

## **Fakultet for helse- og sosialvitenskap**

**Kandidatnummer. 15**

**Othelie Ree Harangen**

### **Bacheloroppgave**

#### **Arbeidsplassen og sosiale ulikheter sin innvirkning på langtidssykefravær.**

The workplace and social inequalities as impact on long-term  
sickness absence.

Bachelor i Folkehelse

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

## Forord

Etter tre fine år på studiet Bachelor i Folkehelse ved Høgskolen i Innlandet, markerer denne oppgaven slutten på et lærerikt studie. Studiet har gitt en bred erfaring innen folkehelsearbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Det har vært en opplevelse å lære om fysisk aktivitet og ernæring for alle aldre, samfunnsoppbygning og politikk rundt helse, og hvordan man kartlegger og finner tiltak for å fremme helse i befolkningen.

Gjennom egen erfaring og lærdom ved å arbeide i kommunalsektor, har problemstillinger som sykefravær, tilrettelegning og livskvalitet vært av interesse, som videre har blitt grunnlaget for hvorfor jeg valgte å studere folkehelse. Tema og problemstilling til denne oppgaven vil ta seg av noen av de spørsmålene jeg har undret meg over tidligere.

Jeg vil takke Chi Quynh Vo for veiledning gjennom oppgaven dette semesteret. Videre vil jeg takke Arild Vaktskjold og Patrick Johansen for at de har tatt seg tid til å svare på spørsmål jeg har hatt angående metode. Til slutt vil jeg takke Erling Relling, Henning Falldalen og klassekamerater for at de har bistått som sosial støtte og kommet med formuleringsbidrag.

- 28. mai 2018

Othelie Ree Harangen

# **Sammendrag**

## ***Forfatter***

Othelie Ree Harangen, Bachelor i Folkehelse 2015-2018. Høgskolen i Innlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

## ***Oppgavens tittel***

Arbeidsplassen og sosiale ulikheter sin innvirkning på langtidssykefravær.

## ***Problemstilling***

Hvordan har sosial ulikhet innvirkning på langtidssykefravær som er skapt av arbeidsmiljø?

## ***Teori***

Det blir først presentert teorier rundt begrepene helse og livsstil. Videre blir teorier rundt salutogense og helsedeterminanter beskrevet. Tilslutt kommer informasjon og risikofaktorer i forhold til arbeidsplassen og sosial ulikhet.

## ***Metode***

Litteraturstudie.

## ***Resultat***

Studiene viser at det er flere faktorer på arbeidsplassen som har en innvirkning på helsen og dermed langtidssykefraværet. Videre ser man en sammenheng med hvilke deler av befolkningen som er mest utsatt for påkjenninger.

## ***Konklusjon***

Resultatene fra forskningsartiklene at fysiske og psykiske påvirkningsfaktorer på arbeidsplassen har sammenheng med sykefravær. I sykefraværdataene kommer det frem en del sosiale ulikheter i sykefraværet. Dermed kan man dra paralleller mellom sosial ulikhet og påvirkningsfaktorene, der utdanning kommer tydeligst frem.

## ***Nøkkelord***

Langtidssykefravær, sosial ulikhet, arbeidsplassen & påvirkningsfaktorer.

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 AVGRENSNING OG VALG AV TEMA .....	8
1.2 PROBLEMSTILLING.....	8
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	9
<b>2 TEORI</b> .....	<b>10</b>
2.1 HELSE OG LIVSKVALITET .....	10
2.1.1 <i>Salutogense</i> .....	11
2.1.2 <i>Hesedeterminanter</i> .....	12
2.2 ARBEIDSLIVET SIN PÅVIRKNING PÅ HELSE .....	13
2.2.1 <i>Faktorer som påvirker helsen på arbeidsplassen</i> .....	13
2.3 HELSE OG SOSIAL ULIKHET .....	14
2.3.1 <i>Risikofaktorer for sosial ulikhet</i> .....	14
<b>3 METODE</b> .....	<b>16</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE .....	16
3.2 LITTERATURSØKET .....	16
3.3 KILDEKRITIKK .....	19
3.3.1 <i>Validitet og reliabilitet</i> .....	19
3.3.2 <i>Etikk</i> .....	20
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>21</b>
4.1 FAKTORER PÅ ARBEIDSPLASSEN SOM POTENSIELT PÅVIRKER LANGVARIG SYKEFRAVÆR.....	21
4.2 SOSIAL ULIKHET KNYTTET TIL SYKEFRAVÆR .....	23

<b>5 DISKUSJON .....</b>	<b>25</b>
5.1 STYRKER OG SVAKHETER VED FORSKNINGEN .....	25
5.2 FAKTORER PÅ ARBEIDSPLASSEN SOM PÅVIRKER SYKEFRAVÆR .....	26
5.3 SOSIAL ULIKHET KNYTTET TIL SYKEFRAVÆRET .....	27
5.4 SAMMENHENG AV SOSIAL ULIKHET OG PÅVIRKNINGSFAKTORER PÅ ARBEIDSPLASSEN .....	30
<b>6 KONKLUSJON .....</b>	<b>32</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>34</b>

## **Tabelloversikt**

Tabell 1 Kriterier for inklusjon og eksklusjon.....	17
Tabell 2 Søkeprosessen .....	18
Tabell 3 Forskningsartiklene inkludert i studien. ....	21

# 1 Innledning

I dagens folkehelsearbeid er det viktig å prioritere de helseproblemene som koster samfunnet mest og rammer flest (Mæland, 2016, s. 157). I et verdensbilde utmerker Norge seg ved høyt sykefravær og flere arbeidsuføre (Mæland, 2016, s. 201). Under kapittelet arbeid og helse i Folkehelse rapporten, 2017 står det; at rundt 7 av 10 voksne er en del av Norges arbeidsstyrke, men sammenlignet med andre medlemsland i OECD, har Norge et høyt sykefravær (Folkehelse rapporten, 2017).

Høyt sykefravær og uføretrygd medfører ulemper for folkehelsen og statsøkonomien. Menneskers evne til å utføre arbeidsoppgavene på arbeidsplassen, har også betydning for sykefraværet. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det i 3 kvartal av 2017: 127 378 arbeidstakere med legemeldt sykefravær i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018a). I samme kvartal var det 2 608 369 lønntakere, som tilsier at ca. 5% av arbeidstakerne hadde legemeldt sykefravær i denne perioden (Statistisk sentralbyrå, 2018b). Disse tallene viser antallet arbeidstakere i forhold til legemeldtsykemeling i et kvartal. Når man ser på tidligere statistikk, ser man at antallet stiger og faller jevnt - som tilsier at det ikke er noe økende problem, men et problem som er kostbart og ikke minsker i noe særlig grad.

Når de delene av befolkningen som av helsemessige årsaker ikke kan arbeide, er det ordninger som sikrer økonomisk trygghet. I § 8-1 under loven om folketrygd står det; «*Formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade.*» (folketrygdloven, 1997, §8-1). At man har rett til sykefravær, kan ufarliggjøre problemstillingen med å bli syk. Forskning viser at slike velferdsordninger kan ha en innvirkning på den høye forekomsten av sykefravær i Norge (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014).

Det sies at mennesker i en arbeidssituasjon ofte har bedre helse enn de som står uten arbeid. En arbeidsplass gir muligheter for personlig vekst, sosiale relasjoner, økonomisk trygghet og andre helsefremmende faktorer (Folkehelseinstituttet, 2017). Men forskning viser også at arbeidsplassen gjennom organisatoriske, sosiale og psykologiske faktorer bidra til sykdommer som eksempelvis muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer (Stansfeld og Candy, 2006).

Det viser seg også at de fleste langvarige trygdestønader og sykemeldinger blir gitt til mennesker som har muskel- og skjelettplager, og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2017). For å finne sammenhenger mellom langtidssykefravær [LTSF] og arbeidsplassen som en negativ påvirkningsfaktor har det i senere tid blitt forsket en del på hvilke faktorer på arbeidsplassen som utgjør sykefraværet. Som er viktig i arbeidet om å finne helsefremmende tiltak og redusere sykefraværstatistikken (Knardahl, Sterud, Nielsen & Nordby, 2016).

Et annet folkehelseproblem i dagens samfunn er sosial ulikhet. I følge en kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse så er befolkningens totale helsepotensial ikke utnyttet til det fulle. Det står også at ved å heve befolkningen til et nivå der alle er best mulig stilt, vil kunne øke levealderen (Dahl, Bergli, & van der Wel, 2014, s. 17). Ulikheter i helse grunnet sosial ulikhet skyldes en ulik fordeling av den sosiale kapitalen. Grunnleggende helsebetingelser som selvtro, muligheten til å styre egen tilværelse, erfare mestringspotensial og oppleve verdighet er ulikt fordelt blant befolkningen (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 313).

### ***1.1 Avgrensning og valg av tema***

Det er flere arenaer i livet der de grunnleggende helsebetingelsene har vekstmuligheter. Arbeidsplassen er nok en av de viktigste arenaene for gode eller dårlige vekstmuligheter (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 313). Arbeidsplassen og tid brukt på arbeid dominerer mye av livet, da mesteparten av tankene og hverdagen går til arbeid (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 284). Siden sosial ulikhet har en stor betydning for helsebetingelser vil problemstillingen til denne studien ta for seg arbeidsplassen som påvirkningsfaktor på langtidssykefravær, men med hovedfokus på de sosiale forskjellene knyttet til sykefraværet.

### ***1.2 Problemstilling***

For å kunne ta for seg de sosiale forskjellene i sykefraværet fra arbeidsrelaterte risikofaktorer ble problemstillingen formulert slik; «*Hvordan har sosial ulikhet innvirkning på langtidssykefravær som er skapt av arbeidsmiljø?*»



### 1.3 Begrepsavklaring

Sykdom	Om man tar utgangspunkt i at normen er å være frisk, er begrepet en fellesbetegnelse på kroppslige, mentale og sosiale avvik, (Brodtkorb og Rugkåsa, 2013, s. 102 og 103).
Sykefravær	Fravær fra arbeidsplassen på grunn av sykdom.
Helse	Ordet stammer fra germansk, og betydningen er; noe som er relatert til helhet (Tveiten, 2007, s. 18). Verdens helseorganisasjon [WHO] definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (Braut, 2018).
Livskvalitet	Livskvalitet handler om subjektive erfaringer og vurderinger i eget liv; hva som gjør livet godt å leve for hvert enkelt individ (Tveiten, 2007, s. 19).
Salutogense	Begrepet kommer av ordene; salute (helse) og genese (opprinnelse), og burde forstås som et kontinuum som strekker seg fra god til dårlig helse (Bøe & Thomassen, 2017, s. 187).
Sence of Coherence (SOC)	Opplevelse av sammenheng
Hesledeterminanter	De påvirkningsfaktorer som i ulik grad påvirker helsevalg og helse i sin helhet kalles helseledeterminanter (Sletteland & Donovan, 2012, s. 24).
Sosial ulikhet	For at noe skal kalles sosial ulikhet i helse, er det en forutsetning om at det er sosialt frembrakt, anses som urettferdig, og forskjellene er systematiske (Sletteland & Donovan, 2012, s. 43).
Sosioøkonomiske faktorer	Faktorer som sier noe om dine resurser, eks. utdanning, inntekt & yrke (Dahl et al., 2014, s. 15).

## 2 Teori

Teorikapittelet skal bidra til å kunne problemstillingen i oppgaven gjennom å presentere relevant teori innenfor problemområdet. For å kunne besvare problemstillingen best mulig er det relevant med teorier om helse og livskvalitet. For å kunne koble arbeidslivet opp mot langtidssykefravær vil det bli presentert teori om arbeidslivet sin påvirkning på helse. Til slutt er det en presentasjon av ulike teorier om sosial ulikhet og sosioøkonomiske faktorer i et helseperspektiv.

### 2.1 Helse og livskvalitet

Begrepet helse har mange definisjoner, som kan ha en sammenheng med at man har ulike oppfatninger av hva som er god og dårlig helse (Sletteland, 2014, s.21). WHO sin definisjon er nok den definisjonen som er brukt og kritisert mest, da det er en helsetilstanden som er vanskelig å oppnå (Sletteland, 2014, s.21). Helsebegrepet er ofte brukt som en motsats til sykdom og dermed blir betegnelsen helse brukt som «optimal tilstand» innenfor naturvitenskapen (Sletteland, 2014, s.22).

Filosofen Descartes ville gjøre et metodisk skille for å fri den vitenskapelige tenkningen fra kirken, og slik fikk man skille mellom sjel og legeme. Den fysiske delen (kroppen) ble tildelt medisinvitenskapen (Fugelli & Ingstad, 2014, s.110). Mens den psykiske delen (personen) har fått oppmerksomhet gjennom forskning på sosiale og kulturelle temaer (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 112). Det har forårsaket at forskning på helse tidligere i historien ikke har fokusert på helheten av helsen, og kanskje bidratt til at defineringen av begrepet har blitt mye omdiskutert (Mæland, 2016, 3. 26).

Mange fagmiljøer opplevde medisins helsebegrep som enkel og umenneskelig. I stedet for å kjempe om å endre begrepet, kom heller begrepet livskvalitet frem (Fugelli og Ingstad, 2014, s.104). Begrepet livskvalitet ses på som noe bredere enn helse, og man kan argumentere at livskvalitet er en ressurs og forutsetning for helse, og omvendt (Mæland, 1999; Tveiten, 2007, s. 20). Samtidig betyr det ikke at dårlig helse automatisk fører til dårlig livskvalitet. Et eksempel kan være et individ med langvarig sykdom; individet kan i en periode få dårligere livskvalitet av sykdommen, men kan etter tid ende med god livskvalitet gjennom å leve et godt liv med sykdommen (Sletteland & Donovan, 2012, s. 20).

Fugelli og Ingstad (2014) dedikerte et helt kapittel i sin bok; «Helse på norsk» til helsebegrepet. De hadde ingen ambisjon om å utarbeide det de selv kalte «folkets helsedefinisjon» (Fugelli og Ingstad, 2014, s.61). Men de foreslår heller å dele begrepet inn i tre ulike definisjoner; (1) Helse - helsen som forvaltes og oppleves av det enkelte menneske, (2) Sunnhet - helsen som defineres og forvaltes av medisinsk forskning og praksis, og (3) Folkehelse – helsen som defineres og ønskes fremmet for befolkningen av samfunnet (Fugelli og Ingstad, 2014, s. 425). Et argument for å dele helsebegrepet opp i tre slik Fugelli og Ingstad (2014) gjorde, er at en lege kan stille en diagnose til et enkelt individ, men dette individet har en opplevelse og et forhold til egen helse som kan være noe helt annet enn oppfattelsen til legen eller samfunnet (Sletteland, 2014, s.21).

### *2.1.1 Salutogense*

Antonovsky (2012) konkluderte etter å ha undersøkt epidemiologiske funn av helse og sykdom at «sykdom, uansett hvordan man definerer begrepet, overhode ikke er en uvanlig foreteelse.» (Antonovsky, 2012, s. 26). Som har en sammenheng med at sykdom ikke lenger er betegnelsen på synlige sykdomsbyrder. Han mente at man ikke bare må bekjempe patogene faktorer, men også stimulere faktorer som trivsel, lyst og glede – for å bedre menneskers helse.

Antonovsky utviklet begrepet Sense of Coherence [SOC] for å utforske det salutogenetiske spørsmålet; hvorfor noen ikke mestrer stressbelastninger, mens andre mestrer stressbelastningene? (Sletteland & Donovan, 2012, s. 29). Det kom frem at stressbelastninger utløser en spenningstilstand som mennesker må håndtere på en eller annen måte (Sletteland & Donovan, 2012, s. 29). Spenningstilstanden utgjorde om resultatet var helsefremmende eller det motsatte, sykdomsfremkallende (Sletteland & Donovan, 2012, s. 29).

Begrepet SOC kom frem gjennom at Antonovsky så at tre komponenter utgjorde hvordan man håndterte spenningstilstanden. For enkeltindividet vil opplevelsen av sammenheng komme an på: (1) forståelighet - forståeligheten av de ytre hendelsene som skjer rundt, om det er forutsigbart eller uforutsigbart, (2) meningsfullhet – gir det mening det som skjer i forhold til indre følelser, personlige relasjoner og interesser, og (3) Håndterbarhet – opplevelsen av å ha de ressurser som trengs for å håndtere spenningstilstanden (Sletteland & Donovan, 2012, s. 29-30).

Hvis man opplever og forstå det som skjer, kan det igjen skape mening i det som skjer og gi forutsetninger og tro på at man kan mestre utfordringen (Sletteland & Donovan, 2012, s. 30). Det er stor sannsynlighet for en helsefremmende retning i helsen, om de tre komponentene gjensidig påvirker hverandre. I følge teorien må man identifisere og styrke prosesser og positive faktorer som allerede fremmer helse (Fugelli og Ingstad, 2014, s. 290).

### *2.1.2 Helse-determinanter*

Mæland (2016) mener at uansett hvilke helsebegrep det er snakk om, så er det fortsatt fire hovedgrupper av påvirkningsfaktorer som helsen formes av; (1) genetiske og biologiske faktorer hos individet, (2) atferd og psykologiske væremåte, (3) miljø og omgivelser, og (4) forebyggende tiltak, omsorg, pleie og behandling (Mæland, 2016, s. 30-31).

Disse fire hovedgruppene påvirker direkte, indirekte eller samspillende; sykdom, helse og livskvalitet (Mæland, 2016, s. 31). I et generelt befolkningsperspektiv vil ikke individuelle livsfaktorer ha stor betydning. Ved individuelle forskjeller i helse er biologien og genetisk arv mer avgjørende (Sletteland & Donovan, 2012, s. 26). Et eksempel er kvinner og menn, på grunn av biologiske og genetiske forskjeller, ser man at kvinner lever lengre enn menn og at kvinner ofte har ulik forståelse av begrepet helse (Sletteland & Donovan, 2012, s. 26-27). Selv om biologiske og genetiske faktorer påvirker atferd, vil fortsatt miljømessige betingelser ha mye å si. Ved eksempelvis sykdom så ser man at det oftest må en miljøpåvirkning til, for at sykdommen skal bryte ut (Sletteland & Donovan, 2012, s. 28).

Miljø og omgivelser omfatter de påvirkningsfaktorene som kommer fra utsiden, selve totalmiljøet og de umiddelbare omgivelsene. Miljøfaktorene består av de fysiske, kjemiske og biologiske faktorene samtidig som de sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forholdene (Mæland, 2016, s.31). Siden de miljømessige faktorene er såpass omfattende vil de påvirke både individets biologi og atferd og psykologiske væremåte. De ytre handlinger og handlingsmønstre hos individet er faktorer knyttet til atferd og væremåte. Samtidig styres det av emosjoner, kognitive faktorer og mestringsstrategier (Mæland, 2016, s.31).

Den siste hovedgruppen av påvirkningsfaktorer går under samfunnsmessige påvirkningsfaktorer, men burde sees på separat da forebyggende tiltak, omsorg, pleie og behandling er tiltak med stor

innflytelse på individet (Mæland, 2016, s.31). Ved å styrke de positive helse-determinantene, samt legge til rette for at alle mennesker får ta del i de ulike faktorene som påvirker helsen, får man det som kalles helsefremming (Sletteland & Donovan, 2012, s. 25). Målet med helsefremmende arbeid er å påvirke faktorer som har betydning for helsen (Sletteland & Donovan, 2012, s. 24-25).

## **2.2 Arbeidslivet sin påvirkning på helse**

I FN's menneskerettighetserklæring under artikkel 23, punkt 1, står det; «Enhver har rett til arbeid, til fritt valg av yrke, til rettferdige og gode arbeidsforhold og til beskyttelse mot arbeidsløshet» (FN-sambandet, 2018). I Norges grunnlov blir det også presisert at Statens myndigheter skal legge forhold til rette for at alle som er arbeidsdyktige skal kunne ha muligheten til å skaffe seg en arbeidsplass (Grunnlova, 1814, § 110).

Arbeid har gjennom tidene vært med på å forme samfunnsmoral og menneskesynet. Fugelli og Ingstad (2014) beskrev arbeid sin innvirkning på en beskrivende måte; «*Arbeid har vært tolket som velsignelse og forbannelse, frigjøring og disiplinering, helsebygger og sykdomsskaper*» (Fugelli og Ingstad, 2014, s. 284). I følge en oppdatert utgave av Folkehelse rapporten (2014) vil deltakelse i arbeidslivet ha både positive og negative virkninger på helsen (Folkehelseinstituttet, 2017). Arbeidsplassen gir mennesker muligheten for økonomisk trygghet, personligvekst, sosiale relasjoner og flere andre helsefremmende ressurser. Men man ser at arbeid generelt og arbeidsmiljø kan gi helsevansker ved eventuelle belastninger og skader forårsaket av arbeidsmiljø (Folkehelseinstituttet, 2017).

### **2.2.1 Faktorer som påvirker helsen på arbeidsplassen**

I følge Fugelli og Ingstad (2014) er det tre betingelser for at arbeidsplassen skal bidra med god helse; Likevekt mellom de andre sidene av livet og arbeidet, et åpent arbeidsmiljø som har plass til medinnflytelse fra de ansatte, og arbeidsmarkedspolitik som gir trygghet til arbeidsplassene (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 300).

Liten innflytelse over eget arbeid, stressende arbeid uten spesiell stimuli og dårlig støtte og samhold fra arbeidskollegaer kan gi negative konsekvenser for helsen (Mæland, 2016, s.200). Det ser ut til at aspektene rundt det fysiske arbeidsmiljøet begynner å bli bedre, men at det psykiske miljøet ikke har utviklet seg i den retningen (Mæland, 2016, s. 201). Myndighetene har satset mye på

Inkluderende arbeidsliv (IA) avtalen, som gir arbeidsgiver krav om tilrettelegging og mye ansvar for sykefraværet. Selv om arbeidslivet i Norge er basert på samarbeidsmodellen i IA, kan dagens konkurransesamfunn legge en stopper for det forebyggende arbeidet på arbeidsplassen (Mæland, 2016, 202).

### ***2.3 Helse og sosial ulikhet***

I dagens samfunn er menneskers livsstil den største folkehelseutfordringen, da skal det presiseres da er det ikke snakk om at individers helse er helt selvvalgt – det handler heller om at mennesker blir påvirket av de sosiale vilkårene i samfunnet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 41). Selv om Norge er et velstående land finner man her også sosial ulikhet i helse. Det synes å et trappetrinn mønster mellom sosioøkonomisk status og helse, fenomenet er det som kalles den sosiale gradienten i helse. Fenomenet tilsier at kort utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus vil man ha kortere levealder og dårligere helse (Dahl et al., 2014, s. 14).

Det er ulike oppfatninger av hva et sosialt problem innebærer, hva som utgjør årsakene og hva som kunne vært helsemessige tiltak (Stamsø, 2017, s. 86). Et sosialt problem kan defineres som et problem av en sosial art, altså en oppstått sosial situasjon som ikke passer med verdiene til samfunnet (Stamsø, 2017, s. 87-88). Sosial ulikhet sees på som en kilde til sosiale problemer i samfunnet. Man ser at en ulikhetsfordeling på velferdsområder som inntekt, utdanning og helse gir en sosial gradient av stigende sykkelighet og dødelighet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 43).

#### ***2.3.1 Risikofaktorer for sosial ulikhet***

I Norge er det en skjevfordeling sosialt, man ser at røyking, fysisk aktivitet, kostvaner, alkoholforbruk, høy kroppsmasseindeks [KMI], blodtrykk og serum-kolestrolnivå er risikofaktorer for sykdom og død (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009, s. 75). Den sosiale ulikheten i befolkningen øker med alder (Sletteland & Donovan, 2012, s. 45).

Flere undersøkelser har rapportert sosiale ulikheter i somatisk sykdom, uføretrygd og kroniske sykdommer (Mæland et al., 2009, s. 70). I en helse- og levekårsundersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) i 1992 og 2002 fant man evidens på at individer med lavere utdanning hadde mer psykiske plager, spesielt kvinner med lav utdanning (Mæland et al., 2009, s. 69). Ved høy utdanning får man mer materiell levestandard, sunnere livsstil og mindre psykososiale belastninger

(Sletteland & Donovan, 2012, s. 45). Psykiske lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Den psykiske helsen vil påvirke mellommenneskelige relasjoner og ha betydning for menneskers livskvalitet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 45).

Ved tilgang på sosial støtte kan det ha en positiv innvirkning på psykisk helse, det er påpekt at lite sosial støtte kan svekke den psykiske helsen hos individer som har blitt utsatt for negative hendelser (Mæland et al., 2009, s. 101). Ved å forstå psykiske plager i samfunnet som noe annet enn individuelle lidelser, vil man kunne se på psykiske lidelser som et svar på deprivasjon og sosial urettferdighet som undergraver de intellektuelle, åndelige og følelsesmessige ressursene for trivsel og psykisk helse (Friedli, 2009, s. 4).

### **3 Metode**

For å komme frem til og argumentere for vitenskapelig forskning, er det å være metodisk viktig. Metodisk i arbeidet vil si å overholde og bruke intellektuelle standarder (Tranøy, 1986, s.127). Det er likestilte krav til en hver metode, det stilles blant annet krav til ærlighet og sannhet i argumentasjonen (Dalland, 2017, s. 39). Det er flere metoder man kan benytte for å svare på en problemstilling, en problemstilling er et empirisk spørsmål ved at man skal finne ut hvordan noe fungerer i virkeligheten (Dalland, 2017, s. 56). For å finne best mulig metode til problemstillingen, må man finne teorien eller det perspektivet som passer best til problemstillingen (Dalland, 2017, s.211). I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode.

#### ***3.1 Litteraturstudie***

Et litteraturstudie er basert på eksisterende litteratur og kunnskap (Støren, 2013). Ved å gjøre grundige søk og analyser av allerede eksisterende kunnskap, kan dette gi ny innsikt som kun er mulig ved å analysere litteraturen i en kontekst med annen litteratur og kunnskap (Aveyard, 2014, s. 2). Vanlige litteraturstudier benevnes ofte som litteraturoversikter og brukes for å få en bredere forståelse og oversikt over et spesifikt tema. Det velges ut spesifikke artikler som analyseres (Forsberg & Wengström, 2003, s.25).

Metoden brukt til denne litteraturstudien går under betegnelsen systematisk litteraturstudie; i systematiske litteraturstudier skal det være tilstrekkelig med artikler av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2003, s. 26). Noen av kriteriene for studien er at den skal inneholde en tydelig formulert problemstilling, studiene er kvalitets bedømt, samt kriterier og metode for søk er tydelig beskrevet (Forsberg & Wengström, 2003, s. 27). Meta-analyser tilhører også kategorien systematisk litteraturstudie kategorien og krever særskilte metode kunnskaper, samt inneholder mye større datamaterialet (Forsberg & Wengström, 2003, s.28).

#### ***3.2 Litteratursøket***

For å finne generell informasjon om sykefravær og arbeid i Norge, ble det først gjort et litteratursøk på Folkehelseinstituttet (FHI) sine hjemmesider. Gjennom litteratursøket kom det frem fem rapporter som var relevante, dette ved at de ga grunnlag og sammenhenger mellom samfunnet og sykefravær. Videre ble søkeordene oversatt til engelsk for å nå et bredere



litteratursøk, samtidig som det ble satt inklusjons og eksklusjonskriterier for søkeresultatene, tabell 2.

**Tabell 1 Kriterier for inklusjon og eksklusjon.**

Kriterier for inkludering	Kriterier for eksklusjon
Artikler publisert i perioden 2013-2018.	Artikler publisert før 2013.
Artikler skrevet på engelsk eller norsk.	Artikler som ikke er skrevet på engelsk eller norsk.
Vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter	Ikke vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter.
Utført på mennesker i alderen 18-69 år(yrkesaktivalder)	Utført på barn under 18 år og voksne over 69 år.
Fokus på langtidssykefravær	Fokus på korttidssykefravær

Selve søkeprosessen for å finne relevant litteratur, ble databasen Oria brukt. Før de riktige søkeordene og formuleringene kom frem, ble det også gjort søk på databasene PubMed og Helsebiblioteket. Siden Oria er en database brukt av høgskolen i Innlandet og henter litteratur fra anerkjente publikasjonsdatabaser som PubMed og Helsebiblioteket, kunne man finne godt med relevant litteratur gjennom å bruke en felles database. I databasen Oria er det mulig å sette opp et avansert søk, det gjorde det mulig å sette sammen ønsket søkeord med «AND», for å få resultater som svarte på flere sider av problemstillingen. Søkene er presentert i rekkefølge etter søk, tabell 3. Noen av søkeprosessene kom også frem til noen av de samme artiklene, og derfor er det listet opp nummer i parentes under «artikler valgt».

**Tabell 2 Søkeprosessen**

Data-base	Søkeord	Treff	Avgrensning	Etter avgrensning	Lest abstrakt	Artikler valgt
FHI	Sykefravær	54	Alle rapporter, nettpublikasjoner, alle artikler.	35	5	-
Oria	Long-term sick leave AND work-related AND Norway	1 158	Engelsk, Emne: Occupational health.	107	15	3
Oria	Causes long-term sick leave	2 602	Norsk.	5	1	1
Oria	Sickness absence AND social gradient.	1 754	Engelsk, Emne: Occupational health.	57	7	2
Oria	Long-term sickness absence AND social gradient.	1 107	Engelsk, Emne: Occupational health.	37	2	(2)
Oria	Long-term sickness absence AND work strain AND psychosocial risk	15	Engelsk.	10	4	1(1)

**Merknad:** Samtlige søk hadde kriteriene; Artikkel fra fagfellevurdert og publisert i løpet av de siste 5 årene.

### **3.3 Kildekritikk**

For å finne de riktige kildene til studien er det viktig å vurdere kvaliteten og hvorvidt de er relevante (Dalland, 2017, s.150). I litteratursøket ble det funnet flere artikler som er relevante for oppgaven, som ble ekskludert grunnet utgivelsesår eller minimalt med relevant data. I denne oppgaven er det brukt kildehenvisning gjennom APA standard, dette for at andre skal kunne finne frem til kildene som er brukt (Dalland, 2017, s.159). For å kvalitetssikre artiklene brukt for å svare på problemstillingen er alle artiklene i samsvar med inklusjons og eksklusjonskriteriene.

#### **3.3.1 Validitet og reliabilitet**

Reliabilitet sier noe om kvaliteten i forskningen og hvorvidt arbeidet som er presentert er til å stole på, arbeidets pålitelighet (Dalland, 2017, s. 55). Derfor er det selve forskningsartiklene som blir brukt som kilde til studiene, samtidig som en av inklusjonskriteriene sier at de vitenskapelige artiklene skal være fagfellevurdert. Fagfellevurdert vil si at de er godkjent av eksperter på samme fagområde (Dalland, 2017, s. 162).

Alle artiklene brukt i denne studien har en kvantitativ metode. I Kvantitativ metode henter man informasjon fra enheter ved hjelp av variabler for å få frem det som er felles, som betyr informasjon som er lik i gjennomsnitt (Dalland, 2017, s. 52-53). En variabel beskriver likheter og forskjeller mellom enhetene i studien, og bidrar til å kunne dele enhetene inn i grupperinger (Dalland, 2017, s.140). Variabler kan kategoriseres forskjellig; kontinuerlige variabler er de som kan måles med flere verdier, mens diskret variabler har et bestemt antall verdier. Verdien er tilstanden som enheten har i en variabel (Dalland, 2017, s. 140).

Når et problem undersøkes må det som måles ha relevans og gyldighet i forhold til problemet, det som kalles validitet (Dalland, 2017, s. 40). De vitenskapelige artiklene som er brukt i oppgaven svarer på problemstillingen på ulike måter. Siden problemstillingen forsøker å finne grunner og sammenhenger mellom sosial ulikhet og sykefravær på arbeidsplassen vil studier som bruker kvantitativ metode gi mest utbytte. For til forskjell fra kvalitativ metode der man går i dybden og tolker og finner meninger fra få enheter, vil man heller gå mer i bredden og hente spesifikk data fra flere enheter i kvantitativ metode (Dalland, 2017, s. 52).

Forskningsartiklene er basert på populasjonsutvalg fra Norge, med unntak av to; der den ene er basert på populasjon fra Sverige; Löve, Hensing, Holmgren & Torén (2013), og den andre er basert på den prospektive Belstress 3 studien i Belgia; Janssens et al. (2014).

Wang et al. (2014) er basert på data fra Hordaland Health Study [HUSK] som er godkjent av det norske datatilsynet og av en regional etikk komite. Deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse i studien og studiens designet muliggjorde innhenting av data over tid og som ga en reduksjon i responsforstyrrelse (Wang et al., 2014, s. 2 & 6).

Studien til Sterud og Johannsen (2014), og studien til Sterud (2013) fikk utfallsmål som er basert på registerdata og uavhengig av eksponeringsdataene, som gjør at tap av respondenter fra studien ikke ble noe problem. Studiene er landsomfattende og det ble tatt tilfeldige populasjonsutvalg (Sterud & Johannesen, 2014, s. 333). Studien til Aagestad et al. (2014) er også landsomfattende, forskjellen er at i studien til Aagestad et al. (2014) var prøvetakingen knyttet til registrert sykefravær, samt at det var lite tap under oppfølgingsperioden (Aagestad et al., 2014, s. 792).

I studien til Janssens et al. (2014) ble sykefraværet basert på objektive fraværsmålinger og hadde oppfølging av sykefraværsdagene (Janssens et al., 2014, s. 432). I Löve et al. (2013) sin studie ble sykefraværet rapportert av arbeidsgiver der det skulle være nye tilfeller av sykefravær hos sysselsatte (Löve et al, 2013, s.5).

### **3.3.2 Etikk**

I litteraturstudier bygger man på litteratur som allerede eksisterer, derfor er det ingen informasjon som må søkes eller meldes fra om. Det er fortsatt viktig å se over at den tidligere litteraturen følger en viss etisk standard (Forsberg & Wengström, 2003, s. 59). I denne oppgaven, er det etter beste evne blitt presentert alt av relevante resultater, selv om resultatene ikke skulle støtte under hypotesen eller ønske til forfatter. Det sees på som uetisk å kun belyse ønsket resultater fra studiene (Forsberg & Wengström, 2003, s. 59).

## 4 Resultater

I resultatkapittelet blir resultatene fra de seks forskningsartiklene presentert systematisk gjennom tematikken i problemstillingen, en oversikt over forskningsartiklene med utvalg og alder visses i tabell 3.

**Tabell 3 Forskningsartiklene inkludert i studien.**

<b>Forfatter, (år), land</b>	<b>Utvalg(n) &amp; alder (år)</b>
Wang et al. (2014), Norge	N = 7346, 40-47 år
Aagestad et al. (2014), Norge	N = 12 255, 16-69 år
Sterud (2013), Norge	N = 12 255, 18-69 år
Sterud & Johannesen (2014), Norge	N = 12 255, 18-69 år
Löve et al. (2013), Sverige	N = 5 807, 19-64 år
Janssens et al. (2014), Belgia	N = 2983, 30-55 år

### *4. 1 Faktorer på arbeidsplassen som potensielt påvirker langvarig sykefravær*

Wang et al. (2014) gjorde en prospektiv studie på bakgrunn av at de ville finne en assosiasjon mellom høy arbeidsbelastning og LTSF (Wang et al., 2014, s. 1). Det viste seg at høy arbeidsbelastning var assosiert med en rekke somatiske sykdommer. Det var en signifikant sammenheng mellom fysiske og psykiske helseindikatorer og LTSF. Antall kroniske somatiske sykdommer og farmakologiske diagnoser var ikke vesentlig forskjellig på tvers av belastningskategoriene. Arbeidsbelastning og sykefravær hadde bare en delvis sammenheng med negativ fysisk og psykisk helse, som kan skyldes målefeil eller at målingen av fysisk helse var utfordrende (Wang et al., 2014, s. 3).

Videre fant Wang et al. (2014) en sammenheng mellom at høyt arbeidskrav og lav kontroll over eget arbeid kunne føre til høy risiko for LTSF. Som nok er en grunn til at de fant høyest forekomst av LTSF hos yrkesaktive med høy arbeidsbelastning, der risikoen steg med arbeidsmengden (Wang et al., 2014, s. 3). Studien konkluderte ut fra resultatene at tiltak som betydelig reduserer høy arbeidsbelastning kan minske tilfeller av LTSF, ca. 1 per 15 tilfelle (Wang et al., 2014, s. 8).

I en annen studie av Aagestad et al. (2014) var formålet å undersøke effekten av arbeidsrelaterte psykososiale eksponeringer på LTSF gjennom en prospektiv studie. Her fant Aagestad et al. (2014)

at emosjonelle krav, høy eksponering til rollekonflikter og lite anerkjennelse av ledelsen var alle signifikante risikofaktorer for LTSF. Det ble ikke funnet noe signifikant sammenheng mellom LTSF og mobbing eller kontroll over egen arbeidssituasjon (Aagestad et al., 2014, s. 787). Forskerne kom frem til at disse tre psykososiale faktorene utgjorde antakeligvis ca. 15% av tilfellene med LTSF i 2010 (Aagestad et al., 2014, s. 791). Det kan ha vært et mulig bias ved at man ikke visste om de med dårligere helse ved start av studien, i tillegg til at eksponeringsfaktorene var selvrapportert.

Sterud (2013) undersøkte hvilken rolle mekaniske faktorer på arbeidsplassen hadde som risikofaktorer for LTSF (Sterud, 2013, s. 113). I alt ble 9,4 % av utvalget klassifisert med LTSF. Resultatet viste at det ikke var noe vesentlig forskjell på de med forekomst av LTSF og de med gjentakelse. Videre var det ingen av de psykososiale risikofaktorene som utgjorde noe forstyrrelser i forhold til de mekaniske risikofaktorene. De mekaniske risikofaktorene som ble oppdaget var nakkefleksjon, arbeid der overkroppen er bøyd fremover, vanskelige løft og høy repetisjoner i hånd og arm bevegelser (Sterud, 2013, s.112). Forskjeller i helsestatus og sosialdemografiske variabler i spørreundersøkelsen gir ingen forhåndsbestemte risikovurderinger (Sterud, 2013, s.114). Selvrapportering kan også ha en innvirkning i denne studien, samme gjelder for studien til Wang et al. (2014) og Sterud & Johannesen (2014).

Sterud og Johannesen (2014) gjorde en prospektiv studie der de så på psykososiale risikofaktorene sin innvirkning på LTSF, men de tok også med seg de fysiske risikofaktorene (Sterud & Johannesen, 2014, s. 329). Variablene brukt for å måle sosial ulikhet var utdanningsnivå og kjønn. I forhold til arbeidsrelaterte risikofaktorer fant man at de største psykososiale risikofaktorene var; få muligheter for utvikling og monotont arbeid, de største mekaniske risikofaktorene var knele, tungt fysisk arbeid, dårlig løfteteknikk og kontinuerlig stående arbeid (Sterud & Johannesen, 2014, s. 330, 333). De arbeidsrelaterte risikofaktorene var ganske like for menn og kvinner.

I studien til Janssens et al. (2014) var målet å finne psykososiale risikofaktorer for langtidssykefravær grunnet mentale helseproblemer og muskelskjelettplager. De fant lavere risiko for langtidssykefravær grunnet mentale helseproblemer (LTSF-MH) hos ansatte med gode belønningsordninger ved studieoppstart, og lavere risiko for langtidssykefravær grunnet muskelskjelettplager (LTSF-MS) ved arbeidsplasser der man hadde høy kontroll over eget arbeid

i oppfølgingsperioden (s. 430). Det ble også funnet en signifikant sammenheng mellom høye arbeidskrav og høy arbeidsinnsats med risiko for LTSF-MS (s.432). Det ble ikke funnet noen effekter av arbeidskrav, kontroll over eget arbeid eller sosial støtte på LTSF-MH, i motsetning til andre studier. Som kan ha noe med populasjonsutvalgets (ikke rekruttert fra et representativt utvalg av arbeidsbefolkningen i Belgia), lengde på oppfølging, og definisjon av langtidssykefravær på grunnlag av mentale helseproblemer (Janssens et al., 2014, s.431).

Löve et al. (2013) undersøkte om risikofaktorer som somatiske og mentale symptomer, psykisk velvære, arbeidsmengde og det fysiske arbeidsmiljøet førte til sykefravær hos sysselsatte (Löve et al., 2013, s. 1). Risikofaktorene hadde ingen forklarende sammenheng med sosioøkonomisk stilling eller sykefravær, verken hos kvinner eller menn. Forskerne prøvde å justere de somatiske og mentale symptomene for å samsvare bedre mellom utvalgene, dessverre ga det lite endringer til resultatet og sammenhengen mellom lavere ikke-manuelle yrker og høyere ikke-manuelle yrker ga et statistisk ubetydelig resultat (Löve et al., 2013, s. 5-6).

Hvorfor de fleste studiene fant sammenhenger mellom sykefravær og arbeidsbelastning, mens Löve et al. (2014) ikke fant noe sammenheng, kan ha noe med at sosioøkonomisk status og fysiske arbeidsforhold kunne utgjøre de samme fenomenene. Samtidig fant de ingen tydelig overlapp. Videre er studien basert på en randomisert populasjon, der utvalget består av mange forskjellige yrkesgrupper. Yrker som kategoriseres som manuelt arbeid er ikke alltid fysisk krevende. Samme problemstilling gjelder for ikke-manuelle yrker, der noe kan være fysisk krevende (Löve et al., 2013, s. 7). For at det skulle være en sammenheng mellom sykefravær og arbeidsbelastning måtte man sett en mindre sammenheng mellom sykefravær og den sosiale gradienten. For å ha minsket den sosiale gradienten i studien til Löve et al. (2013) måtte det vært mer målrettede målinger av helse (Löve et al., 2013, s. 8).

#### ***4.2 Sosial ulikhet knyttet til sykefravær***

En analyse brukt i studien til Wang et al. viste signifikante sammenhenger mellom det å være kvinne, være skilt eller være enke, lavere utdanning, lavere inntekt, høyere alkoholinntak, mangel på fysisk aktivitet og røyking med sykefravær (Wang et al., 2014, s. 3).

Aagestad et al. (2014) sin studie kommer også frem til betydningsfulle forskjeller grunnet sosial ulikhet. Risikoen for LTFSF var høyere hos eldre arbeidstakere, arbeidstakere med kortere utdanning, røykere, ansatte med tidligere historie av LTFSF, mennesker med kroniske helseplager, og med skader eller funksjonsnedsettelse (Aagestad et al., 2014). I studien til Sterud (2013) var risikoen for LTFSF høyere for kvinner, ansatte med færre års utdanning, hos de som røyker, ansatte med kroniske helseplager og med tidligere tilfeller av LTFSF i løpet av basisåret (Sterud, 2013, s.113).

Resultatene fra studien til Sterud og Johannesen (2014) viste at LTFSF var rundt 3-4 ganger vanligere blant mennesker med grunn- og videregående opplæringsnivå sammenlignet med de som har rundt 4 års universitets eller høgskoleutdanning (Sterud & Johannesen, 2014, s. 333). Fra menn med lav utdanning strekte den sosiale graderingen seg til universitet og høgskole utdanning >4år fra 12,4% til 3,3%. Det ble observert dobbelt så høy risiko blant kvinner med lav utdanning i forhold til universitet og høgskole utdanning >4år, der den sosiale graderingen strekte seg fra 15,4% til 4,6% (Sterud & Johannesen, 2014, s. 330). Det var fortsatt 43-52% av de pedagogiske forskjellene blant menn og 32-58% av utdanningsforskjellene blant kvinner som ikke kunne forklares. Samtidig er det kjent at helse- og livsstilindikatorer kan variere mellom utdanningsgrupper, der man ser at holdninger og verdier knyttet til sykefravær kan variere. Forskerne konkluderte med at sosial ulikhet bidrar til LTFSF (Sterud & Johannesen, 2014, s. 333).

Resultatene fra studien til Janssens et al. (2014) tyder på at psykososiale risikofaktorer er relatert til LTFSF-MH og LTFSF-MS. Mobbing hadde en signifikant sammenheng, dessverre fant de ingen signifikant sammenheng med de andre psykososiale risikofaktorene (Janssens et al., 2014, s. 430). Forskerne konkluderte med at mobbing er en viktig og uavhengig variabel i forhold til sykefravær. Et begrenset antall utfallshendelser hindret lagdeling for kjønn, slik at man kunne måle forskjeller mellom kvinner og menn.

Selv om studien til Löve et al. (2013) ikke fant noe sammenheng mellom sosioøkonomisk stilling og sykefravær, fant de en tydelig sammenheng mellom lavere sosioøkonomisk stilling og fysiske arbeidsforhold basert på utvalget med nye tilfeller av sykefravær. Hos menn økte oddsforholdene for hvert nedgående trinn i den sosioøkonomiske rangstigen. Hos kvinner var gradienten noe lavere (Löve et al., 2013, s.5).



## 5 Diskusjon

Her diskuteres først styrker og svakheter ved forskningsartiklene, før teorien i studien blir diskutert opp i mot resultatene til forskningsartiklene.

### *5.1 Styrker og svakheter ved forskningen*

Siden fire av studiene er utført i Norge, vil de kunne gi et godt bilde av sykefravær i Norge. Siden denne studien fokuserer på befolkningen i Norge vil dette være positivt. For studier som har fokus på andre utvalg kan det utgjøre et problem på grunn av forskjeller i politikk og ytelsesrettigheter som gjør det vanskelig å generalisere. De to studiene som ikke er undersøkt på den norske befolkningen vil kunne være vanskelige å generalisere til den norske befolkningen av samme grunn. Det betyr ikke at de er irrelevante for å kunne bidra til å besvare problemstillingen, men en faktor som vurderes underveis i analyseringen og refleksjonen.

De studiene som ikke er basert på den norske befolkningen har noen likheter med de norske studiene; Studien til Löve et al. (2013) er basert på svært lik aldersgruppe som studiene til Aagestad et al. (2014), Sterud (2013) og Sterud og Johannsen (2014) som også er basert på et randomisert populasjonsutvalg av den norske befolkningen, dette gir en styrke til Löve et al (2014) ved at forskningen er basert på et randomisert populasjonsutvalg av den svenske befolkningen. Når man undersøker årsakssammenhenger kan representativitet sees på som en styrke, samtidig er det ikke like viktig i analytiske studier.

Den belgiske studien til Janssens et al. (2014) har også fellesnevner med en av de norske studiene. Wang et al. (2014) er basert på en populasjon fra HUSK der aldersspennet ikke er større enn 7 år, i likhet med Janssens et al. (2014) der populasjonen er hentet fra Belstress 3 studien, og aldersspennet er mindre enn ved de andre studiene. Studiepopulasjonen til Wang et al. (2014) og Janssens et al. (2014) er fortsatt sammenlignbare med den generelle arbeidspopulasjonen ved at andelen sykefravær hos de i alderen 30-55 år ligner blant den totale arbeidspopulasjonen til de andre artiklene (18-69 år).

En svakhet ved flere av studiene er at forskningen er basert på selvrapporing av både sykefravær og helsetilstand, unntaket er; studien til Aagestad et al. (2014) som også er basert på sykefraværstatistikk, studien til Janssens et al. (2014) som brukte objektive fraværsmålinger for

å få mer konkrete mål av sykefraværet, og studien til Löve et al. (2013) der sykefraværet ble rapportert av arbeidsgiver. Siden halvparten av studiene har gode fraværsmålinger kan dette brukes for å se om man fortsatt kommer frem til noenlunde like resultater og hva som eventuelt er annerledes.

Videre kan man også diskutere om det var gunstig å kun bruke forskning fra 2013-2014 og forskning basert på kvantitativ metode. Siden studiene er relativt like i forhold til populasjonsåret, vil man ikke kunne argumentere for likt resultat i forskningen gjennom tidene. Forskningen er fortsatt relevant for denne studien gjennom at problemstillingen prøver å se på langtidssykefraværet til Norges befolkning i dag og alle studiene er publisert innenfor de siste 5 årene. Ved at forskningen kun er basert på kvantitativ metode, betyr at man ikke kan argumentere for resultatet på tvers av metodevalg. I dette studie fokuserer man på langtidssykefravær som et folkehelseproblem, det gjør at man ser etter spesifikk data fra mange enheter, som kommer best frem gjennom kvantitativ metode (Dalland, 2017, s. 52).

## ***5. 2 Faktorer på arbeidsplassen som påvirker sykefravær***

Som nevnt i det teoretiske grunnlaget av denne studien, så er arbeid en del av livet. Arbeid bidrar til økonomisk trygghet, personligvekst, sosiale relasjoner og flere andre helsefremmende faktorer. Samtidig kan deltakelse i arbeidslivet kan gi negative konsekvenser for helsen (Folkehelseinstituttet, 2017). For individet er arbeidsplassen en påvirkningsfaktor i hovedgruppen miljø og omgivelser, som består av de fysiske og psykiske forholdene rundt (Mæland, 2016, s.31). En del av arbeidsbelastningene på arbeidsplassen kan være de fysiske som eksempelvis tunge løft, feil belastning og intensive repetisjoner av motoriske bevegelser (Sterud, 2013, s. 112).

Tidligere forskning viser en sammenheng mellom fysisk arbeidsbelastning og sykefravær; Wang et al. (2014) fant en sammenheng mellom arbeidsbelastning og somatiske sykdommer. Sterud (2013) så sammenheng gjennom at tung fysisk arbeidsbelastning førte til typiske somatiske lidelser. Sterud og Johannesen (2014) så at fysisk arbeid var en risikofaktor for langtidssykefravær. Man så en lavere risiko for LTFSF når man kunne kontrollere tempoet i eget arbeid i studien til Janssen et al. (2014). Ut i fra resultatene kan man argumentere for at arbeid kan gi helsevansker ved belastninger og skader forårsaket av arbeidsmiljø, som er noe som også kom frem i Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2017).

De mer psykiske påvirkningsfaktorene på arbeidsplassen ser ut til å gå mer på det psykososiale miljøet; medinnflytelse, stress, samhold med kollegaer og respekt av ledelsen (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 300). Tidligere forskning viser en sammenheng mellom sykefravær og det psykososiale miljøet på arbeidsplassen; Aagestad et al. (2014) så en sammenheng mellom LTSF og høy eksponering til rollekonflikter, emosjonelle krav og lite anerkjennelse av ledelsen. Sterud og Johannesen (2014) fant noe lignende, da de fant sammenheng mellom LTSF og påvirkningsfaktorer som monotont arbeid og få muligheter for utvikling. I studien til Wang et al. (2014) fant man en sammenheng mellom høyt arbeidskrav og lav kontroll over eget arbeid med LTSF. Janssens et al. (2014) vinklet resultatene sine litt annerledes og fant lavere risiko for LTSF grunnet mentale problemer på de arbeidsplassene med belønningsordninger for godt utført arbeid.

Resultatene som kommer frem gjennom de fysiske og psykiske påvirkningsfaktorene viser at arbeidsplassen som miljøfaktor er omfattende. Gjennom høy fysisk belastning, emosjonelle krav, lite innflytelse og respekt kan arbeidsplassen påvirke individers biologi, atferd og psykologiske væremåte negativt. Janssens et al. (2014) valgte å presentere resultatene fra studien gjennom de positive påvirkningsfaktorene som ga sammenheng med lav risiko for LTSF. Hvis man ser resultatene fra de andre studiene på denne måten, kan man se at påvirkningsfaktorer kan påvirke individets helse i en positiv retning. Arbeidsplassen vil derfor kunne både være en helsebygger og sykdomsskaper, alt ut ifra om påvirkningsfaktoren har en positiv eller negativ virkning på individene.

### ***5.3 Sosial ulikhet knyttet til sykefraværet***

I følge Fugelli og Ingstad (2014) er begrepet folkehelse den ønskede helsen til samfunnets befolkning, derimot er begrepet helse den helsen som oppleves og forvaltes av enkelt individene (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 425). Hvordan individet opplever og forvalter egen helse kan i følge teorien til Antonovsky komme av hvordan individet forstår, skjønner meningen og hvordan man håndterer situasjonen (Sletteland & Donovan, 2012, s. 29).

Sosial bakgrunn har mye å si på hvordan man ser forskjellige situasjoner og de sier at sosial ulikhet blant individer øker med alder (Sletteland & Donovan, 2012, s. 45). Funn om økende alder ble også funnet i tidligere forskning der Aagestad et al. (2014) så en høyere risiko hos eldre arbeidstakere. Sterud og Johannesen (2014) så på utdanning som en variabel for LTSF, der de fant store forskjeller

på voksne mennesker i forhold til utdanningsnivået. Siden forskjeller gjennom utdanningsnivå, yrke, erfaring og inntekt blir mer synlig jo eldre man blir, støtter funnet teorien om sammenheng mellom alder og sosial ulikhet.

Sosial ulikhet kan også sees i lys av individers atferd og væremåte. Emosjoner, mestringsstrategier, ytre handlinger, kognitive faktorer og handlingsmønstre hos individet er faktorer knyttet til atferd og væremåte (Mæland, 2016, s.31). Man ser sammenhenger mellom LTSF og livsstil, væremåte og handlingsmønstre i forskningen. I studien til Janssens et al. (2014) fant man ikke noe sammenheng mellom LTSF og typiske psykososiale risikofaktorer, derimot var det en signifikant sammenheng ved arbeidsplasser med en kultur for mobbing. Wang et al. (2014) og Aagestad et al. (2014) fant sammenheng med røykevaner. Wang et al. (2014) fant også sammenhenger med sivilstatus, høyt alkoholinntak og mangel på fysisk aktivitet.

Atferd kan også påvirkes av faktorer som biologi og genetisk arv. Biologi og genetisk arv kan være en avgjørende faktor når man snakker om individuelle forskjeller i helse (Sletteland & Donovan, 2012, s. 26). Et eksempel er kvinner og menn, der kvinner ofte har ulik forståelse av begrepet helse (Sletteland & Donovan, 2012, s. 26-27). Tidligere forskning viser en kjønnsforskjell når det kommer til arbeidsplassen som miljøpåvirkning og LTSF. I studiene til Wang et al. (2014) og Sterud (2013) fant man en signifikant sammenheng mellom sykefravær og det å være kvinne. Sterud og Johannsen (2014) fant en høyere risiko hos kvinnene enn mennene i forhold til utdanningsnivå.

Resultatene fra de tidligere nevnte studiene samsvarer ikke med resultatene til Löve et al. (2014). I studien til Löve et al. (2014) så man en mer markant gradering hos menn enn hos kvinner. Hvorfor det var motsatt i studien til Löve et al. (2014) kan ha noe med målene de brukte for helse og den tydelige sosiale gradienten som kom frem i resultatene. Ved at studien er basert på et randomisert populasjonsutvalg og kategorisert i forhold til yrkesgrupper, kan også ha en medvirkende effekt. For om Sverige sin kjønnsfordeling i forskjellige yrker er lik den i Norge, vil man se høy representasjon av kvinner i yrker som for eksempel innenfor helsearbeid. I helsepleiende yrker er ikke utdanningsforskjellene så ulike. I mannsdominerte yrker kan det være større forskjell i utdanningsnivå.

Aagestad et al. fokuserte ikke på sosial ulikhet bland kjønn, men fant en økt risiko for LTSF hos de med funksjonsnedsettelse. Kroppslig og mental funksjon kan kategoriseres som en genetisk faktor, men oftest er det miljøbettinget (Sletteland & Donovan, 2012, s. 27). Studiene inkludert viser også en sammenheng mellom skader, kroniske helseplager og ansatte med tidligere historie av LTSF som påvirkningsfaktorer til LTSF. At et individ har tidligere historie med sykdom eller skader kan falle under flere av kategoriene; da det kan ligge genetisk arv som gjør at man er utsatt for mulige utfall, eller at biologien har blitt endret av miljømessige forhold eller kanskje at man har fått et atferdsmønster som har blitt eller er påvirket av ytre faktorer som eksempelvis arbeidsmiljøet.

Arbeidsplassen er som nevnt en miljøfaktor, da miljø omfatter de påvirkningsfaktorene som kommer fra utsiden. Miljøfaktor er omfattende og vil kunne påvirke individets biologi, atferd og psykologiske væremåte (Mæland, 2016, s.31). I tidligere forskning ser man en sammenheng mellom LTSF og sosioøkonomisk stilling. Löve et al. (2013) fant en tydelig sammenheng med sosioøkonomisk stilling. Wang et al. (2014) fant sammenheng med lavere utdanning og lavere inntekt. Resterende av studiene fant sammenheng med lav utdanning, utenom studien til Janssens et al. (2014).

Det finnes mange grunner for å ta en høyere utdanning, en av disse er muligheten til å ha en bedre levestandard. Ved høy levestandard kan man få en sunnere livsstil, mindre psykososiale belastninger og mer materiell levestandard (Sletteland & Donovan, 2012, s. 45). I undersøkelsen utført av SSB så man en sammenheng mellom lav utdanning og mer psykiske plager, spesielt for kvinner med lav utdanning (Mæland et al., 2009, s. 69).

Gjennom forskningen ser man en sterk evidens mellom sosial ulikhet og utdanning som påvirkningsfaktorer for LTSF på arbeidsplassene. Men man kan også trekke sammenhenger mellom lavere utdanning og andre påvirkningsfaktorer som biologiske og genetiske, samt atferd og handlingsmønster gjennom å se på forskningen til Sterud (2013) og forskningen til Aagestad et al. (2014).

#### *5.4 Sammenhengen av sosial ulikhet og påvirkningsfaktorer på arbeidsplassen*

Norges sykefravær er høyt og utmerker seg globalt (Mæland, 2016, s. 201). I forhold til andre land ligger ikke Norge noe særskilt høyere, imidlertid utmerker landet seg når velferdsordningene er av høy kvalitet. Den høye kvaliteten kan sees igjennom § 110 i grunnloven og videre i loven om folketrygd. Grunnloven presiserer at den Norske stat skal legge til rette for forhold som gjør at man har mulighet til arbeid (Grunnlova, 1814, § 110). Samtidig blir det i § 8-1 i folketrygdloven nevnt at de som på grunn av skade eller sykdom ikke kan utføre sitt arbeid, skal få kompensasjon gjennom sykepenger (Folketrygdloven, 1997, § 8-1).

Historisk har ikke forskning fokusert på helsen sin helhet, det har vært et skille mellom kroppen og den psykiske helsen. I senere tid har forskningen fokusert mer på helse som helhet (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 110). Som det er beskrevet tidligere i diskusjonen; har man sett på de påvirkningsfaktorene som går direkte på kroppsfunksjon og de som går dirkete på den psykiske helsen. I teorien nevnes det at helse er en ressurs og forutsetning for livskvalitet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 20). Om livet er mindre godt å leve på grunn av dårligere kroppsfunksjon eller av dårligere psykisk helse, vil det fortsatt bli en form for innvirkning på individets livskvalitet. Man kan også argumentere for at et individ sin vurdering av helsen ikke trenger å være noe annerledes i forhold til hvor lidelsen ligger, at det heller kommer an på hvordan man opplever og reagerer til situasjonen.

I følge Antonovsky vil håndteringen av spenningstilstander utgjøre om det blir et helsefremmende eller sykdomsfremkallende resultat (Sletteland og Donovan, 2012, s. 29). Teorien SOC til Antonovsky sier at opplevelsen av sammenheng kommer an på de tre komponentene; om man ser det som skjer rundt som forutsigbart eller ikke, om det gir mening i forhold til egne følelser og interesser, og om man selv opplever at man kan håndtere situasjonen (Sletteland og Donovan, 2012, s. 29 og 30). Dette vil si at man kan få en indirekte påvirkning på fysisk og psykiske helse gjennom hvordan man håndterer spenningstilstander som oppstår. For å se om denne teorien stemmer kan man diskutere rundt problemstillingen om individers sosioøkonomiske status på arbeidsplassen har en påvirkning for langtidssykefravær. Kan det være slik at tåleevnen for belastning og sykdom kommer av individets sosiale bakgrunn?

Det kan virke som at de med høyere utdanning sitter på kunnskap som de med lavere utdanning ikke har, eller tilnærmer seg kunnskap på en annen måte. som kan gjøre en forskjell på hvordan man ser og håndterer en situasjon. I følge forskningen vil høy eksponering til rollekonflikter ha en negativ innvirkning på helse og bidra til LTSF. I studieløpet til en som går Bachelor i Folkehelse lærer man forskjellige teknikker og teorier rundt kommunikasjon. Kunnskapen kan gi et bedre grunnlag for hvordan man forstår budskap, hvordan følelse budskapet gir individet og hvordan individet velger å håndtere budskapet.

Hvis man tar utdanning som eksempel og man kommer i en stressende situasjon på arbeidsplassen, kan det argumenteres for at kunnskap rundt samfunnet og kommunikasjon vil være en styrke. Om man blir snakket til, eller vitne til at medarbeidere eller ledelsen har mange uenigheter. Vil man gjennom kunnskap kanskje ikke havne i en situasjon der man føler seg mindreverdige eller utilpass i arbeidssituasjonen. Slike situasjoner kan igjen føre til negativ belastning på helsen og bli sykemeldt.

I studien til Aagestad et al. (2014) så de at psykososiale faktorer som høy eksponering til rollekonflikter, emosjonelle krav og lite annerkjennelse fra ledelsen utgjorde ca. 15 av LTSF tilfellene i deres studie. Disse psykososiale faktorene er typiske faktorer som gjør at man ikke trives i arbeidssituasjonen, og kan ha en negativ innvirkning på helsen generelt. I en arbeidssituasjon kan det for noen være forutsigbart at arbeidshverdagen kan føre til at man havner i emosjonelt krevende situasjoner eller at ledelsen ikke alltid følger med og setter pris på det man gjør. Kanskje man ser det som forutsigbart gjennom tillært kunnskap eller av erfaring? Situasjonen vil kunne gi mer mening og man klarer kanskje å håndtere situasjonen bedre.

Videre så man en sammenheng mellom livsstil og LTSF. Kan man knytte livsstil opp mot psykososial status? I forskningen er det sammenhenger mellom sykdom og risikofaktorene røykevaner, alkoholinntak, aktivitetsnivå og KMI (Mæland et al., 2009, s. 45). Det er vist at man har et sunnere livsstil ved høyere utdanning (Sletteland & Donovan, 2012, s. 45). Dette gjør at man kan anta at de med høyere utdanning er mer oppmerksomme på hvordan man behandler egen kropp og hvilke kilder man skal ta i bruk for å ta vare på egen helse i havet av informasjonskilder som finnes der ute.

## 6 Konklusjon

I det landsdekkende folkehelsearbeidet er det viktig å prioritere de helseproblemene som rammer flest og er kostbart for samfunnet. Høyt sykefravær og uføretrygd medfører ulemper både for folkehelsen og statsøkonomien i Norge. Ved å se på arbeidsplassen som risikofaktor, ser man at de fysiske og psykiske forholdene på arbeidsplassen er viktig. Arbeidsplassen skal være en plass med helsefremmende påvirkning, og de negative påvirkningsfaktorene burde reduseres for å bedre folkehelsen.

Denne litteraturstudien har funnet evidens for at påvirkningsfaktorer på arbeidsplassen gir negativ innvirkning på helsen. Selv om noen av artiklene kom frem til flere påvirkningsfaktorer enn andre, så fant alle seks en form for påvirkningsfaktor på LTSF; enten gjennom arbeidsplassen som påvirkningsfaktor eller gjennom sosiale ulikheter som påvirkningsfaktor, eller gjennom begge deler. I fremtiden kan man ha nytte av intervensjoner som reduserer LTSF i den generelle arbeidspopulasjonen i Norge. Som å fokusere på tiltak som er reduserer fysisk og følelsesmessig krevende arbeid, rollekonflikt og lite sosial støtte.

Forskningsresultatene på sosial ulikhet sin innvirkning på sykefraværet sett i sammenheng med helsedeterminanter har vist at; individenes psykososiale status har innvirkning på sykefraværet. Fellesnevnerne til de sosiale ulikhetene som kommer frem i forskningen er utdanningsnivå, erfaring, livsstil og kjønnsforskjeller. Den sosiale ulikheten kan sees opp mot risikofaktorene på arbeidsplassen, gjennom å se på hvordan de sosiale ulikhetene påvirker individenes tåleevne. Ved å se resultatene gjennom teorien SOC, ser man at sosial ulikhet blant arbeidstakerne kan ha en innvirkning på sykefraværet. Utdanningsnivå ser ut til å ha en ekstra sterk sammenheng med tåleevne og sykefravær. Samtidig kan man dra sammenhenger mellom utdanning og hvordan man opplever situasjoner, hvilke livsstil man har, og hvordan man mestrer stress.

Videre forskning burde se på tiltak for å fremme helse på arbeidsplassen. Det er noen studier som allerede er i gang, eksempelvis; «Intervensjoner for redusert sykefravær og uførhet» (Folkehelseinstituttet, 2015). For å fremme helse på arbeidsplassen kan det være nyttig å fokusere på å styrke prosesser og identifisere tiltak som allerede har en helsefremmende effekt. Fokusere på å finne tiltak som bedrer forutsetningene for god helse på arbeidsplassen. Noen eksempler som har kommet frem i forskningen er å gi mulighet til utvikling, kontroll over egen arbeidssituasjon og en



støttende ledelse. Ved å fokusere på helsefremmende tiltak vil det kunne hjelpe de sosiale ulikhetene som finnes på arbeidsplassen og som bidrar til langtidssykefraværet. Om man skulle tenkt enda bredere en på arbeidsplassen, kan det være andre helsefremmende tiltak som kunne bidratt til å redusere den sosiale gradienten, som eksempelvis kunnskap og informasjon. Derfor konkluderer denne studien med at det fortsatt vil trengs mye forskning på sosial ulikhet sin påvirkning på den generelle populasjonen og arbeidsmiljø som videre fører til langtidssykefravær og uføretrygd.

## 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*. 56(8), 787-793. doi: 10.1097/JOM.0000000000000212

Arbeids og Sosialdepartementet. (2014). Høyere sykefravær i Norge enn i andre land. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rapport\\_2014\\_05\\_internasjonal\\_sammenligning\\_av\\_sykefravaer\\_del\\_2.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rapport_2014_05_internasjonal_sammenligning_av_sykefravaer_del_2.pdf)

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in a Health and Social Care – a practical guide*. (3. utgave). Berkshire: Open University Press.

Braut, G. S. (2018). Helse. *Store Norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helse>

Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red.). (2014). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid – å skape rom for hverandre*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

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

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2015). Intervensjoner for redusert sykefravær og uførhet (prosjektbeskrivelse). Hentet fra <https://www.fhi.no/prosjekter/intervensjoner-for-reduert-sykefra/>

FN-sambandet. (2018). Verdenserklæringen om Menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Folkehelseinstituttet. (2017). *Arbeid og helse*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>

Folketrygdloven. (1997). Lov om Folketrygd m. v. av 1. Mai 1997 nr. 5. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Forsberg, C. & Wengström. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. utgave). Lettland: Natur & Kultur.

Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities. Hentet fra [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf)

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk – God helse slik folk ser det*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grunnlova. (1814). Kongeriket Norges grunnlov m. v av 17. mai 1814. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn#KAPITTEL_5)

Helsedirektoratet. (2014). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. (IS-2263). Oslo: Helsedirektoratet.

Knardahl, S., Sterud, T., Nilsen, M. B. & Nordby, K-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær : arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 14(2). 179-199. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05

Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., Casini, A., De Bacquer, D., Kittel, F. & Braeckman, L. (2014). *European Journal of Public Health*. 24(3). 428-433. doi: 10.1093/eurpub/cku009

Löve, J., Hensing, G., Holmgren, K. & Torén, K. (2013). Explaining the social gradient in sickness absence: a study of a general working population in Sweden. *BMC Public Health*. 13:545. Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/545>

Mæland, J. G., Elstad, J. I., Ness, Ø. & Westin, S. (red). (2009). *Sosial epidemiologi, sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Slettestad, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring – om norsk helse- og sosialpolitikk*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6): 443-462. doi: 10.5271/sjweh.1050

Statistisk sentralbyrå. (2018a). Arbeid og lønn. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/arblonn>

Statistisk sentralbyrå. (2018b). Sykefravær. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08321/tableViewLayout1/?rxid=ddd44c2a-5abd-491c-959a-9cd8e17829bd>

Sterud, T. (2013). Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *European Journal of Public Health*. 24(1). 111-116. doi: 10.1093/eurpub/ckt072

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. doi: 10.1177/1403494814521506

Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, s. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

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. doi: [10.1371/journal.pone.0096025](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096025)