

Sammenheng mellom arbeid og god helse

Omtalt av Heid Nøkleby

Å være i arbeid kan gi positive helseeffekter. Man vil muligens bli mindre deprimert, få færre psykiske symptombelastninger og bedre psykisk helse generelt. Mer forskning vil kunne gi svar på effekten arbeid har på fysisk helse. Dette viser en systematisk oversikt fra Occupational and Environmental Medicine fra 2014.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning som er gjort på en problemstilling. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av å være i arbeid på psykisk og fysisk helse. De sammenliknet det å være i arbeid, eventuelt å komme i arbeid på nytt, med det å ikke være i arbeid.

Funnene viser at:

- å være i arbeid fører muligens til at færre blir deprimerte (liten tillit til resultatet)
- å være i arbeid fører muligens til at man blir mindre deprimert (liten tillit til resultatet)
- å være i arbeid fører muligens til at færre får psykologiske symptombelastninger (liten tillit til resultatet)

- å være i arbeid fører muligens til at man opplever mindre grad av psykologiske symptombelastninger (liten tillit til resultatet)
- å være i arbeid fører muligens til bedret generell psykisk helse (liten tillit til resultatet)
- å være i arbeid har usikker effekt på generell fysisk funksjon (liten tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt. Observasjonsstudier, som denne systematiske oversikten bygger på, vil som standard få lav kvalitet (liten tillit) på grunn av mangel på randomisering og kontrollgrupper. Vi har liten tillit til resultatene.

Resultattabell 1. Forekomst av personer som er deprimerte eller har psykologiske symptombelastninger

Resultater: hva skjer?	UTEN arbeid	I arbeid	Tillit til resultatet
Depresjon Blant de som er i arbeid er muligens færre deprimerte	223 per 1000	130 per 1000 (86 til 192 per 1000)*	⊕⊕○○ Liten
Psykologiske symptombelastninger¹ Blant de som er i arbeid opplever muligens færre psykologiske symptombelastninger	299 per 1000	252 per 1000 (235 til 268 per 1000)*	⊕⊕○○ Liten

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter.

¹ Eksempler på psykologiske symptombelastninger: konsentrasjonsproblemer, bekymring, følelse av verdiløshet, tristhet, vansker med å ta av gjørelser.

Resultattabell 2. Graden av depresjon og psykologiske symptombelastninger

Resultater: hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Depresjon De som er i arbeid opplever muligens å være mindre deprimerte enn de som ikke er i arbeid	▲▲▲ Stor	⊕⊕○○ Liten	1,63 SMD ² lavere hos dem som var i arbeid (3,25 lavere til 0 høyere)*
Psykologiske symptombelastninger¹ De som er i arbeid opplever muligens mindre grad av psykologiske symptombelastninger enn de som ikke er i arbeid	▲▲▲ Stor	⊕⊕○○ Liten	0,8 SMD ² lavere hos dem som var i arbeid (1,52 lavere til 0,09 lavere)*

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Eksempler på psykologiske symptombelastninger: konsentrasjonsproblemer, bekymring, følelse av verdiløshet, tristhet, vansker med å ta av gjørelser. ² Utfall ble målt med ulike verktøy (spørreskjema). Derfor brukte forfatterne standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk *Standardized Mean Difference* – SMD) for å måle effekten. Når vi forenkler tolkingen av effekt i form av SMD, sier vi at: SMD på 0,2 er en «liten effekt», SMD på 0,5 er en «moderat effekt» og SMD på 0,8 er en «stor effekt».

Resultattabell 3. Resultater sammenstilt deskriptivt

Resultater: hva skjer?	Tillit til resultatet
Generell psykisk helse¹ Alle fire studier fant en statistisk signifikant positiv effekt av arbeid på generell psykisk helse	⊕⊕○○ Liten
Generell fysisk funksjon² Tre av fem studier fant en statistisk signifikant positiv effekt av arbeid på generell fysisk helse. Vi kan derfor ikke konkludere med sikkerhet om effekt	⊕⊕○○ Liten

¹ F. eks. følelse av glede, meningsfullhet, tilhørighet, fravær av angst, depresjon, kognitive problemer. ² F. eks. dagligdagse aktiviteter, som å gå i trapper, bære handleposer.

Bakgrunn

I Norge har den såkalte «arbeidslinja» vært førende politikk siden 1990-tallet. Arbeidslinja fokuserer på å tilrettelegge for at alle som er i stand til det, skal være i lønnet arbeid. I de nordiske landene har innføringen av graderte sykemeldinger, som gjør det mulig å kombinere arbeidsdeltagelse med sykelønn/sykefravær, vært en strategi for å imøtegå utfordringen med et høyt sykefravær. Også IA-avtalen har som mål å skape et mer inkluderende arbeidsliv og å forebygge og redusere sykefravær gjennom styrket samarbeid mellom partene i arbeidslivet.

Det legemeldte sykefraværet i Norge har vært på rundt fem-seks prosent de siste ti årene (SSB). Norge har dermed det høyeste sykefraværet blant OECD-landene, men også den tredje høyeste sysselsettingsraten (Folkehelse-rapporten 2014). Norske data viser at muskel- og skjelett-sykdommer og psykiske helseproblemer er de vanligste årsakene til sykefravær (NAV). Dataene viser også at cirka en tredjedel av de som har vært sykemeldt i mer enn åtte uker, ikke har jobb tre år senere. Personer med et langvarig sykefravær har høyere risiko for både arbeidsledighet og uførepensjon, selv når det justeres for helsetilstand (Hultin et al 2012).

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mars 2012 og fant 33 observasjonsstudier (kohortstudier) med til sammen 53 079 personer, som de inkluderte i oversikten. Kvinner og menn, hovedsakelig mellom 20 og 50 år (alder ved studiestart) deltok i studiene. Oppfølgingstiden varierte fra tre måneder til 21 år. Studiene var utført i USA (10), Australia (6), Storbritannia (5) Norge (3), Finland (3) Canada (2), Nederland (2), Japan (1) og Sverige (1). Noen studier så kun på noen få yrkesgrupper, mens de fleste omfattet alle typer arbeid. I de inkluderte studiene har forskerne fulgt ulike grupper mennesker (kohorter) som ved starten av studien var i arbeid og/eller uten arbeid. Forskerne registrerte arbeidsstatus og ulike helseutfall for å se om de kunne finne en sammenheng mellom det å være i arbeid sammenliknet med det å stå utenfor arbeidslivet for helsa til folk.



Oversiktsforfatterne påpeker at relasjonen mellom arbeid og helse kan være toveis, altså at positive helseeffekter av arbeid kan være påvirket av at personer med bedre helse har større sannsynlighet for å få og å bli værende i arbeid. Oversiktsforfatterne har samlet resultater fra de inkluderte studiene og vurdert effekt på ni ulike mål på fysisk og psykisk helse. Det er gjort meta-analyser på depresjon og på psykologiske symptombelastninger. Forfatterne gjorde videre en deskriptiv sammenstilling av de studiene som ble vurdert til å være av høy metodisk kvalitet, men som ikke kunne inngå i en metaanalyse fordi de målte resultater på ulikt vis. I tillegg til de to utfallsmålene som er presentert i tabell 3, ble det sammenstilt resultater for utfallsmålene *depresjon, psykologiske symptombelastninger, psykisk sykdom, opplevd/subjektiv helse, angst, somatiske symptomer og død*. Studiene som omhandlet depresjon (6 studier), psykisk sykdom (2) og død (1) viste utelukkende positive effekter av arbeid. Studiene som omhandlet psykologiske symptombelastninger (7), opplevd/subjektiv helse (4), angst (2) og somatiske symptomer (2) viste til dels positive effekter og til dels ingen effekter. Kun én studie med utfallsmål opplevd/subjektiv helse fant negativ effekt av arbeid.

Kilde

van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M and Proper, KI (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71: 730-736