

Psykologisk behandling av utbrenthet og jobbengasjement:

En effektstudie

Alexander Cannistraci



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2010

Sammendrag

Forfatter: Alexander Cannistraci

Tittel: Psykologisk behandling av utbrenthet og jobbengasjement: En effektstudie

Veileder: Tim Brennen

Denne studien omhandler potensialet for psykologisk behandling av utbrenthet og jobbengasjement og angst- og depressive symptomer. Utgangspunktet for undersøkelsen er at mellom 8-900 00 i yrkesaktiv alder på en eller annen måte står utenfor arbeidslivet. For en fjerdedel av disse er den vesentlige årsaken psykiske lidelser. Verdens Helseorganisasjon WHO har anslått at 20% av sykdomsbelastningen for den europeiske økonomien skyldes psykiske lidelser. Samtidig er det funnet en sammenheng mellom betingelser på arbeidsplassen og utbrenthet, depresjon og angst.

Behandlingen i studien ble utført ved kveldspoliklinikken ”Raskere Tilbake” Vinderen DPS, og behandlingsmålet var redusert symptomtrykk som på sikt antas å gi økt yrkesdeltakelse for pasientene. Kveldspoliklinikken er et tilbud til de som er sykemeldte fra jobben, eller på vei til å bli det. Tilbudet er et korttids terapeutisk forløp hvor hovedtyngden av behandlingen er på angst- og depresjonssymptomer. Metoden som brukes er kognitiv atferdsterapi.

Deltakerne var klienter som hadde søkt seg til behandling ved kveldspoliklinikken. De ble undersøkt for angst- og depresjonssymptomer, jobbengasjement og utbrenthet før oppstart av behandling og etter endt behandling. Etter endt behandling fikk deltakerne en signifikant reduksjon i symptomer på angst- og depresjon og en signifikant økning i skåre på jobbengasjement. For utbrenthet ble resultatet ikke signifikant. Reduksjon i symptomer på angst- og depresjon og en økning i jobbengasjement kan innebære økt sannsynlighet for at flere vil kunne fortsette i jobben og redusere antall sykemeldinger. Det menneskelige og samfunnsmessige potensialet ved en slik behandling kan derfor være store.

Forord

Arbeidet med denne studien har vært en lærerik prosess med ny kunnskap og nye erfaringer. Jeg har fått muligheten til å tilegne meg mye kunnskap rundt arbeid og psykisk helse. I tillegg har det vært en utfordrende prosess med å arbeide seg frem til en ferdig hovedoppgave. Jeg ønsker å takke Tim Brennen for veiledning underveis i prosjektet. Jeg vil også takke Torkil Berge som gav meg muligheten til å gjennomføre en studie ved kveldspoliklinikken. Sist men ikke minst vil jeg takke familien for at de har holdt ut og støttet meg den siste tiden.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	- 5 -
Arbeid og psykiske lidelser	- 5 -
Jobbtilfredshet og psykisk fungering	- 5 -
Utbrenthet.....	- 6 -
Sammenheng mellom utbrenthet og depresjon	- 7 -
Utbrenthet og sykefravær	- 9 -
Jobbengasjement	- 10 -
Faktorer som bidrar til jobbengasjement.....	- 11 -
Utbrenthet og jobbengasjement.....	- 11 -
Ytterligere konsekvenser av utbrenthet og jobbengasjement.....	- 12 -
Intervensjoner for utbrenthet.....	- 13 -
Måling av utbrenthet og jobbengasjement	- 15 -
Måling av utbrenthet	- 15 -
Måling av jobbengasjement	- 16 -
Målet med denne studien.....	- 18 -
Metode.....	- 18 -
Deltakerne	- 18 -
Kveldspoliklinikken	- 19 -
Prosedyre.....	- 19 -
Måleinstrumenter	- 19 -
Utbrenthet.....	- 20 -
Jobbengasjement	- 20 -
Symptomlidelser.....	- 20 -
Demografisk informasjon.....	- 21 -
Øvrige kartleggingsinstrumenter som ikke er inkludert i analysene.....	- 21 -
Resultater.....	- 22 -
Tabell 1 - Deskriptiv Statistikk	- 22 -
Tabell II - Paired samples t-test.....	- 23 -
Tabell III - Korrelasjoner	- 24 -
Tabell IV - Signifikansnivå for korrelasjonene.....	- 25 -
Diskusjon.....	- 26 -

Konkluderende kommentarer	- 29 -
Begrensninger.....	- 30 -
Implikasjoner fremover	- 32 -
Referanser.....	- 33 -

Innledning

Arbeid og psykiske lidelser

Mellom 8-900 000 i yrkesaktiv alder i Norge står permanent eller midlertidig ute av arbeid. Det er antatt at for en fjerdedel av disse er den vesentlige årsaken psykiske lidelser. Verdens Helseorganisasjon WHO har anslått at 20% av sykdomsbelastningen for den europeiske økonomien skyldes psykiske lidelser. Psykiske lidelser tilfører således den europeiske økonomien en større belastning enn alle krefttyper til sammen, 3 ganger belastningen for alle lungesykdommer, 4 ganger belastningen for alle vegtrafikkulykker og 3 ganger belastningen for alt alkoholforbruk. Videre har WHO anslått at på verdensbasis vil hver 4. familie ha en eller flere familiemedlemmer med en psykisk lidelse. I tillegg til den samfunnsøkonomiske belastningen kommer belastningen for enkeltmennesket med psykiske lidelser (Nasjonal Strategiplan, 2007).

Av de 60 000 som har en redusert eller variabel arbeidsevne, og er på tiltak er det 23% som har en psykisk lidelse. Det er en generell økning av uføretrygdene i gruppen med lettere psykiske lidelser, særlig i aldersgruppen 20-39 år. Psykiske lidelser eller vansker er årsak/delårsak til hver 5. sykefraværsgang, hver 4. nye innvilgede uføreytelse, og hver 3. som allerede mottar uføreytelse. Av totalt 508 000 sykepengetilfeller i 1.-3. kvartal 2008 skyldes 17,1% psykiske lidelser. Av de resterende sykepengetilfellene, som omhandler somatiske lidelser, hadde 2% en psykisk bi-diagnose (Statusrapport Nasjonal Strategiplan, 2008). Langvarig sykefravær har i seg selv vist seg å være en risikofaktor for varig uførhet (Gjesdal & Bratberg, 2003).

Jobbtilfredshet og psykisk fungering

Arbeidet er vår kilde til inntekt, sosioøkonomisk posisjon og status, og kan påvirke vår identitet og psykiske funksjon. Konsekvensene av å falle ut av arbeidslivet, for eksempel i form av uføretrygd, kan få dramatiske konsekvenser for hvordan en person opplever livet som meningsfylt eller ikke (Wieclaw, 2010). Selv om det fra et samfunnsperspektiv ofte kan fokuseres på de økonomiske utfordringene psykiske lidelser har for samfunnet, er det viktig og samtidig også fokusere på de rent menneskelige kostnadene forbundet med en psykisk lidelse. Samtidig som det er viktig å se viktigheten av å ha en jobb å gå til, kan arbeidslivet også være forbundet med økte belastninger. Jensen, Wieclaw, Munch-Hansen, Thulstrup, og

Bonde (2010) fant en sammenheng mellom vanskelige psykososiale arbeidsbetingelser og økt risiko for å utvikle depresjon, angst og rusmisbruk.

Faragher, Cass, og Cooper (2005) gjennomførte en metaanalyse over 485 ulike studier, som omhandlet jobbtilfredshet og psykisk velvære. De fant en sterk assosiasjon mellom jobbtilfredshet og psykologiske problemer, og den sterkeste assosiasjonen var mellom utbrenthet, selvfølelse, depresjon og angst. Assosiasjonen mellom jobbtilfredshet og fysisk velvære ble funnet å være svakere enn for psykologiske problemer.

Funnene fra overnevnte studier kan oppsummeres i 3 hovedelementer: 1) Psykiske lidelser teller for en stor del av sykefraværet, 2) arbeidsbetingelser er assosiert med psykiske plager, 3) langvarig sykemelding kan i seg selv øke risikoen for varig uførhet. Det er på bakgrunn av dette viktig å ta for seg konsekvensene av psykososiale arbeidsbetingelser og dets konsekvenser for den enkelte. I tillegg er det viktig å foreslå å gjennomføre tiltak som kan bedre disse konsekvensene

Utbrenthet

Begrepet *utbrenthet* ble først lansert av Freudenberger i 1974 og i hans innledende artikkel om frivillige arbeidere innen rus og helseomsorg (Freudenberger, 1974, 1975). Terminologien utbrent er antatt basert på Graham Green sin novelle "A Burnt-Out Case" fra 1960. Freudenbergers opprinnelig beskrivelse av utbrenthet besto av personlige egenskaper som han antok disponerte for utbrenthet og sosiale årsaker (Falkum, 2000). Nesten samtidig med Freudenberger lanserte Maslach begrepet utbrenthet (Maslach, 1976 i Falkum, 2000). Maslach og Jackson (1981,1985) definerte begrepet som et tredimensjonalt psykologisk syndrom, antatt forårsaket av langvarige mellommenneskelige belastninger på jobben. Selve syndromet, som beskrevet av Maslach består av emosjonell utmattelse, depersonalisering og redusert selvpoplevd jobbytelse (Falkum, 2000). Emosjonell utmattelse innebærer å komme i en tilstand hvor man har overveldende følelsesmessig og fysiske belastning. Depersonalisering er karakterisert ved kyniske holdninger, negative følelser og sosial distansering. Resultatet er ofte redusert selvpoplevd jobbytelse og følelse av ineffektivitet, negativ selvevaluering av egen jobbprestasjon og nedsatt jobbrelatert selvfølelse. I følge Ahola, Gould, Virtanen, Aromaa, og Lönnqvist (2009) er den viktigste utbrenthetsdimensjonen *utslitthet*. Forskningsfronten på utbrenthet enes ikke om hvor mange dimensjoner en måling på utbrenthet bør inneholde (Lee & Ashforth, 1996; Schaufeli,

Martinez, Marquès-Pinto, Salanova, & Bakker, 2002a). Som nevnt over definerte Maslach utbrenthet til å bestå av tre dimensjoner. I følge Taris, Le Blanc, Schaufeli, og Schreurs (2005) har det vært ulike studier med mål å finne mulige årsaksforhold mellom de tre dimensjonene av utbrenthet definert av Maslach. De gjennomførte to longitudinelle studier og fant noen sammenhenger: Høyt nivå av utslitthet var assosiert med høyt nivå av depersonalisering, høyt nivå av depersonalisering på sin side førte til høyere nivå av emosjonell utslitthet og lavere nivå av personlig oppnåelse. Schaufeli et al. (2002a) fant ved bruk av studenter at den tredje dimensjonen personlig oppnåelse ladet på jobbengasjement istedenfor utbrenthet.

Wieclaw, (2010) hevder at det er problemer knyttet til de prediktive variablene til utbrenthet og dens målinger. Utbrenthet er ikke en anerkjent klinisk diagnose verken i DSM-IV eller i ICD-10. Det man får er en vurdering ut ifra en skåre på et spørreskjema.

Årsaken til utbrenthet ble fra starten av knyttet opp mot arbeidslivet, og da spesielt i yrker hvor man hjalp andre mennesker, men man diskuterer i dag også hvorvidt utbrenthet er slik kontekst-spesifikk eller om den også kan oppstå i kontekster utenfor yrkeslivet. Er utbrenthet konseptuelt forskjellig fra stress? Hvor skiller utbrenthet seg fra stress og gir det økt mening å adskille disse to konseptuelt? Ved å utvide bruken av konseptet vil man da kunne ende opp med en situasjon hvor selve konseptet blir mer og mer likt stress?

Sammenheng mellom utbrenthet og depresjon

Mange finner en samvariasjon mellom utbrenthet og depressive symptomer. Selv om disse to tilstandene korrelerer mener man de skiller seg fra hverandre på vesentlige punkter (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Van Der Hulst, & Brouwer, 2000). Bakker et al. (2000) studerte dette ved å bruke *Maslach Burnout Inventory* (MBI) for å måle utbrenthet og *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) for å måle depresjon. En bekreftende faktoranalyse gav en rekke differensierende egenskaper ved utbrenthet og depresjon. De sammenlignet både totalskåren på begge testene og underkategoriene innenfor den enkelte test. For MBI var det emosjonell utslitthet, depersonalisering og personlig oppnåelse. For CES-D var det begrenset somatisk aktivitet, deprimert affekt, positiv affekt og interpersonlig affekt. De startet analysene med å anta at depresjon og utbrenthet inneholder samme konstrukt. De kalte denne modellen for en-faktor modellen. De fortsatte så videre å teste MBI og CES-D mot hverandre (to-faktor modell) og fortsatte å se på modeller hvor

utbrenthet ble oppdelt i emosjonell utslitthet, depersonalisering og personlig oppnåelse, og analyserte disse opp mot en skåre for depresjon. Ved å dele opp analysene på denne måten satt de igjen med syv ulike modeller som ble faktoranalyseret. De fant de at delene på utbrenthet og depresjonsskalaene ikke vektet på samme faktor. Utover disse funnene bekreftet de at MBI tre-faktor struktur hadde en bedre fit en hvis de brukte kun to faktorer. Når de sammenlignet en sammenslått skåre på emosjonell utslitthet og depersonalisering og personlig oppnåelse mot en samlet skåre på depresjon fikk de en god fit og de hevdet at dette bekreftet at validiteten til depresjon og utbrenthet kan skilles fra hverandre.

Det er blitt antatt depresjon og utbrenthet på et teoretisk nivå har en forbindelse ved at de har like prosesser, men at de oppstår i ulike kontekster. Manglende gjensidighet på arbeidsplassen er relatert til utbrenthet, mens manglende gjensidighet i nære relasjoner innen en yrkessammenheng er relatert til depresjon. (Bakker et al., 2000). I tillegg har det blitt funnet kvalitative forskjeller mellom prosessene til depresjon og utbrenthet sett ut ifra selvbilde til pasienter (Brenninkmeyer, Van Yperen, & Buunk, 2001). Det kan være at utbrenthet er en del av en fase i utviklingen av en depresjon, ved at det er funnet støtte for at utbrenthet kan føre til depressive symptomer (Bakker et al., 2000) Ahola et al. (2005) fant at utbrenthet og depresjon utfyller hverandre og dekker delvis et overlappende fenomen. De fant at en depressiv forstyrrelse er sterkt relatert til utbrenthet når den er av alvorlig grad. Hvis man har en alvorlig depressiv episode er det sannsynlig at man også vil kunne føle seg utbrent. Man løper også en større risiko for å utvikle en depresjon hvis man i utgangspunktet skårer høyt på utbrenthetsskalaen. De som under undersøkelsen hadde en nåværende depressiv lidelse, hadde større sannsynlighet for også å skåre på utbrenthet enn de som hadde vært deprimerte tidligere. I tillegg er det funnet en sammenheng mellom å streve på jobben og depresjon. Utbrenthet er relatert til strev på jobben og det kan være at utbrenthet spiller en medierende rolle i forholdet mellom depresjon og å streve på jobben (Ahola et al. 2006).

Selv om de fleste studiene har sett på sammenhengen mellom utbrenthet og depresjon, er det også gjennomført studier som har sett på om nåværende eller tidligere depresjon gjør en mer sårbar for å bli utbrent. Nykliček og Pop (2005) fant en sammenheng mellom depresjon og utbrenthet hos deltakerne. Den sterkeste prediktoren for å utvikle utbrenthet var nåværende depressiv lidelse. De som fallt inn under denne kategorien fikk en høyere skåre på alle tre MBI-dimensjonene. Hvis man tidligere hadde hatt en depressiv episode, predikerte det en høyere skåre på dimensjonene emosjonell utslitthet og kynisme. Videre fant denne

studien at det ikke var nødvendig å ha/hatt en depressiv episode for å være mer sårbar for å utvikle utbrenthet. De som hadde opplevd at et nært familiemedlem hadde vært deprimert, hadde en større sannsynlighet for å få en høyere skåre på dimensjonen emosjonell utslitthet. Ahola og Hakanen (2007) fant et gjensidig forhold mellom symptomer på depresjon og utbrenthet. Sett opp i mot strev på jobben fant de at strev kan føre til en sårbarhet for depresjon ved at man først blir utbrent for så å ha større sannsynlighet for å også bli deprimert. Streiv på jobben kan på den andre siden føre til utbrenthet direkte og via depresjon.

Utbrenthet og sykefravær

Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen, og Kristensen (2006) så på sammenhengen mellom utbrenthet og egenrapportert fravær fra jobben i løpet av en 12 måneders periode. De fant i deres studie en sammenheng mellom skåre på Copenhagen Burnout Inventory og antall dager sykemeldt i løpet av perioden. En økning på et standardavvik på utbrenthetskalaen indikerte en økning på 21% i sykefraværsdager i løpet av de 12 månedene etter å ha kontrollert for kjønn, alder, hvor de jobbet, sosioøkonomisk status, livsstilsfaktorer, å ha barn under 7 år, familiestatus og utbredelse av ulike lidelser/sykdommer. De så også på sammenhengen mellom hvor mange enkeltepisoder de var sykemeldte. Der fant de at en økning på et standardavvik på utbrenthetskalaen kunne predikere en økning på 9% av fravær på enkeltdager. Reduksjon av skåren på utbrenthetsskalaen predikerte en reduksjon av både totalt antall sykefraværsdager og enkeltdager.

Ahola et al. (2009) studerte deltakerne i en helsestudie som ble gjennomført i perioden 2000-2001. De som fra den perioden og frem til slutten av 2004 som hadde fått innvilget uførepensjon ble undersøkt. Av opprinnelig n=3125 var det 113 personer som hadde fått innvilget uførepensjon. Av de 113 hadde 22% sterk utbrenthet, 6% mild utbrenthet og 2% ingen tegn til utbrenthet i det hele tatt. Etter å ha kontrollert for sosiodemografiske faktorer og helse, fant de at en økning på et poeng på totalsummen av utbrenthet var relatert til 49% øket sannsynlighet for å motta uførepensjon i fremtiden. De så videre på hvilken av dimensjonene ved Maslach Burnout Inventory som predikerte utbrenthet. De fant at utslitthetsdimensjonen hos menn og kynismedimensjonen hos begge kjønn kunne predikere nye uførepensjoner. I Holland er det funnet indikasjoner på mye stress på jobben kan føre til langvarig sykefravær og uførepensjon. En tredjedel av arbeiderne som var syke på grunn av problemer knyttet til stress på arbeidsplassen, forsvant fra arbeidslivet etter kun 4 ukers fravær (Geurts, Kompier, & Gründemann, 2000).

Vinokur, Pierce, og Lewandowski-Romps (2009) fant at over tid vil egen vurdering av å være ved god helse predikere en reduksjon i utbrenthet. Utbrenthet predikerte en reduksjon i egen helsevurdering. Den sterkeste assosiasjonen fant de mellom vurdert helse og utbrenthet.

Jobbengasjement

Jobbengasjement er lansert som et viktig begrep for psykisk velvære på jobben. Begrepet hadde sitt utspring innen positiv psykologi (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). I følge (Bakker, Schaufeli, Leiter, og Taris, 2008) har psykologisk forskning i den senere tid blitt kritisert for å ha for mye fokus på mentale lidelser istedenfor hva som gjør oss mentalt bra. Hvis man sammenligner forskningen på utbrenthet og jobbengasjement, er det publisert tusenvis av artikler på utbrenthet mens forskning på jobbengasjement er mer i sin spede begynnelse (Bakker et al., 2008).

Bakker et al. (2008) hevder at det pr i dag er to ulikesyn på jobbengasjement. På den ene siden vil jobbengasjement være karakterisert ved energi, involvering og effektivitet, som er motsatsene til dimensjonene for utbrenthet innefor Maslach Burnout Inventory. Man ser i forlengelse av dette at utbrenthet kan føre til energilekkasje, effektivitet blir til ineffektivitet og involvering blir til kynisme. Jobbengasjement blir her målt ved at skåringsmønsteret på Maslach Burnout Inventory er motsatt av hva som er tilfelle for utbrenthet. Et mål på at en person har jobbengasjement vil være lave skårer på utslitthet og kynisme og høye skårer på profesjonell effektivitet. Det andre synet ser på jobbengasjement som et uavhengig, distinkt konsept som er negativt relatert til utbrenthet. Schaufeli, Salanova, Gonzales-Roma, og Bakker (2002) definerte jobbengasjement som positiv, oppfyllende, arbeidsrelatert tankegang karakterisert ved vigør, dedikasjon og være absorbert. Vigør er når man har mye energi og mental resiliens mens man arbeider. Å være dedikert betyr at man er sterkt involvert i arbeidet man gjør og opplever en følelse av signifikans, utfordring og entusiasme. Å være absorbert betyr at man er helt konsentrert og lykkelig involvert i arbeidet sitt. Tiden vil da passere raskt og man kan ha problemer med å skape et skille mellom seg selv og arbeidet man gjør. Det andre synet på jobbengasjement bruker The Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Strukturerte kvalitative intervjuer av personer fra ulike yrkesgrupper, som skårer høyt på UWES, antydte at engasjerte ansatte har mye energi og skårer høyt på self-efficacy. Energien og self-efficacy bidrar til at de får en påvirkning på hendelser i livene sine.

Arbeidere med en positiv innstilling og høyt aktivitetsnivå kan skape sin egen positive feedback i forhold til å bli verdsatt, ansett og suksessfulle. Mange av intervjuene indikerer at entusiasmen og energien noen av arbeiderne hadde også var til stede utenfor arbeidstid. Selv om engasjerte arbeidere trives i jobben er de ikke avhengig av den eller arbeidsnarkomane (Schaufeli et al., 2001 i Bakker & Demerouti, 2008). Sonnentag, Mojza, Binnewies, og Scholl (2008) så på jobbengasjement og nivå av frigjørelse fra jobben når man var hjemme, sett opp imot nivå av positive og negative affekter. De fant at jobbengasjement modererte forholdet mellom positive affekter og psykologisk frigjørelse fra jobben. Gunstigste effekten på positiv affekt var hvis man hadde jobbengasjement når man var på jobben og samtidig klarte å frigjøre seg fra jobben når man var hjemme.

Faktorer som bidrar til jobbengasjement.

Studier har vist at resurser på arbeidsplassen er positivt assosiert med jobbengasjement. Disse ressursene kan være støtte fra kollegaer, tilbakemelding på utøvelse, autonomi og muligheter for å lære nye ting (Bakker & Demerouti, 2007). Jobbresurser er med andre ord de organisjonelle, fysiske og sosiale sidene ved jobben. Jobbresurser kan spille en indre og ytre motivasjonell rolle. Ressursene kan ha en inndre motivasjonell rolle ved å bidra til at arbeidstakeren kan utvikle seg å lære på arbeidsplassen, og en ytre motivasjonell rolle ved at ressursene er instrumentelle ved oppnåelse av ens arbeidsmål.

Mauno, Kinnunen, og Ruokolainen (2007) målte jobbengasjement over en periode på 2 år og fant at nivå av jobbengasjement holdt seg stabilt over denne perioden. Dette gjaldt spesielt dimensjonene vigør og dedikasjon. De så også på resurser på jobben, krav og jobbengasjement, og fant at det var en bedre prediksjon fra resurser på jobben til jobbengasjement, enn fra krav til jobbengasjement.

Utbrenthet og jobbengasjement

Tidligere var hovedfokuset innenfor forskningen å identifisere utbrenthet sine antesedenter og utkomme (Lee & Ashforth, 1996). De senere årene har fokuset skiftet noe til å se på jobbengasjement som er antatt å være utbrenthet sin konseptuelle motpart (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli et al., 2002). Av dimensjonen på utbrenthet er emosjonell utslitthet og kynisme regnet for å være kjernedimensjonene (Green, Walkey, & Taylor, 1991 i Gonzàlez-Romà, Schaufeli, Bakker, & Hlland, 2006). Redusert effektivitet ble på lagt til på et senere tidspunkt etter at det dukket opp som en tredje faktor etter

faktoranalyse. Den tredje faktoren er blitt kritisert for å reflektere personlighetskarakteristika mer en et eget element innen utbrenthet (Shirom, 2003). Denne kritikken ble støttet empirisk ved at man fant en lav korrelasjon mellom effektivitet og de to andre dimensjonene innen utbrenthet (Lee & Ashfort, 1996). I tillegg kan det virke som kynisme utvikler seg som en respons på å være utslitt, mens effektivitet utvikler seg parallelt og uavhengig (Leiter, 1993 i González-Romà et al., 2006). Til sammenligning er vigør og dedikasjon antatt å være kjernedimensjonene innen jobbengasjement (Schaufeli & Bakker, 2001 i González-Romà et al., 2006).

González-Romà et al. (2006) fant i sin undersøkelse at kjernedimensjonene til utbrenthet og jobbengasjement er motsatser til hverandre på to distinkte bipolare dimensjoner. De kalte disse dimensjonene for energi og identifikasjon. Duràn, Extremera, og Rey (2004) fant i sin studie kun moderat negativ relasjon mellom utbrenthet og jobbengasjement. I deres studie var dimensjonen utslitt minst relatert til jobbengasjement, mens effektivitet hadde den sterkeste relatert. Hallberg, Johansson, og Schaufeli (2007) fant en sammenheng mellom autonomi og jobbengasjement og utbrenthet. I deres studie fant de at høye nivåer av autonomi var assosiert med høyt nivå på jobbengasjement og lavt nivå på utbrenthet. Schaufeli, Taris, og Van Rhenen (2008) så på sammenhengen mellom arbeidsnarkomani, utbrenthet og jobbengasjement, for å finne ut om de er tre typer av samme slag eller 3 forskjellige typer. Resultatet fra undersøkelsen indikerte at arbeidsnarkomani, utbrenthet og jobbengasjement er tre adskilte konsepter og bør behandles som det.

Ytterligere konsekvenser av utbrenthet og jobbengasjement

Det er så langt blitt beskrevet mulige konsekvenser av arbeidssituasjonen og hvordan den kan påvirke en person psykisk og fysisk. Innenfor litteraturen er det dette feltet det har blitt fokusert mest på. Det har vært lite fokus på hvordan arbeidssituasjonen påvirker de nære relasjonene som familien hjemme. Videre har det heller ikke vært like stort fokus på hvordan situasjonen for en arbeidstaker påvirker andre arbeidstakere. Hvis en arbeidstaker føler seg utbrent er det sannsynlig at disse plagene blir kommunisert til partner hjemme (Bakker, Westman, & Hetty van Emmerik, 2009).

Studier har funnet at ulike psykologiske vanskeligheter som angst (Westman, Etzion, & Horovitz, 2004), utbrenthet (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2005), depresjon (Bakker, 2009; Howe, Lockshin, & Caplan, 2004) og tilpasning (Takeuchi, 2002) kan overføres til

nære relasjoner utenfor jobben. Ved at for eksempel utbrenthet overføres til nære relasjoner vil problemer knyttet til arbeidsplassen kunne få store konsekvenser for de rundt.

Westman (2001) har foreslått at det ikke er kun negative hendelser som kan få en innvirkning på nære relasjoner, men også positive følelser. Det er viktig og også å se på de positive følelsene og opplevelsene fordi positive følelser og opplevelser er kvalitativt forskjellig fra negative og ikke kun fraværet av stress (Fredrickson, 2001). Westman, Etzion, og Chen (2009) fant i deres studie at vigør, som er et av elementene innen jobbengasjement ble overført til partner hjemme.

For å oppsummere forskningen så langt i denne hovedoppgaven kan arbeidssituasjonen ha både positive konsekvenser for den psykiske og fysiske helsen til både arbeidstakerne og deres nære relasjoner. De negative psykiske konsekvensene kan blant annet være at man blir utbrent, deprimert eller får angst. Dette rammer ikke kun arbeidstakeren men kan ramme familien også.

Hvis man først blir utbrent har man en økt risiko for å bli deprimert, få angst og ende opp med en sykemelding. En del ender også opp med uføretrygd. Denne situasjonen har store samfunnsøkonomiske og personlige kostnader.

Det er derfor viktig å kunne enten forebygge eller behandle de som er rammet. Det ideelle i en slik behandling vil kunne ha to komponenter. Redusere utbrenthet og øke jobbengasjement. Sistnevnte fordi positive følelser er kvalitativt forskjellig fra negative. Hvis en behandling kan øke jobbengasjement vil det kunne føre til at arbeidstakeren får økt trivsel og positive følelser assosiert med jobben. Fordi utbrenthet kan føre til både angst og depresjon er det viktig at en behandling ikke kun fokuserer på utbrenthet, men også tar for seg angst og depresjon. Det er tidligere gjennomført intervensjoner for utbrenthet.

Intervensjoner for utbrenthet

Det er frem til i dag blitt gjennomført ulike typer intervensjoner i forhold til utbrenthet. Det totale antallet intervensjonsstudier er få sett i forhold til de store konsekvensene utbrenthet kan ha.

Awa, Plaumann, og Walter (2010) så på 25 primære intervensjonsstudier i forhold til utbrenthet. De fleste (68%) var personrettede intervensjoner, 8% var intervensjoner på

arbeidsplassen og 24% var en kombinasjon av begge intervensjonene. Av de personrettede intervensjonene var det mange forskjellige typer fra psykoterapi, kommunikasjonstrening, kognitiv atferdstrening, sosial støtte og avlappingsøvelser. Intervensjonene på arbeidsplassen var restrukturering av arbeidsprosessen, tilbakemelding på utførelse og evaluering av jobben. Antall deltakere i de personrettede studiene var fra 25-171 deltakere. Varigheten på intervensjonene var for 68% av studiene mindre enn 6 måneder, 6 måneder for 1 studie, mens 24% av studiene ikke oppgav lengde på intervensjonen. Deltakerne ble etter endt intervensjon testet på nytt for å se om effekten av intervensjonen vedvarte. Posttestene ble gjennomført fra 1 måned til 2,4 år avhengig av studie. Noen studier gjennomførte flere postteste, mens andre kun hadde en. De fant på bakgrunn av sin review at intervensjonsprogrammer hadde en effekt. Personrettede intervensjoner reduserte utbrenthet på kort sikt (6 måneder eller mindre), mens en kombinasjon av begge typer intervensjonsprogrammer hadde en effekt på lang sikt (12 måneder eller mer). I alle tilfellene de undersøkte forsvant den positive effekten av intervensjonsprogrammer over tid.

Salmela-Aro, Näätänen, og Nurimi (2004) gjennomførte en gruppebasert intervensjon der de brukte to terapeutiske retninger, psykoanalytisk og experiential. Deltakerne var 62 ansatte som led av utbrenthet, men som fortsatt var i jobb. Noe av intervensjonen gikk ut på at jobbe seg gjennom de vanskelige følelsene forbundet med å være utbrent. De fant at når de negative tankene forbundet med prosjekter ble redusert, ble også utbrenthet redusert. Cohen og Gagin (2005) gjennomførte et intervensjonsprogram for 25 deltakere der de økte deltakerne sine profesjonelle egenskaper. Etter gjennomført intervensjon fikk deltakerne en signifikant reduksjon i utbrenthet. Margalit, Glick, Benbassat, Cohen, og Katz (2005) gjennomførte en biopsykososial orientert intervensjon blant 102 leger med henblikk på bedring i holdning, selvfølelse, vanskeligheter på jobben og utbrenthet. Intervensjonen foregikk i grupper. Etter endt intervensjon hadde nivået av utbrenthet økt. Gold, Smith, Hopper, Herne, Tansey, og Hulland (2010) brukte minfullness basert kurs i stress reduksjon blant 11 lærere. Etter endt 8 ukers kurs for deltakerne på angst, depresjon og opplevd stress. Karlson et al. (2010) gjennomførte en intervensjon på arbeidsplassen blant ansatte som var langtids sykemeldte grunnet symptomer klassifisert som utbrenthet. I løpet av 1,5 års oppfølging av deltakerne var 89% tilbake i jobb, enten fulltid eller deltid.

Andersen, Borritz, Christensen, og Diderichsen (2010) så på fire ulike intervensjoner i seks forskjellige organisasjoner med henblikk på å redusere utbrenthet. Intervensjonene

foregikk på arbeidsplassen og hadde som mål å endre på oppgaver og ansvar for den enkelte ansatt. I denne studien fant de at ingen av de fire intervensjonene reduserte utbrenthet. Sett i lys av Awa et al`s. (2010) gjennomgang av 25 primære intervensjonsstudier kan det tyde på at det er de personrettede intervensjonene som sterkest bidrar til en endring.

De overnevnte intervensjonene hadde ikke måling av jobbengasjement som en del av sine studier. De så for det meste etter om de fant en reduksjon i utbrenthet etter endt intervensjon. Det er derfor ikke mulig å vite i dag hva slags effekt behandling har på jobbengasjement og hvorvidt de som responderte best på intervensjonen ville fått en høyere skåre på jobbengasjement enn de som ikke responderte like bra. I tillegg er de fleste av deltakerne fra yrker hvor man jobber direkte med mennesker.

Måling av utbrenthet og jobbengasjement

Måling av utbrenthet

Det mest anvendte spørreskjema for å måle utbrenthet er Maslach Burnout Inventory (MBI) (Falkum, 2000). MBI opprinnelig laget for å brukes innenfor helsesektoren (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Det har blitt videreutviklet til bruk i utdanningssektoren. Richardsen og Martinussen (2004) testet faktorvaliditeten til MBI på et norsk utvalg, noe som bekreftet trefaktorstrukturen til MBI. Siden MBI er benyttet til de fleste studier på utbrenthet (90%) i følge Kristensen, Borritz, Villadsen, og Christensen (2005) som hevder at utbrenthet er hva MBI måler.

For å undersøke andre deler ved begrepet, og for å løse noen av psykometriske problemene ved MBI, utviklet Demerouti, Bakker, Vardakou, og Kantas (2002) Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). OLBI er basert på en liknende modell som MBI, men OLBI har kun to skalaer: utslitthet og utkobling. Den nyeste versjonen av OLBI har spørsmål som balanserer positive og negative ord (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004). MBI har ikke spørsmål som balanserer positive og negative ord, noe som ble antatt å være en svakhet ved testen sammenlignet med OLBI.

Innenfor MBI har de to dimensjonene utslitthet og kynisme kun negative spørsmål. Alle spørsmål innen selvopplevd jobbytelse har kun positive spørsmål. Sett ut i fra et psykometrisk perspektiv kan dette være problematisk. Ensidige skalaer har en tendens til å være underlegne tester som har en balansert vektning av positive og negative ladete setninger

(Anastasi, 1988). Ved kun å ha en ensidig skala kan det føre til kunstige faktorløsninger hvor det er sannsynlig at positive og negative ladete deler kan klumpe seg sammen (Doty & Glick, 1998). Lee og Ashforth (1990) har også kritisert spørsmålsstillingen innen MBI. De hevder at ordlyden kan føre til et problem ved at alternative forklaringer for den sterke assosiasjonen mellom utslitthet og depersonalisering med psykologiske vanskeligheter, som generelt har en negativ ordlyd, og personlig oppnåelse som generelt har en positiv ordlyd.

OLBI har som nevnt over kun to dimensjoner, utslitthet og utkobling. Innenfor OLBI er utslitthet definert som en konsekvens av intenst affektivt, kognitivt og fysisk belastning. Disse belastningene kommer som en konsekvens av å være utsatt for visse krav på jobben over lang tid. Denne måten å definere utslitthet på stemmer overens med andre definisjoner på utslitthet (Lee & Ashforth, 1993). Nettopp fordi OLBI ikke kun dekker de affektive aspektene av utslitthet, men også fysiske og kognitive er den mer anvendelig til bruk for yrker hvor arbeidet stort sett er fysisk eller prosessering av informasjon. Et annet skille mellom MBI og OLBI gjelder depersonalisering for MBI og utkobling for OLBI. Depersonalisering viser til at en person det gjelder distanserer seg fra en mottaker innen serviceytelser som f.eks på et sykehus. Depersonalisering involverer emosjoner som har direkte sammenheng med mottaker av servicen man yter. Innenfor OLBI refererer utkobling til at man distanserer seg fra jobben i seg selv, og hvor man opplever negative holdninger rettet mot innholdet i jobben, eller arbeidet man utfører generelt. I forhold til emosjoner vil en utkobling vise til emosjonene man har til arbeidsoppgavene man utfører. Arbeidsoppgavene kan være lite krevende, uinteressante, motbydelige osv. Igjen fordi OLBI retter seg mot yrket man har, vil den kunne brukes om et generelt måleinstrument for utbrenthet i studier med en blandet populasjon.

Måling av jobbengasjement

Det er en rekke ulike instrumenter som måler jobbengasjement og hvilket instrument man velger kan være avhengig av hvilken tilnærming til utbrenthet man velger. De som følger tilnærmingen til Maslach og Leiter (1997,2008) kan bruke Maslach Burnout Inventory (MBI). En skåre på jobbengasjement ved bruk av denne skalaen vil være lav skåre på utslitthet, lav skåre på kynisme og en høy skåre på profesjonell effektivitet.

En annen måte å måle jobbengasjement er å bruke Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Bakker & Demerouti, 2008). Selv om OLBI i utgangspunktet ble laget for å måle

utbrenthet, kan den på bakgrunn av sin oppbygning av positive og negative ladete utsagn også brukes som mål på jobbengasjement (González-Romà et al., 2006).

Det mest brukte instrumentet er The Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (Schaufeli & Bakker, 2003). Denne skalaen inkluderer deler for å kunne måle de tre dimensjonene av engasjement, vigør, dedikasjon og absorpsjon definert i Schaufeli et al. (2002). Skalaen er validert i en rekke land. Faktoranalyser gjennomført i de ulike landene har bekreftet den hypotetiske 3 faktor strukturen og at denne strukturen viste seg overlegen alternative faktorstrukturer. Sonnentag (2003) bekreftet i sin studie ikke 3 faktor strukturen innen jobbengasjement. Bakker og Demerouti (2008) forklarer dette delvis på bakgrunn av språklige problemer.

The Utrecht Work Engagement Scale Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli & Bakker, 2003) besto opprinnelig av 17 deler. Schaufeli, Bakker, og Salanova (2006) testet ut en kortere versjon av skalaen (UWES-9) og besto av 9 deler. De fant faktor validitet ved bruk av bekreftende faktor analyser. De fant i tillegg at de tre dimensjonene innen jobbengasjement hadde god intern konsistens og test-retest reliabilitet. I tillegg fant de at en tofaktor modell hvor utbrenthet besto av exhaustion og kynisme og jobbengasjement besto av vigør, dedikasjon, absorpsjon og profesjonell effektivitet passet dataene deres best. De dro to slutninger fra denne studien. De fikk en bekreftelse på at jobbengasjement kan bli sett på som den positive antipode til utbrenthet. I tillegg fant de at den forkortede versjonen av UWES hadde tilstrekkelige psykometriske egenskaper til å kunne brukes innen fremtidige studier.

Beslutningen om hvilket instrument man skal bruke avhenger blant annet av synet man har på jobbengasjement. Hvis jobbengasjement er motpolen til utbrenthet kan den måles ved å bruke de samme skalaene som for utbrenthet. Som nevnt over er positive følelser kvalitativt forskjellig fra negative, og ikke kun f.eks. fraværet av stress (Fredrickson, 2001). Ved å bruke et instrument ment for utbrenthet vil man anta at en person som skårer lavt på utbrent da ligger høyt på jobbengasjement. Ved å bruke et eget instrument spesielt utviklet for å måle jobbengasjement kan man lettere kunne fange opp de elementene som faller inn under definisjonen.

Målet med denne studien

Det er forsket lite på effekten av psykoterapeutisk behandling av jobbrelatert utbrenthet i sammenheng med mål på angst- og depressive symptomer og jobbtilfredshet/jobbengasjement, slik denne aktuelle studien gjør. Denne studien søker å besvare de følgende 5 forskningsspørsmål:

- 1) Er utbrenthet et vesentlig aspekt ved de lidelsene klientene søker hjelp for (depresjon og angst) målt ved OLBI?
- 2) Kan psykoterapi redusere selvopplevd grad av utbrenthet målt ved OLBI?
- 3) Kan psykoterapi øke jobbtilfredshet som målt ved UWES?
- 4) Til hvilken grad er jobbengasjement målt ved UWES relatert til utbrenthet målt ved OLBI? En vil kunne forvente at ved oppstart av behandling vil deltakerne skåre lavt på jobbengasjement og høyt på utbrenthet.
- 5) Hvilken samvariasjon finnes det mellom symptomer på angst, depresjon, jobbtilfredshet og utbrenthet?

Metode

Deltakerne

Deltakerne $N=164$ og besto av 110 kvinner og 47 menn. For 7 av deltakerne ble det ikke registrert kjønn. Det ble ikke registrert fullstendige data på alle deltakerne, slik at de ulike instrumentene har ulikt antall deltakere. Deltakerne var klienter som ble henvist til behandling ved Kveldspoliklinikken "Raskere Tilbake" ved Vinderen DPS. Gjennomsnittlig alder=40år ($SD=10$). Deltakerne hadde bosted innen sektoren til Helseforetak Sør-Øst. For å få et tilbud om behandling ved Kveldspoliklinikken blir det foretatt en vurdering av henvisningene basert på visse kriterier. 1) Problematikken skal i hovedsak dreie seg om angst eller depresjon. Deltakerne kan ha problematikk utover angst og depresjon, selv om fokuset for terapien er angst og depresjon. 2) Det er antatt at de vil kunne dra nytte av et kortvarig behandlingstilbud. 3) De skal ha en jobb, som de fortsatt står i eller er sykemeldt fra. Alle deltakerne har fått informasjon om at innsamlet data kan bli brukt til forskning.

Kveldspoliklinikken

Kveldspoliklinikken ”raskere tilbake” prosjektet hvor klinikken holder åpent på kveldstid to dager i uken. De tilbyr hjelp til mennesker som sliter med angst eller depresjon og som er helt eller delvis sykemeldte eller står i fare for å bli sykemeldte. Målgruppen er personer med sektortilhørighet innenfor Helseforetak Sør-Øst. Behandlingen legger vekt på mestring for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobb, med bevisstgjøring av ressurser og funksjonsproblemer i jobbsituasjonen. Pasienten informeres om muligheter gjennom NAV og yrkesrettede tiltak. Tilbudet de får er et begrenset antall timer. Timeantallet varierer noe, men gjennomsnittlig antallet timer er ca 7. Fokuset er strukturert psykologisk behandling og assistert selvhjelp. Behandlingen er i hovedsak basert på kognitiv terapi. Terapeutene er i hovedsak psykologer og leger, men de har også psykiatriske sykepleiere med videreutdanning innen kognitiv terapi. Det er noe spredning i antall års erfaring den enkelte terapeut har.

Prosedyre

Data til denne studien ble samlet inn i perioden jan-sep 2010. Før deltakerne starter i terapi ved kveldspoliklinikken Vinderen DPS får de en mappe med en rekke forskjellige instrumenter og spørreskjema til utfylling. Innsamling av data har vært fast rutine ved kveldspoliklinikken siden oppstart i 2008. De nye instrumentene som er lagt til i forbindelse med denne studien er i forhold til utbredthet og jobbengasjement. De resultatene som i hovedsak vil bli brukt i denne studien er for de av deltakerne som er blitt testet både før og etter behandling. Fordi instrumentene OLBI og UWES ble lagt til på et senere tidspunkt enn de andre, var det noen av deltakerne som kun besvarte disse to instrumentene ved avsluttet terapi.

Måleinstrumenter

Instrumentene Becks Depression Inventory, Becks Anxiety Inventor og Client Satisfaction Questionnaire ble fylt ut ved hver behandlingstime. De andre instrumentene ble kun fylt ut i begynnelsen eller både i begynnelsen og på slutten. Alle instrumentene har blitt brukt siden Kveldspoliklinikken startet opp i 2008, bortsett fra OLBI og UWES som ble inn introdusert i forbindelse med denne studien.

Utbrenthet

Utbrenthet ble målt ved bruk av selvutfyllingsskjemaet *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (Demerouti et al., 2002). Instrumentet er basert på en modell som er lik MBI, men til forskjell har den kun to skalaer: utslitthet og utkobling. Den nyeste versjonen av OLBI har spørsmål som balanserer positive og negative ord. (Bakker et al., 2004). Versjonen som ble brukt i denne studien besto av 16 deler. Hvert ledd har fem svaralternativer som går fra stemmer ikke, stemmer ganske dårlig, stemmer delvis, stemmer ganske bra til stemmer helt.

Jobbengasjement

Jobbengasjement ble målt ved bruk av selvutfyllingsskjemaet *The Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) (Schaufel & Bakker, 2003). Denne skalaen inkluderer deler for å kunne måle de tre dimensjonene av engasjement: vigør, dedikasjon og absorpsjon definert i Schaufeli et al. (2002). Det er syv svaralternativer som går fra 0: aldri i det siste året, 1: noen ganger det siste året, 2: månedlig, 3: noen ganger i måneden, 4: ukentlig, 5: noen ganger i uken til 6: daglig.

Symptomlidelser

Selvvrideringsmålet *The Beck Depression Inventory – Second Edition* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) har 21 ledd som overensstemmer med diagnostiske kriterier for depressive lidelser. Hvert ledd har fire svaralternativer og skåres fra 0–3. Skårene indikerer alvorlighetsgraden til de depressive symptomene. Maksimalskåre er 63. For pasienter med diagnosen depresjon er følgende grenseverdier anbefalt: Totalskåre 0–13 minimal, totalskåre 14–19 mild, 20–28 middels og 29–63 alvorlig.

Selvvrideringsmålet *The Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck & Steer, 1990) har 21 ledd for de angstsymptomer som i minst grad rapporteres av pasienter med depresjon, og deres alvorlighetsgrad. Hvert ledd har fire svaralternativer og skåres fra 0–3. Summen av disse skårene gir en vurdering av angstnivået. Maksimalskåre er 63. Anbefalte grenseverdier for alvorlighetsgrad er som følger: Totalskåre 0–7 minimal, 8–15 mild, 16–25 middels og 26–63 alvorlig.

Demografisk informasjon

Kveldspoliklinikken registrerer demografisk informasjon som kjønn, alder, samlivsstatus og nåværende arbeidssituasjon.

Øvrige kartleggingsinstrumenter som ikke er inkludert i analysene

Disse instrumentene ble fylt ut av alle deltakerne i denne studien, men er ikke inkludert i analysene.

Spørreskjemaet *Bakgrunn, tidligere behandlingshistorier*, (Havik, 1995a) kartlegging av tidligere behandling, sosio-demografiske forhold, og forventninger til den aktuelle behandlingen.

Spørreskjemaet *Livshendelser* (Havik, 1995b) omfatter 24 livshendelser som kan bringe forandringer inn i livet til den som opplever dem. For hver hendelse en har opplevd i løpet av det siste året, skal man besvare om den hadde en positiv eller negativ innvirkning på livet, på det tidspunktet det skjedde.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monterio, 2001) er ment å identifisere mennesker som vil tjene på å redusere alkoholforbruket.

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2003) er ment å identifisere stoff-/rusmiddelrelaterte problemer.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Atkisson & Zwick, 1982) spørreskjema for å kartlegge pasientens tilfredshet med psykiske helsetjenester.

Spørreskjemaet *Arbeidssituasjon etter behandling* (Kveldspoliklinikken, 2008) består av spørsmål knyttet til arbeidssituasjon og utdanning. Det er de samme spørsmålene om arbeid og utdanning, som stilles i spørreskjemaet ”Bakgrunn, tidligere behandlingshistorier” (Havik, 1995a).

Resultater

Det ble under analysene sett på forskjellen mellom skåren på BDI, BAI, OLBI og UWES før og etter behandling. Bortsett fra en registrering av kjønn og alder ble de andre instrumentene som brukes ved kveldspoliklinikken ikke inkludert i analysene for denne undersøkelsen. Under første del av analysen var ønsket å undersøke gjennomsnittsskåren på de ulike instrumentene i denne studien. Det ble utført en deskriptiv statistikk (Se tabell I)

Tabell 1 - Deskriptiv Statistikk

	<u>N</u>	<u>Range</u> (<u>min-max</u>)	<u>Mean (SD)</u>
<u>BDI start</u>	<u>101</u>	<u>0-43</u>	<u>21.7 (10.6)</u>
<u>BDI slutt</u>	<u>43</u>	<u>0-40</u>	<u>12.2 (9.3)</u>
<u>BAI start</u>	<u>158</u>	<u>0-61</u>	<u>15.2 (10.5)</u>
<u>BAI slutt</u>	<u>43</u>	<u>0-31</u>	<u>6.3 (6.1)</u>
<u>UWES start</u>	<u>117</u>	<u>0-102</u>	<u>48 (26)</u>
<u>UWES slutt</u>	<u>38</u>	<u>0-95</u>	<u>60.3 (27.7)</u>
<u>OLBI start</u>	<u>121</u>	<u>20-77</u>	<u>45 (10)</u>
<u>OLBI slutt</u>	<u>39</u>	<u>21-70</u>	<u>52.6 (11.8)</u>

BDI start: Becks Depression Inventory før oppstart av behandling

BDI slutt: Becks Depression Inventory etter avsluttet behandling

BAI start: Becks Anxiety Inventory før oppstart av behandling

BAI slutt: Becks Anxiety Inventory etter avsluttet behandling

UWES start: Utrecht Work Engagement Scale før oppstart av behandling

UWES slutt: Utrecht Work Engagement Scale etter avsluttet behandling

OLBI start: Oldenburg Burnout Inventory før oppstart av behandling

OLBI slutt: Oldenburg Burnout Inventory etter avsluttet behandling

Gjennomsnittsskåren for BDI før oppstart av behandlingen plasserer deltakerne på middels på skalaen over symptomer på depresjon. Gjennomsnittsskåren for BAI før oppstart av behandlingen plasserer deltakerne på mild på skalaen over symptomer på angst. Gjennomsnittsskåren var 15.2 og neste kategori som er middels starter på 16. Det betyr at deltakerne skåret opp mot middels på angstsymptomer. Gjennomsnittsskåren for UWES og OLBI plasserer deltakerne på en middels skåre for henholdsvis jobbengasjement og utbrenthet.

Under andre del av analysen var ønsket å undersøke om det hadde skjedd noen endringer av angst- og depressive symptomer, utbrenthet og jobbtilfredshet etter psykoterapeutisk behandling. Det ble utført en paired samples t-test. (Se tabell II)

Tabell II - Paired samples t-test

	<u>Hele utvakget</u>		<u>Begge målingene</u>		<u>t</u>	<u>P</u>
	<u>Før</u>	<u>Etter</u>	<u>Før</u>	<u>Etter</u>		
<u>BDI</u>	<u>101</u>	<u>43</u>	<u>28</u>	<u>28</u>	<u>5.7</u>	<u>.001</u>
<u>BAI</u>	<u>158</u>	<u>43</u>	<u>41</u>	<u>41</u>	<u>4.9</u>	<u>.001</u>
<u>UWES</u>	<u>117</u>	<u>38</u>	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>-4.4</u>	<u>.001</u>
<u>OLBI</u>	<u>121</u>	<u>39</u>	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>-1.8</u>	<u>.086</u>
-	-	-	-	-	-	-

Ut i fra denne analysen kan man se at skåren på BDI, BAI og UWES endret seg signifikant fra målinger gjort før oppstart i behandling til etter endt behandling. Det vil si at deltakerne etter endt behandling skåret signifikant lavere på symptomer på angst- og depresjon, og signifikant høyere på mål på jobbengasjement. Analysen av OLBI var ikke signifikant, slik at deltakerne ikke hadde en signifikant endring fra før oppstart av behandlingen til etter endt behandling. Tabellen viser at det er flere deltakere som har besvart selvutfyllingsskjemaene før oppstart i behandling enn etter. Dette gjelder også for antall deltakere som har fylt ut selvutfyllingsskjemaene etter endt behandling. Årsaken til dette skillet er at mange deltakere ved tidspunktet for analysene fortsatt var i behandling. De har derfor kun fylt ut skjemaene før de startet i behandling. I tillegg foreligger det data for deltakere som har avsluttet behandlingen, men for det ikke foreligger fullstendige data fra før de startet i behandling.

Under tredje del av analysen var ønsket å finne korrelasjonene mellom angst- og depresjonssymptomer, utbrenthet og jobbengasjement. Det ble gjennomført en Pearson produktmomentkorrelasjon. Fikk da korrelasjonene og signifikansnivå for disse. (Se Tabell III og IV)

Tabell III - Korrelasjoner

	<u>BDI Start</u> (N=101)	<u>BAI Start</u> (N=97)	<u>BDI Slutt</u> (N=28)	<u>BAI Slutt</u> (N=28)	<u>UWES Start</u> (N=74)	<u>UWES Slutt</u> (N=26)	<u>OLBI Start</u> (N=78)	<u>OLBI Slutt</u> (N=27)
<u>BDI Start</u>		<u>.322**</u>	<u>.644**</u>	<u>.064**</u>	<u>-.398**</u>	<u>-.404**</u>	<u>-.365**</u>	<u>-.408**</u>
<u>BAI Start</u>			<u>.134**</u>	<u>.100**</u>	<u>-.169**</u>	<u>.031**</u>	<u>-.147**</u>	<u>-.089**</u>
<u>BDI Slutt</u>				<u>.477**</u>	<u>-.374**</u>	<u>-.583**</u>	<u>-.126**</u>	<u>-.636**</u>
<u>BAI Slutt</u>					<u>.280**</u>	<u>-.162**</u>	<u>-.417</u>	<u>-.197**</u>
<u>UWES Start</u>						<u>.729**</u>	<u>.514**</u>	<u>.700**</u>
<u>UWES Slutt</u>							<u>.426**</u>	<u>.750**</u>
<u>OLBI Start</u>								<u>.411**</u>
<u>OLBI Slutt</u>								

Tabell IV - Signifikansnivå for korrelasjonene

<u>BDI Start og BAI Start</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Start og BDI slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Start og BAI Slutt</u>	<u>.746</u>
<u>BDI Start og UWES Start</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Start og UWES Slutt</u>	<u>.041*</u>
<u>BDI Start og OLBI Start</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Start og OLBI Slutt</u>	<u>.035*</u>
<u>BAI Start og BDI Slutt</u>	<u>.404</u>
<u>BAI Start og BAI Slutt</u>	<u>.532</u>
<u>BAI Start og UWES Start</u>	<u>.075</u>
<u>BAI Start og UWES Slutt</u>	<u>.859</u>
<u>BAI Start og OLBI Start</u>	<u>.113</u>
<u>BAI Start og OLBI Slutt</u>	<u>.600</u>
<u>BDI Slutt og BAI Slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Slutt og UWES Start</u>	<u>.066</u>
<u>BDI Slutt og UWES Slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>BDI Slutt og OLBI Start</u>	<u>.565</u>
<u>BDI Slutt og OLBI Slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>BAI Slutt og UWES Start</u>	<u>.175</u>
<u>BAI Slutt og UWES Slutt</u>	<u>.339</u>
<u>BAI Slutt og OLBI Start</u>	<u>.048*</u>
<u>BAI Slutt og OLBI Slutt</u>	<u>.236</u>
<u>UWES Start og UWES Slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>UWES Start og OLBI Start</u>	<u>.001**</u>
<u>UWES Start og OLBI Slutt</u>	<u>.001**</u>
<u>UWES Slutt og OLBI Start</u>	<u>.078</u>
<u>UWES Slutt og OLBI Slutt</u>	<u>.001**</u>

*p< .05, **p<.01

P verdien er basert på test statistikk Z for forskjellen mellom korrelasjonskoeffisientene assosiert med råskårene versus justert justerte skårer. p<.10;

*p<.05;***p<.001. **P<0.01 og *P<0.05 (sign. 2-halet)

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien var at deltakerne fikk en signifikant bedre skåre på målene for angst, depresjon og jobbengasjement etter endt behandling. For utbrenthet var målingene ikke signifikante. De første funnene gir en indikasjon på at behandlingen ved kveldspoliklinikken har hatt en effekt. Hovedfokuset ved kveldspoliklinikken er å behandle angst og depresjon. Denne studien gir holdepunkter for at de klarer å gjennomføre målsettingen med behandlingsopplegget. Disse funnene vil bli diskutert opp imot målene til denne studien.

1. Er utbrenthet et vesentlig aspekt ved de lidelsene klientene søker hjelp for (depresjon og angst) målt ved OLBI?

Man kan ikke ut ifra analysene si med sikkerhet at utbrenthet er et vesentlig aspekt ved de lidelsene klientene søker hjelp for. Klientene skårer moderat på utbrenthet, noe som indikerer at en viss grad av utbrenthet er til stede. En kunne forvente en noe høyere skåre på utbrenthet hvis utbrenthet var en av hovedårsakene til at de søkte seg til Kveldspoliklinikken. Det kan være at klientene har opplevd å føle seg utbrente, men at opplevelsen av å føle seg utbrent har gått over til depressive symptomer og at det var da de søkte om hjelp. Det lave antall deltakere i denne studien kan ha medvirket til resultatet. Disse analysene mangler data på nåværende arbeidssituasjon. Peterson, Demerouti, Bergström, Samuelsson, Åsberg, og Nygren (2008) fant at de som kun følte seg utslitte hadde store krav på jobben men rikelig med tilgang på jobbressurser. De som var utbrente hadde de samme høye kravene på jobb, men ikke samme tilgang på ressurser. Denne studien har ikke undersøkt nåværende arbeidssituasjon eller arbeidssituasjon før en eventuell sykemelding, slik at det blir vanskelig å si om arbeidssituasjonen har medvirket til problemene de har i dag.

2. Kan psykoterapi redusere selvopplevd grad av utbrenthet målt ved OLBI?

Deltakerne i denne studien fikk ikke en signifikant reduksjon i selvrapportert utbrenthet. De er mange ulike forklaringer på at målingene for utbrenthet ikke ble signifikante. Antall deltakere som ble testet både før og etter behandling var kun N=20. Det er et veldig lavt antall, slik at det er vanskelig å trekke noen klare konklusjoner basert på analysene. Man kan se ut i fra dataene at det har skjedd en endring i løpet av behandlingen. En kan på bakgrunn av dette kunne anta at resultatet kanskje vil bli signifikant når N økes. Resultatet kan kanskje si noe om hvor vanskelig det eventuelt er å behandle utbrenthet. Tidligere personrettede

intervensjoner for utbrenthet (Awa et al., 2010) har vært i forbindelse med arbeidsplassen. Det kan være at behandlingen deltakerne fikk ved kveldspoliklinikken manglet denne nærhet og relevansen til jobben og at det påvirket resultatet.

Det er også mulig at personene som har søkt hjelp ved kveldspoliklinikken ikke har utbrenthet som et av sine problemer. Hvis de sliter med depresjon vil de mest sannsynlig også kunne skåre på utbrenthet fordi det er antatt at symptomene på utbrenthet og depresjon vil korrelerer (Bakker et al., 2000). Fordi utbrenthet og depresjon er moderat korrelert ville en kunne forvente at korrelasjonen er ganske lik fra begynnelsen av behandlingen til slutten. I denne studien ser man at korrelasjonen er blitt sterkere mot slutten av behandlingen. Det kan antyde at det har skjedd noe i løpet av behandlingen slik at skårene samvarierer bedre. Nykliček og Pop (2005) fant som nevnt tidligere en del assosiasjoner mellom depresjon og utbrenthet og at den sterkeste prediktoren for å utvikle utbrenthet var pågående depressiv lidelse. Det kan være at deltakerne har en nåværende depressiv lidelse, men at lidelsen ikke har vart lenge nok til at de har utviklet utbrenthet som en tillegslidelse. Ved bruk av OLBI i mange andre studier er dimensjonene blitt separert og testet hver for seg. Det innebærer at man får en skåre for utslitthet og en skåre for utkobling. Hvis det hadde blitt gjort i denne studien kan det være at det man hadde funnet en signifikant endring på en av dimensjonene. Hvis behandlingen for det meste førte til en endring på den ene dimensjonen mens den andre dimensjonen stort sett var uendret, vil det kunne påvirke totalskåren.

3. Kan psykoterapi øke jobbtilfredshet som målt ved UWES?

For jobbengasjement var det etter endt behandling en signifikant økning i skåre sammenlignet med ved start av behandlingen. Det betyr at behandlingen ved kveldspoliklinikken mest sannsynlig har ført til at utvalget har fått en mer positiv innstilling og forhold til yrket sitt. Hvis dette resultatet vedvarer ved bruk av et større utvalg kan det ha store samfunnsøkonomiske implikasjoner. En økning i jobbengasjement vil kunne medføre at den enkelte person trives bedre i jobben og at sykefraværet vil gå ned. En alternativ forklaring er at de var engasjerte i jobben sin, men at andre som angst og depresjon medførte en reduksjon i jobbengasjement. Ved at de fikk behandling for plagene sine, kom jobbengasjementet tilbake. Deltakerne skåret moderat på jobbengasjement ved oppstart i behandling. Det gir en indikasjon på at jobbengasjement ikke var fraværende for denne populasjonen. Det kan være at resultatene hadde sett annerledes ut for en populasjon med lavere skåre på jobbengasjement ved at det kan være enklere å øke graden av noe som

allerede er tilstede. Søk har ikke funnet tidligere studier hvor de har forsøkt å øke jobbengasjement ved bruk av psykologisk behandling. Funnene i denne studien er derfor spennende ved at de viser til en metode med potensialet for å øke jobbengasjement, som mest sannsynlig ikke tidligere er utprøvd. Et fokus på jobbengasjement kan også være viktig som en innfallsvinkel til å tenke på menneskers velvære. Ved å fokusere på jobbengasjement fokuserer man på de positive sidene ved arbeidet. Motsatsen er å jobbe med å redusere de negative sidene ved arbeidet. Som nevnt tidligere er positive og negative følelser kvalitativt forskjellige (Fredrickson, 2001). Ved å kun fokusere på å redusere de negative følelsene, er det ikke sikkert at det fører til at personene får flere positive følelser.

4. Til hvilken grad er jobbengasjement målt ved UWES relatert til utbrenthet målt ved OLBI? En vil kunne forvente at ved oppstart av behandling vil deltakerne skåre lavt på jobbengasjement og høyt på utbrenthet.

Det er beskrevet i litteraturen at utbrenthet og jobbengasjement er motpoler til hverandre (Schaufeli et al., 2002). En ville da forvente at før oppstart av behandlingen vil deltakerne skåre høyt på utbrenthet og lavt på jobbengasjement. Hvis terapien har hatt ønsket effekt burde de nå skåre høyt på jobbengasjement og lavt på utbrenthet. Denne studien bekrefter ikke dette fullt ut. Det kan være flere årsaker til dette. Før oppstart av behandlingen var det ikke et stort skille mellom jobbengasjement og utbrenthet. Deltakerne skåret moderat på begge testene. Etter endt behandling derimot fikk deltakerne en signifikant høyere skåre på jobbengasjement. Det samme var ikke tilfelle for utbrenthet. Analysene tyder videre på at det ikke var like sterk samvariasjon ved behandlingsstart, som ved behandlingsslutt. Det kan da diskuteres hva som er årsaken til at samvariasjonen mellom utbrenthet og jobbengasjement endrer seg i løpet av et behandlingsforeløp til å bli en bedre fit enn ved behandlingsstart. Spesielt når man ser det i lys av at det var kun jobbengasjement som fikk en signifikant bedre skåre. En mulighet er at selve behandlingen ved Kveldspoliklinikken har hatt bedre effekt på variablene som måles innenfor jobbengasjement sammenlignet med utbrenthet. En annen mulighet er det lave antall deltakere i studien. Et lavt antall deltakere kan føre til en større variasjon i resultatene enn man kanskje kunne ha forventet hvis antall deltakere hadde økt. En annen mulighet er forskjeller i selve utvalget i denne studien sammenlignet med tidligere studier. De fleste tidligere undersøkelser av både utbrenthet og jobbengasjement er blitt gjennomført på personer som er i jobb og hvor det ikke er kontrollert for om de har vært hjelpetrengende/søkende eller om de allerede har startet opp i behandling. Utvalget i denne

studien besto av personer som har søkt hjelp fra det psykiske helsevernet. Det er ikke undersøkt komorbide lidelser utover angst og depresjon. Mulige komorbide lidelser kan føre til stor spredning av ulike symptomer blant deltakerne det ikke er tatt høyde for i denne studien. Det kan igjen kunne medføre at dataene vil kunne fremstå annerledes enn hvis deltakerne kun hadde symptomer på angst, depresjon og utbrenthet ved oppstart i behandling.

5. Hvilken samvariasjon finnes det mellom symptomer på angst, depresjon, jobbtilfredshet og utbrenthet?

Ut i fra analysene kan man se at BDI ved endt behandling samvarierer noe bedre med BAI, UWES og OLBI enn før oppstart av behandlingen. Disse resultatene kan gi en indikasjon på at en bedring på depressive symptomer samvarierer med angstsymptomer, jobbengasjement og utbrenthet. Man kan spekulere i om noe av endringen som er observert for jobbengasjement kommer fra en reduksjon i depressive symptomer.

For BAI ved endt behandling er det liten samvariasjon med BDI, UWES og OLBI. Det kan se ut som en endring i angstsymptomer har liten innvirkning på de andre skårene. Samtidig var gjennomsnittsskåren for BAI før oppstart mild på angstsymptomer. Selv om skårene på angstsymptomer i løpet av behandlingen endret seg signifikant, kan det være at disse symptomene ikke er en del av hovedproblemet deltakerne søkte hjelp for. Det kan også være at selve testen skiller seg fra de andre testene i større grad enn de andre testene gjør fra hverandre. BDI, UWES og OLBI kan vekke noe mer på liknende underliggende symptomer, mens BAI vekker på underliggende symptomer forskjellig fra disse. BAI blir kanskje i denne sammenheng noe mer unik som instrument. Den høye samvariasjonen for de andre testene kan kanskje indikere at de ikke skiller seg nok fra hverandre til å forsvare at alle tre testene brukes samtidig. Videre testing på en større populasjon kan være nyttig for å undersøke dette.

Det er viktig å påpeke at det ikke er mulig å trekke noen slutninger basert på korrelasjonene. Korrelasjonene i denne studien kan si noe om hvilken av testene som samvarierer, men man er nødt til å foreta flere tester og med et større antall deltaker for å kunne si noe mer konkret.

Konkluderende kommentarer

Resultatene fra denne studien kan si noe om viktigheten av det tilbudet som kveldspoliklinikken tilbyr. Som nevnt i innledningen står psykiske lidelser for 20% av den

totale sykdomsbelastningen for den europeiske økonomien. Denne økonomiske belastningen er større enn belastningen for alle krefttyper, 4 ganger belastningen for alle veitrafikkulykker og 3 ganger belastningen for alt alkoholforbruk. Videre ligger psykiske lidelser bak hver 5. sykefraværsdag, hver 4. nye innvilgete uføreytelse og hver 3. som mottar uføreytelse. I tillegg er sykefravær i seg selv en risiko for ytterligere sykefravær. En ting er den enorme økonomiske belastningen psykiske lidelser påfører samfunnet, en annen er de menneskelige kostnadene forbundet med psykiske lidelser. Som (Weiclaw, 2010) beskrev spiller jobben en sentral rolle i livet til mange, både i forhold til inntekt, sosioøkonomisk posisjon og status. Kveldspoliklinikken kan i denne sammenheng spille en viktig rolle både for den enkelte og samfunnsøkonomisk. Ved å tilby rask og effektiv behandling vil det kunne bidra til at personene enten klarer å bli værende i jobben eller komme seg tilbake til jobben. Det kan på sikt bidra til å redusere antall nye uføreytelser i Norge. Behandlingen ved kveldspoliklinikken bidrar ikke til å endre den enkeltes arbeidsbetingelser, men kan kanskje bidra til å endre personens opplevelse og mestring av arbeidsbetingelsene. Ved og for eksempel øke jobbengasjement, samt en reduksjon i symptomer på angst og depresjon, kan personens syn på arbeidet han/hun utfører ha endret seg i en positiv retning. Fremtidige undersøkelser kan se på om kveldspoliklinikkens tilbud har bidratt til å redusere antallet sykefraværsdager og nye uføreytelser på lang sikt.

Begrensninger

Denne studien er ikke uten begrensninger. En begrensning ligger i at alle data i denne studien er selvrapporterte. Selvrapporterte data kan ha sin begrensning grunnet ”common method variance” (Podsakoff, MacKenzie, Podsakoff & Lee, 2003; Spector, 2006). En av årsakene til denne variansen er at det er samme person som gir opphav til målingene av både prediktor- og kriterievariabelen. Videre kan den som svarer på ulike selvutfyllingsskjema kunne ha et ønske om konsistens som kan føre til at de ser etter likheter i spørsmålene og på den måten kunne skape et forhold mellom variabler som vanligvis ikke eksisterer (Podsakoff et al., 2003). I tillegg er ikke OLBI validert på en norsk populasjon, noe som kan ha påvirket resultatene.

Andre begrensninger ved oppgaven er det lave utvalget. Dette gjelder spesielt de som er som er testet både før påbegynt terapi og etter. En kan forvente at resultatene fra et lite utvalg vil kunne få en spredning enn hvis utvalget var større. Allikevel vil en kunne forvente at resultatene kan være noe lignende hvis utvalget hadde vært større. Gjennomsnittsskåren til

Becks Depression Inventory for de som er blitt testet før og etter N=28 mot de som kun er blitt testet før N=101 er 21.8 versus 21.9 på målingene som er gjort før. Disse gjennomsnittsskårene er så like at en kan anta at gruppen som kun er blitt teste før N=101 vil kunne ha lignende resultater når de blir testet etter at behandlingen er avsluttet. Videre gir disse resultatene en indikasjon på at utvalget i denne undersøkelsen mest sannsynlig ikke skiller seg vesentlig fra utvalget som kun er blitt testet en gang. Lignende resultater gjelder for Becks Anxiety Inventory. Målinger kun er gjort før oppstart N=158 er 15.2 mot målingene gjort for gruppen som er testet både før og etter N=41 som er 14.4. En vil også her kunne anta at resultatene ikke vil endre seg vesentlig når utvalget øker. Selv om gjennomsnittsskårene er ganske like er det fortsatt en svakhet ved oppgaven at utvalget er så lite. Det kan være at resultatene vil sprike mer når utvalget øker.

Deltakerne i denne studien er alle som har søkt seg til og fått et tilbud om behandling ved kveldspoliklinikken Vinderen DPS. Utvelgelsen av hvilke personer som får et tilbud og hvilke som blir avvist, følger visse kriterier satt av ledelsen ved Vinderen DPS. Kriteriene er i hovedsak basert på grad av symptomatologi. For noen av deltakerne kan lidelsen ha oppstått nylig, mens for andre kan den ha vært tilstede over flere år. På Kveldspoliklinikken blir det ikke screenet for andre diagnoser enn angst og depresjon. Deltakerne kan derfor ha andre diagnoser og problemer som kan påvirke resultatene. I tillegg, eventuelle psykofarmaka de har fått foreskrevet før oppstart kan bidra til å påvirke resultatene. Det er i denne studien ikke kontrollert for forskjeller deltakerne imellom før oppstart. Denne studien har ikke hatt som mål å lage verken inklusjons eller eksklusjonskriterier. Alle som har fått et behandlingstilbud har automatisk blitt med i denne studien. Det innebærer at deltakerne kan ha hatt individuelle forskjeller i f eks symptomatologi før oppstart som kan ha påvirket resultatene.

Andre begrensninger til denne undersøkelsen var at det for noen av deltakerne var manglende data. Noen få hadde ikke svart på samtlige av spørsmålene. I tillegg har ikke alle deltakerne besvart alle testene som var en del av undersøkelsen. Utvalget varierer derfor i størrelse avhengig av hvilken test det er snakk om. Det kan kunne påvirke hvilke konklusjoner man trekker på bakgrunn av data. I tillegg kan det være at deltakerne som ikke har fylt ut alle skjemaene er en subgruppe som har dårligere fungering enn de andre. Til slutt bør det nevnes at selv om de fleste terapeutene er leger og psykologer har de ikke like lang erfaring. En vil kunne forvente at erfarne terapeuter gjennomsnittelig oppnår bedre resultater enn uerfarne. Igjen da med tanke på det lave antall deltakere vil slike forskjeller kunne spille

en stor rolle. Kan det være at deltakerne i denne studien ikke hadde en jevn fordeling av erfarne og uerfarne terapeuter.

Implikasjoner fremover

Fremtidige studier rundt behandling av utbrenthet bør tilstrebe å få flere deltakere. I tillegg bør en kunne kontrollere flere variabler, slik at en kan finne årsaken til en eventuell effekt. Det kan være nyttig å få bedre informasjon om den enkeltes arbeidssituasjon før og etter behandling. Videre kan longitudinelle studier kunne si noe om utviklingen til utbrenthet og jobbensgjement med og uten behandling. For de som mottar behandling ville det vært nyttig med oppfølgingsstudier ved gitte tidsperioder. Effekten av behandlingen kunne da måles både på kort og lang sikt.

Referanser

- Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2009). Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 284-290.
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104, 103-110.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorder-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
- Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48, 1023-1030.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6. utgave). New York: Macmillan
- Andersen, I., Borritz, M., Christensen, K.B., & Diderichsen, F. (2010). Changing job-related burnout after interventions- a quasi-experimental study in six human service organizations. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 318-323.
- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012.
- Atkisson, C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Awa, W.L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (Second Edition). World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence Geneva.
- Bakker, A.B. (2009). The crossover of burnout and its relation to partners health. *Stress and health*, 25, 343-353.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development International*, 13, 209-223.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58, 661-689.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83-104
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using Equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., & Taris, T.W. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22, 187-200.
- Bakker, A.B., Westman, M., & Hetty van Emmerik, I.J. (2009). Advancement in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 206-219.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory*. Harcourt Assessment, Inc., U.S.A.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition*. Harcourt Assessment, Inc., U.S.A.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *The Drug Use Disorders Identification Test (Version 1.0)*. Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för klinisk alkohol- och narkotikaforskning, Stockholm.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K.B., Villadsen, E., & Kristensen, T.S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 98-106.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.W., & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Cohen, M., & Gagin, R. (2005). Can skill-development training alleviate burnout in hospital social workers? *Social Work in Health Care*, 40, 83-97.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, L., & Kantas, A. (2002). The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

- Doty, D.H., & Glick, W.H. (1998). Common methods bias: does common methods variance really bias results? *Organizational Research Methods*, 1, 374-406.
- Duràn, A., Extremera, N., & Rey, L. (2004). Engagement and burnout: analysing their association patterns. *Psychological reports*, 94, 1048-1050.
- Falkum, E. (2000). Hva er utbrentet? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 120, 1122-1128.
- Faragher, E.B., Cass, M., & Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *The American Psychologist*, 56, 218-226.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-82.
- Geurts, S, Kompier, M., & Gründermann, R. (2000). Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands. *International Social Security Review*, 53, 79-103.
- Gjesdal, S., & Bratberg, E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi-register based and prospective study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 246-254.
- Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 184-189.
- González-Roma, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Lioret, S. (2006). Burnout and work engagement: independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behaviour*, 68, 165-174.
- Halleberg, U.E., Johansson, G., & Schaufeli, W.B. (2007). Type A behaviour and work situation: associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135-142.
- Havik, O. E. (1995a). *Bakgrunn, tidlige behandlingshistorie*. Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi. Upublisert manuskript.
- Havik, O. E. (1995b). *Livshendelser*. Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi. Upublisert manuskript.

- Howe, G.W., Lockshin, M., & Caplan, R.D. (2004). Job loss and depressive symptoms in couples: common stressors, stress transmission, or relationship disruption? *Journal of Family Psychology*, 18, 639-650.
- Jensen, H.K., Wieclaw, J., Munch-Hansen, T., Thulstrup, A.M., & Bonde, J.P. (2010). Does dissatisfaction with psychosocial work climate predict depressive, anxiety and substance abuse disorders? A prospective study of Danish public service employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 796-801.
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout- a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1993). A further examination of managerial burnout: toward a integrated model. *Journal of Organizational Behaviour*, 14, 3-20.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Margalit, A.P., Glick, S.M., Benbassat, J., Cohen, A., & Katz, M. (2005). Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effects of two teaching programs on the knowledge and attitude of practicing primary care physicians. *Medical teacher*, 27, 613-618.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Fransico, Ca: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurment of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: a longitudinal study. *Journal of Vocational Behaviour*, 70, 149-171.
- NAV (2009) Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Statusrapport 2008.
- Nykliček, I., & Pop, V.J. (2005). Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders*, 88, 63-68.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 84-95.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.C., Podsakoff, N.P., & Lee, J.Y. (2003). Common method biases in behavioural research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Richardson, A.M., & Martinussen, M. (2004). The Maslach Burnout Inventory: factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 377-384.
- Salmela-Aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J.E. (2004). The role of work related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. *Work & Stress*, 18, 208-230.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2003) .*UWES- Utrecht work engagement scale: test manual*, Department of Psychology, Utrecht University, Utrecht. ‘
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716.
- Schaufeli, W.B., Martinez, I., Marques-Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. (2002a). Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzales-Roma, V., & Bakker, A.B. (2002) . The Measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 3, 71-92.

- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being. *Applied Psychology, 57*, 173-203.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. I.J.C. Quick & L. Tetrick (Eds), *Handbook of occupational health psychology* (s 245-264) Washington, DC: American Psychological Association.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behaviour: a new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology, 88*, 518-528.
- Sonnentag, S., Mojza, E.J., Binnewies, C., & Scholl, A. (2008). Being engaged at work and detached at home: a week-level study on work engagement, psychological detachment, and affect. *Work & Stress, 22*, 257-276.
- Spector, P.E. (2006). Method variance in organizational research: truth or urban legend? *Organizational Research Methods, 9*, 221-232.
- Takeuchi, R., Yun, S., & Tesluk, P.E. (2002). An examination of crossover and spillover effects of spousal and expatriate cross-cultural adjustment on expatriate outcomes. *Journal of Applied Psychology, 87*, 655-666.
- Taris, T.W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W.B., & Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress, 19*, 238-255.
- Vinokur, A.D., Pierce, P.F., & Lewandowski-Romps, L. (2009). Disentangling the Relationship between job burnout and perceived health in a military sample. *Stress & Health, 25*, 355-363.
- Westman, M. (2001). Stress and strain crossover. *Human Relations, 54*, 557-591.
- Westman, M., Etzion, D., & Horovitz, S. (2004). The toll of unemployment does not stop with the unemployed. *Human Relations, 57*, 823-844.
- Westman, M., Etzion, D., & Chen, S. (2009). Crossover of positive experience from business travelers to their spouses. *Journal of Managerial Psychology, 24*, 269-284.
- Wieclaw, J.W. (2010). Can burnout measure be useful in screening for disability pension? *Occupational and Environmental Medicine, 66*, 282-283.