

Kunnskapsstatus:

Arbeid, psykisk helse og rus

SINTEF Helse
Juni 2008



Forfattere: Solveig Osborg Ose, Heidi Jensberg,
Silje Lill Kaspersen, Birgitte Kølseth, Solfrid Lilleeng

Gruppe for arbeid og helse

Forord

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV), FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd. Prosjektet har hatt en ramme på omtrent 3,5 månedsverk og forskere med ulike fagbakgrunn har vært involvert. Vi har mottatt nyttige innspill fra psykologspesialist Rolf W Gråwe, psykiater Torleif Ruud og allmennlege Sissel Steihaug, i tillegg til flere som arbeider direkte med yrkesrettet attføring av personer med psykiske lidelser og vansker. Kjetil Frøyland, direktør i AKAN og Seniorforsker Angelika Schafft ved Arbeidsforskningsinstituttet har også gitt nyttige kommentarer på et rapportutkast. Vi takker også kolleger i SINTEF Helse for gode diskusjoner og nyttige innspill. Familien til prosjektleder fortjener også en stor takk for god avlastning i innspurten med rapporten.

Til tross for søkelys på arbeid og psykisk helse i Norge i dag, er det mange viktige spørsmål som ikke kan besvares med bakgrunn i dagens tilgjengelige forskningskunnskap.

Det er liten tvil om at det trengs mer forskning, forskere med et klart engasjement for temaet og ikke minst en forskningsfinansiering med en klar og systematisk profil dersom strategien for arbeid og psykisk helse skal ha en kunnskapsforankret utvikling videre.

Vi takker spesielt Greta Støre i FARVE for et godt samarbeid.

Solveig Osborg Ose

Prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING OG FORMÅL MED RAPPORTEN	7
1.1	BAKGRUNN	7
1.2	HVA ER PSYKISKE PROBLEMER OG LIDELSER?	8
1.3	OM RAPPORTEN	10
2	ARBEIDSPLASSEN OG HJELPEAPPARATET	13
2.1	MANGE ER UTENFOR, MEN ARBEID ER VIKTIG	13
2.2	ARBEIDSSØKERE OG ARBEIDSTAKERE – BARRIERER OG UTSTØTING	14
2.2.1	INDIVIDUELLE BARRIERER	15
2.2.2	UTDANNING OG ARBEIDSERFARING	15
2.2.3	DISKRIMINERING OG STIGMATISERING – ARBEIDSGIVERE OG KOLLEGER	16
2.2.4	ANNET	17
2.3	JOBBRELATERTE PSYKISKE PROBLEMER	17
2.3.1	INNLEDNING	17
2.3.2	KRAV-KONTROLL-STØTTE	18
2.3.3	INNSATS - BELØNNING, RETTFERDIGHET	19
2.3.4	YRKES- OG NÆRINGSSPESIFIKKE STUDIER	20
2.3.5	KJØNNSFORSKJELLER GRUNNET ULIKE ROLLER?	23
2.3.6	KAUSALITET OG MODELLINTEGRASJON	24
2.4	ARBEIDSGIVERPERSPEKTIVET OG PSYKISK HELSE	26
2.5	HJELPEAPPARATET – MULIGHETER OG BARRIERER	29
2.5.1	ALLMENNLEGETJENESTEN/FASTLEGEN	29
2.5.2	PSYKISK HELSEVERN	30
2.5.3	NAV	31
2.5.4	PSYKISK HELSEARBEID	33
2.6	OPPSUMMERING	34
3	ARBEIDSRETTEDE TILTAK	37
3.1	INNLEDNING	37
3.2	VILJE VISER VEI	37
3.3	EVALUERINGER AV DELPROSJEKT AV VILJE VISER VEI	39
3.4	EKSEMPLER PÅ ANDRE TILTAK I NORGE	41
3.5	NORSKE STUDIER	43
3.6	INTERNASJONALE STUDIER OG TRENDER	46
3.6.1	HVILKE TILTAK FINNES INTERNASJONALT?	46
3.6.2	MOT EVIDENSBASERT PRAKSIS	46
3.7	SUPPORTED EMPLOYMENT – ARBEID MED BISTAND	48
3.7.1	ER SUPPORTED EMPLOYMENT OG ARBEID MED BISTAND DET SAMME?	48

3.7.2	BAKGRUNN	50
3.7.3	STUDIER FRA USA	50
3.7.4	STUDIER FRA CANADA OG KINA	54
3.7.5	NY STUDIE FRA EUROPA: "TRAIN-AND-PLACE" VS. "PLACE-AND-TRAIN"	54
3.8	ANDRE MODELLER	56
3.9	HVEM VIRKER TILTAKENE FOR?	57
3.10	STORBRIANNIA MED FORSLAG OM OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK SYKE I ARBEIDSLIVET	59
3.11	OPPSUMMERING	61

4 ARBEIDSLIV OG RUS 63

4.1	INNLEDNING	63
4.2	PSYKISKE LIDELSER, RUS OG ARBEIDSLIV	64
4.2.1	MEDIKAMENTELL BEHANDLING, SUBSTITUSJONSBEHANDLING OG ARBEID	67
4.3	OMFANG OG KONSEKVENSER AV RUSMIDDELBRUK I ARBEIDSLIVET	70
4.3.1	BEGREPSAVKLARING	70
4.3.2	OMFANG AV RUSMIDDELBRUK BLANT ANSATTE	71
4.3.3	KONSEKVENSER AV RUSMIDDELBRUK HOS ANSATTE	73
4.4	FAKTORER I ARBEIDSLIVET SOM PÅVIRKER RUSMIDDELBRUKEN – OG OMVENDT	73
4.4.1	NYTT ARBEIDSLIV	74
4.4.2	ARBEIDSMILJØFAKTORER	74
4.5	FOREBYGGING OG TESTING BLANT ANSATTE	78
4.5.1	UNGE ARBEIDSTAKERE OG RUS	78
4.5.2	FOREBYGGENDE TILTAK OG PROGRAMMER	80
4.5.3	TESTING	83
4.6	SPILLEPROBLEMER, SPILLEAVHENGIGHET OG ARBEIDSLIV	85
4.6.1	HVA ER SPILLEAVHENGIGHET	85
4.6.2	PENGESPILL OG PENGESPILLPROBLEMER I NORGE I 2007	86
4.6.3	STUDIE AV TRANSPORTBEDRIFTER	87
4.6.4	PENGESPILL OG SUICIDAL ATFERD	88
4.6.5	BEHANDLING AV SPILLEAVHENGIGHET	88
4.7	OPPSUMMERING OG FRAMTIDIGE FOR-SKNINGSBEHOV	89

5 DISKUSJON OG FORSKNINGSBEHOV 91

5.1	GENERELT	91
5.2	ARBEIDSMILJØ	92
5.3	ARBEIDSGIVER	93
5.4	ARBEIDSRETTEDE TILTAK RETTET MOT PERSONBER MED PSYKISKE LIDELSER	94
5.5	HJELPEAPPARATET	96
5.6	INNVANDRERE	97
5.7	RUS	97
5.8	SPILLEAVHENGIGHET	97
5.9	FREMTIDIG ARBEIDSSTYRKE	98

5.10	BEHOV FOR FOKUS OGSÅ PÅ LETTERE PSYKISKE LIDELSER	99
5.11	EN KRITISK METODE-KOMMENTAR	99
<u>REFERANSER</u>		<u>103</u>
<u>VEDLEGG 1: METODE LITTERATURSØK</u>		<u>123</u>
<u>VEDLEGG 2: KONKRETE FORSLAG TIL PROBLEMSTILLINGER DET TRENGS</u>		
<u>FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP OM</u>		<u>127</u>

1 INNLEDNING OG FORMÅL MED RAPPORTEN

1.1 BAKGRUNN

Høsten 2007 kom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse: 2007-2012 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet 2007).¹ Strategien skal styrke brobyggingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren, og skal ses i nær sammenheng med intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) og satsningen på sykefraværsoppfølgingen. Strategiplanen gjelder alle med psykiske lidelser og vansker, også de som i tillegg har rusmiddelproblemer eller andre utfordringer. En viktig hensikt med strategiplanen er å sikre en helhetlig offentlig innsats og se arbeidet for personer med psykiske lidelser i sammenheng med NAV-reformens muligheter for samarbeid og brukervedvirkning, og med de arbeids- og aktivitetsrettede tiltak denne reformen kan gi. De fem sentrale områdene for strategien er (1) Samarbeid og samordning, (2) Brukervedvirkning og selvhjelp, (3) Tiltak og tjenester, (4) Kompetanse, nettverk, informasjon og holdninger og (5) Kunnskap, forskning og utvikling. Under punkt 5 står det at det er behov for en litteraturgjennomgang på feltet arbeid og psykisk helse som vurderer relevante studier i inn- og utland. Denne skal inngå som en del av

beslutningsgrunnlaget for satsning på forsknings- og utviklingsarbeid på tvers av forskningsmiljøer. Rapporten vår er et bidrag til dette arbeidet og vi håper den vil være nyttig i den videre innsatsen med Nasjonal strategiplan.²

Hovedmålet med rapporten er å finne ut hva forskning sier om: (1) Arbeidslivets betydning for psykisk helse, (2) Nytt og effekt av ulike tiltak for å inkludere personer med psykiske lidelser i arbeidslivet, (3) Arbeidsliv og rus og (4) Identifisere utfordringer knyttet til kunnskap, utviklingsarbeid og forskning for å inkludere personer med psykiske problemer i arbeidslivet. Rapporten omfatter både personer med *problemer* (subklinisk forstått) og personer med diagnostiserte *lidelser* innenfor psykisk helse og rus.

Økt fokus på psykiske lidelser i arbeidslivssammenheng skyldes blant annet at mennesker med psykiske lidelser står for en økende andel av sykmeldingene og uføretryggingen i alle OECD-landene. Nesten 20 prosent av alle dagsverkene som går tapt i Norge pga. sykefravær, skyldes psykiske lidelser (NAV sykefraværsstatistikk), mens hver tredje person som er uføretrygdet er det pga. psykiske lidelser (NAV uførestatistikk), men tallene kan være for lave (Mykletun & Overland 2006).

¹ Dette er et supplement til St.meld. nr.9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering og til øvrig innsats, tiltak og tjenester som skal bidra til at alle som ønsker og kan det, kommer i arbeid og fastholder tilknytningen til arbeidslivet.

² I tillegg til Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse – 2007-2012 og IA-avtalen og sykefraværsoppfølgingen, vil også Kvalifiseringsprogrammet av sosialhjelpsmottakere i stor grad berøre tema rundt arbeid og psykisk helse.

Depresjoner og lettere angstlidelser er de vanligste psykiske lidelsene blant personer i arbeidslivet (Sanderson & Andrews 2006), og prevalensen av disse lidelsene ser ut til å øke (Sanderson & Andrews 2006; Reichenberg & MacCabe 2007). I 2006 hadde 23 prosent av personer med variabel eller redusert arbeidsevne på ulike tiltak, psykiske lidelser (NAV 2007). Ledighetsraten blant personer med psykiske lidelser er høy (Dewa *et al.* 2007; Ettner *et al.* 1997; Marwaha & Johnson 2004; Waghorn & Lloyd 2005), og de som arbeider og har en psykisk lidelse er ofte undersysselsatt (Cook 2006).

De pekuniære kostnadene som kommer i tillegg til de menneskelige kostnadene knyttet til psykiske lidelser er derfor betydelige, både for personene det gjelder (svekket inntektsgrunnlag), Folketrygden (minst 20 milliarder i sykepenges og uførepensjon innenfor diagnosegruppen psykiske lidelser, i tillegg kommer arbeidsledighetstrygd og tidlig avgang fra arbeidslivet grunnet psykiske problemer) og for arbeidsgiverne. Det er ingen som har beregnet kostnadene ved psykisk uhelse i Norge, men Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort et grovt anslag basert på beregninger gjort i England (The Sainsbury Centre for Mental Health 2003). De kom frem til at de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til depresjoner beløp seg til 44 mrd i året inkludert sykepenges, trygdeutgifter, sosiale ytelser og tapt arbeidsfortjeneste. Deres angst inkluderer beregner de at kostnadene er 50 mrd per år. Totalt er det beregnet at psykiske lidelser koster rundt 100 milliarder i året, der depresjoner og angst altså står for halvparten av kostnadene.

Det er minst fire store grupper som vil nyte godt av en mentalt styrket arbeidsstyrke. Dette er offentlig sektor (gjennom reduserte behandlings-

kostnader, redusert sykefravær, uførhet, arbeidsledighet, tidlig avgang, osv), arbeidsgivere (mindre sykefravær og flere med økt arbeidsevne), arbeidstakere og deres familier (Dewa *et al.* 2007; Ettner *et al.* 1997; Marwaha & Johnson 2004d). Forsikringsselskaper er den femte interessen der private forsikringsordninger har stor betydning, for eksempel i USA. Helseforsikringer ser også ut til å bli mer vanlig i Norge – både private og i bedrifter, men vi har ikke oversikt over om disse dekker psykisk sykdom i særlig grad.

1.2 HVA ER PSYKISKE PROBLEMER OG LIDELSER?

Psykiske lidelser omhandler et vidt spekter av diagnoser, funksjonsnivå og arbeidsevne. Gjennom IA-avtalen har det spesielt blitt lagt vekt på arbeidsevne og funksjonsnivå og mindre vekt på den medisinske diagnosen, mens det i helsetjenestene, og da spesielt i spesialisthelsetjenesten, har vært et tydelig diagnosefokus. Forskningen på området psykisk helse og arbeid er i stor grad preget av diagnoser, og begreper som funksjonsnivå og arbeidsevne benyttes i liten grad.

I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse defineres psykisk helse som evnen til å mestre tanker, følelser og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang. *Psykiske problemer* (plager eller vansker) beskrives som symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon og søvnvansker. *Symptombelastningen* behøver ikke være så stor at det stilles diagnose. *Psykiske lidelser* beskrives som endring i tenkning, følelser og/eller atferd kombinert med opplevelse av psykisk smerte og/eller redusert fungering. Her er symptomene av en slik type eller grad at det kan stilles diagnose.

Psykiske lidelser omfatter videre et vidt spekter av diagnoser og problemer og er ikke et lett begrep å differensiere. En kan skille mellom vanlige psykiske lidelser (depresjon og angst), rusrelaterte lidelser og psykoser. Kategorien "vanlige psykiske lidelser" er den klart største gruppen. Depresjoner og angst er vanlige, men mer atskilte tilstander med tydeligere symptomer og lavere funksjonsnivå. Psykoser er mer sjeldne tilstander som omfatter schizofreni og bipolare lidelser. Dette er den minste gruppen og de er i liten grad yrkesaktive.

Rusrelaterte vansker og lidelser forekommer ofte samtidig med psykiske lidelser, og påvirker evnen til å komme inn i, bli værende og fungere i arbeidslivet. Høyt forbruk av rusmidler vil med stor sannsynlighet påvirke den generelle arbeidssituasjonen og det psykososiale arbeidsmiljøet til den det gjelder. Rusproblemer kan være enten utløsende årsak til, konsekvens av eller forårsaket av felles underliggende sårbarhetsfaktorer med psykiske problemer (Gråwe 2004). Dette er derfor et tema det er naturlig å komme inn på i en kunnskapsoppsummering om arbeid og psykisk helse. I det internasjonale statistiske klassifikasjonssystemet av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) finnes egne diagnoser for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol og ulike typer narkotika (F10-19). Disse diagnosene omtales som ruslidelser. I litteraturen er kombinasjonen av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (komorbiditet) ofte omtalt som "dobbeltdiagnose". Rusproblemer i kombinasjon med psykiske problemer (ROP) er en videre definisjon.

Begrepet rusproblemer eller vansker er noe mildere i betydningen, og brukes når det ikke foreligger en rusrelatert diagnose, men når forbruket

av alkohol eller narkotika er av en slik art at det er problematisk (også i forhold til arbeidslivet) for den det gjelder.

Mye av litteraturen vi går gjennom i denne rapporten bygger på data innsamlet på siden av, i tillegg til eller uavhengig av pasientdata. Forskerne bruker standardiserte eller egenutviklede instrumenter for å identifisere omfanget av psykiske problemer og/eller rusproblemer.

Felles for de overnevnte lidelsene er at de i perioder påvirker funksjonsgraden. En kombinasjon av psykiske problemer, rusmisbruk og kronisk somatiske plager gir dessuten et høyere sykefravær enn om man legger sammen fraværet fra hver av kategoriene (Kessler *et al.* 2001).

Denne rapporten fokuserer i liten grad på en diagnosetilnærming da dette har begrenset nytte når vi snakker om inkludering i arbeidslivet. For det første vil det være stor variasjon innenfor de ulike diagnosene i forhold til arbeidsevne fordi dette i liten grad er homogene grupper. For det andre er det heller ikke slik at en person med en bestemt psykisk diagnose har et konstant funksjonsnivå, men vil kunne ha høy arbeidsevne i noen perioder og lavere i andre perioder. Arbeidsgiverne og NAV skal heller ikke forholde seg til hvilke diagnoser arbeidssøkere, arbeidstakere eller sykmeldte har. De skal forholde seg til funksjonsnivået og tilrettelegge ut fra dette. Fokus på diagnoser og symptomer kan også bidra til at personer blir et offer for hans eller hennes begrensning uten at personens positive aktiva anerkjennes eller vektlegges (Corrigan *et al.* 2008). Gjennom et ensidig fokus på diagnoser som sier lite om funksjonsnivå til enhver tid, vil en i liten grad få en god dialog når helse og arbeid skal diskuteres. Det er derfor en utfordring når ulike arbeidsmarkedstiltak evalueres innenfor

visse diagnoser, uten at funksjonsevne er diskutert i særlig grad. I disse tilfellene kan vi kun henvise til hvilke diagnosegrupper som er inkludert i studien. Tiltakene er stort sett evaluert for brukergrupper med tunge diagnoser, for eksempel personer med schizofrene lidelser og bipolare lidelser. Dette kan være mer homogene grupper i forhold til symptomer, symptombelastning og sykdomsforløp sammenliknet med personer med lettere eller mer sammensatte lidelser, og det kan i disse tilfellene være en mer definert sammenheng mellom diagnose og funksjonsnivå.

En studie fra Storbritannia fant for eksempel ingen sterk korrelasjon mellom diagnose og innsats i et program som skulle integrere mennesker med psykiske lidelser gjennom noe som kan sammenliknes med "Grønt Arbeid" (Stepney & Davis 2004). Mange av brukerne gjorde det bedre i arbeid enn hva diagnosen deres skulle tilsi. Senere fant forskerne at dette trolig skyldes at opplevelsen av å være inkludert (gjennom dette prosjektet) betydde svært mye for selvfølelse, motivasjon og tro på seg selv (*ibid*). Flere funn vi referer til senere i rapporten støtter at motivasjon er en kritisk faktor for at arbeidsmarkedstiltak skal være vellykket. Dette resultatet er med på å styrke argumentet for at diagnoser i mindre grad er egnet når en skal vurdere arbeidsevne og funksjonsnivå.

1.3 OM RAPPORTEN

Gjennom litteratursøk i ulike databaser og nettsteder (se Vedlegg 1) har vi funnet en mengde internasjonale artikler på temaet arbeid, psykisk helse og rus. For å samle kunnskapen i en rapport som passer til et bredt publikum, har vi valgt å gå ut i søkeprosessen med store nysgjerrige øyne, heller enn begrensede søk på strengt definerte begrep.

Dette betyr at vi også har funnet mye som ikke er relevant for Norge. Ett eksempel på typiske tema vi ikke har tatt med, er finansiering av tjenester og tiltak. Internasjonale studier på dette området er i liten grad overførbare til det norske velferdssystemet.

I Nasjonal strategiplan er det flere steder henvist til avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).³ IA-avtalen har som overordnede nasjonale målformuleringer å forebygge sykefravær, øke fokuset på jobbnærværet og hindre utstøting fra arbeidslivet, samt å øke rekrutteringen til arbeidslivet av personer som ikke har et arbeidsforhold. Gjennom IA-avtalen har arbeidsgiver en sentral ansvarsrolle i arbeidet med disse målene. I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse er det også påpekt at arbeidsplassen er en viktig arena for forebygging av psykisk uhelse og for tiltak tilpasset arbeidstakere som utvikler psykiske helseproblemer. Arbeidsplassen er sentral på flere måter når en diskuterer sysselsetting og psykisk helse. Generelt kan en si at arbeidsplassen er viktig gjennom to kanaler: (1) arena for å integrere personer med psykiske lidelser og problemer i arbeidslivet og (2) arena for arbeidsrelaterte psykiske problemer og lidelser. Det er derfor naturlig at arbeidsplassen blir gitt en sentral plass i denne kunnskapsoppsummeringen på arbeid og psykisk helse.

Denne gjennomgangen tar ikke mål av seg å kartlegge tiltak som foregår i Norge og i utlandet i forhold til psykisk helse og arbeidsliv, men å gi

³ Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom regjeringen Stoltenberg I og partene i arbeidslivet den 3. oktober 2001. Avtalen ble i første omgang inngått for en fireårsperiode til utgangen av 2005. I desember 2005 undertegnet avtalepartene en ny IA-avtale for perioden 2006-2009.

en oversikt over ulike tilnærminger som benyttes og hvilke problemstillinger det forskes på nasjonalt og internasjonalt. Vi vet det foregår prosjekter i Norge som til dels kartlegger og beskriver tiltak, og vi refererer til disse underveis.

I denne rapporten går vi gjennom nasjonal og internasjonal forskning på temaet arbeid og psykisk helse. Dette er et svært omfattende tema fordi det berører mange fagfelt og har mange tilgrensede problemstillinger. Rapporten er organisert som følger.

I neste kapittel ser vi på forskning på psykisk helse med arbeidsplassen som fokus. Vi ser på forskning som handler både om de som er utenfor arbeidsmarkedet og de som er innenfor og får psykiske problemer. Arbeidsmiljøets betydning for psykisk helse diskuteres før vi ser nærmere på arbeidsgiverperspektivet og hjelpeapparatets muligheter og hindringer.

I kapittel 3 ser vi på ulike arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske problemer. I Norge er tiltakene i hovedsak organisert gjennom NAV, men det finnes også noen andre forsøk som er gjennomført og som pågår. Vi har også systematisert nyere internasjonal forskning på feltet.

I kapittel 4 ser vi på rusproblematikk i arbeidslivet. Dette er inkludert som et eget kapittel fordi personer med rusproblemer skiller seg fra personer med andre psykiske problemer på viktige områder. Fordi rusmidler er nevroaktive substanser som blant annet påvirker konsentrasjon, dømmekraft, hukommelse og motorisk koordinering, angår dette spesielt forhold knyttet til helse, miljø og sikkerhet. I tillegg har personer med rusproblemer ofte større vansker knyttet til sykdomsinnsikt og motivasjon for tiltakssamarbeid enn personer med psykiske problemer.

I Kapittel 5 diskuteres funnene særlig ut fra norske forhold og vi gir status for forskningsbasert kunnskap som finnes på området arbeid, psykisk helse og rus. Kapittelet inneholder også innspill til videre diskusjoner om forskningsmessige utfordringer på feltet.

I tillegg har vi trukket ut konkrete spørsmål som gjenstår ubesvart eller som er for dårlig besvart av forskningen og lagt dette ved i Vedlegg 2.

2 ARBEIDSPLASSEN OG HJELPEAPPARATET

2.1 MANGE ER UTENFOR, MEN ARBEID ER VIKTIG

Det å ha arbeid antas å ha viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner som mange mennesker med psykiske lidelser ikke har tilgang til hvis de står utenfor arbeidslivet. Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og bidrar til bedre selvbylde (Stuart 2006; Nordt *et al.* 2007).

Populasjonsbaserte studier fra Storbritannia og USA viser at mennesker med psykiske helseproblemer har inntil fem ganger høyere forekomst av arbeidsløshet enn mennesker uten slike problemer, og at graden av arbeidsløshet varierer med diagnose. Omtrent 80-90 prosent av de med svært alvorlige og stabile psykiske tilstander (f eks schizofreni) antas å være uten arbeid i USA. Europeiske studier rapporterer tall i samme størrelsesorden (Marwaha & Johnson 2004; Ruesch *et al.* 2004). For lettere psykiske lidelser, som angstlidelser, har man anslått at mellom 20 og 35 prosent er uten arbeid (Cook 2006; Crowther *et al.* 2001b; Stuart 2006).

I litteraturen finnes det også indikasjoner på at personer med psykiske lidelser trekker seg ut av arbeidsmarkedet tidligere enn andre. En finsk studie av kommuneansatte viste at de med dårlig psykisk helsetilstand i høyere grad enn andre hadde et ønske om tidlig pensjon (Harkonmaki *et al.* 2006). I en populasjonsbasert studie fra Australia finner forskere at depresjon, generali-

sert angst og personlighetsforstyrrelser predikerer yrkeshemming (Lim *et al.* 2000). Det ble imidlertid funnet sterkere koblinger for *reduksjon* av arbeid heller enn *tap* av arbeid innen alle typer lidelser som var undersøkt (*ibid*). Lav yrkesaktivitet og høyt sykefravær blant mennesker med psykiske lidelser, er imidlertid en sammenheng som er dokumentert i flere studier (el-Guebaly *et al.* 2007; Gilmour & Patten 2007).

Samtidig er det mange med psykiske lidelser som på tross av sine problemer har en tilknytning til arbeidslivet. En tverrsnittsundersøkelse i psykisk helsevern i 2003/2004 viste at over halvparten av pasientene ved poliklinikkene var tilknyttet arbeidslivet i løpet av siste år (Gråwe *et al.* 2005). I alt 20 prosent hadde hovedinntekt fra eget arbeid mens 30 prosent hadde sykepenger/rehabiliterings-penger som hovedinntektskilde. Blant pasientene som mottok døgntilbud hadde 13 prosent eget arbeid eller sykepenger som hovedinntektskilde (Hagen & Ruud 2004).

For personer med schizofrene lidelser indikerer forskning at yrkesaktivitet har positiv effekt på sosial funksjon, symptomnivå, livskvalitet og selvtilit, men en klar kausal sammenheng er likevel ikke fastslått (Marwaha & Johnson 2004). Det dokumenteres imidlertid stor vilje og ønske om å arbeide blant mennesker med psykiske lidelser (Boyce *et al.* 2008; Cook 2006), og selv mennesker med store behov for

støtte ser ut til å dra nytte av å være i arbeid (Secker *et al.* 2001). I en studie av sammenhengen mellom yrkesstatus og objektiv/subjektiv livskvalitet blant mennesker med schizofreni eller affektive lidelser, finner forskere at yrkesaktive har et større sosialt nettverk (Ruesch *et al.* 2004). Studien viser at personer som arbeider på skjermede arbeidsplasser eller andre arbeidslignende aktiviteter har dårligere økonomi enn de med arbeid i det åpne arbeidsmarkedet. Yrkesaktivitet bedrer tilfredsheten med sosiale relasjoner og omgivelsene, men individuelt velvære (psykisk, fysisk) ble ikke i samme grad påvirket (*ibid*). De finner videre at sosial støtte er en viktig mediator i forholdet mellom yrkesaktivitet og subjektiv livskvalitet (*ibid*).

En studie fra Norge basert på Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) antyder at det å være uføretrygdet i seg selv kan føre til dårligere syn på sin egen helse (Overland *et al.* 2006). Foruten at det å bli "dømt" permanent arbeidsufør har betydning for selvopplevd helse, tyder funnene også på at det er andre faktorer som har betydning for å bli uføretrygdet enn rene helsemessige faktorer (*ibid*). I en studie om funksjonshemmede fra USA finner forskere at personer som ikke kunne jobbe eller var arbeidsledige, i større grad opplevde psykiske problemer knyttet til funksjonshemmingen enn de som var i arbeid (Okoro *et al.* 2007).

Litteraturen på dette feltet er omfattende og studiene er ofte ulike med hensyn type psykiske lidelser som inngår. Graden av yrkesaktivitet vil kunne påvirkes av mange forhold som sykdomsbilde (komorbiditet), sosio-demografiske og psykososiale faktorer (Crisp 2007). Ulikhet i rammebetingelser og kultur vil i tillegg gi forskjeller i yrkesaktivitet mellom land. Yrkesdel-

takelsen varierer imidlertid over tid ved at tilgangen til arbeid er knapp i økonomiske nedgangstider og bedre i perioder med høykonjunktur (Cook 2006). Vi kommer tilbake til situasjonen på arbeidsmarkedet i Norge i kapittel 5.

2.2 ARBEIDSSØKERE OG ARBEIDSTAKERE – BARRIERER OG UTSTØTING

Det er spesielt to prosesser som fremheves som viktige årsaker til lav yrkesaktivitet blant mennesker med psykiske lidelser; "Social underachievement" og "Social decline" (Nordt *et al.* 2007). Den første viser til at mennesker med psykiske lidelser ofte ikke kommer inn i, eller når opp i, utdanningsnivå og yrkesliv, på grunn av at de ble rammet av sykdommen i ung alder. Sosial tilbakegang (decline) viser til en prosess hvor man gradvis faller ut av arbeidsmarkedet og der det er vanskelig å komme tilbake. På norsk kan dette omsettes til et teoretisk skille mellom *barrierer* for å komme inn i, og *avansere* i yrkeslivet på den ene siden, og prosesser som skaper *utstøting* fra arbeidslivet på den andre.

Som vi har henvist til i forrige avsnitt, er det svært mange med psykiske lidelser som ikke er i arbeid. Vi har ikke forskning eller oversikt fra Norge som viser hvor stor andel av de arbeidsledige som har psykiske lidelser og problemer, men vi vet at personer med psykiske lidelser utgjør mellom 20 og 25 prosent av alle yrkeshemmede (Møller 2005).

I dette kapitlet ser vi på hva forskningen sier om hvorfor yrkesdeltakelsen er lav blant personer med psykiske lidelser. Funnene kan deles inn i barrierer, diskriminering, stigma og for-

hold ved hjelpeapparatet. Forhold ved hjelpeapparatet kommer vi tilbake til i kapittel 2.4. i et videre perspektiv.

Mye av litteraturen omkring barrierer for inkludering i arbeidslivet, er utvalgsundersøkelser med inklusjonskriterier basert på diagnose eller at de er mottakere av tjenester innen psykisk helsevern.

2.2.1 INDIVIDUELLE BARRIERER

For mange mennesker med psykiske lidelser kan veien inn i yrkeslivet innebære en vanskelig prosess hvor man må overkomme sterke psykologiske barrierer. Et viktig tema i litteraturen er spørsmålet rundt åpenhet omkring at man har en psykisk lidelse (Boyce *et al.* 2008; Marwaha & Johnson 2005). Frykt for diskriminering i ansettelsesprosesser og stigmatisering på arbeidsplassen gjør at mange kan gå langt for å unngå at kolleger og ledere skal finne ut at man har en psykisk lidelse. Dette kan ofte medføre at man ikke får tilgang til støtte og behandling som kunne bidratt til økt mestring i arbeidet og hindring av sykefravær (Stuart 2006). Frykt for å avsløre psykiske problemer er i mange tilfeller basert på tidligere erfaringer. Mange som har overkommet denne frykten har imidlertid sett fordeler ved åpenhet ved at de møter forståelse og har fått større muligheter for støtte (Boyce *et al.* 2008; Marwaha & Johnson 2005; Stuart 2006; Ellison *et al.* 2003). Det finnes generelt lite empirisk forskning på hva som er den beste framgangsmåten for å fortelle om sin psykiske lidelse, men valg av strategi handler, som ellers i livet, om en avveining mellom fordeler og ulemper (Corrigan *et al.* 2008).

I tillegg til frykt for åpenhet, framkommer frykten for å bli syk, prestasjonskrav i arbeidet, selvtillit i forhold til arbeidet og egne ambisjoner som viktige individuelle barrierer (Honey 2003; Marwaha & Johnson 2005). Økonomiske konsekvenser av yrkesaktivitet er også ofte en barriere, noe som relateres til tap av offentlig støtte. Dette bør studeres særskilt for de enkelte land pga ulikheter i tiltak, begrepsbruk, stønadsordninger m.m. Vi finner ikke relevant litteratur på dette fra Norge.

2.2.2 UTDANNING OG ARBEIDSERFARING

Fordi psykiske lidelser kan oppstå i ung alder, mangler mange som er rammet av psykiske lidelser både utdanning og yrkeserfaring. Amerikansk forskning finner at hemmende psykiske problemer ofte framkommer svært tidlig, ved at halvparten av alle med kroniske psykiske lidelser har fått symptomer innen de er 14 år, og $\frac{3}{4}$ innen de er 24 (Cook 2006). En konsekvens er at mange tidlig faller ut av skolesystemet. I et samfunn hvor utdanning blir stadig viktigere for å sikre god økonomi og muligheter for avansement i yrkeslivet, vil dette ha store konsekvenser for de som faller utenfor. At man tar tak i problemene tidlig er derfor avgjørende (*ibid*). Dette er også svært aktuelt i Norge, med stort frafall i videregående skole. Det er mange faktorer som spiller inn (for eksempel at mange flere starter på videregående opplæring nå enn tidligere), men vi finner ikke forskning fra Norge som gjelder eksplisitt psykiske problemer.

I en studie fra Sveits som omfattet personer med diagnostisert schizofreni og affektive lidelser, fant forskerne at personer med få innleggelser i psykiatrisk institusjon, schizofrenidiagnose, høy utdanning og lang yrkeserfaring had-

de større sannsynlighet for å være i jobb enn de med motsatte kjennetegn (Nordt *et al.* 2007). Kausaliteten i denne studien er heller uklart, men de konkluderer med at det er spesielt viktig å hjelpe personer med tidlig utviklet sykdom og alvorlige former for sykdom. En litteraturgjennomgang av yrkesdeltakelse blant mennesker med schizofreni, viste at tidligere yrkeserfaring var den mest konsistente prediktoren for å være i arbeid (Marwaha & Johnson 2004).

“Doing” og “Becoming” er brukt som sentrale begreper i forhold til egne forestillinger om potensialet for å arbeide (Gewurtz & Kirsh 2007). Gjennom å erfare arbeid får den enkelte innsikt i sin egen kapasitet (*ibid*). Det er også funnet, ganske opplagt, at personer som er aktive jobbsøkere i sterkere grad lykkes i å oppnå en stabil jobb gjennom ulike tiltak (se neste kapittel) enn passive jobbsøkere (Alverson *et al.* 2006).

2.2.3 DISKRIMINERING OG STIGMATISERING – ARBEIDSGIVERE OG KOLLEGER

Det følgende er basert på nyere litteratur på feltet, særlig en Canadisk review-artikkel som oppsummerer internasjonal litteratur om erfaringer med yrkesrelatert stigmatisering og diskriminering blant mennesker med psykiske lidelser (Stuart 2006).

Mennesker med psykiske lidelser anser diskriminering på arbeidsmarkedet som en av de mest hyppige formene for stigmatisering, for eksempel ved at man ikke får jobben man har søkt på når lidelsen blir kjent. Over tid kan dette føre til at man betrakter seg selv som uegnet i arbeidslivet og dermed slutter å prøve. Stil-

lingsavansement kan også være vanskelig fordi arbeidsgivere er mindre villige til å ansette personer med psykiske helseproblemer i lederstillinger. Stuart (2006) viser til forskning som dokumenterer at personer med psykiatriske diagnoser har større sannsynlighet for å være mindre yrkesaktive, har lavtlønnede yrker eller har jobber som ikke er i overensstemmelse med deres evner og interesser. De vil oftere ha en løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, jobber som ufaglærte, være ansatt på deltid, være midlertidig ansatt med høy turn-over og få goder. Incentivene for å jobbe fulltid er også minimale pga. risiko for å miste stønad (*ibid*). Disse studiene kommer stort sett fra USA. En annen amerikansk studie fant at selvrapportert oppfatning av stigmatisering på arbeidsmarkedet blant personer med angstlidelser, stemningslidelse og psykotiske lidelser var i overensstemmelse med objektive data om lønnsforskjeller mellom de med slike lidelser i forhold til andre (Baldwin & Marcus 2006). Selvpoppfattet stigmatisering ble målt i forhold til vanskeligheter med å få jobb, forfremmelse o.l. De som ikke følte seg stigmatisert hadde heller ikke lavere lønn enn andre, mens de som oppfattet seg selv som stigmatiserte hadde lavere lønn. Det ble kontrollert for funksjonsnivå, utdanning, jobbkarakteristika, kjønn, arbeidserfaring m.m. (*ibid*).

Stigma kan også oppleves fra kolleger ved at man gis redusert ansvar i jobben, føler økt overvåkning og sosial marginalisering. En studie blant sykepleiere i Storbritannia avdekket en langt mer negativ holdning til kolleger som returnerte fra psykiatrisk behandling enn de som hadde diabetes (Glozier *et al.* 2006). Ansatte med alkoholproblemer var likevel minst ansatt (*ibid*). For å unngå stigma kan derfor

yrkesaktive med psykiske lidelser gå langt for å unngå avsløring av sine plager. Ifølge (Stuart 2006) vil flesteparten av de med psykiske plager ikke få tilpasset hjelp på grunn av frykt for stigmatisering. Det påpekes også at få arbeidsplasser har planer/system for å fange opp og håndtere arbeidstakere med psykiske lidelser (USA). Dette bekreftes også i en britisk studie (Rolfe *et al.* 2006).

I en britisk studie oppga over 80 prosent av deltakerne at holdninger hos arbeidsgivere var en barriere i forhold til arbeid (Secker *et al.* 2001). Omtrent like mange oppga de psykiske problemene i seg selv som en barriere, mens 69 prosent mente stønadssystemet var et hinder. Omtrent halvparten av deltakerne oppga manglende arbeidserfaring, manglende ferdigheter eller manglende støtte som barrierer for å være yrkesaktive (*ibid*).

Det er skrevet relativt mye om barrierer og utstøting i internasjonal litteratur, og temaet er diskutert i en videre ramme (Waghorn & Lloyd 2005; Corrigan *et al.* 2008). Det finnes svært lite forskning på dette temaet fra Norge.

2.2.4 ANNET

Brukerorganisasjonene er viktige kilder til kunnskap når det gjelder hvordan det oppleves å være arbeidstaker med psykiske lidelser og problemer. For eksempel ligger det mye nyttig informasjon både for arbeidstakere og arbeidsgivere på nettsidene til Mental Helse (www.mentalhelse.no) og Rådet for psykisk helse (www.psykiskhelse.no). Andre land har også mye informasjon til brukerne og særlig gjør de mye slikt arbeid i Canada, se for eksempel (Canadian Mental Health Association 2008).

I en ny artikkel fra Danmark, basert på 39 arbeidsplasser og 5 604 ansatte, fant forskerne at det var lavere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid igjen dersom en sluttet i jobben pga. helseproblemer (Haahr *et al.* 2007). I neste avsnitt ser vi på risikofaktorer i arbeidsmiljøet for å utvikle psykiske helseproblemer.

2.3 JOBBRELATERTE PSYKISKE PROBLEMER

Når vi nå går over til å se på forskning på arbeidsmiljø og psykisk helse, er det viktig å gjøre det klart at det å være uten arbeid er assosiert med dobbelt så høy psykiatrisk morbiditet som noen yrkesaktiv gruppe, med lærere og sykepleiere som mulige unntak (Glozier 2002). Dette kapitlet handler om å identifisere faktorer som kan gi psykiske problemer og lidelser.

2.3.1 INNLEDNING

Det er allmenn enighet om at arbeidsmiljøbelastninger påvirker helsetilstanden. Det finnes en del forskning omkring arbeidsmiljørelaterte helseproblemer, se for eksempel (STAMI 2004; Hilt *et al.* 2003; Arbeidstilsynet 2006).

I Storbritannia finnes et landsdekkende nettverk av kliniske spesialister og arbeidsmedisinere som rapporterer nye tilfeller av arbeidsrelatert uhelse, inkludert psykiske problemer. De rapporterer at mer enn hvert tredje tilfelle av yrkesskader er arbeidsrelaterte psykiske problemer, med en sterk økning i antallet siden midten av 1990-tallet (Cherry *et al.* 2006). Vi har ikke et slikt register å sammenlikne med i Norge fordi yrkesskaderegisteret ikke registrer psykiske problemer/skader i yrkeslivet systematisk. Vi vet derfor ikke hvor stor andel av

psykiske problemer og lidelser som skyldes forhold i yrkeslivet i Norge.

I løpet av det siste århundret har lovgivning (Arbeidsmiljøloven) og bransjebaserte føringer gitt reduksjoner i ulykker på arbeidsplassen og i antall yrkesskader. I Norge har arbeidsmiljø hatt et spesielt stort fokus sammenliknet med andre land. Dette har sammenheng med blant annet sterke fagforeninger og gode samarbeidsrelasjoner mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene. På tross av sterk innsats for å forbedre forholdene på arbeidsplassene, er altså psykiske problemer i arbeidstyrken svært vanlig, og mange hevder at dette er den største utfordringen i dagens arbeidsmarked (Marchand *et al.* 2006).

Det er vanskelig å trekke en tydelig grense mellom stressrelaterte problemer og psykiske problemer, og dette er en av grunnene til at vi inkluderer arbeidsplassrelatert stress i en kunnskapsoversikt over psykisk helse og arbeid. Flere har hevdet at stress som skyldes forhold på arbeidsplassen er en av de vanligste formene for psykiske problemer (Robertson 2005). Stress og overbelastning er en viktig årsak til sykefravær og det kan føre til utstøting på samme måte som for de med psykiske problemer. I tillegg kan belastende forhold på jobben forverre psykiske problemer (Warner 2002). Forskning tyder på at forholdet mellom stress og psykisk helse på arbeidsplassen i liten grad er forstått og feltet må sies å være underutforsket (Rolfe *et al.* 2006).

Selv om mange av studiene som refereres til her i liten grad har en teoretisk ramme, ligger ulike tilnærminger til grunn for forskningen på psykiske problemer som skyldes forhold på arbeidsplassen. Disse kan kategoriseres etter

følgende tilnærminger: utbrenthet, generelle leve- og arbeidsbetingelser, stress, ergonomi og arbeids-psykopatologi (Fernandes *et al.* 2006). Studier av hvordan arbeidet påvirker vår helse er i større eller mindre grad basert på antagelser om at bestemte egenskaper ved selve arbeidet eller det psykososiale arbeidsmiljøet øker risikoen for helseproblemer, herunder psykisk uhelse.

De to vanligste teoretiske og empiriske tilnærmingene for å undersøke sammenhengen mellom arbeidsmiljø og psykisk helse er modeller som ser på sammenhengen mellom krav, kontroll støtte i det psykososiale arbeidsmiljøet (*Jobstrain* eller *Demand-Control-Support*), og modeller som vektlegger balansen mellom ytelse og belønning i arbeidssituasjonen (*Effort-reward-imbalance*). I de to neste avsnittene ser vi på hva disse tilnærmingene har gitt av kunnskap om arbeidsmiljø og psykisk helse.

2.3.2 KRAV-KONTROLL-STØTTE

Den mest kjente teoretiske modellen på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse ble utformet av Karasek, som i 1979 lanserte en teori om sammenhengen mellom belastninger i arbeidssituasjonen og velvære, ofte kalt jobstrain-modellen eller demand-controll-modellen (Karasek 1979). Jobbkraft og beslutningsfrihet er ifølge modellen nøkkelfaktorer med hensyn til psykososialt arbeidsmiljø, som i sin tur påvirker helsetilstanden til arbeidstakerne. Senere ble modellen utvidet til å inkludere sosial støtte (social support) som et viktig element (Karasek & Theorell 1990). Sosial støtte antas å fungerer som en buffer i situasjoner med høye jobbkraft og lite beslutningsfrihet. Denne modellen kalles ofte Demand-control-support-modellen (DCS)

eller iso-strain-modellen (Stansfeld & Candy 2006).

I årenes løp har disse modellenes relevans for psykisk helse blitt gjenstand for grundig empirisk testing gjennom en stor mengde studier fra ulike land og DCS fått betydelig støtte i forskningen. Av nyere arbeider som kan relateres til denne tradisjonen kan vi vise til bl.a (Calnan *et al.* 2004; Kopp *et al.* 2007; Melchior *et al.* 2007; Rusli *et al.* 2008; Stansfeld *et al.* 1997; Wang *et al.* 2008; De Raeve *et al.* 2007; Munce *et al.* 2006; Virtanen *et al.* 2007a). Hovedfunnene er at høye jobbkrev, lav egenkontroll av arbeidsoppgavene og lav sosial støtte fra familie, kolleger og arbeidsgiver gir økt risiko for å utvikle psykiske problemer.

2.3.3 INNSATS – BELØNNING, RETTFERDIGHET

På 1990-tallet kom et nytt bidrag som har fått stor gjennomslagskraft i studier av arbeidsmiljø og helse. Modellen vektlegger balansen mellom ytelse og belønning i arbeidssituasjonen og kalles derfor "Effort-reward imbalance (ERI) modellen" (Siegrist 1996). Ubalanse i forholdet mellom ytelse eller innsats og belønning antas å påvirke arbeidstakernes psykiske (psychological distress) og fysiske helsetilstand (spesielt undersøkt i forhold til kardiovaskulære sykdommer).

Bruk av denne modellen i studier av jobbrelatert psykisk helse har også fått mye støtte i forskning (Calnan *et al.* 2004; De Jonge & Kompier 1997; Dragano *et al.* 2008; Godin *et al.* 2005; Siegrist *et al.* 2004; Van Vegchel *et al.* 2005; Tsutsumi & Kawakami 2004). Hovedfunnene er at når det er ubalanse mellom inn-

sats og det vi føler vi får igjen for innsatsen, er risikoen større for å utvikle psykiske problemer.

Det siste teoretiske skuddet på stammen er en inkludering av organisasjonell rettferdighet (organisational justice) som en selvstendig faktor til forklaring av variasjoner i helse blant arbeidstakere (Kivimaki *et al.* 2007b; Tsutsumi & Kawakami 2004; Van Vegchel *et al.* 2005). Herunder skilles det mellom prosedyrere rettferdighet og relasjonell rettferdighet. Prosedyrere rettferdighet omhandler rettferdighet i formelle beslutningsprosedyrer, mens relasjonell rettferdighet viser til hvordan ledere behandler sine ansatte med respekt og rettferdighet. Hvorvidt disse faktorene er et genuint nytt bidrag eller fanges opp av de andre modellene er fortsatt en faglig debatt som ikke er avklart. Flere mener at prosedyrere rettferdighet fanges opp av jobbkontroll i demand-controll-modellen, mens betydningen av relasjonell rettferdighet bør studeres nærmere på konseptuell basis (Bourbonnais *et al.* 2007).

Det er selvsagt variasjoner i tilnærming og metode i de overnevnte studiene, men stort sett er det enten epidemiologiske studier basert på tverrsnittsdata eller longitudinelle data eller studier som tar utgangspunkt i utvalgte yrkesgrupper. I tillegg finnes noen studier som måler effekt av endring i psykososialt arbeidsmiljø på psykisk helse. Hovedkonklusjonen av de generelle studiene er støtte til de teoretiske modellene.

Mange av studiene er begrenset til en eller få yrkesgrupper, mens andre sammenlikner ulike næringer. Vi ser nærmere på disse i neste avsnitt. I tillegg vet vi at kvinner har høyere sykefravær grunnet psykiske lidelser enn menn (NAV 2007; Sandanger *et al.* 2000). Det er

derfor interessant å finne ut hva forskning sier om kjønnsforskjeller i helseeffekter av arbeidsmiljø og rolleforskjeller mellom kvinner og menn. Dette ser vi på i avsnitt 2.3.5.

2.3.4 YRKES- OG NÆRINGSSPESIFIKKE STUDIER

GAZEL-studien er et mangeårig prosjekt basert på data fra det franske nasjonale elektrisitet- og gass selskapet Electricité de France-Gaz de France (EDF-GDF). Denne virksomheten sysselsetter 150 000 personer over hele Frankrike, og har et bredt utvalg av ulike yrkesgrupper. Basert på data fra GAZEL kohorten er det blant annet funnet at dårlige psykososiale arbeidsforhold predikerer forverring i depressive symptomer, uavhengig av personlighetstrekk, i en 3-års følgestudie. For menn reduserte mye beslutningsfrihet risikoen, mens høye jobb-krav og lite sosial støtte predikerte høyere depresjons-scorer for begge kjønn (Paterniti *et al.* 2002).

I et utvalg av 4 815 ansatte ved sykehus er det funnet at sosiale faktorer på team-nivå predikerer depresjon, men de fant ikke effekt av jobbkontroll, jobb-krav og jobb-belastning på 2-års forekomst av depresjon (når det kontrolleres for alder, kjønn, inntekt, livsstilsfaktorer samt at de med diagnose i baseline er ekskludert) (Ylipaavalniemi *et al.* 2005). En annen tverrsnittsundersøkelse av 399 sykehusansatte kvinner viser at høye jobbkrav, lite arbeidsorganisering og problematiske interpersonelle relasjoner er assosiert med dårligere selvrappert psykisk helse (Aust *et al.* 2007).

Whitehall studien er en omfattende studie basert på offentlige ansatte fra Storbritannia som har pågått i flere runder siden 1967. Hovedfo-

kuset i denne studien har vært betydningen av sosiale faktorer på helse, og det er mange publiserte artikler basert på disse datainnsamlingene. De finner blant annet at mye sosial støtte på arbeidsplassen predikerer lavere skorer på psykisk uhelse (General Health Questionnaire, GHQ). Høy grad av sosial støtte i jobbsituasjon og variasjon i arbeidet og det å få brukt sine evner (skill discretion), er funnet å beskytte mot korttidsfravær som skyldes dårlig psykisk helse (Stansfeld *et al.* 1997). Offentlig ansatte er også studert i Finland, der de blant annet har funnet at ansatte som er utsatt for psykisk stress har 1,4 ganger høyere forekomst av langtidsfravær, mens jobb-belastning bare så ut til å ha betydning for personer med høy sosioøkonomisk posisjon (Virtanen *et al.* 2007c).

I Norge er det gjennomført en studie av rengjøringspersonell, der 661 ansatte i syv ulike virksomheter fikk tilsendt spørreskjema som gav informasjon om arbeidshistorikk, organisering av arbeidet, psykososiale arbeidsbetingelser og psykisk helse (The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25)) (Gamperiene *et al.* 2006). De fant at psykiske helseproblemer er vanligere blant kvinnelige renholdere enn blant gjennomsnittet for norske kvinner. Dårlig tilfredshet med lederskap og liten tilfredshet med kolleger var systematisk relatert til dårligere psykisk helse. Å ha kontakt med kolleger mindre enn en gang om dagen og det å ikke være etnisk norsk økte risikoen for psykiske helseproblemer (*ibid*).

Det finnes flere studier som omhandler legers helse, og som viser at psykiske problemer er vanlig blant leger. En oversiktsartikkel over norsk og internasjonal forskning på området (*ibid*) finner at legers fysiske helse er den samme som hos befolkningen for øvrig (Tyssen 2007). Kvinnelige leger tenderer til å ha noe

bedre fysisk helse enn kvinner i befolkningen generelt, mens depresjon og selvmord virker å ha noe høyere forekomst blant leger enn i befolkningen generelt. De psykiske vanskene er knyttet til lav kontroll over arbeidet, tidspress og krevende pasienter. Tidlig i karrieren er kjønnsforskjellene små når det gjelder psykiske problemer, men flere kvinner enn menn ser ut til å oppleve problemer senere i karrieren. Dette er samme resultat som andre finner (Stewart *et al.* 2000). Videre i artikkelen av Tyssen (2007) går det fram at leger sjelden blir sykemeldt, i liten grad benytter seg av primærhelsetjenesten og at selvmedisinering og selvbehandling er svært vanlig – også når det gjelder psykiske lidelser.

I en undersøkelse av bruk av helsetjenester og medikamentbruk blant sveitsiske leger i første-linjetjenesten (N=1 784), fant de at barneleger oftere enn andre leger oppsøkte "fastlegen" for sine helseproblemer, mens kvinner og leger som bodde alene oftere oppsøkte psykologspesialister (Schneider *et al.* 2007). Også i denne studien finner man høy forekomst av selvbehandling/medisinering blant leger, og også relativt høyt forbruk av smertestillende og beroligende medikamenter. Det er også funnet at psykiatere er mer utsatt for utbrenthet og stress enn andre leger og kirurger (Kumar 2007). Artikkelforfatteren konkluderer med at utbrenthet blant psykiatere virker å være en konsekvens av kronisk eksponering for jobbre-laterede stressfaktorer.

I en studie basert på intervjuer med femti sosialarbeidere i Storbritannia, bekreftes funn om stressproblemer innen sosialt arbeid og viser til hvordan sosialarbeidere prøver å forene behovene for hjelp og rollen som profesjonell (Stanley *et al.* 2007). Studien viser til muligheter for

å støtte de som opplever depresjon, blant annet gjennom å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten til "supervision"- tilsyn/ kontroll, fleksibilitet ifht arbeidstid, styrke bevisstheten rundt rettigheter og behov til de som har psykiske helseproblemer (*ibid*).

Fra Tyskland finnes en nylig gjennomført undersøkelse av nesten 1 000 lærere som viste at nesten 30 prosent av lærerne hadde klare psykiske helseproblemer målt ved hjelp av GHQ (Bauer *et al.* 2007). Mange av lærerne opplever verbale fornærmelser, ødeleggelse av personlige eiendeler og noen opplever voldstrusler (*ibid*).

Siden disse studiene ser på enkelte yrkesgrupper og har svært ulikt design, er det ikke mulig å sammenlikne effektene mellom yrkesgrupper. De siste årene har det kommet noen studier som ser på variasjon i psykisk helse til de ansatte innenfor ulike yrkesgrupper. I Norge vet vi fra sykefraværstatistikken at den høyeste andelen sykmeldte med psykiske lidelser finnes i undervisnings-sektoren (NAV har gitt oss en oversikt på ulike næringskoder NACE). Det finnes svært lite forskning fra Norge som kan si oss noe om hva ulikheter i psykisk helse mellom ulike yrkesgrupper skyldes. Noe finnes i (Sanne *et al.* 2003) som er basert på helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) som ble gjennomført i perioden 1997-99. De konkluderer med at ansatte i yrker som ikke krever mer enn niårig grunnskole kommer dårligst ut, men med noen unntak. Unntakene gjelder personer som driver gårdsdrift og kvinnelige lærere. Disse gruppene sliter mer med depresjoner enn andre. Lavest risiko finnes generelt i yrker med høye jobbkrav, for eksempel direktører, politikere og personer i militært yrke (*ibid*). I en ny doktoravhandling fra Norge basert på spørre-

skjema der over 3 000 personer har svart, (gjennomført i 2003 og oppfølging i 2005), finner forskerne at utbrenthet har sammenheng med muskel- og skjellettsmerter (Langballe 2008). Blant jurister, leger, sykepleiere, lærere, prester, IT- ansatte og bussjåfører ble den sterkeste sammenhengen funnet blant bussjåfører (*ibid*).

I Canada har forskere på bakgrunn av data for nesten 80 000 ansatte i 139 forskjellige yrker fordelt på 95 næringer, identifisert ti yrker og ni næringer hvor risikoen for dårlig psykisk helse er forhøyet (Marchand 2007). Risikoyrkene er konsentrert i tre hovednæringer: Industri, Varehandel og Transport og lager. I Canada syssetter disse næringene 35 prosent av arbeidsstyrken. Når de gikk nærmere inn på disse næringene i en finere næringskoding, fant de at innen industri var det de som arbeidet med å bearbejdede metall, kjemikalier, transportutstyr m.m. som hadde størst risiko for dårlig psykisk helse. Innen næringen varehandel, var det ansatte innen handel med bygningsmaterialer og utstyr og innen nærings- og nytelsesmidler som hadde den største risikoen for psykiske problemer. Innen transportnæringen ble den høyeste risikoen for dårlig psykisk helse funnet innen tungtransport (*ibid*).

De tidligere store studiene omhandler altså spesifikke yrkesgrupper og det savnes kontroll for en rekke arbeidsplassfaktorer som enkeltindivider må forholde seg til. I de siste årene har studiene om arbeidsmiljø og arbeidsplassfaktorer i økende grad også inkludert faktorer utenfor arbeidslivet som kan påvirke helse og arbeidsinnsats til arbeidstakere.

Marchand *et al* (2006) benytter derfor en modell som inkluderer familie, sosialt nettverk og

arbeidstakerpersonlighet. Modellen bygger på en antakelse om tre hovedområder/nivå som påvirker vårt sosiale liv. Disse betegnes som makrososiale strukturer, dagliglivets strukturer og agentpersonlighet.

Makrososiale strukturer kan knyttes til økonomiske, politiske og kulturelle systemer, i tillegg til stratifiseringssystemer, systemer som skaper ulikhet og sosial integrasjon i et samfunn på nasjonalt nivå. Dagliglivets strukturer består av arbeid, familie og sosiale nettverk utenfor arbeidsplassen. Disse danner et mellomnivå mellom de makrososiale strukturene og individet. Fire hovedfaktorer vektlegges som viktige i forhold til arbeidsorganisering; oppgaveutforming/organisering, jobbkravenes nivå og form (fysiske krav, psykiske krav, kontraktsforhold), sosiale forhold på arbeidsplassen og gratifikasjon (lønn, jobbsikkerhet). Agentpersonlighet viser til forutsetninger og ressurser hos individene. Fra et sosiologisk ståsted representerer agentpersonligheten ikke bare personlighetstrekk slik det forstås innen psykologien, men heller en overordnet representasjon av personlighetskarakteristika som er konstruert omkring kropp, sinn og sosiale omgivelser. Herunder kommer kjønn, alder, fysisk helse, psykologiske trekk, livsstil og traumatiske hendelser mm. (*ibid*).

Gjennom flernivåanalyse av et populasjonsbasert utvalg av yrkesaktive personer innen 471 yrker i Canada finner Marchand signifikante effekter av arbeidsrelaterte variabler på psykisk belastning (psychological distress) som hører inn under "dagliglivets strukturer" (Marchand *et al*. 2006). I denne studien finner de at yrke står for 1,6 prosent av total variasjon. Dette betyr at det er stor spredning innenfor hver yrkesgruppe og relativt beskjeden spredning mellom

yrkesgrupper. På linje med andre studier synes sosial støtte på arbeidsplassen og jobbsikkerhet å være sentrale elementer i forhold til psykisk belastning. Et interessant funn var at forholdet mellom bruk av egen kompetanse (skills), beslutningsmyndighet og stress framsto som J-formet. Når bruken av egen kompetanse kom over gjennomsnittet og beslutningsmyndighet var stor økte stressnivået istedenfor å redusere det (*ibid*).

2.3.5 KJØNNSFORSKJELLER GRUNNET ULIKE ROLLER?

Kvinner har høyere sykefravær som skyldes psykiske lidelser enn menn (NAV 2007; Sandanger *et al.* 2000). Vi ser derfor på forskning som diskuterer kjønnsforskjeller i helseeffekter av arbeidsmiljø og rolleforskjeller mellom kvinner og menn.

Hvordan multiple roller, gjennom både å være arbeidstaker og ha familieforpliktelser, virker inn på psykisk helse er gjenstand for forskning. Det kan være ubalanse mellom jobb og arbeid. Dette er i tråd med at forskning på arbeidsmiljø i større og større grad inkluderer faktorer utenfor arbeidslivet som forventes å påvirke belastningen til arbeidstakerne. En oversikt som oppsummerer 50 års forskning på effekten av yrkesaktivitet på kvinners fysiske og psykiske helse, finner at kvinner som sto utenfor arbeidslivet hadde det høyeste nivået av psykisk stress (Klumb & Lampert 2004). Fordelene ved å være i arbeid gjenspeiler ikke bare en seleksjonseffekt, og ble funnet både i tverrsnitts- og longitudinelle studier (*ibid*).

I en tverrsnittsstudie (offentlig ansatte) om hvordan konflikter mellom arbeid og familie påvirker den psykiske helsen til menn og kvin-

ner i Finland, Japan og Storbritannia, er det funnet at japanske kvinner hadde de største konfliktene og dårligst psykisk helse, mens kvinner fra Helsingfors hadde færrest konflikter og best psykisk helse (Chandola *et al.* 2004).

En annen tverrsnittsundersøkelse, fra Canada, finner at arbeidsrelatert stress og ubalanse mellom arbeid og familieliv/privatliv kan være en bakenforliggende årsak til stemnings- og angstlidelser blant yrkesaktive mennesker (Wang 2006). De fant ikke kjønnsforskjeller ifht alvorlige psykiske lidelser når enten stressnivå på arbeid eller ubalanse mellom familie/hjem og arbeid var inkludert i modellen. Kvinner er likevel mer utsatt for depresjoner og angstlidelser i utgangspunktet (*ibid*). En annen studie viser at ubalanse mellom arbeid og familie, er en større risikofaktor for psykiske lidelser enn arbeidsrelaterte stressfaktorer (Wang *et al.* 2008). Jobbusikkerhet framsto som en signifikant risikofaktor for depresjon blant menn, men ikke blant kvinner (*ibid*).

Analyser på Gazel kohorten fra Frankrike nevnt tidligere, gir at menn og kvinner som både er eksponert for høyt stressnivå i arbeidet og har høye familiekrav har større risiko for å ha psykiske helseproblemer, spesielt depresjon (Melchior *et al.* 2007).

I en tverrsnittsundersøkelse (populasjonsbasert) fra Nederland testes to hypoteser eller perspektiver på hvordan kombinerings av arbeid og familie påvirker risikoen for psykiske problemer, rolle-akkumuleringsperspektivet og rollebelastnings-perspektivet (Oomens *et al.* 2007). Begge perspektiver får støtte. Å ha flere sosiale roller har en positiv effekt på psykisk helse. De fant også positive effekter av å ha fulltidsjobb og samtidig ha barn. Å ha en partner som bi-

drar lite med husarbeid eller som har et arbeid med lav beslutningsfrihet eller lavere utnyttelse av sine evner var relatert til psykisk sykdom (*ibid*). Denne undersøkelsen gir derfor ikke støtte til at en kombinasjon av jobb og familie nødvendigvis er en belastning og gir dårligere psykisk helse. Dette avhenger av karakteristika ved den sosiale rollen som innehas (*ibid*).

I en helt ny studie fra Nederland er det funnet at kvinner hadde større sannsynlighet for å ha depresjon og angst (OR=1,7) i forhold til menn (Plaisier *et al.* 2008). For både menn og kvinner var det å ha partner assosiert med mindre risiko for depresjon og angst, mens foreldrerollen ikke hadde den virkningen. En kan også tenke seg at sannsynligheten for å bli etablert i et familieliv er lavere dersom en har psykiske problemer i ung alder, slik at dette påvirker resultatene uten at dette er diskutert. Å være i arbeid var en beskyttende faktor for menn, men ikke for kvinner. Effekten av arbeid var positiv blant kvinner uten barn, men ikke blant de med barn. Den kjønnsbaserte risikoen for depresjon og angst ble signifikant redusert når variabler knyttet til arbeidsrollen ble inkludert i modellen (*ibid*).

Marchand *et al.* (2006) finner at betydningen av jobbkrav for psykisk stressnivå synes å avta med økte problemer på hjemmefronten ("marital strain"). Ekteskapeleg status og barn hadde ikke en objektiv selvstendig effekt i denne studien, men høy inntekt og støtte fra nettverk virket positivt på psykisk helse, mens problemer i ekteskapet og foreldre-barn problemer virket negativt inn.

Det synes altså å være klare kjønnsforskjeller ved at stressfaktorer knyttet til arbeidsplassen/arbeidet har ulik betydning for kvinner og

menns psykiske tilstand. Resultatene fra ulike studier synes mer konsistente for kvinner, men effekten av stressfaktorer er mindre for kvinner enn for menn (Stansfeld & Candy 2006). Det kan også være slik at kvinner og menn som arbeider i yrker der de er i kulturelt og antallmessig i mindretall, fører til at de utvikler helseproblemer (Evans & Steptoe 2002). I forhold til ulike tiltak, som diskuteres i kapittel 3, er det også funnet at kvinner med samtidige problemer knyttet til menneskelig kapital, psykisk helse og somatiske helseproblemer har de dårligste utfallene i forhold til sysselsetting (Danziger *et al.* 2000).

Vi finner ikke forskningsbasert kunnskap om kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom psykisk helse og arbeidsmiljø fra det norske arbeidslivet.

2.3.6 KAUSALITET OG MODELLINTEGRASJON

Mange av de empiriske studiene av DCS-modellen og ERI-modellen er basert på tverrsnittsdata og kan dermed ikke fastslå hvorvidt det er en kausal sammenheng mellom egenskaper ved arbeidsmiljøet og effekt på psykisk helse, bare at det er klare assosiasjoner.

Er det slik at et dårlig arbeidsmiljø skaper psykiske problemer, eller er det slik at de som har psykiske problemer opplever arbeidsmiljøet som dårligere enn ansatte som ikke har psykiske problemer? Dersom studiene finner at det er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og psykisk helse er det i liten grad diskutert om dette egentlig skyldes revers kausalitet. Det er heller ikke slik at longitudinelle studier automatisk viser hvilke kausale sammenhenger som er gyldig. Dersom en person over tid utvikler psy-

kiske lidelser samtidig som arbeidsmiljøet blir dårligere, kan vi ikke dermed si at det er arbeidsmiljøet som har skylden. Det kan både skyldes at en person som utvikler psykiske problemer eller lidelser etter hvert står overfor et dårligere arbeidsmiljø enn tidligere nettopp fordi de har utviklet psykiske problemer (De Lange *et al.* 2004). For eksempel vil en psykisk frisk person ha bedre muligheter for forfremmelser eller å finne en bedre jobb enn andre: alt annet likt, vil få arbeidsgivere vurdere en deprimert jobbsøker mer passende for en jobb enn noen som ikke er deprimert (*ibid*). Endringer i arbeidsmiljøet kan dermed både skyldes endringer innen samme jobb og mellom ulike jobber. Hvis man sammenlikner ulike jobber kan det for eksempel være mer støtte eller mer interessante jobboppgaver for friske arbeidstakere, som vil vurderes å ha høyere mestring-kapasitet (*ibid*). En annen årsak til at det observeres klare sammenhenger mellom psykisk helse og arbeidsmiljø kan være at personer endrer sin vurdering av jobben og arbeidsoppgavene nettopp fordi de utvikler psykiske problemer, ved at mer "slitne" arbeidstakere vurderer arbeidsmiljøet som mer negativt over tid. Resultatet kan da bli at arbeidstakere som ikke er friske opplever høyere jobbkrav og mindre støtte over tid (*ibid*).

En metaanalyse fra 2006 baserer sine konklusjoner på longitudinale studier av høy kvalitet (Stansfeld & Candy 2006). Studiene bekrefter antagelsen om at psykososialt arbeidsmiljø påvirker arbeidstakernes psykiske helse og det dokumenteres en kausal effekt mellom høy jobb-belastning (strain), ubalanse mellom ytelse og belønning (effort-reward) på den ene siden og forekomst av dårlig psykisk helse ("common health disorders") på den andre.

Både DCS-modellen og ERI-modellen får dermed støtte som komplementære modeller; at begge har selvstendig forklaringskraft. Det hevdes at resultatene ikke bare skyldes respons-skjevhet, det vil si at de med psykiske problemer rapporterer annerledes i forhold til jobb-belastning enn de som ikke har slike problemer.

Seleksjon inn til utdanninger og yrker er i liten grad diskutert i disse eller andre studier. Det er sannsynligvis en sammenheng mellom type yrke og personlige karakteristika. Noen yrker passer trolig bedre for visse personligheter enn for andre og de kan både ha lettere for å søke seg til disse yrkene, men også ha større sannsynlighet for å få jobbene (Stansfeld 2002).

Selv om litteraturen i stor grad gir empirisk evidens for en sammenheng mellom jobbfaktorer og psykisk helse er det også svært mye forskning som viser at forhold utenfor selve arbeidsplassen og egenskaper ved enkeltindividene har betydning for psykisk helse (Lorant *et al.* 2003; Muntaner *et al.* 2004). Om en skal fokusere på sosioøkonomiske faktorer ved de ansatte, eller ha en psykososial tilnærming, er basert både på en vurdering av om det finnes sterke seleksjonseffekter inn i yrker - slik at noen yrker systematisk vil ha en større andel personer med visse sosioøkonomiske kjennetegn, og hvor stor betydning arbeidsmiljøet kan ha for de ansattes helse. De fleste vil sannsynligvis mene at det er en kombinasjon av personlige kjennetegn og kjennetegn ved arbeidet som er riktig.

På tross av empiriske funn som viser at faktorer utenfor arbeidsplassen og individuelle karakteristika også bidrar til psykiske problemer, er det likevel få som har klart å integrere denne kunn-

skapen, både teoretisk og empirisk, for å forklare hvordan og under hvilke betingelser yrke og arbeidsorganisering kan lede til psykisk uhelse (Marchand *et al.* 2006). Det er flere som mener at det er dokumentert at arbeidsplassrelaterte forhold har en selvstendig effekt også når man tar i betraktning ulike sosioøkonomiske variabler (Stansfeld & Candy 2006).

En annen studie brukte ulike yrkesgrupper som proxy for arbeidsbetingelser blant ansatte i et buss-selskap lokalisert i Barcelona og fant at sykefraværet varierte signifikant for ulike grupper også etter å ha justert for demografiske variabler, ansiennitet og helsestatus (Benavides *et al.* 2003; Virtanen *et al.* 2007c). Tilsvarende funn gjøres i en analyse på norske bedriftsdata, der næring også brukes som en proxy for arbeidsbetingelser når sykefravær studeres innen privat sektor (Ose 2005). Det påpekes også at det kan være viktig å skille mellom observerte arbeidsmiljøfaktorer og opplevd arbeidsmiljø for den enkelte (Virtanen 2008).

Det er altså vanskelig å avgjøre om funn som påviser sammenhenger mellom arbeidsbelastning og psykiske problemer og lidelser skyldes forhold på arbeidsplassen, genetiske eller personlige karakteristikk til de som følger visse karrierer eller en kombinasjon av disse (Reichenberg & MacCabe 2007).

I det neste avsnittet ser vi nærmere på forskning som tar opp arbeidsgiverperspektivet og psykisk helse.

2.4 ARBEIDSGIVERPERSPEKTIVET OG PSYKISK HELSE

Det finnes generelt få studier som ser på arbeidsgiverne sine utfordringer i forhold til psykisk syke.

Surveyundersøkelser viser at arbeidsgivere er mer negative til å ansette mennesker med psykiske lidelser enn nesten noen annen gruppe (Cook 2006). En studie som undersøker holdninger og villighet til å ansette personer med psykiske lidelser blant 58 mindre firmaer i Canada, finner at arbeidsgiverne var mest bekymret for sosiale og følelsesmessige evner hos personer med psykiske lidelser (Hand & Trysenaar 2006). Andre studier gir dessuten inntrykk av mindre skepsis til arbeidstakere med fysiske handicap enn de med psykiske problemer (Hernandez & Keys 2000; Dale-Olsen *et al.* 2005).

En årsak til skepsis relatert til det å ansette og følge opp mennesker med psykiske lidelser kan ligge i en individualisering av årsaker til psykiske problemer. I en større britisk undersøkelse som involverte både offentlige og private arbeidsgivere, kom det fram et klart skille mellom oppfatninger av stress som noe som kunne være arbeidsrelatert, mens psykiske problemer ble oppfattet som noe personlig og relatert til hjemmeforhold (Rolfe *et al.* 2006). Det ble avdekket en sterk skepsis til allmennlegenes praksis med å bruke diagnosen "stress" og "arbeidsrelatert stress" fra arbeidsgivernes side. En mer presis diagnosesettingen som i større grad kunne relateres til arbeidsevne og behov for oppfølging ble etterlyst (*ibid*). I tillegg til klarhet i diagnose og prognose, ble viktigheten av å avdekke problemene, iverksette tiltak på et tidlig stadium og rollen til linjeleder identifisert som hovedpunkter sett fra arbeidsgivernes side. Sykefravær var den vanligste årsaken til at ledere ble oppmerksomme på problemer. Svært få arbeidsplasser hadde en policy for håndtering av ansatte med psykiske problemer, og de som hadde det var som oftest lokale

myndigheter som var oppfordret til det gjennom arbeidstakeorganisasjoner. Arbeidsgiverne ønsket seg praktiske retningslinjer heller enn "policies".

Den samme undersøkelsen viste at en del av arbeidsgiverne hadde svært stereotype oppfatninger om psykiske problemer og at mange følte de var svært uforberedte og lite informerte i forhold til problemstillinger rundt psykisk helse. Flere studier har vist at *kunnskap om og erfaring med mennesker med psykiske lidelser og funksjonshemminger påvirker holdninger* (Hand & Tryssenaar 2006). En undersøkelse fra Rådet for psykisk helse her i Norge viste at kunnskapen om psykiske lidelser og arbeidsliv blant norske ledere også er dårlig. Kunnskap gir mer positive holdninger, men forskningen antyder at erfaring synes å være enda viktigere.

Positive holdninger og erfaringer er imidlertid ofte ikke tilstrekkelig til at man ansetter mennesker med psykiske lidelser. Individuell oppfølging og oppfølging av arbeidsgiver ser ut til å være viktig, men det påpekes at det ikke er dokumentert på en systematisk måte hvilke elementer ved oppfølgingen som er avgjørende (Schafft 2007).

Sett fra arbeidsgivernes side vil *økonomiske aspekter* bli vektlagt. Dette gjelder spesielt bransjer som er svært konkurransutsatte, hvor kravene til produktivitet og effektivitet er store (Schafft 2007). Type arbeidsoppgaver kan også være viktig. En studie fra England og Wales viste at arbeidsgivere, spesielt i privat sektor, ønsket å unngå at mennesker med psykiske lidelser fikk arbeid som involverte kontakt med mennesker eller maskiner (Rolfe *et al.* 2006). En ny studie fra Finland viser at perioder med personellreduksjoner gir økt forekomst av

psykiske problemer som krever medikamentell behandling, og at arbeidsmiljøfaktorer derfor bør være en større del av forebyggende psykisk helsearbeid (Kivimaki *et al.* 2007a). Tilsvarende funn finnes i forhold til midlertidige kontrakter (Virtanen *et al.* 2007b). Erfaringer med den norske IA-avtalen og en studie fra Danmark viser at det er større vilje til å følge opp personer som allerede er ansatt, enn å ansette nye personer med psykiske lidelser (Schafft 2007). Men kostnadsaspektet kommer også inn her. Arbeidsgiverne kan være spesielt opptatt av å få ned langtidsfraværet, men kan være bekymret for omkostningene ved dette. Det synes å være en avveining mellom økonomisk innsats og vurderinger av gevinst for bedriften (Rolfe *et al.* 2006).

Sett fra arbeidsgivers side er det ikke nødvendigvis omkostninger ved de klinisk syke eller rusavhengige som er størst, men heller effekter av mer vanlige psykiske plager og drikkeproblemer (Glozier 2002). Når helsepersonell ønsker å være arbeidstakernes advokater ved å skjerme dem fra arbeidslivet kan dette medvirke til å etablere langvarige sykdomsforløp og uførhet (Joner 2008). Bedre samhandling mellom helsevesen og arbeidsgivere anses som viktig for å bedre på dette. Konfidensialitet og frykt for diskriminering er barrierer i denne sammenheng (Glozier 2002).

Gjennom IA-arbeidet er det viktig med tett oppfølging av sykmeldte fra arbeidsgiverne sin side. Vi vet i liten grad hvordan denne oppfølgingen gjennomføres, og særlig om det er spesielle utfordringer i forhold til personer med psykiske lidelser. Vi kjenner ett konkret forsøk som ser på oppfølging av sykmeldte i Norge. Dette er en randomisert kontrollert studie, basert på nesten 1 000 personer som nylig var

sykmeldt med muskelskjelettlidelser eller psykiske lidelser (Fleten & Johnsen 2006). Halvparten av disse fikk tilsendt et informasjonsbrev og et spørreskjema da de hadde vært sykmeldt 14 dager. Denne oppfølgingen handlet om muligheter for tilpasning på arbeidsplassen og funnene tilsa at gruppen med psykiske lidelser som mottok denne oppfølgingen (enkel postal oppfølging), hadde systematisk kortere sykefraværperioder enn de som ikke ble fulgt opp på denne måten (*ibid*). Det trengs forskning for å finne frem til gode metoder som virker og er i tråd med det oppfølgingsarbeidet arbeidsgiverne nå er pliktig til å gjennomføre.

Det er opplagt viktig å styrke arbeidstakernes psykiske helse. Det finnes ulike tilnærminger til en slik utfordring. Det ene er såkalt "stress management" der virksomhetene gjennom ledelsen forsøker å begrense stressrelatert uheld. I Japan rapporterer for eksempel over 60 prosent av ansatte at de føler engstelse og stress i jobben og i yrkeslivet. I en artikkel foreslås det at arbeidsledere eller formenn er de som tidlig kan oppdage problemer og ut fra sin kunnskap om arbeidsprosessene best kan foreslå lokalt tilpassede tilnærminger som reduserer stressnivået (Nishiuchi *et al.* 2007). De finner i en randomisert kontrollert studie i en tradisjonell sake-produserende virksomhet med 301 ansatte og 46 arbeidsledere, at det å gi arbeidslederne grunnleggende kunnskap om psykisk helse (en forelesning) og kommunikasjon (hvordan lytte og respondere med empati og kongruens) førte til bedret kunnskap og håndtering av stress (*ibid*). Dette er en relativt begrenset studie og det finnes få tilsvarende undersøkelser på hvordan ledelse og arbeidsledere kan øke kunnskap om psykisk helse blant de ansatte. Å støtte ansatte med psykiske lidel-

ser er en kompleks prosess som krever et integrert organisert rammeverk for å sikre at intervensjoner er forståelige, koordinert og kostnadseffektive. "Disability management"⁴ program er en mulighet (Krupa 2007; Rogers *et al.* 2006b), eller "Disease mangagement" (Steffick *et al.* 2006; Colombi 2005). Disse tilnærmingene går ut på å bygge friske, engasjerte og produktive arbeidstakere gjennom ulike virkemidler. Dette kan for eksempel innebære fokus bort fra diagnose og over på arbeidsevne eller funksjonsnivå som en integrert del av tilnærmingen.

I en undersøkelse fra Storbritannia av ulike arbeidstiltaksprosjekt, der både arbeidstakere med psykiske lidelser og arbeidsgivere inngikk, finner forskerne frem til fire organisasjonsmessige tiltak som kan bidra til at arbeidsplassen er "mentalt frisk" - både for de som har psykiske lidelser og for andre arbeidstakere (Secker & Membrey 2003). Disse er (1) Induksjon med tilpasset opplæring, observering og identifisering av kilder som kan være nyttige for å takle problemer som oppstår, (2) Være oppmerksom i personers opplæringsfase gjennom formell oppfølging og vurderende prosedyrer, (3) Team-building for å skape en inkluderende atmosfære der forskjeller er akseptert og de ansattes styrker er verdsatt, (4) Legge til rette for trening og andre læringsmuligheter (*ibid*). Slike studier der både arbeidsgiverne og arbeidstakerne blir intervjuet, gir relativt mye informasjon om hvilke tiltak som er nyttige, men ikke nødvendigvis hvilke som har best effekt. Flere andre undersøkelser påpeker at fleksibilitet er det viktigste arbeidsgiverne kan bidra med,

⁴Se for eksempel http://www.whscc.nb.ca/docs/-RTWBook_e.pdf

særlig i forhold til arbeidstid (Costa *et al.* 2006; Secker & Membrey 2003; Nicol & Botterill 2004).

I en tid med stort fokus på arbeid og mestring av yrkeslivet, er det viktig å se hvordan andre politisk bestemte programmer påvirker arbeidsevnen. I Japan fant de for eksempel at et generelt program for å bedre livsstil gjennom aerobisk trening og kostholdsveiledning også bedret jobbtilfredsheten i tillegg til generell bedring av livsstilsrelaterte sykdommer (Ohta *et al.* 2007). Det kan derfor være et forslag at effekter av større mer folkehelserettede programmer (for eksempel FYSAK som har mål at for eksempel kommunene skal benytte seg av fysisk aktivitet i helsefremmende, forebyggende - og rehabiliteringsarbeid), også ser på effektene og mulighetene for at tiltakene kan brukes til å bedre arbeidsevnen og bedret generell jobbmestring. Vi har ikke undersøkt om dette gjøres i dag i evalueringen av disse tiltakene, men det kan være et forslag for å få tanken om arbeidsinkludering også inn i mer generelle forebyggende folkehelsearbeid.

Sammenligninger på tvers av land er vanskelige på grunn av ulikt rammeverk, ulike rammebetingelser og varierende datagrunnlag. Det finnes også svært lite informasjon om forskjeller mellom næringer og sektorer, men det er for eksempel funnet at representanter for lokale myndigheter (kommuneansatte) og helsevesenet hadde større bekymringer rundt stress og psykisk helse på arbeidsplassen enn ansatte i matvareindustrien, jernbanen og underholdningsbransjen (Rolfe *et al.* 2006). Det er usikkert hvor mye av dette som skyldes seleksjon inn i yrker, arbeidsbetingelser og forskjell i frafall fra arbeidet. Det siste handler om at det kan se ut som belastningen er større i noen

sektorer, men dette skyldes det at det er mulig å bli værende selv om de har problemer nettopp i disse sektorene. Da handler det mer om at arbeidet er inkluderende enn at arbeidet skaper psykiske problemer. Dette er forhold som vi ikke finner diskusjoner om i litteraturen.

2.5 HJELPEAPPARATET – MULIGHETER OG BARRIERER

I tillegg til arbeidsgivere og kolleger har hjelpeapparatet en viktig rolle i forhold til yrkesaktivitet for personer med psykiske lidelser og problemer.

2.5.1 ALLMENNLEGETJENESTEN/FASTLEGEN

Fastlegene har en viktig rolle i forhold til psykisk syke, og det er grunn til å tro at fastlegene har kontakt med mange som ikke har kontakt med de øvrige helsetjenestene.

SINTEF helse har evaluert Fastlegeordningen i forhold til personer med psykiske lidelser (Ådnanes *et al.* 2005; Ådnanes & Bjørnegaard 2006). Rapporten konkluderer med at fastlegeordningen i liten grad representerer noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. I den grad det har vært endring, har disse imidlertid vært positive. Mye gjenstår likevel, spesielt i forhold til å gi et mer pasientrettet tilbud, få til samarbeid, og å øke kompetansen om psykiske lidelser blant fastleger. Studien viser at tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp hos fastlegen er relativt bra, men at fastlegens tid og oppmerksomhet under selve konsultasjonen sjelden legger til rette for å kunne gå inn på de psykiske problemene i vesentlig grad. Fastlegens oppfølging er først og fremst knyttet til soma-

tiske problemstillinger og medisinbruk, mens pasientens ønske for å bli lyttet til i liten grad oppfylles. Videre påpeker studien at det samarbeides for lite mellom tjenestene, men at lite tyder på at fastlegeordningen har ført til dårligere samarbeid. Alle tjenestene har intensjoner om et bedre samarbeid, og rapporten peker på en rekke årsaker til at dette ofte ikke skjer. Det kvantitative materialet i studien bekrefter at det er lite kontakt mellom DPS og fastlege når pasienten har et behandlingstilbud i DPS. Fastlegen er lite involvert i arbeidet med individuelle planer, og fungerer svært sjelden som koordinator for pasienten. Sykepleier i kommunen er mer sentral enn fastlegen, både når det gjelder antall kontakter gjort fra behandlere ved DPS, og når det gjaldt samtaler som pasienter hadde med andre enn DPS. Fastlegene uttrykker behov og interesse for økt kompetanse og veiledning, men er ofte skeptisk til spesialisthelsetjenestens faglighet. Løsningen blir å bruke eventuelle legekontakter inn mot spesialisthelsetjenesten - en relasjon som bygger på felles faglig plattform, og som har et rasjonale som går utenom systemet, og dermed i større grad er tilpasset fastlegens travelhet. For å sikre kontinuitet mellom tjenestene trengs både formelle strukturer for samarbeid, og lavere terskel for kontakt begge veier (*ibid*). Denne evalueringen tar ikke opp fastlegens rolle i forhold til innsats for at personer skal forbli i arbeidslivet eller komme inn i arbeidsmarkedet, men videre forskning på fastlegenes rolle bør absolutt inkludere dette.

I en nylig publisert kronikk av psykolog i NAV, Anders Joner, i Tidsskrift for Den norske legeforening (Joner 2008), påpekes det at nærvær og kontakt med arbeidsplassen kan være mer hensiktsmessig for personer med lettere psy-

kiske lidelser enn legemeldt sykefravær. Denne kronikken kan oppfattes som at leger oppfordres til å vurdere om sykmelding er det beste for personer med lettere psykiske lidelser. Vi er ikke kjent med forskning som gir noen oversikt over hvor ofte sykmeldende leger står overfor et slikt valg. Dette henger sammen med at det er lite forskningsbasert kunnskap om i hvor stor grad psykiske lidelser og problemer i Norge henger sammen med forhold på arbeidsplassen. Dersom for eksempel en person blir sykmeldt med psykiske problemer der forhold på arbeidsplassen er en medvirkende årsak, kan det å la være å sykmelde ha svært uheldig effekt. Om det er forhold på arbeidsplassen som må endres for at den som har psykiske problemer skal kunne fungere i arbeidslivet, vil det være u hensiktsmessig for vedkommendes helse å nekte å sykmelde personen. Dette er en del av en større debatt som er vanskelig å ta fordi det er lite kunnskap om hvordan arbeidslivet tilrettelegger om noen blir sykmeldt med psykiske lidelser eller problemer.

2.5.2 PSYKISK HELSEVERN

Gjennom evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse viser en rapport at samarbeidet mellom Aetat og spesialisthelsetjenesten fungerer greit (Flermoen 2006). Ett problem er at brukere som ikke er klare for arbeidsmarkedet blir henvist til etaten og henvisningen er gjerne initiert av et ønske om å utløse økonomisk bistand (*ibid*). Det løftes også frem som et problem at det kan være manglende kontinuitet i arbeidet i perioder med ubesatte stillinger i spesialisthelsetjenester.

I en studie av endring i hovedinntektskilde for personer med schizofrenidiagnoser finner de at det ikke er noen synlig effekt av den økte sats-

ningen på sysselsettingstiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helle & Gråwe 2007). Studien er basert på pasienttellingsdata om personer som mottok behandling i poliklinikker i psykisk helsevern i 2000 og i 2004, der særlig informasjon om pasientene hadde lønnet arbeid, trygd eller sosialstønning er utnyttet (*ibid*). Det påpekes at det er et stort gap mellom andelen personer med schizofrene lidelser som faktisk er i arbeid (7 %) og andelen personer som ønsker å delta i ordinært arbeid i følge internasjonale studier (53 – 70 %) (*ibid*).

I en undersøkelse som studerte holdninger til arbeid blant mennesker med diagnostisert klinisk depresjon var hovedkonklusjonen at depresjonen blir en del av individets identitet gjennom at helsetjenesten forsterker "sykerollen", noe som har konsekvenser for mulighetene for å komme i arbeid igjen (Millward *et al.* 2005). Manglende støtte fra profesjonelle innen psykisk helsevern i forhold til å få arbeid kan også være et problem (Marwaha & Johnson 2005).

Manglende behandlingstilbud er en stor utfordring og i en surveyundersøkelse fra USA fremkommer det at 60 prosent av respondentene med diagnostisert hemmende psykisk lidelse rapporterte at de ikke mottok noen form for behandling (Cook *et al.* 2005), og dette bekreftes også i en norsk undersøkelse basert på HUNT data (Overland *et al.* 2007). Det vises også til manglende effektivitet og tjenestetilbud fra de som skal bidra til å hjelpe mennesker med psykiske lidelser inn i arbeidslivet gjennom blant annet yrkesrehabilitering (Cook *et al.* 2005).

I flere studier påpekes det at tjenesteintegrasjon mellom arbeidsetat og behandlingstjenester er helt nødvendig for at personer med psy-

kiske lidelser skal bli yrkesaktiv (Hanrahan *et al.* 2006; Cook *et al.* 2005; Drake *et al.* 2003).

2.5.3 NAV

I Norge har NAV en viktig rolle både i forhold til inkludering av arbeidstakere med psykiske lidelser og problemer og i forhold til å kvalifisere personer med psykiske lidelser til et liv i arbeid. Det er imidlertid flere rapporter som tyder på at etaten har en betydelig utfordring når inkluderingen skal gjennomføres i praksis.

Som en del av evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse har Telemarksforskning sett på arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser (Flermoen 2006). De konkluderer med at fra Aetats side blir Opptrappingsplanen tillagt liten betydning og ser i liten grad ut til å ha vært et tema på lokalt nivå i etaten. De finner også at DPSene mener det er betydelig variasjon i hvordan enkelte av Aetat kontorene forholder seg til brukere med psykiske lidelser (*ibid*).

Sivilombudsmannen⁵ har undersøkt NAVs saksbehandling, og særlig de lokale NAV-kontorenes overholdelse av veilednings- og opplysningsplikten, informasjonsansvaret og utredningsplikten overfor funksjonshemmede brukere i saker om sykdomsrelaterte ytelser etter folketrygdloven (Sivilombudsmannen, 31. januar 2008 (Sak 2007/713)). Undersøkelsen avdekket at NAV står overfor store utfordringer når det gjelder overholdelse av informasjonsplikten

⁵ Fra www.sivilombudsmannen.no: Sivilombudsmannen undersøker klager fra borgerne om urett og feil som måtte være gjort av offentlig forvaltning. Ombudsmannens arbeidsområde omfatter både statlig, kommunal og fylkeskommunal forvaltning.

og veiledningsplikten. Det er behov for å utvikle de ansattes fagkunnskap om relasjonen mellom arbeid og helse samt de ansattes evne til å kartlegge brukernes behov.

Ombudsmannen konkluderer med at NAV må forbedre og utvikle sin kompetanse og kultur med sikte på reell brukermedvirkning både for brukerne og deres interesseorganisasjoner. I et intervju med Aftenposten 24.02.2008 sier Sivilombudsman Arne Fliflet: *"Det er en utbredt oppfatning at ansatte i NAV kan virke avvissende og ha en nedlatende holdning til brukere med psykiske problemer og funksjonshemninger"*. Brukere med psykiske problemer opplever at NAV i for stor grad er opptatt av å spare penger, og forsøker å finne en måte å avslå søknader på. I rapporten fra Sivilombudsmannen står det at brukerorganisasjonene hadde fått mange tilbakemeldinger fra sine medlemmer om at det lokale NAV-kontoret ofte gir liten og mangelfull informasjon om enkeltpersoners rettigheter. Flere av brukerorganisasjonene har også erfart at deres medlemmer oppfattet at NAV ikke evnet å se helheten i en persons totale sykdoms- og trygdesituasjon, og at det kunne virke fremmed for NAV å etterkomme henstillinger om å betrakte en families situasjon under ett og i sammenheng når det var flere familiemedlemmer som hadde krav på tjenesteytelser etter folketrygdloven. Generelt ga flere av brukerorganisasjonene uttrykk for at informasjonen fra NAV ofte kom for sent fordi den ikke kom i forkant av medlemmenes søknadsprosess.⁶

En undersøkelse fra De Facto som ser på unge uføre, har dybdeintervjuet 24 personer mellom 21 og 40 år (Nordrik 2008). Av respondentene har 10 personer en psykisk primærdiagnose, der seks av disse har angst og depresjonslidelser, 2 har lese- og skrivevansker i kombinasjon med ADHD problematikk, mens de to siste har Aspbergers syndrom og schizofreni. Dette er en nyttig undersøkelse for å se brukernes erfaring med NAV og andre tjenester, men vi har ikke informasjon om hvilke helseproblemer respondentene som svarer hva har. Uansett ser det ut til at erfaringene med NAV er dårlige. Respondentene erfarte at saksbehandlere i mange tilfeller overstyrte deres ønsker, fokuserte på deres begrensninger og foreslo tiltak på bakgrunn av saksbehandlerens egen vurdering heller enn de unges ønsker og behov. Dette er en spennende rapport der brukerens stemme kommer godt fram, men det framgår ikke om de med psykiske problemer og lidelser møter andre utfordringer enn andre brukere av NAV.

Både i undersøkelsen fra Sivilombudsmannen og fra De Facto er det vanskelig å si om dette er et generelt bilde av virkeligheten eller om det er ekstremopplevelser som kommer til uttrykk.

Sivilombudsmannens rapport er basert på innspill fra brukerorganisasjonene, mens De Factos undersøkelse er basert på informasjon fra personer som ville dele sine erfaringer gjennom dette prosjektet. Det er derfor grunn til å tro at de som er mest misfornøyde i størst grad har hatt motiver for å delta og at bildet derfor ikke er representativt for alle brukere med feks psykiske problemer og lidelser.

⁶www.sivilombudsmannen.no/article.php?103/2047.

2.5.4 PSYKISK HELSEARBEID

Særlig gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) har psykisk helsearbeid i kommunene utviklet seg mye, både ved at flere får hjelp og ved at kompetansen og kunnskapen i kommunene øker. I 2006 var det rundt 7 800 årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot voksne, og det var i 2006 anslått behov for 2 700 flere årsverk for å dekke kjente behov (Ose 2006).

I løpet av de første åtte årene av Opptappingsplanen økte de øremerkede tilskuddene til kommunene fra omtrent 500 millioner i 1999 til nær 2,4 milliarder kroner i 2006 (Kaspersen *et al.* 2008). Kommunene har i løpet av denne perioden brukt nesten 4 prosent av midlene til kommunale arbeidsplasser og i 2006 fikk 4 150 personer med psykiske lidelser tilbud om sysselsetting i kommunal regi - i forhold til 1 800 i år 2000 (*ibid*).

Som en del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykiske helse har Telemarksforskning, som nevnt foran, gjennomført en evaluering av lokale arbeids- og fritidstiltak (Flermoen 2006). De har fulgt 12 kommuner fra 2002 til 2006 og finner blant annet at det var betydelige forskjeller mellom kommunene og at det var de fire største kommunene i utvalget som var kommet best i gang med slike tiltak. De store kommunene ser ut til å ha fordeler i forhold til at de har et større arbeidsmarked, men blant case-kommunene er det en liten og to mellomstore kommuner som også er aktive på feltet. Forskerne har gitt eksempler på trekk som er karakteristiske for "god praksis". Dette er synliggjøring av prosjektene overfor potensielle arbeidsgivere og andre, balanse mellom fleksibilitet og klare regler, rutiner og grenser, krea-

tivitet og utvikling av metodikk (*ibid*). De har også intervjuet 37 brukere. Ut fra disse intervjuene mener forskerne at tjenestene tar brukerne på alvor og gjør brukerne medansvarlig for egen situasjon – der disse begrepene har et reelt innhold. Balansen mellom det å gi brukerne nødvendig støtte og trygghet, samtidig som mulighetene for progresjon ikke hemmes, ser ut til å være god (*ibid*).

De største tiltakene i psykisk helsearbeid, målt etter antall brukere, er hjemmetjenester, dagsenter og støttekontakt for barn og unge. I en forskningsstudie av kommunenes psykiske helsearbeid, som en del av evalueringen av Opptappingsplanen, følges utviklingen i kommunene i forhold til antall brukere av og behovsdekning for bolig, hjemmetjenester, dagsenter, støttekontakt for voksne og barn og unge, voksenopplæring og arbeid (Kalseth 2006). I 2001 var det for eksempel 1,7 brukere (brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov) per 1 000 voksne innbyggere (brukerrate) i gjennomsnitt som mottok arbeidsmarkeds-tiltak eller sysselsettingstiltak i kommunal regi eller i regi av Aetat (nå NAV), mens tallet hadde økt marginalt til 1,8 brukere i 2004 (Ose *et al.* 2007). Tallene er usikker pga. stor variasjon mellom kommunene. Når vi ser på anslag på dekningsgrad (vurdering av antall brukere som mottar tjenester sett i forhold til antatt antall med behov), ser vi at omtrent 1 av 3 kommuner har en dekning på 0-25 prosent i 2004, mens omtrent 1 av 5 kommuner har en dekning på 75-100 prosent, og det var flere kommuner som hadde høyere dekning i 2004 enn i 2001 (*ibid*). Voksenopplæring og arbeid skiller seg ut som de to områdene i det kommunale psykiske helsearbeid som har antatt dårligst dekning, dvs. der det er relativt flest brukere

med behov som ikke får tilbud (Kalseth 2003; 2006).

Det er videre interessant å se på forholdet mellom arbeid/sysselsettingstiltak i kommunal regi i forhold til i regi av Aetat (Nav). Ved utgangen av 2004 var det 1,1 brukere per 1 000 voksne innbyggere med psykiske lidelser som fikk arbeidstiltak i kommunal regi i gjennomsnitt, og tallet var 1,2 for arbeid i regi av Aetat (Kalseth 2006). 20 prosent av kommunene hadde i 2004 ingen brukere som mottok arbeid/sysselsettingstiltak i kommunal regi, mens omtrent 27 prosent av kommunene hadde ingen brukere i regi av Aetat i 2004. Her er det også store forskjeller mellom kommuner - de minste kommunene har typisk høyere brukerrater enn større kommuner og forskjellene er størst for sysselsettingstiltak i kommunal regi. Det er få kommuner av de med over 10 000 innbyggere som ikke har tiltak i kommunal regi, men det er flere, også blant de store, som ikke hadde arbeid/sysselsettingstiltak i regi av Aetat i 2004 (*ibid*). En ny datainnsamling gjennomføres nå i 2008, og det vil være interessant å se hvordan utviklingen ser ut nå i det siste året av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Når variasjon i brukerrater og dekningsgrader i kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser undersøkes mer systematisk, finner vi ikke at variasjonen i særlig grad kan forklares med ulike rammebetingelser for kommunene (inntekter, behov og etterspørsel og kostnader) (Ose *et al.* 2007). For eksempel fant vi at arbeidsledigheten ikke hadde betydning for hvor mange brukere (per innbygger) som fikk tilbud om arbeidsmarkedstiltak (kommunal og Aetat) verken i 2001 eller i 2004.

2.6 OPPSUMMERING

Forskning viser at 80-90 prosent av de med alvorlige og stabile psykiske lidelser er uten arbeid. For lettere psykiske lidelser, som angstlidelser, har man anslått at mellom 20 og 35 prosent er uten arbeid. Arbeid synes å ha positiv effekt på sosial funksjon, symptomnivå, livskvalitet og selvtillit, i tillegg til at arbeid antas å ha viktige sosiale, psykologiske og økonomiske funksjoner som mange mennesker med psykiske lidelser ikke har tilgang til hvis de står utenfor arbeidslivet. Det kan derfor være viktig å vurdere om personer som får psykiske problemer i yrkeslivet ikke nødvendigvis har størst nytte av å sykmeldes, men heller beholde kontakten med arbeidsplassen.

Halvparten av pasientene ved poliklinikkene i psykisk helsevern har tilknytning til arbeidslivet enten i jobb (20 prosent) eller sykmeldt eller under rehabilitering (30%). At en så stor andel av pasientene har et etablert arbeidsforhold i nær fortid samt at denne pasientgruppen åpenbart står i fare for å falle ut av arbeidslivet, synes det spesielt viktig å fokusere på arbeidsrettede tiltak som en del av behandlingstilbudet. Pasientene trenger hjelp, motivasjon og støtte, både med hensyn på å takle de psykiske problemene, men også i forhold til arbeidstilknytningen. Behandlingsapparatet har et ansvar for å hjelpe pasienten med å ivareta relasjonen til arbeidsgiver fordi pasienten kan ha problemer med å prioritere å fokusere på den langsiktige helsemessige gevinsten av fortsatt arbeidstilknytning på grunn av de psykiske problemene pasienten har søkt hjelp for. Dette vil kunne bidra til å hindre at pasienter faller helt ut av arbeidslivet i løpet av behandlingsperioden. Dette kan også redusere sannsynligheten for å bli varig arbeidsufør.

Det er derfor viktig at det igangsettes forskning og utprøving av metoder for at særlig de polikliniske

pasientene skal beholde arbeidstilknytningen gjennom behandlingsperioden.

Årsakene til at personer med psykiske lidelser og problemer faller utenfor arbeidslivet knyttes særlig til barrierer, diskriminering, stigma og forhold ved hjelpeapparatet.

Arbeidslivet kan også ha negative helsekonsekvenser for helsen til de som er i arbeid. Forskningen kan ennå ikke si hvor mye av sykefraværet, uføretrygdingen og annen utstøting grunnet psykiske lidelser skyldes forhold på jobben. Forskning viser at høye jobbkra, lav kontroll, liten støtte og ubalanse mellom innsats, belønning og rettferdighet øker faren for psykiske problemer og lidelser. Funnene er relativt entydige, men dette kan skyldes at funn som ikke støtter anerkjente teoretiske modeller er vanskeligere å få publisert. De kausale sammenhengene mellom arbeidsmiljø og psykisk helse er ikke endelig definert, og få av studiene tar opp problemstillingen ved at psykisk syke har andre arbeidsbetingelser enn andre arbeidstakere nettopp fordi de har psykiske problemer.

Det finnes altså relativt mye forskning som viser at psykososialt arbeidsmiljø har betydning for de ansattes psykiske helse. Samtidig vet vi fra forskning for eksempel på sosial ulikhet, at personlige karakteristika og faktorer som oppvekstbetingelser har stor betydning for om vi utvikler psykiske problemer og lidelser. Forskningen ser i liten grad ut til å integrere denne kunnskapen og resultatene kan derfor ikke sies å være svært overbevisende.

Forskning viser at hjelpeapparatet kan være en viktig barriere for å komme i jobb. Samtidig finnes det lite forskning på hjelpeapparatets muligheter for å hjelpe personer med psykiske

problemer som ønsker å jobbe. Selv om det finnes noe internasjonal forskning er det vanskelig å overføre funnene direkte til norske forhold. Enklere rapporter, som i stor grad fokuserer på problemer heller enn muligheter, viser at NAV ikke gjør et godt nok arbeid i møtet med personer med psykiske lidelser og at samarbeidet mellom NAV og andre tjenester har et stort forbedringspotensial. I tillegg viser forskning at det foregår mye i kommunene, men at det er vanskelig å få oversikt over det kvalitative innholdet i dette arbeidet. Fastlegene har en viktig rolle i forhold til personer med psykiske lidelser og problemer. Forskning viser at det er stort potensial for bedring også her, men legens rolle i forhold til å hjelpe personer tilbake til arbeidslivet eller til å beholde arbeidstilknytningen er i liten grad undersøkt. Det er lite systematisk kunnskap og forskning på andre etaters arbeid med psykisk syke og arbeidsskapt psykisk uheld. Dette gjelder også Arbeidslivssentrene, Arbeidstilsynet og Bedriftshelsetjenesten.

For arbeidsgiverne er ikke nødvendigvis omkostninger ved de klinisk syke eller rusavhengige som er størst, men heller effekter av mer vanlige psykiske plager og problemer knyttet til rus. Generelt er det lite forskning på arbeidsgiverperspektivet på temaet psykisk helse og på hvordan arbeidsgiver kan assistere folk i overgang til eller tilbakevending til arbeid. Åpenhet, kunnskap og kompetanse på psykisk helse blant arbeidsgivere, kolleger og offentlige ansatte er fremhevet som kritisk for inkludering. Forskning viser at om disse faktorene mangler vil en person med psykiske lidelser være redd for å fortelle om sin sykdom og vil i mindre grad søke hjelp om tilstanden forverres av arbeidssituasjonen. Noen funn tyder på at oppfølging av sykmeldte med psykiske problemer kan

være viktig for å redusere lengden på sykefraværet, men det foreslås også at sykmeldinger bør begrenses fordi forskning viser at arbeid er helsefremmende for personer med lettere psykiske lidelser.

Sammenhengen mellom psykisk helse og et liv i arbeid er i liten grad undersøkt på norske forhold. Dette gjelder både hvordan personer med psykiske lidelser og problemer kan komme inn i arbeidslivet og i hvor stor grad arbeidslivet skaper psykiske problemer og lidelser. Det er

mye forskning som viser at det å arbeide har positiv verdi for personer med psykiske lidelser, men at de i stor grad står utenfor arbeidslivet.

Det er store forskjeller i arbeidslivet mellom ulike land i forhold til rammebetingelser, politiske mål og holdninger til inkludering. Det er derfor usikkert i hvor stor grad internasjonale funn kan overføres til norske forhold. I kapittel 5 diskuterer vi nærmere hva som bør gjøres på dette feltet i Norge.

3 ARBEIDSRETTEDE TILTAK

3.1 INNLEDNING

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan personer med psykiske lidelser inkluderes i arbeidslivet gjennom ulike tiltaksordninger. Vi ser på hva som gjøres på området her i Norge, hvilke tiltak som gjennom forskning har vist seg å være effektive (nasjonalt og internasjonalt), hvem tiltakene virker for og til slutt beskriver vi et forslag fra Storbritannia på hvordan utfordringene med mange psykisk syke i arbeidsstyrken kan imøtekommes.

Det finnes mange ulike tilnærminger til yrkesrettet attføring og de kan deles inn i to attføringsfaglige hovedleirer (Frøyland 2006). På den ene siden er det tradisjonelle alternativet med trening og opplæring på skjermede arenaer og en gradvis tilnærming til arbeidslivet (prevocational training), og på den andre siden den integrerte tilnærmingen med trening, avklaring og rask utplassering i ordinært arbeidsliv (*ibid*). Den integrerte tilnærmingen er i internasjonal litteratur nært knyttet til begrepene Supported Employment (SE) og Individual Placement and Support (IPS). Forskjellene mellom skjermede og utplasserende tiltak beskrives ofte som hhv "train-and-place" og "place-and-train" modeller (Corrigan *et al.* 2008). I Norge har NAV tiltak som representerer begge disse modellene. "Arbeidspraksis i skjermet virksomhet" er et tiltak med yrkesrettet trening, "Arbeid med bistand" er en form for individuell plassering og bistand (Joner 2007).

Yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 15 årene, og særlig i retning av en evidensbasert tilnærming til "Supported Employment" eller IPS. Årsaken er at denne tilnærmingen i særklasse har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring (*ibid*). Vi kommer derfor til å bruke en del plass på å beskrive denne tilnærmingen senere i kapitlet.

I Norge har det generelt vært en bevisst satsning på arbeidsmarkedstiltak gjennom mange år slik at flere kan komme i arbeid. Dette har også vært et viktig element i opptrappingsplanen for psykisk helse. Satsningen på arbeid og psykisk helse har stort sett foregått gjennom NAV-prosjektet Vilje Viser Vei og vi starter derfor med en beskrivelse av dette prosjektet, og beskriver kunnskap som er oppnådd gjennom ulike evalueringer av delprosjekt.

3.2 VILJE VISER VEI

Med midler bevilget over Opptrappingsplanen for psykisk helse etablerte Aetat (nå NAV) i 2004 Vilje Viser Vei - satsingen på arbeid og psykisk helse. I perioden 2004 til 2006 skulle arbeidet gjennomføres i fire faser (Helle 2005):

1. Kartlegging. Utarbeide en landsdekkende oversikt over de tilbud Aetat alene og i samarbeid med andre tilbyr for å få psykisk syke ut i høvelig arbeid helt eller delvis.
2. Metoder. Utarbeide praktiske metoder som kan være redskap for Aetat sentralt og lo-

kalt for å få et større antall personer fra målgruppen ut i arbeid helt eller delvis.

3. Strategi. Utarbeide en strategi for hvordan Aetat kan bedre tjenestetilbudet ved gode arbeidsmetoder, bruk av virkemidler og samordning av tiltak i forhold til andre etater.
4. Spredning. Utarbeide og gjennomføre en strategi for spredning og implementering av kunnskap og erfaringer som bidrar til eierskap og engasjement for metodene lokalt og sentralt.

Kartleggingsarbeidet i regi av Fase 1 Vilje Viser Vei – en systematisk tilnærming til arbeidslivet, avdekket et behov for en ytterligere tilpasning og skreddersøm av tilbudet til personer med psykiske lidelser, og det ble besluttet å videreføre prosjektet som Fase 2, fra april 2006 og frem til og med 2008 (NAV 2006).

I Fase 2 er hovedmålet å videreutvikle NAV's tjenestetilbud slik at organisasjonen kan tilby flere og bedre tilpassende tilbud til personer med psykiske lidelser som ønsker å nyttiggjøre seg sin arbeidsevne helt eller delvis (*ibid*). Det er skissert fem delmål som har til hensikt å operasjonalisere hovedmålet. Til hvert av disse delmålene er det foreslått et utvalg av tiltak. Delmålene tar utgangspunkt i fem temaområder. Disse sammen med tilhørende tiltak er listet opp nedenfor (*ibid*):

(1) Kompetanseheving. Kompetansen på feltet arbeid og psykisk helse skal styrkes i alle ledd i organisasjonen i løpet av planperioden. Denne målsetningen skal oppnås ved utprøving (implementering) av en opplæringspakke, implementering av erfaringer fra pilotfylker til resten av etaten, implementering av erfaringer fra

Storbysatsingen, implementering av erfaringer fra kartleggingsarbeidet, bedre samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av fylkesgrenser og gjennom bedre samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av etater.

(2) Nettverksbygging. Det skal etableres samarbeidsfora i alle fylker i løpet av planperioden. Denne målsetningen skal oppnås ved egen koordinator for satsingen i alle fylker, handlingsplaner for arbeidet i alle fylker, samordning gjennom bruk av individuell plan, samordning gjennom etablering av lokale nettverksgrupper, samordning gjennom felles samlinger og faste møter, kontaktpersoner for satsingen på alle NAV lokalt.

(3) Metodeutvikling. Ny metodikk skal utprøves overfor målgruppen innenfor feltet arbeid og psykisk helse. Denne målsetningen skal oppnås ved at erfaringene fra "Storbysatsingen" skal spres til alle fylker, psykoedukativ metodikk skal prøves ut overfor schizofrene i tiltak/arbeid gjennom piloten "Jobbmestrende oppfølging", jobbmestrende teamarbeid skal prøves ut overfor personer som står i fare for å falle ut av et arbeidsforhold, Storbysatsningen skal ha økt fokus på oppfølgingsmetodikk både overfor arbeidsgivere og arbeidssøkere og gjennom tett samarbeid og erfaringsutveksling mellom fylkeskoordinatorene.

(4) Forskning. Fokuset på forskningsfeltet arbeid og psykisk helse skal styrkes. Denne målsetningen skal oppnås ved å igangsette forsk/metodeutviklingsarbeid som skal evalueres og resultater dokumenteres. Etablere felles fagforum for forskningsmiljøene innenfor metodeutviklingsarbeidet og ved å bidra til at interessen i ulike forskningsmiljøer øker på feltet.

(5) Forankring. Arbeidet i regi av Vilje Viser Vei – satsningen på arbeid og psykisk helse i NAV skal forankres på alle nivå. Denne målsetningen skal oppnås ved at det avsettes dedikerte personer som bidrar i arbeidet med utarbeidelse av nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse, bidrar til at den nasjonale strategien forankres på alle nivåer, bidrar til forankring av arbeidet i regi av Vilje Viser Vei på ledernivå i NAV og direktorat, bidrar til forankring på ledernivå i alle fylker, bidrar til forankring på ledernivå på lokalkontor.

Strategien med underliggende delmål og tiltak skal være gjennomført i løpet av 2008, som er varigheten av Opptappingsplanen for psykisk helse. Det erkjennes at det korte tidsperspektivet og høye ambisjonsnivået fordrer raske og målbare resultater (NAV 2006).

Temaområdene og tiltakene er samlet i tre delprosjekt under Vilje Viser Vei. Det første delprosjektet i Vilje Viser Vei er "Nettverksbygging og kompetanseheving". Dette delprosjektets formål er å øke kompetansen innenfor fagfeltet arbeid og psykisk helse gjennom opplæring og utarbeidelse av teoretisk grunnlagsmateriale. Målgruppen er ansatte i NAV og kommunalt ansatte som arbeider eller skal arbeide ved NAV sine primærkontor. Det andre delprosjektet er "Storbysatsningen" som startet våren 2005 i byene Stavanger, Oslo, Bergen og Trondheim og ble utvidet våren 2006 med byene Kristiansand og Bodø. Satsingen er styrket fra 25 millioner i øremerkede midler i 2005 til 40 millioner kroner i 2006 og 79 millioner i 2007. Delprosjektets formål er å prøve ut og utvikle ulike avklarings- og oppfølgingstiltak overfor målgruppen, samt skreddersy tiltakspakker for enkeltpersoner med psykiske lidelser som ønsker å prøve ut sin arbeidsevne helt eller delvis.

Ved utgangen av 2006 var 555 personer registrert i tiltak i regi av Storbysatsningen. Det tredje delprosjektet i Vilje Viser Vei er "Jobbmestrende oppfølging". Delprosjektets formål er å prøve ut og videreutvikle god metodikk på feltet jobbmestrende oppfølging. Det er satt i gang to lokale piloter henholdsvis i Østfold og Oslo.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012 er også en videreføring og styrking av Vilje Viser Vei. Det fremgår ikke tydelig hvordan prosjektene skal organiseres og finansieres etter Opptappingsplanen for psykisk helse er slutført i 2008. Når Vilje Viser Vei nedlegges i 2008 og arbeidet skal inngå i NAV systemet, ett system som gjennomgår et omfattende reformarbeid, kan det bli en utfordring å få til en god og helhetlig tilnærming. Denne utfordringen styrkes ved at 2008 er siste år for Opptappingsplanen. Øremerkede midler opphører og strategier igangsettes for andre grupper. Det kan i en slik situasjon være fare for at noe av fokuset på psykisk helse forsvinner i tjenestene og blant myndighetene.

3.3 EVALUERINGER AV DELPROSJEKT AV VILJE VISER VEI

Vi kjenner ikke til at det er publisert evaluering av det første delprosjektet "Nettverksbygging og kompetanseheving" eller at evaluering pågår.

Arbeidsforskningsinstituttet (Afi) har gjennomført en underveisevaluering av Storbysatsningen (Schafft & Spjelkavik 2006). Evalueringen er basert på kvalitative metoder og trekker frem utprøving av ulike ubyråkratiske tiltakskjedinger, fleksibilitet i tiltakene, tett individuell oppfølging og samarbeid mellom NAV-tiltak og

kommunale lavterskeltilbud som interessante aspekter ved Storbysatsingen. Deltakerne forteller om økt livsglede, opplevelse av å bli tatt på alvor, å bli hørt og trodd på. Av negative erfaringer nevnes manglende kontinuitet i tiltak, dårlige erfaringer med saksbehandlere i Aetat (nå NAV) og dårlig kommunikasjon mellom saksbehandlere og tiltaksansatte. Vi kjenner ikke til at det gjennomføres en sluttevaluering av Storbysatsningen.

I Bergen gjennomføres det et tiltak som kalles "Medarbeider med Brukererfaring" som ble startet som en del av Storbysatsningen (MB-prosjektet). Dette er et tiltak hvor tidligere brukere i psykiatrien skal kvalifiseres gjennom en spesielt tilrettelagt ettårig utdanning til å arbeide i tjenester rettet mot psykisk syke, der de kan utnytte egne erfaringer for å hjelpe brukerne av tjenestene. Deltakerne må ha eller ha hatt en alvorlig psykisk lidelse, og i tillegg må de ha arbeidserfaring, gjerne fra helsevesenet (NAV 2007). Arbeidsforskningsinstituttet (Afi) har evaluert dette tiltaket etter at det har fungert i to år (Schafft 2008). Evalueringen er kvalitativ og har vektlagt å beskrive prosjektets organisering, gjennomføring og resultater, samt identifisere endringsbehov og gi anbefalinger med tanke på videreføring av tilbudet. To årskull er utdannet og det første kullet var ferdig i desember 2006. De fleste fikk øremerkede deltidsstillinger lønnet med folketrygdens grunnbeløp. Tiltaket har også bidratt til bedre livskvalitet for de som deltok. De fleste studentene ønsket seg sterkt en vanlig jobb, men framtidige jobbmuligheter har vært usikre. Evalueringen viser at for å sikre at de som har fullført studiet skal kunne anvende sin utdanning til å få en jobb de ønsker og mestrer, bør tiltaket utvikle bedre metoder og rutiner for oppføl-

ging, både av studenter som er på arbeidspraksis og for de som har fullført studiet og fått midlertidige stillinger (*ibid*).

Delprosjektet "Jobbmestrende oppfølging" er satt i gang for å prøve ut metodikk med symptomrettet og mestringsorientert oppfølging av personer med psykiske lidelser som arbeidshindring. To lokale piloter er i gang, i henholdsvis i Østfold og Oslo. Oslo har hatt et tilbud for schizofrene og andre med alvorlige psykiske lidelser, mens Østfold har et forsøk med personer med angst og depresjoner (IPS-tilnærming). En følgeevaluering gjøres av SINTEF Helse. Evalueringen til nå har omfattet oppstartsfasen og de første månedene i drift i de to delprosjektene (Harsvik *et al.* 2008). Evalueringen så langt har fokusert på rekruttering og igangsetting av tiltakene. I en senere rapport vil det fokuseres på deltakernes interesser og ivaretagelse av disse i de ulike fasene av oppfølgingsløpet (*ibid*). Sluttrapporten kommer 31.12.2008.

De fylkesvise koordinatorstillingene i NAV og bruk av øremerkede tiltaksmidler er også evaluert (Møller *et al.* 2007). I denne evalueringen ser en på hvilken betydning etableringen av koordinatorstillinger har hatt for å gi arbeidssøkere med psykiske lidelser et bedre tjenestetilbud, og om det bidrar til å få flere arbeidssøkere med psykiske lidelser i arbeid. En hovedkonklusjon er at storbykoordinatorens utviklerrolle og fylkeskoordinatorenes pådriverrolle er viktige med tanke på å utvikle og spre nye tiltak i NAV (*ibid*). Evalueringen viser videre at det meste av tiden til koordinatorene har gått med til å gjennomføre et program for kompetanseheving i etaten. Det har ikke vært like stor aktivitet blant koordinatorene i forhold til metodearbeidet dersom dette ses i forhold til

deres arbeidstid eller aktivitetenes nedslagsfelt i etaten (*ibid*). Et gjennomgående inntrykk er at fylkeskoordinatorene har opplevd mangelfull styring i prosjektperioden, noe som synes å komme av prosjektets og prosjektledelsens organisatoriske plassering. Videre er et hovedinntrykk at de øremerkede tiltaksmidlene har gitt storbykoordinatorene stor handlingsfrihet og bedre mulighet til å bygge nettverk mot andre samarbeidsinstitusjoner (*ibid*).

3.4 EKSEMPLER PÅ ANDRE TILTAK I NORGE

Det faller utenfor rammene for dette prosjektet å kartlegge alle tiltak som finnes i Norge, men vi gir noen eksempler på variasjonen i type tiltak.

Det finnes det til sammen ca 330 attføringsbedrifter som har spesialisert seg på å tilby attføringstjenester til personer med ulike yrkeshemninger. 100 av disse er tilsluttet Attføringsbedriftene i NHO Service.⁷ Attføringsbedriftenes oppgave er å tilby attføringstjenester til alle personer med ulike yrkeshemninger. De fleste arbeidssøkerne er registrerte yrkeshemmede. Men attføringsbedriftenes allsidige erfaring og kompetanse i forhold til avklaring, motivasjonsarbeid og arbeidstrening gjør at bedriftene kan være et naturlig førstevalg for andre grupper som for eksempel langtidssykemeldte, sosialhjelpsmottagere, langtidsledige og uføretrygdede som vil tilbake i arbeidslivet. I tillegg finnes det 230 "vekstbedrifter" som blant annet sysselsetter arbeidstakere som i kortere eller lengre tid har behov for en tilrettelagt arbeidsplass. Disse er tilsluttet Arbeidsgiverforeningen

for Vekstbedriftene.⁸ Vekstbedrifter konkurrerer på like vilkår som andre leverandører i markedet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har nå satt i gang en bred gjennomgang av regelverket for arbeidsmarkedstiltakene. De ønsker forenklinger i regelverket som er mer tilpasset den enkelte brukers individuelle behov. Det kan også se ut som skillet mellom tiltaksbruken i skjermet sektor og i ordinært arbeidsliv etter hvert har blitt mindre tydelig fordi deltakerne hos tiltaksleverandørene i større grad får sin opplæring eller arbeidspraksis ved ordinære arbeidsplasser. Det settes derfor nå i gang en evaluering av arbeidsmarkedstiltak arrangert av skjermede virksomheter. Evalueringen skal foreligge i tidlig i 2009.

"Grønt arbeid" er et arbeidsrettet tilbud med utgangspunkt i gårdens ressurser i regi av NAV. Tanken er at arbeid på gård gir praktisk og variert arbeidserfaring, personlig utvikling gjennom arbeid med dyr og planter og fysisk. Fysisk aktivitet og kontakt med dyr og natur kan ha god helsemessig virkning på mange mennesker. Det er i følge www.innpaatenet.no 10 kartlagte tiltaksgårder, men det er flere hundre gårder rundt om i landet som har denne typen tiltak. Både kommunene og NAV kjøper tiltak på disse gårdene. I en oversikt over kartlagte tiltak på gårdsbruk i samarbeid med NAV, er tiltakene basert på tre ulike ordninger: Arbeidsmarkedsopplæring (AMO), Arbeidspraksisplasser i skjermede virksomhet (APS) og Varig tilrettelagt arbeid (VTA). Det er to hovedmodeller for organisering av tiltakene. Dette er Gården som underleverandør til en annen tiltaksarrangør/arbeidsmarkeds-bedrift og Gården som selvstendig tiltaksarrangør med direkte avtale

⁷ www.attforingsbedriftene.no

⁸ www.vekstbedriftene.no

med NAV. I utgangspunktet kan dette høres ut som en videreføring av ordningen med privat pleie, der pasienter med psykiske lidelser ble utplassert på gårder, der omsorgen ga gårdbrukerne ekstra inntekter. Det er flere forskjeller i forhold til dagens tanke bak grønt arbeid. Det er i hovedsak to typer tilbud som gis på disse gårdene til psykisk syke. Dette er aktiviseringsstilbud som alternativ til for eksempel dagsenter og direkte arbeidsmarkedstiltak. Privat pleie innebar langvarige ordninger der pasienten bodde på gårdene. Grønt arbeid er en del av det større konseptet Grønn omsorg som startet i Vestfold og Rogaland for 15 år siden. NAV delen blir kalt Grønt arbeid, mens tanken bak Grønn omsorg er å gi et aktivitets- og omsorgstilbud til barnehager, skoler, barnevern og helse- omsorgs- og sosialtjenesten. "Grønn omsorg" og Grønt arbeid er samlet under benevnelsen "Inn på tunet" hvor man har satt gården i fokus som en ressurs for flere typer kommunale virksomheter. Dette er i motsetning til tidligere tiltak under privat pleie et dagtilbud. Hovedforskjellen fra den tidligere tankegangen med arbeid på gård for psykisk syke er likevel at dette i dag er initiert av 4H-tankegangen, tro på at kontakt med det som lever og gror og følelsen av å høre hjemme i et miljø gir bedre helse.

For tiden pågår to forskningsprosjekter relatert til arbeid på gård ("Husdyrprosjektet" og "Hageprosjektet") i regi av Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) og Klinikk for psykisk helse ved Aker universitetssykehus. Prosjektene skal undersøke nytten av arbeid med planter og hage, eller arbeid og kontakt med husdyr for mennesker med depresjon. Det er oss bekjent ikke publisert funn fra undersøkelsene per mai 2008.

En hovedoppgave fra Psykologisk institutt ved NTNU ser på arbeidsutprøving i en sentral attføringsbedrift i Trondheim (Krogstadmo 2007). Undersøkelsen er basert på et spørreskjema til brukerne og måler brukernes egne opplevelser av kvaliteten på oppholdet i forskjellige faser. Den er dermed ikke egnet til å si noe om effekt i forhold til å gå over i ordinært arbeid. Studenten konkluderer med at det er behov for mange flere arbeidsmarkedsbedrifter og at tiltakene "bør rettes mot tilrettelegging av deltakerens forskjellige helseplager og mot de komplekse psykososiale forhold, spesielt de kognitive mekanismene som for eksempel ligger i framtidstro". Det finnes ikke kunnskapsgrunnlag i dag til å si noe om behovet for ulike tiltak, men dersom det å ha en optimistisk holdning til fremtiden er viktig for at tiltakene skal være nyttige, kan det neste tiltaket vi beskriver være en god tilnærming til arbeidslivet for psykisk syke - nemlig PIA-prosjektet ved attføringsbedriften Durapart i Arendal.

PIA står for både "Person i aktivitet" og "Person i arbeid" og målet med denne tilnærmingen er å motivere til atføring og kvalifisering. Følgende beskrivelse er basert på tilsendt materiale fra Durapart: PIA fokuserer på egenutvikling, veiledning og motivasjon i en ramme som fremhever hjelp til selvhjelp, og bygger på "likemannsprinsippet". Som grunnleggende metode brukes kognitiv veiledning og erfaringslæring, livsstyrketrening og psykomotorisk tilnærming. Sentrale elementer er dessuten fysisk aktivitet, opplæring i smertemestring, livsmestring og løsningsfokuserede samtaler og øvelser. Tanken er at PIA skal være et basistiltak - et fundament - i en individuell prosess som ender opp i best mulig livsmestring og yrkesmessig aktivitet tilpasset helse og øvrige

forutsetninger. Målene inkluderer å bevisstgjøre egne tolkninger av symptomer og plager, bearbeide disse "sannhetene" – endre holdninger og sykdomsatferd, få bedre kondisjon og styrke, justere kostholdet, oppleve sosialt fellesskap, sosial trening og økt hverdagsmestring og økt kunnskap om jobb, arbeidstrening og kvalifisering. Flere har ment at PIA-prosjektet bør vurderes som pilot med nasjonal spredning (se innstilling til Stortinget fra arbeids- og sosialkomiteen nr. 140 (2007-2008)). Prosjektet skal nå effektevalueres (2008-2010) i samarbeid med Unifob Helse i Bergen, og resultatene fra evalueringen vil være viktig i vurderingen om tilbudet skal utvides.

Resultatene fra evalueringer av slike tiltak vil avhenge av karakteristika ved brukerne av tiltaksplassene. Dersom noen tiltak velges som absolutte siste utvei etter at alle andre muligheter er prøvd ut, vil tyngden av brukere ved tiltaket øke og de positive utfallene bli sjeldnere. En tilnærming som forbereder brukerne på et liv i arbeid gjennom en helhetlig styrking av mennesket høres unektelig riktig ut for de fleste av oss. Det er også funnet at tilretteleggere av tiltaket Arbeid med bistand mener at arbeidssøkere ofte har store ikke-jobbrelaterte problemer som må ordnes før jobb er aktuelt (Spjelkavik & Frøyland 2003). Spørsmålet er kanskje heller hvem som er best egnet til å se denne helheten, - kanskje det nettopp er attføringsbedriftene? Generelt er det flere som har funnet at de som arbeider med psykisk syke bør arbeide for å fremme en sunn livsstil blant brukerne/klientene (Brimblecombe *et al.* 2007) og at livsstil og psykisk helse er korrelert (Rohrer *et al.* 2005, Penedo & Jason 2005).

3.5 NORSKE STUDIER

Det finnes lite norske studier som ser på effekten av ulike tiltak. En av grunnene til dette er selvsagt tidsforsinkelser i publisering av forskningen, ved at artikler kan være på vei til publisering uten at dette blir synlig for andre forskere. Hovedårsaken er likevel at mange spennende og nyskapende tiltak ikke evalueres i tilstrekkelig grad eller etter akseptable evalueringemetoder. I mange tilfeller er heller ikke forskere involvert i vurderingen av tiltakene. Rapporter fra evalueringer blir gjerne liggende hos de som har skrevet rapporten og hos oppdragsgiver uten en videreformidling av kunnskapen. Dette kan ha flere årsaker, men det kan være en fare for at evalueringer som har kritiske kommentarer i liten grad løftes frem i det offentlige gjennom for eksempel medieoppmerksomhet. Det finnes derimot mange brosjyrer og nettsider for mange tiltak som har arbeidsrettede elementer i seg, men de er i liten grad samlet i en felles referansebase. Noen av de gode historiene ligger i Idébanken – inkluderende arbeidsliv.⁹ Her kan vi for eksempel lese om personer som har fått hjelp til å få arbeid gjennom ulike tiltak.

Vi har funnet noen få rapporter som sammenligner gruppen med psykiske lidelser med andre grupper for å se om det er forskjeller i effekten av arbeidsmarkedstiltak for ulike grupper. Det er også noen rapporter som har sett spesielt på

⁹ Idébanken innhenter, vurderer, systematiserer og formidler erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap som kan bidra til å oppnå målsetningene i intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA). Idébanken er et virkemiddel i IA-arbeidet for partene i arbeidslivet og sentrale myndigheter, og er i dag en del av NAV Drift og utvikling.

arbeidsmarkedstiltaket Arbeid med bistand (AB).

Det er undersøkt hvorvidt det yrkesrettede attføringstilbudet virker dårligere for personer med psykiske lidelser enn for personer med somatiske lidelser (Bergsgard & Løyland 2001). Det ble sett på diagnosegruppene psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og andre somatiske lidelser. Datamaterialet er basert på KIRUT og bestod av 2647 personer som alle har vært på en eller annen form for tiltak under yrkesrettet attføring i perioden fra og med 1991 til og med 1994. Av disse hadde 342 en psykisk lidelse. Ulike kombinasjoner av tilbakevending til arbeidsmarkedet og utdanning er benyttet som suksesskriterium. Resultatene viser at personer med psykiske lidelser gjennomgående har svakere attføringsutfall enn de to andre diagnosegruppene, men at dette skyldes bakgrunnshistorien de tar med seg inn i den yrkesrettede attføringen. Trygdehistoriene er funnet å være mer komplisert for de med psykiske lidelser og at de har lavere inntekt, formue og liknende (*ibid*). En meta-analyse fra Nederland konkluderer derimot med at tidligere fungering, inkludert arbeidshistorie, diagnoser og sykdomshistorie har mindre å si for jobbutfall enn innsatsen og fungeringen under selve rehabiliteringen (Michon *et al.* 2005).

En annen studie som ser på bruken og effekten av arbeidsmarkedstiltak for denne gruppen, viser at det er få forskjeller i tiltaksbruken hos de med psykiske lidelser sammenlignet med andre yrkeshemmede (Møller 2005). Her finner de også at yrkeshemmede med psykiske lidelser i mindre grad kommer i jobb etter attføringen sammenlignet med andre yrkeshemmede. En forklaring er at denne gruppen har lengre trygdehistorie og mindre arbeidserfaring enn

andre yrkeshemmede, men det ser også ut som om diagnosen i seg selv representerer en større barriere for de med psykiske lidelser enn diagnoser til andre yrkeshemmede. Et tiltak som yrkeshemmede med psykiske lidelser ser ut til å ha bedre utbytte av enn andre yrkeshemmede er Arbeid med bistand. Denne studien baserer seg på et datamateriale over yrkeshemmede i perioden fra og med 1996 til og med 1999. Resultatperioden er år 2000-2002. Totalt baseres dette på et utvalg av alle yrkeshemmede i perioden 1996-1999 og i alderen 18-66 år. Dette utgjør 56 000 personer hvorav 22 prosent med psykiske lidelser.

I en rapport fra 2003 er det satt spesielt fokus på tiltaket Arbeid med bistand (Spjelkavik & Frøyland 2003). Også i denne undersøkelsen er personer med psykiske lidelser en av flere diagnosegrupper i utvalget og det gjøres ikke en spesifikk analyse av hvordan utfallet er for personer med psykiske lidelser. Denne gruppa ble imidlertid den største gruppen i tiltaket Arbeid med bistand i 2002. Generelt viser evalueringer av dette tiltaket at det fungerer, og gir en beskrivelse av hva som foregår mens de yrkeshemmede er i tiltaket. Oppsummert ser man at yrkeshemmede i stor grad når målene sine om jobb i det ordinære arbeidslivet (mens de er i tiltaket), at de trives og at arbeidsgiverne mener de gjør en tilfredsstillende jobb (*ibid*).

Forskere har også undersøkt hvordan det har gått med deltakere i Arbeid med bistand opptil fire år etterpå (ECON 2004). Undersøkelsen er basert på analyser av registerdata med totalt ca 3 200 personer hvorav 939 hadde psykiske problemer og/eller rusmiddelmisbruksproblemer. Denne undersøkelsen viser at etter 2 år er 13 prosent av deltakerne i ordinært arbeid, men arbeidsforholdene varierer. Etter fire år viser

evalueringen at halvparten av de som får ordinær heltids- eller deltidsjobb ikke lenger er i arbeid 20 måneder etter at arbeidsforholdet startet. Personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelmisbruksproblemer skiller seg ikke ut fra andre diagnosegrupper. En årsak til at denne rapporten finner såpass svake resultater for Arbeid med bistand er at her er alle deltakerne tatt med, også personer som fortsetter med attføring når de avslutter Arbeid med bistand. Dersom disse ekskluderes vil man finne at en noe høyere andel av deltakerne kommer i jobb.

I en annen rapport ses det nærmere på mulige årsaker som kan forklare de svake resultatene av Arbeid med bistand (ECON 2005). Dette er en kvalitativ studie basert på intervjuer og skriftlig dokumentasjon fra 50 deltakere som nylig har avsluttet tiltaket. Både tilretteleggerne og saksbehandlerne på Aetat beskrev Arbeid med bistand som et absolutt lavterskeltilbud. Mange av deltakerne hadde ingen andre alternativer når det gjelder tiltak rettet mot det ordinære arbeidslivet. Alternativet er uførepensjon og eventuelt varig tilrettelagt arbeid (*ibid*). Hovedkonklusjonen er at mange av deltakerne har svake forutsetninger, til dels store helseproblemer, sosiale problemer og/eller ugunstig livssituasjon. For mange av deltakerne er uførepensjon det eneste alternativet. Innholdet i tiltaket varierer mye, og tilretteleggerens arbeid blir ofte avgjørende for resultatet. Arbeidsgiveres vilje og evne til å inkludere varierer. Mange har ikke den kompetansen som kreves for å takle de utfordringer de kan komme opp i når de har en deltaker på Arbeid med bistand (*ibid*).

Angelika Schafft i Arbeidsforskningsinstituttet har sett på skandinavisk faglitteratur om ar-

beidsliv og psykisk helse. Emnet som ga færrest referanser i litteratursøket, var integrering av mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet (Schafft 2005). Basert på de norske studiene konkluderes det med at tiltak som har et klart mål om vanlige arbeidsplasser, og hvor det gis individuelt tilpasset oppfølging og hjelp til både arbeidssøker og arbeidsgiver, fungerer godt for mennesker med psykiske lidelser. I svensk litteratur finnes det rapporter som evaluerer og/eller beskriver skjermede tiltak som gir trening som skal forberede mennesker med psykiske lidelser til ordnært arbeid, mens det i den danske faglitteraturen hovedsakelig handler om beskyttede arbeidsplasser som f. eks. skjermede avdelinger eller beskyttede produksjonsverksteder (*ibid*).

Vi kjenner til at Afi arbeider med et prosjekt kalt "Kunnskapsstatus for gode metoder/prosjekter innen arbeidsrettet integrering og psykisk helse". Bakgrunnen for dette prosjektet er nettopp erkjennelsen av at når et felt utvikles raskt er det en del kunnskap, erfaringer og viten, som ikke nedfeller seg i vitenskapelige publikasjoner. Prosjektet skal derfor oppdatere kunnskapsoversikten fra skandinavisk faglitteratur på arbeidsliv og psykisk helse, i tillegg til en kunnskapsinnhenting i to fylker hos utvalgte lokale aktører og prosjekter som har vært nyskapende, kreative og som indikerer suksess. Dette tror vi blir et svært nyttig prosjekt som vil gi ny kunnskap om hvordan ulike aktører (NAV, kommunene, tiltaksarrangørene og behandlingsapparatet) arbeider i forhold til å hjelpe personer med psykiske lidelser i jobb. Rapporten skal være klar før høsten 2008. I tillegg skal Afi i samarbeid med Frisch-senteret evaluere Kvalifiseringsprogrammet, som er et tilbud til mennesker som faller mellom arbeid og trygd. Dette er de som ikke greier å delta i arbeidslivet, men heller ikke har en medisinsk diagnose som gir rett til trygd. Kvalifiseringsprogrammet vil sammen med økonomisk sosialhjelp bli en del av det samlede

tilbudet ved NAV-kontorene. Det innebærer at personer som til nå har vært avhengige av økonomisk sosialhjelp, som er ment som en kortvarig ytelse i en vanskelig situasjon, på en helt annen måte enn tidligere får tilgang til det samlede virkemiddelapparatet i arbeids- og velferdsforvaltningen. Kvalifiseringsprogrammet vil også være en mulighet for personer med psykiske lidelser som sliter med å komme inn i arbeidslivet, og vil derfor være svært relevant for temaet arbeidsliv og psykisk helse. Evalueringen er en følgeevaluering og evalueringsperioden er fra 2007 til 2012.

Vi har gjennomført et bredt internasjonalt søk og funnet mye forskning på ulike tiltak. Særlig har det vært en økning i publiserte artikler de siste par årene. Vi ser nærmere på funnene i de neste kapitlene.

3.6 INTERNASJONALE STUDIER OG TRENDER

Internasjonale studier betyr i dette tilfellet hovedsakelig studier fra USA med innslag fra Storbritannia, Canada, Australia og noen asiatiske land. Det har vært vanskelig å finne publiserte artikler i vitenskapelige journaler fra Europa, Norden eller Norge, men noe finnes. Dette betyr at mange av tiltakene kan være ukjent i Norge og vi går derfor gjennom tiltakene som er hyppigst omtalt i forskningslitteraturen i neste avsnitt.

3.6.1 HVILKE TILTAK FINNES INTERNASJONALT?

Den internasjonale litteraturen omhandler ulike typer av tiltak for å inkludere personer med psykiske lidelser i arbeidsmarkedet. En presentasjon av ulike tiltak internasjonalt er tidligere publisert på norsk (Sosial- og helsedirektoratet & Avdeling for Sosialtjenesteforskning 2004). Her beskrives følgende tiltak: *Tilbud knyttet til*

primærhelsetjenesten (Counselling in primary care), *Koordinering av psykososialt arbeid* (Case management), *Oppsøkende psykososial behandling* (Assertive Community Treatment, ACT), *Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening* (Prevocational training), *Rehabilitering til arbeid* (Psychosocial rehabilitation work programs), *Fontenehusbevegelsen* (The Clubhouse Movement), *Arbeid med bistand* (SE/IPS). Rapporten er en oppsummering av internasjonal effektforskning av arbeidstiltak rettet mot personer med psykiske lidelser. De finner 12 systematiske oversiktsartikler i internasjonal litteratur som tilfredsstiller deres kriterier. Vi henviser til rapporten deres for en oppsummering av funnene, da tiltakene må beskrives grundigere for at funnene skal kunne forstås. De konkluderer med at det ikke finnes noen publiserte effekt-evalueringer av norske tiltak rettet mot personer med psykiske lidelser, og de anbefaler at nye forskningsprosjekter planlegges med utgangspunkt i internasjonal forskning på feltet. I tillegg finner de at det er lite eksisterende kunnskap om effekter av tiltak rettet mot personer med moderate psykiske lidelser.

Vi legger til at skjermede ordninger handler om å utvikle brukernes arbeidsvaner, mens "Transitional employment" handler om å skaffe brukerne arbeidserfaring. I såkalte "social enterprises" skal brukerne jobbe produktivt innenfor et sosialt arbeidsmiljø, mens "supported employment" programmer har som formål å få brukerne hurtig ut i ordinært arbeid.

3.6.2 MOT EVIDENSBASERT PRAKSIS

Fremveksten av ulike tiltak for å hjelpe personer med psykiske lidelser til å få ordinært arbeid har skjedd parallelt med en endring i synet

på personer med denne typen lidelser og forståelsen av hva som er mulig. Generelt i den vestlige verden finner vi at personer med psykiske lidelser er undersysselsatt, og at de har et ønske om å delta i det ordinære arbeidsmarkedet, se forrige kapittel. Samtidig har det vært en utbredt oppfatning at denne gruppen ikke har vært i stand til å delta i arbeidslivet på vanlige premisser. Med fremveksten av Fonteneklubbhusene på 60-tallet endret imidlertid dette bildet seg fra å betrakte disse personene som en gruppe som var avhengige av trygd og sosialytelser, til personer skulle gis muligheten til å være økonomisk selvstendige (Baron 2000). Denne utviklingen beskrives som starten på tiltaksprogrammer som hadde betydelig suksess i å bidra til at personer med psykiske lidelser kommer ut i ordinært arbeid (*ibid*).

På 1960 tallet utviklet det seg et nytt program, Transitional Employment (TE), som viste seg å være langt mer suksessfullt i å hjelpe pasienter over fra rehabilitering til ordinært arbeid. Ansatte i Fontenehus begynte å kontakte lokale arbeidsgivere og be om arbeidsplasser som kunne fylles av ulike klienter. Dette skulle være midlertidige jobber, deltidsjobber som var i samsvar med medlemmenes potensial og stresstoleranse beregnet på å forberede medlemmer til arbeidsliv og for å øke deres tro på seg selv (Corrigan *et al.* 2008).

Andre aktører og formidlingsorganisasjoner har både eksperimentert med og gjort tilpasninger til TE modellen. Et annet nært beslektet program som også forsøker å erstatte interne program med erfaringer fra det virkelige arbeidslivet er etablering av produserende virksomheter. Formidlingskontorer kunne ta over en virksomhet for å skape muligheten til å jobbe i vir-

kelige arbeidsomgivelser både i form av arbeidskrav og lønninger (Baron 2000).

På 1990-tallet oppsto gradvis en enighet om at noen praksiser hadde oppnådd en tilstrekkelig kritisk masse av evidens slik at de kunne kalles evidensbaserte praksiser (EBPs) (Corrigan *et al.* 2008). Evidensbasert praksis er definert som "intervensjon det er konsistent vitenskapelig støtte for at utfallet bedres for pasienten" (*ibid*). For at en praksis kan kalles evidensbasert, må den være definert i henhold til et sett av operasjonaliserte prinsipper. Dette fordi det er viktig at praksis gjennomføres på samme måte i alle tilfeller for å kunne sammenlikne resultatene eller utfallene. Dette kan måles med "fidelity scales" – som viser i hvor stor grad et bestemt program eller tiltak møter standardene til program – eller tiltaksmodellen (*ibid*). Det viste seg etter hvert at det ikke var nok å definere praksiser som evidensbasert for å sikre at disse metodene ble tatt i bruk. I 1999 ble det i USA derfor lansert et prosjekt for å redusere hindrene for at listen over EBP-er fikk nødvendig utbredelse. Hindrene besto i at det manglet grundig, lett tilgjengelig informasjon om implementeringen av evidensbaserte praksiser. Det ble etter dette utviklet en pakke som inkluderte mye informasjon om alle metodene som ble foreslått for personer med alvorlige psykiske lidelser. Corrigan *et al.* (2008) henviser til en studie av McHugo med flere, som er under publisering som viser lovende utfall av denne måten å sikre at EBP adopteres.

Blant de seks evidensbaserte praksisene som ble identifisert i USA (Robert Wood Johnson utvalget) finner vi "Supported Employment" som beskrives i neste avsnitt.

3.7 SUPPORTED EMPLOYMENT – ARBEID MED BISTAND

I mange tilfeller settes det likhetstegn mellom Supported Employment (SE) og Arbeid med bistand. Vi finner ikke at dette er diskutert eller tydeliggjort noen steder, så vi starter med en kort gjennomgang av kriterier som definerer Supported Employment. Dette har særlig betydning for gyldigheten av at forskningsresultater internasjonalt på SE tolkes til også å være en effekt av Arbeid med bistand.

3.7.1 ER SUPPORTED EMPLOYMENT OG ARBEID MED BISTAND DET SAMME?

Prinsippene for evidensbasert Supported Employment (SE) er følgende (Corrigan *et al.* 2008):

1. Ingen eksklusjon: i stedet for at fagpersoner skal vurdere hvor klar klienten er for yrkesmessige tiltak, skal klientene selv avgjøre dette.
2. Integre yrkesmessig tiltak med psykisk helsetiltak.
3. Rådgiving om fordelene med SE: for å kunne ta gode avgjørelser knyttet til yrkesmål, trenger klienter hjelp til å få en konkret forståelse av de fordelene som er assosiert med arbeid med bistand tiltaket (pensjon, lønn, forsikring, assistanse mht boligen, mat, reiseutgifter, med mer).
4. Klientens egne preferanser: yrkesmessige mål, støtte, oppfølging og rekkefølgen av tiltak skal individualiseres i henhold til klientens preferanser og ikke fagpersonenes vurderinger av hva som er klientens beste

(eks type jobb, klokkeslett, arbeidssted, om klienten skal fortelle om sin psykiske lidelse eller ikke på jobben, med mer).

5. Raskt i gang med jobbsøking: minimum av målinger og matching klientegenskaper og jobbkrav. For klienter med få yrkesmessige preferanser eller erfaring blir selve jobbsøkingen og gjennomgangen i seg selv en måte å lære om yrkesliv og egne preferanser på.
6. Oppfølging: tidsbegrenset oppfølging av yrkesmessige tilretteleggere (for eksempel støtte på arbeidsplassen eller med arbeidsgiver, hjelp til å slutte eller finne ny jobb).
7. Team-baserte tiltak: SE tiltak er mest effektive når de gis som en del av et tverrfaglig team som samarbeider med klienten om å lage en yrkesmessig plan, finne jobb, og hjelp til å mestre jobben. Teamet inkluderer typisk fagpersoner fra attføringstjeneste, psykisk helsevern, kommunehelsetjeneste (sistnevnte knyttet til bolig og fastlege).

Supported Employment finnes i mange varianter, og Bond (1998) henviser til seks sentrale prinsipper som ligger til grunn for den manualiserte versjonen av denne tilnærmingen (*ibid*): 1) målet er ordinært arbeid; 2) deltakerne forventes å få jobb direkte, ikke via lange treningsopplegg; 3) den yrkesmessige rehabiliteringen er en integrert del av rehabiliteringstilbudet fremfor en separat del; 4) fokus på brukernes preferanser og vurderinger; 5) måling og vurdering skjer kontinuerlig og er basert på konkrete arbeidserfaringer; og 6) støtten er ikke begrenset i tid.

Basert på et prosjekt som ble gjennomført med støtte fra Europakommisjonen har forskere fra

Norge vært med å utarbeide kvalitetskriterier for Supported Employment. Fra Norge var følgende personer med som partnere: Yngve Moxness fra Arbeid med Bistand Romerike, Grete Wangen fra Høyskolen i Akershus og Øystein Spjelkavik fra AFI. Prosjektet som har navnet "Quality in Practice: Stakeholders' View of Supported Employment (SE) Initiatives" (QUIP) hadde overordnet mål å definere kvalitetskriterier i SE sett fra de forskjellige aktørers ståsted. Se mer på <http://www.quip.at/>. De har delt kvalitetskriteriene inn i tre grupper: *Resultater av SE* (lønnet jobb i ordinært arbeid, jobbmatch, fullverdig medlem av arbeidsfelleskapet, muligheter for karriereutvikling), *SE prosessen* (involvering, informasjon, trygghet, fortrolighet, fleksibilitet, kontakt, yrkeskartlegging, jobbsøking, trening på jobben og bistand og samarbeid på arbeidsplassen m.m) og *SE struktur* (tilrettelegger må ha faglig kunnskap, yrkeserfaring, ferdigheter og egenskaper, SE tjenesten må tilfredsstille mange krav, nettverksarbeid og nasjonale og regionale rammer). Kriteriene har mange detaljerte kulepunkter under de nevnte. Videre er de overlappende og er gjensidig avhengig av hverandre. En vellykket SE prosess beskrives derfor å være avhengig av en kombinasjon av alle kriteriene i alle de tre gruppene.

Det er videre en diskusjon om hvordan SE skal sammenliknes mellom ulike land. Sammenlikning kan være vanskelig fordi det er ulike organisasjoner involvert, variasjoner i tilnærmingen, variasjoner i brukersammensetningen og hvordan resultatene måles (for eksempel hva legges i begrepet ordinært arbeid), se presentasjon fra et foredrag som ble holdt i Belfast på en SE

konferanse.¹⁰ Her oppsummerer de problemer rundt sammenlikning av tiltak og beskriver hvordan inntrykket av SE er, resultater, hva bør gjøres videre.

Informasjon om hvilke kriterier som skal legges til grunn for at et tiltak skal kunne kalles SE finnes altså i flere kilder. Forskjeller mellom kriteriene som foreslås er kanskje avhengig av faglig retning. De syv punktene som er listet først i avsnittet hentet fra Corrigan *et al.* 2008, kommer fra fagfeltet psykiatrisk rehabilitering. Bond er også innen dette feltet men er også mer inne på helhet i forhold til andre tjenester, mens QUIP tar for seg aktører rund SE på alle nivå, både nasjonalt, regionalt og organisatorisk. Hovedinnholdet i kriteriene ser ut til å samsvare selv om det er variasjoner.

Dersom tiltakene innen ordningen Arbeid med bistand følger prinsippene som legges til grunn, kan vi si at Arbeid med bistand er en form for Supported Employment. På NAVs nettsider står det feks at Arbeid med bistand har maksimal varighet på tre år. Dette er dermed ikke i tråd med ett av prinsippene som inkluderes av både Corrigan og Bond, ved at det støtten ikke skal være begrenset over tid. Dette handler om at SE tradisjonelt har vært prøvd ut på de med alvorlige psykiske lidelser som kan ha behov for svært langsiktig individuell oppfølging eller bistand. Oppfølgingen skal i følge disse kriteriene i prinsippet aldri opphøre, selv om utfallet er en stabil jobb. Unntaket er når tiltaksbrukeren selv mener at han eller hun ikke trenger bistand mer.

Om Arbeid med bistand faller inn under begrepet Supported Employment kan sannsynligvis

¹⁰ http://www.afi.no/stream_file.asp?iEntityId=2215

diskuteres i hvert enkelt tiltakstilfelle. Uansett vil bruk av kvalitetskriteriene kunne bidra til et mer bevisst forhold til hvordan tiltakene utformes og gjennomføres.

3.7.2 BAKGRUNN

Supported Employment ble opprinnelig utviklet for å møte ønsker om arbeid blant personer med utviklingshemninger som ofte tilbrakte årevis i vernede bedrifter for funksjonshemmede. Den dominerende ideologiske tilnærmingen var å finne arbeidsmuligheter til klienter i det ordinære arbeidsmarkedet før de hadde gjort seg avhengig av rutinene i vernede bedrifter. Måten å gjøre dette på var å tilby jobb-trener til å assistere brukeren både på jobb og utenfor jobb for så lang tid som nødvendig for at klienten skulle fortsette å jobbe (Baron 2000).

Det er et gjennomgående trekk i den internasjonale litteraturen at Supported Employment (SE) er det programmet som i størst grad har fanget interessen. Sammenlignet med studier og evalueringer av andre typer tiltak synes det som om litteraturen omkring SE er dominerende i volum.

En oversikt over bakgrunn og filosofi som forbindes med SE presenteres i Wehman & Bricout (1999). Her gis også noen innspill til hva slags utfordringer denne typen tiltak kan stå ovenfor i fremtiden. Til tross for at SE har gode resultater sammenlignet med andre typer program er ikke dette noen selvfølge. Det er behov for bedre utfallsmål både i forhold til lønnsnivå, integrering på arbeidsplassen, arbeidsgivers holdninger, jobbvarighet og trivsel med jobben. Utbredelsen av deltid i denne typen arbeidsforhold kan også være et hinder for hvor vellykket dette tiltaket kan være (*ibid*).

Individual Placement and Support (IPS) er en spesifikk variant av Supported Employment modellen. Det blir hevdet at IPS er en standardisering av prinsippene i Supported Employment som gjør det lettere å beskrive, studere og implementere SE i nye tiltak (Bond 2004). I den videre fremstillingen velger vi å bruke begrepene IPS og SE om hverandre, da dette ofte gjøres i litteraturen.

De fleste studiene av Supported Employment er gjort i USA og Canada. Lite er gjort i Vest-Europeiske land. En norsk rapport undersøker hvordan Supported Employment praktiseres i noen europeiske land (Spjelkavik & Evans 2007). Denne rapporten konkluderer også med at kvantifiserbare resultater av jobbutfall er vage, og at det generelt finnes lite evalueringer av Supported Employment-tilbudet i disse landene (*ibid*). Det er kommet en ny Europeisk studie (forfattere fra syv land) som ser på effekten av IPS i seks europeiske land for å undersøke om effektene av tiltakene er forskjellig i Europa sammenliknet med USA (Burns *et al.* 2007). Dette er en så viktig og godt designet studie at vi vil bruke relativt stor plass på å beskrive denne. Den er også nyttig når vi skal vurdere om resultatene fra USA og Canada er overførbare til Norge.

3.7.3 STUDIER FRA USA

Noen er rene studier av Supported Employment (McGurk *et al.* 2003; Bond *et al.* 2001), mens andre sammenligner Supported Employment i ulike varianter med andre yrkesrettede atføringstiltak (Killackey *et al.* 2006; Crowther *et al.* 2001b).

To oversiktsartikler ser på den mest effektive måten å hjelpe personer med alvorlige psykiske

lidelser inn på det ordinære arbeidsmarkedet (Crowther *et al.* 2001a; Crowther *et al.* 2001b). I Crowther 2001a har en sett på studier som sammenligner tre ulike tiltak; Fem studier sammenligner Supported Employment¹¹ med yrkesforberedende kurs og arbeidstrening¹² (YKA eller prevocational Training), en studie sammenlignet SE med det tradisjonelle behandlingstilbudet¹³, og fem studier sammenlignet YKA med det tradisjonelle behandlingstilbudet. Resultatene av denne viser at SE har bedre resultater enn YKA når det gjelder å få personer med alvorlige psykiske lidelser i ordinært arbeid. Crowther 2001b er en Cochrane-review-artikkel som har sett på studier som gjør effektvalueringer avgrenset til fire typer tiltak; YKA, SE, modifiserte rehabiliteringsprogrammer¹⁴ og det tradisjonelle tilbudet. Denne oversikten baserer seg på 18 studier og sammenligner først og fremst antall klienter som var i ordinært arbeid (fulltid eller deltid) på ulike tidspunkt. Det ble også sett på andre utfall som kunne grupperes i tre kategorier; andre yrkesmessige utfall, kliniske utfall og kostnader. Re-

¹¹ Supported Employment her er definert som enhver type tilnærming der personen blir raskt plassert ut i ordinære virksomheter med støtte fra en tilrettelegger.

¹² YKA defineres her som ulike typer tiltak der deltakerne gjennomgår en periode med forberedelser før de ble oppmuntret til å søke ordinært arbeid. Dette kunne spenne vidt, fra helt skjermede arbeidsplasser til brukerstyrte klubbhus og hospiteringsplasser.

¹³ Tradisjonelt behandlingstilbud ble definert som ordinær behandling på institusjon eller poliklinisk psykisk helsevern, men uten spesifikke arbeidsrettede elementer.

¹⁴ Modifiserte rehabiliteringsprogrammer ble definert som alle typer tiltak der det hadde blitt brukt en beskrevet metode for å øke deltakernes motivasjon. Dette kunne for eksempel handle om at deltakerne fikk betalt for å delta eller en eller annen form for psykologisk intervensjon.

sultatene tyder på at SE er mer effektiv enn YKA i å hjelpe personer med psykiske lidelser, men langt mindre tilgjengelig enn YKA. I forhold til øvrige utfall kunne ikke denne oversikten påvise at det var ulikheter i forhold til kliniske og kostnadsmessige utfall. I forhold til symptomer, livskvalitet og sosial fungering kan manglende forskjeller skyldes at relativt få (vanligvis færre enn en tredjedel av deltakerne) i de mest vellykkede programmene får ordinært arbeid. Det vil derfor være nødvendig med større utvalg for å si noe om dette. I forhold til kostnadene ved ulike tiltak er konklusjonene ikke entydige og data på dette er heller mangelfullt.

I 2004 kom en oppdatert oversikt som sammenfatter punktene i modellen for Supported Employment som kan evidensbaseres i rimelig grad (Bond 2004). Denne viser at den empiriske støtten til SE er stadig økende. Sammenlignet med andre typer yrkesrettede tiltak fremstår SE som et klart mer effektivt tiltak når målet er antall personer som kommer ut i ordinært arbeid. Samtidig er det ingen andre tiltaksprogram som er så klart definert og blitt så grundig evaluert eller hatt et så entydig og konsistent mønster med positive utfall i forhold til ordinær jobb. Det er imidlertid rom for ytterligere forbedringer i forhold til arbeidsforhold og karrieremuligheter blant personer som ønsker å være i ordinært arbeid (*ibid*). En randomisert kontrollert studie (Macias *et al.* 2006) av jobbutfall for Supported Employment (n=174) gitt av oppsøkende psykososial behandling (Assertive Community Treatment, ACT) og klubbhus (for eksempel Fonteneklubbhus), finner at både sertifiserte klubbhus og ACT kan oppnå sysselsettingsutfall som tilsvarer Supported Employment team. Dette betyr at sertifiserte klubbhus

kan tilby Supported Employment sammen med andre rehabiliteringstjenester, og at ACT program kan sikre kontinuerlig integrering av SE med klinisk behandling (*ibid*).

Både tidligere og senere artikler bekrefter inntrykket som gis i disse oversiktene (Burns *et al.* 2007; Macias *et al.* 2001a; Lehman *et al.* 2002; Mueser *et al.* 2005; Rogers *et al.* 2006b; Drake *et al.* 1999; Mueser *et al.* 2004; Cook *et al.* 2005; Rinaldi *et al.* 2004; Mueser *et al.* 2001).

De fleste evalueringstudiene av SE er utført blant personer med alvorlige psykiske lidelser i arbeidsfør alder, de fleste med et utdanningsnivå ut over gymnasnivå, i bystrøk i USA. I forbindelse med denne kunnskapsoversikten har vi lett etter studier som er gjort utenfor den vanlige settingen. En studie har undersøkt om en kan oppnå de samme effektene av varianter av SE i mer rurale strøk, hvor arbeidsmarkedet er generelt vanskeligere - spesielt for personer med alvorlige psykiske lidelser (Gold *et al.* 2006). Studien viser at SE gir gode resultater også i rurale strøk, men at for å oppnå økonomisk selvstendighet og å være i stand til å utvikle karrieremuligheter er det behov for økt tilgang til høyere utdanning og kompetanse som gjør det lettere å overkomme barrierer i arbeidsmarkedet.

En oversiktsartikkel av randomiserte, kontrollerte studier av yrkesrettede attføringstiltak for personer med schizofreni og andre kroniske psykotiske lidelser (Twamley *et al.* 2003), har vurdert 11 studier, hvorav 9 var sammenligninger av IPS/SE intervensjoner. Utfallene favoriserer sterkt eksperimentgruppen i forhold til andel av deltakerne som var i arbeid på alle tidspunkter i studiene. I de fem studiene som sammenlignet IPS/SE med tradisjonelle tilbud

var 51 prosent i ordinær jobb mot 18 prosent i kontrollgruppa. I denne studien påpekes det at det i liten grad er gjort studier av middelaldrende og eldre personer i denne typen tiltak. Det blir også påpekt at til tross for hovedmålet for denne typen tiltak er å øke deltakelsen i arbeidsstyrken, så bør kommende studier også fokusere på hvor lenge denne typen jobbansettelse varer, lønnsnivå og hvor fornøyd deltakeren er med jobben. I tillegg kan også sosial fungering, livskvalitet i tillegg til alvorlighetsgrad og symptomer i psykisk sykdom, samt kognitiv fungering være et adekvat utfallsmål (*ibid*).

Det finnes videre en del studier som ser på spesifikke effekter av Supported Employment programmer. Effekten på kognitiv ytelse er blant annet studert blant personer med autisme og schizofreni (McGurk *et al.* 2003; McGurk & Mueser 2004; McGurk & Mueser 2006; McGurk *et al.* 2007). Sterke kognitive ferdigheter kan knyttes til større evne til å tilpasse seg funksjonsnivå, mens svake kognitive ferdigheter kan bli viktige hindre for integrering i det sosiale arbeidsmiljøet. Resultatene viser at personer med autisme som deltar i Supported Employment over en lengre periode, viser en klart større fremgang på flere kognitive variabler (Garcia-Villamizar & Hughes 2007).

For personer med schizofreni er det også studier som tyder på at kognitiv trening bidrar til forbedring av kognitiv fungering, depresjonsymptomer og "autistic preoccupation". Personene som deltok i SE som inkluderte kognitive treningsprogram hadde større sannsynlighet for å komme i jobb, ha flere ansettelsesforhold, jobbe over lengre tidsrom, flere timer per uke, og tjene mer enn personer som var i ordinære SE program (McGurk *et al.* 2003; McGurk *et al.*

2005; McGurk *et al.* 2007). Videre tyder også studier på at effekten av et kognitivt tilbud sammen med SE har en effekt som øker over tid for personer med denne typen lidelser (McGurk & Mueser 2006). På dette området (effekter av kognitiv trening i et SE program) synes det imidlertid som om det er relativt få studier, slik at resultatene må tolkes med forsiktighet i forhold til generaliserbarhet.

Problemstillinger knyttet til karriereutvikling og jobbstabilitet som følge av deltakelse i Supported Employment er studert. Becker *et al.* (2007) har for eksempel gjort en oppfølgingsstudie 8-12 år etter gjennomført SE-program hvor problemstillingen var å se på langtidseffekter av programmet. Denne studien finner at mange var i ordinært arbeid i store deler av disse årene. Det ble også rapportert om mange andre positive gevinster knyttet til arbeidssituasjonen, fra sykdomsmestring, selvfølelse og sosial aktivitet. En annen studie finner også indikasjoner på positive langtidseffekter av SE program, særlig på arbeids- og livskvalitetsvariabler (Salysers *et al.* 2004).

I en annen studie undersøkes effekten av et sentralt punkt i SE program; jobbstøtte definert som rådgivning, støtte og problemløsning i selve jobbsituasjon (Leff *et al.* 2005). Jobbakkvirring og det å holde på en jobb er viktige faktorer for både deltakere og politikere. Når ressursene er begrenset er det imidlertid mulig å tenke seg at man i programmer fokuserer mer på jobbutvikling enn på jobbstøtte. Konklusjonen av nevnte studie er at jobbstøtte kunne settes i sammenheng med flere måneder i første ordinære jobb, men ikke med antall arbeidstimer utført. Kausale sammenhenger var imidlertid ikke mulig å påvise (*ibid*).

I en studie fra 2007 blir det sett på betydningen kliniske og bakgrunnsegenskaper ved brukerne som kan settes i sammenheng med jobbutfall, som videre kan predikere med hvilken intensitet klienter har behov for yrkesrettet støtte (Zito *et al.* 2007). Resultatene viser at det er en negativ sammenheng mellom antall arbeidstimer pr. uke og intensitet på yrkesrettet støtte. Brukere som er sosialt uoppmerksomme eller som aktivt unngår å delta i det sosiale livet synes å frembringe oppmerksomhet fra rådgiver. Klienter som er sosialt engasjert blir trolig bedre likt. Disse vil trolig være mer tilbøyelig til å få støtte og hjelp fra kollegaer når det oppstår jobb-relaterte problemer (*ibid*).

Ikke alle deltakere i SE program får realisert sine jobbmål. Dette kan skyldes mange forhold. I en studie blir det fokusert på om kliniske egenskaper ved personer kan forklare noe av dette (Razzano *et al.* 2005). Denne studien finner at dårlig selvvurdert funksjonsevne, negative psykiatriske symptomer og nylig sykehusinnleggelse viste en sammenheng med dårlige jobbutfall.

I en kvalitativ studie ser man på betydningen av egenskaper ved deltaker for utfallet av SE program (Woodside *et al.* 2006). Tre temaer fremstod som viktige for å beskrive hvordan pasientene oppnådde yrkesmessig suksess: å være i stand til å selv vurdere sin psykiske helse, aktivt jobbe med å vedlikeholde og forbedre sin psykiske helse, og å jobbe bevisst med sosial tilknytning til kollegaer (*ibid*).

Det finnes også en del studier som ser på spesialtilpassede versjoner av Supported Employment. En studie som evaluerte et tilleggsprogram med fagopplæring fant at det ikke bidro

til bedre resultater for personer på SE (Mueser *et al.* 2005).

I en annen studie gjøres en evaluering av et program som slår sammen supported employment, supported education og support development (Hutchinson *et al.* 2007). Alle disse ulike intervensjonene er betraktet som viktige metoder for å få jobbutfall innenfor psykiatrisk rehabilitering. Programmet bestod av en klasseromsdel hvor deltakerne fikk opplæring i databehandling, deretter fulgte en 2 måneders ubetalt praksis, deretter deltok de i et SE program. Studien viste at deltakerne opplevde en forbedring i jobbstatus og inntekt i tillegg til en signifikant forbedring i selvfølelse og mestring. Det fant også sted en nedgang i bruk av helse-tjenester og rehabiliteringstjenester i løpet av tiden (*ibid*).

I en annen studie studeres effekt av kognitiv trening (The Thinking Skills for Work Program) i forbindelse med SE (McGurk *et al.* 2005). 4 komponenter er med: vurdering, databasert kognitiv trening, jobbsøkningsplanlegging, jobb-støtte konsultasjoner. Resultat fra randomiserte kontrollert studie støtter at kognitiv trening gjennom dette programmet i en SE-setting har betydning i forhold til kognitive ferdigheter og sannsynligheten for å få og beholde ordinært arbeid også for personer med minoritetsbakgrunn som har relativt lite utdanning (*ibid*).

3.7.4 STUDIER FRA CANADA OG KI-NA

Canadiske studier viser at IPS/SE synes å ha meget gode resultater sammenlignet med andre tilbud for personer med alvorlige, psykiske lidelser. I en kontrollert, randomisert studie fra 2006 får 47 prosent av deltakerne på SE-tiltak

ordinært arbeid i en eller annen form, mot 18 prosent i kontrollgruppen (Latimer *et al.* 2006). En annen ikke-randomisert studie viser ved overgang fra skjermede ordninger til SE økte andelen som fikk ordinært arbeid fra maksimum 25 prosent til 50 prosent blant deltakerne (Oldman *et al.* 2005).

I Kina står de overfor et enormt behov for behandling og rehabilitering av 16 millioner voksne med psykiske lidelser (Yip 2007). En studie fra Hong Kong viser at effektene av SE program er konsistente med funn fra USA (Kin Wong *et al.* 2008) og gir støtte for at IPS modellen er anvendbar også i Hong Kong, som representerer et helt annet kulturelt og sosioøkonomisk miljø. Årsaken til at programmet er overførbart, synes å være knyttet til at det finnes et definert program, og at det er veldokumenterte prinsipper som anvendes (*ibid*). I en annen studie fra Hong Kong undersøkes årsaker til at personer velger å avslutte arbeidsforhold de har fått gjennom SE program (Mak *et al.* 2006). Resultatene viser at mens 47 prosent valgte å slutte fordi de hadde fått en annen jobb, sluttet over halvparten av deltakerne fordi de var misfornøyd med jobben de hadde uten å ha noen annen jobb å gå til (*ibid*).

3.7.5 NY STUDIE FRA EUROPA: “TRAIN-AND-PLACE” VS. “PLACE-AND-TRAIN”

Europa er forskjellig fra USA og de andre landene mange av studiene vi har sett på kommer fra - både når det gjelder sysselsettingspraksis og velferdspolitik. Europa har for det første et mye sterkere arbeidervern sammenliknet med den “hire and fire” kulturen vi finner for eksempel i USA. For det andre er velferdsordningene generelt mer sjenerøse i Europa sammenliknet

med USA. Det har derfor vært usikkert om funnene fra studiene fra disse landene kan overføres til europeiske forhold.

I en ny studie fra Europa undersøkes det derfor om effekten av Individual Placement and Support (IPS) varierer med situasjonen på arbeidsmarkedet og etter velferdssystem (Burns *et al.* 2007).

Studien er en randomisert kontrollert studie der 312 pasienter med alvorlige psykiske lidelser tilfeldig ble valgt ut i seks europeiske byer (London, Sofia, Rimini, Zürich, Ulm og Groningen) til å motta IPS (n=156) og vanlig yrkesrettet attføring (n=156). Pasientene ble fulgt opp i 18 måneder, og hovedutfallet var forskjellen mellom andelen som gikk over i ordinær sysselsetting i de to gruppene. Målet med studien er å undersøke om den store variasjonen som også finnes internt i Europa i forhold til velferdssystem og arbeidsmarked, påvirker effektiviteten (effectiveness) av IPS sammenliknet med eksisterende og gode rehabiliterings og attføringstiltak (de beste ble valgt ut blant lokalt tilgjengelige tiltak). Dette er i likhet med mange andre studier derfor en sammenlikning mellom place-and-train (SE /IPS) og train-and-place (tradisjonelle rehabiliterings- og attføringstiltak). Disse tiltakene forpliktet seg til å ta i mot brukere innen to måneder etter randomiseringen. Alle IPS ansatte var "noviser" i IPS og som gikk gjennom samme opplæring på en prosjektkonferanse i begynnelsen av studieperioden, ledet av Deborah Becker som er opphavskvinnen til IPS programmet. I tillegg veiledet hun IPS-personellet hver andre uke gjennom telefonkonferanse. En stor mengde informasjon ble samlet inn ved baseline og etter 6, 12 og 18 måneder både fra brukerne og de ansatte ved tiltakene. Denne informasjonen

inkluderte yrkesaktivitet, innleggelse, tjenestebruk, tilfredshet med jobben, antall arbeidstimer med mer. Også tilfredshet med vedkommende vurdert ut fra klinisk og sosial fungering, livskvalitet, tjenestebehov m.m. ble målt. Resultatene viser at IPS var mer effektiv enn tradisjonell yrkesrettet attføring ved alle seks sentrene der 55 prosent av pasientene arbeidet minst en dag i vanlig jobb sammenliknet med 28 prosent av pasientene som ble randomisert til yrkesrettet attføring. Pasientene på IPS arbeidet flere timer enn de andre i løpet av de 18 månedene og de var sysselsatt i flere dager. Blant de som arbeidet minst en dag, beholdt personene i IPS programmet jobbene i lenger perioder enn de som ble randomisert til mer tradisjonelle programmer (214 dager vs 108 dager). I tillegg finner de at IPS brukerne systematisk hadde lavere sannsynlighet for innleggelse og hadde i gjennomsnitt halvparten så lange sykehusopphold. Tilsvarende er ikke funnet i USA og forfatterne mener dette kan skyldes større integrasjon av tjenestene i Europa.

I forhold til om SE har ulik effekt avhengig av rammebetingelser, målt i lokal arbeidsledighet, BNP vekst, langtids arbeidsledighetsrate og risiko for velferdsfeller, finner forskerne at kun lokal arbeidsledighet påvirker heterogeniteten i effekten av IPS. IPS var mest effektivt i Sofia og Rimini og det var der lokal arbeidsledighet var vesentlig lavere enn nasjonal ledighet. Effektene av IPS kan altså være avhengig av jobbtilgang lokalt, mens andre rammebetingelser ikke ser ut til å påvirke effekten av IPS. Dette betyr at forskningen fra USA sannsynligvis er overførbart til europeiske forhold når det gjelder Supported Employment/IPS.

3.8 ANDRE MODELLER

SE modeller er altså det yrkesrettede attføringsprogrammet som er mest evaluert og studert. Dette skyldes at det er en praksisbasert metode som er velegnet å studere pga. tydelige prinsipper og enkle utfallsmål. Tilsvarende studier på andre yrkesrettede attføringstiltak finner vi ikke i samme omfang. Vi har funnet noen eksempler på andre typer tiltak som har vært gjenstand for evaluering.

CGK

The Choose-Get-Keep Model (CGK) innebærer at fastleger diagnostiserer, planlegger og intervenserer for å hjelpe personer med psykiatriske problemer i å øke sin egen kompetanse, og å gi den støtten som er nødvendig for å greie seg og være tilfreds. I motsetning til andre program er ikke CGK avhengig av spesifikke settinger eller knyttet til en bestemt personellsammensetning, heller ikke til en bestemt måte å integrere tilbudet til pasienten slik som i IPS modeller. CGK modellen legger til rette for en bestemt veiledningsprosess mellom fastlege og pasient (Rogers *et al.* 2006a).

I en oversikt over studier av CGK modeller viser at dette er en tilnærming som er brukt på mange områder og i et variert sett av programtyper og strukturer (*ibid*). Resultatene fra tidlige studier er positive, men har metodologiske begrensninger da de hovedsakelig er observasjonsstudier. To randomiserte forsøk har resultert i tvetydige resultater. Årsaken til de uklare resultatene ligger trolig i at programmet ikke er veldefinert eller har klare kriterier for hvordan effektene skal måles (*ibid*).

KLUBBHUS (FOUNTAIN HOUSE BEVEGELSEN)

Fountain House bevegelsen som vokste frem på slutten av 1940-tallet har hatt stor utbredelse internasjonalt, også i Norge. Til tross for dette har det vært relativt få studier som har undersøkt utfallet av den yrkesrettede rehabiliteringen som foregår i regi av disse. I en studie fra 2005 ser man på ansettelsesmuligheter blant medlemmer av et klubbhus lokalisert i Massachusetts (McKay *et al.* 2006). Tre typer av tiltak gitt i regi av klubbhuset blir sammenlignet i denne studien: Transitional Employment (TE), Supported Employment (SE) og Independent Employment (IE). IE skiller seg fra SE ved at det ikke er noen forbindelse mellom arbeidsgiver og klubbhus, og fravær av støttetilbud på arbeidsplassen. Denne studien finner at det gis en rekke yrkesrettede tilbud i regi av klubbhusmodellen. TE fremstår som hjørnesteinen med 47 prosent av deltakerne. Klubbhus synes å egne seg godt til å vedlikeholde kontakt med brukere over tid og tilby kontinuerlig støtte og tjenester (*ibid*). Dette er forhold som har vist seg viktig for å bidra til gode jobbutfall.

I dag finnes det 5 klubbhus basert på Fountain House-modellen i Norge. Disse ligger i Oslo, Stavanger, Hønefoss, Bergen og Tromsø. Etableringen av Fontenehuset i Oslo, et rehabiliteringstilbud til mennesker med langvarige psykiske lidelser, er beskrevet og analysert i en rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (Spjelkavik 2003). Basert på informasjon fra intervju og spørreundersøkelser konkluderer rapporten med at responsen på klubbhuset synes å være god, både blant brukere og i det øvrige støtteapparatet for mennesker med psykiske lidelser. Selv om det ikke er sett på effektene av tiltakene i forhold til arbeidstilknytning, er Fontenehuset i Oslo i ferd med å bli et stabilt og bru-

kermedvirkningsbasert tilbud til personer med psykiske lidelser (*ibid*). Målet til Fontenehuset i Oslo finner vi på nettsidene deres: "Vårt mål er at medlemmene skal ta kontroll over eget liv ved å gjenvinne selvrespekt, mening med livet og håp for framtiden."

PVR (PSYCHIATRIC VOCATIONAL REHABILITATION)

Mange studier av PVR inkluderer ikke tidligere funksjonsnivå, tidligere arbeidshistorie og diagnoser. Vi har funnet en litteraturoversikt som tar for seg de personrelaterte faktorene som i sterkeste grad influerer jobbutfall etter deltakelse i PVR-program (Michon *et al.* 2005). Gode jobbutfall var sterkeste relatert til bedre jobbinnsett i løpet av PVR deltakelse, og tiltro til egne muligheter for å håndtere oppgaver og oppsatte mål. Sosial fungering i løpet PVR deltakelsen ga også signifikante utslag. I motsetning til tidligere studier antyder denne oversikten at det er selve jobbinnsett i løpet av PVR som har største betydning for jobbutfall (*ibid*).

SOCIAL FIRMS (SPESIELLE ATTFØRINGSBEDRIFTER)

Denne tilnærmingen har sitt utspring i en modell som ble utviklet for personer med psykiske lidelser på slutten av 1970-tallet i Nord-Italia (Warner & Mandiberg 2006). Suksessen fra Italia spredte seg til resten av Europa og til Austral-asia i årene etter, og senere i Canada, USA, Japan og andre steder (*ibid*). Kjenne tegn ved disse virksomhetene er typisk at over en tredjedel av de ansatte har en utviklingshemming eller en yrkeshemming og at lønnen er en rimelig markedslønn. Alle ansatte har de samme rettighetene, mulighetene og pliktene. Virksomheten er i et konkurrerende marked og

produserer gjerne produkter med høy arbeidskraft intensitet samtidig som de har koblinger til behandlende tjenester (*ibid*). Vi har i Norge tilsvarende virksomheter gjennom mangfoldet av attføringsbedrifter og vekstbedrifter, men som tidligere nevnt er disse i liten grad evaluert.

3.9 HVEM VIRKER TILTAKENE FOR?

Dette er svært vanskelig å svare på. For det første er det ikke alltid faktorer som motivasjon, vilje til å prøve og evner blir målt i studiene. For det andre er det mange faktorer som har betydning for om tiltakene nytter som er vanskelig å måle. Dette kan være personlighet, sosialt klima og elementer ved det psykososiale arbeidsmiljø på tiltaksplassen (skjermet eller ordinært arbeid). Det er for eksempel funnet at det er lite sammenheng i varig arbeidstilknypning mellom de som er motivert for å arbeide og de som i utgangspunktet ikke er det blant alvorlig psykisk syke (Macias *et al.* 2001b). Dette mener forskerne er et viktig argument for at tjenesten som yter yrkesrettet attføring (vocational services) bør integreres i helsetjenestene til psykisk syke og gjøres tilgjengelig for alle med alvorlige psykiske lidelser. Dette er i samsvar med inkluderingskriteriet i SE.

Personer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bilpolare lidelser samles ofte i felles studier. Studier som ikke differensierer godt nok mellom ulike grupper i forhold til demografiske kjennetegn, kliniske kjennetegn og fungering kan ha begrenset praktisk nytte dersom inkluderte grupper ikke er homogen i forhold til disse faktorene. En nyere australsk studie som sammenlikner arbeidsfungering og yrkeshemming blant personer med bipolare

lidelser og schizofrene lidelser, viser nettopp at slike studier har begrenset verdi fordi personer med disse lidelsene har mer unike enn felles behov i forhold til yrkesrettet rehabilitering/attføring (Waghorn *et al.* 2007).

Helt andre tilnærminger er nødvendig i forhold til den store gruppen med lettere psykiske lidelser. Disse er i mye større grad en del av arbeidsstyrken og mange faller ut eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Det er i liten grad forsket på hvilke tiltak som er mest effektive for denne store gruppen. I Nederland har de sett på effekter av en intervensjon der sosialarbeidere har stått oppfølging av personer med emosjonelle vansker og lettere psykiske lidelser for å bedre mestring og redusere varigheten på sykefraværet. Gruppen blir sammenliknet med personer med tilsvarende problemer som får vanlig oppfølging fra allmennlegen (Brouwers *et al.* 2006b). Dette er en spennende studie, intervensjonen er godt beskrevet og utvalget relativt stort. De finner ikke effekt på sykefraværet, men de konkluderer med at bedre resultater kunne vært oppnådd om målgruppen var de med mer alvorlige plager eller om intervensjonen hadde vært gjort av noen som var nærmere arbeidsmiljøet enn sosialarbeidere, for eksempel en arbeidsmedisiner (*ibid*). De har også utført en cost-effectiveness analyse av dette prosjektet, men finner at det ikke er kostnadseffektivt i forhold til vanlig oppfølging av allmennlegen (Brouwers *et al.* 2006a).

I Norge har det vært gjennomført en liknende studie der de undersøker effekten for sykmeldte med muskelskjelettlidelser og psykiske problemer av å være med i en løsningsfokusert intervensjon (Nystuen & Hagen 2006). Intervensjonen er basert på en metode som er utviklet i USA som har lang historie med tilhørende

forskning (*ibid*). Kurset består av 8 ukentlige sesjoner med varighet på 3-4 timer. Fokus er på mestringsstrategier, gjensidig støtte blant deltakerne og løsninger og mål for fremtiden. De finner at dette ikke er mer effektivt enn vanlig oppfølging av sykmeldte med psykiske lidelser eller muskelskjelettlidelser (*ibid*).

Det pågår liknende studier i Nederland, se for eksempel (Bakker *et al.* 2006; Bakker *et al.* 2007; Rebergen *et al.* 2007), men av de resultatene som foreligger er det ikke funnet at intervensjonene har særlig effekt. I en annen studie, også fra Nederland diskuteres mulighetene for å overføre en vellykket return-to-work (RTW) intervensjon for sykmeldte med ryggproblemer (low back pain) til ansatte med stressrelaterte psykiske lidelser og de finner at dette kan være en lovende tilnærming (van Oostrom *et al.* 2007). Det samme konkluderer en studie fra Canada med, men det handler fortsatt om en første fase for å designe RTW programmer for personer som er sykmeldt pga. psykiske problemer (Briand *et al.* 2007). Selv om det er mangel på konsistens og instrumenter som kan måle viktige dimensjoner i RTW-studier (Wasiak *et al.* 2007), kan det være grunn til å se nærmere på ulike rehabiliteringsperspektiver og metoder som er utviklet for andre grupper enn psykisk syke, og undersøke om det er mulig å overføre disse til grupper med psykiske lidelser i arbeidslivet.

Fra Norge har vi såpass lite forskning at det er umulig å si om det er noen grupper (etter funksjonsnivå og arbeidsevne) som har best resultater for noen tiltak i forhold til andre. Det vil ta tid og kreve mye forskning å finne frem til metoder og tilnærminger som gir tilstrekkelig informasjon om hvilke grupper tiltakene er mest virksomme for. Internasjonalt vet vi mye om

hva som virker for de med alvorlige lidelser, men lite om hva som skal til for de med lettere psykiske lidelser.

3.10 STORBRIANNIA MED FORSLAG OM OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK SYKE I ARBEIDSLIVET

I juni 2006 kom en gruppe, ledet av Lord Layard, med sin etter hvert kjente rapport "The Depression Report" (Layard, 2006). De innleder med å si at psykiske lidelser står for over en tredjedel av de totale byrdene av sykdom i Storbritannia, og det er beregnet at omtrent 6 millioner personer i Storbritannia lider av depresjon, angstlidelser eller begge deler. Dette er personer som er sterkt plaget av sine lidelser. Forfatterne argumenterer for at det ikke er fattigdom som er den største årsaken til elendighet, men psykisk uhelse. De viser videre til at de fleste som har depressive episoder ikke blir behandlet, og at de fleste som får behandling får det i form av medikamenter foreskrevet av allmennlegen – til tross for at majoriteten av pasientene ville foretrukket terapi. En av årsakene til at mange ikke får behandling er at det ikke finnes kapasitet blant behandlerne. Kostnader er en annen årsak til at medisiner brukes heller enn terapi. De hevder at depresjoner og angst står for en tredjedel av all uførhet (som i Norge), mens bare 2 prosent av utgiftene i offentlige helsetjenester går til disse diagnosegruppene. Storparten av budsjettene går til å behandle de mest alvorlige psykisk syke (schizofreni og bipolare lidelser) som er en liten andel pasienter med store behov. De hevder videre at de 16 prosentene av befolkningen som har depresjoner og kroniske angstlidelser også har desperat behov for tjenester og at

underbehandling påfører samfunnet svært høye kostnader. Dette kan kanskje kalles et samfunnsøkonomisk forebyggingsparadoks. Store summer brukes på en liten gruppe med stor individuell risiko som står for en liten andel av de samfunnsøkonomiske konsekvensen av psykisk sykdom. Mindre ressurser brukes på en stor gruppe med lavere individuell risiko men som på samfunnsnivå gir høyere samfunnsøkonomiske kostnader fordi dette gjelder mange flere.

Gruppen i Storbritannia beregner de økonomiske kostnadene av depresjoner og angst til omtrent 12 milliarder pund i året, eller 1 prosent av nasjonalbudsjettet. De mener det er en tragedie at selv om arbeid er en svært viktig faktor for å bli bedre (se innledning til forrige kapittel), havner svært mange personer i en ond sirkel der det å være utenfor arbeidslivet forsterker depresjon og gjør tilbakekomst i arbeidslivet enda vanskeligere. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) har konkludert med at kognitiv atferdsterapi¹⁵ er like effektivt som medisiner, og at kostnadene med denne behandlingsformen er omtrent de samme dersom pasientene ikke slutter å bruke medisiner. NICE tilrår derfor at med unntak av milde eller nyoppståtte tilfeller bør pasienter med angst eller depresjonslidelser få mulighet

¹⁵ Kognitiv adferdsterapi er en samlebetegnelse for en rekke spesifikke terapeutiske retninger som kognitiv terapi, Rational Emotive Behavior Therapy, Schema-Focused Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Multimodal Therapy, Reality Therapy m.fl. Grunntanken er vanligvis hvordan emosjoner og atferd i høy grad blir bestemt av hvordan mennesker strukturerer sin verden ved hjelp av tenkning og gjennom sitt meningsskapende tanke- og trossystem. De beste behandlingsresultatene har tradisjonelt vært for angst og depresjonslidelser, men forskning viser også lovende behandlingsresultater for spiseforstyrrelser, samlivsproblemer, alkoholproblemer, personlighetsforstyrrelser og psykoser.

for kognitiv atferdsterapi. Gruppen hevder videre at disse forslagene eller retningslinjene ikke er mulig å gjennomføre med dagens kapasitet. Ventetidene for terapi er i gjennomsnitt ni måneder eller mer, noe som ikke er forenelig med disse lidelsene. I noen områder er ikke terapi tilgjengelig i det hele tatt. Ingen NICE retningslinjer er så langt fra å være mulig å oppfylle som disse, og rapporten sier at befolkningen og politikere burde kreve at de skal implementeres så raskt som mulig.

Det er viktig å bemerke at dette ikke er snakk om tung psykiatrisk behandling eller langvarig tilbakeskuende terapi. Disse nye terapiformene er korte, framoverskuende behandlingsformer som gjør personer i stand til å utfordre deres negative tenkning og bygge opp den positive siden av sin personlighet og situasjon. Kognitiv atferdsterapi er den mest utviklede av denne formen for terapi, men det er ikke sagt at det ikke finnes alternativer.

Layard *et al.* (2006) argumenterer for at dette er kostnadseffektiv terapi, basert på forskning som gir suksessrater for kognitiv atferdsterapi. Gjennom en vanlig samfunnsøkonomisk analyse finner de at behandlingen koster 750 pund per person og resultatet er minst to ekstra måneder i arbeid. Det betyr to færre måneder på trygd. Trygdekostnadene per måned er beregnet til 750 pund per person - så behandlingen betaler seg selv. Utfordringen de ser er å få de ulike departementene til å slutte å tenke på lokale budsjett, men heller på nasjonalbudsjettet.

Utvalget har videre beregnet hvor mange terapeuter som trengs for å innføre NICE retningslinjene. De foreslår 250 team (med seniorer som kan lære opp juniorer) med sentrale kon-

tor som burde jobbe på ulike arenaer (hos allmennlegen, arbeidsformidlingskontor, arbeidsplasser og hos frivillige organisasjoner). Pasienter burde henvises fra disse organisasjonene og vurderes av teamet før de henvises videre i systemet. Dette krever for eksempel økt kompetanse blant allmennleger for å identifisere og diagnostisere depresjoner og angstlidelser.

Layard *et al.* (2006) beregner videre at man trenger 10 000 terapeuter som bør kunne behandle 800 000 pasienter i året. Situasjonen er at 70 000 behandlere arbeider i offentlige helsetjenester der de stort sett behandler personer med schizofreni lidelser og bipolare lidelser. De mener at det ikke er noe problem å utdanne 10 000 nye behandlere i løpet av en 7-årsperiode så lenge viljen hos offentlige myndigheter er til stede. 5 000 av disse bør være kliniske psykologer, for det meste unge som får praksisplasser i spesialisthelsetjenesten (praksisplasser må midlertidig øke fra 550 til 800). Utdanningen innen klinisk psykologi burde vektlegge klinisk adferdsterapi i større grad. I tillegg mener de at 5 000 psykologiske terapeuter burde omskoleres og videreutdannes blant de 60 000 sykepleierne, sosialarbeiderne, ergoterapeutene og rådgiverne som allerede arbeider med psykisk helse i offentlige helsetjenester. Disse vil være verdifulle ut fra sin erfaring med personer med psykiske problemer og mange av disse vil ha de riktige personlige kvalitetene for å bli gode terapeuter.

Gruppen foreslår en 7-årig opptappingsplan, slik at de innen 2013 vil ha en ny tjeneste som kan fylle oppgaven. Resultatet vil være 250 team på nasjonal basis med 40 terapeuter i hvert team. Dette betyr 40 nye team hvert år. Disse teamene skal også danne grunnlaget for

opplæring av terapeuter i fremtiden. I 2013 blir kostnadene rundt 600 millioner pund i året.

“The depression report” kan oppfattes som en sterk lobby-input for å øke ressursene innen psykiatri, den avsluttes for eksempel med oppfordringen: “But those who control our public expenditure can only respond if they hear the demand. We ask each reader to make the demand known”. For å forstå kraften bak denne rapporten bør en se på listen over de som har signert og vært med på å utvikle dette forslaget. Arbeidet er ledet av Lord Layard - en svært anerkjent professor i samfunnsøkonomi ved London School of Economics (LSE) som har hatt stor innflytelse på britisk arbeidsmarkedspolitik. Blant de andre anerkjente navnene finner vi Graham Thornicroft og Martin Knapp.

Det synes som det er lite kritikk mot dette forslaget. Forslaget anses av flere som radikalt, men nødvendig. En kritikk mot forslaget er at selv om kognitiv adferdsteori er effektiv for behandling av depresjoner, er denne terapiformen i forslaget forutsatt å kunne få folk tilbake i arbeid. Denne koblingen ser ikke ut til å være godt nok dokumentert.

3.11 OPPSUMMERING

Tiltakene i Vilje Viser Vei og andre tiltak i Norge er i liten grad evaluert. Det finnes noen evalueringer basert på brukererfaringer, men svært få effektstudier. Dette gjør at det er vanskelig å vurdere tiltakene dersom de skal være arbeidsmarkedstiltak med overgang til ordinært arbeid som mål.

Internasjonalt har typisk tiltakene som kalles Supported Employment og IPS vist seg å være effektive for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette er tiltak med fokus på å få bru-

kerne raskt ut i ordinære jobber heller enn langvarig skjerming og trening til et liv i arbeid. Det har tidligere vært vanskelig å vurdere om resultatene fra forskningen fra USA på dette området er overførbare til europeiske forhold med et arbeidsmarked som skiller seg sterkt fra USA sin “hire and fire” kultur og lite generøse velferdssystem. Ny forskning fra Europa tyder på at de positive funnene fra USA er gyldige også i Europa, men at effekten av tiltakene er bedre der den lokale arbeidsledigheten er lav. Det synes derfor å være stor enighet om at dette er den beste fremgangsmåten, men en av årsakene til at dette tiltaket har vært forsket mye på skyldes at tiltaket er godt operasjonalisert med et strengt opplegg som skal følges for at begrepene skal kunne brukes. Andre tiltak kan være like effektive, men er i mindre grad evaluert fordi innholdet i programmene kan variere fra tiltak til tiltak.

Som nevnt i kapittel 2 er det også viktig med forskning som resulterer i gode metoder for at de pasientene som er i behandling ved poliklinikkene (både rus og psykiatri) skal beholde arbeidstilknytningen som mange allerede har når de starter behandlingen. Også mange av døgnpasientene har en viss arbeidstilknytning, og metoder for å beholde denne bør også utvikles. Pasientene som allerede har en arbeidstilknytning faller stort sett utenfor tiltakene vi har sett på her, de gjelder i hovedsak de som ikke har noen arbeidstilknytning i utgangspunktet.

Det finnes få studier som ser på arbeidsmarkedstiltak eller attføringstiltak for de med lettere psykiske lidelser. I Storbritannia er det foreslått at behandlingsskapiteten for kognitiv adferdsterapi skal økes drastisk for å begrense sykefravær og utstøting fra arbeidslivet som skyldes depresjoner og angstlidelser. Det er

stor tro på at korttidsterapi med fokus på mestring vil ha avgjørende betydning for beholde arbeidsevnen for denne store gruppen som anses for å være den største utfordringen i dagens arbeidsliv.

Det kan synes som at flere prosjekter som nå er satt i gang i Norge er basert på samme erkjennelse som de har kommet til i Storbritannia. Prosjektet vårt innebærer ikke en kartlegging av tiltak som er iverksatt i Norge, men gir en oversikt over forskningsbasert kunnskap på området. Vi har likevel identifisert to prosjekt som bygger på samme filosofien som rapporten til Lord Layard. Det ene er et prosjekt innen Jobbmestrende oppfølging igangsatt som et pilotprosjekt i Østfold rettet mot lettere psykiske lidelser. Her forsøker man å endre måten brukerne tenker på når de har kommet inn i et negativt tankemønster. Det andre er PIA prosjektet i Arendal som er utviklet av attføringsbedriften Durapart, og som inneholder styrking av hele mennesket med mestring, ernæring og

fysisk aktivitet. Det pågår for tiden evalueringer av begge disse tiltakene.

Generelt synes forskningsresultatene å gå i retning av at direkte utplassering i ordinært arbeid har god effekt for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette betyr ikke at det ikke er behov for skjermede tiltaksplasser og det kan være risikofyllt å bygge ned et eksisterende mangfold. I Norge er det stort fokus på inkludering i arbeidslivet og jo sterkere inkluderingsønske, jo større må mangfoldet av tiltak være. For personer som har lite arbeidserfaring og/eller har vært lenge ute av arbeidsstyrken, kombinert med lavt eller varierende funksjonsnivå eller arbeidsevne pga psykiske lidelser eller problem, kan prosessen være lang og det kan være behov for flere ulike tiltaksformer.

Det er langt mindre evidensbasert forskning som viser hva som bør gjøres for personer med lettere psykiske lidelser.

4 ARBEIDSLIV OG RUS

4.1 INNLEDNING

Vi har også valgt å inkludere tema som omhandler rus, avhengighet og arbeidsliv i denne kunnskapsstatusen om arbeid og psykisk helse. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012 har arbeid og psykisk helse som hovedperspektiv. En del av de som opplever psykiske vansker har imidlertid samtidige rusrelaterte problemer – og strategien omfatter derfor også personer som i tillegg til psykiske lidelser har rusmiddelproblemer eller andre utfordringer. For mange vil rusmiddelbruk i en eller annen grad påvirke arbeidshverdagen – enten direkte eller gjennom kolleger, den kan være konsekvens av eller opphav til psykiske vanskeligheter, og er således et aspekt ved arbeidslivet som bør være gjenstand for forskning.

Det finnes lite kunnskap om omfanget og karakteren av arbeidsrelatert bruk av illegale rusmidler og/eller medikamenter i Norge i dag – på dette området er forskningsbehovet stort (Frøyland 2007). Alkohol er det rusmidlet som i omfang gir de største sosiale og helsemessige konsekvensene. WHO-rapporten "Global Status Report on Alcohol 2004" viser til en rekke studier som påviser sammenhenger mellom misbruk av alkohol og arbeidsledighet (Gallant 1993; Mullahy & Sindelar 1996; Claussen & Aasland 1993; Claussen 1999; Mangione *et al.* 1999; Dooley & Prause 1998). Det er imidlertid ikke nødvendigvis de med alvorlige ruslidelser

som utgjør det største problemet i arbeidssammenheng: Mangione *et al.* (1999) gjør funn som tyder på at arbeidsytelse er relatert til alkoholinntak og drikkemønster. En av konklusjonene i denne studien er at selv om de som drikker store mengder alkohol rapporterte større problemer med å yte arbeidsinnsats enn de som drikker mindre, sto de som drikker mindre eller moderat for en større *andel* av problemene – fordi dette gjelder flere. Dette omtales i rusmiddellitteraturen som forebyggingsparadokset. Dette paradokset innebærer at de store alkoholproblemene i samfunnet skyldes i større grad de som drikker moderate mengder enn personer som drikker store mengder fordi det er mange flere som drikker moderate mengder, selv om de som drikker moderate mengder har individuelt lavere risiko for problemer knyttet til rusbruk enn personer som har høyere forbruk. Det eksponentielle forholdet mellom risiko og forbruk på individnivå kan dermed ikke overføres til samfunnsnivået.

I en eller annen form angår rusmiddelbruk alle arbeidstakere – på tvers av bransjer og stillingsbetegnelser. Det er vanskelig å definere hva som kan og bør kalles arbeidslivsrelatert rusmiddelbruk. Skillet mellom arbeid og fritid har blitt mer diffust med årene, og økte innslag av hjemmekontor, reisevirksomhet, representasjonsopptredener o.l. har utvidet mulighetene for å nyte rusmidler i jobbsammenheng (Frøyland 2005; Frøyland & Grimsmo 2006; Frøyland 2007; Nesvåg & Lie 2004; Nesvåg 2005; Her-

mansson 2004; Frone 2006b; Sagvaag 2007). Selv ansatte som avstår fullstendig fra rusmidler vil komme opp i jobbrelaterte situasjoner der de må forholde seg til rusmidler, og da spesielt alkohol – enten i representasjonssammenheng (middager med forretningsforbindelser etc.), sosiale sammenkomster med kolleger på jobben, eller kanskje også i form av kolleger som opplever rusmiddelproblemer. Når rusmiddelbruk får et problematisk omfang vil det gi konsekvenser for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Det vil påvirke arbeidsmiljøet og bety at noen ikke har det bra med seg selv, eller en kollega, og vi beveger oss da inn på psykisk helsefeltet - uten at det nødvendigvis er snakk om alvorlige psykiske lidelser eller vansker.

Rusmiddelbruk i relasjon til arbeidslivet er et tema det har vært forsket en del på internasjonalt, særlig i USA. I Norge har vi forsket relativt lite på dette feltet, men har hatt lang tradisjon for å arbeide med rus i arbeidslivssammenheng gjennom AKAN – Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (etablert i 1963, samarbeid mellom LO, NHO og staten). I følge Frøyland (2005) preges forskingen både her til lands og internasjonalt av at det er få brede studier som undersøker flere bransjer samtidig, noe som gjør generalisering vanskelig.

Vi har valgt å organisere kapitlet slik at vi starter med å se på forskningsresultater fra inn- og utland mht. forekomst, konsekvenser og tiltak i forhold til arbeidstakere som sliter med *samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer*, eller har en definert ruslidelse og er under *substitusjonsbehandling* (LAR). Videre tar vi for oss kunnskapen som finnes om *omfang og konsekvenser* av rusmiddelbruk i arbeidslivet, *arbeidsmiljøfaktorer* som påvirker rusmiddelbruk,

tiltak iverksatt for å forebygge eller "behandle" problematisk rusmiddelbruk – herunder *rusmiddeltesting* av arbeidstakere, samt at vi ser spesielt på *unge arbeidstakere* og rusmiddelproblematikk. Til slutt vil vi se kort på den kunnskapen som finnes om konsekvenser av *spilleproblemer og spilleavhengighet* i et arbeidslivsperspektiv. Konsekvensene av spilleavhengighet, både for den det gjelder, vedkommendes familie og arbeidssituasjon, likner mye på konsekvensene av rusmiddelavhengighet og innebærer i mange tilfeller også forekomst av psykiske vansker og suicidal atferd (Fekjær 2006; Hansen & Rossow 2008).

4.2 PSYKISKE LIDELSER, RUS OG ARBEIDSLIV

I følge en rapport om diagnoseinstrumenter for dobbeltdiagnoser¹⁶ fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2007), har personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser tradisjonelt fått behandling i parallelle tiltak. Dette til tross for at forskning viser at personer som er til behandling i psykiske helsevern ofte har en ruslidelse, mens personer som behandles for ruslidelser ofte også har psykiske lidelser.

¹⁶ "Dobeltdiagnoser" har i Norge blitt brukt om alvorlige psykiske lidelser og omfattende, vedvarende rusmiddelmisbruk. Avgrensningen brukes også i amerikansk og engelsk litteratur. Med alvorlig psykisk lidelse menes schizofreni og schizofrenilignende tilstander, affektive psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Begrepet rusmiddelmisbruk omfatter vanligvis både skadelig bruk og avhengighet, som i tillegg til intoksikasjon og abstinens er diagnosekategorier i ICD-10 og DSM-IV (Aakerholt 2006).

Det er relativt få publikasjoner på norske data som viser forekomst av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser – og oss bekjent ingen norske undersøkelser som særlig har sett på omfanget av *arbeidstakere* som opplever dobbelt opp i forhold til slike problemer. Heller ikke internasjonalt er det gjort mye på dette området (Laudet *et al.* 2002). Når behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnoser til nå har foregått som parallelle løp i spesialist- og kommunehelsetjeneste, er det grunn til å anta at arbeidsmarkedstiltak for denne gruppen også i stor grad har vært preget av at man hovedsakelig saksbehandles ut fra den ene eller andre diagnosen.

De mest vanlige psykiske lidelsene blant ruspasienter er angst, depresjon og personlighetsforstyrrelse, og funn i en norsk studie tyder på at to tredeler av de psykiske lidelsene synes å debutere minst ett år før ruslidelsen (Bakken *et al.* 2003). Flere studier dokumenterer høy forekomst av ruslidelser hos personer med de mest alvorlige psykiske lidelsene (Aakerholt 2006; Fergusson *et al.* 2005; Blanchard *et al.* 2000; Ringen *et al.* 2007; Ringen *et al.* 2008; Bellack *et al.* 2006). Blant de med alvorlig psykisk lidelse er livstidsforekomsten av skadelig bruk eller avhengighet på mellom 40-60 prosent (Blanchard *et al.* 2000). En oversiktsartikkel fra USA konkluderer med at omtrent halvparten av personer med schizofreni som er i behandling også har en ruslidelse (Westermeyer 2006).

Det er gjort noen norske studier i psykisk helsevern som har kartlagt pasientenes bruk, misbruk og avhengighet av narkotika, medikamenter og alkohol. På bakgrunn av pasientregistrering blant behandlere og polikliniske og døgninnlagte pasienter i psykisk helsevern i 2003/2004, viste analysene at 25 prosent av

pasientene i poliklinisk behandling og 26 prosent av pasientene i voksenpsykiatriske institusjoner hadde et middels til stort rusmiddelmissbruk siste uke før behandlingsstart og/eller en ruslidelse (Lilleeng 2007). En annen rapport fra SINTEF Helse – som benyttet samme datamateriale i tillegg til informasjon fra rusbehandlingsinstitusjoner, fant at i 2004 hadde 11 prosent av pasientene i psykiatriske poliklinikker en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose, i psykiatriske døgnenheter ni prosent tilsvarende diagnose. Det var betydelig flere rus og psykiatriske pasienter i aldersgruppa 18-29 år og blant menn. Hele 75 prosent av pasientene i rustiltak hadde ikke noen anført diagnose, mens det ble anslått fra behandlerne at omtrent én tredjedel av ruspasientene hadde en alvorlig behandlingstrengende psykisk lidelse (Gråwe & Ruud 2006).

Ringen *et al.* 2007 hadde et utvalg på 336 pasienter med schizofreni og bipolar lidelse i et opptaksområde for spesialisthelsetjenesten i Oslo. I tillegg til omfattende klinisk informasjon ble pasientene intervjuet om rushistorie, vaner og bruksmønstre. Analysene viste at pasienter med bipolare lidelser hadde høyere alkoholkonsumrater enn andre pasienter, mens schizofrenipasienter oftere benyttet sentralstimulerende midler og oftere brukte flere ulike typer illegale rusmidler. De som brukte cannabis som eneste rusmiddel hadde oftere enn de øvrige en bipolar lidelse. Artikkelen konkluderer med at det finnes diagnosespesifikke mønstre i rusbruk blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og at rusbruk dermed kan være en viktig faktor å studere i overlappende sykdomsmekanismer. En annen viktig kommentar i denne artikkelen, som er av betydning i forhold til problematikken rus og arbeidsliv, er at det ikke nødvendigvis er

slik at terskelen for negative konsekvenser av rusbruk direkte korresponderer med kriteriene i diagnoseklassifikasjonssystemene ICD-10 eller DSM-IV. Det er også mulig at rusbruk i kortere perioder og mindre omfang kan ha viktige konsekvenser som hjelper på forståelsen av forholdet mellom rusbruk og psykiske lidelser (*ibid*).

I år har det kommet en ny artikkel fra Ringen m.fl. som sammenlikner forekomsten av illegal rusbruk hos folk med psykiske lidelser med den generelle befolkningen (tverrsnittstudie, 148 pasienter med schizofreni og bipolare lidelser og 849 pasienter fra samme sykehusavdeling i samme periode som referansegruppe – ble sammenliknet med 329 vanlige Oslo-borgere som ikke var til psykiatrisk behandling). Livstidsbruken av illegale stoffer viste seg å være 44 prosent høyere blant de psykiatriske pasientene enn i befolkningen for øvrig, mens bruken av amfetamin/kokain var hele 160 prosent høyere blant pasientene (Ringen *et al.* 2008).

Å komme/være i arbeid kan være både mål og virkemiddel ved behandling av ruslidelser (Magura 2003; Laudet *et al.* 2002; Magura *et al.* 2004). I en studie av 500 pasienter i rusbehandling (USA) finner Webster *et al.* (2007) at kvinner hadde høyere forekomst av psykiske vansker, og opplevde større barrierer i forhold til arbeidsmarkedet enn menn. Rusmiddelmissbrukere med samtidige psykiske lidelser hadde også generelt større problemer med å få arbeid enn de rusmiddelmissbrukerne som ikke opplevde psykiske lidelser. De signifikante funnene i studien tyder på at det er de psykiske problemene som er en stor del av årsaken til at kvinnelige rusmiddelmissbrukere i større grad enn mannlige, opplevde arbeidslivsrelaterte problemer. En analyse av de direkte effektene av psykisk helse på opplevde barrierer på å kom-

me inn på arbeidsmarkedet, viste at jo mer personen opplevde barrierer i forhold til å få jobb, jo mer sannsynlig var det at personen hadde psykiske problemer (Webster *et al.* 2007).

En annen amerikansk artikkel fant at kvinners sannsynlighet for å komme inn i sosialstønadssystemet, i stedet for å være sysselsatt, økte signifikant med økt forekomst av depresjon og økt inntak av alkohol. Man fant imidlertid ikke statistiske bevis for at det å forlate sosialstønad til fordel for arbeid hadde et positivt utslag i form av mindre alkoholkonsum. Studien benyttet et paneldatasett der over 3 600 kvinner ble trukket tilfeldig fra en nasjonal longitudinell studie i perioden 1992-94 (Dooley & Prause 2002).

Laudet *et al.* 2002 etterlyser mer forskning omkring mennesker med dobbeltdiagnoser i relasjon til arbeidslivet. Artikkelen har hentet data fra en selvhjelpsgruppe for mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse, og viste at pasientene generelt var svært interesserte i å arbeide, men også uttrykte at hindringene var mange for å få eller beholde en jobb. Status for rusmiddelmissbruket og hvor mye psykiske problemer man opplevde å ha, påvirket interessen for å arbeide signifikant. Symptomer på psykiske lidelser var signifikante indikatorer på at det opplevdes vanskelig å få jobb, mens rusmisbruk i seg selv og fysiske plager ikke opplevdes som like store hindringer. At det er de psykiske vanskene som oppleves som den største barrieren på arbeidsmarkedet hos et menneske som også sliter med rusproblematikk, er et resultat det bør taes hensyn til i utforming av arbeidsmarkedstiltak for denne gruppen, og i behandlingstilbudet til pasienter med rusproblematikk (*ibid*).

Som vi viste i begynnelsen av kapittel 2 har en betydelig andel av pasientene i psykisk helsevern arbeidstilknytning enten ved at de er i inntektsgivende arbeid eller er sykmeldt eller under rehabilitering. Når innslaget av rusproblematikk øker for disse pasientene, reduseres andelen med arbeidstilknytning (Lilleeng 2007). I overkant av 10 prosent av pasientene i døgnbehandling og nær 40 prosent av pasientene i poliklinisk behandling ved rustiltakene, hadde egen inntekt (28%) eller sykepenger (11%) som hovedinntektskilde i 2003 (Gundersen *et al.* 2004). I 2006 er andelen polikliniske pasienter med hovedinntektskilde fra eget arbeid redusert til 20 prosent (Lie & Nesvåg 2006), men dette skyldes sannsynligvis at 2006 tallene har en tyngre casemix enn 2003 tellingen. Blant ruspasienter halveres andel med arbeidstilknytningen når psykiske hel-seplager er et tilleggsproblem.

4.2.1 MEDIKAMENTELL BEHANDLING, SUBSTITUSJONSBEHANDLING OG ARBEID

Vanedannende medikamenter

Antallet mennesker som tar medisiner mot angst, depresjon og andre psykiske lidelser har økt de senere år, uten at det er forsket mye på implikasjoner av slik medisinerings i arbeidslivet. En fransk studie fra 2005 så på forekomst og avhengighet av ulike typer medikamenter som påvirker psyken (psykoaktive medikamenter) i en gruppe arbeidstakere fra et område i Toulouse (Ngoundo-Mbongue *et al.* 2005). Utvalget på 1 273 personer besvarte et spørreskjema på to tidspunkt med ett års mellomrom, for å avdekke avhengighet. Forekomsten av medisinbruk for psykiske lidelser på første måletidspunkt var 9,1 prosent, og avhengighet til disse medisinene ble funnet i 3,5 prosent av utvalget.

Avhengighet av medisinen etter ett år var sterkt assosiert med nikotinavhengighet og økt bruk av illegale stoffer og/eller alkohol. Studien konkluderer med at blant arbeidstakere som bruker medisin som påvirker psyken, er én av tre å regne som avhengige.

I en kvalitativ studie fra Storbritannia (Haslam *et al.* 2005) rapporterte arbeidstakere med psykiske problemer at både symptomer og den medikamentelle behandlingen påvirket yteevnen på arbeidet. Flere hadde opplevd ulykker som de tilskrev medisineringsen, og særlig arbeidstakere som hadde ansvar for andre mennesker (lærere, helsepersonell og ledere) syntes å utgjøre en særlig sikkerhetsrisiko. Studien konkluderer med at arbeidstakere som bruker medisin for sine psykiske problemer som angst og depresjon, ofte føler at de utgjør en sikkerhetsrisiko i jobbsammenheng, og at dette er et resultat som bør tas hensyn til i håndtering av psykiske problemer på arbeidsplassen.

Frone (2006b) tar utgangspunkt i et nasjonalt representativt datasett fra USA, og har sett på forekomst av illegal rusmiddelbruk i den amerikanske arbeidsstyrken og på amerikanske arbeidsplasser. Studien konkluderer med at bruk av illegale stoffer i *arbeidsstyrken* estimeres til 14,1 prosent av sysselsatte voksne (17,7 millioner arbeidere i 2006). Illegal rusbruk på *arbeidsplassen* ble estimert til 3,1 prosent av sysselsatte voksne (3,9 millioner arbeidere i 2006).

I en norsk rapport om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning, etterlyser Frøyland (2007) mer forskning på illegal rusmiddelbruk og medikamentbruk i arbeidslivssammenheng, og hvilken rolle arbeidslivet spiller i så henseende. Han viser til

Arbeidsforskningsinstituttets evaluering av AKAN (Frøyland *et al.* 2005) som kom fram til at det kun var i et mindretall av bedriftene som hadde hatt ansatte med rusmiddelproblemer, og at det dreide seg om illegale stoffer og vanedannende medikamenter. En studie i privat norsk næringsliv viser at 18,5 prosent av de ansatte (og flere kvinner enn menn) hadde brukt vanedannende medikamenter i løpet av det siste året (Nesvåg & Lie 2001). 4,4 prosent hadde brukt slike medikamenter hver måned, 2,8 prosent hver uke og 1,3 prosent hver dag. Man fant en svak signifikant sammenheng mellom bruk av vanedannende legemidler og høyt alkoholforbruk. De mennene som brukte legemidler hver dag, var den gruppen som drakk aller mest. Kvinnene som brukte legemidler hver dag drakk imidlertid minst. Rundt 1-2 prosent av de ansatte hadde brukt medikamenter på en slik måte at det ble en viktig sak for arbeidsplassen (*ibid*). Det behøves altså mer forskning for å kartlegge hvilke konsekvenser slik medisinerings og vanedannende legemidler har for arbeidslivet, og behovet for slik forskning er økende.

Substitusjonsbehandling og arbeid

I følge strategiplanen for arbeid og psykisk helse har Arbeids- og velferdsetaten gjennom Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) nå et etablert tilbud til personer som er under metadon- eller subutexbehandling, og som har behov for mer omfattende bistand enn det lokale NAV-kontor kan tilby. I planen heter det at LAR-tjenesten har kompetanse innen yrkesrettet attføring, kjennskap til metadon og subutex, samt kunnskap om rusmiddelproblematikk.

For inntil få år siden ble tilbudet om yrkesrettet rehabilitering for LAR-klienter i Norge vurdert å være manglende. I 2001 ble det satt i gang et

prosjekt – "Medikamentassistert rehabilitering i yrkeslivet" (MARY) - som skulle utvikle tilbud om yrkesrettet rehabilitering til personer som mottok metadon- eller annen legemiddelassistert rusbehandling. Rusmiddelstaten og Aetat Arbeidsdirektoratet samarbeidet om prosjektet som pågikk fra 2001-2005, og i 2006 forelå evalueringen av prosjektet, gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet (Schafft & Frøyland 2006). Evalueringen gir et nyttig bidrag i forståelsen av hva som fungerer og ikke fungerer i arbeidslivssammenheng for denne målgruppen, og hva som er årsaker til at de ofte faller utenfor i arbeidslivet.

I følge evalueringen (*ibid*) var "Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS)" og "Arbeid med bistand (AB)" eksisterende attføringstiltak som ble sett på som aktuelle å tilpasse LAR-klientene. I oktober 2005 hadde 154 LAR-klienter deltatt på prosjektet, av dem var 112 skrevet ut og 42 fremdeles aktive i programmet. Omtrent 2/3 av deltakerne var menn, mens gjennomsnittsalderen var 40 år. Av de 112 som hadde sluttet i oktober 2005 hadde halvparten vært med i mellom 6-12 måneder. Kvinnenes prosjektdeltakelse var gjennomsnittlig noe kortere enn mennenes. Rundt en tredel av MARY-deltakerne som sluttet, gjorde det fordi yrkesrettet attføring i MARY etter hvert ble vurdert som lite aktuelt. Like mange sluttet fordi de hadde mistet behandlingsplassen sin i LAR, eller fordi de ikke møtte opp som avtalt. Ca. ¼ ble skrevet ut fordi de var for syke, mens kun sju prosent ble skrevet ut fordi de fikk vanlig jobb eller tok utdanning.

Evalueringen viser videre at svært mange av MARY-deltakerne slet med alvorlige psykiske problemer, som gjorde det ekstra utfordrende for tilretteleggerne å tilpasse tiltakene. De øre-

merkede plassene for skjermet arbeidstrening (APS) ble ikke sett på som tilfredsstillende av prosjektgruppa, og man valgte å gi deltakerne andre tilbud i stedet. F.eks. ble datakurs veldig populært. Et overordnet mål for deltakerne var å komme i ordinært arbeid, men også "det å ha noe å gjøre" og å skaffe seg utdanning og arbeidserfaring var viktig for mange. For de som følte at de ikke hadde lyktes i MARY, var et gjennomgående tema at forventningene var høyere enn hva prosjektet kunne innfri. Arbeidsgiverne hadde både gode og dårlige erfaringer fra MARY-deltakere i arbeidspraksis eller ordinær jobb. Arbeidsinnsatsen ble ofte vurdert å være god, men det var en del tilbakefallsproblematikk blant deltakerne. Prosjektets styrke blir vurdert å ha vært utvikling av nye samarbeidsrelasjoner mellom LAR-instansene, tidligere Aetat (nå NAV), sosialkontorer og til en viss grad også arbeidsmarkedstiltak. Samarbeidet har ført til at personer under LAR har fått bedre muligheter til å kunne nyttiggjøre seg Arbeids- og velferdsetatens tilbud for yrkesrettet rehabilitering. Evalueringen anbefaler at tilbudet styrkes ved å etablere bedre tilgang til psykiatrisk/psykologisk behandling parallelt i attføringsløpet.

Etter at dette prosjektet ble gjennomført har vi fått en ny organisering av Arbeids- og velferdsetaten (NAV) i hele landet (2007), i tillegg til en opptrappingsplan for rusfeltet som trer i kraft i 2008. Begge disse reformene har som mål å skape et bedre offentlig tilbud til personer som har behov for ekstra oppfølging og koordinerte tjenester. Fremtidige evalueringer og forskningsprosjekter vil vise hvordan omorganiseringen har slått ut for personer under Legemiddelassistert rehabilitering.

I 2007 kom en amerikansk artikkel som oppsummerer kunnskap om og implikasjoner (særlig økonomiske) av det å benytte arbeid som terapeutisk virkemiddel for tidligere rusmiddelmisbrukere som mottar metadonbehandling (Knealing *et al.* 2008). De økonomiske beregningene ble gjort med utgangspunkt i data for 122 LAR-klienter som i løpet av ett år hadde forsøkt å delta i arbeidslivet som ledd i å holde seg rusfri – samtidig som de fikk substitusjonsbehandling. Deltakelsen i prosjektet var delt i to og det ble levert urinprøver underveis. I den første fasen mottar deltakerne intensiv opplæring i forhold til det arbeidet de skal gjennomføre i fase to – lønnen utbetaltes i kuponger som kunne byttes i mat og andre tjenester – dette for å hindre at lønnen går til kjøp av stoff. I fase to ansettes deltakerne i vanlige jobber. De som arbeidet i tillegg til substitusjonsbehandlingen leverte signifikant flere negative urinprøver (59 %) enn de som ikke arbeidet som del av terapien (33 %). Median-lengden på et terapeutisk arbeidsopphold var 22 uker, og antallet klienter som deltok daglig var gjennomsnittlig 48 personer. Artikkelen konkluderer med at summen av metadon- og "arbeids"-behandlingen kostet omtrent 362 amerikanske dollar i uken for disse deltakerne. Denne kostnaden ble regnet å være lavere enn alternative behandlinger som benyttes for å opprettholde avholdenhet hos LAR-pasienter. Kombinasjonen arbeid og metadonbehandling kan med andre ord være en kostnadseffektiv måte å holde LAR-klienter rusfrie på.

4.3 OMFANG OG KONSEKVEN- SER AV RUSMIDDELBRUK I AR- BEIDSLIVET

Hittil i dette kapitlet har vi konsentrert oss om rusmiddelbruk hos mennesker som har en mer eller mindre definert eller diagnostisert lidelse, enten psykisk, rusrelatert eller begge deler – og hvilke konsekvenser slike lidelser kan ha for denne gruppen i arbeidslivet. For arbeidstakere flest og i befolkningen generelt handler rusmiddelbruk i all hovedsak om alkoholkonsum, og er relativt sjeldent knyttet til alvorlige psykiske lidelser. Når vi i dette kapitlet oppsummer kunnskap fra studier om prevalens og konsekvenser av rusmiddelbruk for arbeidstakere, dreier det seg altså hovedsakelig om bruken av alkohol – i et arbeidslivsperspektiv også det rusmidlet som har vært gjenstand for mest forskning, både nasjonalt og internasjonalt.

4.3.1 BEGREPSAVKLARING

Begrep som trenger avklaring i en diskusjon om alkoholkonsum er *alkoholproblemer* og *alkoholmisbruk*. Hva defineres som alkoholmisbruk? Dette er tema i en ny norsk artikkel av Sturla Nordlund, publisert i *Addiction Research and Theory* (2008). Artikkelen ser på endringer i nordmenns oppfatninger av hva som er alkoholmisbruk fra 1960 og fram til i dag. Datamaterialet er basert på survey-undersøkelser i representative utvalg gjennomført i 1964, 1989 og 2006, der respondentene skulle vurdere 18 ulike drikkesituasjoner som enten misbruk, ikke-misbruk eller tvilstilfeller. Konklusjonen er at nordmenns holdninger til alkoholkonsum har endret seg betydelig siden 60-tallet, og da spesielt hva som skal til for å definere et visst alkoholkonsum som *misbruk*. Holdningene har blitt mer tolerante og liberale, og jo mer folk

drikker selv, jo mer liberale er deres oppfatning av hva alkoholmisbruk er. Jo høyere det allmenne forbruket av alkohol har blitt, desto mer drikking skal til før man definerer det som misbruk. Disse holdningsendringene skjer i takt med økonomisk og kulturell globalisering, økt reisevirksomhet og turisme og generelt mer liberale holdninger til flere samfunnsspørsmål (Nordlund 2008).

Mens illegale narkotiske stoffer per se er ulovlige og dermed må regnes som misbruk (legaliteten vil variere noe mellom land), er alkoholmisbruk et mer dynamisk begrep som endrer innhold i takt med tiden og tidsånden. WHO har imidlertid nedsatt noen grenseverdier for hva som regnes som risikofylt drikking. De gjeldene målene er 14 AE (1 Alkohol Enhet = 12,8 gram/1,5 cl ren alkohol) per uke for kvinner og 21 EA per uke for menn. I Norge har vi i følge Nesvåg (2005) og Frøyland (2005) ofte betegnet risikofylt drikking som "å drikke på rødt", i tillegg til at vi har operert med en lavere grenseverdi enn WHO i forhold til drikking med "sannsynlig" risiko for ulike typer skadevirkninger: over 9 (og under 14) AE per uke for kvinner og over 13 (og under 21) AE for menn – ofte kalt "å drikke på gult". Instrumentene som er benyttet i studiene vi referer til i dette kapitlet har ulike måter å måle og definere problematisk rusmiddelbruk på, men det er sannsynlig at risikofylt drikking eller problem-drikking er definert med utgangspunkt i nivåer som er identiske med eller i nærheten av WHO-standarden. I britisk og amerikansk litteratur brukes ofte begrepet "heavy drinking" eller problemdrikking, mens andre studier operer med avhengighet eller rett og slett "det å ha rus- eller alkoholproblemer" som mål på når nivået på alkoholinntaket blir problematisk. Vi

vil benytte samme begrep for problemfylt rusmiddelbruk som forfatterne selv i de artikler det refereres til.

4.3.2 OMFANG AV RUSMIDDELBRUK BLANT ANSATTE

Historie

I 2008 kom Nils Gaups filmatisering av det såkalte "Kautokeino-opprøret" anno 1852. Filmen viser at kombinasjonen alkohol og arbeidsliv var problematisert allerede på midten av 1800-tallet. Den norske handelsstandens tilbud om sprit og spritkreditt til samene førte til at mange samiske menn ble avhengige av alkohol, kvinnene ble alene om å skjøtte rein-driftsnæringen og reinflokken krympet som følge av spritgjeld. I Hermansson (2004) går det fram at man før den industrielle revolusjonen betalte deler av lønnen ut i vodka. Dette gjaldt særlig Russland, men også i enkelte deler av Europa og USA hadde man tro på at produktiviteten ville øke og at arbeidstakerne lettere skulle akseptere dårlige forhold – hvis man bare hadde god nok tilgang til alkohol. Med den industrielle revolusjonen kom kravet om utdanning og strukturert arbeidstid, og arbeidsgiverne begynte å se nytten av å ha edru arbeidstakere. Edruelighet var sågar fagforeningssak i Sverige allerede mot slutten av 1800-tallet (*ibid*), og Sverige (1961) og Norge (1963) var blant de første i Europa til å etablere egne ressurscenter for rus- og avhengighetsproblematikk i arbeidslivet (Alna i Sverige, AKA i Norge) - begge initiert av arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner.

Omfang

Vi vil i det følgende støtte oss på en grundig kunnskapsoppsummering av norsk og internasjonal litteratur fra 2005 med tittelen "Arbeids-

liv og rus" (Frøyland 2005). Frøyland konkluderer med at det foreligger få undersøkelser om norsk arbeidsliv og rusmiddelbruk de siste 10 år. Et oppdatert søk i 2007 (Frøyland 2007) og vårt søk i januar og februar 2008 viser lite nytt. Mye av den internasjonale forskningen på rusmidler er preget av at man ikke skiller mellom hva som er arbeidsrelatert og generell bruk av rusmidler.

I Frøylands kunnskapsstatus (2005) går det fram at det i mindre grad enn tidligere drikkes i arbeidssituasjoner i arbeidstiden, men at en betydelig del av alkoholbruken til folk skjer i arbeidsrelaterte situasjoner – på reiser, konferanser/kurs, jobbfester, representasjonsmiddager o.l. (Nesvåg 2005; Heldmark 2005). Frøyland viser til at forskning på norske forhold tilsier at ca. 4-5 prosent av arbeidstakerne drikker mer enn WHO's anbefalte grenseverdier ("drikker på rødt"), mens 6-7 prosent har et bekymringsfullt alkoholkonsum ("drikker på gult"). Funnene er i samsvar med internasjonale studier. Kvinner drikker mindre enn menn, men forskjellene mellom kjønnene er mindre i arbeidslivssammenheng enn ellers. Lie og Nesvåg (2001) finner at over halvparten (57 %) av alkoholforbruket til ansatte som rapporterer at de drikker i arbeidsrelaterte sammenhenger, foregår nettopp i disse arbeidsrelaterte sammenhengene.

I den samme studien (*ibid*), der de hadde et representativt utvalg på 1 245 ansatte i 74 bedrifter i norsk privat næringsliv, hadde 2,6 prosent av de ansatte brukt illegale stoffer, mens 18 prosent hadde brukt foreskrevne medikamenter i løpet av det siste året, og 3 prosent i løpet av den siste uka (Nesvåg og Lie, 2004). Studien påviste sterke sammenhenger mellom bruk av illegale rusmidler og negative konse-

kvenser for arbeidsplassen (sykefravær, ulykker og beruset i tjeneste). Omfattende bruk av foreskrevne medikamenter var sterkt korrelert med sykefravær og det å oppfatte forholdene på arbeidsplassen som dårlige. 95 prosent av de ansatte hadde konsumert alkohol i løpet av året, og 4 prosent av kvinnene og 5 prosent av mennene kunne sies "å drikke på rødt" i henhold til WHO's standard. Blant annet var antall reisedager, antall arbeidstimer utenfor arbeidsplassen og holdninger til alkohol med på å forklare variasjonen i drikking blant de ansatte.

En amerikansk studie (Frone 2006a) benyttet telefonintervjuer med 2 805 arbeidstakere der det ble spurt om alkoholkonsum innen to timer før jobb, bruk i løpet av arbeidsdagen, jobbing i alkoholpåvirket tilstand og arbeid i bakrus. Resultatene viste at alkoholforbruk direkte på arbeidsplassen angår en estimert andel på 15 prosent av arbeidsstyrken i USA. Ca. 1,83 prosent drikker før jobb, sju prosent drikker i løpet av arbeidsdagen, 1,68 prosent jobber i alkoholpåvirket tilstand mens 9,23 prosent arbeider i bakrus eller en kombinasjon av disse. Fordeelingen av alkoholforbruket på arbeidsplassen var forskjellig mellom kjønn, rase/etnisitet, alder, sivil status, yrke og om man hadde skiftarbeid eller ikke.

En omfattende australsk studie (Berry *et al.* 2007) av 13 582 arbeidstakere tar for seg risikofyllt alkoholbruk i henhold til grenseverdiene i det australske "National Health and Medical Research Council". Funnene tilsa at ca. åtte prosent av arbeidsstyrken drakk alkohol ukentlig på et nivå som på kort sikt innebar høy risiko. Forekomsten av høyrisikodrikking var høyere blant yngre enn blant eldre, og kontrollert for sosiodemografiske faktorer var sannsynligheten for høyrisikodrikking lavest i utdannings-

bransjen og signifikant høyere hotell- og restaurantbransjen, landbruket, blant fabrikkarbeidere og i bygge- og anleggsbransjen. Drikkemønster assosiert med risikofyllt drikking på lengre sikt, var mer sannsynlig for arbeidere i lavere stillinger, sammenliknet med ledere.

I forhold til spørsmålet om bransjevariasjoner i omfanget av arbeidsrelatert alkoholkonsum, viser nyere studier at en slik sammenheng ikke er klar. Lie og Nesvåg (2001) finner ingen signifikante sammenhenger mellom bransje og alkoholforbruk i denne studien av norsk arbeidsliv. De finner imidlertid at andelen ansatte som har benyttet vanedannende legemidler var noe høyere innen varehandel, hotell/restaurant og transport, enn blant arbeidstakere i andre næringer. I en litteraturstudie av MacDonald *et al.* (1999) finner man at yrker som bartendere, artister, leger, kro/hotellverter, selgere og offiserer viser seg å være spesielt "fuktige". Ansatte i bygg- og anleggsbransjen, snekkere, servitører, transportarbeidere og ansatte i mobile yrker hadde høyere forekomst av stoffproblemer (MacDonald *et al.* 1999).

Begrensede utvalg, studier av enkeltbransjer og ulik metodetilnærming gjør det vanskelig å sammenlikne studier på tvers. En studie av Carpenter (2003) finner f.eks. signifikante forskjeller i selvrapportert alkoholkonsum avhengig av når på året undersøkelsen er gjennomført og hvilken kultur/rase man tilhører. Blant annet er det en tendens til at hvite og mørkhudede respondenter som intervjues i januar om sin alkoholbruk den siste tiden, har større sannsynlighet for å rapportere at de har drukket, sammenliknet med resten av året (Carpenter 2003). For spanske menn i denne amerikanske undersøkelsen, rapporteres det om høyere rapportert drikking siste tid i juni.

4.3.3 KONSEKVENSER AV RUSMIDDELBRUK HOS ANSATTE

Konsekvensene av rusmiddelbruk hos arbeidstakere er mangfoldige og ikke udelt negative. Økt sykefravær er kanskje den konsekvensen det har vært forsket mest på (Upmark *et al.* 1999; Ose *et al.* 2006b), men også produktivitetstap som følge av rus/bakrus, ineffektivitet og redusert yteevne, sikkerhetsrisiko, dårlig arbeidsmiljø, godt arbeidsmiljø, dempet stressopplevelse, psykiske problemer og lav mobilitet inn i og innad i arbeidslivet er eksempler på følger rusmiddelbruk kan ha. I følge Institute of Alcohol Studies dukker over 200 000 ansatte i Storbritannia opp på jobb i bakrus hver eneste dag (Institute of Alcohol Studies - UK 2007). Disse rapporterer ofte om konsentrasjonsproblemer og manglende evne til å få unna arbeidet i vanlig tempo. Ansatte som klager høyløyt over å være bakrus på arbeidsplassen kan dessuten være med på å undergrave andres respekt for seg, samt gi et dårlig inntrykk til kunder o.l. som representant for arbeidsplassen.

Frøyland (2005; 2007) viser til en rekke nasjonale og internasjonale studier som påviser sammenheng mellom rusmiddelbruk og sykefravær, alkoholkonsum og ulykker på arbeidsplassen, rusmiddelbruk og redusert yteevne og arbeidskvalitet, samt økonomiske kostnader ved alkoholbruk. Vi anbefaler å lese Frøylands kunnskapsstatus fra 2005 og den oppdaterte utgaven om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning (Frøyland 2007) for en grundig gjennomgang av litteraturen på disse områdene. Under ser vi kort på sammenhengen mellom sykefravær og rusmiddelbruk, samt noen positive konsekvenser av å ta seg et glass alkoholholdig eller to.

Grimsmo og Rossow (1997) så på sammenhengen mellom sykefravær og alkohol i Norge, og finner at en betydelig del av korttidsfraværet (1-3 dager) skyldes alkoholbruk – og at fraværet er høyest blant menn og unge arbeidstakere. Hammer (1999) har sett på rusmiddelbruk og sykefravær blant unge arbeidstakere i et norsk landsrepresentativt utvalg på 2 000 personer (fire undersøkelser over åtte år). Her dokumenteres ingen signifikant sammenheng mellom alkoholkonsum og totalt fravær, men studien viser høyt alkoholrelatert korttidsfravær. I 2006 kom en omfattende svensk studie basert både på registerdata om sykefravær og en spørreskjemaundersøkelse blant arbeidstakere. For menn viste analysen en signifikant økning i sykefraværet på 13 prosent ved 1 liters (ren alkohol) økning i det totale alkoholkonsumet. Effekten var ikke signifikant for kvinner (Norström 2006).

Når det kommer til positive konsekvenser fant Lie og Nesvåg (2001) at 60 prosent av de ansatte opplevde at alkoholkonsum førte til avslapning etter en tøff arbeidsdag, og henholdsvis 18 og 20 prosent hadde opplevd at rusmiddelbruken hadde ført til dempet jobbstress eller at de hadde kunnet glemme problemer på jobb. Over halvparten (53 %) hadde opplevd at rusmiddelbruken hadde styrket sosiale relasjoner og fellesskap på jobben. Internasjonalt rapporteres liknende funn (Moore *et al.* 2000; Henderson *et al.* 1996).

4.4 FAKTORER I ARBEIDSLIVET SOM PÅVIRKER RUSMIDDELBRUKEN – OG OMVENDT

Som for alt annet forbruk vil også etterspørsel etter alkohol og andre rusmidler variere med økonomiske konjunkturer, endringer i kjøpe-

kraft og tilgjengelighet til produktet. Demografiske variabler som kjønn og alder spiller også inn på alkoholforbruket, det samme gjør politiske og juridiske beslutninger. En studie fra Sverige viste at avgiftskutt i størrelsesorden 40 prosent på sprit og 15 prosent på vin ville øke det totale alkoholkonsumet per innbygger med 0,35 liter ren alkohol. Denne økningen ville være nok til å forårsake 289 ekstra dødsfall, 1 627 ekstra overfall og 1,6 millioner ekstra sykefraværsdager (Andreasson *et al.* 2006). Dette er eksempler på faktorer som påvirker rusmiddelbruken i arbeidslivet *utenfra*. I dette delkapitlet skal vi imidlertid se på faktorer *innen* arbeidslivet og *på* arbeidsplassen som påvirker rusmiddelbruken hos de ansatte – og hvordan rusmiddelbruken får konsekvenser for arbeidsmiljøet.

4.4.1 NYTT ARBEIDSLIV

Utviklingen i arbeidslivet påvirker både holdninger til, forekomst og konsekvenser av rusmiddelbruk i arbeidslivet. I dag snakkes det om at vi lever i "kunnskapssamfunnet", der de viktigste innsatsfaktorene i arbeidslivet ikke lenger er kapital, bygninger og utstyr, men menneskene selv. På mange måter kan man si at vi nå beveger oss bort fra det strukturerte og hierarkiske, og over mot mer fleksible og lokalt tilpassede organisasjonsstrukturer.

Økt fleksibilitet gir seg blant annet utslag i at det blir vanskeligere å skille arbeid og fritid. Fleksible arbeidstider, hjemmekontor, tjenestereising, representasjon og konferansedeltakelse er noe som inngår i arbeidshverdagen for stadig flere ansatte. Dette er eksempler på gråsoner og "smutthull" der vi vet at mye av det arbeidsrelaterte alkoholkonsumet foregår, men der bestemmelser som måtte gjelde for bruk av

rusmidler på arbeidsplassen blir vanskelige å håndheve (Nesvåg & Lie 2001).

Mens flere internasjonale studier har forsøkt å påvise at bransjetilhørighet kan forklare alkohol- og rusbruk i arbeidslivet, har det vært forsket relativt lite på dette i Norge – og særlig innen de nye bransjene som f.eks. reklame og IKT. Nesvåg (2004) skriver om alkoholkulturer i norsk arbeidsliv, og er inne på at *kulturen* på arbeidsplassen kan være mer bestemmende for alkoholbruken enn hvilken bransje man tilhører. Frøyland (2007) foreslår at det bør forskes mer på både bransjeforskjeller, geografiske forskjeller og forskjeller mellom stillingsposisjoner/roller i forhold til arbeidsrelatert alkoholbruk.

4.4.2 ARBEIDSMILJØFAKTORER

Sosialt klima på arbeidsplassen

En nylig publisert longitudinell (2000-2004) studie (spørreskjema per post) av 9 524 i utgangspunktet friske arbeidstakere fra Finland, viser at graden av sosial kapital på arbeidsplassen påvirker helse systematisk (Oksanen *et al.* 2008). Sosial kapital er i denne sammenhengen definert som "goodwill", kameratskap, sympati og sosialt samkvem mellom ansatte på et arbeidssted. Studien viser at høy sosial kapital på arbeidsplassen gir bedre helse hos de ansatte. De som svarte på undersøkelsen oppgav også hvor ofte og mye de vanligvis drakk av sprit, vin og øl, og dette ble så regnet om til absolutt antall gram alkohol per uke. Alkoholbruk viste seg å fungere positivt på sosial kapital.

En undersøkelse fra Italia (Traweger *et al.* 2004) om pillebruk blant arbeidstakere (anti-depressiva, benzodiazepiner, analgetika, homeopatisk medisin), viste at 5,6 prosent av de

ansatte (4,8 % menn, 6,6 % kvinner – forskjell ikke signifikant) hevdet at de tok piller for å klare å utføre arbeidet. Pillebruken avhang mye av atmosfæren på jobben og jobbtilfredshet. Forekomst av pillebruk omtrent doblet seg når man sammenliknet "godt arbeidsmiljø" med "dårlig arbeidsmiljø". Det å oppfatte seg selv som mobbeoffer på arbeidsplassen var spesielt destruktivt i forhold til selvtilfredshet. Bare 4,1 prosent av de ansatte som *ikke* var mobbeofre tok piller på grunn av jobbproblemer, sammenliknet med 20 prosent av mobbeofrene. Artikkelen konkluderer med at pillebruk som konsekvens av problemer på arbeidsplassen er et omfattende og seriøst problem som påvirker livskvaliteten til arbeidstakerne.

I 2002 kom en amerikansk undersøkelse av to arbeidsplasser med nær tusen arbeidstakere i hver, som så på effekten av personlig bakgrunn og arbeidsmiljøfaktorer på rusmiddelbruk blant ansatte (Lehman & Bennett 2002). Utgangspunktet var at tidligere forskning har vist at arbeidstakere som er utsatt for fysisk risiko i jobben, later til å bruke mer rusmidler enn ansatte som ikke opplever slik risiko. Forskerne så på psykososial funksjonsevne, stressfaktorer på arbeidsplassen, sosialt samvær på arbeidsplassen og drikkekultur blant de ansatte. Funnene viste at forholdet mellom jobbriisiko og alkoholproblemer kunne forklares fullt ut av personlige karakteristika. Ansatte med "avvikende atferd" var særlig utsatt for å ha rusmiddelproblemer når de jobbet i grupper med kultur for drikking, eller når de ble eksponert for kollegaer som drakk.

En annen amerikansk undersøkelse viste at kvinner som rapporterte om negativt sosialt klima på jobb hadde høyere sannsynlighet for å drikke *på jobb*, mens man ikke fant en slik

sammenheng for menn (Svare *et al.* 2004). Ames & Grube (1999) undersøkte også drikking på arbeidsplassen, og fant signifikant sammenheng mellom tilgjengelighet av alkohol og drikking på arbeidsplassen. Særlig det å oppleve at venner og kolleger drikker, predikerer drikking på arbeidsplassen (Ames & Grube 1999). Sammenhengen mellom tilgjengelighet og forbruk av alkohol er også dokumentert i MacDonald (1999), mens Lie og Nesvåg (2001) ikke kunne påvise en slik sammenheng på de norske dataene de analyserte.

Disse studiene understreker hvordan sosialt klima på arbeidsplassen og personlige karakteristika virker sammen i forhold til rusmiddelbruk. Lehman & Bennett (2002) poengterer at dette samspillet må tas hensyn til i utformingen av forebyggende tiltak/programmer på arbeidsplassen, og at disse bør rette seg mot hele arbeidsmiljøet, heller enn enkeltindivider. Vi skal ta for oss forebygging av rusmiddelproblematikk på arbeidsplassen senere i dette kapitlet.

Medbestemmelsesrett

En undersøkelse ser på effekten av lav medbestemmelsesrett i organisasjonen ("organizational justice") på graden av risikofylt drikking ("heavy drinking") blant ansatte (Kouvonen *et al.* 2008). Dette er det samme datamaterialet som er brukt i Oksanen *et al.* (2008).

Målingen foregikk på to tidspunkt, og resultatene viste at deltakere som rapporterte at de hadde lav medbestemmelsesrett, hadde 1,2 ganger høyere risiko for å være "heavy drinkers", enn ansatte som rapporterte å ha høy medbestemmelsesrett. Disse funnene støtter tidligere studier gjort på området, og tyder på at både det sosiale miljøet, ledelse og graden av medbestemmelsesrett på arbeidsplassen kan

påvirke rusmiddelbruken blant de ansatte. Undersøkelsene nevnt over sier imidlertid bare noe om det totale alkoholkonsumet, og går ikke spesifikt inn på arbeidsrelatert rusmiddelbruk.

Frøyland (2005) viser til tre viktige studier på dette området. Den første er en norsk studie av 3 267 servitører og kokker i restaurantbransjen (Kjærheim *et al.*, 1995) som undersøker hvilken rollestrukturelle faktorer og sosial modellering spiller for utviklingen av "heavy drinking" blant ansatte. Funnene tydet på at medarbeidernes vaner var knyttet til det å gå ut å ta en drink eller gå ut etter jobben, og at tilhørende "drikkepress" var en signifikant faktor for utvikling av "heavy drinking". Kjærheim fant også at bedriftens alkoholpolicy hadde betydning.

Den andre studien Frøyland viser til er Berger *et al.* (2004) – der lav uformell sosial kontroll på arbeidsplassen med tanke på drikking ble funnet å være av signifikant betydning for utvikling av alkoholrelaterte problemer. I den tredje studien (Janes og Ames (1993)), vises det til at lav sosial kontroll i noen tilfeller ser ut til å ha ført til gruppenormer som fremmer "dekking" av hverandres alkoholbruk. Den sosiale kontrollen ser dermed ut til å kunne dra i begge retninger; enten høyere rusmiddelbruk ved dekking og kultur for drikking, eller lavere alkoholforbruk – hvis normene blant de ansatte drar i retning avhold.

Mobbing og trakassering på arbeidsplassen

Vi har allerede sett at Traweger *et al.* (2004) fant høyere forekomst av rusmiddelbruk hos ansatte som følte seg mobbet på arbeidsplassen, sammenliknet med de som ikke følte seg mobbet. Rospenda (2002) fant i en amerikansk studie av universitetsansatte (n=2 038) at kvinner som følte seg mobbet på arbeidsplassen

hadde større sannsynlighet for å søke hjelp, sammenliknet med menn. Studien finner en positiv sammenheng mellom mobbing og drikking, men i motsetning til forventningene hadde det å søke hjelp ingen modererende effekt på alkoholkonsumet (dette er samme resultat som i en tidligere studie; (Richman *et al.* 2001)). Flere av analysene viste sågar at menn som søkte hjelp for seksuell trakassering faktisk drakk mer enn andre på disse arbeidsplassene (Rospenda 2002). Dette kan selvsagt, og mest trolig, skyldes revers kausalitet. Også Richman *et al.* (2002) fant at trakassering på arbeidsplassen predikerte høy forekomst av drikking og nedstemthet (Richman *et al.* 2002).

En nyere amerikansk studie (Bacharach *et al.* 2007) har tatt utgangspunkt i litteraturen om alkoholkonsum og aggressiv atferd, og undersøkt i hvilken grad risiko for kjønnsbestemt trakassering av kvinnelige arbeidstakere kan assosieres med drikkemønster og oppfattede drikkenormer blant deres mannlige kolleger. 1 301 arbeidere i 58 avdelinger i fabrikkindustri, service-bransje og bygg- og anlegg utgjorde datamaterialet. Selv etter å ha kontrollert for en rekke demografiske og arbeidsplassspesifikke faktorer, finner forskerne en signifikant sammenheng mellom andelen menn ved en avdeling som kan sies å være "heavy or at-risk drinkers", og forekomst av diskriminering av kvinnene ved avdelingen.

Stress

For bedre å kunne forstå årsakene til at arbeidstakere drikker, og for å utvikle bedre tiltak for forebygging av riskikofyllt rusmiddelbruk, har forskere utviklet flere teorier som handler om at ansattes rusmiddelbruk er en direkte eller indirekte konsekvens av det fysiske eller psykososiale arbeidsmiljøet. Stress er en slik

faktor som anses å påvirke rusmiddelbruken til de ansatte, og nyere forskning viser et positivt forhold mellom stress og alkoholkonsum (Frone 1999; Nesvåg & Lie 2001). Frøyland (2005) refererer til en rekke studier som har sett på forholdet arbeidsrelatert stress og rusmiddelbruk; Allsop *et al.* (2001), Roman *et al.* (2002), San Jose *et al.* (2000), Delaney *et al.* (2002) og Greenberg & Grunberg (1995). Se Frøyland (2005) for nærmere utdyping av disse studiene.

I 2006 kom en omfattende oppsummering av 46 studier publisert i perioden 1989-2006 som ser på psykososialt stress og helseskadelig atferd - deriblant røyking og alkoholkonsum (Siegrist & Rodell 2006). Litteraturoppsummeringen støtter bare delvis hypotesen om en konsistent sammenheng mellom arbeidsrelatert stress og helserisikoatferd. Den sterkeste og hyppigste sammenhengen i litteraturen er imidlertid påvist mellom psykososialt stress og *alkoholkonsum* blant menn, et funn som støtter opp om det positive forholdet mellom arbeidsrelatert stress og rusmiddelbruk.

Det er gjort flere undersøkelser av sammenhengen mellom jobbrelaterte stressfaktorer og rusmiddelbruk blant japanske arbeidstakere (Hiro *et al.* 2007; Hagihara *et al.* 2001). Den nyeste av dem (Hiro *et al.*, 2007) har tatt utgangspunkt i en spørreskjemaundersøkelse blant 25 104 arbeidstakere, og gjør analyser av de 17 501 mennene i materialet fordelt på aldersgrupper. Kvinner ble ekskludert fra studien, da svært få av disse kunne regnes som "heavy drinkers". "Heavy drinking" ble definert som konsum av mer enn 275 g alkohol i uken, og 1 131 menn (6,5 %) ble definert som "heavy drinkers". Etter å ha kontrollert for skiftarbeid, yrkesgruppe, sivil status og røyking, var "heavy drinking" relatert til det "å få sosial støtte fra

lederen" for de yngste (18-29 år) og eldste (50-72 år) arbeiderne. For de mellom 30-39 år var risikofylt drikking relatert til variabler kalt "konflikt i gruppa", "jobbkontroll" og "kognitive utfordringer", mens for de mellom 40-49 år var risikofylt drikking relatert til det fysiske arbeidsmiljøet, arbeidsmengde og det å føle at man ikke fikk utnyttet evnene sine godt nok. Studien gjorde ikke forsøk på å forklare hvorfor resultatene var forskjellige mellom aldersgrupper, men viser altså at forskjellene er til stede.

...og omvendt

Vi har nå sett mange eksempler på studier som tar opp faktorer på arbeidsplassen som kan være med å påvirke rusmiddelbruken hos de ansatte. Vi må selvfølgelig ikke glemme at det også kan være omvendt; at arbeidsrelatert rusmiddelbruk og ansatte i bakrus i seg selv påvirker miljøet på en arbeidsplass. En studie fra USA viser at drikking generelt, "heavy drinking" utenom arbeid, drikking *på* eller *før* jobb og det å komme på jobb i bakrus hadde sterk sammenheng med de problemene på arbeidsplassen respondentene på undersøkelsen opplevde (Ames *et al.* 1997). Særlig gjaldt dette konflikter med ledere og det å sovne på jobben. Regresjonsanalyser viste at det å drikke på jobb og komme på jobb i bakrus predikerer arbeidsrelaterte problemer selv når det kontrolleres for vanlig drikkemønster, "heavy drinking" og jobb- og bakgrunnsvariable. Generell drikking og "heavy drinking" på fritiden gav ikke signifikante jobbproblemer i disse analysene. Analysene viste også at problemer på arbeidsplassen var relatert til alder, kjønn, etnisitet, skiftarbeid og avhang av hvilken avdeling man jobbet i. Konklusjonen ble at arbeidsrelatert drikking og ansatte i bakrus er relatert til prob-

lemer på arbeidsplassen, og kan føre til lavere produktivitet og lavere moral blant de ansatte.

Spørsmålet om kausalitet er imidlertid vanskelig; kommer dårlig arbeidsmiljø som følge av ansatte med problematisk rusmiddelbruk, eller er det faktorer ved arbeidsmiljøet eller arbeidsoppgavene som fører med seg problematisk rusmiddelbruk? På dette spørsmålet finnes det ingen enkle forklaringer.

4.5 FOREBYGGING OG TESTING BLANT ANSATTE

I Norge har vi lang tradisjon for å jobbe med forebygging av alkohol- og rusproblemer i arbeidslivet gjennom AKAN. Også internasjonalt finnes et utall varianter av programmer og tiltak (ofte kalt Employee Assistance Programs, EAP's) som tar sikte på å forebygge rusmiddelbruk blant ansatte og å hjelpe de som måtte ha fått et rusrelatert problem. Forskning har vist at unge ansatte ofte er de som har det høyeste rusmiddelforbruket (Frone 2003; Frone 1998; Doumas & Hannah 2008; Goodman & Huang 2002; Nesvåg & Lie 2004; Berry *et al.* 2007), og de senere årene har det blitt mer og mer vanlig at store bedrifter tester sine ansatte i forhold til rusmiddelbruk – både ved ansettelse og i jobb - som et forebyggende tiltak.

Forebygging kan være så mangt, og er et begrep hvis innhold varierer med hva som skal forebygges. I vår kontekst handler det om å komme eventuelle rusmiddelproblemer blant arbeidstakere i forkjøpet, eller å korrigere problemer som allerede har oppstått. Forebyggingsstrategier kan rette seg både mot det enkelte individ eller mot en gruppe, og kan også være del av en policy, f.eks. på arbeidsplassen, og dermed rette seg inn mot hele arbeidsmiljøet.

Frøyland (2005) har skrevet om rusforebyggingsbegrepet, og viser til Robin Rooms inndeling av strategier for rusmiddelforebygging, som er sjudelt:

“Det finnes for det første strategier som i hovedsak nytter opplæring og overtalelse som midler for å senke alkoholforbruk eller redusere skader. Dernest viser Room til strategier som forsøker å minske forbruk gjennom sanksjoner/bøter. Som en tredje forebyggingsstrategi viser Room til det å tilby alternativer til alkoholkonsum. Den fjerde strategien handler om å skille bruken av alkohol fysisk, midlertidig eller kulturelt fra de arenaer der den potensielt kan medføre skader. Som en femte strategi nevner Room regulering av tilgjengelighet og anledninger for bruk av rusmidler. Den sjette strategien er bruk og allianse med sosiale og religiøse bevegelser. Den siste varianten til Room av rusmiddelforebyggende arbeid omhandler behandling og hjelp. Det er selvsagt vanlig å kombinere disse.”

Frøyland (2005, s. 36)

I dette delkapitlet skal vi se nærmere på rusmiddelbruk og forebygging blant unge arbeidstakere, forskning på forebyggende programmer og tiltak, samt undersøke hva litteraturen sier om rusmiddeltesting i arbeidslivet.

4.5.1 UNGE ARBEIDSTAKERE OG RUS

I Norge finnes en egen nettbasert kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid med særlig fokus på unge. www.forebygging.no gir en oppdatert oversikt over bl.a. de nyeste publiseringene på området og hvilke norske og utenlandske forebyggende tiltak og programmer som har vist seg å være

effektive. 3. april 2008 er en av nyhetssakene på dette nettstedet at politisk ungdom drikker mest. Nyheten er hentet fra en artikkel i Tidsskrift for ungdomsforskning (nr. 1/2008) av professor Willy Pedersen, som ved hjelp av datasettet Ung i Oslo 2006 har funnet at medlemmer av politiske ungdomspartier ruser seg mer enn unge som er med i andre typer organisasjoner (Pedersen, 2008). Mens politisk ungdom både drikker og røyker (også hasj) hyppigere enn tidligere, har unge i supporterklubber et høyere alkoholforbruk enn gjennomsnittet. Studien viser at de politiske organisasjonene rekrutterer bredt, men i overraskende høy grad ungdommer med et utprøvende levesett og som er sårbare for rusproblemer. Funnene i denne type studier av ungdom er viktige for forståelsen av rusmiddelforbruket til morgendagens arbeidstakere.

Nesvåg og Lie (2004) fant i sin studie av ansatte i norsk privat næringsliv at menn gjennomsnittlig drakk mer enn kvinner, de under 30 år drakk mer enn de som var eldre enn 30 år, ugifte/separerte/skilte drakk mer enn gifte/samboende og personer som bodde uten barn drakk noe mer enn de som bodde med barn. Dette er det samme som (Chapman 2007)) beskriver fra USA. Med tanke på at samfunnsutviklingen de senere år har gått i retning av at stadig flere tar høyere utdanning, bor alene og venter til de er over 30 år før de får barn, er potensialet for at de nye generasjonene arbeidstakere har et problematisk høyt alkoholforbruk større enn noen gang. I følge SIRUS årlige ungdomsundersøkelse drikker unge mellom 15 og 20 år ca. dobbelt så mye i dag sammenlignet med for ti år siden.

En amerikansk studie fra 1998 så på forhold som påvirker arbeidsrelaterte skader blant

unge arbeidstakere (Frone 1998). Rusmiddelbruk på arbeidsplassen hadde signifikant sammenheng med forekomsten av arbeidsskader. Senere analyser på det samme datamaterialet viste at fem av seks risikoområder på arbeidsplassen (de seks var: demografiske, personlige, forventninger til utfallet av rusmiddelbruk, tilgjengelighet til rusmidler på arbeidsplassen, sosial kontroll på arbeidsplassen og arbeidsrelaterte stressfaktorer) var forbundet med rusmiddelbruk blant de ansatte (Frone 2003). Studien konkluderte med at bedrifter burde ta rusmiddelbruk blant sine unge ansatte på alvor, og være obs på at rusmiddelbruk er påvirket av faktorer som finnes både utenfor arbeidslivet og på arbeidsplassen. Én slik faktor er sosioøkonomisk status – som har vist seg å ha signifikant betydning for både depressive symptomer og bruk av rusmidler blant unge (Goodman & Huang 2002). En svensk studie finner dessuten at problemdriking og fyllekjøring er viktige risikofaktorer når det gjelder å bli uføretrygdet eller ha høyt sykefravær for unge menn (Upmark *et al.* 1999).

I Doumas & Hannah (2008) beskrives en ny type webbasert program som skal virke forebyggende i forhold til høyt alkoholforbruk. I denne amerikanske studien ble 124 unge personer tilfeldig eksponert for tre ulike typer tiltak: 1) webbasert feedback-program, 2) webbasert feedback pluss 15 minutters motiverende intervju/samtale, 3) kontrollgruppe som ikke ble eksponert for program eller samtale. Funn fra analysene tydet på at deltakerne i intervensjonsgruppene (1 og 2) rapporterte signifikant mindre nivåer på driking enn kontrollgruppen etter en 30-dagers oppfølgingsrunde. Dette gjaldt særlig de unge arbeidstakerne som var høyrisikodrikkere ved første måling. Det ble

ikke funnet signifikante forskjeller mellom det å bare bruke dataprogrammet, og det å samtidig få et intervju/samtale i tillegg. Studien kan dermed sies å støtte bruk av webbaserte intervensjonsprogrammer som forebyggende tiltak for unge på arbeidsplassen.

I Norge har AKAN for tiden gående et prosjekt om fremtidens arbeidstakere, der det skal utvikles rusmiddelforebyggende tiltak rettet mot studenter, med spesielt fokus på overgangen fra studentliv til arbeidsliv. Prosjektet er tre-årig, finansieres av Sosial- og helsedirektoratet, og omfatter i første omgang sosial-, helsefaglige og pedagogiske utdanninger. I følge AKANS nettsider (www.akan.no) har arbeidsplassen i likhet med studiestedet blitt en viktig sosialiseringarena for rusvaner. Mens man tidligere antok at studenter kuttet ned på rusbruken når de begynte å jobbe, ser det ut til at situasjonen er noe annerledes for framtidens arbeidstakere. Til tross for manglende forskning på området, hevder eksperter med klinisk erfaring at noen studenter drikker så mye at de står i fare for å utvikle avhengighetsproblematikk. Hvis det er slik at framtidens arbeidstakere tar med seg et høyt alkoholkonsum fra studietiden og over i arbeidslivet, gir det grunn til bekymring – både i et folkehelseperspektiv og i et arbeidslivsperspektiv. Framtidig evaluering av dette prosjektet vil gi ny kunnskap om forebygging av rusmiddelbruk blant unge.

4.5.2 FOREBYGGENDE TILTAK OG PROGRAMMER

Norge

I norsk arbeidsliv er AKAN-modellen det forebyggende programmet som er mest utbredt. Arbeidsforskningsinstituttet ved Kjetil Frøyland, Asbjørn Grimsmo og Bjørg Aase Sørensen

gjennomførte i 2005 en evaluering av AKAN (Frøyland *et al.* 2005), og rapporten gir en grundig gjennomgang av rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv. Evalueringen viser at nær to av fem arbeidstakere jobber i bedrifter som har et rusforebyggende arbeid organisert etter AKAN-modellen. Nesten like mange arbeider i bedrifter uten slikt forebyggende arbeid, mens i underkant av hver fjerde arbeidstaker jobber i en bedrift som har en annen type forebyggingsmodell. Dette kan dreie seg om bedriftshelsetjenester, eksterne konsulenter eller HMS-selskap, men forskerne mener at de ikke har funnet reelle alternativer til AKAN i norsk arbeidsliv.

Det er hovedsakelig de store bedriftene som etablerer et rusmiddelforebyggende arbeid. Ni av ti bedrifter som ikke driver rusforebygging har mindre enn 20 ansatte. Det er gjerne de mellomstore bedriftene som kjøper inn alternative former for rusmiddelforebyggende programmer. Hele 70 prosent av bedriftene som har etablert AKAN, mener selv at de *ikke* driver med rusmiddelforebyggende arbeid. Ser man på alle bedrifter samlet, mener 89 prosent av alle norske virksomheter at de ikke driver med rusforebygging. Tre bransjer skiller seg negativt ut; handel, hotell og restaurant og transport, lager, post og telekommunikasjon. Kun ni prosent av norske bedrifter mener at de jobber med rusforebygging, mens fem prosent av alle virksomheter oppgir at de har ansatte med rusmiddelproblemer.

Evalueringen finner at AKAN-modellen er en god plattform for igangsetting av tiltak, og at modellen iverksettes på måter som gjør det mulig for virksomhetene å skape en strukturert måte å forholde seg til personer som har rusmiddelproblemer på. Klare prosedyrer og et

system for advarsler framheves som eksempler på tiltak som skaper forutsigbarhet og trygghet for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Det forekommer imidlertid utfordringer i forhold til flere av modellens individrettede elementer, og studien viser at det kan være vanskelig å komme med inngrep på et tidlig nok stadium. I så henseende kommer evalueringen inn på alternativer for videreutvikling av AKAN, der hovedbudskapet er en dreining i retning av et mer helhetlig arbeidsmiljøperspektiv og en mer generell forebyggingsmodell. De samme anbefalingene gis i en senere artikkel av Frøyland og Grimsmo (Frøyland & Grimsmo 2006). AKAN anbefales videreført.

Andre verktøy som brukes i det forebyggende rusarbeidet i norske bedrifter er beskrevet i Frøylands kunnskapsstatus fra 2005. Her beskrives både bedriftshelsetjenesten, et verktøy utarbeidet av Rogalandsforskning; IGOR (Imellom Grønt Og Rødt), Euridice – et internasjonalt program som Bergenslinikkene har arbeidet med, samt ALNA (AKANs svenske motstykke) og APPA – alkoholpolitikk på arbeidsplassen (dansk prosjekt). Se Frøyland (2005) for nærmere beskrivelse av disse programmene.

Internasjonalt

En amerikansk artikkel fra 2007 (Merrick *et al.* 2007) gir status quo for såkalte EAP's (Employee Assistance Programs), som minner om AKAN og bedriftshelsetjenesten i Norge, og som kan ha fokus på både rusmiddelbruk, psykiske lidelser og andre helsemessige utfordringer arbeidstakere og deres familier måtte ha. EAP oppsto i kjølvannet av alkoholforebyggende tiltak på arbeidsplasser, og har altså et noe bredere fokus enn kun rusmiddelforebygging. Flere og flere amerikanske bedrifter har fattet interesse for EAP den siste tiden. I USA i 2007

hadde 66 prosent av bedriftene med mer enn 100 ansatte et EAP. Nylig kom også en oversiktstudie over erfaringer med EAP og testing på New Zealand (Nolan 2008).

De fleste studier av EAP viser forbedrede kliniske og arbeidsmessige resultater (Bennett *et al.* 2004; Anderson & Larimer 2002), og positive økonomiske effekter, men dette er komplisert; ofte øker kostnadene midlertidig mens en person oppsøker og får hjelp gjennom EAP. Merrick *et al.* (2007) kommer også med forslag til framtidig forskningsagenda på feltet. Blant forslagene er flere deskriptive oversiktsstudier av hvordan EAP er implementert i ulike deler av arbeidslivet og innholdet i programmene, samt kostnadsanalyse av å ha et EAP. På metodesiden nevnes behov for større studier – gjerne randomiserte forsøk eller kvasi-ekperimentelle design – som kan bidra til å redusere skjevhetsproblematikken som foreligger i forskningen per i dag.

Også Roman og Blum (2002) etterlyser mer forskning om EAPs for å finne nye strategier for bekjempelse av risikofaktorer på arbeidsplassen i forhold til rusmiddelbruk, mens Bennett *et al.* (2000) kommer med forslag til hvordan man kan etablere forebyggingsprogrammer slik at de fungerer på riktig måte. Sistnevnte artikkel poengterer at behovet for gruppeorienterte og arbeidsmiljørettede forebyggingsprogrammer kan være større for arbeidstakere som opplever psykososialt press gjennom drikkekulturer på jobb, sosial fremmedgjøring og testing for rusmiddelbruk på arbeidsplassen.

Miller *et al.* (2007) har estimert effektivitet og nytte-kostnad ratio av et medarbeiderbasert (peer-based) rusmiddelforebyggingsprogram i et amerikansk transportfirma. Programmet fo-

kuserte på å endre de ansattes holdninger til det å ruse seg på jobb, i tillegg til at man ville trene opp medarbeidere i å gjenkjenne og intervensere i forhold til kolleger som hadde et rusmiddelproblem. Det ble også benyttet rusmiddeltesting av ansatte i dette programmet. Det ble estimert at kombinasjonen av det medarbeiderbaserte programmet og testing gav omtrent én tredjedels reduksjon i skadeandel, noe som betydde 48 millioner 1999-dollar spart i utgifter for bedriften. Programmet sparte omtrent 1 850 dollar i "employer injury costs" per ansatt i 1999, noe som gav en nytte-kostnads ratio på 26:1. Konklusjonen på denne studien ble at medarbeiderbaserte programmer supplert av tilfeldig testing for rusmiddelbruk kan være et kostnadseffektivt forebyggende alternativ (Miller *et al.* 2007).

En studie fra 1998 har sett på sannsynlighet for å benytte seg av EAP med fokus på alkoholproblemer blant arbeidstakere ved en stor maskinfabrikk i USA (Delaney *et al.* 1998). Et tilfeldig utvalg på 852 arbeidstakere fylte ut spørreskjema om sannsynlighet for å søke hjelp for drikking gjennom EAP, tro på at EAP kan hjelpe, sosial støtte rundt EAP fra kolleger, tro på at det å oppsøke EAP vil gå ut over arbeidsforholdet og om graden av støtte fra ledelsen for å søke hjelp gjennom EAP. Funnene viser at tro på at EAP virker, direkte øker sannsynligheten for at man søker hjelp gjennom slike programmer. Oppfatning av å få sosial støtte fra kolleger og ledelse økte også sannsynligheten for å bruke programmet. Menn var mer skeptiske til å benytte EAP enn kvinner, og skepsisen gjaldt også de som rapporterte at de drakk i arbeidstiden (uavhengig av kjønn). Studien konkluderer med at man bør forsøke å skape et arbeidsmiljø der det er sosialt akseptert blant de

ansatte og anbefalt av ledelsen å benytte seg av EAP.

En liknende studie (Reynolds & Lehman 2003) blant 793 kommunalt ansatte i USA finner omtrent samme resultat som Delaney *et al.* (1998). Kunnskap om EAP, personlig tro på denne policyen og det å føle sterk gruppetilhørighet til sine medarbeidere hang positivt sammen med villighet til å benytte AEP. Også her var det mindre villighet til å benytte EAP blant de som hadde et problematisk høyt rusmiddelmisbruk. Det er et paradoks at de som har mest nytte av å bruke EAPs er de som har høyest terskel for å benytte slike program. Reynolds & Lehman (2003) anbefaler at slike programmer har som intensjon å rette seg mot hele arbeidsmiljøet og den sosiale konteksten, heller enn mot enkeltindivider. Studien bygger videre på Bennett og Lehman (2002) som blant annet så på toleranse blant ledere i forhold til medarbeidere med rusproblemer. Også her fant de at det å ha et teamorientert EAP-fokus bygget toleranse for bruk av EAP blant arbeidstakere.

Felles for både norske og internasjonale studier av rusforebyggende tiltak i arbeidslivet er at interessen for slike tiltak og policyer er økende – og at dette også gjelder for testing av arbeidstakere, noe vi skal se i delkapitlet under. Det later til å være forsket lite på effekter av forebyggende programmer i forhold til illegale stoffer og medikamentbruk. Det synes dessuten å være konsensus om at rusmiddelforebyggende tiltak i større grad bør rette seg mot hele arbeidsmiljø og grupper, heller enn individer, i framtiden.

4.5.3 TESTING

Testing av arbeidstakere i forhold til om de er ruspåvirket i arbeidstiden kan være aktuelt av sikkerhetsmessige årsaker i bedrifter med høy risiko for arbeidsulykker, men har ikke vært utbredt i norsk arbeidsliv til nå. I 97 prosent av de norske virksomhetene som var med i undersøkelsen til Frøyland *et al.* i 2005, opplyste man at det *ikke* hadde vært ulykker med rus involvert, de resterende tre prosentene svarte "vet ikke". 70 prosent av de virksomhetene som rapporterte at de drev rusmiddelforebygging på arbeidsplassen, oppgav at de *ikke* testet de ansatte for rusmiddelbruk. 28 prosent av disse virksomhetene rapporterte at de testet som ledd av kontroll (ved ansettelse, ulykker, mistanke eller rutinemessig). Kun 1 prosent av virksomhetene testet av medisinske årsaker.

I 2005 fikk den norske Personvernemnda, som er et klageorgan for vedtak fattet av Datatilsynet, en klagesak på et vedtak om rusmiddeltesting (klagesak 2005/6). Vaktelskapet Securitas ønsket å innføre testing for rusmisbruk av alle sine ansatte. Personvernemnda tok opp sammenhengen med arbeidsmiljøloven, som i kapittel 9 regulerer kontrolltiltak, herunder medisinske undersøkelser (jf. arbeidsmiljøloven § 9-4). Hjemmelen for å gjøre det nødvendige inngrep/testing måtte finnes i arbeidsmiljøloven, og Personvernemnda fant at det *ikke* var adgang til å gjennomføre behandling av opplysninger innhentet ved testing av alle ansatte. I noen sammenhenger kan det gjøres unntak, for eksempel for ansatte på oljeinstallasjoner og skip, men det skal være fare for liv og helse før testing kan være aktuelt. Som vi skal se under spås det at rusmiddeltesting vil bli mer utbredt i Europa det neste tiåret, og det vil sannsynlig-

vis komme til en interessant personverndebatt i Norge hvis så skjer.

De internasjonale studiene på området er sprikende, og vanskelige å sammenlikne grunnet store variasjoner i design og metode. Se (French *et al.* 2004) og (Meririnne *et al.* 2007) for studier fra henholdsvis USA og Finland som finner ønsket effekt av testing på rusmiddelbruken blant de ansatte. En annen amerikansk artikkel (Spicer *et al.* 2003) påpeker at mange studier som har påvist sammenheng mellom rusmiddelbruk og arbeidsulykker, ikke har tatt hensyn til at arbeidstakeren i utgangspunktet kan ha en tendens til problematferd. De foreslår at forebyggende rusmiddeltiltak på arbeidsplassen må ta hensyn til generell problematferd når forebyggende tiltak mot alkohol og narkotikabruk utarbeides.

I USA er mulighetene for testing av arbeidstakere større, og mer brukt. Chapman (2007) anbefaler arbeidsgivere som vil innføre testing å varsle sine ansatte i god tid før testingen innføres. Dette vil gi ansatte med rusmiddelproblemer mulighet til å søke seg til rehabilitering, i tillegg til at fagforeningene får forberedt seg på at testing er del av forhandlingene. Å innføre testing før temaet er behandlet i fagforeningene kan være problematisk, da det ikke inngår i arbeidskontraktene og kan gi arbeidstakere grunn til å anklage arbeidsgiver for kontraktsbrudd.

I artikkelen *New technology and new initiatives in U.S. workplace testing* (Walsh 2008) går det fram at rundt 30-40 millioner amerikanske arbeidstakere og jobbsøkere ble testet for rusmiddelbruk i 2007. Artikkelforfatteren viser til en voldsom vekst i rusmiddeltesting på amerikanske arbeidsplasser de siste 25 årene, og

spør at vi vil se en tilsvarende økning i Europa i løpet av de neste 10 årene. Walsh lister sju ulike typer teste-policy:

- Testing av jobbsøkere før ansettelse
- Testing ved grunn til mistanke om arbeidsrelatert rusmiddelbruk
- Testing ved ulykker
- Testing som del av behandlingsopplegg
- Rutinemessig avtalt testing
- Tilfeldig testing av sikkerhetssensitivt personell i utvalgte stillinger
- Universell tilfeldig testing av alt personell

Mens de fleste bedrifter vil benytte kombinasjoner av disse modellene for testing, vil type test som benyttes i stor grad avhenge av type arbeid som utføres i bedriften. Bedrifter som driver arbeid der det stilles høye krav til sikkerhet, vil i større grad velge en mer aggressiv teste-modell der alt personell testes tilfeldig. Dette gjelder for eksempel i off-shore-bransjen og i Forsvaret.

Walsh (2008) viser til at gjennom en 17-årsperiode fra 1988-2004 gikk antallet positive tester (analysert i laboratorium) ned med 66 prosent, mens man i den samme perioden opplever at selvrapportert arbeidsrelatert rusmiddelbruk har økt med 30 prosent. Forfatteren konkluderer med at det må forskes på bedre og mer effektive metoder for testing av arbeidstakere, slik at gapet mellom det som avdekkes og det som selvrapporteres minsker.

Verstraete & Pierce (2001) bekrefter at rusmiddeltesting av ansatte ikke er like utbredt i Europa som i USA, men viser til at man nå har etablert the European Workplace Drug Testing Society (EWDTS) for å sikre at testing foregår i

henhold til lovene i de europeiske landene. Studien gir en oversikt over hvor langt flere enkeltland i Europa har kommet i forhold til rusmiddeltesting på arbeidsplassen. De mest utbredte testene gjelder for amfetamin, cannabis, kokain, opiater og alkohol. Prosentandelen positive tester varierer, men synes å være synkende siden innføring av denne type rusmiddeltesting. Cannabis er det rusmidlet som oftest avdekkes på testene.

For en oversikt over amerikanske retningslinjer for testing i offentlig sektor, se (Bush 2008). Det foreligger også en artikkel om den finske lovgivningen for rusmiddeltesting på arbeidsplassen (Lamberg *et al.* 2008). I Finland ble arbeidsgivers rettigheter til å skaffe seg informasjon om arbeidstakeres og jobbsøkeres rusmiddelbruk lovregulert gjennom "The Act on the Protection of Privacy in Working Life (759/2004) i 2004. På samme tidspunkt som denne forordningen trådte i kraft, ble det i "the Occupational Health Care Act (1383/2001)" lagt til en obligatorisk regel om at arbeidsgiver, sammen med sine ansatte, er pliktig til å ha et skriftlig program med retningslinjer for hvordan arbeidsplassen skal håndtere eventuell bruk av alkohol og andre rusmidler i arbeidssammenheng. "The Occupational Health Care Act" inneholder også krav om at rusmiddeltesting skal defineres, og at alle finske arbeidssteder skal ha en oversikt over hvilke stillinger som er definert slik at arbeidsgiver har rett til å kreve rusmiddeltest.

Fra 2002-2005 innførte det finske forsvaret et rusmiddeltestingprogram av soldater, militærstudenter og ansatte i sivile stillinger (Meririnne *et al.* 2007). Alle som søkte jobb eller søkte om å bli tatt opp som militærstudent ble testet, i tillegg til at fem prosent av personellet ble til-

feldig valgt ut til å bli testet hvert år. Over 2000 tester ble tatt i løpet av denne fireårsperioden, og analysert for cannabis, opiater, amfetamin og kokain i et velrenommert laboratorium. Analysene viste at bare én person som søkte på en sivil stilling testet positivt for amfetamin og cannabis. I sju andre tester avdekte man kodein og morfin, men dette viste seg å være foreskrevet av lege og ikke misbruk. Meririnne *et al.* (2007) konkluderer med at bruk av illegale stoffer i det finske forsvaret synes å være svært sjelden, og at dette i alle fall delvis skyldes en vellykket anti-narkotikapolitikk.

Frøyland (2007) har intervjuet 13 nøkkelinformanter, hovedsakelig forskere, i Norge om blant annet rusmiddeltesting (*ibid* s. 41). Disse mener at testing er et svært aktuelt tema, men er likevel ikke veldig opptatt av å framskaffe mer kunnskap om hvordan testingen virker og hva slags rolle rusmiddeltesting kan ha i forhold til forebyggende arbeid. De er heller opptatt av at testing kan ta fokuset bort fra andre viktige tema om rusmiddelbruk i arbeidslivet, og hvordan arbeidslivsaktørene på en best mulig måte kan håndtere problematiske rusmiddelbrukskulturer. Frøyland slår likevel fast at det er store kunnskapsmangler når det gjelder hvilken rolle og effekt testing kan ha i forhold til rusrelatert sykefravær, skader og/eller ulykker.

4.6 SPILLEPROBLEMER, SPILLEAVHENGIGHET OG ARBEIDSLIV

Konsekvensene av spilleproblemer og spilleavhengighet likner på mange måter på konsekvensene av rusmiddelproblemer og rusmiddelavhengighet. I følge AKA har det i løpet av det siste tiåret kommet et sterkt økende antall bekymringsmeldinger fra arbeidslivet med hensyn til arbeidstakere som viser tegn på spilleav-

hengighet. Arbeidsgiverne og arbeidstakerorganisasjonene har gitt uttrykk for at de ønsker verktøy for å håndtere problemet – både på forebyggingsiden, og med tanke på behandling av arbeidstakere som allerede har utviklet et problem.

I følge en kartlegging gjort av Østnorsk Kompetansesenter viser imidlertid nye tall for 2007 at stadig færre har henvendt seg til landets behandlings- og hjelpetilbud etter at det ble innført seddelforbud i 2006 og spilleautomatene ble fjernet fra det norske markedet i juli 2007. I 2005 påbegynte 549 personer behandling mot spilleavhengighet, mens antallet var sunket til 275 personer i 2007. Antall henvendelser til Hjelpelinjen for spilleavhengige har sunket fra 2133 i 2005 til 1117 i 2007. Senere i år vil imidlertid nye spilleautomater igjen bli utplassert, dog med seddelforbud, aldersgrense for innkassering av gevinst, lavere gevinster og lavere tempo i automatene. Det er likevel grunn til å tro at spilleavhengighet vil være et problem, for eksempel spiller flere og flere pengespill over internett.

4.6.1 HVA ER SPILLEAVHENGIGHET

Marianne Hansen er per i dag stipendiat og psykolog ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). På nettstedet www.forebygging.no har hun skrevet en artikkel om spillespill og pengespillproblemer. Innholdet i dette avsnittet (*Hva er spilleavhengighet*) er i stor grad hentet fra denne artikkelen.

Spilleavhengighet er en sammensatt lidelse, samtidig vil mange som sliter med spilleavhengighet kjenne seg igjen i at man spiller for å vinne tilbake det man har tapt, for å vinne mer når man vinner, for å døyve vanskelige tanker

og følelser. Spilleavhengighet er ingen ny diagnose. Den ble etablert i det amerikanske diagnosesystemet DSM allerede tidlig på 1980-tallet. Det finnes likevel ingen gullstandard å måle spilleavhengighet etter. Diagnosekriteriene slik vi kjenner dem i dag har blitt til i en konsensus- gruppe der man har blitt enige om hva som beskriver problemområdet på mest dekkende måte. Dersom man fyller fem av følgende 10 kriterier – og spillingen ikke er en del av en manisk episode – kan diagnosen spilleavhengig settes.

- Er stadig opptatt av pengespill. Det vil si opptatt av tidligere spill, å planlegge senere spill eller tenker på å skaffe penger til å spille for
- Har behov for å spille for mer og mer penger for å oppnå ønsket spenningsnivå
- Har gjort gjentatte mislykkede forsøk på å kontrollere, begrense eller stoppe spillingen
- Blir rastløs eller irritabel når man forsøker å begrense eller stoppe pengespill
- Spiller for å unnsnippe problemer eller for å lindre vanskelige følelser som for eksempel skamfølelse, angst, depresjon eller følelse av hjelpeløshet
- At man vender tilbake til spillet etter tap for å vinne tilbake det tapte
- At man lyver for familie, venner eller andre for å skjule omfanget av spillingen
- Har begått kriminelle handlinger slik som for eksempel tyveri eller underslag for å finansiere pengespill

- Har mistet viktige relasjoner, jobb, utdannelses- eller karrieremulighet på grunn av pengespill
- At man bruker andre for å skaffe penger til å lette en desperat økonomisk situasjon som spillingen har ført til

Som man ser av disse kriteriene kan spilleavhengighet arte seg litt forskjellig fra person til person. Kriteriene er basert på konsekvensene spillingen har for den som spiller, men også for familien og samfunnet rundt personen.

4.6.2 PENGESPILL OG PENGESPILL-PROBLEMER I NORGE I 2007

På oppdrag fra Lotteri- og stiftelsestilsynet utførte SINTEF Helse i 2007 en befolkningsbasert undersøkelse av pengespillvaner og pengespillproblemer i Norge (Øren & Bakken 2007). SINTEF Helse vil også gjennomføre en ny befolkningsundersøkelse i 2008, før pengespillautomatene igjen kommer ut på markedet. Undersøkelsen fra 2007 ble sendt ut til 10 000 tilfeldig utvalgte personer (16-74 år) i løpet av perioden januar-mars 2007, altså før spilleautomatene forsvant fra det norske markedet i juli 2007. Instrumentet NODS ble benyttet for kartlegging av spilleproblemer. Svarprosenten på undersøkelsen var 36 prosent. Funnene stemmer godt overens med en liknende norsk studie med andre instrumenter og metode (DSM-IV, telefonintervju) fra 2003 (Gotestam & Johanson 2003).

70 prosent av respondentene i SINTEF Helses undersøkelse svarte at de hadde spilt pengespill de siste 12 månedene. Dette var en lavere andel enn man fant i en tilsvarende undersøkelse i 2002 (81 %). Andelen nåværende problemspillere var 0,7 prosent (uforandret siden 2002),

mens andelen i utvalget som var livstids problemspillere var 1,7 prosent i 2007, mot 1,4 prosent i 2002. Overført til den norske befolkningen hadde 25 500 personer nåværende spilleproblemer, mens 62 000 personer hadde livstids spilleproblemer. Spilleproblemer forekom oftere blant unge menn, og problemspillerne spilte oftest på spilleautomater etterfulgt av skrapelodd og Tipping. I alt 2,3 prosent, eller 84 000 mennesker, av det totale utvalget hadde et familiemedlem med spilleproblem. Påførende av mennesker med spilleproblemer opplever ofte konflikter i familien og at pengespill har ført til dårligere økonomi, over en fjerdedel rapporterte at pengespill i familien hadde påført dem svekket fysisk og/eller psykisk helse. Rapporten konkluderer med at selv om pengespillmarkedet har vært i sterkt vekst de siste årene, har andelen mennesker med spilleproblemer holdt seg stabilt (Øren & Bakken 2007).

4.6.3 STUDIE AV TRANSPORTBEDRIFTER

Det finnes foreløpig lite forskning på temaet pengespill og konsekvenser for arbeidslivet. Som et ledd i Regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer, har Sosial- og helsedirektoratet finansiert et treårig samarbeidsprosjekt mellom Østnorsk kompetansesenter, Lotteri- og stiftelsestilsynet og AKAN. Målet med prosjektet er å øke kunnskapsnivået om pengespill i tilknytning til arbeidslivet. Studien fokuserer på forekomst og utviklingstendenser av pengespillproblemer i arbeidslivet, med vekt på automatspill og nettbaserte pengespill. Videre studeres sammenhengen mellom omfang og mulighetsstruktur, samt konsekvenser av pengespill for bedriftene. I tillegg er det fokus på hvordan pengespillproblemer i bedriftene avdekkes, hva som gjøres og hvordan de ulike

tiltakene fungerer. Studien benytter ulike metoder ut fra hvilke problemstillinger som skal belyses. På bakgrunn av kunnskapsutviklingen skal det utvikles verktøy for problemhåndtering.

I forbindelse med studien om pengespill og arbeidsliv er det gjennomført spørreskjemaundersøkelser i tre norske transportbedrifter. Dette er større norske transportbedrifter innen henholdsvis taxi-, buss- og varetransportnæringen. Det er overvekt av menn og personer med minoritetsbakgrunn i disse selskapene. De ansatte har lavere utdanning og lavere sosioøkonomisk status enn gjennomsnittlige norske yrkesutøvere – og har empirisk sett økt risiko for å oppleve spilleproblemer. Totalt fikk 2 879 ansatte tildelt spørreskjemaet våren 2007. Datainnsamlingen gjentas våren 2008.

Revheim & Buvik (2008, under publisering) har tatt utgangspunkt i dette datamaterialet (N = 1 033) og undersøkt en hypotese om at arbeidstakere med god tilgang til pengespill i arbeidstiden også vil spille mer i løpet av arbeidsdagen, og at spill i arbeidstiden vil være en risikofaktor for å utvikle spilleproblemer. Foreløpige resultater viser at over 20 prosent av arbeidstakerne i utvalget rapporterer at de i løpet av arbeidsdagen oppholder seg på steder som har spilleautomater. 6,8 prosent rapporterer at de spiller i løpet av arbeidsdagen, mens 3,2 prosent av disse arbeidstakerne er å regne som problemspillere (NODS er benyttet som instrument for måling av spilleproblemer). Mer en 25 prosent av de ansatte som spilte i løpet av arbeidsdagen hadde spilleproblemer, og spilling i arbeidstiden må derfor kunne regnes som en viktig risikofaktor for utvikling av spilleproblemer. Forskerne konkluderer med at arbeidsplassen kan være en god arena for å oppdage

arbeidstakere som har et problematisk forhold til pengespill, noe som igjen gir mulighet for intervensjon på et tidlig tidspunkt (Revheim & Buvik 2008).

4.6.4 PENGESPILL OG SUICIDAL ATFERD

Spilleavhengige som søker behandling rapporterer ofte om selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk. Spilleavhengige med suicidal atferd har oftere psykiske vansker, rusmiddelproblemer, relasjonelle og økonomiske problemer og mer alvorlige spilleproblemer enn andre spilleavhengige (Hansen & Rossow 2008). Flere befolkningsstudier har vist en overhyppighet av suicidal atferd blant mennesker med spilleproblemer, men resultatene er ikke entydige. Det er usikkert om spilleavhengighet i seg selv øker risikoen for suicidal atferd, men høy forekomst av slik atferd og annen komorbiditet blant spilleavhengige bør være grunn til å vurdere selvmordsrisiko ved behandling av spilleavhengige (*ibid*).

4.6.5 BEHANDLING AV SPILLEAVHENGIGHET

På lederplass i Tidsskrift for Den norske legeforening 2006, nr. 10, (Fekjær, 2006) står det at den som for første gang møter fenomenet spilleavhengighet på nært hold, ofte blir overrasket over hvor sterkt tvangspregget pengespillingen er og hvor velfungerende de fleste spilleavhengige er på andre områder. Problemene kan imidlertid som nevnt bli dramatiske – spilling fører ikke bare til ødelagt økonomi, men kan også ende med oppløst familie, jobbtap, kriminalitet for å skaffe penger, knust selvbilde, depresjon, selvmordstanker og selvmord.

I følge www.forebygging.no er behandling av spilleavhengighet et relativt nytt felt i Norge. Det var først på slutten av 1990-tallet at de første behandlingstilbudene for spilleavhengighet ble etablert. Initiativene til å starte behandling kom fra fagfolk som arbeidet i rusfeltet og som fikk henvendelser fra mennesker som hadde problemer med pengespill. I dag er det nærmere 40 steder i Norge som tilbyr behandling for pengespillavhengighet. Behandlingen foregår med noen unntak poliklinisk, og flere steder tilbyr både gruppeterapi og individuell behandling. I 2007 ble det også etablert et døgnbehandlingstilbud ved Borgestadklinikken i Skien. Dette tilbudet består i et intensivt behandlingskurs der man er innlagt i tre uker i strekk og også tilbys oppfølgende behandling.

Kognitiv terapi er den mest brukte behandlingsformen ved spilleavhengighet i Norge, mens medikamentell behandling har vist motstridende resultater (Pallesen *et al.* 2005). Sammenliknet med behandling av rusmiddelavhengighet er resultatene av kognitiv behandling av spilleavhengighet vesentlig bedre (Fekjær 2006; Pallesen *et al.* 2005). Selve terapien tar utgangspunkt i kognitiv teori og det man sier til seg selv før, under og etter at man har spilt. En som er spilleavhengig beskriver ofte tankegangen som er knyttet til spill som annerledes sammenliknet med hvordan man tenker til vanlig, når man ikke er i en spillesituasjon. I følge Hansen (www.forebygging.no) er det helt avgjørende å jobbe med følelsene som er knyttet opp mot disse spilletankene og øke bevisstheten rundt hvordan disse tankene og følelsene påvirker de valgene og handlingene man gjør.

4.7 OPPSUMMERING OG FRAMTIDIGE FORSKNINGSBEHOV

Hovedargumentet for å inkludere temaet rus og arbeidsliv i denne kunnskapsstatusen om psykisk helse og arbeidsliv, er at rusproblemer og psykiske lidelser og vansker ofte følger hverandre – selv der problemene ikke har blitt omfattende nok til at diagnose kan stilles. I norsk helsevesen nevnes psykisk helse og rus stadig oftere i samme åndedrag. Rusreformen i 2004 satte søkelyset på rusmiddelproblem i spesialisthelsetjenesten og resulterte i sektoren Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Rundskriv (I-8/2004); Ot.prp nr. 3 (2002-2003), Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). Sammenslåtte enheter mellom rus- og psykisk helsearbeid i kommunene kan bli et resultat av at *Opptrappingsplanen for rus* erstatter *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. NAV arbeider aktivt med å skaffe mennesker med samtidige rus- og psykiske problemer arbeid, og mennesker med rusmiddelproblemer eller tidligere rusmiddelmisbrukere på substitusjonsbehandling omfattes av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012.

Mange av pasientene som mottar poliklinisk behandling har tilknytning til arbeidslivet i det behandlingen starter, dette gjelder i mindre grad personer som har vært innlagt. Videre synes det som om komorbiditet (psykiske plager hos ruspasienter eller rusmiddelmisbruk hos psykiatriske pasienter) reduserer arbeidslivstilknytningen. For denne pasientgruppen vil det sannsynligvis være viktig at en mulig komorbiditet er identifisert så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. Ved å etablere et tverrfaglig samarbeid i behandlingen som tilbys, vil man kunne redusere risikoen for at ubehandlet

komorbiditet reduserer sjansene ytterligere for videre tilknytning til arbeidslivet. For de mange polikliniske pasientene, som har eller nylig har hatt tilknytning til arbeidslivet, synes det å være spesielt viktig å fokusere på arbeid og helsegevinsten ved å ha en jobb å gå til. På samme måte som for pasientene i psykisk helsevern, bør behandler/koordineringsgruppen innen rustiltakene arbeide for å holde fokus på arbeid i tillegg til behandlingstilbudet forøvrig. I tillegg til at pasienten vil ha noe meningsfullt å gå tilbake til når behandlingsbehovet avtar vil tiltak rettet mot personer som allerede har en tilknytning til arbeidslivet redusere sannsynligheten for at disse mister arbeidstilknytningen og faller inn under andre stønadsordninger som kan gjøre veien tilbake til arbeidslivet lang og vanskelig.

I begynnelsen av dette kapitlet har vi sett på forskningsresultater fra inn- og utland mht. forekomst, konsekvenser og tiltak i forhold til arbeidstakere som sliter med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (dobbeltdiagnoser). Vi kan konkludere med at forskningspotensialet på dette området er stort. De fleste studiene som er gjort er preget av skillet mellom de to fagfeltene rus- og psykiatri, og ser f.eks. på arbeidsmarkedstiltak enten for mennesker med rusproblemer eller mennesker med psykiske problemer. Det er behov for flere forskningsbaserte studier av hvilken rolle arbeidslivet har for mennesker med samtidige rus- og psykiatrilidelser, og hvordan man best mulig tilrettelegger arbeidslivet for mennesker med samtidige psykiske problemer og rusproblemer. Frøyland (2007) etterlyser dessuten mer forskning omkring omfang og konsekvenser av bruk av illegale stoffer og medikamenter i arbeidslivet. Blant annet kunne det

være interessant å kartlegge hva som kjenner tegner arbeidsgivere og arbeidsmiljø som har klart å tilrettelegge for arbeidstakere som på en god måte evner å kombinere medikamentbruk med aktiv deltakelse i arbeidslivet.

Rusmidler, og da særlig alkohol, er en faktor som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet på en eller annen måte for alle arbeidstakere - selv avholdsfolk må forholde seg til rusmiddelbruk. Arbeidsrelatert alkoholbruk kan ha både positive (bedre samhold etc.) og negative (sykefravær, ineffektivitet, ulykker, psykiske problemer etc.) effekter på miljøet på en arbeidsplass. Problemstillingen er såpass viktig og omfattende at man ikke kan unngå å komme inn på temaet i en rapport om arbeidsliv og psykisk helse. I et arbeidsliv i endring mot mer fleksible strukturer, blir begrepet arbeidsrelatert rusmiddelbruk stadig vanskeligere å definere. Gråsonene har blitt større; mange har hjemmekontor, fleksitid, vi reiser mer, møter andre (drikke)kulturer og drikker stadig mer alkohol. Dette gjør forskning på feltet arbeidsliv og rus stadig mer viktig og aktuelt.

Vi har tatt for oss noe av den kunnskapen som finnes om omfang og konsekvenser av rusmiddelbruk i arbeidslivet, arbeidsmiljøfaktorer som påvirker rusmiddelbruk - og motsatt, samt kunnskap om tiltak iverksatt for å forebygge problematisk rusmiddelbruk i arbeidslivet. Når det gjelder framtidige forskningsbehov på disse områdene, viser vi til Frøyland (2007) som kommer med en grundig oversikt over de kunnskaps- og utviklingsbehov på feltet arbeidsliv og rus som noen av de fremste rusmiddelforskerne i Norge mener å se i 2007. Etter gjennomgang av litteratur og intervju med forskere på feltet, konkluderer Frøyland med at det har kommet fram lite vesentlig ny norsk

kunnskap om temaet arbeidsliv og rus de siste årene. Han mener at det per 2007 ikke var behov for flere kunnskapsoppsummeringer, men at man nå heller bør begynne å telle - å forske: Systematisk overvåkning av den arbeidsrelaterte rusmiddelbruken i Norge, studier om omfanget av konsekvensene av den arbeidsrelaterte rusmiddelbruken og utvikling av metoder for tidlig intervensjon nevnes som tre innsatsområder som bør prioriteres høyt i framtidig forskning.

Til slutt i dette kapitlet så vi på spilleproblemer og spilleavhengighet. Spilleproblemer og spilleavhengighet kan gi mange av de samme konsekvensene som rusmiddelproblemer, og dermed også få konsekvenser for arbeidslivet. Mange arbeidsgivere har de senere årene henvendt seg til AKAN for hjelp til tiltak overfor arbeidstakere som sliter med spilleproblemer. Forekomsten av livstidsspillemproblemer i den norske befolkningen i 2007 lå på 1,7 prosent. Andelen med spilleproblemer i Norge har ligget stabilt siden målingen i 2002, men tall fra Østnorsk kompetansesenter i 2008 tyder på at vesentlig færre har søkt behandling og hjelp etter seddelforbudet i 2006 og automatforbudet i juli 2007. I 2008 vil spilleautomater igjen plasseres ut rundt om i landet, og framtidig forskning vil vise hvordan dette påvirker forekomsten av spilleproblemer. Det hersker liten tvil om at kognitiv terapi for spilleproblemer og spilleavhengighet virker, men når en lovregulering kunne føre til en halvering i antall mennesker som henvender seg for hjelp, synes det mest effektive behandlingsmidlet å ligge hos politikerne.

5 DISKUSJON OG FORSKNINGSBEHOV

5.1 GENERELT

I vedlegg 2 har vi listet opp konkrete forslag til problemstillinger det trengs forskningsbasert kunnskap om. Listen er lang, men konklusjonen vår etter å ha gått gjennom både nasjonal og internasjonal forskning på feltet - er at det er svært mange ubesvarte spørsmål. Listen er ikke nødvendigvis uttømmende.

Arbeid, psykisk helse og rus inkluderer et vidt spekter av problemstillinger. Disse kan generelt plasseres innen tre hovedtema:

- *Forebygging* av psykiske problemer i arbeidslivet
- *Utstøting* av personer med psykiske lidelser og problemer fra arbeidslivet
- *Inkludering* personer med psykiske lidelser og problemer i arbeidslivet

Problemstillingene som er tatt opp i denne rapporten har særlig relevans for Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012), IA-avtalen og Kvalifiseringsprogrammet for sosialhjelpsmottakere. Disse planene og strategiene går alle inn på de tre punktene nevnt ovenfor, men med ulik vekt.

I tillegg til det sosiale aspektet ved å inkludere marginaliserte grupper i arbeidslivet og dermed i samfunnet, er en bedre utnyttelse av arbeidsevnen til personer i arbeidsfør alder nødvendig. Dette handler både om forebygging, utstøting og inkludering.

Som mange andre land står Norge ovenfor store utfordringer ved at de store etterkrigskullene nå går mot pensjonsalderen. Kombinasjonen med at unge arbeidstakere kommer inn i arbeidsstyrken senere enn tidligere og at mange eldre forlater arbeidsstyrken før normal pensjonsalder, gjør at det nå settes spesielt fokus og innsats på å inkludere grupper som tidligere ble ansett som å være utenfor arbeidsstyrken. I tillegg er det stort fokus på å redusere sykefraværet, begrense antall personer som har sosialhjelp som hovedinntektskilde og redusere antall arbeidsuføre.

Samtidig har vi i skrivende stund en arbeidsledighet på 1,6 prosent i Norge. Dette betyr at vi er i en konjunkturfase der forutsetningene bør være de aller beste for å lykkes i inkluderingen – det er sannsynligvis lettere å inkludere marginale arbeidstakere i høykonjunktur enn når det er tilbudsoverskudd i arbeidsmarkedet og mange konkurrerer om de samme jobbene.

Selv om vi i kapittel 1.2 har beskrevet hva som menes med psykiske problemer og lidelser i denne rapporten, er det problematisk å snakke om diagnoser når fokuset er på tilknytning til arbeidslivet. Personer som har psykiske problemer og lidelser er en svært heterogen gruppe og det er mange forhold som kan ligge bak problemene. Noen kan være i en naturlig sorgprosess etter et samlivsbrudd, noen kan slite med konflikter med kolleger eller leder, noen kan være på feil arbeidsplass i forhold til evner og behov, noen kan være deprimert uten at de helt kan si hva det er, noen kan ha alvorlig

symptombelastning, noen kan ha utviklet rusproblemer som følge av psykiske problemer, mens andre kan ha utviklet psykiske problemer etter langvarig rusmisbruk osv. Arbeidsgivere og NAV skal forholde seg til funksjonsnivå og arbeidsevne og ikke til diagnose. Forskningen på området fokuserer i liten grad på funksjonsnivå, men har heller et strengt diagnosefokus. Dette kan særlig være problematisk når vi snakker om lettere psykiske lidelser som lettere angst og depresjonslidelser. Personer med alvorlige psykiske diagnoser som schizofreni og bibolare lidelser kan i større grad være mer sammenliknbare i forhold til funksjonsnivå og arbeidsevne. 1. september 2008 skal NAV og alle sykmeldende behandlere ta i bruk ny sykmeldingsblankett. Denne inneholder blant annet Del C for kommunikasjon mellom lege og arbeidsgiver via arbeidstaker i hele sykmeldingsforløpet. Dette kan bidra til at noe av diagnosefokuset erstattes med en medisinsk vurdering av hva som faktisk er mulig å få til, og at sykmelder stimuleres til å snakke med arbeidstakeren om muligheter og hindringer på arbeidsplassen. Dette tiltaket kan dermed bidra til å hindre utstøting av personer med psykiske lidelser og problemer fra arbeidslivet.

En annen utfordring er hvordan personer med psykiske lidelser og problemer skal komme inn i arbeidslivet. Internasjonal forskning viser at 80-90 prosent av de med alvorlige psykiske lidelser og 20-35 prosent av de med lettere psykiske lidelser er utenfor arbeidslivet. Anslagene for de med alvorlige lidelser er i noen få studier også bekreftet i norske studier, men vi har ikke gode anslag for de med lettere psykiske lidelser. Vi vet at minst hver 5. sykefraværsdag skyldes psykiske lidelser, hver 3. uføre har en psykisk lidelse og nesten hver 4. person

med variabel eller redusert arbeidsevne på tiltak har psykiske lidelser. Vi vet derimot ikke hvor stor andel av sosialhjelpsmottakere og arbeidsledige som har psykiske lidelser. Psykiske lidelser og problemer kan også oppstå som følge av eller i kombinasjon med somatisk sykdom uten at dette kommer frem i statistikken. Både blant sykmeldte og uføretrygdede dominerer de lettere psykiske lidelsene, og dette er det samme som internasjonale oversikter viser. Dette skyldes at alvorlige psykiske lidelser rammer en liten del av befolkningen og at de i liten grad er yrkesaktive.

Forskningen viser tydelig at arbeid er viktig for personer med psykiske problemer og lidelser. Arbeid gir en meningsfull og strukturert hverdag og hjelper på selvfølelsen, også for de med alvorlige lidelser.

Samtidig viser forskning at arbeidsmiljøet og arbeidsbetingelser kan ha betydning for arbeidstakernes psykiske helse. Det kan være problematisk å snakke om arbeidsmiljøproblemer i sammenheng med å få inkludert psykisk syke i arbeidslivet, ved at arbeidslivet dermed kan framstå som for tøft til å delta i. Det er likevel en nødvendig diskusjon og det er viktig å finne ut hvorfor så stor andel av de sykmeldte og uføre har psykiske lidelser og undersøke om dette skyldes forhold i arbeidslivet.

5.2 ARBEIDSMILJØ

Fokus på arbeidsmiljø er viktig både i et forebyggingsperspektiv og i et utstøtingsperspektiv, men også i forhold til at arbeidsmiljøet skal kunne skape rom for å inkludere personer med psykiske lidelser og problemer som har falt ut av arbeidslivet eller aldri har kommet inn.

Mangeårig forskning viser tydelige risikofaktorer ved arbeidsmiljøet som har betydning for helsen til arbeidstakerne - også i forhold til psykisk helse. Begrepene som brukes i forskningen om arbeidsmiljø er typisk psykososialt stress og "distress" og psykisk belastning. Sammenhengen mellom disse begrepene og psykiske lidelser er ikke klar, men det kan være en mer direkte kobling til begrepet "psykiske problemer" der symptombelastningen ikke nødvendigvis er så stor at det kan stilles diagnose. Gjennom mange studier som er basert på de samme teoretiske modellene (Krav-kontrollstøtte og ubalanse mellom innsats og belønning), kommer forskerne frem til relativt entydige resultater. Høye krav kombinert med lav kontroll og lav støtte fra ledere og kolleger er psykisk belastende og det samme er resultatet dersom det er ubalanse mellom innsatsen som gjøres og belønningen som oppnås.

Denne forskningen har klare svakheter, særlig knyttet til hvilken retning effektene går (kausalitet). Dette har vi utdypet i avsnittet med metodekommentarer sist i dette kapitlet.

Vi mener at resultatene og studiene er for generelle til å ha en høy anvendbar verdi. For eksempel er det svært mange funn som viser at høye jobbkrav er en belastning dersom det er lav grad av egeninnflytelse og lite støtte fra andre. Spørsmålet er hva dette resultatet betyr for arbeidsgivere og arbeidstakere når tiltak skal iverksettes. At tunge løft er belastende vet vi, men dette kan umulig være et funn som for eksempel er relevant i undervisningssektoren - hvilke krav som er så høye at de er belastende i de ulike sektorene og næringene vet vi lite om. Vi tror derfor at det vil være nødvendig med et sterkt fokus på de enkelte yrkesgruppene for å komme frem til hvilke faktorer det er

som gir stor psykisk belastning - der faktorene i stor grad vil være forskjellig dersom de spesifiseres på et mer detaljert og anvendbart nivå. Først når dette er på plass, vil det være mulig å foreslå konkrete tiltak innenfor de ulike sektorene, næringen og arbeidsplassene.

Et viktig poeng er også at siden arbeidsmiljø kan ha betydning for psykisk helse, vil et opplegg som innebærer klinisk behandling ikke være tilstrekkelig - personer som returnerer til arbeidsplassen etter eller under behandling kan ha stor sannsynlighet for tilbakefall dersom ikke arbeidsmiljøforholdene bedres.

Dersom det er slik at arbeidslivet som skaper psykiske problemer og lidelser, vil det være problematisk med et stort fokus på inkludering.

Et viktig spørsmål er derfor om arbeidslivet er helsefremmende nok i forhold til å inkludere personer med psykiske lidelser og problemer. Det kan også her være store sektor- og næringsforskjeller i forhold til hvor det er best å komme inn, uten at dette i særlig grad er studert.

5.3 ARBEIDSGIVER

Det finnes svært lite forskning på arbeidsgivers rolle i forhold til personer med psykiske lidelser og problemer. Her er egentlig alle spørsmål ubesvarte. Hva gjør arbeidsgiver når noen får psykiske problemer på arbeidsplassen og hva er de beste strategiene. Holdninger endres med kunnskap, - er kunnskapen der? Får arbeidsgiverne nok støtte fra for eksempel fra NAV når vanskelige situasjoner oppstår? Fungerer IA-plasser for psykisk syke? Hva må gjøres for at arbeidsgiverne skal bidra til at flere fortsetter i jobb selv om de får problemer? Bør arbeidsgiverne iverksette screeninger for å finne ut om

de ansatte sliter psykisk slik at tiltak kan iverksettes? Klarer arbeidsgiverne å skape en åpenhet som gjør at problemene oppdages før sykmeldingen kommer? Hvordan følges personer med psykiske lidelser opp av arbeidsgiverne? Finnes det gode modeller for oppfølging av personer som har begynnende psykiske problemer eller har utviklet psykiske lidelser? Hva må gjøres for å effektivt investere i de ansattes psykiske helse? Spørsmålene er mange og det er altså generelt stor knapphet på forskningsbasert kunnskap.

5.4 ARBEIDSRETTEDE TILTAK RETTET MOT PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER

Utviklingen innen psykiatrisk rehabilitering og attføring har internasjonalt gått i retning av å etablere evidensbaserte praksiser som kan innføres som standardiserte tiltak. Evidensbasert praksis eller metode er en intervensjon det er konsistent vitenskapelig støtte for at utfallet bedres for pasienten. For at en praksis kan kalles evidensbasert, må den være definert i henhold til et sett av operasjonaliserte prinsipper og derfor kan og har vært replisert korrekt i ulike settinger. Dette fordi det er viktig at praksiser gjennomføres på samme måte i alle tilfeller for å kunne sammenlikne resultatene eller utfallene. Supported Employment eller Individual Placement and Support (IPS) ble på begynnelsen av 2000-tallet etablert som evidensbasert praksis i USA for å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser ut i arbeid fordi det fantes tilstrekkelige vitenskapelige bevis for at denne metoden fungerer. Prinsippet med denne tilnærmingen er at brukerne skal raskt ut i ordinært arbeid fordi dette gir de beste effektene målt på indikatorer som jobbutfall, klinisk til-

stand, lønnsnivå m.m. I 2007 kom en viktig Europeisk studie som undersøkte effekten av IPS i en randomisert kontrollert studie der pasienter med alvorlige psykiske lidelser ble randomisert til enten IPS eller et godt lokalt alternativ med deltakere fra seks europeiske byer. Resultatene viser at effekten av IPS blir bedre dersom det lokale arbeidsmarkedet er godt og det er mangfold i jobbmulighetene. Andre rammebetingelser påvirket ikke resultatene i systematisk grad. Studien tyder på at resultatene fra mangeårig forskning fra USA sannsynligvis kan overføres til europeiske forhold.

Tilnærmingen blir i Norge ofte oversatt til Arbeid med Bistand, men det er usikkert om dette tiltaket i alle tilfeller oppfyller kravene til at det kan kalles IPS eller Supported Employment. Dette er et arbeidsmarkedstiltak som skal hjelpe arbeidssøkere under yrkesrettet attføring til å få eller beholde en jobb. Her er en personlig tilrettelegger som tar utgangspunkt i behov, interesser og evner og som kan finne frem til en jobb som brukeren mestrer og trives i. Tiltaket er i liten grad evaluert i forhold til psykisk syke og det foreligger ingen overbevisende effektstudier som viser at dette gir langvarig arbeidslivstilholdighet.

En årsak til at Supported Employment og IPS har blitt etablert som evidensbaserte praksiser skyldes at opplegget er klart og tydelig og at det er godt definerte utfallsmål. Det er vanskelig å si om kanskje andre tiltak ville vist seg å være like effektive dersom de hadde vært like lett å evaluere.

Det er svært lite utviklede tiltak for personer med lettere psykiske lidelser. Dette har flere årsaker. For det første er det en relativt ny erkjennelse at lettere psykiske lidelser står for en

stor andel av sykmeldingene og uføretrygdingen. For det andre kan personer med lettere psykiske lidelser lettere gå inn i andre tiltak uten at behovet for egne opplegg er så tydelig. For det tredje er det begrenset kunnskap om funksjonsevne og arbeidsevne for denne store gruppen og en av årsakene til dette er den store graden av heterogenitet som nevnt over. Storbritannia er nok det landet som har kommet lengst i diskusjonen om hva som bør gjøres for å unngå at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet når de utvikler eller står i fare for å utvikle psykiske lidelser. Der er det nå foreslått en egen opptrappingsplan for behandlingskapasitet for personer som får psykiske problemer i arbeidslivet. Utgangspunktet er at de mener kognitiv adferdsterapi er en evidensbasert praksis slik at det finnes sterke nok beviser for at denne terapiformen virker for angstlidelser og depresjoner. En kritikk er at dette ikke er en terapiform som er studert med arbeid som utfallsmål. Behandlingen er korttidsbehandling der pasientene gjøres i stand til å utfordre negativ tenkning og bygge opp den positive siden av sin personlighet og situasjon. I Norge foregår det noen tiltak som likner og noen som er mer spesifikke i forhold til hele mennesket som inkluderer fysisk aktivitet og kostholdsveiledning i tillegg til fokus på mestring. Evalueringer av flere tiltak foregår nå.

Generelt finnes det få tiltaksforslag for mennesker med lettere psykiske lidelser. Ingen tiltak kan i dag sies å være evidensbaserte praksiser. Sannsynligvis trengs det et mangfold av tilnærminger og en spennende tanke ville være å utvikle tiltak basert på funksjonsnivå eller arbeidsevne heller enn innenfor ulike heterogene diagnosegrupper.

Holdningene internasjonalt ser ut til å være at skjermede ordninger i mindre grad enn direkte utplassering foretrekkes. Det vil alltid være slik at personer i lengre eller kortere perioder er for syke til å arbeide i ordinære tilpassede jobber. Da vil skjermede veltilpassede ordninger være nødvendig. Med det sterke fokuset vi har i Norge i dag på å inkludere så mange som mulig i arbeidslivet og at passive stønadsyttere skal få nødvendig kompetanse for å bli med i arbeidslivet, er det mulig at det i Norge er større behov for skjermede ordninger enn i andre land som ikke har samme inkluderingsønske eller mål. Det er derfor i denne situasjonen viktig å ha et mangfold av muligheter for arbeid og arbeidstrening for å nå målene om inkludering. Det er viktig er at tiltakene evalueres fortløpende også i forhold til effekt for å sikre god ressursutnyttelse. At evalueringer gjennomføres bidrar også til at feltet kommer videre ved at nye forsøk bygger på andres erfaringer og det positive kan styrkes og det negative begrenset. Dersom alle NAV kontor skal sette i gang egne forsøk uten at andre får informasjon om tiltakene på en effektiv måte, vil utviklingen gå sakte. Samtidig er det viktige faktorer som taler for at nettopp lokalt utviklede modeller må få mulighetsrom.

Vi tror at det er vanskelig å finne en tilnærming som vil være riktig alle steder i Norge. For det første kan brukerbehovene som tiltakene utvikles fra variere mellom områder. Dette kan skyldes kjente/ukjente forskjeller i psykisk helse i urbane og rurale strøk, områdebettinget sosial ulikhet (har kjent sammenheng med psykisk helse), tilgang på behandling for psykisk syke etc. Ulikt sammensatte behovsgrupper vil kreve ulike tiltakstilnærming. For det andre utvikles ulike arbeidsmarkedstiltak etter hvilken kunn-

skap, erfaring, kompetanse og engasjement enkeltpersoner, fagmiljø og grupper som utvikler og arbeider i ulike tiltak innehar. For det tredje er tilbakeføring til arbeid eller innpass i arbeidslivet avhengig av det lokale arbeidsmarkedet. Hvor stort mangfold og muligheter for sysselsettingstiltak som finnes lokalt, vil kunne variere etter sektor- og nærings sammensetning, lokal arbeidsledighet, forholdet mellom skjermet og konkurranseutsatt sektor, størrelsen på virksomhetene og generelt hvor mange ulike jobbtyper som finnes. Med denne bakgrunnen er det naturlig at det vokser frem ulike lokale tiltaksvarianter tilpasset lokale forhold. På den annen side er det viktig for styrende myndigheter å sikre at alle møter et godt tilbud uansett hvor de befinner seg i landet. Denne tilnærmingen kan også ha et etisk aspekt ved at en i prinsippet skal vite hva som virker før tiltakene iverksettes – altså at forsøkene må effektevalueres før de igangsettes.

5.5 HJELPEAPPARATET

Mange studier viser at mange med angst og depresjoner i liten grad søker hjelp for sine problemer. Dette forklares med lav tillit til tjenestene, stigma og at personer med angst og depresjoner ser på sine problemer som en normal tilstand som ikke krever profesjonell hjelp. Vi vet lite om hvilke tilbud for eksempel sykmeldte eller uføre med psykiske lidelser får. Dette vil være mulig å undersøke når nasjonalt personidentifiserende register fra spesialisthelsetjenesten blir tilgjengelig. Deretter må det finnes ut om dette er tilstrekkelig og hvilke tjenester/behandling som er best i samsvar med det å være sysselsatt.

Vi synes ikke vi trenger flere studier som undersøker negative holdninger til psykiske lidel-

ser for eksempel blant NAV ansatte. Dette er ikke nødvendigvis forskning i konstruktiv forståelse, og slike overskrifter kan være med på å undergrave tilliten og troen på tjenestene. Forskning viser at personer med psykiske lidelser og problemer trenger å være motivert for til å komme inn i eller bli værende i arbeidslivet – det blir de ikke av negativt fokus på tjenestene. Det vil være mer spennende å lese forskning som resulterer i gode retningslinjer for hvordan NAV-ansatte, arbeidsgivere, arbeidstakere, kolleger og arbeidstakere skal forholde seg når noen får psykiske problemer eller utvikler psykiske lidelser. Det handler om respekt og om å se menneskene bak lidelsene og problemene. Skal arbeidslivet bli inkluderende må også hjelpeapparatet ha fokus på inkludering. Det er viktig å finne frem til akkurat hvor det svikter for at inkludering skal bli en realitet og ikke bare identifisere generelle faktorer som dårlig holdninger til psykisk syke. Brukerorganisasjonene bør ha en viktig rolle i tjenesteutformingen, men det må være skikkelig grunnlag for påvirkning og erfaringene fra brukerne må inehentes på en mer systematisk måte.

Fastlegen er viktig i arbeidet med å inkludere personer med psykiske lidelser og for å unngå at personer faller ut av arbeidslivet. Det er ikke forskningsbasert kunnskap som tilsier at personer som får psykiske problemer ikke bør sykmeldes i den grad som er dagens praksis. Der som for eksempel sykdom skyldes forhold på arbeidsplassen, vil ikke situasjonen bedres om vedkommende presses til å fortsette å gå på jobb. Det trengs forskning for å finne ut hva fastlegen gjør i forhold til fokus på arbeid, hva er vanskelige situasjoner og hvilke betingelser må være oppfylt for at fastlegen eventuelt kan bidra med mer. Samarbeidet og betingelser for

at samarbeid skal fungere mellom fastlegen, NAV, spesialisthelsetjenesten og arbeidsgiver er et klart underforsket felt. Det er fastlegen som har kontakt med de med lettere psykiske lidelser, mens de med mer alvorlige psykiske lidelser ofte er i spesialisthelsetjenesten. Det samme forskningsbehovet finnes der.

5.6 INNVANDRERE

Vi vet lite om arbeidsinnvandrere og andre innvandrere opplever en annen risiko enn norske arbeidstakere i forhold til psykisk helse. Mye kan tyde på at dette er tilfelle når Arbeidstilsynet rapporterer om at arbeidstakere med minoritetsbakgrunn ofte jobber i yrker som medfører tungt og ensidig arbeid og arbeidet har høyt tempo, de er overrepresentert i jobber som ikke krever fagutdanning, de har lettere for å miste jobben og blir oftere trakassert på arbeidsplassen, har dårligere muligheter til avansement og blir satt til å gjøre lite attraktive arbeidsoppgaver osv. Dette er akkurat risikofaktorene for å utvikle psykiske problemer og lidelser som finnes i forskningen. Det er derfor viktig å undersøke om innvandrerbefolkningen står overfor annen risiko for negative psykiske helseeffekter av arbeidet enn andre og finne frem til virksomme tiltak for bedring. Det er igjen viktig å ha fokus på revers kausalitet og tendenser til å være i dårlige jobber dersom det psykiske utgangspunktet er dårlig når effektene skal identifiseres.

5.7 RUS

Det er også lite forskning fra Norge på arbeidsliv og rus. I et arbeidsliv i endring mot mer fleksible strukturer, blir begrepet arbeidsrelatert rusmiddelbruk blitt stadig vanskeligere å definere. Gråsonene har blitt større; mange

har hjemmekontor, fleksitid, vi reiser mer, møter andre (drikke)kulturer og drikker stadig mer alkohol. Dette gjør forskning på feltet arbeidsliv og rus stadig mer viktig og aktuelt. Når det gjelder framtidige forskningsbehov på disse områdene, viser vi til Frøyland (2007) som kommer med en grundig oversikt over de kunnskaps- og utviklingsbehov på feltet arbeidsliv og rus som noen av de fremste rusmiddel forskerne i Norge mener å se i 2007. I tillegg mener vi det er viktig å undersøke omfanget av arbeidstakere med samtidige rus- og psykiske lidelser og problemer i arbeidslivet. Det er også viktig å undersøke omfanget av psykiske vansker blant arbeidstakere som har mottatt hjelp for rusproblemer. Det finnes også svært lite kunnskap om hvilken betydning arbeid har for mennesker med rus- og psykiske problemer og hvilke metoder for tilrettelegging for et liv i arbeid som er effektive for denne gruppen. Oppfølgingsbehov i forhold til psykisk helse for LAR-brukere er i liten grad undersøkt. Det er mange rustiltak i Norge, men det er usikkert hvor sterkt arbeidsfokuset vektlegges ved disse tiltakene.

5.8 SPILLEAVHENGIGHET

Vi har også sett på spilleproblemer og spilleavhengighet som kan gi mange av de samme konsekvensene som rusmiddelproblemer, og dermed også få konsekvenser for arbeidslivet. Mange arbeidsgivere har de senere årene henvendt seg til AKAN for hjelp til tiltak overfor arbeidstakere som sliter med spilleproblemer. Forekomsten av livstidsspilproblemer i den norske befolkningen i 2007 lå på 1,7 prosent. Andelen med spilleproblemer i Norge har ligget stabilt siden målingen i 2002, men tall fra Østnorsk kompetansesenter i 2008 tyder på at

vesentlig færre har søkt behandling og hjelp etter seddelforbudet i 2006 og automatforbudet i juli 2007. I 2008 vil spilleautomater igjen plasseres ut rundt om i landet, og fremtidig forskning vil vise hvordan dette påvirker forekomsten av spilleproblemer. Det hersker liten tvil om at kognitiv terapi for spilleproblemer og spilleavhengighet virker, men når en lovregulering kunne føre til en halvering i antall mennesker som henvender seg for hjelp, synes det mest effektive behandlingsmidlet å ligge hos politikerne. Kunnskapsbehovet er særlig knyttet til spilleavhengighet og internett, og hvilke konsekvenser dette har for arbeidslivet. Spilles det for eksempel i arbeidstiden? Det er også behov for kunnskap om hvordan arbeidsgivere kan bistå arbeidstakere som sliter med spilleavhengighet.

5.9 FREMTIDIG ARBEIDSSTYRKE

Forebyggende tiltak er nødvendig og alle vil ha nytte av en psykisk friskere arbeidsstyrke. Dette handler om forebyggende tiltak på alle nivå, også i forhold til barn og unge som snart går inn i arbeidsstyrken. Her er temaene mange, fysisk aktivitet, livsstil, tilrettelagt utdanning, utdanningssystemet generelt, om det er nok diversitet i oppgaver i arbeidslivet med plass til alle, unge i konkurranse med importert arbeidskraft osv.

Mange unge faller ut av videregående opplæring og fra arbeidslivet grunnet psykiske problemer og lidelser. Dette kan ha sammenheng med skolesystemet og at dagens teoritunge skole ikke passer for alle. Dersom ikke skolegangen gjennomføres av ulike årsaker vil det være vanskelig å få jobb i Norge i dag. Det er krav om basiskunnskap som å kunne å lese, skrive og ha sosial trening i alle yrker. Dersom

noen går ut av skolen uten å ha disse basisferdighetene er løsningen ofte uføretrygding – og da med diagnosen psykiske problemer. Det er behov for å tenke nytt og det trengs forslag til store tiltak for store grupper. Verdifulle liv som ender i uførepensjonering i en alder av 25 år, bør ikke være mulig i et velferdssamfunn. Det er vanskelig å forstå at alle muligheter er utprøvd for personer som blir uføre i så ung alder. Dersom det ikke finnes muligheter til ordinært arbeid, må kvalifiseringsmuligheter på deres premisser også gjelde unge arbeidssøkere. Her trengs en grundig gjennomgang av ordninger og tiltak, også med fokus på stønadsordninger og økonomiske insentiver.

Som nevnt i strategiplanen er det lite kunnskap om hvilke faktorer som skal til for at unge, ukvalifiserte personer med psykiske problemer skal kunne tas inn i en virksomhet, ansettes og beholdes i jobben. Vi tror det også er viktig å gå inn i skolesystemet og finne frem til nødvendige tiltak både i grunnskolen og i videregående opplæring. Risikofaktorene er ofte tydelige i ung alder, men dette kan handle om ressurser i skolen. Dette handler i stor grad om forebygging av psykiske problemer heller enn å vente til unge personer står ukvalifisert tilbake når de skal inn i arbeidsmarkedet.

Det kan også se ut som for eksempel studenters psykiske helsebelastning øker. Selv om dette ikke har vært et tema i denne gjennomgangen, kan forebygging av psykiske problemer i studietiden være et virkemiddel for å styrke fremtidig arbeidsstyrke. Her kan for eksempel forskning gjøres i samarbeid med studentsamskipnadene. Det vil være lite effektivt å iverksette tiltak på arbeidsplassene om mange ansatte har et dårlig grunnlag for yrkeslivet ved at de allerede har psykiske problemer som har

oppstått i studietiden eller i praksisperioder. Det ser i liten grad ut til å foregå forskning på studenters psykiske helse i Norge i dag. Disse skal også snart ut i arbeidslivet og styrking av deres psykiske helse for å møte utfordringer i arbeidslivet kan være et økonomisk gunstig tiltak for samfunnet.

Samtidig er fokus på unges rusvaner viktig i forhold til fremtidig arbeidsstyrke. Hvordan kan tiltak best iverksettes for å motiver til lavere rusbruk? Konsekvensene med økt rusproblematikk i arbeidslivet må grundig adresseres.

5.10 BEHOV FOR FOKUS OGSÅ PÅ LETTERE PSYKISKE LIDELSER

Forskningen på ulike arbeidsmarkedstiltak har i stor grad vært konsentrert rundt personer med alvorlige psykiske lidelser. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan dette likne på et paradoks.

De med alvorlige psykiske lidelser er en liten gruppe – og det aller meste av ressursene i spesialisthelsetjenesten går til behandling av denne type lidelser. Dette er en riktig helsefaglig prioritering, ved at de sykeste skal behandles foran de mindre syke.

Dersom samme vurderingen skal gjøres i forhold til arbeidstiltak som i forhold til helsetiltak, må de som har størst "skade" av å være uten arbeid prioriteres først. Om dette er de alvorlig syke eller de med lettere psykiske lidelser er vanskelig å si, men det er ikke opplagt at helsetapet de alvorlig syke vil ha av å være uten arbeid er større enn det de med lettere psykiske lidelser vil oppleve dersom de faller ut av arbeidslivet eller ikke kommer inn. Selv om prioritering av alvorlig syke er riktig i forhold til klinisk behandling, er det ikke opplagt at alvor-

lig psykisk syke skal prioriteres foran de med lettere lidelser når arbeidstiltak skal utvikles og iverksettes.

De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til lettere psykiske lidelser antas å være svært høye pga sykefravær, produktivitetstap m.m. Årsaken til at kostnadene er høye skyldes at dette gjelder så mange flere enn de med alvorlige lidelser.

I et arbeidslivsperspektiv, om målet er å inkludere flest mulig, redusere sykefraværet, og hindre flest mulig fra å falle ut av arbeidslivet – vil ikke tiltak rettet mot de relativt få alvorlig syke ha særlig effekt.

En vurdering på samfunnsnivå, heller enn på individnivå, vil derfor gi at tiltak for at personer med lettere psykiske lidelser og problemer skal beholde, styrke og utvikle arbeidslivstilknytningen bør prioriteres.

5.11 EN KRITISK METODE-KOMMENTAR

Vi mener at det gjenstår mye i forskning på arbeidsmiljø og psykisk helse og de fleste studiene har svakheter.

For det første er mange av de empiriske studiene av arbeidsmiljøets betydning for psykisk helse basert på tverrsnittsdata og kan dermed ikke fastslå hvorvidt det er en kausal sammenheng mellom egenskaper ved arbeidsmiljøet og effekt på psykisk helse, bare at det er klare assosiasjoner. Spørsmålet er da om dårlig arbeidsmiljø skaper psykiske problemer, eller er det slik at de som har psykiske problemer opplever arbeidsmiljøet som dårligere enn ansatte som ikke har psykiske problemer? Dersom studiene finner at det er en sammenheng mellom

arbeidsmiljø og psykisk helse er det i liten grad diskutert om dette egentlig skyldes revers kausalitet.

For det andre er det ikke slik at longitudinelle studier automatisk viser hvilke kausale sammenhenger som er gyldige. Dersom en person over tid utvikler psykiske lidelser samtidig som arbeidsmiljøet blir dårligere, kan vi ikke dermed si at det er arbeidsmiljøet som har skylden. Det kan både skyldes at en person som utvikler psykiske problemer eller lidelser etter hvert står overfor et dårligere arbeidsmiljø enn tidligere nettopp fordi de har utviklet psykiske problemer. Personer som har bedre psykisk helse vil sannsynligvis bli foretrukket ved forfremmelser og ha lettere for å finne en ny og bedre jobb. Fordi arbeidstakere utvikler psykiske lidelser kan de dermed oppleve et dårligere arbeidsmiljø, kanskje gradvis miste støtte og få mindre spennende arbeidsoppgaver og miste kontroll over egne oppgaver. Dette krever en dynamisk modellering der en samtidig tar hensyn til at psykiske problemer kan oppstå gradvis. Slike analyser finnes det svært få av.

En tredje årsak til at resultat viser at dårlig arbeidsmiljø skaper dårlig psykisk helse i panelstudier, kan være at i en fase der psykiske problemer utvikles og forsterkes, vurderes arbeidsmiljøet mer negativt enn vedkommende ville gjort dersom ikke hadde slike problemer. En meta-analyse har riktignok konkludert med at psykososialt arbeidsmiljø påvirker arbeidstakernes psykiske helse og at dette ikke bare skyldes at personer med psykiske problemer rapporterer annerledes i forhold til *arbeidsbelastning* enn de som ikke har slike problemer. Det er sannsynligvis vanskeligere å synliggjøre at krav, støtte og ubalanse mellom innsats og belønning har en selvstendig effekt.

Et fjerde problem med arbeidslivsforskning som ser på psykisk helse i et arbeidsmiljøperspektiv, er at selv om det er mye forskning som viser at forhold utenfor selve arbeidsplassen og egenskaper ved enkeltindividene har betydning for psykisk helse, er det svært få av disse studiene som klarer å integrere dette i modellene.

En femte utfordring er seleksjon inn i yrker og utdanninger. Det er sannsynligvis en sammenheng mellom type yrke og personlige karakteristika. Noen yrker passer sannsynligvis bedre for visse personligheter enn for andre. Personer med visse kjennetegn kan i større grad søke seg til disse yrkene og de kan i tillegg ha større sannsynlighet for å få jobbene. Studiene som handler om arbeidsmiljø og psykisk helse kan i liten grad si om det er yrket, arbeidsplassen eller om det er egenskaper og kjennetegn ved de ansatte som er viktig.

Likevel, det er flere studier som konkluderer med at arbeidsplassrelaterte forhold har en selvstendig effekt også når man tar i betraktning sosioøkonomiske faktorer. Det er uansett vanskelig å avgjøre om funn som påviser sammenhenger mellom arbeidsbelastning og depresjoner og angst, skyldes forhold på arbeidsplassen, genetiske eller personlige karakteristikk til de som følger visse karrierer eller en kombinasjon av disse.

Det finnes lite forskning fra Norge med fokus på psykisk helse og arbeidsplassen. Med det store fokuset vi i Norge har på arbeidsmiljø generelt, er det viktig å komplimentere arbeidet med forskningsbasert kunnskap om psykisk helse og arbeidsmiljø. Det må tenkes nytt og de etablerte teoretiske modellene kan være et godt utgangspunkt for videre forskning, men de har for mange svakheter i forhold til arbeid og psy-

kisk helse til å kunne benyttes separat. Dersom det hadde vært slik at personer er tilfeldig fordelt på alle yrker og arbeidsplasser og at personer vurderer arbeidsmiljø likt uavhengig av psykisk tilstand, ville en kunne studert arbeidsmiljøeffekter på psykisk helse i denne rammen. Problemet med at personer som viser symptomer på at de har begynnende psykiske problemer blir forbigått, ikke får interessante og givende arbeidsoppgave, mister sosialt nettverk, får mindre anerkjennelse fordi de ikke er effektive nok osv – gjenstår likevel.

Vi har lite informasjon om risikoyrker. Det å ha kunnskap om psykisk helse fra ulike yrkesgrupper og næringer/sektorer kan gi informasjon om hvor arbeidsbetingelsene, som er et mye mer omfattende begrep enn arbeidsmiljøet, bør studeres nærmere. Funn fra andre land kan i liten grad være overførbare til norske forhold. I sentral fraværstatistikk registreres alt legeomdelt sykefravær, inkludert diagnoser gitt av sykmeldende helsepersonell. Fra denne vet vi at det er variasjoner mellom ulike næringer i forhold til psykisk helse. Undervisningssektoren har for eksempel en høyere andel sykefravær som skyldes psykiske lidelser enn noen annen sektor. I tillegg har lærere lav avgangsalder. Vi kjenner ikke til at det finnes forskning som viser hvilke forhold det er ved læreryrket som gir denne sammenhengen. Generelt er det i liten grad forsket på hva psykiske lidelser og problemer innenfor de ulike næringene skyldes. Det er i helsesektoren og særlig innen pleie og omsorgstjenester vi finner de høyeste sykefraværstallene. Hva som ligger bak diagnosene psykiske lidelser her i forhold til i undervisningssektoren og andre sektorer er særlig interessante problemstillinger. Det finnes noe både fra Norge og fra andre land om yrker og

psykiske lidelser, men funnene sier ikke særlig mer enn det vi kan lese fra fraværstatistikken som inkluderer informasjon om diagnose. Her må både kvalitative og kvantitative metoder benyttes i et godt design som kan ta inn de overnevnte forholdene.

En tilnærming der en forsøker å finne årsaken til psykiske problemer i arbeidslivet ved å undersøke sykmeldte og uføre med psykiske lidelser der en kombinerer kvalitative og kvantitative metoder kan være en riktigere vei å gå enn å undersøke psykisk helse i gitte arbeidsmiljø.

Vi tar også med en kommentar om det sterke fokuset som nå er på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) i forhold til arbeidstiltak for psykisk syke. Kvaliteten på forsøkene er i stor grad avhengig av hvor stor kontroll forskerne har på kontrollgruppen. Vi synes ofte sammenlikningsgruppen er for dårlig beskrevet og vi er særlig usikker på om de har nok informasjon om kontrollgruppens aktiviteter i forsøksperioden. Dersom de ikke har full kontroll på alle kjennetegn i kontrollgruppen, kan lett spuriøse effekter tolkes som presise funn. Metoder for evidensbasert medisinsk forskning er basert på en uttestingsmodell som tar utgangspunkt i at pasienten er et passivt objekt om blir påvirket av behandlingen. Dette er i liten grad tilfellet for personer med ulike psykiske lidelser. Det er også naturlig å tro at personene som er involvert i tiltakene har betydning for effekten av tiltaket (for eksempel behandlere og NAV-ansatte). I tillegg er det slik at ingen diagnosegrupper er homogene i form av funksjonsnivå og arbeidsevne slik som de kanskje i større grad vil være for visse somatiske grupper. Det kan også argumenteres for at klinisk kontrollerte forsøk ikke egner seg for å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelse – og

meningsverden, deres praksiser, deres forventninger og motiver, deres sosiale relasjoner og kulturelle systemer.

Vi advarer derfor mot å ha et ukritisk og ensidig fokus på randomiserte kontrollerte studier når effekt av arbeidsmarkedstiltak for folk med psykiske lidelser og problemer studeres. Der- som bare slike studier skal prioriteres mister feltet mangfoldet og byggesteinene som legger grunnlaget nettopp for slike forsøk. Randomiserte kontrollerte forsøk er et viktig verktøy i effektevalueringen, men det er viktig å legge vekt på et godt og kreativt design når slike studier skal planlegges og gjennomføres. En kan også tenke seg at randomiseringen kan

foregå for eksempel slik som i den nye euro- peiske studien vi har skrevet om, som vi mener har et svært godt design, ved å velge ulike steder (byer/tettsteder/spredtbygdestrøk) der forsøk iverksettes slik at en også får vite om det er en egen effekt av involverte NAV-kontor, lokalt arbeidsmarked, nærings sammensetning, sosioøkonomiske områdeforskjeller osv. Dette vil være et drømmeforsøk, men det finnes i dag et alt for dårlig kunnskapsgrunnlag i Norge på psykisk helse og arbeid til at et slikt forsøk ville være etisk riktig å igangsette. Å bygge opp denne kunnskapen krever tålmodighet og bi- drag fra mange ulike forskningsprosjekter.

Referanser

- Aakerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse - faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 223-231.
- Allsop, S., M. Phillips, C. Calogero (2001). *Drugs and Work. Responding to Alcohol and Other Drug Problems in Australian Workplaces*. IP Communications, East Hawthorne, Victoria, Australia.
- Alverson, H., Carpenter, E. & Drake, R. E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatr.Rehabil.J.*, 30, 15-22.
- Ames, G. M. & Grube, J. W. (1999). Alcohol availability and workplace drinking: mixed method analyses. *J.Stud.Alcohol*, 60, 383-393.
- Ames, G. M., Grube, J. W. & Moore, R. S. (1997). The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *J.Stud.Alcohol*, 58, 37-47.
- Anderson, B. K. & Larimer, M. E. (2002). Problem drinking and the workplace: an individualized approach to prevention. *Psychol.Addict.Behav.*, 16, 243-251.
- Andreasson, S., Holder, H. D., Norstrom, T., Osterberg, E. & Rossow, I. (2006). Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates. *Addiction*, 101, 1096-1105.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Najonal stre-giplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012. Strategiplan*.
- Arbeidstilsynet (2006). *Årsrapport 2006*.
- Aust, B., Rugulies, R., Skakon, J., Scherzer, T. & Jensen, C. (2007). Psychosocial work environment of hospital workers: validation of a comprehensive assessment scale. *Int.J.Nurs.Stud.*, 44, 814-825.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P. A. & McKinney, V. M. (2007). Harassing under the influence: the prevalence of male heavy drinking, the embeddedness of permissive workplace drinking norms, and the gender harassment of female coworkers. *J.Occup.Health Psychol.*, 12, 232-250.
- Bakken, K., Landheim, A. S. & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*, 38, 54-59.
- Bakker, I. M., Terluin, B., van Marwijk, H. W., Gundy, C. M., Smit, J. H., van, M. W. & Stalman, W. A. (2006). Effectiveness of a Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS); study protocol of a cluster randomised controlled trial in general practice. *BMC. Public Health*, 6, 124.
- Bakker, I. M., Terluin, B., van Marwijk, H. W., van der Windt, D. A., Rijmen, F., van, M. W. & Stalman, W. A. (2007). A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS.Clin.Trials*, 2, e26.
- Baldwin, M. L. & Marcus, S. C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatr.Serv.*, 57, 388-392.

- Baron, R. C. (2000). Employment Policy: Financial Support Versus Promoting Economic Independence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 375-391.
- Bauer, J., Unterbrink, T., Hack, A., Pfeifer, R., Buhl-Griesshaber, V., Muller, U., Wesche, H., Frommhold, M., Seibt, R., Scheuch, K. & Wirsching, M. (2007). Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. *Int.Arch.Occup.Environ.Health*, 80, 442-449.
- Becker, D., Whitley, R., Bailey, E. L. & Drake, R. E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatr.Serv.*, 58, 922-928.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch.Gen.Psychiatry*, 63, 426-432.
- Benavides, F. G., Benach, J., Mira, M., Saez, M. & Barcelo, A. (2003). Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. *Eur.J.Public Health*, 13, 51-55.
- Bennett, J. B., Lehman, W. E. & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: the empirical and conceptual development of a training program. *Prev.Sci.*, 1, 157-172.
- Bennett, J. B., Patterson, C. R., Reynolds, G. S., Wiitala, W. L. & Lehman, W. E. (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am.J.Health Promot.*, 19, 103-113.
- Berger, L., M. Brondino, L. Otto-Salaj & Zweben A. (2004). Alcohol and the workplace: Environmental support for working class on-the-job drinking and alcohol-related work problems at a public urban university. *Alcoholism*, vol. 28, nr.5.
- Bergsgard, N. a. & Løyland, K. (2001). Effekten av yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser. Arbeidsrapport 3- 2001, Telemarksforskning – Bø.
- Berry, J. G., Pid, K., Roche, A. M. & Harrison, J. E. (2007). Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey. *Addiction*, 102, 1399-1410.
- Blanchard, J. J., Brown, S. A., Horan, W. P. & Sherwood, A. R. (2000). Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin.Psychol.Rev.*, 20, 207-234.
- Bond, G.R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J.*, Spring; 27(4):345-59.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D. & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., & Vogler, K.M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(4), 265-284.

- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J. & Vezina, M. (2007). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers. *Int.J.Law Psychiatry*, 30, 355-368.
- Boyce, M., Secker, J., Johnson, R., Floyd, M., Grove, B., Schneider, J. & Slade, J. (2008). Mental health service users' experiences of returning to paid employment. *Disability & Society*, 23, 77-88.
- Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L. & Corbiere, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int.J.Law Psychiatry*, 30, 444-457.
- Brimblecombe, N., Tingle, A., Tunmore, R. & Murrells, T. (2007). Implementing holistic practices in mental health nursing: a national consultation. *Int.J.Nurs.Stud.*, 44, 339-348.
- Brouwers, E. P., de Bruijne, M. C., Terluin, B., Tiemens, B. G. & Verhaak, P. F. (2006a). Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur.J.Public Health*, 17, 214-220.
- Brouwers, E. P., Tiemens, B. G., Terluin, B. & Verhaak, P. F. (2006b). Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen.Hosp.Psychiatry*, 28, 223-229.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rossler, W., Tomov, T., van, B. J., White, S. & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Bush, D. M. (2008). The U.S. Mandatory Guidelines for Federal Workplace Drug Testing Programs: current status and future considerations. *Forensic Sci.Int.*, 174, 111-119.
- Buvik, K., Revheim, T. (2008). Anledning gjør tyv – muligheter for pengespill i arbeidstiden. *Sosiologi i dag*, årgang 38, nr 1/2008 .
- Calnan, M., Wadsworth, E., May, M., Smith, A. & Wainwright, D. (2004). Job strain, effort--reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scand.J.Public Health*, 32, 84-93.
- Canadian Mental Health Association (2008). Hangin' In There: Strategies for Job Retention by Persons with a Psychiatric Disability. Canadian Mental Health Association.
- Carpenter, C. (2003). Seasonal variation in self-reports of recent alcohol consumption: racial and ethnic differences. *J.Stud.Alcohol*, 64, 415-418.
- Chandola, T., Martikainen, P., Bartley, M., Lahelma, E., Marmot, M., Michikazu, S., Nasermoaddeli, A. & Kagamimori, S. (2004). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int.J.Epidemiol.*, 33, 884-893.
- Chapman, M. (2007). Drugs and alcohol workplace trends. *Occup.Health Saf*, 76, 32, 34.
- Cherry, N. M., Chen, Y. & McDonald, J. C. (2006). Reported incidence and precipitating factors of work-related stress and mental ill-health in the United Kingdom (1996-2001). *Occup.Med.(Lond)*, 56, 414-421.

- Claussen, B. (1999). Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. *Addiction*, 94, 133-138.
- Claussen, B. & Aasland, O. G. (1993). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction*, 88, 363-368.
- Colombi, M. A. (2005). Depression Management in the Workplace: A Case Study. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11, 16-20.
- Cook, J. A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the President's Commission. *Psychiatr.Serv.*, 57, 1391-1405.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., McFarlane, W. R., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., Dudek, K., Razzano, L. A., Grey, D. D. & Burke-Miller, J. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 505-512.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation - An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Costa, G., Sartori, S. & Akerstedt, T. (2006). Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiol.Int.*, 23, 1125-1137.
- Crisp, R. (2007). Depression and occupational disability in five diagnostic groups: A review of recent research. *Disability and Rehabilitation*, 29, 267-279.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R. & Huxley, P. (2001a). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R. & Huxley, P. (2001b). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001.
- Dale-Olsen, H., Hardoy, I., Aagoth, S. & Torp, H. (2005). IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne. ISF rapport 2005:009. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Danziger, S. K., Ariel, K. & Anderson, N. J. (2000). Human Capital, Physical Health, and Mental Health of Welfare Recipients: Co-occurrence and Correlates. *Journal of Social Issues*, 56, 635-654.
- De Jonge, J. & Kompier, M. A. J. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4, 235-258.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D. & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work and Stress*, 18, 149-166.
- De Raeve, L., Vasse, R. M., Jansen, N. W., van den Brandt, P. A. & Kant, I. (2007). Mental health effects of changes in psychosocial work characteristics: a prospective cohort study. *J.Occup.Environ.Med.*, 49, 890-899.
- Delaney, W.P., Grube, J.W., Ames, G.M. (1998). Predicting likelihood of seeking help through the employee assistance program among salaried and union hourly employees. *Addiction*, 93, 399-410.

- Delaney, W.P., Grube, J.W., Greiner, G., Fisher, J.M. & Ragland, D.R. (2002). Job Stress, Unwinding and Drinking in Transit Operators. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(4), 420-429.
- Dewa, C. S., McDaid, D. & Ettner, S. L. (2007). An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? *Can.J.Psychiatry*, 52, 346-356.
- Dooley, D. & Prause, J. (1998). Underemployment and alcohol misuse in the National Longitudinal Survey of Youth. *J.Stud.Alcohol*, 59, 669-680.
- Dooley, D. & Prause, J. (2002). Mental health and welfare transitions: depression and alcohol abuse in AFDC women. *Am.J.Community Psychol.*, 30, 787-813.
- Doumas, D. M. & Hannah, E. (2008). Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *J.Subst.Abuse Treat.*, 34, 263-271.
- Dragano, N., He, Y., Moebus, S., Jockel, K. H., Erbel, R. & Siegrist, J. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 72-78.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Bond, G. R. & Mueser, K. T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R. & Quimby, E. (1999). A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-633.
- ECON (2004). Arbeid med bistand - hva skjer når bistanden opphører? Rapport 2004-102. ECON analyse, Oslo.
- ECON (2005) . Arbeidsmarkedstiltak i motbakke. En kvalitativ undersøkelse av Arbeid med bistand. Rapport 2005-054. ECON analyse, Oslo.
- el-Guebaly, N., Currie, S., Williams, J., Wang, J., Beck, C. A., Maxwell, C. & Patten, S. B. (2007). Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatr.Serv.*, 58, 659-667.
- Ellison, M., Russinova, Z., MacDonald-Wilson, K. & Lyass, A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 3-13.
- Ettner, S. L., Frank, R. G. & Kessler, R. C. (1997). The Impact of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes. *Industrial and Labor Relations Review*, 51, 64-81.
- Evans, O. & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Soc.Sci.Med.*, 54, 481-492.
- Fekjær, H. (2006). Behandling av spilleavhengighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10, Lederartikkel.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L. & Ridder, E. M. (2005). Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100, 354-366.

- Fernandes, J. D., Melo, C. M., Gusmao, M. C., Fernandes, J. & Guimaraes, A. (2006). Mental health and work: meanings and limits of theoretical models. *Rev.Lat.Am.Enfermagem.*, 14, 803-811.
- Flermoen, S. (2006). Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser - evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sluttrapport. Rapport 234 fra Telemarksforskning - Bø.
- Fleten, N. & Johnsen, R. (2006). Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occup.Environ.Med.*, 63, 676-682.
- French, M. T., Roebuck, M. C. & Kebreau, A. P. (2004). To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use? *Soc.Sci.Res.*, 33, 45-63.
- Frone, M. R. (1998). Predictors of work injuries among employed adolescents. *J.Appl.Psychol.*, 83, 565-576.
- Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol Res.Health*, 23, 284-291.
- Frone, M. R. (2003). Predictors of overall and on-the-job substance use among young workers. *J.Occup.Health Psychol.*, 8, 39-54.
- Frone, M. R. (2006a). Prevalence and Distribution of Alcohol Use and Impairment in the Workplace: A U.S. National Survey. *J.Stud.Alcohol*, 67, 156.
- Frone, M. R. (2006b). Prevalence and distribution of illicit drug use in the workforce and in the workplace: findings and implications from a U.S. national survey. *J.Appl.Psychol.*, 91, 856-869.
- Frøyland, K. (2005). Arbeidsliv og rus - kunnskapsstatus anno 2005. Notat N2005:3. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Frøyland, K.J. (2006). Supported employment or segregated rehabilitation? Vocational rehabilitation and the idea of "rapid job placement". A literature review. Notat 2/06, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Frøyland, K. (2007). Med arbeidslivet som arena - om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning. SIRUS skrifter 4/2007. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.
- Frøyland, K. & Grimsmo, A. (2006). Rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv. *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift*, 23, 2006, s. 127-145.
- Frøyland, K., Grimsmo, A. & Sørensen, B. Å. (2005). Evlauering av AKAN - rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv. Rapport R2005:5. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Gallant, D. M. (1993). Unemployment and alcohol consumption. *Alcohol Clin.Exp.Res.*, 17, 722-723.
- Gamperiene, M., Nygard, J. F., Sandanger, I., Waersted, M. & Bruusgaard, D. (2006). The impact of psychosocial and organizational working conditions on the mental health of female cleaning personnel in Norway. *J.Occup.Med.Toxicol.*, 1, 24.
- Garcia-Villamisar, D. & Hughes, C. (2007). Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 142-150.

- Gewurtz, R. & Kirsh, B. (2007). How consumers of mental health services come to understand their potential for work: doing and becoming revisited. *Can.J.Occup.Ther.*, 74, 195-207.
- Gilmour, H. & Patten, S. B. (2007). Depression and work impairment. *Health Rep.*, 18, 9-22.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occup.Environ.Med.*, 59, 714-720.
- Glozier, N., Hough, C., Henderson, M. & Holland-Elliott, K. (2006). Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 525-534.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *Bmc Public Health*, 5.
- Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O. H. & Keleher, J. (2006). Randomized Trial of Supported Employment Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 378-395.
- Goodman, E. & Huang, B. (2002). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 156, 448-453.
- Gotestam, K. G. & Johansson, A. (2003). Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: a DSM-IV-based telephone interview study. *Addict.Behav.*, 28, 189-197.
- Greenberg, E. & Grunberg, L. (1995). "Work Alienation and Problem Alcohol Behaviour". *Journal of Health and Social Behaviour*, 36 (1): 83-102.
- Grimsmo, A. & Rossow, I. (1997): Alkohol og sykefravær. SIFA-rapport nr. 3/97
- Gråwe, R.W. (2004). Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk-hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnose. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. Vol 12;34-36.
- Gråwe, R.W., Hagen,H., Husum,T.L., Pedersen,P.B., Ruud, T. (2005). Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne-september 2004. STF778 A055013. SINTEF Helse, Trondheim.
- Gråwe, R.W. & Ruud, T. (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Rapport STF78 A06003, SINTEF Helse, Trondheim.
- Gundersen, T.,Grut,L., Loeb,M., Ruud,T., Eikeland, T., Nesvåg,S. & Olsen,E. (2004). Rusklienter og tjenester før 'rusreformen'. En tverrsnittundersøkelse. SINTEF rapport STF78 A044513. SINTEF Unimed. Trondheim.
- Hagen, H. & Ruud, T. (2004). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003. Rapport 3/04. SINTEF Helse, Trondheim.
- Haahr, J. P., Frost, P. & Andersen, J. H. (2007). Predictors of Health Related Job Loss: A Two-Year Follow-up Study in a General Working Population. *J.Occup.Rehabil.*, 17(4), 581-592.
- Hagihara, A., Tarumi, K. & Nobutomo, K. (2001). A signal detection approach to the combined effects of work stressors on alcohol consumption. *J.Stud.Alcohol*, 62, 798-805.
- Hammer, T. (1999): Sykefravær og rusmiddelbruk blant unge i arbeid. Rapport 6/99. NOVA, Oslo.

- Hand, C. & Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' view in hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 166-73.
- Hanrahan, P., Heiser, W., Cooper, A. E., Oulvey, G. & Luchins, D. J. (2006). Limitations of system integration in providing employment services for persons with mental illness. *Adm Policy Ment.Health*, 33, 244-252.
- Hansen, M. & Rossow, I. (2008). Pengespill og suicidal atferd. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 174-176.
- Harkonmaki, K., Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. & Silventoinen, K. (2006). Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among ageing municipal employees: The Helsinki health study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 190-198.
- Harsvik, T., Mo, T. O. & Steihaug, S. (2008). Jobbmestrende oppfølging. Andre delrapport. Rapport A5149. SINTEF Helse, Trondheim.
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. & Haslam, R. A. (2005). Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. *Occup. Environ. Med.*, 62, 538-545.
- Heldmark, T. (2005). Alkohol - varför vi dricker som vi gör. *Populärvetenskapliga kunskapsöversikter från Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.*, 1. Stockholm.
- Helle, A. (2005). Aetats psykiatrisatsing. Presentasjon på APS-konferansen 2005 i regi av Arbeidsmarkedsbedriftenes landsforening Hamar 11. - 12. april 2005. 2005.
- Helle, S. & Gråwe, R. W. (2007). Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11, 1358-1362.
- Henderson, M., Hutcheson, G. & Davies, J. (1996). Alcohol and the workplace. *WHO regional publications, European series, Finland. Centre for Applied Social Psychology*, 67.
- Hermansson, U. (2004). Riskbruk av alkohol i arbetslivet – En kunskapsöversikt om motiv och åtgärder. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hernandez, B. & Keys, C. (2000). Employer Attitudes Toward Workers with Disabilities and their ADA Employment Rights: A Literature Review. *Journal of Rehabilitation*, 66[4].
- Hilt, B., Kvenild, K. & Stenersen, H. (2003). Arbeidsrelaterede sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [123], 2065-7. 2003.
- Hiro, H., Kawakami, N., Tanaka, K. & Nakamura, K. (2007). Association between job stressors and heavy drinking: age differences in male Japanese workers. *Ind.Health*, 45, 415-425.
- Honey, A. (2003). The impact of mental illness on employment: Consumers' perspectives. *Work*, 20, 267-276.
- Hutchinson, D., Anthony, W., Massaro, J. & Rogers, E. S. (2007). Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr.Rehabil.J.*, 30, 189-197.
- Institute of Alcohol Studies – UK (2007). Alcohol and the workplace. IAS Factsheet.

- Janes, C.R. og G.M.Ames (1993). "The Workplace" i M. Galanter (1993). *Recent Developments in Alcoholism, Volume 11: Ten Years of Progress*. Plenum Press, New York.
- Joner, A. (2007). Nye koster i ny etat. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 15, 1957-1958.
- Joner, A. (2008). Sykmelding - helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 8[128], 940-941.
- Kalseth, J. (2003). Psykisk helsearbeid i kommunene - variasjoner i tiltak og tjenester. Rapport A035006. SINTEF Helse, Trondheim.
- Kalseth, J. (2006). Psykisk helsearbeid i kommunene - tiltak og tjenester 2004/2005. Rapport A182. SINTEF Helse, Trondheim.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.
- Kaspersen, S. L., Ose, S. O., Bremnes, R. & Hatling, T. (2008). Psykisk helsearbeid i kommunene: Dsponering av øremerkede midler 1999-2006. Rapport A4639. SINTEF Helse, Trondheim.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M. & Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J.Occup Environ.Med*, 43, 218-225.
- Killackey, E. J., Jackson, H. J., Gleeson, J., Hickie, I. B. & McGorry, P. D. (2006). Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 951-962.
- Kin Wong, K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J. & Chiu, S. N. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59, 84-90.
- Kivimaki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T., Virtanen, M. & Vahtera, J. (2007a). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *J.Epidemiol.Community Health*, 61, 154-158.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M. & Siegrist, J. (2007b). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occupational and Environmental Medicine*, 64, 659-665.
- Kjærheim, K., R.Mykletun, O.G.Aasland, T.Haldorsen, og A.Andersen (1995). "Heavy Drinking in the Restaurant Business - the Role of Social Modeling and Structural Factors of the Workplace." *Addiction* 90(11): 1487-1495.
- Klumb, P. L. & Lampert, T. (2004). Women, work, and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. *Social Science & Medicine*, 58, 1007-1024.
- Knealing, T. W., Roebuck, M. C., Wong, C. J. & Silverman, K. (2008). Economic cost of the therapeutic workplace intervention added to methadone maintenance. *J.Subst.Abuse Treat*, Apr;34(3):326-32.

- Kopp, M. S., Stauder, A., Purebl, G., Janszky, I. & Skrabski, A. (2007). Work stress and mental health in a changing society. *Eur.J.Public Health*, 18(3):238-244.
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Elovainio, M., Vaananen, A., De, V. R., Heponiemi, T., Linna, A., Pentti, J. & Vahtera, J. (2008). Low organisational justice and heavy drinking: a prospective cohort study. *Occup.Environ.Med.*, 65, 44-50.
- Krogstadmo, B. (2007). Brukerundersøkelse av program for arbeidsutprøving. En kvantitativ studie. Masteroppgave, 1-62. 2007. NTNU, Psykologisk institutt, Trondheim.
- Krupa, T. (2007). Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness. *Can.J.Psychiatry*, 52, 339-345.
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6, 186-189.
- Lamberg, M. E., Kangasperko, R., Partinen, R., Lillsunde, P., Mukala, K. & Haavanlammi, K. (2008). The Finnish legislation on workplace drug testing. *Forensic Sci.Int.*, 174, 95-98.
- Langballe, E. M. (2008). Burnout in modern work life: Concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway. Doktorgradsavhandling, Uio, Psykologisk institutt, Oslo.
- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M. S., Therrien, C. & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S. & Knight, E. L. (2002). Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. *Subst.Use.Misuse.*, 37, 145-170.
- Layard, The Centre for Economic Performance's Mental Health policy Group (2006). "The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders". Signatories: Stuart Bell, Professor David Vlack, Professor Martin Knapp, Professor Lord Layard (chair), Baroness Meacher, Professor Stefan Priebe, professor Graham Thornicroft, Lord Turnberg, Dr. Ben Wright. Rapport juni, London School of economics.
- Leff, H. S., Cook, J. A., Gold, P. B., Toprac, M., Blyler, C., Goldberg, R. W., McFarlane, W., Shafer, M., Allen, I. E., Camacho-Gonsalves, T. & Raab, B. (2005). Effects of job development and job support on competitive employment of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 1237-1244.
- Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A. & McDonnell, K. (2002). Improving Employment Outcomes for Persons With Severe Mental Illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165-172.
- Lehman, W. E. & Bennett, J. B. (2002). Job risk and employee substance use: the influence of personal background and work environment factors. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 28, 263-286.
- Lie, T. & Nesvåg, S. (2001). Rusmiddelvaner blant ansatte. RF-2001-068. Rogalandsforskning, Stavanger.
- Lie, T. & Nesvåg, S. (2006). Evaluering av rusreformen. Rapport 2006/227. IRIS, Stavanger.
- Lilleeng, S. E. (2007). *Pasienter med rusmiddelbruk og psykiske lidelser*. Rapport A1159. SINTEF Helse, Trondheim.

- Lim, D., Sanderson, K. & Andrews, G. (2000). Lost productivity among Full-Time Workers with Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 139-146.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am.J.Epidemiol.*, 157, 98-112.
- MacDonald, S., Wells, S. & Wild, T. C. (1999). Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 25, 351-369.
- MacDonald, S., Wells, S., & Wild, T. C. (1999). Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 25, 351-369.
- Macias, C., Barreira, P., Alden, M. & Boyd, J. (2001a). The ICCD Benchmarks for Clubhouses: A Practical Approach to Quality Improvement in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52, 207-213.
- Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J. & Barreira, P. (2001b). Work Interest as a Predictor of Competitive Employment: Policy Implications for Psychiatric Rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 28, 279-297.
- Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A., Jones, D. R., Barreira, P. J. & Wang, Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr.Serv.*, 57, 1406-1415.
- Magura, S. (2003). The role of work in substance dependency treatment: a preliminary overview. *Subst.Use.Misuse.*, 38, 1865-1876.
- Magura, S., Staines, G. L., Blankertz, L. & Madison, E. M. (2004). The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Subst.Use.Misuse.*, 39, 2165-2213.
- Mak, D. C., Tsang, H. W. & Cheung, L. C. (2006). Job termination among individuals with severe mental illness participating in a supported employment program. *Psychiatry*, 69, 239-248.
- Mangione, T. W., Howland, J., Amick, B., Cote, J., Lee, M., Bell, N. & Levine, S. (1999). Employee drinking practices and work performance. *J.Stud.Alcohol*, 60, 261-270.
- Marchand, A. (2007). Mental health in Canada: Are there any risky occupations and industries? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 272-283.
- Marchand, A., Demers, A. & Durand, P. (2006). Social structures, agent personality and workers' mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian workforce. *Human Relations*, 59, 875-901.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 39, 337-349.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 302-316.
- McGurk, S. R. & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 147-173.

- McGurk, S. R. & Mueser, K. T. (2006). Cognitive and Clinical Predictors of Work Outcomes in Clients with Schizophrenia Receiving Supported Employment Services: 4-year Follow-Up. *Adm Policy Ment Health*.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T. & Pascaris, A. (2005). Cognitive Training and Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness: One-Year Results From a Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 898-909.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Feldman, K., Wolfe, R. & Pascaris, A. (2007). Cognitive Training for Supported Employment: 2-3 Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 437-441.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Harvey, P. D., LaPuglia, R. & Marder, J. (2003). Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients With Schizophrenia in Supported Employment. *Psychiatric Services*, 54, 1129-1135.
- McKay, C., Matthew, J., Steven, B., & Reva, S. (2006). Employment transitions for Clubhouse members. *Work*, 26, 67-74.
- Melchior, M., Caspl, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Meririnne, E., Mykkanen, S., Lillsunde, P., Kuoppasalmi, K., Lerssi, R., Laaksonen, I., Lehtomaki, K. & Henriksson, M. (2007). Workplace drug testing in a military organization: results and experiences from the testing program in the Finnish Defence Forces. *Forensic Sci.Int.*, 170, 171-174.
- Merrick, E. S., Volpe-Vartanian, J., Horgan, C. M. & McCann, B. (2007). Alcohol & drug abuse: Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. *Psychiatr.Serv.*, 58, 1262-1264.
- Michon, H. W. C., van Weeghel, J., Kroon, H. & Schene, A. H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Miller, T. R., Zaloshnja, E. & Spicer, R. S. (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accid.Anal.Prev.*, 39, 565-573.
- Millward, L. J., Lutte, A. & Purvis, R. G. (2005). Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, 12, 565-573.
- Moore, S., Grunberg, L. & Greenberg, E. (2000). Relationships between alcohol problems and well-being, work attitudes, and performance: Are they monotonic? *J.Subst.Abuse*, 11, 183-204.
- Mueser, K. T., Aalto, S., Becker, D. R., Ogden, J. S., Wolfe, R. S., Schiavo, D., Wallace, C. J. & Xie, H. (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr.Serv.*, 56, 1254-1260.
- Mueser, K. T., Becker, D. & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411.
- Mueser, K. T., Essok, S. M., Bond, G. R., Becker, D., Wolfe, R. S. & Swain, K. (2004). The Hartford Study of Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness. *J Consult Clin Psychol.*, 72, 479-490.

- Mullahy, J. & Sindelar, J. (1996). Employment, unemployment, and problem drinking. *J.Health Econ.*, 15, 409-434.
- Munce, S. E. P., Weller, I., Blackmore, E. K. R., Heinmaa, M., Katz, J. & Stewart, D. E. (2006). The role of work stress as a moderating variable in the chronic pain and depression association. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 653-660.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R. & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26, 53-62.
- Mykletun, A. & Overland, S. (2006). Psykiske lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 126[11], 1491-2. 2006.
- Møller, G. (2005). Yrkeshemmede med psykiske lidelser - Tiltaksbruk og effekter. Arbeidsrapport 6 - 2005. Telemarksforskning - Bø.
- Møller, G., Brandtzæg, B. A. & Sannes, J. (2007). NAVs satsing på arbeid og psykisk helse : evaluering av fylkesvise koordinatorstillinger i NAV og bruk av øremerkede tiltaksmidler. Rapport 238. Telemarksforskning - Bø.
- Møller G., Flermoen S. & Løyland K. (2003). Handlingsplaner og tiltakskjedning i A-etat. Rapport nr 208. Telemarksforskning, Bø.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). Dobbeltdiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter. 21-2007.
- NAV (2006). Strategi for Vilje Viser Vei - satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV. Perioden 2006-2008. NAV-dokument.
- NAV (2007) . Vilje Viser Vei - satsingen på arbeid og psykisk helse FASE 2. Halvårsrapport pr 01.07.06. NAV-dokument.
- Nesvåg, S.(2004). Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv "You could be yourself, but where's the Comfort in that". Doktorgradsavhandling og Rapport 2004/255. Rogalandsforskning/universitetet i Oslo.
- Nesvåg, S. & Lie, T. (2004). Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat næringsliv. *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift*, 21.
- Ngoundo-Mbongue, T. B., Niezborala, M., Sulem, P., Briant-Vincens, D., Bancarel, Y., Jansou, P., Chastan, E., Montastruc, J. L. & Lapeyre-Mestre, M. (2005). Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf*, 14, 81-89.
- Nicol, A. M. & Botterill, J. S. (2004). On-call work and health: a review. *Environ.Health*, 3, 15.
- Nishiuchi, K., Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S. & Kawakami, N. (2007). Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes, and behavior in the workplace: a randomized controlled trial. *J.Occup.Health*, 49, 190-198.
- Nolan, S. (2008). Drug-free workplace programmes: New Zealand perspective. *Forensic Sci.Int.*, 174, 125-132.
- Nordlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Changes in Norwegians' perceptions of drinking practices since the 1960s. *Addiction Research and Theory*, 16, 85-94.

- Nordrik, B. (2008). Curriculum Vitae: Ung og ufør. Rapport, De Facto, Oslo.
- Nordt, C., Muller, B., Rossler, W. & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Soc.Sci.Med.*, 65, 1420-1429.
- Norström, T. (2006). Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 101, 1421-1427.
- Nystuen, P. & Hagen, K. B. (2006). Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *BMC.Public Health*, 6, 69.
- OECD (2008) . Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris.
- Ohta, M., Takigami, C. & Ikeda, M. (2007). Effect of lifestyle modification program implemented in the community on workers' job satisfaction. *Ind.Health*, 45, 49-55.
- Okoro, C., Strine, T., McGuire, L., Balluz, L. & Mokdad, A. (2007). Employment status and frequent mental distress among adults with disabilities. *Occup.Med.(Lond)*, 57, 217-220.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimaki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Linna, A. & Vahtera, J. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Soc.Sci.Med.*, 66, 637-649.
- Oldman, J., Thomson, L., Calsaferrri, K., Luke, A. & Bond, G. R. (2005). A Case Report of the Conversion of Sheltered Employment to Evidence-Based Supported Employment in Canada. *Psychiatric Services*, 56, 1436-1440.
- Oomens, S., Geurts, S. & Scheepers, P. (2007). Combining work and family in the Netherlands: Blessing or burden for one's mental health? *Int.J.Law Psychiatry*, 30, 369-384.
- Ose, S.O. (2005). Working conditions, compensation and absenteeism. *J. of Health. Economics*, Volume 24, Issue 1, 161-188.
- Ose, S.O. (2006a). Psykisk helsearbeid i kommunene: anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. Rapport A1254. SINTEF Helse, Trondheim.
- Ose, S. O., Jensberg, H., Reinertsen, R. E., Sandsund, M. & Dyrstad, J. M. (2006b). Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. Rapport A325. SINTEF Helse, Trondheim.
- Ose, S. O., Pettersen, I. & Kalseth, J. (2007) Opptappingsplan for psykisk helse: Utvikling i kommunale brukerrater og dekningsgrader fra 2001-2004. Rapport A1312. SINTEF Helse, Trondheim.
- Ot.prp nr. 3 (2002-2003). Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtagelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Sosialdepartementet.
- Ot.prp.nr.54 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Sosialdepartementet.
- Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. & Mykletun, A. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. *Psychiatric Services*, 58, 1479-1482.

- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J. G., Aaro, L. E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC.Public Health*, 6, 219.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H. & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. & Consoli, S. M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms - Longitudinal results from the GAZEL Study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 111-+.
- Pedersen, W. (2008). Deltakelse i ungdomsorganisasjoner og bruk av rusmidler. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 1/2008.
- Penedo, F.J. & Jason, D. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Behavioural medicine*. 18(2): 189-193.
- Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., Smit, J. H., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T. F., van Dyck, R. & Penninx, B. W. J. H. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105, 63-72.
- Razzano, L. A., Cook, J. A., Burke-Miller, J., Mueser, K. T., Picket-Schenk, S. A., Grey, D. D., Goldberg, R., Blyler, C., Gold, P. B., Leff, H., Lehman, A. F., Shafer, M., Blankertz, L., Laura, E., McFarlane, W., Toprac, M. & Ann Carey, M. (2005). Clinical Factors Associated With Employment Among People With Severe Mental Illness: Findings From the Employment Intervention Demonstration Program. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193, 705-713.
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., van der Beek, A. J. & van, M. W. (2007). Design of a randomized controlled trial on the effects of counseling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC.Public Health*, 7, 183.
- Reichenberg, A. & MacCabe, J. H. (2007). Feeling the pressure: work stress and mental health. *Psychol.Med.*, 37, 1073-1074.
- Reynolds, G. S. & Lehman, W. E. (2003). Levels of substance use and willingness to use the Employee Assistance Program. *J.Behav.Health Serv.Res.*, 30, 238-248.
- Rohrer, J.E., Pierce J.R. & Blackburn C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40(4), 438-443.
- Richman, J. A., Rospenda, K. M., Flaherty, J. A. & Freels, S. (2001). Workplace harassment, active coping, and alcohol-related outcomes. *J.Subst.Abuse*, 13, 347-366.
- Richman, J. A., Shinsako, S. A., Rospenda, K. M., Flaherty, J. A. & Freels, S. (2002). Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. *J.Stud.Alcohol*, 63, 412-419.
- Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R. & Singh, S. P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin*, 28, 281-284.
- Ringen, P. A., Lagerberg, T. V., Birkenaes, A. B., Engn, J., Faerden, A., Jonsdottir, H., Nesvag, R., Friis, S., Opjordsmoen, S., Larsen, F., Melle, I. & Andreassen, O. A. (2007). Differences in prevalence and patterns of substance use in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol.Med.*, 1-9.

- Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Jonsdottir, H., Nesvag, R., Vaskinn, A., Friis, S., Larsen, F., Opjordsmoen, S., Sundet, K. & Andreassen, O. A. (2008). Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr.Scand.*, 117, 133-138.
- Robertson, C. (2005). Stress and mental health in the workplace. *Mind Report*.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A. & Farkas, M. (2006a). The Choose-Get-Keep Model of Psychiatric Rehabilitation: A Synopsis of Recent Studies. *Rehabilitation Psychology*, 51, 247-256.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Lyass, A. & Penk, W. E. (2006b). A Randomized Clinical Trial of Vocational Rehabilitation for People With Psychiatric Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 143-156.
- Rolfe, H., Foreman, J. & Tylee, A. (2006). Welfare or Farewell? Mental health and stress in the workplace. National Institute of Economic and Social Research. NIESR Discussion Paper number 268.
- Roman, P. M. & Blum, T. C. (2002). The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Res.Health*, 26, 49-57.
- Rospenda, K. M. (2002). Workplace harassment, services utilization, and drinking outcomes. *J.Occup.Health Psychol.*, 7, 141-155.
- Ruesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rossler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 39, 686-694.
- Rundskriv (I-8/2004). Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedepartementet. 2004.
- Rusli, B. N., Edimansyah, B. A. & Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *Bmc Public Health*, 8.
- Sagvaag, H. (2007). Alkoholbruk i tilknytning til arbeid - ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitenskapelig perspektiv. Doktoravhandling i folkehelsevitenskap, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Salyers, M. P., Becker, D. R. & Drake, R. E. (2004). A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Services*, 55, 302-308.
- San Jose, B. et.al. (2000): Adverse Working Conditions and Alcohol use in Men and Women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 24, No. 8: 1207 – 1213.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Brage, S. & Tellnes, G. (2000). Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences--a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand.J.Public Health*, 28, 244-252.
- Sanderson, K. & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can.J.Psychiatry*, 51, 63-75.

- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E. & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 628-638. 2003.
- Schafft, A. (2007). Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivernes grunner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4[3], 254-261.
- Schafft, A. (2008). Klok av skade. Evaluering av tiltaket "Medarbeider med brukererfaring" i Bergen. Rapport 1/2008. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Schafft, A. & Spjelkavik, Ø. (2006). Arbeid og psykisk helse - Underveisevaluering av Vilje Viser Vei, Storbysatsningen. Rapport 2006. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Schafft, A. (2005). Skandinavisk faglitteratur om arbeidsliv og psykisk helse. N2005:6. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Schafft, A. & Frøyland, K. (2006). Veien til yrkeslivet for personer under legemiddelassistert rehabilitering - Evaluering av MARY-prosjektet. Rapport 2006. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Schneider, M., Bouvier, G. M., Goehring, C., Kunzi, B. & Bovier, P. A. (2007). Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss.Med.Wkly.*, 137, 121-126.
- Secker, J. & Membrey, H. (2003). Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work. *Health Educ.Res.*, 18, 207-215.
- Secker, J., Grove, B. & Seebohm, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users. *The service user's perspective*. 10[4], 395-404.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J.Occup.Health Psychol.*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. & Rodel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scand.J.Work Environ.Health*, 32, 473-481.
- Siegrist, J., Starke, S., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Sivilombudsmannen (2008). Arbeids- og velferdsetatens veiledningsplikt og utrednings- og informasjonsplikt. Available via <http://www.sivilombudsmannen.no/article.php?103/2047>.
- Sosial- og helsedirektoratet & Avdeling for Sosialtjenesteforskning (2004). Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer - En systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning.
- Spicer, R. S., Miller, T. R. & Smith, G. S. (2003). Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury: a matched case-control study. *J.Stud.Alcohol*, 64, 570-578.
- Spjelkavik, Ø. (2001). Klubbhus etter Fountain House-modellen - En metode for rehabilitering av personer med psykiske lidelser. Notat 2001. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Spjelkavik, Ø. (2003). Rehabilitering av personer med psykiske lidelser. Fontenehuset i Oslo. Rapport 2003:8. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

- Spjelkavik, Ø. & Evans, M. J. (2007). Impression of Supported Employment - A study of some European Supported Employment services and their activities. N8/2007. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Spjelkavik, Ø. & Frøyland, K. (2003). Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet - inkludering gjennom Arbeid med bistand. Rapport 3/2003. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Spjelkavik, Ø., Frøyland, K. & Evans, M. J. (2004). Supported Employment in Norway - A National Mainstream Programme. N2004:6. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- STAMI (2004). Arbeidsforhold av betydning for helse - rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse. Rapport 2004, K3. Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo.
- Stanley, N., Manthorpe, J. & White, M. (2007). Depression in the profession: Social workers' experiences and perceptions. *British Journal of Social Work*, 37, 281-298.
- Stansfeld, S. (2002). Work, personality and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 96-98.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand.J.Work Environ.Health*, 32, 443-462.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J. & Shipley, M. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 73-81.
- Steffick, D. E., Fortney, J. C. S. J. L. & Pyne, J. M. (2006). Worksite Disease Management Programs for Depression: Potential Employer Benefits. *Disease Management & Health Outcomes*, 14, 13-26.
- Stepney, P. & Davis, P. (2004). Mental health, social inclusion and the green agenda: an evaluation of a land based rehabilitation project designed to promote occupational access and inclusion of service users in North Somerset, UK. *Soc Work Health Care*, 39, 375-397.
- Stewart, D. E., Ahmad, F., Cheung, A. M., Bergman, B. & Dell, D. L. (2000). Women physicians and stress. *J.Womens Health Gend.Based.Med.*, 9, 185-190.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Curr.Opin.Psychiatry*, 19, 522-526.
- Svare, G. M., Miller, L. & Ames, G. (2004). Social climate and workplace drinking among women in a male-dominated occupation. *Addict.Behav.*, 29, 1691-1698.
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2003). The economic and social costs of mental illness. Policy Paper 3, London.
- Traweger, C., Kinzl, J. F., Traweger-Ravanelli, B. & Fiala, M. (2004). Psychosocial factors at the workplace--do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean workplace study. *Pharmacoe-pidemiol.Drug Saf*, 13, 399-403.
- Tsutsumi, A. & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59, 2335-2359.

- Twamley, E. W. P., Jeste, D. V. M. & Lehman, A. F. M. (2003). Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 515-523.
- Tyssen, R. (2007). Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind.Health*, 45, 599-610.
- Upmark, M., Moller, J. & Romelsjo, A. (1999). Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *J.Epidemiol.Community Health*, 53, 223-229.
- van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H. C. & van, M. W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC.Health Serv.Res.*, 7, 127.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117-1131.
- Verstraete,A.G.; Pierce,A. (2001). Workplace drug testing in Europe. *Forensic Sci.Int.* Vol.1, 1-2. s. 2-6.
- Virtanen, M. (2008). Work characteristics, anxiety and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 71.
- Virtanen, M., Honkonen, T., Kivimaki, M., Ahola, K., Vahtera, J., Aromaa, A. & Lonnqvist, J. (2007a). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J.Affect.Disord.*, 98, 189-197.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Ferrie, J. E., Elovainio, M., Honkonen, T., Pentti, J., Klaukka, T. & Vahtera, J. (2007b). Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study. *J.Psychiatr.Res*, Feb; 42(3):221-9.
- Virtanen, M., Vahtera, J., Pentti, J., Honkonen, T., Elovainio, M. & Kivimaki, M. (2007c). Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *Am.J.Prev.Med.*, 33, 182-187.
- Waghorn, G. & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4, [2 Suppl], 1-43.
- Waghorn, G., Chant, D. & Jaeger, J. (2007). Employment functioning and disability among community residents with bipolar affective disorder: results from an Australian community survey. *Bipolar.Disord.*, 9, 166-182.
- Walsh, J. M. (2008). New technology and new initiatives in U.S. workplace testing. *Forensic Sci.Int.*, 174, 120-124.
- Wang, J. L. (2006). Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders.
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N. & Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 42-47.

- Warner, L. (2002). *Out at Work: A Survey of the Experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace*. London: Mental Health Foundation.
- Warner, R. & Mandiberg, J. (2006). An update on affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatr.Serv.*, 57, 1488-1492.
- Wasiak, R., Young, A., Roessler, R., McPherson, K., van Poppel, M. & Anema, J. (2007). Measuring Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 766-781.
- Webster, J. M., Rosen, P. J., McDonald, H. S., Staton-Tindall, M., Garrity, T. F. & Leukefeld, C. G. (2007). Mental health as a mediator of gender differences in employment barriers among drug abusers. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 33, 259-265.
- Wehman, P. & Bricout, J. (1999). Supported Employment: Critical Issues and New Directions. Worksupport.com.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am.J.Addict.*, 15, 345-355.
- Woodside, H., Schell, L. & Allison-Hedges, J. (2006). Listening for recovery: the vocational success of people living with mental illness. *Can.J.Occup.Ther.*, 73, 36-43.
- Yip, K. S. (2007). Vocational rehabilitation for persons with mental illness in the People's Republic of China. *Adm Policy Ment.Health*, 34, 80-85.
- Ylipaavalniemi, J., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Jarvinen, L. & Vahtera, J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social Science & Medicine*, 61, 111-122.
- Zito, W., Greig, T. C., Wexler, B. E. & Bell, M. D. (2007). Predictors of on-site vocational support for people with schizophrenia in supported employment. *Schizophr.Res.*, 94, 81-88.
- Øren, A. & Bakken, I. J. (2007). Pengespill og pengespillproblem i Norge 2007. Rapport A3961. SINTEF Helse, Trondheim.
- Ådnanes M. & Bjørnegaard J.H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Rapport A230. SINTEF Helse, Trondheim.
- Ådnanes, Hatling & Grut (2005). Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Rapport A055023 . SINTEF Helse, Trondheim.

Vedlegg 1 – Metode for litteratursøk

Litteratursøk - metode

Målet med litteraturstudien har vært å samle kunnskap om arbeidsliv, psykisk helse og rus, samt samhandling mellom ulike helse- og sosialtjenester i forhold til mennesker i arbeidsfør alder med psykiske lidelser/problemer. Dette er tema som går på tvers av ulike fagfelt, og det ble foretatt et bredt søk etter litteratur i aktuelle databaser, tidsskrifter og nettsteder. Vi har ikke operert med strenge kriterier i forhold til hvilke studier som inkluderes, da vi fra tidligere vet at mange av undertemaene vi omtaler er områder det ikke har blitt publisert mye på, verken i Norge eller internasjonalt (jf. innledningen).

Det er for eksempel ikke lagt inn kriterium om randomiserte kontrollerte studier eller tidsavgrensning i litteratursøkene. Denne metoden vil være lite egnet til å finne kunnskapen som finnes om temaet arbeid, psykisk helse og rus i et videre perspektiv. Strenge søkekriterier med rapportering om antall funn fra ulike databaser ble heller ikke vurdert til å være en passende tilnærming i en slik bred kunnskapsoppsummering. Dette er en riktig metode dersom en skal se på omfanget av forskning innen visse områder og utvikling over tid, eller er opptatt av forskningsresultater der tittelen eller stikkordene fanger opp innholdet i artiklene og at funnene skal begrenses til å gjelde en bestemt fagretning som bruker de samme begrepene. Vår tilnærming er altså det motsatte av dette.

Litteratursøkene ble gjennomført i perioden 31.10.07 – 25.04.08, blant annet i databasene Pub Med og ISI Web of Science, samt Google Scholar, Helsebiblioteket og ulike aktuelle tidsskrift (f.eks. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Psykologtidsskriftet, Tidsskriftet Arbeidsmiljø, Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift og Tidsskrift for den norske legeförening m.fl.). Vi tok utgangspunkt i en liste med følgende søkestrenger:

- Arbeid og psykisk helse
- Rus og arbeid/rus og arbeidsliv/rus og psykisk helse
- Dobbelt diagnoser rus/psykiatri
- Arbeidsmarkedstiltak og psykisk helse
- Sysselsetting og psykisk helse
- Arbeidsgiver og psykisk helse
- Arbeidstaker og psykisk helse
- AKAN
- Sysselsetting og psykisk helse
- Arbeidsmiljø og psykisk helse/uhelse
- Employment and mental health
- Work and mental health
- Sick leave and mental illness/disorder
- Work force + mental illnesses/disorders
- Work-related mental ill-health

- Workplace and mental illness/mentally ill
- Co-worker and mental illness
- Labour market and mental illness/sick leave
- Disability benefits and mental illness/disorder
- Unemployment and mental disorders
- Health-related job loss
- Labour force and mental illness/disorders
- Mental well-being and employment
- Prevention of poor mental health
- Occupation related mental illness
- Psychological distress, depression, anxiety, stress, overwork
- Workplace characteristics and mental health
- Integration and mentally ill
- Work-related mental health problems
- Stigma/discrimination and mental ill-health
- Wages and mental health problems
- Welfare benefits and mental health disorders
- (Effectiveness of) Supported employment (services)
- Severe mental illnesses
- Social security benefits and mental health problems
- Psychiatric disability
- Vocational services
- Employment as therapy
- Cognitive training for improving competitive employment
- Job failure and mental illness
- Depression and anxiety in the workplace
- Workplace and Drugs
- Work and substance abuse
- Substance abuse and mental health

Internettressurser

Organisasjon		Internettadresse
Arbeids- og velferdsetaten (NAV)		http://www.nav.no
Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk		http://www.akan.no
Arbeidsforskningsinstituttet		http://www.afi.no
Arbeids- og inkluderingsdepartementet		http://www.regjeringen.no
Arbeidstilsynet		http://arbeidstilsynet.no
Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning		http://www.can.se
Den norske lægeforening		http://www.legeforeningen.no
Göteborgs universitet/Arbete och Hälsa		http://www.medicine.gu.se
Institutt for samfunnsforskning		http://www.samfunnsforskning.no
International Research of Stavanger		http://www.rf.no
Helsebiblioteket		http://www.helsebiblioteket.no
Mental Helse Norge		http://www.mentalhelse.no
Psykologforeningen -herunder psykologtidsskriftet		http://www.psykologforeningen.no
Psykiatri-Information (dansk tidsskrift)		http://www.psykiatrifonden.dk
Rådet for psykisk helse		http://www.psykiskhelse.no
Sosial- og helsedirektoratet		http://www.shdir.no
Socialforskningsinstituttet (SFI, Danmark)		http://www.sfi.dk
Statens arbeidsmiljøinstitutt		http://www.stami.no

Vedlegg 2 – Konkrete forslag til problemstillinger det trengs forskningsbasert kunnskap om

A) Problemstillinger arbeid og psykisk helse

Om arbeidsmiljø, arbeidsbetingelser og psykiske lidelser

- I hvilken grad har arbeidsmiljø en beskyttende og forsterkende effekt på sannsynligheten for å utvikle psykiske lidelser og problemer?
- Hvordan fungerer arbeidsmiljøet i norske virksomheter for å inkludere store grupper med til dels kroniske lidelser?
- Kan noen arbeidsmiljø forsterke vanskene for personer med psykiske lidelser og problemer?
- Opplever arbeidsinnvandrere andre risikofaktorer for psykiske problemer og lidelser sammenliknet med andre arbeidstakere?
- Opplever personer med innvandrerbakgrunn andre risikofaktorer for psykiske problemer og lidelser sammenliknet med andre arbeidstakere?
- Hvilke andre arbeidsbetingelser enn arbeidsmiljø har betydning for psykisk helse?

Om ulike yrkesgrupper, sektorer og næringer i forhold til psykisk helse

- Hvorfor er det nærings- og sektorforskjeller i andel som blir sykmeldt og ufør pga psykiske lidelser?
- Er det spesielle yrkesgrupper som er spesielt utsatt for å utvikle psykiske lidelser i forhold til andre, og hva kjennetegner disse yrkesgruppene arbeidsoppgaver?
- Er det noen yrker som passer bedre enn andre i forhold å integrere og ivareta mennesker med psykiske lidelser på en god måte i arbeidslivet? Vil dette variere med diagnose/problem?

Om de som er utenfor arbeidsstyrken:

- Hva er omfanget av psykiske plager blant arbeidsledige og uføre?
- Er det noen identifiserbare kjennetegn ved personer som har best nytte av skjermet tilpasning (train-and-place) heller enn å finne en jobb raskest mulig (place-and-train)?
- Hvilke tiltak i regi av NAV og andre tjenester fungerer best for å inkludere personer med nedsatt arbeids- og funksjonsevne pga psykiske lidelser og problemer?

Problemstillinger psykisk helse – arbeidsgiver

- Hvilke holdninger har arbeidsgivere til psykisk syke mennesker som søker jobb eller utvikler psykiske lidelser i arbeidslivet?
- Har arbeidsgiverne nødvendig kunnskap om psykiske lidelser?
- Hvilket ansvar skal arbeidsgiverne ha for å tilegne seg slik kunnskap?
- Hvilket ansvar skal arbeidsgivere ha for å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser og problemer integreres og ivaretas?
- Hvordan opprettholde behovet for personvern og integritet for mennesker med psykiske plager hvis arbeidsgiverne for større ansvar for å legge til rette for arbeid for mennesker som sliter psykisk?
- Hva gjøres for å forebygge psykiske helseproblemer ved norske arbeidsplasser? – hvor og hvordan.
- Hva kan gjøres for å forebygge psykiske helseproblemer på arbeidsplassen?
- Har IA-virksomhettene mer fokus på forebygging enn andre virksomheter?

Problemstillinger psykisk helse – arbeidstaker

- Er det typiske kjennetegn ved problemer som følger av å være arbeidstaker med begynnende eller utviklede psykiske lidelser (økonomi, forhold til medarbeidere, arbeidsbelastning osv...)?
- Hvilke mestringsstrategier fungerer når psykiske problemer oppstår?
- Hvordan skal personer med nedsatt arbeids- og funksjonsevne best være i stand til å møte arbeidslivets muligheter og krav?
- Hvilke behandlingsmuligheter finnes og bør finnes for personer med begynnende psykiske problemer?
- Hvordan ønsker de å bli møtt og fulgt opp av tjenestene?
- Hvordan ønsker de å bli behandlet og fulgt opp av arbeidsgiverne?
- Hvordan kan konkrete ønsker og behov for brukerne av tjenestene best integreres i tjenestetilbudet?
- Hvordan kan de med lettere psykiske lidelser integreres i arbeidslivet?
- Hvordan hindre at de med lettere psykiske lidelser faller ut av arbeidslivet?
- Hvilke tiltak virker for hvem?
- Hvem bør bestemme hvilke tiltak de enkelte skal få?
- Blir arbeidstakere hørt i tilstrekkelig grad?
- Hva er totalt de beste strategiene for å beholde folk i arbeidslivet når problemer oppstår?
- I hvilken grad er personer med lettere psykiske lidelser åpne om dette til arbeidsgiver og kolleger, og hvilke konsekvenser har det?

- Hva kjennetegner personer med psykiske lidelser som fungerer godt i arbeidslivets-egenskaper ved arbeidet/arbeidsplassen og arbeidstakeren

Problemstillinger NAV og psykisk helse:

- Er prosjektet Vilje Viser Vei egnet til å integreres i det øvrige systemet i NAV?
- Har ansatte i NAV behov for mer eller bedre kompetanse for god og brukerrettet tiltak for psykisk syke mennesker?
- Er NAV egnet til å bidra til redusert stigma og diskriminering?
- I hvilken grad er det samarbeid mellom NAV og helsetjenestene?
- I hvilken grad vektlegger NAV behov, muligheter og ønsker hos brukerne?
- I hvilken grad bidrar ulike trygdeordninger og kombinasjoner av ordninger til å komme tilbake i arbeid?
- Er det forskjeller i effektivitet mellom ulike NAV-kontorer?
- Om det er forskjeller mellom NAV-kontor, skyldes dette ulike brukere eller er det de som jobber ved kontoret og deres samarbeid med andre som er viktig?
- Vet NAV nok om tiltaksplassene de kjøper?
- Hva kan gjøres for å få til bedre evaluering av tiltaksplasser?

Om helsetjenester og psykiske lidelser:

- Hvor mye av innsatsen til allmennlegetjenesten går med til konsultasjoner og behandling av personer med psykiske lidelser og problemer?
- Har fastlegene nok kunnskap og kompetanse om psykisk helse og arbeidsliv til å avgjøre om en person bør sykmeldes eller ikke for psykiske problemer eller lidelser?
- Hvordan oppfatter/definerer fastlegen sin egen rolle i forhold til pasientenes yrkesdeltakelse?
- Undersøkes arbeidsevne i tilstrekkelig grad?
- I hvilken grad er det vanlig med samarbeid mellom arbeidstaker, fastlege og arbeidsgiver?
- Hvordan kan samarbeidet mellom NAV og spesialisthelsetjenesten utvikles?

Problemstillinger kommunalt psykisk helsearbeid

- Hva er det konkrete innholdet i sysselsettingstiltak i kommunal regi?
- Hva skjer med satsningen på psykisk syke generelt i kommunene når opptrappingsplanen er ferdig og det er slutt på øremerking av midlene?
- I hvilken grad vil kommunene integrere psykisk helsearbeid og rusarbeid?

- Vil kommunene nå vektlegge rusarbeid mer enn psykisk helsearbeid nå når opptrappingsplanen for rus tar over for opptrappingsplanen for psykisk helse og vil dette ha betydning for arbeidsretting?
- Hva er effekten (jobbutfall m.m) av arbeidsmarkedstiltakene i kommunal regi for mennesker med psykiske lidelser og problemer?
- Hvordan kan samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og NAV utvikles?
- Hva betyr oppgavedifferensiering mellom NAV og kommune for psykisk syke?

Problemstillinger andre tjenester:

- Hvordan fungerer bedriftshelsetjenestene (BHT) i forhold til de som utvikler eller står i fare for å utvikle psykiske problemer eller lidelser i arbeidslivet?
- Hvilke metoder benyttes i BHT i forhold til personer med psykiske lidelser og problemer?
- Er BHT involvert i tiltak som utvikles lokalt?
- Arbeider BHT sammen med virksomhetene for å forebygge psykiske lidelser i arbeidslivet?
- Hva gjøre Arbeidstilsynet i forhold til psykiske lidelser i arbeidslivet?
- Hva bør strategien til Arbeidstilsynet og andre etater være for å forebygge psykiske lidelser skapt i arbeidslivet?
- Kan Arbeidstilsynet gjøre noe mer for at inkludering i arbeidslivet blir mer realistisk for personer med psykiske lidelser?

Tiltaksplasser og yrkesretting:

- Hvilke tiltak er effektive for å få personer med ulike lidelser i arbeid?
- Er lokalt utviklede tiltak bedre enn nasjonale programmer for personer med psykiske lidelser og problemer?
- Finnes det en god tilnærming for de med mindre reduksjon i funksjonsnivået pga psykiske problemer?

Annet:

- Hva er de samfunnsøkonomiske kostnadene av psykiske lidelser i Norge sammenliknet med andre land? – detaljert og grundige beregninger er viktig når tiltak skal evalueres.
- Har vi i Norge spesielle utfordringer eller muligheter sammenliknet med andre land?
- Er stønadsordninger godt nok utviklet og sammensatt for de med psykiske lidelser?
- Fungerer IA-plasser for de med lettere psykiske lidelser?
- Hvordan virker Kvalifiseringsprogrammet for de med psykiske lidelser og problemer?

- Er det klare forskjeller i yrkesdeltakelse mellom menn og kvinner med psykiske lidelser og hva er viktige forklaringer på dette?
- Betydningen av sosiale og økonomiske forhold på yrkesdeltakelse blant mennesker med psykiske lidelser

Metoder for å undersøke problemstillingene:

Det trengs et mangfold av ulike metoder for å svare på problemstillingene, og flere forskere og fagtilnærminger enn det som er på feltet i dag er nødvendig. Arbeidslivsforskere bør i større grad samarbeide med helseforskere for å få til gode prosjekter. Generelt er kunnskap om psykisk helse nødvendig for å gjennomføre relevant arbeidslivsforskning. Arbeidsmiljøundersøkelser der en sammenlikner ulike yrkesgrupper er nødvendig, men det er viktig å ha fokus på kausalitet, seleksjon inn i utdanninger og yrker og individuelle kjennetegn.

Både kvalitativ og kvantitative tilnærminger er nødvendig for å besvare spørsmålene over, og for å danne et godt grunnlag for gode intervensjonsstudier. I den grad det er mulig kan man gjennomføre intervensjonsstudier som randomiserte kontrollerte forsøk (RCT), store epidemiologiske registerbaserte kohortstudier eller case-kontrollstudier.

Siden dette forskningsfeltet kjennetegnes av ulike mekanismer på ulike aktørnivå, kan flernivåanalyser være en tilnærming for å undersøke effekten av arbeid som gjøres lokalt og i samarbeid med NAV. Jo større andel av den totale variansen som ligger lokalt, jo viktigere er det at disse finner gode samarbeidsformer og at det som virker overføres til andre NAV-kontor med mindre suksess for arbeidsutfall.

B) Problemstillinger arbeid og rusproblematikk

I 2007 ble det foreslått en rekke problemstillinger som aktuelle i den videre forskningen (Frøyland 2007). Vi tar med disse og legger til noen nye nederst.

Om arbeidsrelatert rusmiddelbruk:

- Hvor mye drikkes det i arbeidsrelaterte situasjoner i Norge i dag?
- Varierer rusmiddelbruken etter bransje, geografi eller hvilken rolle man har i organisasjonen?
- Hvilke sammenhenger er det mellom rollen som ansatt og rusmiddelbruk i gråsonene mellom arbeid og fritid?
- Hvordan blir den arbeidsrelaterte rusmiddelbruken formet eller endret ved overganger inn eller ut av arbeidslivet?

Om rusmiddelbruk blant ansatte;

- Hvordan skal vi definere begrepet "rusmiddelproblem" i arbeidslivssammenheng?
- Hva er omfanget av ulike rusmiddelproblem blant ansatte i norsk arbeidsliv?
- Hvilken rolle spiller arbeidslivet i forhold til utvikling av rusmiddelproblem blant ansatte?

- Hvordan kan arbeidslivet virke preventivt i forhold til utvikling av rusmiddelproblemer blant ansatte?

Om konsekvensene av arbeidslivsrelatert rusmiddelbruk;

- Hva er omfanget av rusmiddelrelatert sykefravær og rusmiddelrelaterte ulykker?
- Hva er de samfunnsøkonomiske kostnadene ved rusmiddelbruk i arbeidslivet?
- Hva er de bedriftsøkonomiske kostnadene av rusmiddelbruk?
- Hvordan påvirker rusmiddelbruk arbeidsmiljøet på ulike arbeidsplasser?

Om sammenhengene mellom samfunns- og arbeidslivsutviklingen og ansatte sin rusmiddelbruk:

- Hvordan påvirker den pågående liberaliseringen normene for arbeidsrelatert rusmiddelbruk?
- Hvordan påvirker økt intensitet og høyere individuelle krav i arbeidslivet den arbeidslivsrelaterte rusmiddelbruken. Er det bransjeforskjeller knyttet til dette?
- Har menn og kvinner ulike måter å bruke rusmidler relatert til arbeidet på?
- Hvor langt kan og må det arbeidslivsrelaterte fokuset strekke seg i retning av den private sfæren for å ha et konstruktivt nedslagsfelt?

Om rusmiddelforebygging i arbeidslivet:

- Hva er gode metoder for tidlig identifikasjon og intervensjon?
- Hva er gode virkemidler for å implementere rusmiddelforebygging i arbeidslivet?
- Hvor omfattende er outsourcing av rusmiddelforebyggende arbeid i norske bedrifter?

Tillegg til Frøyland (2007)

Om arbeidstakere med samtidige rus- og psykiske lidelser:

- Hva er omfanget av arbeidstakere med samtidige rus- og psykiske lidelser/vansker i det norske arbeidslivet?
- Hva er omfanget av psykiske vansker blant arbeidstakere som har mottatt hjelp for rusproblemer?
- Hvilken rolle spiller arbeid for mennesker med rus- og psykiske problemer?
- Hvilke (vellykkede) metoder finnes for å tilrettelegge for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser/vansker i arbeidslivet?
- Hvordan kan man tilrettelegge arbeidsdagen for mennesker som er under substitusjonsbehandling på en god måte? Hvordan er behovet for oppfølging av den psykiske helsen for mennesker som mottar legemiddelassistert rehabilitering?

Om spilleavhengighet og arbeidsliv:

- Er det økende spilleavhengighetsproblematikk (pengespill) knyttet til internett? Hvem gjelder dette, og hvor ligger de største utfordringene? Spilles det i arbeidstiden?
- Hvordan kan arbeidsgiver bistå en arbeidstaker som sliter med spilleavhengighet på en god måte?

Denne rapporten gjennomgår nasjonal og internasjonal forskning om arbeid, psykisk helse og rus. Temaet er omfattende med mange problemstillinger: betydningen av arbeid for vår psykiske helse, hvordan ulike arbeidsmiljøfaktorer påvirker psykisk helse, arbeidsgiverperspektivet, muligheter og utfordringer i hjelpeapparatet, nytte og effekt av ulike tiltak for å inkludere personer med psykiske problemer eller lidelser, tiltak for personer med rusproblemer, rus i arbeidslivet generelt, spillavhengighet med mer.

Basert på litteratur som fins om disse temaene, identifiseres mange utfordringer. Rapporten gir grunnlag for videre forskning, kunnskaps- og utviklingsarbeid for å forebygge psykiske helseproblemer i arbeidslivet, for å inkludere personer med psykiske problemer i arbeidslivet og for å hindre at de som får psykiske problemer eller lidelser faller ut av arbeidslivet.

