

Gradert sykmelding: Positivt eller negativt press for å få flere i arbeid?

- En studie av hvordan sykmeldte opplever å være i gradert arbeid

Marius Damli Andresen

Masteroppgave i arbeids- og organisasjonspsykologi

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Psykologisk institutt

Vår, 2016



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Da var den lange dagen over. Ingen flere sider å skrive. Ingen flere kaffekopper å konsumere på lesesal 12-587. Det er med stor glede jeg etter to år på masterstudiet i arbeids- og organisasjonspsykologi nå leverer inn min masteroppgave, og det er også med stor takknemmelighet.

Det er med stor takknemmelighet ovenfor SINTEF, representert ved Solveig O. Ose, som stilte datamaterialet fra prosjektet ”Helse og arbeidstidsordninger” til disposisjon. Det å få jobbe med et så rikt datamaterialet har fra utforming av hypoteser til gjennomføring av analyser gjort veien lettere og oppgaven spennende.

En stor takk rettes også til veileder Per Øystein Saksvik. Takk for korrigerer, tips og gode tilbakemeldinger helt fra masterskisse til levering.

Jeg vil også få takke mamma som bistod med retting og tips underveis, og til familien for øvrig for sosial støtte og oppbyggelse. Takk også til min onkel, Jørund, som bisto helt i slutfasen med nyttige innspill. I tillegg vil jeg takke min meget oppegående og trivelige klasse som jeg er sikker på at vil prege både organisasjoner og samfunn med sin kunnskap.

Avslutningsvis vil jeg takke min kone, Marte, som har støttet og hjulpet meg gjennom begge årene på masteren. Jeg har satt stor pris på alt du har gjort for meg, og jeg gleder meg til fortsettelsen med deg.

Oppgaven følger APA stil for referering (American Psychological Association, 2010) og følger generelt NTNUs retningslinjer for utforming av masteroppgave.

Sammendrag

Det har lenge blitt arbeidet med å få ned sykefraværet i Norge, og graderte sykmeldinger er en strategi som har blitt brukt og som brukes i stadig større grad i det arbeidet. Det er et tiltak som skal få ned det totale sykefraværet gjennom å hjelpe mennesker gradvis tilbake i arbeid, og et tiltak som har fungert om målet er ansett for å være å få sykmeldte tilbake til arbeid (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012). Det å returnere tilbake i arbeid er derimot ikke det samme som å ha en god helse, og hensikten med denne studien var å belyse hvordan gradert sykmelding som tiltak fungerer og påvirker individets nåværende og fremtidige helse. Gjennom et spørreskjema ble helse og stress målt og deretter analysert gjennom variansanalyser som belyste forskjeller mellom gradert sykmeldte og gruppene høyt sykenærvær, personer i full jobb og personer i full sykemelding. Studien undersøkte også helsefremmende variabler som sosial støtte, autonomi og påvirkningen av tilrettelegging for å undersøke hvordan gradert sykmeldte ble påvirket. Studiens funn kan indikere at det å være gradert sykmeldt oppleves som belastende sammenlignet med personer i full jobb, og som like belastende som å være sykenærværende. På bakgrunn av dette funnet fremhever denne studien viktigheten av videre forskning for å undersøke hvordan gradert sykmeldtes helse utvikler seg over tid. Studien fremhever også arbeidsmiljøvariablene sosial støtte og autonomi som viktige ressurser, og fremhever viktigheten av flere studier om tilrettelegging med fokus på å differensiere ulike type tiltak og effekten av de.

Innholdsfortegnelse

FORORD	III
SAMMENDRAG	IV
BAKGRUNN	1
TEORETISK RAMMEVERK	3
HELSE.....	3
SYKEFRAVÆR.....	4
SYKENÆRVÆR	6
TILRETTELEGGING	9
ARBEIDSMILJØ	11
AKTUELLE BESTEMMELSER OG LOVVERK.....	14
GRADERTE SYKMELDINGER.....	16
HYPOTESER.....	18
METODE	25
UTVALG.....	25
VARIABLER.....	25
MÅLEINSTRUMENTER	27
STATISTISKE ANALYSER OG FORUTSETNINGER	29
RESULTAT	33
DESKRIPTIV STATISTIKK.....	33
KORRELASJONSMATRISER.....	34
UAVHENGIG T-TEST	35
ENVEIS ANOVA	36
TOVEIS ANOVA	37
DISKUSJON	45
GRADERT SYKMELDTE OG SYKENÆRVÆR.....	45
GRADERT SYKMELDT, 100 % SYKMELDT OG I FULL JOBB.....	47
TILRETTELEGGING	49
ARBEIDSMILJØHYPOTSENE	51
METODISKE BETRAKTNINGER	54
IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	57
VEIEN VIDERE	59
KONKLUSJON.....	60
REFERANSER	63
VEDLEGG A: TILBAKEMELDING FRA REK	70
VEDLEGG B: SPØRRESKJEMA	73

Bakgrunn

På tross av at Norge er blant dem som har best helse i Europa og har en stadig økt forventet levealder (Eikemo, Bambra, Judge & Ringdal, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13), så er sykefraværet i Norge blant Europas høyeste og det mange mener er alt for høyt med tanke på vår gode helse (Mykletun et al., 2010; Berge, 2012, Gleinsvik, Klingenberg & Mastekaasa, 2014). I 2001 ble avtalen om et inkluderende arbeidsliv [IA-avtalen] iverksatt på bakgrunn av et stadig økende og uønsket sykefravær på 1990-tallet med mål om å redusere sykefraværet med 20 % (Sosial- og helsedepartementet, NOU, 2000:27). Selv om sykefraværet i dag er lavere enn det var i 2001, er det ikke redusert med IA-avtalens ønskede mål (Statistisk Sentralbyrå 2015a, Arbeids- og sosialdepartementet, 2001). Vi har et høyt sykefravær sammenlignet med andre land og i enkelte sektorer er sykefraværet også langt over gjennomsnittet. Sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er et slikt eksempel, hvor sykefraværet i dag ligger 2,7 % over gjennomsnittet (Statistisk Sentralbyrå 2015a).

Å velge riktige strategier og finne ut hvordan strategiene fungerer i praksis vil være avgjørende for å nå de ulike målene til IA-avtalen. Sykefravær synes å være det største fokusområde til IA-avtalen, men IA-avtalen har også mål om å motvirke at personer faller helt utenfor arbeidslivet, inkludere de som har falt ut og øke den reelle pensjonsalderen (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001; Ose et al., 2009). Om tiltakene som iverksettes kun fokuserer på redusert sykefravær kan dette tenkes at vil gå utover de andre målene, og det vil derfor være en kortsiktig strategi for myndighetene. Det påpekes at tiltak som gjennomføres for å redusere sykefraværet kan vise seg å fungere gjennom å forkorte sykefraværet, men at de langsiktige effektene av tiltaket kan være at flere får dårligere helse og faller ut av arbeidslivet fordi tiltaket oppleves som press (Thun, Saksvik, Ose, Mehmetoglu & Christensen, 2013).

En av hovedstrategiene for IA-avtalen er bruken av graderte sykmeldinger, og særlig etter 2010 hvor effekten av graderte sykmeldinger ble antatt å stå for 20 % reduksjon i sykefraværet (Ose et al., 2012). Denne formen for sykmeldinger kan sies å være delvis, tilrettelagt sykenærver hvor hensikten er å utnytte restarbeidskapasiteten og la individet komme i kontakt med arbeidsplassen (Ose et al., 2012). Evalueringer har vist at sykefraværet har gått ned, og tiltaket har blitt evaluert til å være et vellykket tiltak som får personer tilbake i arbeid og reduserer kostnadene for individ, organisasjon og samfunn (Ose et al., 2009; Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012; Grødem, Orupabo & Pedersen, 2015).

Det er likevel noen utfordringer ved bruken av graderte sykmeldinger. Det er ikke i alle sektorer og i alle stillinger det er like lett å gradere (Ose et al., 2012). Arbeidsplasser med mange graderte sykmeldinger er utsatt, spesielt i yrker som helsesektoren hvor en er avhengig av sine kollegaer for å yte i jobben (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000). Er det mange gradert sykmeldte over lengre tid kan dette medføre en merbelastning for hele arbeidsstokken, og mange arbeidsplasser melder fra om en terskel for hvor mange som kan være gradert sykmeldt (Ose et al., 2012). At det er utelukkende positivt for et individ er også noe som kan stilles spørsmålstegn ved. Det kan være tiltaket, som er ment for å hjelpe personer for å bedre sin helse og returnere til arbeid, i stedet oppleves som et press som kan lede til dårligere helse og på sikt utmattelse og frafall fra arbeidslivet (Saksvik, 1996; Thun et al., 2013). Slike langsiktige helseeffekter utover sykefraværstatistikker for individer som er eller har vært gradert sykmeldt synes ikke å eksistere i litteraturen.

En av årsakene til at personer med nedsatt arbeidsevne er tenkt å få et positivt utfall er et helsefremmende arbeidsmiljø (Aronsson & Gustafsson, 2005). Tilrettelegging stilles som et ufravikelig krav for alle, men gjelder særlig ved sykdom og nedsatt arbeidsevne i følge arbeidsmiljølovens §4-6 (2005). Det er et ekstra fokus på å tilrettelegge for gradert sykmeldte (NAV.no, 2015b), men få studier undersøker i hvor stor grad det er effektivt og hva god tilrettelegging faktisk innebærer.

Senest i 2015 ble aktivitetskontrollen hos NAV forsterket som understreker at alle skal prøve seg i arbeid etter 8 uker med mindre særskilte medisinske grunner tilsier noe annet eller at det umulig kan la seg gjøre å jobbe på arbeidsplassen på grunn av oppgavens art (Nossen & Brage, 2015; NAV, 2015a). Denne studien ønsker å belyse hvordan graderte sykmeldinger fungerer og påvirker individets helse. Risikerer en å kaste for mange ut i arbeid for tidlig, eller er det et godt tiltak at flest mulig skal tilbake i arbeid? Vil graderte sykmeldinger gjøre overgangen til arbeidslivet lettere? Det finnes få studier som ser på de langsiktige effektene det får for individet, og denne oppgavens formål er å kunne belyse hvordan helsen til gradert sykmeldte blir påvirket og hvilke faktorer som er med på å påvirke det i positiv og negativ retning. Vil gradert sykmeldtes arbeidshverdag lede de til bedre eller dårligere helse, og hvilke faktorer gjør at arbeidshverdagen blir mindre belastende?

Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket vil bestå av aktuelle teorier og bestemmelser som er relevant for å få svar den overordnede problemstillingen om graderte sykmeldinger og helsepåvirkninger. Grunnlaget for denne studien er basert på teorier om helse, sykefravær, sykenærvær, tilrettelegging og psykososiale arbeidsmiljømodeller. Aktuelle bestemmelser vil også belyses med lovverk knyttet opp mot arbeidsmiljø i tillegg til sykelønnsordningen med foreslåtte endringer. Avslutningsvis vil ordningen med graderte sykmeldinger bli belyst før hypoteser basert på det teoretiske rammeverket knyttet opp mot problemstillingen presenteres.

Helse

For å undersøke hvordan helsen utvikler seg vil det være hensiktsmessig å starte med å definere hva en egentlig snakker om når en snakker om god og dårlig helse. Gjennom tidligere studier kan det virke som om definisjonen på at et tiltak for å få ned sykefraværet er vellykket er at utfallet blir å returnere tilbake til arbeid (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012), slik Lie (2009) påpeker i sin oppsummering av tiltak mot sykefravær. Et lavt sykefravær er dog ikke det samme som en frisk arbeidsstokk (Aronsson & Gustafsson, 2005), og få synes å diskutere hvilke helseeffekter et tiltak kan få for individet annet enn at det defineres som å være tilbake i arbeid. Statusen i Norge i dag er at vi har en stadig bedre helse og økende forventet levealder (Eikemo et al., 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13), uten at denne positive utviklingen har ført til at sykefraværet har blitt mindre (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13).

God helse har lenge blitt ansett som fravær av sykdom, men helse defineres i dag av Verdens helseorganisasjon [WHO] som en tilstand av komplett fysisk, mental og sosial velvære (Mæland, 2009). Denne definisjonen har blitt kritisert for å være for lite avgrensende hvor helse blir noe utopisk en alltid må strekke seg etter. Spesielt er det bruken av ”komplett” som kritiseres, hvor det stilles spørsmålstegn ved hva som egentlig kan anses med komplett velvære. Det finnes likevel få andre klare definisjoner og i dagens samfunn synes det tydelig at helse betyr mer enn bare fraværet av sykdom (Mæland, 2009).

Selvrapportert helse [SRH] er et type mål på helse hvor en stiller ett eller flere direkte spørsmål vedrørende individets helse, noe som anses som et valid mål på helse og et av de anbefalte målene av WHO (Mæland, 2009). Å måle helse gjennom et enkelt spørsmål har vist seg å ha god prediktiv validitet målt opp mot fremtidig dødsfall utover det andre medisinske fakta forteller (Mæland, 2009; Miilunpalo, 1997). Helse har i dagens samfunn stor

oppmerksomhet, og på tross av at det eksisterer noen uklare oppfatninger om hva helse egentlig er, så synes det å se ut som de fleste av oss klarer å måle vår egen helse med større nøyaktighet enn gjennom andre objektive mål (Mæland, 2009).

Sykefravær

Sykefravær har vært studert i nesten 100 år (Johns, 2008), og har i dag stor interesse fra både forskningsfeltet og av allmennheten. Fra et samfunns- og organisasjonsperspektiv ønskes det så få kostnader knyttet til sykefravær som mulig, og det store spørsmålet er hvilke strategier en skal bruke for å redusere kostnadene mest mulig. I denne studien ønskes sykefravær belyst ut fra et helseperspektiv, hvor mulige strategier for å få ned sykefraværet blir drøftet ut fra hvordan det påvirker individets helse.

Definisjon. Sykefravær er i følge Johns (2008) at en ikke klarer å møte til jobb som planlagt. Sykefravær måles i Norge gjennom Statistisk Sentralbyrå [SSB] som antall tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk (Statistisk Sentralbyrå 2016). En ser at det er kun gjennom sykdom fraværet måles, og ikke gjennom andre faktorer. Det skilles altså på å være fraværende, og det å være sykefraværende. Hva sykdom er, på linje med helse, er likevel ikke nødvendigvis noe allment akseptert (Mæland, 2009). Sykdom kan slå forskjellig ut på individet, og generelle helseproblemer som utgjør sykefraværets årsak trenger ikke resultere i den samme atferden (Barnes, Buck, Williams, Webb & Aylward, 2008). Årsaker som smerter, utmattelse og stemningsproblemer trenger ikke være direkte hemmende eller patologiske, men kan skape stress i hverdagen som for noen gir seg utslag i sykefravær, og for andre ikke. Det vil være individuell variasjon i tillegg til å være avhengig av andre faktorer enn kun helse og sykdom (Barnes et al., 2008).

Hva gjelder sykefraværsårsaker er det i Norge muskel- og skjelettlidelser som står for den største andelen av sykefraværet etterfulgt av psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13). De fleste som oppgir muskel- og skjelettlidelser oppgir smerte som eneste og viktigste symptom (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13), noe som vil slå forskjellig ut fra individ til individ og dermed resultere i ulik atferd (Barnes et al., 2008).

Omfang og demografi. Enhver organisasjon vil si at det handler både om å ta vare på individene og samtidig sørge for at lønnsomheten er høy. Når SINTEF beregner en ukentlig kostnad for en organisasjon på 13.000 kroner for en arbeidstaker som er sykmeldt ekskludert lønnskostnader (Sem, 2011), har en tydelige incentiver for å gjøre noe med sykefraværet som organisasjon.

For denne studien vil det være relevant å se på hvordan sykefraværet har utviklet seg i et større perspektiv for å kunne evaluere effekten ulike tiltak har hatt, og om det bør iverksettes andre tiltak. I Norge var det frem mot år 2000 et økende sykefravær, noe som resulterte i en avtale mellom alle partene i arbeidslivet for å redusere sykefraværet og få flere ut i arbeid. Denne avtalen, Inkluderende-arbeidslivs-avtalen [IA-avtalen], ble initiert for å redusere sykefraværet med 20 % fra 2001- nivået (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001; Mykletun et al., 2010). I 2001 lå sykefraværet samlet for alle næringer, inkludert både egenmeldt og legemeldt sykefravær, på 7,4 %. Frem mot 2009 bølget sykefraværet noe, før det i 2009 ble målt til 7,5 % og altså høyere enn det var i 2001. Etter dette har sykefraværet gått stabilt ned og ligger nå på 6,4 % (Statistisk Sentralbyrå 2015a). Sykefraværet er nå altså 1 % lavere enn det var i 2001, men sykefraværet er fortsatt høyt sammenlignet med andre land, og en er enda ikke er i mål for å nå 20 % reduksjon (Statistisk Sentralbyrå 2015a). Enkelte argumenterer likevel for at det ikke er et fjernt og umulig mål, hvor det vises til sektorer og enkelte fylker som har klart målsettingen om 20 % reduksjon i sykefraværet (Arbeidsdepartementet, 2012), samt det faktum at vi i dag ligger på rundt 13 % reduksjon fra 2001-nivået (Statistisk Sentralbyrå 2015a). Nyere tall som kommer kan virke å være noe høyere, men dette har sin bakgrunn i at det brukes en ny metode for å samle dataene som anses som mer korrekt. Det betyr altså ikke at det faktiske sykefraværet har økt, bare er mer korrekt (Statistisk Sentralbyrå 2015b).

Tabell 1
Sykefraværsutviklingen

År	2001	2005	2009	2014
Samlet	7,4 %	6,7%	7,5%	6,4 %
Egenmeldt	0.8 %	0.9 %	1.0 %	1.0 %
Helse- og sosialtjenester samlet	10.1 %	9,1 %	10.0 %	9.1 %

Statistisk Sentralbyrå (2015a).

Fra et samfunnsperspektiv vil et høyt sykefravær medføre høye kostnader, noe som er ønskelig å gjøre noe med, og det har blitt pekt på at det er kvinnene som står for de økte kostnadene (Kostøl & Telle, 2011). Det vises til at totalbeløpet av sykepenger har gått opp fra 2000, hvor det spesielt gjelder for kvinner (Kostøl & Telle, 2011). Denne økningen vil dog være noe misvisende å sammenligne siden det også har vært en markant vekst i sysselsettingen, spesielt for kvinner, som kan tilskrives denne økningen (Ose et al., 2012). En undersøkelse fra 2009 viser likevel i et lengre perspektiv at menn siden 1970-tallet har hatt

relativt stabilt sykefravær, mens kvinner har hatt et økende sykefravær (Kostøl & Telle, 2011). Kvinner har i dag også et høyere sykefravær enn menn (Statistisk Sentralbyrå 2015a), men samtidig er menn sykmeldt i lengre sykmeldingsperioder når de først er sykmeldt (Ose et al., 2012). En annen studie fant også at menn legitimerer det å være sykefraværende basert på et tynnere sykdomsgrunnlag enn kvinner, hvor det argumenteres med at menn dermed har en lavere terskel for å være sykefraværende (Harvey & Nicholson, 1999). Så langt har ingen klart å finne tydelige årsaksforhold som forklarer kjønnsforskjellene helt, men variabler som tenkes å forklare noe er økt sykdom knyttet til graviditet, dobbeltrolle i hjemmet for kvinner og kjønnsroller (Kostøl og Telle, 2011). En annen årsak som har blitt studert for å forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet er at det jobber flere kvinner i næringer som generelt har høyere sykefravær. For helse- og sosialtjenester, som har det høyeste sykefraværet blant alle næringer, er det også en betydelig større andel kvinnelige ansatte (Ose et al., 2012). Sykefraværet for helse- og sosialtjenester lå i 2001 på 10,1 %, og er nå i 2014 på 9,1 % som vist i tabell 1 (Statistisk Sentralbyrå 2015a).

Sykenærvær

Når individets helse eller sykdom ikke er hele forklaringsmodellen for sykefravær vil ikke alltid den samme sykdommen eller den samme helsen resulterte i samme atferd (Barnes et al., 2008). Det argumenteres for at sykefravær og sykenærvær er resultatet av den samme beslutningsprosessen og dermed er to sider av samme sak (Johansson & Lundberg, 2004; Biron & Saksvik, 2009, Aronsson, Gustafsson & Mellner, 2011). For noen resulterer en beslutning med sykefravær, for andre; sykenærvær (Harvey & Nicholson, 1999; Johns, 2010). Det innebærer at et lavt sykefravær ikke nødvendigvis er det samme som en frisk arbeidsstokk (Aronsson et al., 2011).

Aronsson et al. (2000) fant i sin studie fra Sverige at 37 % av de undersøkte rapporterte at de møtte opp på jobb på tross av sykdom i løpet av det siste året når de burde vært hjemme. I en oppfølgingsstudie fant de en økning til 53 % noen år senere (Aronsson & Gustafsson, 2005). De fant altså at omtrent halvparten møter opp på jobb når de egentlig burde vært fraværende. I lys av et ønske om å redusere sykefraværet er dette sentralt og sier noe om at helse og arbeid er mer komplekst enn det sykefraværstatistikker alene gir uttrykk for.

Definisjon. Johns (2010) fant i sin litteraturstudie til sammen ni ulike definisjoner på sykenærvær. En av de mer brukte definisjonene på sykenærvær er å møte på jobb til tross for sykdom eller dårlig helse (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005). Dette er en definisjon som har blitt brukt som utgangspunkt en rekke ganger og som enkelt forklarer hva

det er uten å gå på årsak eller konsekvens av fenomenet. Johns (2010) argumenterer for at nettopp dette skillet mellom definisjon og årsaker og konsekvenser vil være mest hensiktsmessig. Slik vil en kunne ha en objektiv atferdsforståelse av hva fenomenet er, og la empiri avgjør hvilke faktorer som påvirker sykenærver og hvilke konsekvenser som kommer fra det. Dermed kan en la empiri avgjør om det for eksempel bør anses som positivt eller negativt for individet, samfunnet og organisasjonene. Johns (2010) foreslo på bakgrunn av dette en empiribasert modell for sykenærver. Modellen ble designet for å kunne undersøke hvilke individuelle og kontekstuelle faktorer som er nøkkelvariabler for valget om å bli hjemme eller dra på jobb. Modellen vil dermed være en modell som både forklarer hvorfor noen blir sykefraværende og andre sykenærverende på tross av samme utgangspunkt. Modellens kontekstuelle variabler kan tenkes å være jobbkrav, jobbsikkerhet, belønningssystemer, samarbeidsforhold, kultur og grad av tilpasningsmulighet, mens noen av de individuelle variablene Johns foreslår er helse, stress, opplevd rettferdighet og personlighet (Johns, 2010). Disse vil igjen påvirkes av sykdommen (akutt, episodisk eller kronisk) som leder til et valg. Valget leder igjen til en rekke tenkte mulige konsekvenser som produktivitet og helse (Johns, 2010). Denne modellen vil fungere som et utgangspunkt for denne studien for å forstå sykenærverets mekanismer.

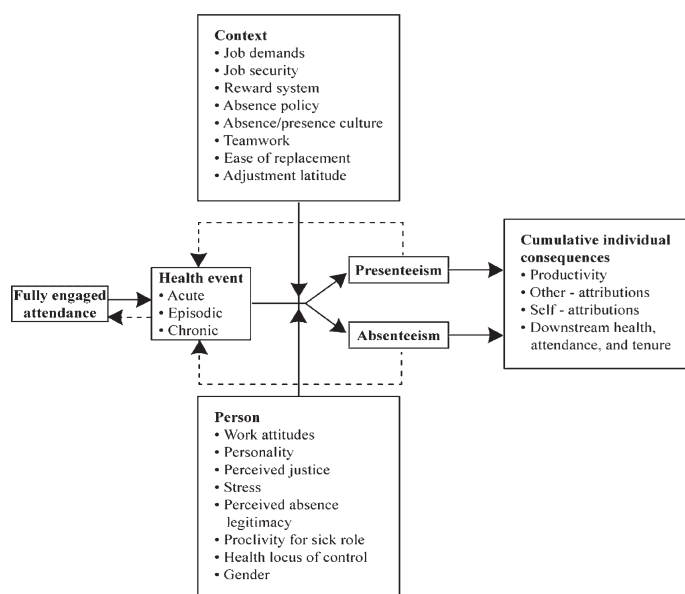


Fig 1: Johns (2010) dynamiske modell for sykenærver – og fravær.

Positivt eller negativt sykenærver. En diskusjon om sykenærver er hvorvidt det bør regnes som positivt eller negativt for individ og organisasjon og hvilke faktorer som i så fall vil avgjøre om sykenærveret får positive konsekvenser for individet (Aronsson & Gustafsson, 2005). Graderte sykmeldinger kan sies å være tilrettelagt, delvis sykenærver. Er det mulig å

legge til rette for et positivt sykenærvær, og hvilke faktorer er i så fall viktige for om det blir positive konsekvenser?

Negativt sykenærvær. Høy grad av sykenærvær har vist seg å ha en sterk sammenheng med helse, hvor flere studier har pekt på hvordan høy grad av sykenærvær vil påvirke individets helse negativt (Kivimaki et al., 2005; Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli & Hox, 2009; Hansen & Andersen, 2009; Bergstrøm et al., 2009; Johns, 2011; Aronsson et al., 2011; Gustafsson & Marklund 2014). En longitudinell studie viste at sykenærvær var en risikofaktor for dårlig helse ved oppfølging etter både 18-måneder og 3 år (Bergstrøm et al., 2009). Sykenærvær har også vist seg som mer negativt for individets helse enn sykefravær (Aronsson et al., 2011; Gustafsson & Marklund, 2014). I studien til Aronsson et al. (2011) var sykenærvær en større negativ faktor til selvrapportert helse enn sykefravær, hvor effekten ble sterkere mellom sykenærvær og helse for de med lav økonomisk status. Gustafsson & Marklund (2014) fant den sterkeste sammenhengen mellom fremtidig helse og sykefravær og sykenærvær sammen, men at de med høyt sykenærvær og lavt sykefravær viste seg å ha dårligst mental velvære.

Som en konsekvens av disse funnene mellom sykenærvær og fremtidig helse diskuteres det om sykefravær er helsefremmende gjennom å gi fysisk og psykologisk hvile og rekreasjon etter en sykdom eller lidelse. Demerouti et al. (2009) viser til hvordan personer som er sykenærværende og opplever å være utmattet, mobiliserer ekstra krefter som øker omfanget av utmattelsen slik at det blir verre for individet. Det kan altså være en risiko med at dagens sykenærvær blir morgendagens sykefravær (Aronsson et al., 2000; Aronsson og Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2009; Demerouti et al., 2009; Thun et al., 2013).

Pressfaktorer. Pressfaktorer er faktorer som indirekte eller direkte påvirker et individ til å møte på jobb på tross av at det egentlig burde være hjemme (Saksvik, 1996). Saksvik identifiserte fire typer slike faktorer. Uunværlighetspress handler om at en er viktig for arbeidsplassen gjennom at det oppleves som om man er vanskelig å erstatte, eller faktisk er vanskelig å erstatte. Uunværlighetspress forklarer 25,3 % av variansen i sykenærværet og forklarer mest av variansen av alle pressfaktorer. At en er vanskelig å erstatte utgjør dermed en ganske betydelig andel av personer som er sykenærværende. Sanksjonspress innebærer å møte opp på jobb fordi en ikke ønsker negative sanksjoner av kollegaer og ledelse som for eksempel å bli beskyldt for å sluntre unna. Sanksjonspress forklarer 11 % av variansen, men anses av Saksvik (1996) som muligens å være den viktigste faktoren for fremtidig negativ helse. I en undersøkelse av helse- og omsorgssektoren svarer 50 % at de ikke går hjem før jobben er gjort (Ose et al., 2012), noe som viser at sanksjonspress kan være utbredt.

Moralpress forklarer 8,8 % variansen og handler om egen samvittighet og moral ovenfor arbeidet (Saksvik, 1996). Selv om dette forklarer noe mindre enn de to foregående pressfaktorene, kan det tenkes at denne utgjør en større betydning i helse- og omsorgssektoren som arbeider tett opp mot andre mennesker. Dette underbygges av at 48 % i helse- og omsorgssektoren svarer at de er så lojale at det går på helsa løs (Ose et al., 2012). Trygghetspress handler om frykten for å få sparken hvis en er borte, og forklarer minst av pressfaktorene med 6,6 % (Saksvik, 1996).

Nærværspres forekommer ofte i helse- og omsorgsykker (Aronsson et al., 2000), hvor også sykenærværet har vist seg å være noe høyere enn gjennomsnittet (Aronsson & Gustafsson, 2002). Opplevde pressfaktorer vil være negativt for individet (Saksvik, 1996), og en utfordring er hvorvidt dagens strategier for å redusere sykefraværet leder til at individet opplever et slikt negativt press (Thun et al., 2013).

Positivt sykenærvær. Selv om sykenærvær i litteraturen har vist seg å ha en sterk sammenheng med fremtidig dårligere helse, er det enkelte som argumenterer for at sykenærvær kan være noe positivt for individ og organisasjon (Aronsson & Gustafsson, 2005; Munir et al., 2007; Mykletun et al., 2010; Johns, 2011).

Johns (2010) viser til at for enkelte individer kan det å gå på jobb på tross av sykdom faktisk være fordelaktig for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Johns (2011) finner støtte for at selv om enkelte arbeidsoppgaver kan lede til mer sykenærvær, så vil oppgavens art gjøre nærværet positivt for individet. Aronsson og Gustafsson (2005) undersøkte ulike arbeidsmiljøfaktorer som var tenkt å avgjøre om sykenærværet ble positivt eller negativt for individets helse, og fant at enkelte arbeidsmiljøfaktorer kunne gjøre nærværet til noe positivt. Dette får støtte av Mykletun et al. (2010) som i sin studie viser at aktivitet på arbeid kan ha en terapeutisk effekt og virke positivt på individets helse, hvor dette særlig gjelder sammenlignet med personer som har langtidssykefravær. Det anses som bedre å være i jobb enn å være fraværende for individets helse, hvor tiltak mot arbeidsplassen kan være et sentralt element som får personer med nedsatt arbeidsevne til å fungere i arbeid (Ellingsen, Labriola & Aas, 2010).

Tilrettelegging

Flere peker på at tilrettelegging er faktoren som gjør at det å være på jobb med nedsatt arbeidsevne blir til noe positivt for individet (Anema et al., 2004; Aronsson & Gustafsson, 2005; Johansson, Lundberg & Lundberg, 2006; Munir et al., 2007; Ellingsen et al., 2010). Det er et ekstra fokus på å tilrettelegge for personer som er gradert sykmeldt (NAV.no, 2015b), men hva er egentlig effekten av å tilrettelegge og hva innebærer god tilrettelegging?

Munir et al. (2007) undersøkte om ulike kroniske sykdommer som depresjon og muskel- og skjelettplager ga forskjellige psykologisk og helse relatert stress på jobb, men fant at det ikke var sykdommen i seg selv, men sykdommens ekstra stress som ga en større belastning. Det var forholdene rundt som skapte merbelastningen, og dermed argumenteres det med at en også kan tilrettelegge for å skape et positivt sykenærvær. Dette underbygges av Johansson et al. (2006) som i sin studie fant tilrettelegging som særlig viktig for personer som har vært lenge ute av arbeid. Å tilrettelegge på arbeidsplassen muliggjør utnyttelse av restarbeidskapasiteten til arbeidstakere på en god og hensiktsmessig måte (Thun et al., 2013). Dette kan virke som bedre enn å gå langtidssykmeldt over tid som er mer negativt for helsen, gjennom at sykenærværet fungerer som terapi over tid (Aronsson & Gustafsson, 2005; Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012).

Tilrettelegging kan dog være så mangt, hvor det opereres med en bred forståelse av hvilke tilretteleggingstiltak som kan anvendes, med både organisatoriske, fysiske og sosiale tilpasninger (Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumstilsynet, 2015). Tilrettelegging på arbeidsplassen ble av Anema et al. (2004) oppdelt i tre typer tilrettelegging; 1) arbeidsplassen, 2) arbeidsoppgavene og 3) arbeidstiden. Generelt sett viste tilretteleggingstiltakene som ble utført å ha en effekt ved at de ansatte vendte hurtigere tilbake i arbeid, men tilpasning av oppgaver og tid viste seg mest effektivt (Anema et al., 2004). Tiltak som iverksettes i Norge i dag skiller mellom organisatoriske tiltak som arbeidsfordeling, oppgaver og tempo og fysiske forhold som tekniske hjelpemidler og fysisk tilpasning (Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumstilsynet 2015). Dette vil være likt det Anema et al. (2004) beskriver om tilrettelegging av arbeidsplass, oppgaver og arbeidstid. I tillegg plikter også norske arbeidsgivere å følge norsk lov som sier at det også skal legges til rette for psykososiale forhold som støtte, oppfølging og mening i arbeidet i følge arbeidsmiljølovens § 4-2 (2005).

En masteroppgave om tilrettelegging på norske arbeidsplasser belyste at det var et stort fokus på fysiske tilretteleggingstiltak, men at få tiltak var rettet mot det psykososiale arbeidsmiljøet (Skaugen, 2012). Studien argumenterer med at psykososiale tiltak burde få et større fokus, også for personer med fysiske plager som muskel- og skjelettlidelser. Det vises til at arbeidsmiljøfaktorer som lav sosial støtte, skiftarbeid, lite kontroll og høye kvantitative krav påvirker vår fysiske helse gjennom spenninger i muskulatur (Skaugen, 2012), noe som samsvarer godt med teorier om stress i et psykososialt miljø (Bakker & Demerouti, 2007). En studie viser også at det er et gap mellom forventningene til tilrettelegging mellom arbeidsgivere og arbeidstakere (Ose et al., 2009). Arbeidstakere stiller høyere krav til tilrettelegging enn hva arbeidsgivere anser som fornuftig og gjennomførbart. Dette gapet kan

føre til at det som er en tilrettelagt arbeidsplass fra arbeidsgivers side ikke oppleves som det fra arbeidstakers side.

Tilrettelegging kan også tenkes at påvirkes av individets egen evne til å styre arbeidet. Noen vil antageligvis være flinkere til å tilpasse egne arbeidsoppgaver og justere tiden selv, og noen vil ha større frihet for å kunne gjøre dette. Job-crafting er et relativt nytt begrep som omhandler nettopp det at individet på ulike måter tilpasser egen arbeidshverdag gjennom enten kognisjon, oppgaver eller sosiale relasjoner (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Man vil da individuelt ha ulik kontroll over oppgavene og hvordan de skal utføres, i hvilket tempo og når. Job crafting har vist seg å kunne ha sammenheng med ulike personlighetstrekk, hvor ulike personligheter vil tilpasse sin egen arbeidsdag forskjellig (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Det kan da tenkes at hvordan man selv klarer å tilpasse egne arbeidsoppgaver vil være avgjørende for de helsemessige utfallene sykenærvær kan få. En nyere studie viser til at det å kunne styre egen arbeidshverdag kan lede til at helseproblemene ikke hindrer arbeidet eller at arbeidet ikke påvirker deres helseproblemer (Rostad, Milch & Saksvik 2015). Det innebærer at personer som egentlig er sykenærværende ikke anser dette som sykenærvær fordi de selv styrer arbeidssituasjonen slik at arbeidet ikke påvirker helsen og helsen ikke påvirker arbeidet (Rostad et al., 2015).

Hva som regnes som tilrettelegging og hvordan det praktisk foregår kan synes å være noe uklart. Det stilles forventninger om tilrettelegging av det psykososiale arbeidsmiljøet (Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumstilsynet, 2015), mens en likevel ser at det at det største fokuset ligger på fysisk tilrettelegging (Skaugen, 2012). Tilrettelegging kan se ut til at har en effekt for individets evne til å stå i jobb uten å bli påvirket negativt (Anema et al., 2004; Rostad et al., 2015), men få studier går i dybden for hvilke tilretteleggingstiltak som fungerer og hva som påvirker om det er god tilrettelegging.

Arbeidsmiljø

Et godt psykososialt arbeidsmiljø kan påvirke individet slik at det å ha en nedsatt arbeidsevne i form av sykenærvær eller gradert sykmelding blir til noe positivt (Aronsson og Gustafsson, 2005; Lindberg, Vingård, Josephson & Alfredsson, 2005; Saksvik & Biron, 2009; Johns, 2011; Gosselin, Lemyre & Corneil, 2013). I denne studien blir de mest sentrale arbeidsmiljømodellene belyst for å kunne finne ut hvordan en kan tilpasse et arbeidsmiljø som fremmer god helse også for gradert sykmeldte.

For å beskrive det psykososiale arbeidsmiljøet brukes tre av de mest kjente modellene; krav-kontroll og sosial støtte-modellen (Karasek & Theorell, 1990), jobbkrav-ressursmodellen (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) og innsats-

belønningsmodellen (Siegrist, 1996). Både krav-kontroll-sosial støtte modellen, jobbkrav-ressursmodellen og innsats-belønningsmodellen vil kunne fungere som forklaringsmodeller til hvordan det å være gradert sykmeldt kan oppleves i ulike arbeidsmiljø, og hvilke krefter som er i spill når noen velger eller må være på jobb på tross sykdom slik Johns (2010) presenterte som kontekstuelle faktorer.

Krav-kontroll-sosial støtte modellen. Krav-kontroll-sosial støtte modellen deler arbeidsmiljøet inn i tre faktorer hvor krav refererer til de kravene en arbeidsgiver stiller som tidspress, arbeidsoppgaver og lignende. Kravene som stilles kan være like for en gruppe individer, men oppleves ulikt. Krav i denne modellen referer nettopp til de opplevde kravene for individet. Kontroll består av individets evne til å utføre egne arbeidsoppgaver og autonomien til å gjøre det. Sosial støtte referer til opplevd støtte fra kollegaer og ledelse, både direkte gjennom bistand til arbeidsoppgaver og indirekte som støtte som fungerer som en buffer mot stress (Karasek & Theorell, 1990).

Jobbkrav-ressursmodellen. Denne modellen har sitt utgangspunkt i krav-kontroll sosial støtte modellen, men anses som noe mer dynamisk i møte med ulike arbeidsmiljø (Bakker & Demerouti, 2007). Jobbkrav i jobbkrav-ressursmodellen referer til psykologiske, fysiske, sosiale eller andre organisasjonsaspekter til arbeidsplassen som krever vedvarende fysisk eller mental innsats og som dermed er assosiert med visse psykologiske og fysiologiske kostnader (Demerouti et al., 2001). Jobbressurser er den helsefremmende motsatsen som viser til fysiske, psykologiske, sosiale eller organisasjonsaspekter til jobben som enten a) oppnår mål på arbeidsplassen b) reduserer krav assosiert med kostnadene eller c) stimulerer personlig vekst og utvikling (Demerouti et al., 2001). Modellen er blant annet vist å predikere utbrenthet og engasjement (Schaufeli & Bakker, 2004; Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008). Det som gjør denne modellen mer dynamisk sammenlignet med krav-kontroll-sosial støtte modellen er at ressurser er et mye videre begrep som tar høyde for at ulike arbeidssituasjoner og yrker krever ulike typer ressurser og som tar høyde for en større samhandling mellom ressursene. Ressurser blir også kategorisert i denne modellen, men har en mye bredere forståelse som inkluderer flere faktorer (Bakker & Demerouti, 2007).

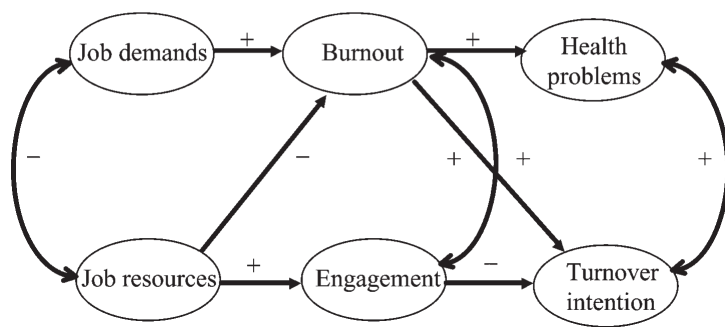


Fig 2: Schaufeli & Bakker (2004) modell for jobb-krav ressursmodellen opp mot engasjement og utbrenthet.

Både jobbkrav-ressursmodellen og krav-kontroll-sosial støtte modellen forklarer en motivasjons- og en stressprosess hvor en nøkkelvariabel er kravene som møtes på arbeidsplassen. Høye krav på arbeidsplassen er tenkt å lede til motiverte arbeidstakere om kontrollen eller ressursene er der, samtidig som det kan lede til stress om de ikke er det (Karasek & Theorell, 1990; Schaufeli & Bakker, 2004). Høye krav har også vist seg å ha sammenheng med høy grad av sykenærvar (Aronsson & Gustafsson, 2005; Demerouti et al., 2009), og lav grad av arbeidskrav har sammenheng med å gjøre det lettere å returnere tilbake i arbeid (Lindberg et al., 2005).

Johansson og Lundberg (2004) har studert begrepet “sickness flexibility” eller fleksibilitet rundt egen sykdom. Det omhandler å ha kontroll over arbeidsoppgavene uavhengig av individets fysiske eller mentale helse, noe som er nærliggende med å tilrettelegge for egen arbeidshverdag som tidligere belyst (Rostad et al., 2015). Her mener de at lav kontroll vil føre til sykefravær og høy grad av kontroll til sykenærvar. Individuer med lav kontroll vil ikke være i stand til å styre egen hverdag, og antagelsen til teorien er da at de vil foretrekke å være fraværende. Motsatt vil personer med høy grad av kontroll lede til at individet styrer egen hverdag, noe som gjør at de også blir mer sykenærværende (Johansson & Lundberg, 2004). De samme resultatene finner en for sosial støtte (Hansen & Andersen, 2008), som er en faktor som er med på å gi kontroll over arbeidet (Bakker & Demerouti, 2007). Aronsson og Gustafsson (2005) finner derimot ikke støtte for dette synet ved at høy grad av kontroll ledet til høyt sykefravær og ikke høyt sykenærvar. Det å oppleve kontroll over egen arbeidssituasjon kan dermed argumenteres med at ikke har noen sammenheng med valget om å være sykenærværende. Det kan likevel tenkes å påvirke helsen til individet når de med høy og lav kontroll først er sykenærværende, for eksempel gjennom å være gradert sykmeldt. Rostad et al. (2015) viser til at det å ha kontroll over egen arbeidshverdag kan lede til at en ikke opplever å være sykenærværende, slik at det ikke gir utslag på statistikken. Det kan dermed være at høy grad av kontroll leder til sykenærvar, men at de ikke oppdages på

statistikken. Dette vil være relevant å se på i sammenheng med gradert sykmeldte for å se nærmere på hvordan individene selv kan styre egen hverdag og om det vil føre til at de ikke anser det som negativt for helsen å være i arbeid.

Innsats-belønnings-modellen. Siegriest (1996) definerte arbeidsmiljøet ut fra faktorene; innsats og belønning. I sum kan modellen forklares gjennom at innsatsen som er lagt ned må belønnes, og at det oppstår risikosituasjoner når det for individet oppleves som en ubalanse. Innsatsen avgjøres av to faktorer, ytre og indre krav. De ytre kravene ligner mye på de kravene en finner i jobbkrav-ressursmodellen, mens indre krav er egne krav i jobbsituasjonen som motiverer. Belønning kommer i følge Siegriest (1996) gjennom penger, anerkjennelse og status. Ved en ubalanse mellom innsats og belønning vil de aller fleste redusere sin egen innsats med mindre særskilte forhold som få andre jobbmuligheter eller et ønske om forfremmelse sørger for at innsatsen opprettholdes. En studie viste at deltagere som hadde en høyere innsats enn de ble belønnet for rapporterte høyere nivåer emosjonell utmattelse, kynisme og helseplager enn andre (Taris, Kalimo & Schaufeli, 2002). Innsats-belønnings-modellen antas som særlig relevant i forbindelse med strategiene for å få ned sykefraværet som går for å kutte i sykelønnen (Markussen, 2007). Det kan tenkes at individene vil oppleve urettferdighet ovenfor deres innsats lagt ned om de får trekk i lønn.

Aktuelle bestemmelser og lovverk

I følgende avsnitt blir aktuelle bestemmelser knyttet til studiens formål belyst for å gi et bakteppe for å forstå hva som menes med krav til arbeidsmiljøet og forståelsen av sykelønnsordningen. De aktuelle bestemmelsene vil være arbeidsmiljøloven (2005) samt regler knyttet til sykelønnsordningen gjennom folketrygdloven (1997).

Arbeidsmiljøloven. I Norge har vi et godt og beskyttende lovverk som beskytter den svake part, arbeidstaker. Arbeidsmiljøloven er lovverket som skal sikre norske arbeidstakere beskyttelse, trygghet og et godt psykososialt arbeidsmiljø i følge lovens forarbeider (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, NOU 2004:5). Basert på et ønske om forenkling av den eksisterende arbeidsmiljøloven av 1977, et endret internasjonalt arbeidsliv og et ønske om et større fokus på helsefremmende tiltak ble en arbeidsgruppe nedsatt for å lage vår nye arbeidsmiljølov, nå av 2005 (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, NOU 2004:5). Formålsparagrafen i denne nye arbeidsmiljøloven sier at den ideelle arbeidssituasjonen skal preges av opplevelse av mening, trygghet, tilrettelegging og utvikling jf. aml (2005, § 1-1).

Av arbeidsmiljølovens 20 kapitler er det spesielt kapittel 4 om krav til arbeidsmiljøet som vil være relevant for denne studien (2005). Gjennom kapittel 4 skal norske arbeidstakere være sikret mening i arbeidet, påvirkning og tilrettelegging. §4-2 stiller et ufravikelig krav til

tilrettelegging, noe som spesifiseres at særlig gjelder arbeidstakere med redusert arbeidsevne i § 4-6. Gjennom § 4-6 krav stilles det også krav til oppfølgingsplaner, dialogmøter og tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne som skal følges opp av arbeidsgiver.

Sykelønnsordningen. Ved sykdom i dag plikter arbeidsgiver særlig å tilrettelegge, men en har også krav på sykepenger om arbeidet ikke kan gjennomføres. Kravet for å heve sykelønn gjelder så lenge en har vært fire uker i jobb, er medlem av folketrygden og dette enten dokumenteres gjennom egenmelding eller sykemelding jf. Folketrygdloven (1997). Innen 4 uker etter skal arbeidsgiver og arbeidstaker lage en oppfølgingsplan, hvor det etter 8 uker kreves en utvidet legeerklæring med tungtveiende medisinske grunner for at en skal fortsette å være 100 % sykmeldt (NAV.no, 2015a).

Formålsparagrafen til folketrygdloven (1997, § 8-1) sier at formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for yrkesaktive, arbeidsuføre medlemmer. De første 16 kalenderdagene er det arbeidsgiver som fastsetter et sykepengegrunnlag og betaler for din sykdom hvor en får sykepenger tilsvarende full lønn. Fra og med den 17. dagen så er det NAV som betaler og fastsetter grunnlaget for sykelønnen som fastsettes ut fra beregnet årsinntekt eller ved skjønn (NAV.no, 2015a). NAV kan gi sykepenger i inntil 52 uker uavhengig av helt eller delvis sykemelding (se neste avsnitt). Etter disse 52 ukene går en over til ytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Ved arbeidsavklaringspenger går en over til 66 % av grunnlønn (NAV.no, 2015a).

Kutt i sykelønn. I en rapport utarbeidet av et nedsatt ekspertutvalg (Mykletun et al., 2010) ble det konkludert med at det bør innføres økonomiske incentiver for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Det ble foreslått en egenandel for arbeidsgiver eller arbeidstaker på 20 % (Mykletun et al., 2010). Ekspertutvalgets dom har ikke blitt til reell politikk, uten at det nødvendigvis er blitt direkte avvist (Ose et al., 2012). Tanken med egenandel for arbeidsgiver er at de skal ha et ekstra incentiv for å tilrettelegge arbeidsplassen så godt som mulig, men vil i følge Ose et al. (2012) ramme de yrker som allerede sliter med å tilrettelegge som for eksempel helse- og omsorgstjenester. SINTEF har også beregnet en kostnad for en organisasjon på 13.000 kroner i uken for hver sykmelding, noe som kan sies å være et stort nok incentiv (Hem, 2011). Å kutte i sykelønnen for individet er et forslag som først ble lansert i Norge i 2000 av Sandman-utvalget (Sosial- og helsedepartementet, NOU 2000:27). Et tiltak som ikke ble vedtatt da og fortsatt ikke er norsk politikk, selv om det av flere hevdes at bør innføres for å få bukt med det høye sykefraværet i Norge (Mykletun et al., 2010; Kolbeinstveit, 2010; Mathisen, 2014). ”At det å kutte i sykelønnen fører til et lavere sykefravær burde på generelt grunnlag være lett å akseptere” (Markussen, 2007, s. 64).

Sverige har hatt store svingninger i sin sykelønnsordning med markante kutt som har gitt et godt sammenlikningsgrunnlag for å se på konsekvensene. På 1990-tallet skjedde den mest markante endringen med reduksjon til 80 % kompensasjon ved sykefravær i tillegg til to karensdager (Sosial- og helsedepartementet, NOU 2000:27). Resultatene viste at sykefraværet gikk ned, hvor det ble argumentert med at når det finnes en kostnad for individet å være syk så øker terskelen og at sykefraværet minker deretter (Johansson & Palme, 2004; Henrekson & Persson, 2004). Ose et al., (2012) mener dette kan støttes, men viser også til at sykenærværet kommer til å øke hvis det innføres et kutt i sykelønnsordningen for individet, hvor de påfølgende konsekvensene må drøftes.

Graderte sykmeldinger

Graderte sykemeldinger er en ordning hvor den sykmeldte jobber delvis samtidig som en har sykmelding. Sykmeldinger kan graderes ned til 20 % jf. Folketrygdloven § 8-13. En delvis sykemelding kombinerer arbeid og sykepenger i den hensikt at en skal opprettholde kontakt og delta i arbeidet. Det finnes flere måter å være gradert sykmeldt på, som for eksempel å gjennomføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver på redusert tid, at en bruker lengre tid på å utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver eller får helt nye oppgaver. Den praktiske gjennomføringen er opp til arbeidsgiver i samarbeid med den sykmeldte, mens NAV og lege kan rådføres hvor hva som bør og kan gjøres (NAV.no, 2015b).

Demografi. De fleste som er gradert sykmeldt er enten 50 % eller over 70 % sykmeldt. Det er kvinner som har størst andel av sykefraværet grader og det er få av de yngre og de aller eldste som har gradert sykmelding (Ose et al., 2012; Statistisk Sentralbyrå, 2015b). Å ha en gradert sykemelding henger også tett sammen med utdanning, hvor de med høyest utdanning har høyest sannsynlighet for å ta ut gradert sykemelding i stedet for full. Dette kan ha sammenheng med at flere med høy utdanning arbeider på steder med stor grad av autonomi og/eller i lederstillinger som kan ansees som lettere å gradere og tilpasse en sykemelding for (Ose et al., 2012).

Effekten av graderte sykmeldinger. Graderte sykmeldinger har blitt brukt som et av de viktigste tiltakene for å hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet (Ose et al., 2012). Det sterke fokuset på gradert sykemeldinger kom som et resultat av trepartsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (Arbeids- og sosialdepartementet, 2001; Ose et al., 2012; Mykletun, 2010). IA-avtalene har blitt evaluert ved to anledninger av SINTEFHelse, i 2009 og 2012 (IA-avtalen, 2014; Ose et al., 2009; Ose et al., 2012), samt evaluert av ekspertgruppe som ble nedsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet i 2009 (Mykletun et al., 2010). SINTEF-rapportene har vist at det økte fokuset på gradert sykemeldinger har gitt en nedgang i

sykefraværet, og Mykletun et al. (2010) sin evaluering av det økte fokuset på gradert sykemelding konkluderte med at gradert sykemeldinger var gunstig ut fra fire hensyn. Det gjaldt aktivitet i arbeidet, fortsatt kontakt med arbeidsplassen, at man fikk avdekt arbeidsmiljøproblemer og fremmet inkludering gjennom utnyttelse og tilpasning av individuell arbeidsevne. I tillegg ble det argumentert for at det vil motvirke utilsiktet overbruk av sykepengen (Mykletun et al., 2010).

Resultatene fra Norge viser at sykefraværsraten har gått ned som en følge av gradert sykemeldinger, antageligvis gjennom antall sykepengedagsverk pr. sykefraværstilfelle (Ose et al., 2012). Det er altså lengden for hvert tilfelle som har påvirket sykefraværsraten og ikke antall tilfeller av sykefravær. Generelt rapporteres det om en konsensus om at gradert sykemeldinger fungerer (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012), men det fremheves også at det eksisterer noen utfordringer og uklarheter rundt bruken av graderte sykemeldinger (Ose et al. 2012).

Utfordringer. Graderte sykemeldinger kan sies å være en omfordeling av ressurser hvor arbeidsgiver nå betaler for den yrkesaktive delen, i stedet for en full sykemelding hvor det statlige betaler 100 % etter den 16ende dagen. Ved å ha en gradert sykemelding på 50 % blir utgiften delt likt mellom partene. Det fungerer bra om arbeidstakeren har mulighet til å utføre 50 % effektiv arbeid hvor en utnytter restarbeidskapasiteten, men ikke om arbeidsgiver ikke har nok produktive oppgaver. Da kan det bli snakk om en ren kostnadsoverføring fra stat til organisasjon (Ose et al., 2012). Om tilretteleggingen og tilpasningen for den gradert sykmeldte går utover andre ansatte vil det også kunne anse som negativt. Merbelastningen på de andre ansatte kan øke, ved for eksempel at den sykmeldte tar seg av de antatt lette oppgavene, og resten må ta ekstra tungt arbeid. Om oppgavene fint kan løses av andre, om tilretteleggingen fører til økt merbelastning på andre fordi de må gjøre ekstra oppgaver eller tyngre oppgaver i perioden vil det kunne påvirke arbeidsmiljøet negativt. Mange rapporterer om en grense for hvor mange som kan gå gradert sykmeldt eller ha tilrettelagt arbeid, hvor det særlig gjelder kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehus (Ose et al., 2012). Det vises også til at ordninger som gradert sykemeldinger kan legge et press på individet som i et lengre perspektiv vil føre til høyere fravær eller tidlig pensjonering. Gode initiativ ment for å hjelpe kan bli til strukturelle barrierer som oppleves som hindringer (Thun et al., 2013). Studien viser til at det å presse sine ansatte tilbake til jobb kan føre til tidlig pensjonering og lengre sykefravær i det lange løp som en følge av økt sykenærver. Studier av graderte sykemeldinger som inkluderer andre land som Finland og Sverige, viser at de som er gradert sykmeldt fra første dag opplever lengre sykefraværperioder (Ellingsen et al., 2010). Dette

kan vise til at individet opplever press for å returnere tilbake i arbeid som kan føre til at helsen til individet på lengre sikt blir dårligere. Om en person opplever å være utmattet, vil denne personen risikere å bli enda dårligere ved å være i jobb gjennom å mobilisere nye krefter (Demerouti et al., 2009).

En annen utfordring med gradert sykemeldinger kan være hvordan ulike typer sykefraværsårsaker leder til ulike konsekvenser. Gosselin et al. (2013) fant i sin studie at ulike typer sykdommer og lidelser ga ulik atferd. Personer med allergier og gastritt møtte i større grad opp på jobb og var sykenærværende. Individuer med stemningsproblemer og stemningslidelser, høyt blodtrykk og stoffskifte var derimot like sykefraværende som nærværende. Forskjellige tilstander gir forskjellig atferd på jobb med forskjellige former og grader av produktivitetstap. Personer med depresjon hadde vanskelig for å konsentrere seg, mens ryggproblemer ga fysiske begrensinger (Burton et al., 2004). Det er lettere å tilpasse for enkelte typer arbeid, og at enkelte typer årsaker kan føre til mer negative konsekvenser enn andre (Rostad et al., 2015).

Et annet poeng er de som sykemeldes som en følge av arbeidsplassen sin, og som gjennom gradert sykemelding skal tilbake til det samme arbeidet og arbeidsmiljøet. Dette virker som en lite studert problemstilling med effektene det kan få for et individ. Om arbeidsmiljøet var årsaken til at en ble sykmeldt i første omgang kan det tenkes utfordrende og belastende å returnere til det samme arbeidsmiljøet.

En siste utfordring som løftes frem kommer av en evaluering av gradert sykmeldte hvor en ser at de som er gradert sykmeldte har større sannsynlighet for å returnere tilbake i arbeid enn personer i full sykemelding, men samtidig at veldig mange gradert sykmeldte går over til gradert uførepensjon ved endt sykemelding (Grødem et al., 2015). Det kan synes at mange som er gradert sykmeldt ikke går tilbake i full jobb, men ender opp som varige ytere av tjenester.

I sum kan en si at graderte sykemeldinger kan virke som en god strategi om utfallet måles som retur tilbake i arbeid (Ose et al., 2012; Mykletun et al. 2010). Om målet derimot er bedre helse i et langsiktig perspektiv synes ikke dette å ha vært undersøkt. Denne studien løfter denne problemstillingen og diskuterer samtidig faktorer som kan tenkes å påvirke for å lykkes med graderte sykemeldinger.

Hypoteser

Denne studiens formål er å undersøke hvordan gradert sykemelding som tiltak og virkemiddel fungerer for individet og individets fremtidige helse. Hvordan er det egentlig å være gradert sykmeldt og hva skjer med individet over tid? Gradert sykmeldte anses som noe

positivt (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012) hvor både individ, organisasjon og samfunn får utnyttet restarbeidskapasiteten og hvor flere returnerer til arbeid. På tross av at det vises til noen utfordringer med å være gradert sykmeldt, har få studier undersøkt hva det egentlig vil si å være gradert sykmeldt og hvordan helsen utvikler seg over tid. Selv om flere returnerer tilbake til arbeid (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012), betyr ikke det at de er friske og helsen er bedre (Aronsson et al., 2011; Ose et al., 2012). Å operasjonalisere tiltak mot sykefravær som vellykket på bakgrunn av å komme tilbake i arbeid er vanlig i sykefraværskforskningen (Lie, 2009), men denne studien ønsker å se hvordan helsen til individet endres for gradert sykmeldte.

Studien undersøker denne overordnede problemstillingen gjennom å se på gradert sykmeldtes belastning og helse i arbeidsmiljøet nå, sammenlignet med andre grupper i arbeidsmiljøet. Studien tar også for seg arbeidsmiljøfaktorer som er tenkt å være viktige for gradert sykmeldte, med et spesielt fokus på tilrettelegging, for å undersøke hvordan det påvirker gradert sykmeldtes nåværende og fremtidige helse og arbeidsmiljø. På bakgrunn av dette har det blitt utformet åtte hypoteser som enten sier noe om graderte sykmeldinger eller faktorer som kan tenkes å påvirke det å være gradert sykmeldt. De tre første hypotesene undersøker forskjeller for helse- og stressutfall mellom gradert sykmeldte og sykenærværende (H1), personer i full jobb (H2) og sykmeldte (H3). Det er disse hypotesene som undersøker hvordan det er å være gradert sykmeldt og som er tenkt å si noe om hvordan helsen til gradert sykmeldte utvikler seg over tid. De resterende hypotesene undersøker faktorer som er tenkt å påvirke gradert sykmeldte. To hypoteser undersøker tilrettelegging. H4 undersøker sammenhengen mellom tilrettelegging og gradert sykmeldte, mens H6 undersøker sammenhengen mellom tilrettelegging og arbeidsmengde. H5 – H8 har sitt utgangspunkt i krav-kontroll-sosial støtte og jobbkrav-ressursmodellen (Karasek & Theorell, 1990, Demerouti et al., 2001). H5 undersøker hvordan arbeidsmengde får en særlig effekt for gradert sykmeldte sammenlignet med personer i full jobb. De to siste variablene, H7 og H8 undersøker de positive ressursene autonomi og sosial støtte (Bakker & Demerouti, 2007) for forskjeller mellom gradert sykmeldte og personer i full jobb. De åtte ulike hypotesene er som følger:

H1: Gradert sykmeldte har bedre helse og opplever mindre stress enn de med høyt sykenærvær

Denne hypotesen undersøkes med utgangspunkt i å skille sykenærværende fra gradert sykmeldte. Det kan sies at graderte sykmeldinger er en form for delvis sykenærvær, men det bør likevel være en forskjell i hvor belastende det er å være i arbeid med utgangspunkt i

teorien og registerdata. Sykenærvær predikerer dårligere helse for individet (Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2014), mens gradert sykmeldte anses for å få personer tilbake i arbeid (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012). For å finne ut hvordan helsen til gradert utvikler seg over tid anses det dermed som et godt utgangspunkt å sammenligne de med sykenærværende. Dette kan gi informasjon om den nåværende helsen samt indikasjoner på hvordan den fremtidige helsen utvikler seg over tid gjennom å se hvor belastende det er å arbeide. Det antas at gradert sykmeldte vil oppleve arbeidet som mindre belastende, og at de også har bedre helse.

H2: Gradert sykmeldte har dårligere helse og opplever mer stress enn personer i fullt arbeid

Denne hypotesen inngår som en del av å besvare hvor belastende det er å være gradert sykmeldt som er den overordnede problemstillingen. Her undersøkes det hvordan det er å være gradert sykmeldt sammenlignet med personer som er i full jobb. Det sammenlignes med de som er i full jobb for å kunne si noe om helsetilstanden for øyeblikket er dårligere, samt om de opplever mer stress i hverdagen for å kunne si noe mer om hvor belastende det er å være gradert sykmeldt.

Med utgangspunkt i at gradert sykmeldte møter opp på jobb som yrkesaktive, men har sykmelding som sykmeldte, er det forventet at de vil ha signifikant dårligere helse og oppleve mer stress enn personer i fullt arbeid (Demerouti et al., 2001).

H3: Gradert sykmeldte har bedre helse og opplever mindre stress enn personer som er 100 % sykmeldt

Gjennom denne hypotesen kan en få belyst nærmere forskjellen på å være sykmeldt og det å være gradert sykmeldt gjennom å se hvor belastende det er. Graderte sykmeldinger anses som et nyttig virkemiddel for å få flere ut i arbeid gjennom kontakt med arbeidsplassen (Mykletun et al., 2010; Ose et al., 2012), samtidig som det pekes på at det å være sykenærværende kan lede til dårligere helse (Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2014). Det er likevel forventet at det å komme tilbake i arbeid kan være med på å gi mening og være terapeutisk gjennom kontakt med arbeidsplassen som gir en mindre opplevelse av stress enn å være 100 % sykmeldt (Johansson et al., 2006; Mykletun et al., 2010). Dette gjelder spesielt da det er et ekstra fokus på å tilrettelegge og tilpasse arbeidshverdagen for gradert sykmeldte (NAV.no, 2015b).

H4: Tilrettelegging vil påvirke stress og helse mer positivt for gradert sykmeldte enn for personer i fullt arbeid

Det skal tilrettelegges særlig for personer med sykdom i følge arbeidsmiljøloven (§ 4-6, 2005), og i denne hypotesen undersøkes det nærmere om personer som har nedsatt arbeidsevne gjennom graderte sykmeldinger får en særlig positiv effekt av det. Tilrettelegging kan være ulike fysiske og psykososiale tiltak i arbeidsmiljøet (Anema et al., 2004; Skaugen, 2012; Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumsstilsynet 2015). Enkelte typer tilrettelegging har blitt undersøkt effekten av (Anema et al., 2004), men få psykososiale effekter synes å ha blitt undersøkt. Tilrettelegging som samlebegrep har vist seg å påvirke individets helse positivt (Johansson et al., 2006; Munir et al., 2007; Thun et al., 2013), hvor det spesielt pekes på at det vil være viktig for personer som returnerer til arbeidet etter langtidssykefravær (Johansson et al., 2006). Det vises også til at tilrettelegging kan føre til at de helseutfordringene en har, ikke lenger oppleves som et helseproblem (Rostad et al., 2015).

Ved at det er et økt fokus på tilrettelegging for gradert sykmeldte gjennom et samarbeid med NAV, fastlege og arbeidsgiver (NAV.no, 2015b), i tillegg til at det anses som viktig for personer som skal returnere i arbeid som gradert sykmeldte gjør, så er det forventet at gradert sykmeldte opplever bedre effekter for egen helse og opplevd stress. Her undersøkes denne antagelsen samtidig som en undersøger hvilken effekt tilrettelegging har generelt for hele begge gruppene.

H5: Stor arbeidsmengde vil være mer negativt for opplevelsen av stress og helse for gradert sykmeldte enn for personer i full jobb.

Stor arbeidsmengde pekes på som en mulig måte å tilrettelegge arbeidet på (Anema et al., 2004; Skaugen, 2012). Stor arbeidsmengde er en del av opplevde jobbkrav (Karasek & Theorell, 1990; Demerouti et al., 2001), som anses som viktig både for motivasjon og stress. Uten at det kontrolleres for kontroll og ressurser (Karasek & Theorell, 1990; Demerouti et al., 2001), antas det at arbeidsmengde vil påvirke et individ negativt i form av mer opplevd stress og dårligere helse for begge utvalgene.

For en person som er delvis sykmeldt antas det at stor arbeidsmengde vil skape desto mer stress, siden belastningen i utgangspunktet antas som større. Dette underbygges av en studie som finner liten arbeidsmengde som en viktig faktor for å returnere tilbake til arbeidet (Lindberg et al., 2005). Jobbkrav omhandler alle aspekter av jobben som krever vedvarende innsats og når kravene øker og blir for store for et individ vil det lede til fysiske og psykiske kostnader (Demerouti et al., 2001). Personer som allerede har fysiske og/eller psykiske årsaker for å være delvis sykmeldt er da tenkt å bli mer påvirket av høy arbeidsmengde enn personer som er 100 % yrkesaktive. Helsestatus blir dermed ansett som en ressurs som også vil påvirke og bli påvirket av jobbkrav og andre ressurser (Bakker & Demerouti, 2007). På

bakgrunn av dette undersøkes da om det å være gradert sykmeldt eller yrkesaktiv modererer den tenkte negative effekten arbeidsmengde har, slik at den for gradert blir enda mer negativ. Hensikten er å få mer informasjon om det ha høy arbeidsmengde signifikant vil oppleves annerledes for gradert sykmeldt slik at en kan få informasjon om hva en kan tilpasse arbeidshverdagen for.

H6: Personer med stor arbeidsmengde vil oppleve bedre helse og mindre stress hvis de opplever stor grad av tilrettelegging.

I denne hypotesen undersøkes tilrettelegging som en moderator for stor arbeidsmengde for helse og stress for hele utvalget. Vil tilrettelegging gjøre at arbeidsmengde får mindre påvirkning for individets helse og stress, og dermed fungere som en ressurs? Det antas at personer som opplever stor arbeidsmengde vil ha særlig stor effekt ved stor grad av tilrettelegging for helse og stress, siden de vil ha behov for ressurser som motvirker den negative effekten (Demerouti et al., 2001).

Tidligere har tilrettelegging av arbeidsoppgavene blitt undersøkt (Anema et al., 2004) som ga positive resultater. Her undersøkes det om arbeidsmengden vil påvirkes av å bli tilrettelagt for. Dette vil kunne gi mer konkrete svar for hvordan det er mulig å tilrettelegge for individets opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet (Bakker & Demerouti, 2007).

Stor arbeidsmengde kan være vanskelig å få gjort noe med hvor arbeidsoppgavene likevel må bli gjort, og undersøkelser viser at mange mener man ikke kan ha gradert sykmeldte fordi arbeidsmengden for de andre i arbeidsmiljøet blir for stort (Ose et al., 2012). Dette gjelder spesielt i helse- og omsorgssektoren, hvor arbeidsoppgavene kan løses av flere, og hvor de arbeidsoppgavene som eventuelt ikke løses av en person som er gradert sykmeldt må løses av kollegaer. Denne hypotesen kan gi bedre innsikt i om tilrettelegging kan være med på å bidra positivt ved store arbeidsmengder slik at en bedre kan takle store arbeidsmengder.

H7: Stor grad av autonomi for individet vil være mer positivt for gradert sykmeldte for helse og stress enn for personer i full jobb

Autonomi anses uavhengig av utvalg som en viktig faktor for individets opplevelse av stress og helse (Demerouti et al., 2001) og det antas dermed en positiv sammenheng mellom autonomi og utfallsvariablene helse og stress. Samtidig antas det at gradert sykmeldte vil ha større utbytte av å kunne styre egen arbeidshverdag. Denne antagelsen stammer både fra teorien, samt funn gjennom registerdata.

Gjennom registerdata kan en observere den høyeste andelen gradert sykmeldte er personer som har høy utdanning, og som antas å ha en større andel gradert sykmeldte fordi de

har autonomi i arbeidet (Ose et al., 2012). Om personer som har stor grad av autonomi i arbeidet i større grad blir gradert sykmeldt, bør de også kunne vise til at autonomi er en viktig faktor for mindre stress.

Teorien om autonomi kan forstås fra både et helseperspektiv, samt modeller for arbeidsmiljøet. Gjennom helseperspektivet så antas det at vi selv kjenner vår egen helse best gjennom at selvrapporing for helse gir en god prediktor for fremtidige helseutfall (Mæland, 2009), hvilket betyr at om vi selv får tilrettelegge gjennom å styre arbeidshverdagen så vil det være en hensiktsmessig måte å tilrettelegge på. Dette kan i følge Rostad et al. (2015) lede til at en ikke anser det som å ha en arbeidsnedsettelse, og at det dermed ikke vil være negativt for individets helse.

I følge jobbkrav-ressursmodellen (Demerouti et al., 2001) vil personer som ikke har nok ressurser, merke en fysisk og eller psykologisk kostnad. Ved at en allerede har en slik kostnad til å begynne med gjennom sykmeldingen, er det tenkt at ressursene vil ha større effekt. Ved at ressursene blir viktigere, vil de også påvirke helse- og stressnivå i større grad.

Autonomi kan dermed sies å være en slags individuell tilrettelegging, eller job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001) av oppgavene, som antas at har større effekt for utfallsvariablene stress og helse for gradert sykmeldte fordi de har en fysisk eller psykisk kostnad til å begynne med (Demerouti et al., 2001) og fordi individet kjenner sin egen helse best (Mæland, 2009). Det kan da tenkes at det å styre egen arbeidshverdag er den beste formen for individuell tilrettelegging.

H8: Sosial støtte vil fungere som en buffer mot stress og påvirke helse positivt i større grad for gradert sykmeldte enn personer i full jobb

Sosial støtte kan være med på å si noe om hvordan gradert sykmeldte og utvalget for øvrig kan bli styrket gjennom sosialt støttende kollegaer og ledelse, og hvordan de kan være ressurser for å unngå å få dårligere helse.

Skaugen (2012) peker på hvordan mangelen på blant annet sosial støtte vil kunne lede til muskelspenninger og deretter muskel- og skjelettlidelser og argumenterer for at det burde være et større fokus på dette for tilrettelegging. Sosial støtte har vist seg som den viktigste bufferfaktor mot stress (Karasek & Theorell, 1990), og det understrekes også at arbeidet kan tilrettelegges for sykmeldte gjennom sosial støtte (Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumstilsynet, 2015). Denne måten å tilrettelegge for gradert sykmeldte på undersøkes her nærmere ved å undersøke om det har en større effekt for nevnte utvalg enn for personer i full jobb. Tidligere studier har vist at sosial støtte har sammenheng med å være mer sykenærværende (Hansen & Andersen, 2008), men det antas at sosial støtte vil ha en

signifikant positiv effekt med utgangspunkt i at personer som har en fysiologisk og/eller psykologisk kostnad vil trenge ressurser som dette i større grad (Demerouti et al., 2001), og at det å oppleve sosial støtte gjør det å være gradert sykmeldt til noe mer positivt.

Metode

I denne delen vil studiens metodevalg belyses og begrunnes. Det overordnede prosjektet blir først belyst, før utvalget, de aktuelle variablene, måleinstrumentene og dataanalysen blir redegjort for.

Datainnsamlingen er foretatt som en del av prosjektet ”Helse og arbeidstidsordninger” av SINTEF ved prosjektleder Solveig Osborg Ose. Prosjektet er vurdert og godkjent av en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning. Søknad og godkjenning fra vurderingen ligger som vedlegg A.

Prosjektet ble delt inn i ulike sektorer hvor denne studiens datamateriale kommer fra helse- og omsorgssektoren. For å samle inn data ble det benyttet et elektronisk spørreskjema utarbeidet av SINTEF med innspill fra blant annet NTNU, hvor jeg var blant de som fikk komme med innspill. Spørreskjemaet ble distribuert av SINTEF med hjelp av fagforbundet. Spørreskjemaet ligger som vedlegg B. Studien måler sammenhenger mellom variabler ved et tidspunkt og er således en tverrsnittstudie (Field, 2013).

Utvalg

Utvalget er ved hjelp av fagforbundet distribuert bredt og kan sies å være et stratifisert utvalg (Langdridge, 2006). Totalt responderte 4664 personer på det utsendte spørreskjemaet, men 463 personer eller 9,9 % ønsket ikke å delta i forskningsprosjektet. Av disse svarte kun 3642 på spørsmål om yrkesaktiv status, som tilsvarer 78,1 % av de opprinnelige 4664 personene, noe som også betyr at omtrent 500 personer som sa ja til å utføre studien ikke har svart eller fullført spørreskjemaet. For enkelte variabler vil det forøvrig være enda færre som har svart. Av de 3642 vil det for denne studien kun være aktuelt med de yrkesaktive som jobber fulltid eller deltid som utgjør 3159 personer, de delvis sykmeldte som utgjør 154, samt de sykmeldte som utgjør 116. Disse utgjør til sammen 3429 personer og er studiens endelige utvalg.

Den kjønnsmessige fordelingen er skjev ut fra et totalpopulasjonsperspektiv med 2909 (89,5 %) kvinner mot 343 menn (10,5 %). Ut fra populasjonen som det forskes på, helse- og omsorgssektoren, kan det likevel anses som et representativt utvalg siden det er et kvinnedominert yrke (Kostøl & Telle, 2011).

Variabler

Her vil informasjon om, og undersøkelser gjort på, de ulike variablene gjennomgå med tanke på uteligger, normalfordeling og Cronbachs alpha samt en beskrivelse av hvordan de ulike måleinstrumentene som er aktuelle for studien er satt sammen.

Uteliggere, eller ekstreme skårer, kan påvirke resultatene og gi grunnlag for feilaktig støtte av hypotesene. Alle aktuelle variabler ble testet for uteliggere gjennom å bruke z-skårer (Field, 2013). Noen tilfeller av uteliggere ble funnet ved den sammenslåtte helsevariabelen, og noen potensielle uteliggere ble funnet ved variabelen stress. En subjektiv vurdering av z-skårene i sammenheng med de andre variablene og konteksten ga ingen grunn til å anta at skårene var feilaktige verdier og de ble dermed ikke fjernet fra datasettet.

For å sjekke for normalitet ble det kontrollert for skewness (skjevhet) og kurtosis (spisshet). Unormale skårer, over 2.1(skjevhet) og 7.1(spisshet), indikerer at noe er galt med normalfordelingen (Field, 2013). Som vist i tabell 2 har variabelen psykisk helse høye verdier for både skjevhet og spisshet. Helsevariabelen blir videre belyst under måleinstrumenter. På bakgrunn av dette antas det, bortsett fra for psykisk helse, at dataene er tilfredsstillende normalfordelt.

Tabell 2

Skjevhet og spisshet for denne studiens variabler

Variabler	Skjevhet	SE	Spisshet	SE
Sykenærvær	-.29	.047	.07	.094
Sosial støtte	-.829	.046	-.35	.092
Autonomi	.230	.046	-.87	.092
Tilrettelegging	.277	.055	-1.49	.110
Arbeidsmengde	-.003	.046	-.63	.092
Stress	.572	.046	-.437	.092
Helse samlet	1.430	.047	.533	.093
Fysisk helse	1.841	0.47	2.54	.093
Psykisk helse	2.815	0.47	7.62	.093

Note. SE = Standardfeil

For samtlige sammenslåtte variabler, indekser, ble det som nevnt gjennomført en måling av den indre konsistensen gjennom Cronbachs Alpha (Field, 2013). Normalt ønskes en minste verdi på .7, men for enkelte psykologiske tester med komplekse spørsmål kan enkelte lavere verdier aksepteres (Field, 2013). Disse verdiene blir presentert for hver sammenslåtte variabel under måleinstrumenter, og kan undersøkes nærmere i tabell 3 og 4.

Måleinstrumenter

Flere av variablene som ønskes belyst er indekser bestående av en rekke testledd. Dette gjelder spørsmål om helse, sykenærvær, tilrettelegging, autonomi, sosial støtte og arbeidsmengde.

Helse. Helse ble målt gjennom ett direkte spørsmål om vurdering av egen fysisk helse, og ett om egen psykisk helse. Denne måten å måle helse på anses som en god prediktor for å måle helse (Mæland, 2009) og er anvendt i en rekke studier (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrøm et al., 2009; Marklund og Gustafsson, 2014). I de nevnte studiene har spørsmålene riktignok blitt stilt samlet som ett spørsmål om helse, mens det i denne studien har blitt gjort et skille mellom fysisk og psykisk helse. Ved en sammenslåing av helsevariabelen til et spørsmål ble Cronbachs Alpha målt til .62, som er noe lavt (Field, 2013). Ved en sammenslåing av variablene vil antallet personer som anser sin egen fysiske helse som dårlig (N=94) og de som anser sin psykiske helse som dårlig (N=46), ikke samsvare i stor grad (N=13). Det er altså kun 13 personer som anser både sin fysiske og sin psykiske helse som dårlig. Det kan dermed tyde på at det å slå sammen helsekategoriene kan undergrave reelle resultater siden de to svarene ikke samsvarer i så stor grad. Siden psykisk helse som egen variabel også viste tendenser til å ikke være normalfordelte var den noen utfordringer med helsevariabelen. I denne studien ble det dermed undersøkt for både helse samlet, for fysisk og for psykisk helse for å undersøke effektene og motvirke at reelle effekter ikke blir funnet.

Spørsmålene for helse ble rangert på en fem-punkt likert-skala hvor respondentene rangerte sin egen helse fra ”Meget god” (1) til ”Meget dårlig” (5). Spørsmålene ble oppdelt slik at svar fra 8-10 samlet (to svar på 4 eller mer) indikerer dårlig helse, 5-7 samlet indikerer middels god helse, mens 2-4 indikerer god helse. Ved sammenslåingen av de to variablene ble den samlede helsen rangert fra 1 til 3, hvor 1 indikerer god helse, 2 indikerer middels god helse og 3 indikerer dårlig helse.

Yrkesaktiv status. For å finne ut hvem som var gradert sykmeldte ble det spurt direkte om hvilken status individet hadde for tiden. Det ble delt opp etter 100 % yrkesaktive (N=3159), gradert sykmeldte (N=154), 100 % sykmeldte (N=116), samt alternativ som arbeidsavklaringspenger [AAP] (N=38), arbeidsledig (N=6), permisjon (N=127), permittert (N=6) og annet (N=38).

Som presisert tidligere vil studiens endelige utvalg kun omhandle de tre første kategoriene; fullt arbeid, gradert sykmeldte og 100 % sykmeldte. Personer i fullt arbeid kan være personer i deltidstilling, men her referer fullt arbeid til personer som ikke er sykmeldt og 100 % yrkesaktiv ut fra dere stilling. Personer på AAP, som er arbeidsledig, i permisjon

eller er permittert ble da ikke inkludert i studien. Dette gjøres på bakgrunn av at de ikke er i en arbeidssituasjon og det er uklarheter rundt hvor lenge siden det er at de har vært i arbeid og dermed uklart hvorvidt de har reell kjennskap til hvordan arbeidsmiljøet er.

Sykenærvær. Spørsmålet om sykenærvær er basert på en skala utarbeidet av Thun et al. (2013). Sykenærværskalaen består av 16 spørsmål fordelt på 4 områder innen sykenærvær. De fire områdene er organisasjonens tilpasningsnormer, nærværspress-normer, opplevde ledelsesholdninger og opplevde strukturelle barrierer (Thun et al. 2013). Spørsmålene er formulert som utsagn på en likert-skala fra ”Helt uenig”(1) til ”Helt enig”(5). Det ble også åpnet for å svare ”ikke aktuelt” som et sjettede alternativ i denne skalaen. Denne ble omkodet til verdien 0. Respondenter som svarte 0 på alle spørsmålene ble ansett som ikke aktuelle for å måle sykenærvær på arbeidsplassen (N=731). Sykenærvær ble videre kodet inn i tre kategorier hvor de som scoret lavt ble ansett som ikke å oppleve sykenærvær, de som scoret middels ble ansett for å oppleve noe sykenærvær, mens de som scoret høyt ble ansett for å ha høyt sykenærvær. SykenærværsvARIABLEN viste en tilfredsstillende Cronbachs alpha-verdi på .73.

Tilrettelegging. To av spørsmålene fra sykenærværsspørsmålene som omhandlet organisasjonens tilpasningsnormer ble også brukt for å måle tilrettelegging. Spørsmålene ”Jeg har opplevd at tilpasning av arbeidet har ført til at jeg har kunnet fortsette arbeidet på tross av sykdom” og ”Jeg har erfart at ledelsen strekker seg langt for å tilpasse arbeidet om jeg har stått i fare for å bli sykmeldt” anses i denne studien for å gi et godt svar på hvem som opplever tilrettelegging. Spørsmålene er også her formulert som utsagn på en likert-skala fra ”Helt uenig” (1) til ”Helt enig” (5), med muligheten for å svare ”ikke aktuelt” som ble omkodet til 0. Respondentene ble deretter rangert på en skala ut fra disse to spørsmålene fra ingen tilrettelegging (1), noe tilrettelegging (2) til mye tilrettelegging (3). I denne studien blir altså tilrettelegging, i tillegg til å være en del av sykenærværsskalaen, også en egen skala. Tilretteleggingsvariabelen viste en Alpha-verdi på .76.

Arbeidsmiljøfaktorer (QPS-Nordic short). QPS Nordic (The General Nordic Questionnaire) er laget for å måle psykologiske og sosiale forhold samt organisasjonens arbeidsbetingelser, og brukes blant annet innen forskning for å se på sammenhengen mellom arbeid og helse. Spørsmålene omhandler jobbkrav og kontroll, rolleforventninger, sosiale interaksjoner med kollegaer og ledelse, organisasjonsklima, arbeid-familie balansen og arbeidsmotivasjon (Skogstad et al., 2001). Spørsmålene i denne studien benyttet seg av kortversjonen av QPS-Nordic, QPS-Nordic-Short. Kortversjonen inkluderer ikke ferdige skalaer av fenomener som den originale versjonen (Skogstad et al., 2001). For denne studien

ble det likevel slått sammen enkeltspørsmål for å lage skalaer av fenomener. I denne studien ble det brukt spørsmål om opplevd stress, arbeidsmengde, autonomi og sosial støtte.

På spørsmål om stress ble respondentene presentert for en definisjon av fenomenet før de rangerte i hvor stor grad de opplevde stress fra ”Ikke i det hele tatt”(1) til ”svært mye”(5). Dette er tilsvarende måte å måle det på som den fulle versjonen (Skogstad et al., 2001), og er ikke som en del av en skala.

For resterende variabler som benyttes i denne studien har respondentene svart fra ”Meget sjelden eller aldri” (1) til ”Meget ofte eller alltid” (5) for hvert utsagn. For å måle autonomi i arbeidet ble det brukt fire spørsmål som ble sammenslått til et mål. De fire spørsmålene var ”Kan du påvirke mengden i ditt arbeid som blir tildelt deg”, ”Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo”, ”Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid?” og ”Kan du styre pausene dine selv?” (Skogstad et al., 2001). Spørsmålene viste til sammen en tilfredsstillende alpha-verdi på .77.

Sosial støtte ble målt gjennom tre spørsmål, hvorav to direkte spørsmål om man opplever støtte fra kollegaer i det ene spørsmålet, og ledelsen i det andre, samt et underbyggende spørsmål om verdsettelse fra ledelsen. Alle spørsmålene stammer fra den opprinnelige skalaen om sosial støtte og samspill (Skogstad et al., 2001). Alpha-verdien for sosial støtte viste tilfredsstillende .75.

Jobbkraav fra jobbkraav-ressursmodellen (Demerouti et al., 2001) og kraav-kontroll-sosial støtte modellen (Karasek & Theorell, 1990) blir i den opprinnelige QPS-Nordic-versjonen oppdelt i en rekke underkategorier som blant annet inkluderer kvantitative kraav (Skogstad et al., 2001). Kvantitative kraav tilsvarer det samme som opplevd arbeidsmengde og består i den forkortede versjonen av to enkeltspørsmål jeg har valgt å slå sammen til en kategori kalt ”Arbeidsmengde”. Disse spørsmålene er ”Har du for mye å gjøre?” og ”Er arbeidsbelastningen din ujevn slik at arbeidet hopper seg opp?”. Sammen har disse en Alpha-verdi på .66.

Statistiske analyser og forutsetninger

Hensikten med studien var å belyse gradert sykmeldte nærmere, med fokus på nåværende helsetilstand, stressbelastning og hvilke faktorer som kunne fremme eller hemme disse utfallsvariablene særlig for gradert sykmeldte.

For å besvare hypotesene ble det gjennomført ulike analysemetoder avhengig av hypotesens formål og art. Det ble brukt T-test for å måle gjennomsnittforskjeller for H1 hvor det bare var to grupper. En enveis ANOVA ble brukt for å besvare H2 og H3 sammen. Det ble anvendt en toveis-variansanalyse for å undersøke H4-H8 hvor hensikten var å finne

gjennomsnittforskjeller mellom skårer, moderert av tilhørigheten i en gruppe (Langdridge, 2006; Pallant, 2010; Field, 2013). Alle analysene ble gjennomført gjennom statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 21.

T-test. For å besvare H1 om forskjellen mellom gradert sykmeldte og personer med høyt sykenærvær ble det brukt en uavhengig t-test for å regne ut gjennomsnittforskjeller mellom gruppene ved selvrapportert helse og opplevd stress (Langdridge, 2006). Et sykenærværende utvalg bestående av personer med høyt sykenærvær (N=131) ble sammenlignet med de som var gradert sykmeldte (N=137).

Enveis ANOVA. For H2 og H3 ble det gjennomført en enveis ANOVA (variansanalyse). Her ble helse- og stressforskjeller undersøkt mellom gradert sykmeldte, 100 % sykmeldte og 100 % yrkesaktive (personer i full jobb) med påfølgende post-hoc test ved signifikant F-verdi. For utvalg hvor utvalgsstørrelsene er forskjellige, som her, ble det anbefalt en Hochbergs GT2 som post-hoc test (Field, 2013).

Toveis ANOVA. For de resterende hypotesene H4, H5, H6, H7 og H8 ble det anvendt en toveis ANOVA (variansanalyse) (Field, 2013). Disse analysene undersøker ikke bare forholdet mellom to variabler, men også påvirkningen fra en tredje variabel. For toveis variansanalyser hvor en finner en signifikant interaksjonseffekt, vil tolkningen av modellen (hovedeffekten) mellom prediktor og utfallsvariabelen måtte ta høyde for det. Dette gjelder særlig ved disordinale forhold, som vil si forhold hvor gjennomsnittene krysser hverandre (Field, 2013).

H4, H5, H7 og H8 undersøkte forskjeller mellom gradert sykmeldte og personer i full stilling hvor det ble laget to utvalg. Et utvalg av personer i full jobb, og et gradert sykmeldt utvalg. Disse ble også belyst hver for seg med deskriptiv statistikk og cronbachs alpha for hver variabel som vist i tabell 4.

Interaksjonseffekten som er undersøkt i H4, H5, H7 og H8 undersøker hvordan det å tilhøre en av disse gruppene påvirker prediktorvariablene tilrettelegging, sosial støtte, autonomi og arbeidsmengde sitt forhold til utfallsvariablene helse og stress. Ut fra disse analysene med påfølgende post-hoc tester, Hocbergs GT2 på grunn av forskjellig størrelse på utvalg (Field, 2013), vil en se hvorvidt prediktorvariablene samvarierer med utfallsvariablene i tillegg til å se om det er forskjell på utvalgene.

H6 undersøkte hvordan tilrettelegging påvirket forholdet mellom arbeidsmengde og stress og helse. Gjennom denne analysen var målet å undersøke nærmere hvordan tilrettelegging modererte forholdet og dermed hvordan tilrettelegging av arbeidsmengde fungerte. Dette vil, i motsetning til de andre toveis-variansanalysene, som er 2x3 analyser,

være en 3x3 variansanalyse som innebærer to uavhengige variabler med tre kategorier for hver uavhengige variabel (Field, 2013).

Statistiske forutsetninger. Før analysene ble gjennomført ble datamaterialet belyst gjennom deskriptiv statistikk samt en bivariat korrelasjonsanalyse for å se hvordan variablene i studien samvarierte (Field, 2013). Videre ble også datamaterialet som nevnt analysert gjennom bruk av z-scorer og grafiske fremstillinger for å finne uteliggere og skjevhet og spissitet for å undersøke normalitet (Pallant, 2010; Field, 2013). Videre ble antagelsen om lik varians undersøkt for hver analyse gjennom ”Levenes Test” (Pallant, 2010). For variablene helse og stress ble det funnet noen uteliggere og noen potensielle utliggerne, men nærmere undersøkelser av disse ga ingen tegn til at uteliggerne eller de potensielle uteliggerne ikke skulle være reelle svar fra utvalget som ble ønsket studert.

Resultat

Under resultatdelen vil sentrale analyser som beskrevet i metoddelen bli belyst, samt aktuell deskriptiv statistikk for de ulike utvalgene og en korrelasjonsmatrise for å belyse sammenhenger mellom variablene.

Deskriptiv statistikk

I tabell 3 vises deskriptiv statistikk for studiens totale utvalg samt Cronbachs Alpha for indre konsistens for de sentrale variablene i studien. I tabell 4 vises den deskriptive statistikken for utvalgene gradert sykmeldte og personer i full stilling.

Som en ser fra tabellen tilfredsstillende nær alle verdier .7 på Cronbachs Alpha(α) som anbefales som verdi for indre konsistens for indekser bestående av flere testledd. Helse samlet og arbeidsmengde er de eneste verdiene under denne grensen. De er dog ikke veldig langt under grensen, hvor det også poengteres at psykologiske fenomener som undersøkes kan være noe lavere (Field, 2013).

Tabell 3

Deskriptiv statistikk for hele utvalget

	n	M	SD	min	max	α
Sykenærvær	2698	1.80	.51	.00	2.0	.73
Sosial støtte	2814	2.49	.63	1.00	3.00	.75
Autonomi	2808	1.82	.68	1.00	3.00	.77
Tilrettelegging	1985	1.85	.82	1.00	3.00	.76
Arbeidsmengde	2833	2.00	.64	1.00	3.00	.66
Stress	2820	2.27	1.1	1.00	5.00	
Helse samlet	2749	1.23	.43	1.00	3.00	.62
Fysisk helse	2754	1.25	.51	1.00	3.00	
Psykisk helse	2750	1.14	.39	1.00	3.00	

Note. M = Gjennomsnitt, SD = Standardavvik, min = minimumsverdi, max = maksimumsverdi, α = Cronbachs alfa.

Tabell 4

Deskriptiv statistikk for gradert sykmeldte/Personer i full stilling

	n	M	SD	min	max	α
Sykenærvær	116/2484	2.13/1.78	.39/.51	1.00	3.00	.53/.74
Sosial støtte	123/2595	2.39/2.50	.59/.63	1.00	3.00	.72/.75
Autonomi	124/2587	1.57/1.85	.66/.68	1.00	3.00	.74/.77
Tilrettelegging	119/1778	1.98/1.85	.80/.83	1.00	3.00	.72/.77
Arbeidsmengde	124/2610	2.13/1.99	.61/.64	1.00	3.00	.65/.66
Stress	122/2600	2.86/2.22	1.16/1.1	1.00	5.00	
Helse samlet	120/2535	1.49/1.22	.53/.42	1.00	3.00	.32/.64
Fysisk helse	120/2540	1.62/1.23	.57/.48	1.00	3.00	
Psykisk helse	120/2536	1.35/1.12	.60/.36	1.00	3.00	

Note. *M* = Gjennomsnitt, *SD* = Standardavvik, *min* = minimumsverdi, *max* = maksimumsverdi, α = Cronbachs alfa.

Korrelasjonsmatrise

Korrelasjonsmatrisen viser en oversikt over sammenhenger med de aktuelle variablene i studien som vist i tabell 5. For å forstå korrelasjonsmatrisen anbefales en tredeling av resultatene (Pallant, 2010). Om Pearsons $r = .10$ til $.29$ er det en liten korrelasjon, om $r = .30$ til $.49$ er det en medium korrelasjon, og om $r = .50$ til 1.0 er det en sterk korrelasjon. Ut fra tabellen kan en se at helsevariablene naturlig korrelerer sterkt med hverandre, men hvor fysisk og psykisk helse kun er en medium korrelasjon ($r = .32$, $p < .01$). At korrelasjonen ikke er sterkere underbygger at de bør vurderes ulikt, selv om det er en tendens i datasettet til at de svarer noe likt. Av de andre variablene korrelerer sosial støtte medium sterkt med tilrettelegging ($r = .32$, $p < .01$), noe som er en interessant sammenheng som diskuteres nærmere. Tilrettelegging korrelerer også medium sterkt med sykenærvær, noe som er naturlig siden de er en del av samme skala ($r = .32$, $p < .01$). Tilrettelegging har ingen signifikant korrelasjon med helse, verken for samlet, fysisk eller psykisk helse, som eneste variabel ($r = -.18$, $p > .05$, $r = .036$, $p > .05$, $r = -.04$, $p > .05$).

Tabell 5

Korrelasjonsmatrise for hele utvalget (Pearsons r)

Variabler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Helse samlet	-								
2. Fysisk helse	.75**	-							
3. Psykisk helse	.64**	.32**	-						
4. Stress	.29**	.19**	.32**	-					
5. Autonomi	-.08**	-.05*	-.04*	-.19**	-				
6. Tilrettelegging	-.18	.036	-.04	-.18**	.28**	-			
7. Arbeidsmengde	.09**	.08**	0.6**	.28**	-.19**	-.11**	-		
8. Sosial støtte	-.13**	-.11**	-.09**	-.22**	.26**	.32**	-.13**	-	
9. Sykenærvær	.18**	.19**	.12**	.17**	-.021	.32**	.15**	-.09**	-

** $p < .01$, * $p < .05$

Uavhengig T-test

For å undersøke H1 for forholdet mellom personer med høyt sykenærvær og de som er gradert sykmeldt ble det anvendt en uavhengig t-test for å sjekke gjennomsnittskårer mellom utvalgene for utfallsvariablene helse samlet, fysisk helse og psykisk helse samt stress.

H1: Gradert sykmeldt og sykenærvær. Den uavhengige t-testen viste at gradert sykmeldte hadde noe høyere nivåer av stress ($M=1.89$, $SD=.84$) mot ($M=1.71$, $SD=.76$) men det ble ikke funnet en signifikant forskjell mellom utvalgene ($t(229) = -1.634$, $p = 1.04$).

Det ble heller ikke funnet noen signifikant forskjell mellom utvalgene og noen av helsevariablene hvor utvalgene scoret omtrent likt ($p > .05$), som vist i tabell 6.

Tabell 6

Uavhengig t-test mellom gradert sykmeldte og sykenærværende for helse

Utfall	Grupper						95% CI for		
	Gradert sykmeldte			Høyt sykenærvær			Mean		
	M	SD	n	M	SD	n	Difference	t	df
Helse	1.46	.54	103	1.46	.50	124	-.13, -.14	.05	225
Fysisk	1.55	.71	103	1.55	.65	124	-.18, -.17	-.05	225
Psykisk	1.35	.61	103	1.25	.49	124	-.25, -.04	-1.50	194.15

Note. Tohalede tester m = Gjennomsnitt, SD = Standardfeil, df = frihetsgrad

Enveis ANOVA

For å besvare H2 og H3 om helse- og stressforskjeller mellom gradert sykmeldte, personer i full jobb og 100 % sykmeldte ble det gjennomført en variansanalyse av typen enveis ANOVA.

H2 og H3– Yrkesaktiv status.

Undersøkelsen viste en statistisk signifikant forskjell mellom de tre gruppene for både selvrapportert stress ($F(4) = 17.755$, $p < .01$) og samlet helse ($F=27.900$, $df = 4$, $p < .01$). Det samme gjaldt fysisk helse ($F(2) = 34.588$, $p < .01$) og psykisk helse ($F(2) = 29.769$, $p < .01$).

Tabell 7

ANOVA (variensanalyse) for forskjellen mellom gradert sykmeldte, yrkesaktive og sykmeldte 100 %

	df	F	η^2	p
Stress	4	17.755	.25	<.001
Helse samlet	2	27.900	.20	<.001
Helse fysisk	2	34.588	.25	<.001
Helse psykisk	2	29.769	.21	<.001

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

Post-Hoc analysen, Hochbergs GT2, viste en signifikant forskjell ($p < .05$) mellom yrkesaktive ($M=1.50$, $SD = .71$) og gjennomsnittet til gradert sykmeldte ($M=1.89$, $SD = .84$) og sykmeldte 100 % ($M=1.85$, $SD = .85$) for variabelen stress. Det var ingen signifikant forskjell ($p > .05$) mellom gjennomsnittet til gradert sykmeldte og 100 % sykmeldte.

For helsevariabelen gjaldt de samme effektene med en signifikant forskjell ($p < .05$) mellom yrkesaktive ($M=1.21$, $SD=.42$) med de to andre gruppene, gradert sykmeldte ($M = 1.49$, $SD= .53$) og sykmeldte 100 % ($M=1.44$, $SD= .52$). Gjennomsnittsforskjellen mellom gradert og 100 % sykmeldte var heller ikke her signifikant forskjellig ($p < .05$).

For fysisk helse var det samme tendens med en signifikant forskjell ($p < .05$) mellom yrkesaktive ($M=1.23$, $SD=.48$) og de to andre gruppene gradert sykmeldte ($M=1.62$, $SD=.73$) og sykmeldte 100 % ($M=1.48$, $SD=.66$). Det samme gjaldt også for psykisk helse ($M=1.12$, $SD=.36$) for yrkesaktive mot gradert sykmeldte ($M=1.35$, $SD=.61$) og 100 % sykmeldte ($M=1.29$, $SD=.62$) hvor effekten var signifikant ($p < .05$).

Personer i full jobb har dermed signifikant best helse og opplever minst stress sammenlignet med begge de to andre gruppene. Det ble ikke funnet en signifikant forskjell for verken helse eller stress mellom gradert sykmeldte og 100 % sykmeldte.

Toveis ANOVA

For å sjekke H4-H8 ble det benyttet toveis variansanalyser. Analysene vil presenteres for hver hypotese, hvor interaksjonseffekten blir presentert først og deretter hovedeffekten for forholdet mellom prediktor og utfallsvariablene stress og helse.

H4 – Tilrettelegging. I denne hypotesen ble forholdet mellom tilrettelegging og utfallsvariablene helse og stress undersøkt, moderert av om de er gradert sykmeldt eller i fullt arbeid.

Interaksjonseffekten. For interaksjonseffekten ble det ikke funnet et signifikant resultat ($F(2) = .379$, $p = .684$, $\eta^2 = .0004$) for utfallsvariablen stress. Tilrettelegging moderer altså ikke signifikant forholdet ulikt for personer som er gradert sykmeldt.

For interaksjonseffekten mellom tilrettelegging og helse ble det heller ikke funnet en statistisk signifikant modell for verken helse samlet ($F(2) = .690$, $p = .558$, $\eta^2 = .001$), fysisk helse ($F(2) = .207$, $p = .828$, $\eta^2 = .0002$) eller psykisk helse ($F(2) = 1.613$, $p = .200$, $\eta^2 = .002$).

Tabell 8

Toveis ANOVA (variensanalyse) for interaksjonsforholdet for personer i full jobb og gradert sykmeldte for prediktorvariablen tilrettelegging

	df	F	η^2	p
Stress	2	.379	.0004	.68
Helse samlet	2	.690	.001	.58
Helse fysisk	2	.207	.002	.83
Helse psykisk	2	1.613	.002	.20

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

Interaksjonseffektene viser altså at det å tilhøre en av gruppene, personer i full jobb eller gradert sykmeldt, ikke påvirker hvordan helse og stress forandrer seg. Dette muliggjør undersøkelser av hovedeffekten mellom prediktorvariablen tilrettelegging og utfallsvariablene.

Stress. Det ble funnet en signifikant modell for forholdet mellom tilrettelegging og utfallsvariablen stress ($F(2) = 8.254$, $p < .01$, $\eta = .009$). Stress er signifikant forbundet med tilrettelegging, hvor desto høyere grad av tilrettelegging leder til mindre stress. Post-Hoc

analysen viste at gjennomsnittforskjellen for tilrettelegging og stress var mellom alle gruppene. Den største differansen var mellom høy grad av tilrettelegging ($M=1.41$, $SD=.63$) og lite eller ingen tilrettelegging ($M=1.73$, $SD=.81$), men det var også en signifikant effekt for noe tilrettelegging ($M=1.59$, $SD=.75$) og begge de andre gruppene ($p < .05$).

Helse. For helse ble det ikke funnet en signifikant modell for tilrettelegging ($F(2) = .124$, $p = .883$, $\eta^2 = .0001$). For fysisk helse ble det heller ikke funnet en statistisk signifikant modell med tilrettelegging ($F(2) = .207$, $p = .813$, $\eta^2 = .0002$).

For psykisk helse ble det funnet en statistisk signifikant sammenheng ($F(2) = 3.225$, $p = .04$, $\eta^2 = .04$). Post-Hoc-analysen viste en signifikant modell ($p < .05$) mellom mye tilrettelegging ($M=1.12$, $SD=.35$) og noe tilrettelegging ($M=1.18$, $SD=.44$) hvor de med mye tilrettelegging har signifikant bedre psykisk helse enn de med middels grad av tilrettelegging.

Tabell 9

Toveis ANOVA (variensanalyse) for forholdet mellom tilrettelegging og utfallsvariablene stress og helse

	df	F	η^2	p
Stress	2	8.254	.009	<.01**
Helse samlet	2	.124	.0001	.88
Helse fysisk	2	.207	.0002	.81
Helse psykisk	2	3.225	.004	.04*

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

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

H5 – Arbeidsmengde. Utgangspunktet for hypotesen var at arbeidsmengde vil påvirke helse og stressnivå negativt, hvor det ble undersøkt for om graderte sykmeldte i større grad ble påvirket enn personer i full jobb.

Interaksjonseffekten. For utfallsvariabelen stress ble det ikke funnet en statistisk signifikant effekt mellom utvalgene gradert sykmeldte og yrkesaktive ($F(2) = 2.948$, $p = .053$, $\eta^2 = .002$).

For helse samlet ble det heller ikke funnet en statistisk signifikant modell ($F(2) = 2.839$, $p = .095$, $\eta^2 = .002$), og det gjaldt også fysisk helse ($F(2) = .2147$, $p = .117$, $\eta^2 = .002$), og psykisk helse ($F(2) = 2.445$, $p = .087$, $\eta^2 = .002$).

Tabell 10

Toveis ANOVA (variensanalyse) for interaksjonsforholdet for personer i full jobb og gradert sykmeldte for prediktorvariabelen arbeidsmengde

	df	F	η^2	p
Stress	2	2.948	.002	.053
Helse samlet	2	2.839	.002	.098
Helse fysisk	2	2.147	.001	.117
Helse psykisk	2	2.445	.003	.087

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

Stress. Det ble funnet en signifikant modell for sammenhengen med arbeidsmengde og utfallsvariabelen stress ($F(2) = 11.412$, $p < .05$, $\eta^2 = .008$). Post-Hoc analysen viste at sammenhengen var mellom alle gruppene hvor høy arbeidsmengde ($M = 2.81$, $SD = 1.15$) opplevde mest stress, deretter middels arbeidsmengde ($M = 2.23$, $SD = 1.02$), mens personer med liten arbeidsmengde ($M = 1.77$, $SD = .115$) opplevde minst stress.

Helse. For helse samlet ble det ikke funnet en signifikant modell ($F(2) = .708$, $p = .49$, $\eta^2 = .001$). For fysisk helse ble det heller ikke funnet en statistisk signifikant modell for hovedeffekten for arbeidsmengde ($F(2) = .663$, $p = .52$, $\eta^2 = .001$), og det samme gjaldt psykisk helse ($F(2) = .466$, $p = .63$, $\eta^2 = .0003$).

Tabell 11

Toveis ANOVA (variensanalyse) for forholdet mellom prediktorvariabelen Arbeidsmengde og utfallsvariablene

	df	F	η^2	p
Stress	2	11.412	.008	<.05*
Helse samlet	2	.708	.001	.49
Helse fysisk	2	.663	.001	.52
Helse psykisk	2	.466	.003	.63

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η = effektstørrelse

* $p < .05$

H6 – Arbeidsmengde og tilrettelegging. Arbeidsmengde ble videre undersøkt ved å sammenligne interaksjonseffekten av arbeidsmengde og tilrettelegging for utfallsvariablene. En signifikant modell har allerede blitt funnet for å beskrive forholdet mellom arbeidsmengde

og utfallsvariablene som viste at arbeidsmengde samvarierte signifikant med stress ($p < .05$), men ikke med helse ($p > .05$). Det kan likevel tenkes å påvirke opplevd helse signifikant forskjellig selv om arbeidsmengde ikke påvirker helse signifikant.

Interaksjonsmodellen for stress. For utfallsvariabelen stress ble det funnet en signifikant interaksjonsmodell ($F(2) = 5.065$, $p < .05$, $\eta^2 = .11$) som vist i tabell 12. For alle gruppene vil arbeidsmengde føre til mer stress og tilrettelegging lede til mindre stress. Det er dog funnet en forskjell for hvor stor effekt arbeidsmengde har for stress påvirket av hvor mye tilrettelegging personen opplever. Det signifikante forholdet kommer av at stor grad av tilrettelegging hadde særlig stor effekt for opplevd stress ved stor arbeidsmengde.

For liten grad av tilrettelegging vil det være en gradvis økning i stress om arbeidsmengden øker. De med minst arbeidsmengde opplever minst stress ($M=1.93$, $SD=1.1$), og de med størst arbeidsmengde opplever mest ($M=2.91$, $SD=1.16$).

For personer med middels tilrettelegging vil resultatene være ganske like som for liten grad av tilrettelegging. En jevn økning fra liten arbeidsmengde ($M=1.78$, $SD=.907$) som opplever minst stress til stor arbeidsmengde som opplever mest stress ($M=2.99$, $SD=1.09$). Det er altså ingen stor forskjell mellom hvordan lite og middels tilrettelegging påvirker hvor mye stress en opplever av arbeidsmengde.

Ved mye tilrettelegging vil utviklingen være noe annerledes ved ulik arbeidsmengde. Personer med liten arbeidsmengde opplever minst stress ($M= 1.74$, $SD=.93$) og personer med middels arbeidsmengde ($M=2.23$, $SD=1.02$) opplever noe mer stress, og omtrent den økningen som en ser også ved liten til ingen tilrettelegging og middels tilrettelegging. For personer med stor arbeidsmengde ser en dog en markant endring fra de andre to gruppene ($M=2.32$, $SD=1.02$). Her øker opplevelsen av stress betraktelig mindre enn for personer med noe tilrettelegging og ingen tilrettelegging. Ergo har høy grad av tilrettelegging omtrent utjevnet forskjellen mellom noe og stor arbeidsmengde for opplevd stress, og vist en signifikant virkning på opplevelsen av stress sammenlignet med middels og liten til ingen tilrettelegging ($p < .05$). Det kan dermed synes som om tilrettelegging er særlig viktig ved stor arbeidsmengde.

Interaksjonseffekt for helse. For helse ble det ikke funnet en statistisk signifikant interaksjonsmodell ($F(2) = 1.057$, $p = .376$, $\eta^2 = .002$). Det ble heller ikke funnet en signifikant interaksjonsmodell for fysisk ($F(4) = .646$, $p = .630$, $\eta^2 = .01$) eller psykisk ($F(4) = .1332$, $p = .256$, $\eta^2 = .03$) helse. Som vist i tabell 12.

Tabell 12

Toveis ANOVA (variansanalyse) for interaksjonsforholdet mellom arbeidsmengde og tilrettelegging sitt forhold for utfallsvariablene

	df	F	η^2	p
Stress	2	5.065	.11	<.05
Helse samlet	2	1.057	.002	.376
Helse fysisk	2	.646	.001	.646
Helse psykisk	2	1.332	.003	.256

Note. df= frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

H7 – Autonomi. Hensikten med denne hypotesen var å undersøke om det å ha ulik grad autonomi var signifikant forskjellig mellom utvalgene gradert sykmeldte og personer i full jobb for utfallsvariablene helse og stress.

Stress fant ingen statistisk signifikant interaksjonsmodell ($F(2) = .098$, $p = .907$, $\eta^2 = .0002$). Det samme gjaldt for de øvrige interaksjonsmodellene, helse samlet ($F(2) = .045$, $p = .956$, $\eta^2 = .0003$), fysisk helse ($F(2) = .164$, $p = .849$, $\eta^2 = .0001$) og psykisk helse ($F(2) = 1.153$, $p = .316$, $\eta^2 = .0004$).

Tabell 13

Toveis ANOVA (variansanalyse) for interaksjonsforholdet mellom gradert sykmeldte og Yrkesaktive for prediktorvariabelen autonomi

	df	F	η^2	p
Stress	2	.098	.0002	.907
Helse samlet	2	.045	.0003	.956
Helse fysisk	2	.164	.0001	.849
Helse psykisk	2	1.153	.0004	.316

Note. df= frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

Stress. For hovedeffekten ble det funnet en signifikant modell for forholdet mellom autonomi og stress ($F(2) = 10.802$, $p < .05$, $\eta^2 = .008$). Post-Hoc analysen viste en signifikant forskjell mellom alle gjennomsnittene ($p < .05$). Høy ($M = 1.3$, $SD = .62$) scoret lavest på stress, noe autonomi scoret nest lavest ($M = 1.46$, $SD = .67$), mens lite eller ingen autonomi som forventet scoret høyest på stress ($M = 1.71$, $SD = .79$).

Helse. Forholdet mellom autonomi og helse ble ikke funnet signifikant ($F(2)=.1454$, $p=.234$, $\eta^2=.0001$). Forholdet var heller ikke signifikant mellom fysisk helse og autonomi ($F(2)=.164$, $p=.849$, $\eta^2=.0001$) eller psykisk helse og autonomi ($F(2)=1.319$, $p=.268$, $\eta^2=.001$).

H8 - Sosial støtte. For H8 ble sammenhengen mellom sosial støtte og utfallsvariablene stress og helse undersøkt, moderert av om de var gradert sykmeldt eller i full jobb.

Interaksjonsmodell. For sosial støtte ble det funnet en statistisk signifikant interaksjonsmodell ($F(2) = 4.038$, $p < .05$, $\eta^2=.003$) for forholdet mellom sosial støtte, moderert av om de er gradert sykmeldte eller personer i full jobb, for utfallsvariabelen stress. Det ble også funnet en statistisk signifikant interaksjonsmodell ($F(2) = 4.158$, $p = .016$, $\eta^2=.003$) for forholdet mellom sosial støtte og utfallsvariabelen helse påvirket av om en er gradert sykmeldte eller i full jobb. Det samme gjelder for fysisk ($F(2) = 4.891$, $p = .008$, $\eta^2 = .004$) og psykisk helse ($F(2) = 8.500$, $p < .05$, $\eta^2 = .007$). Det kan altså tyde på at sosial støtte påvirker utvalgene forskjellig.

En påfølgende post-hoc analyse viste at sosial støtte for personer i full jobb gradvis vil sørge for mindre stress. Fra liten sosial støtte ($M=2.84$, $SD=1.21$), til personer som opplever noe sosial støtte ($M=2.40$, $SD=1.06$) og til personer som opplever høy grad av sosial støtte som opplever minst stress ($M=2.04$, $SD=1.02$). For personer som er gradert sykmeldt så vil derimot liten grad av sosial støtte ($M=3.14$, $SD=.69$) lede til bedre helse enn noe opplevd sosial støtte ($M=3.25$, $SD=1.2$). For stor grad av sosial støtte går opplevde stressnivåer ned igjen ($M=2.42$, $SD=.98$). Forskjellen mellom gruppene er altså at liten grad av sosial støtte leder til bedre helse enn noe sosial støtte for gradert sykmeldte. Det er dog et lavt antall respondenter for gradert sykmeldte med liten grad av sosial støtte ($N=7$). Dette diskuteres videre.

For interaksjonseffekten for helsevariabelen viste en post-hoc analyse lignende tendenser mellom gradert sykmeldte og personer i full jobb. Gradert sykmeldte som opplevde liten eller ingen sosial støtte ($N=7$) hadde best helse av samtlige grupper ($M=1.14$, $SD=.37$). De har også bedre helse enn personer med mye sosial støtte for personer som er i full jobb ($M=1.16$, $SD=.38$), som har nest best helse. Forskjellen synes, utenom liten grad av sosial støtte, å være tilnærmet like for gradert sykmeldte og personer i full jobb. Fra noe sosial støtte for gradert sykmeldte ($M=1.56$, $SD=.53$) til høy grad av sosial støtte ($M=1.47$, $SD=.54$) er det en forbedring av helsen, mens det for personer i full jobb for noe sosial støtte ($M=1.25$,

SD=.45) og høy grad av sosial støtte (M=1.16, SD=.38) er en omtrent tilsvarende endring for helsen. De samme resultatene finner en også for fysisk og psykisk helse.

Interaksjonseffekten for både stress og helse kommer dermed fra forskjellen mellom gradert sykmeldte med liten sosial støtte og personer i full jobb med liten grad av sosial støtte.

Hovedeffekten for stress og sosial støtte. Siden den signifikante interaksjonsmodellen var ordinal ble hovedeffekten fra analysen også tolket i denne studien. Resultatet av analysen viste en signifikant modell mellom sosial støtte og stressnivå ($F(2) = 19.595$, $p < .01$). Post-Hoc-analysen fant en signifikant forskjell mellom alle gruppene ($p < .05$) hvor høy grad av sosial støtte (M=1.40, SD=.65) ga minst stress, noe sosial støtte førte til noe mer stress (M=1.63, SD=.76), mens liten eller ingen støtte ga mest stress (M=1.91, SD=.82).

Hovedeffekten for helse og sosial støtte. Som en følge av at det er funnet en disordinal interaksjonseffekt vil ikke de videre resultatene av en toveis-variansanalyse være til å stole på hva gjelder hovedeffekten mellom sosial støtte og helse. Det ble dermed benyttet en enveis ANOVA for helsevariablene for å sjekke dette forholdet for hele utvalget.

For det totale utvalget viste en enveis ANOVA en signifikant modell ($F(2) = 27.113$, $p < .01$, $\eta^2 = .020$) for helse samlet. En påfølgende post-hoc analyse viste en statistisk signifikant ($p < .05$) sammenheng mellom liten grad (M=1.32, SD=.49) av opplevd sosial støtte og høy grad (M=1.18, SD=.39). Det ble også funnet en signifikant forskjell mellom høy grad av sosial støtte og noe opplevd sosial støtte (M=1.29, SD=.47), men ikke mellom noe opplevd sosial støtte og lite eller ingen sosial støtte ($p > .05$). Dette underbygger antagelsen om at sosial støtte påvirker helse positivt, samtidig som en ser at for at det skal få en reell effekt må det være høy grad av opplevd sosial støtte. Statistisk signifikante modeller ble også funnet for fysisk ($F(2) = 16.241$, $p < .01$, $\eta^2 = .012$) og psykisk ($F(2) = 13.197$, $p < .01$, $\eta^2 = .010$) helse. Resultatene fra variansanalysen kan undersøkes i tabell 14.

Tabell 14

ANOVA (variansanalyse) for forskjellen mellom liten eller ingen støtte, noe støtte og høy grad av sosial støtte

	df	F	η^2	p
Helse samlet	2	27.113	.20	<.001
Helse fysisk	2	16.241	.12	<.001
Helse psykisk	2	13.197	.10	<.001

Note. df = frihetsgrad, F = F-ratioen, η^2 = effektstørrelse

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å bidra til større innsikt i hva det vil si å være gradert sykmeldt. Hvilke konsekvenser det får for individets helse og hvilke variabler som særlig kan tenkes å påvirke hvordan det er å være gradert sykmeldt. Få studier har gått i dybden for å undersøke hva det innebærer å være gradert sykmeldt og hvordan variabler som tilrettelegging særlig påvirker denne gruppen.

Kort oppsummert finner denne studien at det å være gradert sykmeldt er mer belastende enn å være i full jobb (100 % yrkesaktiv) og studien finner ingen støtte for at det å være gradert sykmeldt er mindre belastende enn å være sykenærværende. Studien finner heller ikke støtte for at tilrettelegging er særlig effektivt for gradert sykmeldte sammenlignet med personer som er i full jobb. Studien finner heller ikke støtte for at autonomi, sosial støtte og redusert arbeidsmengde påvirker gradert sykmeldte i større grad enn for personer i full jobb. Derimot vil et psykososialt arbeidsmiljø hvor tilrettelegging, autonomi og sosial støtte stimuleres ha en positiv effekt for hele utvalget.

Gjennom åtte hypoteser har den overordnede problemstillingen blitt belyst og alle hypotesene vil i denne delen gjennomgå med tolkning av resultatene. Først vil gradert sykmeldte og sykenærværende diskuteres (H1), før gradert sykmeldte diskuteres opp mot 100 % sykmeldte (H2) og personer i full jobb (H3). Deretter vil hypotesene om tilrettelegging drøftes (H3 og H6), før arbeidsmiljøhypotesene presenteres med arbeidsmengde (H5) og de positive ressursene autonomi (H7) og sosial støtte (H8) i lys av studiens funn.

Studien avsluttes så med metodiske betraktninger, implikasjoner for praksis, anbefalt vei videre for forskning og helt til slutt en konklusjon av studiens overordnede problemstilling.

Gradert sykmeldte og sykenærvær

Det kan sies at gradert sykmelding er en form for sykenærvær, men gjennom en organisert form for sykenærvær var det forventet at helse- og stresseffektene skulle være signifikant bedre enn for personer som skåret høyt på sykenærvær. Det ble gjennomført en uavhengig t-test mellom gruppene for å undersøke hypotesen, hvor denne antagelsen ikke ble støttet for verken helse eller stress. Det kan bety at det å være gradert sykmeldt ikke er signifikant forskjellig fra det å være sykenærværende, med påfølgende konsekvenser for individet.

Hva gjelder målinger av helse er det to sider ved dette. På den ene siden er gradert sykmeldte personer som har sykmelding og dermed personer som er forventet å ha noe

dårligere helse enn gjennomsnittet. På den andre siden er personer med høyt sykenærvær personer som pr. definisjon har legitime sykefraværsårsaker, men som velger å møte på jobb likevel (Aronsson og Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Thun et al., 2013). Det å være sykenærværende er i litteraturen sterkt assosiert med negativ helse, og predikerer dårligere helse i fremtiden (Aronsson og Gustafsson, 2005; Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson og Marklund, 2014). Det var forventet at gradert sykmeldte, som jobber delvis, og som jobber i en tilrettelagt situasjon i det som skal være et samarbeid mellom NAV, lege og arbeidsgiver (NAV.no, 2015b), skulle skille seg markant fra personer som opplever å arbeide mens de burde vært fraværende. Da studien ikke fant denne forskjellen tyder det på at helsesituasjonen for utvalgene er lik.

Spørsmålet blir da hvordan det å være gradert sykmeldt på sikt leder til bedre eller dårligere helse. For stress ble det heller ikke funnet en signifikant forskjell mellom utvalgene. Det kan bety at det er like belastende for et individ å være gradert sykmeldt som å være sykenærværende i et arbeidsmiljø. Det å være gradert sykmeldt kan dermed synes det samme som å være sykenærværende, uten at verken den delvise stillingen eller det ekstra fokuset på oppfølging ser ut til å bidra positivt opplevd stress.

Dette kan indikere at det å være gradert sykmeldt potensielt kan være like negativt for den fremtidige helsen som sykenærvær predikerer (Aronsson og Gustafsson, 2005; Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2014). I forskningen skilles det mellom positivt og negativt sykenærvær, hvor enkelte argumenterer for at sykenærvær kan være positivt for individet hvis det tilrettelegges eller hvis arbeidsmiljøet er hensiktsmessig (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010). Det kan være at også sykenærværende opplever stor grad av tilrettelegging eller et godt psykososialt arbeidsmiljø og at de dermed er som gradert sykmeldte. Det som taler i mot dette er at studien også har funnet at gradert sykmeldte har dårligere helse og opplever mer stress enn personer som er i fullt arbeid. Det er dermed mer belastende å være gradert sykmeldt i utgangspunktet.

En annen årsak kan være at gradert sykmeldte opplever tilsvarende mindre grad av tilrettelegging eller at tilrettelegging ikke har særlig stor effekt for individet og dermed at det å være gradert sykmeldt er som å være sykenærværende; På jobb med nedsatt arbeidsevne uten oppfølging eller effektiv oppfølging. Det kan bety at tilrettelegging og oppfølging har lite å si for utfallsvariablene, og at det muligens kan være andre faktorer ved arbeidsmiljøet som er viktige for om gradert sykmeldte vil få god eller dårlig helse. Tilrettelegging diskuteres videre i diskusjonen.

Det kan også være at gradert sykmeldte opplever press for å komme tilbake i arbeid og at det dermed blir en form for negativt nærværspress (Saksvik, 1996; Thun et al., 2013). Det å være gradert sykmeldt bestemmes i stadig større grad av lege og NAV som har fått enda større makt til å bestemme over individet etter et større fokus på å få folk ut i arbeid (Nossum & Brage, 2015). For fortsatt å være sykefraværende etter 8 uker med sykmelding skal det nå være særskilte medisinske grunner som motsier det, eller at arbeidsplassen ikke har noen mulighet for det (NAV, 2015a; Nossum & Brage, 2015). Det betyr at individet får mindre kontroll over å bestemme om egen helse er god nok til å være i arbeid. Dette kan sørge for å skape mer stress, uten at det nødvendigvis fører til verre helse på sikt. Det kan være at arbeidet blir terapeutisk slik enkelte har hevdet (Mykletun et al., 2010), men samtidig er erfaringen fra nærværspress at det vil være negativt for individets fremtidige helse om det oppleves som et sterkt press (Saksvik, 1996). Sykenærvær kan også oppleves som nærværspress som er negativt for helsen, men valget er i alle fall, i praksis, et eget selvstendig valg (Saksvik, 1996). For gradert sykmeldte kan det oppleves som et direkte press som en ikke kan motsette seg, og det påpekes at tiltak som settes inn ikke må oppleves som press slik at de kan forverre helsen på sikt (Thun et al., 2013). Å være gradert sykmeldt kan dermed oppleves som press for å arbeide, og av den grunn bli like negativ som det å være sykenærværende på tross av oppfølging og tilrettelegging. Dette vil det være viktig å undersøke nærmere praksis på.

Årsakene kan være flere og komplekse. Det som likevel blir viktig er å undersøke hvordan gradert sykmeldte opplever arbeidsmiljøet og hvordan det påvirker de over tid. Registerdata har vist at gradert sykmeldte er sykmeldt for en kortere periode, men en ser samtidig at gradert sykmeldte på generell basis ikke har ført til at antall sykefraværstilfeller har gått ned (Ose et al., 2012). Det er heller ikke noen studier som viser hvordan helsen til gradert sykmeldte endrer seg over tid og hvordan de blir påvirket.

Gradert sykmeldt, 100 % sykmeldt og i full jobb

I den andre og tredje hypotesen ble gjennomsnittforskjellene undersøkt mellom de som er i full jobb, gradert sykmeldt og 100 % sykmeldt. Variansanalysen viste en signifikant forskjell mellom gruppene for både utfallsvariabelen stress og helse. En påfølgende analyse fant en forskjell mellom både personer i full jobb og gradert sykmelding, og mellom personer som var i full jobb og i full sykmelding. Effekten var størst mellom personer i full jobb og gradert sykmeldte, hvor gradert sykmeldte var gruppen med dårligst helse og mest opplevd stress. Gradert sykmeldte var dog ikke signifikant forskjellig fra 100 % sykmeldte for verken helse- eller stressvariabelen.

At personer i full jobb hadde best helse var som forventet siden dette er personer uten sykmeldinger i motsetning til de to andre gruppene. Personer i full jobb opplevde også mindre stress. Selv om dette funnet var som forventet, så poengterer det at gradert sykmeldte er en risikogruppe som trenger ekstra oppfølging. Det å oppleve stress, som kan anses som et misforhold mellom ressurser og jobbkrav, kan på sikt lede til dårligere fysisk og/eller psykisk helse og til slutt utbrenthet i følge noen undersøkelser (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Hakanen et al., 2008).

Sammenligninger mellom gradert sykmeldte og sykmeldte viste ingen signifikante helse- og stressforskjeller. Det er med andre ord ikke noe som tyder på at det å være på jobb sammenlignet med å være hjemme er mer belastende. Dette underbygger ikke antagelsen om at det å være i jobb nødvendigvis er bedre for individet (Mykletun et al., 2010), men samtidig ikke at hvile og rekreasjon er nødvendig slik det er blitt diskutert (Aronsson et al., 2000; Aronsson og Gustafsson, 2005; Thun et al., 2013). Det kan likevel argumenteres med at det er bedre å være gradert sykmeldt fordi de er arbeidsdeltagende og utnytter restarbeidskapasitet og i følge tidligere studier kan tyde på at returnerer til arbeid tidligere (Ose et al., 2012) og i større grad enn personer med sykmelding (Grødem et al., 2015). Funnet kan indikere at på grunn av at det ikke ble funnet forskjell mellom gradert sykmeldte og 100 % sykmeldte, så vil ikke det å være aktivt deltagende i et arbeidsmiljø skape et ekstra stress, men det å ha en nedsatt arbeidsevne. På denne måten kan en si at det er likegyldig om en er på jobb, eller hjemme. Munir et al. (2007) fant i sin studie at det ikke er hvilken form for redusert arbeidsevne som er årsaken til at individet opplever stress i arbeidsmiljøet, men kun det å ha en redusert arbeidsevne. Om det er opplevelsen av å ha redusert arbeidsevne, og ikke nødvendigvis begrensningen i seg selv, så kan det bety at tilrettelegging og oppfølging av personer med nedsatt arbeidsevne kan føre til at opplevd stress blir mindre. Det å være på jobb har vist seg å predikere dårligere mental velvære for sykenærværende enn for sykefraværende (Gustafsson & Marklund, 2014), men kanskje er det mulig å endre den mentale velværen gjennom å tilpasse for individet slik at det blir mindre belastende. Denne studiens funn som tilsier at tilrettelegging kan ha en effekt for psykisk helse underbygger denne antagelsen.

Denne hypotesen underbygger noen av tendensene som er funnet i H1 som understreker viktigheten av mer informasjon om hvordan gradert sykmeldte utvikler sin helse over tid til det verre eller til det bedre. Videre implikasjoner av å være på jobb gjennom gradert sykmelding sammenlignet med å være fraværende over tid bør undersøkes nærmere.

En har til nå for lite kunnskap om effektene det får for individet, annet enn generelle registerdata og antagelser av effekter (Ose et al., 2012; Grødem et al., 2015).

Tilrettelegging

Tilrettelegging ble undersøkt gjennom to hypoteser. I den første hypotesen om tilrettelegging (H4) ble sammenhengen mellom tilrettelegging og utfallsvariablene helse og stress undersøkt hvor det ble forsøkt å finne en interaksjonseffekt mellom utvalgene gradert sykmeldte og personer i full stilling.

For utvalgene ble det ikke funnet noen signifikante interaksjonseffekter gjennom variansanalysen, noe som tilsier at tilrettelegging påvirker utfallsvariablene helse og stress likt for gruppene. Det er ingenting som tilsier at tilrettelegging har noen større effekt på en av gruppene. Det var forventet å finne en effekt med utgangspunkt i at gradert sykmeldte vil trenge flere ressurser (Demerouti et al., 2001) samt at det skal være et sterkere fokus på tilrettelegging for denne gruppen (NAV.no, 2015b).

Gjennom korrelasjonsmatrisen ble det funnet svake, signifikante, korrelasjoner mellom tilrettelegging og utfallsvariablene stress og helse. Dette ble delvis underbygd av variansanalysen som fant en statistisk signifikant sammenheng med stress, men ikke med helse samlet og fysisk helse. Det ble derimot funnet en sammenheng med psykisk helse. At tilrettelegging fører til mindre stress er i overenstemmelse med hvilke krav som gjelder for arbeidslivet jf. arbeidsmiljøloven, (2005) samt tidligere studier (Anema et al., 2004). Det kan tenkes at tilrettelegging inngår som en del av våre jobbressurser som motvirker stress og kan fremme motivasjon (Demerouti et al. 2001).

Det at det ikke ble funnet en signifikant effekt for fysisk helse og helse samlet betyr ikke nødvendigvis det at tilrettelegging ikke kan lede til bedre helse. Studier har vist at stress kan lede til dårlig helse på sikt (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Hakanen et al., 2008), og at mangelen på tilrettelegging dermed på sikt kan predikere dårlig helse. Ut fra ressursmodellen er det også slik ressurser som tilrettelegging vil fungere, og funnene kan dermed sies å underbygge teorien (Demerouti et al., 2001, Johns, 2010). Om tilrettelegging eller mangelen på tilrettelegging har en slik effekt for fremtidig fysisk helse vil det være interessant å undersøke nærmere. Dette gjelder særlig i kombinasjon med hvordan de ansatte opplever sin egen helsesituasjon når de blir tilrettelagt for. Det kan være at tilretteleggingen gjør at de ikke opplever å være sykenærværende gjennom at arbeidet ikke påvirker helsen, og helsen ikke påvirker arbeidet (Rostad et al., 2015). Sammenhengen med tilrettelegging og hvordan egen helsesituasjon oppfattes og utvikles vil være interessant å se på videre.

Studien fant en sammenheng mellom tilrettelegging og psykisk helse, som er et interessant funn i lys av at personer som er sykenærværende opplever dårligere mental velvære (Gustafsson & Marklund, 2014). Tilrettelegging kan dermed i følge denne studien kunne være med å påvirke slik at dette ikke blir tilfelle. Videre undersøkelser av den terapeutiske effekten tilrettelegging kan ha for dårlig psykisk helse vil være interessant å undersøke nærmere og kan si noe om at det kan være terapeutisk å være i arbeid slik det er foreslått (Mykletun et al., 2010).

Et viktig argument for at gradert sykmeldte skal være i arbeidslivet er at de skal få en tilpasset arbeidshverdag og at dette vil hjelpe de gjennom hverdagen (NAV.no, 2015b), og det står også i arbeidsmiljøloven at det særskilt skal tilrettelegges for personer med nedsatt arbeidsevne (2005, § 4-6). Dette særskilte fokuset var forventet å skulle føre til signifikant bedre effekt av tilrettelegging. Det kan da være flere årsaker til at de ikke får en bedre effekt av tilrettelegging. Det kan tenkes at gradert sykmeldte blir tilrettelagt for på lik linje med personer i full jobb og at de dermed ikke har et særskilt fokus. Alternativt kan det være at de opplever mer tilrettelegging, men at denne ekstra tilretteleggingen ikke har noen særlig effekt.

Det skal også poengteres at personer som er gradert sykmeldt opplever en positiv effekt for opplevd stress gjennom å bli tilrettelagt for, bare ikke signifikant mer enn personer som er i full jobb. Det kan da også argumenteres for at dette er nok tilrettelegging, og at det ikke kan forventes at de vil få en større effekt gjennom tilrettelegging. Det som taler i mot dette er funnet i denne studien gjennom H1 som tyder på at sykenærværende og gradert sykmeldte opplever like mye stress i hverdagen. Dette kan indikere at tilretteleggingen ikke fungerer slik den skal eller burde, i og med at det store fokuset på å tilpasse hverdagen for gradert sykmeldte ikke leder til at de opplever mindre stress enn personer som ikke har dette fokuset.

Tilrettelegging er et vidt begrep, og kan omfatte flere typer aktiviteter (Anema et al., 2004). Slik Skaugen (2012) beskriver det norske arbeidsmiljøet, tilrettelegges det i stor grad gjennom fysiske tiltak, hvor få tiltak retter seg mot det psykososiale arbeidsmiljøet. Dette er for det første i strid med hva som foreslås og anbefales av tiltak fra både arbeidsmiljøloven (2005, § 4-2) og Arbeidstilsynet, NAV & Petroleumstilsynet (2015), men som det påpekes også kontraproduktivt også for å hindre fysiske plager (Skaugen, 2012). Hva tilrettelegging er og hvordan det foregår er noe som synes å være lite undersøkt hva gjelder de psykososiale tiltakene.

Tilrettelegging ble undersøkt nærmere i denne studien gjennom H6 og sammenhengen med arbeidsmengde, som undersøkte om arbeidsmengde og tilrettelegging samvarierte mot

utfallsvariablene helse og stress. Her ble det funnet en statistisk signifikant interaksjonsmodell for stress, men ikke for helse. Det viste seg at høy grad av tilrettelegging ga en særlig stor effekt ved stor arbeidsmengde. Stor grad av tilrettelegging påvirket stressnivået både for de med liten arbeidsmengde og de med noe arbeidsmengde, men hadde signifikant større påvirkning for personer med stor arbeidsmengde. Det hjelper altså å tilrettelegge uavhengig av arbeidsmengde, men for belastningen det har for individet vil ikke noe arbeidsmengde og stor arbeidsmengde være så forskjellig så lenge tilretteleggingen er opplevd som mye. Dette indikerer at det å tilrettelegge får særlig stor effekt når behovet kan anses som størst. Det kan sies å underbygge tidligere teori om en anser tilrettelegging som en ressurs som motvirker stress og gir kontroll over arbeidet (Bakker & Demerouti, 2007). I følge krav-kontroll-sosial støtte modellen vil personer med store jobbkraav bli aktive arbeidstakere, mens personer med få jobbkraav vil bli passive arbeidstakere (Karasek & Theorell, 1990). Det kan tenkes at personer med lav eller middels arbeidsmengde blir passive arbeidstakere hvor tilretteleggingen ikke får noen stor effekt fordi det ikke er så stort behov, mens aktive arbeidstakere med høye krav vil gjennom å få ekstra ressurser oppleve en større grad av kontroll over arbeidet som reduserer stressopplevelsen som også leder til motivasjon (Karasek & Theorell, 1990; Schaufeli & Bakker, 2004).

Dette kan bety at en ikke trenger å tilrettelegge for at personer skal få mindre arbeidsmengde, men tilrettelegge arbeidshverdagen slik at individet takler en stor arbeidsmengde gjennom ressurser. Det være seg for både gradert sykmeldte og yrkesaktive, som ikke signifikant forskjellig blir påvirket av å ha en høy arbeidsmengde.

Arbeidsmiljøhypotesene

De resterende hypotesene, H5, H7 og H8, omhandler hvordan ulike arbeidsmiljøfaktorer påvirker individet, og undersøkte hvordan de kan ha sammenheng med opplevelsen av å være gradert sykmeldt.

Korrelasjonsmatrisen viste signifikante korrelasjoner mellom autonomi og variablene tilrettelegging og sosial støtte. Dette kan tyde på at personer som opplever friheten til å styre selv, autonomi, også anser det som tilrettelegging å ha frihet, og at sosial støtte leder til følelsen av autonomi. Dette kan si noe om forholdet mellom ressursene i arbeidsmiljøet og underbygger den dynamiske jobbkraav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007), og vil være nyttig i arbeidet med å legge til rette for et helhetlig arbeidsmiljø.

Arbeidsmengde. H5 undersøkte forholdet mellom arbeidsmengde, moderert av om de var gradert sykmeldt eller i full jobb, og for denne hypotesen ble det ikke funnet en statistisk

signifikant interaksjonseffekt for verken helse- eller stressvariablene. Arbeidsmengde påvirket dermed begge utvalgene likt.

Det innebærer at personer som er gradert sykmeldt ikke opplever mer stress eller har dårligere helse ved stor arbeidsmengde enn det personer i full jobb gjør. Dette kan bety at det å tilrettelegge gjennom å kutte ned på arbeidsmengden for gradert sykmeldte totalt sett ikke synes å være effektivt sammenlignet med personer som er i full jobb. Da vil det heller være hensiktsmessig å foreta seg andre tilretteleggingstiltak. Dette kan indikere at tidligere forskning som finner at lav grad av arbeidsmengde gjør det lettere for personer å returnere tilbake i arbeid (Lindberg et al., 2005), ikke stemmer helt og at arbeidsmengde ikke har så stor betydning. Det kan riktignok være at effekten ved redusert arbeidsmengde gjelder spesielt for de som har vært langtidssykmeldt, noe som ikke er undersøkt i denne studien.

Det ble funnet en sammenheng mellom arbeidsmengde og stress, men ikke mellom arbeidsmengde og helse. Dette underbygger teorien hvor arbeidsmengde inngår i jobbkrav som leder til at individet opplever stress (Demerouti et al., 2001). Det kan altså lede til dårlig helse på sikt, om det ikke veies opp for ressurser i arbeidsmiljøet, men har ikke direkte sammenheng med nåværende helse (Schaufeli & Bakker, 2004). For helse- og omsorgssektoren, som er en sektor hvor kravene og arbeidsmengden kan være vanskelig å gjøre noe med og hvor det har blitt påpekt at det kan være høyere sykenærver (Aronsson og Gustafsson, 2002), vil det bety at arbeidsmengde er mer belastende, men at det kan veies opp for gjennom gode ressurser. Det høye sykefraværet hos denne sektoren (Statistisk Sentralbyrå, 2015a) er dermed ikke nødvendigvis attribuert fra stor arbeidsmengde, men mangelen på ressurser. Dette underbygges av resultatene funne gjennom H6, som tilsier at tilrettelegging kan være med på å redusere effekten av stor arbeidsmengde. Det blir dermed viktig for helse- og omsorgssektoren å legge til rette for at arbeidstakerne har tilstrekkelige ressurser for å veie opp for arbeidsmengden.

Positive ressurser: Autonomi og sosial støtte. De to siste hypotesene undersøkte de positive ressursene autonomi og sosial støtte for å se om de påvirket utvalgene gradert sykmeldte og personer i full jobb forskjellig.

H7 undersøkte om autonomi ville påvirke ulikt ut fra om en var gradert sykmeldt eller i full jobb mot utfallsvariablene stress og helse. Studien fant en negativ sammenheng med stress, men ingen statistisk signifikant interaksjonseffekt. Autonomi påvirker dermed begge gruppene for stress, men ikke signifikant forskjellig.

Det å styre sin egen arbeidshverdag pekes på som en mulig faktor som gjør at helseutfordringer ikke påvirker eller blir påvirket av arbeidet (Rostad et al., 2015). At en kan

styre egen arbeidshverdag kan tenkes at leder til at nedsatt arbeidsevne ikke påvirker situasjonen eller ikke blir negativ for helsen. Denne studien kan underbygge den antagelsen gjennom at autonomi påvirker stress positivt for hele utvalget, men den fant ikke at det var en ekstra styrke å få styre sin egen arbeidshverdag for helsen eller opplevd stress om en gradert sykmeldt. Om det å styre sin egen arbeidshverdag skal bidra til at arbeidet ikke blir oppfattet som merbelastende på tross av at en egentlig har nedsatt arbeidsevne (Rostad et al., 2015), burde også graderte sykmeldte oppleve en signifikant større effekt av en autonom arbeidshverdag. Det gjorde de ikke, og underbygger dermed ikke antagelsen om at autonomi sørger for at helseutfordringer ikke anses som helseutfordringer dersom en også opplever å få styre arbeidsdagen sin selv. Denne sammenhengen foreslås at undersøkes nærmere, i sammenheng med begrepet job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001) for å undersøke hvorvidt ulike former for job crafting, eller individuell styring av arbeidet, kan lede til at helseutfordringer ikke anses som helseutfordringer eller påvirker helsen eller arbeidet.

Funn gjennom registerdata viser at personer som har høy utdanning i større grad får graderte sykmeldinger og dette ble hevdet å ha sammenheng med at disse personene også hadde autonome arbeidshverdager som gjør det lettere å være gradert sykmeldt (Ose et al., 2012).. Da det ikke var tilfellet kan det bety at arbeid preget av høy grad av autonomi ikke har så mye å si, som dermed åpner for en større bruk av gradert sykmeldinger for flere arbeidsgrupper. Dette gir i så fall støtte for en økt bruk av graderte sykmeldinger, uavhengig av om arbeidet er preget av høy grad av autonomi.

H8 undersøkte hvordan sosial støtte påvirket utfallsvariablene helse og stress og om de var moderert av om en var gradert sykmeldt eller i full jobb. Her fant studien både en signifikant interaksjonseffekt for helse og stress. For helse ble det funnet en disordinal interaksjonseffekt hvor gjennomsnittene for de to utvalgene krysser hverandre. Undersøkelsen viste at de med minst sosial støtte opplevde best helse for gradert sykmeldte, før det deretter gikk ned igjen fra noe sosial støtte til stor grad av opplevd støtte. For personer som var i full jobb var effekten at desto mer sosial støtte, desto bedre helse. At liten sosial støtte for gradert sykmeldte skal gi best helse motsier det meste av tidligere antagelser og forskningsfunn (Karasek og Theorell, 1990; Demerouti et al., 2001) om hvordan støtte fungerer. Det er heller ingen teori eller empiri så vidt meg bekjent som indikerer at det er særegent for personer med nedsatt arbeidsevne eller sykdom. Gruppen av gradert sykmeldte som opplever liten sosial støtte var derimot ganske få (N=7), hvor utvalget i tillegg oppgir tilnærmet perfekt helse og liten grad av stress. Det kan dermed være snakk om en helt spesiell gruppe, som ikke nødvendigvis kan generaliseres for en hel populasjon, og spesielt når de andre funnene i

studien ikke samsvarer med denne trenden. Det kan likevel indikere at sosial støtte ikke er like viktig for alle på arbeidsplassen, og at det er andre faktorer for noen som er viktigere for noen.

Hva gjelder effekten mellom sosial støtte og utfallsvariablene helse og stress ble det funnet en statistisk signifikant modell for begge utfallsvariablene. På linje med de andre undersøkte prediktorvariablene i studien påvirket sosial støtte graden av stress, men som eneste undersøkte variabel i denne studien påvirket sosial støtte også den nåværende helsen til individet. Mangler man sosial støtte på arbeidsplassen har det direkte sammenheng med at man også har dårlig helse. Tidligere studier henviser til sosial støtte som en viktig bufferfaktor mot stress og som bidragsyter for å skape kontroll (Karasek og Theorell, 1990) og som en viktig ressurs (Demerouti et al., 2001). Det kan tyde på at sosial støtte ikke bare er viktig for å unngå stress, som denne studien underbygger, men også direkte påvirker individets helse. Selv om ingenting kan tyde på at gradert sykmeldte opplever en større effekt av sosial støtte, er det likevel en nøkkelfaktor for tilrettelegging da det har en direkte sammenheng med helse. Ved liten grad av sosial støtte for sykmeldte kan det tenkes at individet får en negativ spiral.

At sosial støtte på arbeidsplassen har en direkte sammenheng med helse kan støtte antagelsen om arbeidet som terapeutisk under gitte arbeidsmiljøbetingelser (Aronsson & Gustafsson, 2005; Munir et al., 2007; Mykletun et al., 2010). Denne sosiale støtten måler nemlig støtten på arbeidsplassen, og ikke støtten hjemmefra. Slik kan arbeidslivet, slik arbeidsmiljølovens forarbeider ønsker det skal være, utgangspunktet for et godt liv, så fremt individet opplever et sosialt støttende arbeidsmiljø (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, NOU 2004:5). Likevel fremheves det gjennom denne studiens funn at ikke alle har behov for eller har en effekt av, et sosialt støttende arbeidsmiljø slik interaksjonseffekten belyste. Det kan dermed også være interessant å utforske hvorvidt sosial støtte er noe som gjelder alle, eller om enkelte individer ikke vil ha det samme behovet.

Metodiske betraktninger

Under metodiske betraktninger vil begrensninger og ulike valg av metode diskuteres. Datainnsamling og utvalg samt variabler og analysemetoder blir belyst for å se hvordan de kan ha påvirket studiens resultater og muligheten for å generalisere resultatene.

Datainnsamling og utvalg. Studien kan anses for å være en tverrsnittstudie hvor datamaterialet stammer fra en innhenting av informasjon ved ett tidspunkt (Langdridge, 2006). Problemet med et slikt datamaterialet er at det kan være vanskelig å trekke kausale årsak- og virkningssammenhenger. Dette gir særlige utfordringer for problemstillingene

knyttet til hvordan tilrettelegging fungerer og hvordan det å være gradert sykmeldt påvirker helsen over tid. Det er flere hypoteser som finner støtte for at faktorer som tilrettelegging og autonomi påvirker stressnivået, hvor det antas at dette kan lede til dårligere helse med bakgrunn i tidligere teori (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). Samtidig vet en at ressurser kan veie opp for dette, og det er vanskelig å si noe om hvordan ulike ressurser virker inn over tid. Det kan være ressurser som denne studien ikke har undersøkt som gjør at gradert sykmeldte ikke får dårligere helse over tid på samme måte som studier har vist at de med høyt sykenærver får (Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson & Marklund, 2014). Betydningen av longitudinelle studier blir belyst mer under ”veien videre”.

Utforming av spørreskjema var jeg så heldig at det var SINTEF som stod for, med innspill fra enkelte fra NTNU der jeg selv hadde en perifer rolle. Nå har mangelen på påvirkning fra meg selv ført til at jeg til en viss grad var nødt til å tilpasse studien ut fra hvilke muligheter som lå der i spørsmålene. For eksempel var et ønsket mål å se nærmere på tilrettelegging og ulike former for dette, i tillegg til at det hadde vært interessant å undersøke effekten av å være gradert sykmeldt med ulike former gradering slik tidligere studier har undersøkt (Grødem et al., 2015). Det å få et tilnærmet ferdig spørreskjema hvor SINTEF i tillegg sto for datainnsamlingen anses likevel som en stor styrke for studien, hvor det ble servert et bredt og stratifisert utvalg på gullfat med velutviklede og validerte måleinstrumenter som blant annet QPS-Nordic-Short (Skogstad et al., 2001) og sykenærverskalaen (Thun et al., 2013).

Studiens utvalg er hentet fra helse- og omsorgssektoren i Norge. Dette er en sektor som kjennetegnes av noen ekstra utfordringer sammenlignet med arbeidsmarkedet for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13), hvor det kommer til syne gjennom et høyere sykefravær enn gjennomsnittet for alle sektorer (Statistisk Sentralbyrå 2015a). Det er også vist til hvordan det å være gradert sykmeldt kan være en særskilt utfordring for helse- og omsorgssektoren (Ose et al., 2012). Det blir da naturlig å diskutere hvorvidt denne studien kan generaliseres utenfor den sektoren som studien ble gjort på. På tross av at det er noen særegne kjennetegn ved sektoren er fenomenene som er blitt undersøkt i stor grad generelle fenomener som har blitt studert gjennom en rekke ulike kontekster og ulike miljø (Bakker & Demerouti, 2007; Johns, 2010). Den største utfordringen for generalisering gjelder nok graderte sykmeldinger, som kan se forskjellig ut fra ulike typer sektorer. Under ”veien videre” diskuteres dette mer.

Variabler og analysemetoder. Flere av variablene som ble brukt kommer fra validerte måleinstrumenter som for eksempel spørsmålene om autonomi, sosial støtte og

arbeidsmengde som stammer fra QPS-Nordic-Short (Skogstad et al., 2001). Disse spørsmålene ble dog satt sammen til egne skalaer selv, men ble kvalitetssikret gjennom å se på et mål for indre konsistens, Cronbachs alfa(α), hvor de fleste lå tilnærmet lik den anbefalte grensen på .7.

Helse ble målt gjennom to direkte spørsmål om fysisk og psykisk helse. Dette anses som en god prediktor for fremtidig helse (Mæland, 2009), men er likevel ikke helt uproblematisk. Andelen som svarte svært god eller god helse viste seg å være ekstremt mange flere enn personer som svarte dårlig eller svært dårlig helse. Dette skapte da en overrepresentasjon blant de med god helse sammenlignet med de med dårlig helse. Analyse av z-scorer avslørte også at det eksisterte noen uteliggere. Det var likevel ingenting som skulle tilsi at en burde fjernet disse uteliggerne da de ikke ble ansett for å komme av feilaktige målinger. Hva gjelder overrepresentasjonen av de med gode helse er det også forventet blant den norske befolkning at er en større andel personer som anser sin egen helse som god (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2010:13). En annen betraktning som ble gjort med denne variabelen var skillet mellom fysisk og psykisk helse. Det viste seg at få respondenter anså både sin fysisk og sin psykiske helse som dårlig (N=13), slik at en egenlaget sammenslåing av helsevariabelen kunne gi et feilaktig bilde. For å kontrollere at det ikke skulle bli tilfelle i denne studien ble dermed helse undersøkt samlet og fysisk og psykisk helse hver for seg. Ingen resultater viste tegn på at psykisk og fysisk helse påvirket eller ble påvirket signifikant forskjellig. Dårlig og god helse ble altså påvirket likt uavhengig om det var målt samlet eller oppdelt, og understreker også

For analysemetoder som ble brukt i denne studien er dette parametriske analysemetoder med en rekke gitte forutsetninger hvor en av de er at dataene kan måles på nominal eller kategorisk-nivå (Field, 2013). De fleste av variablene i denne studien ble målt på ordinalnivå gjennom bruk av en likert-skala (Langdridge, 2006), og kan dermed sies at burde bli analysert gjennom ikke-parametriske analysemetoder. Argumentet er at en ikke teoretisk kan garantere for at distansen mellom de ulike svaralternativene er lik (Norman, 2010). Denne utfordringen anses likevel ikke som et problem så lenge måleinstrumentene er godt funderte i teori med fornuftige verdier. Det anses som helt akseptabelt å bruke parametriske på likert-data, noe som også har vært tilfelle med forskning i en årrekke (Norman, 2010).

Som nevnt tidligere er også andre statistiske forutsetninger tatt høyde for, som lik varians, uteliggere gjennom z-skårer og grafiske fremstillinger og normalitet gjennom analyser for skjevhet og spissitet (Field, 2013). Det oppstod noen utfordringer med lik varians

som målt av Levenes Test, hvor dette særlig kan være et problem når utvalgene er forskjellig (Field, 2013). Det var de også når forskjellen mellom gradert sykmeldte og personer i full jobb ble målt for de ulike variablene, noe som kan lede til feilaktige slutninger (Ananda & Weerahandi, 1997). Dette ble dog tatt høyde for gjennom et strengt signifikansnivå (Field, 2013).

Hva gjelder valg av analysemetoder ble det anvendt en t-test, enveis ANOVA og en toveis-ANOVA. En toveis ANOVA undersøker både gjennomsnittet opp mot en utfallsvariabel, men også interaksjonseffekten det å tilhøre en gruppe kan få (Field, 2013). En slik analyse kan gi verdifull informasjon om forholdet mellom variabler, men kan også være utfordrende for å finne pålitelig data (McClelland & Judd, 1993; Ananda & Weerhandi, 1997). En slik undersøkelse kan, og spesielt ved ubalanserte grupper som ofte var tilfelle i denne studien, særlig lede til feilaktige slutninger (Ananda & Weerhandi, 1997). Gjennom teoretisk funderte hypoteser og antagelser er det dog antatt at de statistiske funnene ikke er feilaktige i denne studien. En annen utfordring ved en toveis ANOVA er at en interaksjonseffekten kan være vanskelig å oppdage (McClelland & Judd, 1993). Det kan dermed være at interaksjonseffekten er der, men bare ikke funnet gjennom denne studien, slik at studien har begått en type 2 feil (Field, 2013).

Implikasjoner for praksis

Denne studien har belyst en rekke aspekter av det å være gradert sykmeldt i et arbeidsmiljø og hvordan tilrettelegging fungerer og påvirker individet. I denne delen belyses hvordan denne studiens funn kan få betydning for hvordan det arbeides med oppfølging av gradert sykmeldte og hvordan det tilrettelegges.

Graderte sykmeldinger har i denne studien ikke signifikant skilt seg fra sykenærværende hva gjelder helse og stress. Dette får betydning for hvordan en ser på oppfølging og tilrettelegging, som anses som viktige faktorer for å gjøre det å være gradert sykmeldt til noe positivt for individet. Det er særlig samarbeidet mellom NAV, lege og arbeidsgiver som er tenkt til å lede til en oppfølging av individet som ivaretar arbeidsevnen uten at det skal gå utover helsen til individet. Slik som denne studiens resultater tyder på, så har ikke denne ekstra oppfølgingen ført til at stressnivået oppleves som noe annerledes enn for en gruppe personer (høyt sykenærvær), som i longitudinelle studier utvikler dårligere helse over tid enn personer som har hatt sykefravær (Gustafsson & Marklund, 2014). Gradert sykmeldte havner altså i en stor risikogruppe for å havne tilbake på sykefraværstatistikkene eller havne helt utenfor arbeidslivet på grunn av dårligere helse. Dette bør dermed føre til en evaluering av hva det vil si å følge opp en person og konkret hvilke tiltak som gjøres i

samarbeid med arbeidsgiver som sitter på de praktiske løsningene for hver organisasjon. Hva fungerer av tilrettelegging og oppfølging, og hva fungerer ikke?

I tillegg må en vurdere i hvor stor grad andre enn individet selv er med på å presse en avgjørelse om å være gradert sykmeldt. Det blir stadig et økt fokus på å få flere ut i gradert stillinger hvor færre selv får ansvaret for å ta en avgjørelse over egen arbeidsevne (Ose et al., 2012). Det advares mot å innføre tiltak som i for stor grad presser individet tilbake i jobb, da det kan føre til at individet kommer tilbake i jobb, men at helsen blir dårligere og individet etter hvert faller fra arbeidslivet helt eller delvis (Saksvik, 1996; Thun et al., 2013). Om avgjørelsen føles urettferdig for individet og er opplevd som press kan helsen bli verre, og da kan det være det samme som et negativt sykenærvær (Siegriest, 1996; Saksvik, 1996). Slike konsekvenser bør analyseres videre, særlig ved det økte fokuset på at alle skal prøve seg i jobb etter 8 uker (NAV.no, 2015a; Nossen & Brage, 2015).

Andre implikasjoner går på hvordan ulike arbeidsmiljøvariabler bør forstås i en kontekst av gradert sykmeldte og i helsesektoren. Sosial støtte har vist seg som en viktig faktor for helsen til individet, og dermed antas det som en faktor som kan fremme god helse og være med som en faktor som gjør det å være gradert sykmeldt som bedre enn å være sykmeldt. Å legge til rette for gode sosiale arbeidsmiljø er dermed noe enhver organisasjon bør strebe etter. Tilrettelegging viste også en sammenheng med psykisk helse, som kan underbygge viktigheten av det å tilrettelegge og at det å tilrettelegge muligens kan fungere som en buffer mot stress på samme måte som sosial støtte. Autonomi er en annen faktor som også er negativt assosiert med stress, og som på sikt kan tenkes å påvirke helsen til individet. Autonomi er dessuten sterkt forbundet med de andre faktorene, hvor det kan tenkes at sosial støtte, tilrettelegging og ulike grad av arbeidsmengde fører til opplevelsen av autonomi.

Til slutt anbefales det ikke for helse- og omsorgssektoren å kutte i arbeidsmengden. Det å tilrettelegge kan utjevne en stor arbeidsmengde, og det anbefales dermed heller å legge til rette for individene for å takle arbeidsmengden på en best mulig måte. Dette betyr ikke at arbeidsmengde er uvesentlig, da det har en positiv sammenheng med stress, men at det en kan tilføre ressurser i form av tilrettelegging fremfor å kutte ned i antall oppgaver. Høy grad av jobbkrav kombinert med ressurser er dessuten det som er tenkt å gi motiverte arbeidstakere (Bakker & Demerouti, 2007).

Et psykososialt miljø preget av høy grad av sosial støtte, autonomi og tilrettelegging av arbeidsoppgaver synes med andre ord å være viktige faktorer og underbygger dermed jobbkrav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007).

Veien videre

Gradert sykmeldte er etter mitt skjønn et tema som ikke er blitt godt nok belyst i forskningen så langt, og diskusjonsdelen i denne studien løfter frem en del spørsmål som står som ubesvarte hypoteser som burde besvares, hvor det overordnede spørsmålet er; Er det å være gradert sykmeldt en god strategi på sikt?

For å besvare det anbefales først og fremst longitudinelle studier av hvordan det er å være gradert sykmeldt og som dermed undersøker hvordan helsen utvikler seg over tid. Studien bør inkludere hvilke faktorer i arbeidsmiljøet som er viktige for å returnere tilbake i arbeid igjen uten å bli sykmeldt eller på andre måter falle fra arbeidslivet. Evalueringen av gradert sykmeldte (Ose et al., 2013) antok at nedgangen i sykefravær skyldtes at gradert sykmeldte var sykmeldte i en kortere periode, og ikke at antall fraværstilfeller hadde gått ned. Det diskuteres da ikke hvorvidt disse faller fra igjen eller hvordan deres helsetilstand har blitt etter å ha kommet tilbake i arbeid. Denne studien har funn som indikerer at det å være gradert sykmeldt ikke er signifikant forskjellig fra å være sykenærværende, hvor tidligere studier viser at det å være sykenærværende har en negativ effekt for helsen til individet (Aronsson og Gustafsson, 2005, Bergstrøm et al., 2009; Gustafsson og Marklund, 2014). Tidligere studier har likevel vist at også jobb kan være terapeutisk, i alle fall sammenlignet med å være sykmeldt over en lengre periode (Mykletun et al., 2010), så det er ikke nødvendigvis et bedre alternativ å være fraværende.

Tilrettelegging er et annet aspekt som det anbefales studeres nærmere i lys av det samme fenomenet og nedsatt arbeidsevne generelt. Gjennom studier av tilrettelegging kan en få informasjon om hvilke tilretteleggingstiltak som faktisk fungerer og hva som ikke fungerer. Studien har vist at tilrettelegging har en effekt for personers stressnivå og at det kan ha en innvirkning for individets psykiske helse, men lite om hva av tiltak som fungerer annet enn at tilrettelegging demmer opp for stor arbeidsmengde. For å sikre gode tilretteleggingstiltak, både fysiske og psykososiale, er det viktig å ha kunnskap om effekten de har i tillegg til å vite hvordan de kan gjennomføres i praksis.

Avslutningsvis anbefales det at dagens sykelønnsordning ikke bare blir diskutert og nevnt, men også gjort et forsøk på å analysere effekten av med helsefaglig tilnærming. Det er allerede og det vil komme flere, diskusjoner om kutt i sykelønnsutbetaling for både organisasjon og individ (Markussen, 2007; Mykletun et al., 2010; Kolbeinstveit, 2010; Mathisen, 2014). I den sammenheng er det helt nødvendig med god forskning som evner å sette slike type tiltak inn i hva det får for konsekvenser for enkeltindividets helse og velvære. Sykenærvær er blitt mye diskutert og forsket på, og det har også blitt diskutert hva opplevde

strukturelle barrierer vil gjøre med helsen til individet på sikt (Thun et al., 2013), men dette bør kobles direkte sammen med effekten av kutt i sykelønnsordningen for både individ og organisasjon. Det samme bør teorier som innsats-belønningsmodellen (Siegrist, 1996) som har funnet en sammenheng med fremtidig helse og kynisme i organisasjoner for de som opplever urettferdighet mellom innsats og belønning (Taris et al., 2002). Dette nevnes i denne studien som en vei videre fordi det har sammenheng med de samme overordnede problemstillingene som denne studien har diskutert, nemlig; Hvordan kan en tilrettelegge for et lavest mulig sykefravær og samtidig tenke langsiktig for individets helse. Det trenger ikke være motsetninger, men det kan bli det, og da bør forskningen også kunne legge premisser for de avgjørelser som blir fattet.

Konklusjon

Studiens overordnede mål var å komme frem til kunnskap om hvordan det er å være gradert sykmeldt. Ved valg av strategier for sykefraværarbeidet er det viktig at en både tenker på hvordan en kan få ned sykefraværet, men også tenker på at et lavt sykefravær ikke nødvendigvis er forbundet med en frisk arbeidsstokk (Aronsson & Gustafsson, 2005), og at tiltak som er ment for å hjelpe på sikt kan føre til å støte ut arbeidstakere fra arbeidslivet.

Gjennom denne studiens undersøkelser i helse- og omsorgssektoren ble det funnet at det ikke er grunnlag for å si at det er noen forskjell mellom å være sykenærværende og gradert sykmeldt hva gjelder opplevd stress. Det kan dermed tyde på at det å være gradert sykmeldt kan være like belastende som å være sykenærværende, hvor potensielle helseutfordringer må studeres videre. Om det er tilfelle at gradert sykmeldte opplever like belastende arbeidshverdager som sykenærværende sier det både noe om effekten av oppfølging og tilrettelegging som skal være ekstra ressurser for individet, samt at det å være gradert sykmeldt kan bety at helsen blir dårligere sammenlignet med å være fraværende.

Studien har også belyst at tilrettelegging har en effekt for hele utvalget for stressnivået og motvirker den negative effekten av stor arbeidsmengde, og påpekt viktigheten av å legge til rette for autonomi og ikke minst sosial støtte. Om man opplever sosial støtte på arbeidsplassen får det en direkte konsekvens for individets helse, noe som kan bety at det å være på jobb også kan være helsefremmende om det legges til rette for sosialt støttende relasjoner. Studien finner dog ingenting som tilsier at gradert sykmeldte og personer i full jobb blir påvirket ulikt av enkelte arbeidsmiljøfaktorer, og at personer med nedsatt arbeidsevne dermed trenger særskilt psykososial oppfølging.

I sum har denne studien bidratt til å skape noen nye refleksjoner rundt det å være gradert sykmeldt og hvordan tilrettelegge. Disse refleksjonene bør omgjøres til nye studier som i enda større grad kan gi bedre innsikt i langsiktige effekter for gradert sykmeldte.

Referanser

- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, D.C.: Forfatter
- Ananda, M., M., & Weerahandi, S. (1997). Two-Way ANOVA with Unequal Cell Frequencies and Unequal Variances. *Statistica Sinica*, 7, 631–646. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/24306113>
- Anema, J., R., Cuelenaere, B., van der Beek, A., J., Knol, D., L., de Vet, H., C., W., & Van Mechelen, W. (2004). The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occupational & Environmental Medicine* 6(4) 289-294 doi:10.1136/oem.2002.006460
- Arbeidsmiljøloven. Lov 17. Juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. Arbeids- og sosialdepartementet (2001). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2001-2005* (St. Prp. 1, 2001-2002). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-tillegg-nr-1-2001-2002-/id435755/?docId=STP200120020001T01DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=8>
- Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumstilsynet (2015) *Forebygging og tilrettelegging – to sider av samme sak* (3:2015) ISBN 978-82-303-2829-3
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2002). Sjuknärvaro: Förekomst och utvecklingstendenser. *Arbete och Hälsa*, 2002(8), 1–22. Hentet fra <http://hdl.handle.net/2077/4285>
- 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 / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958–966. <http://doi.org/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. <http://doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- 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. <http://doi.org/10.1108/17538351111172590>
- Bakker, A., B., Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. Vol. 22 (3), 309 - 328 . <http://dx.doi.org/10.1108/02683940710733115>

- Barnes, M. C., Buck, R., Williams, G., Webb, K., & Aylward, M. (2008). Beliefs about common health problems and work: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, *67*(4), 657–665. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.008>
- 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), S38–45.
<http://doi.org/10.1097/01.jom.0000126687.49652.44>
- Berge, C. (2012). Internasjonale sammenligning av sykefravær *Økonomiske analyser*, *2*, 24–30. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_201202/oa2012-2.pdf
- 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.
<http://doi.org/10.1007/s00420-009-0433-6>
- Biron, C., & Saksvik, P., O. (2009). Sickness Presenteeism and Attendance Pressure Factors: Implications for Practice. In *International Handbook of Work and Health Psychology, Third Edition* (77–96). <http://doi.org/10.1002/9780470682357.ch5>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499–512.
<http://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- 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.
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, *66*(11), 2281–2295. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.022>
- Ellingsen, K., L., Kjær, E., Labriola, M., Aas, R., W., (2010) *Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær; en kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur*. (IRIS 049), ISBN 978-82-490-0675-5
- Field, A. (2013) *Discovering Statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.) Los Angeles: Sage Publications
- Folketrygdloven. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd.
- Gleinsvik, A., Klingenberg, S., Mastekaasa, A. (2014) *Internasjonal sammenligning av sykefravær: Hovedrapport* (Proba: 2014-5) Hentet fra

- https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rapport_2014_05_internasjonalt_sammenligning_av_sykefravaer_del_2.pdf
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*(1), 75–86. <http://doi.org/10.1037/a0030932>
- Grødem, A., S., Orupabo, J., & Pedersen, A., W. (2015). *Gradert sykemelding. Oppfølging og trygdemottak etter sykepengeperiodens utløp* (Institutt for samfunnsforskning, 2015:005). Hentet fra <http://samfunnsforskning.no/Publikasjoner/Rapporter/2015/2015-005>
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2014). Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occupational Medicine, 64*(1), 49–55. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqt141>
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress, 22*(3), 224–241. <http://doi.org/10.1080/02678370802379432>
- 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 hentet fra <http://www.jstor.org/stable/3100377>
- Henrekson, M., Persson, M. (2004) The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics, Vol. 22, No. 1* 87-113 Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/10.1086/380404>
- Hem, K., G. (2011). *Bedriftenes kostnad ved sykefravær*. (SINTEF rapport, A19052). ISBN 978-82-14-05043-1
- 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 and Medicine, 58*(10), 1857–1868. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00407-6](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00407-6)

- Johansson, G., Lundberg, O., & Lundberg, I. (2006). Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation, 16*(2), 185–195. <http://doi.org/10.1007/s10926-006-9020-9>
- Johansson, P., & Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics, 89*(9-10), 1879–1890. <http://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2004.11.007>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior, 31*(4), 519–542. <http://doi.org/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. <http://doi.org/10.1037/a0025153>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kivimaki, 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. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2003.035873>
- Kolbeinstveit, L., G. (2010, 16. februar). Kutt i sykelønn er rettferdig *Minerva* Hentet fra <http://www.minervanett.no/kutt-i-sykel%C3%B8nn-er-rettferdig/>
- Kostøl, A., R. & Telle, K. (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene *Samfunnsøkonomen* 1, 32-43. Hentet fra https://www.ssb.no/a/filearchive/sykefravaer_kvinner2.pdf
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lie, S., A. (2009). Evaluering av tiltak for å redusere sykefravær *Norsk Epidemiologi 2009; 19* (2) 153-160 Hentet fra <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/585/551>
- Lindberg, P., Vingård, E., Josephson, M., & Alfredsson, L. (2006). Retaining the ability to work - Associated factors at work. *In European Journal of Public Health, 16*, 470–475. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cki190>
- Markussen, S. (2007). Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå? *Søkelys på arbeidslivet 24*(1) s. 63-81 Hentet fra <https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/markussen.pdf>
- Mathisen I., H. (2014, 02. september). De borgerlige ungdomspartiene krever kutt i sykelønn *Dagbladet* Hentet fra

- <http://www.dagbladet.no/2014/09/02/nyheter/innenriks/politikk/sykelonn/sykelonnsordning/35090119/>
- McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, *114*(2), 376–390. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.376>
- Miilunpalo., S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H., (1997). Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population. *Journal of clinical Epidemiology* *50*(5) 517-528 Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9180644>
- 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. <http://doi.org/10.1007/s10926-007-9074->
- 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 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform/id592648/>
- Mæland, J., G. (2009) *Hva er helse?* Universitetsforlaget: Oslo
- NAV. (2015a). Sykepenger til arbeidstakere Hentet 09.02.2016 fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkeskade/Sykepenger/Sykepenger+til+arbeidstakere>
- NAV. (2015b). Gradert sykmelding Hentet 15.02.2016 fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkeskade/Relatert+informasjon/gradert-sykmelding>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education* *15*(5) 625-632 doi.10.1007/s10459-010-9222-y
- Nossen, J., P., Brage, S. (2015). Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepenger – Hvordan påvirkes sykefraværet? *Arbeid og Velferd*, *3*, 61-77. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/aktivitetskrav-og-midlertidig-stans-av-sykepenger-hvordan-p%C3%A5virkes-sykefrav%C3%A6ret>

- NOU 2000: 27. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering — Et inkluderende arbeidsliv*
Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-27/id143251/?ch=1&q=>
- NOU 2004:5. (2004). *Arbeidslivslovutvalget — Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-5/id384819/>
- NOU 2010:13. (2010). *Arbeid for helse- Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*
Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2010-13/id628069/>
- Ose, S., O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K.-G., Johnsen, A., Lippestad, J., Saksvik, P. O. (2009). *Evaluering av IA-avtalen 2001-2009* (SINTEF rapport 78i117.30) ISBN 978-82-14-04794-3
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Reve, S. H., Mandal, R., Jensberg, H., Lippestad, J. (2012). *Sykefravær – gradering og tilrettelegging* (SINTEF rapport A22397). ISBN 978-82-14-05386-9
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. (4th ed.). Berkshire: Open University Press
- Robertson, M., & Swan, J. (2003). “Control - What control?” Culture and ambiguity within a knowledge intensive firm. *Journal of Management Studies*, 40(4), 831–858.
<http://doi.org/10.1111/1467-6486.00362>
- Rostad, I. S., Milch, V., & Saksvik, P. Ø. (2015). Psychosocial workplace factors associated with sickness presenteeism, sickness absenteeism, and long-term health in a Norwegian industrial company. *Scandinavian Psychologist*, 2(11)
<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e11>
- Saksvik, P. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, 3, 47-59. doi: 10.1007/BF01857888
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <http://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Skaugen, B., H. (2012). *Tilrettelegging på arbeidsplassen (Masteroppgave)*. Trondheim: Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet.
- 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(3), 293–315. <http://doi.org/10.1002/job.248>
- Skogstad, A., Lindstrøm, K., Skogstad, A., Knardahl, S., Elo, A., L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V., Ørhede, E. (2001) *Brukerveiledning QPSNord: Generelt spørreskjema om psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet*. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI-rapport 2(1): 2001) Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/288367>

- Statistisk Sentralbyrå (2015a) Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2007) og type sykefravær (prosent) (avslutta serie) Hentet 15.01.2016 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=SykefravaerAar&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=arbeid-og-lonn&KortNavnWeb=sykefratot&StatVariant=&checked=true>
- Statistisk Sentralbyrå (2015b) Endringer i sykefraværstatistikken Hentet 15.12.2015 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/endringer-i-sykefravaerstatistikken>
- Statistisk Sentralbyrå (2016). Sykefraværet går ikke ned. Hentet 15.03.2016 fra <https://www.ssb.no/sykefratot>
- Taris, T. W., Kalimo, R., & Schaufeli, W. B. (2002). Inequity at work: Its measurement and association with worker health. *Work & Stress, 16*(4), 287–301. <http://doi.org/10.1080/0267837021000054500>
- 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. Hentet fra <http://www.sjop.no/index.php/sjop/article/viewFile/355/363>
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a Job : As Active Employees Revisioning Crafters of Their Work. *The Academy of Management Review, 26*(2), 179–201. <http://doi.org/10.2307/259118>

Vedlegg A: Tilbakemelding fra REK



Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Tammert	Telefon: 73597509	Vår dato: 08.05.2015	Vår referanse: 2014/2017/REK midt
			Deres dato: 03.05.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Solveig Osborg Ose
SINTEF

2014/2017 Helseeffekter av ulike skiftarbeids-ordninger i petroleum- og helsesektoren

Forskningsansvarlig: SINTEF

Prosjektleder: Solveig Osborg Ose

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 28.11.2014. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 03.05.2015. Tilbakemeldingen ble vurdert av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Denne REK-søknaden gjelder delprosjekt 1 i NFR-prosjekt nr 237779: Helseeffekter av ulike skiftarbeidsordninger i petroleum- og helsesektoren. Vi har valgt å søke REK separat for de ulike delprosjektene, da prosjektene skiller seg mye fra hverandre metodisk. Delprosjekt 1 er en spørreundersøkelse- og registerdatastudie, der det skal gjøres komparative analyser av ansatte i helsesektoren og petroleumssektoren. I delprosjektet skal vi bruke informasjon fra offentlige registre kombinert med nye spørreskjemadata for å identifisere likheter og ulikheter mellom skiftarbeidere i helsesektoren og skiftarbeidere i petroleumssektoren.

Komiteens prosjektsammendrag

I dette prosjektet skal det gjøres komparative analyser av ansatte i helsesektoren og petroleumssektoren. Formålet er å identifisere likheter og ulikheter i hvordan helse og sykefravær påvirkes av arbeidstidsordningene i disse to sektorene. Totalt 12 000 personer skal forespørres om deltakelse etter skriftlig samtykke. Data skal hentes fra spørreskjema og ulike registre (Arbeidsgiver-arbeidstaker-registeret, Nasjonal Utdanningsdatabase, FD-trygd, Sykefraværregisteret og Reseptregisteret).

Bakgrunn

Prosjektet ble første gang behandlet av REK midt den 28.11.2014. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemeldingen ble mottatt 03.05.2015.

Tilbakemelding

Prosjektleder har besvart spørsmålet om styrkeberegning. Videre forklarer prosjektleder at det er 12 000 medlemmer i hvert av forbundene (Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet) som blir forespurt om deltakelse i studien. Spørreskjema til sykepleiere og hjelpepleiere er ferdigstilt og vedlagt tilbakemeldingen, mens det som gjelder petroleumsansatte og leger i sykehus ettersendes for endelig godkjenning.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

Vurdering

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Reseptregisteret

Vi gjør oppmerksom på at koblinger med Reseptregisteret også må ha tillatelse fra Datatilsynet, og må følge Reseptregisterets prosedyre for kobling.

Kobling arbeidsgiver-arbeidstaker-registeret, Nasjonal Utdanningsdatabase, FD-trygd og Sykefraværsregisteret

Komiteen har ingen innvendinger mot koblingen.

Forbedring av informasjonsskriv

Komiteen ber om at informasjonsskrivet revideres i samsvar med følgende punkter:

- At mal for informasjonsskriv benyttes. Malen er tilgjengelig på våre nettsider (Frister og skjemaer -> Maler for informasjon og samtykke).
- At det må opplyses om at studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.
- At ordene "invitasjon"/"invitere" endres til "forespørsel"/"forespørre".

Vilkår for godkjenning

1. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2014/2017" i emnefeltet. Det reviderte informasjonsskrivet skal sendes komiteen før studien igangsettes.
2. Det ferdigstilte spørreskjemaet til petroleumsansatte og leger i sykehus skal sendes komiteen for godkjenning. Vennligst benytt skjemaet "Prosjektendring".
3. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, protokollen og tilbakemeldingen datert 03.05.2015. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
4. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
5. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 30.06.2017, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Tammert
Seniorkonsulent

Kopi til:randi.e.reinertsen@sintef.no

Vedlegg B: Spørreskjema



Helse og arbeidstidsordninger

Som beskrevet i invitasjonen ønsker vi å spørre deg om forhold knyttet til egen helse og arbeidsplass. For å gjøre spørreskjemaet så kort som mulig, ønsker vi å koble på data som allerede finnes om deg i ulike nasjonale register. Sykefraværsregisteret gir oss opplysninger om sykefraværet ditt og arbeidsforhold tilbake i tid og Reseptregisteret gir informasjon om hvilke medisiner du har hatt behov for å hente ut siden 2004.

For at vi skal kunne koble skjemaet til de ulike registrene vil du bli bedt om å oppgi fødselsdato og personnummer. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og utelukkende av personell med taushetsplikt. Dataene anonymiseres av Reseptregisteret (fødselsnummer fjernes) før de sendes til forskerne i SINTEF, slik at vi ikke kan identifisere deg. Du står fritt til å trekke deg fra undersøkelsen i løpet av de to første månedene etter svarfristen, som er 30. juni 2015. Koblingsnøkkelen slettes av Reseptregisteret etter at endelig kobling er foretatt. Datagrunnlaget anonymiseres når prosjektet avsluttes.

Prosjektet er vurdert og godkjent av en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

Hvis du ønsker å delta, må du samtykke til at spørreskjemaet ditt kan kobles til registrene beskrevet over. Dette gjør du ved å krysse av på samtykkeerklæringen under.

Du kan når som helst gå ut av undersøkelsen og fortsette der du stoppet neste gang du åpner linken.

Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet er med å finansiere prosjektet og oppfordrer sine medlemmer til å delta, se vedlagte brev.

Samtykkerklæring

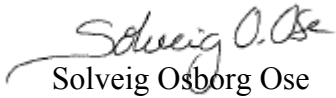
- Ja, jeg samtykker til at spørreskjemaet kan kobles til nasjonale register som beskrevet over.
- Nei, jeg ønsker ikke å delta i forskningsprosjektet.

Spørsmål kan rettes prosjektmedarbeider Silje L. Kaspersen (silje.l.kaspersen@sintef.no, telefon: 95088303) eller prosjektleder Solveig Osborg Ose (solveig.ose@sintef.no, telefon 90728684).

For tekniske problemer med innlogging mm. kan dere ta kontakt med Sentio (post@sentio.no, telefon 90548892).

Lykke til med utfyllingen!

Med vennlig hilsen



Solveig Osborg Ose
Seniorforsker, prosjektleder
prosjektmedarbeider
solveig.ose@sintef.no

Silje L. Kaspersen
Forsker,

silje.l.kaspersen@sintef.no
Telefon: 950 88 303

Merk: Ikke oppgi noen form for helseopplysninger eller annen sensitiv informasjon om deg selv på e-p

Først noen spørsmål om deg

Oppgi ditt fødselsnummer (11 siffer) bestående av fødselsdato (ddmmåå, 6 siffer) og personnummer (5 siffer):

Kjønn: Mann Kvinne

Hva er din nåværende sivile status? (kun ett kryss)

- Gift/registrert partner
 Samboer
 Separert/skilt/eks-samboer
 Enke/enkemann
 Singel

Hvilket land er du i hovedsak vokst opp i?

- Norge
 Skandinavia (utenom Norge)
 Vest-Europa (utenom Scandinavia)
 USA, Canada, Oseania
 Asia, Afrika eller Latin-Amerika
 Nye EU-land i Øst-Europa (Tsjekia, Estland, Ungarn, Latvia, Litauen, Polen, Slovakia, Slovenia, Bulgaria, Romania)
 Øst-Europa ellers

Hvor mange egne barn har du (uavhengig av barnets alder)?

I hvilke aldersgrupper fordeler medlemmene av husstanden din seg? Før opp antallet på hver av linjene der det finnes husstandsmedlemmer. Tell med bonusbarn, fosterbarn og ev. andre barn som bor i husstanden. Ikke regn med eventuelle leieboere og barn som ikke bor i husstanden.

Antall barn 0-2 år	
Antall barn 3-5 år	
Antall barn 6-12 år	
Antall barn 13-17 år	
Antall personer 18 år og over, medregnet deg selv	

Hvilken utdanning har du?

Denne routes etter hvilken liste respondenten er hentet fra, NSF eller Fagforbundet

- Sykepleier
 Sykepleier med spesialisering/videreutdanning
 Annet (hva):

- Hjelpepleier
 Helsefagarbeider
 Omsorgsarbeider
 Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider med videreutdanning
 Ikke formell utdanning
 Annet (hva):

Nedenfor følger noen spørsmål som handler om arbeidslivet og din stilling.

Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren? (tell med tiden før fullført utdanning)

- Mindre enn 6 måneder
 Mellom 6 måneder og 1 år
 1 - 3 år
 4 - 9 år
 10 - 15 år
 16 - 20 år
 Over 20 år

Jeg er for tiden...

- Yrkesaktiv (jobber fulltid eller deltid)
 Delvis sykmeldt (gradert sykmelding)
 Sykmeldt (100%)
 Lønnet permisjon
 Ulønnet permisjon
 Arbeidsledig
 Mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) gjennom NAV
 Permittert
 Annet

Har du lederansvar i stillingen din?

- Nei
 Ja, med personalansvar
 Ja, uten personalansvar (kun faglig ansvar)
 Annet, hva: _____

Hvor arbeider du det meste av tiden?

- A. Kommunal tjeneste
 B. Specialisthelsetjeneste
 C. Privat driftet helsetjeneste
 D. Annet, hva:

Hvilken avdeling/enhet arbeider du i det meste av tiden? (settes opp separat etter svar på forrige spørsmål) (kun ett kryss)

A. Kommunal tjeneste

- Sykehjem
 Hjemmetjeneste
 Psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid
 Tjenester til mennesker med utviklingshemming
 Dagsenter
 Annet, hva

B. Specialisthelsetjeneste

- Somatisk sengepost
 Somatisk spesialavdeling (operasjon, anestesi, intens.)
 Somatisk poliklinikk
 Somatisk rehabilitering
 Psykiatrisk avdeling, døgn
 Psykiatrisk avdeling, poliklinikk
 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, døgn
 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, poliklinikk
 Ambulansetjenesten
 Annet spesialisthelsetjeneste, hva

C. Privat driftet tjeneste

Privat sykehus
 Privat sykehjem
 Annet, hva

Hvor lenge har du vært ansatt hos din nåværende arbeidsgiver? (kun ett kryss)

Mindre enn 6 måneder
 Mellom 6 måneder og 1 år
 1 - 3 år
 4 - 9 år
 10 - 15 år
 16 - 20 år
 Over 20 år

Har du fast eller midlertidig ansettelse i den jobben du har nå? Med midlertidig menes at den er tidsbegrenset. (kun ett kryss)

Fast ansatt
 Midlertidig/vikariat
 Ekstrahjelp/tilkallingsvakt
 Midlertidig gjennom vikarbyrå
 Har enmannsforetak og er leid inn på oppdrag
 Annet (hva):

Hvor stor er den samlede faste stillingsprosenten når du summerer alle stillingene i helsesektoren?

Mindre enn 20 prosent
 20-29 prosent
 30-49 prosent
 50-79 prosent
 80-99 prosent
 100 prosent
 Mer enn 100 prosent

Er du generelt fornøyd med stillingsandelen din?

Ja Nei

Nedenfor følger noen spørsmål som handler om arbeidstidsordning

Hvilken arbeidstidsordning har du?

(Spørsmål om helgevakter og overtid kommer senere)

Kun dagtid
 Kun kveldstid
 Kun natt
 Todelt turnus (dag og kveld)
 Tredelt turnus (dag, kveld og natt)

Har du i tillegg til denne arbeidstidsordningen...

Individuelt tilpasset turnus
 Ønsketurnus
 Langvakt
 Døgnvakt
 Annet, hva?

Hvor lenge har du hatt denne arbeidstidsordningen?

(Kun ett kryss.)

Mindre enn 6 måneder
 Mellom 6 måneder og 1 år
 1 - 3 år
 4 - 9 år
 10 - 15 år
 16 - 20 år
 Over 20 år

Er du generelt fornøyd med arbeidstidsordningen din?

Ja Nei

Dersom det var mulig å bytte arbeidstid, hvilken ordning ville du heller hatt? (kun ett kryss)

Kun dagtid
 Kun kveldstid
 Kun natt
 Todelt turnus (dag og kveld)
 Tredelt turnus (dag, kveld og natt)
 Lange vakter (12-16 timer)
 Døgnvakter (24 timer)
 Ønsketurnus
 Annet, hva?

Hvilken arbeidstidsordning hadde du i din forrige jobb?

(kun ett kryss)

Kun dagtid
 Kun kveldstid
 Kun natt
 Todelt turnus (dag og kveld)
 Tredelt turnus (dag, kveld og natt)
 Annet, hva?

Hvor lenge hadde du denne arbeidstidsordningen?

Antall år: _____ (hengemappe 0-6mnd, 6mnd-2 år, 2-5 år, 5-10 år, mer enn 10 år)

Når var du på jobb sist?

Er på jobb nå
 Mindre enn 1 døgn siden
 1-3 døgn siden
 4-7 døgn siden
 1-2 uker siden
 2-4 uker siden
 Mer enn 4 uker siden

I løpet av de siste 12 mnd, hvor mange ganger har du hatt mindre enn 11 timer fri mellom to vakter?

_____ ganger

Hvor langt fram i tid ser du for deg at du vil kunne jobbe i den type arbeidstidsordning/skift du har nå? (kun ett kryss)

- Til jeg går av med pensjon
- Under ett år
- 1-2 år
- 2-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20 år
- Mer enn 20 år

Dersom det var mulig, hva ville du ha endret (uten at stillingsandelen ble endret)? (flere kryss mulig)

- Ingenting, er veldig fornøyd
- Lengre, men færre vakter
- Kortere, men flere vakter
- Flere vakter i helgene
- Færre vakter i helgene
- Flere vakter i høytider
- Færre vakter i høytider
- Flere dagvakter
- Færre dagvakter
- Flere kveldsvakter
- Færre kveldsvakter
- Flere nattevakter
- Færre nattevakter
- Mer enn 3 ukers sammenhengende ferie
- Annet:

Hvor ofte arbeider du helg? (kun ett kryss)

- Hver uke
- Hver 2. uke
- Hver 3. uke
- Hver 4. uke
- Hver 5. uke
- Hver 6. uke
- Sjeldnere enn hver 6. uke
- Kun tilfeldige helgevakter
- Aldri
- Annet:

Hvor ofte tar du ekstravakter (ut over det som er fastsatt i stillingsprosenten din) (kun ett kryss)

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i måneden
- Ca. én gang i måneden
- Ca. 2-3 ganger i måneden
- Ca. én gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- 4-5 ganger i uka
- Nesten hver dag

Hvor ofte arbeider du ut over vaktens lengde/overtid? (kun ett kryss)

- Aldri
- Sjeldnere enn én gang i måneden

- Ca. én gang i måneden
- Ca. 2-3 ganger i måneden
- Ca. én gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- 4-5 ganger i uka
- Nesten hver dag

Anslå hvor mange timer per døgn du vanligvis bruker på følgende aktiviteter i perioder du jobber din vanlige turnus?

(Ta utgangspunkt i et gjennomsnittsdøgn. Rund av til nærmeste hele time. Skal summeres til 24, summeringen skjer automatisk)

Jobb	
Barn/nær familie (inkl. henting/bringing/aktiviteter/lekser/skoleforberedelser)	
Sosialt samvær med øvrig familie og venner	
Trening/mosjon/turer	
Reisetid til og fra jobb	
Hobbyer	
Husarbeid	
Oppussing av hus	
Handling (mat, klær osv.)	
Måltider (tilberedning og spising)	
Ser på TV/film	
Leser aviser/bøker	
Spill (spillkonsoll, datamaskin, mobil, nettbrett etc.)	
Sosiale medier (Facebook, Instagram, Twitter, Tinder etc.)	
Politisk/sosialt/frivillig arbeid	
Ekstrajobb (dvs. at du har flere arbeidsgivere, ikke regn med overtid)	
Søvn	
Annet - hva	
Totalt	24

Under følger noen spørsmål om sykefravær og sykenærsvær

Har du hatt fravær det siste halve året? (flere kryss mulig)

- Nei, har ikke hatt fravær det siste halve året
- Fravær pga syke barn
- Ja, 1-3 korte sykefravær (egenmelding)
- Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)

- Ja, ett langt fravær (sykmelding) Antall uker:
- Ja, flere lange fravær (sykmelding) Antall uker totalt:
- Ja, er sykmeldt nå (helt eller delvis) Vært det i antall uker:

Hva var hovedårsaken(e) til fraværet/fraværene? (flere kryss mulig)

- Muskel og skjelettlidelser.....
- Hjerte/kar lidelse.....
- Belastningslidelser.....
- Sykdommer i luftveiene (f. eks forkjølelse, astma etc.)
- Sykdommer i huden.....
- Sykdommer i fordøyelsesorganer.....
- Helseplager eller sykdom i svangerskapet.....
- Andre fysiske lidelser (lidelser i kroppen)
- Utslitt av jobb
- Utslitt av andre forhold enn jobb.....
- Utslitt av kombinasjon jobb og hjem
- Psykiske problemer
- Psykisk lidelse (diagnostisert av lege).....
- Søvnløshet (egen).....
- Søvnløshet (som skyldes nattevåk med små barn).....
- Barns sykdom.....
- Foreldres / svigerforeldres sykdom
- Andre familiemedlemmers omsorgsbehov / sykdom.....
- Skilsmisse/samlivsproblemer
- Alkohol/narkotikaproblematikk.....
- Andre årsaker (hva):

Var siste sykefraværsperiode forårsaket av din arbeidssituasjon? (kun ett kryss)

Ja Nei

HVIS JA, kan du utdype årsakene til fravær forårsaket av din arbeidssituasjon i tekstfeltet nedenfor:
(ÅPENT SPM)

SYKENÆRVÆR
Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag? (kun ett kryss)

- Ja, nesten alltid
- Ganske ofte.....
- Ganske sjelden
- Aldri, eller nesten aldri.....

Krever arbeidet ditt så mye konsentrasjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslitt etter en arbeidsdag? (kun ett kryss)

- Ja, nesten alltid
- Ganske ofte.....
- Ganske sjelden
- Aldri, eller nesten aldri.....

Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt? (kun ett kryss)

- Veldig godt
- Godt
- Ikke særlig godt.....
- Dårlig.....

Hvordan føler du deg nå? Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten? (kun ett kryss)

- Meget sterk og opplagt.....
- Sterk og opplagt.....
- Ganske sterk og opplagt.....
- Både - og
- Ganske trøtt og sliten
- Trøtt og sliten
- Svært trøtt og sliten.....

	Helt uenig	Delvis uenig	Både /og	Delvis enig	Helt enig	Ikke aktuelt
Jeg går på jobb selv om formen ikke er på topp						
Jeg kommer på jobb uansett hvordan jeg føler meg						
Jeg kan lett få alternative arbeidsoppgaver om jeg trenger mindre belastning en periode						
Jeg kan tilpasse arbeidsoppgavene selv ved behov						
Det er vanskelig å være i arbeid når jeg er syk						
Jeg opplever at det er positivt for helsa mi at jeg kan komme på jobb med helseplager/sykdom						
Jeg har opplevd at tilpassing av arbeidet har ført til at jeg har kunnet fortsette arbeidet på tross av sykdom						
Jeg har erfart at ledelsen strekker seg langt for å tilpasse arbeidet om jeg har stått i fare for å bli sykmeldt						
Jeg har spurt etter tilpasset arbeid, men ikke fått det						
På grunn av at jeg får arbeidet tilpasset føler jeg meg forpliktet til å gå på jobb selv om jeg burde ha vært hjemme						
Det går ut over mine inntekter om jeg er sykefraværende						
Jeg har blitt tilbudt tilpasset arbeid, men takket nei						
Det er vanskelig å tilpasse mine arbeidsoppgaver						
Jeg opplever at det er negativt for helsa mi at jeg kan komme på jobb med helseplager/sykdom						
Jeg har fortsatt å jobbe i situasjoner hvor jeg burde ha vært sykefraværende fordi jeg følte at jeg måtte						
Jeg har fortsatt å jobbe i situasjoner hvor jeg burde ha vært sykefraværende fordi jeg ønsket det						

Nå følger noen påstander om din nåværende arbeidstidsordning.
(kun ett kryss per linje)

	Stemmer meget godt	Stemmer ganske godt	Stemmer av og til	Stemmer ganske dårlig	Stemmer meget dårlig	Uaktuelt
Jeg er bekymret for at arbeidstidsordningen min skal gå ut over helse mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstidsordningen min gjør at jeg får for lite tid til barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstidsordningen min gjør at jeg får for lite tid til ektefelle/samboer/kjæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstidsordningen min gjør at jeg får for lite tid til øvrig familie/venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstidsordningen min gjør at det er vanskelig å opprettholde et sosialt nettverk privat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeidsmiljø

QPS Nordic-short

	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du for mye å gjøre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er arbeidsoppgavene dine for vanskelige for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utfører du arbeidsoppgaver som du trenger mer opplæring for å gjøre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er dine spesialkunnskaper og ferdigheter nyttige i arbeidet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det fastsatt klare mål for din jobb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du påvirke mengden av arbeid som blir tildelt deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du selv bestemme når du skal ta pauser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet du hva slags oppgaver du kan få en måned frem i tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går det rykter om forandringer på din arbeidsplass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du fornøyd med din evne til å løse problemer som dukker opp i arbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å delta i viktige avgjørelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
Føler du at du kan stole på at venner og familie vil støtte deg hvis det blir vanskelig på jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan er klimaet i din arbeidsenhet?

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
Oppmuntrende og støttende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avslappet og behagelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stivbeint og regelstyrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setter du pris på å være medlem av arbeidsgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
Er gruppen din dyktig til å løse problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bli de ansatte oppmuntret til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre på ditt arbeidssted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det god nok kommunikasjon i din avdeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
Har du lagt merke til om menn og kvinner blir behandlet ulikt på arbeidsstedet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du lagt merke til om eldre og yngre arbeidstakere blir behandlet ulikt på arbeidsstedet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du belønning for velgjort arbeid i din bedrift/virksomhet? (penger, oppmuntring)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hvor meget er ledelsen i din bedrift/ virksomhet opptatt av den ansattes helse og velvære?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Noe uenig	Nøytral	Noe enig	Helt enig
Jeg liker å være opptatt av jobben min mesteparten av tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den største tilfredsstillelsen i livet mitt kommer fra jobben min?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Stress" innebærer en situasjon der en person føler seg anspent, urolig, nervøs, eller engstelig, eller ikke er i stand til å sove om natten, fordi hans eller hennes tanker er opprørt hele tiden.

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	Til en viss grad	Nokså mye	Svært mye
Føler du denne type «stress» nå for tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Negativ adferd på arbeidsplassen
(Hentet fra SUSSH, Bergen)

Hvilke uønskede handlinger eller negative situasjoner har du blitt utsatt for på arbeidsplassen din de siste 6 månedene?

	Aldri	Av og til	Månedlig	Ukentlig	Daglig
Tilbakeholdelse av nødvendig informasjon slik at jobben din ble vanskeliggjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått gjentatte påminnelser om tabber eller feil du har gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedvarende kritikk av din jobb eller arbeidsinnsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At det har blitt spredt sladder eller rykter om deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har kritisert deg som person (for eksempel dine vaner eller bakgrunn), dine holdninger eller ditt privatliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt oversett eller utestengt fra det sosiale fellesskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiendtlighet eller taushet som svar på spørsmål eller forsøk på samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upassende morsomheter på din bekostning fra personer som du kommer dårlig overens med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utskjelt eller utsatt for spontane raseriutbrudd av kollegaer eller nærmeste leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiske overgrep eller trusler om slike overgrep av kollegaer eller nærmeste leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelige pasienter eller pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utskjelt eller utsatt for spontane raseriutbrudd av pasienter eller deres pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiske overgrep eller trusler om slike overgrep av pasienter eller deres pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fra: COPSOQ II short)

Ja, daglig Ja, ukentlig Ja, månedlig

Har du vært utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen i løpet av de 12 siste månedene?

Kolleger Leder Underordnet Pasient/bruker

Om ja, fra hvem? (du kan sette flere kryss)

Ja, daglig Ja, ukentlig Ja, månedlig

Har du vært utsatt for trusler om vold på arbeidsplassen i løpet av de siste 12 månedene?

Kolleger Leder Underordnet Pasient/bruker

Om ja, fra hvem (du kan sette flere kryss)

Ja, daglig Ja, ukentlig Ja, månedlig

Har du vært utsatt for fysisk vold på arbeidsplassen i løpet av de 12 siste månedene?

Kolleger Leder Underordnet Pasient/bruker

Om ja, fra hvem? (du kan sette flere kryss)

Mobbing betyr at en person gjentatte ganger er utsatt for ubehagelig behandling, og at personen finner det vanskelig å forsvare seg selv mot dette.

Ja, daglig Ja, ukentlig Ja, månedlig

Har du vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen din i løpet av de 12 siste månedene?

Kolleger Leder Underordnet Pasient/bruker

Om ja, fra hvem (du kan sette flere kryss)

Her kan du skrive mer om dine arbeidsbetingelser, stress, helse etc.

Din helse

(kun ett kryss per linje)

	Meget god	Ganske god	Moderat	Ganske dårlig	Meget dårlig
Hvordan vil du generelt sett vurdere din <u>fysiske helse</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan vil du generelt sett vurdere din <u>psykiske helse</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du, eller har du hatt?

			Hvis ja, hvor gammel var du omtrent første gang:				Hvis ja, hvor gammel var du første gang:
	Ja	Nei			Ja	Nei	
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Diabetes (sukkersyke) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Hjerneslag/hjerneblødning....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Eksem på hendene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Kroniske smerter/stivhet i muskler og ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Leddgikt (reumatoid artritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Slitasjegikt (artrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Kreftsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Belastningsskader.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel
Psykiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel	Lavt/høyt stoffskifte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> år gammel

1. Har du vært sykemeldt pga. disse plagene det siste året? Ja Nei
2. Har plagene ført til at du har måttet jobbet mindre? Ja Ja, perioder Nei
3. Har plagene ført til at du har redusert din aktivitet i fritiden? Ja Ja, perioder Nei

Hvordan vurderer du din egen arbeidsevne:

(kun ett kryss per linje)

	Meget god	Ganske god	Moderat	Ganske dårlig	Meget dårlig
I forhold til <u>fysiske krav</u> ved jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i forhold til <u>psykiske krav</u> ved jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyker du? Sett kryss og oppgi eventuelt antall sigaretter. En pakke tobakk er ca 50 sigaretter

- Ja, jeg røyker ca..... sigaretter daglig
- Ja, jeg røyker av og til, men ikke daglig sigaretter daglig
- Nei, ikke nå lenger, men tidligere røykte jeg ca
- Nei, jeg har aldri røykt

Om du har sluttet å røyke, hvor lenge siden er det? (ca antall år) år siden

Om du har sluttet eller ikke, omtrent hvor mange år røykte du/har du røykt år

Bruker du snus? Ja, av og til Ja, daglig Nei

Har du de siste to ukene følt deg:**(kun ett kryss per linje)**

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du følt deg:

Nervøs og urolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmålene under handler om hvordan du føler deg.**Velg det svaret som best beskriver dine følelser den siste uka. HADS****Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før**

Avgjort like mye Bare litt.....

Ikke fullt så mye..... Ikke i det hele tatt.....

Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite.....

Ja, ikke så veldig ille.... Ikke i det hele tatt.....

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før Avgjort ikke som før

Ikke som før..... Ikke i det hele tatt.....

Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte..... Av og til

Ganske ofte En gang i blant.....

Jeg er i godt humør

Aldri Ganske ofte.....

Noen ganger..... For det meste.....

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart Ikke så ofte

Vanligvis Ikke i det hele tatt.....

Jeg føler som om alt går langsommere

Nesten hele tiden..... Fra tid til annen

Svært ofte Ikke i det hele tatt.....

Jeg føler meg urolig (som sommerfugler i magen)

Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....

Fra tid til annen Svært ofte.....

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok.....

Ikke som jeg burde Bryr meg som før

Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye Ikke så veldig mye.....

Ganske mye..... Ikke i det hele tatt.....

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

Like mye som før Avgjort mindre enn før.....

Heller mindre enn før... Nesten ikke hele tatt.....

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte Ikke så veldig ofte

Ganske ofte Ikke i det hele tatt.....

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og Tv

Ofte Ikke så ofte

Fra tid til annen Svært sjelden

Har du, eller har du hatt psykiske plager som du har søkt hjelp for

Ja Nei.....

Helseproblemer siste 30 døgn. Under lister vi noen vanlige helseplager, og spør hvor plaget du har vært i løpet av de siste 30 døgn. (SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINT INVENTORY + MineHealth)

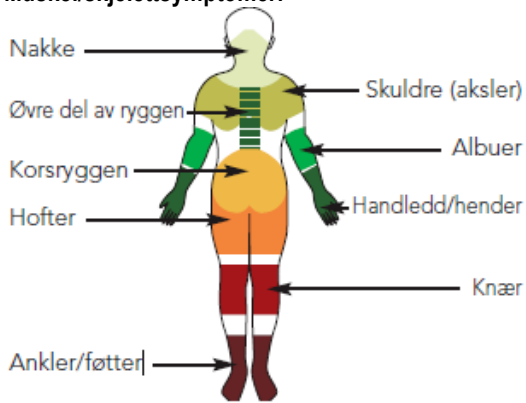
(kun ett kryss per linje, og oppgi omtrent antall dager plagene varte)

	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
Forkjølelse, influensa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoste, bronkitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakkesmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter øverst i ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i korsrygg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i armer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i skuldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank, ekstraslag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustevansker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i føttene ved anstrengelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i knær/hofte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sure oppstøt ("halsbrann").....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sug eller svie i magen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magekatarr, magesår.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mageknip.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Luftplager".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løs avføring, diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstoppelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvite fingre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øyeplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svekket hørsel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øresus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hetetokter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer (egne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer (som skyldes nattevåk med barn).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tretthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, depresjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Circadian Type Inventory – Revised, Bergen

De følgende spørsmål handler om dine daglige vaner og hva du foretrekker. Vær vennlig å svare hva du foretrekker, og ikke hva du kanskje blir tvunget til pga. arbeidsforpliktelser. Gå gjennom spørsmålene så fort som mulig.

	(1) Nesten aldri	(2) Sjelden	(3) Noen ganger	(4) Vanligvis	(5) Nesten alltid
1. Har du en tendens til å trenge mer søvn enn andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvis du måtte gjøre en bestemt jobb midt på natten tror at du kunne gjort den nesten like lett som på et mer normalt tidspunkt på dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Synes du det er vanskelig å våkne opp ordentlig dersom du vekkes opp på et uvanlig tidspunkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liker du å jobbe på uvanlige tidspunkt av døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvis du går til sengs veldig sent, trenger du da å sove utover morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvis du har mye å gjøre kan du da være lenge oppe for å bli ferdig uten at du føler deg for trøtt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler du deg søvngig for en kort periode etter at du har stått opp om morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Føler du det er like lett å arbeid sent om natten som på tidligere tidspunkt av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hvis du må stå opp veldig tidlig en morgen, føler du deg da trøtt hele dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ville du vært like glad for å gjøre noe midt på natten som å gjøre det i løpet av dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Må du stole på en vekkerklokke eller en annen person for å våkne om morgenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muskel/skjelettsymptomer.

Vennligst kryss av alvorlighetsgraden av følgende symptomer du *kan* ha hatt i løpet av *den siste måneden*:

Spørsmål hentet fra MineHealth

(kun ett kryss per linje)

	Ingen	Milde	Moderate	Alvorlige	Svært alvorlige
Nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd eller hånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankel eller fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vennligst kryss av om arbeidsevnen din har blitt begrenset på grunn av smerte i noen av de følgende kroppsdeler i løpet av *den siste måneden*:

(kun ett kryss per linje)

	Ikke i det hele tatt	Litt begrenset	Moderat begrenset	Veldig begrenset	Ikke i stand til å jobbe
Nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd eller hånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedre del av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankel eller fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har ryggsmertene dine ført til smerte, nummenhet eller tap av følelse i beina (under knehøyde) :

	Ja	Nei	Ikke aktuelt
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har nakkesmertene dine ført til smerte, nummenhet eller tap av følelse i arm/armer og ned til hendene :

	Ja	Nei	Ikke aktuelt
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlighet (MINI-IPIP)

Kryss av for det alternativet for hver påstand som best beskriver deg slik du generelt er:

	Veldig feil	Litt feil	Verken feil eller riktig	Litt riktig	Veldig riktig
1. Liver opp i selskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lever meg inn i andres følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Får oppgaver unnagjort med en gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har ofte humørsvingninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har en livlig fantasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snakker ikke mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er ikke interessert i andre menneskers problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Glemmer ofte å sette ting tilbake på rett plass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er avslappet mesteparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er ikke interessert i abstrakte ideer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Snakker med mange forskjellige mennesker i selskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har medfølelse med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Liker orden og struktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Blir lett opprørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har vansker med å forstå abstrakte ideer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Holder meg i bakgrunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er egentlig ikke interessert i andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Roter ting til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Føler meg sjelden nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har ikke god fantasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nå kommer noen spørsmål om fritid, fysisk aktivitet og mosjon.

HUNT2 også brukt i HPS

Hvor ofte driver du mosjon? (går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett).

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uka
- En gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- 4-5 ganger i uka
- Omtrent hver dag

Dersom du driver slik mosjon, så ofte som en eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du vanligvis?

- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett
- Tar det så hardt at jeg blir andpusten
- Tar meg nesten helt ut

Hvor lenge holder du på hver gang? (ta et gjennomsnitt)

- Mindre enn 15 minutter
- 15-29 minutter
- 30 minutter – 1 time
- Mer enn 1 time

Har du anledning til å trene i arbeidstiden?

- Ja Nei

Dersom du har anledning til å trene i arbeidstiden, hvor ofte benytter du deg av tilbudet?

- Regelmessig
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

Har dere trimrom på arbeidsplassen eller andre steder som ansatte på din arbeidsplass fritt/gratis kan benytte?

- Ja Nei

Dersom du har tilgang på trimrom, hvor ofte bruker du det?

- Regelmessig
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

Synes du at du er tilstrekkelig fysisk aktiv?

- Ja Nei

Dersom du ønsker å være mer fysisk aktiv, hva kunne du ønske å gjøre av ulike typer fysiske aktiviteter? (sett gjerne flere kryss)

- Jeg ønsker ikke å være mer fysisk aktiv
- Gå på tur i nærmiljøet
- Fjellturer
- Fotball
- Håndball
- Innebandy

- Trene på helsestudio
- Jogge
- Svømme
- Drive friidrett
- Gå turer i skog og mark
- Ishockey
- Gå på skøyter
- Gå på ski
- Kjøre alpint
- Sykle
- Klatre inne i klatrevegg
- Curling
- Orientering
- Hanggliding, fjellklatring eller annen ekstremsport
- Annet

Ta stilling til følgende påstander og angi hvor godt de passer for ditt forhold til fysisk aktivitet.
(kun ett kryss per linje)

	Stemmer meget godt	Stemmer ganske godt	Stemmer av og til	Stemmer ganske dårlig	Stemmer ikke
Jeg er ikke den sporty typen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prioriterer å jobbe eller studere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg foretrekker andre ting (f. eks se en film eller lese en bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er for dyrt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler noen å gjøre det sammen med.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke helse til det (sykdom/skader)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler tilbud her jeg bor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for å bli skadet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har lyst, men har ikke kommet i gang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er for sjenert til å delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg for gammel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prioriterer heller å være sammen med familien/barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg starter ofte, men klarer sjelden å følge opp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forsøker du å ha et sunt kosthold?

- Ja, jeg prøver å ha et sunt kosthold, men lykkes dårlig ..
- Ja, jeg prøver å ha et sunt kosthold og lykkes i perioder
- Ja, jeg prøver å ha et sunt kosthold og lykkes godt
- Nei, jeg har ikke fokus på kosthold.....

Anslå din nåværende vekt (hele kg)

Vekt nå:

--	--	--

Hvor høy er du (cm)?

--	--	--	--

cm

Er du fornøyd med vekta di nå?

- Ja Nei, for lett Nei, for tung

Alkoholbruk (HUNT3)

Er du total avholdsmann/-kvinne?

- Ja.....
- Nei.....

Om nei på forrige:

ALKOHOLBRUK

28 Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? (Regn ikke med lettøl)

- 4-7 ganger pr. uke..... Ca 1 gang pr. måned..
 2-3 ganger pr. uke..... Noen få ganger pr. år.
 ca 1 gang pr. uke Ingen ganger siste år..
 2-3 ganger pr. måned..... Aldri drukket alkohol...

29 Har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 uker? Ja Nei

Hvis ja:

- Har du drukket så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)? Nei.....
 Ja, 1-2 ganger
 Ja, 3 ganger eller mer

30 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker? (Regn ikke med lettøl) (Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

	Øl	Vin	Brennevin
Antall glass	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31 Hvor ofte drikker du 5 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning?

- Aldri..... Ukentlig.....
 Månedlig Daglig.....

Hvor ofte bruker du andre rusmidler?

- Svært ofte
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

Hvor ofte bruker du sovemedisin?

- Svært ofte
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

Pengespill (LIE-BET-QUEST)

Har du noen gang følt behov for å spille for mer og mer penger? Ja Nei

Har du noen gang løyet for mennesker som er viktige for deg, om hvor mye du spiller?

Ja Nei

I det følgende kommer noen spørsmål om deg og din familie**Omtrent hvor stor er din egen brutto årsinntekt? Regn også med pensjon, trygd, biinntekter, renteinntekter o.l.**

- Under 200 000 kroner
- 200 000-299 999 kroner
- 300 000-399 999 kroner
- 400 000-499 999 kroner
- 500 000-599 999 kroner
- 600 000-699 999 kroner
- 700 000-799 999 kroner
- 800 000 kroner eller mer

Omtrent hvor stor er hele husstandens brutto årsinntekt? Regn også med pensjon, trygd, biinntekter, renteinntekter o.l.

- Under 200 000 kroner
- 200 000-399 999 kroner
- 400 000-599 999 kroner
- 600 000-799 999 kroner
- 800 000-999 999 kroner
- 1 000 000-1 199 999 kroner
- 1 200 000-1 399 999 kroner
- 1 400 000-1 599 999 kroner
- 1 600 000 kroner eller mer

Hvis du er gift/samboende/partner – hva er din partners høyest fullførte utdanning? (NB – dette og neste spm vises kun for de som har krysset av at de er gift/samboende/partner)

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøyskole
- Videregående skole, yrkesfag (realskole, middelskole) ..
- Videregående skole, allmennfag/studiespesialisering.....
- Høyskole/universitet, mindre enn 4 år
- Høyskole/universitet, 4 år eller mer
- Annet (hva):

Hva gjør din ektefelle/samboer/partner?**(sett ett kryss)**

- Lønnet arbeid
- Hjemmeværende
- Uføretrygdet/AAP
- Sykmeldt
- Arbeidsledig/arbeidssøker
- Pensjonist
- Annet

Hva er/var dine foreldres høyeste utdanning?**(sett ett kryss for far og ett for mor)**

- | | Far | Mor |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Grunnskole eller lavere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1-2-årig videregående skole (for eksempel
realskole eller yrkesskole) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3-årig videregående skole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Universitet eller høyskole, mindre enn 4 år | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Universitet eller høyskole, 4 år eller mer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har det i løpet av det siste året hendt at husstanden har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig o.l.?

- Ja, ofte
- Ja, av og til
- Nei, aldri

Har husstanden hatt problemer med å betjene eventuell kredittkortgjeld eller forbrukslån de siste 5 årene?

- Ja, ofte
- Ja, av og til
- Nei, aldri
- Uaktuelt, bruker ikke kredittkort/forbrukslån

Åpne spørsmål:**Ser du for deg at du er i samme type jobb som nå om 5 år?**Ja Nei

HVIS NEI, hvilken type jobb tror du at du har da? (Beskriv)

Hva er de største fordelene ved å ha en slik arbeidstidsordning som du har? (Beskriv kort)**Hva er de største ulempene med å ha en slik arbeidstidsordning som du har? (Beskriv kort)****Er det andre ting vi ikke har spurt om som du ønsker å formidle i forhold til helse og arbeidstidsordninger?**

Tusen takk for at du deltok i undersøkelsen!