

Syk, men likevel på jobb: En studie av sykenærver og opplevd helse i sammenheng med  
nærverspress og jobbengasjement

Karoline Grødal

Masteroppgave i arbeids- og organisasjonspsykologi

Vår 2014

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Psykologisk institutt





## Forord

To lærerike år som mastergradsstudent ved NTNU går mot slutten, og i forbindelse med at jeg leverer masteroppgaven min er det flere jeg ønsker å takke. Først vil jeg si tusen takk til Sylvi Thun og Ingrid Steen Rostad for at dere stilte spørreskjema og data fra prosjektet «Måling av det gode arbeidsmiljø» til disposisjon. Jeg vil takke medstudent Eyvind Helland for et godt samarbeid med den supplerende datainnsamlingen, og videre alle som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet. Veileder, Per Øystein Saksvik, har også vært viktig for oppgavens gjennomføring og fortjener en stor takk for konstruktiv kritikk og gode diskusjoner.

I løpet av disse to årene har jeg fått ta del i et fantastisk klassemiljø. Takk til arboderne for god hjelp, interessante samtaler og mange artige stunder. Jeg vil også takke venner og familie som har oppmuntret meg. Til slutt vil jeg si tusen takk til min kjære Stefan for støtte og tålmodighet.

Oppgavens oppsett og referansestil følger sjette utgave av APAs publiseringsmanual i tillegg til Psykologisk institutt ved NTNU sine retningslinjer for utforming av masteroppgave.

Karoline Grødal  
Trondheim, 9. mai 2014



## Sammendrag

Sykenærvær handler om at ansatte møter opp på jobb til tross for sykdom eller plager. Det har blitt knyttet bekymring til hvordan dette kan påvirke faktorer som ansattes helse, og forskningsinteressen for temaet er økende. Hensikten med denne oppgaven var å bidra til økt kunnskap om fenomenet ved å undersøke problemstillingen «Hvordan henger nærværspres og jobbengasjement sammen med sykenærvær og sykenærværendes helse?». Nærværspres blir beskrevet som faktorer som trigger nærvær til tross for sykdom, mens jobbengasjement er en positiv og gjennomgripende arbeidsrelatert tilstand kjennetegnet av vitalitet, dedikasjon og evne til fordypelse i arbeidet. Data ble samlet inn ved hjelp av en spørreundersøkelse på et utvalg med 302 norske arbeidstakere. Regresjonsanalysene som ble gjennomført ga støtte til to av studiens fire hypoteser. For det første viste det seg at én av nærværspresfaktorene, uunnværlighetspres, hadde signifikant positiv sammenheng med sykenærvær.

Uunnværlighetspres oppstår i tilfeller der arbeidstakeren for eksempel har stort tidspress eller er vanskelig å erstatte ved fravær. Det andre signifikante funnet var at jobbengasjement hadde positiv sammenheng med sykenærværendes subjektive helse. Av diskusjonen kommer det fram at det fortsatt er behov for mer forskning på lignende problemstillinger som kan bidra til nyttig kunnskap for praksis i forbindelse med helsefremming og fraværforebygging i arbeidslivet.



## Innhold

<b>Forord .....</b>	<b>iii</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>v</b>
<b>Tabelloversikt.....</b>	<b>ix</b>
<b>Bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
<b>Teori .....</b>	<b>3</b>
Sykenærvær.....	3
Definisjon.....	3
Modeller for nærværsdynamikk.....	3
Omfang og demografi .....	5
Nærværspres.....	5
Uunnværlighetspres.....	6
Sanksjonspres .....	6
Moralpres.....	7
Trygghetspres .....	7
Fraværsligitimitet .....	7
Helse og sykenærvær .....	8
Begrepet helse .....	8
Helsetilstand og valget av sykenærvær.....	9
Helsemessig kontrollplassering .....	10
Helsemessige konsekvenser av sykenærvær.....	10
Jobbengasjement.....	11
Definisjon.....	12
En modell for jobbengasjement .....	12
Jobbengasjement og helse.....	13
Jobbengasjement og sykenærvær.....	14
Krav og kontroll.....	15
Hypoteser .....	15
<b>Metode.....</b>	<b>16</b>
Overordnet prosjekt .....	16
Datainnsamling .....	17
Utvalg.....	17
Variabler .....	19

Indekser og indre konsistens .....	19
Utliggere .....	19
Normalitet .....	19
Måleinstrumenter .....	20
Statistiske analyser .....	23
T-tester .....	23
Korrelasjonsanalyser .....	23
Logistisk regresjonsanalyse .....	24
Multippel regresjonsanalyse .....	24
Forutsetninger for regresjonsanalyse .....	25
<b>Resultater .....</b>	<b>26</b>
Deskriptiv statistikk .....	26
Uavhengige t-tester .....	27
Korrelasjoner .....	28
Logistisk regresjonsanalyse .....	31
Multippel lineær regresjonsanalyse .....	33
<b>Diskusjon .....</b>	<b>34</b>
H1: Nærværspress og sykenærvær .....	35
H2: Jobbengasjement og sykenærvær .....	36
H3: Nærværspress og sykenærværendes subjektive helse .....	38
H4: Jobbengasjement og sykenærværendes subjektive helse .....	39
Sykenærvær og subjektiv helse .....	41
Metodiske betraktninger .....	42
Datainnsamlingen .....	42
Utvalget .....	44
Variabler og måleinstrumenter .....	45
Statistiske analyser .....	45
Implikasjoner for praksis .....	46
Forslag til videre forskning .....	47
Konklusjon .....	48
<b>Referanser .....</b>	<b>51</b>
<b>Vedlegg A: Tilbakemelding fra NSD</b>	
<b>Vedlegg B: Spørreskjema</b>	



**Tabelloversikt**

Tabell 1: Utvalgenes fordeling på demografiske variabler.....	18
Tabell 2: Skjevhet og spissitet for studiens variabler.....	20
Tabell 3: Deskriptiv statistikk for variablene i studien.....	27
Tabell 4: Uavhengige t-tester for forskjeller mellom sykenærværende og ikke-sykenærværende.....	28
Tabell 5: Korrelasjonsmatrise for det totale utvalget.....	29
Tabell 6: Korrelasjonsmatrise for utvalget med sykenærværende.....	30
Tabell 7: Logistisk regresjonsanalyse for prediksjon av sykenærvær .....	32
Tabell 8: Lineær regresjonsanalyse for prediksjon av sykenærværendes subjektive helse .....	33



## Bakgrunn

I Norge har sykefraværdebatten gått høyt, og den var særlig aktuell etter at sykefraværet økte kraftig på 1990-tallet (Ose, 2010). Blant tiltakene for å reversere denne utviklingen var intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), som i 2001 ble inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Ved årsskiftet 2003/2004 nådde sykefraværet et historisk høydepunkt (Ose, 2010), og til tross for IA-avtalens mål om en sykefraværsreduksjon på 20 %, har det til nå kun blitt redusert med 12,3 % (Statistisk Sentralbyrå, 2013a).

Sykefraværskforskningen har i stor grad dreid seg om å identifisere årsakene til sykefravær, med mål om å kunne sette inn tiltak mot dem for å minimere sykefravær og økonomiske tap (Saksvik & Finne, 2009). Dette fokuset kan fremstå som ensidig og forenklet. Et tema som tidligere har vært underrepresentert i sykefraværslitteraturen er sykenærver, som innebærer at ansatte møter opp på jobb til tross for sykdom (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000; Dew, Keefe, & Small, 2005). Det er knyttet bekymring til hvordan dette fenomenet påvirker organisasjoner når det gjelder produktivitet og økonomiske kostnader (f.eks. Letvak, Ruhm, & Gupta, 2012), men også til hvilke konsekvenser det kan ha for ansattes restitusjon etter sykdom (f.eks. Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009). Forskning tyder på at sykenærver kan føre til dårligere helse (Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, et al., 2009; Kivimäki et al., 2005), og at det kan være en risikofaktor for fremtidig sykefravær (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009; Gustafsson & Marklund, 2011).

Lavt sykefravær er ikke nødvendigvis ensbetydende med en frisk arbeidsstokk (Aronsson, Gustafsson, & Mellner, 2011; McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1997). Et uttrykk for dette er at sykenærver ser ut til å være minst like vanlig som sykefravær (Aronsson et al., 2011; Hansen & Andersen, 2008). På grunn av at disse fenomenene er utfall av samme beslutningsprosess, representerer sykenærver i tillegg et underliggende potensial for mer sykefravær (Hansen & Andersen, 2008). Sykenærver kan altså være et viktig tema å ta i betraktning når det gjelder fraværforebygging og helsefremming, men det er altså først i de senere år at forskningsinteressen har tiltatt (Johns, 2010).

Skandinaviske studier har vist at normal, biologisk sykkelighet hos en gjennomsnittlig gruppe mennesker ligger på 2–4 % (Johnsson, Lugn, & Rexed, 2006). En sykefraværspersent under dette kan derfor tyde på at sykenærvernivået er høyt. Det må erkjennes at arbeidstakere blir syke iblant, men bedrifter i Norge er uansett pliktige til å sikre at

arbeidsmiljøet legger grunnlag for en helsefremmende arbeidssituasjon (Arbeidsmiljøloven, 2005). Når sykdom oppstår kan det dreie seg om å finne en løsning som ivaretar arbeidstakerens helse på best mulig måte, både på kort og lang sikt. En del av dette handler om å velge mellom sykenærvær og sykefravær, et valg som avhenger av flere faktorer (Johns, 2010). Johnsson et al. (2006) skiller mellom skadelig og godartet sykenærvær. Det skadelige sykenærværet forekommer når man, på grunn av sykdommen, blir en fare for seg selv, kolleger eller bedriften. Det godartede sykenærværet handler derimot om at arbeidstakeren føler at arbeidsevnen ikke er mer redusert enn at man evner å gå på jobb og at man føler en aksept for at man ikke fungerer hundre prosent. Kanskje blir man til og med friskere av å være i bevegelse eller sammen med arbeidskolleger. Fravær trenger altså ikke å være det mest hensiktsmessige valget i alle tilfeller, noe som også kan understrekes av at langtidssykemelding kan øke risikoen for å bli utstøtt fra arbeidslivet (Mykletun et al., 2010).

Forskning har vist at nærværs- og fraværsatferd ikke nødvendigvis henger sammen med de samme faktorene (Böckerman & Laukkanen, 2010b; Gosselin, Lemyre, & Corneil, 2013). Det betyr at man ikke kan støtte seg til fraværlitteraturen for å forklare årsakene til og konsekvensene av sykenærvær. Økt kunnskap om sykenærvær kan kanskje bidra til at de mest hensiktsmessige valgene blir tatt, og at helsebringende sykenærvær blir muliggjort i større grad. I et større perspektiv kan det kanskje også ha betydning for hvordan man lykkes med helsefremming og fraværsforebygging på en langsiktig og bærekraftig måte.

Biron og Saksvik (2009) skilte mellom salutogene faktorer, som motiverer til arbeid fordi det oppriktig oppfattes som det beste alternativet, og nærværspressfaktorer som trigger nærvær av andre grunner som ikke innebærer fleksibilitet og tilpasning fra organisasjonens side. Med denne oppgaven ønsker jeg å bidra til økt forståelse av fenomenet sykenærvær ved å undersøke hvordan både nærværspressfaktorer og den positive faktoren jobbengasjement henger sammen med sykenærvær. Videre vil jeg se på hvordan de samme variablene har sammenheng med sykenærværendes helse. Jobbengasjement beskrives som en positiv og tilfredsstillende arbeidsrelatert tilstand, kjennetegnet av blant annet energi og motivasjon i arbeidet (Leiter & Bakker, 2010; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002).

Opgavens problemstilling er «Hvordan henger nærværspress og jobbengasjement sammen med sykenærvær og sykenærværendes helse?». Den første delen av oppgaven vil gi en teoretisk og empirisk bakgrunn for temaet. Dette vil lede til oppgavens hypoteser. Videre vil studiens fremgangsmåter og metoder beskrives, før analyseresultatene blir presentert. Til slutt vil resultatene bli diskutert i sammenheng med teorien og empirien som oppgaven baserer seg på.

## Teori

I de kommende seksjonene vil det bli presentert teori og tidligere forskningsresultater som kan være relevant for å forstå, diskutere og besvare oppgavens problemstilling. Hovedfokuset vil ligge på sykenærvær, nærværspres, jobbengasjement og helse. Enkelte andre faktorer som kan være relevant å ta i betraktning vil også bli presentert, som for eksempel helsemessig kontrollplassering, fraværsligitimitet, krav og kontroll. Dette vil lede til oppgavens hypoteser.

### Sykenærvær

I denne delen vil først sykenærverbegrepet defineres. Videre følger et sammendrag av modeller for sykenærvær, og til slutt en gjennomgang av forskning på omfanget av, og demografiske faktorer i sammenheng med sykenærvær.

**Definisjon.** Johns (2010) oppsummerte til sammen ni forskjellige måter å definere sykenærvær på (på engelsk: *presenteeism*). For eksempel definerer noen sykenærvær som redusert produktivitet på jobben grunnet sykdom eller andre omstendigheter (Turpin et al., 2004), mens andre definerer det som noe positivt, ved at arbeidstakeren utviser utmerket framferte på jobb (f.eks. Stolz, 1993, som sitert i Johns, 2010). Det som imidlertid er vanligst blant organisasjonsforskere og innenfor arbeidshelselitteraturen er å definere sykenærvær som oppmøte på jobb til tross for sykdom eller plager (Aronsson et al., 2000; Johns, 2010).

Johns (2010) mener at årsakene til og konsekvensene av sykenærvær bør avklares gjennom empiri, og holdes utenom begrepets definisjon. I denne oppgaven støtter jeg meg til dette. Derfor velger jeg, i likhet med Aronsson et al. (2000), å forholde meg til sykenærvær som handlingen der arbeidstakeren møter opp på jobb til tross for sykdom eller helseplager. Av denne definisjonen beskrives ikke sykenærvær som verken positivt eller negativt, og handlingen tilskrives heller ikke motiver eller konsekvenser.

**Modeller for nærværsdynamikk.** Basert på fraværskforskning foreslo Steers og Rhodes (1978) en modell for å forklare arbeidstakeres nærværstferd. Et fundamentalt prinsipp i denne modellen er at arbeidstakerens motivasjon er avgjørende for nærværet, så lenge man har evnen til å møte opp. Evnen påvirkes for eksempel av sykdom, ulykker og familieansvar, mens motivasjonen i stor grad bestemmes av en kombinasjon mellom arbeidstakerens affektive responser til jobben, og internt og eksternt press til å møte opp. Eksempler på faktorer som kan påvirke dette presset er arbeidssituasjon, jobbtillfredshet, arbeidsmoral, jobbtilhørighet og normer på arbeidsplassen.

I senere tid har det blitt skissert mer spesifikke modeller for å sammenfatte nyere kunnskap om sykenærvær, og legge føringer for videre forskning (Aronsson & Gustafsson, 2005; Baker-McClearn, Greasley, Dale, & Griffith, 2010; Hansen & Andersen, 2008; Johns, 2010). Baker-McClearn et al. (2010) foreslo, på bakgrunn av en litteraturgjennomgang og en egen kvalitativ studie, at en modell for sykenærvær bør inneholde et dynamisk sett av interaksjoner som varierer ut ifra omstendighetene. De fremhevet at beslutningsprosessen mellom sykenærvær og sykefravær er kompleks, og at faktorer relatert til både individ og organisasjon har betydning. Samtidig pekte de på et individs terskel for å velge sykenærvær kan variere slik at den kan være høy i enkelte tilfeller, men lav i andre. I sin modell foreslo de at sykenærvær enten er personlig eller institusjonelt motivert.

Johns (2010) antok, i sin modell, at arbeidstakeren må velge mellom sykenærvær og sykefravær når det vanlige og produktive nærværet avbrytes av en negativ helseendring, som enten er akutt, episodisk eller kronisk. Valget avgjøres til en viss grad av helsetilstandens art og hvordan den vil påvirke arbeidstakerens arbeidsoppgaver, men personlige og kontekstuelle faktorer vil også påvirke om vedkommende møter opp på jobb eller ikke. Sammenlignet med modellen til Baker-McClearn et al. (2010) er Johns (2010) mer tydelig på at både personlige og kontekstuelle faktorer, i hvert enkelt tilfelle, kan ha betydning for valget. Eksempler på personlige faktorer som kan spille inn er den ansattes personlighet, holdninger og stress, mens kontekstuelle faktorer kan være fraværsordninger, kultur og krav arbeideren møter på arbeidsplassen. Sykefraværet eller sykenærværet vil på sikt kunne gi konsekvenser for blant annet arbeidstakerens produktivitet, helse og nærvær.

Aronsson og Gustafsson (2005) har foreslått en forskningsmodell som inneholder mye av det samme som modellen til Johns (2010). Likheten er at begge tar i betraktning at helsetilstanden, i tillegg til personlige og arbeidsrelaterte faktorer, har betydning for valget mellom sykenærvær og sykefravær. Aronsson og Gustafsson (2005) er imidlertid mer detaljert på hva som har betydning for de helsemessige effektene etter at valget er tatt. Dersom sykenærvær blir valgt mener de at destruktive og salutogene faktorer i arbeidet kan bidra til henholdsvis negative og positive effekter på arbeidstakerens helse.

Betydningen av å ta organisasjonskonteksten i betraktning understrekes av en studie av Pousette og Hanse (2002), som testet modeller for sammenhenger mellom jobbkarakteristikk, psykososiale faktorer, helse og sykefravær. I tillegg til at en generell modell ble testet på fire forskjellige yrkesgrupper, ble det testet spesifikke modeller for hver av gruppene. Resultatene viste at de spesifikke modellene var mer plausible enn den generelle, og de argumenterte derfor for at yrkesspesifikke modeller kan gi større praktisk

nytte i sammenheng med helsefremming i organisasjoner.

**Omfang og demografi.** Sykenærvær ser ut til å være et fenomen som angår store deler av befolkningen. I studier med representative utvalg for arbeidspopulasjonene i Sverige og Danmark ble det rapportert at henholdsvis 70 % og 73 % av arbeidsstyrken hadde vært sykenærstående minst én gang det siste året (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008). I en Canadisk organisasjon viste det seg at arbeidstakerne møtte opp på jobb omtrent halvparten av gangene de var syke (Biron, Brun, Ivers, & Cooper, 2006).

Studier som har forsøkt å sette sykenærvær i sammenheng med demografiske faktorer har gitt varierende resultater. For eksempel har noen studier vist at kvinner tenderer til mer sykenærvær enn menn (Aronsson & Gustafsson, 2005; Böckerman & Laukkanen, 2010a; Hansen & Andersen, 2009), noen har vist det motsatte (Demerouti et al., 2009), mens andre har konkludert med at det ikke er kjønnsforskjeller når det gjelder sykenærståersfrekvens (Aronsson & Gustafsson, 2002; Gustafsson & Marklund, 2011; Johansen, 2012; Johns, 2011). Aronsson og Gustafsson (2002) pekte på at noen av yrkesgruppene som hadde høyt sykenærvær, for eksempel innen pleie og omsorg, var kvinnedominerte.

Noen studier har funnet at middelaldrende utgjør aldersgruppen med mest sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Gustafsson & Marklund, 2011), mens andre har funnet at alder og sykenærvær ikke har noen sammenheng (Böckerman & Laukkanen, 2010b; Johansen, 2012). Gosselin et al. (2013) fant størst tilbøyelighet til sykenærvær hos yngre arbeidstakere, og foreslo at unges tendens til bevissthet og bekymringer omkring karriere kunne forklare dette.

Eksempler på andre demografiske faktorer som kan ha sammenheng med sykenærvær er ansiennitet (Johns, 2011), utdanningsnivå (Gustafsson & Marklund, 2011), lederansvar (Johansen, 2012), yrkesgruppe (Gustafsson & Marklund, 2011), om man jobber i offentlig eller privat sektor (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, et al., 2009) og om man er selvstendig næringsdrivende (Hansen & Andersen, 2008). Gosselin et al. (2013) undersøkte om sykenærvær kunne assosieres med spesielle demografiske profiler, uten å finne resultater som tydet på dette.

### **Nærståerspress**

Flere studier har forsøkt å kartlegge forløpere til sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Johns, 2011). Saksvik (1996) gjorde en studie på nærståerspress og identifiserte de fire faktorene uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralpress og trygghetspress. Videre følger en beskrivelse av disse faktorene, satt i

sammenheng med forskning på relaterte variabler. Fraværsligittimitet vil også presenteres som en faktor som kan ha betydning for valget mellom sykefravær og -nærvær.

**Uunnværlighetspress.** Uunnværlighetspress oppstår når man har mye å gjøre, er vanskelig å erstatte eller har viktige oppgaver i arbeidet (Saksvik, 1996). Flere studier har vist at tidspress og stor arbeidsmengde har tydelig sammenheng med sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2002, 2005; Biron et al., 2006; Claes, 2011; Hansen & Andersen, 2008). I tillegg ser det ut til at høy grad av ansvar i jobben og en opplevelse av at ens jobb betyr noe for andre kan bidra til økt sykenærværsfrekvens (Gosselin et al., 2013; Johns, 2011). Noen arbeidstakere velger å være sykenærværende fordi de frykter at fravær kan gi negative konsekvenser for dem selv, kolleger eller klienter (Grinyer & Singleton, 2000). Dersom man ikke har muligheten til å bli erstattet ved fravær kan man for eksempel få økt belastning når man kommer tilbake fordi arbeidet har hopet seg opp (Aronsson & Gustafsson, 2005). Dette ser ut til å ha sammenheng med økt sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Aronsson et al., 2000; Biron et al., 2006; Böckerman & Laukkanen, 2010b). En studie av Johns (2011) fant imidlertid det motsatte, at mer sykenærvær var knyttet til oppfattelsen av at man kan bli erstattet ved fravær. Resultatene av samme studie viste også at gjensidig avhengighet mellom medlemmer i arbeidsteam kunne ha sammenheng med om man hadde hatt tilfeller av sykenærvær, men det hadde imidlertid ingen sammenheng med hvor mye man hadde vært sykenærværende.

**Sanksjonspress.** Sanksjonspress oppstår for eksempel når man frykter å bli anklaget for skulking, av ledelsen eller kolleger, dersom man er borte fra jobb (Saksvik, 1996). Milch (2011) fant at denne faktoren ga signifikant høyere odds for sykenærvær enn for både sykefravær og langtidsfriskhet, en variabel som karakteriseres av at man har så godt som ingen tilfeller av verken sykefravær eller -nærvær. I en kvalitativ studie på kvinnelige ledere kom det frem at flere ofret av fritiden sin, selv om de ikke hadde særlig mye å gjøre, fordi de opplevde at det ble forventet at dem (Simpson, 1998). En respondent fortalte for eksempel at hun følte at kolleger ville legge merke til om hun forlot jobben før dem, og at de ville tenke «... der drar hun hjem – igjen!» (s. 44, egen oversettelse).

Baker-McClearn et al. (2010) pekte på at arbeidstakere kan bli presset til sykenærvær dersom de risikerer økonomiske tap ved å være borte fra jobben. I tillegg kan organisasjonens praksis når det gjelder fraværs- og sykelønnsordninger bidra til å skape kulturer som fremmer sykenærvær i tilfeller der det er uhensiktsmessig. Intensiver i form av ros for lite sykefravær kan være med på å skape slike kulturer. Et annet eksempel er at oppfølgingsamtaler kan virke pressende for sykemeldte, og bidra til at de returnerer til arbeidet tidligere enn hva som



kanskje er hensiktsmessig. Det samme gjelder dersom ledelsen bagatelliserer de ansattes sykdomstilstand. Grinyer og Singleton (2000) fant at systemer hvor ansatte ble kalt inn til møter med ledelsen etter å ha hatt et bestemt antall fraværsepisoder kunne oppleves straffende, og dermed føre til en frykt mot å ta ut sykefravær. I en studie av Biron et al. (2006) var frykt for negative ettervirkninger en av årsakene som ble oppgitt for å velge å gå på jobb til tross for sykdom.

**Moralpress.** Moralpress omfatter oppdragelse og holdninger, at arbeidstakeren har en ansvarfølelse for jobben og får dårlig samvittighet for å ikke møte opp (Saksvik, 1996). Milch (2011) fant at denne faktoren hadde sammenheng med at man mer sannsynlig hadde hatt sykenærvær enn sykefravær det siste året. I en studie av Biron et al. (2006) var skyldfølelse en av årsakene som oftest ble oppgitt for å velge sykenærvær.

Baker-McClearn et al. (2010) gjennomførte en kvalitativ studie der de intervjuet britiske personer med ulike yrker. De fant at følelsen av forpliktelse og lojalitet til organisasjon og team hadde betydning for om ansatte møtte opp på jobb når de var syke. Mange hadde en følelse av å svikte kollegene sine dersom de var borte fra jobb. Enkelte følte også at fravær var en indikator på dårlige prestasjoner, og fryktet dette kunne svekke forfremmelsesmulighetene deres. Kvantitative studier har funnet at prestasjonsbasert selvtillit har positiv sammenheng med sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2002; Löve, Grimby-Ekman, Eklöf, Hagberg, & Dellve, 2010).

Collins og Cartwright (2012) fant også at arbeidsmoral og samvittighet overfor kolleger kunne bidra til sykenærvær, men fant i tillegg at motivasjon for arbeidet hadde betydning. Noen var opptatt av å bli ferdige med prosjektene sine, og noen hadde vanskeligheter med å overlate arbeidet sitt til andre dersom det var noe de hadde lagt sjela si i og jobbet med lenge.

**Trygghetspress.** Trygghetspress kommer av at man er usikker på hvor trygg man er i jobben, og for eksempel frykter å miste den dersom man er borte (Saksvik, 1996). Milch (2011) fant at faktoren var signifikant korrelert med, men ikke en prediktor for sykenærvær. Studier har vist at jobbusikkerhet har sammenheng med sykenærvær (Hansen & Andersen, 2009; Johns, 2011). Heponiemi et al. (2010) fant imidlertid at arbeidstakerens opplevelse av situasjonen spiller en større rolle enn den faktiske graden av jobbusikkerhet når det gjelder tilbøyelighet for sykenærvær.

**Fraværsligimitet.** Fraværsligimitet er forankret i en sosial kontekst og refererer til i hvilken grad et individ oppfatter fravær fra arbeidet som akseptabel atferd (Addae & Johns, 2002). Johns (2010) postulerte at fraværsligimitet er en individuell faktor som kan påvirke

valget mellom sykefravær og -nærvær. Senere fant han at fraværslegitimitet hadde positiv sammenheng med sykefraværsfrekvens og negativ sammenheng med sykenærværsfrekvens (Johns, 2011). Hansen og Andersen (2008) fant at arbeidstakerne med de mest restriktive holdningene når det gjaldt sykefravær hadde størst sannsynlighet for å møte opp på jobb til tross for sykdom. I tillegg ser det ut til at oppfattelsen av fraværskulturen på arbeidsplassen har betydning. Bamberger og Biron (2007) foreslo at det er en tendens til at arbeidstakere justerer fraværsatferden sin til å stemme overens med hvordan man oppfatter normene til likemenn, og Johns (2011) fant at oppfattelsen av en organisasjonskultur som legitimerer sykefravær har sammenheng med mindre sykenærvær. Harvey og Nicholson (1999) fant at fraværslegitimitet kan variere ut ifra faktorer som alder, kjønn og hvilke sykdommer man eventuelt er fraværende på grunn av.

### **Helse og sykenærvær**

Denne delen innledes med en konseptualisering av helsebegrepet. Videre vil helse sees i sammenheng med sykenærvær, og hvordan det kan ha innvirkning på valget av sykenærvær. I den sammenheng introduseres også begrepet helsemessig kontrollplassering. Til slutt presenteres potensielle helsemessige konsekvenser av sykenærvær.

**Begrepet helse.** Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 1946/2002) definerer helse som en tilstand som ikke bare innebærer fravær av sykdom, men også komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære. Denne beskrivelsen bryter med et tidligere paradigme der helse kun ble knyttet til kropp og sykdom (Mæland, 2009). Definisjonen har imidlertid blitt utsatt for kritikk, blant annet for å beskrive helse som en utopisk tilstand. En studie (Eriksen, Svendsrød, Ursin, & Ursin, 1998), der 75 % av et representativt utvalg for den nordiske populasjonen rapporterte at de hadde opplevd en eller annen form for helseplager i løpet av de siste 30 dagene, kan støtte opp om denne kritikken.

En annen del av kritikken har gått på at definisjonen er for omfattende, og at anerkjennelsen av det subjektive gjør begrepet komplekst og vanskelig å forholde seg til (Mæland, 2009). På en annen side viser det seg at variasjonen i hvordan helsebegrepet oppfattes faktisk er stor. I en studie av Blaxter (1990) viste det seg at mennesker tilla helsebegrepet forskjellige faktorer som for eksempel energi, fysisk form, sunn atferd, gode sosiale relasjoner og fravær av sykdom. Noen uttrykte også at de opplevde sin egen helse som god til tross for at de hadde sykdommer, noe som kanskje hadde med mestring å gjøre. Dette kan tyde på at en subjektiv dimensjon i et generelt helsebegrep er uunngåelig, og dette vil derfor bli tatt hensyn til i denne oppgaven, både når det gjelder hva man legger i begrepet

og hvordan man opplever egen helse. Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 1946/2002) sin definisjon vil heller bli benyttet som en pekepinn for hva helse kan innebære.

**Helsetilstand og valget av sykenærvær.** Studier har vist at generell helse har sterk sammenheng med sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2002, 2005). Dårlig helse (Aronsson et al., 2011; Claes, 2011) og høye nivåer av stress (Gosselin et al., 2013) ser ut til å henge sammen med at man oftere er sykenærværende. Demerouti et al. (2009) fant at utmattelsesdimensjonen i utbrenthet ga økt sjanse for senere sykenærvær. De foreslo at dette kunne forklares ved at sykenærvær var en kompensasjonsstrategi for å veie opp for de produktivitetstapene man opplevde på grunn av et lavt energinivå.

Gosselin et al. (2013) gjorde en studie som viste at hvilken type sykdom eller lidelse man hadde kunne ha betydning for om man ble hjemme eller gikk på jobb. For eksempel ga allergier og gastritt større sannsynlighet for sykenærvær, mens emosjonelle utfordringer og problemer med blodtrykk og stoffskifte disponerte mer for sykefravær. Burton, Pransky, Conti, Chen og Edington (2004) gjorde en studie som viste at forskjellige medisinske tilstander, som for eksempel depresjon, leddbetennelse, ryggmerter og hjertesykdom, kunne svekke arbeidsevnen på forskjellige plan. For eksempel kunne depresjon gi utfordringer når det gjaldt tidsstyring og konsentrasjon, mens leddbetennelse var lidelsen som ga de største fysiske utfordringene. Denne studien ble gjort med en tilnærming som gikk ut på å finne ut hvordan ulike tilstander kan gi produktivitetstap, men kanskje spiller dette også en rolle i valget mellom sykefravær og sykenærvær. Johansson og Lundberg (2004) peker nemlig på at arbeidsevnen kan ha stor påvirkning på hvordan man oppfatter egen helsetilstand. I hvilken grad man kan tilpasse arbeidsmengde og -oppgaver ved sykdom er også av betydning for arbeidsevnen.

Hvordan man opplever alvorligheten av helsetilstanden kan også påvirke hvorvidt man velger sykenærvær eller sykefravær (Biron et al., 2006). Morken, Haukenes og Magnussen (2012) intervjuet mannlige bilmekanikere og for dem viste det seg at terskelen var høy for å anse seg selv som syk nok til å være hjemme fra jobb. En sa for eksempel: «Jeg blir hjemme kun hvis jeg er så syk at jeg ikke er i stand til å komme meg opp av senga» (s. 3, egen oversettelse). Andre valgte å holde seg hjemme hvis de trodde det var fare for at de kunne smitte arbeidskolleger. Det er også andre studier som har påpekt betydningen av bekymring for smittefare i beslutningsprosessen om man skal gå på jobb eller ikke (Baker-McCleary et al., 2010; Collins & Cartwright, 2012).

Aronsson og Gustafsson (2002) fant resultater som tydet på at arbeidstakere med

samme helseproblem ikke nødvendigvis har samme nærværsmonster, og understreket at faktorer som ikke relateres til helse også er viktige for å forklare nærvær.

**Helsemessig kontrollplassering.** Helsemessig kontrollplassering (HK) har å gjøre med hvordan et individ tror det kan kontrollere egen helse (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). Individer med intern helsemessig kontrollplassering (intern HK) tror at helsetilstanden deres er et resultat av egen atferd, mens de med ekstern helsemessig kontrollplassering tror at faktorer de ikke kan kontrollere, som skjebne og flaks, er avgjørende.

Johns (2011) fant en positiv sammenheng mellom intern HK og generell helse. Wallston et al. (1978) foreslo at HK, særlig i interaksjon med andre faktorer, kunne være viktig for å forklare helsefremmende atferd. Studier har vist sammenhenger mellom intern HK og forskjellig helseatferd, som for eksempel kosthold og trening (Norman, Bennett, Smith, & Murphy, 1998; Steptoe & Wardle, 2001). Ali og Lindström (2008) fant at psykososiale arbeidsforhold kunne ha innvirkning på HK, og i tillegg at HK delvis kunne forklare sammenhengen mellom psykososiale arbeidsforhold og helserelatert atferd.

Keller (1983) fant en negativ sammenheng mellom intern HK og sykefravær, og mente dette kunne forklares ved at de med intern HK hadde bedre helse og at sykefravær derfor ikke var relevant for dem. Det har blitt foreslått at intern HK kan forbindes med høyere grad av sanksjonspress (Saksvik, 1996). Johns (2010) postulerte i sin modell at intern HK kunne øke sannsynligheten for å velge sykenærvær, på grunn av standhaftighet ved motgang. I en senere studie fant han imidlertid en negativ sammenheng mellom disse variablene (Johns, 2011).

Studier har vist at HK kan ha sammenheng med mestring hos individer med kroniske sykdommer. Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos og Paul (2013) fant for eksempel at intern HK var en sterk prediktor for bruk av effektive avspenningsteknikker for å mestre revmatisme, fibromyalgi og artritt, mens Janowski, Kurpas, Kusz, Mroczek og Jedynek (2013) fant at intern HK hadde positive sammenhenger med forebyggende atferd og positiv mental innstilling ved kroniske somatiske sykdommer.

**Helsemessige konsekvenser av sykenærvær.** Studier har vist at sykenærvær har sammenheng med fremtidig helsetilstand. Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, et al. (2009) viste for eksempel at sykenærvær var en risikofaktor for dårlig helse, både etter 18 måneder og tre år. Gustafsson og Marklund (2011) fant at sykenærvær økte sannsynligheten for dårlig arbeidsevne, og fysiske og mentale helseplager året etter, mens Taloyan et al. (2012) fant at sykenærvær hadde sammenheng med dårlig helse to år etter. Gustafsson og Marklund (2014) undersøkte hvordan ulike kombinasjoner av sykenærvær og sykefravær hadde sammenheng

med helse året etter. De fant at kombinasjonen av høy grad av både sykenærvær og -fravær representerte størst risiko for lav arbeidsevne, dårlig selvrapportert helse og fysiske plager. Kombinasjonen av høyt sykenærvær og lavt sykefravær utgjorde den største risikoen for lavt mentalt velvære.

Kivimäki et al. (2005) fant at sykenærvær, operasjonalisert som at man hadde dårlig helse uten å ha hatt sykefravær det siste året, var en risikofaktor for hjerteinfarkt eller dødelig hjertesykdom tre år etter. En oppfølgingsstudie viste imidlertid at sykenærværet i seg selv ikke var en utløsende faktor for denne effekten (Westerlund et al., 2009).

Demerouti et al. (2009) fant at sykenærvær økte sannsynligheten for utbrenthetsdimensjonene depersonalisering og utmattelse over tid. Med tanke på at samme studie også viste at utmattelse var en risikofaktor for mer sykenærvær, kan dette kanskje tyde på en ond sirkel der utmattelse fører til mer sykenærvær, som igjen fører til økt utmattelse. Sykenærvær ser ut til å øke sannsynligheten for sykefravær på senere tidspunkt (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2011; Hansen & Andersen, 2009; Taloyan et al., 2012). Janssens, Clays, De Clercq, De Bacquer og Braeckman (2013) fant at sykenærvær særlig hadde sammenheng sykefravær av lang varighet.

Munir et al. (2007) viste at forskjellige kroniske sykdommer (f.eks. depresjon, astma og muskel- og skjelettsmerter) kunne gi ulikt utslag i psykologisk og helsereelatert stress i jobben. De fant at de begrensningene sykdommen ga på jobben var en større årsak til stress enn type sykdom og alvorlighetsgrad av sykdommen. Dette kan understreke viktigheten av tilrettelegging av arbeidsoppgaver for å lykkes med det godartede sykenærværet som Johnsson et al. (2006), og også Thun, Saksvik, Ose, Mehmetoglu og Christensen (2013) snakker om.

Mykletun et al. (2010) påpekte at aktivitet gjennom arbeidet kan ha en terapeutisk effekt på mange helseproblemer, som for eksempel lettere psykiske lidelser og ryggsmarter. Resultatene til en studie av Howard, Mayer og Gatchel (2009) kan være med på å støtte opp om dette. De undersøkte effekten av et behandlingsprogram for kroniske muskel- og skjelettlidelser, og konkluderte med at sykenærværende, i større grad enn sykefraværende, var i full jobb året etter. I tillegg hadde de mindre risiko for å utvikle psykiske lidelser, som stemningslidelser og angst.

### **Jobbengasjement**

Som respons til psykologiens dominerende fokus på negative aspekter, oppsto den positive psykologien (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dette medførte blant annet at

forskere i større grad begynte å undersøke menneskets positive, bevarende og beskyttende ressurser, som for eksempel jobbengasjement (Gorgievski & Hobfoll, 2008). I denne delen av oppgaven vil begrepet jobbengasjement bli definert, før det kort blir presentert en teoretisk modell for fenomenet. Videre vil det bli fokusert på forskning på jobbengasjement i sammenheng med helse og sykenærvær.

**Definisjon.** Ifølge Bakker (2011) var Kahn (1990) en av de første til å teoretisere rundt fenomenet jobbengasjement, som senere har blitt definert på forskjellige måter. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i Schaufeli et al. (2002) sin definisjon, som beskriver jobbengasjement som «en positiv, tilfredsstillende, arbeidsrelatert tilstand karakterisert av vitalitet, dedikasjon og evne til fordypelse i arbeidet» (s. 74). Vitalitet blir uttrykt av høyt energinivå og mental robusthet i arbeidet, i tillegg til innsatsvilje og utholdenhet i møte med utfordringer. Dedikasjon karakteriseres av følelser som inspirasjon, entusiasme, betydning, stolthet og utfordring, mens evne til fordypelse i arbeidet kjennetegnes av konsentrasjon, en opplevelse av at tiden flyr, at man er oppslukt i arbeidet og har vanskeligheter med å løsrive seg fra det.

Jobbengasjement retter seg ikke mot bestemte objekter, hendelser, individer eller atferder, men er en mer varig og gjennomgripende affektiv-kognitiv tilstand (Schaufeli et al., 2002). Schaufeli og Bakker (2010) fremhevet at jobbengasjement relateres til arbeidet, og ikke til organisasjonen, selv om dette kan ha en viss sammenheng. Konseptet relateres også til motivasjon (Leiter & Bakker, 2010). Engasjerte arbeidstakere ønsker å lykkes, og streber etter å oppnå sine mål. De holder ikke energien tilbake, men tenderer til å tillate seg å entusiastisk benytte den energien de har tilgjengelig på et gitt tidspunkt.

Jobbengasjement blir ofte beskrevet som motsetningen til utbrenthet, et psykologisk syndrom som kommer av kroniske stressorer, og som kjennetegnes av blant annet emosjonell utmattelse og distansering fra arbeidet (f.eks. González-Romá, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2006; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). I andre sammenhenger blir jobbengasjement imidlertid beskrevet som et uavhengig konsept som er negativt relatert til utbrenthet (Schaufeli et al., 2002).

**En modell for jobbengasjement.** Bakker og Demerouti (2008) foreslo at funn om forløpere til og konsekvenser av jobbengasjement kunne settes inn i et overordnet teoretisk rammeverk for jobbengasjement, basert på to av antagelsene til jobbkrav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007). Den første antakelsen er at jobbressurser setter i gang en motivasjonsprosess som leder til jobbengasjement, og videre til økte prestasjoner. Jobbressurser er fysiske, psykologiske, sosiale eller organisasjonsmessige aspekter ved

jobben som kan redusere jobbkrav, bidra til måloppnåelse og stimulere til personlig vekst, læring og utvikling (Schaufeli & Bakker, 2004). Den andre antakelsen er at jobbressurser blir mer fremtredende og oppnår sitt motiverende potensial når ansatte konfronteres med høye jobbkrav, eksempelvis i form av stor arbeidsmengde og emosjonelle krav (Bakker & Demerouti, 2007). Jobbkraft-ressursmodellen beskriver i tillegg en prosess som kan føre til dårlig helse ved at høye jobbkrav tærer på arbeidstakerens fysiske og mentale ressurser og leder til utbrenthet.

Med modellen for jobbengasjement postulerte de at jobbengasjement kan predikeres av jobbressurser og personlige ressurser (Bakker & Demerouti, 2008). Personlige ressurser er positive selvevalueringer som refererer til individets opplevelse av evnen til å kontrollere og ha innflytelse på omgivelsene (Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson, 2003). Utfallet av jobbengasjement kan være en positiv vinningsspiral der jobbengasjerte arbeidstakere blir i stand til å skape sine egne ressurser som videre fostrer jobbengasjement over tid (Bakker & Demerouti, 2008).

**Jobbengasjement og helse.** Det mangler forskning på sammenhengen mellom jobbengasjement og helse (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008), men det har blitt gjort noen funn. Schaufeli, Taris og van Rhenen (2008) fant for eksempel at jobbengasjement hadde sammenheng med opplevd god helse, mens utbrenthet var relatert til opplevelse av helseplager. Det har blitt funnet negative sammenhenger mellom jobbengasjement og depressive symptomer, utbrenthet, søvnforstyrrelser og fysiske helseplager (Hallberg & Schaufeli, 2006). Hakanen og Lindbohm (2008) fant en positiv sammenheng mellom jobbengasjement og selvrapportert helse hos kvinner, og Hakanen og Schaufeli (2012) fant at jobbengasjement hadde negativ sammenheng med depressive symptomer på senere tidspunkt. I sistnevnte studie ble det foreslått at faktorer relatert til jobbengasjement kunne virke beskyttende mot depressive symptomer. Eksempler på dette var at vitalitet og entusiasme ser ut til å ha sammenheng med proaktiv atferd (Hakanen, Perhoniemi, & Toppinen-Tanner, 2008) og mestringsstrategier (Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011). Hakanen, Peeters og Perhoniemi (2011) fant resultater som tydet på at jobbengasjement kunne smitte over til familielivet, noe som indikerer at jobbengasjement kan bidra til velvære, også på andre plan enn i arbeidet.

Pressman og Cohen (2005) gjorde en litteraturstudie på sammenhengen mellom positiv affekt og helse, der positiv affekt ble definert som følelser som reflekterer et nivå av lystbetont engasjement med omgivelsene. De påpekte at mennesker med alvorlig sykdom ofte rapporterer om lavere nivåer av positiv affekt enn de som er friske. Imidlertid viste de

eksempler på prospektive studier som indikerte at positiv affekt gir mindre risiko for blant annet forkjølelse (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003), skader (Koivumaa-Honkanen et al., 2000) og hjerneslag (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001) på senere tidspunkt.

Enkelte forskere har stilt spørsmålet om hvorvidt man kan bli for engasjert. Halbesleben, Harvey og Bolino (2009) foreslo at for mye jobbengasjement kan føre til at man får for lite ressurser til overs til andre sfærer i livet, som for eksempel familie, mens Sonnentag, Mojza, Binnewies og Scholl (2008) stilte spørsmålet om hvorvidt ansatte trenger avkobling fra en engasjert tilstand for å opprettholde positiv affekt. De fant at engasjement i arbeidstiden og avkobling på fritiden var den beste kombinasjonen for å opprettholde en positiv affektiv tilstand. Arbeidsnarkomani er et fenomen som relaterer seg til jobbengasjement, og kjennetegnes av en ukontrollerbar trang til å jobbe overdrevent mye (Schaufeli et al., 2008). Taris, Schaufeli og Shimazu (2010) argumenterer for at skillet mellom jobbengasjement og arbeidsnarkomani handler om hvorvidt den indre drivkraften er forankret i noe positivt eller noe negativt.

**Jobbengasjement og sykenærvær.** Til nå ser det ut til at det også har blitt gjort lite forskning på sammenhengen mellom jobbengasjement og sykenærvær. I en studie på canadiske regnskapsførere fant Remo (2012) negative korrelasjoner mellom sykenærveretsfrekvens de siste tolv månedene, og de tre dimensjonene i jobbengasjement. Admasachew og Dawson (2011) gjorde en studie på ansatte i britisk helsesektor, der sykenærvær og jobbengasjement ble operasjonalisert og målt på en annen måte enn i denne oppgaven. Sykenærveretsvariabelen i deres studie reflekterte hvorvidt man hadde følt press fra leder og kolleger for å møte opp på jobb. Også der ble det funnet en negativ sammenheng mellom variablene.

Forskning har vist indikasjoner på at positive affektive tilstander relatert til arbeidet kan motivere til å gå på jobb til tross for sykdom. Morken et al. (2012) fant eksempler på at trivsel medførte en sterk vilje til å møte opp på jobb til tross for sykdom. En bilmekaniker uttrykte for eksempel at motivasjonen bunnet i et godt forhold til kolleger. En annen ansatt understrekte betydningen av tilfredshet i jobben, og rapporterte å ha vært mer sykenærverende i sin tidligere jobb, der vedkommende hadde vært mer tilfreds enn i sin nåværende jobb. En studie av Biron et al. (2006) avslørte at interesse i eller avledet fra arbeidet kunne være en bidragsytende faktor for å velge sykenærvær.

Demerouti et al. (2009) gjennomførte en studie på sykepleiere og sammenhengen mellom sykenærvær og utbrenthet, faktoren som tidligere ble nevnt som en mulig motsetning



til jobbengasjement. Deres resultater tydet på at utbrenthet kunne føre til en ond sirkel når det gjaldt sykenærvær. På grunn av lave energinivåer var det sannsynlig at utbrente arbeidstakere ble mindre produktive på jobben, og dermed valgte sykenærvær for å kompensere for dette. Videre kunne dette øke følelsen av utmattelse, og føre til enda mer sykenærvær.

### **Krav og kontroll**

Krav-kontroll-modellen (Karasek, 1979) har vært en av de mest innflytelsesrike modellene i forskning på forholdet mellom arbeid og helse (Van der Doef & Maes, 1999). Psykologiske jobbkrav er summen av krav som stilles til den ansatte i arbeidssammenheng, som for eksempel tidspress, arbeidsmengde, følelsesmessig belastning og høy konsentrasjon. Kontrolldimensjonen beskrives ved autonomi og beslutningsfrihet i arbeidet, i tillegg til hvorvidt den ansatte får utnyttet og utviklet sine evner og ferdigheter i arbeidet. Modellen tar utgangspunkt i at nivåene av psykologiske jobbkrav og kontroll kan predikere ulike helse- og atferdsmessige konsekvenser av arbeidssituasjonen (Karasek & Theorell, 1990). For eksempel antas det at høye krav i kombinasjon med høy kontroll har sammenheng med gode psykososiale utfall, vekst og læring. En annen hypotese går ut på at kombinasjonen av høye krav og lav kontroll gir høy grad av psykologisk stress. Studier har vist at slikt høystressarbeid har sammenheng med blant annet kardiovaskulær sykdom (Schnall, Landsbergis, & Baker, 1994) og høyt blodtrykk (Landsbergis, Dobson, Koutsouras, & Schnall, 2013).

Det ser også ut til at nivåer av psykologiske jobbkrav og kontroll, og kombinasjoner av disse har sammenheng med arbeidsrelatert sykefravær (Gimeno, Benavides, Amick, Benach, & Martínez, 2004). Andre studier har funnet at forskjellige former for jobbkrav har sammenheng med sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008). Johansson og Lundberg (2004) antok at beslutningsfrihet ville ha positiv sammenheng med sykenærvær fordi det ga muligheten til å opprettholde arbeidsevnen til tross for svekkelse av helsen, men de fant ikke belegg for dette i sin studie.

Modellen har senere blitt utvidet til krav-kontroll-støtte-modellen, der dimensjonen sosial støtte refererer til ”det totale nivået av nyttig sosial interaksjon tilgjengelig i jobben, fra både kolleger og ledere” (Karasek & Theorell, 1990, s. 69). Sosial støtte kan fungere som en beskyttende faktor ved høye nivåer av krav, og bidra til mestring og positive utfall.

### **Hypoteser**

Som nevnt innledningsvis i oppgaven søker jeg svar på følgende problemstilling:

«Hvordan henger nærværspress og jobbengasjement sammen med sykenærvær og sykenærværendes helse?». Med utgangspunkt i teorien og de tidligere empiriske funnene som har blitt presentert fremsettes fire hypoteser.

**H1: Nærværspress har positiv sammenheng med sykenærvær.** Nærværspress beskrives som faktorer som trigger nærvær av forskjellige grunner. I den første hypotesen antas det derfor en positiv sammenheng mellom nærværspress og sykenærvær.

**H2: Jobbengasjement har negativ sammenheng med sykenærvær.** Positive affektive tilstander ser ut til å kunne motivere til jobbnærvær, selv ved sykdom. Det har imidlertid blitt gjort lite forskning på den mer spesifikke variabelen jobbengasjement i sammenheng med sykenærvær. Til nå har det blitt vist negative sammenhenger mellom disse variablene, og det samme antas derfor også i denne studien. I tillegg kan tidligere funn om at jobbengasjement henger sammen med positive helsetilstander bety at sykenærvær er mindre relevant for jobbengasjerte.

**H3: For sykenærværende arbeidstakere har nærværspress negativ sammenheng med subjektiv helse.** Nærværspress representerer i utgangspunktet årsaksfaktorer for sykenærvær. Kanskje er det også slik at disse faktorene gjenspeiler sider ved arbeidsmiljøet eller personligheten som også har betydning for utfallet av sykenærvær. I og med at nærværspress motiverer til sykenærvær uten at det innebærer tilrettelegging og hensyn til den sykenærværendes plager forventes det en negativ sammenheng med subjektiv helse.

**H4: For sykenærværende arbeidstakere har jobbengasjement positiv sammenheng med subjektiv helse.** Jobbengasjement beskrives som en positiv affektiv tilstand, og forskning har vist at variabelen henger sammen med god helse og fravær av diverse fysiske og psykiske helseplager. Den siste hypotesen formuleres dermed med en antagelse om at dette også gjelder sykenærværende arbeidstakere.

## Metode

I den følgende delen av oppgaven vil informasjon om og beskrivelser av studiens metoder presenteres. Det vil bli gitt et kort sammendrag av det overordnede prosjektet, beskrivelse av datainnsamlingsprosedyren, informasjon om utvalget og studiens variabler, og en gjennomgang av analysemetodene som ble brukt i studien.

### Overordnet prosjekt

Denne masteroppgaven føyer seg til prosjektet «Måling av det gode arbeidsmiljø» som ble igangsatt av Ingrid Steen Rostad og Sylvi Thun ved Psykologisk Institutt, Norges

teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Prosjektet var i utgangspunktet knyttet til bacheloroppgavene til en gruppe på 30 studenter, og formålet var opprinnelig å pilotteste et måleinstrument for sykenærvær og tilrettelegging på arbeidsplassen. Prosjektet ble meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Svaret fra NSD, med anbefaling om å gjennomføre prosjektet, kan sees i Vedlegg A.

### **Datainnsamling**

Et elektronisk spørreskjema, som kan sees i Vedlegg B, ble benyttet til å samle inn kvantitativt datamateriale til denne studien som kan defineres som en tverrsnittstudie (Field, 2009). Datainnsamlingen ble gjennomført i to runder. I første omgang fikk jeg tilgang til et allerede innsamlet datamateriale som passet godt til å undersøke problemstillingen min. Dette bestod av data fra 200 respondenter, rekruttert av en gruppe bachelorstudenter våren 2013. I samarbeid med studiekollega Eyvind Helland satte jeg meg et mål om å gjennomføre en ny datainnsamlingsrunde, med det samme spørreskjemaet, og supplere med ytterligere 100 respondenter i løpet av høsten 2013. Vi spurte venner og bekjente om å delta i spørreundersøkelsen, og utvalget kan dermed betegnes som et bekvemmelighetsutvalg (Langdridge, 2006). Vi jobbet imidlertid med en strategi for å oppnå et utvalg som lignet mest mulig på arbeidspopulasjonen i Norge når det gjaldt fordeling av kjønn, alder, sektor og bransje (Statistisk Sentralbyrå, 2013b).

E-postadressene til de rekrutterte respondentene ble samlet inn, og lenken til spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle på samme tidspunkt, med en svarfrist på to uker. For å sikre en høyest mulig responsrate valgte vi å sendte ut en påminnelse etter én uke. Både ved første kontakt i rekrutteringsprosessen og ved utsendelse av spørreundersøkelsen ble respondentene informert om undersøkelsens tema samt etiske hensyn som ble tatt med tanke på anonymisering og oppbevaring av datamaterialet.

### **Utvalg**

Etter gjennomføringen av den supplerende spørreundersøkelsen sto jeg igjen med et datasett med 342 besvarelser. Etter at jeg hadde gått gjennom datamaterialet, og fjernet duplikater og tomme besvarelser, ble studiens totale utvalg bestående av 302 norske arbeidstakere.

En del av oppgavens problemstilling spurte spesifikt om sykenærværendes subjektive helse. I tillegg til et totalt utvalg ble det derfor besluttet å danne et eget utvalg med sykenærværende, bestående av de som hadde hatt minst ett tilfelle av sykenærvær i løpet av

de siste seks månedene. Videre i oppgaven blir det referert til ”utvalget med sykenærværende” eller ”de sykenærværende” når det er snakk om dette utvalget, selv om de gjeldende respondentene ikke nødvendigvis var sykenærværende på tidspunktet da spørreskjemaet ble besvart. Dette utvalget ble bestående av 205 arbeidstakere. I Tabell 1 vises statistikk på demografiske variabler for både det totale utvalget og utvalget med sykenærværende. Til sammenligning ble også gruppen med ikke-sykenærværende (respondenter uten tilfeller av sykenærvær de siste seks månedene) inkludert i tabellen.

Tabell 1

*Utvalgenes fordeling på demografiske variabler*

Variabler	Totalt utvalg	Sykenærværende	Ikke-sykenærværende
<i>N</i>	302	205	97
Alder, min–max / <i>M</i> ( <i>SD</i> )	16–66 / 39.6 (13.0)	16–66 / 38.9 (13.0)	21–65 / 41.0 (13.1)
Kjønn, <i>n</i> (%)			
Kvinner	156 (51.7)	104 (50.7)	52 (53.6)
Menn	146 (48.3)	101 (49.3)	45 (46.4)
Sektor, <i>n</i> (%)			
Offentlig	134 (44.4)	86 (42)	48 (49.5)
Privat	168 (55.6)	119 (58)	49 (50.5)
Bransje, <i>n</i> (%)			
Bergverk/energiproduksjon	7 (2.3)	3 (1.5)	4 (4.1)
Industri	24 (7.9)	16 (7.8)	8 (8.2)
Transport/kommunikasjon	15 (5.0)	13 (6.3)	2 (2.1)
Finansiell tjenesteyting/forsikring	17 (5.6)	12 (5.9)	5 (5.2)
Offentlig forvaltning	24 (7.9)	17 (8.3)	7 (7.2)
Bygg og anlegg	29 (9.6)	23 (11.2)	6 (6.2)
Varehandel	36 (11.9)	26 (12.7)	10 (10.3)
Hotell og restaurant	10 (3.3)	9 (4.4)	1 (1.0)
Undervisning og forskning	41 (13.6)	27 (13.2)	14 (14.4)
Helse og omsorg	77 (25.5)	45 (22)	32 (33.0)
Primærnæringene	12 (4.0)	9 (4.4)	3 (3.1)
Ansettelsesforhold, <i>n</i> (%)			
Fast	255 (84.4)	172 (83.9)	83 (85.6)
Midlertidig/tidsbegrenset	11 (3.6)	9 (4.4)	2 (2.1)
Vikariat/ekstrahjelp	16 (5.3)	11 (5.4)	5 (5.2)
Ansatt i vikarbyrå	3 (1.0)	3 (1.5)	0 (0)
Lederansvar, <i>n</i> (%)			
Ja	110 (36.4)	80 (39.9)	30 (30.9)
Nei	191 (63.2)	125 (61.0)	66 (68.0)

*Note.* min = minimumsverdi, max = maksimumsverdi, *M* = gjennomsnitt, *SD* = standardavvik

Som vist i Tabell 1 bestod utvalgene av arbeidstakere i alderen 16 til 66 år, og hadde en nokså jevn fordeling mellom kjønnene. Privat sektor var representert i større grad enn offentlig sektor, særlig i utvalget med sykenærværende. Helse og omsorg var den bransjen

som var sterkest representert (25,5 % i det totale utvalget). Sammenlignet med statistikken til Statistisk Sentralbyrå (2013b), så det ikke ut til at det totale utvalget var representativt for den norske arbeidspopulasjonen. I populasjonen var det for eksempel flest menn (53,7 %), mens de så vidt var i undertall i denne studiens utvalg (48,3%). De eldste arbeidstakerne i populasjonen, i aldersgruppen 67–74 år, var ikke representert i denne studiens utvalg. Populasjonen består av 2,6 % arbeidstakere fra denne aldersgruppen. Utvalget var heller ikke representativt når det gjaldt bransje. For eksempel besto utvalget av 25,5 % fra helse og omsorg og 13,6 % fra undervisning og forskning. Tilsvarende tall i populasjonen var henholdsvis 19,8 % og 7,9 %. Disse bransjene var dermed overrepresentert i denne studien.

## Variabler

**Indekser og indre konsistens.** Variablene som inneholdt flere testledd ble satt sammen til indekser ved å beregne gjennomsnittet til testleddene (summere skårene og dividere på antall testledd). For å få en skåre for indeksen måtte respondentene ha besvart minimum halvparten av testleddene som inngikk i den. Den indre konsistensen til indeksene ble målt ved hjelp av Cronbachs alfa ( $\alpha$ , Cronbach, 1951). Selv om det er vanlig å sette .7 som en grense for minste akseptable verdi, bemerker Kline (1999, som sitert i Field, 2009) at man kan forvente lavere verdier når det gjelder for eksempel psykologiske variabler, på grunn av mangfoldet i konstruktene som blir målt. Når Cronbachs alfa nevnes i beskrivelsen av måleinstrumentene refereres det til den verdien som ble beregnet i studiens totale utvalg. I oppgavens resultatdel, vises imidlertid en oversikt over Cronbachs alfa til indeksene i studien, beregnet i både det totale utvalget og utvalget med sykenærværende.

**Utliggere.** For å sjekke om det var univariate utliggere i datasettet ble det regnet ut standardskårer for alle variablene som ble brukt i denne studien. Standardskårer med absoluttverdi over 3.29 kan være tegn på utliggere (Tabachnick & Fidell, 2013), og noen tilfeller av dette ble funnet. Etter en vurdering var det imidlertid ikke grunn til å tro at dette var feilaktige verdier, og ingen respondenter ble fjernet fra datasettet etter denne prosedyren. Sykenærversvariabelen var den eneste som ble endret på grunn av utliggere, noe som blir beskrevet nærmere når måleinstrumentene gjennomgås. Høye standardskårer behøver ikke nødvendigvis å indikere urimelige svar. Tilfellene kan imidlertid påvirke resultatene man får ved bruk av variabelen i statistiske analyser (Field, 2009).

**Normalitet.** West, Finch og Curran (1995) foreslo at det kunne være problemer med normalfordelingen til en variabel dersom verdiene for skjevhet (*skewness*) og spissitet (*kurtosis*) oversteg henholdsvis 2.1 og 7.1. I Tabell 2 presenteres verdiene for skjevhet og

spisshet, og det så ut til at alle variablene i studien var tilstrekkelig normalfordelte.

Opprinnelig var det utfordringer med normalfordelingen til sykenærversvariabelen. Hva som ble gjort med dette blir beskrevet nærmere når måleinstrumentene gjennomgås.

Tabell 2

*Skjevhet og spisshet for studiens variabler (totalt utvalg / sykenærværende)*

Variabler	Skjevhet	SE	Spisshet	SE
Subjektiv helse	-.85 / -.79	.14 / .17	.64 / .62	.28 / .62
Sykenærversfrekvens	-.21 / -.38	.14 / .17	-1.51 / -.74	.28 / .34
Jobbengasjement	-1.21 / -1.13	.15 / .18	1.27 / 1.13	.29 / .35
Uunnværlighetspress	-.69 / -.72	.15 / .18	.36 / .62	.29 / .35
Sanksjonspress	.16 / -.02	.15 / .18	-1.17 / -1.10	.29 / .35
Moralpress	-1.50 / 1.75	.15 / .18	3.80 / 5.05	.29 / .35
Trygghetspress	-.19 / -.22	.15 / .18	-1.25 / -1.19	.29 / .35
Krav	.23 / .30	.15 / .18	.05 / .05	.29 / .35
Kontroll	-.27 / -.32	.15 / .18	-.42 / -.28	.29 / .35
Fraværsligittimitet	-.92 / -1.02	.14 / .17	1.30 / 1.27	.28 / .34
Intern HK	.21 / .10	.15 / .18	.27 / .48	.29 / .35
Alder	.28 / .35	.14 / .17	-1.27 / -1.21	.28 / .34

Note. SE = standardfeil.

**Måleinstrumenter.** Videre følger en beskrivelse av måleinstrumentene som ble benyttet i studien. Disse har blitt validert i tidligere studier, som vil bli referert til.

Spørreskjemaet kan sees i sin helhet i Vedlegg B.

*Subjektiv helse* ble målt med spørsmålet «Hvordan vil du generelt sett beskrive helsen din?», og reflekterer dermed respondentenes opplevde helse. Respondentene kunne velge mellom fem alternativer på en skala fra «Svært dårlig» (1) til «Svært god» (5). Lignende mål har tidligere blitt benyttet i flere studier (Bergström, Bodin, Hagberg, Lindh, et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2014).

*Sykenærver* ble målt med spørsmålet «Hvor mange dager har du vært på jobb med sykdom og/eller helseplager i løpet av de siste 6 måneder?», og måler dermed frekvensen av handlingen sykenærver. Respondenten ble bedt om å fylle inn antall dager. Dette målet har blitt brukt i flere studier tidligere (f.eks. Gosselin et al., 2013; Johns, 2011). Til tross for at noe av informasjonen gikk tapt vurderte jeg det som hensiktsmessig å plassere svarene inn i kontinuerlige kategorier (0, 1, 2–5 og ≥6), for å gjøre variabelen mer robust til bruk i statistiske analyser. Dette var på grunn av utliggerer med standardskårer opp til 8.64, i tillegg til verdier for skjevhet og spisshet opp til henholdsvis 5.99 og 29.28. Standardskårene

representerte ikke urimelige svar på spørsmålet, og tilfellene ble derfor beholdt og plassert inn i de nye svarkategoriene. Disse svarkategoriene har blitt benyttet i flere tidligere studier, men da når det gjaldt sykenærverstilfeller over en periode på 12 måneder (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2011).

En dikotom variant av sykenærversvariabelen ble også konstruert med formål å bruke den som grupperingsvariabel i t-tester og avhengig variabel i logistisk regresjon, i tillegg til å kunne undersøke de sykenærverende som et eget utvalg. Frekvensvariabelen ble dikotomisert slik at de som ikke hadde hatt noen tilfeller av sykenærver (0) beholdt verdien 0, og de som hadde hatt ett eller flere tilfeller av sykenærver ( $\geq 1$ ) fikk verdien 1. Dikotome varianter av sykenærversvariabelen har tidligere blitt benyttet flere studier (f.eks. Aronsson & Gustafsson, 2005; Böckerman & Laukkanen, 2010b).

*Jobbengasjement* ble målt med et instrument hentet fra Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al., 2002). De 17 testleddene er opprinnelig delt inn i 3 indekser for hver av dimensjonene i jobbengasjement, men i denne studien ble alle testleddene slått sammen til én indeks for totalt jobbengasjement. Dette anbefales av Schaufeli, Bakker og Salanova (2006), blant annet for å unngå multikollinearitet mellom de tre dimensjonene. Eksempler på testledd i indeksen var «Jeg er full av energi i arbeidet mitt», «Jeg er entusiastisk i jobben min» og «Tiden bare flyr når jeg arbeider». Respondentene ble spurt om å angi hvor ofte de følte det på denne måten ved å velge mellom syv svaralternativer på en skala fra «Aldri i det siste året» (1) til «Daglig» (7). Den indre konsistensen til indeksen så ut til å være svært god ( $\alpha = .96$ ).

Målene for de fire dimensjonene for nærverspress ble hentet fra Saksvik (1996). På en skala fra «Helt uenig» (1) til «Helt enig» (5) skulle respondentene besvare hvor enig de var i forskjellige påstander om hvorfor de gikk på jobb selv om de kjente seg dårlig. Indeksen for *uunnværlighetspress* består av fire testledd som «Det er vanskelig å ordne med vikar» og «Det er så mye å gjøre på jobben». Den indre konsistensen kunne vurderes som litt lav ( $\alpha = .64$ ), men den ble akseptert på bakgrunn av argumentet til Kline (1999, som sitert i Field, 2009) om at man kan forvente verdier under .70 for mangfoldige variabler.

Indeksen for *sanksjonspress* består i utgangspunktet av fire testledd som «Jeg vil ikke bli beskyldt for å skulke av ledelsen» og «Hvis jeg ikke står på, kan jobben være truet». Jeg valgte imidlertid å utelate testleddet «Jeg vil ikke overbelaste kollegene», fordi inklusjon i indeksen ga en lavere indre konsistens ( $\alpha = .66$ ), i tillegg til at spørsmålet subjektivt ble vurdert til å henge dårlig sammen med resten av spørsmålene i indeksen. Den benyttede

indeksen for sanksjonspress ble dermed bestående av tre testledd og hadde akseptabel indre konsistens ( $\alpha = .75$ ).

Indeksen for *moralpress* består av fire testledd som «Jeg er oppdratt slik» og «Jeg får dårlig samvittighet hvis jeg blir hjemme». Den indre konsistensen til indeksen var tilfredsstillende ( $\alpha = .70$ ).

*Trygghetspress* ble målt med testleddet «En må være glad for å ha en jobb i dag, når det er så mye arbeidsledighet».

Instrumentene for *krav* og *kontroll* ble hentet fra QPS<sub>Nordic</sub> (Elo et al., 2001). Respondentene ble spurt om å krysse av for alternativet som passet dem best på en skala fra «Meget sjelden eller aldri» (1) til «Meget ofte eller alltid» (5). Høye skårer indikerte dermed høy grad av krav og kontroll. QPS<sub>Nordic</sub> måler faktorer på både oppgave-, individ- og organisasjonsnivå (Elo et al., 2001), og kombinerer jobb-stress-fokuserte metoder med jobb-redesign-fokuserte metoder. Indeksene har vist seg å ha god test-retest-reliabilitet (Elo et al., 2001). Indeksen for *krav* består av 15 spørsmål som «Må du arbeide overtid?», «Krever arbeidet ditt raske avgjørelser?» og «Er arbeidsoppgavene dine for vanskelig for deg?». Spørsmålene er opprinnelig delt inn i indekser for kvantitative krav, beslutningskrav og krav til læring. I denne studien ble det besluttet å lage en indeks for totale krav, fordi denne variabelen skulle benyttes som kontrollvariabel og det ikke skulle fokuseres de spesifikke formene for krav. Den indre konsistensen var noe lav ( $\alpha = .66$ ), men den ble akseptert på grunn av variabelens mangfold (Kline, 1999, som sitert i Field, 2009). Indeksen for *kontroll* består av 13 spørsmål som «Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?», «Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?» og «Kan du påvirke beslutninger som er viktig for ditt arbeid?». Opprinnelig er spørsmålene delt inn i indekser for kontroll over beslutninger, kontroll over arbeidsintensitet og positive utfordringer i arbeidet. Av samme grunn som for indeksen for krav, ble det besluttet å benytte en indeks for total kontroll i denne studien. Den indre konsistensen til indeksen var god ( $\alpha = .85$ ).

*Fraværsligimitet* ble målt med et instrument hentet fra Addae, Johns og Boies (2013) som består av 8 testledd som omhandler det å være borte fra jobb. Eksempler er «Når noen ansatte er borte fra jobb har de som regel en god grunn» og «Ledere bør vise forståelse når noen ansatte er borte fra jobb». Respondentene skulle svare på hvor enige de var i disse påstandene ut ifra svarkategorier på en skala fra «Helt uenig» (1) til «Helt enig» (5). Høy skåre indikerte dermed høyere grad av oppfattet fraværsligimitet. Indeksen hadde akseptabel indre konsistens ( $\alpha = .76$ ).

*Intern helsemessig kontrollplassering* (Intern HK) ble målt med et instrument



bestående av seks testledd utviklet av Wallston et al. (1978). Blant testleddene var påstander som «Om jeg blir syk er det mine egne handlinger som avgjør hvor fort jeg blir frisk igjen», «Det er det jeg selv gjør som i all hovedsak påvirker min helse» og «Om jeg tar vare på meg selv kan jeg unngå å bli syk». Respondentene skulle, ved hjelp av en skala fra «Helt uenig» (1) til «Helt enig» (5), uttrykke hvor enige de var i disse påstandene. Den indre konsistensen til indeksen er god ( $\alpha = .79$ ).

Variabelen for *kjønn* ble dummykodet til mann (0) og kvinne (1). Variabelen for *alder* ble beregnet ved å trekke fødselsår fra årstallet respondentene besvarte spørreskjemaet, som var 2013.

### Statistiske analyser

Videre beskrives de statistiske analysene som ble gjort i denne studien, i tillegg til en gjennomgang av hvordan forutsetningene for regresjonsanalyser ble testet. Alle analysene ble gjennomført ved bruk av programvaren IBM SPSS Statistics, versjon 21.

**T-tester.** Deler av oppgavens problemstilling spør om hvordan variabler predikerer sykenærverendes subjektive helse. For å besvare denne delen av problemstillingen var tanken å gjennomføre en regresjonsanalyse kun på utvalget med sykenærverende. I den sammenheng kunne det være relevant å se på hvorvidt de sykenærverende skilte seg fra de ikke-sykenærverende når det gjaldt variablene i studien. Jeg valgte derfor å gjennomføre uavhengige t-tester med den dikotome sykenærveringsvariabelen som grupperingsvariabel, for å finne ut om gruppene hadde forskjellige gjennomsnittskårer for variablene subjektiv helse, jobbengasjement, uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralpress, trygghetspress, fraværslegitimitet, intern HK, krav, kontroll og alder.

Med tanke på at målet var å gjennomføre en regresjonsanalyse på dette utvalget, kan det imidlertid være greit å påpeke at forskjeller i gjennomsnitt ikke nødvendigvis har betydning for om det er forskjell på hvordan forskjellige variabler samvarierer i de to forskjellige gruppene. På forhånd ble det undersøkt om forutsetningene for å gjennomføre t-tester var til stede, og variablenes egenskaper så ut til å være tilfredsstillende (Field, 2009). Testing av forutsetningen om lik varians i gruppene ble gjennomført samtidig med analysene i SPSS. Programmet beregnet samtidig resultater basert både på at denne forutsetningen var møtt og ikke møtt. I resultatdelen presenteres resultatene deretter.

**Korrelasjonsanalyser.** Videre ble det gjennomført bivarierte korrelasjonsanalyser for å finne ut hvordan samtlige variabler i studien hadde sammenheng med hverandre. Pearsons korrelasjonskoeffisienter ( $r$ ) over absoluttverdi .3 viser ifølge Field (2009) middels store

sammenhenger, og  $r$  over absolutttverdi .5 viser store sammenhenger. Disse analysene ble gjennomført for både det totale utvalget og utvalget med sykenærværende. Analyser av Pearsons  $r$  krever normalfordelte variabler på intervallnivå, men det kan godtas at én av de to variablene er dikotome (Field, 2009). I denne studien ble det benyttet to dikotome variabler (kjønn og sykenærvær). Korrelasjonskoeffisienten som rapporteres mellom disse er derfor beregnet som phi, som er en metode som kan benyttes til å teste korrelasjonen mellom to dikotome variabler (Field, 2009). Phi-koeffisienter tolkes på samme måte som Pearsons  $r$ .

**Logistisk regresjonsanalyse.** For å finne ut hvordan nærværspres (H1) og jobbengasjement (H2) kunne predikere sykenærvær ble det utført en hierarkisk binær logistisk regresjonsanalyse på det totale utvalget. Den dikotome sykenærværsvariabelen ble satt inn som avhengig variabel, og i Modell 1 ble prediktorene jobbengasjement, uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralpress og trygghetspress lagt til. I tillegg ble det funnet relevant å kontrollere for variabler relatert til holdninger, arbeidsmiljø, personlighet og demografi. Bakgrunnsvariablene fraværsligitimitet, krav, kontroll, intern HK, alder og kjønn ble derfor også lagt til i Modell 1. På bakgrunn av at H3 og H4 antar at jobbengasjement og nærværspres har sammenheng med subjektiv helse, ble det valgt å kontrollere for denne variabelen i Modell 2 for å se hvorvidt variabelen hadde påvirkning på hvordan jobbengasjement og nærværspres predikerte sykenærvær. Samtidig har tidligere forskning, som nevnt, vist at helserelevante variabler er viktige i sammenheng med sykenærvær. Analysen ble gjort med metoden *forced entry*, som tvinger alle prediktorene inn i modellen samtidig (Field, 2009). Dette ble gjort fordi det var manglende teoretisk og empirisk grunnlag for å anta hvilke prediktorer som var viktigst for å predikere utfallet. Respondenter som manglet data på noen av variablene ble ekskludert fra analysen. Dette er ifølge Field (2009) hensiktsmessig for å sikre en mest mulig nøyaktig estimering av  $R^2$ , som viser hvor mye den totale modellen predikerer den avhengige variabelen.

**Multipel regresjonsanalyse.** Til slutt ble det gjennomført en multipel lineær regresjonsanalyse for å finne ut hvordan nærværspres (H3) og jobbengasjement (H4) kunne predikere sykenærværendes subjektive helse. Denne analysen ble gjort på utvalget med de sykenærværende, med subjektiv helse som avhengig variabel. Jobbengasjement, uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralpress og trygghetspress ble lagt inn som uavhengige variabler. Også i denne analysen ble det kontrollert for fraværsligitimitet, krav, kontroll, intern HK, alder og kjønn. I tillegg ble det vurdert som relevant å inkludere sykenærværshetsfrekvens som bakgrunnsvariabel. Analysen ble gjennomført med metoden *forced entry* på grunn av at det også her var manglende grunnlag for å anta hvilke prediktorer

som hadde størst forklaringskraft (Field, 2009). Respondenter som manglet data på noen av variablene ble ekskludert fra analysen.

**Forutsetninger for regresjonsanalyse.** Det er flere forutsetninger som må møtes dersom man skal ha mulighet til å få plausible resultater eller generalisere på bakgrunn av regresjonsanalyser (Field, 2009). Dette gjelder for både logistiske og lineære regresjonsanalyser. Det ble derfor gjort forberedelser i forkant av analysene med tanke på å inkludere de riktige variabeltypene og å kontrollere for relevante bakgrunnsvariabler. Størrelsen på utvalget har også betydning, og med utgangspunkt i tommelfingerreglene til Green (1991, som sitert i Tabachnick & Fidell, 2013) så det ut til at både det totale utvalget og utvalget for sykenærværende var tilstrekkelige til å gjennomføre de planlagte regresjonsanalysene. Disse reglene sier at man må ha minimum  $N = 104 + m$  for å se på bidraget til hver enkelt prediktor, og  $N = 50 + 8m$  for å se på den totale modellens forklaringskraft ( $m$  er antall prediktorer).

Det bør ikke være sterke sammenhenger, eller multikollinearitet, mellom noen av prediktorene i modellen (Field, 2009). Det kan blant annet føre til vanskeligheter med å fastslå hver enkelt prediktors viktighet for utfallsvariabelen. Ved gjennomføring av regresjonsanalysene ble det derfor også kjørt kollinearitetsdiagnostikk ved å sjekke *variance inflation factor* (VIF) og toleranse, der verdiene bør ligge henholdsvis under 10 (Myers, 1990, som sitert i Field, 2009) og over 0.2 (Menard, 1995, som sitert i Field, 2009). På grunn av at statistikkprogrammet ikke tilbyr undersøkelser av VIF og toleranse ved kjøring av logistiske regresjonsanalyser ble det kjørt en lineær regresjonsanalyse for å undersøke disse verdiene for variablene benyttet i den logistiske regresjonsanalysen.

Utliggere når det gjelder residualene i en regresjonsanalyse kan føre til at regresjonskoeffisientene estimeres feil (Field, 2009). 95% av residualenes standardskårer bør ligge mellom  $-1,96$  og  $1,96$ , og at 99% bør ligge mellom  $-2,58$  og  $2,58$ . Ved kjøring av regresjonsanalysene ble det bedt om rapportering av standardiserte residualer på over 2.

For å undersøke hvorvidt residualene til enkelte tilfeller hadde urimelig stor påvirkning på modellen ble Cooks *Distance* og *leverage* beregnet samtidig med regresjonsanalysene. I følge Tabachnick og Fidell (2013) kan tilfeller med Cooks *Distance* over 1 indikere multivariate utliggere. *Leverage*-verdier som er to eller tre ganger så høy som beregnet gjennomsnittlig verdi kan også indikere problemer (Field, 2009). Høye *leverage*-verdier har ikke nødvendigvis stor innflytelse på regresjonskoeffisienten, på grunn av at den beregnes med utgangspunkt i utfallsvariabelen, og ikke prediktorene.

I både lineær og logistisk regresjon er det en forutsetning at residualene er uavhengige

(Field, 2009). Denne forutsetningen ble testet med Durbin-Watson-testen, som ble gjennomført i forbindelse med den multiple lineære regresjonsanalysen. Resultatet av testen bør, ifølge Field (2009), ligge på en verdi mellom 1 og 3. Denne metoden kan ikke benyttes ved gjennomføring av den logistiske regresjonsanalysen. Det var imidlertid ikke grunn til å tro at det var utfordringer knyttet til denne forutsetningen. Uavhengige residualer impliserer at datatilfellene er uavhengige ved at man for eksempel ikke har målt samme person på forskjellige tidspunkter (Field, 2009). I denne studien besvarte hver respondent spørreskjemaet kun én gang, og det var heller ikke grunn til å tro at de klynget seg sammen sånn noen ganger kan skje dersom man undersøker homogene grupper som for eksempel skoleklasser.

Lineær regresjon forutsetter et lineært forhold mellom de prediktorene og den avhengige variabelen. Denne forutsetningen ble undersøkt grafisk, i likhet med forutsetningene om normalfordelte residualer og homoskedastisitet (konstant varians i residualene). I logistisk regresjon er det litt annerledes, ved at det forutsettes en lineær sammenheng mellom prediktorene og utfallsvariabelens logaritmiske transformasjon (Field, 2009). Denne forutsetningen ble testet ved å kjøre en logistisk regresjonsanalyse der prediktorene ble lagt inn, i tillegg til interaksjoner mellom prediktorene og deres egen logaritmiske transformasjon. Signifikante interaksjonstermer indikerer brudd på forutsetningen.

## Resultater

Videre presenteres resultatene fra analysene som ble gjennomført i forbindelse med denne studien. Deskriptiv statistikk for variablene i studien legges fram før en rapport av resultatene av de uavhengige t-testene for forskjeller mellom sykenærværende og ikke-sykenærværende. Videre vises korrelasjonsmatriser for både det totale utvalget og utvalget med sykenærværende. Til slutt presenteres resultatene av regresjonsanalysene som testet studiens hypoteser.

### Deskriptiv statistikk

I Tabell 3 vises deskriptiv statistikk og verdier for indre konsistens for de kontinuerlige variablene i studien, beregnet i begge utvalgene. Gjennomsnittsskårene for flere av variablene lå over midten på skalaen. Dette gjaldt i størst grad for subjektiv helse ( $M = 4.23/4.14$ ), jobbengasjement ( $M = 5.57/5.46$ ), moralpress ( $M = 4.24/4.25$ ) og fraværsligitimitet ( $M = 3.99/3.98$ ), men også for uunnværlighetspress ( $M = 3.56/3.67$ ),

trygghetspress ( $M = 3.11/3.15$ ), krav ( $M = 3.09/3.13$ ), kontroll ( $M = 3.45/3.41$ ) og intern HK ( $M = 3.40/3.39$ ). Gjennomsnittsskåren for sanksjonspress ( $M = 2.59/2.76$ ) lå relativt nært midten på skalaen. Når det gjaldt sykenærversfrekvens, lå gjennomsnittsskåren under midten på skalaen for det totale utvalget ( $M = 1.55$ ), og over midten på skalaen for utvalget med sykenærværende ( $M = 2.29$ ). Cronbachs alfa varierte mellom .64 og .96 i det totale utvalget, og .60 og .96 i utvalget med sykenærværende.

Tabell 3

*Deskriptiv statistikk for variablene i studien (totalt utvalg / utvalg sykenærværende)*

Variabler	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	min	max	$\alpha$
Subjektiv helse	297 / 200	4.23 / 4.14	.75 / .76	2 / 2	5 / 5	
Sykenærversfrekvens	302 / 205	1.55 / 2.29	1.20 / .66	0 / 1	3 / 3	
Jobbengasjement	282 / 188	5.57 / 5.46	1.14 / 1.18	1 / 1	7 / 7	.96 / .96
Uunnværlighetspress	283 / 190	3.56 / 3.67	.89 / .83	1 / 1	5 / 5	.64 / .60
Sanksjonspress	282 / 189	2.59 / 2.76	1.24 / 1.22	1 / 1	5 / 5	.75 / .73
Moralpress	282 / 189	4.24 / 4.25	.70 / .72	1 / 1	5 / 5	.70 / .76
Trygghetspress	281 / 189	3.11 / 3.15	1.39 / 1.36	1 / 1	5 / 5	
Krav	282 / 188	3.09 / 3.13	.42 / .43	2 / 2	4 / 4	.66 / .68
Kontroll	282 / 188	3.45 / 3.41	.67 / .66	1 / 1	5 / 5	.85 / .84
Fraværslegitimitet	298 / 201	3.99 / 3.98	.65 / .70	1 / 1	5 / 5	.76 / .80
Intern HK	287 / 192	3.40 / 3.39	.67 / .63	1 / 1	5 / 5	.79 / .78
Alder	300 / 203	39.58 / 38.89	13.01 / 12.96	16 / 16	66 / 66	

*Note.* *M* = gjennomsnitt, *SD* = standardavvik, min = minimumsverdi, max = maksimumsverdi,  $\alpha$  = Cronbachs alfa.

### Uavhengige t-tester

Det ble gjennomført uavhengige t-tester for å undersøke hvorvidt det var forskjell på sykenærværende og ikke-sykenærværende når det gjaldt de kontinuerlige variablene i studien. Resultatene som presenteres her er basert på at analysen har tatt høyde for lik eller ulik varians i gruppene. Som vist i Tabell 4 var gruppenes gjennomsnittsskåreer signifikant forskjellige når det gjaldt fem av variablene. De sykenærværende hadde høyest skåre for uunnværlighetspress ( $t(157.80) = -2.66, p < .01$ ), sanksjonspress ( $t(280) = -3.22, p < .01$ ) og krav ( $t(280) = -2.15, p < .05$ ), mens de ikke-sykenærværende hadde høyest skåre for subjektiv helse ( $t(295) = 3.11, p < .01$ ) og jobbengasjement ( $t(280) = 2.22, p < .05$ ). Det var ikke signifikante forskjeller mellom sykenærværende og ikke-sykenærværende når det gjaldt de resterende variablene. Resultatene tyder altså på at sykenærværende og ikke-sykenærværende kan betraktes som uavhengige utvalg når det gjelder flere av de undersøkte parameterne.

Tabell 4

Uavhengige *t*-tester for forskjeller mellom sykenærstående og ikke-sykenærstående

	Sykenærstående			Ikke-sykenærstående			<i>t</i>	<i>df</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Subjektiv helse	200	4.14	.76	97	4.42	.67	3.11**	295
Jobbengasjement	188	5.46	1.18	94	5.78	1.04	2.22*	280
Uunnværlighetspress	190	3.67	.83	93	3.35	.98	-2.66**	157.80
Sanksjonspress	189	2.76	1.22	93	2.26	1.22	-3.22**	280
Moralpress	189	4.25	.72	93	4.22	.66	-.27	200
Trygghetspress	189	3.15	1.36	92	3.02	1.44	-.72	279
Krav	188	3.13	.43	94	3.01	.38	-2.15*	280
Kontroll	188	3.41	.66	94	3.53	.69	1.45	280
Fraværslegitimitet	201	3.98	.70	97	4.00	.52	.24	247.20
Intern HK	192	3.39	.63	95	3.41	.74	.27	285
Alder	203	38.89	12.96	97	41.01	13.07	1.32	298

Note. Tohalede tester. *M* = gjennomsnitt, *SD* = standardavvik, *df* = frihetsgrader.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

### Korrelasjoner

Videre presenteres korrelasjonene (Pearsons  $r$ ) mellom studiens variabler, både for det totale utvalget og for utvalget med sykenærstående. Tabell 5 viser korrelasjonsmatrisen for det totale utvalget. Analysen viste at 46 av 91 korrelasjoner var statistisk signifikante, og de fleste av disse var relativt svake. De svakeste signifikante korrelasjonene var en svakt positiv sammenheng mellom krav og sanksjonspress ( $r = .12, p < .05$ ), og en svakt negativ sammenheng mellom alder og moralpress ( $r = -.12, p < .05$ ). Den dikotome sykenærstårsvariabelen og variabelen for sykenærstårsfrekvens var basert på samme måleinstrument og korrelerte signifikant sterkt positivt med hverandre ( $r = .89, p < .01$ ). Bortsett fra denne var de to største signifikante sammenhengene av middels styrke, og var mellom jobbengasjement og kontroll ( $r = .45, p < .01$ ), og sanksjonspress og trygghetspress ( $r = .45, p < .01$ ).

I Tabell 5 vises det også at den dikotome sykenærstårsvariabelen hadde signifikante svakt positive sammenhenger med uunnværlighetspress ( $r = .17, p < .01$ ), sanksjonspress ( $r = .19, p < .01$ ) og krav ( $r = .13, p < .05$ ), mens den hadde signifikante svakt negative sammenhenger med subjektiv helse ( $r = -.18, p < .01$ ) og jobbengasjement ( $r = -.13, p < .05$ ). De fire nærstårspressfaktorene korrelerte positivt med hverandre, og korrelasjonen mellom uunnværlighetspress og trygghetspress var den eneste som ikke var signifikant ( $r = .12, p > .05$ ). Jobbengasjement korrelerte signifikant svakt positivt med nærstårspressfaktorene uunnværlighetspress ( $r = .10, p < .01$ ), sanksjonspress ( $r = .18, p < .01$ ) og moralpress ( $r = .26, p < .01$ ).

Tabell 5

Korrelasjonsmatrise for det totale utvalget (Pearsons  $r$ )

Variabel	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Subjektiv helse	-													
2. Sykenærverer dikotom	-.18**	-												
3. Sykenærvererstrekvens	-.26**	.89**	-											
4. Jobbengasjement	.27*	-.13*	-.15*	-										
5. Uunnværlighetspress	.03	.17**	.18**	.19**	-									
6. Sanksjonspress	-.14*	.19**	.15*	.18**	.13*	-								
7. Moralpress	.01	.02	.05	.26**	.30**	.19**	-							
8. Trygghetspress	-.11	.04	.09	.07	.12	.45**	.33**	-						
9. Kjønn	-.07	-.03	-.01	.06	-.04	.00	.15**	.02	-					
10. Alder	.00	-.08	-.07	.14*	.08	-.07	-.12*	-.03	.04	-				
11. Krav	.02	.13*	.14*	.20**	.30**	.12*	.21**	.14*	-.06	-.15*	-			
12. Kontroll	.17**	-.09	-.12*	.45**	.26**	-.20**	.10	-.05	-.18**	.13*	-.04	-		
13. Intern HK	.16**	-.02	-.02	.17**	.07	.12	.30**	.09	-.18**	-.20**	.16**	.20**	-	
14. Fraværslegitimitet	-.06	-.01	-.02	-.02	.04	.06	.02	.01	.09	.17**	-.15*	-.01	-.08	-

Note: Korrelasjonen mellom sykenærverer dik. og kjønn er beregnet med Phi.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Tabell 6

Korrelasjonsmatrise for utvalget med sykenærverende (Pearsons  $r$ )

Variabel	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Subjektiv helse	–												
2. Sykenærverersfrekvens	-.26**	–											
3. Jobbengasjement	.29**	-.07	–										
4. Uunnværlighetspress	-.00	.09	.23**	–									
5. Sanksjonspress	-.08	-.05	-.17*	.15*	–								
6. Moralpress	.05	.09	.25**	.38**	.24**	–							
7. Trygghetspress	-.07	.14	.08	.15*	.50**	.37**	–						
8. Kjønn	-.11	.03	-.01	-.01	-.00	.11	-.00	–					
9. Alder	.01	.00	.10	.13	-.11	-.12	-.08	.09	–				
10. Krav	.15*	.07	.22**	.38**	.10	.17*	.16*	-.10	-.20**	–			
11. Kontroll	.13	-.12	.47**	.28**	-.19*	.11	-.08	-.24**	.12	.01	–		
12. Intern HK	.15*	-.00	.19**	.10	.15*	.35**	.10	-.16*	-.27**	.23**	.12	–	
13. Fraværsligitimitet	-.04	-.02	-.02	.02	.04	.02	-.04	.12	.17*	-.22**	-.03	-.12	–

Note. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .



I Tabell 6 presenteres korrelasjonsmatrisen for utvalget med sykenærværende. 29 av 78 korrelasjoner var statistisk signifikante. Også i dette utvalget var de fleste sammenhengene svake. Den største signifikante korrelasjonen var sterkt positiv, mellom sanksjonspress og trygghetspress ( $r = .50, p < .01$ ).

Som vist i Tabell 6 hadde subjektiv helse signifikante svakt positive sammenhenger med variablene jobbengasjement ( $r = .29, p < .01$ ), krav ( $r = .15, p < .05$ ) og intern HK ( $r = .15, p < .05$ ). Subjektiv helse korrelerte signifikant svakt negativt med sykenærversfrekvens ( $r = -.26, p < .01$ ). Korrelasjonene mellom nærværspresfaktorene var fra svakt til sterkt positive, og samtlige var signifikante (fra  $r = .15, p < .05$  til  $r = .50, p < .01$ ). Jobbengasjement korrelerte signifikant svakt positivt med nærværspresfaktorene uunnværlighetspress ( $r = .23, p < .01$ ) og moralpress ( $r = .25, p < .01$ ), mens den korrelerte signifikant svakt negativt med sanksjonspress ( $r = -.17, p < .05$ ).

### **Logistisk regresjonsanalyse**

Det ble gjennomført en hierarkisk binær logistisk regresjonsanalyse for å teste H1 og H2. Den dikotome sykenærversvariabelen ble satt inn som avhengig variabel, og jobbengasjement, de fire nærværspresfaktorene, alder, kjønn, fraværsligitimitet, krav, kontroll og intern HK ble inkludert i Modell 1. I Modell 2 ble det i tillegg kontrollert for subjektiv helse. I Tabell 7 presenteres resultatene, og der vises det at Modell 1 forklarte mellom 9,7 % (Cox & Snell  $R^2$ ) og 13,5 % (Nagelkerke  $R^2$ ) av variansen i den dikotome sykenærversvariabelen, mens tilsvarende resultater for Modell 2 var 11,2 % og 15,6 %. Modell 2 predikerte riktig verdi for sykenærver i 68,2 % av tilfellene. Ingen av bakgrunnsvariablene som ble inkludert i Modell 1 ga signifikante bidrag til prediksjonen av sykenærver, verken før eller etter kontroll for subjektiv helse.

H1 antok at nærværspres hadde positiv sammenheng med om man hadde vært sykenærværende i løpet av de siste seks månedene. Som vist i Tabell 7 ga prediksjonen til én av fire nærværspresfaktorer støtte til denne hypotesen. Uunnværlighetspress ga et signifikant bidrag i prediksjonen av sykenærver både før ( $OR = 1.64, 95\% \text{ CI } [1.16, 2.30]$ ) og etter ( $OR = 1.66, 95\% \text{ CI } [1.17, 2.34]$ ) kontroll for subjektiv helse. Nærværspresfaktorene sanksjonspress, moralpress og trygghetspress ga derimot ikke signifikante bidrag i verken Modell 1 eller Modell 2.

H2, som antok at jobbengasjement hadde negativ sammenheng med om man hadde vært sykenærværende, oppnådde støtte på bakgrunn av Modell 1 den logistiske regresjonsanalysen. Før kontroll for helse ga jobbengasjement nemlig et signifikant bidrag i

prediksjonen ( $OR = .72$ , 95 % CI [.53, .99]). Etter kontroll for subjektiv helse, i Modell 2, var jobbengasjement ikke lenger en signifikant prediktor ( $OR = .78$ , 95 % CI [.56, 1.08]) og den totale analysen støttet dermed ikke hypotesen.

Tabell 7

*Logistisk regresjonsanalyse for prediksjon av sykenærvær (N = 274)*

Prediktor	Modell 1		Modell 2	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Jobbengasjement	.72*	[.53, .99]	.78	[.56, 1.08]
Uunnværlighetspress	1.64**	[1.16, 2.30]	1.66**	[1.17, 2.34]
Sanksjonspress	1.27	[.98, 1.63]	1.26	[.97, 1.63]
Moralpress	.85	[.54, 1.33]	.84	[.53, 1.32]
Trygghetspress	.96	[.77, 1.20]	.94	[.75, 1.17]
Alder	.99	[.96, 1.01]	.99	[.97, 1.01]
Kjønn	1.00	[.57, 1.77]	.96	[.54, 1.70]
Fraværslegitimitet	1.04	[.66, 1.62]	1.03	[.66, 1.62]
Krav	1.59	[.77, 3.29]	1.52	[.72, 3.19]
Kontroll	.90	[.55, 1.46]	.89	[.54, 1.45]
Intern HK	1.03	[.65, 1.62]	1.06	[.67, 1.69]
Subjektiv helse			.64*	[.42, .97]
-2 log likelihood		320.34**		315.72***
Cox & Snell $R^2$		.097		.112
Nagelkerke $R^2$		.135		.156

Note. OR = oddsratio, CI = konfidensintervall.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Subjektiv helse var den eneste av bakgrunnsvariablene som ga et signifikant bidrag i prediksjonen av sykenærvær ( $OR = .64$ , 95 % CI, [.42, .97]). Lavere grad av subjektiv helse gir altså større sannsynlighet for at man har hatt tilfeller av sykenærvær de siste seks månedene.

Når det gjelder undersøkelsene av forutsetningene for denne analysen lå høyeste VIF-verdi på 1.60, og laveste toleranseverdi på 0.63, noe som indikerer at multikollinearitet ikke var et problem. Det så ikke ut til å være store utfordringer med multivariate utligger og innflytelsesrike tilfeller. Det var ni tilfeller av standardiserte residualer over 2. Fire lå over 2.58, og høyeste verdi lå på 3.47. Høyeste Cooks *Distance* lå på 0.7, noe som er akseptabelt. Det var imidlertid fem tilfeller som oversteg tre ganger gjennomsnittlig *leverage*-verdi. Det så ut til å være brudd på forutsetningen om lineær sammenheng mellom utfallsvariabelen og prediktorenes logit (Field, 2009). Det var nemlig signifikante interaksjoner ( $p < .05$ ) mellom

prediktoren og prediktorens logaritmiske transformasjon når det gjaldt variablene moralpress, intern HK og fraværsligitimitet.

### Multipel lineær regresjonsanalyse

I Tabell 8 vises resultatene av den multiple lineære regresjonsanalysen som ble gjennomført for å teste H3 og H4. Denne analysen ble gjennomført på utvalget med sykenærværende, med subjektiv helse som avhengig variabel, og med jobbengasjement, uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralpress og trygghetspress som prediktorer. I tillegg ble det kontrollert for kjønn, alder, krav, kontroll, fraværsligitimitet, intern HK og sykenærværsfrekvens. Den totale modellen var signifikant ( $F(12,170) = 3.10, p < .001$ ) og forklarte 17,9 % av variansen i subjektiv helse.

Tabell 8

*Lineær regresjonsanalyse for prediksjon av sykenærværendes subjektive helse*

Prediktor	$\beta$	$t$
Jobbengasjement	.24	2.71**
Uunnværlighetspress	-.13	-1.48
Sanksjonspress	-.02	-.19
Moralpress	.07	.78
Trygghetspress	-.06	-.71
Kjønn	-.08	-1.06
Alder	.06	.80
Krav	.15	1.77
Kontroll	-.04	-.45
Fraværsligitimitet	.03	.37
Intern HK	.03	.34
Sykenærværsfrekvens	-.27	-3.69**
N	183	
$R^2$	.179	
$F$	3.10***	

Note. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Det ble ikke funnet støtte for H3 som antok at nærværspres hadde negativ sammenheng med subjektiv helse hos utvalget med sykenærværende. Verken uunnværlighetspress ( $\beta = -.13, p > .05$ ), sanksjonspress ( $\beta = .02, p > .05$ ), moralpress ( $\beta = .07, p > .05$ ) eller trygghetspress ( $\beta = -.06, p > .05$ ) var signifikante prediktorer for subjektiv helse.

Med H4 ble det antatt at jobbengasjement hadde positiv sammenheng med subjektiv helse hos utvalget med sykenærstående. Analysen støttet denne hypotesen. Høyt jobbengasjement var en signifikant prediktor for god subjektiv helse ( $\beta = .24, p < .01$ ). Dette betyr at en økning i jobbengasjement på ett standardavvik (1.18) predikerer en økning i skåren for subjektiv helse på 0.18 ( $.24 \times .76$ ). Sett bort ifra variabelen jobbengasjement var kontrollvariabelen sykenærstående frekvens modellens eneste signifikante prediktor for subjektiv helse ( $\beta = -3.69, p < .01$ ). Dette resultatet indikerer at bedre subjektiv helse kan predikeres av lavere sykenærstående frekvens.

Multikollinearitet så ikke ut til å være et problem i denne regresjonsanalysen, da høyeste VIF-verdi lå på 1.61, og laveste toleranseverdi lå på 0.62. Det så heller ikke ut til at multivariate utliggere og innflytelsesrike tilfeller var en utfordring. Sju av tilfellene hadde standardiserte residualer på over 2, og en av disse (2.63) oversteg 2.58. I tillegg ble høyeste Cooks *Distance* beregnet til .07. Imidlertid var det fem tilfeller av *leverage*-verdier som oversteg tre ganger gjennomsnittlig *leverage*-verdi (.04). Forutsetningen om uavhengige residualer ble møtt, ifølge resultatet til Durbin-Watson-testen som ga en verdi på 1.95. Subjektive vurderinger av grafiske resultater etter analysen ga grunnlag for å konkludere med at forutsetningene om lineære sammenhenger, normalfordelte residualer og homoskedastisitet var møtt.

## Diskusjon

Målet med denne studien var å bidra til økt forståelse av fenomenet sykenærstående, ved å undersøke det i sammenheng med variabler relatert til arbeid og helse. Problemstillingen dreide seg om å finne ut hvordan nærstående press og jobbengasjement hadde sammenheng med sykenærstående og sykenærståendes helse. Så vidt meg bekjent er dette, hittil, en av få studier som har undersøkt jobbengasjement i sammenheng med sykenærstående. På bakgrunn av teori og tidligere empiriske studier formulerte jeg fire hypoteser som ble undersøkt med statistiske analyser. Kort oppsummert støttet resultatene at uunnværlighetspress predikerte sykenærstående, og at jobbengasjement predikerte sykenærståendes subjektive helse. De andre hypotesene ble ikke støttet.

Diskusjonsdelen deles videre inn i egne seksjoner for hver av hypotesene, der resultatene blir nærmere gjennomgått og diskutert opp mot oppgavens teori. Deretter følger en seksjon der sammenhengen mellom sykenærstående og subjektiv helse kort blir belyst. Videre blir det gjort betraktninger knyttet til studiens metoder, før jeg gir forslag til videre praksis og forskning. Til slutt vil det oppsummeres og avrundes med en konklusjon.

## H1: Nærværspress og sykenærvær

Antagelsen i H1 var at nærværspress hadde positiv sammenheng med om man hadde hatt sykenærværstilfeller det siste halve året. Fire nærværspressfaktorer ble undersøkt, og resultatene støttet hypotesen når det gjaldt én av disse faktorene. Uunnværlighetspress var den eneste av nærværspressfaktorene som predikerte sykenærvær i den logistiske regresjonsanalysen (Tabell 7). Denne effekten var like sterk både før og etter kontroll for subjektiv helse. Korrelasjonsanalysene på det totale utvalget (Tabell 5) viste en signifikant svakt positiv sammenheng mellom sanksjonspress og sykenærvær. Sanksjonspress hadde imidlertid ingen signifikant sammenheng med sykenærvær i den logistiske regresjonsanalysen, noe som kan tyde på at variabelen delte varians med én eller flere av de andre variablene i modellen. Verken korrelasjonsanalysen eller regresjonsanalysen viste signifikante sammenhenger mellom moralpress og trygghetspress.

At uunnværlighetspress predikerte sykenærvær var konsistent med resultater fra tidligere studier som har undersøkt lignende faktorer i sammenheng med sykenærvær og sykenærværshfrekvens. For eksempel har flere studier vist sammenhenger mellom sykenærvær og i hvilken grad arbeidstakeren opplever å ha mulighet til å bli erstattet ved fravær (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Biron et al., 2006; Böckerman & Laukkanen, 2010b). Funnet er også kompatibelt med flere av de presenterte modellene for nærværsdynamikk (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Steers & Rhodes, 1978). Uunnværlighetspress er en faktor som motiverer til å velge sykenærvær framfor sykefravær av grunner som at man er vanskelig å erstatte eller har mye å gjøre på jobben. Det kan også være slik at sykefravær blir et mer aktuelt valg dersom man opplever lite uunnværlighetspress. Denne studien kan imidlertid ikke slå fast hvorvidt uunnværlighetspress gir større sjanse for sykenærvær enn for sykefravær. Sammenhengen mellom variablene kan kanskje også forklares ved at uunnværlighetspress gjør seg gjeldende kun i de tilfellene når sykenærvær er relevant, altså når man må ta et valg om hvorvidt man skal møte opp på jobb ved en negativ helseendring, slik som i modellen til Johns (2010).

Analysen støttet ikke sammenhenger mellom de andre nærværspressvariablene og sykenærvær. Dette var uventet med tanke på både teori og tidligere relevant forskning. Milch (2011) fant for eksempel at sanksjonspress og moralpress ga større sannsynlighet for sykenærvær enn for sykefravær. At det ikke ble funnet sammenhenger i denne studien kan ha flere årsaker. Selv om man kan oppleve en relativt høy grad av sanksjonspress, moralpress og trygghetspress (Tabell 3), kan resultatene tyde på at faktorene ikke er avgjørende for om man

velger å gå på jobb ved sykdom. Flere av de relevante modellene beskriver at nærværspress kan bidra til at man velger sykenærvær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Steers & Rhodes, 1978). Resultatene i denne studien bestrider ikke nødvendigvis disse modellene, på grunn av at variablene ikke blir studert utelukkende i konteksten rundt valget mellom sykefravær og sykenærvær. Ved måling av nærværspressfaktorene ble det spurt om hvorfor man velger å gå på jobb selv om man føler seg dårlig. Det kan likevel hende at faktorene også reflekterer sider ved arbeidsplassen eller arbeidstakeren som påvirker også utenfor denne beslutningsprosessen. Modellene tar heller ikke i betraktning hvordan sykenærvær videre kan påvirke nærværspress. Samvariasjonen mellom variablene behøver altså ikke å være lik uansett hvilken kontekst det studeres i.

Knyttet til denne hypotesen kan det stilles et spørsmål om hvorvidt sykenærvær har en effekt på nærværspress. Dette er et aspekt som ikke inkluderes i sykenærversmodellene, men som bør tas i betraktning fordi denne studien ikke kan vise årsakssammenhenger. Dersom sykenærvær kan påvirke en nedgang i nærværspress, kan en negativ sammenheng mellom variablene også forsvares, noe som kan ha bidratt til at eventuelle positive effekter av sanksjonspress, moralpress og trygghetspress på sykenærvær kan ha blitt utlignet. Hvis man har vært sykenærstående ved flere tilfeller kan det for eksempel tenkes at man opplever å ha vist seg som hardtarbeidende og at kolleger synes det er mer greit dersom man velger å bli hjemme neste gang man blir syk. Disse eksemplene kan implisere en reduksjon i trygghetspress og sanksjonspress, i hvert fall midlertidig. Det er imidlertid også grunner til å anta at sykenærvær kan bidra til å øke nærværspresset, noe som ble støttet av resultatet i forbindelse med uunnværlighetspress. At man jobber når man er syk, fordi man har mye å gjøre eller fordi man ikke har erstattere, kan tenkes å bidra til at faktorene som bidrar til uunnværlighetspress opprettholdes. Dersom arbeidstakeren alltid møter opp på jobb, også ved sykdom, kan det hende at ledelsen ikke blir gjort oppmerksom på relevansen i å hente inn ekstra personell eller gi andre ansatte opplæring i de aktuelle arbeidsoppgavene. Spørsmålet om en eventuell kausal forbindelse fra sykenærvær til nærværspress gir her opphav til flere spørsmål enn de gir svar. Spørsmålene er vanskelige å besvare ut ifra denne studiens resultater, og også den eksisterende teorien på feltet. Dette vil derfor bli tatt opp igjen senere i diskusjonsdelen, med forslag til videre forskning.

## **H2: Jobbengasjement og sykenærvær**

Med H2 ble det antatt at jobbengasjement hadde en negativ sammenheng med sykenærvær. Resultatene av korrelasjonsanalysen som ble gjennomført på det totale utvalget

(Tabell 5) viste at jobbengasjement var signifikant negativt relatert til både sykenærversfrekvens og om man hadde hatt tilfeller av sykenærver de siste seks månedene. Den logistiske regresjonsanalysen (Tabell 7) av Modell 1 ga også resultater som støttet hypotesen ved at jobbengasjement var en signifikant prediktor for at man ikke hadde hatt sykenærver. Effekten var imidlertid relativt liten med en oddsratio på .72, og et 95 % konfidensintervall med en øvre grense på .99. Ved analyse av Modell 2, der det ble kontrollert for subjektiv helse, viste resultatene at jobbengasjement ikke lenger var en signifikant prediktor for sykenærver. Den totale analysen kan dermed ikke sies å støtte hypotesen. Videre følger en diskusjon av disse resultatene.

Resultatene fra korrelasjonsanalysen og den første modellen i regresjonsanalysen er konsistente med studien til Remo (2012), som fant at de tre dimensjonene i jobbengasjement hadde negativ sammenheng med sykenærversfrekvens. Flere aspekter ved teori og relevant forskning lå til grunn for hypotesen. Tidligere studier har gitt indikasjoner på at jobbengasjement har sammenheng med opplevelsen av god helse (f.eks. Schaufeli et al., 2008). Dersom jobbengasjement har sammenheng med bedre helse, kan det også være grunn til å tro at sykenærver er mindre relevant for jobbengasjerte, og at de følgelig sjeldnere er sykenærverende. I tillegg kan sykenærver assosieres med diverse jobbkrav (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008). Med utgangspunkt i modellen for jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2008) kan dette implisere at sykenærver henger sammen med mindre jobbengasjement dersom individet ikke har nødvendige jobbbressurser tilgjengelig.

I teoridelen ble det nevnt at utbrenthet kunne bidra til at sykenærver ble valgt for å kompensere for vedvarende lav produktivitet (Demerouti et al., 2009). For jobbengasjertes del er det kanskje ikke behov for å kompensere på denne måten. Kanskje kan dette igjen bidra til at de vurderer det som greit å holde seg hjemme fra jobb når de føler at helsa krever det. Teori kan imidlertid også forsvare en antagelse om det motsatte, at jobbengasjement kan være en motiverende faktor for å velge sykenærver framfor sykefravær. Morken et al. (2012) fant at trivsel og jobbtilfredshet kunne knyttes til en vilje til å gå på jobb til tross for sykdom. Kanskje kan energien og utholdenheten som følger med jobbengasjement bidra til at man vurderer arbeidet som overkommelig til tross for helseplager. Som vist i spørreskjemaet (se Vedlegg B), ble jobbengasjement målt med, blant annet, et spørsmål om hvor ofte man føler at man ser frem til å gå på jobb. Dette understreker at variabelen også reflekterer et motiverende aspekt når det gjelder jobbnærver.

Teorien kan altså gi rimelige forklaringer på både positive og negative sammenhenger

mellom jobbengasjement og sykenærvær. En mulig årsak til at den totale analysen ikke støttet studiens hypotese kan ha vært at positive og negative effekter utlignet hverandre, og ga inntrykk av at variablene ikke henger sammen med hverandre. Dynamikken mellom sykenærvær og jobbengasjement kan være kompleks, og avhenge av andre variabler eller betingelser. Av resultatene til den logistiske regresjonen kan det se ut som at subjektiv helse er en variabel som har en slik betydning, i og med at den signifikante sammenhengen mellom jobbengasjement og sykenærvær forsvant etter at den ble inkludert i analysen.

En forklaring på analyseresultatene kan være at det var feil å inkludere subjektiv helse i den logistiske regresjonsmodellen, og at det fremkalte en type 2-feil. Spector, Zapf, Chen og Frese (2000) demonstrerte et eksempel på at bakgrunnsvariabler som kan oppfattes som åpenbare variabler å kontrollere for i en analyse, kan bidra til å fjerne variansen til variabler som faktisk har sammenhenger med utfallsvariabelen. I denne studien kan det hende at en eventuell virkelig forbindelse mellom jobbengasjement og sykenærvær ble usynlig ved prediksjon via variabelen subjektiv helse. Dette kan forklares ved at jobbengasjement viser en positiv sammenheng med subjektiv helse, i tillegg til at subjektiv helse viser en negativ sammenheng med sykenærvær. Dette kan bidra til at effektene utlignes. For å kunne fastslå hvorvidt dette er en plausibel forklaring på resultatene trengs imidlertid større kunnskap om dynamikken og eventuelle kausale forbindelser mellom disse tre variablene.

I diskusjonen av H4 vil jeg gå nærmere inn på hvordan jobbengasjement og helse kan henge sammen, da når det gjelder utvalget som hadde hatt tilfeller av sykenærvær de siste seks månedene. Alt i alt kan det ikke konkluderes med en sammenheng mellom jobbengasjement og sykenærvær på bakgrunn av denne studiens resultater.

### **H3: Nærværspres og sykenærværendes subjektive helse**

H3 gikk ut på at nærværspres hadde negativ sammenheng med dårligere subjektiv helse hos de som hadde hatt tilfeller av sykenærvær det siste halve året. Verken korrelasjonsanalysen (se Tabell 6) eller den multiple lineære regresjonsanalysen som ble gjort på utvalget med sykenærværende (se Tabell 8) ga resultater som støttet opp om denne hypotesen. Selv om t-testene (se Tabell 4) viste at sykenærværende opplevde mer uunnværlighetspres og sanksjonspres enn de ikke-sykenærværende, så variablene altså ikke ut til å ha sammenheng med hvordan sykenærværende opplever egen helse.

Så vidt meg bekjent har det ikke blitt gjort empiriske undersøkelser av denne hypotesen tidligere. Hypotesen var derfor til dels eksplorerende, selv om aspekter ved teorien lå til grunn for antagelsen om at nærværspres kunne ha negativ sammenheng med subjektiv



helse. Nærværspress beskriver først og fremst årsaksfaktorer for sykenærvær. I tråd med modellen til Aronsson og Gustafsson (2005) kunne det likevel være aktuelt å teste hvorvidt de også kan tilsvare destruktive faktorer, som kan bidra til negative helseeffekter ved sykenærvær. Nærværspress motiverer til sykenærvær av andre grunner enn at arbeidet tilrettelegges i tråd med arbeidstakerens behov (Biron & Saksvik, 2009). Sykenærvær som følge av nærværspress kan kanskje derfor indikere at det ikke kompenseres for økte krav, og at helsetilstanden dermed trues (jf. krav-kontroll-modellen; Karasek & Theorell, 1990). Dersom det ikke blir tatt hensyn til helsetilstanden, er det nærliggende å anta en større sannsynlighet for at helsa svekkes. Disse antagelsene ble imidlertid ikke bekreftet i resultatene.

At resultatene ikke viste en relasjon mellom nærværspress og sykenærværendes subjektive helse kan tyde på at det ikke er en systematisk sammenheng ved at årsaksfaktorene til sykenærvær også påvirker utfallet av det. Det kan altså være forskjeller på dynamikken til faktorer når det gjelder hvorvidt og hvordan de motiverer til sykenærvær og hvordan de eventuelt påvirker det helsemessige utfallet. Dette impliserer i så fall at en modell for sykenærvær bør ta hensyn til, og også skille mellom hvordan hver faktor eventuelt motiverer til og påvirker konsekvensene av sykenærvær, slik Aronsson og Gustafsson (2005) har foreslått.

Resultatene kan kanskje også implisere at subjektiv helse ikke påvirker hvor mye nærværspress arbeidstakeren opplever. For eksempel kunne man antatt at moralpress, som blant annet har med samvittighet å gjøre, hadde opplevdes sterkere dersom man hadde opplevd helsa si som god. Dersom helsetilstanden hadde vært verre, hadde man kanskje ikke fått like dårlig samvittighet for å holde seg hjemme. På bakgrunn av studiens resultater kan ikke en slik antagelse bekreftes. Kanskje har effekten blitt utlignet av en mulig positiv effekt, dersom det er slik at nærværspress kun gjør seg gjeldende når man opplever at helsa ikke er optimal.

#### **H4: Jobbengasjement og sykenærværendes subjektive helse**

Med H4 ble det foreslått en positiv sammenheng mellom jobbengasjement og subjektiv helse hos de som hadde hatt tilfeller av sykenærvær det siste halve året. Resultatene viste at jobbengasjement korrelerte positivt med subjektiv helse (se Tabell 6), og at jobbengasjement var en signifikant prediktor for subjektiv helse i utvalget med sykenærværende (se Tabell 8). Som nevnt i resultatdelen indikerte dette at en økning i skåren for jobbengasjement på 1.18 predikerte at skåren for subjektiv helse økte med 0.18. Dette kan

tolkes som en relativt stor sammenheng på grunn av at helse er et mangfoldig begrep som sannsynligvis avhenger av mange forskjellige faktorer (f.eks. Blaxter, 1990). Resultatene støttet dermed antagelsen i hypotesen.

Funnet om en positiv sammenheng mellom variablene er konsistent med tidligere forskning som har vist positive sammenhenger mellom jobbengasjement og helserelaterte variabler i andre utvalg (Hakanen & Lindbohm, 2008; Hakanen & Schaufeli, 2012; Hallberg & Schaufeli, 2006; Schaufeli et al., 2008). Mulige forklaringer på sammenhengen kan være at jobbengasjement bidrar til god helse, at god helse bidrar til jobbengasjement, eller at begge faktorene påvirker hverandre gjensidig positivt (Hakanen & Lindbohm, 2008). Dersom god subjektiv helse kan sees på som en ressurs (jf. jobbkrav-ressurs-modellen; Bakker & Demerouti, 2007), kan en gjensidig påvirkning mellom disse variablene kanskje være del av en positiv vinningsspiral for arbeidstakeren. Hallberg og Schaufeli (2006) foreslo i tillegg at jobbengasjement kunne være en konseptualisering av at arbeidstakeren fungerer optimalt, noe som også kan forklare hvorfor jobbengasjerte opplever sin egen helse som god.

Det var interessant å finne at jobbengasjement hadde positiv sammenheng med subjektiv helse i det spesifikke utvalget med sykenærværende. Med utgangspunkt i den teoretiske modellen til Aronsson og Gustafsson (2005) kan resultatet forklares ved at jobbengasjement er en salutogen faktor i arbeidet som bidrar til positive helserelaterte utfall i forbindelse med sykenærvær. Kanskje utgjør energinivået, utholdenheten og konsentrasjonen som kjennetegner jobbengasjement (Schaufeli et al., 2002) en buffer mot negative helseeffekter. I tråd med modellen for jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2008) kan dette også forklares ved at jobbengasjerte sannsynligvis har jobbressurser til stede, som kan veie opp for jobbkrav som oppstår i sammenheng med sykenærvær. Et tenkt eksempel kan dreie seg om en sykenærværende arbeidstaker som, på grunn av helsetilstanden, må bruke ekstra tid og krefter på arbeidsoppgaver som vanligvis er relativt enkle (jobbkrav). Dersom man har hjelpsomme kolleger som kan bidra med disse arbeidsoppgavene, har man en jobbressurs som kan kompensere for dette kravet. Tilrettelegging i arbeidet kan også være en ressurs. På grunn av at det ikke ble kontrollert for jobbressurser i den statistiske analysen, kan den eventuelle effekten dermed vises gjennom variabelen for jobbengasjement.

Enkelte arbeidstakere kan kategoriseres som sykenærværende selv om de rapporterer at de opplever sin egen helse som relativt god. Dette kan forklares ved at arbeidsevnen kan være en viktig faktor som blir tatt i betraktning ved vurdering av egen helsetilstand (Johansson & Lundberg, 2004). Beinbrudd er et eksempel som ikke nødvendigvis medfører nedsatt arbeidsevne for en kontorarbeider, men som likevel impliserer sykenærvær dersom

vedkommende er på jobb. I dette tilfellet vil sykenærværet kanskje ikke føre til et brudd med den vanlige arbeidshverdagen, og dermed ikke påvirke en endring i eksisterende nivået av jobbengasjement. Omvendt kan man tenke seg at sykenærværende med tapt arbeidsevne, og som derav rapporterer om dårligere helse, må kompensere for dette ved å bruke mer energi enn vanlig for å gjennomføre arbeidsoppgavene sine. Etter disse forholdene kan det tenkes at høyt jobbengasjement blir en vanskeligere tilstand å oppnå eller opprettholde. Dette kan også være en mulig del av forklaringen på resultatene, som altså viste en positiv sammenheng mellom jobbengasjement og subjektiv helse hos sykenærværende.

Som tidligere nevnt, har forskere spurt om hvorvidt for mye jobbengasjement kan gi negative utfall (Halbesleben et al., 2009). Denne studien kunne ikke bidra til å besvare dette spørsmålet. Ved undersøkelse av forutsetningene for å gjennomføre regresjonsanalysen var det ingen indikasjoner på et kurvelineært forhold mellom jobbengasjement og subjektiv helse. Når man blir «for jobbengasjert», kan det hende at andre begrep blir mer passende for å beskrive tilstanden. Arbeidsnarkomani et begrep som har mye til felles med jobbengasjement, men som skiller seg ut blant annet ved at det kjennetegner en ukontrollerbar trang til å jobbe overdrevent mye (Schaufeli et al., 2008). Denne studien kan imidlertid ikke utelukke kurvelineære sammenhenger eller lite hensiktsmessige utfall av høye nivåer av jobbengasjement når det gjelder andre utfallsvariabler.

### **Sykenærvær og subjektiv helse**

Som nevnt i teoridelen har tidligere studier gitt tydelige indikasjoner på at forskjellige sykenærværsvariabler har negativ sammenheng med helserelevante variabler (f.eks. Aronsson & Gustafsson, 2005; Claes, 2011). Resultatene til denne studien støttet opp om disse funnene. I den logistiske regresjonsanalysen (Tabell 7) som ble gjennomført på det totale utvalget viste det seg at subjektiv helse hadde signifikant sammenheng med om man hadde hatt sykenærværstilfeller det siste halve året. I den lineære regresjonsanalysen på utvalget med de sykenærværende (Tabell 8) kom sykenærværsfrekvens ut som en signifikant prediktor for subjektiv helse. Begge analysene viste en negativ sammenheng, noe som betyr at mer sykenærvær har sammenheng med dårligere helse, og mindre sykenærvær har sammenheng med bedre helse.

På grunn av at dårligere helse kanskje har sammenheng med hvorvidt sykenærvær er relevant for arbeidstakeren, kan disse resultatene virke opplagte og lite interessante. Forskning har imidlertid også funnet indikasjoner på at sykenærvær videre kan ha sammenheng med dårligere helse på senere tidspunkt (f.eks. Bergström, Bodin, Hagberg,

Lindh, et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2011; Taloyan et al., 2012). Slike resultater kan gi antagelser om at sykenærvær er helseskadelig, og at det følgelig er et dårlig valg. I den sammenhengen bør man ta i betraktning at også sykefravær kan forbindes med negative effekter for individet (Mykletun et al., 2010). I praksis kan dette bety at man bestandig bør vurdere konsekvensene av sykefravær og sykenærvær i forhold til hverandre, fordi beslutningsprosessen i enkelte tilfeller kan handle om å velge alternativet som er minst skadelig, og ikke mest oppbyggende.

Ifølge sykenærversmodellen til Aronsson og Gustafsson (2005) kan destruktive og salutogene faktorer i arbeidet bidra til henholdsvis negative og positive helseutfall i sammenheng med sykenærvær. Tidligere i diskusjonen ble det nevnt at jobbengasjement kanskje kan være en slik salutogen faktor. At både tverrsnittstudier og longitudinelle studier nærmest konsekvent viser negative sammenhenger mellom sykenærvær og helserelaterte variabler, kan kanskje være et tegn på at destruktive faktorer dominerer over salutogene faktorer. Kanskje reflekterer det også at bedrifter mangler tilstrekkelig kunnskap om hvordan det kan tilrettelegges for et godartet sykenærvær, slik som Johnsson et al. (2006) beskriver.

### **Metodiske betraktninger**

I det følgende blir det gjort betraktninger rundt noen metodiske aspekter og valg som kan ha påvirket denne studiens resultater eller muligheten til å generalisere på bakgrunn av dem. Områdene som vil bli diskutert er forhold omkring datainnsamlingen, egenskapene til utvalget, variablene og måleinstrumentene som ble benyttet, og potensielle problematiske momenter ved de statistiske analysene som ble gjennomført.

**Datainnsamlingen.** Spørreundersøkelse som datainnsamlingsmetode ga flere fordeler i arbeidet med denne oppgaven. For eksempel var det effektivt, kostnadsfritt og ga standardiserte data som egnet seg godt til kvantitative analyser for å undersøke oppgavens hypoteser. Bruk av elektroniske spørreskjema er generelt også gunstig med tanke på å ivareta personvern og anonymitet (Ringdal, 2001). Spørreundersøkelser kan imidlertid også by på utfordringer. For eksempel kan spørreundersøkelser utsendt via e-post by på utfordringer med responsraten (Cozby & Bates, 2012). Selv om jeg ikke har nøyaktige tall for responsraten i denne studien, var opplevelsen i den andre datainnsamlingsrunden at de aller fleste som ble spurt var villige til å delta, og at de også fullførte spørreskjemaet. Dette kan kanskje skyldes at respondentenes forpliktelse opplevdes som sterkere på grunn av at de hadde en relasjon til forskerne, i tillegg til at vi sendte ut en påminnelse uken før svarfristen.

Spørreundersøkelser baserer seg på selvrapportering, noe som forutsetter at

respondentene svarer ærlig og nøyaktig. I denne studien ble venner og bekjente spurt om å delta i studien, noe som kan ha vært en barriere for ærlige svar. Vi gjorde det klart, både gjennom kontakt på e-post og i begynnelsen av spørreskjemaet, at anonymiteten til deltagerne ville bli ivaretatt. Likevel kan det tenkes at respondentenes eventuelle frykt for å bli gjenkjent var større, med tanke på at vi kjente respondentene fra før. Et annet moment kan være hvordan respondentene tolket spørsmålene. Som tidligere nevnt, kan arbeidsevnen ha påvirkning på hvordan man oppfatter egen helsetilstand (Johansson & Lundberg, 2004). Vurderingen av helse i en generell kontekst, kan dermed være forskjellig fra vurderingen av helse i en arbeidskontekst. Dette kan for eksempel påvirke rapporteringen av sykenærverstilfeller. Kanskje kan variabler som jobbensgjensjement bidra til økt terskel for å anse seg selv som syk i forbindelse med arbeidet.

Respondentenes hukommelse er også avgjørende for nøyaktige svar. For eksempel ble det spurt etter hvor mange sykenærverstilfeller vedkommende hadde hatt i løpet av de siste seks månedene. Det er ikke utenkelig at respondenter kan ha hatt vanskeligheter med å svare nøyaktig på dette spørsmålet. Sykenærver trenger ikke nødvendigvis å være et brudd i hverdagen, på samme måte som sykefravær kan være. Man kan heller ikke bruke antall egenmeldingsdager eller registrert sykefravær som referanse for å huske hvor mange dager det har vært snakk om.

Studien kan beskrives som en tverrsnittstudie, noe som betyr at det har blitt registrert data for hver respondent kun ved ett tidspunkt (Ringdal, 2001). Dette gir implikasjoner for hvilke slutninger man kan trekke på bakgrunn av datamaterialet, og med denne studiens variabler og design hindret det for eksempel muligheten til å kunne konkludere om årsakssammenhenger.

Jeg utformet ikke spørreskjemaet selv, men var så heldig å få tilgang til et allerede utformet spørreskjema som passet til å undersøke det temaet jeg var interessert i. Likevel ble jeg, til en viss grad, nødt til å tilpasse studien til hvilke muligheter som lå i det aktuelle spørreskjemaet. Dette behøver ikke nødvendigvis å være en begrensning, men utforming av et eget spørreskjema kunne gitt flere fordeler med tanke på denne studien. Jeg kunne for eksempel ha inkludert kun det antallet måleinstrumenter jeg selv hadde bruk for og dermed spart respondentene for tid, og kanskje også fått flere besvarelser. Det kunne også ha vært aktuelt å bytte ut noen av måleinstrumentene med andre relevante måleinstrumenter for denne studien. Dersom jeg hadde utformet og gjennomført hele spørreundersøkelsen på egenhånd kunne jeg også ha jobbet med et mål om et mest mulig representativt utvalg allerede fra starten. Dette kunne ha økt muligheten til å generalisere på bakgrunn av studiens

resultater.

I denne studien ble datamaterialet samlet inn i to omganger, den ene på våren og den andre på høsten. Statistisk Sentralbyrå (2013a) justerer for sesong og influensa i sin sykefraværstatistikk. I denne studien ble det imidlertid ikke tatt høyde for hvordan eventuelle forskjeller i for eksempel opplevd helse eller sykenærversfrekvens kan ha blitt påvirket av årstiden da respondentene ble spurt.

**Utvalget.** Bekvemmelighetsutvalg gir generelt begrensninger når det gjelder generalisering av resultater (Ringdal, 2001). Som nevnt i denne oppgavens metodedel ble det i forbindelse med den andre datainnsamlingsrunden gjort et forsøk på å oppnå et utvalg som var mest mulig representativt for arbeidspopulasjonen i Norge når det gjaldt visse kriterier. På bakgrunn av at dette målet ikke ble nådd i tilstrekkelig grad, bør generalisering på bakgrunn av denne studiens resultater gjøres med varsomhet. Man bør også være forsiktig med å generalisere utenfor studiens populasjon, altså til arbeidstakere i andre land, fordi det kan tenkes at forskjellige sykefraværordninger, arbeidsforhold og andre aspekter kan ha betydning for resultatene ved undersøkelse av denne oppgavens tema.

Hvorvidt det er hensiktsmessig å studere sykenærver i et så generelt utvalg som i denne studien kan også diskuteres. Som tidligere nevnt argumenterte Pousette og Hanse (2002) for at det trengs yrkesspesifikke modeller, på grunn av resultater som indikerte at dynamikken i psykososiale forhold, helse og nærver var forskjellig i ulike yrkesgrupper. Dette, i tillegg til at kausalitet ikke kan fastsettes, gjør at det kanskje kan være begrensninger for hvordan denne studiens resultater kan gi implikasjoner for praksis i forbindelse med helsefremming og fraværforebygging. Imidlertid kan resultatene kanskje gi grunnlag for nye problemstillinger i sykenærversforskningen.

I denne studien ble sykenærverendes helse undersøkt ved å analysere den delen av utvalget som hadde hatt ett eller flere tilfeller av sykenærver i løpet av de siste seks månedene. Det lå ingen teori til grunn for å anta hvorvidt denne oppdelingen av utvalget var mer hensiktsmessig enn å trekke ut de som hadde hatt flere enn ett sykenærverstilfelle, men t-testene som ble gjennomført indikerte at sykenærverende og ikke-sykenærverende, etter denne studiens oppdeling, skilte seg fra hverandre når det gjaldt flere av variablene. I tillegg ble det i regresjonsanalysen kontrollert for sykenærversfrekvens, for å forhindre at effekter som skyldtes hvor ofte man hadde vært sykenærverende kunne tilskrives noen av de andre variablene i studien.

Når det gjelder utvalget, kan det til slutt nevnes at respondentenes frivillighet til å delta i spørreundersøkelsen kan ha skapt skjevheter i datamaterialet (Meltzoff, 1998). For

eksempel kan det ha vært slik at de som valgte å ikke delta, gjorde det av grunner som dårligere helse, mer stress eller andre faktorer av betydning i denne studien.

**Variabler og måleinstrumenter.** Mange psykologiske variabler kan være lite håndgripelige og vanskelige å måle (Meltzoff, 1998). Som vist i metodedelene har samtlige av denne studiens måleinstrumenter blitt benyttet før, og har blitt validert i tidligere studier. I tillegg viste det seg at samtlige variabler, med unntak av krav og uunnværlighetspress, hadde en indre konsistens som oversteg  $\alpha = .70$ . Som Kline (1999, som sitert i Field, 2009) bemerket, kan mangfoldige variabler gå på bekostning av Cronbachs alfa, og jeg vurderte det derfor som akseptabelt å inkludere variablene for krav og uunnværlighetspress, selv om de hadde litt lavere indre konsistens. Variablenes reliabilitet ble ikke undersøkt på andre måter, men det kunne vært hensiktsmessig å undersøke test-retest-validiteten til disse variablene. Studiens design tillot imidlertid ikke dette. Måleinstrumentene for de fire nærværspresvariablene har ikke blitt benyttet i stor grad tidligere. For å fastslå nytten og presisjonen ved bruk av disse kan det argumenteres for at disse trenger ytterligere kvalitetssikring når det gjelder reliabilitet og samtidig validitet, og videre også prediktiv validitet.

Begrepet sykenærvar har tidligere blitt definert, operasjonalisert og målt på forskjellige måter, noe som også har blitt bemerket av Johns (2010). Dette kan skape forvirring og krevde ekstra bevissthet av meg som forsker for å oppnå konsistens mellom variabelens definisjon og mål. Det gjorde også at jeg måtte være mer forsiktig når jeg sammenlignet mine resultater med tidligere studier. Jeg valgte å forholde meg til sykenærvarsbegrepet som nøytralt når det gjaldt årsaker og konsekvenser, i tillegg til hvorvidt det var positivt eller negativt. Dette ble begrunnet i teoridelen. En potensiell ulempe med dette kan imidlertid være at det kan ha åpnet for ulike tolkninger av spørsmålet. For eksempel kan svarene ha blitt påvirket av respondentenes egne erfaringer med fenomenet. Å skape større enighet når det gjelder definisjoner og målemetoder for sykenærvar kan være et tema for videre forskning.

**Statistiske analyser.** Dersom man ikke har respondenter som dekker hele spekteret av verdier på en variabel, kan det påvirke muligheten til å finne effekter på bakgrunn av den aktuelle variabelen (Cozby & Bates, 2012). Dette kan for eksempel redusere størrelsen på korrelasjonskoeffisientene. I denne studien var det for eksempel ingen respondenter som hadde laveste skåre på variabelen for subjektiv helse. Dette kan potensielt ha bidratt til type 2-feil ved analyse av H3 og H4. Det manglet også respondenter med både høyeste og laveste skåre på bakgrunnsvariabelen krav, i tillegg til at eldste respondent var 66 år gammel. De

aller eldste arbeidstakerne var dermed ikke representert i datasettet. En annen mulig kilde til type 2-feil, kan ha vært utvalgsstørrelsen. Selv om utvalget var tilstrekkelig stort til å gjennomføre studiens analyser, kan det likevel ha vært lite nok til å gi utfordringer med å avdekke små effekter (Cozby & Bates, 2012).

Flere av variablene i denne studien ble målt på ordinalnivå, da det ble benyttet Likert-skalaer med fem og syv punkter. I tillegg ble variabelen for sykenærverksfrekvens transformert til å inneholde kategorier på en skala med fire punkter, der det ikke kan sies å være lik avstand mellom kategoriene. I utgangspunktet bryter dette med forutsetningene for å gjøre enkelte analyser, som for eksempel lineær regresjon som krever uavhengige variabler som enten er dikotome eller målt på minimum intervallnivå (Field, 2009). På bakgrunn av at det er rimelig å anta lineære forhold mellom variablene, at skalaene er kontinuerlige, og at variablene tidligere har blitt benyttet i lignende analyser (som studiene jeg refererte til i metodedelene) anså jeg det imidlertid som akseptabelt å inkludere variablene i mine analyser.

Før og under gjennomføringen av regresjonsanalysene ble det testet om diverse forutsetninger for plausible og generaliserbare resultater var møtt. I både den lineære og den logistiske regresjonen kom det frem tilfeller av leverage-verdier som var over akseptabel grense. Dette kan være tegn på at disse tilfellene hadde særlig stor innflytelse på regresjonsmodellene. Disse verdiene var imidlertid ikke resultat av feil i datasettet, og det ble vurdert som akseptabelt å beholde tilfellene. Etter den logistiske regresjonsanalysen kom det frem brudd på forutsetningen om lineære forhold mellom utfallsvariabelen og logiten til prediktorene, når det gjaldt variablene moralpress, intern HK og fraværsligitimitet. Brudd på denne forutsetningen impliserer at forandringen i logit, når verdien på utfallsvariabelen endrer seg med en enhet, ikke er konstant, men avhenger av verdien på utfallsvariabelen (Menard, 2002). Til tross for at det kan ha forårsaket skjevheter i oddsratioene for de aktuelle variablene, valgte jeg å beholde dem i regresjonsanalysen, noe som kan ha gitt implikasjoner for analysen av H1 og tolkningen av bidraget til moralpress.

### **Implikasjoner for praksis**

På bakgrunn av denne studien kan det legges frem noen punkter som kan ha betydning for praksis i forbindelse med fraværforebygging og helsefremming på arbeidsplasser. Av studiens utvalg hadde omtrent to tredjedeler vært sykenærverende i løpet av det siste halve året. Mange arbeidstakere går altså på jobb med sykdom eller plager. Først og fremst kan det derfor være viktig for bedrifter å være bevisst på at lavt sykefravær ikke alene bør benyttes som målestokk for god helse på arbeidsplassen. I tillegg kan den negative



sammenhengen mellom sykenærvær og helse si noe om at det i praksis forekommer mer skadelig enn godartet sykenærvær.

Ut ifra denne studien kan det se ut til at bedrifter kan tjene på å legge til rette for positive og beskyttende ressurser hos de ansatte. Jobbengasjement ser ut til å ha positiv sammenheng med sykenærværendes helse, og det kan potensielt også fremme både produktivitet og motstandsdyktighet og dermed skape en vinn-vinn-situasjon for bedriften og de ansatte. Implisitt i IA-avtalen ligger noe av dette man mener kan bidra til det såkalte godartede sykenærværet. Det handler for eksempel om et godt arbeidsmiljø og tilrettelegging i tråd med individuelle behov slik at arbeid blir mulig og helsefremmende selv om man har nedsatt funksjonsevne. Imidlertid er det kanskje utfordrende å omsette dette i praksis fordi kompleksiteten til sykenærværsfenomenet gjør det vanskelig å utforme retningslinjer og anbefalinger som er generelle nok til å treffe alle virksomheter og tilfeller, samtidig som at de er spesifikke nok til at de blir enkle å forstå og følge opp. I tråd med jobbkravressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007) kan det legges til rette for økt jobbengasjement ved å sikre at de ansatte har nødvendige jobbressurser som gjør de i stand til å takle de kravene de møter i arbeidshverdagen. Eksempler kan være å fokusere på gode relasjoner og et godt psykososialt arbeidsmiljø. Det kan også handle om organisasjonsmessige aspekter som grad av fleksibilitet i arbeidshverdagen, belønningsordninger eller å sikre at de ansatte har den kompetansen de behøver for å utføre arbeidsoppgavene sine. Når det gjelder disse momentene er det imidlertid greit å være bevisst på at de også kan gi andre effekter enn intendert eller forventet.

I tillegg til å legge til rette for et godartet sykenærvær er det kanskje også viktig at ledere gjør seg bevisst på hvordan bedriftens kultur og ordninger potensielt kan påvirke de ansattes nærværsatferd, og hvordan det videre også kan ha betydning for konsekvensene av sykenærvær. Fravær bør ikke bli sett på som utelukkende negativt, men kan i enkelte tilfeller være et bedre valg enn nærvær for å styrke nærværet og arbeidshelsen på lang sikt.

### **Forslag til videre forskning**

Oppgavens diskusjon bærer preg av at det er mange ubesvarte spørsmål knyttet til sykenærvær, og det kan derfor være hensiktsmessig å komme med forslag til videre forskning som kan bidra til å besvare noen av disse. I forbindelse med de metodiske betraktningene som ble gjort tidligere i diskusjonsdelen, ble enkelte utfordringer knyttet til sykenærværsbegrepet diskutert. Som Johns (2010) har poengtert, er det uenighet om hvordan sykenærvær skal defineres. Dette gjør også at forskere operasjonaliserer og måler

sykenærvær forskjellig i sine studier. For å skape større sammenheng på forskningsfeltet, sikre den interne validiteten til sykenærvermålene og utvide kunnskapen om sykenærvær, er det kanskje nødvendig å jobbe med forbedring av sykenærverbegrepet. Dette kan også handle om å differensiere bedre mellom de ulike forståelsesrammene for sykenærvær. I praksis kan dette kanskje bidra til å bedre vilkårene for å diskutere temaet, slik at man unngår forvirringen som skapes ved at samme begrep benyttes om relativt forskjellige fenomener.

Mer spesifikt, når det gjelder variablene som ble undersøkt i denne studien, trengs det longitudinelle studier for å kunne finne ut mer om eventuelle årsak-virkningsforhold mellom variablene. I og med at jobbengasjement viste seg å ha en signifikant sammenheng med sykenærverendes subjektive helse, kan det for eksempel være interessant med videre studier for å utforske dynamikken mellom disse variablene. Når det gjelder nærverpress, kan det være interessant å se videre på hvordan disse faktorene eventuelt kan henge sammen med organisasjonskultur og andre forhold som kan ha betydning for helsemessige utfall etter sykenærvær. Forskning på disse temaene kan kanskje bidra videre til å bekrefte eller forbedre sykenærvermodellene som allerede er foreslått, noe som kan være gunstig slik at forskningen i større grad kan tilføre noe til praksis i forbindelse med helsefremming og bærekraftig fraværforebygging i organisasjoner.

## **Konklusjon**

Målet med denne oppgaven var å bidra til økt kunnskap om fenomenet sykenærvær ved å undersøke hvordan jobbengasjement og nærverpress hadde sammenheng med sykenærvær og sykenærverendes helse. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse på et utvalg med norske arbeidstakere, og videre gjort statistiske analyser. Resultatene av regresjonsanalysene støttet at uunnværlighetspress hadde positiv sammenheng med sykenærvær. Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger mellom sykenærvær og faktorene sanksjonspress, moralpress og trygghetspress. Dette kan tyde på at aspekter som tidspres, arbeidsmengde og dårlige muligheter til å bli erstattet ved fravær er viktigere for å forklare sykenærvær enn faktorer knyttet til eksempelvis moral og jobbusikkerhet. Ingen av nærverpressfaktorene hadde sammenheng med sykenærverendes helse.

Regresjonsanalysene viste at jobbengasjement ikke hadde signifikant sammenheng med sykenærvær. Det oppfordres likevel til mer forskning for å finne ut mer om dynamikken til disse variablene. Deler av diskusjonen handlet nemlig om hvorvidt variablene kunne ha sammenhenger med forskjellige fortegn basert på forskjellige betingelser. Resultatene viste også at jobbengasjement hadde signifikant positiv sammenheng med sykenærverendes helse.

Dette var i tråd med teorien som legger frem jobbengasjement som en beskyttende faktor, og kanskje er jobbengasjement en buffer mot negative helseeffekter av sykenærvær. I og med at sykenærvær forekommer i stor grad og ofte har blitt fremstilt som skadelig, understrekes nødvendigheten av mer forskning på feltet. Dette kan bidra til å identifisere faktorer som bidrar til både skadelig og godartet sykenærvær, noe som videre kan ha praktisk betydning for ansatte, bedrifter og samfunnet som helhet.



## Referanser

- Addae, H. M., & Johns, G. (2002). National culture and perceptions of absence legitimacy. I M. Koslowsky & M. Krausz (Red.), *Voluntary employee withdrawal and inattendance* (s. 21–51). New York, NY: Kluwer Academic.
- Addae, H. M., Johns, G., & Boies, K. (2013). The legitimacy of absenteeism from work: A nine nation exploratory study. *Cross Cultural Management*, 20(3), 402–428. doi:10.1108/CCM-05-2012-0040
- Admasachew, L., & Dawson, J. (2011). The association between presenteeism and engagement of National Health Service staff. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(1), 29–33. doi:10.1258/jhsrp.2010.010085
- Ali, S. M., & Lindström, M. (2008). Psychosocial work conditions, unemployment and health locus of control: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 429–435. doi:10.1177/1403494807088452
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005 nr. 62*. Hentet 27.04.2014 fra <http://www.lovdato.no/all/hl-20050617-062.html>
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2002). Sjuknärvaro: Förekomst och utvecklingstendenser. *Arbete och Hälsa*, 2002(8), 1–22.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958–966. doi:10.1097/01.jom.0000177219.75677.17
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(7), 502–509.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Mellner, C. (2011). Sickness presence, sickness absence, and self-reported health and symptoms. *International Journal of Workplace Health Management*, 4(3), 228–243. doi:10.1108/17538351111172590
- Baker-McClearn, D., Greasley, K., Dale, J., & Griffith, F. (2010). Absence management and presenteeism: The pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resource Management Journal*, 20(3), 311–328. doi:10.1111/j.1748-8583.2009.00118.x
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 265–269. doi:10.1177/0963721411414534

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309–328.  
doi:10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, *13*(3), 209–223. doi:10.1108/13620430810870476
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, *22*(3), 187–200.  
doi:10.1080/02678370802393649
- Bamberger, P., & Biron, M. (2007). Group norms and excessive absenteeism: The role of peer referent others. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *103*(2), 179–196. doi:10.1016/j.obhdp.2007.03.003
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *51*(6), 629–638. doi:10.1097/JOM.0b013e3181a8281b
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *82*(10), 1179–1190.  
doi:10.1007/s00420-009-0433-6
- Biron, C., Brun, J.-P., Ivers, H., & Cooper, C. L. (2006). At work but ill: Psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health*, *5*(4), 26–37.
- Biron, C., & Saksvik, P. Ø. (2009). Sickness presenteeism and attendance pressure factors: Implications for practice. I C. L. Cooper, J. C. Campbell, & M. J. Schabracq (Red.), *International Handbook of Work and Health Psychology* (s. 77–96). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell
- Blaxter, M. (1990). *Health & lifestyles*. London: Routledge.
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2010a). Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *52*(3), 332–335. doi:10.1097/JOM.0b013e3181d2422f
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2010b). What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. *European Journal of Public Health*, *20*(1), 43–46. doi:10.1093/eurpub/ckp076

- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C.-Y., & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *46*(6), 38–45. doi:10.1097/01.jom.0000126687.49652.44
- Claes, R. (2011). Employee correlates of sickness presence: A study across four European countries. *Work & Stress*, *25*(3), 224–242. doi:10.1080/02678373.2011.605602
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 652–657. doi:10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA
- Collins, A., & Cartwright, S. (2012). Why come into work ill? Individual and organizational factors underlying presenteeism. *Employee Relations*, *34*(4), 429–442. doi:10.1108/01425451211236850
- Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2012). *Methods in behavioral research* (11th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., & Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxation techniques as a coping strategy. *Complementary Therapies in Medicine*, *21*(5), 481–486. doi:10.1016/j.ctim.2013.08.001
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297–334.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, *14*(1), 50–68. doi:10.1108/13620430910933574
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). “Choosing” to work when sick: Workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*, *60*(10), 2273–2282. doi:10.1016/j.socscimed.2004.10.022
- Elo, A., Skogstad, A., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V., & Knardahl, S. (2001). *User’s guide for the QPSNordic: General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *The European Journal of Public Health*, *8*(4), 294–298.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE Publications.

- Gimeno, D., Benavides, F. G., Amick, B. C., Benach, J., & Martínez, J. M. (2004). Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *58*(10), 870–876. doi:10.1136/jech.2003.016634
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, *68*(1), 165–174. doi:10.1016/j.jvb.2005.01.003
- Gorgievski, M. J., & Hobfoll, S. E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservation of resources in burnout and engagement. I J. R. B. Halbesleben (Red.), *Handbook of stress and burnout in health care* (s. 7–22). Hauppauge, NY: Nova Science
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, *18*(1), 75–86. doi:10.1037/a0030932
- Grinyer, A., & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, *2*(1), 7–21. doi:10.1080/136985700111413
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *24*(2), 153–65. doi:10.2478/s13382-011-0013-3
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2014). Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occupational Medicine*, *64*, 49–55. doi:10.1093/occmed/kqt141
- Hakanen, J. J., & Lindbohm, M.-L. (2008). Work engagement among breast cancer survivors and the referents: The importance of optimism and social resources at work. *Journal of Cancer Survivorship*, *2*(4), 283–295. doi:10.1007/s11764-008-0071-0
- Hakanen, J. J., Peeters, M. C. W., & Perhoniemi, R. (2011). Enrichment processes and gain spirals at work and at home: A 3-year cross-lagged panel study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *84*(1), 8–30. doi:10.1111/j.2044-8325.2010.02014.x



- Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., & Toppinen-Tanner, S. (2008). Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. *Journal of Vocational Behavior, 73*(1), 78–91.  
doi:10.1016/j.jvb.2008.01.003
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 141*(2), 415–424. doi:10.1016/j.jad.2012.02.043
- Halbesleben, J. R. B., Harvey, J., & Bolino, M. C. (2009). Too engaged? A conservation of resources view of the relationship between work engagement and work interference with family. *Journal of Applied Psychology, 94*(6), 1452–1465.  
doi:10.1037/a0017595
- Hallberg, U. E., & Schaufeli, W. B. (2006). “Same Same” But Different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist, 11*(2), 119–127. doi:10.1027/1016-9040.11.2.119
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine, 67*(6), 956–964. doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.022
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2009). Sick at work – A risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology and Community Health, 63*(5), 397–402. doi:10.1136/jech.2008.078238
- Harvey, J., & Nicholson, N. (1999). Minor illness as a legitimate reason for absence. *Journal of Organizational Behavior, 20*(6), 979–993.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Pentti, J., Virtanen, M., Westerlund, H., Virtanen, P., ... Vahtera, J. (2010). Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 52*(8), 830–835. doi:10.1097/JOM.0b013e3181ec7e23
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 632–643. doi:10.1037/0022-3514.84.3.632
- Howard, K. J., Mayer, T. G., & Gatchel, R. J. (2009). Effects of presenteeism in chronic occupational musculoskeletal disorders: Stay at work is validated. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51*(6), 724–731.  
doi:10.1097/JOM.0b013e3181a297b5

- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PLoS ONE*, *8*(5).  
doi:10.1371/journal.pone.0063920
- Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., & Braeckman, L. (2013). The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of Occupational Health*, *55*, 132–141.
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden. *Nordic Journal of Social Research*, *33*.
- Johansson, G., & Lundberg, I. (2004). Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*, *58*(10), 1857–1868.  
doi:10.1016/S0277-9536(03)00407-6
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, *31*(4), 519–542. doi:10.1002/job.630
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, *16*(4), 483–500. doi:10.1037/a0025153
- Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2006). *Langtidsfrisk – Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*. Kjeller: Genesis.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, *33*(4), 692–724. doi:10.2307/256287
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, *24*(2), 285–308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Keller, R. T. (1983). Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors, and nonattitudinal factors. *Journal of Applied Psychology*, *68*(3), 536–540.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., Vahtera, J., & Marmot, M. G. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, *95*(1), 98–102.  
doi:10.2105/AJPH.2003.035873

- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, *152*(10), 983–991. doi:10.1093/aje/152.10.983
- Landsbergis, P. A., Dobson, M., Koutsouras, G., & Schnall, P. (2013). Job strain and ambulatory blood pressure: A meta-analysis and systematic review. *American Journal of Public Health*, *103*(3), 61–71. doi:10.2105/AJPH.2012.301153
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Leiter, M. P., & Bakker, A. B. (2010). Work engagement: Introduction. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (s. 1–9). East Sussex: Psychology Press.
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *The American Journal of Nursing*, *112*(2), 30–38. doi:10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9
- Löve, J., Grimby-Ekman, A., Eklöf, M., Hagberg, M., & Dellve, L. (2010). "Pushing oneself too hard": Performance-based self-esteem as a predictor of sickness presenteeism among young adult women and men – A cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *52*(6), 603–609. doi:10.1097/JOM.0b013e3181dce181
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. W. (1997). Sickness absence and "working through" illness: A comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*, *19*(3), 295–300.
- Meltzoff, J. (1998). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Menard, S. (2002). *Applied Logistic Regression Analysis* (2th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Milch, V. (2011). *Sykenærvær – et forsømt tema?: En kvantitativ undersøkelse av sykenærvær i en IA-virksomhet* (Masteroppgave). Trondheim: Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.
- Morken, T., Haukenes, I., & Magnussen, L. H. (2012). Attending work or not when sick - what makes the decision? A qualitative study among car mechanics. *BMC Public Health*, *12*. doi:10.1186/1471-2458-12-813

- Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A., & Cox, S. (2007). Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*(2), 259–277.  
doi:10.1007/s10926-007-9074-3
- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., ... Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform* (Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet). Hentet 01.11.2012 fra [http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R\\_2010\\_tiltak\\_sykefravaer.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf)
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C., & Murphy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology, 3*(2), 171–180.  
doi:10.1177/135910539800300202
- Ose, S. O. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag* (SINTEF-rapport A14516). Hentet 27.04.14 fra <http://www.sintef.no/upload/Konsern/Media/sykerapport.pdf>
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine, 63*(2), 210–215.
- Pousette, A., & Hanse, J. J. (2002). Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types – A multigroup structural equation modelling approach. *Work & Stress, 16*(3), 229–250.  
doi:10.1080/02678370210162737
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*(6), 925–971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Remo, N. (2012). *Comparing two models of employee engagement: An examination of antecedents and outcome variables* (Doktoravhandling, University of Windsor). Hentet fra <http://scholar.uwindsor.ca/etd/4838/>
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Saksvik, P. Ø. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management, 3*(1), 47–59. doi:10.1007/BF01857888
- Saksvik, P. Ø., & Finne, L. B. (2009). Sykenærver og langtidsfriskhet. Psykologen som sykmelder. I P. Ø. Saksvik, & K. Nytrø (Red.), *Klinisk Organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen akademisk

- Salanova, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2011). “Yes, I can, I feel good, and I just do it!” On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology, 60*(2), 255–285. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00435.x
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*, 293–315. doi:10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. East Sussex: Psychology Press.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement, 66*(4), 701–716. doi:10.1177/0013164405282471
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71–92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology, 57*(2), 173–203. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health, 15*(9), 381–411. doi:10.1146/annurev.pu.15.050194.002121
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. doi:10.1037//0003-066X.55.1.5
- Simpson, R. (1998). Presenteeism, power and organizational change: Long hours as a career barrier and the impact on the working lives of women managers. *British Journal of Management, 9*, 37–50. doi:10.1111/1467-8551.9.s1.5
- Sonnentag, S., Mojza, E. J., Binnewies, C., & Scholl, A. (2008). Being engaged at work and detached at home: A week-level study on work engagement, psychological detachment, and affect. *Work & Stress, 22*(3), 257–276. doi:10.1080/02678370802379440
- Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y., & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don’t throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior, 21*, 79–95.

- Statistisk Sentralbyrå. (2013a). Sykefravær, 3. kvartal 2013. Hentet 12. Desember 2013 fra <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot>
- Statistisk Sentralbyrå. (2013b). Sysselsetting, registerbasert, 2012, 4. kvartal. Hentet 7. Juni 2013 fra <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys>
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology, 63*(4), 391–407. doi:10.1037//0021-9010.63.4.391
- Stephens, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology, 92*(4), 659–672. doi:10.1348/000712601162400
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Hanson, L. M., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sick leave predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: A nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS ONE, 7*(9). doi:10.1371/journal.pone.0044721
- Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Shimazu, A. (2010). The push and pull of work: The differences between workaholism and work engagement. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. East Sussex: Psychology Press.
- Thun, S., Saksvik, P. Ø., Ose, S. O., Mehmetoglu, M., & Christensen, M. (2013). The impact of supervisors' attitudes on organizational adjustment norms and attendance pressure norms. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology, 5*(2), 15–31.
- Turpin, R. S., Ozminkowski, R. J., Sharda, C. E., Collins, J. J., Berger, M. L., Billotti, G. M., ... Nicholson, S. (2004). Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*(11), 1123–1133.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control(-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress, 13*(2), 87–114. doi:10.1080/026783799296084
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education & Behavior, 6*(2), 160–170. doi:10.1177/109019817800600107

- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. I R. H. Hoyle (Red.), *Structural equation modeling: Concepts issues and applications* (s. 56–75). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Westerlund, H., Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Marmot, M., Shipley, M. J., Vahtera, J., & Head, J. (2009). Does working while ill trigger serious coronary events? The Whitehall II study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51*(9), 1099–1104. doi:10.1097/JOM.0b013e3181b350e1
- World Health Organization. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization, 80*(12), 981–984. (Originalt verk publisert 1946)





## Vedlegg A

### Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hvassli Hørløges gate 29  
N-5007 Bergen  
Noreg  
Tel: +47 56 58 21 12  
Fax: +47 56 58 96 50  
nsd@nsd.no  
www.nsd.no  
Org nr: 985 321 804

Ingrid Steen Rostad  
Psykologisk institutt  
NTNU  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 11.01.2013

Vår ref: 32470 / 3 / All

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32470	<i>Måling av det gode arbeidsmiljø - Utvikling av en ny skala</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ingrid Steen Rostad

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/mekleplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Ansvarlig for utveksling av data til utlandet*

OSLO NSD: Universitetsgt 1 Oslo, Postboks 3054 Blindern, 0316 Oslo tlf: +47 22 85 57 11 [nsd@oslo.no](mailto:nsd@oslo.no)  
BERGEN NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, PBO, høgskolen i Bergen tlf: +47 23 50 89 00 [kjone.nsd@iuh.uib.no](mailto:kjone.nsd@iuh.uib.no)  
TRONDHEIM NSD: SSI, Universitetet i Trondheim, 7012 Trondheim tlf: +47 77 64 61 35 [nsd@iuh.uib.no](mailto:nsd@iuh.uib.no)



Prosjektets formål er å pilotteste en skala om sykenærver og tilrettelegging på arbeidsplassen, samt å samle data om det gode arbeidsmiljø. Utvalget vil bestå av 200-400 arbeidstakere som jobber i Norge.

Rekruttering og førstegangskontakt skjer via bachelorstudentene ved Psykologisk institutt NTNU. Studentene får i oppgave å rekruttere fem til ti respondenter i sin omgangskrets i forskjellig alderspenn og yrker. Personvernombudet legger til grunn at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi anbefaler at alle involverte bedrifter/arbeidsplasser godkjenner prosjektet som helhet.

Det skal gjennomføres en spørreskjemaundersøkelse hvor det kartlegges arbeidsmiljøfaktorer, med særlig vekt på sykenærver. Det registreres ikke navn eller andre direkte personidentifiserende opplysninger, men datasettet vil være indirekte personidentifiserende ved at ip-adresse registreres. Navn på bedrift/arbeidsplass vil ikke registreres. Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at forsker setter seg inn i og etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår forutsatt at følgende endres/presiseres:

- utsagnet "prosjektet avsluttes i 2017 og personopplysninger vil lagres anonymt", endres til "prosjektet avsluttes i 2017 og datasettet vil da lagres anonymt".
- utsagnet "det kommer til å bli spurt om personopplysninger som fødselsår, kjønn, yrke etc" endres til "det kommer til å bli spurt om opplysninger som fødselsår, kjønn, yrke etc."

Vi ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes før utvalget kontaktes til [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no) (merk med prosjektnummer).

Dersom den web-baserte løsningen er ekstern, forutsetter Personvernombudet at det foreligger en databehandleravtale mellom den web-baserte løsningen og NTNU for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør innholde, se Datatilsynets veileder på denne siden:

<http://datatilsynet.no/verktoy-skjema/Skjema-maler/Databehandleravtale---mal/>

Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Prosjektet skal avsluttes 01.01.2017 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres både hos eventuell ekstern databehandler og NTNU. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg B

### Spørreskjema



#### Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 1

##### Informasjon

Dette er informasjon og en forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse i forbindelse med prosjektet 'Måling av det gode arbeidsmiljø'. Spørreskjemaet er en kartlegging av psykososiale faktorer ved din arbeidssituasjon. Formålet med denne studien er å få innsikt i hvordan du opplever din arbeidshverdag med fokus på arbeidsmiljø og helse.

Alle svar behandles konfidensielt og anonymiseres slik at svarene ikke kan tilbakeføres til den enkelte respondent. Dette vil bli gjort fortløpende i forskningsprosessen. Prosjektet avsluttes i 2017 og datasettet vil da lagres anonymt.

Det kommer til å bli spurt om opplysninger som fødselsår, kjønn, yrke etc. Det er frivillig å delta og du kan trekke deg så lenge studien pågår uten å oppgi grunn. NTNU ved Ingrid Steen Rostad og Sylvi Thun er ansvarlig for denne undersøkelsen. Datamaterialet vil bli brukt i forbindelse med prosjektansvarliges doktorgradsprosjekt og i bachelorfordypningen.

Dersom du har lyst å delta i spørreundersøkelsen må du godkjenne samtykkeerklæringen.

Hvis det er noe du lurer på kan du kontakte oss på e-post [ingrid.s.rostad@svt.ntnu.no](mailto:ingrid.s.rostad@svt.ntnu.no) og [sylvi.thun@svt.ntnu.no](mailto:sylvi.thun@svt.ntnu.no). Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen Ingrid Steen Rostad og Sylvi Thun og bachelorstudentene ved Psykologisk institutt.



#### Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 2

##### Samtykkeerklæring

1. Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta i spørreundersøkelsen.  
 Ja  
 Nei



#### Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 3

##### Bakgrunnsinformasjon

Vi begynner med noen spørsmål om deg og din bakgrunn. Husk å sette bare ett kryss på hvert spørsmål dersom ikke annet er oppgitt.

2. Hva heter studenten som rekrutterte deg?
3. Kjønn  
 Kvinne  
 Mann
4. Fødselsår
5. Hvilket ansettelsesforhold har du?

- Fast
- Midlertidig eller tidsbegrenset
- Vikariat eller ekstrahjelp
- Ansatt i vikarbyrå
- Vet ikke
- Annet, hva

6. Hvilken sektor jobber du i?

- Offentlig sektor
- Privat sektor

7. Hvilken bransje arbeider du i?

- Bergverk/energiproduksjon
- Industri
- Transport og kommunikasjon
- Finansiell tjenesteyting / forsikring
- Offentlig forvaltning
- Bygg og anlegg
- Varehandel
- Hotell og restaurant
- Undervisning og forskning
- Helse- og omsorgssektoren
- Primærnæringene

8. Hva jobber du som?

9. Har du lederansvar?

- Ja
- Nei



## Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 4

### Helse og fravær

10. Helse

Her kommer et spørsmål om hvordan du oppfatter din helse.

	Svært dårlig	Dårlig	Verken eller	God	Svært god
Hvordan vil du generelt sett beskrive helsen din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Sykefravær

Har det hendt at du har vært borte fra jobben på grunn av sykdom i løpet av de siste 6 månedene?

- Ja
- Nei

12. Hvis ja på spørsmålet over: Hvor lang var den lengste perioden med fravær?

- Under 4 dager
- Fra fire til 16 dager
- Mer enn 16 dager (fikk sykepenger fra NAV)

13. Hvor mange dager med sykefravær har du hatt i løpet av de siste 30 dagene? (Skriv 0 hvis du ikke har hatt sykefravær i denne perioden)

14. Hvor mange ganger har du vært borte fra jobben (på grunn av sykdom) i løpet av de siste to årene? (Skriv 0 hvis du ikke har vært borte fra jobb med sykdom og plager i denne perioden)

15. Utsagnene under omhandler det å være borte fra jobb. Hvor uenig eller enig er du i hvert av disse utsagnene?

	Helt uenig	Delvis uenig	Både/og	Delvis enig	Helt enig
Om jeg er borte fra jobb kan noen andre steppe inn for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om jeg er borte fra jobb vil arbeidet samle seg opp og jeg må ta det igjen når jeg kommer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Når noen ansatte er borte fra jobb har de som regel en god grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ledere bør vise forståelse når noen ansatte er borte fra jobb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å innføre sanksjoner for de (ansatte) som er borte fra jobb er ingen praksis for god ledelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er ingenting galt ved at ledelsen aksepterer at noen (ansatte) er borte fra jobb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er urettferdig å straffe de (ansatte) som har vært borte fra jobb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Syke)fravær er rett og slett noe som ikke kan unngås	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Syke)fravær kan være fordelaktig for organisasjonens helhetlige funksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Syke)fravær er en legitim handling av ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Forholdene på din arbeidsplass**

16. Normer på arbeidsplassen  
Nå følger noen utsagn som handler om hva som er vanlige oppfatninger blant ansatte i din bedrift. Hvor uenig eller enig er du i hvert av disse utsagnene?

	Helt uenig	Delvis uenig	Både/og	Delvis enig	Helt enig
Her ventes det at man kommer på jobb uansett hvordan man føler seg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansatte som er fraværende blir sett på som illojale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hos oss henter vi nødvendig inn vikarer ved kortere fravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På min arbeidsplass er det mulig å ordne private ærend i arbeidstiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her må alle komme på jobb hver dag ellers er arbeidsplassen vår truet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hos oss blir fravær med egenmelding sett på som ekstraferie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frivillig ulønnet overtidsarbeid er helt normalt her	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansatte som kommer sent og går tidlig blir uglesett her	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her er det greit å komme på jobb selv om formen ikke er på topp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På denne arbeidsplassen feires perioder med lavt eller intet fravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi finner lett alternativt arbeid til de som trenger mindre belastning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er stor takhøyde her for de som sliter med helsa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folk her er så samvittighetsfulle at det går på helsa løs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis noen er borte uten grunn får de høre det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her får folk med helseproblemer hjelp og støtte til å klare jobben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hos oss blir arbeid sett på som	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Det går ut over mine inntekter om jeg er sykefraværende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har blitt tilbudt tilpasset arbeid, men takket nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er vanskelig å tilpasse mine arbeidsoppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at det er negativt for helsa mi at jeg kan komme på jobb med helseplager/sykdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Med hvilke helseplager er det aktuelt for deg å gå på jobb?

23. Neste spørsmål handler om produktivitet og sykenærvær. Det er viktig å påpeke at vi er interessert i det som gjelder for deg og at det ikke finnes noen universell sammenheng mellom sykdom og produktivitetstap.

	Helt unig	Uenig	Både/og	Enig	Helt enig
Jeg får gjort like mye på jobb med helseplager/sykdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg får gjort mindre på jobb med helseplager/sykdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg får gjort mer på jobb med helseplager/sykdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 7

#### Forholdene på din arbeidsplass

24. Har du fått tilrettelagt arbeidshverdagen din ved sykdom og/eller helseplager?

- Ja  
 Nei

25. Hvis Ja over. Hva gjorde tilretteleggingen med helsa di? Jeg opplevde...

- en forverring i helsa  
 en forbedring i helsa  
 ingen forandring i helsa

26. Har du muligheten til å tilrettelegge din egen arbeidshverdag?

- Ja  
 Nei

### Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 8

#### Forholdene på din arbeidsplass

27. Noen ganger går en på arbeid selv om en er syk eller føler seg uvel, og det kan være ulike grunner til dette. Vi ber deg først tenke igjennom om du noen gang har gått på jobben når du har vært uvel eller syk. Dersom du har det, kryss av for det svaralternativet som passer deg.

Jeg går på jobb selv om jeg kjenner meg dårlig, fordi ...

	Helt uenig	Delvis uenig	Vet ikke	Delvis enig	Helt enig
Det er vanskelig å ordne med vikar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har viktige oppgaver på jobben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er oppdratt slik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det finnes ingen andre som kan gjøre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Jeg er oppslukt av arbeidet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På jobben kan jeg holde på med å arbeide i lange perioder av gangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For meg er jobben en utfordring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir fullstendig revet med av arbeidet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler meg psykisk sterk på jobben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er vanskelig for meg å løsrive meg fra jobben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er alltid utholdende på jobb, selv når ting ikke går bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Spørsmålene nedenfor omhandler din arbeidssituasjon. Kryss av for det som passer deg best.

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
Er arbeidsbelastningen din ujevn slik at arbeidet hopper seg opp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Må du arbeide overtid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du for mye å gjøre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt fysisk utholdenhet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt raske avgjørelser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er arbeidsoppgavene dine for vanskelig for deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt maksimal oppmerksomhet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt bevegelser med høy presisjon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forekommer avbrytelser som forstyrrer arbeidet ditt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever ditt arbeid kompliserte avgjørelser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er arbeidet ditt ensformig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Må du gjenta den samme arbeidsoperasjonen med få minutters mellomrom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utfører du arbeidsoppgaver som du trenger mer opplæring for å gjøre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er dine spesialkunnskaper og ferdigheter nyttige i arbeidet ditt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er arbeidet ditt utfordrene på en positiv måte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser du på arbeidet ditt som meningsfylt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever jobben din at du lærer deg nye kunnskaper og nye ferdigheter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det mulig å ha sosial kontakt med kolleger mens du arbeider?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis det finnes flere forskjellige måter å utføre arbeidet ditt på, kan du selv velge hvilken framgangsmåte du skal bruke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv bestemme når du skal ta pauser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv bestemme lengden på pausene dine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv bestemme arbeidstiden din (fleksitid)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke avgjørelser om hvilke personer som du skal samarbeide med?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv bestemme når du skal ha kontakt med klienter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke beslutninger som er viktig for ditt arbeid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Mestring av arbeidet

31. Hvordan er arbeidsmiljøet i din arbeidsenhet?

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
Er du fornøyd med kvaliteten på arbeidet som du utfører?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med mengden arbeid som du får gjort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med din evne til å løse problemer som dukker opp i arbeidet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med din evne til å ha et godt forhold til dine arbeidskolleger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du informasjon om kvaliteten på arbeidet som du utfører?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv umiddelbart avgjøre om du har gjort godt eller dårlig arbeid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Hvordan er klimaet i din arbeidsenhet?

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
Konkurransorientert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppmuntrende og støttende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mistroisk og mistenksomt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avslappet og behagelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stivbeint og regelstyrt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Forholdene på din arbeidsplass**

33. Er du medlem av en fast arbeidsgruppe?

- Ja  
 Nei

34. Hvis du svarte ja på spørsmålet over, vær vennlig å besvar følgende spørsmål

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
Setter du pris på å være medlem av en arbeidsgruppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Hvis du svarte ja på spørsmål 31, vær vennlig å svar på følgende spørsmål

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså meget	Meget ofte eller alltid
Utføres arbeidet i gruppen på en fleksibel måte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er gruppen din dyktig til å løse problemer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte har din arbeidsgruppe møter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Jobber du mest alene eller i team?

- Alene

- Team
- Likt fordelt



## Måling av det gode arbeidsmiljø

Page 11

37. Takk for at du deltok på spørreundersøkelsen.

Har du noen kommentarer eller spørsmål bruk kommentarfeltet nedenfor.