



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum, avdeling for folkehelsefag

Malin Søvting

Bacheloroppgave

Potensielle årsaker og kjønnsforskjeller- En litteraturstudie om sykefraværet i Norge

Potential causes and gender differences-
A literature study about sickness absence in Norway

Folkehelse, med fokus på fysisk aktivitet
2013-2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

Disse tre årene på Bachelor i Folkehelse ved Høyskolen i Hedmark går nå mot slutten. Det har vært noen lærerike år som er fylt med oppturer og noen nedturer. Jeg ser tilbake på tiden min ved studie som lærerikt, morsomt, intenst, litt frustrerende og ikke minst har jeg møtt fantastiske mennesker og fått venner og erfaringer for livet.

Det er med litt vemodig stemning jeg sitter her og skriver mine forord på denne bacheloroppgaven som nå går mot slutten. Denne prosessen har vært svært krevende for meg, men allikevel spennende, lærerik og jeg sitter igjen med mye ny kunnskap både om temaet og meg selv.

Avslutningsvis vil jeg takke min kjære mor for hjelp med gjennomlesning, retting og innspill gjennom store deler av prosessen. Vil takke søsteren min for gjennomlesing og oppmuntrende ord, og kjæresten min for tålmodighet når motivasjonen var på bunn. Jeg vil også takke veilederen min, Svein Barene, for gode innspill og tilbakemeldinger underveis. Tilslutt vil jeg takke mine medelever for tre fine år som folkehelsestudent ved Høyskolen i Hedmark.

Elverum, 2. Mai, 2016.

Malin Søvting

Sammendrag

Forfatter: Malin Søvting.

Tittel: Potensielle årsaker og kjønnsforskjeller- En litteraturstudie om sykefraværet i Norge.

Problemstilling: *Potensielle årsaker til sykefravær i den generelle yrkesaktive befolkningen i Norge, og en betraktning av kjønnsforskjeller knyttet til dette.*

Teori: Her presenterer jeg først en del teori rundt helse og livskvalitet, og går inn på temaer som salutogenese, begrepet Sence of Coherence og faktorer som påvirker helsen. Videre presenteres sosial ulikhet i helse og sosioøkonomiske faktorer. Avslutningsvis ser jeg på arbeid og dens påvirkning av helse i tillegg til faktorer som kan forebygge sykefravær.

Metode: Litteraturstudie.

Resultater og diskusjon: Det kan tyde på at det er andre faktorer enn dårlig helse som også spiller inn, og påvirker risikoen og terskelen til å ta sykefravær. Det ser ut til at eventuelle familieforhold eller andre faktorer i livet både i barndom og nåtid, kan spille en rolle for sykefraværet. Psykososiale og/eller organisatoriske faktor på arbeidsplassen ser også ut til å være risikofaktorer til sykefraværet i Norge. Lav sosioøkonomiskstatus og sosial gradering i samfunnet kan samt ha en innvirkning på sykefraværet. Kvinner har også mer sykefravær enn menn. Denne forskjellen kan se ut til å være vanskelig å forklare og man derfor må se på ett helhetlige bildet av menneskets livssituasjon for å forstå kjønnsforskjellene fullt ut. Det kan ha en sammenheng med kvinners konstante belastning fra både jobb og hjemmet, eller være slik at kvinner faktisk er mer sårbare og tåler mindre enn menn.

Konklusjon: Sykefraværsbilde ser ut til å være et komplekst område, med flere avgjørende faktorer. De hyppigste psykososiale og organisatoriske årsaksfaktorene ser ut til å være, for høye arbeidskrav og liten kontroll over eget arbeids, rollekonflikter, høye emosjonelle krav, lite støtte fra ledelsen, monotont arbeid og få muligheter for utvikling. Det ser i tillegg ut til at det er andre, mer personlige faktorer som spiller inn på terskelen til å ta sykefravær, som oppvekst, arv og miljø. Det ser ut til at en helhetlig forskning må til for å forstå sammenhengen i sykefraværet fullt ut.

Begrepsavklaring

LTSTF	Langtidssykefravær
Sykefravær	Fravær fra arbeid på grunnlag av sykdom
Psykiske lidelser/plager	En omfattende gruppe sykdommer og plager som påvirker hele menneske, tanker, følelser, kroppslige forhold, funksjonsnivå, og adferd (Martinsen, 2011)
Muskel -og skjelettlidelser	«Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet» (Folkehelseinstituttet, 2014, s.154).
Psykososiale faktorer	Faktorer i arbeidslivet som påvirker det psykiske og/eller sosiale aspektet.
Organisatoriske faktorer	Faktorer på arbeidsplassen som omgår arbeidets organisering og struktur. Eks. arbeidstid, team, skiftordninger ol.
Helse	«Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s.12)

Livskvalitet	Begrepet sier ofte noe om individets følelse av tilfredshet med tilværelsen, om hvor godt forholdet er til ens nærmeste, trivselen og god funksjon i arbeid, glede ved fritid og evne til fysisk og psykisk utfoldelse (Svartdal, 2009)
Sence of Coherence [SOC]	Opplevelse av sammenheng
Fysisk aktivitet	«Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange andre termer som for eksempel lek, mosjon, idrett, trening, kroppsøving mm. Fysisk aktivitet kan grovt sett defineres som det å bevege seg, å bruke kroppen» (Helsedirektoratet, s.a.).
Sosioøkonomiske faktorer	Faktorer som utdanning, yrke og inntekt.
Psykososialt arbeidsmiljø	«Kvaliteten i personlige og mellommenneskelige relasjoner på jobb» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 300)
Somatiske sykdommer	Kroppslige sykdommer (Helsenett, s.a.).
Høy arbeidsbelastning	Arbeid med høyt stress nivå.

Middels arbeidsbelastning

Aktivt eller passivt arbeid, arbeid man mestrer og har en læringskurve.

Lav arbeidsbelastning

Arbeid med lavt stress nivå.

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
BEGREPSAVKLARING	5
FIGUR -OG TABELLOVERSIKT	10
FIGUROVERSIKT.....	10
TABELLOVERSIKT	10
1. INNLEDNING	11
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	12
1.2 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING	12
1.3 PROBLEMSTILLING	12
2. TEORI	13
2.1 HELSE OG LIVSKVALITET.....	13
2.1.1 <i>Salutogenese</i>	15
2.1.2 <i>Faktorer som påvirker helsen</i>	17
2.1.3 <i>Psykisk helse</i>	19
2.1.4 <i>Fysisk helse</i>	19
2.2 SOSIAL ULIKHET I HELSE	20
2.2.1 <i>Sosioøkonomiske faktorer</i>	20
2.3 ARBEID OG DENS PÅVIRKNING AV HELSE	22
2.3.1 <i>Psykososiale -og organisatoriske faktorer</i>	23
2.4 FOREBYGGING AV SYKEFRAVÆR.....	24
3. METODE	25
3.1 METODE	25
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	25

3.3	LITTERATURSTUDIE	26
3.4	SØKEPROSESSEN	26
3.5	KRITERIER FOR DATAMATERIALET.....	27
3.5.1	<i>Inklusjonskriterier</i>	27
3.5.2	<i>Ekskluderingsprosessen</i>	28
3.6	KILDEKRITIKK.....	28
3.6.1	<i>Validitet og reliabilitet</i>	29
4.	RESULTATER	31
4.1	POTENSIELLE ÅRSAKSFAKTORER TIL SYKEFRAVÆR	31
4.2	KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆRSBILDET	32
5.	DISKUSJON	34
5.1	POTENSIELLE ÅRSAKER TIL SYKEFRAVÆRET I NORGE.....	34
5.2	KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆRET	41
6.	KONKLUSJON	43
	LITTERATURLISTE	45

Figur -og tabelloversikt

Figuroversikt

Figur 1. Den sosiale helsedeterminantmodellen..... s. 17

Tabelloversikt

Tabell 1. Søkeprosessen..... s. 26-27

1. Innledning

Norge har i dag et høyere sykefravær enn andre land (PROBA samfunnsanalyse, 2014 [PROBA]). Denne forskjellen tyder ikke på å ha røtter i verken hvordan sykefraværet måles eller av forskjeller i maksimal varighet eller andre regler for sykemelding (PROBA, 2014). Sammensetningen av arbeidsstyrken eller kjennetegn ved arbeidslivet ser heller ikke ut til å ha vesentlig betydning. Forskning har i midlertid sett på betydningen av sykepengeordningen i Norge, der dette gir grunnlag for å kunne anta at vår sjenerøse sykelønnsordning kan ha en viktig årsak til høyere forekomst av sykefraværet i Norge enn andre land (PROBA, 2014).

I tredje kvartal av 2014 var totalt 5,5% av befolkningen i Norge sykemeldt (NAV, s.a.) og muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er vist å være de to vanligste årsakene til trygdeytelser i Norge (Helsedirektoratet, 2013). Dette er samtidig tilfeller som muligens kunne vært forebygget eller behandlet gjennom tiltak på arbeidsplassen (Helsedirektoratet, 2013). Med riktig og god tilrettelegging fra arbeidsgiver kan arbeid også bidra til en eventuell kortere sykdomsperiode (Helsedirektoratet, 2012). Aktiv arbeidsdeltagelse og et godt arbeidsmiljø ser i tillegg ut til å kunne ha positive effekter på helsen (Helsedirektoratet, 2015).

Det er også vist at kvinner har høyere sykefravær enn menn, noe av denne forskjellen kan forklares ved graviditet, men er ikke her en hovedårsak (PROBA, 2014). En liten del av forskjellen kan også delvis forklares ved forskjeller i yrkes valg, omsorgs byrde og arbeidstid (PROBA, 2014). Mye tyder også på at arbeidsmiljøet har mye å si på sykefraværet, men det er uklart om hvilke spekter ved arbeidsmiljøet som fører til mest sykefravær i Norge (PROBA, 2014). Denne uklarheten ligger til grunn for mitt valg av tema i denne bacheloroppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med viten om at Norge har ett høyere sykefravær enn andre land ble jeg nysgjerrig på hvorfor det var slik, når Norge er et så rikt land og befolkningen gjennomgående har god helse. Jeg har også stilt meg spørsmålet om hvorfor noen velger å gå på jobb til tross for å være fysisk syk mens andre ikke, og hvorfor i utgangspunktet friske mennesker velger å bli sykemeldt. Dette ble utgangspunktet for valg av problemstilling i denne bacheloroppgaven.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Videre ble formålet med denne bacheloroppgaven å forstå sykefraværet i Norge bedre. I oppstart av oppgaven viste det seg at det er mange faktorer som kan spille inn på sykefraværet og at det ble et for stort omfang å gå i dybden på hele sykefraværsbildet. Jeg valgte derfor å ha hovedfokus på de psykososiale og organisatoriske faktorene på arbeidsplassen, da dette er forhold som kan føre til muskel- og skjelett plager og psykiske plager som er viktig å arbeide forebyggende mot, da disse to gruppene er de to vanligste årsakene til trygdeytelser i Norge (Helsedirektoratet, 2013). Jeg skal likevel også se på andre potensielle årsaker til sykefraværet. I oppgaven vil jeg også forsøke å belyse eventuelle kjønnsforskjeller knyttet til sykefraværet.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er;

«Potensielle årsaker til langvarig sykefravær i den generelle arbeidsaktive befolkningen i Norge, og en betraktning av kjønnsforskjeller knyttet til dette».

2. Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori innenfor mitt problemområde for å bidra til å besvare min problemstilling. Her presenterer jeg først en del teori rundt helse og livskvalitet, og videre presenterer jeg temaer som salutogenese, begrepet Sence of Coherence og faktorer som påvirker helsen. Så ser jeg på teori rundt sosial ulikhet i helse og sosioøkonomiske faktorer. Avslutningsvis i dette kapitlet tar jeg for meg arbeid og dens påvirkning av helse i tillegg til faktorer som kan forebygge sykefravær.

2.1 Helse og livskvalitet

Helse er ett kompleks begrep og man er uenige om en fullverdig definisjon (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011). Uenigheten ligger i bakgrunnen ved individuelle oppfatninger av livet og verdimesseige prioriteringer, samt sosiale og kulturelle forhold (Mæland, 2010). Likevel har verdens helseorganisasjon [WHO] definert helse som, «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s.12). Den norske legen Peter F. Hjort har samt definert helse som følgende, «Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2010, s. 24).

Helse kan ofte forstås som en ressurs som gir mennesker styrken til å fungere og kraften til å motstå store påkjenninger man utsettes for gjennom livet (Mæland, 2010). Helse sees ikke bare som fravær av sykdom, men også som en ressurs eller som velbefinnende (Mæland, 2010). En annen tilnærming på helse er den biopsykososial modell, som krever et biologisk, psykologisk og sosialt godt samspill (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011).

Om en person anser seg selv som å ha god eller dårlig helse er svært individuelt (Sletteland & Donovan, 2012). For noen kan en ting svekke helsen som ikke er en avgjørende faktor for andre. Noen kan for eksempel ha kreft, altså være fysisk syk med medisinsk grunnlag, men likevel anse seg selv som å ha god helse. Dette med bakgrunn i det helhetlige bilde på helse (Sletteland & Donovan, 2012). Personer anser ofte seg selv med å ha god helse ved å strekke til i hverdagens krav (Mæland, 2010). De avviker ikke fra det normale sosiale livet, muligheten til å nå sine mål forblir og dette kan være for noen, tiltros for eventuelle feil eller skade i kropp eller sinn, god helse (Sletteland & Donovan, 2010).

Dårlig helse anses ofte som et avvik fra den normale tilstanden (Mæland, 2010). Her tas det utgangspunkt i den normale tilstanden, uten symptomer eller annet tegn på sykdom. Dårlig helse er her en negativ avvikning fra denne standarden og heretter graderes utfra omfang og alvorlighetsgrad (Mæland, 2010).

Ved og se på hva som betraktes som god og dårlig helse vil jeg samt trekke frem livskvalitet. Livskvalitet har flere betydninger og ulike oppfatninger av hvordan ett godt liv skal være (Mæland, 2010). Helse sees som oftest i lyset av det biomedisinske, mens livskvalitet tar for seg det psykologiske og sosiale aspektet (Mæland, 2010). Begrepet livskvalitet omfavner bredere enn helse, men innholdet overlapper hverandre betydelig. «En god helse kan bidra til at man opplever livskvalitet, og livskvalitet kan påvirke helsen» skriver Sletteland og Donovan (2012, s.19). Helse og livskvalitet kan dermed i flere tilfeller sees og være sammenfallende. Ett eksempel fra Sletteland og Donovan (2012, s.20) tilsier at stress over lenger tid kan føre til både dårlig helse og dårlig livskvalitet. Man må likevel skille forutsetningene for god livskvalitet fra livskvalitet i seg selv. Det vil si, om en person eksempelvis har dårlig helse i utgangspunktet, vil ikke det innebære at personen nødvendigvis har dårlig livskvalitet. En

persons livskvalitet kan påvirkes eller reduseres av dårlig helse eller langvarig sykdom, men som nevnt tidligere er det mulig å oppleve livskvalitet selv om helsen er redusert (Sletteland & Donovan, 2012).

2.1.1 Salutogenese

Ved temaet helse er det samt sentralt å nevne den salutogenetiske tenkningen. «Salutogenese kommer fra det latinske ordet «salus», som betyr helse, og det greske ordet «genesis», som betyr opprinnelse, altså opprinnelse til helse» (Sletteland & Donovan, 2012, s.21). Salutogenese er en motsetning til patologien, som vil si læren som sykdom. I den salutogenetiske tenkningen er helse et middel for et godt liv og ikke bare et fremtidig mål (Sletteland & Donovan, 2012).

Aaron Antonovsky var sentral i den salutogenetisk tenkningen (Sletteland & Donovan, 2012). Han var en israelsk-amerikansk professor innen medisinsk sosiologi som levde fra 1923 til 1994 og han var en viktig bidragsyter innen det helsefremmende arbeidet. Antonovsky fokuserte på menneskers ressurser og på enkeltindividets evne til å kunne skape god helse. For å forstå det salutogenetiske spørsmålet om hvorfor noen mestrer stressbelastninger når andre ikke gjør det, utviklet Antonovsky begrepet Sense of Coherence [SOC] (Sletteland & Donovan, 2012).

Sense of Coherence

Sense of Coherence, eller opplevelse av sammenheng oversatt til norsk, er Antonovsky sitt svar på hvorfor noen mennesker klarer seg bra tiltros for store stressbelastninger. Han stilte seg spørsmålet; «hvorfor noen mennesker overvinner motstand, kriser og voldsomme hendelser uten å bli syk» mens andre ikke (Sletteland & Donovan, 2012). Ved høy

stressbelastning hos mennesker blir vi utsatt for en spenningstilstand som på en eller annen måte må løses. Måten mennesker håndterer denne spenningstilstanden på er avgjørende for om tilstanden er helsefremmende eller sykdomsfremkallende (Sletteland & Donovan, 2012).

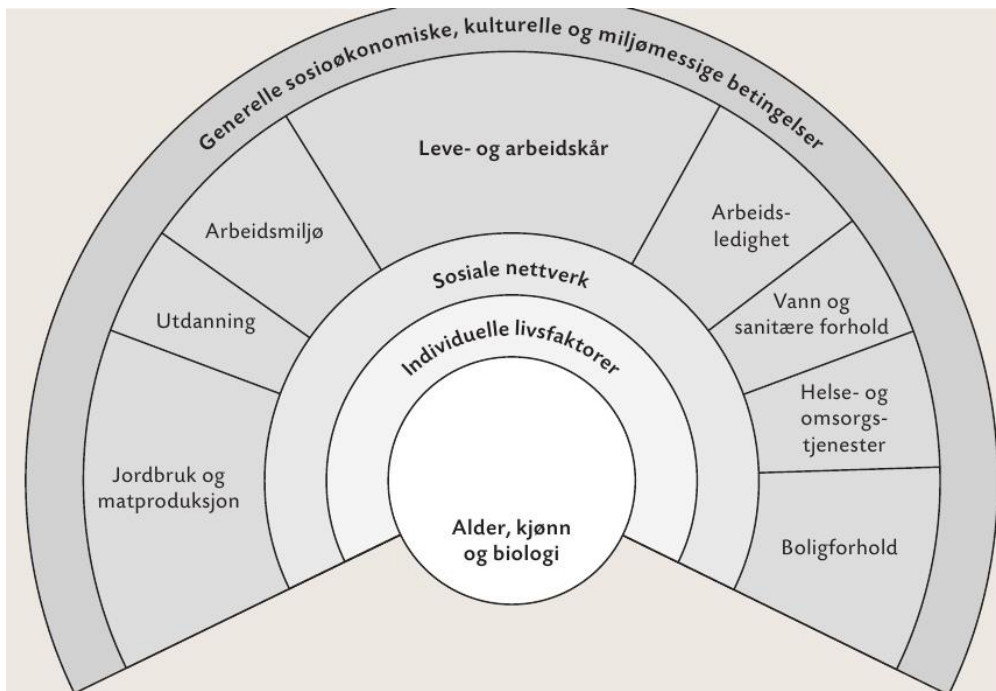
SOC hos enkeltmenneske forutsetter at tre faktorer er tilstede, forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. En hendelse må være forståelig, det vil si at hendelse som skjer rundt en, er begripelig og at man oppfatter hendelsen en blir påvirket av, som både ryddig, strukturert og noe forutsigbar (Sletteland & Donovan, 2012). Hendelsen må være meningsfull, som handler om at opplevelser gir mening, om det er ting i livet det er vært å engasjere seg i og som bidrar til motivasjon. Det blir påpekt at fire faktorer er viktige for opplevelse av meningsfullhet. Indre følelser, personlige relasjoner, aktiviteter som er viktige for individet og eksistensielle temaer (Sletteland & Donovan, 2012). Hendelsen man blir utsatt for må også være håndterbar. Dette handler om å ha følelsen av å ha de rette ressurser og forutsetninger for å klare den angitte oppgaven. Om en hendelse føles lite håndterbar er det lett og få følelsen av å ville gi opp (Sletteland & Donovan, 2012).

Disse tre faktorene i SOC henger tett sammen og vil påvirke hverandre (Sletteland & Donovan, 2012). Antonovsky mener at om disse tre elementene er til stede, ved at individet har en forståelse av hva som skjer rundt en og en opplevelse av at hendelsen har en mening, samtidig som man har troen på, eller forventninger om å håndtere situasjonen på en god måte. Ved å ha disse tre elementene tilstede har man en god mulighet til å mestre påfølgende stressbelastninger. Ved manglende opplevelse av sammenheng, kan dette være risikofaktorer til negativ utvikling eller sykdom hos individer (Sletteland & Donovan, 2012).

2.1.2 Faktorer som påvirker helsen

Dahlgren og Whithead har med tanken om de faktorene som påvirker helsen, utviklet «Den sosiale helsedeterminantmodellen» (referert i Sletteland & Donovan, 2012). Denne modellen viser ulike faktorer som påvirker vår helse og helsevalg. Jo flere faktorer som oppleves som positive eller uproblematisk, jo flere faktorer påvirker helsen vår positivt. Mangel på de positive faktorene, kan gå negativt utover helsen vår (Sletteland & Donovan, 2012). Se figur 1. nedenfor.

Figur 1. Den sosiale helsedeterminantmodellen.



Figur 1. Den sosiale helsedeterminantmodellen. Fra N. Sletteland & R. M. Donovan, 2012, *Helsefremmende lokalsamfunn*, 1. utg., s. 25. Opphavsrett 2011 fra Gyldendal akademisk.

I midten av figuren, ser man enkeltindividet og faktorer som fysiske, genetiske egenskaper, kjønn og alder som er lite påvirkelig. Rundt denne finnes påvirkningsfaktorene som kan justeres og påvirkes (Sletteland & Donovan, 2012).

Den første faktoren er individuelle livsstilsfaktorer, det vil si faktorer som kosthold og fysisk aktivitet (Sletteland & Donovan, 2012). Videre ser man det sosiale nettverket, som er samspillet mellom enkeltindivider og enkeltindivider- og deres nærmiljø. I det tredje laget finner man leve- og arbeidskår, i denne delen finner man individenes mulighet til å ivareta sin egen helse i påvirkning av leve- og arbeidskårene, samt muligheten for matforsyning og tilgang på andre nødvendige tjenester og varer. Den siste faktoren er generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser som påvirker individets nærmiljø samt enkeltmenneskets helse og den generelle folkehelsen (Sletteland & Donovan, 2012).

Individuelle helsedeterminanter

Slike faktorer er sentrale for den sosiale helsedeterminantmodellen. I det store bilde har genetiske faktorer lite betydning, men de biologiske og genetiske faktorene kan si mye om individuell helse. Kvinner og menn for eksempel er svært forskjellige og har ulik sårbarhet (Sletteland & Donovan, 2012). Den gjennomsnittlige levealderen på kvinner i Norge er 83,1 år, mens hos menn er den 78,6 år. Menn er samt mer utsatt for kreft, selvmord og dødsfall som følge av ulykker i tillegg til tidligere død som følge av hjerte -og karsykdom. Det ser samtidig ut til at kvinner lider mer av psykiske plager som depresjoner og symptomer på stress, i tillegg til kroniske tilstander som leddgikt, allergier og skade- og død som følge av familie vold. Det ser også ut til at yngre kvinner er mer utsatt for hodepine, muskel og skjelettlidelser enn menn i samme alder. Det ser også ut til at flere gutter enn jenter anser seg selv som å ha god helse, denne forskjellen ser man samt øke med alderen skriver Sletteland og Donovan (2012). Denne forskjellen kan eventuelt forklares med en mulig forskjell i forståelsen av helse blant kvinner og menn (Sletteland & Donovan, 2012).

Biologisk og genetisk arv som helsedeterminant

Det er få sykdommer som er arvelig belastet og hovedregelen sees å være at det også er miljømessige faktorer som må til for at en sykdom skal bryte ut (Sletteland & Donovan, 2012). Det sies at arveligheten av en sykdom er mellom 30 og 80 prosent. Man kan kanskje si det slik at det er familie og gener som lader revolveren, men det er livsstilen som er avtrekkeren på sykdommens utbrudd, skriver Sletteland og Donovan (2012).

2.1.3 Psykisk helse

Psykisk helse handler om vår indre, følelsesmessige helse. Det vil si vårt følelsesliv, våre tanker og vår adferd (Dahl, 2007). Psykiske lidelser er en omfattende gruppe sykdommer og plager som påvirker hele menneske, tanker, følelser, kroppslige forhold, funksjonsnivå og adferd (Martinsen, 2011). Psykiske helseplager kan være resultater av vanlige menneskelige vansker, som depresjon, utrygghet, mislykkethet, redsel, sorg, engstelse, fortvilelse og ulykkelighet (Dahl, 2007). Omfanget av slike plager og hvordan disse påvirker funksjonsevnen, samt mønster og symptomer avgjør om plagene blir kategorisert som psykiske plager eller en psykisk lidelse (Dahl, 2007).

2.1.4 Fysisk helse

De vanligste helseplagene i Norge er plager i muskel- og skjelettsystemet (Mæland, 2010). 75% av kvinner og 60% av menn oppgir å ha plager i muskel og/eller skjelett på ett gitt tidspunkt. 20% av kvinner og 15% av menn oppgir at plagene er varige (Mæland, 2010). I følge Mæland (2010) kan muligens noe av disse forskjellene bland kvinner og menn forklares ved at kvinner gjennomgående har arbeid som er mer fysisk belastende, samt en dobbelbelastning ved yrkesaktivitet og husarbeid (Mæland, 2010).

2.2 Sosial ulikhet i helse

Sosiale ulikheter i helse kan sees som «enhver form for bestandige og viktige forskjeller i helse mellom sosiale posisjoner innenfor de samme sosiale strukturene» (Sund & Eikemo, 2011, s. 126). Dette inkluderer alle ulikheter i helse som kan forebygges eller som oppleves urettferdige. Slike ulikheter kan samt forstås utfra sosioøkonomisk gradering og sosialklasse, og går inn på ulikheter ved utdanning, yrke og inntekt (Sund & Eikemo, 2011). Sosial ulikhet i helse dreier seg samt om hvordan helsen fordeler seg i sosiale lag i samfunnet, og innad i ulike sosiale lag er det store variasjoner i helsen (Sund & Eikemo, 2011).

2.2.1 Sosioøkonomiske faktorer

Den sosioøkonomiske faktoren utdanning kan sies å måle en persons kognitive kompetanse og utdanningsvalget blir ofte forbundet med foreldrenes status (Sund & Eikemo, 2011). Utdanning sier også noe om senere yrke og inntekt, og er viktig for helsen i den forstand at man er mer mottagelig for kunnskap som kan bidra til å fremme helsen (Sund & Eikemo, 2011) og lettere klare å anvende helseinformasjonen (Strand & Næss, 2009). Ved utdanning er man også mer rustet i møte med helsepersonell og lignende ved bedre kommunikasjons evner, ofte mer reflektert og spørrende, og oppsøker også helsepersonell oftere enn personer med lav utdanning (Sund & Eikemo, 2011).

Videre ser man at inntekt kan være delvis forbundet med utdanningsnivå og er den indikatoren av sosioøkonomisk status som kan forandres på kortest tid. Inntektsnivå kan også reflektere folks samfunnsnivå (Sund & Eikemo, 2011). Sammenhengen mellom inntekt og helse kan sees i størst grad gjennom bedre tilgang til bra bosted, høyere kvalitet på mat, tilgang på bedre og raskere tjenester. Kan også ses en sammenheng mellom høy inntekt og påvirkning på

selvfølelse i tillegg til økt samfunnsdeltagelse. I tillegg kan dette også ses motsatt vei, at personer med dårlig helse ofte taper inntekt (Strand & Næss, 2009).

Deretter ses det at yrke igjen henger tett sammen med utdanning og inntekt (Dahl, 2014). Det ses i stor grad at personer med lav utdanning oftest kommer i fysisk krevende jobber. Dette kan ofte føre til belastningsskader ved for eksempel å løfte feil, mye støy som kan skade hørsel, kraftig temperaturvariasjoner som kulde om vinteren og for høy varme på sommerstid. Dette er alle faktorer som kan påvirke helsen og faktorer som varierer i stor grad etter utdanningsnivå og yrkesvalg (Dahl, 2014).

Lav sosioøkonomisk status

Det er gjennomgående de med lavest sosioøkonomisk status som har dårligst helse skriver Dahl (2014). Sosial ulikhet kan dermed ses på som ett rettferdighetsproblem (Dahl, 2014). Grunnen til dette er at personer i de lavere sosioøkonomiske miljøene frarøves livssjanser og friheten. Det kan også nevnes som en dobbel urettferdighet fordi personer fra lavere sosiale lag både har dårligere levekår, lavere inntekt, slitsomme jobber, i tillegg til at denne gruppen opplever mer sykdom og oftere tidligere død enn personer høyere i de sosioøkonomiske miljøene skriver Dahl (2014). I tillegg kan dette bli ett levekårsproblem, der sviktende helse er en viktig, om ikke den viktigste faktoren som ligger bak ved sosial ekskludering i Norge. Dårlig helse forhindrer i tillegg individers mulighet til å ha et aktivt og sosialt deltagende liv (Dahl, 2014).

Sosiale ulikheter kan samt sees som et velferds- og livskvalitetsproblem (Dahl, 2014). Dette ser man fordi personer med helseproblemer og lav sosioøkonomisk status har langt dårligere forutsetninger for trivsel, generell tilfredshet og livskvalitet (Dahl, 2014). Ved god utdanning

ser men at man som oftest får bedre yrkesstatus og høyere inntekt. Som nevnt tidligere har man blant annet sett en påvirkning på selvfølelsen i tillegg til økt samfunnsdeltagelse ved økt inntekt, som igjen kan bidra med livskvalitetsproblemet (Dahl, 2014). Ved høyere inntekt har man bedre råd og bedre muligheter til å skaffe seg et godt sted å bo, sund mat og de materielle behovene hverdagen krever. Dette kan være en realitet i noen hjem, lavest i det sosioøkonomiske hierarkiet (Dahl, 2014). Ved høyere inntekt kan slike stressfaktorer fjernes, og bidra til en bedre helse.

2.3 Arbeid og dens påvirkning av helse

Arbeid er viktig, både på godt og vondt (Mæland, 2010) Arbeid kan virke helsefremmende mens tap av arbeid kan være en helsebelastning. Arbeid er ikke bare viktig for å tjene til de materielle behovene, det er også viktig for helsen sier Mæland (2010). Arbeid er gunstig for den psykiske helsen vår, dette inkludert for mennesker som allerede lider av alvorlige psykiske lidelser (Martinsen, 2011). Arbeid er forbundet med sosialt felleskap og man har mulighet til å skape identitet og en strukturert hverdag. Arbeidsplassen er blant annet der kunnskapene, ferdighetene og kompetansen vår blir brukt (Knardahl, 2011) og mange knytter sin selvfølelse til dette (Mæland, 2010). Mange føler mestring, selvtillit og følelsen av å være til nytte i en arbeidssituasjon (Mæland, 2010). Arbeid kan samt være med på å bygge et sosialt felleskap, å legge til rette for læring og personlig utvikling (Mæland, 2010). Mange knytter også sin identitet til sitt arbeid (Martinsen, 2011). På den annen siden ser man at arbeid også kan bli forbundet med stress samt fysiske og andre psykiske belastninger som videre kan true helse, trivsel og velvære (Knardahl, 2011).

2.3.1 Psykososiale -og organisatoriske faktorer

Psykososiale faktorer i arbeidslivet kan være risikofaktorer som mobbing, usikkerhet rundt arbeid, rollekonflikter, vold og trusler, og ugunstig kombinasjon mellom krav og kontroll i arbeid. Slike psykososiale krav kan øke risikoen for psykiske lidelser som angst og depresjon, samt muskel- og skjelettlidelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Faktorer ved organisasjonen som kan føre til dårlig helse kan være manglende opplæring og lange arbeidsuker, midlertidige arbeidskontrakter og skiftarbeid kan øke risikoen for skader på arbeid. Tunge fysiske krav og dårlig ergonomisk tilrettelegging kan samt øke risikoen for muskel- og skjelettlidelser (Folkehelseinstituttet, 2014).

Arbeidsplassen kan være årsaken til skade, sykdom og helseplager (Folkehelseinstituttet, 2014). Det kan være faktorer knyttet til det psykososiale eller organisatoriske belastninger, eller fysiske, kjemiske og mekaniske belastninger som ligger til grunn. Slike årsaksfaktorer kan samt være årsaken til sykefravær og trygdeytelser skriver Folkehelseinstituttet (2014).

Arbeidsmiljø er et omfattende begrep som både går inn på det sosiale, psykiske og fysiske miljøet man møter på arbeid (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Fysisk og psykososialt arbeidsmiljø inngår de fysiske og sosiale omgivelsene som påvirker individene og hvordan disse påvirker og blir påvirket av individ og grupper. Begrepet psykososialt arbeidsmiljø blir ofte brukt i arbeid med helse-, miljø- og sikkerhet [HMS] (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Psykososialt arbeidsmiljø kan generelt defineres som «kvaliteten i personlige og mellommenneskelige relasjoner på jobb» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 300), hvor både psykososiale og sosiale faktorer forbindes med arbeid og arbeidsplassen (Kaufmann & Kaufmann, 2015).

Jobbtilfredshet ser i stor grad ut til å henge sammen med følelse av selvstendighet i jobben, gode relasjoner til kolleger, meningsfulle jobber og følelsen av anerkjennelse. Jobbtilfredshet kan defineres som «en evaluerende tilstand som uttrykker ens formodninger, tilfredshet og positive følelser i relasjon på jobb» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 292).

Stress er samt en faktor her og kan sees som ytre påkjenninger som kan føre til sykdom eller kriser. Stress kan samt skyldes en oppsamling av store og små problemer fra dagliglivet som tilslutt kan bli en mer alvorlig belastning (Kaufmann & Kaufmann, 2015).

2.4 Forebygging av sykefravær

Det er kjent at en sund livsstil kan påvirke utviklingen av muskel- og skjelettplager (Mælan, 2010). Personer som røyker rapporterer oftere smerter fra muskler og skjelett, samt at de er mer utsatt for skiveprolaps og osteoporose. Her er fysisk aktivitet et godt eksempel på forebyggende tiltak for å forebygge slike plager (Mæland, 2010). Det er sånn sett nære relasjoner mellom psykiske problemer og muskel- og skjelettplager. Derav kan reduksjon av stress, bekymringer og andre psykososiale belastninger virke forebyggende (Mæland, 2010).

Arbeidsmiljøet kan også sees som en risikofaktor for muskel- og skjelettplager, og 30% av tilfellede ansees og skyldes forhold i arbeidet (Mæland, 2010). Slike forhold ansees delvis å være fysiske belastninger og delvis det psykososiale arbeidsmiljøet. Her er tiltak som ergonomisk tilrettelagt arbeid, rikelig opplæring i løft og viktighet av å regulere arbeidsbelastningen forebyggende (Mæland, 2010). Samt fra det psykososiale perspektiv kan tiltak som forsterker individers sosiale støtte fra medarbeidere og ledelse, og øke arbeidernes kontroll og innflytelse av eget arbeid virke forebyggende (Mæland, 2010).

3. Metode

I dette kapittelet blir metoden som er anvendt i oppgaven beskrevet og jeg går videre inn på søkeprosessen frem mot de anvendte forskningsartiklene. Inklusjons og eksklusjonsprosessen blir gjennomgått i tillegg til kildekritikk og artiklenes validitet og reliabilitet.

3.1 Metode

Metode defineres som «en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare» (Dalland, 2007). Metode kan sies å være det redskapet man bruker for å undersøke noe, et middel for å løse problemer eller finne frem til ny kunnskap. Hvilken metode man velger vil si noe om hvordan man går frem for å innhente det ønskede datamaterialet til forskningen. Valg av metode vil samt belyse forskningsspørsmålet på en faglig god måte og sikre god data (Dalland, 2007).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode bidrar på hver sin måte til å få frem ett helhetlig inntrykk av den verden vi lever i (Dalland, 2012). Disse forskningsmetodene sees i dag til å utfylle hverandre snarere enn å være motsetninger av hverandre (Ringdal, 2013). Kvalitativ metode går ut på å undersøke noe i dybden, og å oppfatte meninger og opplevelser som ikke kan dokumenteres i tall og statistikk (Dalland, 2012). Her er det mening og formålsforklaringer som er av interesse (Ringdal, 2013). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Her er det fokus på å innhente et lite innhold opplysninger om mange undersøkelsesenheter for å finne frem til gjennomsnittlige tall og det representative resultatet (Dalland, 2012). Årsaksforklaringer ligger sentralt ved den kvantitative forskningsmetoden (Ringdal, 2013).

3.3 Litteraturstudie

I denne bacheloroppgaven blir litteraturstudie anvendt som metode. Ett litteraturstudie baserer hele sitt innhold på primærkilder i form av forskningsartikler og rapporter (Axelsson, 2008). Studie skal inneholde en tydelig fremstilling av problemområdet. Innhenting av forskningsartikkellene skal gjennomføres systematisk. Søkeprosessen som blir brukt til å finne frem til artikkellene som skal brukes, skal forklares og gjennomgås grundig (Axelsson, 2008). Ett systematisk litteraturstudie inneholder en analyse av de inkluderte artiklene, samt en presentasjon av resultatene i de enkelte studiene. Alle artiklene som blir anvendt skal kvalitetssikres og det er høye kvalitetssikringskrav som forsikrer leser om gode og riktige resultater (Axelsson, 2008).

3.4 Søkeprosessen

I søkeprosessen frem mot de utvalgte artiklene har jeg søkt i ulike databaser som Oria og Google Scholar. De anvendte databasene er funnet gjennom skolebiblioteket til Høgskolen i Hedmark sine nettsider. Databasen som ble brukt for å finne frem til de anvendte artiklene i denne bacheloroppgaven er Oria. Søkeprosessen ser man i Tabell 1. nedenfor.

Tabell 1. Søkeprosessen.

Database:	Søkeord:	Treff:	Avgrensninger:	Treff etter avgrensning:	Lest abstrakt:	Inkludert:
Oria	Causes long-term sick leave Norway	22	-Fra fagfelleverdert tidsskrift -2010-2016	11	6	3

Oria	Psychosocial long-term sick leave Norway	35	- Fra fagfelle vurdert tidsskrift -2010-2016	12	4	2 (Samme som fra søk 1)
Oria	Health long term sickness absence Norway	206	-Fra fagfelle vurdert tidsskrift -2010-2016	101	11	1

3.5 Kriterier for datamaterialet

I dette litteraturstudie blir pensumlitteratur, i tillegg til en del støttelitteratur brukt. Dette for å dekke det teoretiske grunnlaget av studiet best mulig. I tillegg blir 4 forskningsartikler anvendt for å besvare problemstillingen min.

3.5.1 Inklusjonskriterier

Angående forskningsartiklene og utvelgelsen av disse, ble jeg først sittende og vurdere hva jeg konkret ville se på innenfor det komplekse årsaks bilde for sykefravær. Deretter ble inkluderings kriterier satt.

De valgte inkluderingskriteriene er følgende:

- All forskning skal være fagfellevurdert
- Studiene skal være publisert mellom 2010 og 2016
- Kun studier på den generelle arbeidsaktive befolkningen i Norge

- Studier ved langvarig sykefravær
- Skal ta for seg psykososiale og/eller organisatoriske faktorer til sykefravær
- Alle artiklene skal se på både kvinner og menn
- Alle artiklene skal se på ulike utdanningsnivå

3.5.2 Ekskluderingsprosessen

Gjennom den overnevnte søkeprosessen frem mot forskningsartiklene ble en del forskning ekskludert. Alle artiklene som jeg kom frem til gjennom søkeprosessen min er nøye gjennomgått. I første runde ble alle titler lest og de som hadde klart innhold som tilsa at forskningen ikke var av relevans ble ekskludert. Eksempler på dette er forskning utenfor Norge, feil befolkningsgruppe, kun forsket på ett kjønn eller en konkret yrkesgruppe og ikke den generelle befolkningsgruppen, og sykefraværsgrunn utenfor det psykososiale og/eller organisatoriske spekteret førte til ekskludering. Videre leste jeg sammendragene på forskningsartiklene som var av interesse. Tilslutt gjennomgikk jeg de ni mest aktuelle artiklene. Disse ble nøye analysert og det ble tilslutt valgt ut fire artikler som så ut til å kunne besvare min problemstilling.

3.6 Kildekritikk

Under arbeide frem mot de utvalgte artiklene var det viktig å være kildekritisk for å finne frem til de mest relevante artiklene for min problemstilling. «...kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner» (Dalland & Tygstad, 2012, s.67-68). Når man skal jobbe med og finne relevante og faglige artikler i forbindelse med en slik oppgave som denne bacheloroppgaven, er det viktig å være kildekritisk. I havet av litteratur er det tre viktige faktorer som må til for å plukke ut den rette litteraturen.

Gyldighet, holdbarhet og relevans for den problemstillingen oppgaven ønsker å besvare (Dalland & Tygstad, 2012).

3.6.1 Validitet og reliabilitet

Det settes krav til at metoden som er brukt i ett forskning studiet, følger noen vitenskapelige kunnskapskrav og metoderegler. Forskningen skal gi troverdig kunnskap. Det er derfor krav om validitet og reliabilitet i forskningen (Dalland, 2007). «Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles, må ha relevans og være gyldig for problemet som undersøkes» (Dalland, 2007, s. 48). «Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målingen må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis» (Dalland, 2007, s. 48-49).

Den utvalgte forskningens gyldighet og pålitlighet

Alle artiklene som er inkludert i denne bacheloroppgaven er fra fagfellevurderte tidsskrifter, som viser til at artiklene er vurdert utfra strenge vitenskapelige retningslinjer som tilsier at artiklene er pålitelige. De er datert med nyere dato, som vil si at forskningen er oppdatert. Dette viser til forskningens gyldighet og holdbarhet. Artiklene er samt nøye utvalgt etter inklusjonskriterier, og jeg vil derfor påstå at disse forskningsartiklene er av relevans til mitt problemområde.

Jeg har valgt å inkludere tre forskningsartikler med kvantitativ tilnærming og en studie med kvalitativ tilnærming. De kvantitative forskningene er valgt fordi jeg først og fremst ønsket og se på årsaks bilde ved sykefraværet til den generelle befolkningen i Norge. Jeg valgte i tillegg å inkludere en kvalitativ studie for å få en mer fordypning i den bakenforliggende historien til enkeltindivider. I tillegg inkluderer jeg denne kvalitative studien for muligens å få en bedre

forståelse av ulikhetene blant kvinner og menn i årsaks bilde ved langvarig sykefravær. Dette kan bidra til en bedre belysning av min problemstilling.

4. Resultater

I denne delen av bacheloroppgaven presenterer jeg resultatene fra de fire forskningsartiklene som er valgt ut for å bidra til å besvare min problemstilling. Jeg har valgt å presentere resultatene systematisk gjennom de to hovedpunkter i problemstillingen min.

4.1 Potensielle årsaksfaktorer til sykefravær

I en epidemiologisk populasjonsbasert studie av Wang, Mykletun, Møyner, Øverland, Henderson, Stansfeld, Hotopf og Harvey (2014) ble høy arbeidsbelastning forbundet med flere somatiske symptomer ($p=0,0001$), men ingen signifikante sammenhenger på tvers av arbeidsbelastningskategoriene og antall kroniske somatiske sykdommer ($p=0,464$) og farmalogiske sykdommer ($p=0,464$). Sviktende psykisk og/eller fysisk helse kunne likevel bare delvis forklare sammenhengen mellom arbeidsbelastning og sykefravær. Man så imidlertid en betydningsfull ($p=0,001$) sammenheng mellom psykiske og fysiske helseindikatorer og langtidssykefravær [LTSF].

Det ble også funnet sammenheng mellom høye arbeidskrav og, følelsen av å ha liten kontroll over eget arbeid og påfølgende økt risiko for LTSF (Wang et al., 2014). Studien viste også at det var høyere forekomst av LTSF blant arbeidere med høy arbeidsbelastning. Sammenlignet med arbeidere med lav arbeidsbelastning hadde også arbeidere med middelsbelastning økt risiko for LTSF. Så hvor høyere arbeidsbelastningen var på arbeidsplassen jo mer økte risikoen for sykefravær. Wang et al. (2014) påviste samt betydelige (alle $p=0,001$) funn mellom lavere utdanning, lavere inntekt, høyere alkoholinntak, røyking, manglende fysisk aktivitet og en økt risiko for sykefravær. Forskerne konkluderer i denne studien med at ansatte som rapporterer høy arbeidsbelastning har økt risiko for LTSF. Studiens

resultater tyder også på at en av femten episoder av LTSF kunne vært unngått hvis den høye arbeidsbelastningen ble betydelig redusert (Wang et al., 2014).

I en prospektiv studie av Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth og Sterud (2014) hvor formålet var å identifisere de psykososiale faktorene som hadde størst effekt på LTSF så man en betydelig sammenheng mellom høy forekomst av rollekonflikter, høye emosjonelle krav og lite støttende ledelse som signifikant risikofaktorer for LTSF. Forskerne antok at ca. 15% av tilfellene med LTSF i 2010 skyldtes disse tre psykososiale faktorer på arbeidsplassen. Aagestad et al. (2014) sin studie kommer det også frem betydningsfulle forskjeller som viser til at risikoen for LTSF var høyere hos eldre arbeidstakere, arbeidstakere med kortere utdanning, vanlige røykere, ansatte med tidligere LTSF, personer med kroniske helseplager, og funksjonshemmede/skadde personer (Aagestad et al., 2014).

Ifølge en prospektiv studie av Sterud og Johannessen (2014) hvor formålet var å undersøke forskjeller mellom ulike utdanningsnivå og risiko for LTSF fant man at de viktigste psykososiale risikofaktorene var monotont arbeid og få muligheter for utvikling.

4.2 Kjønnforskjeller i sykefraværsbildet

Sterud og Johannessen (2014) fant samt en betydelig sosial gradering i forekomst av LTSF blant de 9,4% (635 personer), både menn og kvinner, som kvalifiserte som LTSF i løpet av 2010. Den sosiale graderingen strekte seg for menn fra 12,4% (lav utdanning) til 3,3% (universitet/høyskole ≥ 4 år) og for kvinner fra 15,4% (lav utdanning) til 4,6% (universitet/høyskole ≥ 4 år). LTSF var omtrent tre til fire ganger mer vanlig blant personer med bare grunnskole eller videregående utdanning, sammenlignet med referansegruppen med fire år eller mer med universitet eller høyskoleutdanning. Blant kvinner ble det observert

dobbel så høy risiko i forhold til respondenten med over 4 års universitets eller høyskoleutdanning.

Forskningen til Wang et al. (2014) samsvarer også med kjønnsforskjellene til Sterud og Johannessen (2014) og viste signifikant ($p=0,001$) sammenheng mellom å være kvinne og økt risiko for LTSF. Aagestad et al. (2014) så også en forskjell her, da deres resultater viser til forskjeller blant kvinner og menn. Av 9,4% (635 personer) som ble klassifisert med LTFSF i deres studie ble henholdsvis 12,1% kvinner vs. 7,2% menn LT sykemeldt.

I en kvalitativ intervjustudie av Batt-Rawden og Tellnes (2012) hvor formålet var å undersøke hvordan sosiale faktorer påvirker sykefraværet fant man at det er store sosiale forskjeller ved sykdomsårsaken blant kvinner og menn. Hos de kvinnelige deltagerne ble det fortalt historier om familieproblemer og at dette var de største byrdene som førte til psykiske lidelser og langvarig sykefravær. Mennene derimot, oppga oftest sosiale faktorer på jobb som hoved årsak til deres sykefravær. Flere av mennene i studien følte økt stress i forbindelse med økte arbeidskrav, kortere produksjonstid og strukturelle endringer. Flere av mennene følte press fra ledelsen om stadig mer effektivisering og nedbemanning, og svært lite positive tilbakemeldinger, som igjen gikk utover arbeidernes motivasjon, trivsel og arbeidsprestasjoner (Batt-Rawden & Tellnes, 2014).

5. Diskusjon

Videre skal jeg diskutere hva som kan være de potensielle årsaksfaktorer til sykefraværet i Norge og en betraktning av kjønnsforskjeller.

5.1 Potensielle årsaker til sykefraværet i Norge

Som jeg var inne på i det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven er arbeid svært viktig for enkeltmenneske. Ikke bare for materielle behov, men også som en påvirkningsfaktor til helsen vår (Mæland, 2010). Arbeid kan bidra til å skape identitet, god selvfølelse og et sosialt felleskap (Martinsen, 2011; Mæland, 2010). Når arbeid ikke bidrar positivt kan den påvirke helsen vår i negativ retning. Arbeid kan bli forbundet med stress og andre psykiske og fysiske påkjenninger som videre kan true helse, trivsel og individers velvære (Knardahl, 2011). En del av arbeidsbelastningene kan kategoriseres under de psykososiale faktorene i arbeidsmiljøet. Som tidligere beskrevet i teoridelen kan psykososiale faktorer i arbeidslivet være mobbing, usikkerhet rundt arbeidet, rollekonflikter, vold og trusler, og ugunstige kombinasjoner mellom krav og kontroll i arbeid (Folkehelseinstituttet, 2014).

Ifølge Wang et al. (2014) hadde arbeidstakere som rapporterte høy arbeidsbelastning økt risiko for LTSF. I tillegg viste studien at jo høyere belastningen var, desto større var risikoen for LTSF. Studien kom også frem til at høye arbeidskrav og manglende kontroll over eget arbeid er forbundet med LTSF. Dette ser også ut til å samsvare med teorien i dette studie.

For høye arbeidskrav og liten kontroll over eget arbeid kan anses som en stressbelastning og ved for høy stressbelastning hos mennesker, blir vi utsatt for en spenningstilstand som på en eller annen måte må løses. Måten en person håndterer denne spenningstilstanden på er derfor

avgjørende for om tilstanden blir helsefremmende eller sykdomsfremkallende (Sletteland & Donovan, 2012). En opplevelse av sammenheng i arbeidssituasjonen kan derfor være avgjørende for personers forståelse og opplevelse av arbeidet.

Ved at en arbeidstaker opplever sin arbeidssituasjon som forståelig og dermed opplever arbeidsoppgaven som begripelig, ryddig, strukturert og noe forutsigbar. Arbeidstakeren opplever også arbeidet som meningsfullt og oppfatter arbeidet som engasjerende og motiverende. Samtidig oppleves arbeidsoppgaven som håndterbar og man føler man har de forutsetningene og ressursene som oppgaven krever. Ved at disse tre elementene er tilstede så vil muligens terskelen for LTSF vært noe høyere hos individene også. Om den anvendte oppgaven ikke oppleves som håndterbar er det samtidig lett og få følelsen av å ville gi opp, som over tid kan se ut til å gå negativt utover arbeidstakerens helse og i verste tilfelle føre til sykefravær.

Elementene ved opplevelsen av sammenheng påvirker hverandre og ved å ha disse tre elementene tilstede har man en god mulighet til å mestre påfølgende stressbelastninger, samtidig kan manglende opplevelse av sammenheng være en risikofaktor til negativ utvikling eller sykdom hos individer (Sletteland & Donovan, 2012) i form av at stress over tid både i arbeidssituasjon eller på privaten, eventuelt i kombinasjon, som kan føre til en mer alvorlig belastning og en eventuell påfølgende sykefraværsepisode.

Om en person anser seg selv som å ha god eller dårlig helse kan også være en faktor til sykefravær og kan variere mye og er svært individuelt (Sletteland & Donovan, 2012). Den individuelle helsens betydning kan variere i individers bakgrunn og oppfatninger av livet og verdimeslige prioriteringer, samt sosiale og kulturelle forhold (Mæland, 2010). Teoretisk sett

kan det se ut til at, om en person er fysisk syk og grunnlag for å ta ut sykefravær, men likevel velger å forbli arbeidsaktiv kan dette også bidra til bedre psykisk helse og bedre livskvalitet fordi sykdommen ikke fører til at individet må avvike fra den såkalte normale tilstanden, som jeg var mer inne på i teorikapittelet.

Ved og se på livskvalitet kan det også være sentralt å trekke frem studien til Batt-Rawden og Tellnes (2012) som viste relasjoner mellom det å bli skilt, utsatt for vold eller autoritære familiemedlemmer og en økt risiko for sykefravær. Slike, noe ugunstige hendelser i livet kan virke traumatiske eller vanskelige og kan gå utover den psykiske helsen til individet, som personens følelsesliv, tanker og adferd, og når denne innvirkningen er negativ kan det tenkes at livskvaliteten også blir redusert. I tillegg viste studien til Batt-Rawdan og Tellnes (2012) resultater som tilsa at arbeidsmoral, holdninger, verdier og normer kan bringes videre fra foreldre og muligens bringes videre inn i arbeidslivet. Med dårlig påvirkning i barneårene kan dette også ha en innvirkning på terskelen til å ta sykefravær senere i livet. Utfra overnevnt forskning og teori kan det se ut til at sykefravær kan være et tegn på manglende livskvalitet som et resultat av manglende støtte, respekt og likeverd i ung alder.

Videre er det interessant å trekke frem Wang et al. (2014) som samtidig påstår at den hyppigste foreslåtte forklaringen på sammenhengen mellom arbeidsbelastning og sykefravær, er at arbeidsbelastning fører til fysisk og psykisk sykdom som dermed resulterer i behovet for sykefravær. Resultater fra Wang et al. (2014) sin studie tyder imidlertid på at denne sammenhengen bare delvis kan forklares, og at det er sannsynlighet for at andre faktorer en dårlig helse kan være viktig, og påvirker den ansattes terskel til å ta sykefravær. Så igjen, her ser det samt ut til at eventuelle familie forhold eller andre faktorer i livet som kan spille en rolle for sykefraværet.

Med bakgrunn i dette er det også interessant å trekke frem «Den sosiale helsedeterminantmodellen» som beskriver hvordan individet blir påvirket av de ytre faktorene (Sletteland & Donovan, 2012). Som det kom frem i studiet til Wang et al. (2014) kan det være andre faktorer enn i utgangspunktet dårlig helse, som er årsaken til sykefraværet. Helsedeterminantmodellen trekker blant annet frem det sosiale nettverkets innvirkning på individet og hvordan samspillet mellom individet og deres nærmiljø fungerer. I en arbeidssituasjon da for eksempel kan det tenkes at faktorer som det sosiale miljøet, individets følelse av personlige og mellommenneskelige relasjoner på jobb og følelsen av tilhørighet, ha det godt og trives i det sosiale samspille på jobb, kan ha en innvirkning på individets terskel til å ta sykefravær. Har man det vanskelig i sine private omgivelser, kan dette også mulig utløse sykefravær, som igjen kan føre til dårlig helse og manglende livskvalitet.

Forskning som Wang et al. (2014) trekker frem i sin diskusjon tyder også på at forskere har begynt og se på faktorer utenfor helsen for å finne sammenhengen mellom arbeidsbelastning og sykefravær. Her har det blitt sett på arbeidsmiljøet, som misnøye og organisatoriske forhold som leder stil og høy fraværskultur. I tillegg er personlige eller individuelle faktorer som oppfatning av helse og sårbarhet, arbeidsholdninger og personlighet faktorer som kan være avgjørende for om en person anser sitt arbeid som en for høy belastning og dermed ta LTSF. Oppveksten og hendelser i oppveksten samt temperament kan her ha en innvirkning på individet og terskelen for sykefravær i voksen alder. Gjennom dette ser det ut til at LTSF påvirkes av en rekke hendelser, og både individuelle og organisatoriske faktorer spiller inn.

Aagestad et al. (2014) fant i sin studie signifikant sammenheng mellom det å bli utsatt for rollekonflikter, høye emosjonelle krav, liten støtte fra ledelsen, og risikoen for påfølgende LTSF. Disse funnene ser ut til å samsvare med teorien, og ved at disse faktorene er tilstede på

arbeidsplassen kan det samt øke risikoen for psykiske lidelser som angst og depresjon, samt muskel- og skjelett lidelser som igjen kan resultere i sykefravær. Studien oppga også disse tre faktorene som de sentrale psykososiale faktorene til sykefraværet i Norge.

I studien til Sterud og Johannessen (2014) ble monotont arbeid og få muligheter til utvikling funnet som de mest sentrale psykososiale risikofaktorene til sykefraværet i Norge. Dette samsvarer også med risikofaktor jeg var inne på i teorien. Dårlig ergonomiske stillinger kan blant annet øke risikoen for muskel- og skjelettlidelser.

Ut fra funnene som er blitt diskutert over kommer det frem at det er flere psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet som kan spille inn på sykefraværet. Det er i tillegg både personlige utfordringer og faktorer i arbeidsmiljøet som må tas i betraktning for å forstå sykefraværet. Ut fra den anvendte forskningen i oppgaven kan det se ut til at de hyppigste psykososiale og organisatoriske årsaksfaktorene til sykefraværet i Norge er, for høye arbeidskrav og liten arbeidskontroll, rollekonflikter, høye emosjonelle krav, lite støtte fra ledelsen, monotont arbeid og få muligheter for utvikling. Selv om disse seks faktorene ser ut til å være de hyppigste psykososiale og organisatoriske årsakene til sykefravær, ser det i midlertid ut til at det er andre, mer personlige faktorer som spiller inn på terskelen ved å ta ut sykefraværet.

Det har samt vist seg at personer med lavere sosioøkonomisk status gjennomgående har dårligere helse enn personer med høyere sosioøkonomisk status (Dahl, 2014). Som jeg var inne på i teorien min henger også den sosioøkonomiske statusen sammen med personers nærmiljø og enkeltmenneskets helse og livsstil.

Forskningen til Sterud og Johannessen (2014) fant betydningsfulle forskjeller for risikoen for sykefravær i den sosiale graderingen. Hos personer med høyere utdanning var risikoen for sykefravær mindre enn hos personer kun med grunnskole utdanning. Denne forskjellen kan muligens forklares ved personers mulighet til å tilegne seg kunnskap. Det vil si, ifølge Sund og Eikemo (2011) kan utdanning måle en persons kognitive kompetanse, som igjen kan si noe om hvor godt en person tilegner seg ny kunnskap. Tilegning av kunnskap kan også bidra til å fremme helsen om man forstår hvor man kan oppsøke og hvordan man kan anvende kunnskap som kan fremme helsen. Ved høyere utdanning sier Sunde og Eikemo (2011) at man også er mer rustet i møte med helsepersonell og personer med høyere utdanning oppsøker også helsepersonell oftere enn personen med lavere utdanning. Dette kan jo i tillegg virke litt motsigende da man må få sykemeldingen fra en lege, samtidig som det ser ut til at de med lavest sosioøkonomiske status har mer sykefravær.

Studien til Aagestad et al. (2014) samsvarer med forskningen til Sterud og Johannessen (2014), da det blir sett en sammenheng med økt risiko for sykefravær og lavere sosial status. Lav utdanning, eldre arbeidstakere, personer med kroniske helseplager eller med skader/funksjonshemninger samt tidligere sykefraværsepisoder var også assosiert med økt risiko for sykefravær.

I forskningen til Wang et al. (2014) kom det også blant annet frem funn som viser en betydelig sammenheng mellom lavere utdanning og høyere alkoholinntak, røyking, manglende fysisk aktivitet og risikoen for sykefravær. Dette er faktorer som er knyttet til personens livsstil. Sletteland og Donovan (2012) beskriver samtidig sykdom som noe arveligbelagt både i form av gener og miljø, men det er først og fremst personens livsstil som kan bli avgjørende for om sykdommen bryter ut, dette kan også muligens ha en betydning ved sykefravær.

Forskningen i dette litteraturstudiet samsvarer i stor grad, så det kan da tenkes at det er på tide å tenke mer og satse mer på forebyggende og helsefremmende tiltak i tidlig alder? Noe gjøres, og mye snakkes det om, men er det nok? Helsedirektoratets anbefalinger sier mye om viktigheten av rikelig med fysisk aktivitet og et sunt kosthold og hvordan dette påvirker og minsker risiko for sykdom og skader (Helsedirektoratet, 2014). Ved å gi alle barn i barnehage og skole en time fysisk aktivitet pr. dag, det må da også påvirke et fremtidig sykefravær? Videre vil muligens innføring av heldagsskole og skolemat kunne bidra til å utjevne noen av de sosiale ulikhetene innen helse? Dette ved lik hjelp til skolearbeid og like muligheter til et sunt kosthold, som kan bidra til å gi barna like muligheter. Som forskningen i denne oppgaven antyder kan sykefravær også se ut til å være et resultat av den sosiale graderingen eller andre faktorer fra familie og miljø i barneårene og oppveksten. Burde vi ikke da starte forebyggingen i tidlig alder, for å redusere fremtidig sykefravær?

Mot slutten av bachelor studie mitt har jeg nå begynt å søke på fremtidig arbeid. I den forbindelse har jeg også kommet over ett tiltak som gjøres innen folkehelsearbeid i enkelte bydeler i Oslo, som Østensjø, Grorud, med mer. I disse bydelene satses det nå fullt ut på folkehelsearbeid i bydelenes barnehager for å kunne utjevne sosiale ulikheter i helse. I den forbindelse ansettes idrettspedagoger i alle kommunale barnehager for å bidra med kompetanseheving innen kosthold og fysisk aktivitet blant ansatte og foresatte, og for å sikre barna et høyt aktivitetsnivå og sunt kosthold. Dette er et tiltak jeg tenker er svært viktig og aktuelt også ved forebygging av sykefravær senere i livet. Da tenker jeg først og fremst på at de gode og sunde helsevaners grunnmur legges i barneårene. I tillegg er det vist at fysisk aktivitet stimulerer til økt mestringsfølelse, bedre selvfølelse, og har positiv innvirkning på fysisk og psykisk helse. I tillegg øker fysisk aktivitet skjelettmuskulaturen som kan bidra til å forebygge muskel -og skjelettlidelser, bidrar positivt på den psykiske helsen, kan øke

livskvaliteten, forebygge psykiske lidelser som depresjon, inkludert andre positive helsegevinster (Helsedirektoratet, 2014).

5.2 Kjønnforskjeller i sykefraværet

Kvinner har vist seg å ha mer sykefravær enn menn, men det er samtidig svært vanskelig å finne en konkret årsak til denne forskjellen. Både forskningen til Wang et al. (2014) og Aagestad et al. (2014) fant betydningsfull sammenheng mellom å være kvinne og økt risiko for LTSF. Men hvorfor er det slik? Teorien i tidligere kapittel sier noe om at kvinner og menn er svært forskjellige og at vi har ulik sårbarhet av natur og genetiske årsaker. I gjennomsnitt lever kvinner lengere enn menn, mens kvinner lider samtidig mer av psykiske plager (Sletland & Donovan, 2012). Studiene på sin side har vansker med å forstå sammenhengen og Batt-Rawden og Tellnes mener blant annet at man derfor må se på ett helhetlige bildet av menneskets livssituasjon for å forstå kjønnforskjellene fullt ut.

Resultater fra forskningen til Ball-Rawden og Tellnes (2012) tilsier også at kjønnforskjellen ved sykefravær hos kvinner har en sammenheng ved kvinners konstante belastning fra både jobb og hjemmet. Kvinner oppga oftere familiebyrder og omsorgsansvar som sosiale faktorer som påvirket deres helse, og som var en hovedfaktor til deres sykefravær. Mennene i studien oppga oftere opplevelse av stress og konflikter på jobben og de fleste fra ledelse og organisasjonsstruktur, som sin sykefraværsgrunn.

Forskningen til Aagestad et al. (2014) mener den største forskjellen blant kvinner og menn og deres risiko for sykefravær, finnes blant svarene i spørsmålene ved tema, emosjonelle krav. Der flere kvinner enn menn rapporterte at de opplevde høye emosjonelle krav i sitt arbeid. Ved denne rapporteringen kan det tenkes, er kvinner mer sårbare enn menn? Her kan det samt være

interessant å trekke frem teorien til Antonovsky igjen, om opplevelse av sammenheng. Hvorfor er det slik at noen mestrer stress bedre enn andre? Da både fysisk og psykisk stress.

Er det gjennomgående kjønnsforskjeller, eller kan mestringen være individuell? Er det slik at kvinner tåler mindre enn menn, er svakere enn menn, mer følsomme, tar ting mer personlig? Eller er det slik at kvinner faktisk tar mer ansvar både i arbeidslivet og i hjemmet, som kanskje fører til at når ting går i feil retning, så blir det veldig feil. Eller er det slik at kvinner gir og gir og tenker i for liten grad på seg selv, og er mer opptatt av å tilfredsstille alle, mann, barn, kolleger, sjefen og da til slutt møter veggen?

6. Konklusjon

I dette litteraturstudie og ut fra den anvendte teorien og den valgte forskningen ser det ut til at det er flere potensielle årsaker til sykefravær, og at sykefraværet i Norge er noe komplekst. Det ser likevel ut til at de hyppigste psykososiale og organisatoriske årsaksfaktorene til sykefravær er, for høye arbeidskrav og liten kontroll over eget arbeids. Rollekonflikter, høye emosjonelle krav, lite støtte fra ledelsen, monotont arbeid og få muligheter for utvikling, ser ut som er de hyppigste årsakene til sykefravær blant den generelle yrkesaktive befolkningen i Norge.

Det ser i tillegg ut til at det er andre, mer personlige faktorer som spiller inn på terskelen til å ta sykefravær, og det blir derfor vanskelig å konkludere med noe konkret i denne studien. Individets sosioøkonomiske status i samfunnet ser også ut til å ha en sammenheng med sykefraværet. Sammenhengen kan se ut til å kunne forklares ved at graderingen er noe arvelig og miljø basert. Individet ser ut til å bli påvirket av sine foreldre og omgivelser fra barndom og sosiale omgivelser. Et mer helhetlig bilde av individenes fortid og nåværende liv må likevel undersøkes for å finne en fullverdig konklusjon.

Denne sammenligningen av forskning samsvarer også med at kvinner har mer sykefravær enn menn, og det kan se ut til at kvinner blir mer emosjonelt påvirket av sine omgivelser enn menn, som muligens kan beskrive noe av denne forskjellen. Likevel kan ikke dette generaliseres da studien til Batt-Rawden og Tellnes (2012), som er den studien med størst fokus på kjønnsforskjeller, ikke er representativ for den generelle arbeidsaktive befolkningen i Norge. Om kvinner rett og slett er mer utsatt, svakere psykisk og/eller tåler mindre, eller om de faktisk blir mer belastet enn menn er vanskelig å konkludere med i denne litteraturstudien. En videre forskning på denne forskjellen mellom kvinner og menn hadde derfor vært av interesse.

Sykefraværsbilde ser ut til å være et komplekst område, med flere avgjørende faktorer. Oppvekst, arv og miljø kan spille inn på både personens fysiske helse samt terskelen til å ta sykefravær. Det ser ut til at en helhetlig forskning må til for å forstå sammenhengen i sykefraværet fullt ut.

Litteraturliste

Aagestad, C., Johannessen, H., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014). Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave: A Prospective Study of the General Working Population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 56(8), 787-793. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1. utg., s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.

Batt-Rawden, K. & Tellnes, G. (2012). Social Causes to Sickness Absence among Men and Woman with Mental Illnesses. *Psychology* 3(4), 315-321.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.34045>

Dahl, E., Bergli, H., & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Lokalisert på: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Hovedrapport>

Dahl, S. (2007). Triste kvinner, tøffe menn – om kjønn og psykisk helse. I B. Schei & L. S. Bakketeig. (Red.), *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (1. utg. s. 163-178). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og Kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (5.utg., s. 63-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2014). *Helsetilstanden i Norge* (Folkehelse rapporten 2014:4).

Lokalisert på: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Helsedirektoratet. (s.a.). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>

Helsedirektoratet. (2015). *Arbeid- lokalt folkehelsearbeid*. Lokaliser på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/arbeid-lokalt-folkehelsearbeid>

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/IS-1896-Frisklivsveileder.pdf>

Helsedirektoratet & NAV. (2012). *Sees i morgen*. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/820/Sees-i-morgen-gode-rad-for-okt-jobbnerver-ved-psykiske-helseproblemer-IS-1838.pdf>

Helsenett. (s.a.). Lokalisert på:

http://www.helsenett.no/index.php?option=com_glossary&view=list&id=0&catid=1&Itemid=575&limitstart=960

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Knardahl, S. (2011). Arbeid, stress og helse. I S. Einarsen & A. Skogstad. (Red.), *Det gode arbeidsmiljø* (2. utg. s. 268-295). Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, E. W. (2011). Psykiske lidelser som folkehelseutfordring. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høygaard. (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg. s. 112-123). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

NAV. (s.a.). Lokalisert på:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Tabeller/legemeldt-sykefrav%C3%A6r-i-prosent-3-kvartal-2008-2014.totalt-n%C3%A6ring-og-kj%C3%B8nn>

PROBA Samfunnsanalyse [PROBA]. (2014). Lokalisert på:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rapport_2014_05_internasjonalt_sammenligning_av_sykefravaer_del_2.pdf

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold- Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sand, B. H. & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin. (Red.), *Sosial epidemiologi-sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1. utg. s. 59-79). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sterud, T. & Johannessen, H. A. (2014). Do work-related mechanical and psykososial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 329-334.

<http://dx.doi.org/10.1177/1403494814521506>

Sund, E. R. & Eikemo, T. A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høygaard. (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg. s. 124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Svartdal, F. (2009). *Psykososial*. Lokaliser på: <https://sml.snl.no/livskvalitet>

Wang, M. J., Mykletun, A., Møyner, E. I., Øverland, S., Henderson, M., Stansfeld, S., Hotopf, M. & Harvey, S. B. (2014). Job Strain, Health and Sickness Absence: Results from the Hordaland Health Study. *PLoS ONE* 9(4): e96025.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0096025>

Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høygaard R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høygaard. (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg. s. 11-21). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.