

Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse?

Bjørn Lau , Live Bakke Finne og Mona Berthelsen

Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse?

Økt sykefravær og tidlig uførepensjonering som følge av milde og moderate former for angst og depresjon er en utfordring i norsk arbeidsliv.

Psykiske lidelser har fått stor oppmerksomhet i den senere tids debatt om sykefravær. Det er ikke minst forbundet med store økonomiske utgifter for velferdsstaten at en økende andel arbeidstakere faller utenfor arbeidslivet med diagnoser som indikerer milde og moderate former for angst og depresjon. Dette illustreres ved at psykiske lidelser (hovedsakelig angst og depresjon) er årsak til omtrent en tredjedel av alle uførepensjoner i Norge (Mykletun & Knudsen, 2009). Fordi gjennomsnittsalderen for innvilgelse av uførepensjon for psykiske lidelser er lavere enn for somatiske lidelser, fører uførepensjonering for en psykisk lidelse til flere tapte arbeidsår enn for en somatisk lidelse (Mykletun & Knudsen, 2009). Men for å oppnå myndighetenes mål om at personer med ulike former for mentale lidelser ikke skal miste sin tilknytning til arbeidslivet, og for at de som står utenfor, skal ha mulighet for å bli en del av arbeidslivet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), er det viktig med kunnskap om mulige sammenhenger mellom mental helse og arbeid. I denne forbindelse er det etter vår mening tre viktige spørsmål som bør besvares:

- 1 Kan personer med moderate former for angst og depresjon ha et positivt utbytte av deltakelse i arbeidslivet?
- 2 Kan deltakelse i arbeidslivet under visse betingelser gi økt risiko for utvikling av dårlig mental helse?
- 3 Hva er det som gjør at noen arbeidstakere med mildere former for psykiske helseplager tross alt klarer seg godt i arbeidslivet?

I denne artikkelen søker vi å belyse de spørsmålene på grunnlag av forskningslitteratur som har vurdert enkeltstudier på en systematisk måte, og hvor det i noen tilfeller ble utført statistiske meta-analyser av de empiriske funnene i studiene man fant fram til. Vi har ikke sett på litteratur som inkluderer mer alvorlige psykiske lidelser som psykoser.

Vi vet lite om hva slags arbeidsmiljø som er gunstigst for arbeidstakere som allerede har ulike psykiske problemer. Det bør være et framtidig prioritert forskningsområde

Spørsmål 1

Vårt første spørsmål er om personer med moderate former for angst og depresjon kan ha et positivt utbytte av deltakelse i arbeidslivet. Utover økonomiske besparinger for samfunnet kan man tenke seg at deltakelse i arbeidslivet kan ha en positiv innvirkning på individer med angst og stemningslidelser. Det har blitt hevdet at arbeid kan ha en slik positiv innflytelse på mental helse (Blustein, 2008; Wilhelm, Kovess, Rios-Seidel & Finch, 2004), og studier av arbeidstakere som har blitt arbeidsledige på grunn av utenforliggende årsaker, som omorganiseringer og nedbemanninger, har *en høyere risiko* for å utvikle mentale lidelser enn de som holder på arbeidet sitt (Waddell & Burton, 2006). I en systematisk litteraturgjennomgang av forskning utført på forholdet mellom arbeidsledighet og mental helse undersøkte McKee-Ryan, Song, Wanberg og Kinicki (2005) tre forhold: For det første om forskningslitteraturen støtter hypotesen om at de som mister jobben ufrivillig utvikler dårligere mental helse. Man fant fram til åtte studier, hvor man til sammen hadde fulgt 6600 deltakere fra aktiv yrkesdeltakelse til arbeidsledighet. I en meta-analyse av disse studiene fant man en moderat forverring av deltakernes mentale helse. Det andre spørsmålet forfatterne stilte, var om de som kommer i arbeid etter en periode med arbeidsledighet får bedre mental helse. Man fant fram til 15 prospektive studier som til sammen hadde fulgt nærmere 2000 arbeidsledige som kom i arbeid. Effekten av å komme i arbeid var signifikant på ulike mål på velvære, som mental helse, tilfredshet med livet og subjektiv fysisk helse, hvor effekten på mental helse var størst. Det tredje spørsmålet som ble undersøkt i denne litteraturgjennomgangen, var i hvilken grad psykisk velvære kunne predikere om arbeidssøkende kom tilbake i arbeid. Man fant fram til syv studier som hadde målt psykisk velvære blant 5135 arbeidsledige som enten kom tilbake til arbeid, eller som forble arbeidsledige. Selv om de som fant nytt arbeid, i utgangspunktet hadde noe bedre psykisk velvære enn de som fortsatt var arbeidsledig, så var ikke denne effekten signifikant.

Vi fant bare én studie som hadde undersøkt hvilke forhold i arbeidsmiljøet som fører til at ansatte med mildere former for psykiske lidelser faller ut av arbeidslivet

Men selv om man finner indirekte støtte for en positiv innflytelse mellom arbeidsdeltakelse og god mental helse, gjenstår spørsmålet om hvordan en slik påvirkning skjer spesifikt. Det er antatt at forskjellige forhold ved arbeidslivet bidrar til gunstige effekter på de ansattes mentale helse. Økonomiske forhold, status i samfunnet, sosiale nettverk og selvtillit er faktorer som nevnes som medvirkende årsaker til bedre mental helse blant sysselsatte (Næss, 2001). Arbeid er den viktigste

kilden til inntekt og god økonomi, som igjen er en vesentlig betingelse for materiell velstand. Arbeid er også viktig for den enkeltes selvrealisering, identitet og status i samfunnet (Waddell & Burton, 2006). Det har også blitt hevdet at arbeidets art kan ha en forebyggende eller terapeutisk virkning i seg selv (Waddell & Burton, 2006). Bruk av egenkompetanse og ressurser ser ut til å virke særlig beskyttende mot depresjon, mens det å måtte møte barrierer og trusler på en konstruktiv måte kan virke reduserende på angst (Griffin, Greiner, Stansfeld & Marmot, 2007). Forhold i arbeidsmiljøet kan også ha en god effekt på de ansattes mentale helse, som for eksempel deltakelse i beslutninger, kontroll i arbeidssituasjonen, klare mål og gode tilbakemeldinger, samt bruk av egne evner (Sverke, Hellgren & Näswall, 2002).

Spørsmål 2

Det andre spørsmålet vi stilte innledningsvis, var om deltakelse i arbeidslivet kan gi en økt risiko for utvikling av dårlig mental helse? Selv om forskningen som har vært gjennomgått så langt, indikerer at mennesker som er i arbeid, som gruppe, har bedre mental helse enn de som ikke deltar i arbeidslivet, så kjenner man også til at psykologiske, sosiale og organisatoriske forhold ved arbeidsplassen er assosiert med ulikheter i mental helse blant de som er i arbeid. Stansfeld og Candy (2006) foretok en systematisk litteraturgjennomgang i et forsøk på å oppsummere resultatene fra studier som hadde undersøkt forholdet mellom psykososiale risikofaktorer i arbeidslivet og ulike mål på mental helse. Deretter gjennomførte de en meta-analyse av prospektive undersøkelser fra perioden 1994 til 2005. De benyttet en standardisert søkestrategi og satte strenge inkluderings- og kvalitetskriterier for å finne frem til relevante studier. Av 24 939 referanser fant de 50 relevante artikler. 38 av disse oppfylte inkluderingskriteriene, men kun 11 kunne brukes i en meta-analyse. Resultatene av meta-analysen viste konsistente og robuste funn for at to modeller, som er mye benyttet i forskning på forholdet mellom psykososialt arbeidsmiljø og helse, kunne predikere utvikling av dårlig mental helse. Den første av disse modellene er «*Krav-kontroll-modellen*» (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990), mens den andre er «*Innsats-belønning-modellen*» (Siegrist, 1996). I det følgende skal vi se nærmere på disse modellenes teoretiske innhold.

Den amerikanske arkitekten og sosiologen Robert Karasek utviklet på 70 tallet krav-kontroll-modellen. I denne modellen blir det hevdet at en kombinasjon av høye jobbkrav og lave beslutningsmuligheter øker sannsynligheten for lav jobbtilfredshet og dårlig helse (Karasek, 1979).

En tredje dimensjon, sosial støtte, har senere blitt lagt til denne modellen. Den nye modellen har fått navnet «*Demand-control-support*»-modellen (Johnson & Hall, 1988). Sosial støtte refererer til det generelle nivået av tilgjengelig, hjelpsom og sosial interaksjon med ledere og kolleger på jobben, og ser ut til å fungere som en buffer mot fysiske og psykiske helseproblemer som kan følge av overdrevent høye krav i jobben (Theorell, 1997). Den utvidede modellen har blitt støttet i flere studier. Resultatene i disse studiene viser at krevende arbeidssituasjoner, med liten mulighet for å ta viktige beslutninger og lav sosial støtte, gir økt risiko for et bredt spekter av fysiske og psykiske helseproblemer (Van der Doef & Maes, 1998; Van der Doef & Maes, 1999). På den andre siden ser det ut til at sosial støtte og god kontroll beskytter den enkelte arbeidstaker mot uheldige helseeffekter (Standfeld & Candy, 2006).

I en undersøkelse fra 2007 som sammenlignet arbeidsmiljøet i Norge med andre europeiske land, fant man at norsk arbeidsliv er preget av at mange ansatte rapporterer å være i en aktiv arbeidssituasjon (Aagestad & Eiken, 2007). I forhold til modellen til Karasek innebærer dette at de opplever at det stilles høye krav til dem, samtidig som de har god kontroll og innflytelse i forhold til hvordan de utfører jobben.

Kan det være at engstelige og nedstemte ansatte blir oppfattet som å være uten initiativ og for engstelige til å ta det ansvaret som de forventes å ta, og av den grunn blir sett på som å ha dårligere arbeidsevne?

Den tyske sosiologen Johannes Siegrist utviklet den andre modellen som i meta-analysen til Stansfeld og Candy (2006) viste seg å kunne predikere utvikling av dårlig mental helse. Modellen går under navnet «*Model of effort-reward imbalance at work*» eller «*Innsats- belønning-modellen*» på norsk. Modellen baserer seg på at innsatsen man utfører i arbeidslivet, delvis blir utført som en del av en sosial kontrakt basert på en norm om sosial gjensidighet. Denne sosiale kontrakten innebærer at man som motytelse til egne anstrengelser i arbeidet forventer å motta belønning i form av *penger, verdsettelse og karrieremuligheter*, samt *jobbtrygghet* (Siegrist, 1996, 2001). Denne modellen fremmer tre hypoteser. For det første at ansatte som opplever at arbeidet krever store anstrengelser, men mottar liten belønning, løper en større risiko for stressrelaterte lidelser utover det hver av disse faktorene gir alene. For det andre at de som skårer høyt på «overengasjement», har høyere risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser (Lau, 2007; Lau, 2008). Den tredje hypotesen er at den høyeste risikoen for utvikling av stressrelaterte lidelser vil oppstå blant ansatte som tilfredsstillere kriteriene i begge de to første hypotesene.

Det har vist seg at en vedvarende spenningsreaksjon i det autonome nervesystemet oppstår hos personer som opplever en ubalanse mellom innsatsen de yter i jobben, og belønningen de mottar (Siegrist, Klein & Voight, 1997). En permanent opplevelse av utilstrekkelig belønning og verdsettelse i en så viktig sosial rolle som arbeidsrollen kan dermed føre til en vedvarende påkjenningsreaksjon (Siegrist, 2001), som på sin side kan føre til økt risiko for ulike sykdommer, som angst og depresjoner.

Antakelsen om at arbeidstakere som er *overengasjerte* i forhold til jobben, løper en høyere risiko enn andre for å bli overbelastet i arbeidssituasjoner hvor belønningen ikke står i forhold til innsatsen man legger inn i arbeidet, baserer seg på at disse personene har et særlig behov for anerkjennelse og belønning. Overengasjement er definert som et sett av holdninger, atferd og emosjoner som reflekterer overdrevne forsøk på å lykkes i jobben, kombinert med et sterkt ønske om anerkjennelse og verdsettelse. Personer som er overengasjerte, utsetter seg derfor oftere enn andre for høye krav i arbeidet, eller de anstrenger seg utover det som er forventet. Det gjør at de har behov for mer belønning enn andre for å oppleve en balanse mellom innsatsen de yter, og belønningen de mottar. Det er reist en hypotese om at de overdrevne anstrengelsene kan være et resultat av en feilpersepsjon som innebærer en undervurdering av utfordringene man står overfor, og en overvurdering av mestringsressursene man har tilgjengelig (Siegrist, 1996). Problemet, slik som mange av oss kan oppleve det i møte med overengasjerte pasienter, er at disse personene ofte har dårligere evne til å verdsette seg selv og sin egen innsats, og at omgivelsenes noen ganger iherdige forsøk på å gi positive tilbakemeldinger blir diskvalifisert.

Spørsmål 3

I tillegg til å undersøke forhold ved arbeidsmiljøet som kan føre til utvikling av dårlig mental helse, er et annet viktig perspektiv å finne fram til forhold ved arbeidsmiljøet som kan bidra til at mennesker med ulike mentale lidelser kan utføre sitt arbeid på en produktiv måte uten å falle ut av arbeidslivet eller få en forverring av sin tilstand. Derfor var vårt tredje spørsmål hva det er som gjør at noen arbeidstakere med mildere former for psykiske helseplager tross alt klarer seg godt i arbeidslivet. Dette ser ut til å være et forsømt forskningsfelt, og vi kjenner bare til én studie som har hatt et slikt perspektiv. I en nylig publisert undersøkelse basert på et stort representativt utvalg av den danske arbeidsstyrken fant man at ledelsesforhold hadde størst betydning for redusert langtidssykefravær

blant ansatte med moderate depressive symptomer (Munir, Burr, Hansen, Rugulies & Nielsen, 2011). Denne prospektive studien baserte seg på spørreskjema og registerdata. Ledelse ble målt med en skala som målte i hvilken grad nærmeste leder var opptatt av de ansattes utviklingsmuligheter og jobbtilfredshet, samt i hvilken grad lederen var god til å planlegge arbeidet og til å løse konflikter. Denne designen gjør at man ikke kunne finne fram til hva det var disse lederne gjorde konkret som i neste omgang førte til at ansatte med moderate symptomer på depresjon i mindre grad ble langtidssykemeldte. Dette understreker viktigheten av framtidige studier som undersøker dette mer detaljert. Studier på risikofaktorer er selvfølgelig også viktige i dette perspektivet, da en høy tilstedeværelse av disse faktorene kan tenkes å vanskeliggjøre arbeidsdeltakelse for dem som allerede har dårlig psykisk helse. Men i tillegg til slike studier mener vi det også er nødvendig med mer forskning som søker å finne fram til positive jobbfaktorer som er viktige for å fremme og muliggjøre arbeidsdeltakelse for denne gruppen. Forskning på dette er viktig blant annet for å forebygge og hindre langtidssykefravær hos personer med ulike psykiske lidelser som ønsker og evner å være i arbeid. Ved å fokusere på det man betegner som *sykenærvær* (se for eksempel Aronsson & Gustafsson, 2005; Chatterji & Tilley, 2002; Dew, Keefe & Small, 2005; Elstad & Vabø, 2008; Grinyer & Singleton, 2000; Hansen & Andersen, 2008; Kivimäki et al., 2005), vil man kanskje i større grad kunne få innsikt i hvilke faktorer i arbeidsmiljøet som gjør at arbeidstakere med dårlig mental helse opplever at de er i stand til å være i arbeid uten å utvikle dårligere helse, og kanskje til og med oppnå en bedret helsetilstand.

Saksvik og Finne (2009) hevder at enkelte forhold i arbeidssituasjonen kan være viktigere enn andre for personer som behandles for psykiske lidelser. Å oppleve positiv støtte og oppfølging fra nærmeste leder, og ha trygghet for sin egen arbeidsplass, er eksempler på slike faktorer. Det å ha en opplevelse av støtte og oppfølging fra nærmeste leder er sannsynligvis vesentlig for at ansatte med angst og depresjonslidelser skal klare å være i arbeid. Lederen bør være villig til å sette i gang det som trengs av tilrettelegging og tiltak, og bruke tid på å følge opp og støtte arbeidstakeren som har det vanskelig. Opplevelse av en slik støtte vil sannsynligvis være viktig for å skape trygghet. Det å ha en trygg og stabil arbeidsplass kan tenkes å være enda viktigere for dem som har dårlig mental helse enn for dem som ikke har det. Det kan være at de har et større behov for faste rammer uten stadige endringer for å kunne fungere i jobben, samt slippe å uroe seg for å miste jobben.

Men selv om tilrettelegging kan være en viktig strategi, særlig for den enkelte i sårbare overgangsperioder, kan det også vise seg å være en dårlig tilnærming på lang sikt, både for bedriften

og den enkelte. For ledere i en bedrift som må vektlegge produksjon og overskudd, kan noen oppleve å bli handlingslammet hvis de opplever at de også må gå inn i rollen som tilrettelegger og terapeut. Noen former for tilrettelegging vil også kunne gi negative effekter for dem det gjelder. For eksempel vil en person med angstproblemer tiltrekkes av det trygge, men det er ikke nødvendigvis trygghet som i lengden vil gjøre personen trygg. Usikkerhetstrening er viktig i all behandling av angst, og det bør ikke være annerledes på arbeidsplassen. Gode medarbeidersamtaler om hvilke utfordringer som vil bli en del av jobben i framtiden, er kanskje mer viktig for denne målgruppen.

Sykenærvær forstås her som at personer med sykdom er i arbeid. Ofte blir dette ansett som uønsket, da det som regel er omtalt i forbindelse med sykdommer som influensa o.l. Saksvik og Finne (2009) påpeker i den forbindelse at det er viktig å skille mellom sykenærvær og *nærværspres*. Nærværspres handler om at noen går på jobb selv om de i helsemessig forstand ikke er i stand til å gjøre det (Saksvik, 1996). Dette innebærer at lavt sykefravær ikke nødvendigvis kommer av ansattes gode helse, men også av et høyt sykenærvær forårsaket av et negativt nærværspres. I tråd med dette fant Aronsson og Gustafsson (2005) at høyt sykenærvær var assosiert med forhold på arbeidsplassen som vansker med å erstatte den som er borte fra jobb, utilstrekkelige ressurser, rollekonflikt, lav kontroll over arbeidstempo og høyt tidspress. Et slikt syn ble også støttet i en studie gjennomført av Caverley, Cunnigham og MacGregor (2007), hvor man i en organisasjon med lavt sykefravær fant at dette kunne forklares med et høyt nivå av sykenærvær. Man fant også en sammenheng mellom sykenærvær og lave nivåer av jobbtrygghet, lite støtte fra nærmeste sjef og lav jobbtilfredshet, noe som kan tyde på at en reduksjon av disse faktorene kan gi økt nærværspres blant ansatte.

Hvis sykenærvær skal være et positivt bidrag til den enkelte, trenger ansatte med ulike lidelser ulik tilrettelegging for å kunne fungere i arbeidet og kunne være sykenærværende (Burton, Pransky, Conti, Chen & Edington, 2004; Johansson & Lundberg, 2004). Under slike forutsetninger kan kanskje sykenærvær være helsefremmende rent terapeutisk for personer med psykiske lidelser, og langtidssykefravær en motsatt effekt (Aronsson & Gustafsson, 2005). Man har funnet at de hyppigste helseplagene blant ansatte med høyt sykenærvær er rygg- og nakkeplager, samt tretthet og moderate depressive tilstander (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000), det vil si tilstander hvor arbeidsdeltakelse muligens kan gi god effekt rent helsemessig.

Generell diskusjon

Det er etter vår mening bekymringsfullt at arbeidstakere med lettere og moderate former for angst og depresjon ser ut til falle ut av arbeidslivet i lengre eller kortere perioder. At man sykemeldes på grunn av slike lidelser, kan gi uttrykk for at fastlegen kommer til at det ikke vil være gunstig for pasienten rent prognostisk å være en del av arbeidslivet. Men er det virkelig slik? Forskningslitteraturen vi har gått igjennom, viser at det i mange tilfeller er tvert imot: At deltakelse i arbeidslivet er bra for oss så lenge vi utsettes for rimelige, realistiske krav og har god kontroll på oppgavene våre. Kan det da være at sykemeldingen blir skrevet ut fordi man kommer til at pasienter med en mildere form for psykisk lidelse, ikke har arbeidsevne til å utføre de arbeidsoppgavene han eller hun skal gjøre? I så fall reiser dette et annet interessant spørsmål. Kan det være at en del arbeidsplasser har utviklet seg til en arena som ikke har plass til de litt engstelige og nedtrykte? I europeisk målestokk karakteriseres norsk arbeidsliv av høye krav og god kontroll (Aagestad & Eiken, 2007). Med andre ord det som ifølge Karaseks modell benevnes som en aktiv arbeidssituasjon. Under slike arbeidsbetingelser kan det være ganske mye å gjøre, samtidig som man har stor grad av frihet til å ta beslutninger i forhold til jobbutførelse. De som trives i et slikt arbeidsliv, bør muligens være både energiske (for å være i stand til å utføre mange arbeidsoppgaver) og uredde (i forhold til å ta ansvar og utøve den kontrollen man forventes å bruke). Kan det da være at engstelige og nedstemte ansatte blir oppfattet som å være uten initiativ og for engstelige til å ta det ansvaret som de forventes å ta, og av den grunn blir sett på som å ha dårligere arbeidsevne?

Et annet spørsmål vi sitter igjen med etter å ha gått igjennom forskningslitteratur som viser at høye krav og liten kontroll, samt å oppleve at innsatsen man gir i jobbsammenheng ikke blir verdsatt, er hvorfor slike arbeidssituasjoner fører til at noen utvikler depressive tilstander eller angstproblemer. Man kan se for seg at det vil bli et viktig forskningsfelt, hvor man undersøker hva det er som gjør at ulike angst- og depresjonslidelser utvikler seg i interaksjonen med slike arbeidsmiljøfaktorer. Dette er nok ofte kunnskap den enkelte psykolog som arbeider med disse klientene, kan få god innsikt i. Det understreker viktigheten av at den nye spesialiteten i klinisk arbeidspsykologi som er igangsatt, blir fulgt opp med god kvalitativ og kvantitativ forskning. I så måte bør flere praktiserende psykologer trekkes inn i forskningen på dette feltet. Narrative, kognitive og dynamiske perspektiver bør inkluderes i vår forståelse av hva det er som gjør at ulike forhold i arbeidsmiljøet øker risikoen for at noen utvikler spesifikke psykiske lidelser. En slik tilnærming vil muligens gjøre at den nye

spesialiteten kan finne sin egen identitet, basert på organisasjonspsykologiens tradisjonelle fokus på personalomsorg, lederutvikling og demokratisering og arbeidspsykologiens opptatthet av seleksjon, yrkesveiledning og ergonomi (Knoff, 1994).

Nå skal det understrekes at det nok ikke er tilfeldig at Stansfeld og Candy (2006) i sin systematiske litteraturgjennomgang med påfølgende meta-analyse fant støtte for at utvikling av dårlig mental helse særlig kunne predikeres av de to teoretiske modellene til Karasek og Siegrist. Fordi dette forskningsfeltet er stort og komplekst, har det vært lettere å fokusere på noen få modeller. Ulempen er at forhold som ikke dekkes i de mest populære modellene ikke blir undersøkt like nøye. Det kan derfor tenkes at også andre forhold ved arbeidsmiljøet er av betydning for at noen utvikler psykiske lidelser. Eksponeringsforhold som har blitt trukket fram i så måte, er irregulære arbeidstider, lange arbeidsdager, nattarbeid, emosjonelt krevende arbeid, mobbing og trakassering, samt vold og trusler. På den andre siden finnes det også mange myter om forholdet mellom arbeid og mental helse. For eksempel hevdes det fra flere hold at norsk arbeidsliv i de senere årene har blitt brutalisert, uten at noen klart har kunnet påpeke dette. Et annet eksempel er mobbing og mental helse. De fleste av oss går ut fra at mobbing og trakassering på arbeidsplassen vil kunne føre til dårlig mental helse, noe flere tverrsnittsundersøkelser gir støtte for. Det vil si at arbeidstakere som rapporterer at de har blitt mobbet, for eksempel i løpet av det siste halve året, også har dårligere mental helse enn arbeidstakere som ikke rapporterer å ha blitt mobbet. Overraskende nok er det gjennomført få studier som undersøker dette ved hjelp av en prospektiv longitudinel design. Disse prospektive studiene (Brousse et al., 2008, Finne, Knardahl & Lau, under trykking og Kivimäki et al., 2003) gir riktignok støtte for en sammenheng mellom mobbing og utvikling av dårlig mental helse, men også for at dårlig mental helse predikerer framtidig mobbing (Finne, Knardahl & Lau, under trykking). I tillegg finnes det en studie som viser at mobbeofre i større grad enn andre benytter en aktiv mestringsstrategi som å skifte arbeidsgiver (Berthelsen, Skogstad, Lau & Einarsen, 2011). Slike studier understreker betydningen av å kunne gjennomføre store prospektive undersøkelser, hvor man ser på sammenhengen mellom mental helse og ulike organisatoriske og psykososiale forhold på arbeidsplassen, utover det som blir målt i de mest populære modellene. Kombinert med mindre effektstudier gjennomført i enkeltbedrifter, som kan vise til gode tiltak som kan gjennomføres lokalt, samt flere og bedre kvalitative studier, så tror vi at dette kan bli et vitalt og spennende forskningsfelt i tiden som kommer. Når man skal finne fram til forhold som kan ha betydning for at ansatte med mildere former for psykiske lidelser skal unngå å falle ut av arbeidslivet, fant vi bare én studie som

hadde undersøkt dette spesifikt. For å få til et inkluderende arbeidsliv i fremtiden mener vi at dette er veien forskningen bør gå. Riktignok trenger vi fortsatt studier som undersøker risikofaktorer for utvikling av dårlig mental helse. Men vi har også et stort behov for forskning som gir kunnskap om hvordan vi i fremtiden kan skape et arbeidsmiljø som også gir rom for personer med ulike former for psykiske lidelser. Vi må aldri slå oss til ro med et arbeidsliv som ikke har plass til personer som for eksempel i perioder kan oppleve angst og depresjonslignende tilstander. Å falle ut av arbeidslivet på grunn av slike lidelser burde være unødvendig, og på lang sikt har vi som samfunn ikke råd til et slikt arbeidsliv.

Konklusjon

Deltakelse i arbeidslivet ser ut til å ha en positiv virkning på arbeidstakeres mentale helse. Men det er en forutsetning at arbeidstakeren utsettes for rimelige, realistiske krav og har god kontroll på oppgavene sine, og at man kan søke støtte blant kolleger og ledere om man trenger det. I tillegg er det viktig at arbeidstakeren opplever anerkjennelse for det arbeidet man gjør. Ut fra forskningslitteraturen vet vi lite om hva slags arbeidsmiljø som er gunstigst for arbeidstakere som allerede har ulike psykiske problemer, noe som derfor bør være et framtidig prioritert forskningsområde.

Referanser

- Aagestad, C. & Eiken, T. (2007). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning. Basert på data fra European Working Conditions Survey (NOA-rapport) . Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance – pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, 502–509.
- Berthelsen, M., Skogstad, A., Lau, B. & Einarsen, S. (2011) Do they stay or do they go? A longitudinal study of intentions to leave and exclusion from working life among targets of workplace bullying. *International Journal of Manpower*, 32, 178–193.

- Blustein, D. L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: a conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, 63, 228–240.
- Brousse, G., Fontana, L., Ouchchane, L., Boisson, C., Gerbaud, L., Bourguet, D., et al. (2008). Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occupational Medicine*, 58, 122–128.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y. & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental medicine*, 46, 38–45.
- Caverley, N., Cunningham, J. B. & MacGregor, J. N. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*, 44, 304–319.
- Chatterji, M. & Tilley, C. J. (2002). Sickness, absenteeism, presenteeism, and sick pay. *Oxford Economic Papers-New Series*, 54, 669–687.
- Dew, K., Keefe, V. & Small, K. (2005). ‘Choosing’ to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*, 60, 2273–2282.
- Elstad, J. I. & Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 467–474.
- Finne, L.B., Knardahl, S. & Lau, B. (under trykking). Workplace bullying and mental distress – a prospective study of Norwegian employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Griffin, J. M., Greiner, B. A., Stansfeld, S. A. & Marmot M. (2007). The effect of Self-Reported and Observed Job Conditions on Depression and Anxiety Symptoms: A Comparison of Theoretical Models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 339–349.
- Grinyer, A. & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health Risk & Society*, 2, 7–21.
- Hansen, C. D. & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, 956–964.
- Johansson, G. & Lundberg, I. (2004). Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*, 58, 1857–1868.

- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular-Disease – A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–307.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., Vahtera, J. et al. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 95, 98–102.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Keltikanagas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 779–783.
- Knoff, R. H. (1994). Psykologi i arbeid: Norsk arbeids- og organisasjonspsykologi før og nå. I S. Reichelt (red.), *Psykologi i forandring. Jubileumsbok: Norsk Psykologiforening 60 år*. Oslo: Norsk Psykologforening.
- Lau, B. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3, 9.
- Lau, B. (2007). I jakten på det gode arbeidsmiljø – Hvilken betydning har balanse mellom innsatsen man gir og belønningen man mottar i jobben? *Søkelys på arbeidslivet*, 3, 315–321.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z. L., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J. V., Rugulies, R., Nielsen, K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 3–9.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009: 4. Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA Rapport 3/01.

- Saksvik, P. Ø. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, 3, 47–60.
- Saksvik, P. Ø. & Finne, L.B. (2009). Sykenærvær og langtidsfriskhet. Psykologen som sykmelder. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (red.), *Klinisk organisasjonspsykologi* (s. 345–364). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Siegrist, J. (2001). Psychosocial factors influencing development and course of coronary heart disease. *Herz*, 26, 316–325.
- Siegrist, J., Klein, D. & Voigt, K. H. (1997). Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiologica Scandinavica*, 161, 112–116.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32, 443–462.
- Sverke, M., Hellgren, J. & Näswall, K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 242–264.
- Theorell, T. (1997). Fighting for and losing or gaining control in life. *Acta Physiologica Scandinavica*, 161, 107–111.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1998). The Job Demand Control (-Support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypothesis. *Psychology & Health*, 13, 909–936.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13, 87–114.
- Waddell, G. & Burton A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.
- Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C. & Finch, A. (2004). Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 866–873.