

I hvilken grad er psykososialt trygghetsklima relatert til sammenhengen mellom helseproblemer og sykefravær, og hvilken relasjon har kjønn, alder og lederansvar til denne sammenhengen?

Glenn-Rudi Skjønberg og Thomas Digervold



MAPSYK345

Masterprogram i psykologi

**Studieretning: Arbeids- og organisasjonspsykologi
ved**

UNIVERSITETET I BERGEN

DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

VÅR 2019

Veileder: Tormod Bøe, institutt for samfunnspsykologi

Biveileder: Guy Notelaers, institutt for samfunnspsykologi

Abstract

This study addresses the interaction between psychosocial safety climate (PSC), health problems and short-term and long-term sickness absence. Mental- and physical health problems and sickness absence are thematized, as well as physical, organizational and psychosocial risk factors. Potential differences in gender, age and leadership responsibility regarding PSC, health problems and sickness absence is investigated. PSC and its association with the organization, individual health and sickness absence is investigated. Based on the theoretical framework, PSC is important for psychosocial work environment and health in the workplace. Two-way interaction analysis for the relationships between PSC, health problems and sickness absence were carried out, and subsequently three-way interaction analysis with gender, age and leadership responsibility as moderators. A convenience sample of 4269 respondents from Belgian organizations formed the basis for examining the hypotheses based on questionnaire data. The findings support the contribution of health problems to sickness absence, but an association with PSC was not found. For short-term sickness absence, direct-associations with gender and leadership responsibility was found, but no moderating effect of gender, age or leadership responsibility. For long-term sickness absence, direct-associations with age and leadership responsibility was found. Moderating effect was only found for leadership responsibility on the relationship between PSC, health problems and long-term sickness absence, but the results were somewhat unclear. This study concludes that health problems is significantly associated with short-term sickness absence and long-term sickness absence. PSC does not moderate health problems and sickness absence, even when age, gender and management responsibility are added to the model.

Keywords: Psychosocial safety climate, short-term absenteeism, long-term absenteeism, health problems, leadership responsibilities.

Word count: 18 665.

Sammendrag

Studien redegjør for sammenhengen mellom psykososialt trygghetsklima (PSC), helseproblemer, samt korttidssykefravær og langtidssykefravær. Basert på det teoretiske rammeverket er PSC viktig for psykososialt arbeidsmiljø og flere helseaspekter på arbeidsplassen. Studien undersøker forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper og lederansvar vedrørende PSC, helseproblemer og sykefravær. Sentrale fysiske og psykiske helseproblemer, sykefravær, samt fysiske, organisatoriske og psykososiale risikofaktorer redegjøres for, samt PSC og dets relasjon med organisasjonen, helse og sykefravær. For å undersøke sammenhengen mellom PSC, helseproblemer samt korttidssykefravær og langtidssykefravær, ble det gjennomført toveisinteraksjonsanalyse mellom helseproblemer og PSC, samt påfølgende treveisinteraksjonsanalyser med kjønn, alder og lederansvar som moderatorer. Et bekvemmelighetsutvalg fra belgiske organisasjoner på 4269 respondenter dannet grunnlaget for å undersøke hypotesene basert på data fra spørreskjema. Funnene i denne undersøkelsen støttet konsensus av forskningsfeltet om helseproblemers signifikante bidrag til korttidssykefravær og langtidssykefravær. Ingen signifikant sammenheng mellom PSC, helseproblemer og sykefravær ble funnet. For korttidssykefravær ble det funnet signifikant sammenheng med kjønn og lederansvar, men ingen modererende effekt av kjønn, alder eller lederansvar. For langtidssykefravær ble det funnet signifikant sammenheng med alder og lederansvar, samt en noe uklar modererende effekt av lederansvar på interaksjonen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær. Studien konkluderer med at helseproblemer har en signifikant relasjon med korttidssykefravær og langtidssykefravær. PSC viser ikke modererende effekt på helseproblemer og sykefravær, heller ikke når alder, kjønn og lederansvar legges til i modellen.

Nøkkelord: Psykososialt trygghetsklima, korttidssykefravær, langtidssykefravær, helseproblemer, lederansvar.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som den avsluttende delen i vår masterutdanning innen arbeids- og organisasjonspsykologi ved Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen. Dette har vært en interessant, lærerik og utfordrende prosess vi ikke ville ha vært foruten, der vi nå ferdigstiller det største og viktigste prosjektet vårt etter fem års psykologiutdannelse. Vi har selv lagt mye tid og innsats i denne oppgaven, men har en rekke personer vi ønsker å gi en stor takk til for å ha støttet, bistått og veiledet oss gjennom denne masteroppgaven og studietiden for øvrig.

Vi ønsker å takke våre veiledere Tormod Bøe og Guy Notelaers for god oppfølging og stadig konstruktive tilbakemeldinger, dette har vært uvurderlig for oss! Dere fortjener ros for et godt samarbeid og gode faglige innspill.

Videre fortjener våre kjæreste støttespillere, Elisabeth og Vilde, en stor takk for omsorg, forståelse og tålmodighet. Ellers er det også på sin plass å takke andre kjente og kjære som har støttet oss og tatt del i vår ferd mot dette sluttproduktet. Vi vil derfor også takke familie, venner og medstudenter som har vært med oss denne tiden.

Bergen, mars 2019.

Glenn-Rudi Skjønberg og Thomas Digervold

Innholdsfortegnelse

Abstract	2
Sammendrag	3
Forord	4
Psykososialt trygghetsklima, helseproblemer og sykefravær	7
Helseproblemer og Sykefravær	10
Fysiske Helseproblemer	12
Psykiske Helseproblemer	14
Ledere og helseproblemer	18
Sykefravær	19
Det Psykososiale Arbeidsmiljøets Påvirkning på Helseproblemer og Sykefravær	24
Stress og Arbeidslivet	26
Jobbkraft-kontroll modellen	27
Innsats-belønning modellen	28
Jobbkraft-ressurs modellen	28
Psykososialt Arbeidsmiljø på Individnivå og Organisasjonsnivå	30
Motivasjon	30
Jobbtillfredshet	30
Organisasjonstilhørighet	31
Psykososialt Trygghetsklima (PSC)	31
Konsepter Relatert til PSC	32
Organisasjonsklima	32
Sikkerhetsklima	32
Psykologisk trygghet	33
Opplevd organisasjonsstøtte. Begrepet «opplevd organisasjonsstøtte» refererer til	34
Psykososialt Trygghetsklima (PSC)	34
Psykososialt trygghetsklimas bestanddeler	36
Hypoteser om Helseproblemer, Sykefravær og Psykososialt Trygghetsklima	36
Metode	40
Prosedyre	40
Utvalg	40
Instrumenter	42
Helseproblemer og sykefravær	42

Psykososial trygghetsklima.....	42
Statistiske analyser	43
Resultat.....	46
Korttidssykefravær	46
Test av hypotese 1a.....	47
Test av hypotese 2a.....	50
Test av hypotese 3a.....	50
Test av hypotese 4a.....	51
Test av hypotese 5a.....	51
Langtidssykefravær	52
Test av hypotese 1b.....	53
Test av hypotese 2b.....	56
Test av hypotese 3b.....	56
Test av hypotese 4b.....	56
Test av hypotese 5b.....	57
Diskusjon.....	58
Sammenhengen Mellom PSC, Helseproblemer og Korttidssykefravær	58
Kjønn og Alder som Moderatorer for Korttidssykefravær	60
Lederansvar som Moderator for Korttidssykefravær	63
Sammenhengen Mellom Helseproblemer og Langtidssykefravær.....	64
Sammenhengen Mellom PSC og Langtidssykefravær	65
Kjønn og Alder som Moderatorer for Langtidssykefravær	67
Lederansvar som Moderator for Langtidssykefravær	69
Styrker ved Studien	70
Svakheter ved Studien	71
Forslag til Fremtidig Forskning.....	74
Konklusjon og implikasjoner	75
Referanseliste	77
Appendiks.....	88

I hvilken grad er psykososialt trygghetsklima relatert til sammenhengen mellom helseproblemer og sykefravær, og hvilken relasjon har kjønn, alder og lederansvar til denne sammenhengen?

Arbeid og arbeidsplassen er en viktig del av livet for de fleste mennesker, og kan være en kilde til god helse. Arbeidslivet kan bidra til en meningsfull hverdag for enkeltindividet, og kan være en hovedkilde til vennskap, læring, personlig vekst og tilbakemelding på atferd og holdninger. Samtidig kan arbeidslivet medføre problemer for enkelte i form av krevende arbeidsoppgaver og sosialt samspill med andre mennesker. Arbeidslivet kan være et sted hvor mennesker med ulike problemer og behov ferdes, hvor sykdom oppstår, utvikles og leves med. Arbeidsinnholdet og det fysiske- og psykososiale arbeidsmiljøet kan gi fysiske belastninger som fører til muskel- og skjelettlidelser, psykiske belastninger som kan føre til stress, angst og depresjon, samt bidra til sosiale og kulturelle forhold som fremmer trakassering og mobbing med påfølgende sykefravær.

Helseproblemer og sykefravær skaper dermed en rekke utfordringer i yrkeslivet og samfunnet. Kategorier og kriterier for hva som er helseproblemer og sykdom påvirkes av sosiale og kulturelle endringer og holdninger i samfunnet, samt endringer i medisinsk tenkning og praksis (Ramm, 2000; Tollånes et al., 2018). Økning i helseproblemer kan eksempelvis skyldes mer åpenhet og bevissthet rundt psykiske og fysiske problemer. Det eksisterer en større samfunnsmessig aksept for psykiske helseproblemer og psykiske lidelser nå enn før. En befolkning hvor mange eldre mennesker fortsatt er aktive i arbeidslivet er mer utsatt for en rekke helseproblemer med tilhørende fraværshfrekvens. Samtidig vil medisinske fremskritt og gode arbeidsrettede sosiale støtteordninger tillate flere syke og funksjonshemmede å være i arbeid enn tidligere (Vermandere, 2013; Tollånes et al., 2018). Økt velstand og velferd med tilhørende velferdsgoder knyttet til gode sykelønnsordninger kan øke presset på leger angående diagnostisering av tilstander som legitimerer manglende

arbeidsevne. Slike ordninger kan stimulere sosial blindpassasjeratferd i befolkningen med simulering av symptomer og lidelser, samt falsk bruk av egenmeldinger (Knardahl, Sterud, Nielsen & Nordby, 2016). Størrelsen på disse effektene diskuteres stadig i forskningssammenheng og politiske debatter.

En rekke faktorer i et komplekst samspill bidrar altså til å utløse og vedlikeholde sykefravær. Sykefravær er fravær fra jobb grunnet nedsatt funksjonsevne forårsaket av helseproblemer, der individets arbeidsevne ikke er tilstrekkelig i forhold til jobbens krav (Knardahl, et al., 2016). Generelt eksisterer det begrenset kunnskap om omfanget, årsakene til, konsekvensene av og kostnadene relatert til sykefravær (Edwards & Greasley, 2010). Ulike land bruker forskjellige mål på sykefravær, noe som gjør komparative studier om sykefravær vanskelig. Enkelte grupper i befolkningen er mer utsatt for fysiske og psykiske problemer, deriblant kvinner, eldre og mennesker med lav sosioøkonomisk status (Vermandere, 2013; Mastekaasa, 2015; OECD, 2017). Motivasjon til å jobbe eller benytte seg av sykefraværsordningen påvirkes av faktorer som økonomiske vurderinger, konsekvenser for kolleger og bedriften, hvilke rettigheter man har som arbeidstaker og kompensasjoner (Edwards & Greasley, 2010; Knardahl et al. 2016).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har identifisert psykososiale faktorer som en av de store utfordringene i arbeidslivet i et globalt perspektiv, og begrepet organisasjonshelse omhandler ikke bare organisatorisk styrke, men også helsen til de ansatte (Graham, Howard & Dougall, 2012). Det psykososiale arbeidsmiljøet er anerkjent som en viktig faktor i å fremme helse, men kan også være en risikofaktor med tanke på å utvikle helseproblemer og derved påvirke sykefraværet. Risikoen for sykefravær og helseproblemer øker eksempelvis ved høye krav og lav kontroll, et negativt sosialt klima, samt trakassering og mobbing på arbeidsplassen (Knardahl et al., 2016). Faktorer som motivasjon, jobbtilfredshet, trygghet i arbeidssituasjonen og organisasjonstilhørighet er viktige for et godt psykososialt arbeidsmiljø

(Skogstad, 2011). Ansattes opplevelse av kontroll, sosial støtte, et godt sosialt klima og fravær fra mobbing, stress, angst og depresjon er viktig for organisatorisk effektivitet og personlig helse (Knardahl et al., 2016). Forebygging av sykdom og skade, samt promotering av fysisk og psykisk helse blant de ansatte er det overordnede målet for en stadig større populasjon av yrkeshelseforskere (Graham et al., 2012).

Ledelsen har hovedansvaret for arbeidsmiljøet og håndtering av psykososiale problemer på arbeidsplassen, men forbedringer av arbeidsmiljøproblemer forplikter og involverer både toppledelse, mellomledere og ansatte. Hele organisasjonen må bidra til forståelse, prioritering og kommunikasjon omkring alle ansattes psykososiale sikkerhet og trivsel, samt utviklingen av handlingsplaner for å forbedre problemområder (Dollard & Bakker, 2010). En viktig del av utviklingen, prioriteringen og kommunikasjonen om psykososialt arbeidsmiljø i en organisasjon bør knyttes til forhold som forskning har sammenfattet under faktoren *psychosocial safety climate* (PSC).

Psykososialt trygghetsklima (PSC) er delte oppfatninger om organisasjonens retningslinjer, praksis og prosedyrer knyttet til beskyttelse av arbeidstakerens psykiske helse og trygghet (Dollard & Bakker, 2010). Teoretisk sett, i tråd med helseforebyggingsdimensjonen til jobbkrav-ressurs modellen (Hall, Dollard & Coward, 2010), forventes det at PSC skal være negativt korrelert med for høye jobbkrav og psykologiske helseproblemer, og positivt korrelert med arbeidsmessige ressurser, engasjement, jobbtilfredshet og andre gunstige organisatoriske utfall (Hall et al., 2010). Teorien tilsier at PSC er en viktig faktor i å forebygge arbeidsrelaterte psykososiale problemer og hindre sykefravær. Basert på det teoretiske rammeverket om PSC har vi formulert følgende problemstilling:

I hvilken grad er helseproblemer assosiert med sykefravær, hvordan er psykososialt trygghetsklima relatert til sammenhengen mellom helseproblemer og sykefravær, og hvilken relasjon har kjønn, alder og lederansvar til disse sammenhengene?

Studien vil innledningsvis ta for seg teori knyttet til arbeidsrelaterte helseproblemer, redegjøre for sentrale fysiske- og psykiske helseproblemer, samt forhold knyttet til alder, kjønn og lederansvar. Det gjøres rede for sykefravær og hvilke fysiske og psykiske faktorer som påvirker sykefravær i arbeidslivet. Studien baserer seg på et belgisk datasett, og derfor vil helseproblemer og sykefravær i Belgia være utgangspunktet for funnene. Korttidssykefravær og langtidssykefravær blir belyst i studien som to distinkte sykefraværskategorier, hvor blant annet utløsende faktorer og konsekvenser av disse vil beskrives. Det blir redegjort for kjønn, aldersgrupper og lederansvar vedrørende sykefravær og helseproblemer. I studien vil det greies ut for det psykososiale arbeidsmiljøets påvirkning på helse og sykefravær, hvor blant annet faktorer som jobbkraft, jobbbressurser, motivasjon, jobbtillfredshet, og organisasjonstilhørighet blir beskrevet. Studien tar for seg konsepter relatert til PSC, samt de ulike bestanddelene av psykososialt trygghetsklima, og modeller om psykologiske krav og ressurser. Deretter vil det utredes for metodevalg og datasettets utvalg, prosedyre, instrumenter og statistiske analyser, samt hvilke resultater analysene gir. Avslutningsvis vil resultatet diskuteres og drøftes, før det vil redegjøres for styrker, svakheter og implikasjoner av studien.

Helseproblemer og Sykefravær

Basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet *The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study* (GBD) kan man kartlegge utviklingen av sykdomsbyrde over tid, sammenligne byrden av ulike sykdommer opp mot hverandre og mellom ulike grupper som land, kjønn og alder (GBD, 2010; Tollånes et al., 2018). GBD utgjør den mest omfattende og detaljerte helsestatistikken noensinne laget på globalt nivå for omtrent samtlige

land i verden, der også ikke-dødelige sykdommer og skader redegjøres for (Folkehelseinstituttet, 2016). Belgia hadde høyere tap av leveår og sykdomsbyrde i 2016 enn i 1990 sammenlignet med andre land i Europa (Maertens de Noordhout, Van Oyen, Speybroeck & Devleeschauwer, 2018). På undersøkelser av befolkningens tilfredshet med det nasjonale helsesystemet, rangeres Belgia på fjerdeplass opp mot sammenlignbare land i Europa. Helseutgiftene økte i prosent av bruttonasjonalproduktet fra 7,1 prosent i 1990 til 10,4 prosent i 2016, noe som gjorde Belgias helseutgifter til det femte høyeste blant alle europeiske land i prosent av bruttonasjonalproduktet (Maertens de Noordhout et al., 2018).

I Belgia har det vært en økning i ikke-dødelig sykdom, samt en økning av tidlig død rangert opp mot sammenlignbare land i Europa (Maertens de Noordhout et al., 2018). Hjerte- og karsykdommer, lungekreft, kronisk obstruktiv lungesykdom og slag er hovedårsakene til tap av leveår og død i Belgia (GBD, 2010). De største risikofaktorene for slik sykdom og tidlig død er tilknyttet kosthold, tobakk og fedme. Sykdomsbyrden som gir tapte leveår har mellom 1990 og 2010 sunket for mange tilstander, som hjertesykdom og hjerneslag, mens ikke-dødelig helsetap utgjør en stor og økende del av sykdomsbyrden i Belgia. Ikke-dødelig helsetap domineres av muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og ruslidelser. De største bidragsyterne til sykdomsbyrden i Belgia er korsryggsmerter, depresjon, fall, nakkesmerter og andre muskel- og skjelettlidelser (GBD, 2010).

Helseproblemer er ofte komplekse, hvor de fleste sykdommer og helseproblemer har flere årsaker, og ulike faktorer kan bidra til ulike sykdomsforløp. Muskel- og skjelettlidelser, psykososiale vansker og psykiske helseproblemer kan forårsakes av fysisk og/eller psykisk belastning over tid, og utgjør de største diagnosegruppene for sykefravær i Belgia og de fleste land i Europa (Edwards & Greasley, 2010). I Belgia blir stress knyttet til 1/3 av sykefraværet, særlig i sammenheng med lite sosial støtte, mens langtidsfravær i stor grad sees i sammenheng med depresjon (Edwards & Greasley, 2010; Van Gyes, 2010). Forskning viser

blant annet at organisatoriske, sosiale og psykologiske faktorer på arbeidsplassen kan bidra til fysiske helseproblemer som hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser, i tillegg til psykiske problemer og lidelser (Knardahl et al., 2016). Slike helseproblemer fører til sykefravær, og det psykososiale arbeidsmiljøet er viktig for å unngå helseproblemer og sykefravær (Van Gyes, 2010).

Fysiske Helseproblemer

Muskel- og skjelettlidelser, åndedrettsproblemer og hjerte- og karsykdommer er blant de hyppigst rapporterte fysiske helseproblemene i Belgia (GBD, 2010; OECD, 2017).

Sykdommer knyttet til muskel- og skjelettlidelser, migrene og fall utgjør en økt prosentandel av sykdomsbyrden i Belgia, noe som er en generell tendens i Europa. Det eksisterer ikke signifikante forskjeller mellom Belgia og sammenlignbare land i EU for verken kvinner eller menn vedrørende sykdomsbyrden i 1990 og 2016 (Maertens de Noordhout et al., 2018).

Muskel- og skjelettlidelser er en av hovedårsakene til ikke-dødelig helsetap i Europa, og i land som Belgia er smerter i korsrygg, nakkesmerter og repetitive belastningsskader hovedårsaker til fysiske helseproblemer (Edwards & Greasley, 2010; Tollånes et al., 2016). Blant belgiske yrkesaktive hadde 19,4 prosent ryggsmertor, og 17,2 prosent oppgir å slite med muskulære smerter (Schneider, Irastorza & Copsey, 2010). Muskel- og skjelettlidelser er den største enkeltkategorien av sykdom registrert som yrkessykdom i USA. De fleste problemene var knyttet til rygg, hvor helse- og sosialyrker var hardest rammet (Hernandez & Peterson, 2012). I 2007 estimerte National Academy of Social Insurance at utgiftene knyttet til slike helseproblemer i USA kostet 55 milliarder dollar, da inkludert medisinske helsetjenestekostnader for skadene og økonomiske kompensasjoner (Hernandez & Peterson, 2012).

Psykososiale faktorer påvirker også fysiske helseproblemer. Faktorer som lav støtte fra kolleger og ledere, høye yrkeskrav og lav kontroll i arbeidssammenheng er assosiert med

nakkesmerter. Muskel- og skjelettlidelser kan også øke som resultat av tidspress, overarbeid og manglende mulighet til sosiale interaksjoner. Fysiske belastninger som tunge løft, repetitive bevegelser, og bøyning av nakke og rygg utgjør i stor grad belastningene som fører til muskel- og skjelettlidelser (Hernandez & Peterson, 2012). Det samme gjelder for mye gåing og ståing i arbeidet, unaturlige bevegelser og stillinger for nakke, skuldre og rygg, samt generelle mekaniske eksponeringer på arbeidsplassen.

Hjerte- og karsykdommer er sammen med kreft som den største årsaken til tapte leveår i Belgia både i 1990 og i 2016, selv om det har vært en positiv utvikling de siste årene (GBD, 2010; OECD, 2017; Maertens de Noordhout, 2018). Utviklingen skyldes trolig en kombinasjon av gunstige livsstilsendringer i befolkningen i nyere tid, samt bedre forebygging og behandling av hjerte- og karsykdom (Tollånes et al., 2018). Hjerte- og karsykdommer er årsaken til om lag 30 prosent av dødsfall i Belgia, og er den største dødsårsaken på verdensbasis (Terrill og Garofalo, 2012). I tillegg til tradisjonelle risikofaktorer som røyking, hypertensjon og hyperkolesterolemi, tyder forskning på at også psykososiale faktorer er signifikant for utvikling, progresjon og utfall av hjerte- og karsykdommer. Stress er en av de mest avgjørende psykososiale faktorene for slike sykdommer (Terrill & Garofalo, 2012). En kraftig økning i sykdom som kreft kan forklares med en økende andel eldre i befolkningen, da over halvparten av kreftpasientene er 70 år eller eldre når diagnosen stilles. Hjerte- og karsykdommer er mest utbredt blant middelaldrende og eldre, i aldersgruppen 50-74 år (Ramm, 2000; Folkehelseinstituttet, 2016). Belgia har en eldende befolkning som utsettes for fysiske helseproblemer som hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser (OECD, 2017).

Kvinner oppgir i større grad fysiske helseproblemer enn menn, da spesielt muskel- og skjelettlidelser (Kjelvik & Sandnes, 2011). Nakkesmerter er dobbelt så vanlig blant kvinner i fulltidsjobb sammenlignet med menn (Hernandez & Peterson, 2012). Kvinner er betydelig

mer representert blant middelaldrende og eldre. Tall fra USA, Belgia og 11 europeiske land kom frem til at kvinner i samtlige land hadde større sannsynlighet for å ha ikke-dødelige helseproblemer og funksjonsproblemer (Crimmins, Kim og Solé-Auró 2010).

En økning i helseproblemer og sykefravær kan forklares med vitenskapelige og teknologiske fremskritt som gjør det mulig for syke å være i arbeid og for eldre å jobbe lengre, samt at flere er kjent med og benytter seg av rettighetene de har. Flere lever med kroniske lidelser, samt at færre dør av arvelige sykdommer og ettervirkninger av skader som tidligere resulterte i dødsfall (Ramm, 2000). Det foreligger bedre behandling av ikke-dødelig helsetap som psykiske lidelser, ruslidelser og nakke- og ryggproblemer (Tollånes et al., 2018). Sykelighet påvirkes av endringer i medisinsk tenking og praksis, befolkningens holdninger til sykdom og lidelse, velferdsordninger i arbeidslivet og samfunnet generelt, samt helsepolitiske prioriteringer.

Mange sykdommer kan sees i sammenheng med livsstil. Livsstilssykdommer skyldes ofte usunne matvaner, tobakksbruk, alkoholbruk og manglende fysisk aktivitet. Alkoholisme, tobakksbruk, overvekt og mangel på fysisk aktivitet bidrar til helseproblemer, tapt produktivitet og sykefravær (Howard et al., 2012). Kreft, lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer er eksempler på sykdom som ofte kategoriseres som livsstilssykdom, og i tillegg til miljøfaktorene spiller arvelighet en rolle for hvem som blir utsatt for slike helseproblemer (OECD, 2017; Folkehelseinstituttet, 2018). Høyt blodtrykk, usunt kosthold, lite fysisk aktivitet, rusmisbruk og røyking er de viktigste årsakene til sykdomsbyrde og død for begge kjønn og i alle aldre i Belgia (OECD, 2017).

Psykiske Helseproblemer

Psykiske helseproblemer er en av de store utfordringene for moderne samfunn (Knardahl et al., 2016). Psykiske helseproblemer har negativ innvirkning på individets velvære og livskvalitet, på virksomhetens produktivitet, i tillegg til sosiale og økonomiske

konsekvenser for samfunnet (Dewa, Corblère, Durand & Hensel, 2012). Alvorlig stress, angst og depresjon er blant de hyppigst forekommende psykiske helseproblemene. En belgisk undersøkelse viser at 37,1 prosent av befolkningen vil oppleve psykisk sykdom i løpet av livet; hvorav 22,8 prosent vil oppleve stemningsrelaterte lidelser; 15,7 prosent vil oppleve angstlidelser; og 10,8 prosent vil oppleve alkohollidelser (Bonnewyn, Bruffaerts, Vilagut, Almansa & Demyttenaere, 2007). De vanligste psykiske helseproblemene som ble behandlet av helsepersonell knyttet til arbeidslivet, var relatert til angst og/eller depresjon, samt posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Blant britiske yrkesaktive som ble behandlet for sykdom var psykiske helseproblemer det mest vanlige etter muskel- og skjelettlidelser (Dewa et al., 2012).

Psykiske helseproblemer er nært knyttet til sykefravær, sykenærvær, uførhet og fysiske lidelser (Dewa et al., 2012). Sykenærvær innebærer personer med psykiske og fysiske helseproblemer som fortsatt er yrkesaktive, men som har nedsatt ytelse eller produktivitet på grunn av helseproblemer (Howard, Howard & Smyth, 2012). Dårlig fysisk helse er assosiert med alvorlig depresjon, og videre er det økt risiko for angstlidelser blant mennesker med kroniske ryggproblemer, astma, migrene og hypertensjon (Dewa et al., 2012). Det er sterk konsensus for at psykologiske problemer er knyttet opp til akutte smerter i korsrygg (Shaw, Hartvigsen, Woiszwilllo, Linton og Reme, 2016). Depressive symptomer er høyere blant dem med akutte smerter i korsrygg, og den generelle psykiske tilstanden er redusert blant disse pasientene sammenlignet med befolkningen generelt (Shaw et al., 2016). I en stor populasjon av kronisk korsryggsmerte-pasienter oppfylte 31 prosent kriteriene for minst en nåværende psykisk lidelse (Reme, Tangen, Moe & Eriksen, 2011). Diagnosene inkluderte et bredt spekter av psykiatriske lidelser, hvor de vanligste var somatiske lidelser (18 prosent) og angstlidelser (12 prosent).

At psykiske lidelser er forbundet med fysiske helseproblemer skyldes blant annet sammenhengen mellom psykiske lidelser og økt forbruk av alkohol og tobakk, samt usunt kosthold, lite fysisk aktivitet og overvekt (Folkehelseinstituttet, 2018). Psykiske helseproblemer har negativ innvirkning på produktivitet, og i løpet av en toukers periode mister amerikanske arbeidstakere 10 prosent av en 40-timers arbeidsuke som resultat av depresjon. Denne tapte produktiviteten som resultat av depresjon estimeres til en kostnad på 36 milliarder dollar (Dewa et al., 2012).

Alvorlige psykiske lidelser er jevnt fordelt mellom kjønnene, men lettere former for angst og depresjon rammer kvinner i større grad enn menn. Kvinner har større sannsynlighet for å oppleve en stemningsrelatert- eller angstlidelse, mens menn er har større sannsynlighet for å oppleve en alkohol- eller annen ruslidelse (Steel et al., 2014). Mellom 1990 og 2016 var det en drastisk økning i depresjonslidelser blant kvinner i Belgia, og depresjon er sammen med migrene og korsryggsmerter de mest utbredte ikke-dødelige helseproblemene blant kvinner (Maertens de Noordhout et al., 2018). Depresjon er mest utbredt blant kvinner i Belgia, USA og 11 undersøkte europeiske land Crimmins et al. (2010).

Kvinner rapporterer høyere nivåer av stress sammenlignet med menn, og dette kan være knyttet til faktorer som å ha flere roller utenfor jobb (Graham et al., 2012). I arbeidslivet utsettes kvinner oftere for diskriminering enn menn, noe som er assosiert med stress og dårligere fysisk og psykisk helse (Lopez, Pellosmaa & Mora, 2012). Diskriminering kan defineres som urimelig forskjellsbehandling av individer basert på karakteristikk som kjønn, alder, etnisitet, seksuell orientering, religion, vekt, høyde og andre karakteristikk (Brown et al., 2018). Diskriminering øker sannsynligheten for psykologisk stress og kroniske smerter, selv når det kontrolleres for sosioøkonomiske forskjeller og helsekarakteristikk (Brown et al., 2018).

Flere internasjonale studier viser at psykiske lidelser forekommer hyppigere blant unge voksne enn eldre mennesker (Folkehelseinstituttet, 2018). Forekomsten av psykiske lidelser er over dobbelt så høy blant mennesker i alderen 18-24 år sett opp mot dem over 65 år. Tilsvarende viser en tysk studie at psykiske lidelser hadde omtrent dobbelt så høy forekomst blant dem i alderen 18-34 år enn dem over 65 år, mens Osloundersøkelsen viser til hyppigere forekomst av psykiske lidelser blant dem mellom 30 og 39 år (Folkehelseinstituttet, 2018). Omtrent en tredjedel av helsetapet til unge og voksne er forårsaket av psykiske lidelser.

Det har vært en økning over tid på lettere psykiske lidelser, men det er vanskelig å fastslå om det er en reell økning eller en mer tydelig synliggjøring basert på faktorer som åpenhet og bevisstgjøring om psykisk helse. Inntrykket av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, og grunnen til en liten økning i antall uføre og sykemeldte på bakgrunn av psykiske lidelser har flere årsaker, som befolkningsvekst, samfunnsholdninger og behandling (Folkehelseinstituttet, 2018). Flere amerikanske og europeiske studier hevder at forekomsten av psykiske lidelser ikke har økt i den voksne befolkningen, men videre forskning med bedre datagrunnlag er nødvendig (Folkehelseinstituttet, 2018).

Mobbing i arbeidssammenheng innebærer en situasjon der én eller flere personer gjentatte ganger over tid utsettes for negative handlinger av andre i arbeidsmiljøet som vedkommende har vanskelig for å forsvare seg mot. Handlingene utøves ofte i form av subtile, aggressive handlinger, enten direkte eller indirekte, i form av ydmykelse, angrep på offerets selvtillit, isolasjon, angrep på privatliv, sosial ekskludering og emosjonell misbruk (Rex-Lear, Knack & Jensen-Campbell, 2012). Mobbing påvirker fysisk og psykisk helse for individet, og medfører samtidig tap av produktivitet for virksomheten, gjennomtrekk og sykefravær (Bond, Tuckey & Dollard, 2010; Einarsen, Glasø og Nielsen, 2011). Videre reduserer mobbing jobbtillfredshet, skaper dårlig selvaktelse, reduserer motivasjon samt

problemer knyttet til sykenærvar (Bond et al., 2010; Einarsen et al., 2011). Mobbing kan føre til depresjon og stress, og over tid kan mennesker som har blitt utsatt for mobbing ha signifikante symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse som kan vedvare lenge etter mobbingen og jobbsituasjon fant sted (Bond et al., 2010; Einarsen et al., 2011).

Ledere og helseproblemer

En komparativ studie fra Storbritannia viste at ansatte i lederposisjoner var signifikant mer fornøyde med alle aspektene ved arbeidet sitt, jobben i seg selv og personlige relasjoner enn ikke-lederne. Det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene vedrørende helse, men det var marginale forskjeller i psykosomatiske lidelser, hvor ikke-ledere hadde litt høyere skåre. Ikke-ledere hadde flere episoder eller perioder med sykefravær enn lederne, men forskjellen i antall sykedager var ikke signifikante (Cooper & Bramwell, 1992).

Lederne rapporterte signifikant mer stress i forholdet mellom hjem og arbeid, hvor jobben påvirket livet deres utenfor arbeidet på en negativ måte. Ikke-lederne rapporterte signifikant mer stress og påkjenning fra faktorer som lange arbeidsdager, det fysiske arbeidsmiljøet, problemer med utstyr som ikke fungerer og monotone arbeidsoppgaver. Denne gruppen viste også en høyere ekstern kontrollplassering enn lederne. Ikke-lederes høyere nivåer av stress og jobbkrav sett opp mot ledere førte ikke i dette studiet til mer sykefravær og helseproblemer, men kan potensielt ha en relasjon til PSC (Cooper & Bramwell, 1992).

En australsk undersøkelse (Lindorff, 2001) viste at de viktigste stressfaktorene som ledere rapporterte var mangel på hjelp, manglende forståelse og støtte fra sine overordnede og medarbeidere, mangel på viktig informasjon, uklar kommunikasjon rundt arbeidssituasjonen og manglende evne til å lede. En undersøkelse fra 48 bedrifter i Danmark (Skakon, Kristensen, Christensen, Lund & Labriola, 2011) viste at ledere rapporterte mindre sosial støtte fra kolleger, høyere arbeidskrav og mer konflikter på arbeidsplassen, men et lavere

stressnivå enn ikke-ledere. Turnage og Speilberger (1991) sin undersøkelse av ledere, fagfolk og administrative ansatte viste noen av de samme resultatene, og at mangel på personell, manglende deltagelse i viktige beslutningsprosesser og konflikter med andre avdelinger var faktorer som førte til stress blant ledere men ikke blant ikke-ledere. Undersøkelser som sammenligner ledere og ikke-ledere viser at ledere rapporterer høyere arbeidspress, men likevel er mindre stresset enn ikke-ledere (Richardsen & Matthiesen, 2013).

Sykefravær

Sykefravær er ifølge Knardahl et al. (2016) fravær fra jobb grunnet nedsatt funksjonsevne forårsaket av helseproblemer, og er en konsekvens av at individets arbeidsevne ikke er tilstrekkelig i forhold til kravene jobben stiller. Fysiske eksponeringer i arbeidet som kan skape økt sykefravær er eksempelvis mekanisk eksponering med mye kraft og tungt fysisk arbeid, lange perioder med ståing eller gåing, støy, problematisk temperatur, bøyning av nakke og rygg, samt repetitive bevegelser (Knardahl et al., 2016).

Det eksisterer ingen absolutt definisjonsstandard for korttidssykefravær versus langtidssykefravær, og ulike studier opererer med ulike inndelinger (Knardahl et al., 2016). Ettersom denne studien baserer seg på et belgisk datasett vil korttidssykefravær defineres ut i fra en belgisk standard som tilsier at korttidssykefravær er fravær opptil en måned, altså fra 0 til 21,67 arbeidsdager (SD Worx, 2017; NAV, 2018). Langtidssykefravær defineres ut ifra dem med mer enn 21,67 dagers fravær og sammenlignes opp mot dem uten fravær og korttidssykefravær i denne studien. I Belgia betales de ansatte i typisk «blue collar»-sektorer av arbeidsgiver de to første ukene av sykefraværet før staten overtar utbetalingsbyrden, mens arbeidsgiver i «white collar»-sektorer betaler de ansatte den første måneden av sykefraværet før staten overtar utbetalingsbyrden (Van Gyes, 2010). Med «blue collar» menes det typisk manuelle og fysiske yrker, mens «white collar» refererer eksempelvis til kontorjobber og administrative yrker.

Allergi, magetrøbbel, influensa, migrene og premenstruelle smerter er noen av de vanligste årsaker til sykefravær, i tillegg til kroniske lidelser som astma, hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser. Livsstilsrelaterte sykdommer som alkoholisme, overvekt og tobakksbruk, samt psykiske helseproblemer som angst og depresjon gir mer sykefravær (Howard et al., 2012). Muskel- og skjelettlidelser står for 31 prosent av sykefraværet i Belgia, mens psykologiske problemer står for 12 prosent av sykefraværet, hvor psykologiske problemer er mer signifikant knyttet til langtidssykefravær. Det har vært en gradvis økning i sykefravær forårsaket av psykiske problemer knyttet til stress og depresjon i Belgia (Edwards & Greasley, 2010; Van Gyes, 2010).

Sykefravær er relatert til et komplekst samspill mellom medisinske, psykologiske, kulturelle og sosiale faktorer (Henderson, Harvey, Øverland, Mykletun & Hotopf, 2011). I 2012 var det rekordhøye sykefraværstall i Belgia med et gjennomsnittlig sykefravær på 4,7 prosent av alle arbeidstimer, noe som tilsvarer et gjennomsnittlig sykefravær på 12 dager i året. Høy yrkesdeltakelse bidrar til økt sykefravær, da kvinner, eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne deltar i arbeidslivet, og gode velferdsordninger motiverer til deltakelse i arbeidslivet (Vermandere, 2013). Kvinner og eldre mennesker er mer utsatt for fysiske helseproblemer og livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser (Vermandere, 2013; Mastekaasa, 2015; OECD, 2017).

Sykefravær fører til direkte kostnader som sykepenges, uførhet, legebesøk, spesialister, medikamenter og akutt helsehjelp. Det eksisterer også indirekte kostnader, som tapt produktivitet hos bedriften og byrder for dem som må ta seg av den sykes arbeid (Howard et al., 2012). Også sykenærvarer medfører svakere ytelse og lavere produktivitet, og er en risikofaktor for at medarbeidere og kunder/klienter blir syk (Howard et al., 2012).

Sykenærvarer er sterkest assosiert med psykiske helseproblemer (Henderson et al., 2011). Personer med psykiske helseproblemer er gjerne ikke klar over hvor syk de er, og frykter

sykefravær på bakgrunn av psykiske problemer vil medføre diskriminering fra ledere og manglende forståelse og utestengelse fra kollegaer. Psykiske problemer kan føre til utmattelse og kognitiv dysfunksjon, men mer forskning trengs på feltet for å finne ut mer om hvilke aspekter av psykisk helse som er assosiert med dysfunksjonalitet i arbeidssammenheng (Henderson et al., 2011).

Motivasjonen til å arbeide, sett opp mot sykefravær og å holde seg hjemme, påvirkes av flere faktorer enn helseproblemer. Faktorer som vurdering av arbeidsplassen behov, hensyn til kolleger, vurdering av konsekvenser av å ikke være på jobb, og å hjelpe andre pleietrengende hjemme, er gode eksempler. Sykefravær påvirkes også av økonomiske vurderinger, og regelverk om kompensasjoner og rettigheter påvirker arbeidstakerens valg om å benytte seg av sykefraværsordningen. Leger som gir arbeidstakere sykemelding må i stor grad basere det på arbeidstakers egen informasjon om hvilke krav som stilles på arbeidsplassen, og hvordan kravene påvirker helse og arbeidsevne (Knardahl et al., 2016).

Det eksisterer forskjeller på hvilke helseproblemer som skaper korttidssykefravær og hvilke helseproblemer som skaper langtidssykefravær. Korttidsfravær har i liten grad blitt forsket på spesifikt, blant annet fordi langtidssykefravær genererer bedre data da disse har en viss varighet, samt registreres offentlig i flere land. Langtidssykefravær utgjør en klart større del av det totale fraværet og skaper større konsekvenser i form av utgifter som sykepenges, frafall fra arbeidslivet og overgang til andre trygdeytelser. Likevel er korttidsfravær interessant i et samfunnsmessig perspektiv og for individet selv, men også for arbeidsgiver og organisasjonen som opplever tapt produktivitet samt økonomisk belastning knyttet til utbetaling av sykepenges (Mastekaasa, 2015).

Kortere sykeopphold og manglende krav til sykemelding indikerer at den underliggende sykdomstilstanden gjennomgående har mindre alvorlighetsgrad ved korttidssykefravær sett opp mot langtidssykefravær (Mastekaasa, 2015). Mer alvorlige

tilstander vil ofte føre til flere sykedager, legebesøk og behandling, og langtidssykefravær har en klar sammenheng med dødelighet, noe som ikke er tilfelle for korttidssykefravær (Vahtera, Pentti og Kivimäki, 2004). Det antas at korttidssykefravær i større grad enn langtidssykefravær påvirkes av motivasjon og vilje basert på arbeidstakerens vurdering av å være syk nok til å innlede et sykefravær, eller frisk nok til å gå tilbake i arbeid.

Langtidssykefravær antas i større grad enn korttidssykefravær å være helsebetinget (Mastekaasa, 2015). Korttidsfraværet på under én måned står for 2,4 prosent av sykefraværet i Belgia, og man så en økning i langtidsfraværet fra 1,6 prosent i 2002 til 2,4 prosent i 2012. I Belgia har 5 prosent av den arbeidende befolkningen vært sykemeldt over ett år (Vermandere, 2013).

Korttidssykefravær har en svakere sammenheng med kjønn, alder og sosioøkonomiske forhold enn langtidsfravær (Mastekaasa, 2015). Det har vært økende kjønnsforskjeller i sykefravær i Belgia, Irland, Spania, Frankrike og Storbritannia, hvor tallene viser en større økning i sykefravær hos kvinner i forhold til menn (Mastekaasa, 2014). I Belgia har kvinner 51 prosent mer fraværsdager og 25 prosent flere fraværstilfeller enn menn (Casini, Godin, Clays & Kittel, 2013). Tendensen hvor kvinner har mer sykefravær enn menn er et universelt fenomen som har utviklet seg i flere tiår, hvor forskere ikke forstår årsakssammenhengen. Hypotesene som hittil har blitt presentert har ikke fått støtte, blant annet at kvinner generelt har dårligere helse enn menn eller er mer syk som resultat av større belastning enn menn ved kombinasjon av forpliktelser i hjemmet og i arbeidslivet (Mykletun, Evensen, Hagen og Vaage, 2012). At antall fraværsdager prosentmessig er høyere enn fraværstilfeller når man sammenligner kvinner og menn kan tyde på større kjønnsforskjeller i langtidsfravær enn korttidsfravær, noe som støttes av britisk forskning (Stansfeld, Head & Ferrie, 1999). Muskel- og skjelettlidelser forekommer oftest blant kvinner, mens lite tyder på eksistensen av store

kjønnsforskjeller vedrørende luftveislidelser. Kvinner kan derfor i enda større grad enn menn være utsatt for langtidssykefravær (Mastekaasa, 2015).

I Belgia har yngre arbeidstakere hyppigere korttidsfravær enn eldre arbeidstakere, mens eldre arbeidstakere har mer langtidssykefravær. Enkelte teorier hevder fraværestrenden skyldes at yngre arbeidstakere bruker korttidssykefravær for å takle og rømme fra kravene jobben stiller, mens eldre arbeidstakere er mer vant til jobbkravene og er borte fra jobb som resultat av nedsatt helse (Edwards & Greasley, 2010). Forekomsten av influensa og forkjølelse er høyest i de yngre aldersgruppene, mens muskel- og skjelettlidelser forekommer hyppigere i de eldre aldersgruppene. Luftveislidelser forekommer oftere blant småbarnsforeldre enn befolkningen generelt, og kan skape relativt mye korttidsfravær for denne gruppen, som ofte er unge voksne (Mastekaasa, 2015). Organisasjonstilhørighet er positivt korrelert med alder og sosioøkonomiske faktorer, noe som kan påvirke terskelen for arbeidstakerens vurdering av å være syk nok til å innlede et sykefravær, eller frisk nok til å gå tilbake i arbeid (Mastekaasa, 2015).

I Belgia har man funnet at arbeidere under 30 år hadde et 1,2 ganger høyere fravær enn gjennomsnittet. De over 55 år hadde også et høyere fravær, med et gjennomsnittlig fravær på 48,5 dager i forhold til gjennomsnittet på 12,4 dager for befolkningen som helhet (Van Gyes, 2007). Menn i den eldste aldersgruppen har 86 prosent mer langtidssykefravær enn menn i den yngste aldersgruppen, mens den tilsvarende forskjellen for kvinner er 48 prosent. Relativt sett er økningen sterkest for menn, noe som kan forklares ved at de har klart minst langtidssykefravær i ung alder (Mastekaasa, 2015). Kvinner i alderen 26-35 har høyere sykefravær sammenlignet med andre kvinnelige og alle mannlige arbeidere (Livanos og Zangelidis 2010).

Det finnes sterkere sammenheng mellom langtidssykefravær og sosioøkonomisk status enn mellom korttidssykefravær og sosioøkonomisk status. Det foreligger også forskning som tyder på en svak negativ korrelasjon mellom utdanningsnivå og korttidssykefravær

(Mastekaasa, 2015). Whitehall II-studien av ansatte i britisk sentraladministrasjon viser at fravær opptil syv dager og lenger fravær avtar med stillingsnivå, mens en studie av kommunalt ansatte i Barcelona viser til at lange fravær har en sterkere negativ korrelasjon med stillingsnivå enn kortere fravær. Andre studier finner ingen sammenheng mellom stillingsnivå eller sosioøkonomiske status og korttidsfravær på inntil tre dager, men betydelige sammenhenger med langtidsfravær (Stansfeld et al., 1999; Mastekaasa, 2015).

Totalt sett viser konsensus at det er en svak sammenheng mellom stillingsnivå og korttidsfravær, mens studiene viser en sterk sammenheng mellom stillingsnivå og langtidsfravær. Tall fra 2015 viser at menn med kun grunnskoleutdanning har 5,3 ganger så stor sannsynlighet for langtidsfravær enn menn med mastergrad eller høyere utdanning, mens tilsvarende tall for kvinner er 2,4. Videre er langtidsfravær 3,5 ganger mer vanlig i yrker som renhold og hjelpearbeid sett i forhold til lederyrker (Mastekaasa, 2015). Fraværestrenden kan blant annet forklares av at store diagnosekategorier som muskel- og skjelettlidelser i stor grad rammer dem med lavere sosioøkonomisk status, og da skaper langtidsfravær for de gjeldende gruppene. Signifikante forskjeller mellom yrkeskategoriene foreligger også for korttidsfravær, men forskjellene er betydelig mindre (Mastekaasa, 2015).

Det Psykososiale Arbeidsmiljøets Påvirkning på Helseproblemer og Sykefravær

Arbeidsoppgaver og sosiale interaksjoner med andre ansatte og kunder/klienter påvirke en rekke psykologiske og sosiale faktorer, og det psykososiale arbeidsmiljøet kan skape en rekke eksponeringsfaktorer som kan påvirke helseproblemer og sykefravær. Det eksisterer en glidende overgang mellom organisatoriske, sosiale og psykologiske forhold og eksponeringer (Knardahl et al., 2016). Psykososialt arbeidsmiljø beskrives som en rekke forhold som påvirker arbeidssituasjonen og arbeidsbetingelsene til de ansatte (Skogstad, 2011). De psykologiske faktorene innbefatter individuelle egenskapers betydning for opplevelse, fortolkninger og mestring av arbeidsrelaterte forhold. Sosiale faktorer innebærer

innflytelsen det mellommenneskelige samspillet har i denne sammenhengen. Psykososialt arbeidsmiljø omhandler faktorer knyttet til jobben som skal utføres og konteksten hvor arbeidet skal utføres. Dette omfatter hva folk føler, tenker og gjør i forbindelse med arbeid og samhandling i organisasjoner, og hvordan organisasjoner og arbeidet påvirker folks følelser, tanker og atferd. Det psykososiale arbeidsmiljøet innebærer ytre påvirkningsfaktorer som omgivelser og arbeidsbetingelser, individuelle kjennetegn og psykiske prosesser, som videre har innvirkning på helse, trivsel og ytelse (Ebeltoft, 1993; Skogstad, 2011).

Eksempler på psykososiale faktorer som påvirker helseproblemer og sykefravær er mobbing, jobbtilfredshet, og kombinasjonen av lav kontroll og høye krav. Faktorer som reduserer risikoen for sykefravær er et positivt sosialt klima, kontroll over arbeidet og støtte fra ledelsen og medarbeidere (Knardahl et al., 2016). Det psykososiale arbeidsmiljøet er viktig for psykisk helse, og kombinasjonen av høye krav og manglende mulighet til å ta beslutninger, samt høy innsats og lav belønning er risikofaktorer for en rekke psykiske helseproblemer og sykefravær (Stansfeld & Candy, 2006). Høy grad av kontroll, som innebærer kontroll på arbeidstid, variasjon, selvbestemmelse og evneutnyttelse, er sterkt korrelert med redusert risiko for sykefravær. Det er ikke funnet noe statistisk sammenheng mellom kvantitative krav og sykefravær, mens enkelte studier viser at høy grad av emosjonelle krav forbindes med økt risiko for sykefravær (Knardahl et al., 2016).

Det foreligger en statistisk signifikant korrelasjon mellom økt risiko for sykefravær og rollekonflikt, der det er konflikt mellom mål, oppgaver, verdier eller informasjon (Knardahl et al., 2016). Enkelte studier viser til at lav forutsigbarhet kan bidra til sykefravær, og det samme gjelder opplevelse av lav belønning eller ubalanse mellom belønning og innsats. Mobbing, trusler og vold er signifikante risikofaktorer for sykefravær. Positiv opplevelse av det sosiale klimaet på arbeidsplassen er assosiert med lavere forekomst av sykefravær, og enkelte studier viser at sosial støtte fra medarbeidere og/eller ledere har reduserende effekt på sykefravær.

Opplevd organisatorisk rettferdighet i form av rettferdig behandling, adekvat informasjonsutveksling og relasjonsrettferdighet der lederen oppleves som ærlig og redelig ble funnet i enkelte studier å redusere sykefravær (Knardahl et al., 2016).

Det ble ikke funnet signifikant sammenheng mellom lange arbeidsdager/overtidsarbeid og sykefravær. Manglende funn kan skyldes at mennesker som arbeider veldig mye har engasjerende jobber og bedre lønn. En overvekt av studiene viser at skiftarbeid øker risikoen for sykefravær, mens omorganisering og nedbemanning ikke viste effekt på sykefravær (Knardahl, et al., 2016).

Stress og Arbeidslivet

Stress forekommer når individet ikke opplever å mestre miljøet, og interaksjonen mellom individets kapasitet og miljøets krav kan føre til stress (Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2012). I sammenheng med arbeidslivet korrelerer stress med helseproblemer, redusert produktivitet, økt sykefravær, og økt sannsynlighet for gjennomtrekk (Graham et al., 2012). Stress kan føre til en rekke helseproblemer, som for eksempel angst, depresjon og andre psykiske lidelser (Dewa, et al., 2012). Stress er sterkt korrelert med lav jobbtildfredshet, og lav jobbtildfredshet er sterkt korrelert med dårlige yrkesmessige utfall som økt sykefravær, psykiske helseproblemer og lavere organisasjonstilhørighet (Graham et al., 2012; Dewa et al., 2012).

Rollekonflikt er en av de største stressorene i arbeidslivet, og innebærer at den ansatte møtes med motstridende krav (Graham et al., 2012). Eksempler på rollekonflikt kan være om jobben strider med egne verdier og holdninger, eller om man møter motstridende informasjon og krav fra forskjellige ledere. Rolleklarhet er også en primær stressfaktor i arbeidslivet, og kan forårsakes av uklare stillingsbeskrivelser eller manglende opplæring i jobben. Stress kan forårsakes av å være overarbeidet og underarbeidet, og slike faktorer kan få negative helseutfall (Graham et al., 2012). Å ha ansvar over andre mennesker kan skape stress og

angst, der ledere, helsepersonell og lærere tilhører grupper som kan være særlig utsatt for stress og påfølgende helseproblemer. Stress og angst i arbeidslivet er knyttet til organisasjonsendring, og organisasjonsendring fører ofte til oppsigelser og endret arbeidshverdag (Graham et al., 2012). Manglende trygghet i arbeidssituasjonen og jobbusikkerhet bidrar til økt risiko for angst og depresjon, hvor særlig menn er utsatt for depresjon. Mennesker med høy jobbstatus og lav jobbtrygghet er spesielt utsatt (Dewa et al., 2012).

Forhold utenfor arbeidsplassen forårsaker stress, og en hovedkilde til stress er ifølge Graham et al. (2012) en dårlig jobb-familie-balanse, som videre skaper svakere produktivitet, høyere sykefravær og mindre jobbtilfredshet. Utbrenthet har også en korrelasjon med jobb-familie-balansen, og defineres som affektiv reaksjon på pågående stress der kjerneinnholdet er gradvis uttømming over tid av individets egne energiressurser, som emosjonell utslitthet, fysisk tretthet og kognitiv utmattelse (Shirom, 2010). Utbrenthet korrelerer med faktorer som emosjonell utmattelse, tidspress, rollekonflikt, lav sosial støtte og mangel på jobbtilfredshet (Graham et al., 2012).

Jobbkraft-kontroll modellen. Et rammeverk som beskriver stress i arbeidslivet er krav-kontroll modellen, som peker på i hvilken grad ansatte får ta del i beslutningstaking sett i forhold til kravene som stilles mot dem i arbeidsrollen (Karasek & Theorell, 1990). Jobbkraft innebærer i denne modellen psykisk arbeidsbelastning, inkludert mellommenneskelige interaksjoner, kvalitative krav og kvantitative krav, heller enn fysiske krav i rollen. Kvantitative krav innebærer overbelastning av arbeid, for mye arbeid på for kort tid, eller understimulering. Kvalitative krav refererer til arbeidsoppgaver og situasjoner som er for vanskelig, eller å ikke få brukt sine ferdigheter og kunnskaper i arbeidet (Skogstad, 2011). Kontroll referer til evnen til å påvirke andre for å redusere trusler og i hvilken grad man har autonomi til å ta beslutninger og utnytte ferdigheter. Kombinasjonen av høye psykologiske

krav og manglende kontroll er en helsemessig risikofaktor som knyttes opp mot hjerte- og karsykdommer. Videre kan lav kontroll i seg selv være en risikofaktor for stress og helseproblemer (Graham et al., 2012). Høye jobbkraav er knyttet til økt risiko for psykiske helseproblemer som angst og depresjon (Dewa et al., 2012).

Innsats-belønning modellen. Stress kan forårsakes av en ubalanse mellom opplevd høy innsats og lav belønning (Siegrist, 1996). Ubalansen bygger på rettferdighetsteori, hvor mennesker utvikler oppfatninger om hva som er rettferdig belønning. Man sammenligner seg med andre og motiveres til å endre situasjonen dersom det oppleves urettferdighet og misnøye (Haukedal, 2005). En ubalanse mellom innsats og belønning føles som mangel på gjensidighet og brudd på sosiale normer om rettferdighet, noe som resulterer i stress og emosjonell engstelse (Siegrist, 1996; Graham et al., 2012), i tillegg til å øke sannsynligheten for depresjon (Dewa et al., 2012). Ifølge Haukedal (2005) blir mennesker motivert til å gjøre en god jobb når de tror det fører til en adekvat belønning de verdsetter. Belønning må ha en betydning for den ansatte for å fungere som en motivator, og den ansatte må vite hva som skal til for å oppnå ønsket resultat. Organisasjoner bør derfor finne ut hvordan de best kan belønne, anerkjenne og kompensere sine ansatte for innsats og oppnåelse for å unngå helseproblemer og tap av produktivitet (Kirsh & Gewurtz, 2012). Innsats-belønning modellen introduserer begrepet statuskontroll, som operasjonaliserer behovet for selvfølelse, selvregulering og mestringsfølelse. Arbeid fungerer som en sosial rolle som gir status, og trusler mot status vil føre til stress, og enhver indikasjon på jobbusikkerhet vil indikere lav statuskontroll (Siegrist, 1996).

Jobbkraav-ressurs modellen. Modellen tar for seg en ubalanse mellom kraavene arbeidsplassen stiller, og ressursene den ansatte har tilgjengelig. Jobbkraav refererer ifølge Bakker og Demerouti (2007) til de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene av jobben som krever vedvarende fysisk og/eller psykologisk (kognitiv og

følelsesmessig) innsats eller ferdigheter. Slike jobbkrav er derfor forbundet med visse fysiologiske og/eller psykologiske kostnader. Jobbkrav som arbeidstrykk, emosjonelle krav og rolleklarhet kan lede til søvnproblemer, utmattelse og andre fysiske og psykiske helseproblemer.

Jobbressurser refererer til de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene av jobben som er funksjonell for å oppnå arbeidsmål, reduser jobbkrav og tilhørende fysiologiske og psykologiske kostnader og stimulerer personlig vekst, læring og utvikling (Bakker & Demerouti, 2007). Ressurser som sosial støtte, autonomi, jobbtrygghet, beslutningstaking, ferdighetsvariasjon og tilbakemelding på arbeidet kan skape en motivasjonsprosess som fører til læring, engasjement, jobbtilfredshet og organisasjonstilhørighet. Jobbressurser oppfyller de basale psykologiske behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet (Bakker & Demerouti, 2007). Opplevelsen av at organisasjonen er opptatt av de ansattes velvære fører til motivasjon og engasjement. Rettferdighet i prosedyrer i form av lønn, forfremmelse og evaluering av ytelse er sentralt for jobbtilfredshet, organisasjonstilhørighet og arbeidsytelse (Law, Dollard, Tuckey & Dormann, 2011). Støtte fra ledelse er knyttet opp til økt arbeidsytelse, mens organisatoriske belønninger som statuskontroll og økonomisk belønning øker engasjement.

Jobbkrav-kontroll modellen og innsats-belønning modellen tar for seg jobbkrav og innsats på den ene siden, samt autonomi og belønning på andre siden som prediktorer på stress, helse og velvære. Jobbkrav-ressurs modellen vektlegger at andre ressurser, som emosjonell støtte, sosial støtte fra kolleger og ledelse og tilbakemelding på arbeidet er vel så relevante. I tillegg gir modellen en utviding av jobbkrav fra arbeidstrykk og innsats til også å omfatte eksempelvis emosjonelle krav (Bakker & Demerouti, 2007).

Psykososialt Arbeidsmiljø på Individnivå og Organisasjonsnivå

Psykososialt arbeidsmiljø kan deles inn på ulike måter, blant annet på individnivå og organisasjonsnivå. Motivasjon og jobbtilfredshet er eksempler på individfaktorer av det psykososiale arbeidsmiljøet. Disse faktorene henger tett sammen med organisasjonsfaktorer, eksempelvis sykefravær og organisasjonstilhørighet (Skogstad, 2011).

Motivasjon. Motivasjon innebærer de prosessene som igangsetter, styrer og opprettholder atferd og er nært tilknyttet faktorer som jobbtilfredshet, arbeidsytelse, organisatorisk effektivitet og organisasjonstilhørighet (Haukedal, 2005). Indre motivasjon betyr at man er engasjert i jobben og arbeidsoppgavene i seg selv, og opplever belønning og engasjement uten ytre påvirkning og belønningsmekanismer. Mennesker som er motivert i arbeidssituasjonen vil i større grad oppleve kontroll, trygghet og tilhørighet, og ved mangel på slike ressurser kan man få høyere helseproblemer og sykefravær (Haukedal, 2005). Motivasjon er en vesentlig faktor for hvor raskt man kommer tilbake fra korttidssykefravær, samt hvor høy terskelen er før man definerer seg selv som for syk til å gå på jobb (Mastekaasa, 2015).

Jobbtilfredshet. Jobbtilfredshet dreier seg om hva folk føler for arbeidet sitt, og kan beskrives som en funksjon av samsvar mellom arbeidsmiljøets belønningssystem og individets behov (Matthiesen, 2005). Ulike yrkesmessige faktorer kan påvirke jobbtilfredshet, som trygghet og jobbsikkerhet, mulighet til karriereopptrykk, tillit fra ledelse og organisasjonen, sosial støtte og et positivt sosialt klima (Howard et al., 2012). Mangel på jobbtilfredshet kan gjøre det vanskeligere for folk å komme tilbake i arbeid etter sykefravær, og predikerer lavere organisasjonstilhørighet, svakere produktivitet, gjennomtrekk, helseproblemer og sykefravær (Graham et al., 2012; Dewa et al., 2012; Howard et al., 2012). Det finnes en sterk korrelasjon mellom jobbtilfredshet og helse, og da spesielt sterk med psykologisk helse (Dirlam og Zheng, 2017). Jobbtilfredshet har sterkest sammenheng med

psykologiske helseproblemer knyttet til utbrenthet, selvfølelse, depresjon og angst (Faragher, Cass og Cooper, 2005).

Organisasjonstilhørighet. Organisasjonstilhørighet defineres som den relative styrken av et individs identifikasjon med, og involvering i, en gitt organisasjon (Mowday, Porter og Steers, 1982). Arbeidstakernes organisasjonstilhørighet er ikke direkte empirisk korrelert med ufrivillig sykefravær (Schalk, 2011). Flere studier viser at organisasjonstilhørighet ikke forhindrer helseproblemer eller sykefravær, men at høyere grad av organisasjonstilhørighet gjør det mindre sannsynlig at ansatte tar seg illegitime fridager og utnytter sykefraværsordningen. Endringer i organisasjonen som oppleves som negative, eksempelvis manglende mulighet til forfremmelse; endring i ledelsen; eller trakassering som ikke håndteres skikkelig, påvirke organisasjonstilhørigheten negativt og kan lede til helseproblemer, gjennomtrekk og sykefravær (Schalk, 2011).

Det er mindre sannsynlig at mennesker som opplever et godt psykososialt arbeidsmiljø vil utnytte sykefraværsordningen, og vil gjerne komme raskere tilbake til jobb på grunn av et opplevd ansvar overfor kollegaer og bedriften. Det er avgjørende at organisasjoner ser viktigheten av at arbeidstakerne føler seg trygg, motivert, tilfreds og at arbeidet oppleves som givende for å sikre effektivitet og unngå helseproblemer og sykefravær (Dirlam & Zheng, 2017).

Psykososialt Trygghetsklime (PSC)

Psykososialt trygghetsklime defineres som delte oppfatninger om organisasjonens retningslinjer, praksis og prosedyrer knyttet til beskyttelse av arbeidstakerens psykiske helse og trygghet (Dollard & Bakker, 2010). PSC er en fasettspesifikk komponent av organisasjonsklime som omhandler psykologisk helse og trygghet, og spesifikt tar for seg utfallet psykologisk helse (Dollard, Tuckey & Dormann 2012.; Idris, Dollard, Coward & Dormann, 2012). For å få en bedre forståelse av hva psykososialt trygghetsklime innebærer og

hvordan det er relatert til helseutfall og sykefravær, vil det være hensiktsmessig å ha kjennskap til andre klimabegreper som organisasjonsklima, sikkerhetsklima, psykologisk trygghet og organisasjonsstøtte og hvordan psykososialt trygghetsklima empirisk skiller seg fra disse.

Konsepter Relatert til PSC

Organisasjonsklima. Organisasjonsklima defineres som de ansattes delte oppfatninger om prosedyrer, praksis og atferd som blir belønnet og støttet med et spesifikt strategisk fokus (Reichers & Schnedier, 1990). Begrepet omhandler også ansattes delte oppfatninger om psykologisk meningsfulle egenskaper av organisasjonsmiljøet. Gjennom mekanismer som symbolsk sosial interaksjon og overordnet lederskap blir individuelle erfaringer og persepsjoner gradvis sosialt delte erfaringer og persepsjoner (Zohar, 2010).

Historisk sett har organisasjonsklima vært et konsept som fokuserte på den individuelle arbeidstakers persepsjoner og atferd, hvor det var fokus på den ansattes velvære og jobbtilfredshet, heller enn organisatorisk effektivitet (Schneider, Ehrhart & Macey, 2011). Organisasjonsklima har utviklet seg fra å være et overordnet konsept til å bli et fasettspesifikt konsept. Fasettspesifikke klima gir bedre mål på de ansattes vurdering eller fortolkning av relevant praksis, prosedyrer og retningslinjer som er av teoretisk interesse, enten det er hele organisasjonen eller undergrupper av den (Zohar & Luria, 2005).

Sikkerhetsklima. Sikkerhetsklima er definert som en fasett av organisasjonsklima og innebærer de ansattes persepsjon på den relative viktigheten av sikkerhet i sin yrkesatferd. Sikkerhetsklima innebærer sikkerhetsretningslinjer, sikkerhetspraksis og sikkerhetsprosedyrer som indikerer grad av prioritering av sikkerhet på arbeidsplassen (Zohar & Luria, 2005). Sikkerhet må ofte konkurrere med andre domener knyttet til arbeidslivet, som effektivitet og produktivitet (Zohar, 2010). Sikkerhetsklima har på lik linje som psykososialt trygghetsklima en korrelasjon med ledelse, der tanken er at ledere

skaper klima i et sosialt læringsteoretisk perspektiv gjennom observasjon, lederatferd, lederens holdninger og utveksling av informasjon (Zohar, 2010).

Et godt sikkerhetsklima fører til sikkerhetsrelatert atferd og sikkerhetsbaserte utfall, hvor ansatte da i mindre grad utøver risikabel atferd, har utrygge arbeidsforhold og ikke utsettes for fare (Zohar, 2010). Som klimabegrep fokuserer sikkerhetsklima på fysisk helse og sikkerhet, og predikerer individuell sikkerhetsatferd, ulykker og skader som rammer fysisk helse. Begrepet sikkerhetsklima tar ikke for seg psykologisk helse og trygghet, og er derfor konseptuelt forskjellig fra psykososialt trygghetsklima (Dollard & Bakker, 2010).

Psykologisk trygghet. Definisjonen sier at psykologisk trygghet er en felles oppfatning blant medlemmene om at det er trygt å ta sjanser i gruppen og at ingen av medlemmene vil bli ydmyket, avvist eller straffet av de andre for å ytre sine meninger eller ta sjanser (Edmondson, 1999; Bang, 2008). Psykologisk trygghet skaper effektiv kommunikasjon, god dialog og høy trivsel. Det er farlig å tro at alle team er like, men kommer frem til at det er fire grunnleggende funksjoner han mener må oppfylles om en gruppe skal fungere godt over tid. Disse funksjonene er omsorg, opposisjon, avhengighet og kontroll (Sjøvold, 2009).

Psykososialt trygghetsklima er et foregående konsept for psykologisk trygghetsbegrepet, til tross for at det ble lansert senere. PSC er teoretisk sett foregående psykososiale arbeidsforhold, og tar i tillegg til interpersonale faktorer for seg psykologiske risikofaktorer som jobbstress og jobbkontroll (Dollard & Bakker, 2010). Mens psykologisk trygghet referer til en form for frihet fra frykt, straff og ydmykelse, innebærer psykososialt trygghetsklima frihet fra generell psykologisk skade og smerte (Hall et al., 2010). Psykososialt trygghetsklima er derfor sterkere korrelert med psykologisk helse, nettopp fordi det tar for seg flere stressorer (Idris, et al., 2012).

Opplevd organisasjonsstøtte. Opplevd organisasjonsstøtte refererer til ansattes oppfatning av at organisasjonen verdsetter deres bidrag og bryr seg om deres velvære (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986). Ansattes opplevelse av organisasjonsstøtte bidrar til å øke organisatorisk produktivitet og positive helseutfall. Psykososialt trygghetsklime er viktigere enn organisasjonsstøtte for psykologisk helse, stressforebygging og å fremme ansattes psykologiske status (Idris et al., 2012). Både fysisk sikkerhetsklime, psykologisk trygghet og opplevd organisasjonsstøtte er viktige konsepter, og kan bidra til å bedre ansattes helse og forbedre psykososiale faktorer som motivasjon, jobbtilfredshet, trygghet og arbeidsytelse (Hall, et al., 2010). De nevnte klimakonseptene er ikke eksplisitt utarbeidet for at psykisk helse på arbeidsplassen er et yrkesmessig helse- og sikkerhetsproblem som må reguleres og styres aktivt. Psykososialt trygghetsklime er et konsept som eksplisitt fokuserer på psykologisk helse og trygghet (Idris et al., 2012).

Psykososialt Trygghetsklime (PSC)

Som en fasett av organisasjonsklime er psykososialt trygghetsklime et klime for psykososial helse og trygghet, og en ledende indikator på psykososiale risikofaktorer og arbeidsrelatert psykologisk helse (Idris et al., 2012). PSC er relevant for sikkerhet, trygghet og helse, og tar for seg felles delte oppfatninger av organisasjonens retningslinjer, praksis og prosedyrer (Hall et al., 2010). Psykososialt trygghetsklime skiller seg fra andre klimabegrep ved å spesifikt handle om psykologisk helse og trygghet, og ta for seg mer enn bare interpersonale faktorer slik psykologisk trygghet adresserer (Hall et al., 2010).

Psykososialt trygghetsklime innebærer retningslinjer, praksis og prosedyrer som beskytter arbeidstakerens psykologiske helse og trygghet. Modellen bygger videre på jobbkrav-ressurs modellen, der psykososialt trygghetsklime er avgjørende for arbeidsforhold, og påvirker psykologisk helse og engasjement (Law et al., 2011). Psykososialt trygghetsklime predikerer endringer i individuelle psykologiske helseproblemer som stress og emosjonell

utmattelse gjennom sin relasjon til jobbkrav som arbeidstrykk og emosjonelle krav (Dollard & Bakker, 2010). PSC som jobbressurs kan skape en motivasjonsprosess som fører til læring, engasjement, jobbtillfredshet og organisasjonstilhørighet, og er viktig for å håndtere krav, samt redusere risiko for stress, utbrenthet, helseproblemer og sykefravær (Bakker & Demerouti, 2007).

Toppledelsens påvirkning på psykososialt trygghetslima er avgjørende. PSC er et resultat av ledelsens prioritering av produktivitet opp mot psykologisk helse og trygghet for arbeidstakerne (Dollard & Bakker, 2010). Det antas at retningslinjer, praksis og prosedyrer i organisasjonen vil reflektere hvorvidt toppledelsen prioriterer en balanse, og PSC reflekterer ledelsens holdninger, verdier og filosofi vedrørende arbeidernes psykologiske helse og psykososiale risikofaktorer (Idris et al., 2012). Mangel på psykososialt trygghetslima i en organisasjon kan føre til dårlig utformede jobber og arbeidsoppgaver. Eksempelvis kan arbeidstrykk være et resultat av manglende retningslinjer, praksis og prosedyrer for å holde jobbkravene på et adekvat nivå, som for eksempel mangel på mulighet til å gi beskjed om overarbeid og utmattelse (Dollard & Bakker, 2010). I organisasjoner der ledere ikke prioriterer arbeidstakernes velvære øker jobbkrav, risikoen for stress, emosjonell utmattelse og overarbeid, der resultatet kan bli depresjon, gjennomtrekk, sykefravær, sykenærvær og tapt produktivitet (Idris et al., 2011).

Et godt PSC reduserer risikoen for mobbing og trakassering på arbeidsplassen, og helseproblemer som følge av mobbing. Mobbing og trakassering er de faktorene som sterkest knytter PSC til helseproblemer (Law et al., 2011). Organisasjoner med et godt PSC oppfordrer sine ansatte til å ta del i beslutningstakingsprosesser vedrørende psykologisk velvære, og har en ledelse som arbeider for å forebygge og håndtere mobbing (Bond et al., 2010). Et godt PSC gjør arbeidstakere mer komfortabel med å varsle om trusler mot velvære og helse. PSC reduserer jobbusikkerhet, intern konkurranse, frustrasjon og maktesløshet ved

organisasjonsendring og skaper mulighet for toveiskommunikasjon, feedback, læring og beslutningstaking (Bond et al., 2010).

Psykososialt trygghetsklimas bestanddeler. Psykososialt trygghetsklima består av fire domener. Det første domenet innebærer toppledelsens støtte og forpliktelse til stressforebygging, og hvorvidt ledelsen handler raskt og effektivt retter opp i problemer som påvirker psykisk helse (Dollard et al., 2012; Idris et al., 2012). Det andre domenet er ledelsens prioritering av psykologisk helse og trygghet sett opp mot konkurrerende prioriteringer som produktivitet og effektivitet. De vedtatte retningslinjer, praksis og prosedyrer fungerer som de beste indikatorene på organisasjonen og toppledelsens sanne prioriteringer (Idris et al., 2012). Det tredje domenet er i hvilken grad organisasjonen kommuniserer med ansatte om psykologisk helse og trygghet, og gir psykologisk helse oppmerksomhet. Dette innebærer retningslinjer, praksis og prosedyrer om en toveiskommunikasjon for å håndtere og forebygge mot stress. Det fjerde og siste domenet i PSC er organisatorisk deltakelse og involvering, som er tilstede gjennom integrering av interessenter som ansatte, fagforeninger og representanter for helse og trygghet i arbeidsprosessen. Forebygging mot uadekvate jobbkrav og stress involverer alle organisatoriske nivåer (Idris et al., 2011).

Hypoteser om Helseproblemer, Sykefravær og Psykososialt Trygghetsklima

Basert på det teoretiske rammeverket har vi kommet frem til fem hypoteser som vil bli undersøkt og gjort rede for. Teoridelen har belyst fysiske og psykiske helseproblemer, sykefravær, psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og PSC. Det teoretiske rammeverket gir ikke klare svar på hvordan relasjonen er mellom sykefravær, helseproblemer og PSC. Vi ønsker i denne studien å belyse forholdet mellom helseproblemer, PSC og sykefravær, samt hvordan lederansvar, alder og kjønn er assosiert med dette forholdet. Korttidssykefravær skiller seg fra langtidssykefravær når det gjelder årsak og bakgrunn for fravær, samtidig som det har ulik alvorlighetsgrad og konsekvenser som påvirker individet, organisasjonen og samfunnet på

ulik måte (Mastekaasa, 2015). Det er derfor hensiktsmessig å undersøke begge formene for fravær, hvor langtidssykefravær sammenlignes opp mot dem uten fravær og korttidssykefravær. Mer kunnskap om sykefravær kan ha nytteverdi for individ, organisasjoner og samfunnet, og gi oversikt over forskjeller i mønstre mellom korttidssykefravær og langtidssykefravær, samt fraværets interaksjon med helseproblemer:

Hypotese 1a: Det er en positiv sammenheng mellom helseproblemer og korttidssykefravær, der mer helseproblemer gir høyere korttidssykefravær.

Hypotese 1b: Det er en positiv sammenheng mellom helseproblemer og langtidssykefravær, der mer helseproblemer gir høyere langtidssykefravær.

I teoridelen av oppgaven blir psykososialt trygghetsklimate gjort rede for, og vi vil grundigere undersøke sammenhengen mellom psykososialt trygghetsklimate, helseproblemer og sykefravær. Det teoretiske rammeverket viser nytteverdien av PSC på arbeidsplassen, hvor det er knyttet opp til å redusere krav, øke jobbbressurser og forbedre psykologisk helse (Dollard & Bakker, 2010). Vi ønsker derfor å undersøke relasjonen mellom PSC, helseproblemer og sykefravær, samt hvorvidt det eksisterer forskjeller på hvordan PSC interagerer med korttidssykefravær og langtidssykefravær:

Hypotese 2a: Det er en sammenheng mellom psykososialt trygghetsklimate, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor psykososialt trygghetsklimate modererer sammenhengen mellom helseproblemer og korttidssykefravær. Vi forventer dermed at organisasjoner med godt PSC har svakere sammenheng mellom helseproblemer og korttidssykefravær, og at denne sammenhengen er sterkere i organisasjoner med svakt PSC.

Hypotese 2b: Det er en sammenheng mellom psykososialt trygghetsklimate, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor psykososialt trygghetsklimate modererer

sammenhengen mellom helseproblemer og langtidssykefravær. Vi forventer dermed at organisasjoner med godt PSC har svakere sammenheng mellom helseproblemer og langtidssykefravær, og at denne sammenhengen er sterkere i organisasjoner med svakt PSC.

Vi ønsker å undersøke forholdet mellom helseproblemer, sykefravær og PSC opp mot kjønn, alder og ledelse. Det er hensiktsmessig å undersøke hvordan de to ulike fraværskategoriene interagerer med PSC når det modereres for kjønn, gitt gjennomgått empiri om kjønn knyttet til helseproblemer og sykefravær, som hevder kvinner har mer sykefravær og helseproblemer enn menn (Casini et al., 2013; Mastekaasa, 2015):

Hypotese 3a: Kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det forventes å finne ulike resultater for menn og kvinner vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklimate, helseproblemer og korttidssykefravær.

Hypotese 3b: Kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det forventes å finne ulike resultater for menn og kvinner vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklimate, helseproblemer og langtidssykefravær.

Det er interessant å undersøke hvordan helseproblemer, korttidssykefravær og langtidssykefravær interagerer med PSC når det modereres for alder. Det teoretiske rammeverket påpeker at yngre arbeidstakere har mer korttidssykefravær, mens eldre arbeidstakere har mer helseproblemer og påfølgende langtidssykefravær, høyere organisasjonstilhørighet og lavere korttidssykefravær (Mastekaasa, 2015).

Hypotese 4a: Alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det forventes å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklima, helseproblemer og korttidssykefravær.

Hypotese 4b: Alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det forventes å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklima, helseproblemer og langtidssykefravær.

Det teoretiske rammeverket gir noen indikasjoner på lederrolle versus ikke-lederrolle sin relasjon til helse, sykefravær og psykososiale faktorer, samt sosioøkonomisk status og medfølgende konsekvenser. Hypotese fem tar for seg lederansvar og dets interaksjon med helseproblemer, PSC og sykefravær:

Hypotese 5a: Lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det forventes å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklima, helseproblemer og korttidssykefravær.

Hypotese 5b: Lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det forventes å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere vedrørende relasjonen mellom psykososialt trygghetsklima, helseproblemer og langtidssykefravær.

Metode

Prosedyre

Denne studien baserer seg på et utvalg med 101 046 respondenter fra 381 forskjellige belgiske organisasjoner. Informasjonen ble innsamlet av et statistisk konsulentbyrå som spesialiserte seg på måling av yrkesmessig stress. Konsulentbyrået har i henhold til belgisk lovgivning lov til å veilede arbeidsgivere og organisasjoner med hensyn til deres forebyggende politikk vedrørende sikkerhet, helse, ergonomi og velvære. Mellom januar 2008 og mai 2016 målte disse helse- og sikkerhetsorganene yrkesmessig velvære med sikte på å formulere forebyggende tiltak for yrkesmessig helse. Spørreskjemaet *The Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards* (SIMPH) (Notelaers, De Witte, Van Veldhoven, & Vermunt, 2007) danner grunnlaget for studien. Dataene ble samlet inn på ulike måter, og i noen tilfeller ble det samlet inn i organiserte gruppeøkter der ansatte fylte ut spørreskjemaet med penn og papir mens de var på jobb. For noen organisasjoner ble penn og papir-versjonen av undersøkelsen distribuert via epost internt eller eksternt og deretter sendt inn, mens det i andre tilfeller ble benyttet både en penn og papir selvadministrerende undersøkelse og en elektronisk versjon. Ingen medlemmer av en undersøkt organisasjon hadde tilgang til noen av de fullførte spørreskjemaene, enten manuelt eller elektronisk. Anonymitet ble dermed garantert, og epostadresser ble slettet.

Utvalg

Det endelige utvalget som ble hentet ut fra databasen var et bekvemmelighetsutvalg på 4269 respondenter som besvarte samtlige av de relevante instrumentene om sykefravær, helseproblemer og psykososialt trygghetsklimate, samt ga informasjon om kjønn, alder og lederansvar. Bekvemmelighetsutvalget utgjorde utvalget for langtidssykefravær, som skulle sammenlignes med dem uten fravær og korttidssykefravær. Respondentene ble hentet fra totalt 24 forskjellige belgiske bedrifter, hvor antall respondenter per bedrift varierte fra 33 til

857 respondenter. Kvinnelige respondenter utgjorde 30,7 prosent av utvalget, og er underrepresentert, mot 69,3 prosent menn. Aldersgruppene bestod av dem under 25 år (1,6 prosent); mellom 25 år og 34 år (20,4 prosent); mellom 35 år og 44 år (28,3 prosent); mellom 45 år og 54 år; (30,7 prosent) og over 55 år (18,9 prosent). Respondenter med lederansvar utgjorde 25,5 prosent av utvalget etter at respondentene som ikke svarte ja eller nei på spørsmål om lederansvar ble fjernet fra utvalget (6,3 prosent).

Videre oppga omtrent 27,2 prosent av utvalget som besvarte utdanningsspørsmålet å ha en bachelorgrad som høyeste utdanning, mens 39,9 prosent av utvalget oppga å ha utdanning på masternivå eller høyere. De med grunnskole som høyeste utdanning utgjorde 1 prosent, mens resterende 31,9 prosent hadde utdanning tilsvarende videregående skole som høyeste utdanning. I antall arbeidstimer oppga 53,3 prosent å jobbe 25-40 timer i uken, 22,9 prosent jobbet 41-48 timer, mens 19,3 prosent jobbet 49 timer eller mer i uken.

Totalt 3934 av respondentene tilhørte variabelen for ingen fravær/korttidssykefravær, med et oppgitt sykefravær fra mellom 0 og 21,67 dager over en tolv måneders periode (SD Worx, 2017). Korttidssykefraværrespondentene var fordelt på 23 av bedriftene, og fordelingen av antall kvinner, aldersgrupper, lederansvar og øvrige mål avvirket lite fra langtidssykefravær. Kvinnelige respondenter utgjorde 30,1; dem under 25 år (1,6 prosent); mellom 25 år og 34 år (20,7 prosent); mellom 35 år og 44 år (28,6 prosent); mellom 45 år og 54 år; (30,4 prosent) og over 55 år (18,7 prosent). Respondenter med lederansvar utgjorde 25,8 prosent av utvalget.

Til tross for utvalgets heterogenitet er verken utvalget for korttidssykefravær eller langtidssykefravær-analysen representativt for den belgiske arbeidsstyrken som helhet på grunn av overrepresentasjon av menn, personer over 45 år, mennesker med lederansvar og respondenter med høyere utdanning. Det foreligger en underrepresentasjon av kvinner, yngre arbeidstakere særlig under 25 år og personer uten høyere utdanning.

Instrumenter

Instrumentet brukt i denne spørreundersøkelsen målte blant annet helseproblemer, sykefravær, stilling, kjønn, alder og psykososialt trygghetsklima. I innsamlingen av datasettet ble det brukt spørreskjema med både åpne spørsmål slik som «hvor mange år har du jobbet hos din nåværende arbeidsgiver?», flervalgsspørsmål som «hvilken type kontrakt jobber du på nå?», og i noen av spørsmålene ble respondentene rangert på en Likert skala. I Likert skalaen blir det stilt et spørsmål, og respondenten svarer ved hjelp av to ytterpunkt. I spørreskjemaet ble det brukt fem alternativer: helt enig, enig, ikke enig eller uenig, uenig og sterkt uenig.

Helseproblemer og sykefravær. Sykefravær og helseproblemer ble målt i flere spørsmål i spørreskjemaet. I denne studien var vi ute etter antall sykedager og respondentens oppgitte helseproblemer. Helseproblemer ble undersøkt ved at respondentene ble spurt om hvilke helseproblemer de hadde opplevd i løpet av de siste to ukene. Respondenten fikk svaralternativene «ja» eller «nei» på ti spørsmål om forskjellige plager som for eksempel muskelsmerter, hodepine, søvnproblemer og fordøyelsesproblemer. Sykefravær ble i denne studien undersøkt ved at respondenten oppga antall dager fravær de siste 12 månedene, fra null til 365 dager.

Psykososialt trygghetsklima. Basert på Dollard og Bakker (2010) ble psykososialt trygghetsklima undersøkt i åtte påstander i spørreundersøkelsen, hvor et eksempel på en påstand er: «På min arbeidsplass reagerer toppladelsen kjapt og korrigerer problemer og utfordringer som påvirker de ansattes psykologiske helse og ledelsen ser på den psykologiske helsen til ansatte som veldig viktig.» Svarene på disse spørsmålene ble gitt på en Likert skala med fem kategorier. Skalaen hadde en Cronbachs α på 0,94 som indikerer svært god indre konsistens.

Statistiske analyser

For å gjennomføre de statistiske analysene ble IBM SPSS versjon 25 benyttet.

Deskriptive analyser ble gjennomført for å få informasjon om og beskrive utvalget, søke etter utliggere, finne potensielle feilverdier og lokalisere manglende data. Det ble gjennomført reliabilitetsanalyser for å teste reliabiliteten til variablene for PSC og helseproblemer.

Bivariate sammenhenger mellom studievariablene ble undersøkt ved bruk av Pearson produkt-moment korrelasjonsanalyse. Ifølge Tabachnick og Fidell (2014) bør N i en studie minimum være på $50 + (8 * m)$, hvor m representerer antall uavhengige variabler i studien.

Minimumskravet ble 122 respondenter da analysen inneholder totalt ni uavhengige variabler.

Variablene innebar totalt ni moderatorer: dikotome variabler for kjønn og lederansvar, fem moderatorvariabler for alder, samt moderatorene helseproblemer og PSC. Studien oppfylte kriteriet med $N = 4269$. En moderator kan defineres som en variabel som påvirker retningen og/eller styrken på forholdet mellom en avhengig variabel og en uavhengig variabel (Baron & Kenny, 1986). Moderatorer bidrar til å gi et innblikk på når eller for hvem en prediktor sterkest predikerer et utfall, noe som da gir en tydeligere forklaring på forholdet mellom ulike variabler (Frazier, Tix & Barron, 2004).

Utvalget ble inndelt i to kategorier: en kategori for korttidssykefravær, og en kategori som sammenlignet ingen fravær/korttidssykefravær med langtidssykefravær. Det ble her laget en dikotom variabel med respondenter uten fravær og korttidssykefravær på ene siden (0), sammenlignet opp mot respondenter med langtidssykefravær (1). Korttidssykefravær ble definert ut ifra sykefravær opptil totalt én måned i løpet av en 12-måneders periode, altså dem med mindre sykefravær enn 21,67 dager i perioden (SD Worx, 2017). Tilsvarende ble langtidssykefravær beskrevet som dem med mer enn en måneds fravær totalt på en 12-måneders periode. Korttidssykefraværet utgjorde en overvekt av respondentene, inkludert dem uten fravær, med $N = 3934$, mens langtidssykefraværet isolert utgjorde $N = 291$. Begge analysene oppfylte

Tabachnick og Fidells (2014) krav om antall respondenter, hvor den potensielle skjevheten av kun 291 respondenter på langtidssykefravær falt bort ettersom det ble sammenlignet med korttidssykefravær, med da totalt 4269 respondenter. Respondenter som ikke hadde besvart samtlige relevante spørsmål ble fjernet.

Hypotesene ble testet med SPSS Mixed, som tillater å teste multinivåmodeller. Før hypotesene kunne testes, ble det gjennomført sentrering av variablene tilknyttet PSC og helseproblemer. «Centering» innebærer å trekke en konstant fra hver verdi av en variabel. Nullpunktet omdefineres for at prediktoren skal være den verdien som trekkes fra. Effekten er at hellingen mellom prediktoren og responsvariabelen ikke endrer seg, men at tolkningen av skjæringspunktet gjør det. «Centering» innebærer å skape et meningsfullt skjæringspunkt ved å endre prediktoren slik at 0 blir en meningsfull verdi (Heck, Thomas & Tabata, 2010). Vi utførte «grand mean centering» på variablene knyttet til psykososialt trygghetsklima for å sammenligne bedriftene i utvalget med gjennomsnittet av bedrifter. «Grand mean centering» resulterer i enhetsnivå gjennomsnitt som har blitt justert for ulikheter mellom individer innad i enheten (Heck et al., 2010). På tilsvarende måte ble det gjennomført «group mean centering» på variablene knyttet til helseproblemer for å sammenligne de ansatte i bedriften opp mot gruppen eller bedriften. «Group mean centering» av variabler gir verdier som representerer det ujusterte gjennomsnittet for gruppen (Heck et al., 2010).

Analyser for å teste samtlige hypoteser ble gjennomført for korttidssykefravær og langtidssykefravær. Etter å ha gjennomført korrelasjonsanalyse for studievariablene og en nullmodell for sykefravær, ble det for å undersøke hypotese 1 og da sammenhengen mellom helseproblemer og sykefravær, gjennomført førstenivås interaksjonsanalyse mellom disse variablene. Interaksjonsanalysen ble gjort for korttidsfravær (hypotese 1a) og langtidsfravær (hypotese 1b) separat.

Det ble gjennomført en toveisinteraksjonsanalyse for å undersøke hypotese 2, og da sammenhengen mellom helseproblemer, sykefravær og psykososialt trygghetsklima.

Sykefravær ble her lagt inn som avhengig variabel, mens centering-variablene for helseproblemer og PSC ble lagt inn som covariates. Det ble laget en interaksjonsmodell med helseproblemer multiplisert med PSC. Analysen ble gjort for korttidsfravær (hypotese 2a) og langtidsfravær (hypotese 2b) separat.

For korttidssykefravær og langtidssykefravær ble det gjennomført tre treveisinteraksjoner for å undersøke forholdene mellom studievariablene og teste hypotese 3-5. Først ble det undersøkt om kjønn modererte for den foreslåtte sammenhengen mellom helseproblemer, psykososialt trygghetsklima og sykefravær. Videre ble samme treveisinteraksjon gjennomført med henholdsvis alder og lederansvar som moderator. Det ble laget en interaksjonsmodell hvor helseproblemer, PSC og moderatoren (kjønn, alder eller lederansvar i hver sin treveisinteraksjonsanalyse) ble multiplisert med hverandre. Hypotesene vedrørende moderatorenes effekt blir støttet dersom interaksjonen er signifikant (Baron & Kenny, 1986). Effektstørrelsen for variablenes interaksjon blir beskrevet av andel økt forklart varians som bidras med av interaksjonsleddet (Frazier et al., 2004). For kjønn og alder ble det i hypotese 3 og 4 gjennomført en UNIANOVA-regresjonsanalyse som sensitivitetsanalyse for å undersøke nærmere forholdet mellom kjønn, alder og sykefravær. På lik måte som i de to første hypotesene ble hypotese 3, 4 og 5 testet for korttidssykefravær (hypotese 3a, 4a og 5a) og langtidssykefravær (hypotese 3b, 4b, og 5b) separat.

Resultat

Resultatteksten presenteres i separate deler for korttidsfravær og langtidsfravær.

Hypotese 1a, 2a, 3a, 4a og 5a omhandler korttidssykefravær og presenteres først. Videre blir resultatene fra hypotese 1b, 2b, 3b, 4b og 5b presentert under langtidssykefravær.

Korttidssykefravær

Det ble gjennomført korrelasjonsanalyser for å undersøke sammenhengene mellom studievariablene (Tabell 1).

Tabell 1 består av gjennomsnitt, standardavvik og Pearson's Product-moment korrelasjoner for studievariablene. Respondenter som ikke besvarte spørsmål knyttet til en studievariabel, ble utelatt (N = 3674-3934).

Tabell 1.

Variabler	\bar{x}	SD	1	2	3	4	5	6
Korttidssykefravær	3,31	4,68	1					
Helseproblemer	-0,09	2,61	,20**	1				
PSC	-0,006	0,34	,04*	,005 ^{ns}	1			
Kjønn ^a	--	--	-,09**	-,10**	-,07**	1		
Alder ^b	--	--	-,05**	,02 ^{ns}	,05**	,08**	1	
Lederansvar ^c	1,26	0,44	-,06**	-,02 ^{ns}	-,04*	,13**	,13**	1

Notat: *p<,05. **p < ,01.

^a 1 = kvinne, 2 = mann

^b 24 = yngre enn 25 år, 34 = mellom 25 og 35 år, 44 = mellom 35 og 45 år, 54 = mellom 45 og 55 år, 55 = eldre enn 55 år

^c 1 = ikke lederansvar, 2 = lederansvar

Korrelasjonsanalysen viste en rekke signifikante korrelasjoner mellom studievariablene, hvor de fleste var relativt svak. Svak korrelasjon mellom variabler kan

defineres som ,10, medium korrelasjon kan defineres som ,30, mens ,50 kan defineres som sterk korrelasjon mellom variabler (Cohen, 1988). Korttidssykefravær viste signifikant korrelasjon med samtlige studievariabler. Korrelasjonen mellom korttidssykefravær og helseproblemer var svak til medium, mens korrelasjonen mellom korttidssykefravær og PSC var signifikant, men meget svak. Korttidssykefravær og kjønn var svakt negativt korrelert, noe som også var tilfelle for korrelasjonen mellom korttidssykefravær og lederansvar. Alder hadde en svak negativ korrelasjon med korttidssykefravær. Helseproblemer var svakt negativt korrelert med kjønn, men helseproblemer var ikke signifikant korrelert med alder, lederansvar eller PSC. Videre hadde PSC en svak negativ korrelasjon med kjønn, en svak positiv korrelasjon med alder, og en meget svak negativ korrelasjon med lederansvar. Kjønn hadde en svak til medium positiv korrelasjon med lederansvar, og en svak positiv korrelasjon med alder. Det var en svak til medium positiv korrelasjon mellom alder og lederansvar.

Test av hypotese 1a. Hypotese 1a predikerte at helseproblemer ville ha en positiv sammenheng med korttidssykefravær, hvor mer helseproblemer gir høyere korttidssykefravær. Tabell 2 viste en positiv signifikant sammenheng mellom de to studievariablene. Helseproblemer forklarte rundt 5,53 prosent av variansen i korttidssykefravær. Mellom-bedrift variansen ble sett bort ifra i hypotesetestingen på grunnlag av manglende signifikante verdier. En ICC-verdi på 0,0239 foreslo at 2,39 prosent av den totale variansen i korttidssykefravær lå mellom bedriftene, noe som var en relativt svak verdi da den var under 5 prosent (Heck et al., 2010). Log likelihood-verdiene viste signifikant nedgang fra nullmodellen. Hypotese 1a aksepteres, da hovedresultatet fra analysene ga støtte til hypotesen, som sier det er en positiv sammenheng mellom helseproblemer og korttidssykefravær, hvor mer helseproblemer gir mer korttidssykefravær.

Tabell 2 viser den avhengige variabelen korttidssykefravær samt moderatorene kjønn, alder, lederansvar, helseproblemer og PSC (N=3934). Vi påpeker imidlertid at PSC ikke var signifikant relatert til den avhengige variabelen korttidssykefravær.

Tabell 2.

Variabler	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Fixed effects				
Korttidssykefravær	3,48***	2,77***	2,92***	2,85***
Kjønn		,81***	,58***	,57***
Alder		-,50 ^{ns}	-,42 ^{ns}	-,30 ^{ns}
Lederansvar		,65***	,62***	,62***
Helseproblemer			,34***	,34***
PSC				,44 ^{ns}
Random parameter				
Intercept	21,51***	21,11***	20,32***	20,32***
-2 x log likelihood	23267,55	21644,73	21480,71	21479,47
Endring -2 x Log	--	1622,82***	164,02***	1,24 ^{ns}
AIC	23271,55	21648,73	21484,71	21483,47
BIC	23284,11	21661,15	21497,12	21495,88
R ²	--	1,86%	5,53%	5,53%

Notat: *p < ,05, **p < ,01, ***p < ,001

Tabell 3 viser den avhengige variabelen korttidssykefravær; toveisinteraksjonen mellom PSC og helseproblemer tilknyttet hypotese 2a; samt toveis- og treveisinteraksjoner for moderatorene kjønn, alder og lederansvar knyttet til PSC, helseproblemer og

korttidssykefravær for hypotese 3a-5a. I «Random Parameter» sees -2 x Log (df) og differansene opp mot steg 4 i tabell 2. (N=3934).

Tabell 3.

Variabel	Steg 1	Steg 5	Steg 6	Steg 7	Steg 8
Fixed Effects					
Korttidssykefravær	3,48***	2,85***	2,85***	2,91***	2,92***
Helseproblemer*PSC		-,14 ^{ns}	-,05 ^{ns}	-,19 ^{ns}	-,08 ^{ns}
Kjønn*Helseproblemer			-,04 ^{ns}	-,05 ^{ns}	-,04 ^{ns}
Kjønn*PSC			,40 ^{ns}	,39 ^{ns}	,33 ^{ns}
Kjønn*Helse*PSC			-,30 ^{ns}	-,29 ^{ns}	-,25 ^{ns}
Alder*Helseproblemer				-,07 ^{ns}	-,15 ^{ns}
Alder*PSC				,93 ^{ns}	,90 ^{ns}
Alder*Helse*PSC				,46 ^{ns}	,49 ^{ns}
Lederansvar*Helseproblemer					-,04 ^{ns}
Lederansvar*PSC					,22 ^{ns}
Lederansvar*Helse*PSC					-,19 ^{ns}
Random Parameter					
Intercept	21,51***	20,31***	20,31***	20,30***	20,31***
-2 x log likelihood	23267,55	21480,13	21481,42	21474,63	21477,71
Endring -2 x Log	--	-,66 ^{ns}	-1,29 ^{ns}	6,79 ^{ns}	-3,08 ^{ns}
AIC	23271,55	21484,13	21485,42	21478,63	21481,71
BIC	23284,11	21496,54	21497,82	21491,03	21494,10
R ²	--	5,56%	5,57%	5,62%	5,58%

Notat: *p < ,05, **p < ,01, ***p < ,001

Test av hypotese 2a. Prediksjonen fra hypotese 2a var at PSC ville moderere sammenhengen mellom helseproblemer og korttidssykefravær. Det ble forventet at organisasjoner med godt PSC hadde svakere sammenhengen mellom helseproblemer og korttidssykefravær, og at denne sammenhengen er sterkere i organisasjoner med svakt PSC. Hypotese 2a ble undersøkt ved bruk av en toveisinteraksjonsanalyse. Resultatet av toveisanalysen viste at å tilføre PSC til modellen ikke ga signifikant utslag, og at en toveisinteraksjon mellom helseproblemer og PSC da heller ikke var signifikant. Videre økte BIC-verdien, og log likelihood-endringene var ikke signifikant, noe som understreker at moderatoren ikke signifikant bidro til den totale modellen. Resultatet av toveisinteraksjonsanalysen støttet ikke hypotese 2a om at PSC modererer forholdet mellom korttidssykefravær og helseproblemer, og hypotesen forkastes.

Test av hypotese 3a. Hypotese 3a predikerte at kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne ulike resultater for menn og kvinner vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær. Treveisinteraksjonen mellom helseproblemer, PSC og kjønn viste ingen statistisk signifikant sammenheng. Verdien for BIC økte og log likelihood-differansen var ikke signifikant, noe som understreker at moderatoren ikke signifikant bidro til den totale modellen. Analysen viste en signifikant direkteeffekt av kjønn på korttidssykefravær, noe som ble støttet av sensitivitetsanalysen. Verken toveisinteraksjonene eller treveisinteraksjonen viste signifikante verdier. Hypotese 3a ble med det forkastet, da det ikke ble funnet signifikant effekt av kjønn som moderator for langtidssykefravær, PSC og helseproblemer.

Det ble gjennomført en UNIANOVA-regresjonsanalyse som sensitivitetsanalyse for å undersøke forholdet mellom kjønn, alder og korttidssykefravær (Figur 1). Analysen viser at kvinner har mer korttidssykefravær i samtlige aldersgrupper. De største forskjellene er å finne i aldersgruppen 25-34, hvor kvinner har mest korttidssykefravær. Tilsvarende store forskjeller

er også å finne i aldersgruppen 45-54 år, som er den aldersgruppen menn har minst korttidssykefravær. Kvinner har i snitt omtrent 1,1 dager mer korttidssykefravær enn menn i disse aldersgruppene, og under én dag mer fravær enn menn i aldersgruppene under 25 år, 35-44 år og over 55 år.

Test av hypotese 4a. Hypotese 4a predikerte at alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær. Analysen tilknyttet hypotese 4a viste ikke signifikant direkteeffekt av alder på korttidssykefravær. Toveisinteraksjonene mellom alder og PSC samt alder og helseproblemer var heller ikke signifikant, noe som heller ikke var tilfelle for treveisinteraksjonen. Log likelihood-differansen var ikke signifikant, og selv om BIC-verdiene viste en minimal nedgang, viser ikke moderatoren signifikant bidrag til den totale modellen. Hypotese 4a forkastes da det ikke var noen signifikant effekt av alder som moderator for sammenheng mellom helseproblemer, PSC og korttidssykefravær. Sensitivitetsanalysen (Figur 1) viste at korttidssykefraværet synker noe med alderen for begge kjønn.

Test av hypotese 5a. Hypotese 5a predikerte at lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær. Modellen for hypotese 5a som helhet forklarer 5,58 prosent av variansen i korttidssykefravær, noe som var en svak nedgang fra analysen for hypotese 4a. Log likelihood viste ikke signifikant verdi, og BIC-verdien økte, noe som tydet på at moderatoren ikke signifikant bidro til den totale modellen. Variabelen for lederansvar viste statistisk signifikante direkteeffekt på korttidssykefravær. Det ble ikke funnet statistisk signifikante verdier for toveisinteraksjonen mellom helseproblemer og lederansvar, toveisinteraksjonen for

PSC og lederansvar, eller treveisinteraksjonen for helseproblemer, PSC og lederansvar.

Hypotese 5a forkastes da lederansvar ikke viser statistisk signifikant sammenheng i treveisinteraksjon med PSC og helseproblemer for å forklare korttidssykefravær.

Langtidssykefravær

Det ble gjennomført korrelasjonsanalyser for å undersøke sammenhengene mellom studievariablene tilknyttet hypotese 1b, 2b, 3b, 4b og 5b. (Tabell 4).

Tabell 4 viser gjennomsnitt, standardavvik og Pearson's Product-moment korrelasjoner for studievariablene. Respondenter som ikke besvarte spørsmål knyttet til en studievariabel, ble utelatt. Antall respondenter er N = 4000-4269, da respondenter for langtidssykefravær (N=291) sammenlignes opp mot respondenter for korttidssykefravær (N=3934).

Tabell 4.

Variabler	\bar{x}	SD	1	2	3	4	5	6
Langtidssykefravær	,07	,25	1					
Helseproblemer	,00	2,64	,12**	1				
PSC	,00	,34	,02 ^{ns}	,00 ^{ns}	1			
Kjønn ^a	--	--	-,01 ^{ns}	-,10**	-,08**	1		
Alder ^b	--	--	,04*	,02 ^{ns}	,06**	,08**	1	
Lederansvar ^c	1,26	,44	-,03*	-,03 ^{ns}	-,05 ^{ns}	,13**	,13**	1

Notat: *p<,05. **p < ,01.

^a 1 = kvinne, 2 = mann

^b 24 = yngre enn 25 år, 34 = mellom 25 og 35 år, 44 = mellom 35 og 45 år, 54 = mellom 45 og 55 år, 55 = eldre enn 55 år

^c 1 = ikke lederansvar, 2 = lederansvar

Korrelasjonsanalysen for å undersøke sammenhengene mellom studievariablene viste flere svake og medium signifikante korrelasjoner. Variablen for helseproblemer viste en svak

til medium positiv korrelasjon med langtidssykefravær, mens PSC ikke var statistisk signifikant korrelert med helseproblemer eller langtidssykefravær. Analysen viste at kjønn ikke hadde signifikant korrelasjon med langtidssykefravær, men en svak negativ korrelasjon med helseproblemer og PSC. Variabelen for alder viste svake positive korrelasjoner med PSC og kjønn, samt en meget svak korrelasjon med langtidssykefravær. Alder viste ikke signifikant korrelasjon med helseproblemer. Lederansvar-variabelen hadde en meget svak negativ korrelasjon med langtidssykefravær, og ingen statistisk signifikant korrelasjon med helseproblemer eller PSC. Lederansvar var svak til medium positivt korrelert med alder og kjønn.

Test av hypotese 1b. Hypotese 1b hevdet det var en positiv sammenheng mellom langtidssykefravær og helseproblemer, der mer helseproblemer gir høyere langtidssykefravær. Denne sammenhengen ble støttet av tabell 5, som viste signifikant direkteeffekt av helseproblemer på langtidssykefravær. Helseproblemer ga en negativ R^2 -verdi for variansen i langtidssykefravær, noe som kan tyde på at modellen ikke følger trenden i dataene, og modellen passer dårligere enn nullmodellen. Samtidig viser Hayes (2019) til at svak R^2 -skåre ikke nødvendigvis er problematisk, og at svake skårer kan komme på gode modeller.

Mellom-bedrift variansen ble på lik linje som for korttidssykefravær utelatt, da analysene tok for seg individvariabelen sykefravær, og det hadde derfor ingen hensikt for denne studien å undersøke nærmere på gruppenivå mellom bedrifter. En ICC-verdi på 0,0133 foreslo at 1,33 prosent av den totale variansen i langtidssykefravær lå mellom bedriftene, noe som var en relativt svak verdi da den var under 5 prosent (Heck et al., 2010). Vi bemerker at log likelihood-verdiene viste en økning fra nullmodellen da moderatorvariablene ble lagt til modellen. Hovedresultatet fra analysene ga støtte til hypotese 1b, som sier det er en positiv sammenheng mellom helseproblemer og langtidssykefravær, der mer helseproblemer gir høyere langtidssykefravær.

Tabell 5 viser den avhengige variabelen langtidssykefravær, samt moderatorene kjønn, alder, lederansvar; helseproblemer og PSC. (N=4269). Vi påpeker imidlertid at PSC ikke var signifikant relatert til den avhengige variabelen langtidssykefravær.

Variabler	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Fixed effects				
Langtidssykefravær	,08***	,08***	,08***	,08***
Kjønn		,01 ^{ns}	,00 ^{ns}	,00 ^{ns}
Alder		-,02**	-,03**	-,03**
Lederansvar		,02**	,02*	,02*
Helseproblemer			,01***	,01***
PSC				,01 ^{ns}
Random parameter				
Intercept	,06***	,07***	,06***	,06***
-2 x log likelihood	391,43	506,03	452,63	458,29
Endring -2 x Log	--	-114,60***	53,4***	-5,66*
AIC	395,32	510,03	456,63	462,29
BIC	408,15	522,59	469,19	474,85
R ²	--	--	--	--

Notat: *p < ,05, **p < ,01, ***p < ,001

Tabell 6 viser den avhengige variabelen langtidssykefravær; toveisinteraksjonen mellom PSC og helseproblemer tilknyttet hypotese 2b; samt toveis- og treveisinteraksjoner for moderatorene kjønn, alder og lederansvar knyttet til PSC, helseproblemer og langtidssykefravær for hypotese 3b-5b. I «Random Parameter» sees -2 x Log (df) og differansene for øvrig opp mot steg 4 i tabell 5. (N=4269).

Tabell 6.

Variabel	Steg 1	Steg 5	Steg 6	Steg 7	Steg 8
Fixed Effects					
Langtidssykefravær	,08***	,08***	,08***	,08***	,08***
Helseproblemer*PSC		-,01 ^{ns}	-,01 ^{ns}	-,02 ^{ns}	-,00 ^{ns}
Kjønn*Helseproblemer			,00 ^{ns}	,00 ^{ns}	,00 ^{ns}
Kjønn*PSC			,00 ^{ns}	,00 ^{ns}	-,01 ^{ns}
Kjønn*Helse*PSC			,01 ^{ns}	,01 ^{ns}	,01 ^{ns}
Alder*Helseproblemer				,00 ^{ns}	,00 ^{ns}
Alder*PSC				-,02 ^{ns}	-,03 ^{ns}
Alder*Helse*PSC				,02 ^{ns}	,02 ^{ns}
Lederansvar*Helseproblemer					,00 ^{ns}
Lederansvar*PSC					,08**
Lederansvar*Helse*PSC					-,03**
Random Parameter					
Intercept	,06***	,06***	,06***	,06***	,06***
-2 x log likelihood	391,43	465,98	487,54	554,52	560,90
Endring x Log	--	-7,69 ^{ns}	-21,56*	-66,98***	-6,38 ^{ns}
AIC	395,32	469,98	491,54	558,52	564,90
BIC	408,15	482,53	504,10	571,10	577,44
R ²	--	--	--	--	--

Notat: *p < ,05, **p < ,01, ***p < ,001

Test av hypotese 2b. Hypotese 2b hevdet PSC ville moderere forholdet mellom langtidssykefravær og helseproblemer. Det ble predikert at organisasjoner med godt PSC hadde svakere sammenheng mellom helseproblemer og langtidssykefravær, og at denne sammenhengen var sterkere i organisasjoner med svakt PSC. Toveisinteraksjonsanalyse var ikke signifikant. I tillegg var R²-verdier negative, samt log likelihood og BIC økte, noe som tyder på at PSC er overflødig for å forklare langtidssykefravær. Hypotese 2b forkastes da det ikke var statistisk signifikant modererende effekt av PSC på forholdet mellom helseproblemer og langtidssykefravær.

Test av hypotese 3b. Hypotese 3b hevdet at kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne ulike resultater for menn og kvinner vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær. Kjønn var ikke statistisk signifikant for langtidssykefravær, og da heller ikke toveisinteraksjonen mellom kjønn og helseproblemer eller toveisinteraksjonen mellom kjønn og PSC. Treveisinteraksjonen mellom kjønn, PSC og helseproblemer var heller ikke signifikant. Verdien av R² viste negativt resultat, log likelihood-verdien steg ytterligere, mens ICC-verdien endret seg lite: fra 1,41 prosent til 1,43 prosent. Hypotese 3b ble forkastet da det ikke var signifikante funn.

Som sensitivitetsanalyse ble UNIVARIAT regresjonsanalyse benyttet, og det ble her funnet at menn i den laveste aldersgruppen hadde mer langtidssykefravær enn kvinner (Figur 2). Aldersgruppen 25-34 år viste mer langtidsfravær for kvinner, og videre enda mer i aldersgruppen 35-44 år. Menn har mer langtidssykefravær enn kvinner i aldersgruppene 45-54 år og blant dem over 55 år.

Test av hypotese 4b. Hypotese 4b hevdet at alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og

langtidssykefravær. Analysen for hypotese 4b viste statistisk signifikant direkteeffekt av alder på langtidssykefravær. Toveisinteraksjonene mellom alder og PSC, samt alder og helseproblemer var heller ikke signifikant, noe som heller ikke var tilfelle for treveisinteraksjonen mellom PSC, alder og helseproblemer. Treveisinteraksjonen mellom alder, helseproblemer og PSC genererte på lik linje med de foregående analysene for langtidssykefravær negativ R^2 -verdi. På samme måte som trenden i analysene for langtidssykefravær viste analysen med alder økning i log likelihood. Hypotese 4b forkastes grunnet manglende signifikant effekt av alder som moderator for PSC, helseproblemer og langtidssykefravær.

I sensitivitetsanalysen ble UNIVARIAT regresjonsanalyse benyttet, hvor det ble funnet en trend for begge kjønn der økt alder korrelerte med økt langtidssykefravær (Figur 2). Sensitivitetsanalysen viste at kvinner hadde mest langtidssykefravær i aldersgruppen 35-44 år, og da noe nedgang i aldersgruppen 45-54, før det ble funnet en økning for dem over 55 år. Blant menn hadde aldersgruppen under 25 år mer langtidssykefravær enn dem mellom 25 og 34 år, før langtidssykefraværet økte videre med alder.

Test av hypotese 5b. For å teste hypotese 5b ble det gjennomført toveisanalyser og treveisanalyser i SPSS. Hypotese 5b predikerte at lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær. Variabelen for lederansvar viste statistisk signifikant direkteeffekt på langtidssykefravær. Videre ble det ikke funnet statistisk signifikant effekt av toveisinteraksjonen mellom lederansvar og helseproblemer. Det ble derimot funnet statistisk signifikant effekt av toveisinteraksjonen mellom PSC og lederansvar og treveisinteraksjonen mellom lederansvar, PSC og helseproblemer med langtidssykefravær som avhengig variabel. Men trenden i dataene for langtidssykefravær vedvarte, hvor BIC, AIC og log likelihood økte,

samt R^2 -verdiene var negativ. Dette betyr at resultatet er uklart. For å forebygge å rapportere marginale resultater som for eksempel ikke er mulig å replisere, foreslår vi å forkaste hypotese 5b om at lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær.

Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke forholdet mellom helseproblemer, sykefravær og PSC, hvor det ble gjort separate undersøkelser for korttidssykefravær og langtidssykefravær som avhengig variabel. Videre ble forholdet mellom PSC, helseproblemer og sykefravær undersøkt med kjønn, aldersgrupper og lederansvar som moderatorer. Vi kjenner ikke til andre studier som tar for seg akkurat denne problemstillingen, og vi anser studien for å være et relevant bidrag til eksisterende forskning på helse, sykefravær og PSC på arbeidsplassen.

Sammenhengen mellom PSC, Helseproblemer og Korttidssykefravær

Hypotese 1a hevdet at helseproblemer hadde en positiv sammenheng med korttidssykefravær, der mer helseproblemer gir mer korttidssykefravær. Resultatene støttet hypotesen om denne forventede sammenhengen, hvor ansatte som rapporterte mer helseproblemer også hadde høyere korttidssykefravær. Helseproblemer forklarte 5,53 prosent av variansen i korttidssykefravær, mens tilførselen av PSC og moderatorene i modellen i liten grad endret den forklarte variansen. Gjennomgående for studien var det relativt lave ICC-verdier på 2-3 prosent, og verdiene av log likelihood, AIC og BIC ble lavere etter hvert som studievariablene ble tilført modellen, noe som indikerer variablenes påvirkning på korttidssykefravær. Resultatene for hypotese 1a er i overensstemmelse med konsensus av eksisterende forskning og litteratur om helseproblemer og sykefravær i Belgia og verden forøvrig (Edwards & Greasley, 2010; Henderson et al., 2011; Howard et al., 2012; Mastekaasa et al., 2015; Knardahl et al., 2016).

For hypotese 2a, som predikerte at psykososialt trygghetsklima ville moderere sammenhengen mellom helseproblemer og korttidssykefravær, ble det ikke funnet signifikante verdier i analysen til å støtte hypotesen. Resultatene viste at ansatte med lite helseproblemer og lave nivåer PSC hadde mindre korttidssykefravær enn ansatte med mye helseproblemer og lavt PSC. Ansatte med godt PSC og lite helseproblemer hadde like mye korttidssykefravær som ansatte med godt PSC og mye helseproblemer. Forskjellene var små og ikke signifikante.

Det kan være flere årsaker til at interaksjonen mellom helseproblemer, PSC og korttidssykefravær ikke er signifikant. Sykefravær er svært komplekst, og en rekke faktorer bidrar til å påvirke hva som gjør at ansatte anses for å være for syk til å jobbe, for syk til å komme tilbake til jobb etter sykefravær eller frisk nok til å ikke ha sykefravær (Mastekaasa, 2015; Knardahl et al., 2016). Blant annet vil arbeidsplassens behov, økonomiske vurderinger, hensyn til kollegaer og andre konsekvensutredninger av å ikke være på jobb spille inn for sykefravær (Knardahl et al., 2016), og gjerne da i større grad for korttidssykefravær enn langtidssykefravær (Mastekaasa, 2015).

Basert på det teoretiske rammeverket var det flere mulige forklaringer på hvordan PSC kunne være relatert til helseproblemer og sykefravær. Det kunne potensielt tenkes at ansatte med godt PSC føler seg trygg nok i arbeidssammenheng til å holde seg hjemme ekstra lenge under sykefravær, eller føler seg trygg nok til å ta ut sykefravær uten å være redd for negative konsekvenser og sanksjoner. Samtidig kunne det potensielt tenkes at et godt PSC direkte førte til mindre helseproblemer og økte terskelen for sykefravær. Det var også mulig å anta at et godt PSC ville gjøre det lettere for dem med mye sykefravær å holde seg i arbeid eller komme tilbake til arbeid etter sykefravær, til tross for helseproblemene de måtte håndtere.

Andre studier og det teoretiske rammeverket vektlegger at PSC er viktig for psykologisk helse, arbeidstakeres jobbingasjement, samt forståelsen av jobbkrav og ressurser

i arbeidssammenheng. I tråd med helseforebyggingsbanen til jobbkrav-ressurs modellen viser andre studier at PSC er negativt relatert til jobbkrav og psykologiske helseproblemvariabler, og i tråd med motivasjonsbanen positivt assosiert med arbeidsmessige ressurser, jobbengasjement, jobbtilfredshet, organisasjonstilhørighet og andre gunstige organisatoriske utfall (Hall et al., 2010).

At studien vår ikke finner en signifikant korrelasjon mellom helseproblemer, PSC og korttidssykefravær, kan mulig forklares med at andre faktorer enn sykdom kan påvirke korttidssykefravær, som motivasjon, vilje og organisasjonstilhørighet (Mastekaasa, 2015). Videre er sykefravær svært komplekst, og PSC kan være en liten brikke i et stort puslespill i interaksjon med korttidssykefravær. Et godt PSC kan bidra til mindre sykefravær ved å skape mer organisasjonstilhørighet, jobbengasjement og jobbtilfredshet. Selv om organisasjonstilhørighet ikke direkte forhindrer helseproblemer eller sykefravær, er høyere grad av organisasjonstilhørighet assosiert med mindre sannsynlighet for at ansatte tar seg illegitime fridager og utnytter sykefraværsordningen (Schalk, 2011). Korrelasjonsanalysen viste en meget svak positiv korrelasjon mellom PSC og korttidssykefravær, og det kan tenkes at PSCs relasjon til organisasjonstilhørighet kan gi mindre sykefravær. Mer forskning på PSCs relasjon til sykefravær med andre data kan være nødvendig, og denne studien finner ingen signifikant effekt av PSC i interaksjon med helseproblemer og korttidssykefravær.

Kjønn og Alder som Moderatorer for Korttidssykefravær

I hypotese 3a ble det hevdet at kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne ulike resultater for menn og kvinner vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær. Tilsvarende hevdet hypotese 4a at alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier vedrørende relasjonen mellom PSC, helseproblemer og

korttidssykefravær. Det ble funnet signifikant direkteeffekter av kjønn på korttidssykefravær, men ikke signifikant direkteeffekt av alder. Ingen av toveisinteraksjonene eller treveisinteraksjonene med alder og kjønn viste signifikante verdier.

Sensitivitetsanalysene viste at kvinner hadde mer korttidssykefravær enn menn i samtlige aldersgrupper, hvor forskjellene var størst i aldersgruppene 25-34 år og 45-54 år. For aldersgruppen 25-34 år viste analysen mer fravær for kvinner enn i de andre aldersgruppene. En mulig forklaring kan være at kvinner i denne aldersgruppen har mer sykefravær på bakgrunn av familieliv og barn, der sykefraværet skyldes økt husstands- og fødselsansvar (Livanos & Zangelidis, 2010). For aldersgruppen 45-54 år viste analysen at menn hadde mindre sykefravær enn yngre og eldre aldersgruppe, mens det for kvinner var lite forskjell. Mindre sykefravær blant menn i alderen 45-54 år kan potensielt forklares ved at korttidssykefravær generelt synker med alderen, og at organisasjonstilhørighet har en positiv korrelasjon med alder (Mastekaasa, 2015). Det kan tenkes at det forekommer en økning i korttidssykefravær for aldersgruppen over 55 år som resultat av økt alder og helseproblemer (Mastekaasa, 2015). Samtidig vil det være betimelig å understreke at kvinner i alderen 45-54 ikke har tilsvarende nedgang, og det trengs mer forskning på tematikken for å konkludere noe om hvorfor menn mellom 45-54 år har mindre korttidssykefravær enn andre aldersgrupper. Resultatene viste dog små forskjeller, hvor det for samtlige aldersgrupper dreier seg om omtrent 0,5-1,1 dager mer korttidssykefravær for kvinner enn menn, samt under én dag forskjell for begge kjønn mellom aldersgruppene med minst og mest korttidssykefravær.

Sensitivitetsanalysen, korrelasjonsanalysene og direkteeffekten av kjønn som moderator viser ytterligere støtte til konsensus av forskning på kjønn, korttidssykefravær og helseproblemer, hvor kvinner gjennomgående har mer sykefravær enn menn (Van Gyes, 2010; Mastekaasa, 2014; Mastekaasa, 2015). Toveisinteraksjonene og treveisinteraksjonen med kjønn viste ikke signifikant resultat. De manglende signifikante interaksjonene er

interessante funn som det kan være hensiktsmessig å undersøke videre, ettersom kvinner i Belgia og generelt i verden har mer sykefravær og helseproblemer enn menn (Van Gyes, 2010; Mastekaasa, 2014; Mastekaasa, 2015). Det kan spekuleres i at en undersøkelse med en jevnere kjønnsfordeling enn rundt 30 prosent kvinner og 70 prosent menn potensielt kan påvirke den modererende effekten av kjønn for sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær. Samtidig bemerkes det at det ikke-signifikante resultatet av PSC fra hypotese 2a trolig er årsaken til at hypotese 3a ikke er signifikant, til tross for synkende log likelihood, AIC og BIC. Mer forskning på feltet er nødvendig, da korttidssykefravær generelt er mindre forsket på enn langtidssykefravær grunnet kvalitet på datamaterialet og problematikk knyttet til tilgjengelighet i ulike land (Mastekaasa, 2015).

Sensitivitetsanalysen viste tendens til nedgang i korttidssykefravær med alderen for begge kjønn, noe som er i overensstemmelse med konsensus av forskningen på alder og sykefravær (Mastekaasa, 2015). Økt alder er korrelert med mer alvorlige helseproblemer som gir lengre fravær, eksempelvis muskel- og skjelettlidelser. Yngre arbeidstakere har i større grad korttidssykefravær på bakgrunn av influensa, forkjølelse og alkoholbruk, samt svakere håndtering av arbeidslivets krav sammenlignet med eldre arbeidstakere (Edwards & Greasley, 2010; Mastekaasa, 2015).

Direkteinteraksjonen mellom alder og korttidssykefravær viste ikke signifikant effekt av alder. Konsensus av forskningsfeltet hevder at yngre arbeidstakere har mer korttidssykefravær enn eldre arbeidstakere (Mastekaasa, 2015). Samtidig kan svake funn i korrelasjonsanalysen og ingen funn i interaksjonsanalysen potensielt forklares ved at korttidssykefravær i flere undersøkelser har svake sammenhenger med alder, og generelt har en svakere sammenheng med alder enn for langtidssykefravær (Mastekaasa 2015). Videre har studien en underrepresentasjon av yngre respondenter, da særlig i aldersgruppen under 25 år (1,6 prosent), noe som kan bidra til å forklare manglende signifikante verdier av alder som

moderator for korttidssykefravær. Sensitivitetsanalysen viste at korttidssykefravær var noe høyere i de yngre aldersgruppene, noe som stemmer overens med forskningsfeltets konsensus (Mastekaasa, 2015). Mer forskning er nødvendig for å undersøke hvordan alder modererer korttidssykefravær, og det kan være formålstjenlig å gjøre undersøkelser med jevnere aldersfordeling.

Lederansvar som Moderator for Korttidssykefravær

I hypotese 5a ble det hevdet at lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere. Lederansvar viste signifikant direkteeffekt på korttidssykefravær, mens toveisinteraksjonene og treveisinteraksjonen mellom lederansvar, PSC og korttidssykefravær viste ikke-signifikante verdier. Det ble ikke funnet signifikant modererende effekt av lederansvar på forholdet mellom PSC, helseproblemer og korttidssykefravær.

Et interessant funn er at lederansvar har en direkteeffekt på korttidssykefravær i interaksjonsanalysen, hvor ledere i studien har mindre korttidssykefravær enn ikke-ledere. Det ble ikke funnet signifikant korrelasjon mellom lederansvar og helseproblemer i korrelasjonsanalysen. Tilsvarende fant heller ikke Cooper og Bramwell (1992) signifikante forskjeller i helseproblemer mellom ledere og ikke-ledere, til tross for høyere jobbtilfredshet blant lederne. Dette kan indikere at forskjellene i korttidssykefravær mellom ledere og ikke-ledere i denne studien skyldes andre faktorer enn helseproblemer, som for eksempel at ledere har mer jobbtilfredshet, (Hall et al., 2010; Dewa et al., 2012; Howard et al., 2012; Dirlam & Zheng, 2017) og er mer fornøyd med sosiale samspill i arbeidssammenheng enn ikke-ledere (Cooper & Bramwell, 1992). Ikke-ledere opplever også andre påkjenninger og jobbstress enn ledere, blant annet knyttet til lange arbeidsdager, det fysiske arbeidsmiljøet og monotone arbeidsoppgaver.

Det kan antas at ikke-ledere statistisk sett har lavere sosioøkonomisk status enn ledere. Mennesker med lav sosioøkonomisk status er mer utsatt for angst, depresjon, fedme, inaktivitet, tobakksbruk, hjerte- og karsykdommer høyt blodtrykk, jobbusikkerhet, stress og mindre tilgang på jobbressurser som autonomi og sosial støtte (Bjelland et al., 2007; Busch, Staar, Åborg, Roscher & Ducki, 2010). Mennesker med høyere sosioøkonomisk status har mindre fysiske helseproblemer og psykiske helseproblemer, samt bedre tilgang til jobbressurser, og ledere kan derfor være mindre utsatt for korttidssykefravær som da i mindre grad enn langtidssykefravær er knyttet til helseproblemer (Mastekaasa, 2015).

Det er sterkere sammenheng mellom langtidssykefravær og stillingsnivå enn for korttidssykefravær, men en rekke studier viser til en svak negativ korrelasjon mellom utdanningsnivå og korttidssykefravær, og at sykefravær avtar med stillingsnivå (Mastekaasa, 2015). Det eksisterer signifikante forskjeller mellom yrkeskategorier som er forbundet med lav sosioøkonomisk status og lederyrker når det kommer til korttidssykefravær, men forskjellene er mindre enn for langtidssykefravær (Mastekaasa, 2015). Den signifikante direkteinteraksjonen mellom lederansvar og korttidssykefravær kan dermed potensielt forklares med forskjellene i sosioøkonomiske nivåer og tilgang på jobbressurser mellom ledere og ikke-ledere, men mer forskning på tematikken er nødvendig. Treveisinteraksjonen viste ikke signifikant verdi, og hypotesen om at lederansvar modererer sammenhengen mellom helseproblemer, korttidssykefravær og PSC blir med det ikke støttet.

Sammenhengen Mellom Helseproblemer og Langtidssykefravær

Resultatene i studien støttet hypotese 1b, som predikerte at helseproblemer ville ha en positiv sammenheng med langtidssykefravær, der mer helseproblemer gir høyere langtidssykefravær. Gjennomgående for analysene for langtidssykefravær var R^2 -verdiene negativ, noe som indikerer at variablene i liten grad kunne forklare variansen i langtidssykefravær. Moderatorene hadde viktigere bidrag for å forklare variansen i

korttidssykefravær enn for langtidssykefravær. Tilsvarende var ICC-verdiene i studien mellom 1-2 prosent, altså noe lavere enn for korttidssykefravær. Mens log likelihood, AIC og BIC viste gjennomgående lavere verdi for hvert steg av studien vedrørende korttidssykefravær, viste de økende verdi for langtidssykefravær. Funnene indikerer at de tilførte variablene var relevant for å forklare korttidssykefravær, men var ikke relevant for å forklare langtidssykefravær. Årsaken til dette kan potensielt være at langtidssykefravær i større grad er forbundet med helseproblemer enn korttidssykefravær (Edwards & Greasley, 2010; Henderson et al., 2011; Howard et al., 2012; Mastekaasa et al., 2015; Knardahl et al., 2016).

Videre må det påpekes at det til tross for signifikant interaksjon foreligger en svak ICC-verdi, negativ R^2 -verdi, samt økende verdier av log likelihood, AIC og BIC for helseproblemer og de øvrige variablene. Dette kan potensielt skyldes at det kun er 291 respondenter med langtidssykefravær ut ifra analysens definisjonsstandard, og at det er for få respondenter spredt over for mange bedrifter for langtidssykefraværvariabelen (SD Worx, 2017). Mer forskning på forskjellene mellom langtidssykefravær og korttidssykefravær sett opp mot helseproblemer, med flere respondenter eller en annen inndeling mellom fraværskategoriene, vil være formålstjenlig for å konkludere.

Sammenhengen Mellom PSC og Langtidssykefravær

Hypotese 2b predikerte at PSC ville moderere sammenhengen mellom helseproblemer og langtidssykefravær. Det ble predikert at organisasjoner med godt PSC hadde svakere sammenhengen mellom helseproblemer og langtidssykefravær, og at denne sammenhengen skulle være sterkere i organisasjoner med svakt PSC. Det ble ikke funnet signifikante verdier til å støtte hypotesen i interaksjonsanalysen.

Andre studier viser til viktigheten av PSC for det psykososiale arbeidsmiljøet, hvor PSC bidrar til å skape jobbressurser, redusere krav, og er knyttet til faktorer som motivasjon,

jobbtilfredshet, organisasjonstilhørighet og jobbengasjement (Dollard & Bakker, 2010; Hall et al., 2010; Idris et al., 2012). Disse psykososiale arbeidsmiljøfaktorene er også forbundet med sykefravær, helseproblemer og gjennomtrekk (Idris et al., 2012), og det har blitt gjort funn som viser til at PSC reduserer psykiske helseproblemer (Dollard & Bakker, 2010; Idris et al., 2012). Det har også blitt gjort studier hvor PSC modererer den positive sammenhengen mellom mobbing og helseproblemer, og at PSC er negativt assosiert med mobbing, trakassering og videre da også helseproblemer (Law et al., 2011).

Man ser at vanskelige arbeidsforhold, stress, motivasjon, og økning i klager over fysiske plager påvirker sykefraværet i Belgia (Vermandere, 2013). Det teoretiske rammeverket ga grunnlag for å tro at PSC ville gi mindre helseproblemer og sykefravær. PSC kan potensielt redusere mobbing, trakassering, emosjonelle krav og arbeidstrykk; samt styrke ressurser og bygge miljøer som bidrar til helse og engasjement; og unngå tap av produktivitet, helseproblemer og sykefravær (Dollard & Bakker, 2010).

PSC ble likevel ikke funnet signifikant for langtidssykefravær og helseproblemer i denne studien. Sykefravær påvirkes av mange forskjellige faktorer i et komplekst og intrikat samspill, og det faktum at langtidssykefravær i stor grad er knyttet til kronisk og alvorlig sykdom (Mastekaasa, 2015; Knardahl et al., 2016) kan potensielt være en del av forklaringen på den ikke-signifikante sammenhengen med PSC i denne studien. Manglende signifikante funn for korttidssykefravær, som i større grad sees i sammenheng med andre faktorer enn bare sykdom, og langtidssykefravær kan tyde på at PSC ikke påvirker sykefravær i stor grad. Ytterligere forskning på feltet i andre populasjoner, med flere respondenter og med forskjellige kjønns- og aldersfordelinger kan være formålstjenlig for å konkludere om PSCs rolle for helseproblemer og sykefravær.

Kjønn og Alder som Moderatorer for Langtidssykefravær

Hypotese 3b predikerte at kjønn modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne ulike resultater for menn og kvinner. Videre ble det predikert i hypotese 4b at alder modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ulike alderskategorier. Mens det for korttidssykefravær ble funnet direkteeffekt av kjønn og ikke alder i interaksjonsanalysen, ble det for langtidssykefravær funnet direkteeffekt av alder og ikke kjønn. Det ble ikke funnet signifikante modererende effekt av alder eller kjønn for sammenhengen mellom langtidssykefravær, helseproblemer og PSC i toveisinteraksjonene eller treveisinteraksjonene. AIC, BIC og log likelihood-verdiene økte videre da alder og kjønn ble lagt til i modellen, mens ICC-verdiene fortsatt var lav og R²-verdiene negativ. Mangel på signifikante funn medførte at hypotese 3b og 4b forkastet.

I sensitivitetsanalysen for langtidssykefravær kom det frem at langtidssykefravær øker med alder, noe som stemmer med konsensus av eksisterende forskning på sykefravær i Belgia (Van Gyes, 2010) Langtidssykefravær øker med alderen i land som Belgia, Norge, Sverige og Storbritannia, mens det kan ha en tendens til å flate ut med alder i en del andre land (Van Gyes, 2010; Mastekaasa, 2015). Belgia har høy representasjon av eldre arbeidstakere i arbeidsstyrken, noe som medfører mer langtidssykefravær fordi disse arbeidsgruppene er mer utsatt for fysiske helseproblemer og livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser (Vermandere, 2013; Mastekaasa, 2015; OECD, 2017).

Sensitivitetsanalysen viste høyt langtidssykefravær blant kvinner i alderen 35-44 år, samt at menn i den yngste alderskategorien hadde langt mer fravær enn kvinner i tilsvarende kategori. Ifølge Van Gyes (2007) viser tall fra Belgia at arbeidstakere under 30 år har noe mer sykefravær enn gjennomsnittet. Det høye langtidssykefraværet blant yngre menn og kvinner i alderen 35-44 kan potensielt knyttes til faktorer som skader og familierelaterte faktorer, men

kan trolig skyldes få respondenter for langtidssykefravær isolert sett. Sensitivitetsanalysen viser til nyanserte forskjeller, hvor kvinner har marginalt mer langtidssykefravær enn menn i kategorien 25-34 år, mens menn har mer langtidssykefravær enn kvinner i aldersgruppene 45-54 og for dem over 55 år.

Det er totalt sett en tendens at langtidssykefravær øker med alder, noe som støttes av korrelasjonsanalysen, sensitivitetsanalysen og aldersvariabelens direkteeffekt i interaksjonsanalysen. Det ble likevel ikke funnet relasjon mellom alder og helseproblemer, noe som taler mot konsensus av forskningsfeltet. Kjønn har ingen signifikant korrelasjon med langtidssykefravær eller signifikant direkteeffekt på langtidssykefravær, og til tross for en svak korrelasjon med helseproblemer viser sensitivitetsanalysen at kjønn ikke har stor effekt på langtidssykefravær i denne analysen. At det ble funnet signifikant sammenheng mellom kjønn og korttidssykefravær, og ikke mellom kjønn og langtidssykefravær, strider noe mot konsensus av forskningsfeltet, hvor kvinner generelt i verden og spesielt i Belgia har mer helseproblemer og sykefravær enn menn (Van Gyes, 2010; Hernandez & Peterson, 2012; Mykletun et al., 2012; Mastekaasa, 2014; Mastekaasa, 2015).

Korttidssykefravær har en svakere sammenheng med kjønn og alder enn langtidssykefravær, og langtidssykefravær er i enda større grad enn korttidssykefravær forårsaket av helseproblemer. Helseproblemer som muskel- og skjelettlidelser forekommer oftest hos kvinner og er en hovedårsak til langtidssykefravær, noe som spesielt får utslag for sykdomsbyrden i land som Belgia hvor kvinner og eldre utgjør en stor del av arbeidsstyrken (Mastekaasa, 2015). Tidligere forskning viser til at det foreligger en økning i kjønnsforskjellene i land som Belgia, og at kvinner har vesentlig mer sykefravær og tapte arbeidsdager enn menn (Van Gyes, 2010; Mastekaasa, 2014; Mastekaasa, 2015). En noe ujevn kjønnsfordeling i analysen, samt få representanter kan potensielt være årsaken til manglende interaksjon mellom kjønn og langtidssykefravær i analysen. Analysene viste ikke

signifikante verdier av alder eller kjønn som moderatorer for langtidssykefravær, helseproblemer og PSC.

Lederansvar som Moderator for Langtidssykefravær

Hypotese 5b predikerte at lederansvar modererer sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, hvor det ble forventet å finne forskjellige resultater for ledere og ikke-ledere. Interaksjonsanalysen viste signifikant relasjon mellom lederansvar og langtidssykefravær, i tillegg til en signifikant toveisinteraksjon mellom PSC og lederansvar. Treveisinteraksjonen mellom lederansvar, PSC og helseproblemer viste signifikant verdi. Hypotese 5b ble likevel ikke støttet, da negativ R^2 -verdi, tilnærmet uendret ICC og økende verdi på log likelihood, AIC og BIC ga et uklart resultat, og hypotesen ble forkastet for å unngå å rapportere marginale resultater som for eksempel ikke er mulig å replisere.

Det ble ikke funnet signifikante korrelasjoner eller interaksjoner mellom helseproblemer og lederansvar for langtidssykefravær, noe som støttes av tidligere forskning (Cooper og Bramwell, 1992). Studien vår fant signifikant interaksjonen mellom lederansvar og PSC for langtidssykefravær, samt i treveisinteraksjonen mellom lederansvar, PSC og helseproblemer. Dette kan potensielt tyde på en mer avgjørende rolle for PSC blant ledere enn ikke-ledere. Det må samtidig påpekes at hypotesen ble forkastet da funnene var noe uklare, hvor log likelihood, AIC og BIC økte til tross for signifikante interaksjoner. De uklare funnene kan trolig skyldes få respondenter for langtidssykefravær.

Langtidssykefravær har en sterkere sammenheng med både stillingsnivå og sosioøkonomiske forhold enn hva korttidssykefravær har (Mastekaasa, 2015). Dette kan potensielt bidra til å forklare hvorfor en modererende relasjon med lederansvar ble funnet for langtidssykefravær og ikke ble observert i analysen for korttidssykefravær. Sykefravær avtar med stillingsnivå, noe som kan ha en sammenheng med arbeidsinnhold, jobbressurser,

jobbkraft, helseproblemer og sosioøkonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2005; Bjelland et al., 2007; Mastekaasa, 2015).

Det kan potensielt tenkes at ledere kan oppleve bedre PSC og mindre helseproblemer med påfølgende langtidssykefravær på grunn av lederes rolle i å utforme PSC på arbeidsplassen, deres høyere sosioøkonomiske nivå samt en mulig bedre tilgang på jobbressurser. Ledere er i større grad enn ikke-ledere fornøyd med alle aspektene ved arbeidet sitt og personlige relasjoner med andre ansatte, noe som kan gi bedre forutsetninger for å oppleve et godt PSC og ha mindre sykefravær (Cooper & Bramwell, 1992; Hall et al., 2010; Howard et al., 2012; Dirlam & Zheng, 2017). Kanskje ledere oppfatter PSC for å være bedre enn hva dem uten lederansvar anser det for å være. Det er også mulig at respondenter med lederansvar rapporterer bedre PSC enn dem uten lederansvar.

Ikke-ledere opplever andre jobbkraft enn ledere, noe som kan ha en sammenheng med sykefravær og opplevd PSC (Cooper & Bramwell, 1992). Forskning viser at ledere opplever andre former for stress enn ikke-ledere knyttet til lederjobben, som høyt konfliktnivå, rolleklarhet, lite sosial støtte og mye ansvar (Turnage & Spielberger, 1991; Skakon et al., 2011). Ytterligere forskning med flere respondenter er nødvendig for å forstå sammenhengen mellom lederansvar, PSC, helseproblemer og langtidssykefravær.

Styrker ved Studien

Studien tar for seg en avgrenset og spesifikk del av arbeidslivet vedrørende helseproblemer, sykefravær og PSC, samt hvordan alder, kjønn og lederansvar påvirker denne sammenhengen. Vi kjenner ikke til andre studier som tar for seg denne problemstillingen. Metoden benyttet i denne studien er en styrke, da vi ved å bruke multinivåanalyse klarer å identifisere konseptet man vil undersøke på det riktige analysenivået.

Det er en styrke at studien har sett på korttidssykefravær og langtidssykefravær separat, da det er to distinkte sykefraværskategorier som kan ha ulike årsaker og utfall

(Mastekaasa, 2015). Det eksisterer ingen klar definisjonsstandard mellom korttidssykefravær og langtidssykefravær (Knardahl et al., 2016), men det er en styrke at studien baserer seg på en belgisk definisjonsstandard (SD Worx, 2017) ettersom datasettet også er fra Belgia. Dette bidrar til repliserbarhet hvor fortolkninger kan gjøres i lys av tidligere forskning.

Korttidsfravær er interessant for individet selv, men også for arbeidsgiver, organisasjonen og samfunnet, som opplever tapt produktivitet og økonomisk belastning knyttet til blant annet utbetaling av sykepenges. Videre er korttidssykefravær forsket mindre på enn langtidssykefravær, og denne studien bidrar til å belyse forskjeller, likheter og systematisk empiriske data for begge sykefraværformene.

Svakheter ved Studien

I denne studien har belgiske organisasjoner blitt undersøkt, hvor utvalget har vært relativt heterogent, men ikke representativt for den belgiske arbeidsstyrken i sin helhet basert på overrepresentasjon av menn, ledere og respondenter med høyere utdanning (Notelaers, Van der Heijden, Hoel, & Einarsen, 2019). På bakgrunn av manglende representativitet kan det hende at studien ikke er generaliserbar til andre organisasjoner, land og kulturer. Fremtidig arbeid med tverrnasjonale data er nødvendig for å undersøke generaliserbarheten til studien (Notelaers et al., 2019).

Å bruke spørreskjema er en praktisk, tids- og kostnadseffektiv metode for å samle inn data. Det er forholdsvis enkelt å distribuere og samle inn fra respondentene. Metoden gjør at man får undersøkt et stort utvalg og derved øke studiens representativitet (Cozby & Bates, 2015). Spørreskjemametoden baserer seg på egenrapportering, ikke offisielle sykefraværstall, og en svakhet ved spørreskjemametoden er at man bare får respondentenes subjektive selvrappotering, og kan på denne måten få et problem med selvrappoterende bias (Furnham, 1986). Respondenten svarer gjerne på spørsmål fra et bestemt perspektiv og ikke på måten som er best relatert til spørsmålet. Kognitive bias som sosial ønskverdighet, eller «faking

good», kan prege svarene, hvor respondenten svarer på den måten de ønsker å bli sett på eller tror er den måten andre ville ha svart på spørsmålet (Cozby & Bates, 2015). Studien kan være preget av selvrappporterende bias, men selvrappportert helse er en pålitelig indikator for helse sammenlignet med sykkelighet og dødelighet (Idler & Benyamini, 1997).

Studier som baserer seg på bekvemmelighetsutvalg medfører begrensninger knyttet til generaliserbarhet og representativitet. Bekvemmelighetsutvalg innebærer å kun velge ut de personene som er nyttig og enkel å få tak i, noe som er raskt, enkelt og kostnadseffektivt. Det kan være hensiktsmessig å benytte tilfeldig utvalg for å unngå problemer knyttet til manglende representativitet og generaliserbarhet (Cozby & Bates, 2015).

At kun halvannen prosent av utvalget er i aldersgruppene under 25 år, mens omtrent 50 prosent er over 45 år, kan ha gitt utslag på resultatene og vise noe feilrepresentasjon av sammenhengen mellom helseproblemer, sykefravær og PSC grunnet noe ujevn aldersfordeling. Det modereres for alder i analysen, men det er svært få respondenter i de yngste aldersgruppene. Tilsvarende utgjør kvinner 1/3 av utvalget, og forskjellen mellom kvinner og menn når det kommer til sykefravær og helseproblemer i resultatene kunne vært annerledes dersom kjønnene var mer likestilt, noe som støttes av forskningsfeltets konsensus (Kjelvik & Sandnes, 2011; Hernandez & Peterson, 2012; Mykletun, et. al., 2012). Omtrent 1/4 oppgir å ha lederstilling, og utvalget har flere ledere enn hva som er representativt for en vanlig arbeidsstyrke (Weiss, 2018). Tallforholdet mellom ledere og ansatte varierer mellom sektorer og bedrifter, hvor alt mellom 1:4 og 1:20 anvendes. En svakhet kan også være at 6,3 prosent ikke har svart verken ja eller nei på spørsmålet om lederansvar. Manglende svar kunne potensielt vært løst ved å ha flere svaralternativer på spørsmål om lederansvar, eventuelt ved å definere eller forklare hva som menes med å ha lederansvar. Kun to svaralternativer kan føre til tap av diskriminerende validitet, men ifølge Lissitz og Green (1975) blir resultatet i liten grad påvirket av antall svaralternativer.

En svakhet ved studien kan være at det totalt sett er få respondenter for langtidssykefravær, noe som påvirker styrkeforholdet mellom de to fraværskategoriene. Studien inneholder 291 respondenter for langtidssykefravær og 3934 respondenter for korttidssykefravær, og det ble her laget en dikotom variabel for å sammenligne langtidssykefravær mot korttidssykefravær.

Resultatene kan bli konfundert av generell usann rapportering, også kjent som common-method variance (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003). Common-method variance innebærer at resultatene av spørreskjemametoden blir påvirket av at variansen man finner ikke skyldes egenskapene til variablene, men selve målemetoden. Dataene ble imidlertid samlet anonymt, noe som skulle redusere sannsynligheten for at disse effektene skulle oppstå. Respondentene ble informert om at svarene var konfidensielle, oppfordret til å være så ærlig som mulig, samt opplyst om at ingen svar var å anse som feil (Chang, van Witteloostuijn, & Eden, 2010). Spørreskjemaet ble gjennomgått nøye for å unngå uklare formuleringer, ukjente begreper og fremmedord. For å redusere forekomsten av common-method variance kan det brukes flere metoder og informasjonskilder i studien (Podsakoff et al., 2003).

Ettersom studien er basert på tverrsnittdata, gir det oss kun korrelasjonsdata og sier ikke noe om kausalitet (Dahlum, 2018). Tverrsnittdata kan ikke si noe konkret om retningen på forholdet mellom variablene, noe som kan svekke studiens indre validitet. Videre kan utelatte variabler som studien ikke har redegjort for påvirke forholdet mellom helseproblemer, sykefravær og PSC, og på denne måten påvirke resultatene i undersøkelsen (Dahlum, 2018). Studier som ser på samspillet mellom arbeidstakeren, arbeidsplassen og dets påvirkning på helse vil ha mer nytte av en langsiktig undersøkelse for å gi indikasjoner på retningen for de undersøkte relasjonene (Rindfleisch, Malter, Ganesan og Moorman, 2008).

Forslag til Fremtidig Forskning

Selv om andre studier tar for seg psykososialt trygghetsklima, vil det være hensiktsmessig for fremtidig forskning å undersøke hvorvidt forholdet mellom helse, sykefravær og psykososialt trygghetsklima, både i forhold til kjønn, aldersgrupper og sosioøkonomisk status, kan generaliseres og repliseres i andre land og kulturer.

Det kan være interessant i videre forskning å se på forholdet mellom PSC og mer spesifikke helseproblemer, der smerte i rygg, hodepine, søvnløshet og depresjon er gode eksempler. Man kan også videre se på forholdet mellom PSC og sykenærvær, da analysen kan indikere at et godt PSC potensielt kan påvirke arbeidstakere med mye helseproblemer til å ha mindre sykefravær enn arbeidstakere med lite helseproblemer. Det kan være interessant å undersøke om PSC påvirker hvor raskt man kommer tilbake til jobb etter sykdom, om man kommer på jobb til tross for skade/sykdom, og hvor høy terskelen er for å anse seg for å være for syk til å jobbe.

Studien har sett på sykefravær i form av antall dager i løpet av ett år, og det kan være interessant å se på sykefravær i form av fraværsperioder, hvor man skiller mellom korttidsfravær og langtidsfravær ut i fra hvor mange dager man er borte av gangen. Å undersøke om resultatene blir annerledes dersom man inndeler korttidssykefravær og langtidsykefravær annerledes kan være interessant, da det ikke eksisterer noe klar definisjon som skiller dem (Knardahl et al., 2016). Fremtidige studier kan ha flere deltakere og dermed høyere statistisk styrke til å følge opp PSC forhold til helseproblemer og sykefravær. Det kan være formålstjenlig å gjøre tilsvarende undersøkelser med flere respondenter på langtidsykefravær, samt med en jevnere kjønnsfordeling og flere respondenter i den yngste aldersgruppen.

Konklusjon og implikasjoner

Studien fant signifikant sammenheng mellom helseproblemer og både korttidssykefravær og langtidssykefravær. Det ble funnet signifikant men uklar effekt av lederansvar som moderator for sammenhengen mellom PSC, helseproblemer og langtidssykefravær, men ikke for korttidssykefravær. Videre ble det ikke funnet signifikante interaksjoner mellom PSC, helseproblemer og sykefraværskategoriene. Kjønn viste signifikant direkteeffekt på korttidssykefravær, og alder viste signifikant direkteeffekt på langtidssykefravær. Alder og kjønn viste ikke modererende effekt i interaksjonsanalysene.

Likevel vil det på bakgrunn av den teoretiske gjennomgangen av andre studier påpekes at det er teoretisk og empirisk viktig å utvikle et robust psykososialt trygghetsklime i organisasjoner. Dette er viktig for psykologisk helse og arbeidstakeres jobbengasjement (Hall et al., 2010). Psykososialt trygghetsklime bidrar til å redusere jobbkrav som mobbing, trakassering, emosjonelle krav og arbeidstrykk, samt øker ressurser som jobbtilfredshet og organisasjonstilhørighet i arbeidssammenheng, og kan være viktig for å unngå helseproblemer, sykefravær, gjennomtrekk og tapt produktivitet (Dollard & Bakker, 2010; Hall et al., 2010; Law et al., 2011, Idris et al., 2012).

Sykefravær er meget komplekst, og selv om denne studien ikke finner signifikante interaksjoner mellom PSC, helseproblemer og sykefravær, vil det være interessant å se hvordan PSC interagerer med disse parameterne i ulike kulturer. Vi tror PSC potensielt kan ha sterkere relasjoner med helseproblemer og sykefravær i kollektivistiske kulturer, hvor PSCs sammenheng med jobbengasjement, jobbtilfredshet og organisasjonstilhørighet kan påvirke flere aspekter av helse og fravær fra arbeidsplassen. Det kan også tenkes at lederansvar, kjønn og alder vil moderere effekten annerledes i kollektivistiske kulturer. Fremtidige studier bør undersøke tilsvarende problemstilling i forskjellige land og i komparative studier. Det bør gjøres undersøkelser med andre utvalg og flere respondenter, da særlig for

langtidssykefravær, men også undersøkelser med flere kvinner og yngre arbeidstakere. Fremtidig forskning kan også undersøke forholdet mellom PSC og spesifikke helseproblemer, som muskel- og skjelettlidelser eller depresjon, og knytte dette opp til sykefravær og forskjeller vedrørende alder, kjønn og lederansvar.

For å håndtere psykososiale utfordringer på arbeidsplassen og skape sunne arbeidsforhold er toppledelsens prioritering, deltakende lederstil, støtte og kommunikasjon med ansatte om deres psykososiale sikkerhet og trivsel viktig. Ledere og virksomheter har en tendens til å prioritere produktivitet fremfor de ansattes behov og viktige psykososiale aspekter ved arbeidet. Økonomiske prioriteringer uten å tilstrekkelig forstå psykososiale faktorer og psykologisk helse kan redusere bedriftens effektivitet og ansattes organisasjonstilhørighet, samt skape kostnader knyttet til uønsket gjennomtrekk, helseproblemer og høyt sykefravær (Law et al., 2011; Idris et al., 2012).

Alle lag av organisasjonen bør være involvert i forebygging av fysiske og psykiske helseproblemer. Det er derfor viktig at organisasjoner og ledere utvikler, implementerer og vedlikeholder PSC, samt endrer retningslinjer, praksis og prosedyrer slik at det fokuserer på og beskytter helse og trygghet blant de ansatte (Law et al., 2011). Det er viktig å fokusere på arbeidstakeres helse, sykefravær og faktorer knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet med tanke på individets interesser, organisasjonens produktivitet og for samfunnet i sin helhet.

Referanseliste

- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bang, H. (2008). Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(3), 272-286.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
doi:10.1037/00223514.51.6.1173
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S. & Tambs, K. (2007). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334-1345.
- Bond, S. A., Tuckey, M. R. & Dollard, M. F. (2010). Psychosocial Safety Climate, Workplace Bullying, and Symptoms of Posttraumatic Stress. *Organization Development Journal*, 28, 37-56.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J. & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk of mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 522-529. DOI: 10.1007/s00127-007-0191-2
- Brown, T. T., Partanen, J., Chuong, L., Villaverde, V., Chantal Griffin, A. & Mendelson, A. (2018). Discrimination hurts: The effect of discrimination on the development of chronic pain. *Social Science & Medicine*, 204, 1-8.
- Busch, C., Staar, H., Åborg, C., Roscher, S & Ducki, A. (2010). The Neglected Employees: Work-Life Balance and a Stress Management Intervention Program for Low-Qualified Workers. I Houdmont, J. & Leka, S. (Red), *Contemporary Occupational Health*

- Psychology. Global perspectives on research and practice* (s. 98-123). Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Casini, A., Godin, I., Clays, E. & Kittel, F. (2013) Gender difference in sickness absence from work: a multiple mediation analysis of psychosocial factors. *European Journal of Public Health*, 23(4), 635–642.
- Chang, S. J., van Witteloostuijn, A., & Eden, L. (2010). From the Editors: Common method variance in international business research. *Journal of International Business Studies*, 41(2), 178-184. doi:10.1057/jibs.2009.88
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Cooper, C. L. & Bramwell, R. S. (1992) A comparative analysis of occupational stress in managerial and shopfloor workers in the brewing industry: Mental health, job satisfaction and sickness. *Work & Stress*, 6(2), 127-138.
- Cozby, P. C. & Bates, S. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12. utg.). Boston: McGraw-Hill Education.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K. & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91.
- Dahlum, S. (2018). Kvantitativ analyse. Store Norske Leksikon. Hentet 23.01.2019 fra: https://snl.no/kvantitativ_analyse.
- Dewa, C. S., Corblère, M., Durand, M. J. & Hensel, J. (2012). Challenges Related to Mental Health in the Workplace. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 105-129). Boston: Springer.
- Dewe, P. J., O’Driscoll, P. O. & Cooper, C. L. (2012). Theories of Psychological Stress at Work. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 23-38). Boston: Springer.

- Dirlam, J. & Zheng, H. (2017). Job satisfaction developmental trajectories and health: A life course perspective. *Social Science & Medicine*, 178, 95-103. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.040
- Dollard, M. F. & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial Safety Climate as a Precursor to Conducive Work Environments, Psychological Health Problems, and Employee Engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 579-599. doi:10.1348/096317909X470690.
- Dollard, M. F. & Karasek R. A. (2010). Building Psychosocial Safety Climate. Evaluation of a Socially Coordinated PAR Risk Management Stress Prevention Study. I Houdmont, J. & Leka, S. (Red), *Contemporary Occupational Health Psychology. Global perspectives on research and practice* (s. 208-233). Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2012). "Psychosocial Safety Climate Moderates the Job Demand–Resource Interaction in Predicting Workgroup Distress." *Accident Analysis & Prevention*, 45, 694-704. doi:10.1016/j.aap.2011.09.042.
- Ebeltoft, A. (1993). *Hvordan kartlegge psykososialt arbeidsmiljø og få i gang aktivitet*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological Safety and learning behaviour in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350-383.
- Edwards, P. & Greasley, K. (2010. 20. Juli.) Absence from work. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2010/absence-from-work>
- Einarsen, S., Glasø, L. & Nielsen, M. B. (2011). Mobbing i arbeidslivet – ytringsformer, årsaker og tiltak. I Einarsen, S. og Skogstad, A. (Red), *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer* (s. 181-198). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.

- Faragher, E. B., Cass, M. & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* 62(2), 105-112.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 30. Mars). Hva er sykdomsbyrde? Hentet fra <https://www.fhi.no/div/forskningscentre/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, januar.). Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2384706/Knudsen_2016_Syk.pdf?sequence=3
- Folkehelseinstituttet. (2018, januar). Psykisk helse I Norge. Hentet fra https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7(3), 385-400. doi:10.1016/0191-8869(86)90014-0
- GBD. (2010). GBD Profile: Belgium. Hentet fra https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_belgium.pdf
- Graham, H., Howard, K. J. & Dougall, A. L. (2012). The Growth of Occupational Health Psychology. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 39-59). Boston: Springer.
- Hall, G. B., Dollard, M. F., & Coward, J. (2010). Psychosocial safety climate: Development of the PSC-12. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 353-383.
doi:10.1037/a0021320
- Haukedal, W. (2005). Lønn, belønning og innsatsvilje. I Einarsen, S. og Skogstad, A. (Red), *Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger* (s. 371-390).
Bergen: Fagbokforlaget.

- Hayes, A. (2019, 4. februar). R-Squared Definition. Hentet fra <https://www.investopedia.com/terms/r/r-squared.asp>
- Heck, R., Thomas, S. L. & Tabata, L. (2010). *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. New York: Routledge Academic
- Helsedirektoratet. (2005, januar). Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/280/Gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse-IS-1229.pdf>
- Henderson, M., Harvey, S. B., Øverland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 198-207.
- Hernandez, A. M., Peterson, A. L. (2012). Work-Related Musculoskeletal Disorders and Pain. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 63-85). Boston: Springer.
- Howard, K. J., Howard, J. T. & Smyth, A. F. (2012). The Problem of Absenteeism and Presenteeism in the Workplace. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 151-179). Boston: Springer.
- Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- Idris, M. A., Dollard, M. F., Coward, J., & Dormann, C. (2012). "Psychosocial Safety Climate: Conceptual Distinctiveness and Effect on Job Demands and Worker Psychological Health." *Safety Science*, 50, 19-28. doi:10.1016/j.ssci.2011.06.005.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

- Kirsh, B. & Gewurtz, R. (2012). Promoting Mental Health Within Workplaces. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 243-265). Boston: Springer.
- Kjelvik, J. & Sandnes, T. (2011, 02. mai). God helse og flere leveår. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/god-helse-og-flere-leveaar>
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., Nordby, K. C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179-199. DOI: 10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05
- Law, R., Dollard, M. F., Tuckey, M. R. & Dormann, C. (2011). Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis and Prevention*, 43(5), 1782-1793.
- Lissitz, R. W. & Green, S. B. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. *Journal of Applied Psychology*, 60(1), 10-13.
- Lindorff, M. (2001) Are they lonely at the top? Social relationship and social support among Australian managers. *Work and Stress*. 15, 274-282.
- Lopez, N., Pellosmaa, H. & Mora, P. (2012). Gender and Cultural Considerations in the Workplace. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 513-533). Boston: Springer.
- Livanos, I. & Zangelidis, A. (2010). *Sickness Absence: a Pan-European Study*. (Munich Personal RePEc Archive). Hentet fra: <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/22627/>
- Mastekaasa, A. (2014). The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 24(4), 656–662.
- Mastekaasa, A. (2015). Sosiale og demografiske variasjoner i korttidssykefraværet. *Søkelys på arbeidslivet*, 32, 3-20.

- Matthiesen, S. B. (2005). Hvorfor trives vi så godt? Om jobbtilfredshet i det moderne. I Einarsen, S. og Skogstad, A. (Red), *Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger* (s. 165-190). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. & Steers, R.M. (1982). *Employee-Organization Linkages*. New York: Academic Press.
- Mykletun, A., Evensen, M., Hagen, K. & Vaage, K. (2012). Hvorfor øker kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(6), 594-596. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=264509&a=3
- NAV. (2018, 24. oktober). Beregning av måned. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Permittering+og+omstilling/Relatert+informasjon/beregning-av-maned>
- Maertens de Noordhout, C., Van Oyen, H., Speybroeck, N. & Devleeschauwer, B. (2018). Changes in health in Belgium, 1990–2016: a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study. *BMC Public Health*, 18(775), 1-13.
- Notelaers, G., De Witte, H., van Veldhoven, M., & Vermunt, J. K. (2007). Construction and validation of the short inventory to monitor psychosocial hazards. *Médecine du Travail & Ergonomie*, 44, 11 –17.
- Notelaers, G., Van der Heijden, B., Hoel, H., & Einarsen, S. (2019). Measuring bullying at work with the short-negative acts questionnaire: identification of targets and criterion validity. *Work & Stress*, 33, 58-75. doi: 10.1080/02678373.2018.1457736
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Belgium: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies: Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283299-en>

- Podsakoff, P. M., Mackenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology, 88*(5), 879-903. doi:10.1037/0021-9010.88.5.879
- Ramm, J., (2000, 01. desember). Helse i Norge: Sykdom og helseplager. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa41/helseogsyk.pdf>
- Reichers, A. E., & Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. I B. Schneider (Red.), *Organizational climate and culture* (s. 5–39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Reme, S. E., Tangen, T., Moe, T. & Eriksen, H. R. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain 15*(10), 1075-1080.
- Rex-Lear, M., Knack, J. M. & Jensen-Campbell, L. A. (2012). I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 219-240). Boston: Springer.
- Richardsen, A. M. & Matthiesen, S. B. (2013). I Rønning, R., Glasø, L., Haukedal, W. B. & Matthiesen, S. B. (Red), *Livet som leder* (125-144). Oslo: Fagbokforlaget.
- Rindfleisch, A., Malter, A. J., Ganesan, S. & Moorman, C. (2008). Cross-sectional versus longitudinal survey research: concepts, findings, and guidelines. *Journal of Marketing Research, 45*(3), 261-279.
- Schalk, R. (2011). The influence of organizational commitment and health on sickness absenteeism: a longitudinal study. *Journal of nursing management 19*(5), 596-600.
- Schneider, E., Irastorza, X. & Copsey, S. (2010). *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU — Facts and figures*. (European Agency for

- Safety and Health at Work. European Risk Observatory Report). Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2802/10952
- Schneider, B., Ehrhart, M. G. & Macey, W. H. (2011). Perspectives on Organizational Climate and Culture. I Zedeck, S. (Red), *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Vol 1: Building and Developing the Organization* (s. 373-414). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- SD Worx. (2017). Verzuimcijfers. Hentet fra:
https://issuu.com/sdworxbeilgium/docs/verzuimcijfers_2017_dab35bf5cd060b
- Shaw, W. S., Hartvigsen, J., Woiszwilllo, M. J., Linton, S. J. & Reme, S. E. (2016). Psychological Distress in Acute Low Back Pain: A Review of Measurement Scales and Levels of Distress Reported in the First 2 Months After Pain Onset. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 97(9), 1573-1587.
- Shirom, A. (2010). Employee Burnout and Health. Current Knowledge and Future Research Paths. I Houdmont, J. & Leka, S. (Red), *Contemporary Occupational Health Psychology. Global perspectives on research and practice* (s. 59-76). Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Sjøvold, E. (2009). Før du vurderer teambygging; myter og fakta om ledergrupper og effektivitet. *Magma*, 12, 44-50.
- Skakon, J., Kristensen, T. S., Christensen, K. B., Lund, T. & Labriola, M. (2011). Do managers experience more stress than employees? Results from the Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW) study among Danish managers and their employees. *Journal: Work*, 38(2), 103-109. 10.3233/WOR-2011-1112

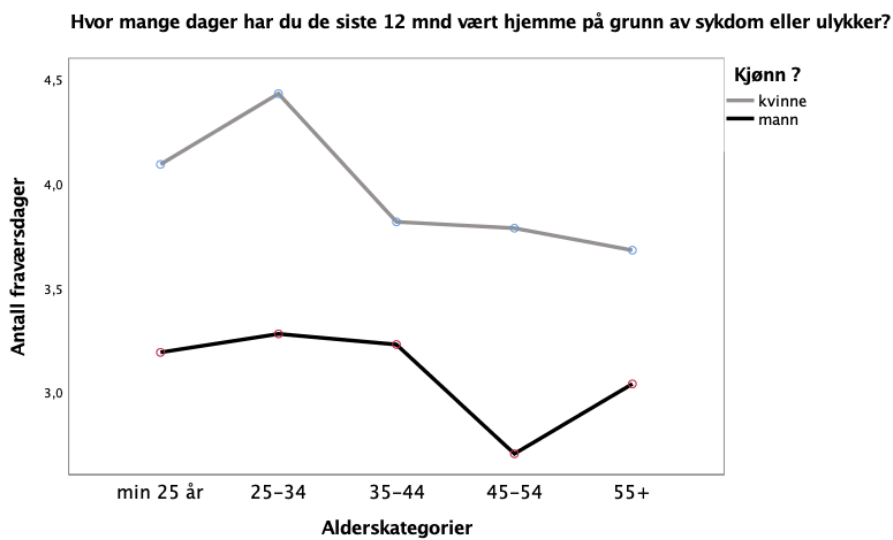
- Skogstad, A. (2011). Psykososiale faktorer i arbeidet. I Einarsen, S. og Skogstad, A. (Red), *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer* (s. 16-41). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stansfeld, S., Head, J., & Ferrie, J. (1999). Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(5-6), 425-439.
- 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.
- Statistisk Sentralbyrå. (2009, 24. november). Økt sykefravær er tegn på et mer inkluderende arbeidsliv. Hentet fra <https://www.ssb.no/forskning/mikrookonomi/arbeidsmarked/okt-sykefravaer-er-tegn-pa-et-mer-inkluderende-arbeidsliv>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6. ed.). Harlow: Pearson.
- Terrill, A. L. & Garofalo, J. P. (2012). Cardiovascular Disease and the Workplace. I Gatchel, R. J. og Schultz, I. Z. (Red), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 87-103). Boston: Springer.
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskriftet Den Norske Legerforening*, 15. doi: 10.4045/tidsskr.18.0274

- Turnage, J. J. & Spielberger, C. D. (1991). Job stress in managers, professionals, and clerical workers. *Work & Stress. An International Journal of Work, Health & Organisations*, 5(3), 165-176.
- Vahtera, J., Pentti J. & Kivimäki, M. (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of Epidemiology & Community Health* 58(4), 321-326.
- Van Gyes, Guy. (2007, 09. juli). Absenteeism rate stabilizes after five-year increase. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2013/sharp-rise-in-sickness-absence>
- Van Gyes, Guy. (2010, 20. juli). Absence from work – Belgium. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2010/absence-from-work-belgium>
- Vermandere, Caroline. (2013, 19. september). Sharp rise in sickness absence. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2013/sharp-rise-in-sickness-absence>
- Weiss, D. (2018, 05. april). Ideal Ratio of Managers to Staff. Hentet fra <https://yourbusiness.azcentral.com/ideal-ratio-managers-staff-24643.html>
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65, 96–102.
- Zohar, D., & Luria, G. (2005). A Multilevel Model of Safety Climate: Cross-Level Relationships Between Organization and Group-Level Climates. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 616-628. doi:10.1037/0021-9010.90.4.616.
- Zohar, D. (2010). Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. *Accident Analasys & Prevention*, 42(5), 1517-1522.

Appendiks

Appendiks A

Regresjonsanalyse som viser korttidssykefravær som avhengig variabel, og hvordan korttidssykefravær fordeles på kjønns kategorier og aldersgrupper.

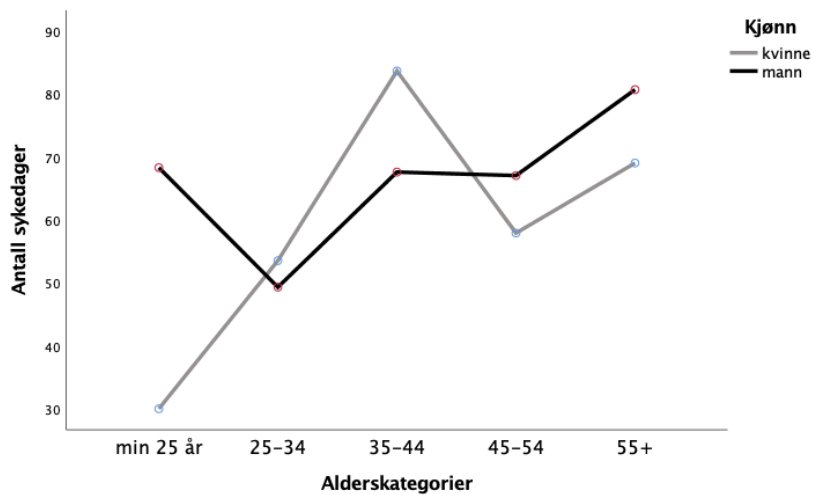


Figur 1. Figur 1 viser en UNIVARIAT regresjonsanalyse som ble benyttet som sensitivitetsanalyse tilknyttet hypotese 3a og 4a. Den viser at kvinner i alle aldre har mer korttidssykefravær enn menn.

Appendiks B

Regresjonsanalyse som viser langtidssykefravær som avhengig variabel, og hvordan langtidssykefravær fordeles på kjønns kategorier og aldersgrupper

Hvor mange dager har du de siste 12 mnd vært hjemme på grunn av sykdom eller ulykker?



Figur 2. Figur 2 viser en UNIVARIAT regresjonsanalyse som ble benyttet som sensitivitetsanalyse tilknyttet hypotese 3b og 4b. Den viser forholdet mellom kjønn og alder sett i sammenheng med langtidssykefravær.