



## Arbeid, helse og sosial ulikhet



IS-1774



Heftets tittel: Arbeid, helse og sosial ulikhet

Utgitt: 1/2010

Bestillingsnummer: IS-1774

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontaktpersoner:

Tone P. Torgersen: [TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no](mailto:TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no)

Øyvind Giæver: [Oyvind.Giaever@helsedir.no](mailto:Oyvind.Giaever@helsedir.no)

Janne Strandrud: [Janne.Strandrud@helsedir.no](mailto:Janne.Strandrud@helsedir.no)

Stig Erik Sørheim: [StigErik.Sorheim@helsedir.no](mailto:StigErik.Sorheim@helsedir.no)

Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Telefon: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet v/Trykksaksekspedisjonen

E-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)

Faks: 24 16 33 69

Telefon: 24 16 33 68

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1774

Design: Gjerholm Design AS

Trykk: Aktiv Trykk AS

# Arbeid, helse og sosial ulikhet

Espen Dahl, Kjetil A. van der Wel, Ivan Harsløf  
Høgskolen i Oslo

## Forord fra Helsedirektoratet

Arbeid har betydning for helse. Det kan være forhold ved selve arbeidet og arbeidsmiljøet som medfører helsemessige belastninger; vi snakker da gjerne om ulike former for fysisk, kjemisk og psykososial eksponering på arbeidsplassen. Men arbeidets betydning for helse kan også forstås langs en annen dimensjon, nemlig den helsemessige betydningen av å ha et arbeid kontra det å ikke være i arbeid. Det er denne siste dimensjonen denne rapporten søker å kaste lys over. Hvilke sammenhenger finnes mellom helse, sosioøkonomisk status og yrkesdeltakelse, og hvordan kan disse sammenhengene forklares? Disse spørsmålene er det Professor Espen Dahl og hans medarbeidere ved Høgskolen i Oslo løfter fram og drøfter i denne rapporten.

Dahl og medarbeidere finner flere studier som slår fast at personer som ikke er i arbeid har gjennomgående dårligere helse enn de som er i arbeid. Og det kan synes som det særlig er forekomsten av psykiske plager som er høyere blant ikke-yrkesaktive enn de som er i arbeid.

Rapporten viser at grad av yrkesdeltagelse og sykelighet har sammenheng med sosioøkonomiske faktorer; og særlig ser utdanningsnivå til å spille en stor rolle.

Det er videre ting som tyder på at man kan finne en helsegradient som følger avstanden til arbeidsmarkedet; aktive jobbsøkere tette opp til arbeidsmarkedet har mindre helseproblemer enn sosialhjelpsmottakere og uføretrygdede som befinner seg lengst unna. Personer som har en attføring eller rehabiliteringsytelse vil befinne seg i en mellomposisjon. En gruppe som rapporterer om store og sammensatte helseproblemer er langtidsmottakere av sosialhjelp – dette er noe overraskende siden sosialstøtten ikke skal være en helse-relatert ytelse. Dette er en gruppe som anses å ha et stort bistandsbehov med tanke på tilbakeføring til arbeidslivet.

Tidsdimensjonen spiller også en viktig rolle; jo lenger man står utenfor arbeidsmarkedet jo dårligere ser helsetilstanden ut til å bli, og mulighetene for reintegrering i arbeidsmarkedet reduseres betydelig. Dette kan skyldes ulike

effekter i samspill; utstøting fra arbeidslivet kan i seg selv skyldes nedsatt helse som igjen forsterkes ved konsekvensene av å miste arbeidet – slik som tap av økonomiske ressurser, sosial kontakt og stigma, negativ livsstil eller en opphopning av sosiale problemer.

I det forebyggende helsearbeidet utgjør arbeidsmarkedsmyndighetene en viktig samarbeidsaktør. Helsedirektoratet har allerede en god dialog med NAV og Arbeidstilsynet på en rekke områder hvor vi har sammenfallende mål og interesser. Vi ser det store helsepotensialet som ligger i målsettingen om å få flere i arbeid og aktivitet, og Helsedirektoratet ønsker å bidra til at vi får et mer inkluderende arbeidsliv.

Med denne rapporten ønsker vi å tydeliggjøre sammenhengen mellom arbeid og helse. Vi vil takke Espen Dahl og hans medarbeidere for å ha skrevet en grundig og viktig rapport. Rapporten inngår i Helsedirektoratets rapportserie om sosiale ulikheter i helse. Innholdet i rapporten står likevel for forfatterens regning.



Bjørn-Inge Larsen  
Helsedirektør

## Forord

Dette er en rapport som er skrevet på oppdrag av Helsedirektoratet. Basert på litteraturen på feltet gir rapporten en oversikt over tematikken rundt arbeid, helse og sosial ulikhet, og en drøfting av faglige og politiske implikasjoner av den foreliggende kunnskapen.

En varm takk rettes til forskningsbibliotekar Karianne Thune Hammerstrøm, Kunnskapssenteret for helsetjenesten, som har ytt profesjonell hjelp med elektroniske litteratursøk i flere databaser. I tillegg har vi forespurt norske kolleger om litteratur på spesielle områder og nærmere spesifiserte problemstillinger. Vi vil derfor også takke en rekke kolleger for svært nyttige litteraturtips. Takk til Jon Ivar Elstad, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)/Universitetet i Oslo, Tove Midtsundstad, Forskningsstiftelsen Fafo, Petter Kristensen, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Asbjørn Grimsmo, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), og Ebba Wergeland, Arbeidstilsynet. Endelig vil vi takke Joar Skrede for hjelp til å lage tabeller og å ferdigstille rapporten.

Vi er også takknemlige for de verdifulle kommentarene vi har fått fra rådgiver Janne Strandrud og seniorrådgiver Øyvind Giæver i Helsedirektoratet, og fra professor Knut Halvorsen, Høgskolen i Oslo til et utkast til rapporten.

Vi har vært flere om å skrive denne rapporten. Arbeidsdelingen har vært som følger: Espen Dahl har skrevet kapittel 1 og 4, føyd det hele sammen og fungert som redaktør. Kjetil van der Wel har skrevet kapittel 2 sammen med Ivan Harsløf, og kapittel 3 sammen med Espen Dahl.

# Innhold

<b>Kap 1. Temaet i politisk og faglig kontekst</b> .....	<b>7</b>
1.1. Innledning og problemstilling .....	7
1.2. Relevans for norsk helse- og velferdspolitik	7
1.3. Forskning – begreper og kunnskapsstatus .....	9
1.4. Forklaringer på sosial ulikhet i helse .....	11
1.5. Et makroperspektiv: Betydningen av høy sysselsetting .....	15
1.6. Datatilfang .....	20
1.7. Innholdet i rapporten .....	20
<b>Kap 2. Sysselsettingsstatus og helse: Mønstre og trender</b> .....	<b>22</b>
2.1. Innledning .....	22
2.2. Helse i ulike arbeidsmarginale grupper .....	23
2.3. Endringer over tid i sykkeligheten til yrkesaktive og ikke-yrkesaktive ....	36
2.4. Yrkesaktivitet blant friske og syke, og betydning av .....	
sosioøkonomisk posisjon .....	38
2.5. Sammenfatning .....	40
<b>Kap 3. Perspektiver og forklaringer på sammenhengen mellom sysselsettingsstatus og helse</b> .....	<b>42</b>
3.1. Innledning .....	42
3.2. Mikronivået: Seleksjons- og påvirkningsmekanismer .....	44
3.3. Mellomnivået: Omstillinger i arbeidslivet .....	68
3.4. Makronivået: Velferdsstat og økonomiske konjunkturer .....	72
3.5. Sammenfatning .....	81
<b>Kap 4. Oppsummering og drøfting</b> .....	<b>83</b>
4.1. Innledning .....	83
4.2. Oppsummering .....	83
4.3. Noen komparative betraktninger .....	86
4.4. Nærmere om arbeidsevne og jobbkrav .....	87
4.5. Noen avsluttende refleksjoner .....	95

## Sammendrag

Denne rapporten tar for seg forskningslitteratur fra studier av sammenhengene mellom helse, arbeid og sosial ulikhet. Vi er spesielt opptatt av hvordan samspillet mellom helse og sosioøkonomisk posisjon virker inn på yrkesdeltakelse og hvordan disse sammenhengene har utviklet seg i Norge over tid. Vi forsøker også å sammenlikne norske forhold med situasjonen i andre land. I tillegg til denne virkelighetsbeskrivelsen diskuterer vi ulike perspektiver og forklaringer på de forhold vi kan observere. Våre fortolkninger tar utgangspunkt i prosesser knyttet til henholdsvis helsereelatert seleksjon og påvirkningsforhold. Med helsereelatert seleksjon sikter vi til hvordan individer på bakgrunn av sin helsetilstand plasserer seg eller blir plassert i ulike posisjoner i og utenfor arbeidslivet. Med påvirkningsforhold mener vi hvordan faktorer knyttet til disse posisjonene forårsaker positive eller negative endringer i individers helse. Vi har organisert diskusjonen av disse ulike prosessene på tre nivåer: mikronivået som har individuelle faktorer som gjenstandsfelt, mellomnivået der bedriftene er i fokus, og makronivået som omfatter arbeidslivsstrukturer slik som økonomiske konjunkturer og forhold ved velferdsstaten, og i bredere forstand velferdsstatsregimet. Med velferdsstatsregime mener vi den særlige måte ansvaret for velferdsproduksjonen fordeler seg mellom staten, markedet og familien. Her kan en tale om et særlig nordisk velferdsstatsregime, der staten har en høy grad av ansvar. I et avsluttende kapittel har vi summert opp noen hovedresultater og drøftet noen av de implikasjonene våre funn har for virkemåten til den norske, og nordiske, velferdsmodellen.



# Kap 1. Temaet i politisk og faglig kontekst

## 1.1. Innledning og problemstilling

Denne rapporten har som formål å beskrive og forklare forholdet mellom helse, sosioøkonomisk status og yrkesdeltakelse ut ifra den eksisterende forskningslitteraturen. Vi spør: Hvordan skiller yrkesaktive og ikke-yrkesaktive seg fra hverandre helsemessig og etter sosioøkonomisk posisjon? Hvordan varierer yrkesdeltakelsen mellom mennesker med ulike helsetilstand og sosioøkonomisk bakgrunn? Hvordan har disse relasjonene utviklet seg over tid? Videre: Hva kan vi med utgangspunkt i foreliggende forskning si om prosessene på individ-, bedrifts-, og samfunnsnivå som skaper de mønstre og trender vi kan observere? Endelig, og på et høyere abstraksjonsnivå spør vi: Hva kan de observerte sammenhengene mellom helse og sosioøkonomisk status på den ene side, og arbeid på den annen, fortelle oss om det norske velferds-samfunnets funksjonsmåte og levedyktighet?

## 1.2. Relevans for norsk helse- og velferdspolitik

Siden attføringsmeldingen (St.meld. nr. 39, 1991–92) så dagens lys for nesten 20 år siden har "arbeidslinja" vært rettesnoren for velferds- og sosialpolitikken i Norge. Denne linja har fått en stadig bredere politisk oppslutning i perioden som er gått (Harsløf 2008). I korthet dreier arbeidslinja seg om å legge velferdssystemet til rette for at alle i yrkesaktiv alder som er i stand til det, er i inntektsgivende arbeid. Arbeid skal være førstevalget for alle arbeidstakere i yrkesaktiv alder i Norge. Er ikke arbeid mulig, er aktivitet målet. Alle reformer i tjenester, tiltak og ytelser samt omorganiseringer har, med unntak av kontantstøtten, hatt som uttalt mål å støtte opp under arbeidslinja. Både gulrot og pisk brukes som virkemidler for å fremme disse målene. Sosialtjenesten kan stille vilkår om en bestemt ønsket atferd, eller deltakelse i tiltak, som betingelse for å få tildelt sosialhjelp. I det nye kvalifiseringsprogrammet tilbys deltakerne en fast "inntekt" i stedet for behovsprøvd sosialhjelp, og myndighetene har som mål at det skal lønne seg å jobbe for å oppmuntre til arbeid framfor å motta stønad. Arbeidslinja kommer også til uttrykk i trepartssamarbeidsavtalen mellom regjering, arbeidsgivere og arbeidstakere om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), og det som er kalt

den største forvaltningsreformen i nyere tid, innføringen av Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). NAV-reformens slagord, "flere i arbeid, færre på trygd", artikulere klart arbeidslinjens mål og ambisjoner.

Arbeidslinjas nedslagsfelt er blitt mer omfattende opp gjennom årene ved at flere vanskeligstilte grupper er gjort til målgrupper. Dette gjelder for eksempel rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser, fattige og langtidsmottakere av sosialhjelp, og flere har fått status som "yrkeshemmede". Innsatsen er intensivert overfor tidligere "kjente" grupper med ulike helseproblemer som sykmeldte, mennesker med behov for medisinsk eller yrkesmessig atferd og uførepensjonister (Øverbye & Hammer 2006). Mange undersøkelser dokumenterer at slike grupper med helsemessige problemer og vansker i arbeidslivet ofte er, eller har vært, lavt plassert i den sosioøkonomiske strukturen (Dahl 1993).

Det var først ganske nylig at temaet sosial ulikhet i helse ble plassert på den politiske dagsordenen i Norge (Lie 2007). Stortingsmelding 20 (2006-2007) om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller er en milepæl i så måte. Meldingen tilkjenner at målet er å redusere ulikhet i helse ved å bedre helsetilstanden blant de dårligere stilte. Dette skal skje ved å iverksette en bred og koordinert innsats der mange samfunnssektorer må bidra. Tiltakene skal settes inn mot "helsens sosiale determinanter", dvs. oppvekstvilkår og utdanning, fordelingen av inntekt, arbeidsvilkår, helseatferd og helsetjenesten. Det anlegges et tiårsperspektiv på dette arbeidet. Strategien retter innsatsen særlig mot helse i biomedisinsk forstand (dvs. fysisk målbare forhold som blodtrykk og død) og i psykologisk forstand (dvs. forhold som rapporteres av pasienter som plager og symptomer), og i mindre grad mot helse i sosiologisk forstand; det vil si hvordan helseproblemer gir adgang til "roller" i det sosialpolitiske systemet gjennom ordninger som sykepenger, rehabilitering og uførepensjon. Det er den sistnevnte helsedimensjonen som står i sentrum i denne rapporten.

Dette sosiologiske aspektet ved helse er et hett politisk tema. Det vitner den opphetede debatten om sykefravær, uførepensjonering og helserelatert utstøting fra arbeidslivet om. Uenighet om disse spørsmålene ledet til ned-

settelsen av et utvalg som ble ledet av statsminister Jens Stoltenberg, og deretter blant annet til opprettingen av et nytt forskningsprogram i Norges forskningsråd om årsaker til sykefravær og utstøting. I programplanen for Sykefraværprogrammet er sosial ulikhet i helse utmyntet som et av flere prioriterte satsingsområder.

Hvorfor er yrkesdeltakelse og betingelsene for yrkesdeltakelse et viktig tema? Som vi skal komme tilbake til er høy yrkesdeltakelse en viktig forutsetning for at et samfunn basert på den nordiske velferdsmodellen skal være levedyktig. Men det er også et mer individorientert argument for hvorfor deltakelse i yrkeslivet er viktig. Dette har å gjøre med enkeltindividenes levekår. Arbeid og yrkesdeltakelse er en helt sentral kilde til gode levekår i vårt samfunn. De seneste tiårs levekårsundersøkelser viser entydig at yrkesaktive har bedre levekår enn ikke-yrkesaktive (NOU 2009:10, Fordelingsutvalget). Dette gjelder for en rekke levekårskomponenter som inntekt og andre materielle goder, samt en serie immaterielle goder som sosiale relasjoner, prestisje, anseelse, verdsetting, tillit og opplevd respekt. Dette er ikke det samme som å si at arbeid forårsaker gode levekår i alle henseende. Det kan òg være seleksjonsmekanismer ute og går, noe som for eksempel er åpenbart hva angår helse. Poenget her er at arbeidsmarkedet er en sentral arena for produksjon og fordeling av en lang rekke goder, og byrder, i et velferdskapitalistisk samfunn av vår type.

### **1.3. Forskning – begreper og kunnskapsstatus**

Som vi var inne på i forrige avsnitt kan en skjelle mellom biomedisinske, psykologiske og sosiologiske helsetilstander eller dimensjoner. I den mer nyanserte engelskspråklige terminologien er det her vanlig å skille mellom henholdsvis disease, illness og sickness. (Twaddle 1979). Den biomedisinske dimensjonen (disease) har organismen som sitt anliggende. Mål som knytter seg til denne dimensjonen er feilfunksjoner, infeksjoner, og degenerering. Kunnskap om denne helsedimensjonen innhentes for eksempel fra fysiologiske observasjoner som laboratorieprøver. For det andre finnes en psykologisk oppfatning av helse (illness). Her er det personligheten som er gjenstandsfeltet. Denne dimensjonen uttrykkes ved subjektive erfaringer og opplevelser, så som angivelse av smerte og symptomer. Tilgang til denne

dimensjonen oppnår en gjerne gjennom individintervjuer. For det tredje har vi den sosiologiske definisjonen av helse (sickness). Her er det rollekapasiteten og evnen til å fylle en rolle i et sosialt system som står i sentrum. Indikatorer kan være nedsatt aktivitet og sykefravær, og denne typen helsestatus måles gjerne av "andre", for eksempel sykefraværstrater. I denne rapporten retter vi søkelyset i første rekke mot sickness-dimensjonen, dvs. mot evnen til å fylle rollen som arbeidstaker dersom man har en sykdom eller en helsesvikt.

Helse (disease og/eller illness) er en viktig komponent av arbeidsevnen. Arbeid krever utfoldelse av energi, oppmerksomhet, konsentrasjon, målrettethet og utholdenhet både i fysisk og mental forstand. Fysisk og mental helse er dermed en betingelse for å kunne utføre et arbeid. Per definisjon – i hvert fall i sosiologisk forstand - er arbeidsevnen en relativ størrelse fordi den må sees i forhold til de krav arbeidet stiller. Det er derfor viktig å se på de krav som stilles til arbeidstakerne i dagens postindustrielle arbeidsliv. Internasjonalt har det vært en teoretisk dreining av helsebegrepet i en "sosial" retning de siste tiår. Fra å se helse som "fravær av sykdom" og senere helse som "velvære" anser man nå i stigende grad helse som "evnen til sosial deltakelse". Tidlig på 1980-tallet definerte nestoren i norsk helsetjenesteforskning Peter F. Hjort helse som "overskudd i forhold til dagliglivets krav" (Hjort 1982). I samme ånd definerte Verdens helseorganisasjon i 1977 helse som mulighet til å realisere et godt sosialt og økonomisk liv: "Det viktigste sosiale mål for verdens regjeringer og for WHO i de kommende tiår, skal være å arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv." (sitert fra NOU 1998: 18; se også Mæland 2005). Det synes således å være sammenfall mellom sosialpolitisk tenkning som i økende grad vektlegger muligheter for (og krav om) aktivitet og yrkesdeltakelse, og deler av helsepolitisk tenkning omkring hva helse er, og hva helsepolitikkenes målsettinger bør være. En forestilling om helse som mulighet for sosial deltakelse er parallell til en moderne, sosial forståelse av funksjonshemming. Gjennom begrepene body functions og participation forstås funksjonshemming som kroppslig og sosial tilstand på samme tid. Funksjonshemming er noe som oppstår i relasjonen mellom individet og samfunnet. En funksjonshemming kan fjernes ved å tilrettelegge de samfunnsmessige

betingelsene for sosial deltakelse. Tilsvarende vil gjelde for en sosiologisk tilnærming til helsebegrepet. Muligheten til å fylle rollen som arbeidstaker bestemmes av egenskaper ved aktøren – arbeidstakeren, og egenskaper ved strukturen – arbeidslivet og det omkringliggende samfunnet. Uoverensstemmelse mellom arbeidsevnen og kravene kan i prinsippet løses ved å endre arbeidsevnen, eller endre kravene (eller begge deler selvsagt). I forhold til den biomedisinske og den psykologiske tilnærmingen er sosial ulikhet i helse ganske godt studert i komparativt perspektiv, selv om det er enkelte hull (jf. Dahl mfl. 2007). Vi har således ganske bra oversikt over sosiale ulikheter hva angår dødelighet, selvopplevd helse og langvarig sykdom (Eurothine 2007, Machenbach 2008, Lundberg mfl. 2008). Et gjennomgående funn er at sosial ulikhet i helse finnes i alle de vestlige land der fenomenet er studert. Overraskende nok synes ulikhetene ikke å være systematisk mindre i egalitære land med universelle velferdsordninger som i Norge og resten av Norden (Dahl mfl. 2007). Dette har skapt en del undring og faglig debatt. Noen avviser at det kan være tilfelle, og at det skyldes metodeartefakter, gal begrepsbruk, eller måle- og dataproblemer (Lundberg mfl. 2008). Andre forsøker å forklare fenomenet substansielt ved å peke på en sosialt skjev fordeling av enkelte av helsens sosiale determinanter, og da spesielt helseatferd som for eksempel røykevaner (Mackenbach 2008). Sickness-dimensjonen ved helse er mindre studert i denne sammenhengen.

#### **1.4 Forklaringer på sosial ulikhet i helse**

Det er et komplekst sett av samvirkende årsaker til mønstre av sosial ulikhet i helse, og vi har ikke mulighet til å gi en uttømmende drøfting av disse gjensidige årsaks-virkningsrelasjonene i denne rapporten. For å vise kompleksiteten kan vi imidlertid liste opp noen av de mekanismer som vil påvirke de gjensidige relasjoner mellom yrkesdeltakelse, helse og posisjon i den sosio-økonomiske strukturen. La oss skille mellom antatt virkende faktorer på tre nivåer: mikro, mellom og makronivået<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Det er ett nivå vi ikke ser nærmere på i denne rapporten overhodet, nemlig det regionale nivået. Dette er et nivå som uenkelig er viktig for de problemstillinger vi behandler her. Det ville imidlertid sprengt rammene for denne rapporten om vi skulle gitt dette nivået en fyllestgjørende behandling.

På mikronivået inngår en rekke forklaringsmodeller som belyser hvorfor individer i lavere sosioøkonomiske grupper jevnt over har dårligere helse enn bedrestilte grupper (Elstad 2008). Det er pekt på ulik fordeling av materielle helsesrisikoer (for eksempel luftforurensning); såkalte neo-materielle forhold (underinvestering i offentlige goder, tjenester og ytelser); helseatferd som drikking, røyking, usunt kosthold, lite mosjon; og psykososiale forhold som relativ deprivasjon, sosial desintegrasjon og "vonde følelser" skapt på grunn av stress. Sosial integrasjon og sosial deltakelse er blitt framhevet som en av de viktigste bufferne, dvs. beskyttelsesmekanismene, mot helseskadelig, ofte kronisk stress i moderne samfunn (Marmot 2005). I tillegg har vi helse-relatert sosial mobilitet, altså det forhold at mennesker beveger seg mellom sosioøkonomiske og sosiale posisjoner. Slike bevegelser kan være direkte avhengig av manifest helsetilstand, eller indirekte avhengig av latent helse som kan skrive seg fra tidlige oppvekstvilkår.

På mellomnivået vil egenskaper ved bedriftene være vesentlig, men også egenskaper ved familieinstitusjonen. Arbeidsmiljøets materielle, ergonomiske og psykososiale sider vil ha innvirkning på arbeidstakernes helse, sykefravær og mulighet for å vende tilbake fra en sykeperiode. Omorganiseringer, nedleggelse, fusjoner og oppsplittinger vil åpenbart kunne spille en viktig rolle, kanskje spesielt for de mer vanskeligstilte uten lengre utdanning og for arbeidstakere som er svakere stilt på arbeidsmarkedet. Trekk ved "det nye arbeidslivet", kan skape nye utfordringer. Reformen inspirert av New Public Management-tenkningen er gjennomført i offentlige virksomheter og det kan skape vansker for tilpasningen til enkelte utsatte arbeidstakergrupper (Trygstad mfl. 2006, Vabø 2007). Ulike hypoteser om utstøtingseffekter som kan føres tilbake til slike prosesser i arbeidslivet verserer, og flere empiriske undersøkelser er gjennomført. Det kommer vi tilbake til i kapittel 3.

Det er utviklet flere modeller for å forklare hvordan visse trekk ved det psykososiale arbeidsmiljøet har helsemessige konsekvenser. De mest kjente er Karaseks krav/kontroll-modell og Siegrists belønning/innsats-ubalansemodell (Karasek 1979, Siegrist og Theorell 2006). Disse modellene er teoretisk fundert og empirisk testet i en lang rekke studier. Karaseks modell opererer med to dimensjoner knyttet til arbeidssituasjonen: en kravdimensjon og en

kontrolldimensjon. Det antas at kombinasjonen høye krav og lav kontroll er spesielt stressframkallende og øker risikoen for å utvikle helseproblemer. Siegrists modell retter søkelyset mot to sider ved arbeidskontrakten, belønningssiden og innsatssiden, og forholdet mellom dem. Ubalanse mellom disse to sidene antas å skape stress og å øke risikoen for helseskader. Disse to modellene kaster lys over hvordan utvalgte organisatoriske trekk ved arbeidslivet kan influere på arbeidstakernes helse og helseatferd (sykefravær), og er også relevante for å bedømme helsekonsekvensene av organisasjonsendringer i arbeidslivet.

Familien er i endring. Vi ser en kraftig økning i en-personfamilier (SSB 2008), skilsmisser og samlivsbrudd (Blekesaune & Øverbye, 2004) og enslige foreldre (Kjeldstad & Rønsen, 2002). Selv om denne endringen uttrykker større individuell frihet og autonomi vil den ofte også kunne medføre dårligere levekår, større grad av økonomisk sårbarhet og utrygghet, mindre sosial støtte og dermed svakere beskyttelse i forbindelse med helseproblemer og sykdom.

På makronivået vil for det første den generelle samfunnsutviklingen mot et postindustrielt samfunn være viktig. Denne utviklingen dreier seg om nedgangen i primær- og industrisysselsetting og veksten i servicenæringer og kunnskapsintensiv produksjon. I en enda bredere forstand knyttes det postindustrielle samfunnet også til individualiseringen av sosiale risikofaktorer, svekkelsen av for eksempel klassetilhørighet, og framveksten av nye sosiale risikofaktorer. Slike faktorer knytter seg for eksempel til vanskeligheter med å balansere jobb og familieforpliktelser, lavutdannedes problemer med å skaffe seg en sikker og anstendig betalt jobb og nye grupper med immigrantbakgrunn som sliter med å få seg jobb bl.a. på grunn av språkproblemer, vansker med kulturell tilpasning og svake sosiale nettverk (Taylor-Gooby 2004).

Et annet vesentlig makrotrekk er veksten i eldrebefolkningen (St.meld. nr. 9, 2008-2009). Det aldrende samfunnet har, alt annet likt, negative konsekvenser for verdiskapningen og medfører økte velferdsbehov – ikke minst hva angår helsetjenester.

En tredje side ved makronivået som kan ha betydning for sammenhengene mellom helse og arbeidslivstilknytning er konjunktursvingningene. En sammenheng kan være at i gode tider vil grupper utenfor arbeidsmarkedet ha spesielt dårlig helse, fordi de med god og middels god helse vil være i jobb på grunn av høy etterspørsel etter arbeidskraft.

Endelig vil vi hva angår makronivået vektlegge betydningen av det overordnede velferdsregime i forhold til de sammenhengene vi er opptatt av. Med velferdsregime sikter vi bredt til konstellasjonen av marked, stat og familie, og særlig til utformingen av de statlige sosialforsikringssystemene. Det norske samfunnet klassifiseres gjerne innenfor en nordisk regimetype kjennetegnet av universalisme og sjenerøsitet, som dermed sikrer inntektsutjevning i større grad enn velferdsstater som kan knyttes til andre regimer. Også andre trekk ved det nordiske regimet så som eksistensen av en sentralisert lønnsdannelse vil ha en utjevneende effekt ved at den fører til en sammenpresset lønnsstruktur. Mer spesifikke politiske tiltak innenfor sosialsektoren, helsesektoren og folkehelsesektoren vil også kunne ha viktige effekter. IA-avtalen, yrkesrettede tiltak som kvalifiseringsprogrammet, rehabiliteringstiltak, anti-diskrimineringslover og organisatoriske endringer som NAV-reformen kan tjene som eksempler. Endelig vil kultur og normer og endringer i disse kunne innvirke på relasjonene mellom yrkesaktivitet, helse og status i den sosioøkonomiske strukturen. En utbredt og sterk protestantisk arbeidsetikk slik vi ser den i de nordiske land er en normativ kraft som bidrar til høy sysselsetting. Likeledes er det påpekt at høy grad av gjensidig tillit mellom samfunnsmedlemmene er en svært verdifull sosial kapital som har kunnet forklare vekst og velstand i de nordiske land (Svendsen & Svendsen 2006).

Det vil med andre ord være mange forklaringer på hvorfor ulike helseutfall varierer med posisjon i den sosioøkonomiske strukturen, og de befinner seg på alle de tre nivåene som er nevnt. På denne bakgrunn er det fornuftig å anlegge et multifaktorielt perspektiv, et flernivåperspektiv, og en forståelse som tillater samspill mellom nivåer og faktorer. Vi vil trekke vekslers på noen av disse perspektivene senere i rapporten.

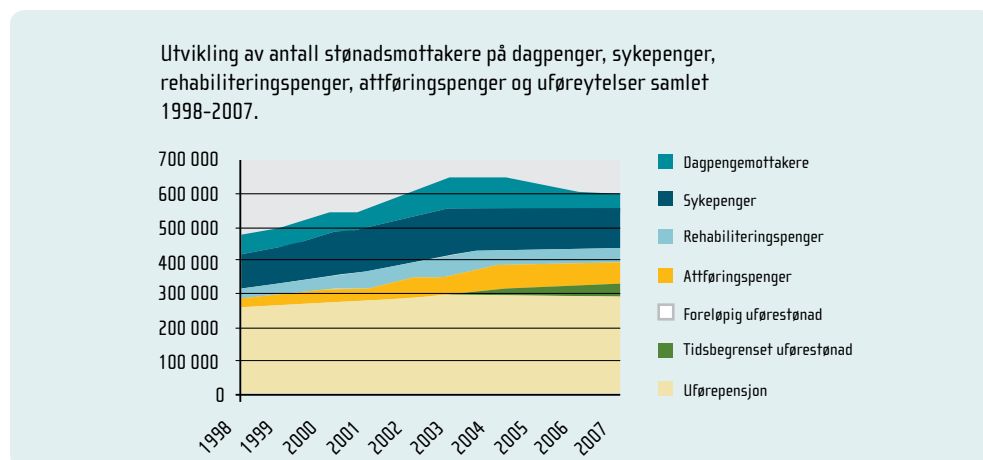


## 1.5. Et makroperspektiv: Betydningen av høy sysselsetting

I løpet av de siste 15 år og fram til den økonomiske krisa vi i skrivende stund er inne i, har de nordiske land gjort det bemerkelsesverdig bra. De har klart å forene sosial likhet med økonomisk velstand og framgang (Dahl og Lorentzen 2008, St.meld. nr. 9, 2008-2009). Etter rådende økonomisk ortodoksi er dette en prestasjon som langt på vei er uforklarlig. Ifølge (neo)klassisk økonomisk tankegang vil det alltid være en "trade-off" mellom sosial likhet og økonomisk vekst, til tross for at de hver for seg er ønskelige tilstander (Okun 1975). For stor vekt på likhet underminerer sporene til å jobbe, noe som reduserer økonomisk vekst og velstand og som derfor gir mindre til alle. For stor vekt på økonomisk effektivitet og vekst svekker likheten fordi enkelte vil dra nytte av mulighetene for berikelse på bekostning av andre.

Selv om de nordiske land langt på vei har klart å forene det påstått uforenlige, hviler enkelte mørke skygger over den nordiske regimetyper. En slik skygge er tendensen til manglende yrkestilknytning blant en del mennesker i yrkesaktiv alder. Til enhver tid er det om lag 600 000 som mottar en ytelse fra folketrygden og som er helt eller delvis uten jobb (NAV 2009).

Figur 1.1.



Kilde: [www.nav.no](http://www.nav.no)

Figur 1.1 viser utviklingen i tallet på mottakere av stønader i folketrygden. Hvis vi legger til antallet som mottar sosialhjelp, dvs. mellom 50 000 og 100 000 personer (St.melding nr. 9, 2006-2007), kommer vi opp i nær 700 000 stønadsmottakere (SSB Statistikkbanken). Til sammen utgjør dette i underkant av 25 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (dvs. mellom 20 og 66 år). Noe av det som er bemerkelsesverdig er at nedgangen i tallet på mottakere ikke er større utover på 2000-tallet, som er en periode preget av sterk økonomisk vekst i Norge. Vi skal likevel være klar over at langt fra alle som mottar en offentlig stønad står helt utenfor arbeidslivet. Mange av dem som figurerer som stønadsmottakere er korttidsmottakere og altså kun midlertidig ikke i jobb, sykmeldte for eksempel. Dessuten er en del av dem som mottar stønad over lengre tid også delvis yrkesaktive. En pekepinn på at det er mange som mottar en stønad, men som likevel har en yrkestilknytning, er at de utenfor arbeidsstyrken utgjør omtrent 17 prosent av alle i yrkesaktiv alder (25-66 år) ifølge tall fra Statistisk sentralbyrås Arbeidskraftundersøkelse (SSB 2009 a), altså ganske mye lavere enn 25 prosent. Om vi snur på flisa, betyr altså dette at rundt 80 prosent av personene i arbeidsdyktig alder tilhører den yrkesaktive befolkningen. I komparativt perspektiv bringer dette Norge helt i verdenstoppen. Tabell 1.1 viser at sammenliknet med andre land er sysselsettingen i Norge spesielt høy blant kvinner og blant eldre.

Tabell 1.1. Sysselsettingsfrekvenser i ulike land etter alder og kjønn i 2007.

	15-24 år		25-54 år		55-64 år	
	K	M	K	M	K	M
Norge	56,3	54,0	82,3	89,2	64,0	73,9
USA	51,8	54,4	72,5	87,5	56,6	67,4
Japan	41,5	41,3	67,4	92,8	51,2	81,5
EU-15	38,0	44,2	70,8	87,3	37,4	54,5
EU-19	35,3	41,7	70,6	86,7	35,3	53,3
Belgia	24,0	29,5	71,6	86,8	26,8	41,0
Danmark	66,5	68,3	81,8	90,2	52,9	64,6
Finland	44,7	47,9	80,7	85,9	54,8	55,1
Frankrike	27,6	34,8	76,4	88,1	35,7	39,6
Hellas	18,8	29,6	61,1	90,1	26,8	58,6
Irland	45,9	51,6	69,5	87,9	39,8	68,1
Island	75,0	73,6	84,1	94,2	80,0	89,6
Italia	19,5	29,6	59,6	87,3	23,0	45,1
Luxembourg	16,3	27,7	69,0	91,0	25,9	42,2
Nederland	64,4	66,4	77,4	89,6	39,6	60,4
Portugal	30,6	39,2	74,9	87,2	44,0	58,6
Spania	37,0	48,5	65,6	87,6	30,3	60,0
Sveits	59,7	65,4	78,5	93,6	58,1	76,4
Sverige	46,5	46,1	83,0	89,0	67,2	73,1
Storbritannia	54,6	57,3	74,7	88,3	49,0	66,1
Tyskland	43,0	46,7	73,6	86,7	44,6	59,7
Østerrike	51,5	59,6	77,5	90,6	28,0	49,8

Kilde: St. meld. nr. 1, 2008-2009

Til tross for enkelte tilbakeslag har sysselsettingen i Norge vokst jevnt og trutt siden 1930 årene og fram til 2007 (Hansen & Skoglund 2008). Tallet på sysselsatte har vokst i absolutt så vel som i relativ forstand, dvs. som andel av den yrkesaktive befolkningen (NOU 2009:10 Fordelingsutvalget 2009). Det er kvinnes inntog i arbeidslivet som forklarer denne veksten i etterkrigstiden (NOU 2009:10, Fordelingsutvalget 2009). Det betyr at sammenliknet med for 40 år siden er det i dag flere kvinner som er under "risiko" for å bli utstøtt fra arbeidslivet siden langt flere i arbeidsfør alder er i jobb. Gjennom egen yrkesaktivitet har dermed kvinner nå tjent opp egne rettigheter til offentlig inntektssikring. Kvinnes innmarsj i arbeidslivet kan karakteriseres som en suksesshistorie for arbeidslinja. Baksiden av medaljen, om vi kan si det slik, er at arbeidslinja også innebærer en trygdelinje ved at arbeid gir rett til trygd. For å si det enkelt: For 40 år siden var kvinner uten lønnet arbeid forsørget av familien, dvs. ektemannen. I dag er ikke-yrkesaktive kvinner forsørget av det offentlige. Dette er også bakgrunnen for det paradokset at sysselsettingen har økt samtidig som mottak av trygdeytelser har vokst (begge målt som andel av den yrkesaktive befolkningen). Dette har altså vært mulig fordi andelen kvinner med familieforsørgelse har gått ned. Dette illustreres ved at i dag er kun 9 prosent av personer i arbeidsfør alder klassifisert som "hjemmearbeidende" (NOU 2009:10, Fordelingsutvalget 2009:170).

"Full sysselsetting" er en helt sentral forutsetning for en universell, sjenerøs og tjenestetung velferdsstat av nordisk type. Ett kjennetegn ved denne nordiske regimetyper er en stor offentlig tjenesteytende sektor og omfattende statlige overføringer. Dette arrangementet er basert på forholdsvis høye skattesatser og ikke minst en bred skattebasis, altså at flest mulig som kan, er i arbeid og betaler skatt. Det nordiske velferdsregimet er en måte å organisere økonomi og velferd på som skiller seg fra andre samfunnsregimer. I det nordiske regimet er det slagordmessig, som antydnet, "arbeid og velferd" som er det førende prinsippet. Det liberale regimet, der USA er kron eksemplet, opererer populært sagt etter slagordet "arbeid, ikke velferd". I den konservative modellen, der Tyskland kan tjene som eksempel, er det framherskende prinsippet "velferd gjennom arbeid" (Goodin 2001).

Det norske arbeidsmarkedet rommer befolkningsgrupper som har behov for "betalt velferdstid" på grunn av høyere sykkelighet blant annet, jfr. Tabell 1.1. Og dette er et viktig poeng. I og med at Norge har høy sysselsetting, og at arbeidsmarkedet dermed inkluderer grupper som har behov for å kunne tre ut av arbeidslivet for kortere og lengre tid, vil mange med nødvendighet motta stønad til enhver tid. Dette er grupper som i andre land med lavere sysselsetting sannsynligvis ikke har noen yrkestilknytning overhodet. Dette har blant annet relevans for sykefraværet.

I den politiske debatten ses et høyt sykefravær som et symptom på problemer og derfor noe uønsket. Men, som vi har antydnet, er sykefraværet et tvetydig mål på tilstanden i arbeidslivet. Om sykefraværet måler et "sykt" eller "sunt" arbeidsliv, kommer an på hvordan arbeidsstokken er satt sammen. Alt annet likt, må vi regne med at en arbeidsstokk med flere kvinner, flere eldre, flere funksjonshemmede og flere kronisk syke vil ha høyere sykefravær enn en arbeidsstokk med et lavere innslag av arbeidstakere med slike kjennetegn. Dette gjelder både på makronivå, dvs. i landet som helhet, og på mellomnivå, i den enkelte bedrift (Torp & Mastekaasa 2005). I så fall kan et sykefravær over gjennomsnittet neppe regnes som et sykdomstegn, snarere tvert imot, siden det da uttrykker en sentral og omforent målsetting for norsk arbeidsliv: å være inkluderende.

I komparativt perspektiv er det antakelig en sammenheng mellom omfanget og sammensetningen av den ikke-yrkesaktive befolkningen. I land med en liten andel ikke-yrkesaktive, som de nordiske, utgjør disse en selektert, eller "utsortert" gruppe med kjennetegn som "avvikere" fra normalbefolkningen, dvs. de har ulike egenskaper som ikke er etterspurt i arbeidsmarkedet. Dette argumentet er analogt til det fattigdomsforskere har lagt fram: Jo lavere andelen fattige er i et land, jo vanskeligere er det å utrydde fattigdommen. Grunnen er at de gjenværende (få) fattige har så mange problemer og så få ressurser at sosial integrasjon er svært vanskelig å få til. Det er rimelig å anta at det samme resonnetmentet et stykke på vei kan gjøres gjeldende overfor ikke-yrkesaktive generelt i de nordiske land.

For langt de fleste stønadene er det medisinske kriterier som ligger til grunn for tilståelse av ytelse. Ikke-arbeid er således per definisjon nært knyttet til helsesvikt. Dette gjelder ikke bare de medisinsk relaterte stønadene. Som vi skal dokumentere i kapittel 2, er større andeler sosialhjelpsmottakere og mottakere av arbeidsledighetstrygd syke enn blant yrkesaktive. De ikke-yrkesaktive er en heterogen gruppe, men fellesnevneren er ofte et helseproblem som gjør at de har vansker med å få og beholde et arbeid. Helseproblemer og konsekvensene av helseproblemer rammer ikke tilfeldig. Det er en overhyppighet av sviktende helsetilstand blant mennesker med lavere sosial status, målt for eksempel med yrkesstatus, utdanning, eller inntekt (Sund og Krokstad 2003). Dette kan føre til en sosial og helsemessig stratifisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive i den norske befolkningen.

## **1.6 Datatilfang**

Denne rapporten er basert på foreliggende empirisk og teoretisk litteratur om emnet. Vi har fått utført en rekke profesjonelle litteratursøk av en forskningsbibliotekar. Søkestrategiene i de ulike databasene er listet opp i appendiks 1. I tillegg har vi forespurt kolleger om litteratur på spesielle områder og problemstillinger. Endelig har vi, ut fra vår kjennskap til temaet på forhånd, funnet fram til en del litteratur på egen hånd.

Siktemålet med denne sammenfatningen er ikke å gi en systematisk oversikt i streng forstand. Det vil derfor sikkert være litteratur vi har oversett og som med fordel kunne vært med. I første rekke gjelder dette trolig utenlandske studier. Datatilfanget er først og fremst norske undersøkelser. Vi har likevel tilstrebet et komparativt perspektiv, selv om gode komparative studier er mangelvare på det feltet vi her studerer. I de tilfeller det har vært mulig, vil vi peke på hvordan Norge eller Norden skiller seg fra andre land og andre velferdsstatsregimer, og vurdere norske erfaringer i lys av internasjonale funn.

## **1.7. Innholdet i rapporten**

Formålet med kapittel 2 er primært å beskrive et empirisk felt. Kapitlet tar særlig for seg helsetilstanden til grupper med lav grad av inkludering i arbeids-

markedet. I gjennomgangen av litteraturen på feltet ser vi på studier som sammenlikner helsen til disse gruppene med helsen til personer med høyere grad av arbeidsintegrering. Vi kartlegger hvordan yrkesaktive og ikke-yrkesaktive skiller seg fra hverandre helsemessig, og etter sosioøkonomisk stilling, og hvordan yrkesdeltakelsen varierer blant mennesker med ulik helse-tilstand og sosioøkonomisk bakgrunn. Vi tar for oss studier som har sett på endringer over tid, og søker å sammenlikne forholdene i Norge med forholdene i andre land som har andre typer velferdsarrangementer.

Kapittel 3 bygger på foregående kapittel, og har som ambisjon å forklare og fortolke de empiriske mønstre og trender som er avdekket om sammenhengene mellom helse- og arbeidsevne, sosioøkonomisk status og deltakelse i arbeidsmarkedet. Vi presenterer og diskuterer empiriske analyser av mulige mekanismer knyttet til kausalforklaringer og seleksjonsforklaringer. Vi tar utgangspunkt i de tre nivåene vi skisserte ovenfor, mikronivå (individene), mellomnivå (bedriftene) og makronivå (stat, velferdsstatsregime).

I kapittel 4 samler vi trådene. Vi oppsummerer hovedfunnene fra de to foregående kapitlene og diskuterer en del faglige og politiske implikasjoner av de funn vi har gjort. Vi retter særlig søkelyset mot forholdet mellom helse som yteevne og arbeidslivets krav, og hvordan dette forholdet har utviklet seg i Norge. Vi avslutter med en drøfting av hvordan trekk ved den norske modellen influerer på sammenhengen mellom helse, sosioøkonomisk status og arbeid, og hvordan disse sammenhengene i sin tur kan tenkes å affisere modellens funksjonsmåte.

# Kapittel 2. Sysselsettingsstatus og helse: Mønstre og trender

## 2.1 Innledning

Hensikten med dette kapitlet er i første rekke å beskrive et empirisk felt. Vi er opptatt av hvordan yrkesaktive og ikke-yrkesaktive skiller seg fra hverandre helsemessig, og etter sosioøkonomisk posisjon, og hvordan yrkesdeltakelsen varierer blant mennesker med ulik helsetilstand og sosioøkonomisk bakgrunn. Vi skal ta for oss forskningslitteratur om hvordan disse relasjonene har utviklet seg i Norge over tid, og hvorvidt forholdene i Norge er annerledes enn i andre land. Vi retter søkelyset mot grupper som er marginale i forhold til arbeidsmarkedet, og sammenlikner helsen til disse gruppene med helsen til personer som i høyere grad er inkludert i arbeidslivet.

En viktig del av forskningen på dette feltet fokuserer på hvordan ulike jobber er knyttet til ulike fysiske og psykiske belastninger. Samtidig er det påpekt at forskjellige jobber også i ulik grad genererer helsefremmende ressurser (Thaulow 1994). Forskning peker videre på hvordan lediggang kan innebære ulike helsebelastninger (Alm 2001). Når en skal se på helse i relasjon til sysselsettingsstatus er slike negative og positive helseeffekter av arbeid og ledighet en viktig dimensjon. En annen viktig dimensjon dreier seg om graden av inkludering i arbeidsmarkedet. For personer i jobb kan en snakke om ulike grader av inkludering ut ifra hvilke typer av stillinger folk innehar (personer i heltidsstillinger er mer inkludert enn personer i deltidsstillinger, og personer i faste stillinger er mer inkludert enn personer i midlertidige stillinger). For personer i yrkesaktiv alder som ikke er i jobb kan tilknytningen til arbeidsmarkedet videre graderes i forhold til forskjellige former for aktiv og passiv status<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Vi er klar over at dikotomien aktiv/passiv kan være misvisende i mange sammenhenger, og også delvis normativt ladet. Personer med svak eller ingen arbeidstilknytning kan være "aktive" for eksempel i rehabiliteringstiltak med langsiktig mål om yrkesdeltakelse, eller i frivillig ulønnet arbeid. "Passivt" mottak av ytelser er også i de aller fleste tilfeller vel fortjent og helt legitimt. Vi velger likevel å bruke dikotomien her for enkelhets skyld.



Arbeidsledige, jobbsøkende personer har en aktiv status i arbeidsmarkedet, mens personer på uføretrygd i denne sammenhengen har en "passiv" status. Mange av Folketrygdens ytelser, for eksempel rehabilitering og yrkesrettet atføring, har som sitt primære formål å fremme overgang fra passiv til aktiv status – og personer på disse ytelsene kan da sies å være i en mellomposisjon. Før vi tar fatt på ulike studier av helse i relasjon til sysselsettingsstatus vil vi presentere noen metodiske refleksjoner. Arbeidsmarginale grupper er typisk underrepresentert i norske spørreundersøkelser. Dette er et problem som rammer selv de større populasjons-undersøkelsene. At vi her er interessert i helsa deres i tillegg utelukker i stor grad registerbaserte studier av dynamikken mellom ulike stønadstilstander og arbeid fordi mål på helse har vært mangelvare. Særlig gjelder dette naturligvis subjektive mål som opplevelse av egen helse og symptomer. Det som er tilgjengelig i registrene er sykefravær, diagnoser ved søknad om uføretrygd, dødelighet og dødsårsaker, og for de aller seneste årene legemiddelbruk. Til sitt bruk vil disse målene være tilstrekkelige, men for å undersøke helse blant folk utenfor arbeidsmarkedet er relevansen så som så. Sykefravær vil kun dekke dem som allerede er i jobb, uføretrygding er bare en del av bildet, og gir ikke informasjon om endringer i helse ved overgang. Dødelighet er mye brukt, men også dette målet sier lite om helse på spesifikke tidspunkter eller endringer i helse over tid; dødelighet er snarere et mål på akkumulert helse over livsløpet. Å studere yrkesaktiviteten blant friske og syke kompliserer bruk av registerdata ytterligere. En del spørreskjemaundersøkelser finnes likevel, noen ganger også koplet til registerinformasjon. Slike studier er særlig verdifulle i denne sammenhengen. Ved å sammenholde informasjon fra forskjellige typer studier med ulike fordeler og svakheter håper vi å kunne gi et dekkende bilde av helsene til dem som står utenfor arbeidslivet, og yrkesaktiviteten til friske og syke.

## **2.2. Helse i ulike arbeidsmarginale grupper**

I dette avsnittet skal vi samle sammen det vi vet om helsa til ulike arbeidsmarginale grupper. Vi legger hovedvekten på norske studier, men da tilfanget av slike studier er relativt begrenset vil vi også trekke inn en betydelig samling internasjonale studier, fortrinnsvis fra land det er vanlig å sammenligne med innenfor studiefeltet.

### **Helse blant arbeidsledige og ikke-yrkesaktive generelt**

Helsetilstanden blant "vanlige" arbeidsledige er i disse finanskrisetider blitt en aktuell problemstilling igjen. En norsk studie undersøkte helse og yrkesdeltakelse blant personer med lengre tids ledighet i fire kommuner i Grenland under forrige økonomiske resesjon på begynnelsen av 1990-tallet (Claussen 1999; Claussen, Bjørndal, & Hjort 1993). Studien var lagt opp som en oppfølgingsundersøkelse for å studere helseseleksjon ut av arbeidsledighet, og betydningen av arbeidsledighet for helse. Personer med minst 12 ukers ledighet ble blant annet sammenlignet med yrkesaktive fra levekårsundersøkelsene på en indikator for selvrapportert psykisk helse. I tillegg vurderte en lege medisinske diagnoser på somatisk langvarig begrensende sykdom og psykisk uhelse. Claussen mfl. (1993) fant at forekomsten av psykiske plager var betydelig høyere blant gruppen av ledige enn blant den yrkesaktive befolkningen. For eksempel var det 22 prosent som ble klassifisert med depressive plager blant gruppen av ledige mot 2 prosent i den yrkesaktive befolkningen.

I en annen norsk oppfølgingsstudie av langtidsledige med spørreskjemadata fra det tidlige nittitallet fant man en høyere andel med psykiske plager (HSCL-10)<sup>3</sup> blant dem som ikke var kommet i jobb etter ett år (19 prosent), enn blant dem som hadde fått sikker jobb (7 prosent) (Halvorsen 1998). Andelen blant dem som var utenfor arbeidsstyrken (som ikke hadde jobb, og heller ikke søkte) var noe lavere (12 prosent), men fortsatt høyere enn dem som var re-sysselsatt. Imidlertid var helseeffekten av re-sysselsatt avhengig av om jobben var sikker eller ikke. Blant dem som var re-sysselsatt i en usikker jobb hadde 14 prosent psykiske plager.

I en norsk studie blant unge arbeidsledige, hvor det var kontrollert for psykisk helse ved starten av oppfølgingsperioden, fant Hammer (1993) at arbeidsledighet svekker den mentale helsen over tid. I motsetning til Halvorsens studie av ledige, fant Hammer at hvorvidt en var aktiv jobbsøker eller ei, ikke påvirket sammenhengen arbeidsledighet og psykisk helse blant de unge ledige.

En svensk studie (Korpi 1997) blant unge, som kontrollerte for seleksjons-effekter, fant at ledighet i høyere grad enn arbeid er forbundet med selv-rapporterte psykiske lidelser, men at de unge arbeidsledige som ble deltakere i ulike aktiveringsprogram fikk redusert sine psykiske lidelser i samme grad som dem som kom tilbake til jobb.

Dahl og Birkelund (Dahl & Birkelund 1999) fant med norske data til dels store forskjeller mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive i arbeidsfør alder. Mens andelen blant yrkesaktive menn som rapporterte langvarig sykdom var 35 prosent i 1995, var den blant de ikke-yrkesaktive på 74 prosent. For muskel- og skjelettlidelser var forskjellen tilsvarende, men på et lavere nivå. Forskjellen i psykiske plager mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive var særlig markert for menn, med mer enn dobbelt så stor andel blant de ikke-yrkesaktive (54 prosent mot 19 prosent). Andre, tidligere studier bekrefter dette bildet. Elstad (1996) fant i sin studie av helseulikheter mellom kvinner betydning helseforskjeller mellom fulltidsyrkesaktive kvinner og kvinner med ingen eller løsere tilknytning til arbeidslivet. Borgan (1997) fant dobbelt så høy dødelighet blant ikke-yrkesaktive som blant yrkesaktive. Helseforskjeller mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive ble også funnet i en nordisk studie med data fra Danmark, Sverige, Norge og Finland (Roos mfl. 2005). De norske dataene var fra Levekårsundersøkelsen 1995 og viste at arbeidsledige menn hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å rapportere langvarig begrensende sykdom som fulltidsarbeidende menn. Denne forskjellen var ikke tilstede mellom arbeidsledige og sysselsatte kvinner, men kunne gjenfinnes mellom hjemmearbeidende og fulltidssysselsatte kvinner.

---

<sup>3</sup> HSCL-10 (Hopkins Symptom Check List) er et spørreskjemainstrument bestående av 10 ulike påstander om tanker og følelser som respondentene vurderer i hvilken grad de er enige i. Svarene kan summeres til en indeks for symptomer på angst og depresjon (se for eksempel Strand mfl. 2003).

Tilsvarende funn gjør seg gjeldende også i studier fra ikke-nordiske land. Bartley, Sacker, og Clarke (2004) benyttet data fra British Household Panel Survey fra 1991 til 2001, med et utvalg der alle rapporterte god helse ved starten av oppfølgingen. I studien fant man at arbeidsledige og økonomisk inaktive menn hadde henholdsvis 2,4 og 5,8 ganger høyere sjanse for å rapportere om begrensende langvarig sykdom, kontrollert for ekteskapelig status, sosial klasse, utdanning og inntekt. For kvinner var de tilsvarende forholdstall på 2,1 og 2,5.

I tråd med funnene til Claussen (1993) og Halvorsen (1998) som ble referert ovenfor, argumenterer Virtanen mfl. (2003) for at en må gå bak kategoriene "yrkesaktiv/yrkespassiv" for å fange opp relevante forskjeller. Dette kommer av endringer i arbeidsmarkedet, som er felles for de fleste vestlige land, med økende bortfall av typiske industriarbeidsplasser og økende fleksibilitet. Dette har ført til en framvekst av "nye" ansettelsesformer kjennetegnet av midlertidige kontrakter, deltidsarbeid og vikarbyråer. Samtidig gjør den økende bruken av arbeidsmarkedstiltak at flere arbeidsledige ofte i realiteten er å finne et sted midt imellom arbeid og lediggang. Virtanen mfl. (2003) studerer derfor betydningen av yrkesaktivitet i Finland innenfor en forståelse av arbeidsmarkedet som delt i en kjerne med relativt sikre jobber og midlertidige jobber, og en periferi med atypiske jobber: vikarbyråjobber, akkordjobber, sesongarbeid m.m. I tillegg blir arbeidsledige kategorisert i tre grupper: de på inntektsbasert tidsbegrenset stønad; de som var i subsidiert arbeid, som regel benyttet av folk med lang arbeidsledighetshistorie og med svært høyt tilbakefall; og de med minimums-stønad, som utgjør kjernen blant de arbeidsledige med lave ytelser over ubegrenset tid. Resultatene viser en gradientlignende sammenheng for de ulike arbeidsmarkedskategoriene og tre ulike helse mål etter graden av arbeidsinkludering: De med fast eller midlertidig ansettelse hadde ikke forskjellig helse-tilstand, mens helsen ble verre med de øvrige kategoriene for atypisk arbeid, inntektsbasert tidsbegrenset stønad, subsidiert arbeid og minimumstrygd. Analysen kontrollerte for demografi, helseadferd og psykososiale faktorer. De med fast eller midlertidig ansettelse hadde ikke forskjellig helsetilstand. Helsen ble verre med de øvrige kategoriene for atypisk arbeid, inntektsbasert tidsbegrenset stønad, subsidiert arbeid og minimumstrygd. Denne gradienten fortolker Virtanen mfl. som en gjenspeiling av tilgangen på materielle ressurser i de ulike kategoriene.

En britisk studie understreker også betydningen av materielle levekår under arbeidsledighet, ved at materiell deprivasjon ikke bare forårsaker svekket helse hos den arbeidsledige, men at også ektefelles helse påvirkes (Arber 1997).

Påvisningen av en gradient som følger graden av arbeidsinkludering støttes av en nederlandsk oppfølgingsstudie (Van de Mheen mfl. 1999) over fem år (1991-1995). Studien hadde ikke mulighet til å se på like mange kategorier som den finske studien, men fant at de som var økonomisk inaktive i hele oppfølgingsperioden hadde dårligst helse, mens de som beveget seg inn og ut av arbeid hadde bedre helse. Den siste gruppens helse var likevel dårligere enn helsen til dem som var sysselsatt hele oppfølgingsperioden. En annen nederlandsk studie fant ikke forskjeller mellom helsen til yrkesaktive og arbeidsledige, men understreket at de som ikke er i arbeid av helsegrunner har en dårligere utvikling i sin helse enn andre arbeidsmarkedsgrupper (van der Horst, Muris, & Nijhuis 1993).

En svensk studie av tvillinger født mellom 1926-58 som ble intervjuet i 1973, og deretter fulgt i dødsårsaksregisteret i 24 år, fant en sammenheng mellom arbeidsledighet og dødelighet av alle dødsårsaker (Nylen, Voss, & Floderus 2001). En særlig sterk effekt ble funnet for de første fem årene. Studien kontrollerte for en rekke faktorer på intervjutidspunktet, blant annet langvarig og alvorlig sykdom, livsstil og medisinbruk. En senere studie av samme datamateriale fant at overdødeligheten er knyttet til selvmord og ulykker der det ikke var avklart om det var tilfeldig eller intendert (Voss mfl. 2004). En tredje svensk studie benyttet seg av den svenske levekårsundersøkelsen fra 1980-1986, der 30 000 individer deltok, og fulgte disse opp i dødsårsaksregisteret fram til 1996 (Gerdtham & Johannesson 2003). Også her kunne forskerne kontrollere for helse ved intervjutidspunktet slik at helseseleksjon, eller prosessen der dårlig helse leder til arbeidsledighet, var tatt høyde for. Studien fant en økt dødelighet fra alle dødsårsaker på 50 prosent. Overdødeligheten var signifikant for selvmord, ulykker og drap og dødelighet fra andre årsaker enn kreft, hjerte- og karsykdommer. En fjerde svensk dødelighetsstudie, også basert på data fra levekårsundersøkelser, fant økt risiko for dødelighet blant både arbeidsledige og økonomisk inaktive (Åhs & Westerling 2006). Også her ble det kontrollert for helse ved intervjutidspunktet.

Moser mfl. (Moser, Fox, & Jones 1984) studerte sammenhengen mellom arbeidsledighet blant britiske menn i 1971 og dødelighet i ti år framover. De fant at overdødeligheten i gruppen som hadde vært arbeidsledige var stabilt på 20-30 prosent i hele oppfølgingsperioden, kontrollert for sosial klasse. Det ble ikke kontrollert for helse ved oppstarten, men forfatterne argumenterte for at helseseleksjon ikke kan ha spilt noen stor rolle ettersom en da ville forvente en avtagende effekt over en oppfølgingsperiode på 10 år da de sykeste ville dø tidligere i perioden.

Også en finsk studie fant overdødelighet blant arbeidsledige (Martikainen & Valkonen 1996). Heller ikke her var det kontrollert for forutgående helse-tilstand, ettersom det var en registerbasert studie av hele den yrkesaktive befolkning. Forfatterne argumenterte for at det er en årsakssammenheng mellom arbeidsledighet og dødelighet fordi det ikke var forskjell mellom dem som var arbeidsledige i en periode med høy arbeidsledighet sammenlignet med når det var lav arbeidsledighet. Funnene harmonerer med en tidligere studie av en annen tidsperiode (1980-1985) som kunne kontrollere for helse (Martikainen 1990). Når arbeidsledigheten er lav og etterspørselen etter arbeidskraft høy, forventer en at seleksjonseffektene er sterkere, og at helsen blant arbeidsledige da er dårligere. Det vil være færre ledige, men de ledige vil slite med til høyere sykkelighet.

Et problem med slike studier er at de sjelden tar høyde for endringer i andre variabler i oppfølgingstiden, og bakenforliggende forskjeller i oppvekst og sosioøkonomisk status.

Tilståelse av uføretrygd er en indikator på svekket helsetilstand og påfølgende nedsatt arbeidskapasitet. De som blir tilstått uføretrygd befinner seg som regel allerede utenfor, eller i utkanten av, arbeidsmarkedet. Uføretrygding i ulike grupper av befolkningen er derfor interessant i denne sammenhengen fordi det kan antyde sammenhenger mellom arbeidsmarginalisering og helsetilstand. Et sentralt funn fra en studie av veier til uføretrygd var at svært høye andeler av dem som ble innvilget uføretrygd i 2002 var å finne i arbeidsmarginale eller utstøtte arbeidsmarkedsposisjoner allerede i tiåret før innvilgelsen (Fevang & Røed 2006). Ti år før innvilgelse av uføretrygd

var 45 prosent mottakere av trygd eller sosialhjelp, og blant dem under 40 år var andelen hele 67 prosent. På samme tid var det 20 prosent av dem som fikk uføretrygd i 2002 som var arbeidsledige ti år tidligere, og 38 prosent i aldersgruppen under 40 år. Dette er spesielt oppsiktsvekkende, siden disse ytelsene ikke er helserelevante. De som begynte sitt trygdeforløp med arbeidsledighet var også de som hadde lengst trygdehistorie før tilståelse av uføretrygd (56 måneder). Hele 13 prosent hadde mer eller mindre sammenhengende stønads- eller trygdeforløp i gjennom hele tiårsperioden. Disse funnene samsvarer godt med funn fra britiske studier som viser at ledighet og generell arbeidsmarginalisering kaster lange skygger over det videre livsløpet, og potensielt har skadelige effekter på helsen (Bartley & Plewis, 2002; Montgomery mfl. 1999; Wadsworth, Montgomery & Bartley 1999). Disse studiene blir presentert nærmere i neste kapittel.

Dårlig helse i arbeidsmarginale grupper sammenfaller typisk med andre barrierer mot arbeidsinkludering, slik som lav utdanning. Sannsynligheten for uføretrygding følger for eksempel forskjeller i utdanningsnivå, med 25 prosent sannsynlighet for dem med kun obligatorisk grunnskole og 7 prosent for dem med høyskole/universitetsutdanning (Fevang og Røed 2006).

En rapport fra Folkehelseinstituttet, basert på Levekårsundersøkelsen 2005, om psykisk helse blant utsatte grupper i Norge finner at de tre gruppene som har høyest andel med betydelige psykiske plager er sosialhjelpsmottakere, trygdemottakere og de som hverken er i jobb eller utdanning (Myklestad, Rognerud, & Johansen 2008). Manglende ressurser som lav sosial støtte, lav opplevd mestringskontroll, økonomiske problemer og å ha opplevd skilsmisse hang sammen med psykisk helse i denne studien.

En rapport fra Statistisk sentralbyrå sammenlignet "funksjonsevne" i ulike grupper ved hjelp av tre datakilder, EU-SILC-data fra Norge, Levekårsundersøkelsen og Arbeidskraftsundersøkelsen AKU (Normann & Rønning 2008). I befolkningen som helhet var andelen som hadde noe eller sterkt nedsatt funksjonsevne 20 prosent. Ut i fra EU-SILC-data som presenteres i rapporten (Normann og Rønning 2008:10) kan vi regne ut andelen blant de på henholdsvis uføretrygd, med grunn- og hjelpestønad og på sosialhjelp mellom

2003 og 2006 som hadde svekket funksjonsevne (dog med noe usikkerhet i estimatene på grunn av manglende desimaler i originaltabellen). Resultatet er vist i tabell 1, der det framgår at blant uføretrygdede, de på grunn- og hjelpestønad og sosialhjelpsmottakerne var det i 2006 henholdsvis 75, 75 og 48 prosent som hadde noe eller sterkt redusert funksjonsevne. Det er verdt å merke seg den høye andelen blant sosialhjelpsmottakerne som hadde nedsatt funksjonsevne, til tross for at sosialhjelp ikke er en helse relatert ytelse. Hele 20 prosent i denne gruppen rapporterte om sterkt nedsatt funksjonsevne. Det er også interessant at de resterende 25 prosentene blant dem som mottok de to helse relaterte ytelsene rapporterte at de ikke hadde nedsatt funksjonsevne.

Tabell 2.1. Andeler med ulike grad av nedsatt funksjonsevne i normalbefolkning og ulike stønadspopulasjoner. Prosent.

	Uførepensjonister	Personer på grunn- og hjelpestønad	Personer på Sosialhjelp	Normalbefolkning
<b>2003</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	26	41	59	80
Noe nedsatt funksjonsevne	33	24	22	12
Sterkt nedsatt funksjonsevne	41	35	19	8
<b>2006</b>				
Ikke nedsatt funksjonsevne	25	25	52	79
Noe nedsatt funksjonsevne	38	31	28	13
Sterkt nedsatt funksjonsevne	37	44	20	8

Andelene er basert på omregninger av prosenttall uten desimaler fra kilden.

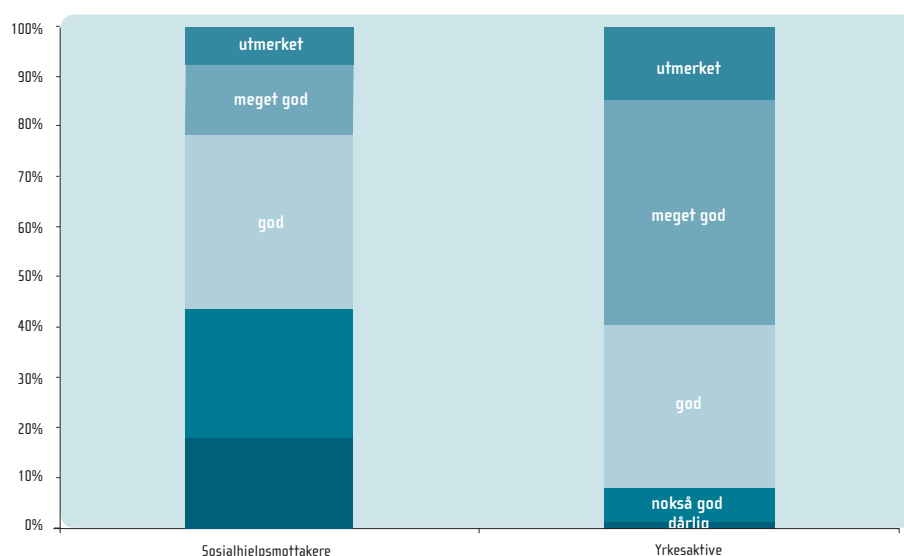
Kilde: Normann og Rønning 2008, tab. 4.1b. Originalkilde: EU-SILC.



Gjenspeiler den høye andelen som rapporterte at de ikke hadde nedsatt funksjonsevne blant dem på helserelaterte ytelser virkeligheten eller svakheter ved målet som er brukt? En mulig årsak til den overraskende høye andelen kan være å finne i formuleringen av spørsmålet, der graden av funksjonsevne måles med et spørsmål om i hvilken grad "langvarig sykdom eller lidelse, noen virkning av skade eller noen funksjonshemming" medfører begrensninger i daglige aktiviteter (Normann og Rønning 2008:6). Etter et filter for varighet blir respondentene spurt om de opplever "store" eller "noen" begrensninger. Funksjonsevne oppstår i balansen mellom egne ressurser og omgivelsenes krav. Hvis en allerede er på uføretrygd, og ikke jobber, vil disse kravene være betydelig redusert, og funksjonsevnen følgelig bedre (det vil si i balanse med omgivelsenes krav). Slike mål bør derfor brukes med forsiktighet i sammenligninger av grupper med svært ulike hverdagslige krav og tilknytning til arbeidslivet.

Både den psykiske helsen og funksjonsevnen til sosialhjelpsmottakere er dårligere enn i normalbefolkningen, som vi så i de to studiene referert ovenfor. Dette er også blitt utforsket i andre studier (for en oversikt, se van der Wel mfl. 2006). Funksjonsevnestudien av langtidsmottakere av sosialhjelp dokumenterte helsen til denne gruppen over et bredt spekter av helse mål (van der Wel mfl. 2006). Studien fant blant annet at andelen med psykiske plager er svært høy, hele 58 prosent, sammenlignet med 8 prosent i normalbefolkningen gitt samme aldersfordeling. En senere studie av det samme datamaterialet fant at variasjonen i psykiske plager blant langtidsmottakerne av sosialhjelp er knyttet levekår og rus (van der Wel, Løyland og Malmberg-Heimonen 2009). Langtidsmottakere som hadde høyest mottak av sosialhjelp, manglet elementære materielle goder eller sosial støtte hadde en forhøyet risiko for psykiske plager.

Figur 2.1. Generell selvrapportert helse blant langtidsmottakere av sosialhjelp og den yrkesaktive befolkningen (aldersstandardisert)



Langtidsmottakere av sosialhjelp er her definert som personer som har mottatt sosialhjelp som hovedinntektskilde sammenhengende i seks måneder. Kilde: van der Wel mfl. 2006.

Videre er det 18 prosent av langtidsmottakerne i Funksjonsevnestudien som oppgir dårlig generell helse (Figur 2.1), sammenlignet med bare 1 prosent i den yrkesaktive befolkningen (aldersstandardiserte tall) (van der Wel mfl. 2006). Denne andelen var til og med høyere enn blant uførepensjonister. Omtrent 20 prosent oppgir utmerket eller meget god helse. I den yrkesaktive befolkningen er denne andelen rundt 60 prosent. Nesten halvparten av langtidsmottakerne oppgir, både for deres fysiske helse og psykiske helse, at helseproblemene hindrer dem i daglige gjøremål, mot 14-19 prosent av den yrkesaktive befolkningen. Dette samsvarer rimelig godt med funnene til Normann og Rønning (2008), selv om deres gruppe inkluderte alle sosialhjelpsmottakere og ikke bare langtidsmottakene. En registerbasert dødelighetsstudie av sosialhjelpsmottakere i 1993, med oppfølging fra 1994 til

2003, fant høy overdødelighet blant sosialhjelpsmottakerne (Ohrem Naper & Dahl 2007). For den mannlige befolkningen var dødeligheten for kortidsmottakere av sosialhjelp på 3,5 (Hasard rate), og på 4,8 for langtidsmottakere. For kvinner var den noe lavere (henholdsvis 2,8 og 3,9). Kontroll for demografi, inntekt, utdanning og uførepensjon reduserte overdødeligheten med 50-60 prosent. Denne undersøkelsen og upubliserte data fra det samme datamaterialet viser at lengden på sosialhjelpsepisodene henger sammen med dødeligheten: Jo flere måneder en mottar sosialhjelp, jo høyere er dødeligheten. Dette betyr antakelig ikke at varighet som sosialhjelpsmottaker i seg selv høyner risikoen for prematur død i vesentlig grad. Det er trolig heller slik at lengre varighet indikerer store problemer som for eksempel alvorlig fysisk eller mental lidelse, rusmisbruk eller andre individuelle eller sosiale forhold nå eller i oppveksten som påvirker både varighet av sosialhjelp og dødelighetsrisikoen. Å motta arbeidsledighetstrygd over lengre tid er også vist å henge sammen med dårlig helse. Her finnes det studier som har prøvd å skille mellom kausalitet og seleksjon. Disse skal vi drøfte nærmere i neste kapittel.

En studie fra USA av helse og yrkesaktivitet blant tidligere og daværende mottakere av sosialhjelp fant tilsvarende dårlig helse i denne gruppen (Corcoran, Danziger & Tolman 2004). 70 prosent rapporterte om nedsatt fysisk funksjonsevne, og 60 prosent kunne klassifiseres med mentale forstyrrelser. De som rapporterte sykdom hadde også arbeidet færre måneder i oppfølgingsperioden på drøye fire år.

En norsk studie tok for seg et sjeldent utforsket felt, nemlig uføretrygdedes selvrapporterte helse (Øverland mfl. 2006). Med referanse til de helsedimensjonene vi diskuterte i kapittel 1, så de altså på sammenhengen mellom helse i sosiologisk forstand (sickness-dimensjonen), og helse i psykologisk forstand (illness-dimensjonen). Studien benyttet seg av Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) som inkluderte 40-47-åringer i 1997-1999. Studien undersøkte hvordan forskjellen i selvopplevd helse mellom de uføre og de yrkesaktive kan relateres til mer "objektive" somatiske (men dog også selvrapporterte) medisinske tilstander og symptomer, og symptomer på angst og depresjon. Ikke uventet var den selvrapporterte helsen, fysisk og psykisk, betydelig dårligere blant uføretrygdede enn yrkesaktive, og særlig den fysiske.

Forskjellen i psykisk helse mellom de uføretrygdde og de yrkesaktive lot seg i langt større grad "forklare" av symptomer på psykisk helse enn selvopplevd fysisk helse lot seg "forklare" av somatiske medisinske tilstander og symptomer. Årsakene til dette er det likevel ikke godt å si noe om, ettersom studien ikke tillot å se på endringer i helsetilstanden over tid. En mulighet er at spørsmålene vedrørende selvopplevd helse fanger opp mer av den egentlige helsetilstanden eller måler et bredere helsefenomen enn de mer "objektive" målene, noe forfatterne selv også kommenterte. I en senere studie av samme datamateriale koplet med registerdata om uføretrygd, fant en at de som fikk eller kom til å få innvilget uføretrygd tidsmessig lengst unna undersøkelsestidspunktet, hadde bedre helse på undersøkelsestidspunktet enn dem som fikk eller kom til å få innvilget uførepensjon nært opp til undersøkelsestidspunktet (Øverland mfl. 2008). Forskerne tolket dette som tegn på at prosessen med å få innvilget uførepensjon er en stressende og helseskadelig opplevelse med usikkerhet og økonomiske problemer, men de åpnet også for at det kan bety at respondenter nært opp til avgjørelse om uførepensjon har en tendens til bevisst eller ubevisst å overrapportere helseproblemer. Denne undersøkelsen indikerer at det på grunn av ulike prosesser langt fra er noen perfekt sammenheng mellom de ulike helsedimensjonene vi drøftet i kapittel 1.

En rekke studier tar for seg familiesituasjon i relasjon til helsetilstand og arbeid. Fritzell mfl. (2007) fant at yrkesdeltakelsen blant svenske alenemødre sank mellom 1983 og 2001, og at alenemødre har dårligere helse, flere sykehusinnleggelse og høyere dødelighet enn mødre i parforhold. De sosiale kårene for alenemødre forverret seg i perioden, med økende økonomiske problemer og større utsatthet for vold. Likevel ble ingen helseforverring observert i undersøkelsesperioden.

Relatert til dette finnes også noen studier av helsen til hjemmearbeidende kvinner. Elstad (1996) fant i norske data bare svake indikasjoner på dårligere helse blant dem som har husarbeid om hovedaktivitet, sammenlignet med yrkesaktive. I denne studien var det de i kategorien "andre" blant ikke-yrkesaktive kvinner som hadde dårligere helse.

En kanadisk studie fant at reduksjonen i psykisk stress forbundet med over-

gang til arbeid er avhengig av familiesituasjon (Wilk 2001). Gifte mødre hadde en reduksjon i psykisk stress ved overgang til arbeid, mens alene-mødre opplevde økt psykisk stress.

Blane mfl. (Blane, Berney, & Montgomery 2001) benyttet seg av et unikt longitudinelt datasett med svært detaljert informasjon om 155 kvinner som ble intervjuet på slutten av trettitallet, med oppfølging 60 år senere. Rekonstruksjon av livsløpet ble foretatt. Studien fant få tegn til en helseskadelig effekt av husarbeid alene, men kun i kombinasjon med yrkesaktivitet. Ross og Mirowsky fant med amerikanske data at helsen til hjemmeværende kvinner som fortsatt var hjemmeværende ved oppfølging ett år etter hadde blitt forverret i løpet av perioden. Helse hadde imidlertid ingen betydning for overgang til husarbeid, eller sannsynligheten for å forbli hjemmeværende (Ross & Mirowsky 1995).

En annen sosiodemografisk dimensjon som kan tas i betraktning på like fot som familiesituasjon dreier seg om eventuell innvandrerbakgrunn. I vårt omfattende litteratursøk fant vi ingen studier fra Norge av helsen til ikke-yrkesaktive innvandrere generelt. Fevang og Røed (2006) fant at innvandrergruppene fra Nord-Afrika og Midt-Østen hadde høy sannsynlighet for uføretrygding, og at disse ofte startet sine forløp med sosialhjelp. I en utgangspopulasjon som ikke mottok uføretrygd i 1992, var mellom 30 og 55 år og bosatt i landet i 2003, var sannsynligheten for uføretrygding hele 21-26 prosent i perioden 1993 til 2003, sammenlignet med 13 prosent for nordmenn. Andre innvandrergrupper, for eksempel amerikanere og personer fra Sørøst-Asia hadde lavere sannsynlighet enn norskfødte.

Syed mfl. (2006) studerte sammenhengen mellom sosial støtte og psykiske plager blant pakistanske innvandrere i Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO). Yrkesaktivitet var ikke i fokus i denne studien, men forfatterne fant at utdanningsnivå og yrkesaktivitet forklarer mye av forskjellen i psykiske plager mellom etnisk norske personer og personer med pakistansk bakgrunn. Tilsvarende fant en annen studie basert på samme data om forskjeller i psykiske plager mellom ikke-vestlige innvandrere fra høy- og lavinntektsland at modellen som inneholdt post-innvandringsvariablene "nylig inntruffet negativ livshendelse" i

t tillegg til yrkesaktivitet og inntekt, forklarte forskjellene mellom de to gruppene (Thapa mfl. 2007). Dessverre kan ikke funnene fra disse to studiene si noe bestemt om helsestatusen til innvandrerguppen som ikke er i arbeid. At yrkesaktivitet bidro til å forklare forskjeller i psykiske plager mellom henholdsvis etnisk norske og pakistanere, og mellom ikke-vestlige innvandrere med ulik landbakgrunn, kan tyde på at ikke-yrkesaktive innvandrere har flere psykiske helseproblemer enn etnisk norske og sysselsatte innvandrere.

En rapport fra Statistisk sentralbyrå, basert på undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006, fant at innvandrere og deres etterkommere kommer dårligere ut enn befolkningen som helhet på mange helsemål, særlig psykisk helse (Blom 2008). Blant innvandrerne var det en betydelig kjønnsforskjell i psykisk helse, i kvinnesenes disfavør.

En undersøkelse i ti danske kommuner viste at 80 prosent av innvandrerne som mottok sosialhjelp, og som var kategorisert i de grupper av sosialhjelpsmottakere som trengte mest intensiv hjelp for å komme i jobb, hadde helseproblemer. Samtidig hadde bare 15 prosent av disse en diagnostisert sykdom. Til sammenlikning hadde 55 prosent av den tilsvarende gruppen av etnisk danske sosialhjelpsmottakere enn slik diagnostisert sykdom (LG Insight 2009).

### **2.3 Endringer over tid i sykkeligheten til yrkesaktive og ikke-yrkesaktive**

I den samfunnsvitenskapelige litteraturen om "nye sosiale risikofaktorer" er lav utdanning utpekt som en "ny" risiko som skaper sårbarhet på et omskiftelig arbeidsmarked med økende krav til utdanning og kvalifikasjoner (Taylor-Gooby 2004). Det er grunn til å anta at når lav utdanning kombineres med nedsatt helse forsterkes denne sårbarheten og dermed risikoen for periodevis eller permanent eksklusjon fra arbeidsmarkedet.

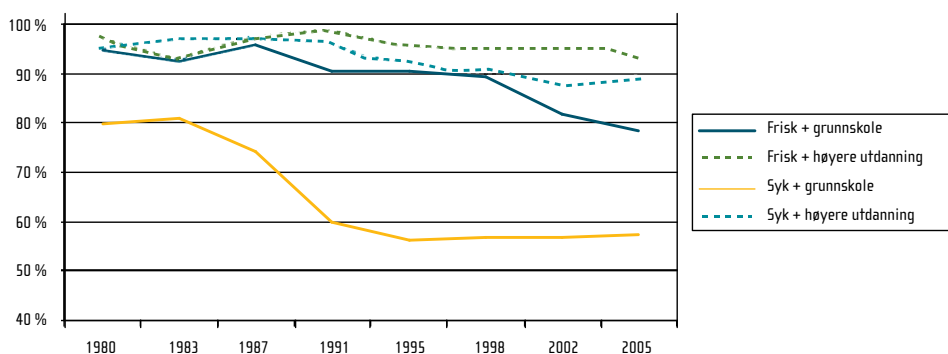
Teorier om nye sosiale risikofaktorer er basert på antakelser om strukturelle samfunnsendringer i retningen av et postindustrielt samfunn. For å kunne vurdere slike antakelser må en se på data over tid hva angår yrkesaktivitet og helsestatus.

Dahl og Birkelunds studie (1999), som vi allerede har presentert kort ovenfor, undersøkte endringer i helsen til yrkesaktive og ikke-yrkesaktive i fem leve-

kårsundersøkelser fra 1980 til 1995. Denne studien observerte en økende helsepolarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive i perioden 1983-1995. Studien konkluderte med at yrkesaktive forbedret helsen sin i perioden, mens det i gruppen av ikke-yrkesaktive ble flere med helseproblemer, relativt sett.

Figur 2.2

Yrkesaktive blant høyt og lavt utdannede menn, med og uten langvarig lidelse



Kilde: Levekårsundersøkelsene angitte år, egne analyser.

"Data i anonymisert form er stilt til disposisjon gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Innsamling og tilrettelegging av data ble opprinnelig utført av Statistisk sentralbyrå (SSB). Hverken NSD eller SSB er ansvarlige for analysen av dataene eller fortolkningene som er gjort her."

Ser vi på langtidsmottakere av sosialhjelp, finner vi også tegn på endringer som kan knyttes til slike seleksjonsmekanismer. En sammenligning av helsen til langtidsmottakerne i Funksjonsevnestudien, som ble gjennomført i 2005, med helsen til en tilnærmedesvis sammenlignbar gruppe av langtidsmottakere i en studie fra 1990, antyder at langtidsmottakerne i 2005 hadde betydelig dårligere fysisk og psykisk helse. Denne utviklingen tolkes først og fremst som resultat av endrede arbeidsmarkedsconjunkturer; den høye etterspørselen etter arbeidskraft i 2005 har muliggjort deltakelse i arbeidslivet blant de mest resurssterke personer av sosialhjelpsmottakere, mens den mest helsebelastede gruppen står igjen (Ohrem Naper, van der Wel & Halvorsen 2008).

## 2.4. Yrkesaktivitet blant friske og syke, og betydningen av sosioøkonomisk posisjon

Vi har sett at det er store forskjeller i helsen til ulike grupper utenfor og med ulik tilknytning til arbeidsmarkedet. I dette avsnittet skal vi snu litt på flisa og undersøke yrkesaktivitet blant friske og mindre friske og blant personer med høy og lav sosioøkonomisk status.

Vi har analysert de åtte Levekårsundersøkelsene som er utført i perioden 1980-2005 og sett på endringer i sammenhengen mellom yrkesdeltakelse, utdanning og helse blant menn. Funnene er gjengitt i Figur 2.2. Vi ser utviklingen i sysselsetting for fire grupper, høyt utdannede langvarig syke, høyt utdannede "friske" (dvs. uten langvarig sykdom), lavt utdannede langvarige syke, og lavt utdannede "friske". Yrkesdeltakelsen har falt markant for lavt utdannede med langvarig sykdom. Fallet skjedde fra 1983 til 1995, fra ca 80 prosent til i underkant av 60 prosent. Deretter har sysselsettningsnivåene vært temmelig stabile. Forskjellen i yrkesdeltakelse mellom friske og syke lavt utdannede er også høyere mot slutten av perioden enn i begynnelsen. Den gradvise nedgangen i sysselsettingen blant friske med lav utdanning illustrerer den økende sårbarheten også disse "friske" arbeidstakerne opplever i det postindustrielle arbeidsmarkedet. For høyt utdannede med langvarig sykdom har det også vært en nedgang i sysselsettingen, men den er liten (nedgang fra ca 95 prosent til 90 prosent i perioden), og ligger ikke langt under nivået til friske høyt utdannede. For sistnevnte ligger sysselsettningsprosenten stabilt og svært høyt (godt over 90) i hele perioden.

En rapport som benyttet AKU-materiale fra 2. kvartal 2006 undersøkte funksjonshemmede på arbeidsmarkedet (Olsen & Thi Van 2007). Her var funksjonshemning definert som "fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv" (Olsen & Thi Van 2007:8). Omtrent femten prosent av befolkningen rapporterte at de hadde en slik funksjonshemning. Blant disse var yrkesaktiviteten på 45,8 prosent. 24 prosent av de ikke-yrkesaktive med funksjonshemning sa at de ønsket inntektsgivende arbeid. Tabell 2.2 nedenfor viser hvordan yrkesaktiviteten er fordelt for alle, etter kjønn, funksjonshemming og utdanningsnivå. Vi ser blant annet at sysselsettningsprosenten er temmelig lik for dem med



universitets- og høyskoleutdanning på høyere nivå for ”sysselsatte i alt” (92 prosent) og for sysselsatte med funksjonshemming (89 prosent). For personer med utdanning kun på ungdomsskolenivå er forskjellene mellom funksjonshemmede og ”sysselsatte i alt” markert, tett oppunder 20 prosentpoeng (51 prosent versus 32 prosent). Utdanning og nedsatt helse, i dette tilfelle selvrapportert funksjonshemming, spiller altså sammen med hensyn på sannsynligheten for å delta i yrkeslivet. Kjønnsforskjellene i yrkesaktivitet etter funksjonshemmingsstatus og utdanning er omtrent like.

Tabell 2.2

Sysselsatte i alt og sysselsatte med funksjonshemming etter utdanningsnivå og kjønn 2. kvartal 2006. 1000 og prosent

Utdanningsnivå	Sysselsatte i alt			Sysselsatte med funksjonshemming			
	I alt	Menn	Kvinner		I alt	Menn	Kvinner
<i>Prosent av personer i hver gruppe</i>							
I alt	74,5	77,6	71,2		45,8	50,1	42,1
Ungdomsskolenivå	51,4	54,2	48,5		32,3	35,3	29,9
Videregående skolenivå	77,0	81,2	72,1		46,1	53,4	39,5
Univ. og høyskolenivå [1-4 år]	86,4	88,5	84,9		60,2	57,3	61,7
Univ. og høyskolenivå [over 4 år]	92,2	93,2	90,3		88,7	87,7	90,0

Kilde: Olsen & Thi Van 2007:34.

Datamaterialet tillot også å se på endringer over tid tilbake til 2002. I løpet av de fem målingene i perioden 2002-2006 kunne kun mindre endringer i yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede observeres (Olsen & Thi Van 2007:23), til tross for iverksettingen av avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Imidlertid antydte tidsserietabellen en svak tendens til at yrkesaktiviteten til funksjonshemmede kvinner er mer påvirket av endringer i arbeidsledighetsnivået enn funksjonshemmede menn.

Bartley og Owen (1996) så på tre ulike arbeidsmarkedsstater; arbeid, arbeidsledig og økonomisk inaktivitet, blant friske og syke fra ulike sosio-økonomiske grupper i Storbritannia mellom 1973 og 1993. De fant store sysselsettingsforskjeller mellom syke og friske, og svakere sammenheng mellom helse og sysselsettingsstatus i mer fordelaktige sosioøkonomiske posisjoner. Klasseforskjellen i yrkesaktivitet blant syke økte vesentlig i løpet av perioden. Yrkesdeltakelsen blant syke i den mest fordelaktige sosio-økonomiske gruppen falt fra 85 prosent i 1979 til 75 prosent i 1993. Tilsvarende tall for gruppen i den minst fordelaktige sosioøkonomiske posisjonen var 70 og 40 prosent. Studien viser altså at syke fra mindre privilegerte klasser i økende grad er å finne utenfor arbeidsmarkedet i Storbritannia. Dette er i tråd med norske funn vist til ovenfor.

En lignende studie som ble gjennomført i Sverige benyttet seg av panelseksjonen av de svenske levekårsundersøkelsene (Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)) (Lindholm, Burstrom, & Diderichsen 2001). Disse er lagt opp slik at et underutvalg av levekårsundersøkelsene i årene 1979-1990 ble fulgt opp åtte år senere. Lindholm mfl. (2001) studerte sosiale og økonomiske konsekvenser av kronisk sykdom, herunder arbeidsledighet og økonomisk inaktivitet, i et utvalg som i utgangspunktet var friske, i arbeid, og ikke hadde noen av de sosiale og økonomiske problemene. Etter å ha fulgt utvalget i åtte år fant studien at de som hadde pådratt seg kronisk sykdom i perioden hadde jevnt over høyere risiko for å oppleve negative sosiale og økonomiske konsekvenser. For eksempel var sjansen for å være langtids-arbeidsledig 80 prosent høyere for de syke enn for de friske, og sjansen for å være økonomisk inaktiv var hele tre og en halv gang høyere for de med kronisk sykdom, kontrollert for alder, kjønn og den sosioøkonomisk status personene hadde ved starten av studien.

## 2.5. Sammenfatning

Som vi så innledningsvis kan en overordnet betrakte relasjonen mellom helse og sysselsettingsstatus ut i fra to dimensjoner. For det første hvordan sysselsettingsposisjonen er knyttet til ulike helseskadelige belastninger og adgang til ulike helsefremmende resurser, og for det andre knyttet til graden av arbeidsinkludering og arbeidsmarginalisering. De empiriske studiene vi har

gjennomgått i dette kapitlet viser nok så entydig at den fysiske og psykiske helsen er best hos de som er sysselsatt i sikre jobber, og at den forverres med graden av arbeidsmarginalisering. Helsen blant ikke-yrkesaktive ser således ut til å være gradert, med tiltagende dårligere helse jo lengre unna en står arbeidsmarkedet. For å identifisere slike gradienter med større sikkerhet i en spesifikk norsk kontekst kreves imidlertid store datasett, noe en langt fra alltid har. Noen studier antyder at en sammenheng mellom sysselsetting og helse er sterkere hos menn enn hos kvinner. Studier av bruk av sosialhjelp og arbeidsledighetstrygd peker også på at varighet som stønadsmottaker er forbundet med helsetilstand; lang tid tilbrakt som stønadsmottaker kan være en indikator på alvorlige helsemessige problemer, eller levekårsproblemer. Samtidig kan langvarig stønadsmottak i seg selv påvirke senere helseutfall, for eksempel gjennom økonomiske problemer, sosial isolasjon, stigma, livsstil eller en opphopning av sosiale problemer.

Blant de ikke-sysselsatte i yrkesaktiv alder har vi sett at langtidsmottakere av sosialhjelp skiller seg ut som en gruppe med markant dårlig helse. Helsen til enslige mødre som ikke er i jobb er også vesentlig dårligere enn den øvrige befolkningens helse. Hjemmearbeidende kvinners helse avviker imidlertid ikke alltid fra andre kvinners helse. Marginaliserte grupper (uten jobb eller utdanning) og mottakere av trygd og sosialhjelp er karakterisert ved svak mental helse. Endelig fremstår deler av innvandrerbefolkningens helse som dårlig, og dette gjelder særlig for helsen til ikke-sysselsatte innvandrekvinner.

Flere studier viser at det har foregått en helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive over tid. Studiene, fra Norge og andre land, viser også at det er et samspill som ser ut til å forsterkes over tid, mellom sosio-økonomisk posisjon og helse med hensyn på yrkesdeltakelse.

I neste kapittel skal vi gå grundigere inn på de mekanismene som kan tenkes å generere de empiriske mønstrene som er påvist i dette kapitlet. Vi knytter denne drøftingen til de forklaringsmodellene og nivåene vi introduserte i kapittel 1, og søker å forankre drøftingen i empiriske undersøkelser når slike finnes.

## Kapittel 3. Perspektiver og forklaringer på sammenhengen mellom helse og sysselsettingsstatus

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi gi en nærmere drøfting av forklaringer og fortolkninger av de funnene som ble observert i kapittel 2. Vi skal organisere stoffet etter de tre ulike nivåene som ble presentert innledningsvis i kapittel 1: mikronivå, mellomnivå og makronivå. Innenfor hvert av disse tre nivåene vil vi presentere og diskutere analyser av mulige mekanismer som kan kaste lys over sammenhengen mellom helse- og arbeidsevne, sosioøkonomisk status og deltakelse i arbeidsmarkedet.

På individnivå kan sammenhengen mellom yrkesaktivitet og helse teoretisk forstås på flere måter. For det første kan det være slik at yrkesstatusen påvirker helsen positivt eller negativt (påvirkningsmekanismen). For det andre kan sammenhengen oppstå gjennom sortering av folk med god helse inn i arbeidslivet, og folk med dårlig helse ut av arbeidslivet (seleksjonsmekanismen). Og selvsagt kan begge mekanismene virke samtidig. Påvirkningsmekanismen virker gjennom de ulike påkjenninger og levekår som er knyttet til ulike posisjoner i og utenfor arbeidslivet og dermed påvirker folks helse i forhold til hvilken posisjon de inntar. Mens arbeidslivet kan være fysisk og psykisk krevende, gir det også tilgang på sosiale, psykologiske og økonomiske ressurser som kan påvirke helsen positivt. Tilsvarende kan yrkespassivitet være kjennetegnet av økonomisk utrygghet, usikkerhet med tanke på framtiden, færre materielle og sosiale ressurser, men samtidig mer fritid og mindre prestasjonspress. Et annet moment relatert til helse er at yrkeslivet ledsages av en stram tidsstruktur og sterk sosial kontroll (Ezzy 1993), noe som kan bidra til å dempe helseskadelig atferd og oppmuntre til helsefremmende atferd. En høyere sykkelighet blant ikke-yrkesaktive kan også skyldes selve påkjenningen det er å tape identitet og status knyttet til yrkesaktivitet når en mister jobben. I henhold til seleksjonshypotesen sorterer markedet og til en viss grad velferdssystemet, personer til ulike posisjoner ut i fra bl.a. helsekriterier.

For å se dette kan det være nyttig å skille mellom manifest og latent helse. Manifest helse er den kapasiteten og det overskuddet en har til å mestre hverdagens krav (Hjort 1982), mens den latente helsen utgjør motstandskraften, eller mangel på sådan, en har mot å bli syk, eller – i mer statistiske termer – risikoen for å bli syk som en funksjon av tidligere og nåværende eksponeringer, påkjenninger og ressurser (Power, Manor og Fox 1991). I hvilken grad helseproblemer isolert sett innvirker på yrkesaktivitet og bevegelse inn i og ut av arbeid, avhenger først og fremst av i hvilken grad de er til hinder for handlingskapasitet, dvs. kapasiteten til å utføre rolleforpliktelser, aktiviteter og gjøremål. Fysiske smerter, manglende energi, slitenhet og følelsesmessige og psykiske problemer vil for eksempel legge ulike begrensninger på arbeidsevne og livsutfoldelse. Mange former for sykdom er dermed vanskelig å forene med yrkesdeltakelse, men det vil i stor grad avhenge av de kravene som stilles til yrkesdeltakelse. Begrepet om latent helse (helsepotensial) og indirekte seleksjon retter oppmerksomheten mot individer som er i faresonen for å få dårlig helse, og derfor for å forlate yrkeslivet i voksen alder, på grunn av ugunstige oppvekstvilkår. Risikoen for dårlig helse som voksen kan være statistisk skjevfordelt allerede tidlig i yrkeslivet. Fordelingen av helsepotensial og dermed helse, er i utgangspunktet ikke tilfeldig, men påvirket av sosial bakgrunn allerede fra fosterstadiet, materielle og sosiale ressurser i oppveksten, og livsstil og egen sosial status i voksen alder. I tillegg kommer at hvis lav grad av arbeidsinkludering påvirker helsen negativt (en sosial påvirkning), vil dette i neste omgang redusere integrering i arbeidslivet (en sosial seleksjonsprosess).

Om manifeste helseproblemer lar seg kombinere med yrkesaktivitet er avhengig av samspillet mellom helse og andre egenskaper ved individer og omgivelsene som til sammen kan sies å utgjøre en persons arbeidsevne (McQuaid og Lindsay 2005). Hvilket yrke en har, er av stor betydning i så måte. Eksempelvis vil det ikke være like lett å fortsette å arbeide for en snekker med dårlig rygg som for en lærer eller skrivebordsarbeider med det samme problemet. Sett i et større perspektiv vil derfor ofte effekten av et helseproblem på sannsynligheten for (fortsatt) yrkesdeltakelse avhenge av hvilken posisjon en har i yrkesstrukturen. For eksempel vil mange manuelle og rutinepregede yrker stille større krav til fysisk helse enn mange kontorjobber. En slik samspills-

effekt mellom helse og sosioøkonomisk posisjon fører til at den helse-relaterte mobiliteten ut av arbeidslivet får en sosioøkonomisk gradient ved at den er sterkere for dem som er lavere plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Bartley & Owen 1996; Burström mfl. 2003; Dahl & Birkelund 1999; Lindholm, Burstrom, & Diderichsen 2002, Whitehead mfl. 2009).

Arbeidsgivere vil i varierende grad være villige til å rekruttere og fastholde arbeidstakere som står mer utsatt til. Dette vil antakelig variere med kulturelle forhold i ulike land, de økonomiske konjunktorene og med utformingen av offentlige institusjoner som for eksempel tiltak, ytelser, og ordninger som statlige myndigheter stiller til rådighet. Arbeidsgivere vil kunne være mer tilbøyelig til å beholde arbeidstakere med helseproblemer i økonomiske oppgangstider enn i nedgangstider, eller hvis det offentlige stiller opp med støtte til rehabilitering og omskolering av utsatte arbeidstakere. Variasjoner vil også finnes etter hva slags helseproblemer det er snakk om. I forrige kapittel så vi for eksempel at risikoen for lav arbeidsinkludering var spesielt sterk for personer med psykiske helseproblemer. Dette kan skyldes sosialt stigma som knytter seg til slike diagnoser (Schafft 2007). Et annet sentralt forhold er at ulike samfunn definerer ulike strukturelle rammer rundt lønnsarbeid, arbeidsledighet, uførhet og hjemmearbeid. For det første vil de økonomiske konsekvensene av ikke-yrkesaktivitet avhenge av i hvilken grad de uten arbeid blir forsørget på andre måter. I samfunn av vår type er det tre "velferdssøylor": familien, markedet og staten (Esping-Andersen 1990). Den som ikke forsørger seg gjennom markedet blir avhengig av at familien eller staten kan tilby velferd i stedet. Forsørgelse gjennom familien vil gjøre velferd ved jobbtap avhengig av sosial status, der de med mer ressurssterke familier vil kunne nyte høyere levestandard, mens forsørgelse gjennom staten gjør velferden til de jobbløse avhengig av tilståelseskriterier, sjenerøsitet og varighet av velferdsstatistytelsene.

### 3.2. Mikronivået: Påvirknings- og seleksjonsmekanismer

#### ***Ikke-yrkesaktive generelt***

En studie har utforsket hvilken rolle påvirknings- og seleksjonsmekanismene har for helseulikheter blant yrkesaktive og ikke-yrkesaktive ved hjelp av longitudinelle data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)

(Elstad & Krokstad 2003). Denne studien så på aldersgruppen mellom 25 og 49 år ved første måletidspunkt i 1984-1986, og endringer i deres helse og sosiale status ti år etter (1995-1997). Fordi studien kun hadde to målpunkter kan vi ikke vite hva som kommer først, helseendringen eller yrkesstatusendringen. Derfor la studien vekt på endringer i én variabel når den andre ble holdt konstant. Den relative risikoen for forverring i selvrapportert helse mellom 1985 og 1995 blant personer som befant seg i samme yrkesklasse på begge måletidspunktene viste en klar sosial gradient. De som var utenfor arbeidslivet i begge årene hadde mer enn seks ganger så høy sannsynlighet for å rapportere dårlig helse i 1995, sammenlignet med de som befant seg i den mest fordelaktige klassen, mens det var gradvis lavere risiko for høyere yrkesklasser. Disse funnene støtter hypotesen om at påvirkningsmekanismen er sentral. Om en derimot ser på gruppen som hadde stabilt dårlig helse ved begge måletidspunktene, sammenlignet med de med god helse på begge måletidspunktene, holdes helse konstant og endringer i arbeidslivstilknytning kan tolkes som en seleksjonseffekt av helse. De med stabilt dårlig helse hadde omtrent 70 prosent lavere sjanse for komme inn i arbeidslivet om de var utenfor i 1985, og åtte ganger så stor risiko for å bevege seg ut av arbeidslivet, hvis de opprinnelig var i arbeid, som dem med stabilt god helse. Ingen helsereelatert yrkesmobilitet ble funnet for dem som var i arbeid både i 1985 og 1995. En nærmere undersøkelse av gruppen utenfor arbeidslivet avslørte imidlertid at halvparten av dem som var i denne gruppen i 1985 hadde forlatt den i 1995. Samtidig hadde fire ganger så mange kommet inn i 1995, hovedsaklig på grunn av dårlig helse. Studien konkluderer med at *helsepåvirkning var den sentrale mekanismen for sosial mobilitet blant dem som var i arbeidsstyrken, mens helseseleksjon var den avgjørende mekanismen for sosial mobilitet inn og ut av arbeid.*

Denne konklusjonen får støtte av en amerikansk studie av sammenhengen mellom arbeidsinkludering og depresjon (Dooley, Prause, & Ham-Rowbottom 2000). Studien skiller mellom "tilstrekkelig sysselsetting", "utilstrekkelig sysselsetting" og arbeidsledighet. "Utilstrekkelig sysselsetting" defineres som jobbposisjoner kjennetegnet av ufrivillig deltidsarbeid og/eller lav lønn. Depresjon var ikke relatert til overgang fra tilstrekkelig til utilstrekkelig sysselsetting, men til overgang til arbeidsledighet.

En studie av kvinners helse og yrkesdeltakelse benyttet seg av panelseksjonen av Levekårsundersøkelsene fra 1980 til 1991 (Elstad 1995). Individene som inngikk i panelet ble intervjuet to ganger, og da i den påfølgende levekårsundersøkelsen tre til fire år etter den første. Studien fant at den helserelaterte seleksjonsmekanismen var viktigere enn påvirkningsmekanismen. Den helserelaterte seleksjonen var hovedsaklig direkte og tilstede allerede ved overgang til første jobb. *Studien fant helserelatert seleksjon til deltidsarbeid og ut av arbeidslivet*, men ikke fra hjemmearbeid til yrkesaktivitet. Studien fant klarere sammenhenger for langvarig begrensende sykdom enn for psykiske problemer.

Studier av uførtrygdde finner at andelene som får denne ytelsen øker med lavere utdanning (Fevang & Røed 2006). En studie av HUNT-materialet fant også en slik utdanningsgradient i risikoen for uføretrygding (Krokstad, Johnsen, & Westin 2002). Dette tyder på at det er et samspill mellom sosial posisjon, målt ved utdanning, og helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet. Dette vil bli behandlet grundigere nedenfor i avsnittet om den "sunne arbeider"-effekten. Vi så også i forrige kapittel at personer som får tilkjent uførepensjon har dårligst selvrapportert helse rundt tiden for selve tilståelsen av trygden, noe som kan tyde på at prosessen med å søke uføretrygd er en helsemessig belastning i seg selv (Øverland mfl. 2008).

### **Arbeidsledige**

Stønad ved arbeidsledighet (dagpenger) er ikke en helserelatert ytelse. Men som vi så i kapittel 2 hadde en vesentlig andel av dem som ender på uføretrygd vært innom andre ytelser i årene forut (Fevang & Røed 2006). Ti år før uføreforløpet startet var 20 prosent arbeidsledige. Samtidig var det ni prosent av trygdeforløpene som endte med uføretrygd, som startet med mottak av arbeidsledighetstrygd. Forfatterne argumenterer for at dette kan skyldes at mange av dem som mottok dagpenger ti år før uføretrygdforløpet startet, begynte sin stønadskarriere med for eksempel sykemelding. Om dette konkluderer rapporten at: "gråsonen mellom arbeidsledighetsproblemer og helseproblemer er svært stor" (Fevang & Røed 2006:37). Denne konklusjon understøttes av de studiene som viser at langtidsledige har klart høyere sykkelighet enn befolkningen i yrkesaktiv alder som helhet, som vi gjennomgikk i kapittel 2.



En norsk studie av helserelaterte seleksjonsprosesser inn og ut av arbeidsledighet benyttet seg av paneldata fra Arbeids- og bedriftsundersøkelsen (ABU), og begrenset seg til ansatte i privat sektor (Mastekaasa 1996). *Studien fant at psykisk helse, men ikke fysisk helse, har betydning for risikoen for å miste jobben ved nedbemanning eller nedleggelse.* Nå kan det tenkes at personer som opplever nedbemanning på sin arbeidsplass får redusert psykisk helse som en konsekvens av usikkerheten dette medfører (Ferrie mfl. 2002), og at helse på denne måten bare tilsynelatende øker sjansen for å miste jobben. I en modell som kontrollerte for frykt for å miste jobben, var imidlertid sammenhengen mellom psykisk helse og tap av jobb fortsatt sterk. *Både psykisk og fysisk helse hadde hver for seg betydning for sjansene for re-syssetning blant arbeidsledige.* Studien spekulerer på om personer med psykiske problemer kommer dårligere ut av nedbemanningsprosesser fordi arbeidsgivere ikke i samme grad som overfor personer med kjente diagnoser vegrer seg mot å si dem opp. Dette kan skje fordi psykiske problemer ofte holdes skjult, og arbeidsgiveren følgelig bare ser konsekvensene av problemene (for eksempel samarbeidsproblemer og høyt sykefravær). Arbeidsgivere vil dermed ikke handle innenfor en forståelse av oppsigelsesvernet som er gitt i arbeidsmiljølovens bestemmelser om funksjonshemninger og sykdom, men kun legge til grunn den ansattes manifeste egenskaper. Samtidig vil ofte personer med psykiske problemer ha færre tilgjengelige ressurser for å overbevise arbeidsgivere om at de er viktige arbeidstakere.

En annen studie av slike seleksjonsmekanismer fra Norge er arbeidene til Claussen som også ble omtalt i forrige kapittel. Claussen mfl. (1993) *fant mer konsistent støtte for helserelatert seleksjon enn for påvirkningsmekanismen i studien av helse blant langtidsarbeidsledige* (ledige i 12 uker eller mer). *De som hadde psykiske plager i 1988 hadde betydelig lavere sjanse enn friske for å ha kommet i jobb to år etter.* I seleksjonsmodellen var ikke somatisk sykdom og depresjon signifikant forbundet med re-syssetning. Samtidig var det slik at de som hadde kommet i jobb hadde lavere sjanse for depresjon i 1990 (45 prosent av sjansen til de fortsatt ledige) enn dem som ikke hadde fått jobb, kontrollert for depresjon i 1988. Dette skulle tyde på at arbeid beskytter mot depresjon, og at arbeidsledighet slik sett er årsak til depresjon. Studien fant dermed støtte for begge forklaringer etter to års oppfølging. Fem

år etter studiens oppstart ble 210 langtidsledige igjen fulgt opp med spørreskjema (Claussen 1999). Resultatene fra denne studien viste at 36 prosent var i jobb, og at kun legestilte diagnoser for psykiske lidelser i 1988 hadde en signifikant sammenheng med sysselsetting i 1993. Helserelatert seleksjon etter fem år var først og fremst knyttet til alvorlige psykiske lidelser. Videre fant en at de som var i jobb i 1993 bare hadde mellom 13 til 30 prosent av sjansen for somatiske og psykiske plager som de som ikke var i jobb hadde, kontrollert for de samme plagene i 1988. *Etter fem års oppfølging så det dermed ut til at påvirkningsmekanismen er mer vesentlig for å forstå helse blant langtidsledige enn helseseleksjonsmekanismen, selv om denne mekanisme også framstod som viktig når det gjelder å forstå alvorlige psykiske plager.* En forklaring på at påvirkningsmekanismen er så viktig for å forklare helsen til langtidsledige kan være at ulike negative helsedeterminanter akkumuleres over tiden som ledig. Etter svært lang tids ledighet er håpet om å komme tilbake i jobb lite, økonomiske reserver brukt opp, og arbeidsledighetssituasjonen kan ha ført til tap av andre ressurser i livet, slik som ekteskap, livsstil og sosialt nettverk.

At langtidsledighet har en effekt på psykisk helse bekreftes av Hammer (1993) i hennes studie av unge arbeidsledige, der *arbeidsledighet hadde en effekt på psykisk helse også når det ble kontrollert for psykisk helse ved starten av oppfølgingsperioden.* Halvorsen (1998) argumenterer for at *arbeidsledighet i seg selv bare hadde en svak effekt på psykisk helse* etter kontroll for en rekke relevante faktorer. Viktigere er andre formidlende forhold, hevder Halvorsen, slik som skilsmisse og økonomiske problemer. Langtidsarbeidsledighet er i dette perspektivet kun en del av en seleksjonsprosess med tiltakende akkumulering av problemer og arbeidsmarginalisering. Imidlertid hadde arbeidsledige, sammenlignet med dem som var kommet i sikker jobb, ved oppfølgingstidspunktet en forhøyet skåre nesten på samme nivå som dem som hadde opplevd skilsmisse i perioden, kontrollert for psykiske problemer ved oppfølgingsstart. *En viss støtte skulle disse funnene gi til at arbeidsledighet, både direkte og indirekte, kan være årsak til psykiske problemer blant langtidsledige.* Halvorsen (1998) fant ingen entydig tendens til helse-relatert seleksjon ut av arbeidsledighet.

Likevel fant studien at de som rapporterte dårligere arbeidsforhold også hadde dårligere psykisk helse ved starten av oppfølgingen, noe som kan tyde på en helsereelatert seleksjon til gode og dårlige jobber.

Et annen studie har sett på arbeidsledighet og dødelighet i det svenske registeret over tvillinger født 1926-1958 (Nylén, Voss, & Floderus 2001). Tvillingene ble oppsøkt med et spørreskjema i 1973, og fulgt opp i dødsårsaksregisteret fram til 1996. Bare de som oppga et yrke ble inkludert. Studien fant at de som hadde opplevd arbeidsledighet i 1973 hadde høyere dødelighet, kontrollert for helse, demografiske egenskaper, alkoholbruk, sovemedisinbruk, røyking og jobbopplysninger. Dette gjaldt både i de første fem årene etter 1973 (for menn), og for perioden som helhet. De fant også at overdødeligheten svant hen over tid, men var betydelig selv etter 24 år. Studien indikerer en helseeffekt av arbeidsledighet på dødelighet, altså støtte til eksistensen av påvirkningsmekanismen. Likevel gir ikke studien grunnlag for å si noe bastant om dette. Forfatterne pekte på at helsemålet – langvarig eller alvorlig sykdom – ikke nødvendigvis fanger opp alle relevante helseproblemer. En annen faktor som kan ha påvirket resultatene som forfatterne også trekker fram, kan være at arbeidsledige i perioder med lav arbeidsledighet, slik som på begynnelsen av syttitallet, er en mer selektert gruppe med hensyn på helse enn i tider med høy arbeidsledighet. Det sosiale stigmaet forbundet med arbeidsledighet er også antatt å være større i perioder med lav arbeidsledighet. Dette kan ha gitt en sterkere sammenheng mellom arbeidsledighet og dødelighet enn en ellers ville fått, slik en finsk studie viste (Martikainen & Valkonen 1996). På den annen side ble det kontrollert for svært mange relevante variabler som antakelig bidrar til å minske disse problemene. *Indirekte helseseleksjon*, altså at andre forhold som påvirker både arbeidsledighet og senere dårlig helse, ser derfor ut til å være relativt godt kontrollert for gjennom for eksempel livsstilsvariablene ovenfor. Dessuten fant en senere studie av arbeidsledighet i perioder med ulikt arbeidsledighetsnivå (1984-89 og 1992-97) ingen slike periodeforskjeller på senere dødelighet (oppfølging i åtte år) (Åhs & Westerling 2006).

En annen svensk studie studerte dødelighet blant respondenter fra de svenske levekårsundersøkelsene (ULF) 1980-1986 (Gerdtham & Johannesson 2003).

Disse ble fulgt opp i dødsårsaksregisteret fram til 1996. Også denne studien fant en økt dødelighet blant de som var arbeidsledige på undersøkelsestidspunktet, kontrollert for flere aspekter ved helse og relevante bakgrunnsvariabler. Dette framhever også påvirkningsmekanismens betydning. I tillegg utnyttet denne studien informasjonen om dødsårsaker. Arbeidsledige hadde høyere risiko for selvmord og "andre sykdommer", men overraskende nok ikke for hjerte- og karsykdommer, kreft og eksterne årsaker. Ved hjelp av en formell statistisk test finner forfatterne likevel at en heller ikke her kan være sikker på at de inkluderte variablene "kontrollerer vekk" seleksjonseffekter på en fullt ut tilfredsstillende måte. Disse studiene peker på påvirkningsmekanismen som den sentrale, men ikke på noen metodisk fullt ut overbevisende måte.

En svensk studie som eksplisitt var viet problemstillingen i dette avsnittet, studerte med ulike metodiske innfallsvinkler både helseeffekter av arbeidsledighet, men også helsereelatert seleksjon inn og ut av arbeidsledighet (Korpi 2001). Til dette formålet ble det brukt et panel fra Levnadsnivåundersøkningen (1981-1991), som inkluderte selvrapporterte arbeidslivshistorier. Data fra en longitudinell undersøkelse av arbeidsledige ble brukt for å studere overganger til arbeid. Studien fant støtte for helsereelatert seleksjon (for fysisk helse) til første periode med arbeidsledighet (mellom 1981 og 1991) fra en populasjon der alle var i jobb i utgangspunktet. En brukte her en metode som tar hensyn til varigheten inntil en bestemt overgang inntreffer, samtidig som det kontrolleres for andre variabler, blant annet tidligere arbeidsledighet. *Studien fant på samme vis også klart støtte til helseseleksjon ut av arbeidsledighet til arbeid.* For å undersøke i hvilken grad arbeid, arbeidsledighet og det å være utenfor arbeidsstyrken er årsaker til helsetilstand, benyttet studien en modell som tar høyde for nåværende arbeidsmarkedsstatus, tid tilbrakt i nåværende arbeidsmarkedsstatus, samt tid tilbrakt i ulike andre arbeidsmarkedsstatus før den nåværende. I tillegg kunne studien kontrollere for helse i 1981. Modellen ble først kjørt i vanlig lineær regresjon og viste klare effekter av arbeidsledighet, både nåværende og akkumulert, på helse i 1991. Et videre trinn i analysen var å ta høyde for effekten av eventuell uobservert heterogenitet, det vil si kjennetegn ved individene som ikke er fanget opp av de inkluderte variablene og som påvirker sammenhengen mellom arbeidsledighet og helse.

Disse egenskapene kan antas å være relativt stabile over tid, og elimineres i en såkalt fast effekt modell. Resultatene fra denne analysen viste fortsatt at arbeidsledighet, men nå i særdeleshet tidligere akkumulert arbeidsledighet, hadde en negativ helseeffekt. Studien konkluderte med at helseseleksjon ut og inn av arbeidslivet kan bidra til akkumulerte problemer i form av tiltakende arbeidsmarginalisering over tid. At en i fast effekt-analysen av arbeidsledighet på helse fant mindre entydig effekt av nåværende arbeidsledighet, men solid effekt av tidligere arbeidsledighet, kan tolkes som at det tar tid før de negative effektene av arbeidsledighet på helse manifesterer seg i fysisk sykdom. Dette er konsistent med tidligere funn som viser klare effekter av arbeidsledighet på velvære og psykisk helse. For eksempel fant Strandh (Strandh 2000) at overgang fra arbeidsledighet til fast fulltidsarbeid var forbundet med økt mentalt velvære to år etter. Overgang til mindre trygge former for arbeid hadde en svakere effekt, slik også Halvorsen (1998) fant. Overgang til fødselspermisjon og høyere utdanning bedret mentalt velvære, men ikke overgang til videregående utdanning eller uføretrygd (Strandh 2000). Denne studien konkluderte at tryggere økonomiske rammer er det som bedrer helsen ved slike overganger.

### ***”Sunn arbeider”-effekten og andre samspill***

Det er store forskjeller i helse mellom den yrkesaktive og ikke-yrkesaktive populasjonen med hensyn på en rekke helseutfall, slik vi har sett i kapittel 2. Helserelatert sosial mobilitet er etter all sannsynlighet en viktig grunn til dette. Den såkalte ”sunn arbeider”-effekten betegner en bestemt type helserelatert sosial mobilitet. Termen, som kommer fra yrkesmedisinen, henspiller på tendensen til at kun arbeidere som tåler dårlig fysisk arbeidsmiljø, et belastende yrke eller risikofyllt arbeid er i stand til å holde ut i slike yrker over tid. Ofte er slike jobbegenskaper utbredt i yrker med lav sosioøkonomisk status. Med tiden vil det skje en selektiv opphopning av arbeidstakere som i utgangspunktet har en ekstraordinær sterk konstitusjon, mens ansatte med ordinær, eller dårlig helsestatus vil forlate yrket dersom de har muligheten til det. Disse kan gå over i yrker der belastningene er mindre og kravene til ytelse lavere, eller de kan forlate arbeidslivet for kortere eller lengre tid. Slike mobilitetsprosesser vil dermed bidra til å tilsløre de helseskadelige eksponeringene i belastende og tunge yrker og kan føre til observasjon av en ”kunstig” liten ulikhet i helse

mellom yrkesgrupper og sosiale klasser. Hvor mye ulikhetene underestimeres er selvsagt et empirisk spørsmål, men flere undersøkelser tyder på at effekten kan være betydelig.

For det første kan den sunne arbeidereffekten bidra til å underestimere forskjeller mellom lettere og tyngre manuelle yrker. Som regel vil tunge manuelle yrker ha lavere sosial status og være dårligere belønnet enn fysisk lettere yrker. Det betyr at helseforskjeller mellom lavstatus- og høystatusyrker blir undervurdert, men hvor kraftig? En svensk studie fra slutten av 1980-tallet har analysert dette spørsmålet (Östlin 1988). Ved hjelp av yrkeshistoriedata studerte Östlin selvrapportert helse til sysselsatte som over en viss periode gikk fra tyngre til lettere yrker. Hun fant at disse hadde dårligere helse enn de som ble værende i de tyngre yrkene, altså en bekreftelse på mekanismen bak den sunne arbeidereffekt. Hun gikk videre og estimerte ”tillegget” i dårlig helse som innehavere av lettere yrker fikk på grunn av denne yrkesmobiliteten. På grunn av denne seleksjonsprosessen sluttet hun at:

”...we should expect 15 to 50% higher morbidity for men (9 to 24% for women), depending on the kinds of disorders studied. The lower selection effect for women is probably due to the lower proportion of movers among female workers compared to male workers (20% and 35% respectively).” (Östlin 1988:155).

Med andre ord bidrar den sunne arbeidereffekten til å overvurdere sykkeligheten blant ansatte i lettere yrker i betydelig grad, og dermed også til å undervurdere helseforskjellene mellom lettere og tyngre yrker, og også klasseforskjellene (eller yrkesklasseforskjellene) i helse. Dette vil bidra til å maskere de helseskadelige eksponeringer som ansatte i tyngre yrker utsettes for. Dersom slike seleksjonsprosesser blir sterkere over tid, kan de observerte klasseforskjellene i helse framtre som avtakende. Dette vil kunne føre til en feilaktig konklusjon om at klasseforskjellene i helse har minsket. Vi vil også komme tilbake til denne mekanismen i siste kapittel der vi ser på endringer i arbeidsmiljøet i Norge.

En norsk registerstudie av dødelighet analyserte den sunne arbeidereffekten i

forhold til yrkesaktive og ikke-yrkesaktive med en mer indirekte metode (Dahl 1993). Metoden gikk ut på å undersøke dødelighetsforskjeller for perioden 1980-85 med utgangspunkt i klasses tilhørigheten blant menn og kvinner i arbeidsfør alder i 1980, og sammenlikne denne med dødelighetsforskjellene etter klasse i 1980 og 1970 (for dem som kunne knyttes til en yrkesklasse i dette året selvsagt). På den måten ble også de som ikke var yrkesaktive i 1980, men som forlot yrket mellom 1970 og 1980, inkludert i klasseanalysen og plassert etter det yrke de hadde i 1970. Metoden skulle kunne fange opp en eventuell sunn arbeidereffekt i mellom 1970 og 1980. Hypotesen er at klasseforskjellene i dødelighet med utgangspunkt i klasse i 1980 vil være mindre enn klasseforskjellene i dødelighet som tar utgangspunkt i klasse i 1980 og i 1970. Hypotesen får støtte (jf. Tabell 3.1): Klasseforskjellene for menn er noe større når de yrkespassive i 1980 inkluderes i analysen etter den klassen de hadde i 1970, populasjon B. Variasjonsbredden i de standardiserte dødelighetsratioene mellom ufaglærte arbeidere og høyere funksjonærer økte fra 33 til 50. For kvinner er en slik eksersis enda mer avgjørende for utfallet. Dersom en kun stoler på klasseposisjonen i 1980, er resultatet temmelig inkonsistent; dødelighetsforskjellene er små og det framtrer ikke noen klar gradient. Kvinnelige høyere funksjonærer har sågar høyere dødelighet enn ufaglærte arbeidere (populasjon A). Når ikke-yrkesaktive i 1980 inkluderes etter den yrkesklassen de hadde i 1970 framkommer det kjente mønsteret av tydelige og konsistente klasseforskjeller og trappetrinns-mønster (populasjon B).

Tabell 3.1

Standardisert dødelighetsratio blant nåværende (A) og nåværende + tidligere (B) ansatte <i>menn</i> etter sosioøkonomisk status. Standardisert dødelighetsratio i hver populasjon = 100		
	A	B
1. Ufaglærte arbeidere	113	118
2. Faglærte arbeidere	102	99
3. Funksjonærer, lavere nivå	122	118
4. Funksjonærer middels nivå	93	94
5. Funksjonærer høyere nivå	80	68
Variasjonsbredde 1-5	33	50
Standardisert dødelighetsratio blant nåværende (A) og nåværende + tidligere (B) ansatte <i>kvinner</i> etter sosioøkonomisk status. Standardisert dødelighetsratio i hver populasjon = 100		
	A	B
1. Ufaglærte arbeidere	102	110
2. Faglærte arbeidere	125	129
3. Funksjonærer, lavere nivå	102	100
4. Funksjonærer middels nivå	96	93
5. Funksjonærer høyere nivå	105	91
Variasjonsbredde 1-5	-3	19

Kilde: Dahl 1993.



Dette gjelder ikke bare for dødelighet. Det samme kan vises for selvrapportert sykkelighet og for sykdom som begrenser arbeidsevnen (Dahl 1993). Svakheten ved denne metoden er at den ikke påviser rent faktisk at det er svekket helse som leder ut av arbeidslivet i perioden 1970 til 1980. En må slutte tilbake fra dødelighet i 1980-85 til svekket helse i perioden 1970-1980. Det betyr at en ikke uten videre kan utelukke at noen har sluttet i yrket av andre grunner enn dårlig helse, og fått en helsesvikt senere som de så har dødd av. Som vi har drøftet foran er det vanskelig metodisk å skille presist mellom påvirknings- og seleksjonsmekanismer. Det er imidlertid mange flere norske longitudinelle studier på individnivå som viser at utgang fra arbeidslivet, over i uførepensjon for eksempel, er helserelatert og forbundet med lav sosioøkonomisk status, dvs. utdanning (Elstad og Krokstad 2003). En kan også reise spørsmål om hvorvidt de funn som er gjort, spesielt for kvinner, kan generaliseres i tid. Disse resultatene er basert på data fra 1970- og 1980-tallet, i en tid da yrkesaktiviteten blant kvinner var klart lavere enn i dag, og kvinners tilknytning til og identifikasjon med yrkeslivet antakelig var svakere enn nå. Det er derfor ikke gitt at en ville fått de samme resultatene i dag, sett på bakgrunn av de samfunnsmessige endringer som har funnet sted de siste tiårene.

En norsk livsløpsstudie fant at kronisk sykdom i oppveksten påvirker senere arbeidsledighet ulikt for ulike utdanningsgrupper (Kristensen & Bjerkedal 2004). Effekten av kronisk sykdom i oppveksten var sterkere blant dem med lav utdanning.

I en studie av panelseksjonen fra de svenske levekårsundersøkelsene der både friske og syke var med fra oppfølgingsstart, og der alle var i arbeid, fant en at de som var syke, men i jobb ved første målepunkt, hadde to til tre ganger høyere risiko for å oppleve arbeidsledighet åtte år senere, og at sjansen for å være økonomisk inaktiv var fire til syv ganger høyere (Lindholm, Burstrom, & Diderichsen 2002). En fant også klasseforskjeller mellom manuelle og ikke-manuelle yrker i sosiale konsekvenser av langvarig begrensende sykdom, men forskjellen mellom klassene var bare signifikant for overgang til økonomisk inaktivitet. Selv om det er betydelig usikkerhet knyttet til arbeidstilknytning forut for målepunkt én, som kan ha påvirket både helse

og fortsatt yrkeskarriere, og mulige endringer i helse og arbeidsdeltakelse mellom de to målepunktene, gir *studien støtte til hypotesen om helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet til arbeidsledighet, og en sosialt skjevfordelt utstøting av arbeidslivet til økonomisk inaktivitet, i tråd med "sunn arbeider"-effekten.*

Samspillseffekter mellom sosioøkonomisk posisjon, helse og yrkesaktivitet ble også påvist i en amerikansk studie av longitudinelle data fra Panel Study of Income Dynamics (1984-1991) (McDonough & Amick, III 2001). Studien benyttet seg av forløpsanalyse som gjør det mulig å studere sannsynligheten for en overgang ut av arbeidslivet i et bestemt år, gitt yrkesaktivitet fram til det samme året, kontrollert både for faktorer som varierer over tid, og faktorer som ikke varierer over tid. Studiens funn er til dels overraskende. Artikkelen fant at utdanning og helse inngår i samspill; unge kvinner med sykdom opplevde en beskyttende effekt av høy utdanning for risikoen for ikke-yrkesaktivitet, mens syke eldre menn med høyere utdanning hadde en *forhøyets*sannsynlighet for ikke-yrkesaktivitet. Lignende overraskende funn ble funnet for kjønn og etnisk bakgrunn. Unge menn var mer tilbøyelige til å forsvinne ut av arbeidslivet ved dårlig helse enn kvinner, og syke afroamerikanere hadde mindre sjanse for overgang ut av arbeidslivet enn syke amerikanere av europeisk avstamning. Forfatterne pekte på at årsaken til disse sammenhengene antakelig er å finne i ulikheter i tilgang til materielle goder utenfor arbeidslivet. Unge kvinner i USA har for eksempel færre opptjente rettigheter til uføretrygd og andre ytelser, noe som kan føre til at mange må fortsette å jobbe til tross for dårlig helse. Tilsvarende kan forskjellen knyttet til hudfarge skyldes at den afroamerikanske befolkningen i gjennomsnitt har dårligere tilgang på jobber som tilbyr uføretrygd, og dessuten oftere har lavt betalte jobber med færre mulighet for å legge seg opp en økonomisk "buffer". Den beskyttende effekten av utdanning for kvinner med dårlig helse er i tråd med hva en ville forvente, ettersom høykompetanse-jobber er lettere å kombinere med og tilpasse helseproblemer. At eldre menn med høy utdanning og dårlig helse oftere forsvinner ut av arbeidslivet enn dem med lavere utdanning, kan i følge forfatterne igjen tyde på at:

*Leaving the labour force in the face of poor health may be a luxury that only*

*those with alternative sources of material and other forms of support can afford, rather than a loss that is compounded by membership in structurally disadvantage groups". (McDonough & Amick 2001:143)*

Denne tolkningen illustrerer hvordan individers valgmuligheter er avhengige av de strukturelle rammene rundt arbeidslivet, som er svært forskjellig mellom USA og for eksempel Norge. En "sunn arbeidereffekt" ved seleksjon ut av arbeidslivet kan dermed tenkes blant annet å være avhengig av at det finnes et økonomisk akseptabelt alternativ til arbeid. Vi kommer tilbake til dette poenget nedenfor.

Ulike effekter av helse for ulike sosioøkonomiske grupper på overgang til arbeidsledighet blir også funnet i europeiske studier. En studie av nyere dato, og som inkluderer land som er medlem av den Europeiske Union, undersøkte helseseleksjon inn og ut av arbeidslivet ved hjelp av oppfølgingsdata fra de første fem rundene av European Community Household Panel (Schuring mfl. 2007). Studien fant at dårlig helse blant arbeidsledige generelt bidrar til lavere sjanse for å komme i jobb, i tråd med tidligere funn. Dette gjaldt særlig kvinner med dårlig helse. Videre undersøktes betydningen av samspill mellom utdanning og helse blant folk i arbeid for risikoen for å bli arbeidsledig. Ett år forut for arbeidsledighet var helseeffektene sterke for alle utdanningsgrupper, men *uten en forventet gradient*. Gruppen med dårlig helse og middels utdanning hadde faktisk *høyere* risiko for arbeidsledighet enn gruppen med lav utdanning og dårlig helse. Om de uavhengige variablene ble målt to til fire år forut for arbeidsledigheten, avtok styrken på effekten av dårlig helse for dem med høyere utdanning, og ble dermed relativt sterkere for dem med middels og lav utdanning. I aldersgruppen over 54 år fant en lignende sammenhenger for overgang til tidligpensjon. Studien konkluderte at avgang fra arbeidslivet var *sterkest* for dem med lavere utdanning: "Subjects with a poor health and low/intermediate education had the highest risks of unemployment or (early) retirement". Dette har en også sett i undersøkelser fra andre europeiske land.

En nederlandsk studie studerte helseseleksjon inn i og ut av arbeidslivet ved hjelp av longitudinelle data med to målepunkter (1991 og 1995) (Van de

Mheen mfl. 1999). Studien fant en klar helseeffekt på mobilitet inn i og ut av arbeidslivet. Videre fant den at helseseleksjon fører til underestimert av helseforskjeller i den yrkesaktive befolkningen, noe som tyder på at manuelle arbeidere med dårlig helse oftere forsvinner ut av arbeidslivet.

Endelig fant en tysk studie med data fra 1984 til 1990 (Arrow 1996) at dårlig helse bare utgjorde en risiko for overgang fra arbeid til arbeidsledighet blant grupper som allerede var sårbare på arbeidsmarkedet, nemlig innvandrere og kvinner. Studien undersøkte ikke betydningen av sosioøkonomisk posisjon, men pekte på at det at innvandrere og kvinner er overrepresentert i lavstatus-jobber kan være en aktuell forklaring på at de kommer dårlig ut.

Et fenomen kalt den *usunne* arbeidereffekten er også diskutert i litteraturen om yrkesaktivitet og helse. Dette begrepet henspiller på et paradoks som flere har oppdaget i studier av grupper i manuelle og belastende yrker, som for eksempel renholdsyrket. Paradokset er at de som har vært kort tid i et tungt, manuelt yrke har dårligere helse og høyere dødelighet enn dem som har lang fartstid i yrket (Gamperiene mfl. 2003, Wingren 2006). En tolkning av dette fenomenet er at arbeidstakere som i utgangspunktet har helseproblemer og få andre muligheter i arbeidsmarkedet rekrutteres til slike yrker, og dermed driver opp prevalens av sykdom og insidens av dødelighet. Det kan òg være at arbeidsoppgavene til nyrekrutterte er spesielt belastende, men siden de har vært så kort tid i yrket, er det kanskje mer sannsynlig at det skyldes egenskaper de nyansatte bringer med seg, som for eksempel spesielt lav sosioøkonomisk status og/eller at de har en utpreget helseskadelig livsførsel (Wingren 2006). Disse studiene har ikke sett konkret på om denne typen helserelatert seleksjon faktisk finner sted. Dersom den er utbredt, vil det bidra til at en overvurderer den helseskadelige effekten av å ha bestemte manuelle og fysisk belastende yrker.

Denne litteraturgjennomgangen viser at samspillet mellom helse og sosioøkonomisk posisjon ikke er universelt. Det er en klar tendens til at mobilitet inn i og ut av arbeidslivet er relatert til dårligere helse og forbundet med lavere sosioøkonomisk status i Norge, Sverige og andre europeiske land.

Slikt samspill mellom dårlig helse og lav sosioøkonomisk status med hensyn på yrkesdeltakelse er imidlertid *ikke* påvist i USA; der er det snarere omvendt. Slike prosesser er i liten grad analysert og vurdert i lys av endringer i arbeidslivets organisering og krav, arbeidstakernes kvalifikasjoner, omstillingsevne og arbeidskapasitet, av konjunktursvinginger i økonomien og variasjoner i institusjonelle forhold som for eksempel velferdssystemet. Et annet poeng som må nevnes her er at de fleste av disse studiene ikke anvender et livsløpsperspektiv. Dermed kan vi ikke utelukke at det helseproblemet som fører folk ut av arbeidslivet kan ha oppstått tidlig i livet, og dermed kan ha påvirket både sosioøkonomisk status, for eksempel den yrkesstatus de har i arbeidsmarkedet, og helsestatus (Gravseth & Kristensen 2008). Livsløpsstudier av sysselsetting, arbeid og helse blir nærmere diskutert i et senere avsnitt.

En konsekvens av slik klasse- og helserelatert mobilitet ut av arbeidslivet er, som antydnet over, at helseforskjeller mellom sosiale klasser i arbeidsmarkedet undervurderes pga. den prosessen den "sunne arbeider"-effekten gir opphav til (Cardano, Costa, & Demaria 2004; Van de Mheen, Stronks, Schrijvers, & Mackenbach 1999). Syke arbeidere og lavt utdannede vil finne seg utenfor arbeidsmarkedet i større omfang enn høyere funksjonærer og høyere utdannede (Dahl 1994; Dahl & Birkelund 1999). Mye tyder på at denne typen selektive prosesser har tiltatt over tid i Norge, i hvert fall fram til omtrent midten av 1990-tallet, se kapittel 2. Tabell 3.2 illustrerer den maskeringseffekten denne prosessen har på klasseforskjeller i helse blant dem i arbeidsmarkedet over tid. Her måles ikke seleksjonseffekten direkte, men indirekte som foran, på to tidspunkter, i 1983 og 1995.

Tabell 3.2

Resultat fra logistisk regresjon: Langvarig sykdom blant nåværende ansatte (A) og nåværende + tidligere ansatte (B) i 1983 og 1995. Oddsratio kontrollert for kjønn og alder.

	1983		1995	
	A	B	A	B
Ufaglærte arbeidere	1.23	1.30	1.00	1.29
Faglærte arbeidere	1.13	1.09	1.05	1.11
Funksjonærer lavere nivå	0.78	0.90	1.13	1.15
Funksjonærer middels nivå	1.02	1.01	0.89	0.81
Funksjonærer høyere nivå	0.90	0.78	0.94	0.75
Likelihood ratio				
Kji-kvadrat	9.42	14.03	2.86	20.90
Frihetsgrader	4	4	4	4
P-verdi	.05	.01	.58	.00

Populasjon A inkluderer kun yrkesaktive på intervju tidspunktet. Populasjon B inkluderer de nåværende og tidligere yrkesaktive. Kilde: Dahl og Birkelund 1999.

Tabell 3.2. viser klasseforskjellene i selvrapportert langvarig sykdom i 1983 og i 1995. Populasjon A inkluderer kun yrkesaktive på intervju tidspunktet. Populasjon B inkluderer de nåværende og tidligere yrkesaktive. Populasjon B tar med andre ord hensyn til den sunne arbeidereffekten som eventuelt har funnet sted på de to tidspunktene levekårsundersøkelsene ble gjort. Ett sentralt funn er at yrkesklassevariabelen som knytter seg til klasse på intervju tidspunktet bare er signifikant og avtegner en gradient i 1983. I 1995 er det ingen klasseforskjeller i helse å snakke om når vi bare ser på de yrkesaktive dette året (populasjon A). Når vi inkluderer tidligere yrkesaktive etter den klassen de tidligere hadde, framtrer klare og systematiske klasseforskjeller som er minst like store som de var i 1983 (sammenlikning av de to

B populasjonene). Dette er en indikasjon på at den sunne arbeidereffekten er blitt sterkere i perioden 1983 og 1995, altså at arbeidere med helseproblemer i større grad var inkludert i arbeidsstyrken i 1983 enn i 1995. Dersom en ikke tar hensyn til endringer i slike seleksjonsprosesser, kan en risikere å trekke helt feil slutninger – i dette tilfelle at klasseforskjellene i helse i 1995 var utryddet. Realiteten er antakelig at mange syke arbeidere befant seg utenfor arbeidsmarkedet. Evidensen er indirekte fordi selve prosessene ikke er påvist i denne analysen. Funnene er imidlertid fullt ut konsistent med en hypotese om en økende sunn arbeidereffekt i perioden. Hvordan utviklingen har vært etter 1995 vet vi ikke, men analysen i kapittel 2, der vi brukte utdanning i stedet for klasse, kan tyde på at den ugunstige utviklingen kanskje stoppet opp rundt 1995. Det er et åpent spørsmål i hvilken grad slike prosesser er formet av økonomiske konjunktursvingninger, eller er knyttet til mer fundamentale og varige samfunnsmessige endringer som følge av overgangen fra industrisamfunn til et postindustrielt samfunn. Dersom hypotesen om framveksten av nye sosiale risikofaktorer har noe for seg (se kapittel 2), skulle vi vente at ufaglærte arbeidere og andre med lavere utdanning vil oppleve økende sysselsetningsvansker i det postindustrielle samfunnet. Trolig vil det ramme lavutdannede med helseproblemer ekstra hardt.

Resonnementet ovenfor finner støtte i undersøkelsen til Borgan (1997). Fra 1960-tallet til 1980-tallet fant han at dødeligheten blant menn i yrkesaktiv alder sank med 9 prosent, mens den tilsvarende helseforbedringen blant de yrkesaktive mennene var på hele 22 prosent. Borgan argumenterer for at om en tar den store reduksjonen i yrkesaktivitet i betraktning, kan dette tyde på økt helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet. Han finner likevel at ansatte i primærnæringene har fått forverret sin dødelighet, sammenlignet med andre yrkesgrupper. Dette kan være et tegn på at ansettelsesforholdene er annerledes i primærnæringene enn i for eksempel i industri, bygg og anleggsvirksomhet. Det kan tenkes at ansatte i primærnæringene har bedre muligheter til å fortsette i arbeidslivet selv om de blir syke og får redusert arbeidsevnen.

Også Elstad (1996) fant en tendens til økende helsemessig polarisering mellom fulltids yrkesaktive på den ene siden, og andre yrkesaktive og ikke-yrkesaktive kvinner på den andre siden i perioden fra tidlig 1970-tallet til sent

på 1980-tallet. Han peker på at flere faktorer kan ha bidratt til dette. Noen av disse er knyttet til at arbeidende kvinner sent på 1980-tallet hadde færre barn, bedre barnehagetilbud, kortere arbeidstid, noe bedre arbeidsforhold og gjorde mindre husarbeid, enn kvinnene på 1970-tallet. I tillegg kommer kulturelle og ideologiske endringer i synet på kvinner og arbeid. Sent på 1980-tallet var det knyttet mer prestisje til fulltidsarbeid enn til hjemmearbeid enn tilfellet var på 1970-tallet. Også denne studien peker på muligheten for helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet som en sannsynlig mekanisme, men også at bak slik seleksjon ligger det sosiale ulikheter i årsakene til dårlig helse knyttet til arbeidsforhold og sosioøkonomisk bakgrunn.

### ***Reintegrasjon etter sykdom***

Det foreligger en omfattende internasjonal litteratur om sjansen for å vende tilbake til en jobb etter å ha hatt en mer eller mindre alvorlig sykdom. Noen eksempler på diagnosegrupper som er studert er ryggplager (Norlund, Ropponen, & Alexanderson 2009), muskel- og skjelettplager (Bultmann mfl. 2009), mental helse (Blank mfl. 2008), epilepsi (Holland mfl. 2008), slag (Wolfenden & Grace 2009), skader (Lidal, Huynh, & Biering-Sorensen 2007; MacEachen mfl. 2006), luftveisplager (Peters mfl. 2007), og hjertesykdom (Christensen mfl. 2008).

Denne typen studier tar for seg spesifikke pasientgrupper og undersøker gjerne hvordan trekk ved sykdommen, arbeidssituasjonen, samt demografiske og sosioøkonomiske egenskaper er i stand til å predikere retur til arbeidslivet. Det vil føre for langt her å referere denne omfattende og rikholdige litteraturen. I stedet vil vi rette søkelyset mot en bestemt sykdom som har fått en del forskningsmessig oppmerksomhet i Norge i den senere tid: kreft. Stadig flere overlever kreft, og det er derfor av betydelig sosialpolitisk interesse å undersøke hvordan kreftrammede klarer seg i samfunns- og arbeidsliv etter at sykdommen er overvunnet, og om sosioøkonomisk status spiller en rolle i reintegrasjonsprosessen.

I sin doktoravhandling basert på norske registerdata, fant Syse (2009) betydelige forskjeller mellom kreftrammede og den øvrige befolkningen når det gjelder sannsynlighet for å vende tilbake til arbeidslivet. Dette gjaldt både



kvinner og menn. Hun fant ingen forskjeller mellom folk med høy og lav utdanning for sysselsettingsandelene blant krefttrammede, men signifikante effekter på arbeidsinntekten blant dem som kom i arbeid: krefttrammede med lav utdanning kom betydelig dårligere ut blant annet som følge av redusert arbeidstid eller overgang til dårligere betalte jobber (Syse 2009:27).

Med utgangspunkt i registerdata for femårsperioden 2000-2004 sammenlignet Fløtten mfl. (2008) endringer i sysselsetting blant krefttrammede sammenlignet med andre sysselsatte. Blant menn fant de små forskjeller i favør av dem som ikke var blitt rammet av kreft, og kun etter 3-4 år etter diagnosetidspunktet). Blant kvinnene var det etter 3-4 år større forskjeller: 10 prosent flere krefttrammede falt ut av arbeidslivet enn kvinner flest. I en egen spørreskjemaundersøkelse blant krefttrammede fant forskerne, i tråd med Syses studie, at forholdsvis mange reduserte sin arbeidstid. Også i tråd med Syse viser registerdata-analysene til Fløtten mfl. at effekten av utdanning på lønnsinntekt blant de som overlevde kreften var markant (se figur 3.1).

Figur 3.1.

Median lønnsinntekt blant personer i ulike utdanningsgrupper som fikk kreftdiagnose i 1999, og en matchet kontrollgruppe i perioden 1998-2004. Inntekt i hele tusen. 2004-kroner



Kilde: Fløtten mfl. 2008:83.

Figur 3.1, viser lønnsutviklingen for kreftammede og en sammenligningsgruppe av ikke-kreftsyke over en seksårsperiode. Høyt utdannede med kreft tar igjen sammenligningsgruppa etter noen år mens de lavest utdannede blir hengende etter i hele perioden. For øvrig er dumpen på kurvene for kreftammede konsistent med at sykepengene opphører etter ett år med sykmelding. Flere norske studier dokumenter altså at utdanningsnivået til overlevende kreftammede influerer på inntektsnivået etter at de er blitt friskmeldt.

Det finnes også en del utenlandske studier på dette feltet. Steiner mfl. (2004) presenterte en systematisk forskningsoversikt for perioden 1966 til 2003. De identifiserte 18 studier hvorav kun fire studier tilfredsstilte fire eller flere av seks definerte kvalitetskriterier. Sett under ett viste fire av studiene at rundt 2/3 av dem som ble rammet av kreft kom i jobb igjen. I varierende grad undersøkte studiene effektene av sosiodemografiske kjennetegn, egenskaper ved jobben, sosiale forhold og trekk ved sykdommen. Forfatterne sier at det er vanskelig å trekke noen sikre og generelle slutninger om effektene av slike forhold fordi studiene opererer med forskjellige modifierende faktorer og indikatorer. En nyere systematisk oversikt som dekker perioden 2002-2007, fant 12 relevante studier (Taskila & Lindbohm 2007). Andelen kreftammede som kom i jobb i disse studiene varierer fra 41 prosent til 84 prosent. Fem studier hadde konstruert en sammenligningsgruppe som i alle tilfeller hadde bedre sysselsettingsrate enn de kreftammede med forskjeller varierende mellom fem og 22 prosentpoeng (Taskila & Lindbohm 2007). Disse forfatterne påpeker at plassering i den sosiale lagdelingen er ett sett av faktorer som påvirker sannsynligheten for å komme i jobb igjen:

*"The study findings suggest that those who are older, have a lower level of education, and work in blue collar jobs, are less likely to be employed. (...) Similarly, workload, especially heavy lifting, is a common physical work-related factor associated with return to work of cancer survivors"* (Taskila & Lindbohm 2007:448-449).

Ingen av oversiktsartiklene gjør noe poeng av at primærstudiene er utført i forskjellige samfunnsmessige kontekster, noe som i seg selv kunne tenkes å influere på så vel jobbrate blant kreftammede som "effekt" av kreftsykdommen på sannsynligheten for å komme i jobb.

Mens de norske studier altså peker på at yrkesdeltakelsen for overlevende kreftpasienter ikke påvirkes i kraftig negativ retning (om enn i noen grad om en ser isolert på kvinner) viser studier fra andre land en klar negativ effekt, som også spiller sammen med posisjon i lagdelingsstrukturen. Selv om dette funnet kan underbygge ideen om et relativt inkluderende norsk arbeidsliv løfter de norske studier likevel fram andre vesentlige effekter, nemlig en entydig negativ effekt på inntekt blant kreftoverlevende, bl.a. som følge av redusert arbeidstid, og da spesielt for kreftframmende med lav utdanning. Det sistnevnte illustrerer at det gjør seg gjeldende en samspillseffekt mellom kreftsykdommen og sosioøkonomisk status også i Norge med hensyn på yrkesdeltakelse og "livssjanser".

### ***Helse, arbeid og yrkesdeltakelse over livsløpet***

Livsløpsstudier er blitt et stort og viktig felt innen forskning på ulikhet i helse. De bringer blant annet inn innsikt om hvordan helsemessige og sosial forhold i barndom og oppvekst kan kaste skygger over voksenlivet, og dermed influere på de sammenhenger vi kan observere mellom for eksempel helse og yrkesdeltakelse. Dårlig helse, eller svekket helsepotensial fra oppveksten, kan for eksempel både forringe sjansene for å ta utdanning og gi større sårbarhet for sykdom i voksen alder. Dette kan derfor ligge til grunn for at personer med lav utdanning rammes av helseproblemer og dermed må forlate arbeidslivet i yrkesaktiv alder. Der det altså kan se ut som om det er lav utdanning som leder til dårlig helse kan et livsløpsperspektiv blant annet avdekke om det er felles bakenforliggende påvirkningsfaktorer.

I Norge har forskere i en serie av studier basert på data fra Medisinsk fødselsregister, fulgt drøyt 600 000 personer født mellom 1967-1976 i ulike offentlige registre som inkluderer informasjon om blant annet utdanning, sivil status, bosted, testresultater fra sesjon, enkelte ytelser fra Folketrygden, samt dødsfall (Gravseth & Kristensen 2008). En studie viste blant annet at personer med lav fødselsvekt (som i mange studier er vist å være forbundet med svekket helse i voksenlivet) har økt sannsynlighet for arbeidsmarginalisering – målt som mangel på pensjonsgivende inntekt – over livsløpet, men sammenhengen var likevel nokså svak (Kristensen, Bjerkedal & Irgens 2004). En annen studie basert på det samme datamaterialet ser på sammenhengen

mellom kronisk sykdom (målt som mottak av grunn- og hjelpestønad før fylte 16 år) og arbeidsledighet (Kristensen & Bjerkedal 2004). Her fant en at de med kronisk sykdom hadde høyere risiko for ledighet over livsløpet. *Effekten av kronisk sykdom i oppveksten var sterkere blant dem med lav utdanning.* Dette ble undersøkt videre i en studie som viste at menn som hadde slik kronisk sykdom i oppveksten oppnådde lavere utdanningsnivå enn dem som ikke hadde slik sykdom, kontrollert for evnenivå (testet ved sesjon) (Bjerkedal mfl. 2006). I samme studie fant en for begge kjønn at de med kronisk sykdom i oppveksten ikke oppnådde samme yrkesaktivitet og arbeidsinntekt som dem uten sykdom, selv om en kontrollerte for utdanningsnivå. Likevel var det slik, i en videre oppfølging, at de med lav fødselsvekt eller kronisk sykdom ikke hadde høyere sykefravær enn andre om de først kom inn i arbeidslivet (Kristensen, Bjerkedal & Irgens 2007).

En del utenlandske studier har også anvendt livsløpsperspektivet. En britisk studie av kohortdata om individer født i en bestemt uke i 1958, kalt National Child Development Study (NCDS), studerte betydningen av ulike variabler på ulike tidspunkter for mental helse i menns tidlige voksenliv målt gjennom henvendelser hos lege og årsaker til henvendelse (Montgomery mfl. 1999). Her finner en at arbeidsledighet, og særlig nylig arbeidsledighet, leder til depressive plager og angst. Det ble kontrollert for tidligere psykisk helse-tilstand samt sosial tilpasning i barndommen og familiens sosiale klasse-tilhørighet ved fødsel.

På samme vis fant en studie med samme data at akkumulert arbeidsledighet mellom 16 og 27 år hadde sammenheng med det som en omtalte som "helsekapital" (målt ut ifra BMI, omfang av fysisk trening og fruktspising) når folk var blitt 33 år, kontrollert for sosial bakgrunn og helse (høyde ved syv år, sosial tilpasning ved 11 år, røyking og trening ved 16 år) før yrkesaktiv alder (Wadsworth, Montgomery, & Bartley 1999). De som hadde 37 måneder eller mer akkumulert arbeidsledighet hadde 45 prosent høyere sjanse for å ha lav "helsekapital".

En britisk studie av NCDS-datene fra 1996 (Montgomery mfl. 1996) studerte betydningen av sosiale og helsemessige forhold i oppveksten for yrkesaktivitet

blant unge menn i Storbritannia. Den avhengige variabelen i denne studien var en dikotomisert indikator for om respondentene hadde opplevd arbeidsledighet av minst 12 måneders varighet minst én gang i løpet av yrkeslivet mellom 23 og 33 år (1991). De viktigste uavhengige variablene var sosio-demografiske forhold i oppveksten (foreldres sosiale klasse, trangboddhet), helsepotensial (målt ved høyde ved 7 år og psykisk helse ved 11 år). Studien kontrollerte også for oppnådd utdanning ved 23 år og region. Studien fant at både høyde ved 7 år og psykisk helse ved 11 år har sammenhenger med senere arbeidsledighet. I den fulle modellen var den relative oddsen for å oppleve arbeidsledighet 0,95 for én centimeters økning i kroppshøyde. En tilsvarende *økning* av sjansen for å oppleve arbeidsledighet ble funnet for høyere skår på skalaen for psykisk helse ved 11 år.

En lignende britisk befolkningsrepresentativ studie bekrefter at det ikke er snakk om en særegen kohorteffekt i studiene over (Bartley & Plewis 2002). Denne studien fant at arbeidsledighet og sosial klasse i 1971 predikerer langvarig begrensende sykdom tjue år etter, selv etter kontroll for sosial klasse og arbeidsledighet etter 1971. Et mål for mindre fordelaktig sosial posisjon ble laget ved å slå sammen arbeidsledighet (1971 og 1981) og lav sosial klasse (1971, 1981 og 1991). En fant at dette målet var sterkt korrelert med langvarig begrensende sykdom i 1991. Ut i fra dette konkluderte forfatterne at en endring i sosial posisjon på et hvilket som helst tidspunkt har sterke effekter på individers helse.

Et gjennomgående funn er at oppvekstforhold ofte er signifikant relatert til helse og sosioøkonomisk posisjon i voksen alder (Elstad 2008). Disse effektene er imidlertid ikke alltid like kraftige. Det synes således å være betydelig spillerom også for årsaksfaktorer som virker inn i voksenalderen. At fortiden kaster skygger framover, betyr ikke at politiske tiltak er nytteløse. Helse-relatert seleksjon ut av arbeidslivet kan motvirkes med politiske tiltak selv når svekket helse eller redusert helsepotensial kan føres tilbake til oppvekstforhold. For eksempel kan arbeid tilrettelegges bedre, og arbeidslivet kan gjøres mer inkluderende slik at effekten av oppvekstvilkårene dempes. Det er grunn til å poengtere at seleksjonsprosesser ikke er naturgitte, men sosiale og foregår innenfor ulike sosiale kontekster som det står i menneskelig makt å endre (Dahl & Elstad 2009).

### 3.3. Mellomnivået: Omstillinger i arbeidslivet

Studier av bedriftsnedleggelse, omorganiseringer og nedbemanninger. Omorganisering og omstillinger foregår i stort omfang både i det private næringslivet og i offentlig sektor. Trygstad mfl. (2006) identifiserte for eksempel 650 endringer i organisasjonstilknypning og struktur i statlige virksomheter i perioden 1990-2004. Mange av disse var nedleggelse. Det er altså ikke bare privat virksomhet som kontinuerlig endrer seg og tilpasser seg skiftende rammebetingelser. Men mens private bedrifter må forholde seg aktivt til hurtig skiftende markeder og svingende konjunkturer, er det andre ytre omstendigheter som driver fram endringene i offentlig sektor. Det er pekt på flere drivkrefter bak organisasjonsendringene i offentlig sektor: teknologisk utvikling, flytting av virksomheten, nye konkurransekrav, endret syn på styring av offentlige institusjoner og politiske vedtak (Trygstad mfl. 2006).

I det følgende vil vi vurdere empiriske studier som tar for seg sysselsettingskonsekvensene for ansatte i offentlig og privat sektor som eksponeres for slike omstillinger.

En bedriftsnedleggelse kan anses som den mest radikale type av omstilling. Westins (1989, 1994) studie av nedleggingen av en fiskeforedlingsfabrikk i utkant-Norge er en klassiker på dette feltet. Han gjennomførte et "naturlig" eksperiment ved å sammenligne skjebnen til de ansatte på den nedlagte fabrikk med den til arbeidstakere på en tilsvarende og sammenliknbar fabrikk som fortsatte. Han fant at forholdsvis flere ble uføretrygdet ved den nedlagte fabrikk. I den senere tid er Westins studie gjentatt og da ved bruk av registerdata som tillater kopling av informasjon om individuelle karrierer i arbeidsmarkedet og stønadssystemet med informasjon om omstillinger ved de virksomheter de er, eller var ansatt i. Flere har bekreftet Westins funn. En betydelig andel av ansatte som gjennomgår omstillinger, og særlig nedbemanning, forsvinner ut av arbeidslivet eller har en mindre gunstig karriere-utvikling enn ansatte som ikke gjennomgår omstillinger. Flere norske empiriske undersøkelser viser at nedskjæringer av arbeidsstokken leder til økt sykefravær, rehabilitering og tiltakende uførepensjonering (Huttunen mfl. 2006; Rege mfl. 2005; Trygstad mfl. 2006). Rege mfl. (2005) fant for eksempel i norske registerdata at arbeidstakere som jobbet i industribedrifter som

ble nedlagt i perioden 1993-1998 hadde 28 prosent høyere sannsynlighet for å motta uførepensjon i 1999 enn sammenliknbare arbeidstakere i bedrifter som ikke ble lagt ned. For de rammede arbeiderne ble det også registrert negative signifikante effekter på framtidige inntekter og dødelighet. Forfatterne fant videre at sannsynligheten for å motta uførepensjon var høyere for dem med lavere utdanning, enn for dem med lengre utdanning. Dette gjaldt innenfor alle de tre aldersgruppene materialet var delt inn i.

Tilsvarene funn er også rapportert fra offentlig sektor som har gjennomgått nedskjæringer. Fevang og Røed (2005) studerte nedbemanninger i helsesektoren. De tok for seg pleiepersonale i institusjoner og i hjemmetjenesten i perioden 1992-2000. Det som var spesielt ved disse omstillingene var at ingen ansatte mistet jobben. Alle fikk tilbud om andre jobber i kommunen. Fevang og Røed fant at store nedbemanninger førte til høyere sykefravær og økt sannsynlighet for langvarig trygdetilværelse og for å forlate arbeidsmarkedet. De ansattes helsemessige eller sosioøkonomiske bakgrunn ble ikke analysert.

Trygstad mfl. (2006) studerte fire statlige virksomheter som hadde foretatt til dels store omorganiseringer. Forskerne tok for seg konsekvensene for ulike grupper av ansatte. Et generelt funn var at kvinner og lavt utdannede hadde høyere sykefravær og større sannsynlighet for uførepensjon etter omstillingene enn andre grupper (Trygstad mfl. 2006:19-20). For øvrig var det kun en av fire virksomheter som etter omorganiseringene lå på et systematisk høyere sykefravær enn andre sammenliknbare virksomheter. Dette indikerer at det er mulig å foreta omfattende organisatoriske omstillinger uten å støte deler av arbeidsstokken ut av arbeidsmarkedet.

En finsk studie så på helsen blant både dem som hadde sluttet og de som fortsatt var i jobb etter en nedbemanning i en kommune (Kivimaki mfl. 2003). Deltakerne i studien ble først kontaktet i 1990, da det ennå var ukjent at det skulle gjøres nedbemanninger, og i 1993, ett år etter at nedbemanningen var gjennomført. Studien fant at omtrent halvparten av de som mistet jobben fortsatt var uten arbeid ved oppfølging. Disse personene hadde allerede dårligere helse før nedbemanningen, og var eldre enn dem som var kommet

i jobb. Dette viser at en helseleksjon, antakelig både ved nedbemanning og ved re-syssetning, sannsynligvis har foregått. Studien fant ingen signifikant negativ effekt av nedbemanning på helsen til de som mistet jobben, når det ble kontrollert for helse før nedbemanningen. Helsen til de som ble værende på arbeidsplassen hadde derimot en signifikant forverring på flere mål.

Ikke alle slike studier av konsekvenser av omstillinger for de ansatte undersøker særskilt hvordan det går med personer med lav sosioøkonomisk status og dårlig helse. Noen har sett på effektene for ulike utdanningsgrupper, men få har sett på både utdanning og helse og samspillet mellom dem. Foreliggende empiri om omstillinger i arbeidslivet gir derfor ikke klare svar på hvordan uttreden fra arbeidslivet henger sammen med ansattes sosioøkonomisk posisjon og helse.

Mangel på god informasjon om helsestatus forut for omstillinger gjør det ofte vanskelig å avgjøre hvilke mekanismer som mer presist virker. Minst to muligheter foreligger, isolert, eller i kombinasjon (Westin 1989, 1994): kravene etter omstilling er blitt større, noe som gjør at arbeidstakeren med en gitt, konstant helsetilstand ikke makter å innfri disse, eller: selve omstillingsprosessen svekker helsa til arbeidstakeren slik at hun ikke lengre er i stand til å innfri kravene, selv om de forblir uendret. Resultater fra eksperimentell og kvasi-eksperimentell forskning gir belegg for å hevde at økte krav eller redusert kontroll har en ugunstig effekt på folks helse (Bambra mfl. 2007). Det betyr at i den grad omstillinger og nedbemanning fører til mindre kontroll og/eller større krav, må vi anta at arbeidstakerne blir eksponert for større helserisiko, jfr. Karaseks kontroll/krav modell som ble diskutert i kapittel 1. En svensk undersøkelse studerte relasjonen mellom omorganisering/nedbemanning og helseutviklingen blant pleiere ansatt på flere sykehusavdelinger (Pettersson mfl. 2005). Undersøkelsen inkluderte informasjon om helsetilstanden før omorganiseringen og nedbemanningen fant sted. De fulgte opp utviklingen over en periode på åtte år og samlet data om endringer i arbeidsmiljøet og om de ansatte med jevne mellomrom. Forfatterne konkluderte:

*"Our main message of this study is that (a) a deteriorating trend in health care work conditions predicts worsening mental health and increasing long-*



*term sick leave; (b) working hard, conflicting demands, and time for planning work are central aspects of work for the health trend, emphasizing the importance of job control over time pressure (...). [S]tructural changes in working life may be of considerable importance for the health and well-being of the employees.” (Pettersen mfl. 2005:119).*

### **Diskriminering og attraktivitet**

West (1991) har argumentert for at helserelatert sosial seleksjon fundamentalt sett er en sosial prosess der utvalgte aktører er utstyrt med mandat og myndighet til å foreta sosiale vurderinger, anvende normer, velge ut, sortere, og til og med diskriminere mennesker i forhold til sosiale posisjoner. Slike vurderingsprosesser må ikke nødvendigvis ta utgangspunkt i manifest sykdom som nedsetter ytrevenen, men i trekk forbundet med atferd, egenskaper og attributter ved enkeltpersoner som for eksempel røykevaner, eller kroppslige trekk som kroppshøyde eller fedme. Slike egenskaper, som speiler ulik grad av sosial attraktivitet, har også en sammenheng med helse (Dahl 1996; Jæger 2009). Sosial mobilitet som finner sted på grunn av slike mekanismer kalles gjerne indirekte seleksjon, i motsetning til direkte seleksjon som knytter an til manifest sykdom.

Hvis det er slik at arbeidslivet stiller stadige høyere krav til individuelle prestasjoner, kan det tenkes at kroppsformer og adferd som blir assosiert med dårligere helse kan være til hinder for å beholde eller få arbeid. En studie som benyttet semistrukturerte intervjuer av ledere med rekrutteringsansvar i canadisk industri fant for eksempel at egenskaper ved arbeiderne, som evne til å håndtere flere arbeidsoppgaver, høy arbeidsbelastning og stress, ved siden av gode ferdigheter, sosiale og kommunikative evner, var høyt verdsatt i det nye arbeidslivet (Adams & McQuillan 2000). Lederne i studien la også vekt på at arbeiderne skulle ”passe inn” i eksisterende sosialt miljø, ved å ligne på de allerede ansatte, slik at samarbeid og kommunikasjon gled lettere. Generelle negative stereotypier og stigma i samfunnet kan gjennom slike mekanismer øve innflytelse på ansettelsesmuligheter for personer med for eksempel psykiske plager, avvikende adferd og fedmeproblemer. ”Stigma” forekommer når: *”... elements of labeling, stereotyping, separating, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows these to*

*unfold*” (Link & Phelan 2001:382). Samtidig må en ikke se bort fra at stigma også gir et visst handlingsrom for styring av sin sosiale rolle (“stigma-management”) for den enkelte (Goffman 1963).

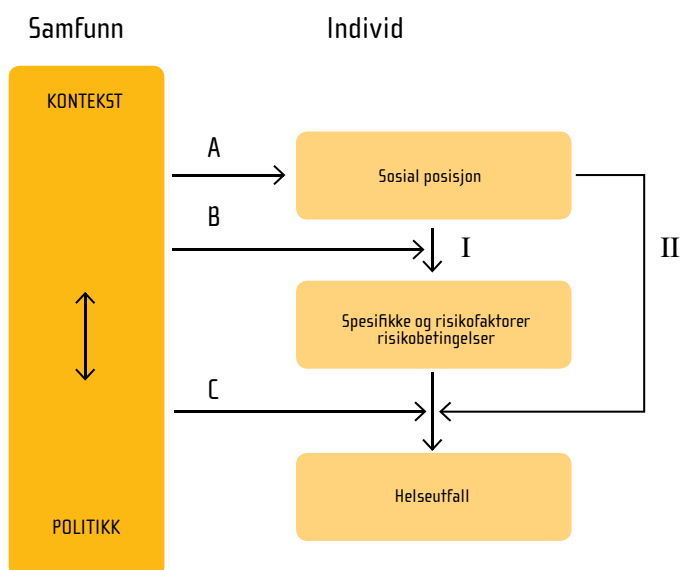
En britisk studie fant negative effekter av fedme på yrkesaktivitet (Morris 2007). Dette gjaldt selv etter kontroll for flere helsemål. Studien sa ingenting om hvorfor det er slik, men antydte at faktisk produktivitet blant overvektige – uavhengig av helsen generelt – kan være lavere, men også at det kan forekomme diskriminering overfor folk med fedmeproblemer. En fransk studie fant tilsvarende at ikke-yrkesaktivitet var betydelig høyere for overvektige enn for dem med ”normal” vekt, mens sjansen for å komme i jobb igjen var lavere (Paraponaris, Saliba & Ventelou 2005). En annen fransk studie så på betydningen av dårlig helse, røyking og fedme i en prospektiv studie (Jusot mfl. 2008). Røykere er i økende grad stigmatiserte ettersom den sosiale aksepten er blitt lavere og restriktiv lovgivning er blitt innført de senere årene (Burris 2006). Studien til Jusot m. fl. (2008) fant at helse hadde en selvstendig effekt på risikoen for arbeidsledighet, kontrollert for fedme og røyking, altså en direkte seleksjonseffekt. I den endelige modellen var også to indikatorer på indirekte seleksjon signifikante, fedme for kvinner og røyking for menn. I hvilken grad dette kan tolkes som en stigma-effekt kan diskuteres. Mens kjønnete skjønnhetsidealer kanskje knytter sterkere stigma til overvekt blant kvinner enn blant menn, er det vanskelig å se for seg at røyking skulle være mer stigmatiserende for menn. Tilsvarende fant en undersøkelse av Wisconsin Longitudinal Study at kvinner som ble vurdert som vakre av et utvalgt panel ut i fra portretter i skoleårboka fra high school (’facial attractiveness’), over livsløpet kom ut mer fordelaktig på sosioøkonomiske variabler og oftere var gift som 25-åringer enn andre kvinner (Jæger 2009). Lignende sammenhenger ble ikke funnet for ”vakre” menn.

### **3.4 Makroforklaringer: Velferdsstat og økonomiske konjunkturer** ***Velferdsstatsregimer***

Ulike velferdskontekster kan tenkes å danne ulike rammer for de påvirkningsmekanismer og seleksjonsprosesser som regulerer forholdet mellom sosial ulikhet, helse og yrkesdeltakelse. Whitehead mfl. (2000) har skissert en

modell som kan være til hjelp for å sortere viktige faktorer og relasjoner. Modellen gjengitt i Figur 3.2. illustrerer hvordan samfunnsnivået kan påvirke og inngå i samspill med individuelle faktorer som leder til helseulikheter. *Mekanisme I* viser den kjente sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, og innebærer at ulike posisjoner i det sosiale hierarkiet har ulik risiko for å oppleve dårlig helse. Ikke-yrkesaktive eller arbeidsledige er eksempler på slike sosiale posisjoner som er relevant for dette avsnittet. *Mekanisme II* indikerer at sammenhengen mellom sosial posisjon og helse kan være avhengig av andre spesifikke risikofaktorer, slik som økonomiske problemer eller sosial isolasjon. Eksistensen av slike mekanismer og styrken på dem avhenger imidlertid av den samfunnsmessige konteksten; de politiske, kulturelle og økonomiske omgivelsene de utspiller seg under. For det første kan slike faktorer påvirke i hvilken grad folk innehar bestemte sosiale posisjoner, slik som sysselsatt eller arbeidsledig (*pil A*) gjennom arbeidsmarkedspolitik, økonomiske konjunkturer, normer og så videre. Om denne sosiale statusen medfører konsekvenser som er skadelig for helsa, vil være avhengig av for eksempel nivå på tilgjengelige ytelser, som slik kan forhindre eksponering for helsedeterminanten fattigdom (*pil B*). Til slutt kan også samfunnsnivået influere på i hvilken grad risikofaktorene faktisk omformes til dårlig helse (*pil C*). For eksempel kan sosialt stigma (som påvirker selvfølelse og sosial identitet) knyttet til fattigdom og arbeidsmarkedsposisjoner variere mellom ulike samfunn. En slik modell kan også brukes til å forstå seleksjonsprosesser ved å bytte ut helseutfallsboksen med yrkesaktivitet/ ikke-yrkesaktivitet. Da vil helse inngå som en risikofaktor.

Figur 3.2 Modell for sammenhenger mellom sosiale forhold og helse.



Kilde: [Whitehead, Burstrom, & Diderichsen 2000]:256.

Det er ikke mange studier som studerer slike mekanismer. Enda færre er det som inkluderer et større antall land, enn si ulike velferdsstatsregimer, i analyser av betydningen av velferdsstatskontekst for sammenhengen mellom ulikhet, helse og yrkesaktivitet.

En studie av data fra European Social Survey tok imidlertid dette opp systematisk ved å studere hvordan sammenhengen mellom arbeidsledighet og helse varierte i 23 europeiske land (Bambra & Eikemo 2009). Antakelsen var at de ulike velferdsstatsmodellene skaper ulike materielle, økonomiske og sosiale vilkår for den som opplever arbeidsledighet, og at noen velferdsstatsregimer dermed kan tenkes å være mer beskyttende mot negative helse-

effekter av arbeidsledighet enn andre. Artikkelen har som utgangshypotese at landene med universelle og sjenerøse ordninger er de landene der helseforskjellen mellom arbeidsledige og yrkesaktive vil være minst. Forfatterne benyttet en typologi som skiller mellom et skandinavisk, bismarkiansk, anglo-saksisk, sørlig og østlig velferdsstatsregime. Ved hjelp av blant annet logistisk flernivåanalyse, ble det påvist at de relative forskjellene mellom arbeidsledige og yrkesaktive var størst i det anglo-saksiske regimet, noe som var i tråd med hypotesen siden ytelsene her er lavere og mer restriktive enn i andre land (for eksempel med utbredt bruk av behovsprøving). Mer overraskende var det at de relative forskjellene mellom arbeidsledige og yrkesaktive var større i det skandinaviske og bismarkianske regimet enn i det østlige og sørlige, siden ordningene i særlig det skandinaviske er relativt sjenerøse og tilgjengelige. Disse forskjellene eksisterte selv om man tok hensyn til det nasjonale arbeidsledighetsnivået og ulik sosioøkonomisk komposisjon av arbeidsledighetsgruppa i de ulike landene. For Norges del spekulerte forfatterne på om kvinners manglende rettigheter til arbeidsledighetstrygd som følge av mye deltidsarbeid kan være én del av forklaringen. Samtidig pekte de på at familiens rolle er viktigere i de østlige og sørlige landene, slik at arbeidsledighet kanskje ikke er den samme sosiale og økonomiske belastningen her, til tross for lavere ytelser. Nok en fortolkning, som forfatterne ikke eksplisitt tok opp, er forbundet med at det norske og skandinaviske arbeidslivet er relativt inkluderende (se kapittel 1 i denne rapporten). Dette innebærer at arbeidslivet også inkluderer grupper med tradisjonelt sett svakere arbeidstilknytning, som kvinner og eldre, men også folk med helseproblemer (Whitehead mfl. 2009). I et inkluderende arbeidsliv, som i de skandinaviske velferdsstatene, vil også mennesker med helseproblemer opparbeide seg rett til arbeidsledighetstrygd. Hvis arbeidslivet derimot er lite inkluderende, vil færre med helseproblemer ha rett på arbeidsledighetstrygd, eller se det som realistisk å komme i arbeid og være aktive arbeidssøkere. Her kan Storbritannia tjene som eksempel, der færre med kroniske helseproblemer er sysselsatt. Færre vil derfor ha rett på ledighetstrygd og dermed heller ikke framstå som ledige (Whitehead mfl. 2009). Mange ikke-sysselsatte vil derfor kanskje forsørges via andre ytelser, eller av familien. Et beslektet poeng er at dersom det er flere langtidsledige i de nordiske velferdsstatene, vil flere ledige her ha dårlig helse siden langtidsledige gjerne har større helseproblemer enn korttidsledige.

Andre studier peker også på at velferdsstatsforskjeller kan ha en innvirkning på sammenhengen mellom arbeidsmarkedsstatus og helse. Flere studier sammenligner Storbritannia og Sverige. Én studie fant at sysselsettingen er høyere, og at arbeidsledigheten og andelen økonomiske inaktive er lavere, i Sverige enn i Storbritannia (Burström mfl. 2000). Denne studien så kun på menn. Videre fant studien at forskjellen i risikoen for å befinne seg utenfor arbeidslivet mellom sosioøkonomiske grupper, og mellom syke og friske, er mindre i Sverige enn i Storbritannia. Studien fant dermed ikke støtte til en hypotese om at det betydelig mer fleksible og deregulerte britiske arbeidsmarkedet *bedrer* sjansene for arbeidsmarginale grupper, slik neoklassisk økonomisk teori framholder. Tvert om mener forfatterne at studien ga støtte til at nordiske velferdsstater med aktiv arbeidsmarkedspolitikk takler post-industrielle utfordringer som fallende etterspørsel etter ufaglært manuelt arbeid bedre enn Storbritannia og andre land med deregulerte arbeidsmarkeder.

I en senere studie undersøktes disse sammenhengene for kvinner (Burström, Holland, Diderichsen & Whitehead 2003). Igjen fant en at kvinner i det svenske arbeidsmarkedet i høyere grad er yrkesaktive og oftere er å finne i arbeid selv om de har kronisk sykdom. Yrkestilknytningen var betydelig sterkere for sosiale grupper med lavere kvalifikasjoner og kronisk sykdom i Sverige enn i Storbritannia. Forskjellene for kvinner forklares blant annet av familievennlige velferdsordninger som fødselspermisjon, lovfestet rett til deltid og offentlig subsidiert barnehage. Disse forklaringer ble styrket av en sammenligning av Storbritannia, Canada, Norge, Sverige og Danmark, der sysselsettingen for Storbritannia blant menn og kvinner med langvarig begrensende sykdom var lavere enn i de øvrige landene (Whitehead mfl. 2009). Studien av McDonough og Amick (2001) fra USA understøtter også en slik forklaring. De fant at sosialt vanskeligstilte grupper med dårlig helse var *mer* tilbøyelige enn andre grupper med dårlig helse til å forbli i arbeidslivet. Deres tolkning er at det å forlate arbeidsmarkedet er resultatet av et "luksusvalg" som bare bedrestilte amerikanere har økonomiske ressurser til å realisere. Mens en slik avgangsmulighet synes å være forbeholdt de privilegerte i USA, later det til å forholde seg omvendt i den norske (og europeiske) velferdskonteksten. Vi vil komme tilbake til dette viktige poenget nedenfor.

En sammenligning av helsen til kvinner i Finland og Storbritannia fant at britiske hjemmевærende kvinner har betydelig dårligere helse enn i Finland, hvor helsen til hjemmевærende kvinner ikke var signifikant forskjellig fra yrkesaktive (Arber & Lahelma 1993). Forfatterne peker på forskjeller i normer for yrkesaktivitet og familievennlige velferdsordninger i de to landene som en årsak.

En studie av helsen til alenemødre i Sverige og Storbritannia fant at denne gruppen kommer tilsvarende dårligere ut enn mødre i parforhold i begge land (Whitehead, Burstrom, & Diderichsen 2000). Dette gikk imot forskernes forventninger om at helseforskjellene mellom disse gruppene ville være mindre i Sverige enn i Storbritannia som følge av mer omfattende svenske velferdsstatsordninger som kunne tenkes å motvirke negative helsekonsekvenser av å være alenemor. Studien fant likevel forskjeller som kan relateres til ulike velferdsstatsregimer. Omtrent 50 prosent av helseforskjellen mellom alenemødre og mødre i parforhold i Storbritannia kan forklares av fattigdom og mangel på arbeid, mens disse faktorene bare forklarte en mindre del av forskjellen i Sverige. Hvis vi vurderer dette i lys av forklaringsmodellen presentert i Figur 3.2 foran, kan det bety at den svenske velferdsstaten har lyktes med å svekke betydningen av noen av de risikofaktorene som "formidler" mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, nemlig fattigdom og mangel på arbeid. Videre var andelen av unge mødre som var alenemødre i Storbritannia på hele 16 prosent sammenlignet med 6 prosent i Sverige. Forfatterne peker på at det å bli alene med barn i så ung alder har store konsekvenser for det videre livsløpet med hensyn på utdanning og yrkesaktivitet.

Selv om de nordiske landene er like på mange områder, fant en nylig studie at i hvilken grad arbeidsledige rammes av økonomiske problemer varierer betydelig mellom disse landene (Bergwitz 2008). Risikoen for å oppleve økonomiske problemer, relativt til arbeidende i de tre øverste inntektskvartilene, var faktisk høyest i Norge, mens Danmark så ut til å ha minst forskjeller. Forfatteren knytter disse forskjellene mellom landene til ulikheter i sjenerøsiteten på ytelsene de arbeidsledige har rett på. Studien finner også en særlig forhøyet risiko i det norske utvalget for økonomiske problemer blant personer med dårlig helsetilstand, selv etter kontroll for stønadsmottak og sosiodemo-

grafiske variabler. I Norge og Sverige hadde også personer med lavest utdanning høyere risiko for å oppleve økonomiske problemer, mens det ikke var slike utdanningsforskjeller i Danmark og Finland.

Det er forholdsvis få studier av hvordan ulike velferdsstatsregimer influerer på sammenhengene mellom sosioøkonomisk status, helse og arbeid. De funn som er gjort viser klart at det er variasjoner mellom, og også innenfor, velferdsstatsregimene som det er verdt å studere nærmere og mer systematisk. Vi skal vende tilbake til dette i siste kapittel.

### ***Betydningen av økonomiske konjunkturer***

En rekke studier undersøker effekten av opp- og nedgangstider på dødelighet og sykkelighet i befolkningen som helhet. Brenner (se for eksempel Brenner 1987) har produsert en samling studier av konjunktursvingninger og dødelighet på populasjonsnivå (såkalt økologiske studier). Han fant at dødelighetsnivå var negativt korrelert med økonomisk oppgang. Dette er altså en *motsyklisk* sammenheng der dødeligheten er høyere i nedgangstider (Brenner 1987, Ruhm 2005a). Antatte mekanismer er blant annet mer jobbusikkerhet, flere arbeidsledige, økt alkoholbruk, flere ulykker og mer vold. Brenners studier er blitt heftig debattert og kritisert, og senere og mer metodisk robuste studier har funnet den motsatte sammenheng, altså en *prosyklisk* sammenheng, som innebærer at dødeligheten går *ned* i økonomiske nedgangstider (Neumayer 2004; Ruhm 2007). Et slikt funn er kanskje kontrainuitivt, men med lavere økonomisk aktivitet antar en at for eksempel jobbrelaterte ulykker og bilulykker går ned, samtidig som folk har mer fritid som de kan bruke på rekreasjon og trening (Gerdtham & Johannesson 2005). Sammenhengene holder seg også for helse mål som selvrappertert helse. En har også funnet at bruken av helsetjenester øker i oppgangstider (Ruhm 2003). Ruhm (2003) antyder at mental helse kan være motsyklisk, noe som er i tråd med unntaket i dødelighetsstudiene; nemlig økte selvmordsrater i nedgangstider. Studier av alkoholbruk, trening og røyking i opp- og nedgangstider støtter den prosykliske sammenheng med helse ettersom folk tilpasser livsstilen sin i helsefremmende retning i nedgangstider (Ruhm 2005b; Ruhm & Black 2002). Dette bildet har dermed en del støtte selv om det ikke er helt konsistent (Gerdtham & Johannesson 2005; Ruhm 2005a). Den prosykliske sammen-



hengen mellom økonomiske fluktasjoner og dødelighet synes å være sterkere i land med svakere økonomisk sikkerhetsnett (Gerdtham & Ruhm 2006).

Her til lands har en observert økende sykefravær i gode tider. Noen har ment at dette skyldes komposisjonen av arbeidsstyrken, altså at mange med dårlig helse kommer inn i arbeidslivet i gode tider. Empiriske undersøkelser finner ikke belegg for dette. Det økte sykefraværet i gode tider skyldes økt sykefravær i den mer permanente arbeidsstokken (Askildsen, Bratberg, & Nilsen 2005). Alternative forklaringer har inkludert hypotesen om at arbeidsstokken "disiplineres" når arbeidsledigheten stiger. Studiene over indikerer imidlertid at den høyere intensiteten og aktiviteten i oppgangstider kan representere en belastning på helsen som kan føre til økt sykefravær. En svensk studie finner blant annet at "sykenærværet", altså at folk er på jobb selv om de føler seg syke, øker for personer som opplever at arbeidskraften deres er vanskelig å erstatte, noe som kanskje er mer utbredt i oppgangstider (Aronsson & Gustafsson 2005). Det disse studiene indikerer, er at summen av alle motstridende helseeffekter og konsekvenser av en nedgangstid tenderer til å være positiv, i hvert fall på kort sikt.

Denne forskningen er interessant nok, men berører likevel ikke kjerne-spørsmålene i dette kapitlet. Studiene sier ikke mye om helsekonsekvensene for dem som opplever en forverret situasjon som følge av jobbtap i nedgangstider, og heller ikke noe om sysselsettingskonsekvensene for dem med dårlig helse når etterspørselen etter arbeidskraft synker.

Martikainen og Valkonen (1996) fant i en studie med finske data at arbeidsledige under en økonomisk nedgangstid hadde lavere dødelighetsrater enn arbeidsledige i økonomiske oppgangstider. Dette indikerer at gruppen av arbeidsledige er mer heterogen i nedgangstider, når arbeidsledigheten rammer bredere. Flere som i utgangspunktet har bedre helse havner da i gruppen og "drar opp" gjennomsnittet.

En svensk studie fant i motsetning til dette at helseforskjellen mellom ikke-yrkesaktive og sysselsatte var større under resesjonen på nittitallet enn under veksten på åttitallet (Åhs & Westerling 2006a). Likevel fant forfatterne ikke

noe samspill mellom arbeidsmarkedsstatus, arbeidsledighetsnivå og dødelighet i en annen studie (Åhs & Westerling 2006b).

At flere blir arbeidsledige innebærer imidlertid at flere opplever påkjenninger og konsekvenser som kan ha negative helseeffekter for individer. Bartley og Plewis (2002) fant at opplevd arbeidsledighet har helseeffekter selv etter 20 år. Forfatterne vurderer at helseseleksjon ikke spilte noen stor rolle i studien. Et annet moment som kan tenkes å påvirke helse i befolkningen på lengre sikt er at personer som avslutter videregående utdanning i en økonomisk nedgangstid har høyere forekomst av ikke-yrkesaktivitet gjennom hele yrkeslivet, alt annet likt (Raaum & Røed 2006).

Studien av Kristensen og Bjerkedal (2004) demonstrerte at effekten av nedgangstider ikke er lik for alle. I denne studien fant en at arbeidsledighet blant menn som hadde kronisk sykdom som barn, fulgte arbeidsledighetstrendene, men at nivået var vesentlig høyere enn for menn som ikke hadde hatt slik sykdom. Menn med lav utdanning fulgte også samme mønster, men hadde en økning rundt årtusenskiftet. Studien rapporterte også at arbeidsledighetsnivået blant dem med kronisk sykdom som barn og lav utdanning var mer sensitiv for konjunktursvingingene.

Bartley og Owen (1996) fant at samspillet mellom sosial klasse, dårlig helse og yrkesaktivitet blir mer uttalt ettersom arbeidsledighetsnivået øker, i betydning av at menn med lav klasse og dårlig helse i økende grad er å finne utenfor arbeidslivet. En alternativ fortolkning som skisseres i Dahl og Birkelund (1999) er at en slik trend reflekterer den langsiktige utviklingen mot et postindustrielt samfunn (Bell 1973; Esping-Andersen 1999) der høyere kvalifikasjoner, omstillingsevne og høy produktivitet i økende grad er en forutsetning for yrkesdeltakelse mens ansatte i tradisjonelle manuelle yrker og lavt utdannede taper terreng.

Disse studiene viser at selv om helse, helseadferd og dødelighet antakelig bedres i økonomiske nedgangstider, er spesielle grupper sårbare for konjunktursvinginger. Dette gjelder grupper som i utgangspunktet har færre økonomiske og helsemessige ressurser.

### 3.5. Sammenfatning

I dette kapitlet har vi sett at flere mekanismer på ulike nivåer påvirker den helsen vi kan observere i forskjellige grupper i og utenfor arbeidsmarkedet, og også hvordan disse mekanismene spiller sammen. Studier som har fokusert på individers yrkesdeltakelse finner betydelige innslag av helse-relatert seleksjon i overganger inn i og ut av arbeidsmarkedet. Dette ser ut til å gjelde både menn og kvinner, og både hva angår psykisk og fysisk helse, selv om enkelte studier har noe avvikende funn. Samtidig finner studier også klare indikasjoner på en påvirkningseffekt av arbeid og ikke-yrkesaktivitet på fysisk helse, herunder dødelighet og mental helse. Vi konkluderer med at begge forklaringer er viktige, men seleksjonsforklaringen framstår som den mest potente. I siste kapittel vil gi en mer detaljert teoretisk drøfting av mulige mekanismer.

Videre har vi sett at seleksjonseffektene inn og ut av arbeidslivet kan inngå i samspill med sosioøkonomisk status, som i den såkalte "sunn arbeider"-effekten. Studier tyder også på at denne effekten er tiltakende over tid. Også her finnes imidlertid studier med avvikende funn. Dette kan skyldes at effekten er avhengig av velferdsstatskonteksten, sammensetning av arbeidsstokken, og lønnsforskjeller innad i de ulike land. I tillegg kan ulike funn også bero på ulike valg av forskningsmetodikk. I hvilken grad personer som har gjennomgått et alvorlig sykdomsforløp reintegreres i arbeidslivet ser også ut til å være påvirket av plass i lagdelingen, for eksempel utdanningsnivået. Overlevende kreftrammede med lavere utdanning har lavere inntekt fra arbeid etter at de er kommet tilbake i arbeidslivet. Studier som benytter et livsløps-perspektiv finner at mennesker med sosiale og helsemessige problemer i oppveksten opplever lavere yrkesdeltakelse og oppnår lavere utdanning enn dem som er heldigere stilt. Samtidig har de som opplever arbeidsledighet høyere sjanse for å utvikle mer helseskadelige livsstiler, og får dårligere helse enn permanent yrkesaktive. Slike effekter vedvarer gjennom hele yrkeslivet. En studie finner likevel at personer med kronisk sykdom i oppveksten ikke hadde høyere sykefravær hvis de først var sysselsatt.

Mellomnivået, her representert ved bedriftene, har også betydning for helserelaterte seleksjonsprosesser i arbeidsmarkedet. Bedriftsnedleggelse

rammer særlig individer med lav sosial status, og trolig dårlig helse, samtidig som re-sysselettingen er lavere for disse gruppene. En studie viser at nedbemanningprosesser har negative helseeffekter også for dem som blir værende i bedriften. Noen studier antyder at diskriminering og stigmatisering av grupper som overvektige og røykere kan være en seleksjonsmekanisme inn i og ut av arbeidslivet.

På makronivået finner flere studier at velferds konteksten kan være av betydning, selv om tilfanget av systematiske studier av flere land er mangelfullt. Én studie indikerer at de skandinaviske landene har større relative helseforskjeller mellom sysselsatte og arbeidsledige enn sør- og østeuropeiske land. Andre studier finner høyere inkludering av syke med lavere kvalifikasjoner i arbeidslivet i Sverige enn i Storbritannia. Funnene er dermed noe tvetydige på dette området. Samtidig ser det ut til at økonomiske konjunktursvinginger kan ha en betydning. Konjunktursvingningenes betydning er imidlertid svært kompleks, og sammenhengene virker i flere retninger og ulikt for ulike helse mål.

## Kapittel 4 Oppsummering og drøfting

### 4.1. Innledning

Formålet med dette kapitlet er å oppsummere hovedresultatene fra kapittel 2 og 3, og å drøfte utvalgte funn i lys av trekk ved den norske og nordiske modellen.

### 4.2. Oppsummering

Helsetilstanden er dårligere blant nesten alle grupper i arbeidsfør alder som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet, enn blant yrkesaktive. Dette gjelder også grupper utenfor arbeidsmarkedet som ikke mottar helserelaterte ytelser, dvs. mottakere av ledighetstrygd og av sosialhjelp. Sysselsettingen er også markert lavere blant syke og funksjonshemmede enn blant mennesker uten sykdom og funksjonshemming. En del undersøkelser har forsøkt å finne ut om det er sosiale årsaker til slike mønstre eller om det er helserelatert seleksjon som ligger bak. Antakelig er seleksjon den viktigste forklaringen på dette fenomenet; altså at mennesker med dårlig helse forlater arbeidslivet, og at de har problemer med å slippe inn. Men mange studier støtter også at enkelte trekk ved status som ikke-yrkesaktiv virker negativt på helse-tilstanden, lengre tids eksponering for arbeidsledighet for eksempel. Helse-tilstand er således sentralt for å forklare inntreden i og uttreden fra arbeidslivet, i Norge og i andre land. Nedsatt helse virker imidlertid ikke isolert, og bør heller ikke betraktes som en fast og absolutt størrelse. Helse interagerer med sosioøkonomisk status: Personer med lav utdanning eller lav yrkesstatus, og som har et helseproblem (langvarig sykdom eller funksjonshemming) løper større risiko for å være utenfor arbeidsmarkedet enn syke som er bedre sosialt stilt. Flere studier fra Norge og Norden viser at det er mobilitetsprosesser som genererer slike mønstre. Personer med høyere sosioøkonomisk status, høy utdanning for eksempel, som får et helseproblem, vil oftere opprettholde en yrkestilknytning enn en person med lav utdanning. Tilsvarende samspill mellom sykdom og sosioøkonomisk status er påvist når det gjelder sjansen for å komme inn i arbeidsmarkedet igjen etter å ha hatt en alvorlig sykdom (kreft for eksempel). Lav sosioøkonomisk status kan avspeile få ressurser av

ulik art, og dessuten egenskaper ved jobben, for eksempel at den er fysisk anstrengende. Helsetilstand, og dermed arbeidsevne, er relativ til jobbkravene spesielt og kravene i arbeidslivet generelt. Dette er i og for seg ikke ny innsikt (Halvorsen 1977). Dette er en problemforståelse som også artikuleres av norske myndigheter. Helse og omsorgsdepartementet sier i stortingsmeldingen om strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller:

*”Selv om vi på langt nær har tilstrekkelig kunnskap om sammenhengene mellom arbeidsmiljø, helseproblemer og utstøting fra arbeidslivet, kan vi anta at utstøting primært rammer den lett utbyttbare arbeidskraften, det vil si de med minst utdanning, og at helseskadelig arbeidsmiljø primært rammer de som har få valgmuligheter. Dette vil ofte være arbeidstakere med kort utdanning, kvinner i deltidjobber, innvandrere og ungdom.” (St. meld. nr. 20, side 42).*

Den empiriske litteraturen vi har gått gjennom i denne rapporten gir langt på vei støtte til den problembeskrivelsen som her kommer til uttrykk.

Det er òg en tendens til at helseforskjellene mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive har økt over tid i Norge. Det har dermed skjedd en helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive. Dette er dokumentert fra tidlig på 80-tallet og fram til midten av 90-tallet. Det henger sammen med at syke ufaglærte arbeidere og personer med lavere utdanning i økende grad ble stående utenfor arbeidsmarkedet (dvs. en ekspanderende ”sunn arbeider-effekt”). En konsekvens av disse mobilitetsprosessene var at forskjeller i sykdom mellom yrkesklassene blant yrkesaktive var visket ut i 1995, etter alt å dømme på grunn av helse-, og klasserelaterte mobilitetsprosesser inn i og ut av arbeidsmarkedet. Det er tegn på stillstand i sysselsettingen hos lavt utdannede med helseproblemer fra midten av 1990-tallet og fram til midten av 2000-tallet. Analyser av sysselsettingen blant funksjonshemmede viser for øvrig tilsvarende stabile utviklingstrekk. Sett i lys av arbeidslinjen, som har vært rådende politikk siden tidlig på 1990-tallet, og avtalen om et inkluderende arbeidsliv som ble undertegnet av partene i arbeidslivet i 2001, er dette bemerkelsesverdig. Nedsatt arbeidsevne på grunn av svekket helse er høyst sannsynlig en viktig mekanisme til å forklare de mønstre og trender vi har

påvist. Men det kan også være innslag av indirekte seleksjon, at sammenhengen mellom helse og sosioøkonomisk status i voksenlivet skyldes svekket helse, eller helsepotensial, som stammer fra yngre år. Andre aspekter ved seleksjonsmekanismen er diskriminering av kronisk syke, kanskje særlig av mennesker med psykiske plager eller funksjonshemminger, stigmatisering for eksempel av røykere, eller lav grad av attraktivitet, for eksempel på grunn av overvekt og fedme. Dette kan være subtile sosiale mekanismer som kan være vanskelig å påvise i empiriske studier av helserelatert sosial mobilitet. En mekanisme på mellomnivået som ser ut til å bety en del er omstillinger, omorganiseringer og nedbemanninger i arbeidslivet. Dette ser ut til å øke overgangen til ikke-yrkesaktivitet, og til å gjøre arbeidsdagene mer krevende for dem som blir igjen i virksomheten. Mye tyder på at mennesker med lav utdanning rammes hardest av slike prosesser.

Det er også tegn på at ikke-yrkesaktivitet i ulike former har en negativ effekt på helsa. Igjen gir som regel ikke foreliggende statistiske undersøkelser innsikt i hvilke mekanismer som virker. Det er for eksempel vanskelig å si om ikke-yrkesaktivitet har utløst helseplager, har forsterket dem, om helseproblemer har oppstått som følge av andre sosiale problemer som opptrer samtidig på andre livsområder, eller om det er ikke-yrkesaktivitet som sådan som isolert sett har skapt helsesvikten. Særlig innenfor arbeidsledighetsforskningen er det utviklet modeller for å forstå dette forholdet. En slik modell er "økonomiskam-sosiale bånd"-modellen som foregir å forklare sammenhengen mellom arbeidsledighet og nedsatt mental helse (Halvorsen 1997). I korthet hevder denne modellen at risikoen for dårlig mental helse øker ved at utgang fra arbeidslivet fører til tap av inntekt, noe som gir økonomiske problemer og bekymringer, noe som i sin tur leder til tap av selvtillit. Dette kan skyldes at en blir mistenkeliggjort som arbeidssky, eller fordi en ikke lever opp til normen om selvhjelpenhet. Mulige tap av sosiale nettverk og påfølgende svekket sosial støtte har tilsvarende ugunstige konsekvenser for helsa (Halvorsen 1997)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vi takker Knut Halvorsen for innspill til å nyansere årsaksrelasjonen mellom arbeidsledighet og helse.

### **4.3 Noen komparative betraktninger**

Det foreligger noen få studier som systematisk anvender et komparativt design for å vurdere i hvilken grad velferdsstatsregimet – konstellasjonen av arbeidsmarked, offentlige institusjoner og familien – influerer på forholdet mellom helse, klasse og arbeidsmarkedsatferd. Flere hypoteser om effektene av velferdsstatsregime kan fremmes (se også kapittel 3). Fordi Norge og andre nordiske land har universelle og sjenerøse ytelser (for eksempel sykepenger og uførepensjon), vil det anspore dem som har begrensede arbeidsmarkedsressurser (lav utdanning for eksempel) og sviktende helse til å forbli utenfor arbeidsmarkedet. Norge har svært høy yrkesdeltakelse i internasjonal sammenheng. I så måte er det norske arbeidslivet relativt inkluderende. Det kan bety at de som ikke er i arbeidslivet har temmelig alvorlige arbeidsmarkedsproblemer, ikke minst forbundet med helse, noe som tilsier at mennesker i Norge (og Norden) som står utenfor arbeidsmarkedet vil være mer plaget av helseproblemer enn tilsvarende grupper i andre land der sysselsettingsnivået er lavere. En slik sammenheng vil kompliseres ved at arbeidsmarginale grupper trekkes inn i og skyves ut av arbeidsmarkedet i takt med konjunktursvingningene. En kan også tenke seg hypoteser som forutsier det motsatte.

Fordi Norge har et forholdsvis omfattende repertoar av aktive tiltak innrettet mot yrkeshemmede skulle en forvente en høy yrkesdeltakelse blant disse vanskeligstilte. Komparative undersøkelser viser at den protestantiske arbeidsetikk står sterkt i de nordiske land (Esser 2005), til tross for universelle og forholdsvis rause stønadsnivåer. Dersom det er arbeidsmoralen det står på, skulle en vente høy sysselsetting blant kronisk syke og personer med nedsatt helse. Det er ikke mange komparative studier som systematisk har prøvd slike hypoteser. De få relevante undersøkelsene som er gjort antyder at velferdsstater av nordisk type har høyere sysselsetting blant kronisk syke enn England, som er en representant for det liberale regimet (Whitehead mfl. 2009). Studier fra andre land viser at lav sosioøkonomisk status kombinert med helsesvekkelse ikke alltid er forbundet med avgang fra arbeidsmarkedet, slik det er i Norge. I USA synes det snarere å være motsatt. Der er det å forlate arbeidsmarkedet på grunn av sykdom blant folk i arbeidsfør alder en "luksus" som "bare" velutdannede og rike kan unne seg. I Norden og andre europeiske land er denne muligheten demokratisert og i større grad tatt i bruk av mennesker med lavere sosioøkonomisk status. Slike funn impliserer



at velferdsstatens arkitektur definitivt kan spille en avgjørende rolle for hvilke former interaksjonen mellom helse og sosial ulikhet antar med hensyn på yrkesaktivitet.

#### **4.4 Nærmere om arbeidsevne og jobbkrav**

Hvorvidt individer kombinerer helseproblemer med arbeid, avhenger enkelt sagt av individets vilje, evne og muligheter til å arbeide. Vi har i denne rapporten vært opptatt av evnen til å jobbe og mulighetene for det. Hvorvidt en har vilje til å jobbe vil ofte være påvirket av hvilke muligheter en tror en har i jobbmarkedet, rådende normer, forventninger og tilgjengelige sosiale roller for kombinasjon av helsesvikt og arbeid, men også av vurderinger av hvilke gevinster dette innebærer sammenlignet med alternativet, som også har sine fordeler og ulemper. I mange år har det vært ført en faglig og politisk debatt i Norge om hvorvidt manglende yrkesdeltakelse er forbundet med et ønske om å være utenfor arbeidsmarkedet og leve av rause trygdeytelser ("attraksjonshypotesen"), eller om den er knyttet til utstøting og utestengning på grunn av strukturelle forhold i samfunn og arbeidsliv ("utstøtingshypotesen"). Det er nok attraksjonsforklaringen som rår grunnen i dag, både faglig og politisk: offentlige ytelser i Norge er så høye at de gir økonomiske insentiver til å velge stønad framfor arbeid. Denne forklaringen har sikkert noe for seg, men den støter på minst to problemer. En slik insentivtankegang tilsier at en skulle forvente svak arbeidsmotivasjon og lav sysselsetting i land med sjenerøse trygdeytelser, for eksempel i Norge og i andre nordiske land. Dette er imidlertid ikke tilfellet. Sammenliknende studier viser som nevnt at den protestantiske arbeidsetikken, er høy i de nordiske land *til tross for rause ytelser* (Esser 2005). Denne typen empiri er vanskelig å forene med en teori om at høye velferdsytelser korrupperer arbeidsmoralen i samfunnet. Det faktum at sysselsettingsratene i de nordiske land er blant de høyeste i verden, motsier også en teori om at høye stønadsnivåer er et alvorlig hinder for å delta i yrkeslivet. Et alternativ er å rette oppmerksomheten mot forholdet mellom *arbeidsevnen og arbeidslivets krav*, og arbeidsgivernes vilje til å ansette folk som har helseproblemer og samtidig ikke har så mye annen "human kapital", heller enn å fokusere ensidig på folks *arbeidsvilje og stønadenes sjenerøsitet*. Her vil vi gi et lite bidrag til en slik alternativ forståelse, som slett ikke er ny, ved å analysere utviklingen av folkehelsa, som uttrykk for folks

arbeidsevne, og utvalgte trekk ved arbeidslivet som reflekterer (endringer i) arbeidslivets krav. En slik analyse må ta for seg forholdet mellom helsetilstand, øvrige ressurser hos en person og arbeidslivets krav, og endringer i og mellom disse størrelsene. Vi ønsker i første rekke å forstå i hvilken grad og på hvilken måte utstøting og utelukkelse fra arbeidslivet er sosialt og helsemessig stratifisert. Vi er i denne omgang *ikke* opptatt av omfanget av ikke-yrkesaktivitet og tilhørende bruk av offentlige stønader.

### **Utvikling i folkehelsen**

I kapittel 2 har vi vist at sykkelighet og helseproblemer er mer utbredt i ulike grupper av ikke-yrkesaktive enn blant yrkesaktive. Det har skjedd en helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive over tid. En slik utvikling kan finne sted enten sykkeligheten er stabil, øker, eller minsker i befolkningen. Hvordan har folkehelsen utviklet seg i Norge over de siste tiårene? Dødeligheten har gått ned jevn og trutt lenge, og levealderen tilsvarende opp både blant kvinner og menn i Norge SSB 2009b. Stundom tas dette til inntekt for at folkehelsen er i generell bedring i Norge. Dette er en forhastet slutning, all den tid vi har i hvert fall tre separate dimensjoner ved helse å ta hensyn til. Dødeligheten berører bare "disease"-dimensjonen, og kun den delen som inkluderer dødelige sykdommer, skader og atferd. "Disease" øker i omfang på noen områder (kreft) og minker på andre (hjerte- og karsykdommer). "Illness" øker på noen områder (muskel-skjelettplager og mentale lidelser) og er stabil på andre områder (langvarig sykdom). "Sickness" er stabil på noen områder (nedsatt aktivitet), øker jevnt på enkelte (uføretrygd) og svinger på atter andre (sykefravær) (Folkehelseinstituttet 2009, SBB 2009b). For utviklingen av "sickness" er det av stor betydning hvordan muskel-skjelett-sykdommer og mentale lidelser utvikler seg, siden mye sykefravær og uførepensjonering er knyttet til disse to kategoriene av lidelser (Nasjonal helseplan 2006). I befolkningen generelt er det også en økende forekomst av overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høyt kolesterol (Nasjonal helseplan 2006). Analyser av utviklingen i ulikhet i helse viser økning eller stabilitet avhengig av hvilket helsemål en ser på. Ulikhetene i dødelighet, og i de dominerende dødsårsakene har økt etter utdanning og inntektsnivå. Når det gjelder ulikhet i somatisk helse og egenvurdert helse ser utviklingen ut til å være stabil. Utviklingen over tid i ulikhet i mental helse er dårlig studert

(Sund & Krokstad 2005). Denne empirien indikerer at grupper med lavere sosioøkonomisk status i hvert fall *ikke har forbedret* sin posisjon vis-a-vis privilegerte grupper over tid.

På denne bakgrunn er det vanskelig å si presist hvordan folkehelse sett under ett har utviklet seg, og hvordan den vil bevege seg framover. Dermed er det også vanskelig å vurdere hvordan arbeidsevnen isolert sett påvirkes av helsetilstanden. Den beskrivelsen som er best i samsvar med gjeldende kunnskap er at den norske folkehelse er i bedring på noen områder, men ikke på andre områder. Det er ikke grunnlag for å hevde at den jevnt over er blitt bedre. All den tid andelen som svarer at de har en langvarig sykdom (illness) i Levekårsundersøkelsene ligger på rundt 50 prosent, er det et stort "potensial" for "sickness" i befolkningen, dvs. en mulighet for at "illness" kan slå over i "sickness". De sosiale ulikhetene i helse er heller ikke blitt mindre.

### ***Endringer i arbeidslivets krav***

Flere hevder at det norske arbeidslivet er i ferd med å bli brutalisert (Wahl 2002). Det blir blant annet vist til økte krav til produktivitet, effektivitet, arbeidsintensitet, fleksibilitet, omstillingsevne og jobbferdigheter. Arbeidstakerne blir utsatt for mer stress og press og får mindre selvbestemmelse. Også offentlig sektor har markert seg gjennom streben etter høyere produktivitet, effektivisering, fristilling, (del)privatisering, outsourcing, og reformer inspirert av New Public Management (Trygstad mfl. 2007, Vabø 2007). Hva kan vi si om endringer i kravene i det norske arbeidslivet over de siste tiår med utgangspunkt i foreliggende undersøkelser?

Norge er i ferd med å bli et postindustrielt samfunn. Blant annet kommer tjenesteytingens etter hvert dominerende plass til uttrykk ved at oppunder 80 prosent av de sysselsatte har daglig kontakt med klienter eller brukere. Industrissysselsettingen er gått ned, og jobbene i industrien er forandret. Enklere jobber for arbeidstakere med liten utdanning finnes nesten ikke lenger; de er automatisert bort (Bråthen 2009). I forbindelse med slike strukturforandringer har det vært mye diskusjon om "det nye arbeidslivet" og de nye og antatt økte krav dette stiller til arbeidstakerne. Det er trukket fram flere forhold som er ment å karakterisere det nye

arbeidslivet: "krav om individuelle tilpasninger i arbeidstid og i yrkesarbeidets organisering og innhold, flytende grenser mellom arbeid og privatliv på grunn av utviklingen innen informasjonsteknologien, omstilling, økt kompleksitet og intensitet..." (Rønning 2002). Torp (2005:12) trekker blant annet fram større krav til effektivitet og lønnsomhet, beherskelse av ny teknologi, lønn etter innsats, og at arbeidstakerne må forholde seg til krevende kunder og klienter. Det har på denne bakgrunn vært spekulert på om det nye arbeidslivet er mer psykososialt krevende, mer grenseløst, og mer "brutalt" enn det "gamle". Det er hevdet at det skaper ulike typer av stress og belastninger, og derfor også virker mer utstøtende (Torp 2005). En analyse av sykefraværet i norske bedrifter i lys av numerisk og funksjonell fleksibilitet, ny teknologi og resultatbasert lønn, bekrefter ikke en slik forestilling. Analysen viser at "det nye arbeidslivet" ikke skaper mer sykefravær enn det gamle (Torp og Mastekaasa 2005). Dette funnet er konsistent med tesen til Øverbye og Hammer (2006) om at de fleste som faller ut av arbeidslivet kommer fra det "gamle" arbeidslivet, og ikke det nye. Rønning (2002) fant videre at andelen arbeidstakere i det nye arbeidslivet er mindre enn det debatten kan gi inntrykk av. I sin "jakt på den moderne arbeider" har hun oppdaget at 10 prosent kan karakteriseres som "moderne arbeidstakere". "Den moderne arbeidstakeren" rapporterer helle ikke om spesielt mye stress og psykiske belastninger i jobben. Rønning (2002) oppsummerer: "Hoved-inntrykket er at den moderne arbeider har det bedre eller like bra som andre arbeidstakere på de fleste av arbeidsmiljøfeltene vi har sett på." Hun peker på flere forklaringer, at det er nytt og at konsekvensene ikke er synlige enda, at det også er underlagt offentlige reguleringer, og sist men ikke minst, at denne begrensede delen av arbeidslivet er befolket av ressurssterke arbeidstakere, ofte unge menn med utdanning (Rønning 2002). Endelig peker Rønning (2002) på at "...mye faktisk ikke er så nytt." Det norske arbeidslivet er fremdeles preget av faste former og reguleringer.

"Det nye arbeidslivet" er derfor neppe en viktig kilde til utstøting og utelukkelse av lavt utdannede og kronisk syke i Norge. Antall sysselsatte er lite, mye er som før, og arbeidsstokken er ung og ressurssterk.

Det vi har av generelle landsrepresentative arbeidsmiljøundersøkelser tegner

også et temmelig entydig bilde. En hovedkonklusjon fra en slik undersøkelse var at det er "Få indikasjoner på økt arbeidspress generelt i arbeidslivet" (Rønning 2006). I denne studien ble det benyttet data fra Arbeidskraftundersøkelsen og fra Levekårsundersøkelsen for å studere sammenhengen mellom arbeidsmengde og arbeidspress. Dataene viste et forholdsvis stabilt bilde av de sysselsattes arbeidsmengde, men spørsmålet er om arbeidspresset er blitt større innenfor de timene folk jobber. Levekårsdata fra 1996, 2000 og 2003 ble brukt til å kaste lys over dette. Tre spørsmål tjente som indikatorer på arbeidspress: Opplevelse av tid til å utføre arbeidet på en skikkelig måte; Tilfredshet/utilfredshet med arbeidsmengden i jobben; I hvor stor grad en selv kan bestemme tidsfrister og eget arbeidstempo. Forfatteren fant at det ikke har skjedd noen utvikling mot større arbeidspress for alle yrkesaktive sett under ett. En nærmere analyse av utviklingen i utvalgte yrker og næringer viste også et ganske stabilt mønster etter disse kjennetegnene, men med visse unntak: de som jobber i undervisning er mer presset enn sysselsatte i andre næringer, og ansatte i helse- og sosialsektoren opplever et økende arbeidspress over tid.

En rapport om helse, miljø og sikkerhet viste et liknende bilde (Bråthen mfl. 2008). Forfatterne sammenliknet endringer i arbeidsmiljøet fra 2001 til 2007 ved hjelp av to spørreskjemaundersøkelser. De viste at det er små endringer i opplevelsen av en stressende hverdag, men at det likevel er "en del" arbeidstakere som opplever stress (Bråthen mfl. 2008). Det psykososiale arbeidsmiljøet er lite endret i perioden og rapporteres gjennomgående å være bra. Det er en bedring i ergonomiske og fysisk/kjemiske arbeidsmiljøforhold. Flere har fått en mer fleksibel arbeidshverdag, men innenfor gjeldende institusjonelle rammer. Forfatterne peker på at omorganiseringene i statlig sektor nok har satt sine spor, idet flere her blant annet melder om for høyt arbeidstempo og for høy bruk av overtid (Bråthen mfl. 2008:12).

Tynes mfl. (2008) har også nylig lagt fram en rapport om arbeidsmiljøets utvikling i Norge. Den er basert på Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Deres funn er sammenliknbare med dem vi har presentert ovenfor. Utover dette demonstrerte Tynes mfl. hvordan ulike typer arbeidsbelastninger fordeler seg på ulike typer yrker. De skriver:  
"...tradisjonelt manuelle, mannsdominerte yrker innenfor bygg- og an-

leggssektoren, på verksteder og i industrien ligger på toppen når det gjelder totalbelastning av kjemiske, fysiske og ergonomiske miljøfaktorer. De organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøbelastningene fordeler seg jevnere mellom yrkesgruppene, men har en relativt høy forekomst innenfor flere kvinnedominerte yrker i helsevesenet og tjenesteytende sektor.” (Tynes mfl. 2008:7)

Det bildet som tegnes i disse undersøkelsen er at det ikke har funnet sted noen generell ”brutalisering” av norsk arbeidsliv slik det stundom hevdes, og at bildet heller preges av stabilitet, med forbedring på noen områder og forverring på enkelte andre. Det er imidlertid verd å merke seg at ansatte i bestemte sektorer (tjenesteyting, undervisning, helse- og sosial) rapporterer om vedvarende eller økende arbeidspress.

Slike spørreundersøkelser rettes til dem som er sysselsatt i norsk arbeidsliv og har derfor noen begrensninger, selv om de gjennomgående er av god kvalitet. De lider av en metodisk svakhet som er spesielt viktig i denne sammenheng: *De som har forlatt arbeidslivet blir ikke spurt*. Undersøkelsene som er referert ovenfor tar ikke hensyn til seleksjon ut av arbeidslivet, overgang til lettere yrker, og den sunne arbeidereffekten. Vi vet derfor ikke hva de med nedsatt helse, som har måttet forlate arbeidslivet fordi de ikke har klart å innfri kravene, ville ha rapportert. Det er grunn til å tro at de ville hatt et mer kritisk syn på kravene i arbeidslivet enn dem som er spurt, og som er i stand til å mestre belastningene. Tidsseriene i SSBs arbeidsmiljøundersøkelser går dessuten sjelden svært langt tilbake (SSBs statistikkbank). Informasjon om langtidstrenger er derfor sjelden. Når en bryter ned tallene på for eksempel yrker og bransjer, blir den statistiske usikkerheten også forholdsvis stor. Videre er det en begrensning at informasjon om teoretisk begrunnede beskrivelser mangler, for eksempel Siegrists kontroll/innsats-ubalansemodell (se kapittel 1).

I tillegg til at det er et essensielt metodepoeng å få i tale dem som er selektert ut av arbeidslivet på grunn av dårlig helse (eller har skiftet til et lettere yrke), er det særlig interessant å studere yrkesaktive som faktisk har gjennomgått omorganiseringer, omstillinger og nedbemanning. Flere av de studiene

som er referert ovenfor har skilt mellom arbeidsmiljøforhold i ulike yrker og næringer. Vi trenger imidlertid analyser som sammenlikner arbeidsforholdene til arbeidstakere som har vært eksponert for omstillinger med forholdene til de som ikke har opplevd det. En slik analyse av Levekårsundersøkelsen 2003 fant at arbeidstakere som hadde vært gjennom en omstilling rapporterte om en hardere arbeidshverdag når det gjaldt større arbeidsmengde, for mange arbeidsoppgaver, knapphet på tid, stramme tidsfrister, økt overtid, og for store krav til mestring (Trygstad mfl. 2006: 17). På samme vis finner en artikkel basert på samme datamateriale at arbeidstakere som har opplevd omorganisering på arbeidsplassen i tillegg til høyere arbeidspress rapporterer mer jobb usikkerhet, lav jobbtilfredsstillelse og flere arbeidsrelaterte helseplager (Østhus 2007). Det ser altså ut til at omstillinger ofte fører til at en del arbeidstakere forsvinner fra arbeidslivet, mens arbeidsforholdene for de gjenværende blir vanskeligere og mer belastende. For dem som blir igjen, kan konsekvensene være uheldige på lengre sikt.

Et mer "objektivt" mål på endringer i "arbeidslivets krav", som ikke er avhengig av de sysselsattes rapporteringstilbøyelighet, er informasjon om utviklingen av arbeidsproduktiviteten i Norge. Ifølge offisielle kilder har antall timeverk per innbygger vært tilnærmet konstant i Norge siden 1970-tallet (St.meld. nr 9. 2009:59). I samme periode har produktivets-veksten bidratt til å tredoble den gjennomsnittlige realinntekten i landet. Særlig har produktiviteten vært høy siden begynnelsen av 1990-tallet. Økt arbeidsproduktivitet skyldes, ifølge Perspektivmeldingen, blant annet økt kompetanse hos arbeidstakere og overføring av ressurser fra lavproduktive til høyproduktive næringer. Dette henger igjen sammen med en rekke samfunnsmessige trekk som økt utdanningsnivå, forskning og utvikling, større konkurranse, samt institusjonelle og kulturelle forhold (St. meld. nr. 9, 2009: 59). I en analyse av produktivets-utviklingen og omstillingstakten i norsk økonomi, hevder Salvanes:

"...det er stor dynamikk i det norske arbeidsmarkedet; det er stor mobilitet av arbeidskraft mellom bedrifter innen sektorer og en kraftig reallokering av arbeidskraft fra industrien til andre næringer. Denne fleksibiliteten i arbeidskraften er mye av grunnen til de produktivets-gevinstene en har sett." (Salvanes 2008:280).

Ifølge denne analysen har altså en fleksibel arbeidsstyrke vært en viktig forutsetning for veksten og velstanden i Norge. Norske arbeidstakere jobber ikke mer nå enn før, men de er blitt veldig mye mer produktive. Det er også verdt å merke seg at produktivitetsveksten i Norge siden 1970-tallet er høy i internasjonal målestokk (SSB 2008:77). I internasjonal sammenheng har Norge altså høy arbeidsproduktivitet, og den har økt særlig kraftig de siste 15-20 år. I kjølvannet av dette har det vært stilt krav om stor omstillingsevne og fleksibilitet til arbeidstakerne. Likevel har Norge klart å opprettholde en relativt stor og heterogen arbeidsstyrke.

For å oppsummere: Det har skjedd dyptgripende strukturendringer, omstillinger og omorganiseringer i norsk arbeidsliv over de seneste tiår. Dette gjelder også offentlig sektor. Omfanget av slike prosesser har vært betydelig og mange arbeidstakere har vært berørt. Produktiviteten i norsk arbeidsliv har økt kraftig over en 30-årsperiode. Dette skyldes blant annet høy arbeidskraftmobilitet innen sektorer og mellom næringer, særlig overgang av arbeidskraft fra industri til tjenesteyting. Enkle jobber, som kan matche kvalifikasjonene til personer med kort utdanning, er blitt mangelvare i norsk arbeidsliv. Samtidig viser undersøkelser at denne typen omstillinger øker risikoen for avgang fra arbeidslivet, og at de bidrar til større påkjenninger for dem som blir igjen i virksomhetene (se kapittel 3). Det er grunn til å anta at arbeidstakere som utsettes for dette opplever usikkerhet og psykososialt, helseskadelig stress. Det er også grunn til å tro at arbeidstakere med lav utdanning og svekket helse er spesielt sårbare. Slike arbeidstakere står trolig overfor en "dobbelt byrde": de har mindre ressurser til å takle omstillinger, og de har færre jobbalternativer. Helserelatert utstøting fra arbeidslivet trenger logisk sett ikke å være forbundet med forverret folkehelse, eller større ulikheter i helse, så lenge det er kravene til omstilling og fleksibilitet som er skjerpet.

Produktivitetsveksten og omstillingene skaper mange vinnere, et stort flertall som nyter godt av økonomisk vekst og velferd. Utviklingen skaper imidlertid også "tapere" i form av utstøtte, i særdeleshet arbeidstakere med lavere sosioøkonomisk status og nedsatt helse.



#### **4.5. Noen avsluttende refleksjoner**

I Norge har syke og funksjonshemmede tildels økende problemer med å få fotfeste i arbeidsmarkedet, spesielt om de i tillegg har lav sosioøkonomisk status. Dette er situasjonen til tross for myndighetenes intense arbeidslinje-politikk over en rekke år, de beste intensjoner og målsettinger i treparts-avtalen om et inkluderende arbeidsliv, og en uvanlig sterk høykonjunktur de siste år og fram til høsten 2008. I enkelte bransjer har det til og med vært mangel på arbeidskraft. Samtidig har sysselsettingen økt fram til det siste, og sysselsettingen i Norge er helt i verdenstoppen (jfr. Kapittel 1). I internasjonal sammenheng *har* Norge et inkluderende arbeidsliv. Det innebærer at det er relativt få i arbeidsfør alder som står utenfor arbeidsmarkedet. De som er utenfor har imidlertid spesielle kjennetegn, i det de ofte har nedsatt helse og lavere sosioøkonomisk status, for eksempel lavt utdanningsnivå. Den norske arbeidslinjepolitikken har et stykke på vei tatt dette inn over seg ved å arbeide for å styrke vanskeligstilte gruppers stilling på arbeidsmarkedet.

Myndighetene har fulgt to strategier i dette arbeidet, kapasitetsbyggings-strategien og insentivstrategien (Johansson & Hvinden 2008). Førstnevnte innbefatter tiltak som utdanning, opplæring og arbeidstrening. Sistnevnte strategi omfatter tiltak som skal gjøre det (mer) lønnsomt å arbeide. Det disse to strategiene har felles er fokus på egenskaper ved enkeltindivider. Det er det enkelte individ som skal få den arbeidstrening vedkommende mangler, og det er det enkelte individ som skal ansføres til å velge jobb framfor offentlig stønad.

Spørsmålet er om en slik individualistisk tilnærming er godt nok tilpasset de problemer som personer utenfor arbeidsmarkedet i dag sliter med. I forlengelsen av dette oppstår det vel så viktige spørsmålet om det post-industrielle arbeidslivet, slik det er beskrevet ovenfor, kan åpnes enda mer for mennesker med nedsatt helse og lav utdanning. I hvilken grad er de i stand til å tilpasse seg pågående omstillingene og møte kravene til produktivitet? Hvor attraktive vil de være for arbeidsgivere som nærmest av systemtvang må være opptatt av arbeidstakernes produktive evner, enten de er i det private (av markeds-messige grunner) eller i det offentlige (av politiske grunner)? Det er minst tre grunner til at private og offentlige arbeidsgivere vil være tilbakeholdne

med å ansette, eller fastholde, arbeidstakere med sviktende helse og kort utdanning. Den første er faren, eller frykten for at å ansette, eller beholde en kronisk syk går ut over produktiviteten og øker sykefraværet. IA-avtalen har redusert sykefravær som sin primære målsetting. Hvilke incentiver gir det til å ansette mennesker med nedsatt helse? Et annet institusjonelt trekk ved norsk arbeidsliv er et sterkt oppsigelsesvern. Dette gjør det vanskelig å si opp arbeidstakere som ikke er stand til å yte fullt. Dermed er det tryggere å la være å ansette arbeidstakere som i utgangspunktet antas å være mindre produktive. Det tredje trekket er den sammenpressete lønnsstrukturen i Norge som skyldes ordningen med sentrale lønnsforhandlinger (Barth mfl. 2003). Dette innebærer at de laveste lønningene er forholdsvis høye. Konsekvensen er at arbeidstakere med lavere produktivitet, og/eller høyt sykefravær, kan bli dyre å ha på lønnslista. I dette perspektivet er "statistisk diskriminering" av kronisk syke en rasjonell arbeidsgivertilpasning så lenge de i gjennomsnitt antas å ha lavere produktivitet og høyere sykefravær enn friske. Disse resonnementene tilsier at svaret på spørsmålet vi stilte ovenfor er at arbeidsgiverne neppe uten videre vil slå dørene på vidt gap for vanskeligstilte grupper.

Dette institusjonelle arrangementet har imidlertid vist seg vellykket målt ved flere suksesskriterier. Disse sosiale institusjonene, som langt på vei er med på å definere den norske (og nordiske) samfunnsmodellen, har gitt både *likhet og effektivitet* – både et egalitært samfunn og et samfunn med økonomisk velstand og vekst (Dahl & Lorentzen 2008, Fordelingsutvalget 2009). Og dette er ingen liten prestasjon sett i lys av toneangivende økonomisk ortodoksi som går ut på at en må velge enten det ene eller det andre (Okun 1975).

Sett i et systemperspektiv er det mulig å forstå hvordan samspillet mellom velferdsstaten og arbeidslivet kan produsere slike gode resultater. Generelt er det slik at sentrale institusjoner i det norske samfunnet virker sammen, understøtter og er forutsetninger for hverandre. Det er flere positive tilbakeføringsmekanismer i systemet, og det er grunn til å anta at dominerende samfunnsaktører har interesse i å opprettholde sentrale elementer i systemet (Barth mfl. 2003). For eksempel er et universelt og sjenerøst sosialforsikrings-system en forutsetning for at en del marginale arbeidstakere er i jobb, samtidig som deres verdiskapning er et bidrag til å finansiere et slikt dyrt system. Høy

sysselsetting og høye skatter på den ene side, og et omfattende og sjenerøst velferdssystem på den andre er forutsetninger for hverandre. Et annet eksempel er at en flat lønnsstruktur fører til at velkvalifisert arbeidskraft er billig, og at uproduktive bedrifter prises ut av markedet (på grunn av høye minstelønninger), slik at ressursene kan kanaliseres til bedrifter med høy produktivitet. På denne måten er økonomisk likhet en forutsetning for økonomisk vekst (Barth mfl. 2003). Tilsvarende, og fortsatt med utgangspunkt i en systemforståelse, vil et produktivt arbeidsliv som det norske fordre produktive og omstillingsdyktige arbeidstakere. Derfor har et slikt arbeidsliv begrenset med plass til arbeidstakere som ikke kan yte hundre prosent. Et omfattende og sjenerøst inntektssikringssystem sørger for at de som faller utenfor likevel får anstendige inntekter og levekår. Samtidig genererer dette produktive arbeidslivet nok verdier til å dekke kostnadene og til å gjøre systemet økonomisk levedyktig. Dersom en slik systemforståelse har noe for seg, må en kanskje dempe forventningene til i hvor stor grad det er mulig å integrere (gjenværende) arbeidsmarginale grupper i arbeidsmarkedet?

Det norske samfunnet har med andre ord klart å sørge for god systemintegrasjon, dvs. å få sosiale institusjoner til å understøtte hverandre på en positiv måte. Kanskje det heller er sosialintegrasjonen, dvs. samhørigheten mellom samfunnsgruppene, som kan bli et problem? Grupper som holdes utenfor eller støttes ut av arbeidsmarkedet vil, til tross for romslige norske stønader, få dårligere levekår enn yrkesaktive. I og med at dette er relatert til klasse og etnisitet, betyr det at grupper som i utgangspunktet ikke har de beste levekårene får enda dårligere levekår når arbeidet faller bort. Er det en fare for at en økende helsemessig og levekårsmessig polarisering mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte skaper grobunn for sosial uro og konflikt om fordeling av goder, byrder og muligheter for å delta i det norske arbeids- og samfunnslivet?



## Litteratur

Adams, T. & McQuillan, K. (2000) «New Jobs, New Workers? Organizational Restructuring and Management Hiring Decisions», *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 55, no. 3, pp. 391-413.

Alm, S. (2001) «The resurgence of mass unemployment: Studies on social consequences of joblessness in Sweden in the 1990s». *Swedish institute for social research*. Stockholm, Stockholm Universitet.

Arber, S. (1997) «Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s», *Social Science & Medicine*, vol. 44, no. 6, pp. 773-787.

Arber, S. & Lahelma, E. (1993) «Women, Paid Employment and Ill-Health in Britain and Finland», *Acta Sociologica*, vol. 36, no. 2, pp. 121-138.

Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005) «Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research», *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, vol. 47, no. 9, pp. 958-966.

Arrow, J. O. (1996) «Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984-1990)», *Social Science & Medicine*, vol. 42, no. 12, pp. 1651-1659.

Askildsen, J. E., Bratberg, E., & Nilsen, O. A. (2005) «Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study», *Health Economics*, vol. 14, no. 11, pp. 1087-1101.

Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., and Whitehead, M. (2007) «The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. A systematic review of task restructuring interventions». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 1028-1037.

Bambra, C. & Eikemo, T. A. (2009) «Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries», *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 63, no. 2, pp. 92-98.

Barth, E., Moene, K., & Wallerstein, M. (2003) Likhhet under press. Utfordringer for den skandinaviske fordelingsmodellen. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bartley, M. & Owen, C. (1996) «Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93», *BMJ*, vol. 313, no. 7055, pp. 445-449.

Bartley, M. & Plewis, I. (2002) «Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics Longitudinal Study», *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, no. 2, pp. 336-341.

Bartley, M., Sacker, A., & Clarke, P. (2004) «Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001», *J.Epidemiol. Community Health*, vol. 58, no. 6, pp. 501-506.

Bell, D. (1973), *The coming of postindustrial society: a venture in social forecasting*. New York: Basic Books.

Bergwitz, Ø. (2008) «Arbeidsledighet og økonomisk marginalisering i Norden» i *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*, S. Seim & I. Harsløf, (eds.), pp. 111-134. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjerkedal, T., Kristensen, P., Skjeret, G. A., & Brevik, J. I. (2006) «Oppfølging av personer som fikk grunnstønning og/eller hjelpestønning som barn», *Tidsskr. Nor Laegeforen.*, vol. 126, no. 4, pp. 436-439.

Blane, D., Berney, L., & Montgomery, S. M. (2001) «Domestic Labour, Paid Employment and Women's Health: Analysis of Life Course Data», *Social Science and Medicine*, vol. 52, no. 6, pp. 959-965.

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & Macdonald, E. (2008) «A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health», *J. Occup.Rehabil.*, vol. 18, no. 1, pp. 27-34.

Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2004) «Er det en sammenheng mellom flere skilsmisser og økt uførepensjonering?», *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2, 90-99.

Blom, S. (2008) *Innvandrerens helse 2005/2006*. SSB-rapport 2008/35 Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Borgan, J.-K. (1997) «Utstøting gir lavere dødelighet hos yrkesaktive», *Samfunnsspeilet*, nr. 1.

Brenner, M. H. (1987) «Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries», *Social Science & Medicine*, vol. 25, no. 2, p. 119-132.

Bråthen M mfl. (2008) *HMS tilstanden i Norge 2007*. Fafo rapport 2008:20 Oslo: Fafo.

Bultmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009), «Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders», *J. Occup. Rehabil.*, vol. 19, no. 1, pp. 81-93.

- Burris, S. (2006) «Stigma and the law», *Lancet*, vol. 367, no. 9509, pp. 529-531.
- Burström, B., Holland, P., Diderichsen, F., & Whitehead, M. (2003) «Winners and losers in flexible labor markets: the fate of women with chronic illness in contrasting policy environments - Sweden and Britain», *Int.J.Health Serv.*, vol. 33, no. 2, pp. 199-217.
- Burström, B., Whitehead, M., Lindholm, C., & Diderichsen, F. (2000) «Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labour markets?», *Int.J.Health Serv.*, vol. 30, no. 3, pp. 435-451.
- Cardano, M., Costa, G., & Demaria, M. (2004) «Social mobility and health in the Turin longi-tudinal study», *Social Science & Medicine*, vol. 58, no. 8, pp. 1563-1574.
- Christensen, U., Kriegbaum, M., Hougaard, C. O., Mortensen, O. S., & Diderichsen, F. (2008) «Contextual factors and social consequences of incident disease», *Eur. J. Public Health*, vol. 18, no. 5, pp. 454-459.
- Claussen, B. (1999) «Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed», *Scand. J. Public Health*, vol. 27, no. 2, pp. 94-100.
- Claussen, B., Bjørndal, A., & Hjort, P. F. (1993) «Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed», *J. Epidemiol.Community Health*, vol. 47, no. 1, pp. 14-18.
- Corcoran, M., Danziger, S. K., & Tolman, R. (2004) «Long term employment of African-American and white welfare recipients and the role of persistent health and mental health problems», *Women & Health*, vol. 39, no. 4, pp. 21-40.
- Dahl E. (1993) «Social inequality in health- the role of the healthy worker effect», *Soc Sci Med* 36 (8):1077-86.
- Dahl, E. (1996) «Sosial ulikhet i helse, en diskusjon av seleksjonsforklaringen». i Lian, O. (red) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo Tano Aschehoug.
- Dahl, E. & Birkelund, G. E. (1999) «Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser», *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 40, pp. 3-32.
- Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., Martikainen, P., Kunst, A. & Mackenbach, J. (2006) «Welfare state regimes and health inequalities». i Siegrist og Marmot (red) *Social inequalities in health*. Oxford: Oxford University Press.
- Dahl, E. mfl. (2007) *Social inequalities in Mortality in Western nations with a focus on the Nordic countries – a systematic review*. Paper commissioned by the NEWS project. Stockholm: CHES.

- Dahl, E. & Lorentzen, T. (2008) *Norway: «Social Security, Active Labour Market Policies and Economic Progress»*. i Midgley, J and Tang, K. W. eds. *Social Security, the Economy and Development*. New York: Palgrave Macmillan.
- Dahl, E og Elstad, JI (2009) «Helse og sosial seleksjon», i John G. Mæland, Jon Ivar Elstad, Øyvind Næss, Steinar Westin (red.) *Sosialepidemiologi. Sykdommers sosiale årsaker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, S. Å. og Nesheim, T. (1998) «Downsizing strategies and institutional environments», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 14, no. 3, pp. 239-257.
- Dooley, D., Prause, J., og Ham-Rowbottom, K. A. (2000) «Underemployment and Depression: Longitudinal Relationships», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, no. 4, pp. 421-436.
- Elstad, J. I. (1995) «Employment Status and Women's Health - Exploring the Dynamics», *Acta Sociologica*, vol. 38, no. 3, pp. 231-249.
- Elstad, J. I. (1996) «Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status - a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway», *Social Science & Medicine*, vol. 42, no. 1, pp. 75-89.
- Elstad, J. I. & Krokstad, S. (2003) «Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men», *Social Science & Medicine*, vol. 57, no. 8, pp. 1475-1489.
- Elstad, JI (2008) *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999), *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esser, I (2005) *Why work? Comparative Studies on Welfare Regimes and Individual's Work Orientations*. Doktoravhandling. Stockholm: SOFI .
- Eurothine (2007) *Tackling Health Inequalities in Europe, An Integrated Approach*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Ezzy, D. (1993) «Unemployment and mental health: a critical review», *Soc.Sci.Med.*, vol. 37, no. 1, pp. 41-52.



Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. G. (2002), «Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants»: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 56, no. 6, pp. 450-454.

Fevang, E and K. Røed (2005) «Omstillinger og nedbemanninger blant pleiere – en belastning for folketrygden?». *Søkelys på arbeidsmarkedet*, nr. 2/2005.

Fevang, E. & Røed, K. (2006) *Veien til uføretrygd i Norge*, Rapport 10/2006». Oslo: Frischsenteret.

Fordelingsutvalget (2009) Fordelingsutvalget: Utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet 25. april 2008. Nov. 2009: 10. Oslo Finansdepartement.

Fløtten, T. Torp, S., Kavli, H., Nielsen, R., Syse, J., Grønningsæter (2008) Kreframmedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering, og sosial støtte. Fafo-rapport nr. 2008/47. Oslo: Fafo.

Fritzell, S., Ringback, W. G., Fritzell, J., & Burstrom, B. (2007) «From macro to micro: the health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances», *Social Science & Medicine*, vol. 65, no. 12, pp. 2474-2488.

Gamperiene, M. Nygård J. F., Brage S., Bjerkedal T. & Bruusgaard D. (2003) «Duration of employment is not a predictor of disability of cleaners: a longitudinal study». *Scand J Public Health*; 31; 63-68.

Gerdtham, U. G. & Johannesson, M. (2003) «A Note on the Effect of Unemployment on Mortality», *Journal of Health Economics*, vol. 22, no. 3, pp. 505-518.

Gerdtham, U. G. & Johannesson, M. (2005) «Business cycles and mortality: results from Swedish microdata», *Social Science & Medicine*, vol. 60, no. 1, pp. 205-218.

Gerdtham, U. G. & Ruhm, C. J. (2006) «Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD», *Econ.Hum.Biol.*, vol. 4, no. 3, pp. 298-316.

Goffman, E (1963) *Stigma: Notes on the management of the spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Goodin, RE. (2001) «Work and Welfare: Towards a post-productivist welfare regime». *British Journal of Political Science*, 31: 13-39.

Gravseth, H. M. & Kristensen, P. (2008) «Oppvekstkår og senere arbeidsmarkedskarriere», *Søkelys på arbeidsmarkedet*, vol. 2008, no. 3, pp. 321-329.

- Halvorsen, K. (1977) *Arbeid eller trygd*. Oslo: Pax.
- Halvorsen, K. (1999) *Arbeidsløshet som sosialt problem*. HiO-rapport 1999/13, Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Halvorsen, K. (1998) «Impact of Re-employment on Psychological Distress among Long-term Unemployed», *Acta Sociologica*, vol. Vol. 41, no. No. 2-3, pp. 227-242.
- Hammer, T. (1993) «Unemployment and Mental Health among Young People: A Longitudinal Study», *Journal of Adolescence*, vol. 16, no. 4, pp. 407-420.
- Hansen, IL. (udatert) *CSR og funksjonshemmede i arbeidslivet*. Seminar-rapport. Oslo: Fafo.
- Hansen, S. & Skoglund, T. (2008) *Utviklingen i sysselsetting og lønn etter 1930. Økonomiske analyser 6/2008*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Hjort, PF. (1982) «Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål», Lorentzen PE (red) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli 11-31.
- Holland, P., Lane, S., Whitehead, M., Marson, A. G., & Jacoby, A. (2008) «Labor market participation following onset of seizures and early epilepsy: Findings from a UK cohort», *Epilepsia*.
- Huttunen, K., Møen, J. & Salvanes, K. G. (2006) *How destructive is creative destruction? The cost of worker displacement*. IZA Discussion Paper No. 2316.
- Johansson, H. & Hvinden, B. (2008) «Re-activating the Nordic welfare states: do we find a distinct universalistic model?» *International Journal of Sociology and Social Policy*, 27, 7/8.
- Jusot, F., Khlal, M., Rochereau, T., & Serme, C. (2008) «Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France», *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, no. 4, pp. 332-337.
- Jæger, M. M. (2009) «Returns to beauty over the life course», *Social Policy and Welfare Services*. The Danish National Center for Social Research, Working paper 02:2009.
- Karasek, R. A. (1979) «Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign». *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Pentti, J., & Virtanen, M. (2003) «Human costs of organizational downsizing: comparing health trends between leavers and stayers», *American Journal of Community Psychology*, vol. 32, no. 1-2, pp. 57-67.
- Kjeldstad, R. & Rønsen, M. (2002) *Enslige foreldre på arbeidsmarkedet 1980-1999: En sammenligning med gifte mødre og fedre*. SSB-Rapport 49, Oslo: SSB.

Korpi, T. (2001) «Accumulating Disadvantage: Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population», *European Sociological Review*, vol. 17, no. 3, pp. 255-273.

Korpi, T. (1997) «Is utility related to employment status? Employment, un-employment, labour market policies and subjective well-being among Swedish youth» *Labour Economics* (4): 125-147.

Kristensen, P. & Bjerkedal, T. (2004) «Trender i deltakelse i arbeidslivet - betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå», *Tidsskr. Nor Laegeforen.*, vol. 124, no. 22, pp. 2879-2883.

Kristensen, P., Bjerkedal, T., & Irgens, L. M. (2007), «Early life determinants of musculoskeletal sickness absence in a cohort of Norwegians born in 1967-1976», *Soc. Sci. Med.*, vol. 64, no. 3, pp. 646-655.

Kristensen, P., Bjerkedal, T., & Irgens, L. M. (2004) «Birthweight and work participation in adulthood», *Int. J. Epidemiol.*, vol. 33, no. 4, pp. 849-856.

Krokstad, S., Johnsen, R., & Westin, S. (2002) «Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population», *Int. J. Epidemiol.*, vol. 31, no. 6, pp. 1183-1191.

LG Insight (2009) Helbred og integration: Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner med innsatser for flygtninge/indvandrere med sygdomsopplevelser. Rapport til Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration. Odense: LG Insight.

Lidal, I. B., Huynh, T. K., & Biering-Sorensen, F. (2007) «Return to work following spinal cord injury: a review», *Disabil.Rehabil.*, vol. 29, no. 17, pp. 1341-1375.

Lie, M. (2008) Sosiale helseforskjeller som tema i norsk politikk. Fra økende bevisstgjøring til bredt anlagt stortingsmelding. *Masteroppgave i helseadministrasjon*, Oslo, Universitetet i Oslo.

Lindholm, C., Burstrom, B., & Diderichsen, F. (2001) «Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes?», *Scand.J.Public Health*, vol. 29, no. 1, pp. 63-70.

Lindholm, C., Burstrom, B., & Diderichsen, F. (2002) «Class differences in the social consequences of illness?», *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 56, no. 3, pp. 188-192.

Link, B. G. & Phelan, J. c. (2001) «Conceptualizing Stigma», *Annual review of Sociology*, vol. 27, no. 2001, pp. 363-385.

Lundberg, O. mfl. (2008) *The Nordic Experience, Welfare States and Public Health*. (NEWS) Stockholm: CHES.

MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., og Irvin, E. (2006) «Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury», *Scand. J. Work Environ. Health*, vol. 32, no. 4, pp. 257-269.

Mackenbach J. et al. (2008) «Socioeconomic inequalities in Health in 22 European countries». *The New England Journal of Medicine*, 358: 2468-81.

Marmot, M (2005) Status syndrome. London: Bloomsbury  
Martikainen, P. T. (1990), «Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5», *BMJ*, vol. 301, no. 6749, pp. 407-411.

Martikainen, P. T. & Valkonen, T. (1996) «Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment». *Lancet*, vol. 348, no. 9032, pp. 909-912.

Mastekaasa, A. (1996) «Unemployment and Health: Selection Effects», *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 6, pp. 189-205.

McDonough, P. og Amick, B. C. (2001) «The social context of health selection: a longitudinal study of health and employment», *Social Science & Medicine*, vol. 53, no. 1, pp. 135-145.

McQuaid, R.W. og Lindsay, C. (2005) «The concept of employability», *Urban Studies*, vol 42, no. 2, pp. 197-219.

Montgomery, S. M., Bartley, M. J., Cook, D. G., & Wadsworth, M. E. (1996) «Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain», *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 50, no. 4, pp. 415-422.

Montgomery, S. M., Cook, D. G., Bartley, M. J., & Wadsworth, M. E. (1999) «Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men», *Int. J. Epidemiol.*, vol. 28, no. 1, pp. 95-100.

Morris, S. (2007) «The Impact of Obesity on Employment», *Labour Economics*, vol. 14, no. 3, pp. 413-433.

Moser, K. A., Fox, A. J., og Jones, D. R. (1984) «Unemployment and mortality in the OPCS Longitudinal Study», *Lancet*, vol. 2, no. 8415, pp. 1324-1329.

Myklestad, I., Rognerud, M., og Johansen, R. (2008) *Utsatte grupper og psykisk helse: levekårsundersøkelsen 2005*. Rapport 2008:8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.

Nasjonal helseplan (2006) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6.

Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009) «Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain», *J.Rehabil.Med.*, vol. 41, no. 3, pp. 115-121.

Neumayer, E. (2004) «Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. [erratum appears in Soc Sci Med. 2004 Nov;59 (9):1993]», *Social Science & Medicine*, vol. 58, no. 6, pp. 1037-1047.

Normann, T. M. & Rønning, E. (2008), *EU-SILC (Norge) som kilde til å avgrense gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne*. SSB 2008/39, Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Nylen, L., Voss, M., & Floderus, B. (2001) «Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry», *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 58, no. 1, pp. 52-57.

Ohrem Naper, S. & Dahl, E. (2007) «Sosialhjelpsmottakeres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrives deres sosiale status?», *Norsk Epidemiologi*, vol. 17, no. 1, pp. 21-28.

Ohrem Naper, S., van der Wel, K. A., & Halvorsen, K. (2008) «Arbeidsmarginalisering og fattigdom blant langtidsmottakere av sosialhjelp i 1990 og 2005,» i *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*, S. Seim & I. Harsløf, eds, pp. 80-108. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, B. & Thi Van, M. (2007) *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2006*. SSB 2007/3, Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Okun, AM. (1975) *Equality and Efficiency, the Big Tradeoff*. Washington, D.C.: Brookings Institution.

Paraponaris, A., Saliba, B., & Ventelou, B. (2005) «Obesity, Weight Status and Employability: Empirical Evidence from a French National Survey», *Economics and Human Biology*, vol. 3, no. 2, pp. 241-258.

Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., Macdonald, E., & Blank, L. (2007) «Predictors of delayed return to work or job loss with respiratory ill-health: a systematic review», *J. Occup. Rehabil.*, vol. 17, no. 2, pp. 317-326.

Petterson I.L., Hertting A., Hagberg L, and Theorell T. (2005) «Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish Hospital Employees in the 1990s». *J. Occup. Health Psych.* 10 (2); p.110-120.

Rege, M., Telle, K. and Votruba, M. (2005) *The effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Roos, E., Lahelma, E., Saastamoinen, P., & Elstad, J. I. (2005) «The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries», *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 33, no. 4, pp. 250-260.

Ross, C. E. & Mirowsky, J. (1995) «Does employment affect health?», *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 36, no. 3, pp. 230-243.

Ruhm, C. J. (2007) «A healthy economy can break your heart», *Demography*, vol. 44, no. 4, pp. 829-848.

Ruhm, C. J. (2005a) «Commentary: mortality increases during economic upturns», *nt. J. Epidemiol.*, vol. 34, no. 6, pp. 1206-1211.

Ruhm, C. J. (2005b) «Healthy living in hard times», *J.Health Econ.*, vol. 24, no. 2, pp. 341-363.

Ruhm, C. J. (2003) «Good times make you sick», *J.Health Econ.*, vol. 22, no. 4, pp. 637-658.

Ruhm, C. J. & Black, W. E. (2002) «Does drinking really decrease in bad times?», *J. Health Econ.*, vol. 21, no. 4, pp. 659-678.

Rønning, E. (2002) «Jakten på den moderne arbeider», *Samfunnsspeilet*, nr. 4-5,

Rønning, E. (2006) «Få indikasjoner på økt arbeidspress generelt i arbeidslivet», *Samfunnsspeilet* nr. 1.

Raaum, O. og Røed, K. (2006) «Do business cycle conditions at the time of labor market entry affect future employment prospects?», *The review of economics and statistics*, vol. 88, no. 2, pp. 193-210.

Schafft, A. (2007) «Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivernes grunner», *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. (2007), no. 3, pp. 254-261.

Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2007) «The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries», *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 61, no. 7, pp. 597-604.

Siegrist, J. og Theorell, T. (2006) «Socio-economic position and health. The role of work and employment». I Siegrist, J. og Theorell, T. (red) *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press.

Strand, B.H., Dalgård, O.S., Tambs, K & Rognerud, M. (2003) «Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)». *Nordic Journal of Psychiatry* 57 (2):113.

Strandh, M. (2000) «Different Exit Routes from Unemployment and Their Impact on Mental Well-Being: The Role of the Economic Situation and the Predictability of the Life Course», *Work*, vol. 14, no. 3, pp. 459-479.

Steiner, JF., Cavender, TA., Main, DS. & Bradley. (2004) «Assessing the impact of cancer on work outcomes. What are the research needs». *Cancer* 101/8, 1703-1711.

St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Strategi for å bekjempe sosial ulikhet i helse*. Oslo: HOD

St.meld. nr 9. (2009) Perspektivmeldingen. Oslo: Finansdepartementet

St.prp. nr. 1 (2005-2006) Oslo: Moderniseringsdepartement.

Sund og Krokstad, S. (2005) *Sosial ulikhet i helse*. Oslo: Helsedirektoratet

Svensden GT. og Svensden G. (2006) *Social kapital. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Syed, H. R., Dalgard, O. S., Dalen, I., Claussen, B., Hussain, A., Selmer, R., & Ahlberg, N. (2006), «Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway», *BMC.Public Health*, vol. 6, p. 182.

Syse, A. (2009) *Life after cancer*. Doctoral dissertation. Oslo: Universitetet i Oslo.

Taskila T. og Lindbohm ML (2007) «Factors affecting cancer survivors' employment and work ability». *Acta Oncologica* 46, 446-451.

Taylor-Gooby, Peter (2004) *New risks, new welfare. The transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Thapa, S. B., Dalgard, O. S., Claussen, B., Sandvik, L., & Hauff, E. (2007) «Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study», *Nord. J. Psychiatry*, vol. 61, no. 6, pp. 459-465.

Thaulow, I. (1994) *At måle det udviklende lønarbejde: en empirisk analyse af udbredelsen og betydningen af det udviklende lønarbejde*. København. Socialforskningsinstituttet.

Torp, H. og A. Mastekaasa (2005) «Sykefravær og nye former for arbeidsorganisering», i H. Torp.(red) *Nytt arbeidsliv: Medvirking, inkludering og belønning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Trygstad, S. C., Lorentzen, T., Løken, E. Moland, L. and Skalle, N. (2006) *Den nye staten: omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004*. Oslo: Fafo.

Tynes Tore, Elken, T., Grimsrud, TK., Sterud, T. & Aasnæss S. (2008) *Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det. En rapport basert på levekårsundersøkelsen 2006*. Serie: STAMI-rapport Årg. 9, nr. 16. Oslo: STAMI.

Twaddle, AC (1979) *Sickness behavior and the sick role*. GK Hall & Co.

Vabø, M. (2007) *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styrings-ideologisk brytnings-tid*. NOVA rapport nr 22. Oslo: NOVA.

van de Mheen, H., Stronks, K., Schrijvers, C. T. M., & Mackenbach, J. P. (1999) «The Influence of Adult Ill Health on Occupational Class Mobility and Mobility out of and into Employment in the Netherlands», *Social Science and Medicine*, vol. 49, no. 4, pp. 509-518.

van der Horst, F., Muris, J. W., & Nijhuis, F. J. (1993) «Morbidity among unemployed and work-incapacitated men in The Netherlands», *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 19, no. 3, pp. 168-174.

van der Wel, K.A., B. Løyland & I. Malmberg-Heimonen (2009) «Psykisk helse og levekår blant langtidsmottakere av sosialhjelp», *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol. 12, no. 4, pp. 261-275.

van der Wel, K. A., Dahl, E., Lødemel, I., Løyland, B., Ohrem Naper, S., & Slagsvold, M. (2006) *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. HIO-rapport 2006 nr 29. Oslo Høgskolen i Oslo.

Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimaki, M., & Koskenvuo, M. (2003) «Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure», *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, no. 6, pp. 1015-1021.

Voss, M., Nylén, L., Floderus, B., Diderichsen, F., & Terry, P. D. (2004) «Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry», *Am. J. Public Health*, vol. 94, no. 12, pp. 2155-2161.

Wadsworth, M. E., Montgomery, S. M., & Bartley, M. J. (1999) «The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life», *Social Science & Medicine*, vol. 48, no. 10, pp. 1491-1499.

West, P. (1991) «Rethinking the health selection explanation for health inequalities», *Soc.Sci. Med.*, vol. 32, no. 4, pp. 373-384.



Westin S., Schlesselman JJ, Korper M. (1989) «Long-term effects of a factory closure: unemployment and disability during ten years follow-up». *J Clin Epidemiol*, 42(5):435–441.

Westin S. (1994) «Ervervsmessig uførhet – et forhold mellom individets ressurser og arbeidslivets krav». I: Bruusgaard D, Hatland A, Syse A, red. *Et nødvendig gode. Folketrygdens plass i Velferds-Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Whitehead, M., Burstrom, B., & Diderichsen, F. (2000) «Social Policies and the Pathways to Inequalities in Health: A Comparative Analysis of Lone Mothers in Britain and Sweden», *Social Science and Medicine*, vol. 50, no. 2, pp. 255-270.

Whitehead, M., mfl. (2009) Helping chronically ill or disabled people into work: what can we learn from international comparative analyses?. Public Health Research Consortium: Liverpool.

Wilk, P. (2001) «Women's Employment Transitions and Changes in Psychological Distress», *Canadian Studies in Population*, vol. 28, no. 2, pp. 513-533.

Wingren. (2006) «Mortality in a Swedish rubber tire manufacturing plant: Occupational risks or an «unhealthy worker effect?» *American Journal of Industrial Medicine* 49(8): p. 617-623.

Wolfenden, B. & Grace, M. (2009) «Returning to work after stroke: a review», *Int.J.Rehabil.Res*

Østhus, S. (2007) «For better or worse? Workplace changes and the health and well-being of Norwegian workers», *Work, employment and society*, 21, 4, 731-750.

Östlin, P. (1988) «Negative health selection into physically light occupations», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1988, 42, 152-156.

Øverbye, E og Hammer, T. (2006) «Strategier for et inkluderende arbeidsliv», i Øverbye & Hammer (red) *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Øverland, S., Glozier, N., Henderson, M., Mæland, J. G., Hotopf, M., og Mykletun, A. (2008) «Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK)», *Occup. Environ. Med.*, vol. 65, no. 11, pp. 769-773.

Øverland, S., Glozier, N., Mæland, J. G., Aarø, L. E., og Mykletun, A. (2006) «Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK)», *BMC.Public Health*, vol. 6, p. 219.

Åhs, A. M. & Westerling, R. (2006) «Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment», *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, no. 2, pp. 159-167.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)