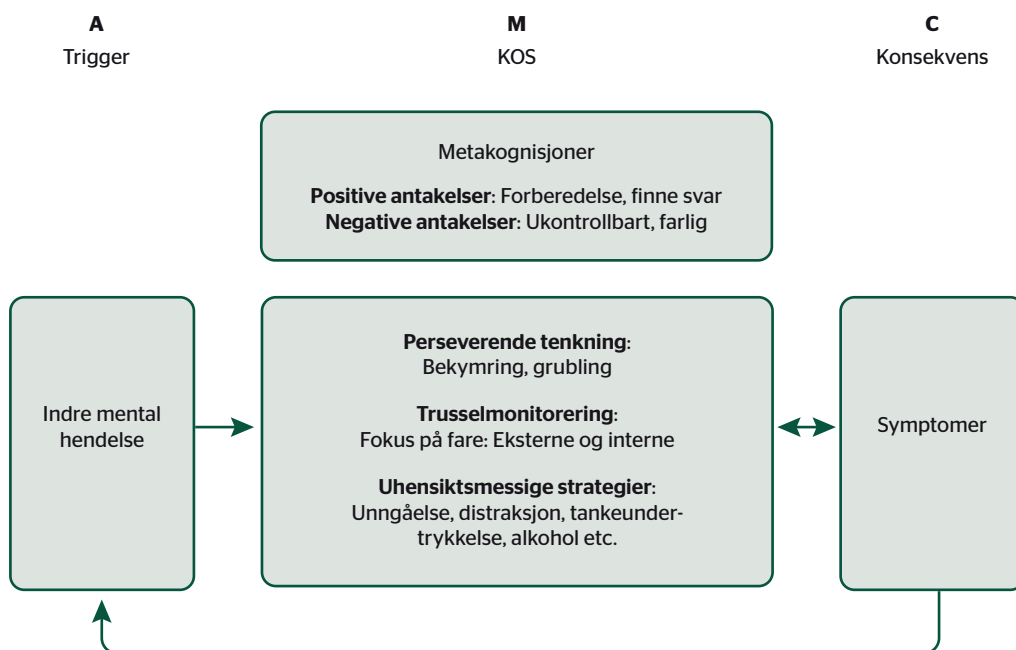
Persevererende tenkning er gjentakende tenkning som ikke leder til noen løsning. En slik tenkning er bekymring som tematisk er knyttet til fremtid, og starter gjerne med spørsmål som «Hva om det ikke går bra?». Grubling er derimot knyttet til fortid eller nåtid, og inneholder ofte spørsmål som «Hvorfor var jeg så dum?». Trusselmonitorering er når en fokuserer på potensielle indre farer, for eksempel sterke følelser, eller ytre farer, slik som å se etter mulige farlige personer eller situasjoner. Uhensiktsmessige mestringsstrategier kommer i mange former, men kjernen er at strategiene ikke gir ønsket langvarig bedring. Sentralt blant disse er unngåelse, distraksjon og tankeundertrykkelse, men man finner også regulering av emosjonelle vansker med for eksempel alkohol eller selvskading (Wells, 2009).

Den metakognitive modellen legger til grunn at antakelser om tanker og tenkning regulerer KOS. Disse kalles for metakognisjoner. Positive metakognisjoner er antakelser om nytten av å bekymre seg, gruble og å følge med på trusler. Vanlige positive metakognisjoner kan være «om jeg tenker igjennom ting, så finner jeg svar», eller «hvis jeg ser etter farer, er jeg forberedt». Positive metakognisjoner gir motivasjon til å fortsette de persevererende tankeprosessene, og mennesker vil ofte ha en følelse av at bare de tenker lenge nok på problemene sine, vil de finne svar. Negative metakognisjoner er antakelser om at bekymringer og grubling er ukontrollerbart, eller at tanker og følelser kan utgjøre en fare eller være skadelig på noen måte.

Det er utviklet flere lidelsesspesifikke behandlingsprotokoller innen metakognitiv terapi. Teorien sier at ulike elementer av KOS er fremtredende i forskjellige lidelser, for eksempel grubling ved depresjon, bekymring ved angst eller trusselmonitorering ved PTSD. De lidelsesspesifikke protokollene i metakognitiv terapi har i de senere årene blitt undersøkt

Figur 1

Den metakognitive modellen – AMC



A-M-C-modellen tilpasset fra Wells (2009), kapittel 1.

empirisk. En metaanalyse fra 2018 indikerer at metakognitiv terapi har god behandlingseffekt for angst og depresjon (Normann & Morina, 2018), PTSD (Wells et al., 2015) og OCD (Papa-georgiou et al., 2018).

Etter utredning og diagnostisering starter man den metakognitive behandlingen med en kausformulering. Kausformuleringen begynner med at man indentifiserer en trigger. I metakognitiv terapi er trigger definert som en indre mental hendelse, for eksempel en tanke som er vanlig ved depresjon, generalisert angstlidelse og OCD, eller et bilde som ved PTSD. Ved depresjon kan tanken «det er ikke noen vits» være en trigger, mens ved generalisert angstlidelse kan det være «hva om det ikke ordner seg». Ved PTSD kan det være en flashback. Når triggeren er funnet, utforsker man de sentrale delene av det kognitive oppmerksomhetssyndromet (KOS) og hvordan det påvirker symptomer, og man kartlegger de positive og negative metakognisjonene. Kjerneaktiviteten i og hovedmålet med metakognitiv terapi er å endre de negative og positive metakognisjonene gjennom å finne alternativer til KOS.

Hvor mye pasienten tror på de negative metakognisjonene, skåres av pasienten selv fra 0 til 100 i hver behandlingstime. Dersom en pasient skårer 100 på metakognisjonen om at bekymring er ukontrollerbart, er målet å undersøke sammen med pasienten om dette er tilfellet. Det kan være at pasientens mestringsstrategier understøtter antakelsen om ukontrollerbarhet, og at det å forsøke andre strategier kan gi en bedre regulering av pasientens emosjonelle vansker. Gjennom flere erfaringsbaserte øvelser undersøker vi KOS, der målet er å svekke metakognisjonene og redusere pasientens tro på disse til 0. Vi ønsker å fremme alternative strategier som gjør at pasienten forholder seg til sine tanker og tenkning på en mer hensiktsmessig måte. For mange med emosjonelle vansker er oppmerksomhetsfokuset preget av redusert fleksibilitet. De fokuserer på egne tanker eller tenkning, og det er vanskelig å flytte dette fokuset. I behandlingen jobber vi med å fremme en mer fleksibel bruk av oppmerksomhet. Pasienten lærer å forholde seg til trigger, grubling og bekymring på en mer hensiktsmessig måte gjennom øvelser i timen og

»

metakognitiv dialog om hvilke erfaringer de gjorde seg med øvelsene, samt med eksperimentene mellom timene

HVORFOR EGNER METAKOGNITIV TERAPI SEG FOR JOBBFOKUSERT BEHANDLING?

I metakognitiv terapi forholder man seg til informasjonsprosessering som opprettholder lidelse uavhengig av selve innholdet i tankene. Bekymring, grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier kan dermed også ses i en jobbkontekst. Mange mennesker har bekymringer eller grubling som tematisk er knyttet til jobb. Videre er det vanlig at de som blir sykmeldte på grunn av psykisk helse, kvier seg for å gå tilbake på jobb. Mange rapporterer at de grubler på jobben, og at det resulterer i konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Andre kan være bekymret og selvkritiske når det gjelder jobbprestasjon.

Det finnes forskning som indikerer at menneskers negative metakognisjoner har en sammenheng med om de er i jobb eller ikke. Nordahl og Wells fant at hvor mye mennesker tror på sine negative metakognisjoner, predikerer hvorvidt de er i jobb eller ikke (Nordahl & Wells, 2019). Videre finnes det indikasjon på at pasienter som har gjennomgått metakognitiv terapi mot depresjon, har gått fra å motta ytelse til å jobbe eller starte med utdanning (Solem et al., 2019).

Disse funnene underbygger at metakognitiv terapi kan være godt egnet også for å fremme tilbakegang til arbeidslivet i forbindelse med psykiske lidelser. I påfølgende fiktive case vil vi vise hvordan man kan drive metakognitiv behandling med jobbrelaterte utfordringer. For enkelhets skyld vil vi bruke en A-M-C-analyse for å vise pasientens kasusformulering. Man kunne imidlertid like gjerne tatt utgangspunkt i en av de lidelsesspesifikke modellene innen metakognitiv terapi, for eksempel depresjonsmodellen eller modellen for generalisert angst (Wells, 2009).

VÅR FIKTIVE CASE: FREDRIK

Fredrik er 42 år og har alltid likt å jobbe. Han beskriver at han opplever stor grad av mestring når han «er i gang». Han har alltid vært en aktiv fyr som ofte har jobbet lange dager for så å dra rett på trening. Han forteller at han i 30-årene hadde perioder der han ikke var like fokusert som vanlig og opplevde seg som sli-

ten og umotivert. Han husker ikke hvor lenge disse periodene varte, men at han alltid kom seg etter en ferie. Da han startet i ny jobb, ble det mange sene kvelder. Fredrik merket at han etter hvert ikke klarte å roe seg ned etter jobb. Tanker om hva han skulle gjøre neste dag, surret rundt i hodet, og dette begynte å gå ut over søvnen. Han klarte å gjennomføre det han skulle med barna, men merket at han ikke var til stede på samme måte som før, og at han ofte «falt ut». Han merket økende motstand mot å åpne e-post, og slo ofte av lyden på mobilen. Han oppsøkte fastlegen for søvnevansker i første omgang. Da han møter til første time, har han noen korte sykmeldinger bak seg og perioder hvor han har forsøkt å jobbe igjen. Nå er han 100 % sykmeldt og har vært det i to måneder.

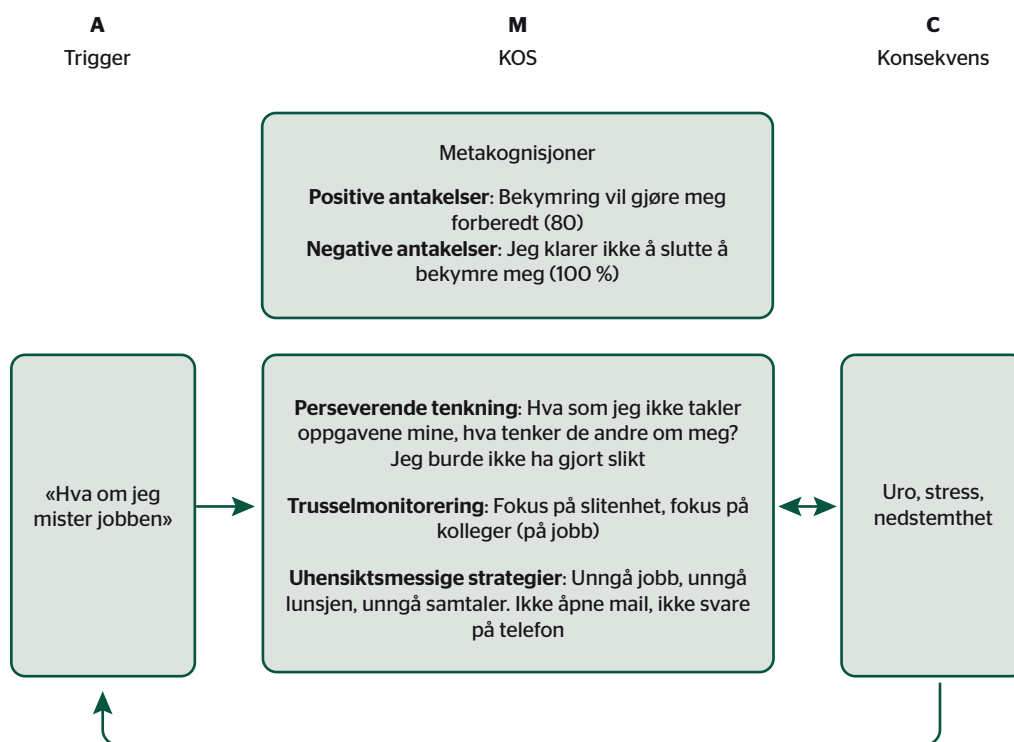
Etter utredning får han diagnosen F32.1 Moderat depresjon, men det fremkommer også flere symptomer og strategier forenlig med F41.1 Generalisert angstlidelse. Arbeidsmiljøet fremstår som tilstrekkelig godt, og han er ikke utsatt for mobbing og er heller ikke i konflikt med kolleger eller ledere.

Time 1: I kasusformuleringen fremkommer det en tydelig triggertanke: «Hva om jeg mister jobben?» Fredrik bruker mye tid på å bekymre seg for om han kommer til å miste jobben, og om han noensinne finner tilbake til seg selv. Videre grubler han mye på tidligere beslutninger og om de var riktige. På jobb har han vært mer fokusert på om de andre har lagt merke til at han ikke helt er seg selv. I forkant av sykmeldingen unngikk han ofte lunsjen og andre sosiale settinger. Fredrik ønsker å komme tilbake til jobb, men han er usikker på om han vil klare det. Han har blitt mer selvkritisk og orker ikke møte venner. Fredrik sier at han tidligere fikk pause fra bekymringstan-



Mange mennesker har bekymringer eller grubling som tematisk er knyttet til jobb

Figur 2
Kasusformulering A-M-C



kene sine når han var fysisk aktiv, men at dette ikke virker lenger. Fredrik opplever at kasusformuleringen gir en god beskrivelse av plagene hans, og mener at bekymring er det som skaper mest vansker for ham for tiden. Mes-teparten av tiden spinner tankene uten pause, og han angir at bekymringen er 90 % ukontrollerbar. I timen gjennomføres først et tankesuppresjonseksperiment, der Fredrik skal prøve å ikke tenke på en rosa elefant i ett minutt. Det fremkommer at han prøvde å fokusere på et godt minne, men den rosa elefanten poppet opp allikevel. På spørsmål sier han at han har prøvd det samme når han har fått vanskelige tanker tidligere, men at det ikke har virket da heller. Det er altså en strategi som opprettholder fokus på for eksempel triggertanker fremfor at Fredrik blir kvitt tanken.

Etter tankesuppresjonseksperimentet prøver vi en øvelse i frakoblet oppmerksomhet. Fredrik blir instruert i å ta et mentalt steg tilbake og bare registrere det som skjer i hodet hans når terapeuten sier en rekke nøytrale ord. Etter øvelsen forteller Fredrik at de første

ordene bare ble borte når det kom nye ord, og han mener det er fordi han forholdt seg passiv til ordene og betraktet eventuelle tanker som kom. På spørsmål sier Fredrik at det hadde vært veldig bra dersom han kunne oppleve det samme med triggertankene sine. Fredrik får i oppgave til neste gang å bruke frakoblet oppmerksomhet på triggertanker. Han synes at han bruker veldig mye tid på bekymring, og at han ikke kan velge hvor lenge han bekymrer seg. Han er med på at det hadde vært interessant å se om han kunne utsette bekymringen sin. Han får i oppgave å utsette bekymring til et fast tidspunkt hver dag, og å avgrense tiden han bruker på bekymring til maksimalt 15 minutter. I denne tiden kan han bekymre seg eller gruble på ting dersom han opplever det som nødvendig, men utenfor den avsatte tiden skal han utsette bekymringen og grublingen.

Time 2: Fredrik sier at han har brukt frakoblet oppmerksomhet på tanken «hva om jeg mister jobben?» siden sist, og merket at han flere ganger unngikk å havne i «tankekverna». De gangene han har havnet i kverna, har han

»

prøvd å utsette bekymringen til etter legging av barna. Han sier at han ofte ikke har husket å bekymre seg når tiden han hadde satt av til bekymringer, kom. Han opplever bekymringene som noe mer kontrollerbare basert på denne erfaringen, og angir at negativ metakognisjon knyttet til ukontrollerbarhet nå er nede på 60–70. Han ønsker å jobbe og har snakket litt med sjefen om å prøve seg i 20 % arbeid. Etter kartlegging fremkommer det at han ønsker å være på jobb to dager i uken, men da arbeide halve dagen. I timen blir han bekymret og tar opp alt som kan gå galt dersom han starter å jobbe igjen. Vi avdekker også at han ofte begynner å gruble og bekymre seg allerede når han våkner. Han får i oppgave å utsette disse tankene til etter at han har gjennomført morgenrutinen sin.

Time 3: Fredrik starter timen med å si at det har blitt verre igjen. Han har blitt mer nedstemt og bekymrer seg mer enn tidligere for hva som skal skje med ham videre. Han sier at han var på jobb den første uken, og at han klarte å «skyve bort» de vanskelige tankene, men at han den siste uken ikke har vært på jobb. Han klarer ikke lenger å slåss mot de vanskelige tankene, og han opplever at de bare kommer tilbake. Å utsette bekymring og grubling ser han ikke noe vits i lenger, så han har sluttet å prøve på det. Vi utforsker dette sammen, og det kommer frem at Fredriks mål med øvelsene er å bli kvitt tankene. Han gjenkjenner at det ligner mer på det han opplevde med den rosa elefanten, enn når han gjorde øvelsen med frakoblet oppmerksomhet. Vi drøfter det han opplevde med frakoblet oppmerksomhet den første gangen, og gjennomfører en ny frakoblet oppmerksomhetsøvelse. I den metakognitive dialogen etterpå er det fokus på at tanker kan leve sitt eget liv, og at vi ikke trenger å prøve å skyve dem bort eller å analysere dem. Fredrik får i oppgave å øve på frakoblet oppmerksomhet på tanker hjemme. Han ønsker seg tilbake på jobb i neste uke, og vi drøfter hvordan han kan utsette bekymringene sine med det nye målet om å la tankene være.

Time 4: Fredrik sier at han har det noe bedre igjen. Han har øvd på å la tankene være og har fått gjort det han skulle, uavhengig av om tankene har vært der. Han beskriver det som at tankene har litt lavere volum. Han er tilbake på kontoret og har klart å utsette bekymringen og grublingen om morgenen. Han strever fort-

satt med å ikke skulle følge med på kollegene når han er på jobb. Det kommer frem at han er bekymret for om kollegene kan se at han ikke fungerer som før, og at han sjekker om de følger med på ham. I samtalen klarer Fredrik å indentifisere dette som trusselmonitorering, og sammen med Fredrik lager vi et eksperiment der han skal flytte oppmerksomheten til oppgavene sine når han merker at den går mot kollegene. Han tenker at dette blir vanskelig, men at han skal prøve.

Time 5: Fredrik har nå vært på jobb i to uker. Han har merket at det er lettere å legge fra seg bekymringene om jobb på morgenen, og at det også påvirker andre tema som han har bekymret seg for. Han greier å fokusere på arbeidsoppgavene sine, og har klart å flytte oppmerksomheten tilbake til disse dersom han blir opptatt av å følge med på kollegene sine. Han unngår lunsjen. Han forteller at han pleide å se på seg selv som en hyggelig fyr, og at han ofte ble spurt om råd i lunsjen. Nå tenker han at han ikke har noe å komme med, og at han er redd for å bli spurt om hvordan det går med ham. Dette klassifiseres som bekymring. Vi går igjennom hva han pleide å gjøre i lunsjen tidligere. Han forteller at han ikke tenkte så mye, men heller fulgte med på hva som ble sagt uten å analysere så mye. Vi lager et eksperiment der han i lunsjen prøver å rette oppmerksomheten sin mot det som blir sagt, og dersom noen spør hvorfor han har vært sykmeldt, kan han si at «det har vært tøft, men det går bedre nå». Han er komfortabel med å si dette. Vi avslutter timen med å skissere en gradvis opptrapping av friskmeldingsgrad. Fredrik ønsker å prøve seg i 40 % jobb.

Time 6–8: Fredrik fortsetter å utsette bekymring og grubling og sier at opptrappingen til 40 % har gått bra. Han har også merket at han er mindre selvkritisk på jobb. Selvkritikken er en type grubling som han nå lettere kjenner igjen. Når tankene kommer, er han i større grad i stand til ikke å gå inn i dem. Han har klart å gå i lunsjen 80 % av gangene. Privat har han merket at han greier å være mer mentalt til stede sammen med barna, og at han noen ganger har overskudd til å trene på kveldstid. Han har tatt en prat med sjefen, og planen er å prøve å øke med 20 % hver tredje uke fremover. Timene dreier seg om å tilpasse eksperimenter basert på hvilke erfaringer han har gjort seg i uken som gikk.

Time 9: Fredrik er nå i 80 % jobb. Han sier at han ikke er helt tilbake der han var før han ble sykmeldt, men at han har dager der han føler seg som seg selv. I timen oppsummerer vi hva han har gjort som bryter med hans gamle mestringsmåter. Vi kaller dette for en «ny plan». Den nye planen består av de strategiene han bruker for å ikke havne i KOS. Denne sammenlignes med hans gamle plan, slik den fremkom i kausformuleringen i starten av behandlingen. Fredrik får i oppgave å minne seg selv på å bruke ny plan når han merker at han er inne i den gamle planen. Vi avtaler en avslutnings-tid litt frem i tid, da Fredrik ønsker å jobbe videre med ny plan litt mer på egen hånd før vi avslutter.

Time 10: Fredrik har nå vært i 100 % jobb i noen uker, men han sier det føles som han har jobbet 80 %. Han sier at det er fordi han tidligere brukte mye energi på å jobbe på kveldstid med oppgaver han uansett ikke fikk gjort noe med før neste dag. Han har hatt noen episoder der han har havnet i gammel plan og merket økt ubehag, men han har som regel husket å gå til ny plan. Han har hatt god dialog med kona, og de har blitt enige om at hun kan si «kvernal!» dersom hun merker at han blir for fokusert på egne tanker og «havner i sitt eget hode». Fredrik sier at han er fornøyd med terapien, og at han er klar for å avslutte.

KONKLUSJON

Fredrik er et fiktivt kasus, men terapiforløpet hans er typisk for mange av de pasientene vi har hatt i behandling. De har et ønske om å være i jobb, men opplever at deres egne tanker og følelser hindrer dem i det. Å bringe jobb inn i terapirommet og øve på å håndtere jobbrelaterte tanker på en mer hensiktsmessig måte leder ofte til at pasientene føler seg rustet til å vende tilbake til jobb, selv om de fortsatt er deprimerte eller har angst. Mellom timene øver pasientene på å forholde seg til sine tanker og tenkning på andre måter. Det gjelder også på jobb. Dermed blir arbeidsplassen en arena hvor man øver videre på det man har lært i terapirommet.

Når pasientene bringer med seg jobb inn i terapirommet, tar de samtidig med seg en stor del av livet sitt. Deprimerte mennesker vil ofte oppleve tap av mening, og kan se sin egen rolle på jobb som uviktig. De kan også legge skylden på seg selv for at de ikke får gjort oppga-



Det finnes forskning som indikerer at menneskers negative metakognisjoner har en sammenheng med om de er i jobb eller ikke

vene sine slik de ønsker. En av fordelene med metakognitiv terapi, er at den tar for seg grubling som også kan innebefatte jobbprestasjon. Mange av våre pasienter vil gruble på tanker som «at de ikke takler jobben», at de «ikke er smarte nok» eller lignende. Noen ganger vil det være forhold ved arbeidsplassen som er grunnen til disse tankene, slik som mobbing eller konflikter, mens andre ganger er det deres egne tanker som gjør det vanskelig å være på jobb. Når de har lært å ikke gå inn i disse tankene, kan de lettere ta stilling til om jobben de har, passer med det de ønsker å bruke tiden sin på. Samtidig gir det en mulighet til å vurdere, uten å bebreide seg selv, om det er forhold ved arbeidsplassen som bidrar negativt til hvordan de har det.

I denne artikkelen har vi vist hvordan vi ved Diakonhjemmet sykehus arbeider med metakognitiv terapi og jobbfokus. Arbeidsplassen kan være en psykisk helsefremmende arena dersom man opplever god mestring og utvikling, men jobben kan også være utgangspunkt for eller forsterke tankemønstre som opprettholder psykisk lidelse. Vi opplever at metakognitiv terapi har god effekt i behandling av slike tankemønstre. I de årene vi har forsket, har mer enn tusen pasienter fått behandling der vi har integrert jobbfokus i den metakognitive behandlingsmodellen. Det har tidligere vært antatt at sykmeldte ikke har godt av å forholde seg til jobben, men erfaringene fra vår praksis er at pasienter setter pris på å at jobbrelaterte utfordringer tas opp i terapirommet. De fleste av oss tilbringer en stor del av livet på arbeidsplassen. Da er det både naturlig og hensiktsmessig å inkludere denne delen av livet i behandlingen av psykiske plager. ✕ »

REFERANSER

- Brage, S. & Nossen, J. P. (2017). *Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003*. (No. 2; Arbeid Og Velferd.). <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/sykefravaer-pa-grunn-av-psykiske-lidelser-utviklingen-siden-2003>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Gjengedal, R. G. H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerfeld, S. E., Blonk, R. W. B., Sandin, K., Berge, T. & Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*, 66(3), 657–667. <https://doi.org/10.3233/WOR-203208>
- Markussen, S. (2012). The individual cost of sick leave. *Journal of Population Economics*, 25(4), 1287–1306. <https://doi.org/10.1007/s00148-011-0390-8>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Nordahl, H. & Wells, A. (2019). In or out of work: A preliminary investigation of mental health, trait anxiety and metacognitive beliefs as predictors of work status. *Clinical Psychologist*, 23(1), 79–84. <https://doi.org/10.1111/cp.12153>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L. & Wells, A. (2018). Group Cognitive-Behavior Therapy or Group Metacognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder? Benchmarking and Comparative Effectiveness in a Routine Clinical Service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02551>
- Sandin, K., Anyan, F., Osnes, K., Gunnarsdatter Hole Gjengedal, R., Risberg Leversen, J. S., Endresen Reme, S. & Hjemdal, O. (2021). Sick leave and return to work for patients with anxiety and depression: A longitudinal study of trajectories before, during and after work-focused treatment. *BMJ Open*, 11(9), e046336. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046336>
- Sandin, K., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Hannisdal, M., Berge, T., Leversen, J. S. R., Røv, L. G., Reme, S. E., Lagerveld, S., Blonk, R., Nordahl, H. M., Shields, G., Wells, A. & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy and work-focused interventions for patients on sick leave due to anxiety and depression: Study protocol for a randomised controlled wait-list trial. *Trials*, 22(1), 854. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05822-4>
- Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A. & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive Therapy for Depression: A 3-Year Follow-Up Study Assessing Recovery, Relapse, Work Force Participation, and Quality of Life. *Frontiers in Psychology*, 10, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (1st edition). The Guilford Press.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K. & Proctor, D. (2015). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 70–80. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6>



DEL II

Psykologarbeid blant definerte populasjoner

Erklæringer om arbeidsevne hos personer med svake norskferdigheter

Psykologer kan påvirke både velferdsytelser og inkludering i arbeidslivet. Ved å lære av vår praksis i NAV håper vi flere kan få hjelpen de trenger.

TEKST

Maria Leer-Salvesen
og Pål Jakob Walstad

KONTAKT

maria.leer-salvesen@
nav.no

VISER AT arbeid gir bedre muligheter for å lære norsk språk og kultur, øke levestandarden og redusere utenforskap. En stor andel av de som kommer til Norge, mestrer integreringen, men det er også en betydelig gruppe som faller utenfor. Introduksjonsprogram som gir undervisning i norsk språk og kultur, åpner for muligheter til utdanning og arbeid. Men allerede her ser vi at en vesentlig andel strever med å ta del i undervisningen, og får lite utbytte av norskopplæringen.

Postmigrasjonsvansker har fått mer oppmerksomhet i senere tid (Opaas, 2020; Popovac, 2020; Popovac, 2022). Tap av identitet, sosiale roller, kulturell kompetanse og nettverk er sentralt i forståelsen av vanskene som oppstår *etter* ankomst til et nytt land. Ytre forhold, som lang ventetid før en får avklart status og bosetting, opplevd diskriminering (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021; Aambø, 2021) og at utdanning fra hjemlandet ikke blir godkjent i Norge, er også en del av dette bildet. Manglende formell utdanning gjør at flere innvan-

drere havner i manuelle yrker, med økt risiko for arbeidsrelaterte helseproblemer (Bakke et al., 2021). Studier viser at summen av postmigrasjonsvansker er en vesentlig stressfaktor i utviklingen av psykiske lidelser, og kan svekke psykisk helse mer enn opplevde traumer før ankomst til Norge (Popovac, 2022; Strømme et al., 2002). De som strever med å lære seg norsk språk og kultur, har større sannsynlighet for å få mer omfattende postmigrasjonsvansker.

Arbeidsintegreringen av innvandrere fra andre deler av verden er dårligere sammenlignet med EØS-borgere og nordmenn generelt (Strøm et al., 2020). Andelen innvandrere i Norge som lever under fattigdomsgrensen og med vedvarende lavinntekt, er langt større sammenlignet med andelen etnisk norske. Av all sosialhjelp går 56 % av utbetalingene til innvandrere. Personer med landbakgrunn fra Afrika og Asia utgjør majoriteten (Grebstad & Hjemås, 2021). Flere rettigheter i lov om folketrygd baseres på botid og deltakelse i arbeidslivet. Vi ser likevel at det innenfor dagens

regelverk finnes et større potensial for bedre inntektssikring for denne gruppen. Vår erfaring er at rettigheter i NAV ikke er godt nok avklart for mange innvandrere som mottar sosialhjelp. Avklaring av sosialhjelpsmottakere viser at mange faktisk har rett på andre stønader, som uføretrygd eller supplerende stønader. Problemet er at det i mange av sakene mangler dokumentasjon på sykdom, skade eller lyte, slik loven krever. Med økt tilgang til og bedre kvalitet på psykologerklæringer kan vi bidra til at flere får oppfylt sine rettigheter.

Hvis vi på et tidlig tidspunkt klarer å identifisere utfordringer som fører til utenforskap, kan vi få til en bedre integrering. Vi ser at sjansen øker for arbeidsinkludering, hvis psykologutredningene er kultursensitive og tilpasset utfordringene ved bruk av standardisert testing. Når erklæringen inneholder relevant informasjon om personens forutsetninger, kan NAV innvilge egnede hjelpemidler, utforme hensiktsmessige tiltak og gi annen nødvendig bistand.

Vi ser utfordringen ved at rettighetsbildet i NAV er sammensatt og i stadig endring, etter politiske skifter og prioriteringer. Det er vanskelig å ha oversikt til enhver tid. Våre kliniske utredningsverktøy og metoder er heller ikke godt nok tilpasset denne populasjonen. Med dette som bakteppe ser vi viktigheten av at psykologer tilegner seg kunnskap om krysskulturell psykologi og migrasjonshelse gjennom grunnutdanning og spesialisering.

ARBEIDSEVNE

Det er NAV sin oppgave å vurdere den enkeltes arbeidsevne. NAV er likevel avhengig av dokumentasjon som beskriver personens helse og funksjonsevne. Psykologer er dermed premissleverandører og spiller en avgjørende rolle gjennom sine epikriser og tilleggsuttalelser til NAV. »

Tabell 1

Erklæring om arbeidsevne

Spørsmål til avklaring:	Moment til erklæringen:
Foreligger det bestemte diagnoser eller sykdomslignende tilstander?	Uttal deg om alvorlighetsgraden og om hvordan symptomene eventuelt påvirker funksjons- og arbeidsevnen hos denne personen.
Hva er personens styrker og utfordringer i arbeidslivet?	Ressursene er like viktige å fremheve som utfordringene.
Hvordan fungerer personen kognitivt?	Funksjonssvekkelser som vil påvirke arbeidsevnen, må beskrives, som nedsatt evne til å oppfatte beskjeder, løse problemer og jobbe i et effektivt tempo.
Kan personen mestre digital og skriftlig kommunikasjon som på Ditt NAV?	Hvis personen ikke er i stand til å kommunisere med NAV på egen hånd eller via tolk, bør det søkes om verge som kan assistere personen.
Sees relasjonelle og sosiale vansker?	Beskriv eventuelle utfordringer med sosialt samspill, og om det foreligger andre forhold som påvirker arbeidsevnen, som tunge omsorgsoppgaver.
Trengs det en annen utredning?	Spesifiser dersom det er behov for annen kartlegging av ferdigheter på morsmål, lese- og skriveferdigheter, eller grundigere nevropsykologisk kartlegging.
Finnes det hensiktsmessig behandling?	Gi en vurdering av hvorvidt aktuell behandling kan føre til bedring av arbeidsevnen. Oppgi hvor det skal henvises til og av hvem.
Er tilstanden varig eller antatt forbigående?	Gi en vurdering av hvorvidt tilstanden er varig, og hvorvidt den kan mestres på sikt.
Har du forslag til tilrettelegging eller andre tiltak som kan øke arbeidsevnen?	Les mer om tiltak i NAV her: https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb

Merknad: Veiledende punkter til erklæringer om arbeidsevne blant personer med svake norskferdigheter og lite skolegang.



Med økt tilgang til og bedre kvalitet på psykologerklæringer kan vi bidra til at flere får oppfylt sine rettigheter

Hjelp til psykologen

Du kan ringe NAVs behandlertelefon på telefonnummer 55 55 33 36 for å drøfte problemstillinger og få veiledning knyttet til ditt psykologfaglige bidrag i saken. Du kan lese mer om hvilke rettigheter som gjelder, her: <https://lovdata.no/nav/>.

Andre nyttige ressurser for psykologer:

- <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere>
- <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/relatert-innhold/lege-behandlertelefonen>
- <https://www.nav.no/komme-i-jobb>
- <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/arbeid-og-psykisk-helse>

I lov om folketrygd er sykdomsbegrepet relativt vidt definert. For NAV er det ikke nødvendigvis avgjørende at det blir satt en presis diagnose. NAV trenger vurderinger av *funksjonsevne*. Eksempelvis vil langvarig traumatisering grunnet krig, forfølgelse eller flukt kunne gi opphav til suboptimal utvikling av hjernen og risiko for diffuse smertetilstander. Selv om en presis diagnose mangler, kan retten til helserelaterte ytelser likevel være til stede. En god forklaring som beskriver de sannsynlige årsaksforholdene, kan legge grunnlaget for både riktige ytelser og hensiktsmessig tilrettelegging. At psykologiske metoder og formelle diagnoser er kulturrelativ, står ikke i veien for å opplyse NAV om at det foreligger sykdomsbetingede plager. Det vesentlige i denne sammenhengen er at du beskriver hvordan plagene reduserer arbeidsevnen, basert på et godt psykologfaglig skjønn.

RETTIGHETER I NAV

Hvilke rettigheter som gjelder for den enkelte i NAV, påvirkes blant annet av medlemskap i folketrygden og botid i Norge. Solberg-regjeringen gjorde flere endringer i 2020. De økte blant annet kravet om botid fra tre til fem år for flere av ytelsene, og fjernet rettigheter som tidligere var forbeholdt personer med flyktningstatus.

For alle gjelder per nå hovedregelen om minst fem års botid i Norge før en kan kvalifisere for arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. AAP og uføretrygd innvilges kun på bakgrunn av sykdom, skade eller lyte som har *oppstått* etter minst fem år i Norge. Om en psykisk lidelse debuterer etter fem år i Norge, vil den kunne kvalifisere for uføretrygd. Sykdommer og skader som inntraff *før* du har bodd minst fem år i Norge, gir ikke rett på uføretrygd. Uttalelser om når sykdommen debuterte, kan derfor ha avgjørende betydning for rettigheter til ordinær uføretrygd ved dagens regelverk.

Personer med kortere botid enn fem år kan ha rett på andre ytelser, som kvalifiseringsstønad, sosialstønad og lønnstilskudd. Personer med flyktningstatus kan også ha tilgang til såkalt supplerende stønad for uførflyktning, dersom personen fyller de andre vilkårene for uføretrygd, bortsett fra kravet om botid. For denne ytelsen kan sykdom, skade eller lyte som er oppstått før ankomst til Norge, også legges til grunn (Lov om supplerende stønad ved kort butid, 2005). Til forskjell fra ordinær uføretrygd er denne ordningen behovsprøvd og vedtas kun for ett år av gangen. Personer som har kommet via familiegjengenforening, har ikke rett på denne stønadsordningen.

KARTLEGGING AV PSYKISK HELSE

I en arbeidsevnevurdering trenger NAV opplysninger om psykososiale helseutfordringer. Blant flyktninger kan krigsrelaterte traumer og tapsopplevelser være en kilde til nedsatt arbeidsevne. Den negative innvirkningen som postmigrasjonseffektene kan ha på helsen, bør også dokumenteres, særlig der den samlede belastningen går ut over arbeidsevnen. Tidfesting av når den totale belastningen begynner å redusere arbeidsevnen, kan påvirke muligheten for ytelser i NAV, som beskrevet tidligere.

Utredning av slike forhold kan imidlertid være utfordrende. Personer med en annen kulturell bakgrunn kan mangle forståelse for hva en psykolog er og gjør. Helsevesenet i deres hjemland kan ha manglet tilbud for psykisk helse. Personen kan oppleve skam, og det kan vekke sterk uro eller angst å snakke om vanskene. Ved å bruke en kultursensitiv til-

nærming kan psykologen likevel få tilgang på helhetlig og nødvendig informasjon. Med en kultursensitiv forståelse kan vi tilpasse våre kliniske metoder og finne naturlige forklaringer for hvordan personen presenterer sine plager og problemer. Kunnskap om migrasjonshelse er avgjørende for at hjelpeapparatet skal lykkes.

Kulturformuleringsintervjuet er oversatt til norsk og utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) og Nasjonal kompetansetjeneste ROP i 2015. Det finnes i tillegg en manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV. Den er oversatt av NAKMI, i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening. Manualen retter seg mot leger, psykologer og annet helsepersonell som vurderer og diagnostiserer psykisk sykdom og lidelser i flerkulturelle behandlingsmiljøer. Manualen finnes på nettsiden opprettet av RVTS: <https://flyktning.net/ressurs/kultur-kontekst-og-psykopatologi>. Kulturformuleringsintervjuet finnes her: <https://rop.no/kartleggingsverktoei/kulturformuleringsintervjuet-kfi/>

I utredninger bør psykologen innhente informasjon fra flere kilder og ikke basere seg på pasientsamtaler alene. Opplysninger fra kommunalt hjelpeapparat kan underbygge en vurdering av sammensatte helseplager. I erklæringer til NAV er det psykologens ansvar å innhente og sikre nødvendige opplysninger. Det er også psykologens ansvar å tilpasse utredningen til kulturelle og språklige barrierer. Det NAV trenger, er enkle forklaringer på hvorfor en person eventuelt ikke fungerer i arbeid, hvordan funksjonsevnen er påvirket av helserelaterte utfordringer, og hva som eventuelt kan avhjelpe.

KARTLEGGING AV KOGNITIV FUNGERING

Kognitiv fungering er et viktig element i vurderingen av arbeidsevne. Om personen har minimal skolegang og svake norsksferdigheter, anbefaler vi ikke å basere kognitiv utredning på et standard testbatteri eller en fullstendig WAIS. Det vil sjelden gi valide resultater eller være nyttig for saken. Kognitivt funksjonsnivå bør likevel kartlegges når informasjon tilsier at det er nødvendig, til tross for metodiske utfordringer. Vi anbefaler da en mer kvalitativ tilnærming til kartleggingen med observasjoner og innhenting av komparentopplysninger fremfor testing alene. En vurdering av kognitiv fungering kan baseres på informasjon om fungering

i dagliglivet. Du kan henvise til og samarbeide med kommunale ergoterapeuter som vurderer funksjonsnivå i hjemmesituasjonen. Formålet er uansett å kartlegge og dokumentere den enkeltes ressurser og utfordringer. På bakgrunn av informasjonen kan psykologen bidra med viktige psykologfaglige betraktninger om kognitive forutsetninger og eventuelle kliniske tilstander. For å redusere mulige feilkilder i en vurdering av kognitiv funksjon er det hensiktsmessig at personen har fått behandling for psykiske lidelser i forkant.

I en kvalitativ tilnærming er det nødvendig med flere opplysninger for å vurdere kognitiv fungering. Viktige bakgrunnsopplysninger er alder ved ankomst til Norge, oppholdstid, hvilket utbytte personen har hatt av introduksjonsprogrammet, nivå på norsksferdigheter og språksferdigheter på eget morsmål. Videre er antall år skolegang fra hjemlandet og innhold og kvalitet på undervisningen der, relevante opplysninger for å kunne ta stilling til kognitivt evnenivå. Ved skolebakgrunn fra en mer religiøst orientert utdanning, som koranskoler, er det naturlig at annen kunnskap kan mangle. Familiære forhold og psykisk og somatisk helse er også nødvendige opplysninger forut for en kognitiv vurdering. Deretter kan eventuell sykdomshistorie, medisinske funn, funksjonsfall og symptomer på kognitive vansker tolkes i lys av bakgrunnsinformasjonen.

Hvis det er behov for grundigere kognitiv utredning som inkluderer testing, bør det gjøres av en psykolog med særlig testkompetanse, som spesialisering i nevropsykologi. Vi anbefaler også da en kvalitativ nevropsykologisk tilnærming basert på observasjon og hypotese-utprøving heller enn en kvantitativ psykometrisk tilnærming. Testpersonen kan øve på tilsvarende, men enklere oppgaver, i forkant av testing, for bedre å forstå konseptet med skrivebordsoppgaver. Læringseffekt kan sjekkes ved repetert testing.

Vi har flere utfordringer knyttet til bruk av standardiserte kognitive og nevropsykologiske tester i flerkulturell sammenheng. Årsaken er blant annet at normgrunnlaget mangler. Det finnes riktignok flere non-verbale evnetester som markedsføres som egnet for minoritetspråklige. Eksempler på dette er Raven's Progressive Matrices 2 (Raven's 2), Leiter International Performance Scale – 3rd edition (Leiter-3), Test of Non-verbal Intelligence 4th edition (TONI-4), »

Snijders-Oomen Non-verbal intelligence test Revised (SON R 6-40) og Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV). Alle har kommet i oppdaterte utgaver, men fortsatt med normgrunnlag utelukkende fra vestlige land. Validiteten for personer fra andre deler av verden er derfor usikker. Når personen har kort eller manglende skolegang fra hjemlandet, blir validiteten enda mer usikker. Disse betraktningene gjelder også for ungdom som har kommet til Norge i løpet av skoletiden, og har måttet lære seg norsk samtidig som de gikk i skolen. Testprestasjon påvirkes av antall år skolegang og kvaliteten på det skolefaglige innholdet. Begrepet test wiseness refererer til at erfaringer med skolerelaterte oppgaver vil forenkle forståelsen av hva som forventes i en testsituasjon. Skolegang på minimum 12 år er hevdet som nødvendig for å etablere en test wiseness (Nell, 2000).

Vi ser gryende tegn til at det utvikles nye krysskulturelle testbatteri, som det nevropsykologiske testbatteriet Cross-cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) og Multicultural Cognitive Examination (MCE), som begge i hovedsak brukes i demensfeltet. CNTB er normert fra 55 år og oppover. Enkelte andre screeningstester, som Montreal Cognitive Assessment (MOCA) og The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS), har normer fra land over hele verden. Testene er sensitive for demens eller annen omfattende kognitiv svikt. Som et ledd i en vurdering av arbeidsevne kan nok takeffekten for disse verktøyene bli for stor. Det vil si at de fleste vil oppnå normalskår, men hvor noen av dem likevel har kognitive vansker med betydning for arbeidsevnen.

Bruk av tolk er en opplagt rettighet når norsknivået krever det og det er nødvendig for å få frem detaljer og nyanser fra samtalen. Det overkommer likevel ikke hindringene vi har med tester for denne populasjonen. I 2021 kom det en ny lov som regulerer bruk av tolk: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-79> (Tolkeloven, 2021). For mer informasjon og veiledning finnes gode nettsider som denne: <https://www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter-eldre-innvandrere-og-demens/bruk-av-tolk/>

ANALFABETISME

Enkelte personer med flerkulturell bakgrunn kan streve betydelig med opplæring og tilpasning til norsk skriftspråk. Så tidlig som mulig bør en kartlegge om personen kan lese og skrive på sitt eget morsmål. Analfabetisme forekommer og krever tett oppfølging og tilrettelegging for å oppnå inkludering. Det er viktig at erklæringen inneholder informasjon om mulige sykdomsbetingede årsaker til analfabetismen for å danne grunnlag for oppfølging og innvilgelse av ytelser. Analfabetisme kan nemlig oppfattes som et lyte i henhold til loven om folketrygd. «Lyte» er en dårlig definert restkategori i folketrygdloven som benyttes for tilstander som ikke er klassiske sykdomstilstander eller skader. Det oppfattes likevel som et stort hinder for vedkommende. Et lyte kan kvalifisere for ytelser, eksempelvis supplerende stønad for ufør flyktning.

Av den grunn bør en kartlegge hvorvidt analfabetismen skyldes manglende skolegang eller andre forhold. En grundig anamnese kan avdekke hvorvidt vanskene handler om svekket språkutvikling i retning av impulsive språkvansker fremfor manglende skolegang alene. Får vi andre opplysninger om at forhold i oppveksten umuliggjorde en sunn utvikling av hjernen, bør det tas med i betraktningen. Lange perioder med sult eller vedvarende traumatisering gjennom krig i barneårene er eksempler på forhold som gir høy risiko for kognitive vansker i voksenlivet. Slike grunner til nedsatt kognisjon og lærevansker vil kunne falle inn under sykdomsbetin-

gede årsaker. Dokumentasjon på antall undervisningstimer i norsk uten bedring av språkferdigheter vil kunne underbygge en mistanke om at den generelle kognitive kapasiteten er nedsatt, og at analfabetismen da er å regne som et lyte.

VALIDITETSTESTER

Utredninger bør alltid inkludere validitetstester som er designet for å avdekke mulig symptomaggraving (malingering). Hos personer som har minimal skolegang fra hjemlandet og svake norskferdigheter, kan imidlertid en annen fortolkning være nødvendig. Vi ser relativt ofte utfall på validitetstestene i denne populasjonen. Likevel er det sjelden grunn til å mistenke at personen bevisst simulerer alle sine vansker. Når det oppstår utfall på validitetstester, bør psykologen forsøke å tolke testatferden og testresultatet innenfor en kultursensitiv forståelsesramme. Personer kan komme fra en kollektivistisk kultur som skiller seg vesentlig fra vår prestasjonsdrevne kultur. Forståelsen av pasientrollen kan også være en helt annen. Det naturlige for personen kan være at en skal vise hvor syk en er. Det kan heller ikke forventes at en person med minimal skolegang umiddelbart blir komfortabel med skrivebordsoppgaver. En instruksjon om å jobbe så fort en kan med en oppgave, kan gi mindre mening i kulturer der forholdet til tid er langt mer avslappet enn i vår norske kultur. Vi har merket oss at en nevropsykologisk rapport som antyder simulering, kan få store konsekvenser for videre saksgang i NAV. Mulige årsaker til tilsynelatende manglende samarbeid under testingen bør derfor utforskes. Videre bør en prøve ut andre måter å kartlegge problemstillingen på, som nevnt tidligere. Hos personer som åpenbart har andre mer objektive opplysninger om helseutfordringer, må en unngå å skape et inntrykk av at alt er simulering.

Fatima, født i 68, henvises til privatpraktiserende nevropsykolog, tre år etter et venstresidig hjerneslag. Hun har svekket kraft i høyre arm og går noe ustøtt. Bortsett fra innleggelse i akuttfasen har hun ikke mottatt rehabilitering. Med unntak av enkelte praksisperioder gjennom tiltak i NAV har hun vært utenfor arbeidslivet. Hun har fire barn. Familien oppgir at hun ikke lenger mestrer huslige oppgaver. Hun ligger for det meste på sofaen. Nevropsykologen bes om å utrede kognitiv funksjon som ledd i en arbeidsevnevurdering.

Fatima møter til timen, og blir raskt satt i gang med testoppgaver. Hun jobber sakte og oppnår meget svake resultater. Validitetstestene viser mulig aggravering eller underprestering. Nevropsykologen konkluderer med at testresultatene ikke er gyldige, og at det derfor ikke er mulig å si noe om hennes kognitive fungering. NAV hjelper Fatima med å søke om uføretrygd, men hun får avslag på grunn av mulig simulering av symptomer og manglende dokumentasjon på varig sykdom.

Nevropsykolog i NAV får henvist saken til second opinion. Etter gjennomgang av sakens dokumenter skriver nevropsykologen en uttalelse om at det etter all sannsynlighet foreligger trettbarhetsproblematikk etter påvist hjerneslag, at kognitive utfall sannsynligvis foreligger, men at det grunnet begrensninger ved standard testmetodikk er vanskelig å utrede spesifikt. Mulige kulturelle forklaringer på underprestering oppgis, og det redegjøres for vanlige og sannsynlige følger etter hjerneslaget, deres varighet og hvordan de begrenser hennes fungering og kapasitet. Fatima søker på nytt uføretrygd, og får den innvilget.

TILTAK SOM ØKER ARBEIDSEVNEN

Det ordinære norske arbeidslivet er kjennetegnet av høye forventninger til produktivitet, rask omstillingstakt og økende grad av digitalisering. Mange av de mer praktiske arbeidsoppgavene har falt bort, og arbeidslivet preges av økte krav til kommunikasjon og språkforståelse. Det er krevende å komme inn i arbeidslivet for personer uten utdanning og med lite kjennskap til norsk kultur og språk.

Vi ser likevel muligheter som kan bedre den enkeltes integrering og inkludering i arbeidslivet. NAV har mange tiltak og virkemidler, men trenger bedre opplysninger om den enkeltes forutsetninger. Individuelt tilpasset tilrettelegging som baserer seg på psykologfaglige uttalelser, kan utgjøre en stor forskjell. Bruk av visuelle kommunikasjonshjelpemidler og tilpassede apper kan bidra til økt mestring og bedre opplæring av arbeidsoppgaver. NAV kan innvilge en mentor, som gjerne er en ansatt på arbeidsplassen. En mentor får økonomisk tilskudd for å følge opp arbeidstakere med ekstra behov. Finnes det en mentor med samme morsmål, kan inkluderingen styrkes, også for dem som strever med å lære seg norsk. Både forrige og nåværende regjering satser på økt bruk av statlig finansiert lønntilskudd, som vil gi flere mulighet til å prøve seg i arbeidslivet. Samtidig skal kommuner øke tilbudet om tilpassede arbeidsplasser, som vil bidra til at flere kan komme i jobbaktivitet.

Bashir har tidligere erfaring som kokk fra sitt hjemland. Han strever med å lære seg norsk, har noe nedsatt konsentrasjon, men har høy motivasjon for arbeid. Gjennom NAV har han fått praksisplass hos en lokal restaurant. Han er pliktoppfyllende, men gjør en del feil. Saken blir henvist til NAV Hjelpemiddelsentral, hvor arbeidsgiver blir gitt råd om tilrettelegging ved språkvansker og nedsatt konsentrasjonsevne. Ergoterapeut viser arbeidsgiver og Bashir hvordan visuelle bilder kan gjøre det enklere å følge oppskriftene. Bashir får opplæring i bruk av en bildebasert app for å ta imot bestillinger. Sammen lager de sjekklister som gjør det enklere å følge rutene ved stenging og åpning av restauranten.

AVSLUTNING

Psykologerklæringer er viktig dokumentasjon når NAV skal innvilge ytelser og utforme arbeidsrettet oppfølging. Det finnes åpenbare utfordrin-



Sykdommer og skader som inntraff før du har bodd minst fem år i Norge, gir ikke rett på uføretrygd



ger i utredning av personer med minimal skolegang og annen kulturell bakgrunn. Det betyr likevel ikke at en skal la være å bistå. Psykologer kan bidra med relevante psykologfaglige vurderinger til NAV ved å tilpasse sin metode og anvende godt faglig skjønn.

Erklæringer bør også beskrive hvilke praktiske konsekvenser vanskene har for den enkelte. I relasjon til arbeid er det viktig å kunne motta og følge opp beskjeder, ha evne til praktisk problemløsning og et tempo forenlig med forventningene. For personer som ikke mestrer digital eller skriftlig kommunikasjon, er det avgjørende at NAV blir gjort oppmerksom på behovet for tilpasset oppfølging, slik at

vedkommende unngår krav om digital kontakt i oppfølgingen.

Bedre samarbeid mellom NAV og helsevesenet er heldigvis et satsingsområde. Kompleksiteten i sakene som er omtalt her, understreker behovet for koordinering av offentlige tiltak og tjenester. For psykologene vil økt kunnskap om migrasjonshelse og krysskulturelle utredninger være en fordel. Vi anbefaler deg å lese *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*, redigert av Berg og Holt (2020), og *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar* av Arild Aambø (2021). Veiledning om å skrive erklæringer til NAV kan du få hos NAV, eller ved å kontakte forfatterne av artikkelen. ✕

REFERANSER

- Bakke, B., Degerud, E., Gravseth, H. M., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B. B., Sterud, T. & Øygardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeid og helse* (STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, 13. september). *Diskriminering i arbeidslivet*. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/arbeidsliv/diskriminering_i_arbeidslivet/#heading80792
- Berg, A. O. & Holt, K. (red.). (2020). *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Gyldendal.
- Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (Tolkeloven)*. (2021). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-79>
- Lov om supplerende stønad til personar med kort butid i Noreg*. (2005) (LOV-2005-04-29-21). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2005-04-29-21>
- Nell, V. (2000). *Cross-Cultural Neuropsychological Assessment – Theory and Practice*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410603562>
- Opaas, M. (2020). *Flyktninger med traumerelaterte plager – en kunnskapsoversikt*. I A. O. Berg & K. Holt (red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 89–111). Gyldendal.
- Popovac, Z. (2020). Innvandrerhelse og postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(4), 277–286. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-04-07>
- Popovac, Z. (2022). Fluktens pris – postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 652–655.
- Strøm, F., Lunde, E. & Lysen, J. G. (2020). *Nær halvparten av overføringsflyktingene har vedvarende lavinntekt*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/naer-halfparten-av-overforingsflyktingene-har-vedvarende-lavinntekt>
- Grebstad, U. & Hjemås, G. (2021). *Over halvparten av sosialhjelpsutbetalingene går til innvandrere*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 18. august 2022 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/over-halfparten-av-sosialhjelpsutbetalingene-gar-til-innvandrere>
- Strømme, E. M., Haj-Younes, J., Hasha, J. W., Fadnes, L. T., Kumar, B., Igländ, J. & Diaz, E. (2002). Changes in health among Syrian refugees along their migration trajectories from Lebanon to Norway: a prospective cohort study. *Public Health*, 186, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.07.016>
- Aambø, A. (2021). *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm Akademisk.

Søvnvansker og arbeidsevne: et klinisk eksempel

Søvnmangel henger sammen med svekket arbeidsevne. Gjennom et klinisk eksempel illustrerer jeg hvordan arbeidspsykologiske metoder kan kombineres med behandling.

Arbeidspsykologi handler om psykologiske faktorerets betydning for arbeidsrelaterte problemstillinger. Innen arbeidspsykologi har en tradisjonelt studert relasjonen mellom mennesker og arbeidsliv med tanke på hva som fremmer mestring, arbeidsglede og motivasjon, hva som skaper et godt arbeidsmiljø, hvordan en reduserer stress, belastninger og skader, og hvilke egenskaper som matcher ulike yrker. I 2011 stod omtrent 600 000 nordmenn i arbeidsfør alder utenfor arbeidslivet og mottok helserelaterte stønader (Øverland et al., 2011), og tall fra NAV viser at så mange som 36,8 % av de nye uføretrygdede i 2014, hadde en psykisk lidelse (NAV, 2017). Det er god dokumentasjon på at sykefravær er høyere blant personer med psykiske lidelser enn i resten av befolkningen, og denne gruppen representerer flere tapte årsverk enn noen annen diagnosegruppe (Mykletun et al., 2009). Samtidig er søvnproblemer et kjernesymptom innen depresjon og angstlidelser (Pallesen et al., 2007). I en norsk studie blant den generelle befolkningen fant man i 2014 at omtrent 15,5 % rapporterer om søvnproblemer (Pallesen et al., 2014). Det antas at omtrent 50–80 % av personer med en psykisk lidelse også har søvnforstyrrelser, og at omtrent halvparten av dem som

har insomni, har en komorbid psykisk lidelse (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

At mennesker kommer tilbake i arbeid, er viktig samfunnsøkonomisk, men også for individet, fordi arbeid er gunstig for den psykiske helsen. Det gir blant annet struktur på dagen, opplevelse av mening i livet, tilhørighet, sosial støtte, opplevelse av kompetanse og autonomi og økt selvbilde (Nordt et al., 2007; Ryan & Deci, 2000). Kjente viktige faktorer for å trives på jobben er blant annet et balansert samspill mellom krav, kontroll og støtte og anerkjennelse på jobben (Berge & Falkum, 2013; Karasek & Theorell, 1990). Lagerveld et al. (2012) har blant annet vist at kognitiv terapi med arbeidsfokus (W-CBT) korter ned antall dager med fravær fra jobben betraktelig sammenlignet med ordinær kognitiv terapi (CBT). I en systematisk oversiktsartikkel fant forfatterne at ikke-forstyrret søvn var positivt assosiert med å returnere til arbeid etter arbeidsrelatert utbrenthet (Kärkkäinen et al., 2017).

I denne artikkelen blir det presentert et behandlingsforløp der klienten var henvist til tiltaket «Raskere tilbake lettere psykiske lidelser» via fastlege og NAV hos Institutt for Psykologisk Rådgivning i Bergen. Dette tiltaket har senere blitt erstattet av «Arbeidsrettet behand-

TEKST

Ane Wilhelmsen-Langeland

KONTAKT

wilhelmsen-
langeland@ipr.no

MERKNAD

Denne teksten er opprinnelig skrevet som spesialistoppgave for spesialiteten klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk arbeidspsykologi i 2017 og nylig omarbeidet til artikkelformat.





”

Ikke-forstyrret søvn var positivt assosiert med å returnere til arbeid etter arbeidsrelatert utbrenthet

ling for angst og depresjon» og «HelseIArbeid», som nå ligger under helseforetakene. Klienten hadde søvnproblemer som hovedårsak til sykemeldingen fra arbeidet sitt, men hadde også forhøyede symptomer på angst og depresjon. Formålet med denne artikkelen er å belyse og diskutere hvordan kliniske arbeidspsykologiske metoder kan benyttes i praksis, kombinert med dokumentert psykologisk og atferdsmessig behandling for insomni.

Insomni regnes i denne sammenhengen som en «lettere psykisk lidelse». Artikkelen er ikke ment å være en kase studie, men en presentasjon av egen praksiserfaring innen klinisk arbeidspsykologi.

Søvnmangel og arbeidsevne

Søvnen vår reguleres i et samspill mellom to biologiske faktorer, nemlig vårt oppsparte søvnbehov og vår døgnrytme (Borbély et al., 1981). Vaner og atferd kan overstyre de to biologiske faktorene for søvnregulering (Bjorvatn & Pallesen, 2009). Arbeid er for mange utgangspunktet for strukturen på dagen og døgnrytmen. Jobben gjør at du kommer deg opp om morgenen, selv om du kanskje har sovet for lite eller føler deg søvnnig.

Ofte er det arbeid som gir deg motivasjon til å stå opp, og du kommer da i gang med dagen. Samtidig forutsetter de fleste jobber en viss grad av konsentrasjon og oppvaktet. Når en arbeidstaker sover for lite eller forstyrrer, vil det bli vanskeligere å utøve arbeidet sitt. Det er mange negative konsekvenser av å sove for lite og å være søvnnig. De fleste av oss blir irriterte, får problemer med å konsentrere oss og kan bli emosjonelt labile når vi ikke har fått nok søvn (Bjorvatn & Pallesen, 2009; Wilhelmsen-Langeland, 2016). Å komme på jobb tydelig trøtt og søvndeprivert kan også ha uheldige konsekvenser på jobben når det gjelder hvordan andre oppfatter oss, da ansiktet også blir preget av søvnmangel (Sundelin et al., 2013).

ARBEIDSRETTEDE TILTAK OG INSOMNIBEHANDLING

De kliniske arbeidsrettede tiltakene jeg presenterer her, er basert på protokollen til Lagerveld et al.: *Tilbakeføring til arbeid ved tilstedeværelse av psykologiske problemer* (2012). I tiltaket «Raskere tilbake lettere psykiske lidelser» var rammene maksimalt 15 behandlingstimer over en periode på 18 uker, der målet var full tilbakeføring (ikke lenger sykemeldt) til arbeid innen fristen. Kasuset i denne artikkelen er ikke basert på en enkeltperson, men en kom-

binasjon av mange ulike klienter jeg har hatt i behandling. Kasuset er videre konstruert av pedagogiske hensyn. Taushetsplikt vurderes derfor å være ivaretatt, da det ikke er én enkeltperson som beskrives, og hvis noe er gjenkjennbart, er det helt tilfeldig og kan ikke knyttes til en bestemt person.

Insomni

Insomni er en subjektiv diagnose som stilles ut fra klinisk intervju inkludert søvnhistorie, relevante spørreskjema (for eksempel Bergen Insomni Skala (BIS), Epworth Sleepiness Scale (ESS), søvndagbok og medisinsk undersøkelse som utelukker andre årsaker til søvnvanskene (Riemann et al., 2017). En person som har nok tid i sengen til å få nok søvn, lider trolig av insomni dersom hun har problemer med lang innsovning, natlige oppvåkninger og/eller våkner tidligere enn hun ønsker, og i tillegg opplever å være trett og lite uthvilt og har liten evne til å ta igjen tapt søvn på dagtid. Den best dokumenterte behandlingen er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi; Riemann et al., 2017).

Kasus – insomni

Inger er 45 år og har hatt insomni i 15 år. Hun har brukt Zopiklone de siste 10 årene fast hver kveld. Inger er trett, men ikke søvnløs. Inger jobber som bioingeniør ved et universitetssykehus. Når hun er på farten, går det ganske greit på jobb, men når hun for eksempel skal sitte og lese rapporter, mister hun fort konsentrasjonen. Inger legger seg i 2130-tiden og står opp 0700 når hun skal på jobb. Helgene er ganske like, selv om hun kan ligge noe lenger og slumre om morgenen. Hun opplever å være noe nedstemt til tider, men mest fordi hun er så sliten at hun ikke har initiativ til å gjøre noe. Fastlegen har utredet Inger for blodmangler, og det er ingen medisinske funn som kan forklare symptomene hennes. Søvnvanskene til Inger gjør henne irriterbar, hun orker ikke gå ut og spise med mannen slik de pleide, og hun avslår mange sosiale treff. Dette gjør at hun føler seg enda verre og gir næring til de negative selvevalueringene hennes. Inger ser på det å komme tilbake til full jobb som en viktig prioritet, da hun legger mye av sin identitet og verdi i å være i arbeid.

Veien tilbake i arbeid

I den første timen forklarer jeg Inger søvnregulering psykoedukativt, gir henne instruksjoner i å fylle ut søvndagbok og spørreskjemaene BIS og ESS. Vi lager også en liste over psykologiske problemer og temaer som har med arbeidssituasjonen å gjøre. Inger får også et arbeidsfokusert rasjonale med informasjon om hvordan psykiske lidelser kan påvirke arbeidsdeltakelse. Jeg presenterer en forventning om at hun vil starte i 20 % arbeid innen kort tid. Hun får med seg et skjema for å kartlegge arbeidssituasjonen, der hun blant annet skal svare på hvordan hun opplever sitt team på jobben, om hun opplever å ha stor arbeidsmengde, og om hun opplever å ha mulighet til å endre på sin arbeidssituasjon.

I andre time har jeg fått en bedre oversikt over arbeidsbetingelsene og søvnvanskene hennes. Søvndagboken viser at hun ligger i sengen i 9,5 timer (tid i sengen = TIS) og sover i 4 timer og 45 minutter (tid sovet = TS) i gjennomsnitt per natt. Hennes søvneffektivitet (SE) er på 50 % (TS 285 min/TIS 570 min x 100 = 50 %). Hun får instruksjoner om å følge CBTi (se tekstboks). Jeg ber henne ta utgangspunkt i når hun må opp

Kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi)¹

1. Begrens tiden du tilbringer i sengen til den tiden du faktisk sover, men minimum 5 timer (utregnet fra minst en ukes søvndagbok), dvs. _____ timer og _____ minutter.
2. Ta utgangspunkt i når du må stå opp for å nå jobb eller skole / ønsker å stå opp, og bestem deg for tidspunktet du skal stå opp hver morgen (også i helgene):
 - a. Stå opp klokken: _____
 - b. Legg deg klokken: _____
3. Legg deg når du er søvnløs nok til at du tror at du kan sovne, men ikke før angitt klokkeslett i pkt. 2b.
4. Får du ikke sove i løpet av kort tid (15–30 minutter), stå opp og gjør noe annet (rolig, gjerne kjedelig aktivitet uten mye lys) til du igjen blir søvnløs. Dette gjelder også ved oppvåkninger om natten. Gjentas så ofte som nødvendig natten gjennom.
5. Sengen og soverommet brukes kun til søvn (og ev. sex). Ikke les, spis, drikk, se på nettbrett/mobil eller tv/pc i sengen.
6. Ikke sov på dagen (dette forstyrrer døgnrytmen og fjerner oppspart søvnbehov til natten).
7. Når din søvneffektivitet (tid sovet/på tid i sengen x 100) er ≥ 85 %, kan du legge deg 15 minutter tidligere neste uke. Slik fortsetter du til du føler deg uthvilt på dagtid.

.....

¹ Se Bjorvatn, B. (2007). *Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig (1. utg.)*. Fagbokforlaget.



Klienten hadde søvnproblemer som hovedårsak til sykemeldingen

for å nå jobb, som er klokken 0700. Hun skal da legge seg 0200.

Jeg forklarer Inger hvordan det å ligge våken i sengen og tenke på jobben sin har ført til at hjernen assosierer sengen med «et sted der jeg ligger våken og stresser». Ved å ligge mye i sengen og holde på de faste rutinene for søvn (som jo er det som ofte anbefales), har Inger opprettholdt og forsterket denne assosiasjonen. Det vi nå skal gjøre, er å bryte den. Etter en uke regner jeg ut total tid i sengen, total tid sovet og søvneffektivitet. Hun har TIS på 5 timer og 15 minutter i gjennomsnitt (hun klarte ikke alltid å følge instruksjonene til punkt og prikke), og har TS på 4 timer. SE er 76 % prosent, og hun fortsetter med søvnrestriksjon i tidsrommet 0200–0700. Inger sover altså mindre enn før, og jeg forsikrer henne om at dette er helt normalt på dette stadiet i behandlingen. Jeg legger vekt på at hun allerede sover mye mer effektivt, noe som er første målet for CBTi-behandlingen.

Vi diskuterer kartleggingen av arbeidssituasjonen og hva det har ført til for Inger. Blant annet har Inger kommet frem til at hun må be om tilrettelegging på jobben i starten, der hun slipper å sitte og lese rapporter, men heller kan gjøre mer aktivt og praktisk arbeid som er mindre monotont og passivt. Vi jobber med en problemanalyse der vi kartlegger hvilke områder på jobben hun synes er mest interessante, hva som motiverte henne for arbeid før hun ble sykemeldt, og om hun opplever at hun passer til jobben hun har.

Vi setter opp en tilbakeføring til arbeid-plan med datoer for når Inger skal begynne i 20 % arbeid, 40 %, deretter 60 %, 80 % og til slutt når vi planlegger full tilbakeføring til arbeid. Denne tilbakeføringsplanen, sammen med en behandlingsplan blir sendt til fastlegen hennes etter tredje time. Nå har vi en plan som hun skal forsøke å følge. Den er ikke hugget i stein, og vi evaluerer naturligvis planen underveis. Dette snakker vi om i timene.

Etter tre uker med CBTi har Inger tro på denne behandlingen fordi hun merker at hun sover mer sammenhengende, og det å legge seg er nå noe hun gleder seg til heller enn å grue seg til enda en søvnløs natt. Vi begynner å trappe ned på Zopiklone i samarbeid med fastlegen. Det er lurt å vente med nedtrapping av sovemedisiner til klienten opplever effekt av CBTi. Dersom man trapper ned for tidlig, vil

eventuelle dårlige netter attribueres til nedtrappingen av medisinerne (Bjorvatn, 2012; Wilhelmssen-Langeland, 2020), mens når klienten erfarer at CBTi hjelper, er det lettere å sette i gang nedtrapping.

I femte time har Inger 85 % søvneffektivitet. Hun får nå legge seg 15 minutter tidligere per uke og skal legge seg 0130 og stå opp 0700. Hun opplever at det å sove mer sammenhengende og ikke ha så mye våken tid i sengen fungerer godt. Inger er imidlertid mer og mer søvnløs og klarer ikke helt å følge instruksjonene i CBTi-behandlingen. Vi snakker om at dette egentlig er bra, da det betyr at kroppen hennes begynner å reagere mer normalt på søvnmangel over tid. Når Inger hører at dette er et godt tegn, blir hun beroliget.

Vi evaluerer opptrappingen til mer arbeid. Hun har for eksempel fått tilbakemelding på at de ønsker at hun holder en presentasjon om et arbeid hun har jobbet mye med. Dette gruet Inger seg veldig til, og hun var redd for å virke uopplagt og distansert på grunn av søvnnvanskene. Inger løste frykten for å virke uopplagt ved å ta seg en 15 minutters spasertur i frisk luft før presentasjonen. Dette fungerte bra, og hun følte seg klar i hodet. Hun fikk gode tilbakemeldinger og opplevde mestring. Inger kjente etter denne erfaringen at hun var på vei tilbake til sitt gamle jeg.

Etter 10 konsultasjoner sov Inger 6 timer og 45 minutter i gjennomsnitt hver natt. Hun hadde da noen kortere netter som hun hadde lært seg å ikke fokusere så mye på, men også noen netter der hun sov 7 timer, noe som ikke hadde skjedd på 15 år. Inger opplevde at hun kunne ta dette videre selv, og hun var fornøyd med å fungere på dagtid og i jobben. Inger var på dette tidspunktet i 80 % arbeid med en plan om å starte fullt arbeid innen to uker.

Hos dem som står utenfor arbeidslivet i Norge på grunn av psykiske lidelser, antar en at minst halvparten og kanskje så mye som 80 % har en søvnlidelse samtidig. Det er dessverre sånn at psykologer i Norge forholder seg mye til det som skjer i terapirommet, og lite til arbeidet til klientene, som de ofte skal tilbake til etter behandlingen. Måltrettet søvnbehandling vil i de fleste tilfeller ha god effekt på søvnen, og i tillegg vil dette redusere symptomer på psykiske lidelser, som igjen kan gjøre det lettere å komme tilbake i arbeid og rett og slett å *fungere* bedre. ✘

REFERANSER

- Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.
- Bjorvatn, B. (2007). *Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig (1. utg.)*. Fagbokforlaget.
- Bjorvatn, B. (2012). *Søvnsykdommer: Moderne utredning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjorvatn, B. & Pallesen, S. (2009). A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews, 13*(1), 47–60. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.04.009>
- Borbély, A. A., Baumann, F., Brandeis, D., Strauch, I. & Lehmann, D. (1981). Sleep deprivation: effect on sleep stages and EEG power density in man. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 51*(5), 483–495. [https://doi.org/10.1016/0013-4694\(81\)90225-X](https://doi.org/10.1016/0013-4694(81)90225-X)
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2007). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*(4), 394–402.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O. P. & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine, 67*(6), 461–468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninckmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Shaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(2), 220–234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet.
- NAV. (2017). *Diagnoser uføretrygd*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W. & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine, 65*(7), 1420–1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.024>
- Pallesen, S., Nordhus, I., Sivertsen, B., Omvik, S., & Bjorvatn, B. (2007). Psykologers kunnskaper om søvn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*(4), 365–371.
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I. H. & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine, 15*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.009>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groseelj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Goncalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, Ch., Parrino, L., Paunio, Peevermagie, D., Verbraecken, J., Weß, H.-G., Wichniak, A., Zavalko, I., Arnarsdottir, E.S., Deleanu, O.-C., Strazisar, B., Zoetmulder, M., & Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Reserach, 26*(6), 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/110003-066X.55.1.68>
- Sundelin, T., Lekander, M., Kecklund, G., Van Someren, E. J., Olsson, A. & Axelsson, J. (2013). Cues of fatigue: effects of sleep deprivation on facial appearance. *Sleep, 36*(9), 1355–1360. <https://doi.org/10.5665/sleep.2964>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2018, 28. november). Dette bør du vite om søvn. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2016/05/dette-bor-du-vite-om-sovn/>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2020). *Våkne opp! Om søvnens psykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Øverland, S., Knutsen, A. K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(8), 739–744.

HIA UNG:

Arbeidspsykologi inn i skolene

Faller du fra i videregående skole, er risikoen stor for at du havner utenfor arbeidslivet. Et prosjekt i regi av HelseArbeid har som formål å forebygge frafallet.

TEKST

Pia Silvana Entner og Tove Marie Lium, HelseArbeid, UNN, Tromsø

KONTAKT tove.marie.lium@unn.no

MERKNAD Prosjektet er meldt inn til NSD og har fått prosjektnummer 595155.

I ARBEIDSPSYKOLOGIEN tar man utgangspunkt i at arbeid er bra for helse. Arbeidsplassen vil ofte være en god arena for tilfriskning, og tidlig innsats er viktig for å unngå langvarig jobbfravær. Studier på arbeidsfokustert terapi viser at aktive tiltak på arbeidsstedet både virker tilfriskende og opprettholdende på fungering, i motsetning til isolerte behandlingstiltak på klinikk. (Bejerholm et al., 2017; Blonk et al., 2006; Cullen et al., 2018; Lagerveld et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2014; Reme et al., 2015). En kan tenke seg at det samme vil gjelde på skolen for skoleelever (Kearney & Graczyk, 2014).

Ungdom i aldersgruppen 15–19 år har ikke vært prioritert i forskning og utprøving av intervensjoner som kan bedre helse og fungering. Helseforhold har vist seg å ha betydning for frafall i skolen. Selvrapperte somatiske symptomer og psykiske og psykososiale problemer øker sannsynligheten for frafall (De Ridder et al., 2012; De Ridder et al., 2013; Ghaderi, 2014; Markussen & Seland, 2012; Sagatun et al., 2014). Frafall fra utdanning er også knyttet til helse- og levekårsproblemer senere i livet. En oversiktsstudie antyder at om lag halvparten av alle tilfeller av psykiske lidelser blant voksne hadde sin debut i tenårene (Folkehelseinstitut-

tet, 2018). Frafall kan også skyldes sosioøkonomiske forhold, utfordrende hybelliv, erfaring med mobbing og negative rollemodeller (Antonsen et al., 2016; Ramsdal et al., 2018).

Løvvik et al. (2014) fant at mestringsforventning er en avgjørende faktor for om sykemeldte kommer tilbake på jobb. En liknende faktor kan tenkes å gjelde for elever i videregående skole (VGS) som står i fare for å falle ut. Istedenfor jobbmestring kan en i denne sammenhengen snakke om skolemestring. En slik tilnærming har blitt studert av flere (Legault et al., 2006; Ramsdal et al., 2013; Vallerand & Bissonnette, 1992; Vallerand et al., 1997), som har funnet at frafallselever ofte har lavere mestringsforventning enn andre elever og mindre tro på egen evne til å lære. Skolemestring kan defineres som forventning om å mestre skolens krav, tillit til egen kompetanse og ferdigheter i skolesituasjonen. Opplevelse av å mestre gir en følelse av kontroll og er også forbundet med bedre utførelse av oppgaver. Dermed blir det en buffer mot stressbelastning.

Bred sosial støtte ved utfordringer i skolesituasjon er en viktig faktor som påvirker frafall (Ramsdal et al., 2018). Frafallselever rapporterer i større grad om manglende eller liten støtte fra voksenpersoner. Tilhørighet og støtte

på arbeidsplassen er viktig for arbeidstakere (Finne et al., 2016; Aagestad et al., 2014), og dette synes å gjelde for elever i skolen også.

HELSEIARBEID

Mestring er en viktig faktor i så vel jobb som i skole. Ved HelseIArbeid har vi startet et prosjekt for å se om gode tiltak for voksne i arbeidslivet kan være nyttig for elever i skolen.

Ved HelseIArbeid (HIA) er fagressurser fra spesialisthelsetjenesten og NAV samlokaliserte. Målgruppen er mennesker med muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager. Tilbudet er spesielt rettet mot personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid eller studier. HIA gjør det mulig for NAV og spesialisthelsetjenesten å jobbe sammen for å forebygge og redusere fravær.

HIA består av to ulike tiltak: et individuelt og et for bedrifter. Individtiltaket er rettet mot personer med alminnelige helseplager som kan få utredning og et avgrenset tilbud om oppfølging hos psykolog, lege eller fysioterapeut. Bedriftstiltaket er et helsefremmende forbyggende tiltak som består av tre opplæringsmoduler. Modulene gjennomføres av NAV og spesialisthelsetjenesten i samarbeid ute på de respektive arbeidsplassene i løpet av et år.

I hver modul legges det opp til prosesser der NAV bruker sin kompetanse for å knytte fagstoffet til hverdagen på arbeidsplassen. Bedriftene jobber med temaene i de ulike modulene på egen hånd mellom hver presentasjon.

Gjennom å formidle kunnskap om vanlige helseplager til ledere og ansatte bidrar HIA til at den enkelte arbeidstaker kan få et bedre arbeidsliv til tross for sine helseplager. Inkludering får bedre vilkår når ledere og ansatte øker sine kunnskaper.

HIA UNG

Prosjektet HelseIArbeid UNG (HIA UNG) tar utgangspunkt i bedriftstiltaket vi har beskrevet over, og bringer på denne måten arbeidspsykologiske prinsipper inn i en utdanningskontekst. Prosjektet eies av Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Prosjektet er finansiert av de fire regionale helseforetakene Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Midlene forvaltes av Helse Sør-Øst RHF, og er satt av til monitorering og kunnskapsspredning innen fagområdet helse og arbeid.

PROSJEKTBEKRIVELSE

Formålet til prosjektet HIA UNG er å utvikle og pilotere en intervensjon for kunnskapsspredning om vanlige muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager til ungdom i VGS. En ønsker med dette å styrke elevenes forutsetninger for å fullføre videregående skole og mestre overgang til videre utdanning eller arbeid. Problemstillingen i prosjektet er todelt. Den ene omhandler hvorvidt elever i VGS kan dra nytte av et etablert tiltak fra arbeidslivet (Bedriftstiltaket), og den andre handler om hvorvidt prosjektet vil bidra til reduksjon i frafall i VGS.

En skal nå tilrettelegge og prøve ut intervensjonene fra Bedriftstiltaket ved to videregående skoler i Troms og Finnmark, i to klasser ved hver skole. Første modul skal etter planen bli presentert ved skolestart høsten 2022.

I likhet med Bedriftstiltaket vil tilbudet bestå av moduler med ulike tema for å styrke ungdommenes kunnskap om helse og forebygging. HIA UNG skiller seg fra andre tiltak i VGS ved at tiltaket er innrettet mot hele klasser og ikke enkeltindivid. Prosjektet fokuserer på alminnelige hel-

HelseIArbeid UNG - pågående forskningsprosjekt

- Helseforhold har vist seg å ha betydning for frafall i skolen. Frafall fra utdanning er også knyttet til helse og levekårsproblemer senere i livet.
- Mestring er en viktig faktor i så vel jobb som i skole.
- HelseIArbeid har startet et prosjekt for å se om gode tiltak for voksne i arbeidslivet kan være nyttig for elever i skolen.
- Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved Universitetet i Tromsø vil gjennomføre kvalitativ følgeforskning av prosjektet.
- Prosjektet startet opp september 2021 og skal etter planen avsluttes desember 2023.



Frafall fra utdanning er også knyttet til helse- og levekårsproblemer senere i livet

seplager og er diagnoseuavhengig. I prosjektet vil spesialisthelsetjenesten med psykolog og fysioterapeut fra HIA i samarbeid med NAV dra ut i skolene og bidra med kunnskap som kan forebygge helseplager og frafall, samt øke helsekompetanse. Prosjektet gir oppfølging over tid og innebærer prosessarbeid på den aktuelle arenaen (skolen) for å nå målet. I HIA UNG snakker vi om klassemiljø istedenfor arbeidsmiljø, og læreren får den naturlige rollen som leder.

I prosjektet samarbeider tverrfaglige ressursgrupper, der fagfolkene som deltar, er involvert i ulik grad. I prosjektgruppen sitter det representanter fra Institutt for samfunnsmedisin, NAV arbeidslivssenter, Troms og Finnmark fylkeskommune, Ungdomsrådet i UNN, HIA Tromsø og Opptreningscenteret i Finnmark (OIF). Mandatet til prosjektgruppen er å ta beslutninger rundt prosjektet, eksempelvis hvilke skoler som skal være med, og å bestemme målgruppe for intervensjonen og etablere medvirkningsgruppe.

Medvirkningsgruppen har deltakere fra HIA Tromsø, Ungdomsrådet i UNN, OIF og representanter fra to videregående skoler (lærere, rådgivere, miljøterapeuter, helsesøstre og elevrepresentant). Medvirkningsgruppens deltakere jobber med det opprinnelige Bedriftstiltaket og hvordan det kan tilpasses. Gruppen tar beslutninger rundt hvilke klasser og linjer som skal delta, og kommer med innspill til innhold og utforming av modulene.

Når prosjektet er organisatorisk på plass, vil en arbeidsgruppe med representanter fra OIF, HIA Tromsø og NAV sammen lage et utkast til intervensjonen. Prosjektet startet opp september 2021 og skal etter planen avsluttes desember 2023.

Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved Universitetet i Tromsø vil gjennomføre kvalitativ følgeforskning av prosjektet og kartlegge hvordan elevene opplevde å være målgruppe for intervensjonen, og hvordan de opplevde gjennomføringen og innholdet i det som ble formidlet. Prosjektet har sendt forespørsel til Norsk senter for forskningsdata, NSD (prosjektnummer 595155).

Prosjekter for ungdom på vei inn i voksenfasen er mangelvare, og HIA UNG retter seg spesielt mot denne gruppen. For hvert årskull beregnes kostnadene ved frafall fra norske skoler til omtrent fem milliarder kroner. Fordi mange av dem det gjelder, risikerer å bli ekskludert fra arbeidslivet og kan få helsemessige problemer senere i livet, kan en økning med 10 prosentpoeng, fra 70 til 80 prosent, som gjennomfører videregående med bestått, spare samfunnet for mellom 5,4 og 8,8 milliarder kroner årlig (Lillejord et al., 2015).

HIA UNG ønsker gjennom prosjektet å pilotere en tjeneste som kan bidra til at flere unge mestrer utdanning og overgangen til arbeidsliv, og dermed forebygge fremtidige plager og fravær i arbeidslivet. ✘

REFERANSER

- Antonsen, K. M., Anvik, C. H. & Waldahl, R. H. (2016). *Jeg skulle ikke være en av de som slutter, liksom! Frafall og tiltak mot frafall i videregående opplæring i Lofoten*. (NF-rapport nr. 10/2016). Bodø: Nordlandsforskning.
- Bejerholm, U., Larsson, M. E. & Johanson, S. (2017). Supported employment adapted for people with affective disorders – a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 207, 12–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.028>

- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129–144. <https://doi.org/10.1080/02678370600856615>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, E., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- De Ridder, K. A., Pape, K., Cuypers, K., Johnsen, R., Lingaas Holmen, T., Westin, S. & Bjørngård, J. H. (2013). High school dropout and long-term sickness and disability in young adulthood: a prospective propensity score stratified cohort study (the Young-HUNT study). *BMC Public Health*, 13(941). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-941>
- De Ridder, K. A., Pape, K., Johnsen, R., Westin, S., Holmen, T. L. & Bjørngaard, J. H. (2012). School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 995–1000. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200047>
- Finne, L. B., Christensen, J. O. & Knardahl, S. (2016). Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress and Positive Affect: A Prospective, Multilevel Study. *PLOS ONE*, 11(3). Artikkel e0152220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152220>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse-rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenter-filer/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Ghaderi, S. (2014). *Impact of cancer in childhood, adolescence, and young adulthood on death, social security benefit uptake and education. A nationwide population-based cohort study* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Kearney, C. A. & Graczyk, P. (2014). A response to intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism. *Child & Youth Care Forum*, 43(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9222-1>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. B., Brenninkmeijer, V., Winjaards-de Mej, L. & Schauffeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental health disorders and return to work: A comparative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220–234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- Legault, L., Green-Demers, I. & Pelletier, L. (2006). Why do high school students lack motivation in the classroom? Toward an understanding of academic amotivation and the role of social support. *Journal of Educational Psychology*, 98(3), 567–582. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.3.567>
- Lillejord, S., Halvorsrud, K., Ruud, E., Morgan, K., Freyr, T., Fischer-Griffiths, P., Eikeland, O. J., Hauge, T. E., Homme, A. D., Manger, T., Kirkeboen, L. J. & Sandsør, A. M. J. (2015). *Frafall i videregående opplæring: En systematisk kunnskapsoversikt*. Oslo: Kunnskaps-senter for utdanning.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S. & Reme, S. E. (2014). Expectations and illness as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg – bare skolenes ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011*. (Rapport 6:2012). Oslo: NIFU.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., van der Feltz-Cornelis, C. M. & Bültmann U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Artikkel CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub3>
- Ramsdal, G. H., Bergvik, S. & Wynn, R. (2018). Long-term dropout from school and work and mental health in young adults in Norway: A qualitative interview-based study. *Cogent Psychology*, 5(1), Artikkel 1455365. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1455365>
- Ramsdal, G., Gjørnum, R. G. & Wynn, R. (2013). Dropout and early unemployment. *International Journal of Education Research*, 62, 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2013.06.011>
- Reme, S. E., Grasdal, A., Løvvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745–752. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>
- Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2014). Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health*, 14(16). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-16>
- Vallerand, R. J. & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, Extrinsic, and Amotivational Styles as Predictors of Behavior: A Prospective Study. *Journal of Personality*, 60(3), 599–620. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00922.x>
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S. & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1161–1176. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1161>
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), 787–793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>

Sysselsetting av pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Hvordan fungerer modellen Individual Placement and Support (IPS) i en norsk kontekst? Presentasjon av en metaanalyse og prosjektet IPSNOR.

TEKST Beate Brinchmann, Psykisk helse- og rusklinikk, Nordlandssykehuset og Arnstein Mykletun, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Folkehelseinstituttet, Kompetanse-tjeneste for arbeid og psykisk helse, Nordlandssykehuset, Helse Bergen HF

KONTAKT
beate.brinchmann@nordlandssykehuset.no

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er i svært liten grad i arbeid. Dette er til tross for at mange setter deltakelse i arbeid som sentralt for eget liv, og at gode effektive tiltak finnes. Arbeidsrehabiliteringsmodellen Individual Placement and Support (IPS) har vist god effekt i randomiserte kontrollerte studier og implementeres i stor skala i Norge i dag. Kan en tilnærming som satses på ordinært arbeid uten avklaring i forkant, og arbeidsgivere som er godt vant med støtteordninger fra NAV, greie å etablere seg under norske betingelser? Og vil vi greie å implementere modellen slik at den også gir effekt under norske betingelser? For å finne svar på disse spørsmålene gjennomfører vi et prosjekt kalt IPSNOR (IPS i Nord-Norge). Hensikten med prosjektet IPSNOR er å fremme implementering av IPS i Nord-Norge samt å følge implementeringen med forskning. I denne artikkelen vil vi spesielt se nærmere på en systematisk litteraturgjennomgang av RCT'er på IPS fra 1993 og frem til 2020 (Brinchmann et al., 2020). Artikkelen det vises til, er del av en pågående doktorgrad som utforsker effekten av implementering av IPS i en norsk kontekst.

Uførhet på grunn av psykiske lidelser medfører store kostnader for den enkelte og for samfunnet. I Norge brukes cirka 5 % av brutto nasjonalprodukt til uførhet og sykefravær (OECD, 2013), og psykiske lidelser utgjør cirka halvparten av dette. Når det gjelder gruppen med alvorlige psykiske lidelser, er bare 5–10 %

i arbeid (Evensen et al., 2016). Samtidig vet vi at mange ser på arbeid som sentralt for bedring og ønsker å være i arbeid (Drake & Whitley, 2014).

Til tross for et noe dystert utgangspunkt finnes virksomme tiltak. Det påfallende er at vi ikke tilbyr disse som standard helsetilbud. Det kan være mange årsaker til at effektive tiltak ikke overføres til praksis, og ofte tar det 15–17 år før tiltak implementeres (Bauer & Kirchner, 2020; Morris et al., 2011).

INDIVIDUELL JOBBSTØTTE

Når det gjelder å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser å finne arbeid, finnes en tilnærming som har vist god effekt over tid og under ulike betingelser; Individual Placement and Support (IPS). IPS er en individrettet tilnærming som er opptatt av den enkeltes ønsker og motivasjon, den ekskluderer ingen med bakgrunn i diagnose eller symptomer, og gir støtte til ordinært arbeid. Deltakere i IPS får individuelt tilpasset støtte før, under og ikke minst etter at de har oppnådd ordinært arbeid (Drake, 2012). Denne måten å jobbe på står i kontrast til tradisjonell arbeidsrehabilitering, som ofte følger en trappetrinnsmodell hvor ferdigheter må trenes og symptomer mestres eller dempes før neste steg mot arbeid kan tas. Med en slik tilnærming vil pasienter med høyt symptomtrykk eller rusutfordringer ofte ikke få anledning til å forsøke seg i vanlig arbeid. Arbeidsrehabilitering er vanligvis ikke integrert som standard del av helsetjenestens tilbud til denne pasient-

gruppen, og samkjøring mellom NAV og helsetjenesten kan være utfordrende. Et grunnleggende prinsipp i IPS er at pasienten selv bestemmer tempo og type arbeid – og ikke minst – et mål om at arbeidet skal være betalt med vanlig lønn. IPS tilbys som en del av tilbudet i helse, og i tett samarbeid med NAV. Å jobbe slik krever at en ny rolle integreres i helse-teamene; en IPS- jobbspesialist. Jobbspesialisten skal følge pasienten tett og utadrettet både mot arbeidsgivere, og når det er ønskelig, også pårørende. Integreringen av jobbspesialisten i helseteamet sikrer et helhetlig og sammenhengende forløp i samarbeid med pasient.

Til tross for mange randomiserte kontrollerte studier (RCT) med god effekt fra ulike deler av verden (Bond et al., 2020), har det vært betydelig usikkerhet knyttet til å generalisere modellen til nye land. I Norge ble det gjennomført en stor RCT som gav overbevisende resultat (Reme et al., 2019) som viste at IPS også kunne virke i en norsk kontekst. Dette var strategisk viktig og gav støtte til politiske beslutninger om å implementere IPS i Norge.

FRA FORSKNING TIL PRAKSIS

Fagmyndigheter og politikere trenger tydelige råd fra forskning før tiltak kan og bør skaleres. For å finne ut hva som bør prioriteres, bør man vite at effekten av en behandling kan vise stabile resultater over tid gjennom mange effektstudier. Slik kunnskap får man om man har tilstrekkelig med gode kontrollerte studier med stabilt god effekt over tid. Kontrollerte eksperimenter med tilfeldig fordeling mellom intervensjonen man ønsker å teste og kontrollbetingelse (RCT), er gullstandard innen forskning. I slike studier er deltakerne i de to gruppene så like som mulig med hensyn til alt som kan påvirke utfallet for om de får seg jobb, for eksempel diagnose, kjønn og alder. Slik kan vi med best mulig sikkerhet si noe om hvordan IPS påvirker hvor mange som får jobb sammenlignet med tradisjonell arbeidsrehabilitering eller såkalt *Treatment As Usual*, TAU. Selv om slike enkeltstudier gir en pekepinn, viser historien viktigheten av gjentagelse av studier over tid, med ulike forskningsgrupper og ulike kontekster. Ved å samle slike studier med høy kvalitet i systematiske oversikter (metaanalyser) kan vi få enda høyere tillit til hvorvidt effektene er robuste.

IPSNOR - MAKING DIFFERENT NORMAL

IPSNOR er en satsning i regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse i Nordlandssykehuset, og omfatter støtte til praktisk implementering av IPS samt forskning (<https://ipsnor.no>). IPS er i Norge etablert som en krevende samhandlingsmodell mellom helse og NAV, og det er mange utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av sektorer. I Nord-Norge har IPS ekspandert fra tre stillinger i 2013 ved ett DPS – til mellom 60–70 stillinger i dag fordelt i hele regionen. Denne utvidelsen gir gode betingelser for et naturlig eksperiment, hvor vi sammenligner region nord med andre regioner uten en slik utvikling i samme tidsperiode. For å få dette til har det vært et tett samarbeid mellom praksisfeltet, forskningsgruppen i IPSNOR, helsebyråkrater og NAV, med felles enighet om å følge utviklingen med forskning. IPSNOR-prosjektet triangulerer data fra registre med intervjuer med pasienter, klinikere, jobbspesialister og NAV-ansatte. Forskningen på IPSNOR er finansiert av Norges forskningsråd med til sammen 23 millioner kroner og har tilknyttet seks stipendiater.



... arbeidet skal være betalt med vanlig lønn

Fig 1¹



MAKING DIFFERENT NORMAL



I Nord-Norge har IPS ekspandert fra tre stillinger i 2013 ved ett DPS til mellom 60–70 stillinger i dag fordelt i hele regionen

Samarbeidspartnere inkluderer London School of Economics, University of New South Wales, South West London & St George's Mental Health NHS Trust, The University of Melbourne, UiT Norges arktiske universitet, Universitetet i Bergen, Nord universitet, Helse Nord RHF, NAV fylkeskontor i Nordland og Troms og Finnmark, NAV Hordaland og Hadeland, HelseDirektoratet, Folkehelseinstituttet og Haukeland Universitetssykehus, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

FUNGERER IPS I GENERØSE VELFERDSSAMFUNN?

I en av delstudiene i IPSNOR sammenstiller vi resultater fra mange tidligere randomiserte kontrollerte studier fra Asia, Australia, USA og Nord-Europa, og forsøker slik å bidra til at beslutninger kan tas på hvorvidt det er trygt å omsette IPS fra forskning til praksis i Norge til tross for ulik kontekst og politiske forhold (Brinchmann et al., 2020).

Mye av den tidlige forskningen på IPS ble gjennomført i USA. Dette gjør at vi både kan og bør være skeptiske til om forskningsresultatene kan omsettes til norske forhold. Organisering, betingelser og rettigheter knyttet til helsehjelp, sosialhjelp eller trygdeytelser skiller seg fra en generøs skandinavisk velferdsmodell. Det har også vært knyttet stor usikkerhet til om IPS vil ha like god effekt i land med et sterkt stillingsvern, og arbeidsgivere som i liten grad kan ansette eller sparke ansatte uten omfattende prosesser (Metcalf et al., 2018). I tillegg har vårt hjemlige arbeidsmarked vært kjennetegnet ved lav arbeidsledighet og en generelt godt utdannet befolkning. Kan en tilnærming som satser på ordinært arbeid uten avklaring i forkant, og arbeidsgivere godt vante med støtteordninger fra NAV, greie å etablere seg her?

SENTRALE FORSKNINGSPØRSMÅL I METAANALYSEN

Denne studien undersøker om effekten av IPS sammenlignet med tradisjonell arbeidsrehabilitering holder seg når vi slår sammen resultater fra mange studier fra ulike land. Vi ser også nærmere på om effekten av IPS utfordres av ulike betingelser i de landene studiene ble gjennomført. Her har vi plukket ut både variabler i arbeidsmarkedet og betingelser ved arbeidsmarkedspolitikken som vi tror kan påvirke hvor godt IPS lykkes. Variablene kan vi sortere inn under fire ulike overskrifter:

- Generøse velferdsbetingelser (Her benytter vi en kompensasjonsindeks fra OECD som blant annet beskriver hvor lett tilgjengelig velferdstytelser er, kompensasjonsgrad, varighet på ytelser, etc.)
- Aktiv arbeidsmarkedspolitikk (Her benyttes en integrasjonsindeks fra OECD som beskriver ulike arbeidstiltak eller rehabilitering for tilbakeføring til arbeid – varighet og tilgjengelighet, mulighet for å kombinere arbeid og trygd samt antidiskrimineringslovverk)
- Stillingsbetingelser og stillingsvern (To indekser fra OECD som blant annet beskriver regler for oppsigelse og muligheter for midlertidige ansettelser)
- Arbeidsmarkedsbetingelser (Tall fra OECD og Verdensbanken som viser arbeidsledighet, andel uføre i befolkningen, sysselsetting etter utdanningsnivå og økonomisk vekst BNP)

METODISK TILNÆRMING

For å finne svar på disse spørsmålene har vi gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang av RCT'er på IPS fra 1993 og frem til 2020. De RCT'er

som ble inkludert i den systematiske sammenstillingen dokumenterer god kvalitet på intervensjonen IPS, og sammenligner resultater med en gruppe som mottok vanlig behandling (TAU), som ofte var tradisjonell arbeidsrehabilitering. Studien inkluderte RCT'er av pasienter med psykiske lidelser.

Ved metaanalyse sammenlignet vi så effekten av IPS med effekten av tradisjonell arbeidsrehabilitering på oppnåelse av ordinært arbeid. I tillegg undersøkte vi hvorvidt effekten av IPS ble redusert av generøse velferdsbetingelser, aktiv arbeidsmarkedspolitikk, stillingsbetingelser og stillingsvern og arbeidsmarkedsbetingelser.

Data til disse variabler ble samlet fra indekser innhentet og systematisert av OECD (<https://data.oecd.org/>). Data på økonomisk vekst og arbeidsledighetsrate er samlet fra Verdensbanken (<http://data.worldbank.org>). Tidsseriedata for stillingsbetingelser og individuelle betingelser er tilgjengelig fra OECD (<http://www.oecd.org/employment/emp/oecdindicatorsofemploymentprotection.htm>), mens tidsseriedata for indeksene for kompensasjon ble gjort tilgjengelig fra OECD på forespørsel. Data for kompensasjon og fra Hong Kong og Bulgaria er hentet fra Metcalfe et al. (2018).

For ytterligere informasjon, se Brinchmann et al., 2020.

HVA FANT VI?

Til sammen oppfylte 27 randomiserte kontrollerte studier inklusjonskriteriene. Totalt omfattet dette 6651 deltakere. Studiene ble gjennomført i USA, Asia, Australia og ni ulike land i Europa med hovedvekt på den nordlige del, inkludert studier fra Norge, Sverige og Danmark. Hovedsakelig hadde deltakerne alvorlige psykiske lidelser, to studier hadde overvekt av moderate psykiske lidelser, to studier fokuserte på veteraner med PTSD, mens to studier involverte pasienter med førstegangspykose.

Gjennomgående finner vi at IPS virker bedre enn tradisjonell arbeidsrehabilitering. En jobbsøker med en alvorlig psykisk lidelse som har tilbud om IPS, får mer enn doblet sine sjanser til å komme i jobb.

Videre fant vi holdepunkter som understøtter at effekten av IPS er like sterk i land med generøse velferdsbetingelser, aktiv arbeidsmarkedspolitikk og regulering av midlertidig arbeid. Vi fant ikke at arbeidsmarkedsbetin-

Sentrale forskningsspørsmål i IPSNOR-prosjektet og noen foreløpige funn

- Hvilken effekt finner vi når IPS etableres i vanlig klinisk drift i Nord-Norge? (registerstudier)
- Hva er de helseøkonomiske konsekvensene? (litteraturgjennomgang, registerstudier og registrering av aktivitet)
 - Eks: Park, A., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Aars, N. A. P., Mykletun, A. & McDaid, D. (2022). Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: a systematic review. *European Psychiatry*, 1-76. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2309>
- Hvilke barrierer, men også fasilitering, finner vi under implementeringen? (Kvalitative studier og spørreskjema)
 - Eks: Moe, C., Brinchmann, B., Rasmussen, L., Brandseth, O. L., McDaid, D., Killackey, E., Rinaldi, M., Borg, M. & Mykletun, A. (2021). Implementing individual placement and support (IPS): the experiences of employment specialists in the early implementation phase of IPS in Northern Norway. The IPSNOR study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 632-632. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03644-x>
 - Eks: Brinchmann, B., Rinaldi, M., Sandtorv, E., Moe, C. F., McDaid, D., Killackey, E. & Mykletun, A. (2022). Are attitudes in employees of public employment service in line with the principles of individual placement and support? A questionnaire-based survey. *Social Policy & Administration*, 56(4), 681-692. <https://doi.org/10.1111/spol.12828>
- Hva skal til for å lykkes som jobbspesialist? (Spørreskjemaundersøkelse og kvalitativ studie)
 - Eks: Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Johnsen, E. & Mykletun, A. (2022). Turnover of IPS employment specialists: Rates and predictors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1-10. <https://doi.org/10.3233/JVR-221195>
 - Eks: Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Brandseth, O. L., Killackey, E. & Mykletun, A. (2022). The personality profile of IPS employment specialists, and how it relates to job satisfaction: A longitudinal cohort study. *Scandinavian Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1111/sjop.12864>
- Hvordan opplever jobbsøkerne tilbudet? (Spørreskjemaundersøkelse og kvalitativ studie)



En jobbsøker med en alvorlig psykisk lidelse som har tilbud om IPS, får mer enn doblet sine sjanser til å komme i jobb

gelsene påvirket utfallet. Vi fant imidlertid at indeksen for stillingsvern modererer effekten av IPS i retning av at land med svakere stillingsvern, har en marginalt sterkere effekt av IPS.

IMPLIKASJONER

I første omgang betyr dette at IPS virker like godt i land med generøse velferdsytelser for personer med alvorlige psykiske lidelser. Videre ser det ut som IPS har lovende effekt også for personer med moderate psykiske lidelser, PTSD (veteraner) og førstegangssykose. Når vi understreker at målgruppen til IPS har alvorlige psykiske lidelser, er det fordi det er her vi har best evidens. Det er for denne gruppen vi kan være tryggest på at tiltaket har vist en stabil effekt som ikke er tilfeldig. Slik kunnskap gir viktige signal til politikere og fagfolk.

Den tidligere nevnte norske studien av Reme et al. fra 2019 ble etterfulgt av en oppfølgingsstudie etter 43 md. (Holmås et al., 2021). Denne oppfølgingsstudien viser ikke lenger signifikant forskjell i effekt av IPS på målgruppen med moderate psykiske lidelser sammenlignet med kontrollgruppen.

Forskningsmidler skal prioriteres og effektive tiltak bør implementeres til grupper som kan ha nytte av det. Gjennom metaanalyser som den vi har presentert her, kan vi bli tryggere på at resultater fra randomiserte studier viser effekt over tid og under ulike betingelser. Basert på gjentakende studier på effekt av IPS versus TAU, har vi i dag tilstrekkelig dokumentasjon på at tilnærmingen er virksom for de med alvorlige psykiske lidelser. Videre forskning vil vise om den også gir bedre effekt for de med moderate psykiske lidelser. Skalering av IPS samt videre forskningsinnsats bør ta sikte på å bygge videre på denne kunnskapen, og slik sett kan det være hensiktsmessig å starte oppskalering av IPS i Norge til de med alvorlige psykiske lidelser før man ekspanderer til andre målgrupper.

I IPSNOR ser vi ikke på om IPS virker bedre enn alternativet for de enkeltindivider som mottar behandlingen. Vi flytter perspektivet på samfunnsnivå: Hva skjer når vi skalerer IPS i en region og sammenligner med regioner uten IPS? Vil vi se endring på samfunnsnivå i hvor mange med psykiske lidelser som finner arbeid eller er avhengige av velferdsytelser? I tillegg til å vurdere dette er det viktig å skjule til hva som skjer i praksis. implementeres IPS med den kvalitet og med de målgrupper IPS tidligere har vist effekt på? Om IPS innføres til andre målgrupper enn den opprinnelig ble utviklet for, med lav etterlevelse til kvalitet (fidelity) og med andre inklusjonskriterier, kan dette bidra til at IPS ikke gir bedre utfall på arbeidsoppnåelse i praksis enn det tradisjonell arbeidsrehabilitering allerede gir.

Gode overganger fra forskning til praksis er krevende, og oversettelse av forskning krever ofte samarbeid mellom forskere, klinikere, politikere, og fagmyndigheter.

Mange viktige forskningsspørsmål gjenstår, og vi håper at IPSNOR-prosjektet skal kunne svare på noen av disse. ✘

REFERANSER

- Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 390-391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Brinchmann, B., Rinaldi, M., Sandtorv, E., Moe, C.F., McDaid, D., Killackey, E. & Mykletun, A. (2022). Are attitudes in line with the principles of individual placement and support? A questionnaire-based survey. *Social policy & Administration*. 56(4), 681-692. <https://doi.org/10.1111/spol.12828>
- Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., Park, A., Killackey, E., Harvey, S. B. & Mykletun, A. (2020). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 206-220. <https://doi.org/10.1111/acps.13129>
- Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Johnsen, E. & Mykletun, A. (2022). Turnover of IPS employment specialists: Rates and predictors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, Preprint, 1-10. <https://doi.org/10.3233/JVR-221195>
- Butenko, D., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Brandseth, O.L., Killackey, E. and Mykletun, A. (2022), The personality profile of IPS employment specialists, and how it relates to job satisfaction: A longitudinal cohort study. *Scand J Psychol*. <https://doi.org/10.1111/sjop.12864>
- Drake, R. E., Bond, Gary.R., Becker, Deborah.R. (2012). *IPS Supported Employment: An evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press.
- Drake, R. E. & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Evensen, S., Wisloff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T. & Falkum, E. (2016). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 476-483. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, 270, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2021.113691>
- Metcalfe, J. D., Drake, R. E. & Bond, G. R. (2018). Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 22-31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx132>
- Moe, C., Brinchmann, B., Rasmussen, L., Brandseth, O. L., McDaid, D., Killackey, E., Rinaldi, M., Borg, M. & Mykletun, A. (2021). Implementing individual placement and support (IPS): the experiences of employment specialists in the early implementation phase of IPS in Northern Norway. The IPSNOR study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03644-x>
- Morris, Z. S., Wooding, S. & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Park, A., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Aars, N., Mykletun, A. & McDaid, D. (2022). Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: A systematic review. *European Psychiatry*, 65(1), E51. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2309>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Lovvik, C., Lie, S. A. & Overland, S. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 45(1), 2019, 33-41. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3753>



Utenforskap, arbeid og klasseskiller: psykologenes blinde flekker?

Gratis temakveld på Litteraturhuset i Oslo 13.10.22

Vel møtt til høstens viktigste arrangement om psykologenes rolle i et samfunn hvor arbeidsdeltakelse og prestasjoner ilegges stadig større verdi.

Vi har invitert **Ingvild Stjernen Tisløv**, **June Lystad**, **Ingvild Myklebust** og **Jon Fiske** til å belyse de menneskelige kostnadene utenforskap og klasseskiller kan få og hvordan dette kan motvirkes.

Kan psykologer hindre utenforskap og hjelpe dem som faller ut av arbeidslivet? Gis det rom for dem med alvorlige psykiske lidelser, eller gis de tvert imot opp? Anerkjennes økonomiske vanskers betydning for vår psykiske helse og livskvalitet? Psykologer kan gå i fallgruver der arbeidsdeltakelse fremelskes og blir et mål i seg selv. Men de kan også bidra til å fremme inkludering, verdighet og livskvalitet – uavhengig av arbeidsdeltakelse – gjennom terapi, tjenesteutvikling og samfunnsengasjement. Spørsmålet er: hvordan?

Dette er blant spørsmålene som stilles når Psykologtidsskriftet byr på **fag, lett servering og god tid til mingling** på **Litteraturhuset i Oslo 13. oktober kl. 16–21**.

Moderator: Redaktør Heidi Wittrup Djup

Gratis og åpent for alle. Påmelding etter først-til-mølla-prinsippet til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Vel møtt til en viktig og hyggelig kveld!



Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på: *Skriv for oss* på [psykologtidsskriftet.no](https://www.psykologtidsskriftet.no).

Skriv for oss:





DEL III

Organisasjonspsykologi

Psykologkonsulenten og personifisering av arbeidskonflikter

Det er utfordrende å håndtere det personlige elementet i jobbkonflikter. En narrativ tilnærming kan dempe emosjonelle motsetninger og aktivisere kognitive problemløsningsevner.

TEKST

Morten Skjørshammer

KONTAKT morten@
mohawkconsulting.no

DET ER ET voksende marked for konsulenter som lever av å selge intervensjonsbistand og metoder i konflikthåndtering til arbeidslivet. Det inkluderer jurister, organisasjons- og samfunnsvitere og ikke minst psykologer, som lenge har vært en aktuell profesjon i slike sammenhenger (Andersen, 2004; Grimsmo & Sørensen, 2001; Hotvedt, 1997; Nordhelle, 2006; Skjørshammer, 2002a).

Når en virksomhet går til det skritt å engasjere psykolog for å bistå som konsulent i en arbeidsplasskonflikt, har konflikten gjerne vart lenge, den oppleves som fastlåst, involverte parter og arbeidsmiljøet er stresset, den emosjonelle temperaturen er høy, og konflikten er ofte i stor grad personifisert. Selv om det i utgangspunktet ikke var en personlig konflikt, noe arbeidsplasskonflikter ofte ikke er, omtales den gjerne nå i slike termer. Det *personlige elementet* synes langt på vei å dominere forståelsen av konflikten og dens utvikling og skygger for de saklige sidene.

En første respons på mange arbeidsplasskonflikter er at en i begynnelsen ignorerer,

unngår eller glatter over dem. Dette kan vare i flere år, inntil det av ulike grunner ikke lenger er ønskelig eller mulig å legge lokk på fordi konflikten manifesterer seg åpent i arbeidsmiljøet. Dersom ikke konflikten allerede involverer nærmeste leder(e), øker nå presset på engasjement og handling fra ansvarlig lederhold. Før psykologkonsulenten kommer inn, har det derfor internt i virksomheten foregått mer eller mindre helhjertede forsøk på å håndtere konflikten gjennom bruk av tilgjengelige interne ressurser og etablerte problemløsningsmekanismer i organisasjonen. Men resultatene har uteblitt, arbeidsmiljøet blir stadig mer polarisert, og situasjonen oppleves som uholdbar. En medvirkende grunn er ofte at prosessen har vært designet og gjennomført på en måte som en eller flere av aktørene har opplevd som lite tilfredsstillende. Men «noe må fortsatt gjøres», og det er med dette bakteppet psykologkonsulenten kommer inn på arbeidsplassen.

Denne artikkelen er en refleksjon over psykologers bidrag som meglere i arbeidsplass-

konflikter. Jeg har særlig vekt på hvordan psykologkonsulenten håndterer det personlige elementet som en må ta tak i fra første stund, i møte med oppdragsgiver og den identifiserte arbeidsplasskonflikten. Hva er det personlige elementet? Hvilken funksjon har det? Hvordan kan det håndteres konstruktivt? Refleksjonene er basert på, og kontekstuelle begrenset av, mine erfaringer fra arbeidsplasskonflikter som forsker, toppleder på sykehus og fra konsulentoppdrag med konflikthåndtering i helse- og universitetssektoren.

I HELVETES FORGÅRD

Psykologkonsulenten kommer inn på en arbeidsplass der de interne forsøkene på å finne tilfredsstillende løsninger langt på vei har mislyktes, og konflikten har eskalert til et samarbeids- og kommunikasjonsnivå der de involverte parter ofte beskriver relasjonene med bruk av fiendebilder, krigsmetaforer og gjensidige henvisninger til hverandres negative menneskelige egenskaper og gjerne mangel på moral. Til tross for avgrunnen mellom partenes opplevelse av hverandre og situasjonen deler de en felles opplevelse av ubehag ved å være «i helvetes forgård», før det virkelige og endelige helvete truer med å bli en realitet. Helvetes forgård er en tilstand ingen av partene trives i, og som alle helst vil komme ut av. Ettersom psykologkonsulenten er hentet inn som megler, representerer vedkommende en siste anledning til å stoppe den nedadgående spiralen og finne en vei tilbake til en tidligere funksjonell samarbeidstilstand. Her ligger det et motivasjonspotensial, om enn med variabel bærekraft, som psykologkonsulenten hefter seg på.

HVA ER DET PERSONLIGE ELEMENTET?

Når psykologkonsulenten begynner arbeidet med å sette seg inn i arbeidskonflikten, vanligvis gjennom intervjuer med enkeltpersoner eller grupper, er ofte den dominerende forklaringen en rekke referanser til partenes personlighet, deres karaktertrekk, væremåter og handlingsmønstre. Personene beskrives som problematiske og i gjennomgående negative termer

som rigid, detaljfiksert, kontrollerende, makt-syk, dominerende, aggressiv, arrogant, intens opinionsmaker, lever i sin egen verden, mangler kompetanse, desorganisert og respektløs. Partene har sterke antagonistiske følelser overfor hverandre som strekker seg fra sinne til oppgitthet. Selv om det i utgangspunktet handlet om forhold ved arbeidsstedet og organiseringen av arbeidet, har det nå kommet i bakgrunnen for sterke negative følelser og personlige motsetninger (Skjørshammer, 2003).

Når konflikten eskalerer over tid, øker dette det emosjonelle trykket og den personlige stressbelastningen hos partene. Det som partene opplever som negative og plagsomme personlige trekk hos motparten, blir dermed enda mer synlig. I særdeleshet skjer dette når konflikten blir åpen eller manifest i arbeidsmiljøet. Til sammen reduserer dette partenes evne og ofte langt på vei også deres vilje til å finne nye veier ut av konflikten. De terper på egne foretrukne løsninger. Personifiseringen av arbeidskonfliktens «saklige» sider kompliserer situasjonen og legger sterke føringer for hvordan man kan designe en videre prosess med dialogisk kommunikasjon og samarbeid. Utfordringen til psykologkonsulenten blir å kunne håndtere de saklige sidene ved arbeidskonflikten sammen med det personlige elementet: de sterke negative følelsene, den psykososiale stress-situasjonen, de motsetningsfulle relasjonene og ikke minst den mulige margi- >>





Personifiseringen av arbeidskonfliktens «saklige» sider kompliserer situasjonen

nale motivasjonen eller funksjonsevnen enkeltpersoner har til å delta konstruktivt i håndteringsprosessen.

DE FØRSTE UTFORDRINGENE

Psykologkonsulenten står her overfor utfordringer som må håndteres fra første stund, før intervensjonsopplegg er helt på plass, og slik at det virker fremmende og ikke avsporende med tanke på det som skal komme. Det dreier seg om utfordringene med å

- få i gang en dialog og begynnende samarbeid mellom partene
- lette det emosjonelle trykket slik at det ikke sperrer for aktivisering av partenes kognitive problemløsningsevner, kreativitet og åpenhet for andre forståelsesperspektiver enn ens eget
- redusere det personlige elementet for etter hvert å kunne aktivere organisasjonstenkning
- redusere partenes opplevelse av stressbelastning og deres håndtering av dette

FELLES EIERSKAP TIL KONFLIKTHÅNTERINGSPROSESSEN

Når en psykologkonsulent blir engasjert, går det alltid gjennom lederportalen, ettersom det er noen som må kunne legitimere oppdraget og betale for det. På det tidspunktet kjenner psykologkonsulenten bare en av aktørene, lederen som initierer oppdraget, ofte ledsaget i et oppdragsmøte av en eller flere av sine nærmeste medarbeidere. Psykologkonsulenten kjenner ikke de andre aktørene eller hvilke løsningsideer som flyter rundt i arbeidsmiljøet, annet enn det som innledningsvis har kommet frem, mer eller mindre klart, i forbindelse med avklaring av engasjementet og brifing om konflikten.

Psykologkonsulentens første utfordring er å designe en arbeidsprosess som er troverdig, og som vil engasjere berørte parter. Men hvordan kan en sørge for at alle aktører får et eierforhold til konflikthåndteringsprosessen? Det holder ikke at det er forankret bare hos en av aktørene, til det er faren og mulighetene til å sabotere opplegget for store dersom det oppleves som ledelsens prosjekt. Det er avgjørende at alle aktører opplever at prosessopplegget ivaretar deres interesser i tilstrekkelig grad, og at det er åpenhet om dette og hvordan psykologkonsulenten eventuelt skal kommunisere med ledelsen under prosjektets gang. Mistanker om at psykologkonsulenten har en bakkanal til ledelsen, der det vil kunne lekke informasjon og synspunkter, vil føre til begrenset engasjement og redusert tillit. Partene i konflikten har mest sannsynlig ikke snakket sammen på forhånd om hva slags konflikthåndteringsprosess de kan tenke seg, uavhengig av hva de ønsker seg som resultat. Nå må det komme i gang, og dette er et første viktig steg for å begynne håndteringen av det personlige elementet i konflikten.

Uansett hva slags anbudsprosess, kontraktforhandlinger og konfliktbrifing som har gått forut for engasjementet, må psykologkonsulenten før oppstart få til en «samling i bønn» med partene, for å etablere en baseline av samarbeid mellom disse. Det gjelder i første omgang at partene aksepterer psykologkonsulenten i rollen som megler, og med basis i dette få partene til å inngå et samarbeid om et prosessopplegg. Utfordringen er å etablere en felles plattform som gjør at partene kan bli enige om en håndteringsprosess de vil kunne samarbeide om, uavhengig av resultat.

I dette henseende har jeg god erfaring med bruk av en auditionmetode, som for meg er en nødvendig del av forarbeidet før jeg inngår en endelig kontrakt. Ved første anledning inviterer jeg til et møte med oppdragsgiver og identifiserte parter, der jeg redegjør for min faglige tilnærming og forslag til opplegg, krav til kjøreregler (særlig for kommunikasjon, taushetsplikt osv.). Jeg avslutter med å be deltakerne om å diskutere dette uten at jeg er til stede i rommet, og avklare om de kan gå med på opplegget, eventuelt hvilke forslag de har til endringer. Dermed kan de snakke åpent uten å måtte ta hensyn til meg som fremtidig meglar. Det settes en øvre tidsramme på en halv time mens jeg venter i et annet rom. Aktørene i konflikten må dermed ta en beslutning om de vil begynne på et samarbeidsopplegg, eventuelt om de ønsker mer informasjon eller vil tenke på det. Når jeg blir hentet inn igjen til møtet, er det for å gå gjennom gruppens vurderinger og beslutning. Hovedmålet med denne «auditionen» er å få partene i gang med å bli enige om hvordan man tilrettelegger prosessen og forplikter seg til den, før de går videre. Denne rekkefølgen er viktig for å sikre prosessen mest mulig troverdighet og oppslutning (Skjørshammer, 2001). I situasjoner der jeg selv har vært oppdragsgiver, har jeg benyttet samme metode for å velge mellom flere aktuelle meglere.

NARRATIVT PERSPEKTIV

All konflikthåndtering tar utgangspunkt i en mer eller mindre eksplisitt forforståelse av konflikters vesen og utvikling. Her fins det ulike faglige definisjoner og perspektiver som i variabel grad tar for seg det personlige elementet (Einarsen & Pedersen, 2017; Ekeland, 2014; Johnsrud Langslet, 2012; Skjørshammer, 2002b). Det narrative perspektivet synes å være særlig fruktbart når det gjelder forståelse og håndtering av det personlige elementet. I dette perspektivet fokuseres det på hvordan partene formaterer sin opplevelse av konflikten gjennom narrativ rasjonalitet, til forskjell fra logisk rasjonalitet, der de bruker fortellingen som den grunnleggende mentale struktur for å gi mening og sammenheng til opplevelsen av konflikten. En arbeidsplasskonflikt kan forstås som en brysom vanskelig uenighet der mekanismer for problemløsning innad i virksomheten ikke har gitt et tilfredsstillende resul-

tat. Som deltakere i en slik prosess vil partene lage seg ulike fortellinger om hva dette dreier seg om, hvordan det begynte og utviklet seg til nåværende motsetningsfulle forhold, og hva de tror eller ønsker skal skje fremover. Her vil partenes fortellinger stå diametralt mot hverandre, og de vil være rykende uenige om hverandres versjoner og hvilken som best beskriver virkeligheten. Konflikten såkalte fakta kan bare rekonstrueres, eventuelt dokumenteres, i begrenset grad og er ikke nødvendigvis lenger av avgjørende betydning. Dette gir en kamp mellom partene om den mest troverdige og dominante versjonen av fortellingen, en kamp som forplanter seg utover i arbeidsmiljøet og partenes referansegrupper i en jakt på alliansepartnere. Når en slik konfliktfortelling begynner å sirkulere, lever den snart sitt eget liv, og partene mister kontrollen med den og virkningene på arbeidsmiljø og virksomhet. Tydeligst viser dette seg når konflikten blir en mediesak.

Innenfor et narrativt perspektiv vil psykologkonsulenten primært kartlegge og avdekke konflikten ved å grave ut de ulike fortellingene som verserer blant partene og relevante aktører på arbeidsplassen.

UTGRAVING AV KONFLIKTFORTELLINGEN

Når en skal grave ut konfliktfortellingen med de iboende personlige elementene, krever det at den som lytter, intervjueren, møter fortellingen med empati og ikke problematiserer eller styrer det mot det saklige, det kommer senere. Å være en empatisk lytter til fortellingen er en forutsetning for å kunne redusere den emosjonelle intensiteten som vil være til stede i konflikten. Det gjør det i neste omgang lettere å aktivisere personens kognitive problemløsningsfunksjoner. Med dette perspektivet på fortellingens betydning er det i den innledende kartleggingsfasen mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet individuelt og ikke i gruppe for å unngå uheldig gruppedynamisk innflytelse og føringer fra andre deltakere.

De sentrale delene i konflikten som må graves ut for hver aktør, via fortellingen som medium, er en mest mulig sammenhengende hendelsesrekke med en tidslinje (begynnelsen, høydepunkt, foreløpig slutt) som knyttes sammen med erfaringer og opplevelser av motparten, andre aktører og en selv. Fortel-





Få partene til å inngå et samarbeid om et prosess-opplegg

lingen er en dynamisk sammenbindingsprosess der den enkelte aktør prøver å skape en orden og meningsfull helhet, et såkalt plot, ut av det som har skjedd i konflikten, og opplevelsene av den. Aktøren vil i sin utlegning av konflikten, mer eller mindre reflektert, gjøre det i et fortellingsperspektiv der vedkommende fremstår enten som offer, utsatt for uakseptabel urett eller krenkelse, eller har handlet på en faglig best mulig måte eller organisatorisk mest korrekt.

Hvor lenge, detaljert og dypt en slik utgraving skal foregå, avhenger av hvordan det personlige elementet er til stede, og hvor sterkt det fremstår. Siktepunktet er å sette aktørene i stand til å møte motparten, helst så snart som mulig, for å få i gang dialog. Det dreier seg om å få til et skifte i figur-grunn-relasjonen mellom de saklige sidene ved konflikten og det personlige elementet, slik at det sistnevnte kommer i bakgrunnen og ikke sperrer for en mer kognitiv løsningsorientert forgrunn. Da er det særlig viktig at fortellingen inneholder en siste avsluttende sekvens om hva aktøren tror eller ønsker skal skje fremover, det vil si vedkommendes intensjonalitet. Fortellingen er ikke komplett før det er på plass, og det kan være nødvendig for intervjueren å etterspørre det. Dette vil bringe intervjusamtalen over mot det saklige, samtidig som personen har fått anledning til å fortelle om sine personlige erfaringer og følelser.

Å JEVNFØRE PARTENES VERSJONER

Når partene møter hverandre, er første oppspillpunkt at de formidler til hverandre hver sin kortversjon av konflikten. Det gir partene en ny anledning til å kommunisere ansikt til ansikt, noe de ikke har gjort på lenge, sine følelser og personlige oppfatninger rundt konflikten. Når partene etter en oppklaringsrunde som er styrt av psykologkonsulenten, synes å begripe hverandres svært forskjellige versjoner i tilstrekkelig grad, er neste punkt å avklare mer eksakt hva de er enige om, og hvor de er uenige. Dette er starten på en jakt etter tangeringspunkter som representerer muligheter for kompromiss, for å få lagt saken bak seg. I narrativ terminologi er det et forsøk på å lage et kvasi-plot, der en toner ned det personlige elementet og forsterker konfliktens saklige kjerne. Det er selvfølgelig krevende og utfordrer partenes evne til å ta et skritt tilbake, lete

etter forbedringspunkter i deres samarbeidsunivers og organisasjonsvirkelighet. Dette stopper ofte opp fordi ulike aspekter ved det personlige elementet, særlig «blaming» av motparten og krav om å endre personlighet, fort popper opp og fremdeles er sterkt til stede.

UTGANGER

Min erfaring med håndtering av arbeidsplasskonflikter er at det sjelden fører til at en utvikler nye, kreative løsninger, såkalte vinn-vinn-løsninger, på den saklige motsetningen i konflikten. Det mest realistiske partene kan håpe på, er et mer eller mindre tilfredsstillende kompromiss som ofte ligger nærmere smertegrensen enn noe på øverste hylle. Dersom et kompromiss er innenfor partenes rekkevidde, vil en fortsette den videre prosessen ved å bruke velkjent prosjektmetodikk, der en utvikler detaljerte tiltak og skriftlige avtaler. Når kompromisser synes å sitte langt inne eller være for kostnadskrevende i form av tidsbruk og mentalt engasjement, står psykologkonsulenten overfor et dilemma om hvorvidt man skal pushe mer for kompromisser som utgang eller realitetsorientere partene om alternative avslutninger, såkalte exit-løsninger. Her fins det tre former for exit-løsninger: intern omplassering til andre deler av virksomheten, myk exit ved at noen slutter selv eller blir bedt om det med hjelp av sluttpakke, og hard exit med formelle prosesser som leder til oppsigelse.

Ideer om exit-løsninger er ikke noe psykologkonsulenten først stifter bekjentskap med etter hvert som arbeidsprosessen skrider fremover. Allerede i innledningen av engasjementet møter psykologkonsulenten raskt mer eller mindre klare oppfatninger om hva som bør eller må skje. Det formidles gjerne under overskriften «at nå må det skjæres igjennom» og innebærer ofte at «noen må gå» eller «omplaseres eller flyttes på». Det er forestillinger om løsninger som har vokst seg frem hos aktørene og i arbeidsmiljøet etter hvert som de interne forsøkene ikke har gitt tilfredsstillende resultat. Slike ønsker om exit-løsninger er utbredt, selv når det ikke ses på som en ønskelig løsning, men det er blitt den eneste muligheten for å komme seg ut av problemene og få slutt på en prosessuttømmelse. Derfor understreker ofte ansvarlig leder og oppdragsgiver ved kontraktsinngåelse, uavhengig av om personen er

direkte part i konflikten eller ikke, at det må gjennomføres en faglig legitim prosess som kan dokumentere at alt er prøvd, i tilfelle utgangen blir en tilspisset juridisk sak, for eksempel oppsigelse. Er det sterke utbredte ideer i arbeidsmiljøet om exit-løsninger, vil et samarbeidsopplegg for tone seg som en motstrøms aktivitet, og det vil være svært krevende å få med seg alle i ansattgruppen.

Det er vanlig at aktørene blir lut lei av prosessen og alt snakket rundt det hele. Som psykologkonsulent har de fleste av mine oppdrag endt med exit-løsninger, der omplussing har vært av de mest vellykkede. Den populære oppfatningen om at nissen blir med på lasset, har ikke holdt stikk. Ny rolle og nye samarbeidsrelasjoner har gitt muligheter og anledning til en omstart som har blitt omfavnet.

Det synes å være en nær sammenheng mellom exit-løsninger og dominans av det personlige elementet. Når konflikten i utstrakt grad har blitt personlig, drevet frem gjennom den eskalerende dynamikken i konflikten, ser partene en avslutning av arbeidsrelasjonen som eneste løsning. Men de er ikke nødvendigvis enige om hvem som bør gå, eller hvordan det skal gjøres.

PERSONIFISERING ER KARAKTERISTISK

Det er en utbredt oppfatning blant ansatte i helse- og universitetssektoren at når en uenighet utvikler seg til en langvarig konflikt, til tross for tiltak, kan dette knyttes til negative karaktertrekk og væremåter hos en av eller begge partene. Slike personlighetsforhold har vært holdt i sjakk, men har etter hvert satt sitt preg på kommunikasjonen og samhandlingen relatert til konfliktens tema. En slik konfliktforståelse på arbeidsplassen støttes i liten grad av konfliktforskningen (Heen & Salomon, 2018). Forskningen vektlegger at de grunnleggende årsaksfaktorene ligger i situasjons- og arbeidsorganisatoriske forhold på arbeidsplassen, selv om slike konflikter kan forsterkes av dårlig personkjemi og motsetningsfulle væremåter. Denne tendensen til å forklare det som skjer i arbeidsplasskonflikter, med henvisning til motpartens personlighetstrekk, blir i konfliktforskningen beskrevet som den fundamentale attribusjonsfeil, også kalt psykodynamisk tankefeil eller kognitiv forenkling. Slike feilattribusjoner gjør seg særlig gjeldende i arbeidsorganisasjoner med lavt strukturerte arbeidsprosesser og stor andel profesjonsansatte og profesjonelle ansatte med høy grad av autonomi i rolleutøvelsen (Skjørshammer, 2002a), noe som blant annet kjennetegner virksomheter innenfor helse- og universitetssektoren. Her vil det personlige elementet lettere bli trigget og prege konfliktutviklingen. For psykologkonsulenten er det derfor viktig å kunne håndtere ulike manifestasjoner av det personlige elementet tidlig i prosessen for å få partene til å rette oppmerksomheten og engasjementet mot de saklige sidene i konflikten. ❌

REFERANSER

- Andersen, J. A. (2004). *Skikk og uskikk på arbeidsplassen*. Barkas forlag.
- Einarsen, S. & Pedersen, H. (2017). *Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet*. Gyldendal.
- Ekeland, T. J. (2014). *Konflikt og konfliktforståelse*. Gyldendal Akademisk.
- Grimsmo, A. & Sørensen, B. A. (2001). *Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet*. Cappelen Damm.
- Heen, H. & Salomon, R. H. (2018). *Varme konflikter i arbeidslivet*. Gyldendal.
- Hotvedt, T. (1997). *Konflikt og konflikthåndtering i arbeidslivet*. Ad Notam Gyldendal.
- Johnsrud Langslet, G. (2012). *LØFT på sitt beste*. Gyldendal Akademisk.
- Nordhelle, G. (2006). *Mekling. Konfliktforståelse og konflikthåndtering*. Gyldendal Akademisk.
- Skjørshammer, M. (2001). Conflict management in a hospital: Designing processing structures and intervention methods. *Journal of Management in Medicine*, 15(2), 156–166.
- Skjørshammer, M. (2002a). *Getting to cooperation: Conflict and Conflict Management in a Norwegian Hospital*. [Doktorgradsavhandling]. Nordic School of Public Health.
- Skjørshammer, M. (2002b). Understanding Conflicts between Health Professionals: A Narrative Approach. *Qualitative Health Research*, 12(7), 915–931. <https://doi.org/10.1177/104973202129120359>
- Skjørshammer, M. (2003). Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4). <https://doi.org/10.1080/13561820310001608203>

Behandling av pasienter utsatt for mobbing på arbeidsplassen

Pasienter med angst og depresjon som har opplevd mobbing på arbeidsplassen, får hjelp av kognitiv terapi med en jobbfokusert intervensjon.

TEKST Sarah Helene Aarestad, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT sarah.aarestad@uib.no

MOBBING FINNES I alle yrker og organisasjoner, og i den generelle norske befolkningen ligger forekomsten på 4–12 % (Nielsen et al., 2009). Mobbing på arbeidsplassen kan føre til alvorlige psykiske og psykosomatiske helseplager (Boudrias et al., 2021) som kan vedvare over lang tid, også flere år etter mobbingen har tatt slutt (Bonde et al., 2016). Mobbing er i tillegg assosiert med en økt risiko for sykemelding og utstøting fra arbeidslivet (Glambek et al., 2015).

DOKTORGRADSPROSJEKT

Personer utsatt for mobbing blir ofte sykemeldt på grunn av depresjon og angst, og de er en sårbar gruppe som står i fare for å miste fotfeste i arbeidslivet. Det finnes ikke et eget behandlingstilbud for personer som har blitt utsatt for mobbing på arbeidsplassen, og vi trenger kunnskap for å utvikle behandling som kan bidra til psykisk bedring og økt arbeidsdeltakelse. I min doktorgradsavhandling (Aarestad, 2022), et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen og Poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet sykehus, ønsket vi å se nærmere på dem som oppsøker spesialisthelsetjenestene på grunn av angst og depresjon, og som har vært utsatt for mobbing i arbeidslivet (se tekstboks 1). Prosjektet er finansiert av UiB og Norges forskningsråds Toppforsk-prosjekt *Workplace bullying: From mechanisms and moderators to problem treatment* (UiB og NFR – 250127).

REDUSERT SYMPTOMTRYKK

Samlet kom det frem at 26 % av pasientene ved Raskere tilbake hadde vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen (Aarestad et al., 2020). Vi fant at mobbeofrene hadde alvorlige psykiske og psykosomatiske helseplager, og at mer enn dobbelt så mange av dem var fulltidssykemeldt

sammenlignet med pasientene som ikke hadde opplevd mobbing. Videre så vi redusert symptomtrykk etter at pasientene fikk metakognitiv eller kognitiv atferdsterapi kombinert med en jobbfokusert intervensjon (Aarestad et al., 2022). Behandlingen hadde også en positiv effekt på økt arbeidsdeltakelse, men det var betydelig færre blant de mobbede som kom tilbake i full jobb i løpet av behandlingen (se tekstboks 2).

RESILIENS

Resiliens var overraskende nok *ikke* en beskyttende faktor, selv om personene som rapporterte høy resiliens i utgangspunktet, viste en høyere forventning om å mestre oppgaver og situasjoner på jobben enn personer med lavere resiliens (Aarestad et al., 2021). Funnet er i strid med hva vi kjenner fra stressteorier (f.eks. Ursin & Eriksen, 2004) og tidligere studier på alvorlige livshendelser (f.eks. Lee et al., 2014). Våre funn indikerte at personer som hadde høy grad av resiliens, som normalt er knyttet til god helse og velvære, ble forholdsvis *mer* negativt påvirket av høy eksponering av mobbing enn personer med lav resiliens. Funnet antyder at mobbing er en svært krevende og stressende hendelse som også rammer personer med høye nivåer av beskyttende ressurser. En mulig forklaring på forskjellen vi fant, kan hentes fra *The Generalized Unsafety Theory of Stress* (Brosschot et al., 2016). Teorien foreslår at det er en langvarig følelse av utrygghet, og ikke forventninger om mestring, som er mest sentral for vedvarende stressaktivering. Mobbingen kan føre til en vedvarende utrygghet som opprettholder stresset, og som overstyrer de beskyttende ressursene. Man kan se for seg at personer med lav resiliens allerede er vant til høy grad av opplevd utrygghet i møte med stressende hendelser, og blir relativt

mindre påvirket av enda en ny stressende hendelse som mobbing. Mens de som har høy resiliens og er vant med å føle trygghet og mestring, opplever et større sjokk i møte med mobbingen.

IMPLIKASJONER

Ut ifra våre funn mener vi at psykologer bør være ekstra oppmerksomme på at pasienter med angst og depresjon kan ha opplevd mobbing på arbeidsplassen, og de alvorlige konsekvensene mobbingen fører til. Pasienter utsatt for mobbing kan trenge mer tid eller en ekstra komponent i behandlingen for å komme tilbake i jobb. De mobbede pasientene ønsket å arbeide, og det vil ha stor verdi å kartlegge mobbing tidlig for å fastslå om det er mulig å fortsette i jobben, eller om det er bedre å komme seg vekk fra situasjonen og inn i ny jobb. Det vil kunne forebygge utstøting fra arbeidslivet og styrke muligheten til fortsatt aktiv arbeidsdeltakelse, i samme eller en ny jobb.✳

REFERANSER

- Bonde, J. P., Gullander, M., Hansen Å, M., Grynderup, M., Persson, R., Hogh, A., Wilfert, M. V., Kaerlev, L., Rugulies, R. & Kolstad, H. A. (2016). Health correlates of workplace bullying: a 3-wave prospective follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(1), 17–25. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3539>
- Boudrias, V., Trépanier, S.-G. & Salin, D. (2021). A systematic review of research on the longitudinal consequences of workplace bullying and the mechanisms involved. *Aggression and Violent Behavior*, 56, 101508. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101508>
- Brosschot, J. F., Verkuil, B. & Thayer, J. F. (2016). The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: An evolutionary perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.012>
- Glambek, M., Skogstad, A. & Einarsen, S. (2015). Take it or leave: a five-year prospective study of workplace bullying and indicators of expulsion in working life. *Industrial Health*, 53(2), 160–170. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2014-0195>
- Lee, J.-S., Ahn, Y.-S., Jeong, K.-S., Chae, J.-H. & Choi, K.-S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., Glasø, L., Aasland, M. S., Notelaers, G. & Einarsen, S. (2009). Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(1), 81–101. <https://doi.org/10.1080/13594320801969707>
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567–592. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- Aarestad, S. H. (2022). *Treating the aftermath of exposure to workplace bullying and preventing exclusion from working life: The effect of individual resilience, return to work self-efficacy, and work-focused metacognitive and cognitive treatment* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Aarestad, S. H., Einarsen, S. V., Hjemdal, O., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Sandin, K., Hannisdal, M., Bjørndal, M. T. & Harris, A. (2020). Clinical Characteristics of Patients Seeking Treatment for Common Mental Disorders Presenting With Workplace Bullying Experiences. *Frontiers in Psychology*, 11(3038), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.583324>
- Aarestad, S. H., Harris, A., Einarsen, S. V., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Hannisdal, M. & Hjemdal, O. (2021). Exposure to bullying behaviours, resilience, and return to work self-efficacy in patients on or at risk of sick leave. *Industrial Health*, 59(3), 180–192. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0064>
- Aarestad, S. H., Harris, A., Hjemdal, O., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Sandin, K., Reme, S. E., Hannisdal, M. & Einarsen, S. V. (2022). Healing the wounds of workplace bullying: evaluating mental health and workplace participation among victims seeking treatment for common mental disorders. *Work*, 1–13. <https://doi.org/10.3233/WOR-210920>

Metode

- Utvalget var pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten, som er eller sto i fare for å bli sykemeldt på grunn av angst og depresjon.
- Vi sammenlignet pasienter med og uten mobbeerfaringer.
- Behandlingen var metakognitiv eller kognitiv atferdsterapi kombinert med en jobbfokusert intervensjon.
- For å undersøke effekt av behandlingen sammenlignet vi både med en venteliste kontroll som besto av mobbede pasienter, og med de andre pasienter som ikke var utsatt for mobbing.

Hovedfunn

- 26 % av pasientene ved Raskere tilbake hadde opplevd mobbing.
- Gruppen rapporterte mer alvorlige helseplager, og nesten dobbelt så mange var fulltidssykemeldte.
- Resiliens var ikke en beskyttende faktor.
- Kognitiv terapi med jobbfokusert intervensjon bidro til reduserte angst- og depresjonssymptomer.
- Behandlingen gav økt arbeidsdeltakelse, men færre av dem som var utsatt for mobbing, kom tilbake i full jobb.



MALIN FORS, dr.philos., psykologspesialist i Hammerfest

Potetetikkens velsignelser

«Jeg tror faktisk at du må hjelpe. Vi har ingen andre å spørre», sa tannlegen da hun ringte for tredje gang. Utsagnet vil for alltid gi ekko hos meg.

Tannlegen ringte. Det var den tredje gangen de kontaktet meg fra tannklinikken. De lette fortsatt etter en psykolog til odontofobiteamet i Hammerfest. Jeg hadde allerede takket pent nei to ganger. Odontofobi hørtes kjedelig ut, og jeg jobbet jo helst psykodynamisk og ikke med overfladisk eksponering. Det var noe ekte i stemmen hennes som fikk meg til å bli mer ydmyk: «Jeg tror faktisk at du må hjelpe. Vi har ingen andre å spørre.» Det å la være å hjelpe når du kan, og du er den eneste som kan, fremsto plutselig som helt uetisk. Likevel fantes det ingen etiske retningslinjer eller profesjonsetikk som kunne hjulpet meg i valget mitt.

Det som lå nærmest, var Gabbards kjente etiske påminnelse (2017, s. 59): «*When in doubt, be human.*»

Når jeg ser i bakspeilet nå etterpå, føler jeg skam over egen arroganse. Det var hverken vanskelig eller tidkrevende å friske opp kunnskapene mine i eksponering, og jeg oppdaget dessuten raskt at odontofobi var heterogent og

spennende, også fra et psykodynamisk ståsted. Reader (2003) foreslår at *tilstedeværelse* påkaller et spesielt ansvar:

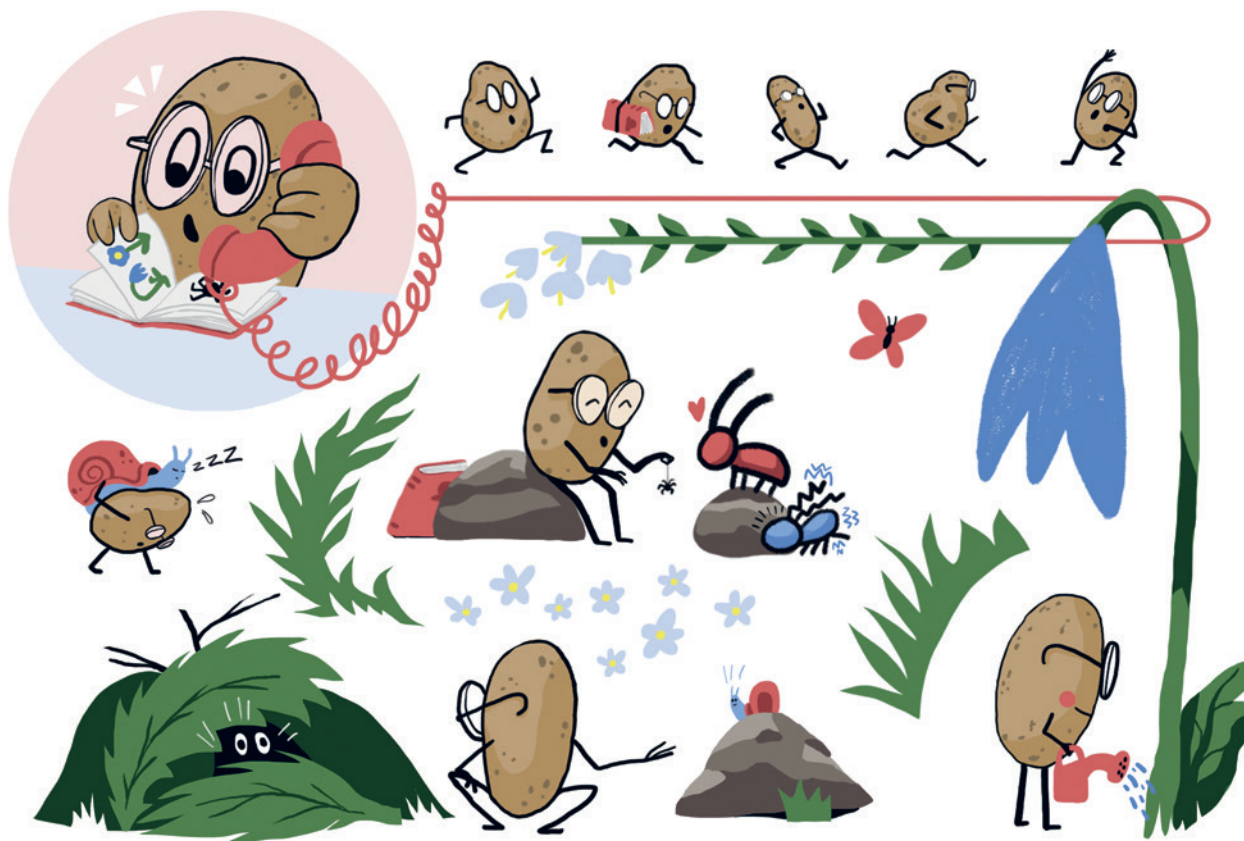
«Tilstedeværelse medfører forpliktelse: Vi erkjenner at når noen kollapser foran meg, er jeg forpliktet til å hjelpe dem gjennom den faktiske forbindelsen mellom oss som er vårt nærvær for hverandre.»

Å VÆRE TIL NYTTE

Jeg mener at vi må endre perspektiv, bort fra snevrere definisjoner av profesjonsetikken (eks. APA, 2017). I stedet for kun å sette søkelys på forholdet mellom legen/psykologen og pasienten (eller mellom vitenskapsmannen og subjektet), mener jeg at vi også må diskutere etiske plikter som er knyttet til kjernen i rollen som helsepersonell: for eksempel valget som handler om hvor og hvordan vi skal bidra (eller ikke).

Det jeg kaller potetetikk (Fors, under utgivelse), er en profesjonsetikk som handler om å være til nytte. Det er en *omsorgsetikk* (Gilligan, 1982) så vel som en etikk for *demokratisk omsorg* (Tronto, 2020). Uttrykket potetetikk bygger på en svensk metafor, nemlig bildet av poteten som en ydmyk siderett: vanlig, nyttig, allsidig og kompatibel med enhver hovedrett.

Potetetikk bygger på en relasjonell ansvarsmodell (Tronto, 2012, 2020) som prioriterer å være til nytte for gjensidig avhengige, sårbare mennes-



ker. Potetetikk anerkjenner generalisme og oppfordrer til holdningen om aktivt å lære seg mer for å kunne hjelpe der man ikke har kompetanse i stedet for å forlate pasienten til ingenting. Odontofobi var ikke mitt umiddelbare kompetansfelt, men det var ikke noe i veien for at jeg kunne lære meg mer om det. Potetetikk inspireres av å befrukte interseksjonalitet med omsorgsetikk, men strekker seg også ut over dette ved å referere til en profesjonsetikk inspirert av å se på distriktsvirkeligheten som en del av urettferdigheten av et urbant-ruralt makthierarki. At man anerkjenner sårbarheten til distriktsområdene fullt ut, betyr at man også anerkjenner en urettferdig tilgang til helsetjenester (f.eks. Riksrevisjonen, 2021).

ETISK KVALITETSGAP

Tronto (2012, s. 308) skriver:

«Når vi begynner å legge merke til at det å tildele, akseptere, utsette, avlede og møte ansvar innebærer makt, avsløres noen av de viktige asymmetriene ved ansvar. Fordelen med den relasjonelle tilnærmingen til ansvar blir tydelig når vi begynner å tenke på å vurdere alvoret i uansvarlighet ... Noen elementer blir mer sentrale når vi vurderer konsekvensen og skaden av uansvarligheten.»

Potetetikken anerkjenner sårbarhet og respekterer sannsynlige konsekvenser foran regler. Cook og Hoas (2008) beskriver arbeidet til en far- »



Når jeg ser i bakspeilet nå etterpå, føler jeg skam over egen arroganse



...odontofobi var hetero-
gent og spennende, også fra et psyko-
dynamisk ståsted

masøyt i en landbygdsområde som måtte korrigerer legeresepter med feil dosering til tross for at det egentlig var ulovlig. Vernillo (2008) oppsummerer det etiske problemet i eksemplet til Cook og Hoas (ibid.):

«... det finnes et etisk kvalitetsgap der systemer eller prosesser som er utformet for å fremme etisk praksis, ikke fungerer godt. Det er forbudt for en farmasøyt å endre en legeresept uten tilatelse fra legen. Imidlertid har legen en tendens til bare å slenge på telefonrøret hvis noen setter spørsmålsteget ved bestillingene hans eller ber om forklaringer. (Vernillo, 2008, s. 62).»

URBAN LEFTOVERS

Situasjonen er komisk, men lett å kjenne igjen for alle som jobber ute i distriktene. Mye av arbeidet til helsepersonell på landsbygda betyr at du hele tiden befinner deg i de «verste mulige omstendighetene» og må håndtere det som jeg i en tidligere tekst kalte *urban leftovers* (Fors, 2018). Det vil si leger og annet helsepersonell som ikke har fått jobb andre steder, og som lokalbefolkningen i distriktet må «håndtere» på lik linje med hvordan farmasøyten håndterte

legen uten sosial kompetanse. Potetetikk orienterer lokalt helsepersonell i bygda mot å unngå mikrokatastrofer og omfatter vår vilje til å være usynlige, ikke-glamorøse «nisser» som utfører skadebegrensning og forebygger diskontinuitet på plasser med stor vikarbruk.

Mens potetetikk kan gi et slags naturlig hjertereslag for helsepersonell på landsbygda, handler essensen i denne etikken om noe som kan brukes i alle sammenhenger. Den norske regjeringas beslutning om å forby helsepersonell å forlate landet i forbindelse med pandemi-nedstengingen i 2020 var et eksempel på potetetikkens logikk. Et potetetisk perspektiv gjør helsepersonell til ansvarlige deltakere i samfunnet. Det understreker ansvaret som følger med til-liten som mennesker setter til helsepersonell.

Utsagnet «Jeg tror faktisk at du må hjelpe. Vi har ingen andre å spørre» gir for alltid ekko hos meg, og jeg vil oppfordre alle kollegaer til å finne sin egen personlige potetoppskrift lenge før din ekvivalent til tannlege spør deg for tredje gangen. Få ting er så meningsfulle som å hjelpe tannleger med å fjerne smertehelveter og gi mennesker uten fortenner smilet tilbake. Lenge leve poteten. ✕

REFERANSER:

- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Cook, A. F., & Hoas, H. (2008). Ethics and rural healthcare: What really happens? What might help? *The American Journal of Bioethics*, 8(4), 52–56. <https://doi.org/10.1080/15265160802166009>
- Fors, M. (under utgivelse). Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Health Care. *Journal of Bioethical Inquiry*.
- Fors, M. (2018). Geographical Narcissism in Psychotherapy: Counter-mapping Urban Assumptions About Power, Space, and Time. *Psychoanalytic Psychology*, 35(4), 446–453. <https://doi.org/10.1037/pap0000179>
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. 3rd edition. American Psychiatric Pub.
- Gilligan, C. F. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Reader, S. (2003). Distance, Relationship and Moral Obligation. *The Monist*, 86(3), 367–381.
- Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske Helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020–2021).
- Tronto, J. (2012). Partiality Based on Relational Responsibilities: Another Approach to Global Ethics. *Ethics and Social Welfare*, 6(3), 303–316. <https://doi.org/10.1080/17496535.2012.704058>
- Tronto, J. (2020). *Caring Democracy: Markets, equality, and justice*. I *Caring Democracy* (s. 169–182). New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814770450.001.0001>
- Vernillo, A. (2008). Preventive Ethics and Rural Healthcare: Addressing Issues on a Systems Level. *The American Journal of Bioethics*, 8(4), 61–62. <https://doi.org/10.1080/15265160802147116>

Psykologtidsskriftets nyhetsbrev

Hold deg oppdatert

I nyhetsbrevet får du presentert et utvalg av de nyeste sakene som er publisert i siste utgave av Psykologtidsskriftet, samt de siste stillingsutlysningene.

MELD DEG PÅ:

Det er flere måter å abonnere på nyhetsbrevet. Du kan bruke QR-koden til høyre, besøke **psykologtidsskriftet.no**, eller melde deg på direkte her: <http://eepurl.com/dN8XqT>



AKTUELT ARBEIDSBOK

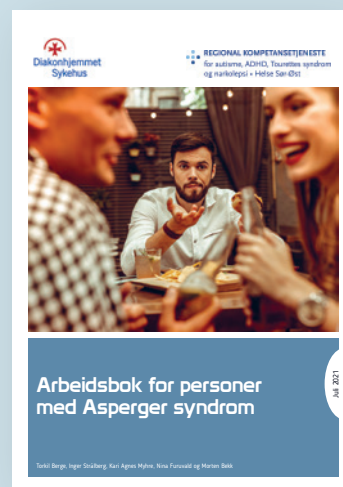
Arbeidsbok for personer med Asperger

Mange med Asperger syndrom har erfaringer med stressbelastninger og psykiske plager som kan gjøre hverdagen krevende. I *Arbeidsbok for personer med Asperger syndrom* er målet å nå bredt ut for å forebygge vansker hos denne pasientgruppen.

Arbeidsboken er skrevet for personer med Asperger syndrom, deres pårørende og helsepersonell. Boken er basert på den tilgjengelige forskningen på området, og temaene er plukket opp etter flere år med *Mestringskurs for personer med Asperger syndrom* ved Diakonhjemmet sykehus. Boken skal bidra til at denne pasientgruppen får et bredere og bedre tilpasset tilbud i helse- og sosialtjenestene.

På en lettfattelig måte forklares temaer som stress, følelser, kommunikasjon, angst og depresjon, og arbeidsboken gir i tillegg konkrete råd om tilrettelegging av arbeidssituasjon eller studier. For mange personer med Asperger kan det være nyttig å redusere stressbelastninger knyttet til støy, stadige avbrytelser og krav om sosial deltakelse i arbeid- eller studiehverdagen.

Boken omhandler også håndtering av grubling, trening i oppmerksomt nærvær samt håndtering av sinne og bitterhet. Mange personer med Asperger syndrom er ensomme og har opplevd mobbing og utestengelse. Mye av deres mentale ressurser brukes på grubling og på å forstå hva som foregår rundt dem. Angst og depresjon er ofte en del av lidelsesbildet hos denne pasientgruppa.



Arbeidsboken er utviklet ved Diakonhjemmet Sykehus i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst, og arbeidsboken ligger tilgjengelig for alle på <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/asperger-syndrom>

Kilde: Diakonhjemmet sykehus

Meninger

DEBATT

Hvor hardt skal vi ta hverandre?

Pål Grøndahls historie om hva som rammet ham etter en kontroversiell ytring, vekker en velkjent bekymring for at ytringsrommet innsnevres. Gjelder dette også ordskiftet mellom psykologer på Facebook?



TEKST Sivert Straume,
psykolog

YTRINGSKULTUR

GRØNDAHLS SYND VAR at han etterlyste empirisk kunnskap om hvorvidt pedofiles bruk av sexdukker kunne fungere som substitutt og forhindre overgrep, eller motsatt: flytte moralske grenser og lede til flere overgrep. En slik åpen holdning er prisverdig i de fleste spørsmål der vi ikke har sikker kunnskap. Men la oss legge bort godviljen et øyeblikk. La oss si at kritikerne hadde rett, at «... vi *vet* [min utheving] at i det øyeblikket man begynner å handle på fantasier, så vil overgangen til å gjøre ting i virkeligheten bli mindre» (Svein Øverland til Nr.k.no 4. november 2017). La oss anta at Grøndahl foreslo en helt unyttig retning for forskningen. La oss ta for gitt at forskningen han foreslo, ville åpne døren til «... et veldig stygt rom, der vi kan være med på å rettferdiggjøre bruk av slike dukker, som kan være svært skadelig» (Svein Øverland til Nr.k.no 4. november 2017). La oss dra det lenger og si at Grøndahls ytring i seg selv var skadelig. Ble det da klokt å straffe ham ved å ta avstand fra ham og holde ham utenfor prosjekter og oppdrag han tidligere hadde tatt del i?

Jeg har selv – i mildere grad – noen ubehagelige erfaringer med å ytre meg. Etter at jeg kom med et upopulært miljøpolitisk utspill i en avis, fulgte flere hundre negative kommentarer i ulike fora der artikkelen ble delt. Mange av dem trakk i tvil min psykiske helse, intelligens og profesjon. Det var én drapsoppfordring, trolig humoristisk ment. Og så var det noen som fant en kreativ måte å ramme meg

økonomisk på. Det ble ikke store kostnaden, men det at noen åpenbart syntes det ikke var nok å gi meg juling i debattforumene, og i stedet ønsket å skade meg i den virkelige verden, satte en støkk i meg.

PSYKOLOGER PÅ FACEBOOK

Grøndahl erfarte at å ytre seg ikke er risikofritt i psykologverdenen heller. Jeg har også fått en ørliten smakebit på det: Det finnes et Facebookforum for psykologer, med flere tusen medlemmer, der mange debatter foregår. Personer jeg kjenner, sier de aldri vil ytre seg der, fordi tonen kan bli så hard. Selv synes jeg det er ubehagelig de gangene kollegaer har betegnet en av mine ytringer som uetisk eller trukket motivene mine i tvil. Men verre er det at også her har noen villet ta det et skritt videre og ut av debattarenaen:

For noen år tilbake fikk en av mine pasienter følgende avslag på en henvisning: «Vi kan dessverre ikke behandle denne søknaden da Straume som privatpraktiserende psykolog ikke har henvisningsrett.» Det var korrekt. Psykologer hadde formelt ikke henvisningsrett på den tiden. I praksis hadde vi det likevel, og et avslag med den begrunnelsen har jeg ikke sett, hverken før eller siden. Avslaget kom få dager etter et opphetet ordskifte om et avisinnlegg, der jeg beskyldte DPS-er for å ha en ulovlig høy terskel for inntak. Den som signerte brevet, var en av de mest opprørte deltakerne i debatten.

Det var ikke jeg som ble mest skadelidende, men det ble en påminnelse om at sier du ting som gjør noen sinte, så kan det hende de vil prøve å ta deg der de kan.

Nylig fastslo Ytringsfrihetskommisjonens leder Kjersti Løken Stavrum at ytringsfriheten har svært gode kår i Norge, men at «vi trenger større toleranse og mer mangfold i ytringsrommet» (NOU 2022: 9). Grøndahls og mine erfaringer er med på å krympe dette rommet. Dystre påminnelser om at det ikke alltid er trygt å ytre seg, får vi i nyhetsoppslag om hets og trusler mot kontroversielle politikere i Norge og dødelige angrep på forfattere og vitsetegnere i utlandet.

ORD BLIR ALVOR

Jeg tror det går et kontinuum fra drepende ord til drap. På samme måte som normalisering av overgrep kan bevege noen over grensen mellom fantasi og skadelig handling, kan stemping, mistenkeliggjøring og æres-skjelling være med å rettferdiggjøre sosiale, økonomiske og yrkesmessige sanksjoner og det som mer alvorlig er. For det er vel ikke en helt fjern idé å straffe det man mener er dårlige personer som gjør skadelige ting? Utforbakken starter der saklige angrep på argumenter og påstander slutter, og verbale personangrep begynner.

Det at en del personer ønsker å la reaksjonen sin gå et skritt lenger og ramme en debattant hinsides det verbale, har lært meg å veie nytten av en ytring opp mot den personlige risikoen den medfører. Jeg legger bånd på meg. Dette innlegget skriver jeg ikke bare med mål om å bidra til refleksjon og debatt, men også med vaksomhet for formuleringer som kan sette meg i gapestokken. Det finnes også debatter der jeg har synspunkter eller kunnskap som jeg tror kunne ha kommet fellesskapet og sårbare mennesker til gode, men som jeg avstår helt fra å ta del i.

Det går an å tenke at det ikke er så farlig å kneble folk som kommer med uhyrlige beskyldninger mot spesialisthelsetjenesten eller har risikable synspunkter på overgrepforebygging. Men det finnes mange kloke, sympatiske og nytenkende stemmer vi aldri får høre, fordi de – med rette – frykter at konsekvensene kan bli for store. Vil vi bare høre meningene til de mest hardhudede? Og vil vi bare høre ytringer alle kan like?

Når en får personangrep rettet mot seg, lindrer det når noen påpeker akkurat det og maner til saklighet. Slikt «politiarbeid», som også psykologer kan gjøre i sine debatter, har også en videre virkning: Det er pinlig å bli arrestert for usaklighet, og man tenker seg gjerne mer om neste gang. Om flere hadde øynene åpne for personangrep og slo ned på dem, så kunne vi kanskje beveget debattkulturen i retning av den tryggere enden av glideskalaen som kveler ordskiftet lenge før det dreper mennesker. ✘

REFERANSER

- Grøndahl, P. (2022). Å tie eller ikke tie i akademia. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 566–569.
- Zondag, M. H. W. & Bulai, E. M. (2017, 4. november). *Tror seksualiserte barnedukker kan senke terskelen for overgrep*. NRK. <https://www.nrk.no/norge/tror-seksualiserte-barnedukker-kan-senke-terskelen-for-overgrep-1.13763463>
- NOU 2022: 9 (2022). *En åpen og opplyst offentlig samtale – Ytringsfrihetskommisjonens utredning*. Kultur- og likestillingsdepartementet.



Faksimile av juniutgaven



... sier du ting som gjør noen sinte, så kan det hende de vil prøve å ta deg der de kan



Jelli Thomson 2022

Arbeidslivet er et skjørt kinderegg

Psykologer trenger ikke nødvendigvis å løpe arbeidslinjas ærend og støtte opp fortellingen om at det å være i jobb er saliggjørende for alle. Vi trenger flere strategier.



HVORDAN KAN PSYKOLOGIEN bidra inn i samfunnsdebatten og si noe om hva som er viktig for oss mennesker? Vi kan heie på et inkluderende arbeidsliv og flere i arbeid, gitt arbeidslinja som for tida råder grunnen. Men vi kan også velge å innta et utvidet perspektiv og stille grunnleggende spørsmål ved hva som skaper livskvalitet og god psykisk helse. Da mener vi det er betimelig at psykologer nyanserer arbeidslinja og retter nysgjerrigheten mot *borgerlønn*, en mulig samfunnsløsning som kan gagne folks psykiske helse.

Ved å gjøre arbeid og utdanning til hovedsatsingsområde setter Psykologforeningen søkelys på hvor viktige arenaer dette er for vår psykiske helse. Men kan hovedsatsingsområdet også skape blindsoner?

HVA SLAGS ARBEID?

Arbeid forklares i ordboka som «virksomhet, slit, strev». Slit og strev er uløselig knyttet til det å være menneske. Men i dagens Norge blir arbeid oftest forstått som lønnsarbeid. Dette overser alt arbeid som er meningsfullt eller nødvendig, men ikke lønnet. For eksempel teller ikke nødvendig omsorg for egne familiemedlemmer med i BNP. Det er kun dersom det ikke blir gjort, og storsamfunnet må trå til, at dette arbeidet kan faktureres og skattlegges. Verken frivillig arbeid eller omsorgsarbeid blir verdsatt i samfunnet i tråd med verdien det har for den enkelte.

Ut fra det vi vet om såkalt salutogenese (hvordan helse blir til), sosial ulikhet i helse, og betydningen av relasjoner og mening, kan arbeidslivet framstå som et psykologisk kin-

deregg: Det kan gi fellesskap, mestring, deltakelse og inntekt. Samtidig er det et skjørt kinderegg, som kan etterlate de som velges bort, ikke føler seg hjemme i eller ikke får til arbeidslivet, i stor risiko for utenforskap. Ved å peke på lønnsarbeid som løsningen kan vi derfor være med å opprettholde problemet. Uansett hvor inkluderende arbeidslivet blir, vil noen stå utenfor. Enhver inntektsgivende jobb er heller ikke meningsfull i seg selv (Graeber, 2019). Skal vi inkludere alle i samfunnsfellesskapet, må vi ha bredere parametre for hva som utgjør et godt og verdifullt liv.

DELE PÅ JOBBENE

Med dagens teknologiske utvikling automatiseres stadig flere inntektsgivende jobber bort. Mens jobbene blir overflødige, lover teknologien stadig mer effektiv høsting av ressursene. Smarte systemer og flittige robotklippere gir muligheter til å bruke tida på andre ting. Men de gir samtidig ungdommer færre sommerjobber å søke på, og ufaglærte færre muligheter for å komme inn i arbeidslivet i det hele tatt. Det er alvorlig, så tungt som arbeidsfellesskapet veier i dag. Det blir stadig viktigere å dele på jobbene – gjerne gjennom kortere arbeidstid, og lønnsoppgjør som tas ut i mer fritid heller enn i lønn.

Vi vil få stadig færre yrkesaktive bak hver pensjonist (NOU 2021: 14). Arbeidslinja proklamerer at vi må få flere i jobb for å bøte på dette. Men vi kan også velge å se at samfunnet står på terskelen til å kunne ta nye valg, som kan gi et løft for verdier som livskvalitet og omsorg.

I dette landskapet trenger ikke psykologer å løpe arbeidslinjas ærend og støtte opp fortel-

TEKST Hildegunn M.T. Seip¹, Melinda Henriksen², Tobias Gustum Lindstad³, Ingvild Myklebust⁴ og Øyvind Steensen⁵

¹ førsteamanuensis i psykologi, Ansgar Høyskole og sosialpolitisk talsperson og lokal folkevalgt for MDG, ² psykolog, Tønsberg kommune, ³ psykologspesialist i privat praksis, ⁴ psykolog, Nidaros DPS, ⁵ BIEN (Basic Income Earth Network) Norge

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

ARBEIDSLINJA





Uansett hvor inkluderende arbeidslivet blir, vil noen stå utenfor

lingen om at det å være i jobb er saliggjørende for alle. Med nytenkning om arbeid kan vi oppdage mulighetene vi har til å dele på arbeidet og ressursene som trengs i samfunnet, på måter som gagnar alle, også de av oss som ikke arbeider.

BORGERLØNN

Borgerlønn er en universell, individuell og ubetinget inntekt som er høy nok til å gi hver og en av oss et verdig liv, uavhengig av arbeidsstatus. En garantert minsteinntekt er ingen ny idé, men har fornyet aktualitet i dag.

Vi har allerede borgerlønn for barn. Vi kaller det barnetrygd. Et barns grunnleggende velferd skal ikke avhenge bare av familiens rikdom. Noen behov skal dekkes fordi man er barn – som vokser opp i et land med mye velstand bygd på felles naturressurser det er rimelig å dele på, så alle får noe. Skulle vi ikke kunne utvide den tanken til alle borgere?

En borgerlønn som gjøres betingelsesløs, som barnetrygden, vil være mindre invaderende og stigmatiserende enn nåværende velferdsordninger. De krever ofte komplisert dokumentasjon og granskning av privatøkonomi og helsetilstand. Uten dette vil velferdsbyråkratiet kunne reduseres vesentlig. Med økonomisk sikkerhet som bunnlinje kan mennesker oppleve mer trygghet, sterkere autonomi og indre motivasjon, og kreativitet og verdiskaping kan blomstre.

TILLIT

Et av de største problemene i dagens samfunn er økende mistillit, som bygger på økende maktforskjeller. De største maktforskjellene finner vi der den ene parten ikke har noe å leve av og dermed blir tvunget til å gjøre som overmakten vil. Selv med høyere skatter har en rik og mektig aktør nesten uendelig makt over en person som ikke er garantert en inntekt.

Den mest effektive måten å minske maktforskjellen på er å gi nok til livsopphold til den svake part. Det finnes ingen frihet uten retten til liv. Markedet er heller ikke fritt før alle parter kommer til forhandlingsbordet med den retten oppfylt.

Med borgerlønn kan både rettferdighetsforkjempere og markedsforkjempere få i pose og sekk. Staten blir styrket med fornyet tillit, individet blir fristilt. Politikere og byråkrater kan jobbe med konstruktive samfunnsprosjekter og nyskaping, istedenfor detaljstyring av individers liv med tvangsmidler som å kunne ta fra noen livsoppholdet.

HVA KAN VOKSE AV BORGERLØNN?

Garantert minsteinntekt kan gi oss tida tilbake. Til å stelle hagen for bestemor, passe naboens hund, plukke sopp i skogen, lage mat fra bunnen, lese for barna, reparere den buksa, eller skape noe nytt som verden trenger eller blir vakrere av.

Enda viktigere er kanskje den frihet og myndiggjøring borgerlønn kan gi. For noen kan det løse motstanden de opplever i møte med arbeidslivet. Mer vekt på livskvalitet, fritid og hobbyer betyr ikke nødvendigvis flere timer på sofaen. For de fleste vil det bety mer motivasjon og gnist. Andre igjen vil oppleve trygghet og verdighet i å få råde over egen tid og innsats.

Løsningen på de demografiske utfordringene, i et samfunn som fortsatt ruser seg på tanken om evig økonomisk vekst, kan ikke være at

alle bare må jobbe enda mer og raskere. Vi fikser ikke velferdsstatens økende omsorgsbehov ved å be sykepleierne løpe fortere på lange skift. I stedet bør vi begynne å sette reell pris på verdien av både tid, omsorg og hender. Skal dette få prege velferden, må arbeiderne orke – ja, helst ha et overskudd å gi av. Vi tror hele samfunnet vil tjene på et arbeidsliv hvor man ikke slites ut av lange arbeidsdager og tøffe arbeidsvilkår. På krevende arbeidsplasser kan færre timer på jobb faktisk gi ekstra overskudd til produktivitet og utvikling, har forsøk i Norge vist (Enehaug et al., 2009).

HVA GIR GODE LIV?

Kanskje sammenfaller naturens tålegrenser iblant med våre egne? I en tid der klimaangst og økosorg viser at naturens tilstand påvirker vår psykiske helse (Charlson et al., 2021), kan både vi og planeten trenge at vi lever litt langsommere, med mindre arbeidspress og kjøpepress, og mer tid til å ta vare på hverandre og det som omgir oss (Storli, 2021).

Arbeidslinja har gitt oss mye. En sterk velferdsstat. Stor mobilitet og muligheter for mange av oss. Men er det den eneste veien til gode liv? Og har den plass til alle? Neppe.

Hvorfor skal vi alltid ha, tjene, produsere og jobbe mer – på kortere tid?

Borgerlønn kan gjøre oss friere til å leve meningsfulle, mangfoldige liv med større psykologisk bærekraft: Mer tid til hverandre og skapergleden, mindre bruk og kast og karrierejag. Borgerlønn løser ikke alt, men kan bidra til å løse noen av problemene ensidig vektning av lønnsarbeid gir. Vi risikerer å kunne puste friere, føle oss tryggere og finne en ny rytme med mer fritid, frivillighet og familietid. Hvis vi tør å prøve. ✕



Vi tror hele samfunnet vil tjene på et arbeidsliv hvor man ikke slites ut av lange arbeidsdager

REFERANSER

- Charlson, F., Ali, S., Benmarhnia, T., Pearl, M., Massazza, A., Augustinavicius, J. & Scott, J. G. (2021). Climate Change and Mental Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4486. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094486>
- Enehaug, H., Gamperiene, M. & Wathne, C. T. (2009). *Gammel industri med nytt innhold. Utviklingen av en ny organisasjon og ledelseskultur ved TINE Heimdal ved innføring av sekstimersdag*. AFI-rapport 3/2009. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Graeber, D. (2019). *Bullshit jobs: The rise of pointless work, and what we can do about it*. Penguin.
- NOU 2021: 14. (2021). *Perspektivmeldingen*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/?ch=1>
- Storli, M. (2021). Har vi råd til å jobbe så mye? *Vårt Land*, 14.05.2021. Rethinking Economics Norge. <https://www.vl.no/meninger/verdidebatt/2021/05/14/har-vi-rad-til-a-jobbe-sa-mye/>

FEIL KOST

En betydelig andel av ungdom med anoreksi har underliggende personlighetspatologi, skriver artikkelforfatterne. Foto: Nora Skjerdingsstad



Retningslinjer om spiseforstyrrelser bør oppdateres

Faglige retningslinjer for spiseforstyrrelser bør inkludere kunnskap om at mange ungdommer med anoreksi har underliggende personlighetspatologi. I mellomtiden bør ungdommene screenes.



TEKST Grunde Varting, psykologspesialist, Linn Beate Pedersen, konstituert overlege, begge Ungdomspsykiatrisk klinikk ved Akershus universitetssykehus

SPISEFORSTYRRELSER

EN BETYDELIG ANDEL av den anorektiske ungdomspopulasjonen vil ha dysfunksjonelle personlighetstrekk eller fylle kriteriene for en underliggende personlighetsforstyrrelse. Nasjonal faglig retningslinje for behandling av spiseforstyrrelser inkluderer ikke dette i verken utredning eller behandling. Pasientene risikerer derfor at deres primære underliggende problematikk blir forbigått og ubehandlet.

Anoreksi er en form for spiseforstyrrelse som i hovedsak debuterer hos unge jenter i tenårene. Anbefalt behandlingstilnærming er familiebasert terapi (FBT). Mange ungdommer får et økt næringsinntak etter strukturert poliklinisk behandling eller døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Flere opplever likevel at

deres dysfunksjonelle kjernetanker ikke endres ved økt BMI (Fennig et al., 2017). Mange kan ha tidligere og underliggende vansker knyttet til personlighetsfungering som påvirker deres evne til å nyttiggjøre seg av behandling (Wentz et al., 2009).

LANGVARIG BEHANDLING

Omfattende forskning har vist at personlighetsforstyrrelser er til stede i ungdomspopulasjonen, med starten av tenårene som en konservativ nedre grense for diagnostisering (Chanan et al., 2019). Disse ungdommene anses å ha behov for mer langvarig behandling som rommer både den underliggende personlighetsproblematikken og eventuelle komorbide lidelser.

Ungdom og unge voksne med anoreksi kan deles i tre primære grupper: de pliktoppfyllende/perfeksjonistiske, de dysregulerte og de overregulerte (Gazzillo et al., 2013). De to sistnevnte er tettere forbundet med personlighetspatologi, og vil i snitt fremme mer komplekse og omfattende behandlingsforløp.

Nåværende diagnosemanualer ICD-10 og DSM-5 forholder seg kategorisk til personlighetspatologi, der engstelig/unnvikende, emosjonelt ustabil og tvangspregt personlighetsforstyrrelse er de diagnosene som er mest forenlig med de tradisjonelle dysfunksjonelle personlighetstrekkene som ses hos unge pasienter med anoreksi. Studier på den alternative modellen i DSM-5, forenlig med den dimensjonale modellen i kommende ICD-11, støtter opp under tidligere funn. Studiene viser at ungdom med anoreksi har dysfunksjonelle og funksjonsnedsettende personlighetstrekk som kun delvis modereres av aktuell spiseproblematikk (Dufresne et al., 2020).

TILPASSET BEHANDLING

Vi kan slå fast at en betydelig andel av ungdom med anoreksi har underliggende personlighetspatologi. Evidensgrunnet bør inkluderes i Helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid med nasjonalfaglige retningslinjer for spiseforstyrrelser. Vi mener det er en forutsetning for å sikre pasientene helhetlig og tilpasset behandling.

I påvente av endring i retningslinjene bør fastleger, kommunepsykologer og andre hjelpere i førstelinjen kunne ta i bruk enkle screeningverktøy for underliggende personlighetspatologi før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør inkludere en strukturert utredning for personlighetspatologi som en del av basisutredningen i pakkeforløp før oppstart av behandling.

Anbefalt behandling vil være individuelt tilpasset FBT med vekt på den underliggende kjerneproblematikken. Slik behandling kan kombineres med egnet gruppebehandling; eksempelvis mentaliseringsbasert terapi eller dialektisk atferdsterapi. En slik tilnærming vil fremme en større behandlingsfleksibilitet. Pasienten ville få en oppfølging som ikke er direkte avhengig av om pasienten har behov for næringsrelatert behandling. ✕

REFERANSER:

- Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z. & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early intervention in psychiatry*, 11(3), 200–207. <https://doi.org/10.1111/eip.12234>
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C. & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 168–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>
- Chanen, A. M. & Thompson, K. N. (2019). The age of onset of personality disorders. *Age of onset of mental disorders* (s. 183–201). Springer.
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S., Zanna, V., Filippucci, L. & Vicari, S. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 54(6), 702–712. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.comppsy.2013.03.006>
- Dufresne, L., Bussi eres, E. L., B edard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A. & B egin, C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 157–173. <https://doi.org/10.1002/eat.23183>



Vi mener det er en forutsetning for å sikre pasientene helhetlig og tilpasset behandling

Vi trenger mer psykologi i møtet med den økologiske krisen

Hvordan kan vi bruke psykologien i møte med miljøutfordringene? I augustutgaven inviterer Lina Søreide Slåttå til debatt om temaet. På flere områder mener jeg vi har utviklingspotensial.



TEKST Svein Åge K. Johnsen, førsteamanuensis og forskningsgruppeleder for miljøpsykologi, Institutt for psykologi, Høgskolen i Innlandet

KLIMAPSYKOLOGI

1) DET ER på høy tid at norske psykologer blir oppmerksomme på den enorme mengden psykologisk forskning som finnes på miljø, økologi og klimaproblematikk, for eksempel innen miljøpsykologien. Det er fortsatt mange som går rundt og tror at dette feltet er lite. Ett sted å begynne er *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology* (Clayton, 2012).

2) Psykologer kan bli mer oppmerksomme på hvordan vi er med på å opprettholde et (ensidig) individbasert søkelys på helse og velvære. Depresjon og angst kan være adekvate responser på samfunnet vi lever i. Hva skjer dersom stadig flere av oss må behandles for slike lidelser? Vi kan godt sette en grense for kliniske nivåer, men vi risikerer å sykeliggjøre normale reaksjoner. Dersom psykologiens rolle blir å få folk til å håndtere og leve med en stadig mer forurenset verden, har vi en psykologi som er en del av problemet. Samfunnspsykologien kan kanskje i større grad inkludere «one health»-perspektivet. «One health» (Prata 2022) er en tverrfaglig og helhetlig tilnærming for å fremme helse hos dyr, mennesker og økosystemer/miljøet.

3) Vi må vite hvilke intervensjoner som fungerer, og hvilke som ikke gjør det. Av og til har jeg behov for å få psykologiens hybrid under kontroll. Mange psykologer er opptatt av å intellektualisere rundt og forklare hvorfor noe er som det er, post faktum. Gjerne knyttet til det intrapsykiske. Det er vel så viktig dersom vi kan si noe om hvordan vi kan endre på atferd, systemer eller beslutningsprosesser. For eksempel hvordan vi kan få til mer miljøatferd,

eller hvordan vi kan bidra til at endringsprosesser går fortere.

4) Vi bør ikke glemme maktperspektivet i klima- og miljødebatten. Slåttå siterer Emmanuel Lévinas på at vi er hverandres gisler. Men i miljørammen bør det være mulig å være enda tydeligere: Vi opprettholder systemer som vi tenker er fordelaktige for oss selv. Å tenke at vi er hverandres gisler, neglisjerer det at noen av oss faktisk er mer ansvarlige enn andre. Vi vet at forbruksnivået følger inntektsnivået ganske tett, og mange psykologer tjener godt.

5) Psykologer kan i større grad være oppmerksom på at et godt liv også er et meningsfullt liv. Folk meisler ut en nisje i livet sitt hvor de kan oppleve mening. Kanskje bør vi tørre å tenke større på vegne av hverandre. De fleste ønsker jo å forstå verden, og å være i den på en meningsfull måte.

Vi kan være mer opptatt av livskvalitet i hele livsløpet. Kanskje også få bedre fram hvordan livskvalitet ikke er knyttet til materiell velstand. Kanskje vi bør være en tydeligere motvekt i en verden som blir stadig mer opptatt av det ytre. Det er paradoksalt at samtidig som alle vet at vi bør redusere forbruket, vokser det fram en hel industri i sosiale medier, med en hel ungdomsgenerasjon som deltakere, som nettopp har som mål å øke forbruket. Psykologien burde kunne fremheve andre perspektiver på vellykethet enn høyt forbruk.

6) Vi kan være mer opptatt av emosjoner innen miljøfeltet. En enkel observasjon er at folk veksler mellom apati, sinne og tristhet i møtet med miljøproblemene. I den grad de kan gjøre noe med det aktuelle problemet,

kan sinne fungere atferdsaktiverende. Slike sykluser og modeller er velkjent stoff for kliniske psykologer. Slåttå nevner håp, men håp er ikke akkurat den mest atferdsaktiverende følelsen. Total mangel på håp er nok ikke så heldig, men stolthet og skam er vel så viktige dersom vi tenker på atferd og beslutninger.

7) Psykologien kan brukes mer for å opplyse om hvilke faktorer som påvirker beslutningsprosesser og atferd, og for eksempel utvide den allmenne forståelsen av irrasjonalitet. Det blir ofte sagt at nordmenn har et nært forhold til naturen. Det er interessant at hvalrossen Freya måtte komme til Norge for å bli drept. Freya hadde vært innom Nederland, England, Danmark og Sverige. I etterkant har mange vært opptatt av det irrasjonelle i menneskelig atferd, enten det gjelder å ta livet av Freya, eller å ta en selfie med henne. I alle fall én biolog har påpekt paradokset i at «ingen» bryr seg om at vi leter etter olje i hvalrossens habitat. De færreste er forferdet over

egen irrasjonalitet. Den dominerende strømmingen hos de som har «bygget landet», er antroposentrisme. I norsk mediesammenheng er denne majoritetsstemmen veldig tydelig, uten at det blir reflektert noe som helst rundt hvilken agenda som ligger bak. Kanskje det skaper et visst ubehag at noen er på vei inn i en utforskningsprosess knyttet til identitet og verdier?

8) Psykologer kan bli flinkere til å stille spørsmål om hvilken type samtale eller debatt vi deltar i når vi diskuterer miljøspørsmål. Det er ikke gitt at måten vi diskuterer miljøproblemer på, er den mest konstruktive. Det vil oppstå flere konflikter innen klima- og miljøfeltet, som vil kreve løsning. Vi ser jo allerede konflikter mellom det lokale og globale når det gjelder vindmøller. Her kunne psykologer bidratt mer. Psykologer kunne også brukt faget sitt til å fasilitere ulike prosesser, f. eks. organisasjonsendring (Robertson, 2015), slik at det grønne skiftet går fortere enn det faktisk gjør i dag. ✕



Den dominerende strømmingen hos de som har «bygget landet», er antroposentrisme

REFERANSER

Clayton, S. D. (Red.). (2012). *The oxford handbook of environmental and conservation psychology* (1. utg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733026.001.0001>

Prata, J., Ribeiro, A. & Santos, T. (2022). *One Health: Integrated Approach to 21st Century Challenges to Health*. Academic Press/Elsevier.

Robertson, J. L. & Barling J. (2015). *The Psychology of Green Organizations*. Oxford University Press.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

Hjernesnakk er fint, men forteller lite om atferd

Det er en grunn til at også Østbytnet prøver å forebygge utfordrende atferd ved å eliminere eller dempe foranledninger for den: Det er det eneste mulige i psykologisk behandling.



TEKST Børge Holden, psykologspesialist

UTFORDRENDE ATFERD

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET nr. 6 i år forteller Ann-Karin Nielsen Bakken om behandlingen på Østbytnet, en døgninstitusjon for barn og unge. For å forstå og forebygge utfordrende atferd og redusere bruk av tvang, har de hatt nytte av en nevrosekvensiell modell, skriver hun.

Forståelsen av utfordrende atferd beskrives i en nevrosjargong. Hjernen kan «agere på sanseinformasjon før den 'bevisste' delen av hjernen får med seg hva som foregår», og klarer ikke å «filtrere bort» sanseinformasjon. Tilstander bestemmes av «hvor mye stresshormoner som skilles ut». «Den delen av hjernen som er tilgjengelig for oss, er rett og slett ikke åpen for fornuft og samtale.» Tanker og fornuft krever å kunne «bruke neokorteks». Nevrosepsjon er at «vårt autonome nervesystem fanger opp signaler fra omgivelsene våre på trygghet eller fare, og handler på dette før bevisstheten vår forholder seg til det». «Overgangssituasjoner fordrer kortikal fleksibilitet.» Hvordan vi kan vite alt dette, står det ikke noe om.

SIER INGENTING OM ATFERD

Når Bakken beskriver hva som utløser utfordrende atferd hos et bestemt barn, og tiltak, opphører uansett nevrosjargongen. Da

beskriver hun konkrete hendelser, og måter å forholde seg til hans atferd på. De tilrettela mye rundt ham «for ikke å trigge tidligere spillserfaringer». For at han ikke skulle overvelles, kartla de «hans tilstandsavhengige fungering. I hvilken tilstand er det vi typisk ser hans atferd?» De gjorde det for å «forebygge at han blir så overveldet at han utagerer», og de reduserte slike tilstander ved å holde intensiteten i inntrykk nede, og ved «en tydelig struktur gjennom døgnet», for å øke trygghet. Andre tiltak var regulerende aktiviteter, som bordtennis og turer, mindre sansestimuli, og tilbud om stillhet når han ble aktivert. Å prate til ham kunne eskalere hans atferd. Generelt heter det også at «På Østbytnet opplever vi at barna kan være vanskelig å få kontakt med når de er aktiverte», det vil si å forholde seg til atferd. Beskrivelsene tyder på at det er erfaringer med samhandling med barn, og ikke en hjernemodell, som har gitt Østbytnet holdepunkter for hva de kan gjøre.

Det er en grunn til at de også på Østbytnet prøver å forebygge utfordrende atferd ved å eliminere eller dempe foranledninger for den: Det er det eneste mulige i psykologisk behandling. Å forholde seg til hjernen og andre deler av nervesystemet er umulig, med mindre det skal ope-

Terapeuten må eie sine begrensninger

Det er terapeutens ansvar å eie psykoterapiens begrensninger, og ikke minst formidle dette på en tydelig, men ivaretagende måte til pasientene.



TEKST Helge Bråthen, psykologspesialist ved Senter for psykisk helsevern og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus

PSYKOTERAPIENS GRUNNLAGS-PROBLEMER



Jeg har alltid hatt «hjelp til selvhjelp» som motto i min kliniske praksis

JEG SYNS DET er bra at Kaja Asbjørnsen Betin i sitt innlegg Psykoterapiens tragedie i septemberutgaven retter så tydelig fokus mot psykologers begrensninger. Vi kan virkelig ikke forutsi selvmord, voldshandlinger eller andre emosjonelt impulsive handlinger. Variablene er rett og slett så mange at det vil være pretensiøst å prøve. Dette til tross for at vi er pålagt gjennom helsemyndighetenes retningslinjer å skulle gjøre kalkulerte vurderinger.

INEFFEKTIVE BEHANDLINGSFORLØP

Mange pasienter går i behandling lengre enn de burde. Jeg opplever at en del terapeuter forsøker å fikse alt som er utfordrende og vanskelig for noen pasienter, noe som kan være en sympatisk tendens hos empatiske hjelpere. Mange pasienter forventer også nettopp det. Når helse-systemet i tillegg legger opp til en modell som gir inntekter knyttet opp til gjennomførte timer, uavhengig om det er effektivt eller ikke, kan det være vanskelig å avslutte ineffektive behandlingsforløp.

Slike uheldige forløp kan i en del tilfeller også gjøre mer skade enn godt, da en viktig forutsetning for psykoterapeutisk effekt over tid, er at pasientene får mestringsfølelse av å klare seg selv. Litt på samme måte som at barn også må lære seg å stå på egne bein, og ikke ha foreldre som «løser» alle deres utfordringer.

Jeg har alltid hatt «hjelp til selvhjelp» som motto i min kliniske praksis. Noen ganger er

det å *ikke* «hjelp», nettopp den hjelpen (til-liten og støtten) som trengs. Det er viktig å få pasientene til å stole på, og ikke minst eie, de endringene de har oppnådd i et behandlingsforløp.

REDDER LIV

Det er derfor terapeutens ansvar å eie psykoterapiens begrensninger, og ikke minst formidle dette på en tydelig, men ivaretagende måte til pasientene. Følgelig bør også behandlingsforløp avsluttes når psykoterapiens begrensede virkning har utspilt sin rolle og pasienten er klar nok til å møte livets utfordringer på egen hånd. Livet er utfordrende, og det er mestring av dette livet som gir helt nødvendig grunnlag for at vi utvikler de ferdigheter og kunnskap som skal til for å leve et meningsfullt liv.

Vi må også tilstrebe å være ærlige nok til å kunne innrømme våre begrensninger, slik som myten om at vi kan forutsi hvem som vil ta sitt eget liv, eller hvem som vil kunne utøve vold.

Likevel vil jeg, som artikkelforfatteren, også presisere at jeg ikke ville gjort noe annet enn å jobbe som psykolog, og at terapi faktisk redder liv. ✕

REFERANSE

Betin, K. A. (2022). Psykoterapiens tragedie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), 838–839

Retorisk om psykoterapiens grunnverdier

Det retoriske grepet i Viks svar til meg i vår debatt om psykoterapiens etos er å fremheve at han er uenig. Han gir imidlertid leseren få argumenter for *hvorfor* han er uenig.

LA OSS PRØVE ut Viks holdepunkter med argumenter.

Hva er en konstituerende grunnetos – og hva skulle være poenget med å identifisere den? Det er det diskusjonen mellom meg og Ole Magnus Vik handler om i kjølvannet av hans essay *Psykoterapiens etos* i *Psykologtidsskriftets* juliutgave.

En grunnetos definerer målet og hensikten med all psykoterapi. Hensikten med å identifisere denne grunnetosen måtte være å tydeliggjøre hvordan den skiller seg fra andre (innbilte) mål for psykoterapi. Vik synes å hevde at en grunnetos ikke trenger å være grunnleggende. Men da snakker vi ikke om en grunnetos, men om en etos blant flere.

Så er det sinnene våre, som Vik konstaterer at er immaterielle. Dette er en marginal posisjon i sinnsfilosofi, men la gå. Psykoterapi er distinkt fordi den i større grad forholder seg til sinn. Men kunne vi ikke da si at det er en forskjell i grad? Må det innebære at psykoterapi er kvalitativt annerledes enn andre praksiser? For hva med logopeder, vernepleiere, psykiatriske hjelpepleiere, psykiatere, sosionomer – handler ikke disse yrkene om sinnet? Og da har jeg ikke engang nevnt skolevesenet og en rekke andre institusjoner. Holdepunktene for Viks påstander er få.

Så er det spørsmålet om mistenkeliggjøring kan være en konstituerende grunnetos for psykoterapi uten å komme til uttrykk i terapi. For det første er ikke mistenkeliggjøring en etos – det er et middel. For det andre kan det ikke være konstituerende for psykoterapi uten å komme til uttrykk i psykoterapi.

Det er forskjell på å konstituere og å være relevant for noe.

Mitt poeng knyttet til autenticitet er at det ikke nødvendigvis forstås normativt. Det er ikke tillitvekkende at Vik henviser til Kierkegaard – med hans pseudonymer, ironi og eksperimenterende beskrivelser av menneskers livsvilkår. Kierkegaard er på ingen måte åpenbart normativ, slik Vik hevder.

Dessuten tror jeg ikke at Kierkegaard og Sartre er viktigere for klinikere enn Heidegger, som var en del av Boss' Zollikon-seminarer, og som åpenbart inspirerte psykoterapinestorer som Binswanger og May.

Til slutt hevder Vik at ingen av oss kan bevise eksistensialismens sannhet. Det spørser naturligvis hva som regnes som et bevis. Også eksistensialister argumenterer for sine standpunkt. For hvis det var slik at standpunktene våre var helt vilkårlige, kan Vik like gjerne innta mitt standpunkt. ✕

”

Må det innebære at psykoterapi er kvalitativt annerledes enn andre praksiser?



FOTO: UIB

TEKST Henrik Berg, professor i vitenskaps-teori, Universitetet Bergen og Universitetet i Agder

KOMMENTERT

Vik, O.M. (2022) Lenge leve en verdiåpen psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 59(9). 840-841.

Inntrykk

Essay og anmeldelser

BOKESSAY

En ny vår for arbeidspsykologien?

Utgivelsen av boken *Klinisk arbeidspsykologi* er en viktig begivenhet. Det blir spennende å se om arbeidspsykologien gjennom denne boken vil evne å befestе sin faglige posisjon.

TEKST Arne Svendsrud

Arbeidspsykologien er et lite felt i Norge, klemt sammen mellom klinisk psykologi, organisasjonspsykologi og andre retninger. Derfor er det ikke rart at de få bøkene som er utgitt, låner tilnærminger fra sine storesøsken. Redaktørene av boken, Bjørn Lau og Merete G. Øie, skriver i innledningen at boken skal ta for seg klinisk arbeidspsykologi slik den praktiseres i Norge i dag. Den gjennomgående vinklingen i boken er forskningsbaserte intervensjoner ved psykiske lidelser og fungering i arbeid. En mer dekkende tittel på boken ville slik sett vært *Psykiske lidelser og fungering i arbeid*. Utvalget av teori og metodikk innenfor arbeidspsykologien som er vektlagt, gjenspeiler den store oppmerksomheten psykiske lidelser får i samfunnet nå.

I første kapittel skriver Marit Hannisdal, Jon Fiske og Anette Høy Dye godt og oppklarende om arbeidspsykologens rolle. Imidlertid ville jeg ønsket meg en grundigere behandling av det faglige grunnlaget for arbeidspsykologi.

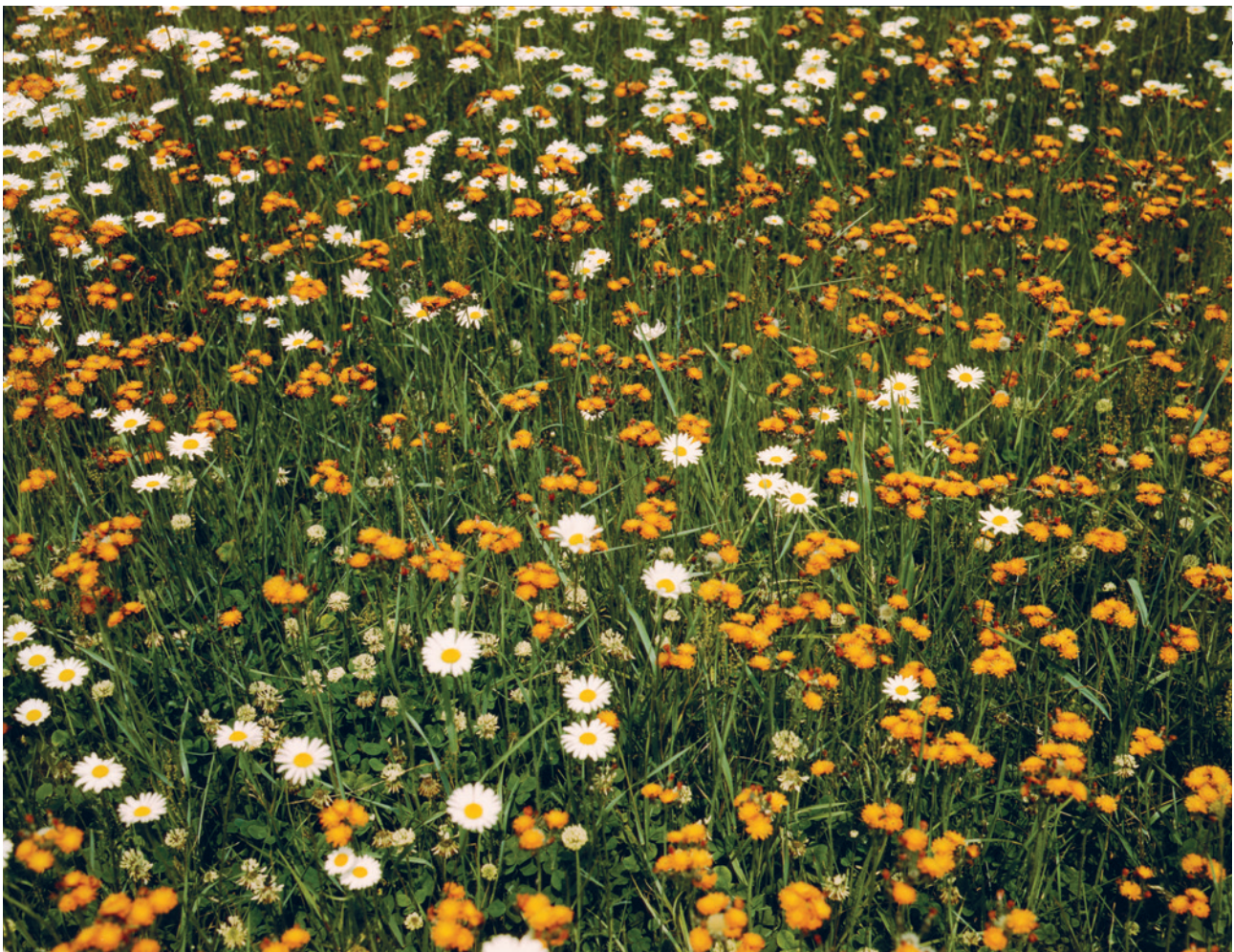
Bokens øvrige kapitler omhandler stress, arbeid og helse, mobbing i arbeidslivet, helsekompetanse på arbeidsplassen, vurdering av arbeids-evne, kognisjon og arbeidsfunksjon ved psykiske lidelser, Individuell jobbstøtte (IPS), jobbfokusert terapi, tilrettelegging ved kognitive vansker og ledelse ved sykefraværsoppfølging. Dette er en bok som gir god teoretisk innsikt, en god forståelse av fagområdet arbeidspsykologi innenfor avgrensningen av boken, og ikke minst en god praktisk nytteverdi i form av deling av praktiske metoder.

ARBEIDSPSYKOLOGIENS PARADIGMESKIFTER

Arbeidspsykologien kan metodisk sett sies å ha vært gjennom et paradigmeskifte tidligere og gjennomgår et nytt skifte nå. Stress-sårbarhetspara-

digmet var tuftet på ideen om at arbeidslivet gjør folk syke. Metoden var gjerne sykemelding frem til folk var friske nok til å komme tilbake og fungere i jobb, eller utredning med anbefaling om uføretrygd. Dette paradigmet har i stor grad falt og er blitt erstattet av tilretteleggingsparadigmet. Ideen med tilretteleggingsparadigmet er at folk kan ha ulike vansker, midlertidige eller varige, som gjør at man ikke når opp til kravene i arbeidslivet, eller ikke selv opplever at arbeidssituasjonen fungerer. Arbeidslivet forventes å tilpasse seg, for eksempel gjennom økt toleranse for ulik adferd forårsaket av en psykisk lidelse. I Norge har det vært stort fokus på dette paradigmet i mange år. Samtidig ser man på tallene over uføretrygdene at tilnærmingen har begrenset suksess. For meg som har arbeidet på feltet i mange år, var det spennende å se hvor denne boken plasserte seg i relasjon til disse paradigmenes.

Tilretteleggingsparadigmet er relativt lett å få øye på i boken. Bjørn Laus kapittel om ledelse ved sykefraværsoppfølging beskriver på en empirisk begrunnet måte hva god tilrettelegging kan være. I kapittelet jobbfokusert terapi beskrives det også at man jobber noe med tilrettelegging, for eksempel gjennom å redusere jobbkrav, å ha regelmessige møter med nærmeste leder og så videre. Tilretteleg-



ARBEIDSPSYKOLOGIEN BLOMSTRER Jobbfokus ved psykiske lidelser er en viktig del av samfunnets forventning til psykologrollen i dag, og i denne boken blir du helt oppdatert på hva slike tilnærminger handler om. Foto: John Collier, 1943 / Library of Congress

gingstiltak presenteres i boken, men i og med at tilrettelegging er en så vesentlig del av den norske arbeidsinkluderingspolitikken, skulle jeg ønsket meg en detaljert og systematisk gjennomgang av hvilke tilretteleggingstiltak som finnes, og hvilke som ser ut til å virke når.

En utfordring med tilrettelegging er at målet aldri kan nås fordi det stadig flytter på seg. Eksempelvis kan personer med Asperger syndrom oppnå god fungering ved tilrettelegging, men få vansker når uunngåelige endringer oppstår på arbeidsplassen. Hvis det for eksempel ansettes en ny leder uten tilstrekkelig overføring av kunnskaper om tilretteleggingen, kan oppnådd mestring gå tapt. Vi ser nå et paradigmeskifte der en nå fokuserer mer på å utvikle mestringsstrategier – mestringsparadigmet. Fokuset her blir å hjelpe personer å utvikle mestringsstrategier for det som trengs å mestres, og tilrettelegge for det man ikke får til å utvikle mestring for.

Forskjellen på tilretteleggingsparadigmet og mestringsparadigmet kan illustreres ved et eksempel med en arbeidstaker som sliter med sosial angst. Under tilretteleggingsparadigmet

vil aktuelle tiltak være at personen får sitte for seg selv i lunsjen, mens under mestringsparadigmet vil tiltak rettes inn mot å hjelpe personen med å takle lunsjen, for eksempel ved å utvikle samtalestrategier. Utvikling av mestringsstrategier har den store fordelen at de vil være mer varige, fordi personen kontrollerer dem selv og er ikke så avhengig av omgivelsene og andre mennesker.

Klinisk arbeidspsykologi peker fremover for arbeidspsykologien i Norge ved at den har hovedfokus på utvikling av mestringsstrategier og utvikling hos den enkelte, og mindre på tilrettelegging. Hege Eriksen og Ingrid Blø Olsen skriver i kapittelet om stress, arbeid og helse at de kartlegger eksisterende mestringsstrategier og jobber med å utvikle bedre fungerende mestringsstrategier ved bruk av modeller fra kognitiv og metakognitiv terapi. I kapittelet om mobbing i arbeidslivet skriver Ståle Valvatne Einarsen interessant nok at personer som i andre sammenhenger regnes som robuste, ser ut til å ha dårligere fungerende mestringsstrategier i møte med mobbing. Einarsen hypoteti-



BOK *Klinisk arbeidspsykologi*
FORFATTER Bjørn Lau (red.) og Merete Glenne Øie (red.)
ÅR 2021
FORLAG Universitetsforlaget
SIDER 200





Stress-sårbarhets-paradigmet var tuftet på ideen om at arbeidslivet gjør folk syke

serer at folk som vanligvis er vant til å mestre, blir sjokkerte når de utsettes for mobbing, altså en reversert buffereffekt.

Tone Langjordet Johnsens kapittel om iBe-drift, et psykoedukativt tilbud om helsekompetanse i psykiske helseplager på arbeidsplassen, var spennende å lese. Hun beskriver her en demokratisk metode hun kaller *ikke-formynderformidling*, hvor det er opp til deltakerne å trekke de konklusjonene og dra ut de mestingsstrategiene de måtte ønske. Her fikk jeg umiddelbart assosiasjoner til familierapiens bruk av reflekterende team. Jan Stubberud og Merete Glenne Øie skriver også mye om utvikling av mestingsstrategier, selv om overskriften på kapittelet er tilrettelegging for kognitive vansker. I kapittelet nevnes blant annet bruk av kognitiv trening, metakognitiv trening og trinnsvis problemløsning som måter å jobbe med å utvikle bedre mestingsstrategier på. Danielle Wright, Marit Hannisdal og Elisabeth Baumann Heier har skrevet et kapittel om jobbfokusert terapi som blant annet tar utgangspunkt i arbeid med mestingsforventning. De jobbfokuserte intervensjonene som blir beskrevet i kapittelet, kan brukes av alle terapeuter som ønsker å integrere jobbfokus i sin egen terapitilnærming.

Kapittelet om Individuell jobbstøtte (IPS), skrevet av Beate Brinchmann, Simon Engelién og Arnstein Mykletun, inneholder en fin redegjørelse om tilnærmingen som har fått svært stor oppmerksomhet i Norge.

Kapitlene som Merete Glenne Øie og Jan Stubberud har skrevet om psykiske lidelser, kognisjon, arbeidsfunksjon og tilrettelegging er interessante fordi de for meg peker vei inn i fremtiden for arbeidspsykologien. De beveger seg ned på et svært detaljert nivå når det gjelder å beskrive hvilke praktiske kognitive utslag psykiske lidelser kan ha i en arbeidssituasjon. Etter min mening er det på dette fenomenologiske nivået arbeidspsykologien må befinne seg. Detaljerte kunnskaper om konkrete utfordringer knyttet til arbeidsevne er avgjørende for å kunne utvikle relevante mestingsstrategier i en jobbsituasjon.

Her opplever jeg at arbeidspsykologien mangler en taksonomi for normalitet. Diagnostoser og beskrivelser av funksjonssvikt gir ikke helhetlige bilder av forhold mellom ned-satt arbeidsevne og nødvendige tiltak. Ved å ta utgangspunkt i normalfungering blir det imid-

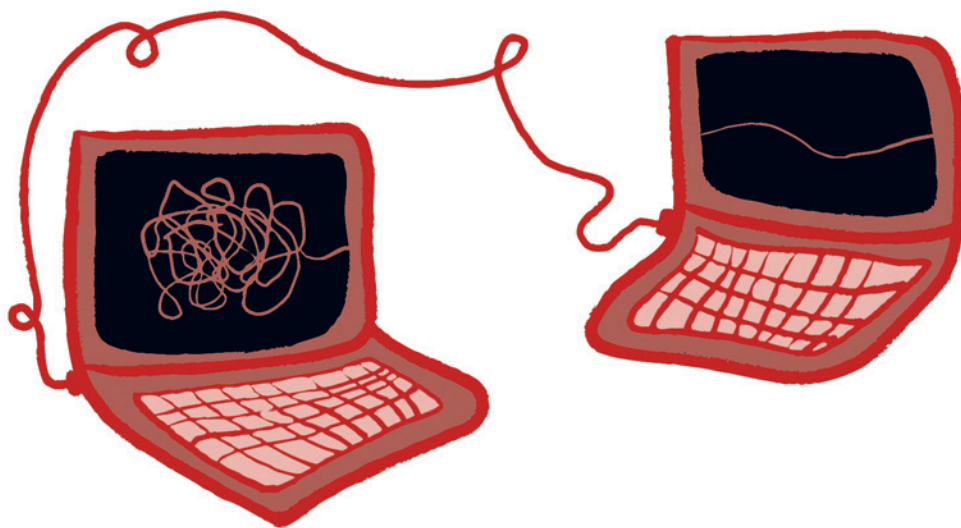
lertid lettere å se og få identifisert hva som er relevant å jobbe med for å utvikle mestring.

HVILKET BILDE TEGNES OPP AV KLINISK ARBEIDSPSYKOLOGI?

Samlet sett kan vi si at boken plasserer seg klart i mestingsparadigmet, og at det er delt mellom det vi kan kalle metamestring, det vil si arbeid med g-faktorer som mestingsforventning og respons-utfallsforventning på den ene siden og utvikling av mestingsstrategier for de konkrete situasjonene som må mestres i en jobb, på den andre.

Men arbeidspsykologien har en faglig identitet som kan knyttes til normalpsykologien og karriereveiledningsfeltet, og er derfor bredere enn den som beskrives gjennom kapitlene i denne boken. De fleste teorier om karriereutvikling og karriereveiledning er skrevet av psykologer. Derfor er det litt forstemmende at forfatterne i bokens første kapittel ikke bruker ordet *karriereveiledning*, men ordet *yrkesvalggrådgivning* og *arbeidsrettet veiledning*. Arbeidspsykologen er, slik jeg ser det, en karriereveileder som har kunnskap og ferdigheter i å veilede i komplekse saker. Arbeidspsykologien kan ses på som det viktigste faglige grunnlaget for karriereveiledning, og motsatt. Karriereveilederen ved et karrieresenter er generalisten. Arbeidspsykologen er spesialisten. Her savner jeg også at forfatterne kobler arbeidspsykologien opp mot karrierekompetansebegrepet (*career management skills frameworks*), som jo er et stort satsingsområde i Norge. Internasjonalt tegner «karrierekompetanse» til å bli en av rammene som vil definere arbeidspsykologien i fremtiden. Ved å koble klinisk arbeidspsykologi ikke bare til psykiatrifeltet, men til karriereveiledningsfeltet vil arbeidspsykologien bli et viktig og større felt og ikke et lite felt kun knyttet til mestring av psykiske lidelser i arbeidslivet.

Honnør for en velskrevet og faglig meget sterk bok, som jeg anbefaler på det sterkeste for alle psykologer. Jobbfokus ved psykiske lidelser er en viktig del av samfunnets forventning til psykologrollen i dag, og i denne boken blir du helt oppdatert på hva slike tilnærminger handler om. Den er også et must for alle andre som jobber med å få til mestring i arbeidslivet knyttet til psykiske lidelser, som ansatte i NAV, arbeidsinkluderingsbedrifter og så videre. I tillegg er den jo et opplagt valg som pensumbok ved alle studier som berører emnet. ✘



Nyttig bok om digital psykoterapi

Digital psykoterapi har unike fordeler, men også potensielle fallgruver.

Trygge digitale terapeuter gir en balansert fremstilling av en spennende behandlingstilnærming som er kommet for å bli.

Psykoterapi på digitale plattformer har de senere årene blitt mer vanlig, blant annet tilskyndet av covid-19-pandemien. Men tiltagende bruk av telefonterapi, videoterapi, veiledet internettbehandling og ulike apper skyldes også god dokumentasjon av effekt, samt at slike tilbud gir mange med behov for psykisk helsehjelp en behandling som er mer tilgjengelig og fleksibel. Norge er et land hvor befolkningen har god tilgang på nødvendig teknologi. Spørsmålet er derfor ikke om vi skal ha digital psykoterapi eller ikke, men hvordan dette kan bli et naturlig alternativ eller supplement til eksisterende behandlingstilbud.

Utfordringen ligger i hvordan en kan tilpasse ulike terapiformer til en digital versjon, og hvordan dette påvirker vår rolle som terapeuter. Dét er da også hovedtema for *Trygge digitale terapeuter*. Forfatter er psykolog Kaja

Asbjørnsen Betin, som blant annet er leder for Psykologenes forening for digital helse, og som jobber som leder for e-helseteamet ved Lovisenberg Sykehus.

Boken starter med en introduksjon til temaet og en begrunnelse for å tilby digital psykoterapi, etterfulgt av seks kapitler som tar for seg ulike sider ved denne formen for behandling. Kapittel 1 er en redegjørelse for den terapeutiske prosessen i veiledet internettbehandling. Kapitlet er langt på veg et forsøk på å møte noe av den kritikken som enkelte fagpersoner har reist mot veiledet internettbehandling. Dette gjøres i hovedsak ved at vi følger terapiprosessen til pasienten Anne og gjennom det får et innblikk i hvordan et terapiforløp med lav grad av terapeutinvolvering kan gi opphav til en meningsfull terapeutisk prosess.

Kapittel 2 er skrevet av psykologspesialist Patrick A. Vogel, som ser på hvordan en kan oppnå god behandlingsallianse i videoterapi. Med utgangspunkt i det som betegnes som fasi-



BOK *Trygge digitale terapeuter. En guide til digital psykoterapi*

FORFATTER

Kaja Asbjørnsen Betin

ÅR 2022

FORLAG Gyldendal

SIDER 132

ANMELDT AV

» Arne Repål



Spørsmålet er derfor ikke om vi skal ha digital psykoterapi eller ikke

literende interpersonlige ferdigheter, beskriver forfatteren hvordan verbal flyt, emosjonsuttrykk, varme, aksept og empati kan formidles også gjennom videobaserte samtaler.

Kapittel 3 tar for seg fordeler så vel som mulige fallgruver ved digitale terapiformat. Kapittelet bygger i stor grad på forfatterens intervjuer med terapeuter som har tatt i bruk ulike former for terapi på digitale plattformer. I tillegg får vi innblikk i erfaringene fra en gruppe pasienter. Forfatteren konkluderer med at digital psykoterapi har unike fordeler, men også potensielle fallgruver. Et viktig spørsmål er hvordan vi kan motvirke sistnevnte.

Kapittel 4 omhandler tilpasning av ulike terapimodeller ved telefon- og videoterapi. Kognitiv atferdsterapi er den terapimodellen som oftest er omtalt i forbindelse med digital terapi, men her tar forfatteren også for seg korttids psykodynamisk terapi, psykoanalytisk psykoterapi, emosjonsfokusert terapi og EMDR. I tillegg er det et eget avsnitt om gruppeterapi og et om spesielle forhold knyttet til arbeid med barn og unge.

Kapittel 5 er skrevet av psykologspesialist Svein Øverland og tar for seg bruk av spill og apper i psykoterapeutisk behandling. Et viktig bidrag her er beskrivelsen av blandet terapi, hvor pasienten tilbys kombinasjoner av fysisk oppmøte, videosamtaler, apper og andre digitale ressurser. Dette er en mer fleksibel bruk av digitale hjelpemidler som er teoriuavhengig og metode-uavhengig. Forfatteren viser til flere studier som konkluderer med at en slik tilnærming kan effektivisere behandlingen, og at pasienter er mer fornøyde.

Kapittel 6 gir en oversikt over hva du som terapeut bør vite før du går i gang med å tilby digital psykoterapi. Viktige tema her er forbedelse, personvern, forsvarlighet, praktiske rammer og typiske terapeutiske utfordringer. Siste del av kapittelet henvender seg til de som har ansvar for å implementere et digitalt psykoterapitilbud i et større behandlerfelleskap.

EN INFORMATIV OG BALANSERT BOK

Trygge digitale terapeuter tar først og fremst utgangspunkt i terapeuters erfaringer med ulike former for digital psykoterapi. Selv om det også vises til forskning, er det det erfaringsbaserte som har forrang her. Jeg synes tilnærmingen fungerer godt. For den som trenger mer dokumentasjon på effekt, er det nok av artikler å finne andre steder. Dette er boken for deg som vurderer å tilby digital psykoterapi, men kanskje er usikker på hvordan du skal gå frem. Her finner du praktiske råd og får innsyn i andre terapeuters erfaringer på området. For den som bare er nysgjerrig på hva digital psykoterapi kan omfatte, vil boken fungere godt som en introduksjon til emnet.

Når man skal prøve å introdusere noe som fortsatt må kunne betegnes som relativt nytt, er det alltid en fare for å overselge det. Jeg synes *Trygge digitale terapeuter* unngår dette, og gir en balansert fremstilling av en spennende behandlingstilnærming som er kommet for å bli. ✖

Floskelfri ledelseslitteratur

Enkel og konkret språkbruk er viktig for tilliten til fagfeltet. Oscar Amundsens bok *Drømmeorganisasjonen* er et solid, faglig forankret bidrag til ledelseslitteraturen.

ET TIDSFORDRIV i studietiden var «floskelgeneratoren», også kjent som «svadageneratoren». Til min glede finner jeg en tilsvarende nettside på engelsk mens jeg skriver denne bokanmeldelsen. Jeg trykker på knappen og utløser et sjenerøst vell av svada: «It's time to revamp and reboot our global strategic innovation». Vi er mer nøkterne i språkbruken i norsk nærings- og arbeidsliv, men setninger som «bærekraftige innovasjonsprosesser for langsiktige konkurransefortrinn» er nok heller ikke direkte mangelvare i virksomheter her til lands. Det var med skrekkblandet fryd at vi som masterstudenter i arbeids- og organisasjonspsykologi trykket oss gjennom setning etter setning med velformulert svada. Hva om nærmere 20 års skolegang ledet til et yrkesliv som produsenter av intetsigende stammespråk?

KORT OG GODT

Drømmeorganisasjonen har allerede fått en varm mottagelse. Finansavisen, som «behandler lederbøker på samme måte som en prest behandler vinen. Bare noen få slurker nå og da», omtaler den som «en fin, liten håndbok i ledelse» (Christiansen, 2022), mens HR-magasinet mener den er «så enkel å gå i gang med, så genialt organisert at den fremstår rett og slett som både et oppslagsverk og en håndbok» (Christiansen, 2022). Boken fortjener de gode anmeldelsene. *Drømmeorganisasjonen* lykkes i å fatte seg i korthet, uten at det går på bekost-

ning av innholdet. De åtte kjennetegnene ved innovative virksomheter inkluderer temaer som tillit, stolthet og lyttende ledelse, og illustreres med lett gjenkjennelige eksempler fra ulike bedrifter, med utgangspunkt i norsk og internasjonal faglitteratur. Til min glede og letelse nytter Amundsen et konkret og pedagogisk språk – helt fritt for floskler.

MANGFOLDSVANSKER

I forordet presiserer Amundsen at boken ikke trenger å leses fra start til slutt for å gi mening. Jeg begynner derfor å lese fra kapittel 4 om toleranse, temaet som er mest nærliggende min hverdag som rådgiver for mangfold i en næringsorganisasjon. Kapittelet innleder – i likhet med resten av boken – med et inngående eksempel på en virksomhet hvor meningsmangfoldet har brutt sammen:

«Toppledelsen i selskapet lot seg forføre av denne jevne strømmen av gode nyheter. Folk som kom med kritiske og negative innspill, ble gradvis byttet ut med folk som var optimistiske i sine innspill og rapporteringer.»

Historien er hentet fra Nokia, og understreker et viktig poeng om mangfold og endring i virksomheter: Det må være rom for uenighet. Nokia favoriserte unge kvasieksperter som lovet gull og grønne enger. Konsekvensen ble lite meningsmangfold og utdaterte mobiltelefoner.



BOK *Drømmeorganisasjonen: Åtte ting ledere bør vite om endring og innovasjon*

FORFATTER

Oscar Amundsen

ÅR 2021

FORLAG Gyldendal

SIDER 160

ANMELDT AV

» Iver N. Belle-Ramos



Til min glede og lettelse nytter Amundsen et konkret og pedagogisk språk – helt fritt for floskler

De åtte kjennetegnene ved drømmeorganisasjoner er nøkternt fremstilt, men kunne enkelte steder vært utbrodert noe mer. Amundsen avgrensner for eksempel mangfold til å dreie seg om jobbrelevant mangfold, slik som fagbakgrunn og ansiennitet. Det *er* empirisk hold for en slik avgrensning, men i praksis distanserer nok dette seg fra hverdagen til mange virksomheter. For eksempel møtte DNB nylig en storm av kritikk for en nettsak om deres behov for ansatte med ulik fagbakgrunn, fordi «alle på bildet så like ut» (Venbakken, 2022). I dagens arbeidsliv, og den tilhørende medievirkeligheten, er det utfordrende å skille jobbrelevant mangfold fra synlig mangfold, slik som alder, etnisitet og kjønn, noe boken med fordel kunne tematisert.

Det er lett å føle at temaene vi er mest opptatt av, kunne vært mer utforsket i boken, som for eksempel nettopp hvor komplekst mangfoldsarbeidet kan være i en bedrift, samt ulike årsaker til endringsmotstand. Boken rekker likevel over mye, er rett på sak og godt faglig forankret. Ledelseslitteraturen er en sjanger som lett kan bli offer for enkle løsninger og tomme fraser. *Drømmeorganisasjonen* kan trygt foreskrives på tvers av bransjer og sektorer, som en motvekt til levende floskelmaskiner. ✘

REFERANSER

- Christiansen, G. (2022, 18. februar). Det er lov å drømme. *HRmagasinet*. <https://www.hrmagasinet.no/endringsledelse-innovasjon-organisasjon/det-er-lov-a-dromme/774733>
- Hammernes, L.M. (2021, 26. november). Veien til en drømmeorganisasjon. *Finansavisen*. https://www.finansavisen.no/lordag/bokanmeldelser/2021/11/26/7780050/bokanmeldelse-veien-til-en-drommeorganisasjon?zephir_sso_ott=V0I3GQ
- Venbakken, K. (2022, 5. august). Hudflettes for sak om mangfold: - Alle ser kliss like ut. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/nyheter/hudflettes-for-sak-om-mangfold-alle-ser-kliss-like-ut/s/5-95-596010>

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Prioriteringens kunst

Alle psykologer jobber med å vekte og velge mellom ulike hensyn. Likevel må vi bli tydeligere på våre faglige prioriteringer, til det beste både for samfunnet og profesjonen.

Prioritering er en sentral faglig oppgave, men kan også være vondt og vanskelig. Dette er sannsynligvis noe alle psykologer kan kjenne seg igjen i. Selv kan jeg huske hvor vanskelig det var i begynnelsen av mitt yrkesliv, når jeg ble satt i situasjoner hvor jeg måtte gi avslag på helsehjelp eller prioritere en pasient foran en annen. Prioritering er vanskelig fordi man må sette noen gode og viktige hensyn foran andre, og dermed også velge noe bort, være det seg ulike oppgaver i kommune, spesialisthelsetjeneste eller andre tjenester.

Politikk er også prioritering. De siste ukene har vi fått høre fra regjeringen at det må prioriteres hardere i tiden fremover. Vi må «stramme kraftig inn i statsbudsjettet» (VG, 18.08.22), «mye av det vi har i [Hurdals-]plattformen må enten vente og tas senere eller settes til siden» (Aftenposten, 27.08.22), sier Jonas Gahr Støre. Dette er kraftige signaler fra statsministeren.

Psykologforeningens oppgave i denne situasjonen er å jobbe for at psykisk helse ikke blir en salderingspost. Vi mener å ha godt belegg for at psykisk helse har blitt underprioritert i lengre tid, og har også kalt dette «strukturell diskriminering» (Dagbladet, 09.10.21). Samtidig må vi erkjenne at myndighetene har ansvar for å prioritere, og vise at vi også ønsker å bidra til denne samfunnsoppgaven.

Prioritering handler nemlig ikke bare om fordelingen av statsbudsjettet, men fordelin-

gen av helsebudsjettet og fordeling av budsjett innen psykiske helsetjenester. Da gjelder det å begrunne hvilke oppgaver som må gjøres, samt hvilke oppgaver som har forrang. Her kan vi være tydeligere. Nettopp fordi det er en av oppgavene vi blir gitt tillit til i helsevesenet, og en av årsakene til at myndighetene delfinansierer vårt studium og gir oss autorisasjon.

Jeg mener oppriktig at våre medlemmer utøver prioriteringens kunst hver dag, men vi sier lite eksplisitt om dette. Dette kan delvis skyldes kompleksiteten i faget vårt, men det kan også skyldes at vi viker unna de uenighetene som potensielt er knyttet til temaet.

Det er nyttig å da ha med i betraktningen at noen av problemene som rapporteres om i tjenestene, også skyldes manglende prioritering. Innen psykisk helsevern kan dette gi seg utslag i at man legger like stor vekt på å få ned avslagsprosent som ventetid, og at alle kvalitetsindikatorer er like viktige. Samhandling skal prioriteres uten å glemme oppfølging av pårørende. Ansatte blir satt til å løse de samme oppgavene uavhengig av grunnkompetanse. Resultatet blir en tjeneste i strekk med overarbeidede ansatte og uklare oppgaver. Det samme gjør seg gjeldende i kommunene; skal noen få psykologårverk brukes til forebygging og folkehelse, eller skal de ivareta kliniske oppgaver til pasienter som ikke har tilbud i spesialisthelsetjenesten? Jeg kunne fortsatt med eksempler fra alle de



FOTO: FARTEN RUDJORD

TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, president

Sidene merket
Medlemsnytt
er produsert av
Psykologforeningen
og redaksjonelt
uavhengig av
Tidsskrift for Norsk
psykologforening.

andre arbeidsfeltene hvor våre medlemmer bidrar, men poenget er det samme.

Vi ser allerede overordnede prosesser som kan ha stor innvirkning på vår hverdag, hvor fagkunnskap er nødvendige betraktninger inn i prosessene. Helsepersonellkommissjonen har fått i oppgave å se på hvordan helsepersonell utdannes og benyttes i lys av den kommende eldrebølgen; hvordan skal oppgavene løses med færre hender? Sykehusutvalget skal se på hvordan helsetjenestene styres og finansieres, for å gi god ressursutnyttelse. Tillitsreformen skal se på hvordan fagkompetanse kan gi større autonomi og mer tid til kjerneoppgaver uten å fjerne myndighetenes mulighet til kontroll og etterprøvbarehet. For å nevne noe. Vi er nødt til å ta eierskap til disse spørsmålene, ellers frykter jeg at andre fatter beslutninger på våre vegne, uten å besitte fagkunnskapen på vårt fagfelt.

Dette vil innebære å benytte et kritisk blikk, både på oss selv og på andre. Hvilke oppgaver er det kun vi som kan gjøre, hvilke oppgaver er det andre i tjenesten kan gjøre? Hvilke oppgaver kan andre gjøre med veiledning fra oss? Hvilke faglige føringer er de mest vesentlige, og hvilke er gode, men mindre viktige intensjoner? Hvilke tjenester bør gis i spesialisthelsetjenesten, hvilke bør gis i primærhelsetjenesten, og hvilke bør gis i det private, av arbeidsgiver eller ikke i det hele tatt?

En konkret tilnærming til prioritering finnes i kampanjen «Gjør kloke valg», støttet av flere profesjonsforeninger for helsepersonell internasjonalt. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Det er enklere å lage anbefalinger knyttet til dette innen somatisk helse enn i vårt fagfelt, hvor underdimensjonering og underbehandling fremdeles er en aktuell problemstilling. Men jeg mener likevel vi er tjent med å tenke i de baner kampanjen legger opp til. En tydeligere holdning til hva som er unødvendige oppgaver, vil også innebære en tydeligere holdning til hva som er nødvendige oppgaver. Noe som igjen vil gjøre det lettere for oss å påpeke når disse oppgavene ikke blir ivaretatt nasjonalt og lokalt.

Hvis vi skal ta en slik diskusjon, blir det helt nødvendig å involvere medlemmene for å gi en god faglig forankring til arbeidet. Psykologforeningen er den eneste naturlige arenaen for en slik diskusjon. Det kan være krevende og innebære vanskelige og muligens motsetningsfulle diskusjoner både internt og eksternt, men vi er utvilsomt bedre tjent med å ta tak i disse spørsmålene selv. Hvis ikke overlater vi dem til andre. Vi er nødt til å prioritere for å kunne kreve at psykisk helse gis forrang. Det er å ta ansvar for våre medlemmer, for faget og for samfunnet.



Webinar

Velkommen til et gratis webinar om Brown EF/A som er Pearsons nyeste instrument for å vurdere eksekutive funksjoner relatert til ADHD.

I løpet av webinarret skal våre produktspecialister blant annet gå gjennom hvilke områder Brown EF/A kartlegger og hvordan spørreskjemaene kan administreres. Vi skal også se på forskning som ligger til grunn for utvikling av Brown EF/A samt på hvordan instrumentet er knyttet opp mot diagnosekriteriene for ADHD i DSM-5.

Tid: Tirsdag 25. oktober, kl. 13.00–14.00

Meld deg på ved å sende en e-post til
filippa.isaksson@pearson.com

Les mer om Brown EF/A:

pearsonclinical.no/brown-efa





Norsk Forum for Skjematerapi og Norsk Forening for Kognitiv Terapi utlyser i samarbeid

Utdanning i skjematerapi – fordypning i psykoterapi

Skjematerapi er en integrativ psykoterapimodell som kombinerer elementer fra tilknytningsteori, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, emosjonsfokusert terapi og kognitiv atferdsterapi. Det er en utbredt terapitilnærming som stadig har fått nye anvendelser, og den benyttes i dag overfor barn, ungdom og voksne og gis i form av individualterapi, parterapi, familierapi og gruppeterapi.

Vi tilbyr 3-årig spesialisering i psykoterapi med fordypning i skjematerapi. Undervisningen er modulbasert og følger de internasjonale retningslinjene til International Society of Schema Therapy (ISST). Videreutdanningen er godkjent som fordypningsprogram til spesialiteten i psykoterapi av Norsk psykologforening.

Søknadsfrist 15. januar 2023

Andre utdanninger med oppstart i 2023:

- ▶ **Internasjonalt sertifiseringsprogram i gruppeskjematerapi**
Påmeldingen er åpen. Starter våren 2023
- ▶ **Internasjonalt sertifiseringsprogram i skjematerapi**
Påmeldingen er åpen. Starter våren 2023
- ▶ **Internasjonalt utdanningsprogram i skjematerapi for barn og unge**
Påmeldingen er åpen. Starter høsten 2023

Programtaler og påmelding finner du på www.psykologbehandling.no

EMDR og komplekse traumer

14. og 15. november 2022

Vi har igjen gleden av å invitere til to spennende dager i samarbeid med Dolores Mosquera. Mosquera har lang klinisk erfaring og skrevet flere bøker om behandling med EMDR og dissosiasjon.

Du vil få praktisk kunnskap og erfaring med dissosiasjon og EMDR og konkret hvordan jobbe med forsvar og affekt-toleranse.

Du vil få handouts og en kursmanual med nyttige verktøy.

Velkommen!

Dato: 14.–15. november 2022

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 9.00–16.00

Kostnad: kr 7.500,-

Kursansvarlig: A Savita Dalsbø, psykologspesialist og EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer

Påmelding til: www.emdrkurs.no



Grunnutdanning i EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Digitalt oppfriskningskurs

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: www.emdrutdanning.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



Tidsskrift for Norsk psykologforening

@psykologtidsskriftet · ★ 5 11 anmeldelser · Medier

Institutt for psykoterapi

IPSY
Institutt for
psykoterapi

For psykologar og legar blir det våren 2023 sett i gang:

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleiar Anne-Grethe Aase
BERGEN – seminarleiar blir Kristin Mack-Borander
STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Rune Johansen
STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjuteknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/ fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskarar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

Les undervisningsplanen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidat-utdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 13 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 31. oktober 2022. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no

KONTORER LEDIG I BERGEN SENTRUM

Rimelige kontorer i hyggelig psykologfelleskap ved Torgallmenningen.

Kontakt Agora Psykologkontor,
e-post veronica.ovrevik@yahoo.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. november**, frist for å bestille annonse til november-utgaven er **19. oktober**

Kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 8 900 mottakere og sendes ut to ganger per måned

Annonseformat

Full bredde:
564 x høyde 120 piksler for kr 7 000

1/2 bredde:
264 x høyde 120 piksler for kr 4 000

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller telefon 23 10 31 33

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

**PSYKOLOGTIDSSKRIFTET
ANNONSER OG ABONNEMENT****ABONNEMENT:**

Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for bestilling av annonser: 19.10, 18.11, 15.12, 18.01, 15.02, 20.03, 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonse fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonse som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPECIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonse har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12
01	15.12	02.01

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30

hakon@psykologforeningen.
no**Visepresidenter****Rune Frøyland**

rfroey@online.no

450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162

post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699

siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153

h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052

bjartebruntveit@yahoo.no

Britt Randi Hjartnes**Schjødt**

922 99 371

bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801

ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308

eldrid.robberstad@sola.

kommune.no

Jakob Støre-Valen

984 23 805

jakob@valen.cc

Studentrepresentanter**Julie Bjerkvik**

938 93 002

juliebjerkvik@gmail.com

Tora Hotvedt Sundby

0045 4940 9331

torasundby@gmail.com

Varamedlem**Alf Martin Eriksen**

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com

997 98 973

Aust-Agder**Anniken Lucia Willumsen****Laake**

annilaak@gmail.com

462 98 210

Buskerud**Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com

997 22 725

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@

finnmarkssykehuset.no

971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com

924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com

938 63 918

Møre og Romsdal**Ragnhild Ese**

ragnhild.es@gmail.com

920 11 528

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com

916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

Rogaland**Marie Tonette Solhaug****Hansen**

marietsh@yahoo.no

977 34 812

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com

902 95 676

Sør-Trøndelag**Elin Bjøru**

elinbjoru@bufetat.no

957 35 974

Telemark**Birgitte Lindø**

libi@siv.no

473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@

hotmail.com

404 61 116

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com

971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@

gmail.com

907 55 410

Østfold**FAGETISK RÅD****Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@

gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Hanne Indregard Lind,

nesteleder/KTV Helse Sør-

øst tlf. 948 05 153

Martin Øien Jenssen, KTV

Helse Nord, tlf. 909 96 159

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter- helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Kristin Haugholt, KS,

tlf. 951 72 032

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Henrik Riekeles Vik,

Privatpraksis, tlf. 408 45 848

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune,

tlf. 959 90 503

Christina Holmen, Virke,

tlf. 414 68 428

Helén Ingrid Adreassen,

YPU, tlf. 402 89 796

Noah L. Skullestad, SPU,

tlf. 452 78 102

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,

tlf. 67 92 20 40

SPESIALITETSRÅDET**Arnhild Lauveng, leder,**

e-post post@

arnhildlauveng.com

tlf. 913 17 162

NORSK PSYKOLOGFORENING

KVALITETSUTVALGET

Arnild Lauveng, leder,
e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.no,
tlf. 907 90 513

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinloevaas@gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@moment.consulting,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken, leder, e-post
o.a.solbakken@psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

STUDENTPOLITISK UTVALG

Julie Solheim Bjerkvik, leder, e-post
juliebjerkvik@gmail.com, tlf. 938 93 002

KLIMAUTVALGET

Bjørn Z. Ekelund, leder,
e-post bze@human-factors.no,
tlf. 908 75 547

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Rikke Pauline Sandvik, leder, e-post
ryu@psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer, kommunikasjonssjef,
e-post kristina@psykologforeningen.no
Per Olav Solberg, nettredaktør,
e-post perolav@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef,
e-post linda@psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd, nestleder, e-post
toril@psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef, e-post
kim@psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund, nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef,
e-post bjornhild@psykologforeningen.no
Eva Danielsen, nestleder, e-post
eva@psykologforeningen.no
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
E-post post@psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

