

## *Er det sammenheng mellom jobbautonomi og sykefravær?*

En studie fra et norsk sykehus

Marie Kristin Sverstad

VEILEDER

Dag Ingvar Jacobsen

**Universitetet i Agder, 2020**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelse

Forord.

Denne masteroppgaven har blitt utarbeidet på grunnlag av interessen over sykefravær og hvilke årsaksforklaringer som kan ta del i forklaringen til dette fenomenet.

Det har vært spennende og lærerikt å arbeide med temaet og samtidig dykke grundigere i litteraturen og det har vært en lærerik prosess å bruke kvantitative data og SPSS for å belyse forskningsspørsmålet.

Jeg ønsker først og fremst å takke min veileder Dag Ingvar Jacobsen for god veiledningen og gode tilbakemeldinger fortløpende gjennom hele arbeidet med denne masteroppgaven, det har vært uvurderlig. Jeg ønsker videre å takke for muligheten til å bruke og analysere hans datasett fra ansatte på et norsk sykehus. Det har vært veldig fint å jobbe med et godt datasett og samtidig har det, ved at jeg ikke selv har laget et spørreskjema, gitt meg en god mulighet til å fokusere enda mer på hva litteraturen kan fortelle om temaet.

Videre ønsker jeg å takke min samboer Lars Borgen for å ta seg tid til å lese korrektur og ellers stille ekstra opp til å ta seg av hus og hjem, mens jeg har tilbrakt mye tid på kontoret. Jeg vil og takke øvrig familie og venner for støtte og tips, og vil rekke en særlig en takk til min gode venninne Ane Thunshelle for å ha tatt seg mye tid å gi gode innspill på oppgaven min og har vært en god støttespiller samtidig som hun selv er opptatt med sin egen masteroppgave

## Abstrakt

Målet med denne studien var å se på relasjonen mellom autonomi i form av beslutningsmyndighet og kontroll over blant annet tidsplaner og arbeidsoppgaver på arbeidsplassen, og hvordan dette er i forhold til sykefravær. Forskningsspørsmålet «*Er det sammenheng mellom jobbautonomi og sykefravær?*» ble derfor utledet.

Et systematisk litteraturreview ble utført for å se nærmere på hva tidligere forskning kunne fortelle om denne relasjonen. Som metode ble et spørreskjema gjort på et norsk sykehus brukt for å se nærmere på problemstillingen. Ansatte på sykehuset med høyere enn 30 prosent stilling mottok spørreundersøkelsen i 2012 som omhandler informasjon om demografi, arbeidsmessige forhold, familiesituasjon og selvopplevd helse. (N=5272) som førte til 1864 valide svar (% svar=36). Undersøkelsen ble kombinert med registrert sykefraværdata i 2014. SPSS (versjon 25) ble brukt for å foreta en faktor-, korrelasjons- og en regresjonsanalyse for å belyse problemstillingen samt kontrollere for alder, kjønn og utdanningsnivå. Funnene indikerer at det er en relasjon mellom autonomi og sykefravær ( $\beta$  -,105), og en relasjon mellom kjønn og sykefravær ( $\beta$  ,049), men ingen signifikant effekt mellom utdanningsnivå eller alder og sykefravær.

## Abstract

The goal of this study was to look at the relationship between autonomy in the shape of self-governance in the workplace and sickness absence and the research question for this thesis states “Is there a relationship between autonomy and sickness absence”. A systematic literature review was conducted to examine what previous research had found about this relationship and this was to be compared to the findings made from a questionnaire at a Norwegian hospital. The questionnaire was done in 2013 by employees with more than a 30% position and contained demographic, working conditions, family situation and their own experienced health. (N=5272) wherein 36% responded. This yielded in 1864 valid responses. The questionnaire was combined with registered sickness absence data from 2014. SPSS (version 25) was used to do a factor analysis, a correlation analysis as well as a regression analysis to examine the research question and control for age, gender and education. The analysis indicates that there is a relationship between autonomy and sickness absence ( $\beta$  -,105), as well as a relationship between gender and sickness absence ( $\beta$  ,049), however no significant effect was found between education level and sickness absence.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Problemstilling:.....	7
<b>2.0 Sykefravær</b> .....	<b>8</b>
2.2 Årsaker til sykefravær.....	9
2.2.1 Individnivå .....	9
2.2.2 Organisasjonsnivå .....	11
2.2.3 Samfunnsnivå.....	13
<b>3.0 autonomi</b> .....	<b>16</b>
3.1 Autonomi i organisasjonsteorien.....	18
3.2. Autonomi og sykefravær .....	25
3.2.1 Søk etter relevante studier .....	26
3.2.2 Empiriske funn .....	28
3.2.3 hvordan sykefravær er målt.....	31
3.2.4 Hvordan autonomi er målt.....	33
3.2.5 kontrollvariabler .....	34
3.3 Hypoteser.....	34
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>38</b>
4.1 datasett.....	38
4.1.1 Avhengig variabel - Sykefravær .....	39
4.1.2 Uavhengig variabel – Autonomi.....	41
4.1.3 Faktoranalyse og indeks.....	44
4.1.4 Kontrollvariabler.....	46
<b>5.0 Analyse og resultater</b> .....	<b>48</b>
5.1 Bivariat analyse.....	48
5.2 Regresjonsanalyse .....	49

<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>51</b>
6.1 <i>Autonomi og Sykefravær</i> .....	52
6.2 <i>Alder og Sykefravær</i> .....	56
6.3 <i>Kjønn og Sykefravær</i> .....	57
6.4 <i>Utdanningsnivå og Sykefravær</i> .....	58
6.5 <i>Styrker og Svakheter</i> .....	59
6.6 <i>Videre undersøkelser</i> .....	62
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>64</b>
<b>10. Vedlegg 1</b> .....	<b>68</b>

## 1.0 INNLEDNING

Sykefraværet får økt oppmerksomhet innen forskningsmiljøer, blant politikere og i media, da økt sykefravær har uheldige konsekvenser både for samfunnet, arbeidsplassen og arbeidstakerne selv. Dette fører til økte offentlige utgifter til sosiale stønader, og organisasjonen mister arbeidskraft når arbeidstakeren er borte fra jobben. Det kan i tillegg ha uheldige konsekvenser for den enkelte arbeidstaker, da han eller hun mister et sted hvor vedkommende kan være i sosiale settinger og oppleve mestring for sine utførelser av arbeidsoppgaver. Dette kan videre føre til tap av livskvalitet, og hvis fraværet vedvarer kan livet bli mer ensomt (Harung, 2010, p. 1).

På nav sin oversikt over sykefravær kan vi se at andre kvartal 2019 hadde en økning på 2,2 prosent fra tilsvarende periode fra året før (Nav.no). Det er spennende å se nærmere på denne utviklingen og hvorfor sykefraværet øker, og hvilken sammenheng dette kan ha med jobbautonomi. Jacobsen og Fjeldbraaten skriver i sin artikkel at sykefraværet har økt i flere land i Europa og at Storbritannia, som er et av landene i Europa med lavest sykefravær, hadde i gjennomsnitt 4,3 dager fravær per arbeider per år (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1145).

I Norge ligger både legemeldt og egenmeldte sykefraværet på 6% når det er justert for sesongbasert sykefravær (SSB, 2020), og i 2016 var 13,8% av de offentlige utgiftene fra staten relatert til sykefravær, arbeidsavklaringspenger og sosiale stønader. Norge har et høyt sykefravær og noe av dette kan trolig begrunnes i de gode sosiale fordelene Norge har sammenliknet med andre land. Ansatte har rett til full sykelønn fra første dag som syk i Norge og kan motta sykepenger i et helt år. De første seksten dagene betaler arbeidsgiver for sykefraværet og fra dag sytten er det folketrygden som står for utbetalingen av sykefraværet (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1154).

Sykefravær er et komplekst fenomen med mange sammensatte årsaksforklaringer som kan ses på i flere nivåer; Individnivå, samfunnsnivå og organisasjonsnivå. Individnivå omhandler individuelle plager eller helseproblemer som fører til sykefravær. Levealderen blant mennesker øker, med det behøver ikke dette å bety at det er redusert sykkelighet. Det kan være andre faktorer slik som psykiske lidelser, depresjoner, alkohol-og stoffmisbruk som fører til

økt sykefravær, og andre faktorer på individnivå som kan ha en innvirkning på sykefraværet kan være alder og kjønn. Sykefraværet på samfunnsnivå har mye å si for det offentlige budsjettet, noe som har utviklet seg gradvis fra at arbeidstakergrupper hadde forskjellige rettigheter da avtalene om sykelønn kunne bli forhandlet mellom fagforeninger og forbund, men og mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, til i dag hvor alle arbeidstakere har rett på sykelønn fra første sykedag. Fokuset for denne studien vil være sykefravær på organisasjonsnivå. Dette nivået handler hvilke faktorer som har en innvirkning på arbeidsplassen som kan føre til en økning i sykefraværet. Et dårlig psykososialt arbeidsmiljø eller høye mentale krav og liten beslutningsmyndighet kan føre til negativt stress, samt at fysisk tungt arbeid kan føre til lidelser ved feilløfting og dårlige arbeidsposisjoner som fører til sykefravær (Harung, 2010, p. 50)

Hensikten med denne studien er å fokusere på ett sentralt element i de organisatoriske forholdene, nemlig jobbautonomi og hvorvidt det har noe å si for sykefravær. Sykefravær på arbeidsplassen er fravær fra arbeidet grunnet en nedsatt funksjonsevne som er forårsaket av helseproblemer. Det vil si at sykefravær i prinsippet er en konsekvens av at individets evne til å utføre arbeidsoppgaver ikke strekker til de behovene arbeidsplassen krever. Det kan tenkes at faktorer i en arbeidssituasjonen kan bidra til å utløse eller vedlikeholde sykefravær som egentlig er relatert til helseproblemer (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016).

Ved å gi ansatte større innflytelse med tanke på beslutninger gjort om egne arbeidsoppgaver, arbeidstider eller hvordan utførelser av oppgaver skal gjøres, kan dette tenkes å øke trivselen på arbeidsplassen og dermed gi et lavere sykefravær. Det kan videre tenkes at fraværsdager i enkelte yrker og på enkelte arbeidsplasser er vanskeligere for arbeidstakere å benytte seg av. Den ansattes fravær kan gjøre arbeidssituasjonen for kolleger vanskeligere fordi de er i manko på en person, noe som kan skape en travel og hektisk dag på jobb. Det kan og gjøre situasjonen vanskeligere ved at de på kort varsel må finne erstattere fordi «plassen» må fylles. På bakgrunn av dette blir det utledet et forskningsspørsmål som studien vil forsøke å belyse.

## 1.1 PROBLEMSTILLING:

***”Er det sammenheng mellom jobbautonomi og sykefravær?”***

- En studie fra norsk sykehus

I neste kapittel skal vi først gjennomgå sykefravær som et fenomen og prøve å operasjonalisere det ved å se nærmere på de tre nivåene som tidligere ble nevnt, altså individnivå, samfunnsnivå og organisasjonsnivå.

Videre i kapittel tre skal vi se nærmere på begrepet autonomi og hvordan det kan operasjonaliseres. Seks teorier skal undersøkes nærmere for å forklare faktorer som stress, motivasjon utbrenthet i tillegg til autonomi. Disse seks teoriene er: To-faktorteorien, jobbkarakteristikk-modellen, Self-Determination-teorien, Job-Demand-Resources-modellen, Job Demand Control-modellen og Effort Reward Imbalance-modellen. For å se nærmere på forskningsspørsmålet vil den neste delen av kapittelet være et systematisk litteraturreview, hvor vi gjennomgår tidligere forskning systematisk, for å se hvilke funn teorien har gjort om relasjonen mellom autonomi og sykefravær.

Metoden for dette studiet vil være å analysere en spørreundersøkelse som er gjort på et norsk sykehus. Undersøkelsen inneholder to separate datasett hvor det første er en spørreundersøkelse som gikk ut til alle de ansatte på sykehuset med en høyere stilling enn 30 prosent i 2013. Denne spørreundersøkelsen omhandler selvrapportert informasjon om demografi, familieliv, helse og arbeidsrelaterte forhold som blant annet autonomi. Det andre datasettet som blir brukt i denne analysen er sykefraværet gjennom registrerte helsedata. 54% av de som deltok i spørreundersøkelsen har gitt tillatelse til å koble sine svar opp mot sine registrerte helsedata (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1148).

## 2.0 SYKEFRAVÆR

Sykefravær kan defineres som fravær fra arbeidet hvor en helsemessig art er en oppgitt grunn. Sykefraværet kan være egenmeldt eller legemeldt, hvor egenmeldt sykefravær er korttidsfravær fra én til fem dager. Dersom den ansatte fremdeles er syk må han eller hun oppsøke autorisert helsepersonell som registrerer at den ansatte ikke skal arbeide grunnet sykdom. Varigheten på sykefraværet har en påvirkning for virksomhetens og samfunnets økonomi, men og for den aktuelle arbeidsprognose (Knardahl et al., 2016). Slik som nevnt



innledningsvis ligger sykefraværet på 6% for både legemeldt og egenmeldt i Norge etter det er justert for sesongbasert sykefravær i 2019 (SSB, 2020).

Når en person er syk eller borte fra jobb over tid mister mennesker en arena hvor mestring og fellesskap kan oppnås. Slikt fellesskap og mestring fører til en bedre livskvalitet, men ved sykefravær kan menneskene miste dette fellesskapet og dette kan føre til et mer ensomt liv og en redusert livskvalitet. Sykefraværet påvirker ikke bare individet selv, men også samfunnet og organisasjonen. Samfunnet er avhengig av at innbyggerne arbeider og bidrar til å skaffe inntekter og ressurser som fellesskapet kan dra nytte av, og et økt sykefravær gir et større press på de offentlige budsjettene og et produksjonstap. Arbeidsplassen lider og av uheldige konsekvenser da dette fører til effektivitetstap, de må lære opp vikarer til å utføre arbeidsoppgaver mens den sykmeldte er borte (Harung, 2010, p. 1).

## 2.2 ÅRSAKER TIL SYKEFRAVÆR

Som vi ser ovenfor er sykefravær et komplekst fenomen med mange og sammensatte årsaker. Dette kan vi dele inn i tre nivåer; individnivå, samfunnsnivå og organisasjonsnivå.

### 2.2.1 INDIVIDNIVÅ

Det at vi i dag lever lenger enn før kan være indikatorer på at helsen blant befolkningen øker. Sunnere kosthold, færre smittsomme sykdommer og høyere levealder gjør at folk kan stå lenger i arbeidslivet enn tidligere. Det kan og være et tegn på bedre hygiene, bedre boforhold, bedre behandlingstilbud og vaksiner, men likevel behøver ikke økt levealder bety redusert sykkelighet. Psykiske lidelser er en av de viktigste årsakene til arbeidsuførhet i dag, men dette til tross for at det ikke har vært en stor økning i de mest alvorlige psykiske lidelsene som bipolar lidelse og Schizofreni. Det har derimot vært en økning blant alkohol- og stoffmisbruk, angst og depresjon og personlighetsforstyrrelser (Kringlen,2002, Kessler et al, 1994, Bijl et al, 1998, Kringlen et al 2001 og Torgersen et al,2001. Hentet fra Harung 2010 p. 26).

Lindbeck et al (2004) ser på sammenhengen mellom økende sykefravær og lokale holdninger til arbeid i Sverige. Sverige hadde en kraftig økning på 82% av sykefravær fra 1998 til 2003.

Dette førte til debatter om det kunne være bakenforliggende årsaker til økningen da det ikke viste noe endring i befolkningens helsetilstand eller noe vesentlig økning til sykefraværet. En forklaring som blir fremstilt er at holdninger og normer til sykefraværet har endret seg. Det å måle holdninger til sykefravær, eller om ansatte ikke ønsker å delta på arbeidsrelatert aktivitet selv som frisk er sjelden en enkel sak, verken for lege som skal vurdere om den enkelte skal ha sykemelding eller for de som skal forske på dette fenomenet (Harung, 2010, p. 55).

I følge Harung er det forskjeller mellom menn og kvinner når det er snakk om sykefravær, og kvinner har et høyere sykefravær enn hva menn har (Harung, 2010, p. 16).

Sykefraværstatistikken viser at både i Norge og internasjonalt har kvinner et høyere fravær og den nominelle differansen mellom menn og kvinner i Norge ligger på 2,5-3,0 prosentpoeng. Hos Nav kan vi se at den hyppigste årsaken til sykefravær er Muskel- og skjelettlidelser. Kvinner har flest tapte dagsverk for denne lidelsen, men i hovedsak er det menn som har høyest sykefravær på grunn av dette, og de er særlig sykmeldt på grunn av ryggproblemer. Kvinner er mer sykmeldt for psykiske lidelser, særlig i form av depresjoner og angst. Slike lidelser er svært utbredt, og ifølge Folkehelseinstituttet har en tredjedel av den norske befolkningen en form for psykisk lidelse eller vil få det i løpet av livet (Nav.no, 2019). I 3. kvartal 2019 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 5,5 prosent, mens det for menn var på 3,3 prosent. For menn tyder det på at sykefraværet øker med økende alder med unntak av den eldste aldersgruppen som er 65-69 år. For kvinner er fraværet høyere mellom 30 -40 år, og dette begrunnes med en sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær (Nav.no).

I Akhavan og Bildt fra 2004 sine studier finner de at svenske kvinner med innvandrerbakgrunn har et høyere sykefravær enn kvinner fra Sverige. De begrunner at kvinnene med innvandrerbakgrunn har gjerne lavtlønnede yrker med liten status, noe som kan ha en betydning for å forklare denne forskjellen. På 1990-tallet hadde for eksempel kvinner med innvandrerbakgrunn et sykefravær på 65% høyere enn hva de svenske kvinnene hadde. Det er i tillegg mye som tyder på at sykefraværet for andregenerasjonsinnvandrere er økende, men det er usikkert hva som ligger til grunn for denne utviklingen. Trolig kan språkbarriere, traumatiserte foreldre og dårlig integrering være noe av grunnlaget (Harung, 2010, p. 17). I følge Bengtsson og Scott (2005) kan begrunnelsen og ligge i at arbeidsmarkedet er mer vanskelig for de med innvandrerbakgrunn kontra de etnisk svenske (Harung, 2010, p. 17).

Kjønn, alder og bosted blir ofte brukt som faktorer for å forklare sykefravær, og blir ofte brukt som kontrollvariabler i studier som omhandler nettopp dette (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 50). Når det er snakk om alder har en sammenheng med sykefravær viser studien til Thomson et al at det er en effekt hvor ansatte som hadde vært sysselsatte over lang tid var relatert til sykefravær, men studien kontrollerte ikke for om alder og langtidsansatt hadde en sammenheng (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 50). Videre har en studie fra finansdepartementet i Sverige sett nærmere på hvor mye økningen i sykefraværet kan tilskrives aldersstrukturen, altså økningen av gjennomsnittsalderen i den yrkesaktive befolkningen. Endringen i aldersstrukturen ble funnet til å forklare litt over fem prosent av økningen (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 50). Studien til Allebeck og Mastekaasa fant ingen videre studier som fokuserte på dette, men de konkluderer i sin studie at det er tydelig at alder, kjønn og bosted er assosiert med sykefravær (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 51).

### 2.2.2 ORGANISASJONSNIVÅ

Bergendorff og Thoursie har i sin studie fra 2003 funnet ut at befolkningen i Sverige gjør det bra på generelle helseindikatorer, og at sykefraværet derfor kan bli forklart med et dårlig psykososialt arbeidsmiljø, og dette har forverret seg i Sverige siden slutten av 1990-tallet. Høyt arbeidstempo, hodepine, søvnmangel og liten beslutningsgrad over arbeidsmengden har siden midten av 1990-tallet vært i større grad utpreget (Harung, 2010, p. 50). Harung forteller at både studien til Tveråmo et al fra 2003 og Marnetoft et al fra 2007 samsvarer med funnene til Bergendorff og Thourise, hvor de finner at flertallet i studien mener at en forverring av arbeidsmiljøet beskriver sykefraværsøkningen. Sammenhengen mellom sykefravær og dårlig arbeidsmiljø blir forklart gjennom modellen om demand-control-support. Ifølge denne modellen fører anstrengte jobber med høye mentale krav og liten beslutningsmyndighet til negativt stress og sykefravær. Det vises og gjennom undersøkelsen til Vinberg og Gelin fra 2005 at bedrifter som satser på undervisning og læring til sine arbeidstaker og jobber for godt arbeidsmiljø og god ledelse viser en positiv effekt på sykefraværet (Harung, 2010, p. 50).

Når det gjelder det psykososiale arbeidsforholdet har Allebeck og Mastekaasa (2004) gjennom sin litteraturstudie funnet femten studier som ser på sammenhengen mellom kontroll av arbeidssituasjon og sykefravær. Fjorten av disse studiene fant at høy kontroll er assosiert med lavere fravær, mens den siste studien fant ingen tilknytning. Disse studiene er dermed relativt entydige, men det er imidlertid ingen klar trend som tilsier at høye jobbkrav fører til

høyere sykefravær. Syv av femten studier fant en slik assosiasjon, mens fire ikke fant en relasjon og to fant at høyere jobbkraft faktisk hører sammen med lavere fravær (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 57).

Lederens rolle kan og ha en innvirkning på sykefraværet på en arbeidsplass. Ledere har som daglige mål å løse bestemte oppgaver og for å nå dette målet kreves det at lederne kommuniserer med sine ansatte, fordeler arbeidsoppgaver, motivere og gir sosial støtte til sine ansatte. De skal videre løse eventuelle konflikter som måtte oppstå og sørge for at sine arbeidstakere går gjennom en læring- og utviklingsprosess.

Dette er i følge Henry Mintzberg den typiske arbeidslederrollen som innebærer en direkte påvirkning og det å ha en tett relasjon mellom leder og arbeidstaker, dette blir og definert av Yukl (2006) som personlig lederskap (Karlsen, 2015). Når en leder utfører sin rolle på en måte som gjør at de ansatte ikke føler seg sett, blir kommunisert med eller ikke føler de får noen form for sosial støtte av lederskapet kan dette føre til at de ansatte ikke trives i sin situasjon og utvikler former for stress og/eller mistriivsel.

Videre forteller Harung at Lund et al (2006) finner at fysisk tungt arbeid fører til sykdom og dermed sykefravær. Fysisk tungt arbeid kan gi skader og lidelser av høy belastning etter hvert som kroppen blir eldre, og føler seg raskere trøtt og sliten. Studien til Hakkan et al (2001) viser overraskende nok at uerfarne og unge arbeidere i tunge fysiske jobber har en større sjanse for å pådra seg muskel- og skjelettlidelser enn hva eldre arbeidstakere har. Studien konkluderer at det kan være en sammenheng ved at uerfarne arbeidstakere mangler kunnskap om hvordan arbeidet skal utføres og dermed har lettere for å utvikle skader (Harung, 2010, p. 50).

Fysisk tungt arbeid er en upresis benevnelse på arbeid som utføres med hele kroppen og som krever moderat til stor kraft og er energikrevende. Løft eller forflytninger av tunge materialer eller mennesker med en eventuell vridning av ryggen eller kraftfulle bevegelser som å trekke, skyve eller dra i dårlige arbeidsposisjoner kan ha betydelige konsekvenser for individet arbeidsutførelse og eventuell sykefravær (Knardahl et al., 2016). I litteraturstudien til Allebeck og Mastekaasa (2004) finner forfatterne at det er veldokumentert at det fysiske arbeidsmiljøet påvirker sykefraværet. Det er derimot vanskelig å identifisere hvor mye effekt de enkelte elementer har på sykefraværet, men antyder at ergonomiske forhold som tunge og

krevende arbeidsstillinger har mer å si for sykefraværet enn hva for eksempel kulde og støv har (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 64).

En annen utfordring for organisasjonen ved sykefravær i tillegg til de høye kostnadene både organisasjonen og samfunnet har ved langtidssykefravær, er det og utfordringer ved korttidssykefravær. Korttidsfravær for en organisasjon kan ofte bøte på akutte problemer, fordi de for eksempel på kort varsel må skaffe en erstatter som må steppe opp ved sykdom (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1148).

### 2.2.3 SAMFUNNSNIVÅ

1909 ble det vedtatt en sykeforsikring, men denne gjaldt kun for de lavest lønnede arbeidstakerne, og dekket legehjelp, sykehusbehandling og sykepenger i 26 uker. I 1953 kom en sykepengeordning som gjaldt for alle arbeidstakere. Her fikk ulike arbeidstakergrupper ulike rettigheter fordi avtalene ble forhandlet mellom fagforeninger og forbund, eller arbeidsgiver og arbeidstaker. Rettighetene kunne gjelde alt fra null til tre karensdager og lønnskompensasjon på 50 til 100 prosent (Auestad, 2005).

Først i 1977 fikk alle arbeidstakere på grunnlag av egenmelding eller legemeldt sykefravær hundre prosent kompensasjon av inntektstap inntil en øvre grense. Formålet med sykepengene er å gi individer som er uføre på grunn av sykdom eller skade en kompensasjon for bortfallet av arbeidsinntekt. For å kunne motta sykepenger må arbeidstaker ha vært i arbeid minimum fire uker før skaden eller sykdommen inntraff. Personen skal så tidlig som mulig prøve seg tilbake i arbeid, og legen har ansvaret for den medisinske vurderingen. For å ha rett på sykepenger fra folketrygden, må vedkommende ha inntekt på minimum halvparten av folketrygdens grunnbeløp. Sykepengegrunnlaget kan ikke overstige seks ganger grunnbeløpet, og det er derfor vanlig at arbeidsgiver dekker eventuell inntekt som overskrider denne grensen, slik at den sykmeldte arbeidstakeren får hundre prosent kompensasjon (Harung, 2010, p. 4)

En arbeidstaker har rett til å bruke egenmelding i tre dager, og denne retten kan brukes fire ganger i løpet av en periode på tolv måneder. Arbeidstakere med IA-avtale (Inkluderende arbeid) har rett på egenmelding inntil åtte dager, og fravær utover dette krever sykemeldingsattest fra lege. Arbeidsgiver må innen en periode på åtte uker utarbeide en

oppfølgingsplan etter arbeidsmiljøloven sammen med den ansatte som er sykmeldt, hvor arbeidsgiver, så langt det er mulig, legger til rette for å hjelpe sin arbeidstaker tilbake til arbeid. Dersom arbeidstaker ikke er i arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet innen åtte uker kreves en utvidet legeerklæring som skal dokumentere at det av tungtveiende medisinske grunner ikke er mulig for den sykmeldte å være tilbake i arbeid. Sykepenger kan ytes i inntil 52 uker ved tungtveiende medisinske årsaker, og dersom det er varig nedsatt arbeidsevne på 50% eller mer kan arbeidstaker ha rett på uføretrygd (Auestad, 2005).

Etter innstrammingen av sykefraværsordningen i 2004 gikk fraværet umiddelbart ned med 23% (Markussen, 2010, b. Hentet fra Harung, 2010, p.11). Endringene i folketrygdloven er en oppfølging av IA-avtalen, og disse reglene skal fokusere på arbeidsmuligheter og aktivitet for å få sykmeldte tilbake i arbeid så raskt som mulig. Men det viste seg at nedgangen ikke var langvarig, og mellom 2004 og 2008 økte sykefraværet igjen og til tross for finanskrisen økte sykefraværet kraftig i 2009. Sykefraværet har økt med 0,5% fra 2000 til 2009 og dette sett sammen med økningen av uføretrygden mener Markussen at sykefraværet er kritisk for tilstrømmingen til uføretrygden (Harung, 2010, p. 11).

Som nevnt innledningsvis har sykefraværet økt med 2,2 prosent fra andre kvartal 2018 til andre kvartal 2019 på nav sine sider (Nav.no). For tredje kvartal 2019 er det en svak økning på 1% for egenmeldte sykefravær, og på legemeldte sykefravær var stabilt på 5%. Sammenliknet med samme periode fra 2018 er legemeldte fraværet en økning på 2,2% fra året før (Nav.no).

I desember 2018 ble en ny IA-avtale signert som skulle tre i kraft i januar 2019 som skal gjelde for hele det norske arbeidslivet. Avtalen skal ha som overordnede mål å skape et arbeidsliv som har plass til alle og den skal forebygge sykefravær og frafall (Regjeringen.no, 2018).

Sykefravær har økonomiske konsekvenser for samfunnet, og hvert år betaler det offentlige store summer til individer som av en eller annen grunn ikke er arbeidsfør. I 2014 var 13,8 prosent av de samlede offentlige utgiftene relatert til sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1145). I 2017 betalte NAV 421 milliarder kroner til personer som er bosatt i Norge, dette er i gjennomsnitt 80 000 kroner per innbygger. Av disse utgiftene er det alderspensjonister som topper listen, etterfulgt av mottakere av

barnetrygd, og mottakere av sykepenger på tredjeplass, noe som tilsvarer 497 800 personer (NAV.no, 2017).

Arbeidsmarkedsforhold kan og ha en innvirkning på sykefraværet. Det kan antas at ansatte er mer forsiktige med å være fraværende fra arbeidsplasser i perioder hvor arbeidsledigheten er høyere og utsiktene for å finne et annet arbeid er dårlig. Forbindelsen mellom arbeidsledighet og sykefravær kan i tillegg være avhengig av seleksjonseffekter. Det vil si flere mennesker med dårligere helse kan være uten arbeid når ledigheten er høy, eller i sammenheng med andre økonomiske forhold som for eksempel høyere arbeidstempo i selskaper i perioder med økonomisk vekst (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 51)

Vi har nå sett på årsaker for sykefravær på tre forskjellige nivåer. Da denne studien skal ta for seg fenomenet autonomi for å se på relasjonen med sykefravær, vil det dermed bli fokusert på om organisatoriske forhold kan tenkes å påvirke dette. Av de organisasjonsmessige forholdene som ble nevnt overfor kan det, ifølge Karlsen (2015), være flere gjøremål som er viktig for at en leder skal være en god leder, og hvis ikke de ansatte blant annet får god støtte fra lederskapet kan dette føre til mistriivsel. En annen faktor som kan øke sykefraværet av de organisasjonsmessige faktorene er hvor fysisk krevende jobben er, slik som Knardahl (2016) påpeker at vridninger og kraftfulle bevegelser kan ha en negativ konsekvens for kroppen. Harung (2010) forteller om viktigheten av et godt arbeidsmiljø og hvordan sammenhengen mellom sykefravær og dårlig arbeidsmiljø med høye mentale krav og liten beslutningsmyndighet kan føre til negativt stress og dermed fravær.

For en arbeidsgiver som ønsker å senke fraværet blant sine ansatte kan det først og fremst lønne seg å vurdere en endring på et organisatorisk nivå. En arbeidsgiver kan ikke for eksempel gå inn i privatlivet til sine ansatte for å endre kostholdsvaner, men de kan gjennomføre en organisasjonsendring som eksempelvis en redesign av jobber eller endre hvor stor grad de ansatte har av innflytelse på arbeidsplassen sin. Det å ha innflytelse og beslutningsmyndighet over egne arbeidsoppgaver eller muligheten til å bestemme over eget arbeidstempo har vært et sentralt og viktig tema i organisasjonsteorien helt siden Fredrick Taylor og kritikken på hans «Scientific Management» som ble introdusert i 1911. Beslutningsmyndighet og autonomi har siden vært sentrale elementer i de fleste teorier som omhandler motivasjon og arbeidsliv, noe vi skal se videre på.

Hovedideen til Taylor var at den største effektiviteten på arbeidsplassen ble oppnådd når arbeidsoppgavene ble oppdelt, forenklet og oppgavene skulle være konsentrert omkring arbeidsoppgave. Hvis disse oppgavene var så enkle og standardiserte som mulig ville dette gi flere fordeler ved for det første at opplæringskostnadene ble redusert, og de ansatte ville bli flinkere til å effektivisere utførelsen av oppgavene. De ville få økt motivasjon gjennom lønssystemet og ikke selve arbeidsoppgavene de var satt til å gjøre. Tanken var at hvem som helst kunne lære oppgavene dersom de var enkle nok og tilstrekkelig oppdelt, og styring og kontroll kan gjøres enda mer effektivt når det er en klarere produksjonsnorm å basere seg på (Taylor, 1914).

Taylorisme fikk stort gjennomslag i deler av industrien, men ble og møtt av mye kritikk. Kritikken gikk ut på at ett menneske var lik en jobb, og at både menneskene og jobbene skulle være enkle å skifte ut hvis det skulle være nødvendig. Selv om denne formen kan øke effektiviteten på produksjonen, kan den og øke fraværet, skape mistriivsel og redusert produktivitet dersom organisasjonen blir for stramt ført etter Taylors linjer. En annen kritikk som har blitt rettet mot Taylors idé er at denne formen betrakter mennesker som maskiner, og at mennesker ikke bør detaljstyres på denne måten. Når jobbene blir forenklet og standardisert for mye vil jobbene bli kategorisert som monotone og lite utviklende eller motiverende for de som arbeider i dette yrket, noe som kan føre til misnøye og fravær (HARRIS, 1998).

### 3.0 AUTONOMI

Som nevnt har autonomi vært et sentralt element innen organisasjonsteorien helt siden tidlig 1900-tallet hvor Taylor møtte kritikk for sin idé om å forenkle arbeidsoppgavene tilstrekkelig i tro på at dette kunne øke produktiviteten. I løpet av 1930-årene ble det igangsatt et forskningsprosjekt i Chicago (Western Electrics Hawthorne) hvor målet var å videreføre Taylors ideer og de skulle undersøke hvilke arbeidsforhold som påvirket produksjonen. Funnet i forskningen viste at produktiviteten øker ved økt trivsel, og trivsel er igjen avhengig av de sosiale normene innad i organisasjonen. Videre viste undersøkelsen at trivselen økte dersom de ansatte opplevde arbeidet som betydningsfullt. Konsekvensen av dette prosjektet var at fokuset endret seg når det gjaldt å tilrettelegge arbeid. Det ble viktigere å utvikle en fellesskapsfølelse mellom de ansatte og ledelsen og det ble lagt vekt på ledere og arbeideres



interesser og de ansattes opplevde selvstyre, samt at ledere skulle være mer medmenneskelig og tillitsvekkende. I ettertid har Hawthorne-prosjektet blitt kritisert for å være lite vitenskapelig gjennomført, slik som ideene til Taylor om Scientific Management har blitt. Til tross for kritikken prosjektet møtte førte dette til en erkjennelse av både sosiale og psykososiale faktorer som kan påvirke arbeidsmiljøet og dermed produktiviteten på arbeidsplassen (Wickström & Bendix, 2000). Dette er et like viktig, om ikke enda mer viktig, konsept i dag som det var for nesten ett hundre år siden. Det er viktig for arbeidstakere å føle seg verdsatt og nyttig i arbeidet, og det er viktig å føle at meninger blir hørt og at menneskene blir sett. Organisasjonstenkning og teorier har siden blitt bearbeidet og utviklet seg innenfor denne retningen hvor vektlegging av trivsel på arbeidsplassen, utvikling og læring samt å delta i et fellesskap får et større fokus som vi skal se nærmere på videre i dette kapittelet. Vi skal ta for oss seks teorier som kan forklare fenomener som utbrenthet, stress, motivasjon og autonomi. Den siste delen av kapittelet tar for seg en nærmere relasjonen mellom autonomi og sykefravær i form av et systematisk litteraturreview.

Før vi skal gå inn på de seks teoriene skal vi forsøke å operasjonalisere autonomi som et begrep. I studien til Väänänen, Toppinen-Tanner et.al (2003) definerer de autonomi på den ene siden som uavhengighet fra andre arbeidere som utfører oppgaver, og den andre siden beslutningsmyndighet når det gjelder arbeidstempo og arbeidsfaser. De har en sterk innflytelse av arbeidsmodellen til Karasek (1979). Man kan for eksempel tenke seg at autonomi kan komme gjennom stillingsbeskrivelse ved at de som jobber høyere opp i systemet, har høyere utdanning eller lenger arbeidserfaring. Kröger beskriver i sin artikkel om sammenhengen mellom sykefravær og autonomi ved at de som jobber på et høyere nivå har høyere grad av autonomi og dermed et lavere sykefravær, men det kan tenkes at det er flere mekanismer for et lavt sykefravær enn bare autonomi. For eksempel kan presset blant lederne for å motivere de som jobber «under seg» være stort, hvor man må være tilgjengelig hele tiden og de ansatte er avhengige av at du er på jobb. Samtidig kan ønsket om å være et godt forbilde føre til lavere sykefravær. Videre kan det tenkes at de som jobber høyere opp i systemet har steget i gradene på grunn av sin høye motivasjon, trivsel og lave sykefraværsdager og det dermed er mindre sykefravær blant de med høyere stillingsbeskrivelse eller de som jobber høyere opp i systemet (Kroger, 2017).

Kulik, Hackman og Oldman beskriver i sin artikkel «*Work Design as an Approach to Person-Environment Fit*» at autonomi på arbeidsplassen kan beskrives som i hvilken grad jobben gir frihet, uavhengighet og skjønn til den enkelte når det er snakk om å planlegge arbeidet og å bestemme prosedyrene som skal brukes i utførelsen. De skriver videre at en jobb med lite autonomi eller lave tilbakemeldinger vil dempe det motiverende potensialet i arbeidet (Kulik, Oldham, & Hackman, 1987).

### 3.1 AUTONOMI I ORGANISASJONSTEORIEN

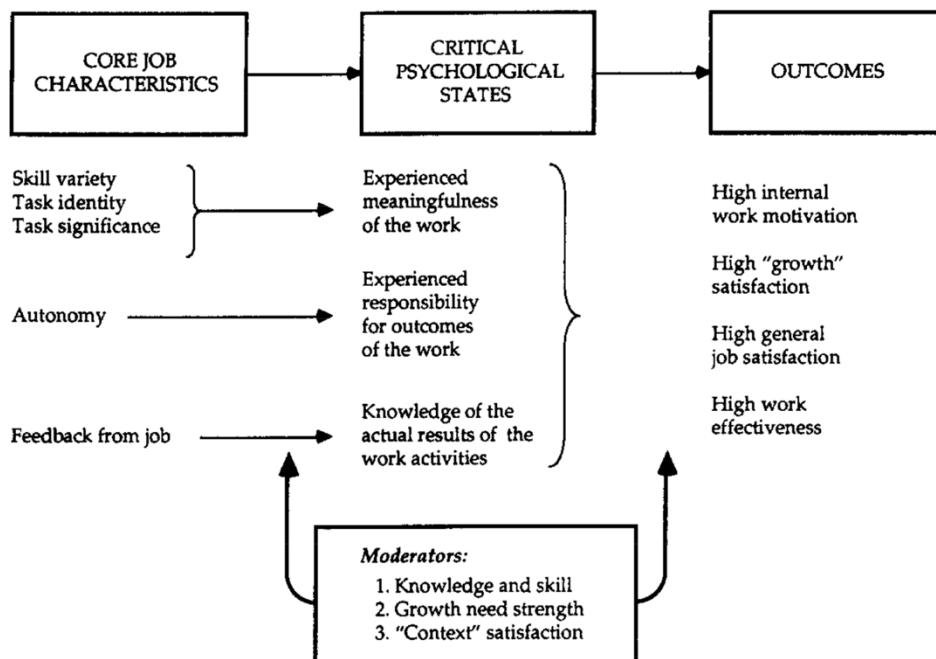
Som vi snakket om innledningsvis har autonomien vært en del av organisasjonsteorien siden tidlig 1900-tallet og utviklet seg gradvis, hvor fokuset blir mer flyttet til trivsel og motivasjon på arbeidsplassen for å øke produktiviteten, fremfor detaljstyring og stramme linjer. Vi skal nå se nærmere på seks teorier som ser på faktorer som utmattelse, stress og autonomi.

Frederick Herzberg utviklet to-faktorteorien i 1959, som var meget kontroversiell på den tiden den ble publisert. Den omhandler hva som påvirker motivasjon, tilfredshet og misnøye hos ansatte. Gjennom sin forskning har Herzberg kommet frem til at det er flere faktorer som skaper trivsel og misnøye hos en arbeidstaker i en arbeidssituasjon. Han mener at motivasjon og misnøye ikke blir påvirket av de samme arbeidsfaktorene, og deler dette dermed opp i to typer faktorer; motivasjonsfaktor og hygienefaktor (Herzberg, 1974).

Motivasjonsfaktor handler om faktorer som motiverer og skaper trivsel hos den enkelte arbeidstaker. Motivasjonsfaktorer dreier seg om innholdet i arbeidet. For eksempel hvor interessant arbeidet er, hvor mye ansvar som er tildelt den enkelte, personlig vekst, innflytelse og anerkjennelse på arbeidsplassen. På den andre siden har vi hygienefaktor, altså det som kan skape misnøye hos arbeidstakerne. Hygienefaktoren handler ikke om hva de gjør på arbeidsplassen, men hvor godt (eller dårlig) de blir behandlet, mens motivasjonsfaktorene er relatert til innholdet, ikke konteksten av arbeidet. Faktorene i denne gruppen er organisasjonspolicy og retningslinjer, forholdet mellom kolleger og leder, arbeidsforhold, lønn, status og sikkerhet. Grunnet at faktoren beskriver jobbkonteksten, i negative aspekter, som kan skape misnøye på arbeidsplassen har Herzberg valgt å kalle denne gruppen for hygienefaktor for å symbolisere at de representerer forebyggende og miljømessige forhold på arbeidsplassen (Herzberg, 1974).

Jobbkarakteristikk-modellen til Hackman og Oldham handler om at ideen av oppgaven i seg selv er nøkkelen til motivasjon på arbeidsplassen. Hvis jobben er monoton eller kjedelig vil arbeidet slite med å gi motivasjon til sine ansatte slik at de utfører arbeidet godt, men en mer krevende jobb vil øke motivasjonen. Hackman og Oldham beskriver fem former for jobbkarakteristikker i sin modell. De tre første handler om; Oppgavens identitet, ferdighetsvariasjon, oppgavebetydning, den fjerde handler om autonomi og den siste handler om feedback fra jobben (Hogan & Martell, 1987).

Disse fem jobbkarakteristikkene fører igjen til det Hackman og Oldham kaller en psykologisk tilstand ut fra hvilken grad disse dimensjonene er tilstede på arbeidsplassen. Oppgavens identitet, betydning og variasjon vil gi psykologisk følelse av å være betydningsfull og at arbeidet er meningsfullt, det vil si at vedkommende må føle at det arbeidet hun eller han legger ned føles viktig og verdt det. Autonomi produserer følelsen av å ha ansvar og tilbakemeldingene fører til kunnskap om resultat, og den ansatte må føle en viss personlig ansvarlighet for utfallet for arbeidet han eller hun nedlegger. For det tredje er disse relasjonene knyttet til behovet for personlig vekst, og den ansatte må være klar over resultatene og hvor effektivt arbeidet som har blitt gjort er. Hvis alle disse tre psykologiske tilstandene er til stede vil indre motivasjon, generell jobbtilfredshet, høy arbeidsytelse og gleden av å forbli i arbeidssituasjonen oppstå, som igjen vil føre til et lavere fravær. Uten alle disse tilstandene vil ikke motivasjon og tilfredshet være til stede (Kulik et al., 1987). Jobbkarakteristikkmodellen er presentert i bildet under som beskriver de fem karakteristikkene og hva utfallet av karakteristikkene på arbeidsplassen kan føre til.



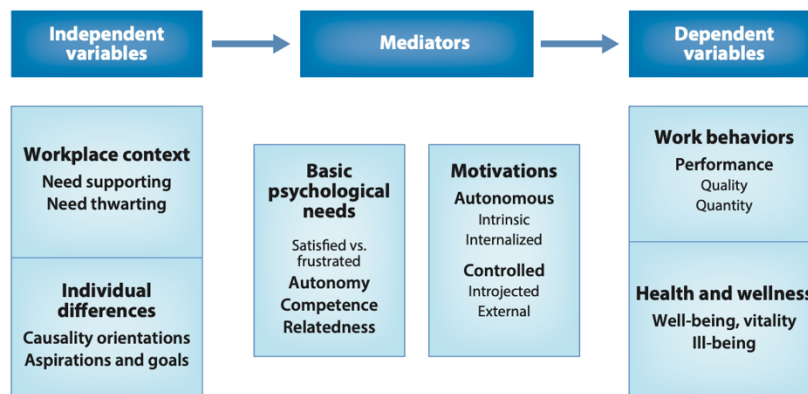
(Kulik et al., 1987).

Self-Determination Theory (SDT) er en teori om menneskelig motivasjon som har blitt anvendt på tvers av domener inkludert familie, utdanning, helsevesen, sport og fysisk aktivitet og psykoterapi, i tillegg til arbeidsmotivasjon og ledelse. SDT fokuserer på hvordan sosiale og kulturelle faktorer letter eller undergraver folks følelse av vilje og initiativ, i tillegg til deres velvære og kvaliteten på prestasjonene. Forhold som støtter den enkeltes opplevelse av autonomi, relasjoner og kompetanse, hevdes å fremme de høyeste kvalitetsformene for motivasjon og engasjement for aktiviteter, forbedret ytelse og kreativitet. Mennesker trenger, ifølge teorien, disse tre for å oppnå psykologisk vekst. De trenger kompetanse for å føle at de har de ferdighetene som trengs for suksess, og når de føler de har disse ferdighetene er det større sjanser for at de tar det ekstra steget for å oppnå sine mål. De trenger relasjoner for å føle en tilhørighet til andre mennesker. For det tredje trenger mennesker autonomi for å føle at de har kontroll på egen oppførsel og egne mål. Denne følelsen av å kunne iverksette tiltak som vil resultere i en reell endring, spiller en viktig rolle i å hjelpe mennesker til å føle seg selvbestemte.

Teorien antyder spesifikt at både de ansattes prestasjoner og deres trivsel påvirkes av den type motivasjon de har for jobben sin. Teorien mener at dersom disse psykologiske behovene ikke støttes vil det ha en skadelig effekt på velværen (Deci, Olafsen, & Ryan, 2017).

Self Determination-teorien har to nøkkelantakelser hvor den første kalles kontrollert motivasjon og er den som driver oppførselen. Den andre kalles motivasjonsautonomi, hvor behovet for å vokse handler om at mennesker aktivt motiveres av å øke kunnskap til å mestre utfordringer og å lære nye erfaringer som er essensielle for utvikling og bedrer selvtiliten. Motivasjonsautonomi er preget av at mennesker er engasjert i en aktivitet med full følelse av vilje og valg, og ofte har autonome aktiviteter en indre motivasjon. Hvis vi ser på arbeidsplassen kan ytre motivasjon, under riktige omstendigheter, også være motivasjonsautonomi. Når arbeidstakerne forstår verdien og formålet med arbeidet de gjør, føler eierskap og autonomi når de utfører dem og får gode tilbakemeldinger og støtte vil de sannsynligvis få mer motivasjonsautonomi, prestere bedre, lære bedre og være bedre tilpasset arbeidsplassen. Motsetning til dette er når motivasjonen er kontrollert, enten gjennom betingede belønninger eller kraftdynamikk, kan de ytre motivasjonsfaktorer som resultat, begrense rekkevidden for de ansattes innsats, gi kortsiktige gevinster på målrettede resultater og ha negative påvirkninger på ytelsen og engasjementet på arbeidet (Deci et al., 2017).

I senere tid har teorien og utviklet seg og flere empiriske studier har tilpasset Self-Determination teorien til arbeidsplassen. Modellen under viser kjerneelementene til teorien satt på arbeidsdomenet og viser den generelle SDT-modellen for arbeidsmotivasjon (Deci et al., 2017).



**Figure 1**  
The basic self-determination theory model in the workplace.

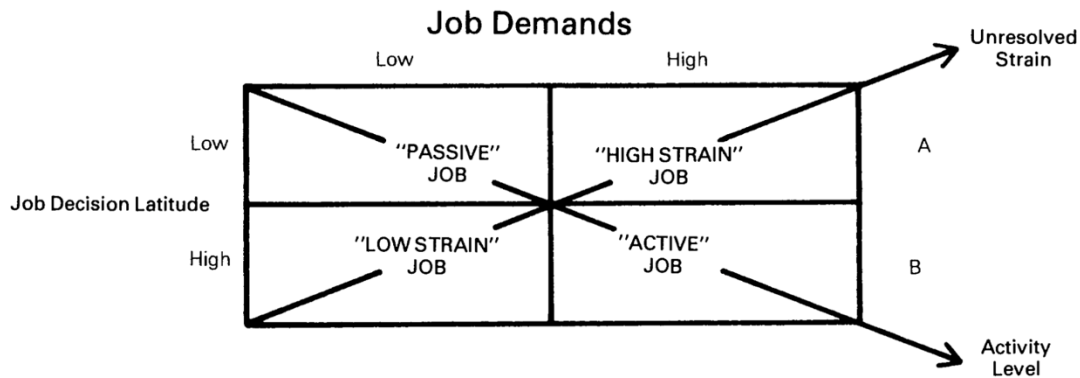
(Deci et al., 2017)

Modellen begynner med to uavhengige variabler: Konteksten på arbeidsplassen og forskjeller mellom individer. Under konteksten på arbeidsplassen er det organisasjonsstøtte kontra det å sabotere for de ansattes grunnleggende psykologiske behov for kompetanse, relasjon og autonomi, og de blir sett på som sterkt påvirket av lederstiler. Støtten til de tre behovene brukes ofte sammen selv om mange studier, i følge Deci et al (2017), kun har undersøkt autonomistøtte. Når det er støtte for autonomi både fra ledelse og organisasjon, er som regel støtte og tilfredsstillelse av alle de tre ansattes grunnleggende psykologiske behov korrelert. Dette fordi ledelser som støtter autonomi generelt, er innstilt på å støtte de andre behovene. I tillegg når ansatte har en følelse av å ha autonomi på arbeidsplassen, vil de selv finne andre måter å tilfredsstille de andre behovene på (Deci et al., 2017).

Den neste teorien vi skal ta for oss kalles Job Demand Control- modellen (JD-C) av Karasek fra 1979. Den sentrale ideen bak JD-C modellen er at kontroll reduserer effekten av jobbkrav og belastning, og dermed kan bidra til å øke de ansattes arbeidsglede med muligheten til å delta i utfordrerne oppgaver og lære seg nye ferdigheter. Denne modellen påpeker at mental belastning er et resultat av samspillet mellom jobbkrav, og beslutningsmyndighet. Modellen ser ut til å tydeliggjøre tidligere motstridende funn basert på atskilte effekter av jobbkrav og beslutningsmyndighet (Karasek, 1979).

Funnene til Karasek viser at kombinasjonen mellom lav beslutningsmyndighet og høye jobbkrav er assosiert med mental belastning, og den samme kombinasjonen er og assosiert med misnøye på arbeidsplassen. Modellen påpeker at psykologisk belastning ikke er et resultat av et enkelt aspekt av arbeidsmiljøet, men fra felleseffektene av kravene til en arbeidssituasjon og rekkevidden av beslutningsfrihet som er tilgjengelig for arbeidstakeren som står overfor disse kravene. I følge Karasek (1979) er det to aspekter som er representert av jobbsituasjoner. Den første er «handlingens initiativtakere» som kan beskrives som arbeidsmengde, konflikter eller andre stressfaktorer som setter arbeidstakeren i en engasjerende eller motiverende form for «stress» (Jobbkrav). Og det andre aspektet er «begrensningene for de alternative resulterende handlingene». Individets beslutningsmyndighet er begrensninger som modulerer frigjøring eller transformasjon av «stress» (potensiell energi) til handlingens energi. Dette er dermed en stressmestringsmodell for belastning (Karasek, 1979)

Bildet under beskriver modellen til Karasek av typer jobber som kan resultere i forskjellige kombinasjoner av jobbkrav og beslutningsmyndighet. De navngitte diagonalene representerer to interaksjoner: Situasjoner hvor jobbkrav og beslutningsmyndighet ikke korrelerer (A) og situasjoner hvor de matcher (B) (Karasek, 1979).



**Figure 1. Job strain model.**

(Karasek, 1979).

Effort Reward Imbalance-modellen (ERI) til Siegrist er den femte teorien vi skal se nærmere på. ERI-modellen baserer seg på forutsetningen om at arbeidsrelaterte fordeler avhenger av et gjensidig forhold mellom innsats og belønning på arbeidsplassen. «Effort» representerer jobbkrav og/eller forpliktelser som blir pålagt arbeidstakeren. Belønning (Rewards) blir fordelt av arbeidsgiveren (og samfunnet for øvrig) og består av penger, godt omdømme, jobbsikkerhet og karrieremuligheter. Mer spesifikt hevder ERI-modellen at arbeid som er preget av både høye effekter og lave belønninger representerer et gjensidig underskudd mellom «kostnader» og «gevinster». Denne ubalansen kan forårsake vedvarende belastningsreaksjoner. For eksempel vil hardt arbeid uten å bli verdsatt være en stressende ubalanse, i tillegg er det antatt at denne prosessen vil bli intensivert av overforpliktelse (som en personlighetskaraktistikk), slik at sterkt overforpliktete ansatte vil få større belastningsreaksjoner på ERI sammenliknet med andre ansatte (van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

Generelt sett ønsker ikke mennesker å bli værende i et høyt- krevende og lavt-belønnede ubalanseforhold, men de vil både kognitivt og atferdsmessig redusere kravene og/eller maksimere belønningen. Og på grunn av dette kan ikke ERI påvirke helsen over en lengre

periode, men i følge Siegrist, kan det hende at den negative effekten forbundet med ERI ikke blir bevisst vurdert, da den er en kronisk tilbakevendende hverdagsopplevelse. Siegrist nevner noen omstendigheter hvor høy kostnad/ lav belønning kan bli opprettholdt. Det kan blant annet være hvis det ikke er noen andre alternativer på arbeidsmarkedet, eller om det er en strategisk grunn som for eksempel fremtidig belønning i form av for eksempel forfremmelse (van Vegchel et al. (2005).

Den siste teorien vi skal se nærmere på kalles for Job- Demands-Resources modellen (JD-R) som ble utviklet av Arnold Bakker and Evangelia Demerouti. JD-R modellen forteller at høye jobbkraav fører til en rekke helseproblemer, og at høye ressurser fører til økt motivasjon og høyere produktivitet. JD-R modellen har blitt gjenkjent som en av de ledende modellene innen stress sammen med Karaseks Job-Demand Control (JD-C) og Siegrists Effort Reward Imbalance model (ERI) (Schaufeli & Taris, 2013).

I likhet med JD-C og ERI- modellene mener JD-R modellen at de ansattes helse og velvære resulterer fra en balanse mellom positive (ressurser) og negative (krav) jobbkarakteristikker. I motsetning til de to andre modellene, så begrenser ikke JD-R modellen seg til spesifikke jobbkraav eller stillingsressurser. Det forutsetter at etterspørsel og ressurser kan påvirke ansattes helse og velvære. På grunnlag av at den ikke begrenser seg til spesifikke jobbkraav eller stillingsressurser så innebærer dette at den antar at *alle* kraav og *alle* ressurser kan påvirke de ansattes helse og velvære, noe som gjør denne modellen mye bredere enn de to andre (Schaufeli & Taris, 2013).

Det kan i tillegg være problematisk at modellen har en forholdsvis løs beskrivelse av hvordan «Job Demand-Resources Model» har blitt brukt, det er med andre ord ikke én enkel JD-R modell. Og i stedet for å relatere til et veldefinert og spesifikt konsept (slik som ERI og JD-C modellen) er modellen heuristisk og representerer en måte å tenke på hvordan jobb (og personlige) egenskaper kan påvirke ansattes helse, trivsel og motivasjon. Dette indikerer at studier som ikke tilsier noen overlapp når det gjelder studiekonseptene, fremdeles kan være basert på og teste de samme forutsetningene som JD-R-modellen (Schaufeli & Taris, 2013).

Tre år etter den opprinnelige JD-R modellen kom en revidert utgave av Schaufeli og Bakker i 2004. Denne modellen inkluderte arbeidsengasjement i tillegg til utbrenthet, og betraktet utbrenthet og arbeidsengasjement til å være formidlere av forholdet mellom jobbkraav og



helseproblemer, og henholdsvis stillingsressurser og omsetningsintensjon. Den reviderte versjonen skulle ikke bare forklare de negative psykologiske tilstandene (utbrenthet), men og de positive (arbeidsengasjement). Den reviderte JD-R-modellen påpeker en iboende motiverende egenskaper ved arbeidsressursene. Arbeidsmiljøer som tilbyr mange ressurser fremmer arbeidstakernes vilje til å dedikere sin innsats og evner til arbeidsoppgaven. Dermed spiller arbeidsressurser en rolle for ytre motivasjon, mens indre motivasjon er en viktig rolle fordi de tilfredsstillende blant annet grunnleggende behov for autonomi og kompetanse. For eksempel kan tilbakemeldinger fremme læring og dermed øke jobbkompetansen, mens beslutningsmyndighet og sosial støtte tilfredsstillende behov for autonomi. I begge tilfeller stimulerer arbeidsressurser et fullstendig og positivt arbeidsengasjement. Enten gjennom oppnåelse av arbeidsmål eller tilfredsstillende av grunnleggende behov (Schaufeli & Taris, 2013).

De ovennevnte teoriene tar overraskende nok ikke for seg sykefravær og retter seg derfor ikke mot å forklare dette, men heller relaterte fenomener som utbrenthet, stress og motivasjon i tillegg til autonomi. I neste avsnitt skal vi se nærmere på hva teorien kan fortelle om sammenhengen mellom autonomi og sykefravær.

### 3.2. AUTONOMI OG SYKEFRAVÆR

For å danne kunnskap om relasjonen mellom autonomi og sykefravær skal denne delen av kapittelet være et systematisk litteraturreview. Et litteraturstudie kan beskrives som systematisk, eksplisitt og en reproducerbar metode for å identifisere og evaluere det allerede eksisterende organet av fullført og nedtegnet arbeid som er tidligere har blitt gjort av forskere (Booth, Papaioannou, & Sutton, 2012). Fremgangsmåten består av å systematisk søke og lete blant fagfellevurderte kilder i forskjellige databaser og sorterer ut de relevante funnene for å se hva litteraturen forteller. En god litteraturstudie kan gi brede og pålitelige svar på forskningsspørsmål, det kan og avdekke hull i kunnskapen som krever videre forskning. Ved bruk av litteraturreview er det mulig å se hvor mye av funnene fra tidligere studier varierer, eller om de er konsekvente på tvers av studiene (Booth et al., 2012).

### 3.2.1 SØK ETTER RELEVANTE STUDIER

Første steget når man går i gang med et systematisk litteraturreview er, i følge, Booth et al å foreta et slags overblikk-søk for å se hva som er der ute av informasjon om emnet, for å få en viss oversikt over både kvaliteten og kvantiteten av tidligere studier, og hvilke som er relevante (Booth et al., 2012). Denne studien skal fokusere på to databaser ved navn PubMed og ISI web of science. PubMed inneholder medisinske og psykologiske artikler, mens ISI inneholder mer generelle vitenskapelige artikler. Ved å bruke begge databasene oppnås bred oversikt over både de generelle og de medisinske artiklene som er der ute om det aktuelle emnet.

Da denne problemstillingen inneholder den avhengige variabelen sykefravær er det relevant å søke på ord som: «sickness absence», «absenteeism», og «employee absenteeism». Videre for den uavhengige variabelen har det blitt brukt søkeord som: «job autonomy» og «job freedom». I denne søkeprosessen ble følgende kombinasjoner av søkeord brukt: «sickness absence + autonomy», «absenteeism autonomy», «employee absenteeism + autonomy», «job autonomy + sickness absenteeism», «job freedom + sickness absence» og «work autonomy and sickness absence». For denne studien er det kun brukt søkeord eller kombinasjoner på engelsk. Det er, ifølge Booth et al, ikke ideelt å kun forholde seg til ett språk når man foretar et litteraturreview, men resurser for oversettelser er ofte begrenset og det vil stort sett være umulig å gjennomgå et søk blant alle språk for en studie eller en avhandling (Booth et al., 2012).

Når alle søkeordene var skrevet inn i begge databasene fikk jeg opp et totalt antall på 427 artikler som skulle undersøkes nærmere. Neste steg i prosessen er å se hvor mange artikler som overlapper mellom databasene og mellom søkeordene. Dette ble gjort ved å liste opp alle artiklene alfabetisk i et dokument for å se om det var flere identiske artikler og dermed luke ut disse. Dette førte til en reduksjon fra 427 til 182 artikler som videre skulle vurderes om de var relevante for denne oppgaven.

Det neste steget i prosessen etter at vi har luket ut overlapp vil være å gjennomgå de gjenværende artiklene ved å starte med å lese abstraktene for å vurdere om de er relevante eller ikke. Til tross for at sammendraget ikke nevner sykefravær eller autonomi kan den likevel være av interesse og bør leses i sin helhet før den enten beholdes eller forkastes fra studiet. For å vite hvilke artikler som er relevante er det viktig med eksklusjonskriterier som

setter rammer for hvilke artikler som skal inkluderes i litteraturstudiet og hvilke som skal ekskluderes. Til slutt sitter vi igjen med de artiklene som er relevante for denne studien.

Det første eksklusjonskriteriet for denne oppgaven var at alle studier som skal inkluderes skal inneholde både sykefravær og autonomi, noe som førte til at vi gikk fra 182 til 175 artikler. Det neste eksklusjonskriteriet er at artiklene skal ha sykefravær som avhengig variabel, noe som førte til en reduksjon på 144 artikler. Det vil med andre ord si at vi gikk fra å ha 175 artikler til at vi sitter igjen med 31. Den neste eksklusjonskriteriet er at artiklene skal inneholde autonomi, noe som førte til at vi satt igjen med 28 artikler. Det fjerde kriteriet er at artiklene må være empiriske studier noe som førte til ytterligere reduksjon av 5 artikler og vi satt igjen med 23 artikler. Videre ble 5 artikler ekskludert på grunnlag av et annet språk enn engelsk eller skandinavisk, eller at fulltekst var umulig å finne. Av de 182 artiklene vi satt igjen med etter å ha sjekket for overlapp ble 164 artikler ekskludert, noe som vil si at vi endte opp med totalt 18 artikler som ble inkludert i studiet. Det var 9 artikler som ble funnet i databasen PubMed og 9 artikler fra ISI Web of Science.

I Tabell 1 presenteres søkeordene og antall funn i de to databasene, samt hvor mange artikler litteraturgjennomgangen endte opp med totalt og relevante. En videre gjennomgang av alle de 18 artiklene blir presentert i vedlegg 1. Her blir artikkelnavn, forfatter, konteksten og resultatet til artikkelen samt hvordan de måler autonomi og sykefravær presentert. Videre i neste underkapittel skal vi se nærmere på hva litteraturgjennomgangen kan fortelle om relasjonen mellom sykefravær og autonomi, og vi skal ta for oss hvordan disse artiklene måler disse fenomenene.

Tabell 1: Oversikt over antall artikler i Litteraturreview

	sickness absence + autonomy	Absenteeism Autonomy	employee absenteeism + autonomy	job autonomy + sickness absence	job freedom + sickness absence	work autonomy and sickness absence	Totalt antall artikler	Antall relevante:
ISI Web of Science	56	73	0	42	6	54	231	9
PubMed	33	69	39	21	7	27	196	9

### 3.2.2 EMPIRISKE FUNN

Av de 18 artiklene som ble funnet i litteraturgjennomgangen viste 15 av de en negativ korrelasjon mellom sykefravær og autonomi, og det vil si at de 15 artiklene støtter forskningsspørsmålet om at høyere grad av autonomi gir et lavere sykefravær. Det er likevel interessant å se nærmere på de tre studiene som skiller seg ut for å undersøke hva de har kommet frem til i tillegg til å se på flere av de med en negativ korrelasjon, videre er det interessant å se på hvordan de forskjellige undersøkelsene har behandlet variablene sykefravær og autonomi og hvordan disse er målt.

Først blir artikkelen «*Productivity Loss at Work; Health-Related and Work-Related Factors*» undersøkt. De hadde som mål i sin studie å identifisere arbeidsrelaterte og helselaterte karakteristikk som er assosiert med produktivitetstap enten i form av sykefravær eller redusert ytelse på arbeidsplassen. De ender ikke opp med å finne en korrelasjon mellom sykefravær og autonomi, men de finner i sin studie at psykososial arbeidskarakteristikk, særlig lav jobbautonomi, høye jobbkrav og et følelsesmessig krevende arbeid var sterkere knyttet til lavere arbeidsytelse enn med sykefravær (van den Heuvel, Geuskens, Hoofman, Koppes, & van den Bossche, 2010).

Studien til Dhanini et al omhandler å utforske omsorgsarbeidernes selvrapporterte sykefravær og sykenærvær i forhold til sykehjemmets psykososiale arbeidsmiljø. I denne studien tilhører autonomi en underkategori av det psykososiale arbeidsmiljøet. Forfatterne finner ingen en korrelasjon mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og selvrapportert sykefravær, og de begrunner at sine funn kan variere fra andre studier på bakgrunn av kulturer på arbeidsplasser, sosiale, juridiske eller økonomiske sammenhenger. Det kan og variere fra ett land til et annet eller fra én kultur til en annen. Alle disse faktorene kan påvirke tradisjoner og praksis på arbeidsplassen og trolig ha en innvirkning på deres holdninger til fravær (*Dhaini et al., 2016*).

Den siste artikkelen som ikke viser en negativ korrelasjon mellom sykefravær er artikkelen til Bouville et al. De studerer relasjonen mellom jobbkarakteristikk og sykefravær og undersøker dette under to modererende effekter; de ansattes alder og yrkesgruppe. Bouville et al konkluderer med at samspillet mellom jobbegenskaper, som blant annet inneholder autonomi, alder og sykefravær er et mye større og et mer komplekst fenomen enn hva de først antok. De måtte derfor avslutte med at hypotesen som involverte autonomi ikke ble støttet (Bouville, Dello Russo, & Truxillo, 2018).

Ut fra disse tre artiklene tyder det på at sykefravær er et komplekst fenomen, slik som studien til Bouville et al konkluderer, som kan være vanskelig å studere. Det kan være mange faktorer og årsaksforklaringer som spiller inn når de ansatte har fravær fra arbeidsplassen. Likevel var det, som nevnt, 15 artikler som fant en negativ korrelasjon, noe som vil, ifølge disse studiene, si at autonomi har en innvirkning på sykefraværet.

For eksempel kan vi se på undersøkelsen til Kottwitz et al som studerer relasjonen mellom tidspress, tidsautonomi og sykefravær på et Sveitsisk sykehus. Undersøkelsen bruker «Job Demand- Control» (JDC)-modellen for å beskrive tidspress og tidsautonomi, med arbeidsbetingelser og sykefravær som den avhengige variabelen. Studien finner ikke korrelasjon mellom trivsel på arbeidsplassen og sykefravær. Det er en signifikant, men svak effekt mellom de uavhengige variablene tidspress og tidsautonomi og den avhengige variabelen sykefravær. Utdanningsnivå, jobbautonomi og fysiske krav var relatert til kortvarig sykefravær, mens tilfredshet med kollegaer og arbeidsglede hadde en assosiasjon med langvarig sykefravær. Det kan grunnes i at ansatte som trives på arbeidsplassen kan være motiverte til å møte på jobb selv om de egentlig er syke og blir kun hjemme fra jobb dersom

de er alvorlig syke og dermed er fraværende lenger. Generelt sett ble autonomi mer eller mindre konsekvent funnet for å forutsi fravær i studien til Kottwitz et al, mens assosiasjonene med jobbkrav er ganske inkonsekvente. Dette kan begrunnes med det store utvalget av konseptualiseringer av jobbkrav. Artikkelen konkluderer med at en redesigning med økende grad av tidsautonomi og lavere tidspress burde redusere sykefravær blant ansatte på sykehus (Kottwitz, Schade, Burger, Radlinger, & Elfering, 2018).

Formålet med studien til Väänänen et al er å finne ut av psykososiale forløpere av sykefravær i privat industri. I denne studien klassifiserer de autonomi på den ene siden som uavhengighet fra ledere når de utfører oppgaver, og på den andre som beslutningsbredden for å kontrollere arbeidstempo og faser. I nyere studier om fravær har denne dimensjonen av arbeid ofte blitt kalt jobbkontroll på grunn av den sterke innflytelsen fra Karaseks arbeidsstressmodell. Resultatene til studien viser at jobbautonomi hadde en sterk assosiasjon med å forutse sykefravær. Særlig blant menn ble denne effekten funnet for lange og veldig lange episoder med sykefravær, men forfatterne konkluderer med at jobbkarakteristikk forutså sykefravær blant både menn og kvinner (Väänänen et al., 2003). Dette korresponderer med tidligere studier forfatterne har undersøkt. Det at effekten vises i større grad hos menn kan begrunnes i at i private sektorer kan konvensjonelle mannlige yrker konsentrere seg mer om aspekter av jobbautonomi, mens det i konvensjonelle kvinnelige yrker blir lagt vekt på å ta vare på ens egen del av arbeidet (Väänänen et al., 2003).

Schaufeli et al skriver om hvordan JD-R-modellen er et eksempel på en balansert tilnærming som søker å forklare negative (utbrenthet) så vel som positive (arbeidsengasjement) aspekter av trivsel ved å koble den opp til modellens belastnings- og motivasjonsprosess. Videre integrerte Schaufeli et al sykefravær ved å skille mellom frivillig og ufrivillig sykefravær etter henholdsvis fraværets varighet og fraværshyppighet.

«Frivillig» og «ufrivillig» fravær spiller en rolle i forhold til motivasjonsprosessen og belastningsprosessen til Job Demand and Resources- modellen. Selv om flere forskningsresultater indikerer at motivasjonsvariabler som for eksempel arbeidsglede er sterkere representert til «frivillig» fravær (fraværshyppighet), mens tapt tid er sterkere relatert til «ufrivillig» fravær, er ikke disse resultatene helt entydige. Autonomi inngår i jobb-ressurs-variablene sammen med sosial støtte, tilbakemeldinger og muligheter til å lære noe nytt. Hypotesen ga uttrykk for at utbrenthet ble forutsett av økende grad av jobbkrav

(arbeidsoverbelastning, emosjonelle krav og liknende) og synkende grad av jobbressurser (jobbkontroll, tilbakemelding, sosial støtte og muligheter for læring). Resultatene indikerer altså at endringer i jobbkrav og jobbressurser, mer spesifikt når jobbkrav øker og hvis jobbressurser reduseres, vil fremtidige resultater på utbrenthet øke. Når det gjelder sykefravær, indikerer funnene til forfatterne at utbrenthet forutser fremtidig fraværsvarighet, men ikke fraværshfrekvens. Funnene i studien var slik som de forventet, altså at utbrenthet er assosiert med «ufrivillig» fravær og fører til lenger sykefravær mens arbeidsengasjement er assosiert med «frivillig» fravær og fører dermed til sjeldnere fravær (Schaufeli & Rhenen, 2009).

### 3.2.3 HVORDAN SYKEFRAVÆR ER MÅLT

Av de 18 artiklene i denne studien har 7 målt sykefraværet gjennom registrerte helsedata, og for de resterende 11 artiklene er sykefraværet selvrapportert. For eksempel fikk Kottwitz et al tilgang til registrerte sykemeldingsdata fra den måneden spørreundersøkelsen ble fylt ut og elleve måneder frem i tid i sin undersøkelse på et Sveitsisk sykehus (Kottwitz et al., 2018).

I studien til Roelen et al som undersøkte om arbeidsglede hadde en sammenheng med påfølgende sykefraværddager ble spørreundersøkelsen sendt ut til arbeidere som hadde et registrert sykefravær. De innhentet sykefravær fra bedriftshelseregisteret og arbeidstaker mottok spørreundersøkelse i posten direkte etter endt sykefravær. Arbeidere uten sykefravær ble derfor ikke inkludert i spørreundersøkelsen (Roelen, Koopmans, Notenbomer, & Groothoff, 2008).

Notenbomer et al som undersøkte sammenhengen mellom kortvarig sykefravær og arbeidsglede blant nederlandske arbeidere hentet data om sykefravær fra bedriftshelseregisteret. Sykefraværets varighet var definert som mengden kalenderdager fra den første dagen for registrert sykefravær til dagen tilbake i arbeid, og dager hvor arbeidstaker var borte fra arbeidet delvis av dagen ble sett på som fulle sykedager. Arbeidstakere som var registrert syke i mer enn seks uker ble ekskludert fra denne studien, da sykefravær over 42 dager er kjent for å forekomme på grunnlag av medisinske grunner, fremfor atferdsfaktor (Notenbomer, Roelen, & Groothoff, 2006).

Schaufeli et al samlet informasjon om sykefraværet det siste året før studien fant sted gjennom selskapets bedriftshelsetjeneste og koblet dette til spørreskjemaet ved hjelp av en personalkode. De ansatte måtte gi samtykke for å koble sitt sykefravær med sine svar før de kunne delta i spørreundersøkelsen. Forfatterne argumenterer i sin studie for at registrerte sykefraværdata er en klar fordel fremfor sykefraværdata som er hentet gjennom spørreundersøkelser eller intervjuer (Schaufeli & Rhenen, 2009).

Väänänen et al hentet data om sykefravær fra bedriftshelsetjenesten, hvor dataene ble delt opp i to perioder. Den første var 1,5 års «grunnlagsfravær», og inkluderte sykefravær 1 år og 6 måneder før spørreundersøkelsen ble sendt ut. Den andre var oppfølgingsperioden som var i 1 år og 9 måneder etter spørreundersøkelsen ble sendt ut. Kun de som hadde vært ansatt gjennom hele perioden på 3 år og 3 måneder ble inkludert i studien (Väänänen et al., 2003).

Elleve artikler måler sykefravær gjennom spørreundersøkelsen eller selvrapportert sykefravær. I studien til Pousette og Hanse fikk de spurte i spørreundersøkelsen spørsmål om hvor mange dager de hadde hatt sykefravær de siste tolv månedene med fem svaralternativer: «0», «1-3», «3-9», «9-29» eller «mer enn 29 dager» (Pousette & Hanse, 2002). Tilsvarende gjør studien til Bouville et al hvor respondentene svarer på eget sykefravær gjennom kategoriene 0 dager, 1-3 dager, 4-7 dager, 8-15 dager eller fler enn 16 dager (Bouville, 2010). Den Australske undersøkelsen til D'Souza et al skiller i sin studie mellom tre kategorier; ingen sykefravær, korttid (en til tre dager) og langtidssykefravær (lenger enn tre dager) (D'Souza, Strazdins, Broom, Rodgers, & Berry, 2006), tilsvarende gjør studien til Leijten et al hvor de deler opp sykefraværet i de tre kategoriene: Ingen sykefravær, korttid (1-9 dager) eller langtidssykefravær (over 9 dager) (Leijten, van den Heuvel, Ybema, Robroek, & Burdorf, 2013). Fravær ble indirekte målt i spørsmålene i undersøkelsen til Nyathi og Province. For eksempel lyder den ene påstanden som følgende «Sykepleiere har fravær fra jobben fordi de må jobbe varierende skiftarbeid på arbeidsplassen» (Nyathi & Jooste, 2008).

Maia et al sin undersøkelse tar for seg som mål å identifisere flere faktorer som kan føre til sykefravær uavhengig av årsakene som blir rapportert av lærerne på en skole i Brazil. Studien måler sykefraværet gjennom en dikotom variabel hvor det første spørsmålet omhandler om vedkommende har vært fraværende fra arbeidet de siste tolv månedene, og dersom respondenten svarer bekreftende på spørsmålet vekker dette seks oppfølgende dikotome spørsmål. Disse seks nye dikotome spørsmålene omhandler om fraværet skyldes familiære



årsaker, stress på skolen, eller om fraværet er relatert til helse. Dersom respondenten svarer bekreftende på at fraværet skyldes helse vil seks nye dikotome variabler bli vekket, disse omhandler stress, depresjon, stemmeproblemer eller luftveisproblemer (Maia, Claro, & Assuncao, 2019).

#### 3.2.4 HVORDAN AUTONOMI ER MÅLT

Åtte av de 18 relevante artiklene måler autonomi som en egen kategori i studiene sine, og åtte artikler måler autonomi som en underkategori. Underkategoriene autonomi er målt under er blant annet stillingsnivå, psykososialt arbeidsmiljø, beslutningsmyndighet, arbeidsbelastning, arbeidsrelaterte faktorer, arbeidsforhold og to undersøkelser måler autonomi under jobbkarakteristikk. Fire av undersøkelsene inneholder kun ett spørsmål som omhandler autonomi, to undersøkelser inneholdt tre spørsmål og ni undersøkelser inneholdt fler enn tre spørsmål om beslutningsmyndighet. De to siste undersøkelsene hadde autonomi som kontrollvariabler og hadde kun ett spørsmål om autonomi.

Jobbautonomi ble i studien til Väänänen et al målt gjennom fem spørsmål som blant annet: «kan du forlate arbeidsplassen uten at noen må ta over?» eller «Kan du planlegge arbeidet ditt selv?» på en likert-skala fra 1-5 (Väänänen et al., 2003), mens i studien til Ala-Mursula et al ble autonomi målt med åtte spørsmål gjennom hvor god kontroll de ansatte har på arbeidstidene sine blant annet gjennom lengdene på arbeidsdagene og fleksitid. Spørsmålene hadde en skala på 1-5 fra veldig lite til veldig mye (L Ala-Mursula et al., 2006).

Videre kan vi se at studien til Bouville et al måler autonomi som en underkategori av jobbkarakteristikk og ble målt gjennom fire påstander med en skala fra 1-4 med spørsmål som for eksempel «jobben min tillater meg å ta mine egne beslutninger». (Bouville et al., 2018).

Kottwitz et al (2018) måler autonomi og tidspress gjennom en forkortet versjon av instrumentet for stressorientert oppgaveanalyse (ISTA, versjon 5.1). Ved en underkategori om tidspress og tidskontroll med en skala som varierte fra 1 (veldig sjelden/aldri) til 5 (veldig ofte/konstant). Innflytelse over arbeidstempo og tidsplan ble vurdert gjennom tre elementer med spørsmål som for eksempel «i hvilken grad har du mulighet til å bestemme hvor mye tid du skal jobbe med en bestemt oppgave?» (Kottwitz et al., 2018).

### 3.2.5 KONTROLLVARIABLER

Kontrollvariabler som går igjen i artiklene er kjønn, alder og utdanning. Elleve artikler har kjønn som kontrollvariabel, fjorten har alder og åtte artikler har utdanning eller utdanningsnivå som kontrollvariabler. Andre variabler som blir brukt er blant annet størrelse på organisasjonen, helsestatus, erfaring, skiftarbeid, overtidsarbeid og jobbtilfredshet.

For eksempel i studien til Rosta et al som sammenlikner private og offentlig ansatte leger, finner ikke i sin studie at alder, kjønn eller psykosialt arbeidsstress hadde en innvirkning på antall sykedager (Rosta, Tellnes, & Aasland, 2014). Heller ikke studien til D'Souza et al. finner noen signifikant forskjell i sykefravær med tanke på kjønn, men finner at sivilstatus har en innvirkning. Det kunne se ut til at separerte, skilte eller de som er enke og har større sjanse for å ha både korttid langtidssykefravær. De som arbeidet deltid eller de uten høyere utdanning hadde og en større sannsynlighet for langtidssykefravær, og de med en høyere utdanning hadde mer korttidsfravær (D'Souza et al., 2006).

Studien til Bouville et al. finner at alder var assosiert med fravær og at eldre arbeidere samt de som jobber i et yrke med lavere utdanningsgrad hadde et signifikant høyere fravær sammenliknet med liknende, yngre arbeidere og kontorarbeidere (Bouville et al., 2018).

Kontrollvariabelene i artikkelen til Leijten et al. er kjønn, alder og utdanningsnivå. Analysen viste at menn hadde en lavere sannsynlighet enn kvinner til å ha sykefravær, både fra en til ni dager (korttid), i tillegg fra 9 dager og oppover (langtidssykefravær). Den eldste aldersgruppen hadde færre sykefravær fra 1-9 dager, men liknende sykefravær fra 9 dager og oppover når sammenliknet med den yngste aldersgruppen. Lavt utdannende ansatte hadde et høyere langtidssykefravær og hadde lavere sannsynlighet for korttidsfravær (Leijten et al., 2013).

### 3.3 HYPOTESER

Etter gjennomgangen av de atten artiklene som var relevante for denne studien tyder det på at teorien peker i en retning av at autonomi på arbeidsplassen har en betydning for sykefraværet. Som nevnt hadde femten av de atten artiklene en negativ korrelasjon mellom sykefravær og

autonomi, noe som antyder at dersom autonomien på arbeidsplassen øker så synker sykefraværet blant de ansatte.

Blant annet argumenterer Studien til Ala-Mursula et al for at deres funn tyder på at arbeidskontroll til en viss grad kan hjelpe de ansatte med å håndtere viktige kilder til arbeidsstress. Arbeidskontroll kan redusere belastningen ved å forbedre opplevd arbeidsrelatert autonomi, særlig dersom en ansatt ellers har lite kontroll over arbeidet eller er i en utilfredsstillende arbeidssituasjon (Leena Ala-Mursula, Vahtera, Linna, Pentti, & Kivimäki, 2005).

Videre kan vi og se at studien til Notenbomer et al fant at økende grad av tilfredshet med kolleger og økende fysiske krav på arbeidsplassen forutså lengre fraværsperiode, mens økende utdanningsnivå og jobbautonomi forutså kortere sykefravær. Ansatte som hadde høy grad av tilfredshet til sine kolleger vil trolig kun sykmelde seg ved sterk sykdom og dermed ha et lenger fravær (Notenbomer et al., 2006). Noe som vi i tillegg så i blant annet hygiene faktoren til Herzberg, hvor han snakker om hvordan viktig motivasjonsfaktorer skaper trivsel som hos den enkelte arbeidstaker, blant annet gjennom hvor interessant arbeidet er eller hvor stor innflytelse og anerkjennelse den enkelte har på arbeidsplassen (Herzberg, 1974).

Studien til Schaufeli et al viste at særlig utmattelse og kynisme er positivt relatert til jobbkrav som overbelastning, emosjonelle krav og konflikter eller forstyrrelser mellom arbeidsplassen og hjemmet. Studien var negativt relatert til jobbressurser som autonomi og profesjonell utvikling, og dermed knytter denne studien seg opp med at økende krav fører til utbrenthet slik som JD-R-modellen som mener at de ansattes helse og velvære resulterer fra en balanse mellom positive (ressurser) og negative (krav) jobbkarakteristikk (Schaufeli & Rhenen, 2009).

Väänänen et al finner i sin studie at det var relasjoner i begge kjønn blant jobbautonomi, jobbkompleksitet, psykologiske og fysiske symptomer og sykefravær. I tillegg var støtte fra kollegaer og ledere forbundet med jobbautonomi særlig blant menn, mens psykologiske symptomer og støtte fra kollegaer var noe innbyrdes forbundet. Lav støtte blant kolleger var relatert til lengre episoder av sykefravær hos begge kjønn, og mangel på støtte fra ledere var kun signifikante blant kvinner. Hos menn viste det kun at fraværet hadde kortere varighet

dersom støtten fra ledelsen var høyere (Väänänen et al., 2003). Som vi så i Self-Determination-Theory (SDT) handler motivasjonsautonomi om når arbeidstakere får gode tilbakemeldinger og støtte samt at de føler eierskap og autonomi når de utfører arbeidsoppgavene sine, og dette vil trolig føre til at den ansatte presterer bedre og øke sin motivasjon, i motsetning til hvis motivasjonen er kontrollert (Deci et al., 2017).

Litteraturen som er funnet i denne studien peker i retning av at dersom de ansatte på arbeidsplassen har større frihet til å selv ta avgjørelser når det gjelder beslutninger, arbeidstider, få støtte fra kolleger og ledelsen vil sykefraværet være mindre. Disse funnene støtter opp de teoriene om autonomi og motivasjon og hvor viktig dette er for individet. Mennesker ønsker ikke være i et høyt krevende og et lavt belønnende ubalanseforhold og slik som Effort Reward Imbalance Modellen (ERI) beskriver. Enten så ønsker individer å redusere kravene eller maksimere belønningen, og trolig vil ikke mennesker bli værende i en slik tilstand med mindre det ikke finnes andre alternativer eller det er av en strategisk grunn (van Vegchel et al., 2005).

Ut ifra disse teoriene utledes den første hypotesen som tar for seg relasjonen mellom autonomi og sykefravær, altså hypotese 1: *jo høyere autonomi desto lavere sykefravær.*

Fjorten artikler i gjennomgangen av litteraturstudien bruker alder som en kontrollvariabel, og den gruppen med størst sannsynlighet for fravær blir ofte assosiert med den eldre generasjonen, da ofte eldre mennesker har en generelt dårligere helse. Studien til NG og Feldman fra 2013 viser imidlertid at selv om alder er vesentlig relatert til antall helseindikatorer, er det kun svakt korrelert med sykefravær, men ifølge Bouville et.al er det likevel viktig å eksplorere om alder kan påvirke effekten andre faktorer har på sykefraværet (Bouville et al., 2018). Allebeck og Mastekaasa konkluderer i sin studie med at alder har en påvirkning på sykefraværet (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 53), og det er derfor viktig for denne studien å bruke alder som en kontrollvariabel og dermed blir den andre hypotesen: *Høyere alder gir høyere sykefravær*

Harung skriver i sin studie at sykefraværsstatistikken tilsier at kvinner har et høyere sykefravær enn hva menn har både i Norge og internasjonalt (Harung, 2010, p. 27).

Kvinner har et høyere gjennomsnittssykefravær når de er mellom tretti og førti år, mens for menn øker sykefraværet med alderen. Det at kvinner har et høyere sykefravær ved en lavere

alder begrunnes med en sammenheng med svangerskap. For menn var sykefraværet i tredje kvartal i 2019 på 3,3 prosent, men hos kvinner var det på 5,5 prosent (Nav.no, 2019).

83,4 prosent av sysselsatte med helse- og sosialutdanning i 2019 var kvinner (SSB, 2019). Et yrke av en slik karakter kan by på mye tunge løft og feilstillinger som kan føre til smerter i kroppen som igjen fører til sykefravær. I følge NAV sine sider er den hyppigste årsaken til sykefravær muskel-skjelettlidelser, og selv om menn særlig er sykemeldt på grunn av ryggproblemer, har kvinner flest tapte dagsverk på grunnlag av denne lidelsen (Nav.no, 2019).

Resultatene fra en undersøkelse gjort av Mastekaasa og Dale-Olsen viser at forskjellen mellom kvinner og menn i sykefravær ikke kan tilskrives at kvinner har mer helseskadelige jobber, men det er en tendens til at kvinner er overrepresentert i yrker hvor det er et høyere sykefravær grunnet psykologisk press (Harung, 2010, p. 31).

Kjønn er sterkt knyttet til sykefravær, med kvinner som har en betydelig høyere sårbarhet enn menn. Og kvinner, som ofte fremdeles har større ansvar enn menn i hjemmet, vil kanskje finne arbeidskonflikt som mer stressende enn hva menn gjør (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1147), selv om studier viser at barn hjemme ikke signifikant øker risikofaktoren for sykefravær blant kvinner (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 53). Elleve artikler hadde kjønn som en kontrollvariabel i litteraturreviewet og dette er da en god indikator på at denne studien og skal bruke kjønn som en kontrollvariabel. På bakgrunn av dette vil hypotese nummer tre lyde som følgende: *Kvinner har et høyere sykefravær enn menn*

Som nevnt tidligere hadde åtte av de artiklene som ble gjennomgått i litteraturreviewet brukt utdanningsnivå som kontrollvariabel, og det er rimelig å anta at utdanningsnivå kan ha en sammenheng med sykefravær. Studien til Leijten et al finner at nettopp utdanningsnivå har en sammenheng med sykefravær, og at lavere utdanningsnivå førte til et høyere fravær (Leijten et al., 2013). En høyere utdanning fører som regel til en stilling på et høyere nivå, og Kröger ser på hvordan høyere arbeidsnivå gir økende arbeidsmengde og press fra kolleger og ledelse i slike stillinger, noe som igjen kan føre til mer sykdom (Kröger, 2017), og ut fra dette vil den fjerde hypotesen bli: *Høyere utdanning gir lavere sykefravær*

## 4.0 METODE

### 4.1 DATASETT

Det er to datasett som skal brukes for denne studien. Den ene er en spørreundersøkelse gjort på norsk sykehus hvor ansatte med en stilling på over 30 prosent mottok et spørreskjema i januar 2013, og studiet ble avsluttet i slutten av februar samme år. Spørreundersøkelsen gir selvrapportert informasjon om demografi, arbeidsmessige forhold og familiesituasjon samt som spørsmål om selvopplevd helse og arbeids- og familiekonflikt (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1147).

Det andre datasettet denne studien bruker er å innhente informasjon om sykefravær gjennom et registrert helseregister. Noe som viser at gjennomsnittet for sykefravær var på 13,0 (standardavvik 32,5, median 3), mens det blant befolkningen generelt var 15,5 dager. Ikke alle de spurte har svart på alle spørsmålene og noen har dermed blitt ekskludert (N=12). Når det gjelder alder er gjennomsnittet av de spurte 45,8 (standardavvik 10,9, median 46), mens befolkningen i gjennomsnitt var 45,5. Gjennomsnittlig størrelse på stillinger i befolkningen er 80%, og i denne studien er den på 89%. Videre består utvalget av 79% kvinner, mens kvinneandelen i befolkningen er på 78%. Det var ingen vesentlige avvik angående yrkeskategorier (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1147). Frekvensfordelingen viser at 80% har vært syke mindre enn 10 dager, 37,4%, det vil si at 698 ansatte, har ikke har vært syke i det hele tatt.

Det å ha to uavhengige datasett minimerer problemet med vanlig instrumentfeil, det vil si inflasjon av korrelasjon ved at man måler både avhengig og uavhengig variabel i det samme instrumentet. Problemet om underregistrering av sykefravær i selvrapporterte studier blir også unngått. Tidsforsinkelsen mellom undersøkelsen og målingen av sykefraværet styrker muligheten for å etablere en årsakssammenheng da årsak og virkning måles på forskjellige tidspunkter. Ulempen ved de registrerte sykefraværsdata er at kun 54% av de spurte tillot å koble sykefraværsdataene opp mot sine svar. Det kan derfor forekomme tilfeller hvor personer med særlig høyt sykefravær ikke ønsker at disse skal kobles opp med sine svar eller motsatt (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1147).

#### 4.1.1 AVHENGIG VARIABEL - SYKEFRAVÆR

For denne studien vil sykefravær være den avhengige variabelen, og det er, som tidligere nevnt, flere måter å måle sykefraværet på. For det første kan det måles gjennom at vedkommende selv forteller i undersøkelsen antall sykedager personen har hatt i løpet av en viss periode. Sykedagene kan og fordeles opp ved at respondenten ikke selv svarer nøyaktig hvor mange dager han eller hun har vært syk, men innenfor et intervall på for eksempel 1-10 dager eller 10-20 dager. Disse formene for å måle sykefravær forteller hvor mange dager vedkommende har vært borte grunnet sykdom, men det kan og være en fordel å skille mellom langtids- og korttidssykefravær. Forskjellen mellom langtids- og korttidsfravær kan være viktig å skille, da disse kan ha forskjellige årsaker. En annen grunn til at det kan være en fordel å skille mellom korttids- og langtidsykefravær er at det kan være mulig å skille legitime fra illegitime fravær. Illegitime fravær defineres som fravær fra arbeidet som ikke grunnes i sykefravær, men der sykefraværet brukes som forklaring i tilfeller der ansatte «trenger en sykemelding». Empirisk sett er det vanskelig å skille mellom legitimt og illegitimt sykefravær, selv om det trolig foreligger flere typer av illegitimt fravær ved korttid fordi ved langtidsfravær kreves det en legeerklæring (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1148).

Spørreundersøkelsen vi skal analysere skiller mellom både legemeldt og egenmeldt sykefravær, men for denne analysen skal vi bruke det totale sykefraværet for 2014. 1864 eller 54% av de som fikk undersøkelsen ga samtykke til å koble sine svar opp mot registrerte sykemeldte data. Syv av artiklene som ble gjennomgått i litteraturstudiet har brukt samme metode for å innhente data om sykefraværet, mens elleve artikler måler sykefraværet gjennom selvrapporterte dager. Studien til Roelen et al sendte spørreskjema til ansatte direkte etter endt sykefravær (Roelen et al., 2008). I studien til Schaufeli et al måtte respondentene godta å koble sine svar opp mot registrert sykefravær før de kunne gå videre med spørreundersøkelsen (Schaufeli & Rhenen, 2009), i motsetning til denne analysen hvor respondentene godtok om sin undersøkelse kunne kobles opp mot sykefraværet etter at spørreundersøkelsen var svart på. Notenbomer et al bruker og registrert sykefravær, men har ekskludert alle som er har vært syke i mer enn 42 dager da de utelukkende ser på korttidsfravær. De har regnet sykefraværet ut fra hvor mange kalenderdager den ansatte har vært borte (Notenbomer et al., 2006), noe som tilsvarer måten denne analysen har registrert sykefraværet på. Väänänen et al har brukt to datasett i sin undersøkelse, den første er sykefraværet ett år før spørreundersøkelsen ble sendt ut til de ansatte, mens den andre er fra

det påfølgende året etter de ansatte hadde fullført spørreundersøkelsen (Väänänen et al., 2003).

Fraværet er målt som totalt antall dager i løpet av ett år hvor helsepersonell og andre ansatte på sykehuset har vært borte fra jobb på grunn av egen sykdom. Jacobsen et al forteller om en metastudie som indikerer at antall dager borte fra jobb (tapt tid) måler omtrent samme type fravær som antall ganger borte fra jobb (frekvens). Den samme studien argumenterer for at «tapt tid» bør brukes som standardmål når sykefravær skal studeres. I tillegg er disse dataene helt objektive, og stammer fra sykehusets register. Ved bruk av denne metoden fremfor at de spurte selv oppgir antall dager får vi trolig et mer troverdig resultat, og unngår problemer med underrapportering av sykefravær. Fravær grunnet graviditet og omsorg for syke barn er ekskludert, og kontrollerer dermed to av de mest åpenbare årsakene til forskjeller i sykefraværet mellom kvinner og menn. En ulempe med denne formen for registrert sykefravær er at vi mister de respondentene som ikke ønsket å koble sine svar opp mot registrert helsedata, og dette kan være interessante mennesker (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1148).

Egenmeldt sykefravær utgjør kun 15 prosent av det totale antallet dager med sykefravær blant respondentene. Ettersom antall dager med sykefravær på individnivå må måles i forhold til det totale antall dager en person jobber i løpet av året, beregnet Jacobsen og Fjeldbraaten det variabelrelative antall sykefraværsdager (både legemeldt og egenmeldt). Dette gjorde de ved å ta det totale antallet forventede arbeidsdager i et «normalt» arbeidsår (230 arbeidsdager) og multipliserte med stillingsprosent. Antall dager sykefravær for en person i året ble delt på dette produktet, noe som resulterte i et tiltak de kaller for «andel dager med sykefravær for en persons arbeidsår». For eksempel indikerer dette en andel på 0,10 at denne personen har hatt 10% av personens totale arbeidsår som fravær grunnet sykdom (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1148).

Videre i denne analysen skal den originale variabelen for det totale fraværet omformes til en logaritmisk transformasjon. I den opprinnelige variabelen har mange en lav fordeling på 0, 1 eller 2 dager sykefravær, dette fordi de fleste generelt sett ikke er syke. Dette betyr derfor at variabelen er veldig skjevt fordelt, og da er det vanlig å foreta en logaritmisk transformasjon for å få den litt mer normalt fordelt.



Tabell 1 viser frekvensfordelingen over sykefraværet, både for det totale fraværet og skillet mellom legemeldt og egenmeldt. Som tidligere nevnt skal denne studien forholde seg til det totale fraværet og gjøre en logaritmisk omforming av variabelen for å få den mer normalt fordelt. Den logaritmiske transformasjonen er og presentert i tabell 1.

Som vi snakket om innledningsvis viser undersøkelsen at gjennomsnittet for sykefravær var 12,9, mens det blant befolkningen generelt var 15,5 dager, fordelingen viser at 80% har vært syke mindre enn 11 dager og 37,4% har ikke vært syke i det hele tatt. Gjennomsnittet for det egenmeldte fraværet er på 1,98 dager og for det legemeldte er det på 11,0 dager. og for den logaritmiske er gjennomsnittet på 1,34 med et standardavvik på 1,43.

Tabell 2: Frekvenstabell: Antall dager sykemeldt i 2014 Gjennomsnitt, Median, Modus, Standardavvik (N=1864)

	<b>2014tot. Fravær</b>	<b>2014 Egenmeldt fravær</b>	<b>2014 Legemeldt fravær</b>	<b>2014tot. Fravær logtransformert.</b>
<b>Gjennomsnitt</b>	12,98	1,98	11,0	1,3436
<b>Median</b>	2,00	1,00	,00	1,09886
<b>Modus</b>	0	0	0	,00
<b>Standardavvik</b>	32,489	2,811	32,348	1,43419

#### 4.1.2 UAVHENGIG VARIABEL – AUTONOMI

For å velge ut hvilke variabler som skal brukes i denne analysen for å danne kunnskap om hva de spurte mener om autonomi, skal vi først se litt på hvordan den tidligere forskningen som vi undersøkte i litteraturgjennomgangen har målt autonomi før vi presenterer de fem valgte påstandene for dette studiet.

Av artiklene vi har gjennomgått i litteraturstudiet måler alle artiklene foruten to artikler i en stigende skala, det vil si at den laveste verdien representere sjelden/aldri og tallene stiger sammen med økende grad av tilfreds. Studien til Maia et al måler autonomi på motsatt måte, i denne studien representerer 1 «ofte» og 4 «aldri» (Maia et al., 2019), det samme gjør studien

til D'Souza et al som bruker en adaptasjon av Karaseks arbeidsmodell og kategoriserer svaralternativene som «ofte», «noen ganger», «sjelden» og «aldri» (D'Souza et al., 2006).

Påstandene i denne studien er sammenfallende med flere av spørsmålene eller påstandene i litteraturgjennomgangen, hvor for eksempel Kottwitz et al i sin undersøkelse spør om hvilken grad de ansatte har mulighet til å bestemme over hvor mye tid som skal brukes på å arbeide med en oppgave. Dette spørsmålet er liknende påstandene i denne analysen, mens denne undersøkelsen har to påstander om arbeidstid og arbeidstempo har Kottwitz slått de sammen. Videre har studien til Kottwitz et al med et spørsmål om hvor mye de ansatte kan påvirke utarbeidelsen av arbeidsplan, noe vår analyse ikke har med. Spørsmålene har en likert-skala fra 1-5 noe som er tilsvarende det denne analysen har (Kottwitz et al., 2018).

I tillegg til Kottwitz et al (2018) så bruker blant annet både studien til Schaufeli et al (2009) og Leena et al (2005) like mange svaralternativer som denne studien gjør. Bouville et al (2018), Dhaini et al (2016), Bouville et al (2010) og Nyathi et al (2008) bruker en likert-skala fra 1-4, mens Notenbomer et al (2006) og Rosta et al (2014) bruker en likert-skala på 1-7. Spørsmålene eller påstandene som forfatterne stiller i sine studier i litteraturgjennomgangen er ikke identiske med de fem påstandene denne studien har valgt ut, men de er likevel meget sammenfallende. Rosta et al (2014) stiller spørsmål ved friheten til å velge egne arbeidsmetoder, Leena et al (2005) spør om lengden på arbeidsdagene og mulighetene for fleksitid, Pousette et al (2002) har spørsmål som omhandler influensen over arbeidet, arbeidsmetoder og tildeling av oppgaver og Bouville et al (2018) spør i sin undersøkelse om jobben lar de ansatte ta egne beslutninger.

På bakgrunn av artiklene i litteraturgjennomgangen er det derfor naturlig at de fem følgende påstandene som er presentert under blir valgt for denne undersøkelsen:

**Påstand 1: Jeg kan selv påvirke beslutninger som er viktige for mitt arbeid**

**Påstand 2: Jeg kan selv bestemme når jeg tar pauser**

**Påstand 3: Jeg kan selv bestemme mitt arbeidstempo**

**Påstand 4: Jeg kan selv påvirke mengden arbeid som blir tildelt meg**

**Påstand 5: Jeg kan selv bestemme arbeidstiden min**

Alle de uavhengige variablene er påstander hvor enhetene skal svare ut fra hvor enige de er i påstanden på en likert-skala fra 1-5, der 1 tilsvarer at de er helt uenige i påstanden, mens 5 vil si at de er helt enige i påstanden.

Under kan vi se frekvenstabellen som viser gjennomsnitt, median, modus og standardavvik over de fem påstandene som har blitt valgt for å måle den uavhengige variabelen autonomi.

Tabell 3: Frekvensfordeling av variabler (autonomi). Gjennomsnitt, Median, Modus, Standardavvik. (N=1864)

	<b>Påstand 1</b>	<b>Påstand 2</b>	<b>Påstand 3</b>	<b>Påstand 4</b>	<b>Påstand 5</b>
<b>Gjennomsnitt</b>	2,45	2,69	2,74	3,18	2,14
<b>Median</b>	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00
<b>Modus</b>	1	2	1	3	1
<b>Standardavvik</b>	1,209	1,209	1,319	1,110	1,242

Påstand 1 tilsvarer variabelen «Jeg kan selv påvirke mengden arbeid som blir tildelt meg», hvor det svaralternativet med flest svar tilsier at de er uenige i påstanden med 28,2 prosent. 4,9 prosent eller 168 av de spurte er helt enig i påstanden ved å svare 5. Det tyder på at de ansatte ikke er enige i påstanden om hvor mye de selv kan påvirke mengden arbeid ved at 53,3 prosent har svart mellom 1 og 2 på skalaen. 22 prosent har svart mellom 4 og 5 på skalaen. Likevel ligger det mange i midten av skalaen og gjennomsnittet for påstanden er på 2,45 med et standardavvik på 1,21.

Påstand 2 er variabelen «jeg kan selv bestemme mitt arbeidstempo» med gjennomsnitt på 2,69 og standardavvik på 1,21. I denne påstanden har flest svart nummer 2 hvor 26,1 prosent har svart, og 72,4 prosent har svart mellom 2 og 4. Den påstanden med færrest svar er nummer 5 «helt enig» hvor 239 eller 6,9 prosent har svart.

Påstand 3 representerer variabelen «jeg kan selv bestemme når jeg skal ta pauser», og her kan vi og se at de fleste som deltatt i denne undersøkelsen er uenige i denne påstanden 22,9 prosent har svart seg helt uenige og 67,9 prosent har svart mellom 1 og 3 på skalaen. 11,3 prosent er

helt enige i påstanden om at de selv kan avgjøre når de skal ha pauser. Gjennomsnittet for påstanden er 2,74 med et standardavvik på 1,32.

Påstand 4 tilsvarer variabelen «Jeg kan selv påvirke beslutninger som er viktig for mitt arbeid». Her kan vi se at det tyder på at de spurte er mer enige i denne påstanden enn de forhenværende, ved at gjennomsnitt ligger litt høyere på skalaen enn ved de fire andre variablene, hvor gjennomsnittet ligger på 3,18 med et standardavvik på 1,11. Det svaralternativet med flest svar er nummer 3 med 32,4 prosent og 61,5 prosent har svart mellom 3 og 4 på skalaen. Kun 8,2 prosent er helt uenige i denne påstanden.

Variabelen «jeg kan selv bestemme arbeidstiden min» er påstand nummer 5. Her kan vi se at det helt klart er flest som er uenig i denne påstanden med gjennomsnitt på 2,14 og standardavvik på 1,24, hvor 43,6 prosent har sagt seg helt uenig i denne påstanden. 81,8 prosent har svart mellom 1 og 3, og derfor tyder det på at respondentene mener de i liten grad selv kan bestemme sin egen arbeidstid.

#### 4.1.3 FAKTORANALYSE OG INDEKS

Neste skritt i analysen er å se om de fem påstandene kan reduseres til en indeks som måler jobbautonomi, og for å se på dette gjennomføres en faktoranalyse. En faktoranalyse er en metode for å finne underliggende dimensjoner som kan forklare resultater fra spørreskjemaer. Det benyttes for å studere gjensidige relasjoner mellom et sett av uavhengige variabler med hensikt i å gruppere variablene slik at de danner et mindre antall mer fundamentale variabler (Clausen, 2009). Videre skal det vurderes om det kan dannes indeks ut av de eventuelle faktorene eller komponentene faktoranalysen lager. Til slutt i dette kapittelet skal vi se nærmere på utvalget av kontrollvariabler.

En tommelfingerregel når vi skal kjøre faktoranalyse er å velge ut de faktorene som har en eigenvalue høyere enn 1. Det vil si de komponentene som forklarer mer variasjon enn det 1 variabel gjør alene, og denne tommelfingerregelen kalles for Kaisers kriterium. I dette tilfelle gjelder dette kun komponent 1, noe som forteller at i denne faktoranalysen dannes det kun én komponent noe som tyder på at alle variablene beskriver det samme fenomenet, slik som vi

ser presentert i tabell 4. Egenverdien for komponenten er 2,821 eller 56,4% som forklarer variansen i de opprinnelige variablene i komponenten.

Tabell 4: Faktoranalyse (Principle Component). Ikke rotert

Variabel	Faktorladning
Jeg kan selv bestemme arbeidstiden min	0,502
Jeg kan selv påvirke mengden arbeid som blir tildelt meg	0,806
Jeg kan selv bestemme arbeidstempoet mitt	0,856
Jeg kan selv bestemme når jeg skal ta pauser	0,812
Jeg kan selv påvirke beslutninger som er viktige for mitt arbeid	0,726

Når variablene skårer høyt på en faktor er dette et godt argument for å konstruere en indeks av disse fem variablene. Indeksen for denne studien konstrueres ved at summen av disse fem variablene blir fordelt på fem, og dette tvinger svarene inn til å være mellom 1-5. I tabell 5 kan vi se at indeksen har et gjennomsnitt på 1,6 og et standardavvik på 0,9.

Før indeksen kan brukes er det viktig å se om den er pålitelig. Indeksen har en Cronbachs Alpha på 0,797, og det er en tommelfingerregel at den skal være på 0,7 eller høyere for å kunne brukes og godkjennes som en indeks. Indeksen kan med dette godkjennes og brukes videre i en regresjonsanalyse. I tabell 5 kan vi se frekvensfordelingen som viser gjennomsnitt, median, modus og standardavvik og chronbachs alpha over indeksen.

Tabell 5: konstruksjon av indeks (autonomi): Gjennomsnitt, Median, Modus, Standardavvik, Chronbachs Alpha (N=1864)

	<b>Indeks autonomi</b>
<b>Gjennomsnitt</b>	2,6389
<b>Median</b>	2,60000
<b>Modus</b>	2,60
<b>Standardavvik</b>	0,90594
<b>Chronbachs Alpha</b>	0,797

#### 4.1.4 KONTROLLVARIABLER

Valget av kontrollvariabler for denne studien blir påvirket av hva litteraturstudiet forteller og hvilke kontrollvariabler som går igjen blant disse, samtidig avhenger disse valgene også av hvilke variabler som finnes i datasettet. Ut fra teorien og hvilke variabler det er tilgang på i dette datasettet vil kontrollvariablene som vil bli gjort rede for være følgende: kjønn, alder og utdanningsnivå.

Som vist i litteraturgjennomgangen hadde elleve artikler kjønn som kontrollvariabel. Blant annet studien til Leijten et al (2013) finner i sin undersøkelse at menn hadde lavere korttidsfravær enn hva kvinner har. Kjønn er som, tidligere nevnt, sterkt knyttet til sykefravær (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1147), og det er derfor naturlig for denne analysen å benytte kjønn som en kontrollvariabel. Variabelen kjønn i dette datasettet er en dikotom variabel hvor mann representerer 1 og kvinne representerer 2.

Den neste kontrollvariabelen som er valgt for å kontrollere for relasjonen mellom autonomi og sykefravær er utdanningsnivå. I litteraturgjennomgangen så vi at åtte artikler har utdanning eller utdanningsnivå som en kontrollvariabel, og det tyder på at lavt utdannede ansatte kan ha et høyere langtidsfravær, men lavere sannsynlighet for korttidsfravær (Leijten et al., 2013). Variabelen utdanningsnivå har seks svaralternativer med stigende grad av utdanning. 1 er folkeskole, 9/10årig skole eller tilsvarende, 2 tilsvarer videregående skole, 3 gjelder fagskole

eller yrkesskole, 4 er opp til og med tre års utdanning ved høyskole eller universitet, 5 gjelder opp til og med fem års utdanning ved høyskole eller universitet og svaralternativ 6 er hvis de spurte har lenger enn fem års utdanning.

Fjorten artikler i litteraturgjennomgangen bruker alder som en kontrollvariabel og blant annet studien til Leijtan et al påpeker at alder er assosiert med og blir påvirket av sykefravær (Leijten et al., 2013) Kontrollvariabelen alder har i dette datasettet fem svaralternativer som og går i stigende grad av alder hvor 1 begynner på alderen 15-29 år, 2 er 30-39, 3 er 40-49 år, 4 er 50-59 og svaralternativ 5 er for de som er mellom 60-80 år.

I tabellen under blir frekvensfordelingen over de tre valgte kontrollvariablene presentert. Her kan vi se oversikten over gjennomsnittet, median, modus og standardavvik over kjønn, alder og utdanningsnivå.

Tabell 6: Frekvensfordeling for kontrollvariabler (Kjønn, alder og utdanningsnivå):

Gjennomsnitt, median, modus, standardavvik. (N=1864)

	<b>Kjønn</b>	<b>Alder</b>	<b>Utdanningsnivå</b>
<b>Gjennomsnitt</b>	1,79	3,1228	4,23
<b>Median</b>	2,00	3,0000	4,00
<b>Modus</b>	2	4	4
<b>Standardavvik</b>	0,408	1,12023	1,274

Som vist i tabell 6 kan vi se at gjennomsnittet til kontrollvariabelen kjønn ligger på 1,79 med standardavvik på 0,41. Siden kjønn er en dikotom variabel viser dette den skjeve fordelingen mellom menn og kvinner som arbeider på sykehuset. Frekvensfordelingen viser at 77,80 prosent av enhetene i undersøkelsen er kvinnelige ansatte. Videre kan vi se at alder har et gjennomsnitt på 3,12 med et standardavvik på 1,12, noe som tilsier at den gjennomsnittlige alderen er mellom 40 og 49 år. Til sist kan vi se at enhetenes gjennomsnittlige utdanningsnivå er opp til 4 års utdanning med et gjennomsnitt på 4,23 og standardavvik på 1,27

## 5.0 ANALYSE OG RESULTATER

Vi har nå foretatt en faktoranalyse som vi konstruerte en indeks ut av, samtidig som vi har gjort en logaritmisk omforming av sykefraværet, som vi skal ta med oss videre inn i analysene. Først i analysekapittelet skal vi presentere en bivariat korrelasjonsanalyse etterfulgt av regresjonsanalyse hvor vi ser nærmere på relasjonen mellom den avhengige variabelen, den uavhengige og kontrollvariablene og presenterer funnene.

### 5.1 BIVARIAT ANALYSE

Før vi gjør en regresjonsanalyse skal vi se nærmere på en bivariat korrelasjonsanalyse. En slik analyse sammenlikner to variabler og ser på styrken og retningen på denne sammenhengen. Den er én av flere statistiske teknikker som legger empirisk kjøtt på et ellers teoretisk skjelett. En svakhet ved en slik bivariat korrelasjonsanalyse er at den ikke kontrollerer for bakenforliggende årsakssammenhenger (Midtbø, 2007), men dette skal vi se nærmere på i regresjonsanalysen. I tabell nummer 8 kommer resultatene fra korrelasjonsanalysen

Tabell 8: Bivariat korrelasjonsanalyse (Pearsons'r) N=1852-1864

	<b>Sykefravær (log)</b>
<b>Indeks Autonomi</b>	-,113**
<b>Alder</b>	-,016
<b>Utdanningsnivå</b>	-,035
<b>Kjønn</b>	,067*

\*= Sig. Level .05

\*= Sig. Level .01

Den logaritmiske avhengige variabelen viser en svak negativ korrelasjon, her med Pearsons R på -,113 med en signifikans på 0,000. Ved første øyekast tyder det derfor, ut fra den bivariante analysen, på at funnene i dette datasettet kan tilsvare de funnene som har blitt observert i litteraturen.



Videre viser den en negativ korrelasjon med alder og utdanningsnivå. Alder har en negativ korrelasjon på -0,016 og utdanning har -0,035, men ingen av disse funnene er signifikante. Forholdet mellom sykefravær og kjønn viser en svak positiv korrelasjon som er signifikant. Kjønn er, som tidligere nevnt, en dikotom variabel hvor 0 er menn og 1 er kvinner. Det vil derfor si at i denne bivarierte korrelasjonsanalysen så tyder det på at kvinner har høyere sykefravær enn hva menn har.

## 5.2 REGRESJONSANALYSE

For å få en rikligere oversikt enn hva den bivarierte korrelasjonsanalysen kunne vise, blir det foretatt en regresjonsanalyse. Denne analysen gir et bredere overblikk enn hva den bivarierte korrelasjonsanalysen gjør, fordi den identifiserer effekten av én variabel samtidig som de andre variablene holdes konstant. Regresjonsanalysens beskrivelser av årsakssammenheng er mer presise fordi den tar for seg flere variabler, og gir dermed et mer fullstendig overblikk over det som analyseres. Regresjonsanalysen forteller i tillegg hvor god denne forklaringen er i forhold til andre forklaringer, og det er dermed tydeligere å se hvilke forklaringer som er mer viktig enn andre (Midtbø, 2007). I tabellen under vises den multivariate regresjonsanalysen, som vi skal ta for oss stegvis.

Tabell 9: Multivariat regresjonsanalyse. Ordinary Least Squares (OLS)

	<b>(B)</b>	<b>BETA</b>
<b>(constant)</b>	1,549**	
<b>Indeks.</b>		
<b>Autonomi</b>	-,165**	-,105**
<b>Alder</b>	,003	,002
<b>Kjønn</b>	,171*	,049*
<b>Utdanningsnivå</b>	-,16	-,014
<b>R<sup>2</sup></b>		,016
<b>F-verdi</b>		7,274**

\*=Sig Level .05

\*= Sig Level .01

For å teste hypotesene ble flere analyser utført ved bruk av IBM SPSS Statistics (versjon 25) ved bruk av Ordinary Least Squares (OLS) (regresjonsanalyse) for å undersøke autonomi som uavhengig variabel og kontrollvariablene alder, kjønn og utdanningsnivå opp mot den avhengige variabelen som er sykefravær.

Forklart varians eller  $R^2$ -verdien forteller hvor mye forklaringsvariablene forklarer variasjonen av den avhengige variabelen, altså sykefraværet.  $R^2$  beveger seg fra 0 til 1, og jo nærmere 1 vil si jo høyere forklaringseffekt har vi. Med en forklart varians på 0,16 indikerer dette en svak forklaringseffekt på 1,6 prosent. Det vil med andre ord si at disse variablene er med på å til sammen forklare 1,6 prosent av sykefraværet på sykehuset.

F-testen retter sin oppmerksomhet mot gyldigheten til en bestemt gruppe variabler og undersøker nullhypotesen, og den blander sammen forklaringskraft og signifikans som vi ellers holder adskilt. Dette fordi den underliggende idéen er at nye forklaringsvariabler kun bør være med i modellen så lenge de bidrar til en markant økning i den forklarte variansen. Den forklarte variansen øker som regel ved flere variabler som blir lagt til i modellen, og det er da opp til F-verdien å vurdere om økningen er signifikant forskjell fra null. F-verdien i denne analysen er over kritisk nivå når den er på 7,274 og innenfor 1 prosent signifikansnivå, noe som forteller oss at økningen er markant nok.

Videre kan vi se at B (det ustandardiserte stigningstallet) er på  $-0,165$  mellom autonomi og sykefravær. Dette forteller dersom den uavhengige variabelen, altså indeksen vi laget, øker med 1 vil den avhengige variabelen, altså sykefraværet, synke med  $-0,165$ .

Når vi videre skal se på det standardiserte stigningstallet, eller det vi også kaller betakoeffisient, eller bare beta ( $\beta$ ), vet vi at dette er et supplement for B for å gjøre de usammenlignbare funnene mer sammenlignbare. Hvis Beta er nærliggende null vil det si at effekten ikke er betydningsfull. Den standardiserte beta er i denne analysen på  $-0,105$  på autonomi og er den variabelen med mest forklaringseffekt av den uavhengige variabelen og kontrollvariablene.

Effekten mellom alder og sykefravær har et stigningstall på 0,003, med en beta på 0,002, noe som tyder på en veldig svak effekt på at økt alder gir økt sykefravær, men funnet er ikke

signifikant, og forteller oss derfor ingenting. Videre kan vi se at kontrollvariabelen om utdanningsnivå viser en b på -0,16 og en negativ effekt på beta med -0,014, noe som viser i retning av at lavere utdanning har en sammenheng med høyere sykefravær, men heller ikke denne koeffisienten er signifikant i likhet med alder, og er derfor ikke generaliserbare.

Kjønn derimot viser en b på 0,003 og en svak positiv effekt med beta på 0,049. Dette funnet har en signifikansverdi på 0,040 noe som tilsier at effekten er signifikant på 5 prosentnivå. Kjønn er, som tidligere nevnt, en dikotom variabel hvor høy verdi vil si kvinne og lav verdi tilsier mann. Det vil derfor i dette tilfellet si at kvinner har et høyere sykefravær enn hva menn har.

## 6.0 DRØFTING

Dette studiet har hatt som mål å se nærmere på relasjonen på autonomi på arbeidsplassen og hva dette kan ha å si for sykefraværet. Sykefraværet har hatt, som tidligere nevnt, en økning på 2,2 prosent andre kvartal 2019 fra tilsvarende periode året før (Nav.no, 2019) og sykefraværet i Norge ligger på 6% for både egenmeldt og legemeldt (SSB, 2020), og de samme tendensene blir sett i flere land i Europa. For eksempel har Storbritannia en gjennomsnitt på 4,3 dager fravær per arbeider i året, og Storbritannia er et av de landene i Europa med lavest sykefravær (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1145).

Autonomi er et komplekst fenomen som denne studien har forsøkt å se nærmere på. Autonomi kan, i følge, Väänänen et al defineres som uavhengighet fra andre arbeidere som gjør deres oppgaver, men det kan og beskrives som beslutningsmyndighet blant annet gjennom arbeidstempo og arbeidsfaser (Väänänen et al., 2003). For å se om sykefravær og autonomi hadde en relasjon har vi først hatt en litteraturgjennomgang for å se hva tidligere empiriske data kan fortelle, og videre ble det analysert en spørreundersøkelse fra et norsk sykehus for å se om funnene i denne gir liknende resultater som det teorien forteller.

Slik som tidligere nevnt var det 53 prosent av de spurte i undersøkelsen som tillot å koble sine svar opp mot registrerte sykemeldingsdata, og trolig kan resultatene ha sett annerledes ut dersom alle de spurte hadde gitt tillatelse til dette. I faktoranalysen fikk vi en faktor over de

fem uavhengige variablene datasettet hadde, som ble tatt med videre og konstruert en indeks ut av før regresjonsanalysen ble utført.

Funnene i denne analysen støtter hypotese 1 og 3 ettersom autonomi har en signifikant negativ effekt på sykefravær og kjønn har en signifikant positiv effekt på sykefravær. Imidlertid får verken hypotese 2 eller hypotese 4 støtte i dataene. Ikke overraskende får kjønn støtte fra analysen grunnet at sykefraværstatistikken forteller at kvinner både internasjonalt, men og i Norge har et høyere fravær enn hva menn har (Nav.no, 2019). Det som er mest interessant for denne studien er at hovedhypotesen som omhandler autonomi ble støttet. Det vil si at resultatet fra denne analysen gir støtte til det som ble funnet i litteraturreviewet. Funnene som ble gjort i denne analysen er svake, og det tyder på at det kun er en liten årsakssammenheng med sykefravær og det kan være andre elementer som forklarer sykefravær bedre enn hva autonomi gjør.

## 6.1 AUTONOMI OG SYKEFRAVÆR

For de fleste ansatte vil det trolig være en bedre hverdag på arbeidsplassen dersom de ansatte selv kan bestemme over egen arbeidstid, om de kan påvirke arbeidsmengden og kunne påvirke beslutninger som omhandler eget arbeid, hvilket arbeidstempo de skal arbeide i eller hvor og når de skal ta sine pauser. For mange organisasjoner har de ikke nødvendigvis en mulighet å oppnå dette for alle sine ansatte. Helsevesenet er et eksempel på en organisasjon som må være operativ til enhver tid av døgnet hele året rundt, og turnuser samt arbeidsoppgaver må planlegges i detalj for at organisasjonen skal gå knirkefritt. Ut fra regresjonsanalysen kan vi forkaste nullhypotesen og beholde hovedhypotesen: *jo høyere autonomi desto lavere sykefravær*. Vi kan se en svak negativ effekt som tyder på at ansatte som har høyere grad av autonomi og beslutningsmyndighet over egne arbeidsoppgaver på arbeidsplassen har et lavere sykefravær. Hovedhypotesen for denne oppgaven har derfor fått støtte fra regresjonsanalysen.

Effekten er ikke sterk, men vi kan argumentere for at undersøkelsen har såpass mange enheter og med tanke på signifikansen vil dette tilsi at tendensene har en innvirkning. Funnene tyder på at autonomi ikke har en sterk årsakssammenheng med sykefraværet, og konklusjonen må derfor tolkes som svake. Det er derfor rimelig å anta at andre viktige variabler som forklarer

sykefraværet har blitt utelatt, men trolig er sykefraværet et stort og komplekst fenomen med mange årsaksforklaringer. Vi kan derfor ikke forvente at kun en forklaring isolert skal ha en stor effekt, men vi kan konkludere med at vi har funnet noe av forklaringen. Selv om regresjonsanalysen kun hadde en forklaring på 1,6 prosent må dette sees i sammenheng med at vi faktisk forklarer nesten 2 prosent av hele sykefraværet på et sykehus.

I Organisasjoner hvor det ikke er like lett å tilpasse seg sine arbeidstakeres behov for autonomi fordi timeplaner må til enhver tid være fullsatt, de ansatte må ha pauser til gitte tidspunkt og arbeidsoppgavene er satt lenge før den ansatte møter opp på jobb, det er derfor viktig for eventuelle HR-avdelinger, avdelingsleder eller organisasjonsleder å prøve å tilpasse så godt det lar seg gjøre for å forhindre de negative konsekvensene manglende autonomi kan føre til. Manglende autonomi kan påvirke individet negativt, da det ikke er en optimal løsning for de fleste å måtte jobbe etter de stramme linjene Taylor og hans «Scientific Management» mente at var den mest produktive løsningen (Taylor, 1914). Fraværet er en utfordring fordi det påvirker individet selv, det påvirker de ansatte og organisasjonen som en helhet ved at produksjonen må finne en som kan erstatte den sykemeldte og dette pålegger produksjonen ekstrakostnader. Fraværet påvirker og samfunnet ved ekstra kostnader når ansatte har sykefravær, og det påvirker enkeltindividet selv som må være borte fra arbeidsplassen hvor de kan oppnå sosial omgang med andre mennesker, læring og følelse av mestring.

Mens fravær og tilbaketrekninger fra ansatte har vært mye diskutert har ikke autonomi som en direkte effekt fått like stor oppmerksomhet. I en økonomi preget av økt konkurranse, globalisering og radikale teknologiske innovasjoner, må organisasjoner søke høy fleksibilitet. Denne søken vil trolig og innebære en mer omfattende bruk av ikke-standardiserte arbeidsavtaler som skiftarbeid, deltidsarbeid og midlertidig ansettelse, noe som kan ha både negative konsekvenser for den ansattes autonomi, og andre negative konsekvenser generelt for den ansatte. Som et resultat av dette kan organisasjonen søke økt vinning og gevinst på bekostning av de negative effektene dette kan føre med seg (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1152).

Som vi så i litteraturgjennomgangen viste femten av de totalt atten relevante artiklene en negativ korrelasjon mellom sykefravær og autonomi slik som funnet i denne analysen har gjort. De tre artiklene som ikke viser en negativ korrelasjon viser heller ikke en positiv

korrelasjon, det vil si at økende autonomi fører til et økende sykefravær, men de ender opp med å konkludere med at de ikke finner en effekt i det hele tatt.

Notenbomer et al finner sammenfallende resultater som denne studien har gjort. De finner at økende tilfredshet med kolleger og fysiske krav på jobben forutså lengre fraværsperiode, mens økende utdanningsnivå og jobbautonomi forutså kortere varighet. Det tyder på at høy tilfredshet blant kolleger og på arbeidsplassen, hvor den enkelte kan ta del i utarbeidelse av dagsplan og hvordan arbeidsoppgavene skal håndteres resulterer i at de ansatte ikke rapporterer seg syke med mindre ved alvorlig sykdom eller symptomer som fører til at de får en lengre fraværsperiode. Det kan og tyde på at høy trivsel på arbeidsplassen og blant det kollegiale miljøet kan, særlig i organisasjoner hvor det er vanskelig å erstatte vedkommende hvis de er syke, gi en høyere risiko for at de ansatte møter på jobb selv om de er syke, og dette da kan føre til sykenærvar. Et annet alternativ er at ved høy tilfredshet blant kolleger og ledere kan og medarbeiderstøtte oppmuntre til å være lenger borte ved sykdom (Notenbomer et al., 2006).

Studien til Kottwitz et al bruker Job Demand Control (JD-C)- modellen til Karasek for å studere årsaker til sykefravær. På bakgrunn av redusert tidsautonomi for mange sykepleiere, belyser studien til Kottwitz et al autonomiens rolle i helsevesenet som en måte å forebygge sykefravær. Den nedadgående autonomien sykepleierne har hatt de siste årene ble og beskrevet som en konsekvens av en tayloristisk vitenskapelig ledelsestilnærming i helsevesenet, som oppleves som «pleie på transportbånd» av sykepleiere, noe som skaper konflikter for sykepleierens mål om å kunne gi hver pasient individuell og helhetlig omsorg (Kottwitz et al., 2018). Job Demand Control-modellen viser at lav beslutningsmyndighet og høye jobbkraav er assosiert med en mental belastning og misnøye på arbeidsplassen, og som nevnt tidligere er tidsautonomi vanskelig å tildele de ansatte på et sykehus da sykehuset er avhengige av at de er nok personale på jobb til enhver tid. Autonomi må da ta form gjennom andre aspekter, som blant annet at de ansatte kan ta del i utformingen av turnus eller være med på å ta avgjørelser som omhandler eget arbeid. Dette kan ut ifra JD-C modellen øke arbeidsglede blant de ansatte og gi de mulighet til å ta del i utfordrende oppgaver og lære seg ny ferdigheter (Karasek, 1979).

Effort Reward Imbalance-modellen (ERI) blir brukt av Rosta et al for å se nærmere på sykefraværet mellom offentlig og privat ansatte leger. Funnene viser at profesjonell autonomi

har en signifikant relasjon mellom på sykefravær over tre dager. ERI- modellen omhandler forutsetningen om at det er nødvendig med et gjensidig forhold mellom innsats og belønning på arbeidsplassen, noe som kan ligne på JD-R og JD-C-modellene hvor jobbkrav og jobbressurser må stå i riktig forhold til hverandre for at de ansatte skal ha en motiverende tid på arbeidsplassen og ikke bli utbrente. Sykepleiere er den største arbeidsgruppen på et sykehus og i omsorgstjenestene, og med tanke på at andelen mennesker over 80 år ventes å øke sterkt i årene som kommer betyr dette at sykepleiere er en yrkesgruppe det vil være stor mangel på i årene som kommer. Mangelen kommer trolig ikke bare på grunn av ledige stillinger, men og grunnet både korte og lange fravær, noe som igjen har en stor betydning for kvaliteten som blir gitt på sykehuset eller i omsorgstjenestene (Skjøstad, 2017). Dette er dilemmaer som kan påvirke den opplevde autonomien blant de ansatte. Trolig kan sykepleiere som er i jobb når det er mangel på ansatte oppleve enda høyere press og krav til å utføre sine arbeidsoppgaver til en viss tid, pauser kan trolig bli innsnevret og hverdagen oppleves som veldig hektisk. I følge Siegrist er det ugunstig og lite ønskelig å bli værende i en posisjon hvor det er en slik ubalanse mellom gevinst og kostnad, og de ansatte vil på en eller annen måte ønske å komme seg ut av situasjonen (van Vegchel et al., 2005).

Studien til Väänänen et al bruker en modifisert versjon av Hackman og Oldhams jobbkarakteristikkmodellen for å måle jobbkarakteristikk og deriblant autonomi. I undersøkelsen finner de at jobbkarakteristikk forutser sykefravær hos både kvinner og menn. Særlig var det en sterk relasjon mellom sykefravær og autonomi blant menn. Det at menn kan være sterkere påvirket av denne relasjonen kan ha noe med å gjøre at i de tradisjonelle mannsdominerte yrker spiller autonomi en sterkere rolle på arbeidsplassen (Väänänen et al., 2003). Hackman og Oldhams fem motivasjonsfaktorer handler om nøkkelen til motivasjon på arbeidsplassen. Et monotont og kjedelig arbeid vil gjøre det vanskelig for den ansatte å motivere til å utføre arbeidsoppgavene på en god måte. Dette er motsatt av hva Taylor mente da han mente at oppgavene skulle operasjonaliseres og gjøres så enkle og repetitive og motivasjonen skulle komme i form av lønn for arbeidet og ikke arbeidsoppgavene i seg selv (Taylor, 1914). Slik som Hackman og Oldham mener vil faktorene; identitet, ferdighetsvariasjon, oppgavebetydning, autonomi og feedback gi en psykologisk følelse av at de ansatte selv er betydningsfulle, og at arbeidet de utfører er betydningsfullt (Hogan & Martell, 1987). Teorien mener at dersom disse behovene ikke er oppfylt kan dette ha en

skadelig effekt på velværen, noe som sammenfaller med denne analysen da lavere grad av autonomi påvirker velværen fordi den har en effekt på sykefraværet.

Lavere autonomi og høyere jobbkrav er, ifølge Leijtan et al, utelukkende relatert til sannsynligheten for sykefravær, og kan være sammenfallende med ulike helseproblemer, for eksempel psykologiske plager, hodepine og sirkulasjonsplager (Leijten et al., 2013). Autonomi innebærer at arbeidstakerne får en mulighet til å utøve sin kompetanse og gjøre egne valg innenfor en ramme av sin rollebeskrivelse. Autonomi og jobbkrav er viktige effekter for trivsel og sykefravær og det er viktig at arbeidsgiver fokuserer på arbeidsrelaterte faktorer for å fremme et godt og motiverende arbeidsmiljø. Som vi ser i Hackman og Oldhams motivasjonsteori, JD-R-modellen, JDC-modellen, STD-teorien, to-faktorteorien og ERI-modellene så er de samsvarende i at mennesker trenger motivasjon for å prestere, og motivasjonen kommer ikke nødvendigvis alene fra belønning i form av inntekt, men og fra selve arbeidet som blir utført og følelsen individet får fra å kunne konstruere, produsere eller ta del i noe de kan føle tilknytning til. Ut fra analysen ser det ut til at ansatte med høyere grad av autonomi har et lavere sykefravær, men som tidligere nevnt er det ikke like lett å tildele autonomi i enhver organisasjon.

Funnene som ble gjort i denne analysen samsvarer derfor med tidligere forskning om at autonomi og sykefravær har en relasjon. Selv om, som nevnt, resultatet fra denne analysen viser en svak årsakssammenheng. Det tyder derfor på at fenomenet sykefravær har mange årsaksforklaringer, men at autonomi kan være en av årsakene. Slik som teorien og antyder kan det være andre faktorer som spiller inn, slik som om vedkommende er offentlig eller privat ansatt, sosiale eller kulturelle forskjeller, sosiale ordninger og hvilke andre belastninger eller goder arbeidsplassen har slik som JD-R-modellen antyder.

## 6.2 ALDER OG SYKEFRAVÆR

Arbeidere mellom 55 og 65 år hadde ifølge Heuvel et al større sannsynlighet for å rapportere lav arbeidsytelse på arbeidsplassen fremfor at de rapportere sykefravær de siste tolv månedene. Funnene til forfatterne gjenspeiler sannsynligvis at arbeidere med helseproblemer vil allerede ha forlatt arbeidsplassen i denne alderen. Ytterligere analyser viste at arbeidere i denne aldersgruppen var mer sannsynlig for å rapportere et sykefravær på mer enn fem dager.



Dette antyder at med alderen kan det være et behov for lenger sykefravær, og at det i deres analyse ikke mulig å estimere effekten av en aldrende arbeidsstyrke på produktiviteten (van den Heuvel et al., 2010).

Analysen vi har gjort finner en meget svak positiv korrelasjon mellom alder og sykefravær, men dette funnet er ikke signifikant. Det vil med andre ord si at funnet ikke er generaliserbart og trolig tilfeldige funn. 60 prosent av enhetene i undersøkelsen er under 50 år, noe som tyder på at det er et stort sprik i alder, men gjennomsnittsalderen er mellom 40 og 49 år. Allebeck & Mastekaasa forteller i sin studie at Thomson et al ser at det er en effekt hvor arbeidstakere som har vært ansatte over lang tid var relatert til sykefravær, men studien tok ikke opp dilemmaet om også alder kan ha en innvirkning på sykefraværet, men kun det å være ansatt over lang tid. Studien til Allebeck & Mastekaasa konkluderer likevel med at alder er assosiert med sykefravær (Allebeck & Mastekaasa, 2004, p. 50).

Alder og sykefravær har ingen signifikant effekt i denne analysen, og hypotese 2 om at høyere alder gir høyere sykefravær kan derfor forkastes, til tross for at tidligere forskning og sykefraværstatistikken tilsier at en høyere alder har en relasjon med sykefraværet (Nav.no, 2019). Det å jobbe på et sykehus består ofte av hektiske dager med flere fysisk tunge løft og et begrenset tidskjema noe som kan være krevende for en arbeidstaker. Trolig vil helsearbeidere som på grunn av alder eller helseproblemer ikke ønsker eller kan være i en slik arbeidssituasjon, forlate sykehuset og gå over til helseorganisasjoner hvor det er et mindre hektisk arbeidsmiljø, slik som van den Heuvel et al (2010) påpeker.

### 6.3 KJØNN OG SYKEFRAVÆR

Resultatet viser videre en meget svak positiv effekt, noe som tilsier at kvinner har et høyere sykefravær enn hva menn har. Funnet er på 5 prosent signifikantnivå og derfor trolig ikke tilfeldig. I spørreundersøkelsen fra sykehuset er 77,6 prosent av de spurte kvinner, og det kan dermed tenkes at resultatet kunne vært noe annerledes dersom det var en jevnere fordeling mellom kvinner og menn i analysen. Kvinner mellom 30 og 40 år har ofte et høyere sykefravær ifølge sykefraværstatistikken til nav, og dette blir ofte begrunnet av at kvinner i denne alderen har en høyere grad av svangerskapsrelaterte fravær (Nav.no, 2019). Denne undersøkelsen har som nevnt ekskludert sykefravær grunnet svangerskap eller fravær relatert

til å forsørgelse av barn, noe som eliminerer en åpenbar forskjell mellom menn og kvinners sykefravær.

Sosiale normer fører til at kvinner er flinkere enn menn til å ty til hjelpesøkende atferd og klarer å anerkjenne helseproblemer (Väänänen et al., 2003). Høye krav fra forskjellige aspekter i livet kan manifesteres på jobb som korte fravær, men de kan og føre til mer alvorlige helsetilstander. Funnene til Väänänen et al (2003) indikerer at kvinner har mindre jobbautonomi, jobbkompleksitet og sosial støtte i den private industrisektoren ved at de blir ansatt i yrker som involverer repeterende oppgaver som for eksempel stillinger som sekretær. Selv om helsevesenet ikke nødvendigvis er repetitivt så kan det kan argumenteres for at helsearbeidere er ansatte i yrker med generelt mindre jobbautonomi enn ved mange andre organisasjoner. Slik som tidligere nevnt kan ikke en organisasjon som et sykehus gi de ansatte for mye jobbautonomi da det er pasienter som har behov, tidskjema som skal følges og det må være nok ansatte på arbeid hele døgnet. Det kan være interessant ved videre forskning å se på kvinners jobbautonomi og denne relasjonen til sykefravær i forhold til menn.

Studien til Kröger et al forteller at i mannsdominerte yrker viser det seg at kvinner med høyere stillingsnivå har 51% lavere sykefravær enn kvinnene fra de laveste stillingsnivåene. For kvinner i blandede og kvinnedominerte yrker er forskjellen mindre (Kröger, 2017). Som nevnt viser både sykefraværstatistikken i Norge og internasjonalt at kvinner har et høyere sykefravær enn hva menn har, og videre viser nav at den sykdommen som krever flest sykedager er muskel- og skjelettlidelser. Menn har høyest sykefravær for dette, men kvinner har flere tapte dagsverk på bakgrunn av denne lidelsen (Nav.no, 2019). Det kan tenkes at i et yrke som helsearbeider, som er et kvinnedominerende yrke, hvor de ansatte ofte jobber i hektiske perioder og ofte har ugunstige arbeidsstillinger eller tunge løft som kan være problematiske for ryggen og andre deler av kroppen, kan gi samtlige helseproblemer og videre føre til fravær.

#### 6.4 UTDANNINGSNIVÅ OG SYKEFRAVÆR

Utdanningsnivå viser en negativ effekt, men heller dette funnet er en signifikant med sykefravær, og hypotesen om at høyere utdanningsnivå gir lavere sykefravær kan forkastes. 31,6 prosent av de spurte har en utdanning med opp til og med tre år, og 22,5 prosent har en utdanning med opp til og med fem år.

Kröger et al finner i sin studie at sykefraværet synker for hvert økende arbeidsnivå, og det ser ut til at økende stillingsnivå er av betydning når det gjelder sykefravær, noe som blir støttet av tidligere studier (Kröger, 2017). Stillingsnivå kan argumenteres for å ha en sammenheng med utdanningsnivå på et sykehus, da det ofte er utdanningen som avgjør hvilken stilling den enkelte personen har. Det er nesten ikke mulig å jobbe seg opp i nivåer i et slikt system uten riktig utdanning.

Studien til Notenbomer et al finner at økende tilfredshet med kolleger og fysiske jobbkrafter forutså lengre fraværsperiode på jobben, mens økende utdanningsnivå og jobbautoomi forutså kortere varighet. Spørreskjemaet var i denne studien ikke anonym, og forfatterne spekulerer derfor i om noen av svarene kan være gitt fordi det er «sosialt riktig», men disse korrelasjonene samsvarer med litteraturen forfatterne har gjort, og de kan dermed konkludere med at de spurte ikke svarer ut fra hva som er «sosialt riktig» (Notenbomer et al., 2006). Som vi så i analysen så har 32 prosent en utdanning opp til og med tre år og 23 prosent har en utdanning på opp til og med fem år noe som tilsier at de ansatte på sykehuset generelt sett har en høy utdanning. På et sykehus generelt kreves det, foruten noen stillinger, en høy utdanning da ansatte består i hovedsak sykepleiere, vernepleiere, leger, bioingeniører og kirurger eller liknende. Det blir dermed mindre tydelige forskjeller mellom utdanningsnivå, og det kan derfor tenkes at resultatet fra analysen hadde sett noe annerledes ut dersom spriket mellom høyt og lavt utdannede var noe større.

## 6.5 STYRKER OG SVAKHETER

Både den avhengige variabelen og kontrollvariablene viser en lav forklaringskraft. Til sammen viser resultatet en forklaringskraft på 1,9 prosent av variansen. Det kan være positivt at autoomi ikke har en meget høy forklaringskraft da et sykehus ikke nødvendigvis har muligheten til å gi beslutningsmyndighet over arbeidstider eller pauser da de er avhengige av nok kapasitet på sykehusene til enhver tid. Det kan være flere grunner for at forklaringskraften er så svak som den er. Det kan være mekanismer på jobb som hindrer arbeid, for eksempel kan dårlig helse blant de ansatte eller konflikt mellom arbeid og familie som fører til fravær.

Det kan ha en sammenheng at ikke alle de spurte har tillatt å koble sine svar opp mot registrerte helsedata, og når kun 54 prosent har tillat at sine svar kan kobles opp mot sykefraværet, kan det tenkes at viktige personer eller svar har blitt mistet. Det kan være en grunn til at disse vedkommende ikke ønsker å koble sine svar opp mot sitt sykefravær. Det kan likevel argumenteres for at studien har brukt registrerte helsedata til tross vi mister en del av respondentene. Denne formen for innhenting av informasjon om sykefraværet er dermed objektive data til motsetning om hvert enkelt individ selv skal svare på antall fraværsdager (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1153). I litteraturgjennomgangen var det syv av atten artikler som målte sykefraværet gjennom registrert helsedata, mens elleve bruker selvrapporterte data. Ved bruk av selvrapportert sykefravær kan de ansatte velge å underrapportere sitt sykefravær ved å svare uærlig på undersøkelsen, eller det er mulig at de ikke husker antall dager de har vært borte og derfor må gjette seg til et svar. Ved bruk av registrerte data unngår vi dette problemet, men vi mister og de respondentene som ikke ønsket å gi tillatelse til å hente informasjon om sykefraværet. Det kan tenkes at mennesker med lite sykefravær ikke har noe problem med at deres sykefravær blir koblet opp mot svarene, og det kan dermed være interessante respondenter som vi går glipp av ved at de ikke ønsker å dele sitt fravær. På grunnlag av at fraværet baseres på objektive data er det en rimelig grunn å anta at studier som bruker to uavhengige kilder vil produsere mer pålitelige data.

En annen faktor som kan ha en innvirkning på sykefraværet kan være fenomenet sykenærvær, som omhandler at de ansatte går på jobb til tross for å være syk. Dette kan være av forskjellige årsaker som solidaritet med kolleger, føle seg forpliktet til arbeidsplassen. Det kan være en økonomisk grunn, hvis vedkommende rett og slett ikke har råd til å være borte fra arbeid eller frykt for sanksjoner. Det kan også være begrunnet i sosiale eller kulturelle normer om arbeidsetikk (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1153)

Det kunne vært aktuelt å ta med flere arbeidsrelaterte elementer for å forklare sykefraværet, slik som for eksempel sosial støtte på jobben, skiftarbeid eller sivilstatus. Konflikten mellom arbeid og familie som et fenomen kan også ha innvirkninger på fraværet, som for eksempel konflikt mellom skiftarbeid og familieliv. Det kan også være en tanke å se på forklaringer på sykefraværet på gruppenivå og hvordan gruppenormer kan påvirke sykefraværet (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1153).

Fordi undersøkelsen er gjort på ett spesifikt sykehus i Norge er det og et spørsmål angående overførbarheten eller generaliseringen av funnene, til tross for det store antallet respondenter som er med i undersøkelsen. I tillegg til dette er Norge og de andre skandinaviske landene spesielle tilfeller med tanke på de sosiale godene disse landene har i forhold til mange andre land. I Norge får de ansatte betalt fra første sykedag og i ett år frem i tid, dette kan ha en innvirkning på et høyere sykefravær generelt i landet, slik som tidligere nevnt. Det kunne vært forventet at et slikt system ville resultert i en eksplosjon av korttidssykefravær og egenmeldinger, men det tyder på at Norge generelt har en høyere grad av langvarig og legemeldt sykefravær. Korttidssykefraværet utgjorde i 2016 kun litt over en tiendedel av det totale sykefraværet i Norge, mens i denne studien er 15% av antall tapte dager koblet til korttidssykefravær (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1154).

Denne undersøkelsen er kun gjort på ett spesifikt offentlig sykehus i Norge. Analysen har derfor ikke informasjon om hvordan det hadde vært om det var en privat virksomhet, eller hvordan situasjonen er i for eksempel mindre organisasjoner. Likevel kan det argumenteres for at ved bruk av litteraturgjennomgangen har vi fått en bredere oversikt over hvordan resultatene ser ut i andre land og på andre organisasjoner, og til tross for at selve spørreundersøkelsen kun er gjort på ett sykehus, har studien likevel tilegnet seg en bred kunnskap på feltet.

I denne studien har de fleste ansatte ingen eller få sykedager i løpet av året og trolig er helseproblemer de viktigste faktorene som forklarer korttidsfraværet. Til tross for at noen av disse dagene for kortvarig fravær kan være illegitime, burde dette vært balansert med kostnadene hvis det skulle vært vurdert en strengere regulering for det å være syk. Det vil påføre de ansatte ekstra kostnader ved å kontakte lege ved sykdom, samt for organisasjonen å samle inn, kontrollere og eventuelt godkjenne eller ikke godkjenne sykefraværet og til slutt eventuelt sanksjonere. Det at så få utnytter den liberale ordningen indikerer at det kan være andre faktorer enn kontrollsystemer for å verifisere om ansatte virkelig er syke når de er fraværende fra arbeidet. Dermed er det trolig mer viktig å fokusere på de som er sårbare og fraværende over en lang periode fremfor å redusere det kortvarige fraværet (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1154).

Denne studien ser på sykefraværet på en organisatorisk tilnærming. Det forklarer hvordan sykefraværet kan ha noe med den organisatoriske strukturen på arbeidsplassen og hva som

kan gjøres for å bedre opplevelsen av å være på arbeidsplassen. Det kan være lettere å senke sykefraværet på en organisatorisk måte fremfor på individnivå, da det vil være enklere å gi sine arbeidstakere mer autonomi og beslutningsmyndighet på arbeidsplassen enn å hjelpe de med kostholdsplaner eller å slutte med nikotin.

## 6.6 VIDERE UNDERSØKELSER

Det kan være interessant å se nærmere på forskjeller mellom offentlig og private ansatte, slik som studien til Rosta et al har gjort. De så på sykefraværet mellom offentlig og privat ansatte leger og studien deres viste at offentlige leger hadde et høyere sykefravær og en lavere autonomi enn hva de private legene hadde. Ifølge forfatterne er det tydelig at sykepenger har en betydning for sykefraværets størrelse, de begrunner at forskjellen mellom private og offentlig ansattes sykefravær kan skyldes i at en offentlig ansatt lege har flere goder hvis personen er syk, fremfor en som er selvstendig næringsdrivende. En offentlig ansatt lege får ikke lønnsreduksjon i løpet av sykefraværet, men spesialpraktiserende eller fastleger som er selvstendig næringsdrivende kan oppleve økonomisk tap i løpet av deres sykefravær. En annen ulempe dersom den selvstendig næringsdrivende er fraværende i jobben er den kontinuerlige pasientbehandlingen forsvinner. Pasienten vil trolig oppsøke et annet legekontor hvis legen er sykmeldt, noe som kan skape problemer for legekantoret og dermed være en utfordring (Rosta et al., 2014).

Fordi sykefraværet varierer mellom kulturer og antallet utenlandske leger og helsepersonell øker i Norge, kan det være viktig å inkludere dette perspektivet i videre undersøkelser som omhandler særlig leger eller helsepersonell (Rosta et al., 2014).

Videre kan det, som tidligere nevnt, være interessant å se på manns- og kvinnedominerte sektorer, men og kjønnsbalanserte sektorer opp mot autonomi og sykefravær, slik som studien til Väänänen et al (2003) nevner. I store organisasjoner vil det det være flere subkulturer eller delte holdninger, verdier og normer som kan være interessante å se nærmere på, særlig siden ansatte som jobber innenfor samme organisasjon kan ha en tendens til å sammenlikne seg med andre i den samme situasjonen (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, p. 1154).

Denne studien har tatt utgangspunkt i det organisatoriske nivået, som vil si at begrensninger fra organisatoriske og kollektive faktorer er forklaringer på sykefravær. Autonomi er interessant sett i et større bilde, for selv om teoriene som ble gjennomgått for å beskrive begreper som utmattelse, manglende motivasjon i tillegg til autonomi, kan trolig autonomi være et bidrag for å forklare noe av årsakssammenhengen med motivasjon og stress til tross for at dette ikke var en del av denne analysen.

Til tross for at denne studien kun tar for seg autonomi på et sykehus kan det tenkes at autonomi er viktig flere steder i livet og i flere deler av arbeidslivet. Høy grad av autonomi på arbeidsplassen kan muligens hjelpe individer til å føle seg tryggere og til å bedre stole på sine egne beslutninger eller valg på andre områder i livet enn kun på arbeidsplassen. Autonomi kan tenkes å ha innvirkninger på både stress og motivasjon. Slik som modellene i teorikapittelet beskriver så er forholdet mellom stress og motivasjon viktig for trivsel, og autonomi kan bidra til å senke stress og øke motivasjonen. Det er kanskje andre viktigere elementer for å forklare sykefravær enn hva autonomi gjorde i denne analysen. Det kan hende at ved bruk av for eksempel Karaseks JD-R modell om jobbkrav og ressurser at vi hadde fått en sterkere årsakssammenheng, eller ved bruk av ERI-modellen til Sigerist, men fokuset til denne studien ble lagt til autonomi.

## 8.0 LITTERATURLISTE.

- Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Kouvonen, A., Väänänen, A., Linna, A., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2006). Long hours in paid and domestic work and subsequent sickness absence: does control over daily working hours matter? *Occupational and Environmental Medicine*, 63(9), 608-616. doi:10.1136/oem.2005.023937
- Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Linna, A., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2005). Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort-reward imbalance on sickness absence: the 10-town study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(10), 851-857. doi:10.1136/jech.2004.030924
- Allebeck, P., & Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63\_suppl), 49-108. doi:10.1080/14034950410021853
- Booth, A., Papaioannou, D., & Sutton, A. (2012). *Systematic Approaches to a Successful Literature Review*.
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(2), 194-202. doi:10.1002/1097-0274(200102)39:2<194::Aid-ajim1006>3.0.Co;2-k
- Bouville, G. (2010). *ORGANIZATIONAL FACTORS AND ABSENTEEISM: A COMPARISON BETWEEN FOUR OCCUPATIONAL GRADES*.
- Bouville, G., Dello Russo, S., & Truxillo, D. (2018). The moderating role of age in the job characteristics-absenteeism relationship: A matter of occupational context? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 91(1), 57-83. doi:10.1111/joop.12188
- Clausen, S.-E. (2009). *Multivariate analysemetoder for samfunnvitere*. (Universitetsforlaget).
- D'Souza, R. M., Strazdins, L., Broom, D. H., Rodgers, B., & Berry, H. L. (2006). Work demands, job insecurity and sickness absence from work. How productive is the new, flexible labour force? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(3), 205-212. doi:10.1111/j.1467-842X.2006.tb00859.x
- Deci, E., Olafsen, A., & Ryan, R. (2017). Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4. doi:10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108
- Dhaini, S., Zuniga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Absenteeism and Presenteeism among Care Workers in Swiss Nursing Homes and Their Association with



- Psychosocial Work Environment: A Multi-Site Cross-Sectional Study. *Gerontology*, 62(4), 386-395. doi:10.1159/000442088
- HARRIS, J. (1998). Scientific Management, Bureau-Professionalism, New Managerialism: The Labour Process of State Social Work. *The British Journal of Social Work*, 28(6), 839-862. doi:10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011404
- Harung. (2010). Årsaker til Sykefravær. doi:<http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4742/74552711.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Herzberg, F. (1974). Motivation-hygiene profiles: Pinpointing what ails the organization. *Organizational Dynamics*, 3(2), 18-29. doi:[https://doi.org/10.1016/0090-2616\(74\)90007-2](https://doi.org/10.1016/0090-2616(74)90007-2)
- Hogan, E. A., & Martell, D. A. (1987). A confirmatory structural equations analysis of the job characteristics model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39(2), 242-263. doi:[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(87\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0749-5978(87)90040-9)
- Jacobsen, D. I., & Fjeldbraaten, E. M. (2018). Shift work and sickness absence—the mediating roles of work–home conflict and perceived health. *Human Resource Management*, 57(5), 1145-1157. doi:10.1002/hrm.21894
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi:10.2307/2392498
- Karlsen, I. (2015). Ledelse og sykefravær - en studie om sammenhenger mellom lederatferd og sykefravær. (Masteroppgave i strategisk ledelse og økonomi). Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9107/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179-199. doi:10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05 E
- Kottwitz, M. U., Schade, V., Burger, C., Radlinger, L., & Elfering, A. (2018). Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records. *Safety and Health at Work*, 9(1), 109-114. doi:10.1016/j.shaw.2017.06.013
- Kroger, H. (2017). The stratifying role of job level for sickness absence and the moderating role of gender and occupational gender composition. *Social Science & Medicine*, 186, 1-9. doi:10.1016/j.socscimed.2017.05.045
- Kröger, H. (2017). The stratifying role of job level for sickness absence and the moderating role of gender and occupational gender composition. *Social*

- Science & Medicine*, 186, 1-9.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.045>
- Kulik, C. T., Oldham, G. R., & Hackman, J. R. (1987). Work design as an approach to person-environment fit. *Journal of Vocational Behavior*, 31(3), 278-296. doi:[https://doi.org/10.1016/0001-8791\(87\)90044-3](https://doi.org/10.1016/0001-8791(87)90044-3)
- Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., Ybema, J. F., Robroek, S. J., & Burdorf, A. (2013). Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*(5), 477-485.  
doi:10.5271/sjweh.3353
- Maia, E. G., Claro, R. M., & Assuncao, A. A. (2019). Multiple exposures to the risk of work absenteeism among Brazilian schoolteachers. *Cadernos De Saude Publica*, 35. doi:10.1590/0102-311x00166517
- Midtbø, T. (2007). Regresjonsanalyse for samfunnsvitere.
- NAV.no. (2017). Halve Norge mottok penger fra NAV i 2017. Retrieved from <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkomrader/nyheter/halve-norge-mottok-penger-fra-nav-i-2017>
- Nav.no. (2019). Sykefraværstatistikk for 3. kvartal 2019.  
doi:<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Notenbomer, A., Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2006). Job satisfaction and short-term sickness absence among Dutch workers. *Occupational Medicine*, 56(4), 279-281. doi:10.1093/occmed/kql031
- Nyathi, M., & Jooste, K. (2008). Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. *Curationis*, 31, 28-37. doi:10.4102/curationis.v31i1.903
- Pousette, A., & Hanse, J. J. (2002). Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types - a multigroup structural equation modelling approach. *Work and Stress*, 16(3), 229-250. doi:10.1080/02678370210162737
- Regjeringen.no. (2018). IA-avtalen 2019-2022.  
doi:[https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/)
- Roelen, C., Koopmans, P., Notenbomer, A., & Groothoff, J. (2008). Job satisfaction and sickness absence: A questionnaire survey. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 58, 567-571. doi:10.1093/occmed/kqn113
- Rosta, J., Tellnes, G., & Aasland, O. G. (2014). Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010. *BMC Health Services Research*, 14(1), 199. doi:10.1186/1472-6963-14-199
- Schaufeli, W., & Rhenen, W. (2009). How Changes in Job Demands and Resources Predict Burnout, Work Engagement, and Sickness

- Absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.  
doi:10.1002/job.595
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2013). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*, 43-68.  
doi:10.1007/978-94-007-5640-3-4
- Skjøstad, O. (2017). Økt behov for sykepleiere i årene som kommer SSB.  
doi:<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>
- SSB. (2019). Statistisk Sentralbyrå. Større vekst i antall menn med helse- og sosialutdanning enn kvinner. Retrieved from <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/storre-vekst-i-antall-menn-med-helse-og-sosialutdanning-enn-kvinner>
- SSB. (2020). Sickness absence. Retrieved from <https://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal>
- Taylor, F. W. (1914). Scientific Management:Reply from Mr. F. W. Taylor. *The Sociological Review*, 7(3), 266-269. doi:10.1111/j.1467-954X.1914.tb02387.x
- van den Heuvel, S. G., Geuskens, G. A., Hooftman, W. E., Koppes, L. L. J., & van den Bossche, S. N. J. (2010). Productivity Loss at Work; Health-Related and Work-Related Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 331-339. doi:10.1007/s10926-009-9219-7
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1117-1131.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043>
- Väänänen, A., Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., Mutanen, P., Vahtera, J., & Peiró, J. M. (2003). Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science & Medicine*, 57(5), 807-824. doi:10.1016/s0277-9536(02)00450-1
- Wickström, G., & Bendix, T. (2000). The "Hawthorne effect" — what did the original Hawthorne studies actually show? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 26(4), 363-367. Retrieved from [www.jstor.org/stable/40967074](http://www.jstor.org/stable/40967074)

## 10. VEDLEGG 1

Artikkel	Autonomi	Sykefravær	Kontekst	Kontrollvariabler	Funn
<i>Multiple exposures to the risk of work absenteeism among Brazilian schoolteachers</i> (Maia et al., 2019)	Målt gjennom spørreskjemaet med spørsmål som f.eks «Gir skoleadministrasjonen mulighet til å delta aktivt i beslutninger» med en skala fra 1-4 fra ofte til aldri.	Avhengig variabel. Målt gjennom spørreundersøkelsen Med dikotome spørsmålet « Har du hatt fravær fra jobbene de siste 12 mnd» med seks oppfølgende dikotome spørsmål.	Spørreundersøkelse om farer ved sykefravær for brasilianske lærere. Studien tok sikte på å identifisere flere eksponeringer for risikoen for arbeidsfravær, uavhengig av årsakene rapportert av lærere.	Kvaliteten på skolen, kvaliteten på administrasjonen, arbeidsforhold, demografiske, geografiske forhold, kjønn, utdanningsnivå, alder, lærernivå, og type lærerstilling.	Tre komponenter viser positive assosiasjoner med sykefravær. Autonomi inngår i komponent 1 «begrensninger for lærernes autonomi».
<i>Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records</i> (Kottwitz et al., 2018)	Autonomi blir målt gjennom spørreundersøkelsen. Blant annet om hvor stor innflytelse de ansatte har på arbeidsplassen og utarbeidelse av arbeidsplan med en skala på 1-5 fra «lite/aldri» til «veldig ofte/hele tiden»	Avhengig variabel. Målt ved at de fikk tilgang til registrerte sykemeldingsdata. Sykefraværet var registrert fra den måneden spørreskjemaet var fylt ut og i 11 måneder frem i tid.	Spørreundersøkelse. Undersøke relasjonen mellom tidspress, tidsautonomi og sykefravær på et sveitsisk sykehus med utgangspunkt i Job Demand-Control-modellen.	Kjønn, alder, jobbkaraktistikk, profesjon, tidspress og tilfredshet på arbeidsplassen.	Undersøkelsen finner ikke korrelasjon mellom trivsel på arbeidsplassen og sykefravær, men det er en korrelasjon mellom de uavhengige variablene tidspress og tidsautonomi og den avhengige variabelen som er sykefravær.
<i>The moderating role of age in the job characteristics-absenteeism relationship: A matter of occupational context?</i> (Bouville et al., 2018)	Målt gjennom spørreskjema under kategorien «jobbkaraktistikk». Fire spørsmål angående autonomi f.eks. «jobben lar meg ta egne beslutninger». Målt på en skala	Avhengig variabel. Målt gjennom spørreskjema. Selvrapporterte sykedager de siste tolv månedene. Kun legemeldte sykefravær ble	Spørreundersøkelse. Studien tar for seg forholdet mellom jobbegenskaper og sykefravær, og undersøker det under to grensevilkår,	Yrkesgruppe, alder, Kjønn, demografi, organisasjonens bygning, størrelse på organisasjonen,	Konkluderer med at samspillet mellom jobbegenskaper, alder og sykefravær er mer komplekst enn først antatt. Hypotesen som involverte

	på 1-4. fra «aldri» til «hele tiden»	brukt i denne studien.	ansattes alder og yrkesgruppe.		autonomi ble ikke støttet.
<i>The stratifying role of job level for sickness absence and the moderating role of gender and occupational gender composition</i> (Kröger, 2017)	Målt i spørreskjema under kategorien «jobblevel» med ett spørsmål i intervjuet.	Avhengig variabel. Selvrapporterte dager sykefravær i det samme året.	Handler om sykefravær har sammenheng med stillingsnivå – forstått som autoritet og autonomi arbeidstaker har ut fra bla. annet utdanning i.	Alder, helsestatus, utdanningsnivå, EGP-klassifisering,	Studien observerte en tydelig variasjon i sykefraværet ut fra stillingsnivå, selv etter å ha tatt utdanning, inntekt og yrkesklasse ut av betraktning.
<i>Absenteeism and Presenteeism among Care Workers in Swiss Nursing Homes and Their Association with Psychosocial Work Environment : A Multi-Site Cross-Sectional Study</i> Kapittel 3 (Dhaini et al., 2016)	Målt gjennom spørreundersøkelsen under kategorien «psykososialt arbeidsmiljø». Blant annet rangere i hvilken grad de uavhengig kunne ta avgjørelser om eget arbeid. Skala på 1-4 fra lite tilfreds til veldig tilfreds.	Avhengig variabel. Målt gjennom spørreskjema hvor mange dager arbeidstakerne har vært borte de siste fire ukene. Gruppert inn i «0», «1-2» dager eller «3 eller flere dager».  Sykenærvær er og en avhengig variabel – målt tilsvarende.	Spørreundersøkelse fra et sveitisk sykehjem for å undersøke omsorgsarbeidernes selvrapporterte fravær og nærvær i forhold til sykehjems psykososiale arbeidsmiljø.	Organisasjonsstørrelse, alder, kjønn, utdanningsnivå, profesjonell erfaring, prosent stilling, skiftarbeid, antall overtidsarbeid,	Finner ikke en relasjon mellom sykefravær og psykososialt arbeidsmiljø.
<i>Organizational factors and absenteeism: a comparison between four occupational grades</i> (Bouville, 2010)	Autonomi ble målt med ett spørsmål: «Jobben min tillater meg å ta egne beslutninger» med en skala på 1-4 fra «ikke i det hele tatt» til «i sterk grad».	Sykefravær ble målt gjennom spørreskjema, hvor respondentene skulle svare på eget sykefravær de siste 12 månedene gjennom fem kategorier: 0	Formålet med artikkelen er å undersøke om organisatoriske faktorer er ansvarlige for sykefravær blant yrkeskarakterer. Med organisatoriske faktorer mener	tidspress, monotont arbeid, ferdighetsvariasjon, støtte fra kolleger og ledere, hierarkisk kontroll, fleksibel arbeidsplan, skiftarbeid, påvirkning fra publikum	Ferdighetsvariasjon, monotont arbeid og fleksibel arbeidsplan påvirket ikke fravær blant «blue-collar»-ansatte. Samtidig viste det seg at

		dager, midlertidig 1-3 dager, kortvarig sykefravær; 4-7 dager, «midt-varig» sykefravær 8-15 dager, langvarig sykfravær; +16 dager.	forfatteren både fysiske og psykososiale arbeidsmiljø så vel som arbeidsorganisasjon og sosiale relasjoner på jobb. Skiller mellom «blue collar», «lower white collar» og «upper white collar».		autonomi økte den kortvarige fraværet. For «Lower White-Collar» er autonomi er negativt linket med tre kategorier for fravær: midlertidig, kortvarig og langvarig sykefravær. En fleksibel arbeidsplan øker kortvarig fravær, men minsker langvarig fravær.
How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism (Schaufeli & Rhenen, 2009)	Spørreskjemaet hadde tre spørsmål som omhandlet autonomi, blant annet: «Har du frihet til å utføre arbeidsaktivitetene?». Spørsmålene hadde en skala på 1-5 fra «aldri» til «alltid».	Sykefraværet ble innhentet gjennom sykefraværsregister til de ansatte som er lagt inn i databasen til selskapets bedriftshelsetjeneste. Data om sykefravær samlet inn fra bedriftsjournal er helt klart å foretrekke som et resultatmål over sykefravær data hentet fra spørreskjemaer eller intervjuer, skriver forfatterne.	Spørreundersøkelse. Forfatterne undersøker den dynamiske naturen til JD-R modellen (Job Demand and Resources) ved å fokusere på såkalte taps- og gevinstsykluser som kan være et resultat av en ansamling av jobbkrav og jobbresurser	sosial støtte, feedback, muligheter for læring, arbeidsmengde, emosjonelle krav, sosial støtte, utbrenthet, arbeidsengasjement	Studiene viste at -særlig utmattelse og kynisme- er positivt relatert til jobbkrav som arbeidsoverbelastning, emosjonelle krav og innblanding mellom arbeid og hjem. Og negativt relatert til jobbresurser, som jobbautonomi, tilbakemelding er om resultater, sosial støtte og muligheter for profesjonell utvikling

<p>Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector (Väänänen et al., 2003)</p>	<p>Jobbautonomi ble målt gjennom fem spørsmål som «kan du forlate arbeidsplassen ut at noen må ta over?» eller «Kan du planlegge arbeidet ditt selv?». Andre variabler det ble gjort rede for er arbeidskompleksitet, fysiske og psykologiske symptomer, støtte fra arbeidskolleger og støtte fra ledere.</p>	<p>Sykefravær ble målt ved bruk av registrerte sykemeldingsdata mellom januar 1995 og mars 1998. Kun de som var ansatte i hele treårsperioden ble inkludert i studien.</p>	<p>Spørreundersøkelse. Formålet med denne studien er å finne ut av psykososiale forløpere av sykefravær i privat industri.</p>	<p>Jobbkarakteristikk, støtte fra kolleger, alder, kjønn</p>	<p>Resultatene viste at jobbkarakteristikk ikke forutså sykefravær blant både menn og kvinner. Dette korresponderer med tidligere studier. Særlig jobbautonomi/jobbkontroll har blitt funnet nært relatert til sykefravær. Men både i studien «Whitehall Study II on civil servants in London» viste resultatene bare blant menn. Også denne studien fant at jobbautonomi var særlig assosiert blant menns langtidssykefravær.</p>
<p>Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types--a multigroup structural equation modelling approach</p>	<p>Under temaet om jobbkarakteristikk ble det spurt angående autonomi. Spørsmålene omhandlet influensen over arbeidet, over arbeidsmetoder og influensen over tildeling av oppgaver på en skala fra 1-5</p>	<p>Sykefraværet ble målt gjennom spørreskjemaet ved at de spurte skulle svare på deres fravær gjennom de siste tolv månedene. Kategoriene de kunne velge mellom var «0», «1-3», «3-9», «9-29»</p>	<p>Spørreundersøkelse. Forfatterne skulle i denne undersøkelsen teste for multigroup-invarians ved å måle modeller mellom jobbegenskaper, psykososiale mellomliggende variabler, helseutfall og</p>	<p>Alder, kjønn, jobbtittel og antall år som ansatt. ferdigheter, psykososiale variabler som jobbtilfredshet, og arbeidsmengde.</p>	<p>Studien viste både likheter og forskjeller på tvers av yrker når det gjelder forholdene mellom uavhengige latente variabler (jobbautonomi, ferdighetsskillt), mellomliggend</p>

(Pousette & Hanse, 2002)		dager eller mer enn «29 dager». Spørreundersøkelsen hadde og videre spørsmål om hvor mange ganger de hadde mistet avtalt arbeid (missed scheduled work) gjennom de siste tolv månedene. Spørsmålet hadde fem svaralternativer «null», «1-2 ganger», «3-4 ganger», «5-6» ganger eller «fler enn 6 ganger».	sykefravær. Fire yrkersgrupper ble valgt for denne undersøkelsen: blue collar, white collar, eldreomsorgsarbeidere og barnehagearbeidere		elatende variabler (arbeidsmengde, arbeidsglede) og avhengige variabler (stressrelatert helse og sykefravær). Hypotesen om en assosiasjon mellom jobbaunomi og ferdighetsnivå (Skill discretion) var støttet i alle gruppene.
<b>Artikkel</b>	<b>Autonomi</b>	<b>Sykefravær</b>	<b>Kontekst</b>	<b>Kontrollvariabler</b>	<b>Funn</b>
Work demands, job insecurity and sickness absence from work. how productive is the new, flexible labour force? (D'Souza et al., 2006)	Beslutningsmyndighet blir målt i kategorien «Jobbkontroll» som har 15 spørsmål basert på Whitehall sin studie (en adaptasjon av Karaseks modell) Studien hadde en skala på 1-4 fra «ofte» til «aldri»	Målt gjennom spørreskjemaet . Delt opp i tre kategorier: Ingen, korttid (en til tre dager) og langtidfravær (lenger enn tre dager)	Spørreskjema. Studien undersøker ett aspekt av produktivitet – sykefravær- og spør om jobbsikkerhet og høye jobbkrav er forbundet med økt sykefravær, og om mental eller fysisk helse påvirker denne assosiasjonen.	Jobbkrav, jobbsikkerhet, demografiske faktorer (kjønn, utdanning og sivilstatus), stillingsnivå, type stilling, bosted	Jobbkravene var høyere og jobbkontrollen var lavere blant ansatte som hadde langtidssykefravær, sammenliknet med de som rapporterte korttidsfravær.
Job satisfaction and short-term sickness absence among Dutch workers	Autonomi ble målt gjennom en skala på 1-7 fra svært misfornøyd til svært fornøyd.	Spørreskjemaet ble utgitt til 1908 mennesker som var sykmeldte fra	Spørreskjema. Denne studien skal se nærmere på korrelasjonen mellom	Psykisk og fysisk arbeidsmengde, alder, kjønn, utdanningsnivå,	Studien fant at økende tilfredshet med kolleger og fysiske krav på jobben forutså



(Notenbomer et al., 2006)		arbeidsplassen i perioden januar – april i 2003. Dataene om sykefravær ble hentet fra bedriftshelseregisteret.	korttid- og langtidssykefravær og både globale og spesifikke jobbtilfredshet.		lengre fraværperiode, mens økende utdanningsnivå og jobbaunomi spådde kortere fravær.
Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort-reward imbalance on sickness absence: the 10-town study. (Leena Alamursula et al., 2005)	Autonomi ble målt gjennom hvor god kontroll de ansatte har på arbeidstidene sine blant annet gjennom lengdene på arbeidsdagene og flekstitid. Spørsmålene hadde en skala på 1-5 fra veldig lite til veldig mye.	Studien brukte informasjon om legemeldt sykefravær fra arbeidsgiverregistrene. Enhetene ble valgt på bakgrunn av at de ikke hadde fravær året før undersøkelsen (1999-2000). Helseutsiktene ble overvåket gjennom sykefravær i årene etter undersøkelsen til slutten av 2003.	Spørreskjema. Studere om effekten av jobbstress og sykefravær varierer ut fra hvilken grad kontroll de ansatte har over arbeidstidene.	jobbkontroll, jobbkrav, jobbinnsett og belønning, helse, jobbstress, alder, kjønn og arbeidskontrakt.	Funnene tyder på at arbeidskontroll til en viss grad hjelper å takle viktige kilder til arbeidsstress som jobbpress og ubalanse mellom innsats og belønning. Arbeidskontroll kan redusere stress ved å forbedre opplevelsen av arbeidsrelatert autonomi.
Job Strain and Sickness Absence Among Nurses in the Province of Quebec (Bourbonnais & Mondor, 2001)	Målt under arbeidsbelastning med 18 spørsmål. Autonomi blir ikke nevnt, men beslutningsmyndighet i form av mulighetene til å ta avgjørelser, være kreativ og utvikle ferdigheter på arbeidsplassen.	Samlet inn manuelt av forskningsassistenter på sykehusenes administrative filer for alle forekomster av korttidsfravær og legemeldte sykemeldinger.	Spørreskjema. Ved bruk av Karaseks «Job strain model», er målet med denne studien å avgjøre om sykepleiere utsatt for jobbstress hadde høyere forekomst av sykefravær enn de som ikke var utsatt.	Andre mentale helseindikatorer, sosial støtte på jobben, arbeidsbelastning, alder, arbeidssted, utdanning, stillingstittel og timeplan	Sammenhengen mellom en kombinasjon av høye krav og lav beslutningsgrad og forekomst av sykdomsrelaterte fravær var samlet sett verifisert for kortvarig sykefravær, men ikke statistisk signifikant for å sertifisere sykefravær selv om det var

					i forventet retning.
Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province (Nyathi & Jooste, 2008)	Ble målt for å se om hvor stor opplevd grad av autonomi det var blant sykepleierne på en skala fra 1-4. 25 spørsmål ble stilt angående dette.	Fravær ble indirekte målt i spørsmålene. For eksempel «Sykepleiere har fravær fra jobben fordi de må jobbe varierende skiftarbeid på arbeidsplassen» eller	Spørreundersøkelse. Studien skal undersøke og beskrive arbeidsforhold som fører til fravær blant sykepleiere på arbeidsplassen i Sør-Afrika.	Biografisk informasjon, alder, kjønn, sivilstatus, kvalifikasjonsnivå, antall år med erfaring, karakteristikk ved organisasjonen, lederstiler,	Studien finner at autonomi bidrar til mer fravær blant sykepleiere med lavere utdanning enn de med høyere kvalifikasjoner. Funnene indikerte at de sub-profesjonelle sykepleierne er mer enige i denne uttalelsen enn de profesjonelle sykepleierne.
Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010 (Rosta et al., 2014)	Profesjonell autonomi var målt med ett spørsmål med svaralternativ 1-7 fra veldig lite fornøyd til veldig fornøyd. Spørsmålet lyder «Hvor fornøyd er du med friheten til å velge egne metoder for arbeidet?»	Sykefraværet er målt ut fra ett spørsmål i spørreundersøkelsen «Hvor mange dager sykefravær har du hatt de siste 12 månedene». Det er ikke gjort forskjell på legemeldt eller egenmeldt sykefravær, ei heller om det gjaldt enkelte dager i året eller om sykefraværet var sammenhengende.	Spørreundersøkelse. Studien sammenligner antall sykefraværsdager de siste tolv månedene og effekten av sysselsettingstatus, psykososialt arbeidsstress, egenvurdert helse og demografi på sykefraværet mellom offentlig og private leger i Norge.	egenvurdert helse, kjønn, alder og skillet mellom offentlig og privat ansatt og antall arbeidstimer.	Studien konkluderer med at private leger og privatiserte praksiser rapporterte mindre sykefravær enn ansatte ved offentlige institusjoner og egenvurdert helse og profesjonell autonomi er betydelige prediktorer for sykefravær på mer enn tre dager.

<p>Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? (Leijten et al., 2013)</p>	<p>Autonomi er målt under kategorien «arbeidsrelaterte faktorer». Autonomi er målt med fem spørsmål om blant annet, beslutningsmyndighet, bestemme hastigheten på oppgaver, finne løsninger og muligheten til å ta fri.</p>	<p>Sykefraværet er målt i ett spørsmål «hvor mange dager fravær har du i løpet av de siste tolv månedene som følge av sykdom». Svarene ble delt opp i tre kategorier: 0 dager, 1-9 dager og høyere enn 9 dager.</p>	<p>Spørreundersøkelse. Målet med denne studien er å vurdere hvordan vanlige kroniske helseproblemer og arbeidsrelaterte faktorer forutsier sykefravær og undersøke om arbeidsrelaterte faktorer endrer effekten av helseproblemer på sykefraværet</p>	<p>Jobbkraft, helseproblemer, alder, kjønn og utdanningsnivå</p>	<p>Lavere autonomi og høyere jobbkraft er, ifølge studien, utelukkende knyttet til sannsynligheten for høyere sykefravær og samhandler med forskjellige helseproblemer.</p>
<p>Productivity Loss at Work; Health-Related and Work-Related Factors. (van den Heuvel et al., 2010)</p>	<p>Autonomi ble gjort rede for gjennom 5 spørsmål med en trepoengs-skala. («Nei», «noen ganger» og «ofte»).</p>	<p>Sykefravær ble målt i to spørsmål i spørreskjemaet. Det første om vedkommende har vært syk i løpet av de siste tolv månedene, og antall dager.</p>	<p>Forfatterne måler med studien er å identifisere arbeidsrelaterte og helserelaterte egenskaper knyttet til produktivitetstap, på grunn av enten sykefravær eller redusert ytelse på jobben. De ser på både sykefravær og sykenærvær.</p>	<p>prosentstilling/skiftarbeid, alder, vold/trakassering på arbeidsplassen, helse (helsetilstand, sykdom eller handikap), Jobbkraft, variasjon i aktiviteter på jobb og emosjonelle krav.</p>	<p>Lavere helsetilstand var assosiert med både lavere arbeidsytelse og sykefravær, men mindre sterk med ytelsen. Arbeidstakere med mer krevende arbeid rapporterte lavere arbeidsytelse. Psykososiale arbeidskarakteristikk, særlig lav jobbautonomi, høye jobbkraft og emosjonelt krevende arbeid var sterkere assosiert med lavere arbeidsytelse</p>

					fremfor sykefravær
--	--	--	--	--	-----------------------