

Langtidsfriske blant forpleiningsansatte i Offshore – arbeidsrelaterte og hjemmerelaterte faktorer

Long-term health among catering employees in Offshore – work related and home related factors

Silje Sveen

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP
Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap
Masteroppgave 30 sfp. 2012
Master i Folkehelsevitenskap



Forord

Jeg synes det å skrive en masteroppgave har vært en lang, krevende og lærerik prosess hvor jeg har vært alt fra frustrert, sinna og stresset til lettet, glad og rolig. Det har vært storartet å få lov å skrive og lære om de langtidsfriske og hva som kjennetegner disse personene, i stedet for å ha fokus på sykemeldte og sykefravær. Jeg håper det blir mer av dette.

Det er mange som fortjener en takk for bidrag og støtte i denne prosessen. Jeg vil først og fremst rette en stor takk til veilederen min, Camilla Ihlebæk, professor i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap på Ås, for dyktig veiledning. Jeg har fått god hjelp, støtte og konstruktive tilbakemeldinger, og denne hjelpen har vært uvurderlig.

Jeg vil takke UniHelse Bergen som ga meg tilgang til datasettet og gjorde denne studien mulig.

Odd Bjørnstad ved Statens Arbeidsmiljøinstitutt takkes for gode og inspirerende innspill og tips.

Takk til familien min og gode venner som har vært der med støtte, humor og gode samtaler.

Til slutt må jeg takke min kommende mann, Vegar, som har hjulpet meg, holdt motet oppe og vært en utrolig stor støtte for meg hele veien.

Oslo, 15. mai, 2012

Silje Sveen

Sammendrag

Bakgrunn

Sykefravær har hatt stort fokus i mange år, og de med sykefravær blir framstilt som en særdeles stor gruppe. Realiteten er likevel at de aller fleste møter på jobb hver dag. Fokuset har etter hvert i større grad snudd seg til å se på positive sider ved arbeidssituasjonen og hvordan inkludere flest mulig i arbeid. Derfor er det interessant å vite noe om de som holder seg friske og er på jobb, hver dag.

Hensikt

Hensikten med oppgaven var å finne ut hva som kjennetegner de som var langtidsfriske i forpleiningen i Offshore, spesielt med hensyn til psykososiale faktorer i arbeidslivet (kravkontroll-sosial støtte og innsats-belønning) og personlige hjemmerelaterte faktorer.

Metode

Spørreskjema til forpleiningsansatte ved 10 oljeplattformer i Nordsjøen ble sendt ut i 2007. Utvalget bestod av 198 ansatte, med lik fordeling av menn og kvinner, og en svarprosent på 61 %. Spørreskjema inneholdt spørsmål om demografi, psykososiale faktorer i arbeidet, subjektive helseplager, holdninger til muskel- og skjelettplager og personlige hjemmerelaterte faktorer. To definisjoner av det å være langtidsfrisk ble konstruert; en streng definisjon (ikke sykefravær de siste to år) og en moderat versjon (ikke sykefravær de siste seks måneder). For å undersøke bivariate sammenhenger ble kji-kvadrattester og t-tester benyttet. Multivariate sammenhenger ble analysert ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse.

Resultater

Det var 43 % (n=84) av utvalget som var langtidsfriske = 2 år, og 75 % (n=149) av utvalget som var langtidsfriske < 6 mnd. Det var signifikant flere menn i langtidsfriske = 2 år enn resten av utvalget. Og for langtidsfrisk < 6 mnd var det signifikant lavere sykenærver enn for resten av gruppen. Begge langtidsfriskgruppene rapporterte mindre subjektive helseplager enn resten av utvalget. Da det gjaldt de arbeidsrelaterte faktorene oppga langtidsfrisk = 2 år å ha signifikant høyere sosial støtte og høyere belønning enn resten av utvalget.

Langtidsfrisk < 6 mnd oppga signifikant høyere kontroll, høyere sosial støtte og høyere belønning sammenlignet med fraværgruppen. Ingen av de hjemmerelaterte faktorene som ble

inkludert viste signifikante forskjeller mellom gruppene. I den fullstendige forklaringsmodellen var det bare holdninger til muskel- og skjelettplager som viste seg å være en signifikant forklaringsvariabel for langtidsfrisk = 2 år, og de med positive holdninger hadde 2,4 ganger større odds for å være langtidsfrisk sammenlignet med de som hadde negative holdninger. Den totale modellen forklarte bare 14 % av variansen i langtidsfrisk = 2 år. Den samme modellen forklarte 23 % av variansen i langtidsfrisk < 6 mnd, men ingen av forklaringsvariablene viste signifikante sammenhenger med den moderate definisjonen av langtidsfrisk.

Konklusjon

Det ble ikke funnet støtte for at det er en signifikant assosiasjon mellom det å være langtidsfrisk og krav-kontroll(-sosial støtte)-modellen, innsats-belønning-modellen eller hjemmerelaterte faktorer i dette utvalget. Det ble imidlertid funnet at sosial støtte i arbeidssituasjonen kan ha en viss betydning for langtidsfriske. Ytterligere ble det funnet at langtidsfriske opplever mindre subjektive helseplager og rapporterer bedre holdninger til muskel- og skjelettplager enn resten av utvalget. Det er nødvendig med flere studier som undersøker langtidsfriske og som har et helsefremmende fokus.

Nøkkelord: Langtidsfrisk, arbeid, helse, forpleiningsansatte Offshore, Inkluderende Arbeidsliv, helsefremmende arbeidsplasser, krav, kontroll, sosial støtte, innsats, belønning, hjemmerelaterte faktorer

Abstract

Background

Sickness absence has been a major focus for many years, and this group of people is portrayed as a large group. The reality is that the most of us are showing up at work everyday. The focus has been changed to concentrate on the positive sides of the work situation and how we can include more people at work. In this perspective it is interesting to know more about the people who remain healthy and go to work everyday.

Aim of the study

This assignment aimed to investigate which factors that characterize long-term health in Offshore catering, specially the psychosocial factors at the workplace (the demand-control model and the effort-reward-imbalance-model) and personal home related factors.

Method

A questionnaire was sent out to catering employees in ten different oil platforms in the North Sea in 2007. 198 employees answered, and it was just as many men as women. The response rate was 61 %. The questionnaire included questions about demography, psychosocial factors at work, subjective health complaints, attitudes to musculoskeletal disorders and personal home-related factors. Two definitions of long-term health was constructed, a strict definition (no sick leave over the past two years) and a moderate version (no sick leave in the last six months). To examine bivariate associations chi-square tests and t-tests were used. Multivariate relationships were analyzed using logistic regression analysis.

Results

It was 43 % (n=84) of the employees who had long-term health = 2 years, and 75 % (n=149) who had long-term health < 6 months. It was significantly more men and fewer women in long-term health = 2 years than in the rest of the sample. The group in long-term health < 6 months reported less sickness presence than rest of the sample. Both groups of long-term health reported less subjective health complaints than the group with sick leave. When it came to the work related factors reported long-term health = 2 years to have significantly higher social support and higher reward than the rest of the sample. Long-term health < 6 months reported significantly higher control, higher social support and higher rewards compared to the rest of the sample. None of the home related factors that were included showed significant

differences between the groups. In the full explanation model, only attitudes to musculoskeletal problems turned out to be a significant explanatory variable for long-term health = 2 years, and those with positive attitudes had a 2.4 times greater odds ratio of having long-term health compared with those who had negative attitudes. The model explained only 14% of the variance in long-term health = 2 years. The same model explained 23% of the variance in long-term health < 6 months, but none of the explanatory variables showed significant associations with the moderate definition of long-term health.

Conclusion

There was no evidence of significant association between being long-term healthy and the demand-control-(social support)-model, effort-reward-imbalance-model or home related factors in this thesis. However, social support at work might have some significance for long-term health. Further it was identified that persons with long-term health experience have less subjective health complaints and report better attitudes to musculoskeletal disorders than the rest of the sample. It is suggested that more studies focus on long-term health and have a health promoting focus.

Keywords: Long-term health, work, health, catering employees Offshore, workplace health promotion, demands, control, social support, effort, reward, home related factors

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	IV
Liste over figurer	VIII
Liste over tabeller	VIII
1 Innledning og bakgrunn	VIII
1.1 Helse på arbeidsplassen	1
1.2 Hensikt med studien	4
1.3 Langtidsfrisk	4
1.4 Sosial støtte og forholdet mellom arbeid og hjem	6
1.5 Helse blant ansatte på oljeplattform	7
2 Teori	9
2.1 Helsefremmende teori	9
2.2 Teorier om arbeid, helse og sosial støtte	10
2.2.1 Krav-Kontroll-modellen	11
2.2.2 Innsats-belønning-modellen	13
2.2.3 The work ability continuum	14
2.2.4 Balanse-modellen (arbeid og hjem)	15
2.2.5 Sosial støtte	16
3 Problemstilling	19
4 Metode	20
4.1 Design	20
4.2 Utvalg	20
4.3 Variabler	21
4.3.1 Langtidsfrisk og sykenærvær	21
4.3.2 Krav, kontroll og sosial støtte	22
4.3.3 Innsats og belønning	23
4.3.4 Hjemmerelaterte faktorer	24
4.3.5 Kontrollvariabler	24
4.4 Etikk	25
4.5 Statistiske analyser	26
5 Resultater	27
5.1 Bakgrunns- og kontrollvariabler	28
Demografiske variabler	28
5.2 Forklaringsvariabler	29
Arbeidsrelaterte variabler	29
5.3 Forklaringsmodell for langtidsfrisk	30

6 Diskusjon	35
6.1 Demografiske betraktninger	35
6.2 Langtidsfriske	37
6.3 Subjektive helseplager og holdninger til muskel- og skjelettplager	38
6.4 Krav-kontroll og sosial støtte	41
6.5 Innsats og belønning	42
6.6 Hjemmerelaterte faktorer	43
6.7 Metodiske betraktninger	45
6.7.1 Spørreskjema	45
6.7.2 Utvalg	45
6.7.3 Måling av langtidsfrisk	46
6.7.4 Variabler	47
7 Konklusjon	50
8 Implikasjoner for videre forskning	52
9 Referanseliste	53

Liste over figurer

Figur 1. Krav-kontroll-modellen (Karasek & Theorell, 1990).	11
Figur 2. Innsats-belønning-modellen (Siegrist 1996), oversatt til norsk.	13
Figur 3. The Work Ability Continuum (Lindberg, 2006).	15
Figur 4. Balanse-modell (Thuen, 2000).	16
Figur 5. Sosiale relasjoner, nettverk og støtte i tilknytning til hverandre og med helse og stress som utfall (House & Kahn, 1985 i House 1987).	17
Figur 6. Fordelingen av sykenærver blant langtidsfrisk siste to år, langtidsfriske de siste seks måneder og gruppen som har hatt sykefravær.	27

Liste over tabeller

Tabell 1. Svarprosent fordelt på de ulike oljeplattformene.	21
Tabell 2. Demografiske variabler for gruppene langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder, og gruppen som hadde hatt sykefravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med kji-kvadrattester.	28
Tabell 3. Kontrollvariabler for langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder og gruppen som hadde hatt fravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med t-tester.	29
Tabell 4. Forklaringsvariabler for langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder og gruppen som hadde hatt fravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med t-tester og kji-kvadratsanalyser.	30
Tabell 5. Logistisk regresjonsanalyse for langtidsfrisk = 2 år. Odds Ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (95 % KI).	32
Tabell 6. Logistisk regresjonsanalyse for langtidsfrisk < 6 mnd. Odds Ratio (OR) og 95 % konfindensintervall (95 % KI).	34

1 Innledning og bakgrunn

De fleste voksne mennesker tilbringer omtrent halvparten av sin våkne tid på arbeidsplassen (Naidoo & Wills, 2005). Arbeidsdeltakelse har betydning for både hvert enkelt individ og for samfunnet som helhet. Arbeid sikrer inntekt og reduserer fattigdom, og er en avgjørende faktor for verdiskapning. Individuelt sett er arbeidsdeltakelse knyttet til selvtillit, mestring, sosialt miljø og selvutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Daglig sysselsetting, både lønnet og ulønnet, er av stor betydning for individets helse og velvære, i tillegg til at det demper den sosiale ensomheten (Schafft, 2009). På den andre siden viser forskning at arbeidet kan være belastende både fysisk og psykisk (Knardahl, 2000). Rundt en tredjedel av arbeidstakerne i Norge opplever arbeidsmiljøet som psykisk belastende. Dette kan henge sammen med blant annet dårlig organisering, tilrettelegging, tidspress, dårlige samarbeidsforhold og mobbing på arbeidsplassen (Helsedepartementet, 2003). I levekårsundersøkelsen fra 2006 viser det seg at rundt 40 % av de som hadde vært sykemeldte i over 14 dager var fraværende på grunn av arbeidsrelaterte forhold (Ose, 2010). Arbeidet kan derfor påvirke helsen vår positivt og negativt (Knardahl, 2000). Hittil har den negative helseeffekten og sykefravær fått mest fokus i arbeidsforskning (Allebeck & Mastekaasa, 2004; Ihlebaek, Brage, & Eriksen, 2007; Markussen, Røed, Røgeberg, & Gaure, 2011; Ose, Jensberg, Reinertsen, Sandsrud, & Dyrstad, 2006; Oseborg Ose, 2010).

1.1 Helse på arbeidsplassen

Helsearbeidet på arbeidsplassen har i stor grad dreid seg om å forebygge sykdom og dermed redusere sykefravær. Sykefravær er et komplekst problem, som påvirker samfunnet, bedriften og den enkelte medarbeider (Mikkelsen, 2002). Sykefraværet her i landet lå på 6,5 % i andre kvartal i 2011 og har dermed økt litt fra samme kvartal i 2010 (SSB, 2011b). Tveito, Halvorsen, Lauvalien & Eriksen (2002) fant at de med høyt sykefravær var karakterisert med å ha tungt fysisk arbeid, lavere utdanningsnivå og flere faktorer forbundet med helserisiko som for eksempel røyking og fysisk inaktivitet. I tillegg rapporterte de liten arbeidstilfredshet, dårlig søvnkvalitet og høyt stressnivå på jobb. Hvis en ser på diagnosene som er knyttet til sykefravær er det muskel- og skjelettplager som ligger på en klar førsteplass med 33 % i fjerde kvartal i 2011 (SSB, 2011a). Studier har vist at utbredte muskel- og skjelettsmerter fra flere kroppsregioner har størst negativ påvirkning på funksjonsevne, mens lokalisert smerte på ett sted har mindre påvirkning på blant annet daglig aktiviteter og fysisk form (Kamalari,

Natvig, Ihlebaek, & Bruusgaard, 2008). Det var også identifisert ulike prediktorer for å oppleve flere smertesteder som det å være separert, skilt, uførepensjonert, å røyke, å være i mindre fysisk aktivitet og ha høyere kroppsmasseindeks (Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, Benth, & Bruusgaard, 2008; Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, & Bruusgaard, 2009). Videre var det sykdommer i luftveiene og psykiske lidelser som er høyt oppe i prosentfordelingen av diagnoser i fjerde kvartal i 2011 (SSB, 2011a). Utover dette viser statistikken at kvinner har høyere sykefravær enn menn (SSB, 2011a). Både muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager kan betegnes som subjektive helseplager. Slike plager er svært utbredt i befolkningen og minst 75 % av befolkningen opplever subjektive helseplager i løpet av en måned (Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002). Problemet på grunn av subjektive helseplager oppstår først når en opplever plagene som uutholdelige, og dette varierer i stor grad i forhold til en persons smertesmertheadferd, jobbsituasjon, psykologiske faktorer og livssituasjon generelt (Ihlebaek, et al., 2002).

Når man diskuterer om sykefraværet er for høyt i Norge, kan det være nyttig å skille mellom ulike typer fravær i form av nødvendig fravær, unødvendig fravær og om det er frivillig eller ufrivillig. Det er det unødvendige fraværet, enten i form av skulk og eller at en ikke føler seg helt 100 %, men kanskje allikevel kan jobbe, en vil redusere. Det er viktig å vedkjenne at det finnes nødvendig fravær ved at en er borte fra jobb ved sykdom og ved store påkjennelser (Einarsen & Schulze, 2011). Det er likevel grunn til å anta at en stor del av sykefraværet kunne vært unngått ved å tilrettelegge bedre for å delta i arbeidslivet selv med redusert helsetilstand, jmfør Inkluderende Arbeidsliv (IA-avtalen) (Regjeringen, 2010).

Selv om de med sykefravær får mest oppmerksomhet og blir fremstilt som en stor gruppe, er de fleste av oss på arbeid hver eneste dag. En norsk studie viser at 10 % av arbeidsstyrken står for 82 % av sykefraværet (Tveito, et al., 2002) og en dansk gjennomgang av flere studier viser til at 20 % står for 80 % av sykefraværet (Labriola, 2006). Hva gjør at de aller fleste holder seg friske og møter opp på jobb hver dag?

The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) mener at sunne organisasjoner kombinerer individuell og organisasjonens helse ved fysisk, mentalt, miljømessig, sosialt og økonomisk helse på alle nivåer. De definerer helsefremmende arbeid på arbeidsplassen som arbeidsgiveres, arbeidstakeres og samfunnets kombinerte innsats i å bedre helse og velvære på arbeidsplassen (ENWHP, 2007). Nasjonalt ble IA-avtalen innført i

2005 som et virkemiddel for å oppnå mål i sysselsettings-, arbeidsmiljø-, og inkluderingspolitikken. IA-avtalen har som mål å forebygge og redusere sykefravær, øke jobbnærvær, og hindre utstøtning og frafall fra arbeidslivet (Regjeringen, 2010). Helsefremmende Arbeidsplasser har etter hvert fått stort fokus innenfor arbeidslivsforskning. Dette er en tilnærming som går utover det ordinære helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet, og som kan utgjøre en helhet i arbeidsmiljøarbeidet ved å tilrettelegge for at alle skal få en utviklende og god arbeidsplass. Det er de helsefremmende og positive faktorene som er i fokus. Luxemburgdeklarasjonen om helsefremmende arbeidsplasser fra 1997 fremhevet at helsefremmende arbeidsplasser dreier seg om å gjøre det fysiske og det organisatoriske arbeidsmiljøet bedre. Deklarasjonen satte fokus på aktiv deltakelse og fremming av utvikling, både personlig og faglig. Deklarasjonen er videreført i Lillestrømerklæringen som i størst grad dreier seg om å ta hensyn til den enkeltes behov, ressurser og potensial på bakgrunn av deltakerstyrte prosesser (Bakken, 2010). Inkluderende Arbeidsliv tar utgangspunkt i Arbeidsmiljølovens § 1-1 hvor det står at: ”Lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon” (Arbeidsmiljøloven aml., 2005). Dette handler om at helsearbeidet på arbeidsplassen skal opprettholde og fremme helse og velvære, i form av økt mestring, motstandskraft og overskudd. Dette gir også ringvirkninger til det forebyggende arbeidet, slik at helsefremmende og forebyggende arbeid kan være komplementære perspektiv for å tilrettelegge for god helse på arbeidsplassen.

På helsefremmende arbeidsplasser vil det være viktig å vite noe om de som har høyt nærvær og som er langtidsfriske. Aronsson & Lindh (2004) og Johnsson, Lugn & Rexed (2006) var noen av de første til å undersøke de friskeste på jobb og hva som kjennetegner disse. Johnsson et al. (2006) fant fire helsefaktorer som kjennetegnet gruppene av langtidsfriske; de var i en bevisst organisasjon som har klare mål, var en del av et kreativt miljø, hadde et lederskap som var rådgivende og jobbet i et åpent arbeidsklima. Aronsson & Lindh (2004) viste også til at opplevelsen av å ha havnet i det rette yrket og være på den rette arbeidsplassen, i tillegg til å få støtte fra sjefen, kunne predikere langtidsfriskhet.

Nærværet på en arbeidsplass kan også være preget av sykenærvær. Sykenærvær er i følge Aronsson & Gustafsson (2002, 2005) definert som at mennesker, til tross for plager og uhelse som krever hvile og sykefravær, møter på jobb. Forskningen rundt sykenærvær er ikke samstemmig om det er en negativ eller positiv faktor for individet og arbeidsplassen. Noen

hevder sykenærvær er en negativ faktor og knytter høyt sykenærvær opp mot økt sykefravær (Aronsson & Gustafsson, 2005; Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000; Bergstrom, et al., 2009), mens andre hevder at arbeid er bra for helsen ved at en unngår sosial isolasjon og inaktivitet og unødvendig sykefravær (Waddell & Burton, 2006; Waddell, Burton, & Aylward, 2007).

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å kartlegge hva som kjennetegner de som er langtidsfriske blant forpleiningspersonell i Offshore. Siden tidligere litteratur i stor grad fokuserer på negative påvirkningsfaktorer med tanke på arbeid og helse, vil denne studien forhåpentligvis bidra til å støtte opp under forskning med positiv vinkling av hva som kjennetegner de som er på jobb og ikke er syke. Vi har ulike modeller og teorier som prøver å forklare forholdet mellom arbeid og helse, men disse har ofte et negativt fokus. I denne oppgaven vil det bli undersøkt om to av de mest brukte teoriene, krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen (Karasek & Theorell, 1990) og innsats-belønning-modellen (Siegrist, 1996) kan brukes til å forklare hvorfor noen arbeidstakere er langtidsfriske. I tillegg vil denne studien undersøke om personlige hjemmerelaterte faktorer har en sammenheng med det å være langtidsfrisk blant forpleiningsansatte i Offshore. Resultatene kan forhåpentligvis bidra til å utvikle ulike strategier for å fremme nærvær og helsefremmende arbeidsplasser, og derigjennom forebygge og redusere sykefravær.

1.3 Langtidsfrisk

Langtidsfrisk kan defineres på flere ulike måter. Aronsson & Lindh (2004) satte kriteriene for langtidsfrisk til å være maksimalt ett tilfelle av sykenærvær og ett tilfelle av sykefravær på høyst fem dager per år eller maks ti dagers sykefravær de siste to år. Med denne definisjonen var 28 % av utvalget langtidsfrisk i Aronsson & Lindhs studie, med klare indikasjoner om at lavstatusyrker hadde færrest langtidsfriske og at kvinner i mindre grad er langtidsfriske i forhold til menn. De fant videre at variablene som påvirket det å være langtidsfrisk var opplevelsen av å være i sitt ønskede yrke og på sin ønskede arbeidsplass, bestemme over arbeidstempo selv og ikke jobbe under et hardt tidspress. Samtidig var det viktig å ha personlige ressurser for å gjennomføre arbeidet på en god måte og være fornøyd med egen innsats og egne resultater, samt å få støtte fra overordnede. Individrelaterte variabler som

hadde størst betydning var økonomisk status, gode familierelasjoner og arbeidsbelastning hjemme (Aronsson & Lindh, 2004).

Johnsson et al. (2006) hevder at kjennetegnene ved langtidsfriske blant annet var å trives så godt i jobben sin at 90 % av de ville anbefalt jobben til sin beste venn. Langtidsfriske ser ut til å ha like mange diagnoser som andre, men opplever ikke sykdommene og plagene som like vanskelige og brysomme. Andre kjennetegn er at de sjelden er nedtrykt og har færre søvnforstyrrelser enn andre. Langtidsfriske ser ut til å bekymre seg mindre for helsen sin, men oppsøker bedriftshelsetjeneste oftere enn andre for å søke råd om å holde seg friske. De ser ofte på arbeidet som en utfordring og er gjerne preget av fremtidsoptimisme (Johnsson, et al., 2006).

Steen Rostad (2011) kartla langtidsfriske i et norsk aluminiumsverk i sin masteroppgave. Her ble det operasjonalisert med en definisjon på langtidsfrisk som ikke innebar noe sykefravær eller sykenærvær det siste året. I dette utvalget var det 26 % som falt inn under betegnelsen langtidsfrisk. Karakteristika ved langtidsfriske var blant annet å oppleve sin generelle helse som god, være opptatt av at arbeidsplassen tilrettelegger arbeidssituasjonen for personer med helseplager, arbeid på dagtid med fleksible arbeidstider, og å oppleve moralsk press om å komme på jobb, men ikke sanksjonspress (Steen Rostad, 2011).

En nyere litteraturgjennomgang for å finne ut om helsefremmende tiltak på arbeidsplassen er effektive på å styrke nærvær, viste til at effektive tiltak tilbød organisatorisk lederskap, kartlegging av helserisiko, individorienterte tiltak og en støttende arbeidskultur (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia, & Cote, 2011). Faktorer som i større grad bidro til fravær fra arbeidsplassen var overvekt, dårlig kosthold, fysisk inaktivitet, høyt stress og dårlige relasjoner til kollegaer og ledere (Cancelliere, et al., 2011). Det er gjennomført et prosjekt for å øke nærværsfaktorer på oljeplattformer, hvor resultatet viste at velfungerende nettverk med vekt på nærvær, i form av økt støtte av kollegaer og ledere på arbeidsplassen, så ut til å redusere sykefraværet (Bauer & Odijk, 2004).

Det er behov for mer forskning på området og dermed vil det være interessant å identifisere flere kjennetegn ved langtidsfriske i Offshorebransjen.

1.4 Sosial støtte og forholdet mellom arbeid og hjem

Mennesker har et sterkt fundamentalt behov for mellommenneskelige bånd og tilhørighet (Baumeister & Leary, 1995). Det å ha fortrolige venner, noen som er interessert i livssituasjon og livshendelser er en indikasjon på å ha sosial støtte. Sosial støtte har en stor påvirkning på helse både med en direkte positiv effekt (Bang Nes & Clench-Aas, 2011; Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; Dalgard, 2008) og som en buffermekanisme som beskytter mot negative hendelser (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; Dalgard, 2008; Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995). Et godt parforhold viser seg å være positivt for helsen og en buffer mot negative hendelser både for kvinner og menn (Rosand, Slinning, Eberhard-Gran, Roysamb, & Tambs, 2012). Samtidig har mangel på sosial støtte, ensomhet, en negativ effekt på helsen (Baumeister & Leary, 1995; Hawkey & Cacioppo, 2010; Heinrich & Gullone, 2006).

Arbeidssituasjon og familie- og hjemmesituasjon påvirker hverandre på flere ulike måter (Thuen, 2000). En person har ulike sosiale roller på arbeid og på fritiden, og på bakgrunn av rollenes struktur ved å styre relasjoner, hvordan en kommuniserer, hvordan en føler og hvor en er, antas det at en ubalanse mellom disse rollene kan føre til konflikter og påvirke helse og velvære hos en person (Frone, 2003). Det er en tendens til at konflikter og negative påvirkninger har fokus (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000; Hammer, Saksvik, Nytrø, Torvatn, & Bayazit, 2004)

En kartlegging av HMS-tilstanden i Norge fra 2007 viste at arbeidstakere vurderte den negative effekten av arbeid på familiesituasjonen som mer reell enn den negative effekten av familiesituasjonens påvirkning på arbeid. Det viser seg at arbeidet er krevende for mange, og på spørsmål om en er utslitt etter jobb hver dag var det 31 % som svarte at dette ofte var tilfelle. Undersøkelsen avdekket også at 36 % av arbeidstakerne oppga at de ikke hadde det overskuddet de ønsker til familielivet og andre sosiale aktiviteter, med arbeidsrelaterte faktorer og forholdet mellom arbeid og familie som største årsak. Dette viser at det er en stor andel som opplever det som et problem, men likevel er det ikke sånn for majoriteten. Undersøkelsene viste også at drøye 70 % oppga å la familie og fritid gå foran arbeidet (Bråten, Andersen, & Svalund, 2008).

Skiftarbeid kan være en spesiell årsak til familieproblemer og problemer med det sosiale liv, fordi personen som jobber skift ikke kan bidra til at hverdagen fungerer optimalt. Skiftarbeid kan føre til sosial marginalisering ved at personen ikke har fri da andre har det, og omvendt.

På den positive siden har skiftarbeidere gode muligheter for å få fri i lengre perioder hvor en kan disponere tiden som man vil (Costa, 2003; Harrington, 2001).

1.5 Helse blant ansatte på oljeplattform

Arbeid på oljeplattform kan medføre en rekke ulike helsepåvirkninger, som skiller seg fra arbeid på fastland. Dette kan blant annet være på grunn av påvirkning av kjemiske stoffer som benyttes i produksjon og prosess, som kan føre til både akutte skader og senvirkninger. Andre faktorer kan være lange perioder borte fra hjem og familie, og de intense arbeidsøktene på 12 timers skift i 14 dager med eventuell overtid, som går mot den naturlige døgnrytmen. Disse arbeidsøktene blir avbrutt med friperioder på fire uker. I tillegg har kostholdet på oljeplattformer vært preget av rik tilgang på fet og energirik mat, tobakken har vært billig, men det har vært et forbud mot alkohol (Bergva Aas, Strand, & Grimsrud, 2007). På bakgrunn av de spesielle arbeidsforholdene og arbeidsmiljøloven er det lagt fram et krav om å ha en godkjent helseerklæring fra lege minimum hvert andre år (Helsedirektoratet, 2011).

Bjerkan (2011) har funnet at personer som arbeider i offshorebransjen rapporterer en opplevelse av signifikant større risiko i forbindelse med arbeidet og mindre kontroll over arbeidsoppgaver enn personer som jobber på fastlandet. Når det gjelder forpleiningspersonell på oljeplattformene har det vært rapportert høy grad av muskel- og skjelettplager, og lav jobbtilfredshet i forhold til andre grupper på installasjonene (Morken, Tveito, Torp, & Bakke, 2004). I tillegg viser Morken et al. til at denne gruppen har rapportert store problemer med tunge løft, for stor arbeidsmengde og for høyt tempo. Forpleiningsansatte er den gruppen som har størst risiko for å oppleve kombinasjonen høyt arbeidstempo og lav selvbestemmelse i form av at de oppgir å sjelden eller aldri kunne bestemme over eget arbeidstempo (Aagestad, et al., 2011). Det har vært stort fokus på å øke nærvær og redusere fravær i Offshorebransjen (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001; Bauer & Odijk, 2004; Larsen, Bakken, Reime, & Bukve, 2001), og de forpleiningsansatte er sett på som en risikogruppe (Petroleumstilsynet, 2010). Å jobbe med forpleining er et yrke som er sett på som å ha relativt lav status (Svensson & Ulfsdotter Eriksson, 2009), og dette er en gruppe med svært høyt sykefravær (Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011).

På bakgrunn av dette er det svært interessant å undersøke faktorer som kjennetegner de langtidsfriske i forpleiningen i Offshore. Det er gjort få studier på dette tidligere, men det er

blant annet skrevet en masteroppgave om sammenhengen mellom langtidsnærvar blant det samme utvalget av forpleiningsansatte i Offshore og variablene mestring, jobbengasjement, organisatorisk rettferdighet, krav, kontroll og sosial støtte (Nesse, 2008). Nesse fant at nærværgruppen rapporterte bedre opplevelse av egen helse og færre subjektive helseplager enn resten av utvalget. Nærværgruppen ble også funnet å ha høyere opplevd sosial støtte, bedre opplevd relasjonsrettferdighet og høyere jobbengasjement enn resten av utvalget. I en forklaringsmodell med mestring, jobbengasjement, organisatorisk rettferdighet, krav, kontroll, sosial støtte og kjønn ble variansen i nærvær forklart med 18 %, men det var kun sosial støtte og mestring som ga signifikante bidrag i denne modellen (Nesse, 2008). I tillegg er det gjort et studie på sykenærvar for forpleiningspersonal i Offshorebransjen. Resultatene viste at arbeidsforholdene i Offshore kan fremme sykenærvar. Avgjørelsen om å gå på jobb til tross for helseplager var basert på alvorlighetsgraden av plagene, jobbtilfredshet, normer i arbeidsmiljøet og hvordan sykefravær var implementert i selskapets retningslinjer. Det viste seg at faktorene som fremmet sykenærvar på oljeplattformene reflekterte opplevelsen av et sunt arbeidsmiljø (Krohne & Magnussen, 2011), men det kan vise seg at høyt sykenærvar også predikerer høyt sykefravær (Aronsson, et al., 2000) og dårlig helse senere (Bergstrom, et al., 2009).

2 Teori

Aaron Antonovsky (1991) hevdet at helse og sykdom er en bevegelse på et kontinuum med ytre dimensjoner som er helse og uhelse. Salutogenesen som Antonovsky støtter seg til går ut på at man undersøker hvor hver person befinner seg på dette kontinuumet og der målet bør være å få hvert individ innenfor den friske polens radius. Den friske polens radius kan knyttes opp til helsedefinisjonen (Antonovsky, 1991). Helse er i dette perspektivet en ressurs som kan brytes ned eller bygges opp gjennom livsløpet. Den biomedisinske definisjonen på helse hevder at god helse er fravær fra sykdom, men denne definisjonen tar ikke høyde for at personer med en diagnose kan føle seg friske og personer uten objektive funn på sykdom kan føle seg syke (Mæland, 2005). World Health Organization (1948) definerte helse som noe mer enn fravær fra sykdom, med en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende. I følge Mæland (2005) ble definisjonen beskrevet som for idealistisk, og kritisert for at den ikke tar høyde for at personer kan oppleve god helse til tross for sykdom. Da er definisjonen ”helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Hjort, 1994) mer holistisk. Det er spørsmålet man stiller, om det gjelder økt sykdom eller økt helse, som bestemmer hypotesen (Antonovsky, 1991). Innenfor salutogenesen vil spørsmålet om hva som holder folk friske være sentralt, i motsetning til patogenesen som har fokus på sykdom (Mæland, 2005).

2.1 Helsefremmende teori

Det helsefremmende arbeidet kom som en motsats til det patogene sykdomsforebyggende arbeidet, ved at utgangspunktet er helse og ikke sykdom. Fokuset ligger i mindre grad på risikofaktorer og i større grad på ressurser for å oppnå god helse. Helsefremmende arbeid bygger på salutogenesen og det positive synet på helse (Mæland, 2005). I Ottawa-charteret (World Health Organization, 1948) defineres helsefremmende arbeid som ”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”. Helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid er komplementære for hverandre og ikke motsetninger (Mæland, 2005).

Helsefremmende arbeid har som mål å styrke positive faktorer og bidra til økt likhet i helse (Mæland, 2005). Dette utøves gjennom å bidra til at befolkningen får økt kontroll over egen helse, særlig ved hjelp av bevisstgjøring og tilrettelegging for sunne helsevalg. I dette

helsearbeidet vil befolkningen bli betraktet som medarbeidere og ikke kun som målgruppe, dermed er det essensielt at befolkningen selv bidrar og jobber mot målet om god helse (Tangen & Conrad, 2009). I dette arbeidet er empowerment en viktig faktor. Empowerment er en bevisstgjøring av enkeltindivider eller grupper på hvilke ressurser, muligheter og behov de har. I tillegg er det en metode for å få den enkelte til å ta egne helsevalg på bakgrunn av disse faktorene (Naidoo & Wills, 2000).

Ideelle arenaer for helsefremmende arbeid er der hvor folk ofte oppholder seg som for eksempel; bydelen, skoler, nærmiljø og arbeidsplasser. Dette er steder hvor en treffer store deler av befolkningen og hvor en kommunikasjonsvei allerede er opprettet. Det er i tillegg en forutsetning at flere instanser i samfunnet blir engasjert og bidrar, slik at det helsefremmende arbeidet blir godt etablert med helhetlig fokus (Mæland, 2005; Naidoo & Wills, 2000).

Arbeidsplassen som helsefremmende arena gir oss kontakt med de aller fleste voksne, som det kan være vanskelig å nå på andre måter. I tillegg til at tiltakene har en viss gjennomslagskraft om tiltaket blir vedtatt på arbeidsplassen, er fordelene med denne arenaen også at en skal sikre at folk ikke pådrar seg helseskader i jobben (Naidoo & Wills, 2000).

2.2 Teorier om arbeid, helse og sosial støtte

Det eksisterer flere ulike teoretiske rammeverk rundt samspillet mellom arbeid og helse, og to av de viktigste og mest sentrale er krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen (Karasek & Theorell, 1990) og innsats-belønning-teorien (Siegrist, 1996). Disse modellene beskriver arbeidsrelaterte faktorer i sammenheng med helsekonsekvenser, og er mest brukt i forhold til uhelse og sykefravær (Aas, 2009). Disse teoriene sier også noe om de positive sidene av arbeid og helse. I denne oppgaven vil krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen og innsats-belønning-modellen bli benyttet som rammeverk for å undersøke om arbeidsrelaterte psykososiale faktorer kan forklare nærvær og det å være langtidsfrisk.

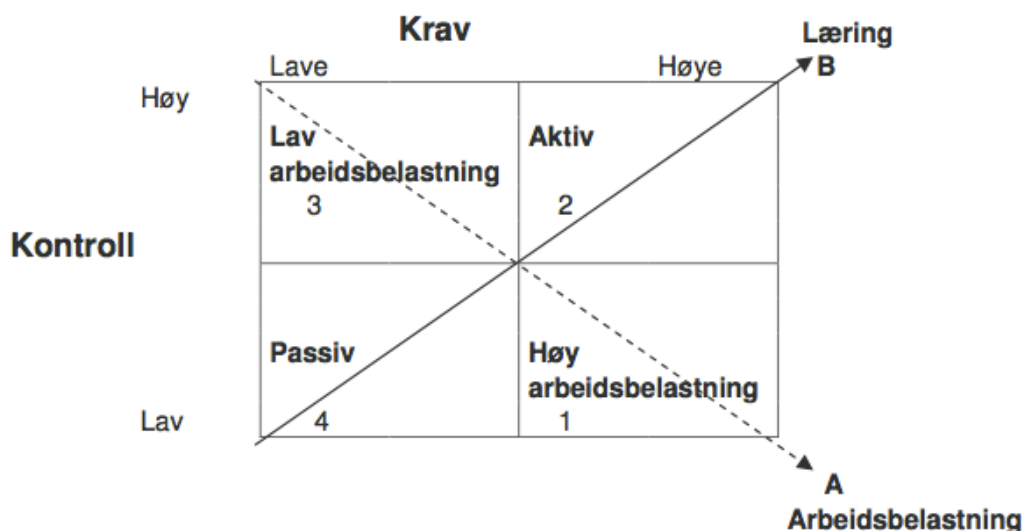
Det finnes også andre modeller som er utviklet i tråd med det helsefremmende perspektivet, som for eksempel the work ability continuum (Lindberg, 2006). Denne modellen tar utgangspunkt i Antonovskys (1991) definisjon på helse, og hvordan vi beveger oss mellom helse og uhelse i løpet av livet, hvor det knyttes opp mot nærvær og fravær på jobb. Denne modellen vil ikke benyttes i oppgaven, men presenteres kort. En balanse-modell (Thuen,

2000) som beskriver forholdet mellom arbeids- og hjemmearenaen vil også bli kort presentert. Til slutt i dette kapitlet vil det teoretiske grunnlaget for sammenhengen mellom sosial støtte og helse bli presentert.

2.2.1 Krav-Kontroll-(sosial støtte)-modellen

Krav-kontroll-(sosial støtte) modellen er utviklet for å beskrive hvordan psykososiale faktorer påvirker helsen. Modellen er basert på psykologiske krav til arbeid, evnebruk og oppgavekontroll, og hvordan disse kan forutsi et vidt spekter av konsekvenser for helsen grunnet strukturen på arbeidet og arbeidsplassen (Karasek & Theorell, 1990).

Krav er i modellen definert som forventninger til arbeidstaker fra miljøet rundt, i form av blant annet arbeidskrav, psykologiske krav og fysiske krav (Karasek & Theorell, 1990). Modellen setter kravene i sammenheng med kontroll i form av frihet til å bestemme over egen arbeidssituasjon, autonomi og mulighet til å bruke eget intellektuelt skjønn i oppgaver og i beslutninger (Karasek & Theorell, 1990)



Figur 1. Krav-kontroll-modellen (Karasek & Theorell, 1990).

I krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen er ikke høye krav helseskadelig i seg selv, men modellen hevder at hvis en person opplever høye krav i arbeidet og samtidig opplever lav kontroll over oppgavene, vil dette kunne gi en situasjon hvor personen er i en langvarig stresstilstand som kan være helseskadelig. I figur 1 er dette vist i rute én "Høy

arbeidsbelastning”. Konsekvenser for denne situasjonen kan være blant annet depresjon, angst og ulike fysiske og psykiske sykdommer. Yrker som kan ligge i denne kategorien kan være for eksempel akuttsykepleiere og servitører (Karasek & Theorell, 1990).

Hvis personen derimot opplever høye krav og høy kontroll over arbeidsoppgavene vil dette være en god og utviklende situasjon for personen (Karasek & Theorell, 1990). Dette illustreres i rute to (figur 1). Når krav i arbeidet og en persons ferdigheter samsvarer er en ideell situasjon hvor det er en stor mulighet for å oppleve flyt. Flyt er i følge Csikszentmihalyi (1990) en optimalopplevelse av en aktivitet. Det karakteriseres ved at personen føler at ens evner er adekvate til å mestre utfordringene, og hvor konsentrasjonen er så intens at det ikke er mulig å fokusere på andre ting eller å bekymre seg over problemer. Dette skjer ved at selvbevisstheten forsvinner og man mister tidsperspektivet. I en aktiv jobb hevder modellen at positive utfall som vekst og læring er sannsynlige. Eksempler på yrker i denne kategorien er bønder og lærere (Karasek & Theorell, 1990).

Rute tre (figur 1) beskriver en arbeidssituasjon med lav belastning, ved at man opplever lave krav og høy kontroll. I denne situasjonen er det i følge modellen lav sannsynlighet for å få helseskader av arbeidet. Yrkeseksempler i denne kategorien kan være arkitekter og forskere (Karasek & Theorell, 1990).

Den siste ruten (rute fire i figur 1) tar for seg en passiv arbeidssituasjon hvor kravene er lave og kontrollen er lav. Dette er en situasjon som kan oppleves som kjedelig og demotiverende, ved at den ikke krever en spesiell kompetanse og ikke er utviklende for personen. Det er antatt at personer i denne ruten kan oppleve mentalt stress og misnøye, ved at allerede tillærte evner og kunnskap kan svekkes. I denne kategorien kan yrker eksempelvis være vaktmestere og kontrollører (Karasek & Theorell, 1990).

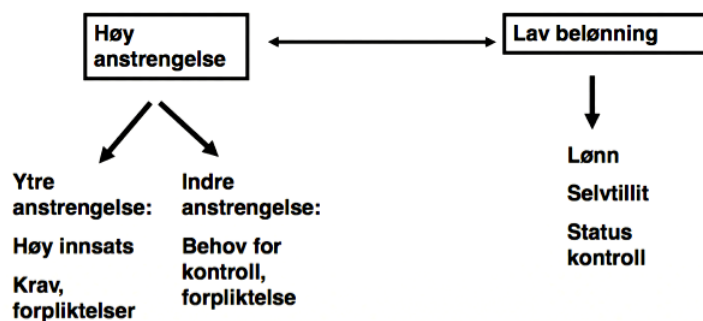
Sosial støtte i form av gode relasjoner, hjelpsomhet, oppmerksomhet og bidrag til et godt teamarbeid fra kollegaer og overordnede er inkludert i modellen som en buffer mot negative helsekonsekvenser som kan oppstå ut i fra skjevhet mellom opplevelsen av kontroll og mengden krav (Karasek & Theorell, 1990).

Det er mange studier som støtter modellen, blant annet krav og kontroll i assosiasjon med hjerte- og karsykdommer (Belkic, Landsbergis, Schnall, & Baker, 2004), ulike stressrealterte

sykdommer (Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010) og muskel- og skjelettplager (Bongers, de Winter, Kompier, & Hildebrandt, 1993). En litteraturanalyse har inkonsistente resultater fordi eldre studier viser at høye krav og mangel på sosial støtte kan være risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer hos menn, men at senere forskning ikke har gitt en entydig støtte for at mangel på kontroll er en risikofaktor for disse sykdommene. Senere tids forskning kan forklare assosiasjonen med sammenhengen mellom krav og sykdomsrisiko (Eller, et al., 2009).

2.2.2 Innsats-belønning-modellen

Siegrist (1996) utviklet en modell (figur 2) som hevder at innsats og belønning er dimensjonene som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet i størst grad.



Figur 2. Innsats-belønning-modellen (Siegrist 1996), oversatt til norsk.

Modellen omhandler en kontraktmessig rettferdighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Innsatsen en yter i arbeidslivet er på bakgrunn av en sosial kontrakt som baseres på en norm om sosial gjensidighet. Den sosiale gjensidigheten går ut på at det forventes å bli belønnet for den innsatsen en yter (Siegrist, 1996). Innsatsen kan være i form av eksterne krav og en personlig mestring av kravene, som fører til et behov for å få belønning i form av for eksempel lønn, karrieremuligheter og anerkjennelse. Innsatsen eller anstrengelsene som oppstår i arbeidet kan skyldes både ytre og indre krav. Ytre krav er krav fra arbeidsplassen og gjennom arbeidsoppgaver. Indre krav kan i større grad knyttes til individets egne krav til seg selv, egen motivasjon og eget behov for kontroll i en krevende situasjon (Siegrist, 1996).

Belønningen i modellen er lønn, selvtillit og statuskontroll. Statuskontroll omhandler en forventning om en kontinuitet blant annet i de sosiale rollene. Hvis denne statuskontrollen blir

truet ved jobbusikkerhet, omorganisering, mangel på forfremmelse eller ved statusinkonsistens, som vil si at personer har arbeid uten utdanning som grunnlag, er dette en situasjon hvor personer kan oppleve følelser som frykt, sinne og irritasjon. Uriktig lønn, mangel på selvtillit eller anerkjennelse og en trussel av statuskontroll kan igjen føre til en langvarig stressreaksjon som er uhelsemessig (Siegrist, 1996).

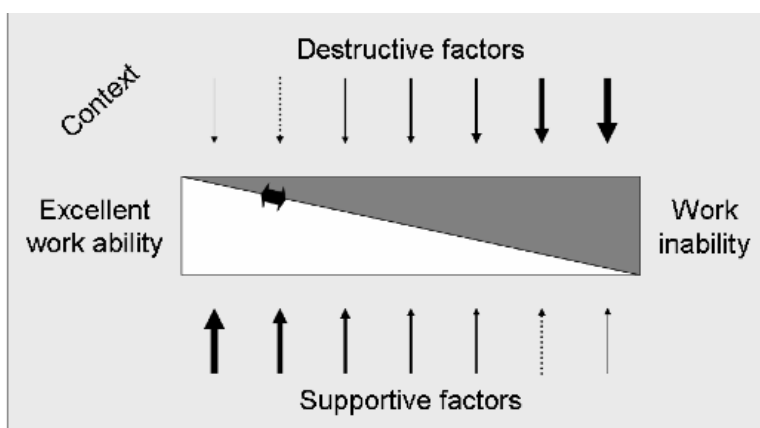
En langvarig oppfattelse av et manglende samsvar mellom innsatsen en person yter og belønningen personen får kan være en påkjennelse i form av en negativ stressreaksjon (Siegrist, 1996). Høy anstrengelse kan gi økt adrenalinnivå og kan sammen med en situasjon hvor personen ikke trives i arbeidet føre til økt utskillelse av kortisol, som igjen kan føre til økt risiko for negative helsekonsekvenser (Knardahl, 1998).

Modellen legger frem tre situasjoner som opprettholder ubalanse og som kan føre til uhelse. *Avhengighet*, hvor det er vanskelig for arbeidstakeren å finne seg en ny jobb, og dermed blir i jobben til tross for ubalansen mellom innsats og belønning. En annen situasjon kan være *strategiske årsaker*, hvor personen godtar ubalansen på grunnlag av for eksempel en forfremmelse på sikt. Den siste situasjonen modellen beskriver er *overforpliktelse* (Siegrist, 1996), som kan kjennetegnes ved at personen har et stort behov for kontroll over alle faktorer i miljøet rundt seg, og dermed jobber svært mye for å oppnå den kontrollen. Personer i denne situasjonen er i større grad utsatt for en ubalanse i innsats og belønning og dermed i høyere grad utsatt for negative helsekonsekvenser enn andre (Saksvik & Nytrø, 2006).

Flere studier støtter modellens utgangspunkt om at det er viktig å ha en balanse mellom innsats og belønning for helsen hos arbeidstakere (Nieuwenhuijsen, et al., 2010; Siegrist & Rodel, 2006; Tsutsumi & Kawakami, 2004), mens en litteraturanalyse som ble gjort i 2009 konkluderte med at det er utilstrekkelig evidens for sammenhengen mellom innsats-belønning-modellen og hjerte- og karsykdommer (Eller, et al., 2009).

2.2.3 The work ability continuum

Lindberg (2006) utviklet en modell som omhandler hvordan et individs arbeidsmulighet påvirkes av en dynamikk mellom ulike støttende og destruktive faktorer gjennom livet. Individet vil bevege seg opp og ned på kontinuumet gjennom livet, noe som illustreres med de små pilene langs kontinuumet (figur 3).



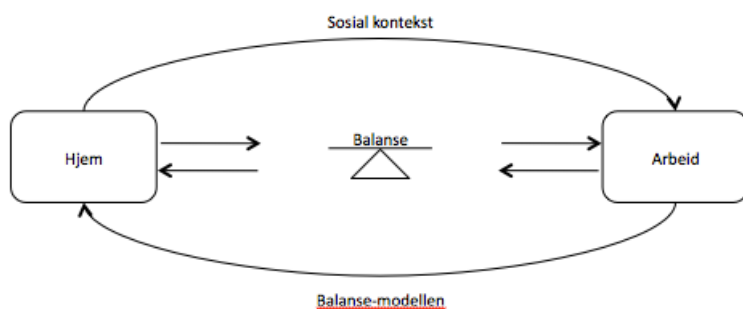
Figur 3. The Work Ability Continuum (Lindberg, 2006).

Modellen er i tråd med Antonovskys syn på helse. Ett sted på kontinuumet vil en person oppleve at muligheten for å arbeide er så redusert at den eneste løsningen er sykefravær. Dette vendepunktet er personlig og reflekterer et vidt spekter av faktorer fra psykisk, fysisk og sosiale responser til sykdom, holdninger, motivasjon, familieforpliktelser, fleksibilitet på arbeidsplassen og hvordan støtteordninger for sykmeldte er i samfunnet. Noen faktorer kan individet selv styre over ved å unngå negative faktorer og velge positive, mens andre faktorer igjen kun kan endres gjennom omgivelsene, som for eksempel i arbeidsmiljø og samfunnet. Muligheten for å arbeide og å oppnå målsettinger kan være arvet eller tillært, og kan påvirkes både i en positiv og negativ retning (Lindberg, 2006).

2.2.4 Balanse-modellen (arbeid og hjem)

Arbeid-familie-balanse blir beskrevet av mange som at de to arenaene er integrert i hverandre og harmoniske. Det er videre identifisert en definisjon som beskriver balansen som fravær fra konflikt mellom arbeidets og familiens sosiale roller, og dette gjenspeiler en definisjon som kun har fokus på det negative. Med utgangspunkt i dette ble det utviklet en definisjon som viser til at balansen er opprettholdt når det er lettere å utgjøre rollene sine, enten på arbeid eller hjemme, på bakgrunn av muligheter, erfaringer og evner en har tilegnet seg hjemme eller på arbeidet. Det eksisterer lite forskning på denne positive vinklingen av balansen mellom arbeid og hjem (Frone, 2003).

I følge Thuen (2000) er det utviklet en balansemodell (figur 4) på bakgrunn av en generell modell som konseptualiserer helsekonsekvenser av samspill mellom arbeid og hjem; spillover-modellen. Spillover-modellen viser til at arbeidet og hjemmet er to arenaer som påvirker hverandre i mer eller mindre grad. Forholdet på jobben kan påvirke hjemmesituasjonen og omvendt. Dette kan være forhold som for eksempel lønn, involvering, stress og trivsel i arbeidet på den ene siden, og på den andre kan det være arbeidsmengde, støtte, holdninger og kommunikasjon være faktorer på hjemmearenaen. Siden Spillover-modellen tar for seg påvirkninger den ene eller den andre veien, hevder Thuen (2000) at den i liten grad tar for seg kompleksiteten i samspillet mellom arbeid og hjem. Det er gjensidige sirkulære påvirkninger som kan være både negativt og positivt som blir vist i balansemodellen (figur 4) som er mer interessant. Målet i denne modellen er å skape balanse mellom disse to arenaene som også innehar motsetninger som bidrar til å skape ubalanse. Det blir lagt vekt på hva som kan føre til ubalanse som høyt tidspress, skiftarbeid og manglende mulighet til fleksitid på arbeidsplassen og omsorgsoppgaver kan være faktorer som bidrar fra hjemmearenaen.



Figur 4. Balanse-modell (Thuen, 2000).

2.2.5 Sosial støtte

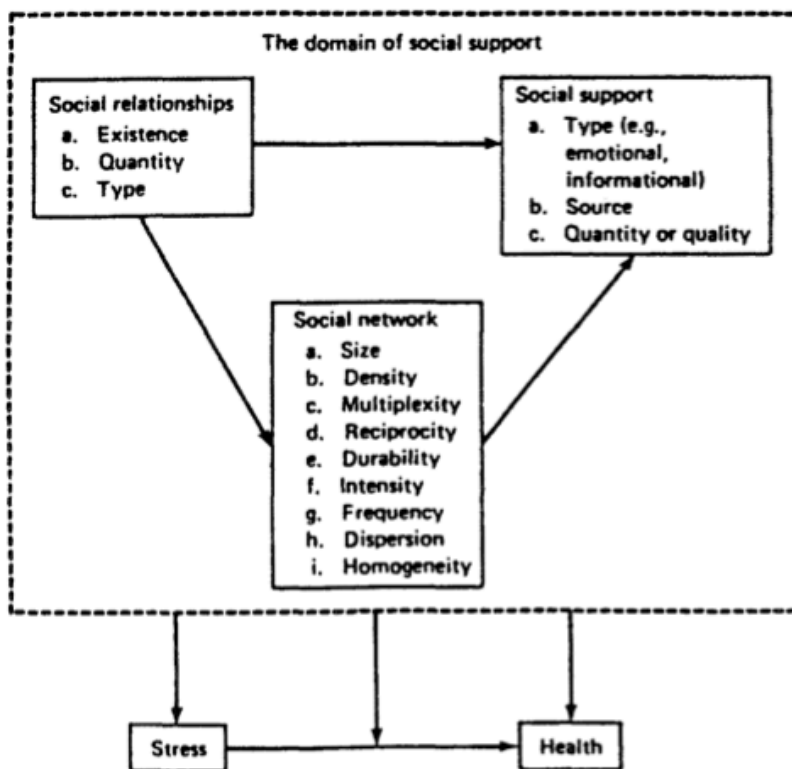
Sosial støtte kan defineres som ”individets opplevelse av å bli omfattet av kjærlighet og omsorg, å bli aktet og verdsatt, og tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser” (Cobb, 1976). I følge Dalgard (2008) er ensomhet det motsatte av sosial støtte.

Sosial støtte deles ofte opp i fire typer (Dalgard, 2008):

1. Emosjonell støtte dreier seg om empati, kjærlighet, omsorg og tillit. Denne formen for støtte er ofte fra familie og nære venner.

2. Instrumentell støtte handler om økonomisk og praktisk hjelp, og kommer gjerne fra familie, venner, arbeidskollegaer eller offentlige instanser.
3. Bekreftende støtte er tilbakemeldinger, bekreftelse og evaluering, og er oftest tilegnet fra frivillige organisasjoner og det offentlige hjelpeapparatet.
4. Informerende støtte inkluderer råd, forslag og anbefalinger.

Sosial støtte inngår i et større system som kan illustreres av figur 5. House hevder det er viktig å se på sosial støtte i et større perspektiv og hvordan ulike komponenter påvirker hverandre. Modellen tar for seg sosiale forhold som kan si noe om sosial støttes eksistens, kvantitet og type, og videre den sosiale strukturen gjennom sosiale nettverk som inkluderer blant annet størrelse, intensitet og hyppighet. Til slutt har vi den delen som beskriver den sosiale støtten i form av type støtte, kilde og kvalitet (House, 1987).



Figur 5. Sosiale relasjoner, nettverk og støtte i tilknytning til hverandre og med helse og stress som utfall (House & Kahn, 1985 i House 1987).

Videre skilles det mellom direkte effekt av sosial støtte og sosial støtte som en buffermekanisme mot negative livshendelser (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000).

Direkte effekt av sosial støtte er antakelsen om at sosial støtte forbedrer helse og velvære uavhengig av stress. Dette kan skje ved at en oppfatter at en har noen å støtte seg til og søke råd hos hvis en skulle trenge det. En annen mulig måte at denne direkte effekten av sosial støtte inntreffer som et resultat av å føle tilhørighet til et sosialt nettverk. Konsekvenser av denne støtten kan være generell positiv affekt, bedre selvtillit, økt stabilitet og kontroll over omgivelsene. Videre kan dette styrke kroppens immunsystem eller påvirke en persons helseatferd (Cohen & Syme, 1985).

Sosial støtte som buffermekanisme viser til at sosial støtte utgjør en positiv påvirkningsfaktor i en stressende situasjon, ved å beskytte mot patogene effekter av stresset. Støtte kan i dette perspektivet bryte inn mellom forventning til en hendelse og faktisk opplevelse av hendelsen, og redusere stresset allerede der. I tillegg kan sosial støtte bryte inn mellom opplevelsen av stresset og de patogene helsekonsekvensene og redusere disse (Cohen & Syme, 1985).

3 Problemstilling

Hovedformålet i denne oppgaven vil være å finne ut hvilke faktorer som er assosiert med det å være langtidsfrisk.

Problemstilling 1; Er psykososiale arbeidsrelaterte faktorer assosiert med det å være langtidsfrisk blant forpleiningspersonell i Offshorebransjen?

Forskningsspørsmål

- 1) Har de som opplever høye krav og høy kontroll i arbeidsoppgavene, samt har sosial støtte fra kollegaer, større sannsynlighet for å være langtidsfriske?
- 2) Har de som opplever at innsats samsvarer med belønning større sannsynlighet for å være langtidsfriske?

Problemstilling 2; Er personlige hjemmerelaterte faktorer assosiert med det å være langtidsfrisk blant forpleiningspersonell i Offshorebransjen?

Forskningsspørsmål

- 1) Har de som sjeldent føler seg ensomme, som har flere enn ektefelle/partner å søke råd hos i en vanskelig situasjon og som jevnlig har kontakt med familie eller venner, større sannsynlighet for å være langtidsfriske?

Hypotese

Forpleiningspersonell i Offshorebransjen som opplever høy grad av krav og kontroll og samsvar mellom innsats og belønning i arbeidet, samt som sjelden føler seg ensomme har god kontakt med venner eller familie og har andre utover de i husstanden å søke råd hos, er i større grad langtidsfriske enn andre.

4 Metode

Oppgaven har en kvantitativ tilnærming, da data er samlet inn med standardiserte spørreskjema med lukkede svaralternativer. Fordelen med slike spørreundersøkelser er at man får en rask og kostnadseffektiv oversikt over hva respondentene mener om et stort antall spørsmål, og det gir mulighet for å inkludere et høyt antall respondenter. Dette vil kunne øke representativiteten til data som er samlet inn, gitt at svarprosenten er akseptabel. Svakheter ved en slik metode er at man vil få begrenset informasjon uten inngående dybdekunnskap, slik man ville kunne fått ved å benytte en kvalitativ tilnærming (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2006).

4.1 Design

Dataene er hentet fra en tverrsnittstudie gjort av Uni Helse Bergen. En tverrsnittstudie er en undersøkelse som blir gjort på et tidspunkt eller i løpet av en kort tidsperiode. Fordeler ved dette designet er at det er relativt lite ressurskrevende i form av tid og økonomi, og at man kan studere mange ulike variabler. Ulempen ved tverrsnittundersøkelser er at det ikke kan si noe om årsakssammenhengen mellom variabler og at en slik undersøkelse ikke kan si noe om variasjoner over tid. I tillegg kan det oppstå seleksjonsskjevhet hvis det er en lav deltakelse i studiet. En lav svarprosent vil også påvirke hvor representativt utvalget er og i hvor stor grad man kan generalisere resultatene til andre (Laake, 2007).

4.2 Utvalg

Uni Helse Bergen inviterte alle 313 ansatte i Hydro O & E Drift forpleining som inkluderer installasjonene Brage, Grane, Heimdal, Njord, Oseberg C, Oseberg FS, Oseberg Sør, Oseberg Øst, Troll B og Troll C til å besvare et elektronisk spørreskjema i juni og juli i 2007.

Tidsmessig tok det ca 20 minutter å besvare spørreskjemaet, og dette ble anbefalt å gjøre uforstyrret. Personer som var sykmeldt da studien ble foretatt, fikk spørreskjemaet tilsendt til sin hjemmeadresse. Hensikten var å kartlegge forekomst av friskfaktorer blant utvalget. Det var 198 personer som deltok i undersøkelsen med en svarrespons på 61 %, som varierte mellom 33 % og 81 % på de ulike plattformene (tabell 1).

Tabell 1. Svarprosent fordelt på de ulike oljeplattformene.

Installasjon	Antall besvarte	Totalt i forpleining	Responstrate
Brage	12	27	44 %
Grane	22	27	81 %
Heimdal	12	28	43 %
Njord	8	24	33 %
Oseberg C	22	30	73 %
Oseberg FS	63	87	72 %
Oseberg Sør	16	27	59 %
Oseberg Øst	14	20	70 %
Troll B	17	22	77 %
Troll C	11	21	52 %

4.3 Variabler

Spørreskjemaet omfattet spørsmål om demografiske bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, sivilstatus, antall barn og utdanning. Det var også spørsmål om sykefravær og nærvær, jobbtilfredshet, opplevelsen av skiftordning, jobb og velvære, helse og livsstil, spørsmål om hvordan jobben påvirker familien, mestring, krav, kontroll, sosial støtte, innsats og belønning. Videre ble det kartlagt opplevelsen av organisasjonsklima, holdninger til muskel- og skjelettplager, subjektive helseplager, samt organisasjonsrettferdighet. Variablene som ble brukt i dette studiet vil bli beskrevet under.

4.3.1 Langtidsfrisk og sykenærvær

Langtidsfrisk ble kartlagt i undersøkelsen med spørsmålet ”Har du hatt 0 sykefraværsdager de siste 2 år?”. Hvis informanten svarte ”nei” fulgte spørsmålet ”Har vært borte fra arbeidet det siste halve året på grunn av sykdom (både egenmeldt og legemeldt)?”. Denne studien vil ta utgangspunkt i to konstruerte definisjoner av det å være langtidsfrisk; en streng definisjon og en moderat definisjon av langtidsfrisk;

-personer som ikke har vært sykemeldt de siste 2 år (streng definisjon).

-personer som ikke har hatt sykefraværsdager de siste 6 måneder (moderat definisjon).

Definisjonene blir i teksten henvist til som langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd.

I tillegg ble det i spørreskjema stilt spørsmål om sykenærvær. Spørsmålene som ble stilt var ”Hvor mange ganger de siste 12 måneder har det hendt at du har reist offshore, til tross for at

du med tanke på helsetilstanden egentlig burde ha sykmeldt deg?” og ”Når du er offshore: Hvor mange ganger de siste 12 måneder har det hendt at du har gått på jobb, til tross for at du med tanke på helsetilstanden egentlig burde ha sykmeldt deg?”. Svarene man kunne krysse av for var; ”ikke aktuelt, har ikke vært syk de siste månedene” (1), ”aldri” (2), ”ja, ca en gang” (3), ”ja, ca 2-5 ganger” (4) og ”ja, mer enn 5 ganger” (5). Denne variabelen ble forenklet for analysene ved at de to spørsmålene ble dikotomisert og lagt sammen. Informanter som svarte ”ja” på ett eller på begge spørsmålene om sykenærvær ble registrert med sykenærvær (1). Informantene måtte svare ”aldri” eller ”ikke aktuelt” på begge for å bli registrert som uten sykenærvær (0).

4.3.2 Krav, kontroll og sosial støtte

Spørsmålene som ble brukt for å måle krav, kontroll og sosial støtte er hentet fra en svensk kortversjon av skalaen til Theorell (Theorell, Michelsen, & Nordemar, 1992). Spørreskjemaet inkluderte 17 spørsmål om krav og kontroll, samt sosial støtte hvor de 11 første som omhandler krav og kontroll hadde fire svaralternativer; ”ja, ofte” (1), ”ja, noen ganger” (2), ”nei, sjelden” (3) og ”nei, så godt som aldri” (4). De seks siste spørsmålene som omhandlet sosial støtte hadde svaralternativene; ”stemmer helt” (1), ”stemmer ganske bra” (2), ”stemmer ikke særlig bra” (3) og ”stemmer ikke” (4).

Spørreskjemaet inkluderte fem spørsmål knyttet til krav i arbeidet. De dreide seg om opplevelsen av om arbeidet krever at han/hun må arbeide raskt og hardt, om det kreves for stor arbeidsinnsats og om det ofte forekommer motstridende krav. Det ble konstruert sumskår hvor svarene på enkeltspørsmålene ble summert (skår 5-20). Høy skår var knyttet opp mot informantens opplevelse av høye krav i arbeidet. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = lave krav og 2 = høye krav, basert på medianen av sumskåren som var 12.

De neste seks spørsmålene var knyttet til kontroll. De dreide seg om informantens opplevelse av å få lære nye ting i arbeidet, i hvilken grad dyktighet og kreativitet spiller rolle, i hvilken grad det er repeterende oppgaver, grad av frihet til å bestemme over utførelsen av oppgaver og grad av frihet til å bestemme hva som skal utføres i arbeidet. Den konstruerte sumskåren basert på enkeltspørsmålene (skår 6-24). Høy skår var knyttet opp mot informantens opplevelse av høy grad av kontroll i arbeidet. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = lav kontroll og 2 = høy kontroll, basert på medianen av sumskåren som var 18.

Spørsmålene om sosial støtte dreide seg om oppfattelsen av at det er rolig og behagelig stemning på arbeidsplassen, godt samhold, opplevelsen av at arbeidskamerater stiller opp, om andre har forståelse for at en kan ha en dårlig dag og om man trives og kommer godt overens med både overordnede og arbeidskamerater. En konstruert variabel for disse spørsmålene ble laget ved at skårene ble summert (skår 6-24). En høy skår indikerte opplevelsen av høy grad av sosial støtte. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = lav sosial støtte og 2 = høy sosial støtte, basert på medianen av sumskåren som var 20,4.

4.3.3 Innsats og belønning

Innsats og belønning ble målt med et spørsmålssett hentet fra (Siegrist, 1996) og oversatt av Seksjon for fysiologisk psykologi ved Universitet i Bergen. Det er 17 spørsmål hvor alle har svaralternativene; ”uenig” (1), ”enig, det plager meg svært” (2), ”enig, det plager meg en del” (3), ”enig, det plager meg lite” (4), og ”enig, det plager meg ikke” (5).

Spørsmålssettet besto av seks spørsmål knyttet til innsats. De handlet om opplevelsen av tidspress, avbrytelser og forstyrrelser, ansvar, press til overtidsarbeid, om arbeidet er fysisk krevende og om arbeidet har blitt mer og mer krevende de siste årene. Variabelen som ble brukt i statistiske analyser var en konstruert sumskår av disse spørsmålene (skår 6-30). Høy skår viste til en opplevelse av høy grad av innsats i arbeidet. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = lav innsats og 2 = høy innsats, basert på medianen av sumskåren som var 11.

De neste 11 spørsmålene var knyttet til belønning. De gikk på opplevelsen av respekt fra overordnede, kollegaer og generell respekt, opplevelsen av støtte i vanskelige situasjoner, grad av urettferdig behandling, sjansen for forfremmelse, opplevd eller forventet uønsket endring i arbeidssituasjon og jobbsikkerhet. I tillegg gikk spørsmålene på samsvar mellom utdanning/opplæring og stilling og grad av samsvar mellom lønn og arbeidsoppgaver. I statistikken ble det brukt en variabel som var en sum av alle skårene på disse 11 spørsmålene (skår 11-55). Høy skår indikerte opplevelse av høy grad av belønning i arbeidssituasjonen. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = lav belønning og 2 = høy belønning, basert på medianen av sumskåren som var 51.

4.3.4 Hjemmerelaterte faktorer

Hjemmerelaterte faktorer var målt gjennom spørsmål knyttet om en har noen å søke råd hos i en vanskelig situasjon, noen å søke råd hos utover personene i husstanden og ensomhet. Spørreskjemaet inneholdt tre spørsmål som kartlagte hjemmerelaterte faktorer. Det første spørsmålet var ”Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?”. Svaralternativene her var ”nei” (1), ”ja, 1-2 personer” (2) og ”ja, flere enn 2 personer” (3). Det ble konstruert en dikotom variabel slik at svarene ble ”nei” (1) og ”ja” (2).

Videre i hjemmerelaterte faktorer ble spørsmålet ”Hvor ofte treffer du eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?” stilt. Svaralternativene var ”1 gang i måneden eller sjeldnere” (1), ”2-8 ganger i måneden” (2) og ”mer enn 2 ganger i uken” (3). Den dikotome variabelen som ble konstruert kategoriserte svarene til ”sjelden” (1) og ”jevnlig” (2).

Det siste spørsmålet i denne kategorien var ”Føler du deg ofte ensom?”. Svaralternativene på dette spørsmålet var ”nesten aldri” (1), ”sjelden” (2), ”av og til” (3), ”som regel” (4) og ”nesten aldri” (5). I den konstruerte dikotome variabelen ble svarene ”nei” (1) og ”ja” (2).

En variabel basert på ti spørsmål om parforhold ble også testet (data ikke vist). Dette ble imidlertid ikke tatt med videre på grunn av at det var kun de som var gift eller samboer som besvarte dette spørsmålet, i tillegg til at det ikke var signifikante forskjeller mellom langtidsfrisk gruppene og resten av utvalget.

4.3.5 Kontrollvariabler

I analysen ble det kontrollert for andre variabler som kan påvirke grad av langtidsfriskhet, som kjønn, alder, holdninger til muskel- og skjelettplager og subjektive helseplager. Alder ble delt inn i grupper på < 40, 41-50 og 51 >.

Holdninger til muskel- og skjelettplager ble målt ved at informantene skulle ta stilling til tre utsagn; ”Ved muskel- og skjelettplager; man blir fortere bedre hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig”, ”I de fleste tilfeller går muskel- og skjelettsmerter over av seg selv etter noen uker” og ”Muskel- og skjelettplager leges best av seg selv”.

Svaralternativene var ”helt uenig” (1), ”ganske uenig (2), ”verken eller” (3), ”ganske enig” (4) og ”helt enig” (5).

Disse ble lagt sammen i en sumskår (skår 3-15). Høy skår viste til positive holdninger til at muskel- og skjelettplager leges best ved aktivitet, uten behandling og at de som regel går over av seg selv i løpet av en periode. Det ble også konstruert en dikotom variabel der 1 = dårlige holdninger og 2 = gode holdninger, basert på medianen av sumskåren som var 9.

Subjektive helseplager ble målt med Subjective Health Questionnaire (H. R. Eriksen, Ihlebæk, & Ursin, 1999) som har 29 spørsmål om vanlige helseplager opplevd siste måned. Svaralternativene var ”ikke plaget” (0), ”litt plaget” (1), ”en del plaget” (2) og ”alvorlig plaget” (3).

Fem sumskårer ble konstruert på bakgrunn av de 29 enkeltplagene: muskel- og skjelettplager, pseudonevrologiske plager, mage- og tarmproblemer, allergi og forkjølelse. Det ble også laget en total sumskår (skår 0-87). Høy skår indikerte rapportering av stor grad av subjektive helseplager. Det var bare total sumskår som ble benyttet i modellene for langtidsfrisk. Her ble det konstruert en dikotom variabel der 1 = lite subjektive helseplager og 2 = mye subjektive helseplager, basert på medianen av sumskåren som var 7.

4.4 Etikk

Det etiske aspektet ved datasettet og oppgaven ble tatt hånd om av Uni Helse før innsamling av data. Prosjektet fulgte Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for medisinsk forskning som innebærer at deltakerne ble informert om prosjektet og dets formål, metoder, forventede fordeler og mulige risikoer eller ubehag. Alle deltakere ble sikret anonymitet og informert om at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. De ble også informert om at deltakelse var frivillig og at det var mulig å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Deltakerne samtykket til å delta ved å sende inn det elektroniske spørreskjemaet. Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste A/S.

4.5 Statistiske analyser

De statistiske analysene ble foretatt ved bruk av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 19.0.

Det ble presentert deskriptive data for gruppene langtidsfrisk de to siste år, langtidsfrisk de seks siste måneder, og gruppen som hadde hatt sykefravær. To ulike bivariate sammenhenger ble undersøkt: mellom gruppen langtidsfrisk = 2 år (langtidsfrisk siste to år) mot resten (langtidsfrisk < 6 mnd og gruppen med sykefravær) og langtidsfrisk < 6 mnd (langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd) mot gruppen med sykefravær. For å undersøke bivariate sammenhenger mellom den avhengige variabelen og ulike kategoriske uavhengige variabler ble det brukt krysstabeller med kji-kvadratsanalyse. I de tilfellene hvor de uavhengige variablene var kontinuerlige ble det foretatt t-tester. I tabellene oppgis det prosentfordeling og antall personer sammen med p-verdi for kategoriske variabler. De kontinuerlige variablene blir oppgitt med gjennomsnitt og standardavvik sammen med p-verdi. P-verdier ble presentert både for langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd.

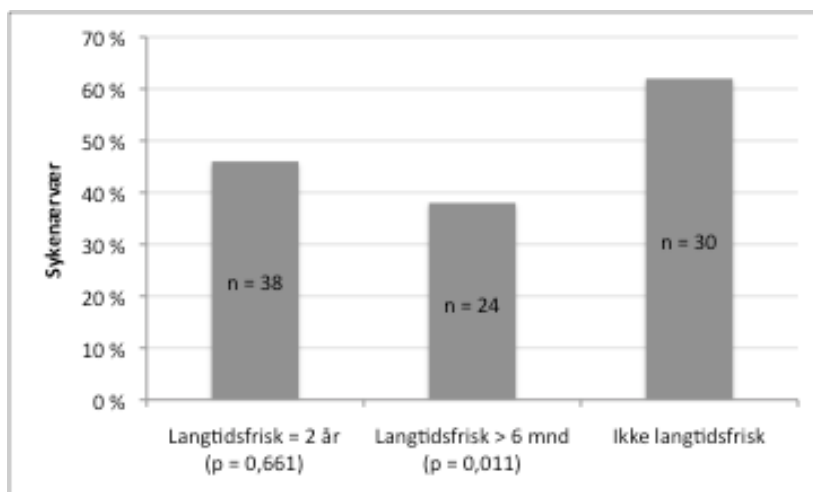
Multivariate sammenhenger ble analysert ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse siden utfallsmålet, langtidsfrisk, er en dikotom variabel. Det ble foretatt to blokkvise logistiske regresjonsanalyser for å se på både langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd. De kontinuerlige uavhengige variablene var dikotomiserte ved at de ble delt ved medianen. Blokkene ble konstruert ut i fra hvilke variabler som ble vurdert å være tematisk sammenfallende. Resultatene ble oppgitt i Odds Ratio (OR) med et konfidensintervall på 95 % (95% KI), samt p-verdi. Nagelkerke R^2 ble benyttet for å kunne si noe om hvor mye av variasjonen i utfallet som kan forklares av de ulike blokkene i modellen.

5 Resultater

Utvalget besto av 198 personer, hvorav det var 50 % menn (n=97) og 50 % kvinner (n=97) (4 ubesvarte). Gjennomsnittsalderen var 45 år (SD 7,7). I dette utvalget var det 62 % som arbeidet i serviceavdelingene, mens 38 % jobbet med catering på plattformene.

Det var 43 % (n=84) av utvalget som tilfredsstilte den strenge definisjonen av langtidsfrisk, og oppga å være langtidsfrisk de siste to år. I denne gruppen var det 60 % (n=49) menn. Det var 75 % (n=149) av utvalget som tilfredsstilte kriteriene for den moderate definisjonen av langtidsfrisk, og oppga å være langtidsfrisk de siste 6 månedene. I denne gruppen var 53 % (n=77) menn.

Vedrørende sykenærvær var det 46 % (n=38) av de langtidsfriske = 2 år som oppga at de har hatt sykenærvær de siste 12 månedene. Dette utgjorde ingen signifikant forskjell fra fraværgruppen (62 %, n=30, $p = 0,661$). For langtidsfriske < 6 mnd oppga 42 % (n=61) at de har hatt sykenærvær de siste 12 månedene, og dette var signifikant forskjellig fra resten av utvalget (62 %, n=30, $p = 0,011$) (figur 6).



Figur 6. Fordelingen av sykenærvær blant langtidsfrisk siste to år, langtidsfriske de siste seks måneder og gruppen som har hatt sykefravær.

5.1 Bakgrunns- og kontrollvariabler

Demografiske variabler

Det var signifikant flere menn og færre kvinner i gruppen langtidsfrisk = 2 år sammenliknet med fraværgruppen. Da det gjaldt de andre bakgrunnsvariablene, som alder, sivilstatus, utdanning, om de hadde barn var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. For langtidsfrisk < 6 mnd var det ikke signifikante forskjeller når det gjelder kjønn, alder, utdanning sammenliknet med resten av utvalget (tabell 2).

Tabell 2. Demografiske variabler for gruppene langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder, og gruppen som hadde hatt sykefravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med kji-kvadrattester.

	Langtidsfrisk = 2 år (n=82) % (n)	Langtidsfrisk < 6 mnd (n=64) % (n)	Ikke langtidsfrisk (n=48) % (n)	Kji-kvadrat (p-verdi) ^a	Kji-kvadrat (p-verdi) ^b
Kjønn				0,020	0,137
Menn	60 (49)	44 (28)	42 (20)		
Kvinner	40 (33)	56 (36)	58 (28)		
Alder				0,926	0,373
< 40 år	24 (20)	33 (21)	19 (9)		
41 - 50 år	51 (42)	44 (28)	58 (28)		
> 51 år	25 (21)	23 (15)	23 (11)		
Sivilstatus				0,716	0,817
Gift/samboer	67 (55)	70 (44)	69 (33)		
Ugift/skilt/enke/enker	33 (27)	30 (19)	31 (15)		
Utdanning				0,766	0,112
Grunnskole	12 (10)	14 (9)	2 (1)		
Videregående	59 (50)	49 (32)	72 (34)		
Høyere utdanning	29 (24)	37 (24)	26 (12)		
Har barn	88 (74)	79 (49)	87 (41)	0,263	0,572

^a Langtidsfrisk de to siste årene sammenliknet med resten

^b Langtidsfrisk de to siste år og de siste seks måneder sammenliknet med resten

Helserelaterte variabler

Holdninger til muskel- og skjelettplager var signifikant forskjellig mellom langtidsfrisk = 2 år og resten av utvalget og mellom langtidsfrisk < 6 mnd og resten av utvalget. Langtidsfriske (begge gruppene) viser seg å ha signifikant større grad av positive holdninger til muskel- og skjelettplager enn resten av utvalget. Antall rapporterte subjektive helseplager var signifikant færre hos begge definisjonene av langtidsfrisk sammenliknet med fraværgruppen (tabell 3).

Tabell 3. Kontrollvariabler for langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder og gruppen som hadde hatt fravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med t-tester.

	Langtidsfrisk = 2 år (n=82) Mean (SD)	Langtidsfrisk < 6 mnd (n=64) Mean (SD)	Ikke langtidsfrisk (n=48) Mean (SD)	T-test (p-verdi) ^a	T-test (p-verdi) ^b
Holdninger til muskel- og skjelettplager	9,11 (2,60)	8,14 (2,90)	7,67 (2,27)	0,003	0,022
Subjektive helseplager	7,61 (6,56)	8,76 (7,86)	12,53 (9,86)	0,020	0,004
Muskel- og skjelettplager	3,93 (3,87)	4,86 (4,76)	6,50 (4,97)	0,015	0,002
Pseudonevrologiske plager	1,67 (2,13)	1,63 (1,91)	3,09 (3,51)	0,113	0,008
Mage- og tarmproblemer	1,02 (1,44)	1,46 (2,37)	1,81 (3,01)	0,053	0,215
Allergi	0,69 (1,11)	0,70 (1,11)	0,69 (1,30)	0,692	0,934
Forkjølelse	0,24 (0,50)	0,24 (0,50)	0,48 (0,94)	0,337	0,128

^a Langtidsfrisk de to siste årene sammenliknet med resten

^b Langtidsfrisk de to siste år og de siste seks måneder sammenliknet med resten

Gruppen langtidsfrisk = 2 år hadde signifikant mindre muskel- og skjelettplager sammenliknet med resten av utvalget, mens det ikke var noen signifikante forskjeller mellom gruppene i pseudonevrologiske plager, mage- og tarmproblemer, allergi og forkjølelse. Gruppen langtidsfrisk < 6 mnd oppga både signifikant mindre muskel- og skjelettplager og signifikant mindre pseudonevrologiske plager enn fraværgruppen, mens mage- og tarmproblemer, allergi og forkjølelse ikke utgjorde noen signifikante forskjeller (tabell 3).

5.2 Forklaringsvariabler

Arbeidsrelaterte variabler

Det var ingen signifikant forskjell mellom å være langtidsfrisk (både streng og moderat definisjon) og resten av utvalget når det gjaldt opplevde krav i arbeidssituasjonen (tabell 4). Det var heller ikke signifikant forskjell mellom langtidsfrisk = 2 år og resten av utvalget da det gjaldt opplevd kontroll i arbeidssituasjonen. Langtidsfrisk < 6 mnd hadde derimot signifikant høyere opplevd kontroll i forhold til fraværgruppen. Begge definisjonene av

langtidsfrisk hadde signifikant høyere opplevd sosial støtte enn fraværgruppen (tabell 4). Innsats i arbeidet var ikke signifikant forskjellig for noen av definisjonene av langtidsfrisk sett i forhold til resten av utvalget. Opplevd belønning var derimot signifikant høyere både for langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd sammenliknet med resten av utvalget.

Ingen av de hjemmerelaterte variablene som opplevelsen av å ha noen andre enn ektefelle, samboer eller partner å søke råd hos, jevnlig kontakt med familie og nære venner eller opplevelsen av ensomhet var signifikant forskjellig mellom langtidsfrisk (både streng og moderat) og resten av utvalget (tabell 4).

Tabell 4. Forklaringsvariabler for langtidsfrisk de siste to år, langtidsfrisk de siste seks måneder og gruppen som hadde hatt fravær. Forskjeller mellom gruppene ble testet med t-tester og kji-kvadratanalyser.

	Langtidsfrisk = 2 år (n=82)	Langtidsfrisk < 6 mnd (n=64)	Ikke langtidsfrisk (n=48)	T-test (p-verdi) Kji-kvadrat (p-verdi) ^a	T-test (p-verdi) Kji-kvadrat (p-verdi) ^b
	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)		
Krav	11,75 (2,57)	12,18 (2,19)	12,58 (2,20)	0,087	0,094
Kontroll	14,12 (2,47)	18,31 (2,32)	16,33 (2,69)	0,330	0,006
Sosial støtte	21,00 (2,37)	20,93 (2,61)	18,96 (3,75)	0,017	0,001
Innsats	11,94 (4,42)	11,46 (3,81)	12,63 (4,65)	0,999	0,212
Belønning	49,94 (4,92)	49,37 (5,80)	45,24 (8,56)	0,007	0,002
Opplevelse av å ha noen å søke råd hos	86 % (n=72)	90 % (n=56)	87 % (n=41)	0,525	0,987
Jevnlig kontakt med familie og nære venner	98 % (n=82)	97 % (n=62)	98 % (n=46)	0,872	0,808
Opplevelsen av å sjelden eller aldri føle seg ensom	82 % (n=69)	77 % (n=50)	74 % (n=34)	0,313	0,445

^a Langtidsfrisk de to siste årene sammenlignet med resten

^b Langtidsfrisk de to siste år og de siste seks måneder sammenlignet med resten

5.3 Forklaringsmodell for langtidsfrisk

For å undersøke sammenhengen mellom forklaringsvariablene og det å være langtidsfrisk ble det utført en logistisk regresjonsanalyse for langtidsfrisk = 2 år (tabell 5) og langtidsfrisk < 6 mnd (tabell 6).

For langtidsfrisk = 2 år var det en signifikant assosiasjon med kjønn, men ikke alder eller utdanning. Denne demografiske blokken forklarte bare 6 % av variansen. Av de helserelevante faktorene var det kun holdninger til muskel- og skjelettplager som bidro signifikant, og det å ha positive holdninger til muskel- og skjelettplager ga en OR på 2,5 (95% KI 1,217-4,967) for å være langtidsfrisk (tabell 5). Nivå av subjektive helseplager og grad av sykenærsvær bidro ikke signifikant. Den forklarte variansen økte til 12 % da denne blokken ble introdusert og blokken bidro signifikant (p=0,045). Grad av krav, kontroll og sosial støtte i

arbeidssituasjonen viste ingen signifikant assosiasjon til det å være langtidsfrisk. Opplevd innsats og belønning i arbeidet ga heller ingen signifikante assosiasjoner. Den forklarte variansen økte bare til 13 % da denne blokken med psykososiale faktorer ble innført. Når det gjaldt de hjemmerelaterte faktorene viste sivilstatus og det å ha barn ingen signifikant assosiasjon med det å være langtidsfrisk. Det var heller ikke noen signifikant assosiasjon mellom langtidsfrisk og opplevd mulighet å søke råd hos andre enn ektefelle, samboer eller partner, ha jevnlig kontakt med familie eller det å sjelden eller aldri føle seg ensom. Denne blokken bidro til at den forklarte variansen endte på 14 % og modellen var ikke signifikant (tabell 5).

Tabell 5. Logistisk regresjonsanalyse for langtidsfrisk = 2 år. Odds Ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (95 % KI).

Variabler	Blokk 1			Blokk 2			Blokk 3			Blokk 4		
	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p
Kjønn ₁	0,473	0,246-0,908	0,024	0,506	0,260-0,986	0,045	0,504	0,255-0,998	0,049	0,517	0,251-1,064	0,073
Alder ₂												
41 - 50 år	1,054	0,499-2,223	0,891	0,903	0,407-2,002	0,801	0,900	0,402-2,011	0,797	0,865	0,373-2,006	0,735
< 51 år	1,640	0,652-4,126	0,293	1,561	0,594-4,106	0,367	1,492	0,559-3,981	0,424	1,398	0,499-3,912	0,524
Utdanning ₃												
Videregående	0,603	0,201-1,809	0,367	0,626	0,205-1,913	0,411	0,665	0,212-2,086	0,484	0,690	0,216-2,203	0,530
Høyere utdanning	0,403	0,125-1,305	0,130	0,408	0,123-1,351	0,142	0,422	0,122-1,457	0,172	0,450	0,127-1,599	0,217
Opplevelse av mye subjektive helseplager	-	-	-	0,687	0,332-1,424	0,313	0,696	0,330-1,468	0,342	0,681	0,309-1,502	0,341
Positive holdninger til muskel- og skjelettplager	-	-	-	2,458	1,217-4,967	0,012	2,434	1,181-5,014	0,016	2,382	1,138-4,989	0,021
Sykenærvar	-	-	-	1,179	0,577-2,411	0,651	1,122	0,536-2,352	0,760	1,186	0,554-2,539	0,661
Høye krav	-	-	-	-	-	-	1,019	0,422-2,461	0,967	1,032	0,423-2,521	0,945
Høy kontroll	-	-	-	-	-	-	0,819	0,386-1,742	0,605	0,810	0,376-1,745	0,591
Høy sosial støtte	-	-	-	-	-	-	1,219	0,614-2,423	0,571	1,248	0,623-2,502	0,532
Høy innsats	-	-	-	-	-	-	1,273	0,556-2,913	0,568	1,220	0,516-2,882	0,651
Høy belønning	-	-	-	-	-	-	1,093	0,531-2,252	0,809	1,127	0,540-2,353	0,750
Sivilstatus: skilt, ugift, enke eller enkemann	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,260	0,574-2,766	0,565
Har barn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,502	0,549-4,105	0,428
Opplevelse av å ha noen andre enn ektefelle/samboer/partner å søke råd hos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,923	0,329-2,585	0,878
Jevnlign kontakt med familie (utenom husholdningen) og nære venner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,960	0,126-7,290	0,968
Opplevelsen av å sjelden eller aldri føle seg ensom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,148	0,458-2,880	0,768
Nagelerte R ²		0,064			0,124			0,128			0,137	
Signifikans for blokk		0,143			0,045			0,970			0,975	

Notat. N=168. ₁Menn=0 ₂Kvinner=1 ₃Referansekategori er <41 år. ₄Referansekategori er grunnskole

For langtidsfrisk < 6 mnd var det ingen signifikant assosiasjon med kjønn, alder eller utdanning (tabell 6). Denne blokken forklarte variansen med 8 %. Sykenærvær og grad av subjektive helseplager viste heller ingen signifikant assosiasjon med langtidsfrisk, mens positive holdninger til muskel- og skjelettplager derimot hadde en signifikant sammenheng med en OR på 2,5 (95% KI 1,009-6,122) ($p = 0,048$). Denne blokken økte den forklarte variansen til 12 % og bidro signifikant ($p = 0,045$). Verken opplevde krav, kontroll eller sosial støtte viste seg å ha en signifikant assosiasjon, og det samme gjaldt innsats og belønning. Ved innføring av denne blokken økte likevel den forklarte variansen til 20 %. Den siste blokken viste at sivilstatus og det å ha barn ikke hadde en signifikant sammenheng med å være langtidsfrisk. Opplevd mulighet for å ha andre å søke råd hos enn ektefelle eller samboer, jevnlig kontakt med familie utenom husstanden og nære venner, samt å sjelden føle seg ensom viste heller ingen signifikant sammenheng. Denne fulle modellen forklarte 23 % av variansen i langtidsfrisk i dette utvalget, og var ikke signifikant (tabell 6).

Tabell 6. Logistisk regresjonsanalyse for langtidsfrisk < 6 mnd. Odds Ratio (OR) og 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Variabler	Blokk 1			Blokk 2			Blokk 3			Blokk 4		
	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p	OR	95 % KI	p
Kjønn ₁	0,544	0,262-1,130	0,103	0,582	0,271-1,251	0,166	0,631	0,283-1,407	0,261	0,565	0,238-1,344	0,197
Alder ₂												
41 - 50 år	0,456	0,184-1,1130	0,090	0,393	0,150-1,033	0,058	0,401	0,148-1,085	0,072	0,481	0,168-1,377	0,173
< 51 år	0,616	0,203-1,867	0,392	0,630	0,197-2,019	0,437	0,683	0,204-2,281	0,054	0,818	0,227-2,944	0,758
Utdanning ₃												
Videregående	0,275	0,057-1,330	0,108	0,242	0,047-1,245	0,090	0,229	0,043-1,210	0,083	0,221	0,041-1,184	0,078
Høyere utdanning	0,395	0,075-2,069	0,272	0,403	0,073-2,230	0,298	0,399	0,068-2,335	0,308	0,355	0,059-2,144	0,259
Opplevelse av mye subjektive helseplager	-	-	-	0,716	0,314-1,631	0,427	0,759	0,322-1,784	0,527	0,676	0,274-1,667	0,395
Positive holdninger til muskel- og skjelettplager	-	-	-	2,485	1,009-6,122	0,048	2,164	0,846-5,535	0,107	2,195	0,842-5,722	0,108
Sykenærvær	-	-	-	0,464	0,204-1,058	0,068	0,506	0,215-1,195	0,121	0,471	0,195-1,138	0,094
Høye krav	-	-	-	-	-	-	0,710	0,254-1,988	0,515	0,692	0,245-1,953	0,487
Høy kontroll	-	-	-	-	-	-	2,467	0,967-6,295	0,059	2,330	0,895-6,068	0,083
Høy sosial støtte	-	-	-	-	-	-	1,782	0,794-4,002	0,161	1,748	0,767-3,980	0,184
Høy innsats	-	-	-	-	-	-	1,140	0,416-3,120	0,799	1,141	0,403-3,225	0,804
Høy belønning	-	-	-	-	-	-	0,835	0,350-1,989	0,683	0,855	0,352-2,072	0,728
Sivilstatus: skilt, ugift, enke eller enkemann	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,853	0,326-2,232	0,746
Har barn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,577	0,162-2,053	0,396
Opplevelse av å ha noen andre enn ektefelle/samboer/partner å søke råd hos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,311	0,373-4,609	0,672
Jevnlign kontakt med familie (utenom husholdningen) og nære venner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,622	0,058-6,693	0,695
Opplevelsen av å sjelden eller aldri føle seg ensom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,255	0,435-3,616	0,396
Nagelkerke R ²		0,075			0,124			0,204			0,228	
Signifikans for blokk		0,115			0,045			0,334			0,771	

Notat. N=170 ₁ Mann = 0 Kvinner = 1 ₂ Referansekategori er < 41 år. ₃ Referansekategori er grunnskole

6 Diskusjon

Formålet med dette studiet var å kartlegge hva som kjennetegner de som er langtidsfriske i forpleiningsbransjen i Offshore, og om det var sammenheng mellom psykososiale faktorer og hjemmerelaterte faktorer og det å være langtidsfrisk. Resultatene viste at 43 % av utvalget var langtidsfrisk = 2 år, mens langtidsfrisk < 6 mnd inkluderte 75 % av utvalget. Sykenærvær var signifikant lavere hos langtidsfrisk < 6 mnd i forhold til fraværgruppen. Det var signifikant flere menn og færre kvinner i langtidsfrisk = 2 år enn i resten av utvalget. Rapporterte subjektive helseplager var signifikant lavere enn resten av utvalget, både for langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd. Det var signifikant høyere grad av positive holdninger til muskel- og skjelettplager for begge langtidsfriskgruppene sammenliknet med resten av utvalget. Når det gjelder de arbeidsrelaterte faktorene var det signifikant høyere kontroll, høyere grad av sosial støtte og høyere grad av belønning hos langtidsfrisk < 6 mnd sammenliknet med resten av utvalget. Faktorene som viste seg å være signifikant forskjellig mellom langtidsfrisk = 2 år og resten av utvalget var at de langtidsfriske oppga signifikant høyere sosial støtte og signifikant høyere belønning enn fraværgruppen. Ingen av de hjemmerelaterte faktorene viste signifikante forskjeller mellom gruppene.

I forklaringsmodellen var det kun holdninger til muskel- og skjelettplager som viste seg å være signifikant for langtidsfrisk = 2 år. Det var 2,4 ganger høyere odds for å være langtidsfrisk hvis en har positive holdninger til muskel- og skjelettplager. Den fulle forklaringsmodellen for langtidsfrisk = 2 år med demografiske variabler, psykososiale arbeidsrelaterte variabler og hjemmerelaterte variabler forklarte 14 % av variansen, men modellen var ikke signifikant. Det var kjønn og holdninger til muskel- og skjelettplager som stod for de signifikante bidragene i blokk to, som viste seg å være den blokken som bidro sterkest. For langtidsfrisk < 6 mnd stod den fulle forklaringsmodellen, med de samme variablene som for langtidsfrisk = 2 år, for 23 % av den forklarte variansen, men modellen var ikke signifikant for langtidsfrisk < 6 mnd heller. I denne forklaringsmodellen var det også blokk to med holdninger til muskel- og skjelettplager som bidro sterkest.

6.1 Demografiske betraktninger

Forpleining generelt, både renholds- og servicepersonell ved hotell- og restaurantyrker, er kvinnedominerte yrker (Aagestad, et al., 2011), men i dette tilfelle var det like mange kvinner og menn i utvalget. Det viste seg at kvinner i mindre grad var langtidsfriske i gruppen

langtidsfrisk = 2 år. Dette samsvarer med statistikken om at kvinner har høyere sykefravær (SSB, 2011a), og rapporterer flere subjektive helseplager enn menn (Ihlebak, et al., 2002). Resultatene støtter tidligere funn om at kvinner i mindre grad er langtidsfriske (Aronsson & Lindh, 2004). Årsakene til at kvinner har høyere sykefravær enn menn er mye diskutert. Det er lagt frem ulike mulige årsaker som for eksempel at kvinner har mer fravær i sammenheng med graviditet, at kvinner opplever en større ubalanse mellom arbeid og hjem og at kvinneyrkene har høy arbeidsbelastning grunnet forhold på arbeidsplassen, uten at en har funnet at dette kan forklare mye av kjønnsforskjellene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Dette viser at det trengs mer forskning på området. Ut i fra denne studien på forpleiningsansatte kan en ikke si noe om arbeidsoppgavene var ulikt fordelt mellom menn og kvinner, men en kan anta at dette ikke var tilfelle. Det er yrker med relativt høy arbeidsbelastning og lite medbestemmelse (Aagestad, et al., 2011) og de er sett på som en risikogruppe (Petroleumstilsynet, 2010). Dette fører til en forventning om en relativt lav prosent som er langtidsfrisk, noe som viste seg å ikke være tilfellet i dette utvalget.

Gjennomsnittlig alder i dette utvalget var 45 år og er en indikator for forholdsvis høy alder blant de ansatte. Alder er knyttet opp mot økt sykefravær (SSB, 2010a). Alder viste seg imidlertid å ikke være signifikant forskjellig mellom gruppene. I Aronsson & Lindhs (2004) studier oppgis det at alderen varierer fra 20-65 år, men at det er signifikante forskjeller hvor oddsen for å være langtidsfrisk øker jo eldre en var. Oddsen for å være langtidsfrisk økte med 77 % om man var i gruppen 55-65 år mot for i gruppen 20-34 år (Aronsson & Lindh, 2004). Dette kan bidra til å forklare denne studiens funn om at alderen var relativt høy og likevel ha så mange prosent langtidsfriske. I utvalget til Steen Rostad (2011) var det også en tendens til at det var de eldre arbeidstakerne som i større grad var langtidsfriske. Dette strider i mot sykefraværstatistikken. Årsaken til dette kan være "den sunne arbeider-effekten" ("healthy worker effect") som vil si at arbeidsbefolkningen ofte har bedre helse og lavere dødelighet enn gjennomsnittsbefolkningen. De som er alvorlig syke har ofte ikke muligheten til å delta i arbeidslivet, og de som er utsatt for langvarig belastning forsvinner. Dette er en skjevhet som gjør at forskjeller mellom grupper ofte undervurderes fordi vi sitter igjen med de sterkeste og friskeste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b).

Det var ikke signifikante forskjeller i utdanning mellom gruppene. Utvalget ligger litt høyere i utdanning enn landsgjennomsnittet, men hovedvekten på fullført videregående skole gjelder både utvalget og landsgjennomsnittet (SSB, 2010b). Studier viser at lav utdanning predikerer

sykefravær (Tveito, et al., 2002). Siden utvalget ligger litt over landsgjennomsnittet i utdanning, kan det være naturlig å forvente at mange i utvalget var langtidsfriske, selv om utdanning ikke var en signifikant faktor. Andre studier viser at langtidsfrisk øker med antall år med utdanning, for eksempel i studiet til Aronsson & Lindh (2004) hvor det er funnet hele 52 % større odds for å være langtidsfrisk om en har mer enn to år på videregående skole. Dette ble det ikke funnet støtte for i denne studien.

6.2 Langtidsfriske

I dette utvalget var det 43 % som var langtidsfrisk = 2 år og 75 % som var langtidsfrisk < 6 mnd. Dette var relativt høye prosenter sammenliknet med andre studier som er gjort på samme tema, men med andre operasjonaliseringer av begrepet langtidsfrisk. Aronsson & Lindh (2004) fant 28 % langtidsfriske i sin undersøkelse, hvor definisjonen var maks ti sykedager i løpet av de to siste år. I studiet til Steen Rostad (2011) var det 26 % av utvalget som ble betegnet som langtidsfriske. I det studiet var langtidsfriske de som tilfredsstilte kravet om å ha null sykefraværs- og sykenærværsdager det siste året. Siden det er ulik operasjonalisering av begrepet langtidsfrisk kan det være litt problematisk å sammenlikne disse, men at 43 % av utvalget tilfredsstiller den strenge definisjonen i dette studiet må anses som høyt. Forpleiningspersonell generelt har lav yrkesstatus (Svensson & Ulfsson, 2009) og høyt sykefravær (Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011), og dette leder oss til forventningen om en lavere prosent langtidsfrisk enn resultatet viser. En av årsakene til dette kan være at det er et krav om at alle som jobber på Petroleumsvirksomheter til havs skal ha en godkjent helseerklæring fra lege hvert andre år (Helsedirektoratet, 2011), noe som fører til at de syke og svakeste blir luket ut. Dette kan være en årsak at så mange i utvalget i denne studien rapporterer å være langtidsfriske, ved at denne arbeidsplassen opplever en forsterket ”sunn arbeider-effekt” (”healthy worker effect”) på grunn av helseerklæringen.

Dette studiet har inkludert sykenærvær som en kontrollvariabel og ikke som en faktor som bidrar til å definere langtidsfriske. Dette ble gjort med bakgrunn i tidligere undersøkelser som viste at sykenærvær ikke hadde en signifikant sammenheng med langtidsfrisk (Nesse, 2008), og spørsmålet om det skal være nulltoleranse for sykenærvær i studiene av sykefravær. I langtidsfrisk = 2 år var ikke sykenærvær signifikant forskjellig fra fraværgruppen, men i den moderate langtidsfrisk < 6 mnd var sykenærvær signifikant lavere enn fraværgruppen. Dette er et interessant funn, siden sykenærvær har vist seg å kunne knyttes opp mot økt sykefravær

senere (Aronsson & Gustafsson, 2005; Aronsson, et al., 2000; Bergstrom, et al., 2009). Sykenærvær er et subjektivt mål i den forstand at en selv bedømmer når en burde vært hjemme på grunn av helsetilstanden. Det kan være store forskjeller i oppfatning av dette, både med tanke på type sykdom og smerteterskel, moralpress og egen vurdering. Sykenærvær kan bli mer og mer aktuelt på grunnlag av Inkluderende Arbeidsliv og inkludering av de som har redusert funksjonsevne. I tillegg viste Krohne & Magnusson (2011) i sine undersøkelser at de faktorene som fremmer sykenærvær på oljeplattformene reflekterte opplevelsen av et sunt arbeidsmiljø, noe som også kan tenkes å være relatert til det å tilrettelegge for personer med helseplager. Dette kan ses i sammenheng med Steen Rostads (2011) funn om at opplevelsen av om arbeidsplassen tilrettelegger for personer med helseplager er en faktor som er assosiert med langtidsfrisk. Dette setter igjen opp problemstillingen om langtidsfrisk og sykenærvær, og om definisjonen på langtidsfriske skal være nulltoleranse mot sykenærvær.

6.3 Subjektive helseplager og holdninger til muskel- og skjelettplager

Subjektive helseplager er normalt og det er vist at rundt 75 % av befolkningen opplever slike plager i løpet av en måned (Ihlebak, et al., 2002). Det er imidlertid når plagene blir vanskelig å holde ut de skaper problemer, noe som varierer fra person til person med tanke på en persons smerteadfærd, jobbsituasjon, psykologiske faktorer og livssituasjon generelt (H. R. Eriksen & Ihlebæk, 2002). Dette er i tråd med Antonovskys syn på helse (Antonovsky, 1991) og Lindbergs work ability continuum (Lindberg, 2006). Resultatene fra denne studien viser at både langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd oppga signifikant mindre subjektive helseplager enn fraværsgruppen. Siden kvinner har mer sykefravær enn menn (SSB, 2011a), rapporterer flere subjektive helseplager (Ihlebak, et al., 2002) og i større grad rapporterer utbredte muskel- og skjelettsmerter enn menn (Kamalari, Natvig, Ihlebæk, Benth, et al., 2008) kunne kjønnsforskjellene og at det er overvekt av menn i langtidsfrisk vært en årsak til at langtidsfriske i mindre grad rapporterer subjektive helseplager. Likevel gjelder dette bare langtidsfrisk = 2 år, hvor det er signifikant flere menn og færre kvinner enn i resten av utvalget, mens for langtidsfrisk < 6 mnd er det ikke signifikante forskjeller i kjønns sammensetningen. Siden langtidsfrisk < 6 mnd også rapporterer færre subjektive helseplager ser ikke kjønnsforholdet ut til å være en vesentlig årsak. Waddell & Burton (2006) viser i en litteraturgjennomgang at psykososiale faktorer, både personlige og på arbeidet, kan ha påvirkning på symptomer og konsekvenser av muskel- og skjelettplager, og en kontroll av disse kan ha mye å si for smerte, funksjon og sykefravær. Det viser seg i

gruppene langtidsfrisk = 2 år og langtidsfrisk < 6 mnd at de opplever mer sosial støtte på arbeidsplassen enn fraværgruppen, og en mulig forklaring på dette kan være at de psykososiale forholdene på arbeidsplassen er kontrollert og at de dermed rapporterer færre muskel- og skjelettplager enn resten av utvalget. Dette kan også muligens henge sammen med Johnsson et al. (2006) funn om at langtidsfriske kan ha like mange diagnoser som andre, men som opplever disse som mindre brysomt og at de i mindre grad går utover dagliglivet. I dette studiet kan en ikke si noe om de hjemmerelaterte faktorenes påvirkning på subjektive helseplager.

Langtidsfriskes rapportering av å ha mindre subjektive helseplager kan også sees i sammenheng med et tidligere studie på samme utvalg hvor langtidsfriske opplever egen helse som bedre enn fraværgruppen (Nesse, 2008). Dette er interessante funn siden sykefraværstatistikken angir muskel- og skjelettplager som gruppen som står for den største delen av sykefraværet (SSB, 2011a), og at det var nettopp rapporterte muskel- og skjelettplager som var signifikant lavere i langtidsfriskgruppene sammenliknet med resten av utvalget. Kamaleri et al. (2008) viste også at utbredt muskel- og skjelettsmerter var knyttet opp mot redusert generell helse, søvnkvalitet og psykisk helse.

I forklaringsmodellen var subjektive helseplager imidlertid ikke signifikant. Tidligere resultater fra det samme utvalget viser i tillegg at det ikke var noen signifikant forskjell mellom gruppene da det gjaldt beskrivelse av fysisk form (Nesse, 2008), og dermed ser det ikke ut til at langtidsfriske er i bedre fysisk form enn resten av utvalget. Det eksisterer også tidligere forskning som viser til at fysisk aktivitet ikke har noen signifikant sammenheng med å forbedre subjektive helseplager og sykefravær (H. R. Eriksen, et al., 2002; Magnussen, Tveito, Barsnes, & Råheim, 2009; Tveito & Eriksen, 2009), til tross for at Eriksen et al. (2002) og Tveito & Eriksen (2009) fant at fysisk form og generell helse ble bedre av fysisk aktivitet. Kamaleri et al. (2008) viste i sin undersøkelse at et lavt nivå av fysisk aktivitet var assosiert med utbredt muskel- og skjelettsmerter fra flere kroppsregioner. Arbeidstilsynet (u.d) hevder at dårlig fysisk form og lite mosjon er en av de største individuelle risikosituasjonene for å utvikle muskel- og skjelettplager. Jevnlig utøvelse av fysisk aktivitet og deltakelse i sportslige aktiviteter kan ha en positiv effekt på langtidsfravær og på nakke-/skulderysymptomer (W. Eriksen & Bruusgaard, 2002; van den Heuvel, Heinrich, Jans, van der Beek, & Bongers, 2005) Det er også vist at personer i dårlig fysisk form opplever mer muskel- og skjelettplager og i større grad står for langtidssykefraværet enn andre (Andersen,

Frydenberg, & Mæland, 2009), samt at en systematisk gjennomgang av tiltak for arbeidsplassen konkluderte med at fysisk aktivitet kan ha god effekt på å forebygge korsryggsplager (Tveito, Hysing, & Eriksen, 2004). Dette illustrerer at det er et svært komplekst forhold mellom subjektive helseplager, muskel- og skjelettplager som er en undergruppe av disse og fysisk aktivitet eller fysisk form.

Det viste seg i denne studien at holdninger til muskel- og skjelettplager var signifikant forskjellig mellom begge definisjonene av langtidsfrisk og fraværgruppen. Det ser ut til at personene i langtidsfriskgruppene har mer positive holdninger til at muskel- og skjelettplager er plager som går raskt over av seg selv og at vanlig aktivitet som å gå på jobb er en faktor som i større grad er tilfriskende enn det motsatte. Waddell & Burton (2006) og Waddell et al. (2007) hevder på grunnlag av sin litteraturgjennomgang at aktivitet og å returnere til jobb så fort som mulig kan være terapeutisk og fordelaktig for helsen hos de fleste med muskel- og skjelettplager, hvis det tilrettelegges ved å for eksempel unngå de fysisk tyngste oppgavene. Dette er i tråd med Inkluderende Arbeidsliv ved tilrettelegging på arbeidsplassen for at enhver som vil og kan jobbe skal ha muligheten til det, til tross for eventuell redusert funksjonsevne (Regjeringen, 2010). Dette kan også påvirke sykenærværet ved at det tilrettelegges og oppmuntres til å jobbe til tross for sykdom eller plager. Sykenærvær er også knyttet opp mot typene fravær, ved at man kan oppleve å ikke være 100 % på topp, men likevel kan jobbe, som knytter seg til fraværet vi gjerne vil redusere (Einarsen & Schulze, 2011) ved blant annet Inkluderende Arbeidsliv og tilrettelegging i form av graderte sykemeldinger (Regjeringen, 2010) og helsefremmende arbeidsplasser (Bakken, 2010).

I den logistiske regresjonsanalysen var holdninger til muskel- og skjelettplager den eneste variabelen som viste seg å være signifikant da alle variablene var inkludert og kontrollert for hos langtidsfrisk = 2 år. Resultatet gir en indikasjon på at å videreformidle forskning rundt tilfriskning av muskel- og skjelettplager og at disse plagene ikke er farlige kan øke antallet langtidsfriske. Det er interessant at holdninger til en av de store subjektive helseplagene er en betydningsfull faktor i langtidsfrisk.

Begge gruppene av langtidsfriske rapporterer lavere forekomst av subjektive helseplager i tillegg til at de oppgir mer positive holdninger til muskel- og skjelettplager enn fraværgruppen. Dette kan gi støtte for studier som konkluderer med at aktivitet og det å fortsette i jobben ved muskel- og skjelettplager er den beste tilfriskningsløsningen (Waddell

& Burton, 2006; Waddell, et al., 2007), og at Inkluderende Arbeidsliv med tilrettelegging er et svært egnet tiltak for å redusere det unødvendige fraværet ved å styrke og tilrettelegge for nærvær (Regjeringen, 2010).

6.4 Krav-kontroll og sosial støtte

Krav-kontroll(-sosial støtte)-modellen (Karasek & Theorell, 1990) har som formål å vise til et bredt spekter av helsekonsekvenser av krav til arbeid, kontroll og evnebruk, i tillegg til hvordan sosial støtte kan være en buffer for eventuelle negative konsekvenser.

Resultatene viste at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom gruppene da det gjelder krav i arbeidet i dette utvalget. Forpleiningsansatte er en gruppe som opplever at de er under høy risiko for krav og rapporterer for høyt arbeidstempo (Aagestad, et al., 2011; Morken, et al., 2004), men dette viste seg å ikke være en viktig faktor for å forklare hvorfor noen er langtidsfriske. Forventningen om at langtidsfriske skulle ha en signifikant bedre balanse mellom krav og kontroll ble ikke støttet.

Den andre delen av modellen som omhandler kontroll viste seg å være signifikant for langtidsfrisk < 6 mnd, hvor denne gruppen oppgir høyere kontroll enn fraværsguppen. Dette er støttet av modellen ved at man antar at høy kontroll kan være helsemessig gunstig når man opplever høye krav (Karasek & Theorell, 1990), til tross for at vi ikke finner signifikante forskjeller i krav mellom gruppene. Tidligere studier har vist at forpleiningsansatte er en gruppe som opplever lav selvbestemmelse og kontroll (Aagestad, et al., 2011; Morken, et al., 2004), noe de langtidsfriske i dette utvalget ikke støtter.

Begge gruppene av langtidsfriske rapporterer signifikant høyere grad av sosial støtte på arbeidsplassen enn fraværsguppen. Dette støttes av tidligere forskning av ansatte på oljeplattform, hvor resultatet viste at velfungerende nettverk med fokus på nærvær og støtte av kollegaer og ledere reduserte sykefraværet (Bauer & Odjik, 2004). Utover dette fant også andre studier av langtidsfrisk at denne gruppen er karakterisert av høyere sosial støtte og at de opplever at de jobber i et mer åpent arbeidsklima enn andre (Aronsson & Lindh, 2004; Johnsson, et al., 2006). Dette viser at sosial støtte er en viktig faktor for å være langtidsfrisk, noe som teori om sosial støtte også hevder i det lengste. Dette gjelder både den direkte

effekten og buffereffekten av sosial støtte (Baumeister & Leary, 1995; Cobb, 1976; Cohen & Syme, 1985; Cohen & Wills, 1985; Dalgard, 2008)

Ingen av faktorene i krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen er signifikante i den fulle forklaringsmodellen som inkluderer alle variablene. Dette er i tråd med Steen Rostad (2011) og Nesses (2008) resultater om denne modellens manglende signifikans for predikering av langtidsfrisk. Dette kan gi en indikasjon på at krav-kontroll(-sosial støtte)-modellen ikke egner seg for å beskrive langtidsfriske blant forpleiningsansatte i Offshore. Det ser ut til at det ikke er disse faktorene som utgjør forskjellen mellom de som holder seg friske og på jobb og de som har sykefravær. Dette kan begrunnes med at modellen i hovedsak er utviklet og testet på helseskader ved høye krav og lite kontroll i arbeidet, og spesielt hjerte- og karsykdommer (Aas, 2009; Karasek & Theorell, 1990; Van der Doef & Maes, 1998). Modellen har ikke enstemmig støtte i det negative fokuset heller (Eller, et al., 2009). Dette indikerer at andre helsefremmende modeller og teorier i større grad bør få fokus i videre forskning. Dette er i utgangspunktet et spennende funn fordi krav-kontroll-(sosial støtte)-modellen er en av våre mest brukte teorier, mens perspektivet er i ferd med å snu seg fra et negativt fokus og hva som gjør folk syke til hva som fremmer helse og kjennetegner de friske.

6.5 Innsats og belønning

Innsats-belønning-modellen (Siegrist, 1996) går ut på at en forventer en balanse mellom innsatsen en yter og belønningen en får for det, og at denne balansen er viktig fordi en ubalanse kan føre til negative helsekonsekvenser.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i rapportert innsats i arbeidet. Begge langtidsfriskgruppene oppga å ha høyere belønning i arbeidet enn fraværgruppen. Dette kan støttes av modellens empiri om at det er viktig å inneha en balanse mellom innsats og belønning (Nieuwenhuijsen, et al., 2010; Siegrist, 1996; Siegrist & Rodel, 2006; Tsutsumi & Kawakami, 2004). Selv om resultatene for innsats ikke var signifikante kan resultatene antyde at langtidsfriske har en bedre balanse mellom innsats og belønning fordi de opplever høyere belønning enn resten av utvalget. Det hadde imidlertid vært interessant å finne ut av hvilken form for belønning som utgjør forskjellen her, siden det er et lavstatusyrke som er kjennetegnet med lavere lønn enn andre på plattformen, og siden lønnen også sannsynligvis ikke avviker fra langtidsfriske til fraværgruppen. Belønning i arbeidet kan sees i

sammenheng med Nesses (2008) funn om at langtidsfriske opplever høyere grad av relasjonsrettferdighet enn fraværgruppen. Dette omhandler hvordan man opplever seg behandlet av nærmeste leder. Siden denne faktoren var signifikant i studiet til Nesse (2008) kan det tyde på at belønningen i dette tilfellet omhandler selvtillit og det å føle seg anerkjent av leder og kolleger.

Statuskontroll og dens forventning om stabilitet i de sosiale rollene kan også være en faktor i belønningsdimensjonen. Hvis dette er tilfellet er det tydelig at de langtidsfriske i dette utvalget ikke opplever jobbusikkerhet eller mangel på forventet forfremmelse. Dette kunne vært faktorer som ville vært interessant å undersøke. Videre er det å anta at opplevd statusinkonsistens, ved at en opplever et problem med at personer uten utdanning har arbeid, er svært lav. Dette kan støttes av at hovedvekten av forpleiningspersonalet har utdanning på videregående nivå, og få har lavere utdanning.

Innsats og belønning var imidlertid ikke signifikante i forklaringsmodellen med alle faktorene inkludert. Denne modellen forklarer ikke langtidsfrisk særlig godt, selv om en av faktorene var signifikant. Denne modellen ble også utviklet med et negativt fokus (Aas, 2009; Nieuwenhuijsen, et al., 2010), og dette kan være en av årsakene til at disse faktorene ikke predikerer langtidsfrisk.

6.6 Hjemmerelaterte faktorer

Menneskets fundamentale behov for sosiale relasjoner og derigjennom sosial støtte (Baumeister & Leary, 1995) er utgangspunkt for at hjemmerelaterte faktorer er interessant i denne sammenhengen. Frone (2003) viser til at mennesker utfyller ulike roller på arbeid og hjemme, og balanseteorien viser til at det er viktig at det ikke er store konflikter mellom disse arenaene. Utover dette kan balansen gjøre det enklere å utfylle rollene sine, om det er på arbeidsplassen eller hjemme. Dette på bakgrunn av muligheter, erfaringer og evner en har tilegnet seg hjemme eller på arbeidet (Frone, 2003). Dette kan knyttes opp mot Lindbergs (2006) the work ability continuum ved at opplevelse av en ubalanse mellom rollene og arenaene vil være de destruktive faktorene i modellen, og balansen med støtte og gode familieforhold vil være de støttende faktorene i modellen.

Det var ingen signifikant forskjell mellom langtidsfriskgruppene og fraværgruppen når det gjaldt sivilstatus. Å være i et parforhold er forbundet med bedre mental helse (Lau, Moum, Sørensen, & Tambs, 2002) og et godt parforhold ser ut til å kunne være positivt for helsen generelt, samt en buffer mot negative hendelser (Rosand, et al., 2012). Dette er bakgrunn for å kunne forvente en assosiasjon mellom sivilstatus og langtidsfriske, men dette ble ikke funnet i dette studiet.

Det var ingen signifikant forskjell i å ha barn mellom gruppene. Aronsson & Lindh (2004) fant imidlertid i sin studie at det å ha flere barn var en prediktor for langtidsfrisk. Dette er interessant, siden det er lett å anta at barn medfører økt fravær på grunn av at barn ofte er syke og vil kunne medføre smitte og mer sykdom hos foreldre.

Videre ble hjemmerelaterte faktorer som opplevelse av liten grad av ensomhet, jevnlig kontakt med familie utenfor husstanden og venner og om man opplever å ha noen å søke råd hos i en vanskelig situasjon inkludert. Ingen av disse variablene var signifikante i noen av de statistiske testene, og opplevelsen av parforhold var heller ikke signifikant i dette utvalget. Dette var et litt overraskende resultat, siden tidligere undersøkelser viser at gode familierelasjoner kan predikere det å være langtidsfrisk (Aronsson & Lindh, 2004) og at gode parforhold er positivt for helsen (Lau, et al., 2002; Rosand, et al., 2012). I tillegg kunne en anta at siden en ubalanse mellom arbeid og hjem samt ensomhet er knyttet til negative helsekonsekvenser, ville en balanse være fostrende og positiv og at vi dermed kunne se den positive effekten hos langtidsfriske. Siden utvalget har en spesiell arbeidsplass, med skiftarbeid og lange perioder hjemmefra kunne en også anta at dette var spesielt viktige faktorer hos denne gruppen. Det kan jo være en stor utfordring å tilpasse seg det sosiale liv på land da en er 14 dager Offshore. Likevel har de ansatte fire uker hjemme mellom arbeidsøktene, noe som kan være positivt i den forstand at de styrer en såpass lang friperiode akkurat som de vil selv (Costa, 1996; Harrington, 2001). Arbeidsforholdene kan ha positive og negative sider sett opp mot familie- og hjemmesituasjonen, men resultatene i dette studiet kan ikke støtte hypotesen om at hjemmerelaterte faktorer er viktig for å predikere langtidsfrisk i dette utvalget.

De langtidsfriske opplevde høyere sosial støtte på jobb enn fraværgruppen, og at dette kan gjenspeiles i et godt arbeidsmiljø hvor mange opplever å ha gode venner og gode sosiale

relasjoner, noe som kan være en årsak til at det ikke er store forskjeller i ensomhetsparametere mellom de som er langtidsfriske og resten av utvalget.

Det ville vært interessant å tilnærmet seg hjemmerelaterte faktorer på en annen måte etter resultatet av denne studien for å avdekke mer, siden tidligere studier har vist at gode familierelasjoner og arbeidsbelastning hjemme er en individrelatert faktor som predikerer langtidsfrisk (Aronsson & Lindh, 2004). I den studien var riktignok familierelasjonene målt med ett spørsmål om relasjonene til de nærstående de siste 12 måneder var god, ganske bra, ganske dårlig eller dårlig. Det samme gjaldt arbeidsbelastningen hjemme som ble målt med ett spørsmål. Det kan være interessant å se på kjønn adskilt, for å se om det er ulikheter mellom kvinner og menn, og inkludere arbeidsbelastning hjemme i dette utvalget også.

6.7 Metodiske betraktninger

Det er ulike metodiske betraktninger som vil være viktig å nevne i dette studiet. Disse vil bli tatt opp under temaoverskriftene nedenfor og er momenter en må være klar over for å kunne tolke resultatene og for å ta stilling til generaliserbarhet av resultatene.

6.7.1 Spørreskjema

Det å bruke spørreskjema kan på mange måter være positivt ved at en sparer tid og ressurser, men samtidig dekker ikke spørreskjema dybden en kunne fått med intervju, fokusgrupper eller andre kvalitative metoder. Dette kan være en svakhet. I tillegg kan det oppstå en situasjon av ”sosial ønskelighet” ved at informantene svarer det de tror er et ønskelig svar og som i tillegg er sosialt akseptert (Fisher, 1993), selv om dette ikke samsvarer med virkeligheten. Det kan være at disse spørsmålene om arbeidsplass, hjemmerelaterte faktorer og helse er preget av en slik skjevhet. Det kan være en svakhet ved studiet, siden en slik skjevhet kan føre til uriktige resultater.

6.7.2 Utvalg

Utvalget i denne studien er forpleiningsansatte i Offshore ansatt i Hydro fra 2007. Det er viktig å ta høyde for at datamaterialet er innsamlet for fem år siden, og at forholdene kan ha endret seg noe siden dette. Offshoreansatte er en relativt spesiell gruppe med tanke på at arbeidsforholdene i Offshore er helt annerledes enn for landbaserte. Det er tidligere nevnt hva

som utgjør forskjellen, og dette underbygger at det ikke kan generaliseres i stor grad utover denne konteksten. Utvalget kan likevel sammenlignes på noen områder med catering-, hotell- og restaurant- og renholdsansatte på land, siden arbeidsoppgavene, yrkesstatus og skiftarbeid kan betraktes å være det samme.

Når det gjelder forpleiningsarbeid er dette kjennetegnet av å være et kvinnedominert yrke, men i dette utvalget har like mange kvinner og menn svart på undersøkelsen. Dette gjør at vi kan si at bildet av kjønnsforskjellene sannsynligvis vil være pålitelig. Det er likevel sånn at i denne studien har kjønn kun vært inkludert for å kontrollere for andre variabler, og har dermed ikke blitt undersøkt nærmere ved å kjøre tester på kvinner og menn separat, til tross for at blant annet Nesse (2008) og Aronsson & Lindh (2004) har fremhevet dette som særlig interessant. Dette kan ses på som en svakhet i studiet.

Svarprosenten varierte relativt mye mellom de ulike installasjonene. Det viste seg at den laveste responsraten var 33 % (n=8) og den høyeste var 81 % (n=22). Dette førte til at en måtte avveie om installasjonene med lavest svarprosent skulle ekskluderes i analysene for å motvirke seleksjonsskjevhet som kan føre til en svekking av representabilitet og generaliserbarhet. Det ble valgt å ikke ekskludere installasjonene med lav responsrate, og dette kan være en svakhet ved studien. Dette kan ha ført til at vi i større grad har ”den sunne arbeider-effekten” (”the healthy worker effect”) som er beskrevet tidligere, ved at de som er sykemeldte ikke har besvart spørreskjemaet. Hvis det er en slik skjevhet kan det gjøre at resultatene i denne undersøkelsen ikke er representativt for forpleiningsansatte i Offshore generelt. Man skal også være forsiktig med å generalisere til forpleiningspersonell utover de installasjonene som er i utvalget.

6.7.3 Måling av langtidsfrisk

Utfallsmålet langtidsfrisk har ingen standardisert definisjon og er dermed ulikt fra andre studier på langtidsfrisk. Dette gjør det vanskelig å sammenligne resultat og vanskelig å si noe om langtidsfrisk generelt. Denne studien tar utgangspunkt i to definisjoner hvor den ene er en streng versjon hvor kun de som har hatt null fraværsdager de siste to år ble inkludert, mens den andre er mer moderat versjon som inkluderer personer som har hatt null fraværsdager de siste to år og/eller de siste 6 måneder. Langtidsfrisk = 2 år kan kritiseres for å være for streng og kunne hatt nytte av å moderert seg til personer som har hatt ett eller to tilfeller av

sykefravær i løpet av disse to årene. Langtidsfrisk < 6 mnd kan kritiseres for å være for mild, men denne definisjonen reflekterer i stor grad at de fleste er på jobb, jamfør Tveito et al. (2002) hvor det ble avdekket av 10 % står for 80 % av sykefraværet.

Det er en svakhet at det ikke er en standardisert begrepsdefinisjon, og at flere av studiene som danner grunnlag for empirien i denne oppgaven opererer med ulike definisjoner. Det hadde også vært interessant å skilt mellom ulike fraværstyper i fraværgruppen for å identifisere gruppen som har høyt unødvendig fravær og sammenliknet langtidsfriske mot denne gruppen. Det ble ikke gjort i denne studien.

Studien er gjennomført på bakgrunn av selvrapporterte data. Siden den strenge definisjonen krever null sykefravær de siste to år, er dette langt bak i tid. Det kan derfor være vanskelig å huske eksakt om man har vært borte fra arbeidet i denne perioden, så dette kan være grunnlag for en informasjonsskjevhet. Det er gjort en studie på selvrapporterte sykefraværdata versus data fra dataregistre. Studien konkluderte med at det var et godt til moderat samsvar mellom selvrapporterte data og dataregistre. Studien viser til at det likevel vil være hensiktsmessig å bruke data fra dataregistre hvis det er tilgjengelig (Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, Brage, & Eriksen, 2009). I dette tilfelle ville det da vært aktuelt å se hvor mange som var registrert uten sykefravær blant forpleiningsansatte i Offshore. Siden det sannsynligvis ikke er en vanlig praksis å ha oversikt over hvor mange prosent som er langtidsfriske i bedriften eller på arbeidsplassen kan man da ta utgangspunkt i sykefraværstatistikken. Ved å ha tallene på langtidsfriske tilgjengelig er det mer sannsynlig at de langtidsfriske ville fått mer fokus enn de har foreløpig. Selv om denne studien tar utgangspunkt i selvrapporterte data er det grunn for å tro at dataene samsvarer godt til moderat med registreringer i bedriften, jamfør Øyeflaten (2009) og at vi dermed har fått et godt bilde av situasjonen i forpleiningsbransjen Offshore.

6.7.4 Variabler

Valget av variabler tok utgangspunkt i å undersøke om krav-kontroll(-sosial støtte)-modellen og innsats-belønning-modellen, som representerer de mest brukte modellene for arbeid og helse, men disse er i størst grad brukt for å avdekke negative sammenhenger mellom arbeid og helse. Videre tok oppgaven sikte på å undersøke om hjemmerelaterte faktorer påvirket det å være langtidsfrisk. Det kan diskuteres om variablene som ble inkludert var de rette variablene for å avdekke dette.

Det kan betraktes som en svakhet at ikke arbeidsklima og opplevelsen av sammenhengen mellom jobb og velvære ble inkludert i analysen, siden det tidligere er vist at arbeidsrelaterte faktorer har en vesentlig prediksjon for langtidsfrisk (Aronsson & Lindh, 2004; Johnsson, et al., 2006; Nesse, 2008; Steen Rostad, 2011). Dette kan i hovedsak forsvares med at Nesse (2008) i sine studier av samme utvalg ikke inkluderte hjemmerelaterte faktorer, men i hovedsak konsentrerte seg om faktorer på jobb hvor hun fant at langtidsfriske hadde høyere sosial støtte, mer jobbengasjement, opplevelse av bedre helse og færre subjektive helseplager enn resten av utvalget. Utover dette ble også langtidsfriskgruppen kjennetegnet ved å oppleve bedre relasjonsrettferdighet. I forklaringsmodellen fant hun en forklart varians på 18 %, med sosial støtte og mestring som signifikante bidrag i modellen. I tillegg til dette kommer det rent praktiske årsaker som hvor omfattende dette studiet er, slik at en begrensning i antall variabler i analysene var nødvendig.

Den forklarte variansen var liten og ikke signifikant i dette studiet. Det betyr at det er andre faktorer som kan ha mer å si. Steen Rostad (2011) har vist i sine undersøkelser at moralpress uten sanksjonspress var en signifikant faktor for å være langtidsfrisk. Dette kunne være en interessant innfallsvinkel også her. Det å føle en må på jobb selv om en selv tenker en skulle vært hjemme kan føre til økt sykenærver. Sykenærveret var ikke signifikant forskjellig mellom langtidsfrisk = 2 år og resten, men for langtidsfrisk < 6 mnd var det signifikant mindre sykenærver enn for resten av utvalget. Det å møte på jobb uten å være på topp eller å ha noen plager er enklere på steder hvor det er god tilrettelegging for dette med tanke på arbeidsoppgaver og tempo. Det å undersøke i hvilken grad arbeidsplassen tilrettelegger for behov hadde vært en interessant faktor. Utover dette viste Aronsson & Lindh (2004) at det å oppleve at en har havnet i det rette yrket og være på den rette arbeidsplassen var en faktor som kan forklare langtidsfriske. Dette ville være en aktuell faktor i dette studiet også ved å inkludere jobbtilfredshet og grad av stolthet over arbeid og arbeidsplass, siden Morken et al. (2004) viste til at denne spesifikke gruppen har rapportert lav jobbtilfredshet. Siden Offshorebransjen er preget av skiftarbeid som går mot kroppens naturlige døgnrytme kunne det være hensiktsmessig å inkludere spørsmål om skriftordningen og søvnvaner i forbindelse med dette. I tillegg er økonomisk status knyttet til langtidsfrisk tidligere slik at dette også er en variabel som kunne vært inkludert.

Fusjonen med Statoil som Hydro sto ovenfor i 2007 ble ikke tatt hensyn til i dette studiet, ved at spørsmålene om fusjonen ikke ble inkludert. Dette kan være en svakhet særlig med tanke på de arbeidsrelaterede variablene som gikk på krav, kontroll, sosial støtte, innsats og belønning, men også på hjemmerelaterte faktorer og balanseteorien ved at de ble feilaktig i forhold til tiden før fusjonen var aktuell og etter fusjonens inntreden.

7 Konklusjon

Denne oppgaven har tatt sikte på å forklare noen utvalgte arbeidsrelaterte og hjemmerelaterte karakteristikk ved langtidsfriske som skiller de fra resten av arbeidsstyrken. Eksisterende modeller som i stor grad har blitt brukt ved problemstillinger innen arbeid og helse har hovedsaklig hatt fokus på hva som kan skade en persons helse gjennom arbeidet. Forholdet mellom arbeid og helse er et komplekst tema. Hver modell kan kritiseres for å være svært forenklet. Kompleksiteten av hva som kjennetegner langtidsfriske kan også illustreres ved de tidligere studiene som er gjort og brukt som sammenlikningsgrunnlag.

Det var en betraktelig større andel langtidsfriske i dette utvalget enn i tidligere sammenlignbare studier. Det var 43 % av utvalget som var langtidsfrisk = 2 år og 75 % av utvalget som var langtidsfrisk < 6 mnd. Dette kan det være ulike grunner til, og noen av de diskuterte grunnene er operasjonaliseringen av begrepet langtidsfrisk, helseerklæringen som kreves ved arbeid Offshore som kan føre til bedre helse enn på andre arbeidsplasser og at det er en mulighet for at det i større grad var langtidsfriske som besvarte spørreskjemaet siden det var stor variasjon i svarprosent mellom oljeplattformene.

Problemstilling én om psykososiale arbeidsrelaterte faktorer er assosiert med det å være langtidsfrisk blant forpleiningspersonell i Offshorebransjen er ikke støttet av funnene i denne studien. Når det gjelder krav-kontroll(-sosial støtte)-modellen var det kun sosial støtte som var signifikant høyere for langtidsfrisk = 2 år. Kontroll og sosial støtte var signifikant høyere for langtidsfrisk < 6 mnd. Konklusjonen fra dette er at sosial støtte er en viktig faktor for å være langtidsfrisk, og denne studien sammenfaller med tidligere forskning på nettopp dette. Det vil derfor være viktig å ha fokus på sosial støtte i helsefremmende tiltak for å øke nærvær.

Videre var belønning signifikant høyere hos begge langtidsfriskgruppene sammenliknet med resten av utvalget, mens innsats ikke var signifikant forskjellig mellom gruppene. Dette svarer også til at dette studiet ikke støtter opp om at innsats-belønning-modellen kan forklare langtidsfrisk på en god måte, men det var likevel tydelig at belønning er en viktig faktor i dette utvalget uten at det var grunnlag for å utdype dette.

Problemstilling to om personlige hjemmerelaterte faktorer er assosiert med det å være langtidsfrisk blant forpleiningspersonell i Offshorebransjen fant ikke denne studien støtte for. Ingen av de inkluderte variablene vedrørende hjemmerelaterte faktorer var signifikant forskjellig mellom langtidsfriskgruppene og resten av utvalget i denne studien.

Selv om problemstillingene, forskningsspørsmålene og hypotesen ikke ble bekreftet er det et viktig resultat at det er andre variabler som i større grad spiller inn på det å være langtidsfrisk. I dette studiet var holdninger til muskel- og skjelettplager den eneste faktoren som bidro signifikant i den fulle forklaringsmodellen for langtidsfrisk = 2 år. Faktoren sto for 14 % av den forklarte variansen i langtidsfrisk, noe som indikerer at opplysning om tilfriskning av muskel- og skjelettplager og informasjon om at disse smertene ikke er farlige kan vise seg som effektivt for å øke antall langtidsfriske.

Årsakene til hvorfor noen er langtidsfriske og andre ikke er det er kompleks, noe Lindbergs (2006) the work ability continuum viser ved at det er mange forskjellige faktorer som påvirker og hvert individ har sine egne grenser for hvor på kontinuumet en ser sykefravær som eneste mulige løsning. Det er tydelig at mange forskjellige faktorer spiller inn med ulik grad av forklaringssevne. Selv om denne studien ikke gir signifikante svar må ikke verdien i studiet og resultatene glemmes. Det er viktig å fortsette med undersøkelser i et helsefremmende perspektiv og undersøke om andre faktorer kan forklare langtidsfriske i forpleiningsbransjen og i andre bransjer i større grad enn disse som har fokus her. Ett ledd i dette kan være å oppfordre bedrifter og organisasjoner til å fokusere på langtidsfriske og hva som kjennetegner disse fremfor å konsentrere seg om sykefravær.

8 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien viser at det trengs mer forskning på hva som kjennetegner langtidsfriske blant forpleiningsansatte i Offshorebransjen. Det kan være hensiktsmessig å blant annet gå dypere inn i hjemmerelaterte faktorer og tilnærme seg dette på en annen måte. Det ville også være fordelaktig å utføre kvalitative studier av området for å avdekke mer dybde i hva de ansatte selv mener er faktorer som påvirker det å være langtidsfrisk, og ta utgangspunkt i dette i videre forskning.

Det ville vært svært lønnsomt at langtidsfrisk var et definert begrep med et standardisert innhold, slik at studier som gjøres tar utgangspunkt i én definisjon og i større grad kan sammenliknes uten problemer med konsensus.

Kvinner står for store deler av sykefraværet og er i mindretall i gruppen langtidsfrisk. Derfor vil det være interessant om senere forskning tar utgangspunkt i de langtidsfriske kvinnene og prøver å finne ut av hva som kjennetegner disse.

Videre vil det være interessant å undersøke om andre modeller og teorier forskningen hviler på i større grad kan forklare langtidsfrisk. Dette kan bidra til at nye modeller settes i fokus slik at oppmerksomheten rundt friskfaktorer, nærvær og langtidsfriske økes.

Det er nødvendig med flere studier av friskfaktorer og langtidsfrisk og studier som har et helsefremmende fokus på arbeid og helse.

9 Referanseliste

- Aagestad, C., Tynes, T., Sterud, T., Løvseth, E. K., Gravseth, H. M., Eiken, T., et al. (2011). *Faktabok om Arbeidsmiljø og Helse 2011*. Status og Utviklingstrekk. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt.
- Aas, R. W. g. (2009). *Raskt tilbake : kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Allebeck, P., & Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63 suppl), 49-108.
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278-308.
- Andersen, I., Frydenberg, H., & Mæland, J. G. (2009). Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 12(129), 1210-1213.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet. (2001). *St.meld 7 - Om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten*.
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern, 62 C.F.R. (2005).
- Arbeidstilsynet. (u.d). Om arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Retrieved 2.05, 2012, from <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103324>
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2002). *Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med*, 47(9), 958-966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
- Aronsson, G., & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor - En populationsstudie*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bakken, B. (2010). Faktaark om helsefremmende arbeidsplasser. *Inspirasjonskilde og verktøykasse for et mer inkluderende arbeidsliv* Retrieved 01.10, 2011, from

[http://www.idebanken.org/Forside/Artikler/Helsefremmende+arbeidsplasser.253009.c
ms](http://www.idebanken.org/Forside/Artikler/Helsefremmende+arbeidsplasser.253009.cms)

- Bang Nes, R., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge, Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Bauer, M. N., & Odijk, J. (2004). Nærværsarbeid i Statoil Forpleining. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 20.
- Bauer, M. N., & Odijk, J. (2004). Nærværsarbeid i Statoil Forpleining. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 20(124).
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*, 117(3), 497-529.
- Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*, 30(2), 85-128.
- Bergstrom, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health*, 82(10), 1179-1190.
- Bergva Aas, G., Strand, L. E., & Grimsrud, T. K. (2007). *Kartlegging av kreftisiko og årsaksspesifikk dødelighet blant ansatte i norsk offshorevirksomhet*. Oslo: Krefregisteret.
- Bjerkan, A. M. (2011). Work and health: A comparison between Norwegian onshore and offshore employees. *Work*, 40(2), 125-142.
- Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A., & Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health*, 19(5), 297-312.
- Bråten, M., Andersen, R. K., & Svalund, J. (2008). *HMS-tilstanden i Norge 2007*. Oslo: FAFO.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Cote, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11(1), 395.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Issues in the Study and Application of Social Support* *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon*, 27(1), 9-16.
- Costa, G. (2003). Shift work and occupational medicine: an overview. *Occupational Medicine*, 53(2), 83-88.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Dalgard, O. S. (2008). Sosial støtte og ensomhet - faktaark. Retrieved 30/5, 2012
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34.
- Einarsen, S., & Schulze, O. C. (2011). *Å redusere bedriftens sykefravær: et håpløst prosjekt?* Bergen: Fagbokforl.
- Eller, N. H., Netterstrom, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T. S., Nielsen, F., Steptoe, A., et al. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*, 17(2), 83-97.
- ENWHP. (2007). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Luxembourg: The European network for workplace health promotion
- Eriksen, H. R., & Ihlebæk, C. (2002). Subjective Health Complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*(43), 101-103.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., Mikkelsen, A., Grønningsæter, H., Sandal, G. M., & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52(7), 383-391.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 63-72.
- Eriksen, W., & Bruusgaard, D. (2002). Physical leisure-time activities and long-term sick leave: a 15-month prospective study of nurses' aides. *J Occup Environ Med*, 44(6), 530-538.
- Fisher, R. J. (1993). Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303-315.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143-162). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hammer, T. H., Saksvik, P. ø., Nytrø, K., Torvatn, H., & Bayazit, M. (2004). Expanding the Psychosocial Work Environment: Workplace Norms and Work-Family Conflict as

- Correlates of Stress and Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 83-97.
- Harrington, J. M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(1), 68-72.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*, 40(2), 218-227.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*, 26(6), 695-718.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse: strategiplan 2007-2012*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *St.meld. 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Arbeid for helse - Sykefravær og utstøtning i helse- og omsorgssektoren*.
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder til Forskrift om helsekrav for personer i arbeid på innretninger i petroleumsvirksomheten til havs*.
- Hjort, P. F. (1994). *Helse for alle!: foredrag og artikler 1974-93* (Vol. nr U 1 1994). Oslo: Seksjonen.
- House, J. (1987). Social Support and social Structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Ihlebaek, C., Brage, S., & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med (Lond)*, 57(1), 43-49.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health*, 30(1), 20-29.
- Johannessen, A. r., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2006). *Langtidsfrisk: slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*. Kjeller: Genesis.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C., & Bruusgaard, D. (2008). Localized or widespread musculoskeletal pain: Does it matter? *Pain*, 138(1), 41-46.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M., Benth, J. S., & Bruusgaard, D. (2008). Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. *Eur J Pain*, 12(6), 742-748.

- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M., & Bruusgaard, D. (2009). Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *European Journal of Pain*, 13(4), 426-430.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. [New York]: Basic Books.
- Knardahl, S. (1998). *Kropp og sjel - Psykologi, biologi og helse*. . Oslo: Universitetsforlaget.
- Knardahl, S. (2000). Arbeid, stress og helse. In S. Einarsen & A. Skogstad (Eds.), *Det gode arbeidsmiljø* (pp. S. 263-286). Bergen: Fagbokforlaget.
- Krohne, K., & Magnussen, L. H. (2011). Go to work or report sick? A focus group study on decisions of sickness presence among offshore catering section workers. *BMC Res Notes*, 4(70), 70.
- Laake, P. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Labriola, M. (2006). *Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work*. Universitetet i København, København.
- Larsen, R., Bakken, H., Reime, A., & Bukve, K. (2001). *Et løft for forpleining: Oljeindustriens Landsforening*.
- Lau, B., Moum, T., Sørensen, T., & Tambs, K. (2002). Sivilstand og mental helse. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 281-290.
- Lindberg, P. (2006). *The work ability continuum - Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability*. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience, Section of Personal Injury Prevention.
- Magnussen, L. H., Tveito, T. H., Barsnes, B., & Råheim, M. (2009). *Evaluering av prosjekt i Sogn og Fordane fylkeskommune. Individuell mestring - fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær*. Bergen: Unifob Helse Bergen.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J., & Gaure, S. (2011). The anatomy of absenteeism. *Journal of Health Economics*, 30(2), 277-292.
- Mikkelsen, A. (2002). *Tiltak mot sykefravær*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Morken, T., Tveito, T. H., Torp, S., & Bakke, Å. (2004). Muskel- og skjelettplager innen petroleumsvirksomheten på sokkelen *Medisin og vitenskap*, 20.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: foundations for practice*. London: Baillière Tindall.

- Naidoo, J., & Wills, J. (2005). *Public health and health promotion : developing practice*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Nesse, H. (2008). *Nærvær i arbeidslivet - en survey undersøkelse av forpleiningsansatte i Nordsjøen*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*, 60(4), 277-286.
- Ose, S. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*. Trondheim: Arbeidsdepartementet.
- Ose, S., Jensberg, H., Reinertsen, R. E., Sandsrud, M., & Dyrstad, J. M. (2006). *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Oseborg Ose, S. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*. Trondheim: SINTEF.
- Petroleumstilsynet. (2010). *Årsberetning 2010*.
- Regjeringen. (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010 – 31. desember 2013 (IA-avtalen)*. Retrieved from http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/IA-avtale_24022010.pdf.
- Rosand, G.-M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Roysamb, E., & Tambs, K. (2012). The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health*, 12(1), 66.
- Saksvik, P. Ø., & Nytrø, K. (2006). *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring : nye perspektiver på samspillet organisasjon og menneske*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Schafft, A. (2009). *Å få seg en jobb: arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer*. Oslo: Kommuneforl.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., & Rodel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 473-481.
- SSB. (2010a). Sykefravær, egen- og legemeldt. Uendret sykefravær siden 2001. Retrieved 3/5, 2012, from <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201002/03/art-2010-05-03-01.html>
- SSB. (2010b). Utdanningsnivå i befolkningen. Retrieved 30/4, 2012, from <http://www.ssb.no/utniv/tab-2011-06-09-01.html>

- SSB. (2011a). Legemeldte sykefraværstilfeller 4 kv 2001-2011. Diagnose og kjønn. Antall. Retrieved 12.04, 2012, from <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefraværstatistikk/Sykefraværstatistikk/Legemeldte+sykefraværstilfeller+4+kv+2001-2011.+Diagnose+og+kjønn.+Antall.305868.cms>
- SSB. (2011b). Økning i det legemeldte sykefraværet. Retrieved 19.09, 2011, from <http://www.ssb.no/sykefratot/>
- Statens Arbeidsmiljøinstitutt. (2011). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011. Status og utviklingstrekk*. Oslo: Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse.
- Steen Rostad, I. (2011). *Langtidsfriskhet - et godt mål på arbeidstakerenes helsetilstand? En prediktiv studie blant arbeidstakere på Hydro Sunndal*. NTNU, Trondheim.
- Svensson, L. G., & Ulfsson, Y. (2009). *Yrkesstatus. En sosiologisk studie av hur yrken uppfattas och värderas*. Göteborg: Universitetet i Göteborg.
- Tangen, H., & Conrad, C. (2009). *Skapa och bygga hälsa på arbetsplatsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Theorell, T., Michelsen, H., & Nordemar, R. (1992). Tre arbeidsmiljøindex som anvendes i Stockholmsundersökningen 1. In M. Hagberg & C. Hogstedt (Eds.), *Stockholmsundersökningen 1. Data från en tvärsnittundersökning av ergonomisk og psyosocial exponering samt sjuklighet ogch funktion i rörelsesorganen*. (pp. 150-154). Stockholm: MUSIC books.
- Thuen, F. (2000). Motsetninger mellom arbeid og hjem. Den nye store arbeids-bealstningen. In S. Einarsen & A. Skogstad (Eds.), *Det gode arbeidsmiljø* (pp. 243-259). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med*, 59(11), 2335-2359.
- Tveito, T. H., & Eriksen, H. R. (2009). Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 110-119.
- Tveito, T. H., Halvorsen, A., Lauvalien, J. V., & Eriksen, H. R. (2002). Room for everyone in working life? 10% of the employees – 82% of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi*, 12(1), 63-68.
- Tveito, T. H., Hysing, M., & Eriksen, H. R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational Medicine*, 54(1), 3-13.

- van den Heuvel, S. G., Heinrich, J., Jans, M. P., van der Beek, A. J., & Bongers, P. M. (2005). The effect of physical activity in leisure time on neck and upper limb symptoms. *Prev Med, 41*(1), 260-267.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1998). The job demand-control(-support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology & Health, 13*(5), 909-936.
- Waddell, G., & Burton, K. (2006). *Is work good for your health?* London: The Stationery Office
- Waddell, G., Burton, K., & Aylward, M. (2007). Work and common health problems. *J Insur Med, 39*(2), 109-120.
- World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. Retrieved 08.11, 2010, from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C., Brage, S., & Eriksen, H. R. (2009). Comparison of self-reported and register data on sickness absence among Norwegian patients participating in an occupational rehabilitation program. *Norsk Epidemiologi, 19*(2), 161-167.