



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet på arbeidsplassen og
livskvalitet

Physical activity at work and quality of life

Kristine Paulsen

Folkehelse med vekt på kosthold og fysisk aktivitet
Idrett, friluftsliv og folkehelse

Anne Henriksen

31.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

FORORD

Denne oppgaven er skrevet som en del av bachelorutdanninga Folkehelse med vekt på kosthold og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen. Temaet og problemstilling er utforma på bakgrunn av stor egeninteresse og ønske om økt søkelys på området.

Jeg ønsker å takke alle som har deltatt i å gjøre denne oppgaven mulig. Videre ønsker jeg særlig å takke veileder Anne Henriksen for gode tilbakemeldinger og positiv holdning gjennom hele prosessen. Uten hennes engasjement og gode råd ville ikke denne oppgaven blitt ferdigstilt.

Det har vært en utfordrende, tidkrevende, lærerik, spennende og morsom prosess. Jeg sitter igjen med gode erfaringer og økt kunnskap om både tema og forskningsprosessen.

ABSTRACT

Background: The workplace is an arena that have big impact on quality of life for individuals. Compared to other countries, Norway is ranked as one of the most happy nations in the world. Furthermore Norway has one of the highest prevalence of sick absence compared to other Scandinavian and European countries, whereas musculoskeletal and mental health problems is the two biggest reasons to the absence.

Physical activity is shown to prevent both musculoskeletal and mental health disorders. Lower musculoskeletal problems is found in people who conducts regular physical activity. Furthermore physical health is shown to be better for people who exercise regularly, where reduced stress and increased feeling of mastery is to important components.

Method: In this study there was completed a quantitative survey. The survey included people from different industries and looked at their offer of physical activity at their workplace, physical activity and quality of life. The survey was completed through SurveyXact, and 134 participants attended.

Results: Comparing those with and without physical activity offer at work didn't show any big results on overall health, but looking at somatic ailments the difference was bigger. Furthermore the study found that those who exercised more frequent had a overall better health. When it comes to social support, those who didn't have a activity offer, and also missed someone at work, answered that they wish they had a offer.

Conclusion: The study is small and not representative for the target group, but the results did still match previous research, In order to prevent drop-out and unnecessary inaction due to physical, psychological and social challenges at the workplace, this study support increased focus on physical activity as preventive health work at workplaces.

OVERSIKT

Figuroversikt:

Figur 1: Helse-determinanter (Dahlgren og Whitehead, 1991 omtalt i Helsedirektoratet, 2009)	7
Figur 2: Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 4.kvartal 2017 og 4.kvartal 2018. Prosent (Arbeid- og velferdsdirektoratet, 2018, s.14)	10
Figur 3: Opplevd helse og status på aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen	21
Figur 4: Opplevelse av somatiske plager og status på aktivitetstilbud gjennom jobben	21
Figur 5: Respondenter som ikke har tilbud, og om de som savner noen eller ikke savner noen å være sammen med på jobben. Og hva de ønsker angående aktivitetstilbud på arbeidsplassen	23
Figur 6: Savn på jobben og somatiske plager	23
Figur 7: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og opplevd følelse av helse	24
Figur 8: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og om respondentene savner noen å være sammen med på jobben	25
Figur 9: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og sykemelding de siste 12 månedene	25

Tabelloversikt:

Tabell 1: Opplevd helse og om respondentene savner noen å være sammen med på jobben	22
Tabell 2: Savner noen å være sammen med på jobben og sykemelding de siste 12 månedene	26

Vedlegg:

Vedlegg 1: Spørreundersøkelse	s. 35-40
-------------------------------	----------

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	6
2.0	Bakgrunn	7
2.1	Hva påvirker helsen	7
2.2	Sykdomsbyrden og årsaker til sykefravær i Norge.....	8
3.3	Livskvalitet	10
3.3.1	Sosiale relasjoner og sosial støtte.....	10
3.3.3	Funksjonelle somatiske lidelser	12
3.4	Forebyggende helsearbeid	13
3.4.1	Fysisk aktivitet	14
4.0	Metode.....	15
4.1	Samfunnsvitenskapelig metode	15
4.2	Valg av metoden	16
4.3	Design og utarbeidelse av spørreskjema	16
4.4	Utvalg av respondenter til spørreundersøkelsen.....	17
4.5	Forskningsetikk	17
4.6	Univariat og Bivariat analyse	18
4.7	Reliabilitet og validitet i oppgaven.....	19
5.0	Resultater.....	20
5.1	Subjektiv livskvalitet og opplevd helse	21
5.2	Psykososialt miljø på arbeidsplassen.....	22
5.3	Fysisk aktivitet som helsefremmende og forebyggende faktor	24
6.0	Diskusjon.....	26
6.1	Subjektiv livskvalitet og psykososialt miljø.....	27
6.2	Somatiske plager.....	28
6.3	Fysisk aktivitet som forebyggende tiltak	28
7.0	Konklusjon	30
8.0	Referanseliste	31
9.0	Vedlegg	35

1.0 Innledning

Arbeidsplassen er et område individer utvikler seg og vokser alene og sammen som en enhet (SSB, 2017). Mulighet til å kunne utvikle seg, samt det å føle seg verdsatt på arbeidsplassen har dermed stor betydning for helhetlig livskvalitet (SSB, 2017). Ifølge folkehelseinstituttet (2017) ligger Norge sammen med andre skandinaviske land høyt opp på livskvalitetsnivå, og Norge er også rangert øverst på listen over verdens mest 'lykkelige' nasjoner i World Happiness Report 2017. Til tross for dette er Norge et av landene med den høyeste forekomsten av sykefravær, sammenlignet med andre skandinaviske og europeiske land (SSB, 2017).

Det foreligger god dokumentasjon på at mekaniske og psykososiale faktorer påvirker både nye, tilbakefall og vedvarende muskel- og skjelettplager, samt smerter (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth & Sterud, 2014 og STAMI, 2015, s. 93). Arbeid- og velferdsdirektoratet (2018, s.7) legger vekt på at det er en positiv utvikling i sykefraværet, men Norge ligger fortsatt 7,7 prosent fra å nå målet om 20 prosent reduksjon i sykefravær. Fysisk aktivitet er sett på som en forebyggende faktor for både psykiske og fysiske faktorer, allikevel viser kartlegging at det kun er en tredjedel voksne som oppfyller de nasjonale faglige retningslinjene om minimum 150 minutter moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

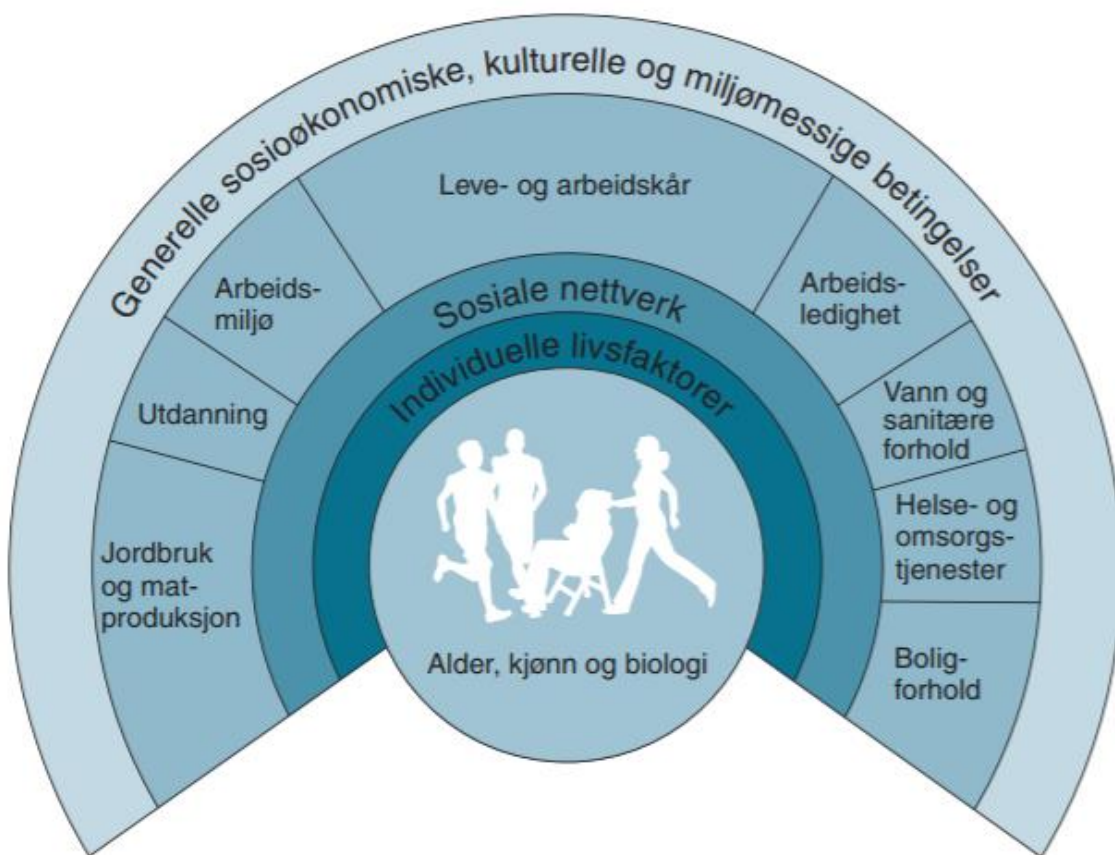
Studiet, praksisopphold og jobb har gitt meg økende interesse om sammenheng mellom fysisk funksjon og psykisk helse. Mestringsfølelsen individer kan oppnå gjennom fysisk aktivitet, overskudd og en sterkere kropp i hverdagen er noe jeg dermed ønsker å undersøke mer i denne oppgaven. Jeg vil se om individer som har tilbud om trening/mosjon gjennom arbeidsplassen kan oppleve høyere grad av trivsel på jobb, da fysisk aktivitet er en medisin som er gratis og noe flere burde benytte ved å oppfylle minsteinbefalingene fra Helsedirektoratet. Jeg endte dermed opp med følgende problemstilling:

Har aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen påvirkning på subjektiv følelse av psykososialt miljø eller livskvalitet hos arbeidstakere?

2.0 Bakgrunn

2.1 Hva påvirker helsen

Helse kan forstås på ulike måter, hvor Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver helse mer som en ressurs, professor Peter (1982, omtalt i Mæland, 2012, s.25) anser helse som en evne til å fungere eller mestre ulike krav mennesket utsettes for i hverdagen, også er det en siste oppfatning om at helse handler om relasjon til sykdom-, og organismens (menneskets) funksjon når det kommer til fysiske og psykiske plager (Mæland, 2012, s.25). Felles for disse tre definisjonene å forstå helse, er at de gjenfinnes innenfor det forebyggende arbeidet, og at de antar at helsen formes av fire hovedgrupper av påvirkningsfaktorer fremstilt i en paraplyformet modell vist i figur 1 under (Mæland, 2012 s.30).



Figur 1: Helsedeterminanter (Dahlgren og Whitehead, 1991 omtalt i Helsedirektoratet, 2009)

Individets genetiske og biologiske faktorer som alder og kjønn utgjør kjernen, det innerste laget på paraplyen, og kan forklare individets sårbarhet overfor ytre påvirkninger (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2016, s.58). Det er ulike meninger om hvor stor påvirkning arvelige faktorer har for helsen, og det er sett at det i de fleste tilfeller er kombinasjon av genetiske faktorer, omgivelser og levesett (Mæland, 2012, s.30-31). Livsstil, individets atferd er neste

lag i modellen. Det er videre forstått at atferden og måten folk lever på, har sammenheng med sosiale, økonomiske og kulturelle påvirkningsfaktorer (Mæland, 2012, s.32).

Det sosiale nettverket, altså sosiale faktorer, forstås som kontakt, støtte, gjensidighet, tillit og bekreftelse gjennom nære mellommenneskelige relasjoner (Mæland, 2012, s.181). Mæland (2012, s.32) trekker frem at nyere forskning har studert sosiale relasjoner innenfor boforhold, arbeidsplassen og lokalsamfunn, og sett at det sosiale miljøet er både helsefremmende og helsehemmende. I konflikter med bla. familie og kolleger finner vi mye av grunnlaget for helseproblemer som psykiske plager og smertetilstander (Mæland, 2012, s.181).

De to ytterste lagene i modellen av helsedeterminanter går inn på faktorer knyttet til miljø og omgivelser, med individuelle innerst og generelle i det ytterste laget (Mæland, 2012, s.30). Individets miljø og omgivelser angår f.eks. arbeidsmiljø, arbeidsledighet og leve- og arbeidskår. Til slutt er det viktig å nevne at modellen antyder en gjensidig påvirkning mellom lagene, noe som indikerer at det ikke alltid er en åpenbar årsaksretning (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2016, s.58).

2.2 Sykdomsbyrden og årsaker til sykefravær i Norge

Sykemeldingsdiagnose kan være en fin indikator for å se hvilke risikofaktorer som kan være gjeldene i arbeidsmiljøet. Sykdomsbyrden i Norge i 2016 (FHI, 2018) er dominert av ikke-smittsomme sykdommer, med ca. 87 prosent av total sykdomsbyrde. Ikke-smittsomme sykdommer, tidligere livsstilssykdommer, varer ofte lenge og oppstår som en kombinasjon av faktorene gener, fysiologiske, miljø og atferd (WHO, 2018).

Blant sykdomsbyrden kommer muskel- og skjelettsykdommer og psykiske plager ut som de to viktigste gruppene for helsetap i Norge, og er den mest vanlige årsaken til langvarig sykemelding i mange vestlige land (Bergman, 2007, s.191). Helsetap, også kalt Years Lived with Disability (YLD), vil si sykdom, skader eller ulykker som forårsaker redusert helsetilstand (Folkehelseinstituttet, 2016, s.14). Helsetap øker nødvendigvis ikke dødelighetsraten, men kan utgjøre en stor belastning for både individ og samfunn (Folkehelseinstituttet, 2015). Folkehelseinstituttet (2016, s.14) viser til helsedata hvor det er synlig at helsetap er stigende frem til ung voksen alder, for deretter å være stabilt.

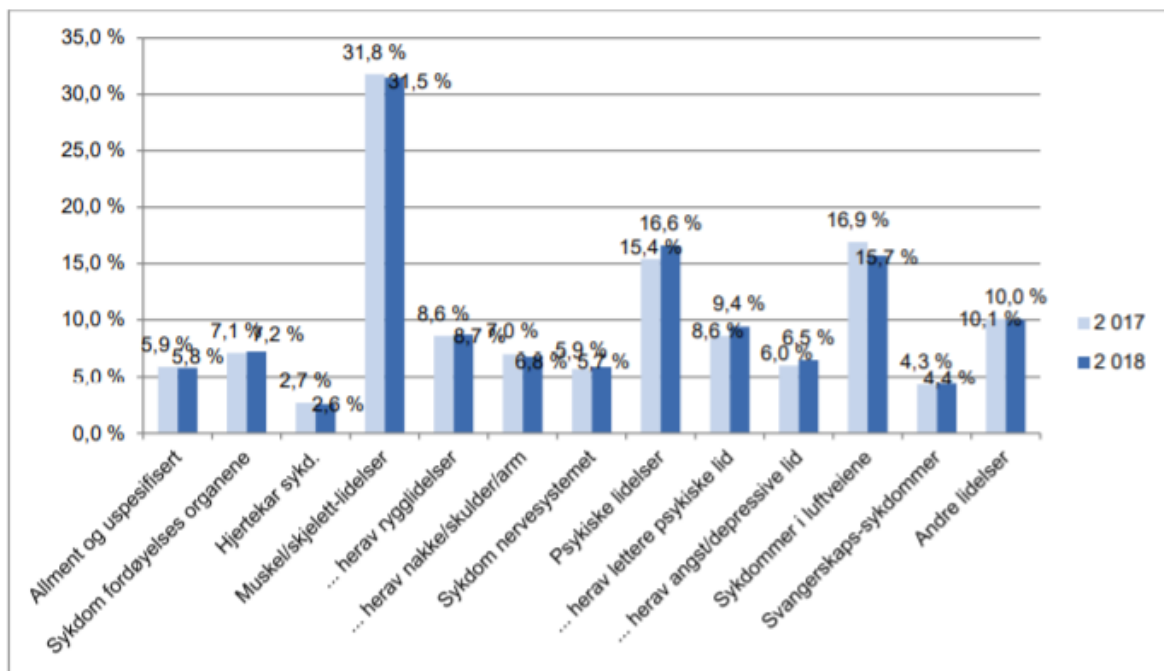
Atferdsfaktorene usunt kosthold, tobakksrøyk, rusmidler og lav fysisk aktivitet er de største risikofaktorer ved utvikling av ikke-smittsomme sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette er de samme risikofaktorene som i resten av verden og Europa, oppsummert av Verdens

helseorganisasjon (WHO) (Helsedirektoratet, 2013, s. 27). Risikofaktorer påvirker hverandre, og et eksempel på dette kan være kosthold og fysisk aktivitet. Begge påvirker kroppsmasseindeks og kan for eksempel medvirke til utvikling av både overvekt og fedme (FHI, 2016, s.32). Videre vet vi at overvekt og fedme kan føre til økt blodtrykk, kolesterol og blodsukker. Det er viktig å belyse at årsak- sammenheng ikke er tatt høyde for i rapporten til Folkehelseinstituttet (2016, s.32), og at det kan være overlappende faktorer.

2.2.1 Muskel- og skjelett plager og psykiske plager

I 2014 utgjorde muskel/skjelettplager og psykiske plager nærmere 60 prosent av fraværet (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth & Sterud, 2014; STAMI, 2015, s. 93). Som det kommer frem i Figur 2, er muskel/skjelettplager fortsatt den største enkeltårsaken til sykefravær, mens psykiske plager står som legemeldt sykefravær nummer to, med henholdsvis 16,6 prosent i 2018. Korsrygg- og rygg smerter trekkes frem som den største enkeltårsaken til ikke-dødelig helsetap, tilstander som medfører sykdom (Tollånes et.al., 2018), i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014).

Tallene fra Utvikling i sykefravær 4.kvartal 2018 (Figur 2) viser at både psykiske plager, lettere psykiske plager og angst/depressive plager har en liten økning fra 4. kvartal 2017 til 4.kvartal 2018 (Arbeid- og velferdsdirektoratet, 2018, s.14). Under lettere psykiske plager har Arbeid- og velferdsdirektoratet (2018, s.14) sett at sykefraværet ofte har en lang varighet, med sterk risikofaktor for senere uførepensjonering. Stress brukes ofte som en legemeldt forklaring på uspesifikke tilstander, hvor f.eks. både alvorlige sinnssykdommer og lettere tilstander innen depresjon og angst tilskrives som stress av både pasient og lege (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.603). Folkehelseinstituttet (2015) omtaler lidelser og plager under en og samme definisjon, dette gjøres også i denne oppgaven.



Figur 2: Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 4.kvartal 2017 og 4.kvartal 2018. Prosent (Arbeid- og velferdsdirektoratet, 2018, s.14).

3.3 Livskvalitet

Livskvalitet brukes innenfor forskjellige fagfelt, og har en utbredt definisjon. Et gjentakende fellestrekk er den subjektive vinklingen og individets egne opplevelser (Rustøen, 2005, s.136), oftest uttrykt innenfor psykologiske og sosiale aspekter (Mæland, 2012, s.24).

Opplevelser som inneholder sosial deltagelse, mestring, autonomi og mening er viktig for å øke livskvalitet gjennom folkehelsearbeid. Helsedirektoratet (2017) trekker videre frem at høy livskvalitet har sammenheng med bedre fysisk helse og færre psykiske plager. Med mål om å nå ut til en større del av befolkningen, er det nødvendig at folkehelsearbeidet foregår både innenfor og utenfor helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

3.3.1 Sosiale relasjoner og sosial støtte

Mat og drikke er et allment kjent behov hos mennesker, mindre kjent er behovet for sosial støtte gjennom kjærlighet, fellesskap, trygghet og respekt (Mæland, 2012, s.183). Sosial støtte kan omhandle instrumentell-, informasjon- og emosjonell støtte, hvor informasjon- og emosjonell støtte er relevant for denne oppgaven (Helsedirektoratet, 2015, s.54). Kort fortalt vil veiledning eller forslag til problemløsning gjennom deling av informasjon inngå under

informasjonsstøtte, mens emosjonell støtte innebærer omsorg, empati og tillitt (Helsedirektoratet, 2015, s.54).

Helserelaterte undersøkelser har hatt fokus på begrepsbruken opplevd sosial støtte, det vil si subjektive eller psykologiske aspekter, altså egne opplevelser og forventninger (Helsedirektoratet, 2015, s.54). Årsaken til dette er at opplevd sosial støtte (subjektivt) er viktigere for livskvalitet og helse enn tilgjengelig (faktisk) sosial støtte (Dalgard & Sørensen, 2009, s.98). Resultatene fra Østlandsforskning (2014) viser at over halvparten av langtidsfravær har bakgrunn i sosiale relasjoner.

Familie, venner, naboer og arbeidskolleger utgjør vårt sosiale nettverk, og det er disse som bidrar til å dekke de overnevnte behovene. Helseaspektet ved sosiale nettverket handler i stor grad om opplevelsen av følelsesmessig kontakt og støtte gjennom bekreftelse fra andre (Mæland, 2012, s.184), samt direkte eller indirekte effekter av dette (Dalgard & Sørensen, 2009, s.99). Direkte helseeffekt av sosial støtte kan påvirke helsen positivt, uansett livsbelastning og sosiale forhold, mens indirekte reduserer negative påkjenninger på helsen gjennom økt mestringssevne og redusert stressnivå (Dalgard & Sørensen, 2009, s.99).

Sosiale relasjoner kan varieres i grad, og vi skiller gjerne mellom sterke og svake bånd, eller sammenbindende (‘bonding’) og overskridende (‘bridging’) sosial kapital som begrepspar (Helsedirektoratet, 2015, s.20). Forskjellig grad kan gi ulike utfall når det kommer til opplevelsen av livskvalitet. Svake bånd er relasjoner med mennesker vi ikke omgås like ofte som familie (sterke bånd). Helsedirektoratet (2015, s.21) legger til at internasjonal forskning tyder på at overskridende relasjoner, forhold til f.eks. arbeidskollegaer eller organisasjonsmedlemmer, er korrelert med høyere subjektiv livskvalitet.

3.3.1.1 Psykososialt miljø på arbeidsplassen

Psykososiale problemer er et bredt begrep. Stub (2000, s.134) trekker frem at det er utfordrende å finne en dekkende definisjon, men at sammenhengen mellom individets psykiske tilstand og atferd i sosiale situasjoner er sentralt. Faktorer som for eksempel trivsel, medbestemmelse, lederstøtte, sosial støtte, positive utfordringer og krav og kontroll går under psykososiale forhold (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2019).

Det kommer frem i flere norske studier at psykososiale faktorer påvirker muskel-/skjelett og psykiske plager (Aagestad, et.al., 2014). Internasjonale studier har også vist at dårlig psykososialt arbeidsmiljø har betydning for sykefravær, og i 2012 utgjorde muskel-/skjelett plager og psykiske plager 59 prosent av legemeldt sykefravær i Norge (Aagestad, et.al., 2014).

Intensjonsavtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) jobber for å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Foss (2014, s.245) trekker frem at inkluderende arbeidsliv vil være positivt for folkehelsen og samfunnsøkonomien. Redusering av stressbelastning, aktive arbeidsmarkedstiltak for å redusere langtidssykemelding og hindring av sosiale isolasjon, er de viktigste folkehelseiltakene (Foss, 2014, s.246).

Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) har både arbeid med psykiske helse og oppfølging av IA-avtalen som et av folkehelseiltakene hos Arbeids- og sosialdepartementet.

3.3.3 Funksjonelle somatiske lidelser

Tidligere ble kroppens funksjonelle virkning, altså det somatiske aspektet, ikke brukt synonymt med psyken. I senere tid har derimot legene kommet frem til at psykologiske forhold har en sentral betydning for funksjonelle somatiske lidelser, en tilstand kjennetegnet ved biomedisinsk uforklarlige kroppslige symptomer som forårsaker subjektiv lidelse (Malt, Malt, Blomhoff & Refnin, 2002, s.1379). Muskel- og skjelettsystem, hjerte-kar-lunge, mage-tarm, forutensmerter og utmattelse er vanligste symptomer erfart for de uforklarlige subjektive helseplagene legene antar skyldes psykososiale forhold (Malt et al., 2002, s. 1379-80).

Det er sett at det kan være mange ulike årsaker til funksjonelle somatiske lidelser, bla. stress, tidlig traumatisering, personlighet, kognitiv atferd og psykiske plager (Malt et al., 2002, s. 1380). Annet enn stress og psykiske plager har de resterende årsakene sammenheng med individets arv og egenskaper. Ser vi litt mer på stress, trekkes det frem at for stor belastning og press kan, uten andre bakenforliggende årsaker, utløse kroppslige reaksjoner. Videre er det sett på at manglende kontroll, store mentale krav og liten grad av opplevd annerkjennelse og belønning i arbeidslivet er sentrale faktorer som kan utvikle stress, og videre funksjonelle somatiske lidelser (Malt et al., 2002, s. 1380).

Hagen (2006, s.141) har sett på sammenhengen mellom subjektive helseplager hos ryggpasienter og normalbefolkningen. Her kommer det frem at ryggpasientene hadde signifikant mer smerter i hele ryggen og føttene ved anstrengelse, samt høyere forekomst av hodepine, migrene, søvnproblemer, angst og nedtrykthet/depresjon. Det vistest at antall ekstra plager hos ryggpasientene var fem, mens befolkningen øvrig lå på to subjektive helseplager (Hagen, 2006, s.141).

Annet enn kroppslige helseplager, har Malt et al., (2002, s.1381) trukket frem forskning som viser at de som har uforklarlige medisinske somatiske symptomer, ofte har utfordringer med tilknytning i viktige sosiale forhold. Folkehelseinstituttet (2015) ser også en økende risiko motsatt vei, at manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske plager. De trekker blant annet frem at manglende sosial støtte reduserer evnen til mestring, noe som kan påvirkes psyken gjennom svekket selvtillit og selvbylde, samt negative fysiologiske reaksjoner på hjerte-kar- og immunsystemet (Folkehelseinstituttet, 2015).

3.4 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid har som målsetning å forebygge sykdom, samt fremme helse (Mæland, 2012, s.15). Gjennom helsefremmende arbeid jobber man mot å styrke ressurser for god helseutvikling, herunder samfunnsmessige, miljømessige, sosiale, kulturelle eller individuelle forutsetninger (Mæland, 2012, s. 15). Ved å bruke en sosial modell er målet at helse skal være et middel for å oppnå andre ønskerverdige mål. Styrket helse skal bidra til overskudd, som videre gir muligheter for personlig, økonomisk og sosiale utvikling, og dermed økt livskvalitet (Mæland, 2012, s.15).

Arbeid er en arena som gir økonomisk trygghet, sosial kontakt, identitet og struktur i hverdagen, videre ser man at mange knytter mye av selvfølelsen til jobben (Mæland, 2012, s.189). Sykefravær av ulike årsaker kan bidra til at individer mister følelsen av verdi og nytte, noe som kan resultere i psykisk og fysisk helsebelastning (Mæland, 2012, s.189-90). Svekket selvfølelse og sosial isolering kan resultere i resignasjon og depresjon, som videre kan utvikles til selvmordstanker. Mæland (2012, s.190) viser videre til at psykisk helse blir bedre hos arbeidsledige som kommer seg tilbake i arbeid.

Hodepine, tretthet og fordøyelsesproblemer er vanlige fysiske problemer som oppstår som stressreaksjon ved tap av arbeid (Mæland, 2012, s.190). Trimgrupper, videreutdanning og

sosiale aktiviteter er tiltak som kan være nyttig for å motarbeide frafall og unødvendig passivitet grunnet fysiske, psykiske og sosiale utfordringer hos arbeidstakere (Mæland, 2012, s.190). Under § 3-4 i arbeidsmiljøloven sies det at arbeidsgiver skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet som en del av HMS arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005).

3.4.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet benyttes ved og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, som for eksempel arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og annen fysisk fostring. Fysisk aktivitet vil si enhver kroppslig bevegelse som utføres av menneskets skjelettmuskulatur, og dermed øker energiforbruk utover hvilenivå (Store medisinske leksikon, 2018). Fysisk aktivitet har en rekke positive virkninger på kroppens fysiske- og psykiske funksjoner, og det er per i dag nok kunnskap rundt regelmessig fysisk aktivitet til at det anbefales til hele befolkningen (Torstveit & Olsen, 2011, s.166). Gjennom både primær og sekundær forebygging, bidrar gjentagende fysisk aktivitet til forebygging av flere kroniske plager som hjerte- og karsykdommer, osteoporose, depresjon, visse typer kreft og generelt en for tidlig død (Torstveit & Olsen, 2011, s.166-67).

Når fysisk aktivitet trekkes inn som en forbyggende faktor, viser mange studier også en sammenheng. Her er det sett på fysisk inaktivitet og langvarige muskel- og skjelettplager. Resultatene viser at inaktivitet påvirker på for eksempel kneartrose ved svak benmuskulatur, men det er også sett sammenheng mellom svak muskulatur og osteoporose (Magnussen & Morken, 2011, s.91). Andersen, Frydenberg og Mæland (2009) fant mindre muskel- og skjelettplager hos kvinner og menn som drev hard mosjon, mens lett mosjon ikke hadde signifikant innvirkning på smerte og stivhet.

Psykiske velvære, omtalt som god psykisk helse, defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som en positiv tilstand hvor individet håndterer hverdagens stressituasjoner, realiserer sine muligheter og deltar i samfunnet på individ- og samfunnsnivå (Folkehelseinstituttet, 2016). Det foreligger dokumentasjon på at psyken kan påvirkes i positiv retning gjennom fysisk aktivitet og trening, hvor de som mosjonerer regelmessig rapporterer bedre psykiske velvære enn de som ikke gjør det (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.604). Det er gjort færre undersøkelser på pasienter som har ulike psykiske plager, men det ligger allikevel god

dokumentasjon for fysisk aktivitet og dens effekt på stressfysiologiske systemer, mestring og hjernen (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.605-06).

Stressfysiologiske systemer påvirkes av regelmessig aktivering gjennom fysisk aktivitet, som kan gi gunstig utslag i forbindelse med psykososialt stress (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.605). Gjennom regelmessig aktivering av hormoner og autonome funksjoner, ved fysisk aktivitet, kan dette muligens bidra til psykologisk velvære og mestring under andre stressfysiologiske reaksjoner (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.605).

Erfaringer og forventninger til utfallet av en spesifikk situasjon avgjør i hvilken grad stressreaksjonen til individet påvirkes (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.606). Cognitiv activation theory of stress (CATS) gir en oversikt over faktorene som påvirker denne metoden gjennom stimuli, forventning, respons og utfall (Ursin, 2009, s.2). Opplevelsen av stress en gitt oppgave gir er avhengig av individets oppfattelse av hvor uoverkommelig oppgaven er, og hvilket utfall individet forventer seg. Tidligere opplevelser av mestring, på samme og andre områder, resulterer i at oppgaven og utfallet føles mer overkommelig, og kan resultere i mindre opplevd stress. Ved lite erfaring med mestring vil individet mest sannsynlig oppleve oppgaven som uoverkommelig, og det er fare for at resultatet er nedbrytende (catabolic), fremfor oppbyggende (anabolic) for individet (Ursin, 2009, s.3). Positive opplevelser innenfor fysisk aktivitet er vist å ha en smittende effekt over i andre livssituasjoner (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.606).

4.0 Metode

4.1 Samfunnsvitenskapelig metode

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi skal tilegne oss kunnskap om den sosiale virkeligheten, analysering av informasjonen og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.16). Det er viktig med åpenhet, systematikk, grundighet og dokumentasjon for best mulig kunne undersøke om hypotesene og antakelsene våre stemmer med virkeligheten. For å besvare spørsmål innenfor samfunnsforskning brukes kvalitativ og/eller kvantitativ metoden (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.16).

4.2 Valg av metoden

Jeg ønsket å sammenligne subjektiv følelse av helse hos ulike personer, og se sammenheng mellom fysisk aktivitet og ikke. Svarene i kvantitativ metode er mer sammenlignbare enn kvalitativ metode, og en av hovedårsakene til at denne metoden ble valgt som verktøy (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.17). Ved gjennomførelse av kvantitativ metode blir respondentene stilt identiske hvor rangerte spørsmål og forutbestemte svaralternativer inngår. Deltakerne vil dermed ha begrenset fleksibilitet, men det vil gi muligheten til å sammenligne svarene i større grad (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.17).

4.3 Design og utarbeidelse av spørreskjema

Som det er nevnt tidligere er samfunnsvitenskapelig undersøkelse kompleks, og å gi verdier til fenomener er ikke alltid like enkelt. Fysisk aktivitet, livskvalitet og helse er hovedvariablene i denne oppgaven, og det er dermed forsøkt å gi disse verdier gjennom hyppighet og subjektiv oppfattelse, samt koblet sammen med andre faktorer for helse, som sosiale relasjoner og somatiske plager. Målenivåene vil dermed skape grunnlag for analyseringen (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.123). For å gjøre undersøkelsen tiltalende, enkel og forståelig, er det benyttet både prestudie og pretest.

Prestudie ble gjennomført sammen med en fagdyktig kontaktperson i Statistisk Sentralbyrå (SSB) som har jobbet med utarbeidelse og gjennomføring av kvantitative undersøkelser for SSB. Jeg fikk konstruktive tilbakemeldinger som fokuserte mye på validitet, struktur og ordlegging. Antall spørsmål ble anbefalt å redusere, noe som samsvarer med Christoffersen & Johannessens (2012, s.136) anbefaling om maks 30 spørsmål. Samtidig hadde kontaktpersonen god kunnskap om innledningstekstens oppbygging og innhold for å skape interesse hos respondentene, med mål om høyere svarprosent (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.137).

Etter ferdigstilling i SurveyXact kontaktet jeg fem medstudenter og et par familiemedlemmer som gjennomførte en pretest. Det ble gitt ytterligere tilbakemeldinger på programmet, oppbygning og forståelse. Det var mye positive tilbakemeldinger, men også forslag til endring, som tydeliggjøring av hvilke spørsmål som måtte besvares og ikke. Definerings av

somatiske plager ble også lagt inn, da dette var ukjent for flere av testpersonene. Etter prestudie og ny pretest med gode tilbakemeldinger ble spørreskjemaet klargjort og sendt ut.

4.4 Utvalg av respondenter til spørreundersøkelsen

Det har vært en prosess angående utvalg av målgruppen om hvorvidt jeg skulle ha begrensede næringer innenfor arbeidsmarkedet. Jeg konkluderte med at oppgaven ikke vil ha søkelys på sammenligning av ulike næringer, og alle bransjer ble inkludert. Spørreskjemaet inneholder allikevel et spørsmål om næring, for å gi mulighet til å se om det er noen tydelige ulikheter innenfor de forskjellige områdene.

Mediekanalen gjennom e-post og Facebook er benyttet for distribuering av spørreundersøkelsen, hvor det var ønskelig å innhente data fra tresifret antall respondenter. Det ble benyttet selvoppretting, da respondenten ikke må ha tilknytning til SurveyXact for å svare (Ramboll, 2019, s. 172). Selvoppretting gir respondentene en lenke og dermed enkelt tilgang og videresending av spørreundersøkelsen (Ramboll, 2019, s. 172). Jeg estimerte at kontak med en bedrift og enkeltpersoner (bekjente, familie og venner) ville gjøre at jeg oppnådde ønsket mengde respondenter. Bedriften som ble kontaktet hadde opp mot 50 ansatte, hvor jeg tok utgangspunkt i en svarprosent på 50-60. Jeg kunne holde oversikt over antall distribusjoner, og endte opp med en svarprosent på 59 prosent (N=129 av 218). Jeg er innforstått med at respondentene ikke er representativt for arbeidsmarkedet, men det gir mulighet til å diskutere resultatene opp mot tidligere funn.

4.5 Forskningsetikk

Oppgaven har bygget etikken rundt de tre hensyn som blir drøftet i Christoffersen & Johannessen (2012, s.41), *Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og Forskerens ansvar for å unngå skade.*

Spørreundersøkelsen i oppgaven vil være anonym og frivillig for å støtte oppunder deltakernes selvbestemmelse, autonomi og informantens privatliv. Resultatene fra datainnsamlingen vil kun være tilgjengelig for student (forsker) og veileder. For å sikre at

respondentene unngår minst mulig belastning, har spørreundersøkelsen *vet ikke, ønsker ikke å svare* og *annet* som svaralternativer.

Sammen med veileder har vi vært i kontakt med NSD for å undersøke om samtykke eller meldeplikt er nødvendig. Det ble ikke samlet inn direkte identifiserbar informasjon som navn og personnummer. Kjønn, aldersspenn og næring (se vedlegg 1) er opplysninger vi måtte drøfte om kunne gjenkjenne et enkeltindivid. Dialog med NSD og gjennomgang av retningslinjer førte til konkludering om at respondentene ikke kan identifiseres, og undersøkelsen ikke er melde-/konsesjonspliktig (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.43). Programmet som benyttes, SurveyXact lagrer IP-adressene, men hverken innsamler eller SurveyXact sine medarbeidere har tilgang på IP-adressene (Rabmboll, 2019).

4.6 Univariat og Bivariat analyse

Det er benyttet både univariat og bivariat analyse ved tolkning av dataene. Univariat analyse er hovedsakelig benyttet på bakgrunnsinformasjon om respondentene, og gir oversikt over kjønn, bransje og alder. Nevnte variabler har ikke fått rangert verdi i analyseringen, og benyttes kun for å gi oversikt (Christoffersen og Johannessen, 2012, s.151). Innsamlet data i Survey Exact er enkelt ved univariat analyse, så tallene er tatt direkte fra nettsiden. Dataene er lest fra horisontale stolpediagram med både frekvensfordeling og hvor stor andel respondentene utgjør i prosent (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.142).

Ved analysering og sammenligning av to variabler har jeg benyttet krysstabeller innenfor bivariat analyse (Christoffersen & Johannessen, 2012, s.151). Analyseringsprogrammet i Survey Exact var ikke særlig oversiktlig ved krysstabeller, så her ble informasjonen manuelt overført til Excel for å lage tabeller og figurer.

Christoffersen & Johannesen (2012, s.153) deler variabler inn i uavhengig og avhengig, noe jeg har benyttet i min analysering, status på aktivitetstilbud på arbeidsplassen er den uavhengige variabelen som kan påvirke respondentenes svar på andre spørsmål. Innenfor andre resultater i undersøkelsen er ikke uavhengig og avhengig variabel like tydelig. Tabellene er allikevel satt opp med ulike variabler, hvor det er viktig å understreke at årsaks-sammenhengen kan gå begge retninger. Det er benyttet en blanding av antall og prosent ved analysering av dataene, hvor det anbefales å bruke antall ved få respondenter, færre enn 20,

mens prosent benyttes desto høyere antall respondenter man har (Christoffersen & Johannessen 2012, s.143).

Tommelfingerregelen fra Christoffersen & Johannessen (2012, s.155) sier at ved forklaring om resultatene er betydningsfulle eller ikke er 5-10 prosentpoeng er ganske liten forskjell, 10-20 prosentpoeng ganske stor, 20-30 prosentpoeng stor og mer enn 30 prosentpoeng meget stor forskjell (Johannessen & Christoffersen, 2012, s.155).

4.7 Reliabilitet og validitet i oppgaven

Spørreundersøkelsen har som ønske å se på trivsel, livskvalitet, opplevd psykisk og fysisk helse, sett opp mot tilbud og gjennomføring av fysisk aktivitet på og utenfor arbeidsplassen. Fullstendig måling av subjektiv livskvalitet krever mye informasjon, hvor Helsedirektoratet (2018, s.54) anbefaler en minimumsliste på tolv spørsmål for å dekke kognitiv, affektiv og eudaimonisk livskvalitet. For å unngå at størrelsen på undersøkelsen skal føles uhandterlig, er det valgt at alle spørsmålene ikke kan representeres i denne oppgaven. Oppgaven vil dermed begrenses ned til hovedfokus på Helsedirektoratets (2018, s.54) førstnevnte område, kognitiv livskvalitet.

Med kognitiv livskvalitet vektlegges personens vurdering av livet generelt, viktige livsområder og tilfredshet med dette (Helsedirektoratet, 2018, s.54). Ulike livsområder kan være arbeid, fritid og samliv. For å måle livstilfredshet trekker Helsedirektoratet (2018, s.56) frem tre metoder, hvor denne oppgaven vil ta i bruk førstnevnte, enkeltspørsmål, med mål om å gjøre undersøkelsen mer håndterlig. Enkeltspørsmål vil kartlegge respondentenes vurdering av tilfredshet med livet som helhet per nå. "Cantril's ladder" inngår som et stigespørsmål under kategorien enkeltspørsmål (Helsedirektoratet, 2018, s.57) og ble valgt da det er brukt i tidligere forskning og virket håndterlig.

Spørsmål som ser på livet "som et hele" kan øke refleksjon om ulike livsområder, og dermed redusere eventuelle påvirkninger fra f.eks. arbeidsmiljøet. På bakgrunn av dette var det ønskelig å trekke inn spørsmål rettet mer direkte mot arbeidsplassen, og da falt valget på opplevd sosial støtte og somatiske plager, da dette er en faktor som er vist å påvirke livskvalitet (Dalgard & Sørensen, 2009, s.98) og sykefravær (Malt et al., 2002, s. 1380).

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHOT, 2018) ble brukt som mal for relevante spørsmål knyttet til trivsel og livskvalitet. Sammen med kontaktperson i SSB ble det valgt å gjøre noen formuleringsendringer på spørsmålene, men temaene somatiske plager, ensomhet og livskvalitet fra SHOT (2018) ble brukt.

Pretesten nevnt tidligere ble sendt til individer med ulik utdanningsbakgrunn og kunnskap innenfor feltet. Christoffersen & Johannessen (2012, s.134) punkterer viktigheten av at spørsmålene er på et nivå som inkluderer de med lav kunnskap på feltet. Ved manglende kunnskap er det fort at respondenten velger "vet ikke" fremfor å svare på opprinnelig svaralternativ.

5.0 Resultater

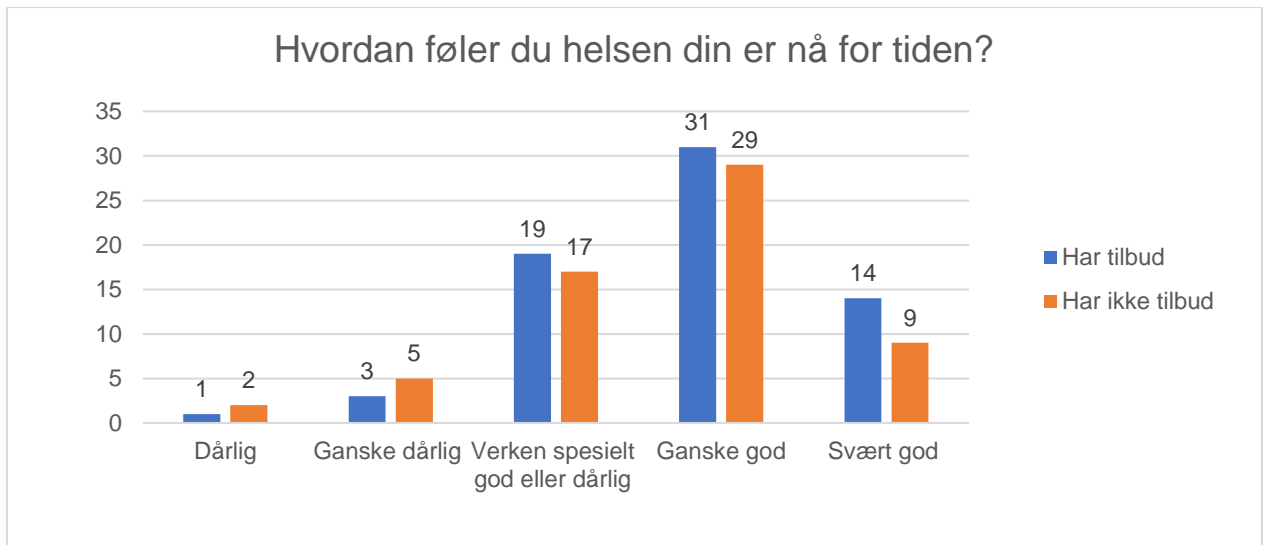
Det var totalt 134 respondenter som gjennomført undersøkelsen, fordelt på 88 kvinner og 46 menn. Det var respondenter innenfor alle alderskategoriene med størst andel (N=57) innenfor gruppen 20-29 år. Gruppene 40-49, 50-59 og 30-39 ligger ganske tett, med henholdsvis 27, 22 og 21 respondenter. De resterende aldersgruppene, under 20 og 60 eller mer, har lavest antall med 2 og 4 respondenter.

Det er synlig høyest prosentandel innenfor Helse- omsorg- og sosialtjenester (26 %) og IKT (20%), hvor disse totalt utgjør 46 prosent (N=60) av alle respondentene.

Finans/bank/Forskning/Eiendom, Forretningsmessig tjenesteyting/Konsulenttjenester, Undervisning/Forskning, Varehandel/Butikk/Hotell- og restaurantvirksomhet og Annet har mellom syv prosent (N=9) og ti prosent (N=13) respondenter.

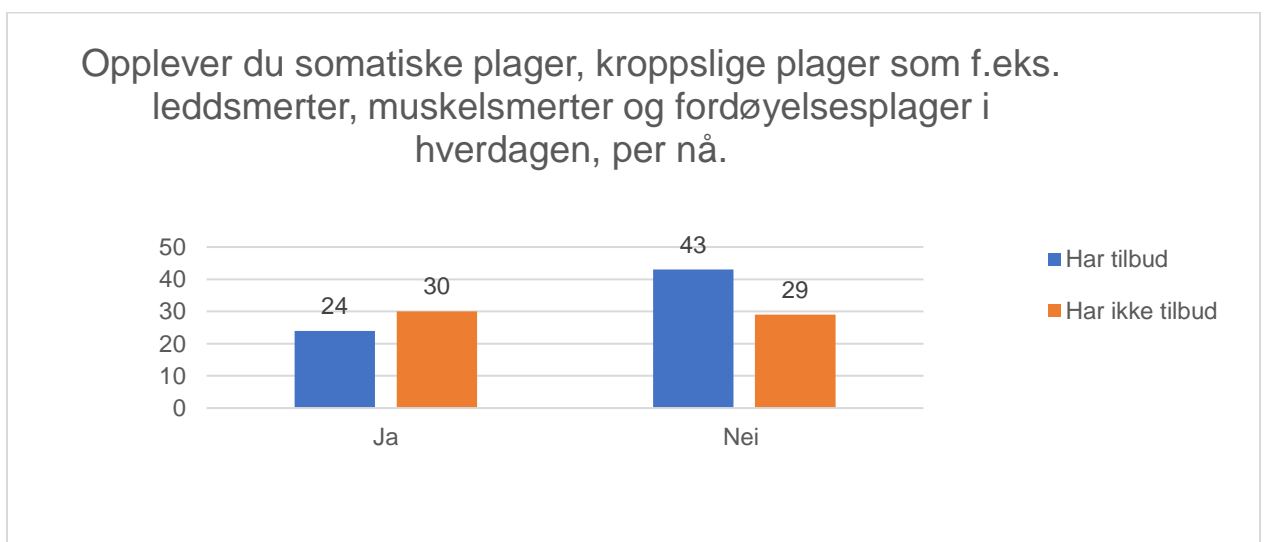
Av alle respondentene er det 69 som har aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen, mot 62 som ikke har tilbud, de resterende tre visste ikke. Mye data vil dermed sammenligne ulike variabler mellom gruppen som har og gruppen som ikke har aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen. Respondentene som har svart vet ikke vil utelukkes. Videre vil funnen se på hyppighet av planlagt fysisk aktivitet knyttet opp mot ulike faktorer, hvor alle respondentene i undersøkelsen inkluderes.

5.1 Subjektiv livskvalitet og opplevd helse



Figur 3: Opplevd helse og status på aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen

Ved spørsmål som omhandler respondentenes subjektive helse er det lite forskjeller innenfor de fleste kategoriene, sett opp mot aktivitetstilbud på jobben eller ikke (Figur 3). Men det kommer frem en større forskjell hos respondentene som opplever helsen sin som svært god, hvor vi finner 20 prosent (N=14) av de som har tilbud her, mens det kun er 15 prosent (N=9) av de som ikke har tilbud som opplever helsen som svært god. Vi ser også at antallet som opplever helsen sin som ganske god er noe høyere (N=2) hos de som har tilbud på jobben.



Figur 4: Opplevelse av somatiske plager og status på aktivitetstilbud gjennom jobben

Figur 4 viser at opplevelsen av somatiske plager er høyere hos de som ikke har aktivitetstilbud. Hos de som ikke har tilbud ser vi at det er 48 prosent (N=30) som opplever somatiske plager, mens det er betraktelig lavere hos de som har tilbud, hvor 35 prosent (N=24) svarer at de opplever plager (Figur 4).

Opplevelsen av somatiske plager og opplevd helse tyder også på å ha sammenheng. Av de som opplever somatiske plager er det 42 prosent (N=23) som opplever helsen som dårlig, ganske dårlig eller verken spesielt god eller dårlig. Hos de som ikke opplever somatiske plager er det 32 prosent (N=24) innenfor de samme kategoriene. Det vil si at de resterende 68 prosentene (N=41) som ikke har somatiske plager, opplever helsen som ganske god eller svært god. Gruppen som opplever somatiske plager har poengprosent på 58 (N=32) i samme kategorier.

5.2 Psykososialt miljø på arbeidsplassen

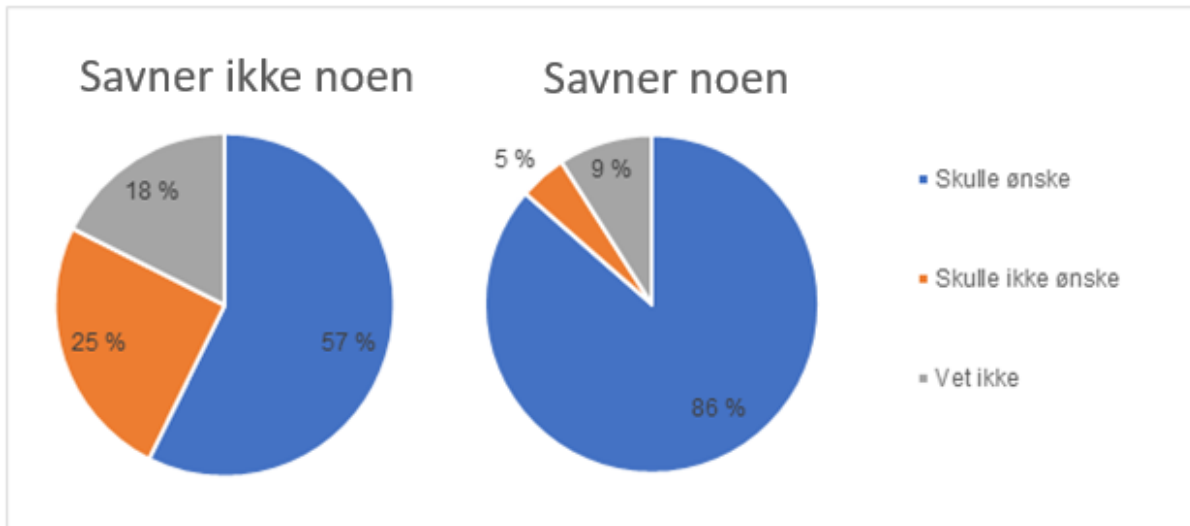
Tabell 1: Opplevd helse og om respondentene savner noen å være sammen med på jobben.

Savner noen å være sammen med på jobben	Hvordan føler du helsen din er nå for tiden					Total
	Dårlig	Ganske dårlig	Verken god eller dårlig	Ganske god	Svært god	
Ja	7 %	11 %	37 %	30 %	15 %	100 %
Nei	1 %	5 %	25 %	50 %	19 %	100 %

De som savner noen å være sammen med har en tydelig tyngde med 55 prosent (N=15) innenfor Dårlig, Ganske dårlig og Verken god eller dårlig mot 31 prosent (N=34) hos de som ikke savner noen på jobben (Tabell 1). Videre viser tabell 1 at de som ikke savner noen har en bedre opplevd helse, med 69 prosent (N=73) i kategoriene ganske god og svært god, mot 45 prosent (N=12) hos de som savner noen på jobben. Antall respondenter som savner noen å være sammen med på jobben er likt (N=13) hos de som har og de som ikke har tilbud. Ved prosentpoeng viser resultatene at 19 prosent av de som har tilbud savner noen å være sammen med, mens 21 prosent av de som ikke har tilbud savner noen.

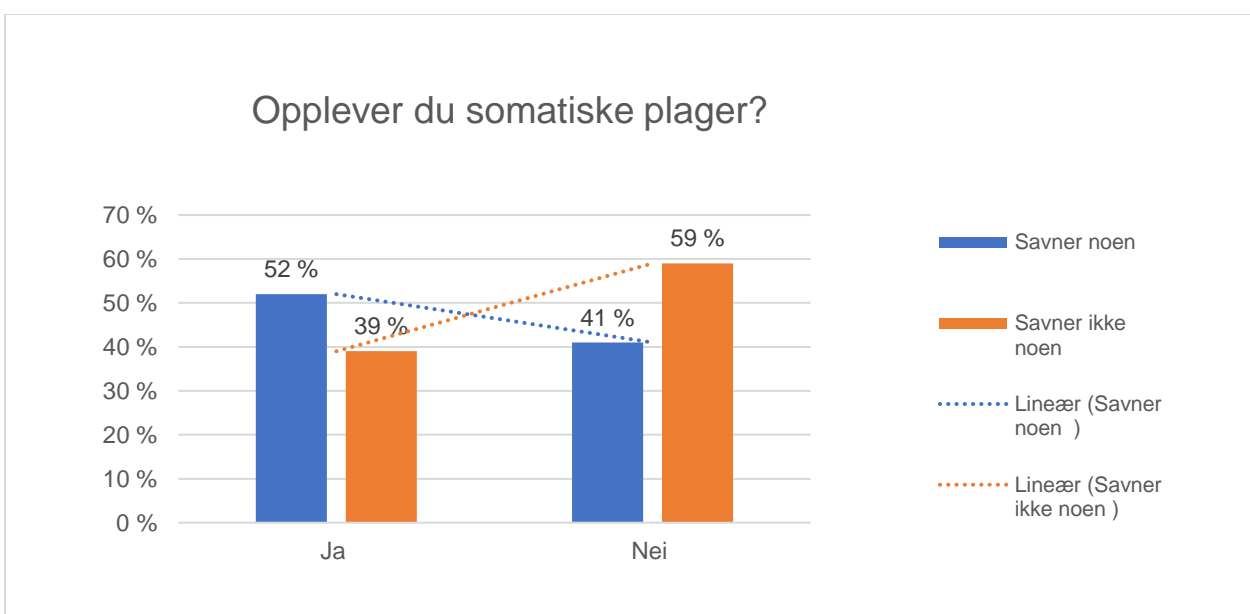
Videre er det trukket frem resultater fra de som ikke har tilbud på arbeidsplassen (N=62) i Figur 5. Av de som savner noen å være sammen med på arbeidsplassen, og ikke har tilbud

(N=22), skulle 86 prosent (N=19) ønske at de hadde tilbud. Disse prosentpoengene er store sammenlignet med resultatene fra de som ikke savner noen å være sammen med (N=68), og ikke har tilbud, hvor det er 57 prosent (N=39) som kunne ønske de hadde tilbud.



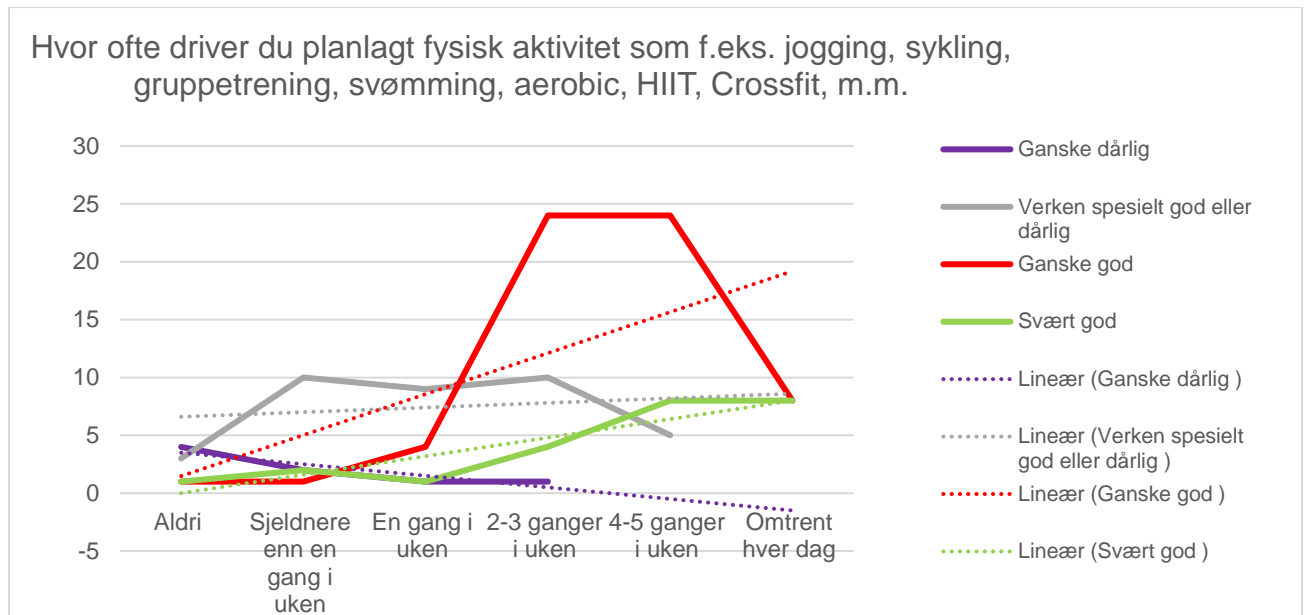
Figur 5: Respondenter som ikke har tilbud, og om de som savner noen eller ikke savner noen å være sammen med på jobben. Og hva de ønsker angående aktivitetstilbud på arbeidsplassen

Tydelige prosentvise forskjeller kommer frem hos respondentene ved sammenligning av savn på jobb og somatiske plager (Figur 6). Av de som savner noen er det 52 prosent (N=14) som opplever somatiske plager, mot 41 prosent (N=11) som ikke opplever plager. Den lineære fremvisningen viser også at de som ikke savner noen å være sammen med har en stigende kurve, mens de som savner noen har en synkende (Figur 6).



Figur 6: Savn på jobben og somatiske plager

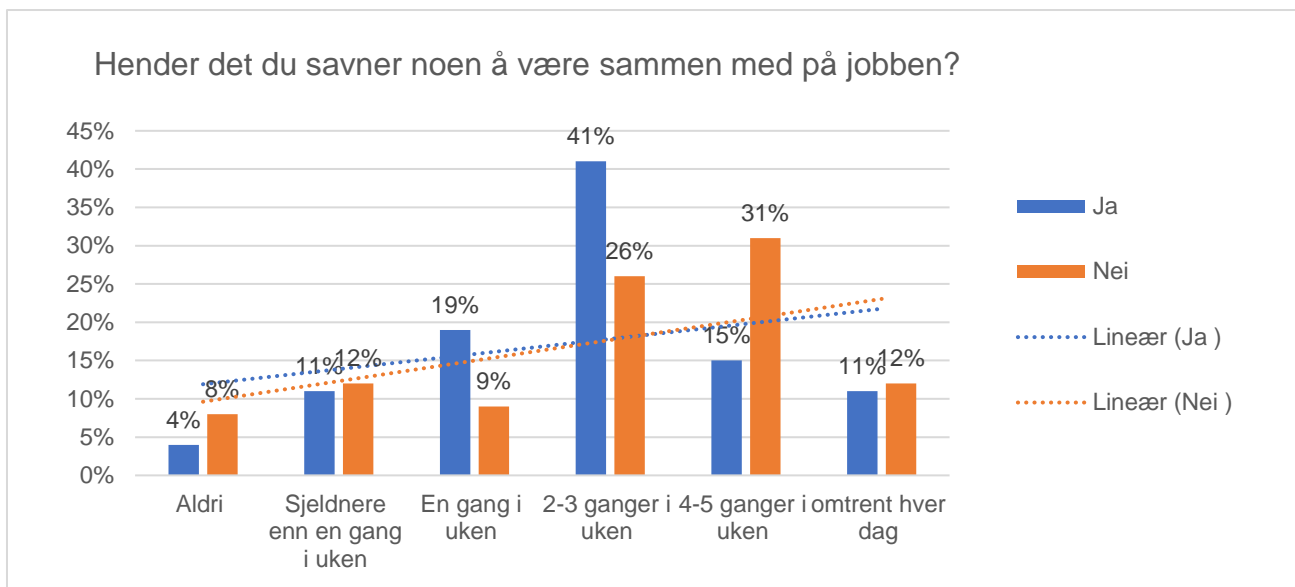
5.3 Fysisk aktivitet som helsefremmende og forebyggende faktor



Figur 7: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og opplevd følelse av helse

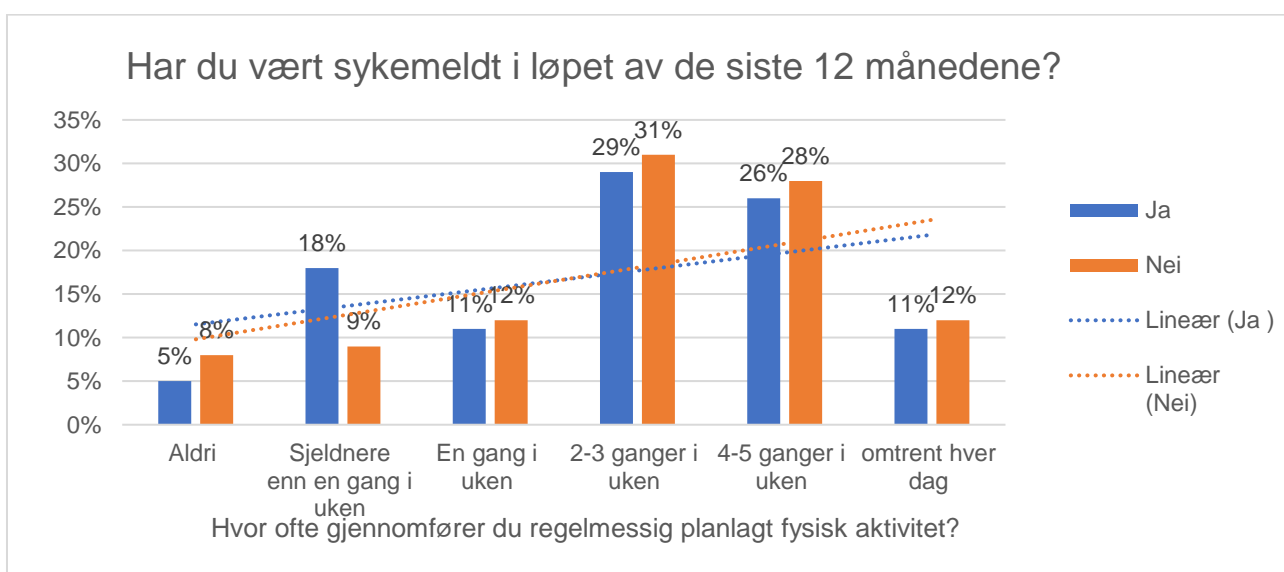
Figur 7 tar for seg hyppighet av planlagt fysisk aktivitet hos alle respondentene, og sammenligner dette med hvordan de opplever egen helse. Det er veldig få respondenter (N=3) som opplever helsen som dårlig, men to av tre gjennomfører planlagt aktivitet aldri eller sjeldnere enn en gang i uken. Kategorien dårlig opplevd helse er fjernet fra figuren grunnet få respondenter. Hos respondentene som opplever helsen som ganske dårlig er 75 prosent (N=6) innenfor Aldri og Sjeldnere enn en gang i uken. Innenfor verken spesielt god og eller dårlig opplevd helse ligger aktivitetshyppigheten mer fordelt, men senterer seg fra sjeldnere enn en gang i uken til 2-3 ganger i uken, med 78 prosent (N=10, 9, 10) (Figur 7).

På andre siden av aktivitetsnivået, 2-3 ganger i uken og hyppigere, viser resultatene i Figur 7 at tyngden ligger på ganske god eller svært god opplevd helse. Hos respondentene som opplever ganske god helse, gjennomfører 91 prosent (N=56) planlagt fysisk aktivitet 2-3 ganger i uken eller mer og, 83 prosent (N=20) hos respondentene som opplever helsen som svært god. Det kommer frem at det er en parallell stigning i opplevd helse og hyppighet av planlagt fysisk aktivitet, særlig innenfor kategorien ganske god opplevd helse (rød linje). Ganske dårlig opplevd helse (lilla linje) har motsatt trendlinje, hvor opplevd helse synker parallelt med antall gjennomførte aktiviteter i uken (Figur 7).



Figur 8: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og om respondentene savner noen å være sammen med på jobben

Figur 8 viser respondentenes hyppighet av planlagt fysisk aktivitet, og om de savner noen å være sammen med på jobben. Det er stor forskjell i gruppene, hvor de som savner noen å være sammen med har 26 representanter, mot 106 i motstående gruppe. 41 prosent (N=11) av de som savner noen å være sammen svarer at de driver planlagt fysisk aktivitet 2-3 ganger i uken, mot 26 prosent (N=28) av de som ikke savner noen. Av de som ikke savner noen finner vi den høyeste andelen innenfor kategorien 4-5 ganger i uken med 31 prosent (N=33), noe som er over dobbelt så stort prosentpoeng hos de som savner noen (15 prosent). Lineær fremvisning viser en brattere stigning i hyppighet hos de som ikke savner noen (Figur 8).



Figur 9: Hyppighet av planlagt fysisk aktivitet og sykemelding de siste 12 månedene

Det er totalt 28 prosent (N=38) av respondentene i undersøkelsen som svarer at de har vært sykemeldt det siste året, 71 prosent (N=95) svarer at de ikke har, mens den resterende ene prosenten (N=1) ikke ønsker å svare (Figur 9). Videre viser Figur 9 at de som ikke har vært sykemeldt har noe hyppigere planlagt fysisk aktivitet enn de som har vært sykemeldt. Ser vi på hyppighet 2-3 ganger i uken eller mer er det 71 prosent (N=67) av de som ikke har vært sykemeldt som ligger innenfor kategoriene, mot 66 prosent (N=25) av de som har vært sykemeldt. En mer tydelig forskjell kan dermed ses under kategorien sjeldnere enn en gang i uken, hvor de som har vært sykemeldt ligger dobbelt så høyt som de som ikke har, 18 prosent (N=7) mot 9 prosent (N=9).

Tabell 2: Savner noen å være sammen med på jobben og sykemelding de siste 12 månedene.

Savner noen å være sammen med på jobben	Har du vært sykemeldt de siste 12 månedene			Total
	Ja	Nei	Ønsker ikke svare	
Ja	30 %	70 %		100 %
Nei	28 %	71 %	1 %	100 %

Det kommer ingen store forskjeller frem hos respondentene ved spørsmål om sykemelding og savn på jobben (Tabell 2). Det skiller to prosentpoeng mellom de som har vært sykemeldt og savner noen (N=8) og de som ikke har vært sykemeldt og savner noen (N=30).

6.0 Diskusjon

Det ligger forskning til grunn som viser at arbeidsplassen er en arena som kan påvirke helsen til individer, hvor individets selvfølelse trekkes frem av Mæland (2012, s.189). Tap eller mangel av jobb kan resultere i verdi- og nytteløshet, som belaster både psykiske og fysiske faktorer hos mennesker (Mæland, 2012, s.189-90).

Funnene i denne undersøkelsen vil se på respondentenes opplevde helse, savn av sosiale forhold på jobben, somatiske plager og faktorer som kan påvirke dette på arbeidsplassen, samt om fysisk aktivitet kan benyttes som en forebyggende faktor. Sykefravær de siste 12

månedene, om respondentene har eller ikke har tilbud og sosial støtte blir i hovedsak diskutert som årsaker rundt opplevd helse hos respondentene.

6.1 Subjektiv livskvalitet og psykososialt miljø

Individets atferd og måten man lever på er som nevnt grunnlaget for livsstilen, som videre kan påvirke og påvirkes av andre genetiske og miljømessige faktorer (Mæland 2012, s.32).

Opplevde sosialt nettverk er videre sett at har en stor påvirkning, og er av de viktigste faktorene for livskvalitet og opplevd helse hos befolkningen (Dalgard & Sørensen, 2009, s.98). Respondentene i undersøkelsen svarer at over halvparten (55 prosent) av de som savner noen å være sammen med på jobben opplever helsen som likegyldig eller dårligere (tabell 1).

Videre har Aagestad et.al (2014) sett at psykososialt arbeidsmiljø har betydning for sykefravær, dette kommer ikke like tydelig til syne hos respondentene, men det er allikevel små ulikheter. I de motstående gruppene, de som savner noen å være sammen med og de som ikke savner noe, er det to prosent mindre som har vært sykemeldt i sistnevnte kategori (tabell 2). Psykososialt miljø omhandler flere faktorer som lederstøtte, utfordringer og krav og kontroll (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018). Dette kan muligens forklare hvorfor opplevd sosialt savn alene ikke gir så stort utslag i denne undersøkelsen.

Gjennom inkluderende arbeidsliv er det trukket frem at det burde satses på områder som reduserer både sykefravær og sosial isolasjon hos arbeidstakerne (Foss, 2014, s.246). Av respondentene som ikke har tilbud på arbeidsplassen (figur 3) er det 21 prosent som savner noen å være sammen med. Videre kommer det tydelig frem at de som ikke har tilbud, gjerne ønsker dette. Årsakene er ikke undersøkt i denne oppgaven, men det kan spekuleres i om de som savner noen ser på aktivitetstilbud som en mulighet for sosialisering med kolleger.

Samtidig kan man kanskje trekke tråder mellom aktivitetstilbud og andre tilbud på arbeidsplassen. Er det sånn at de som ikke savner noen å være sammen med på arbeidsplassen ikke føler behov for aktivitetstilbud for å skape sosiale settinger. Kanskje arbeidsplasser som har tilbud også har bedre opplevd sosial støtte på arbeidsplassen. Tilrettelegging av ulike tiltak kan gi økt følelse av støtte og bekreftelse fra både kolleger og ledere, som nevnt tidligere av Dalgard & Sørensen (2008, s.99) er vist å ha positiv påvirkning på helsen gjennom økt mestringsevne og redusert stressnivå.

6.2 Somatiske plager

Funnene innenfor somatiske plager og gruppene som ikke har eller har tilbud er store. Hagen (2006, s.141) så som nevnt at ryggpasienter har betraktelig mer subjektive helseplager enn normalbefolkningen. Det er viktig å poengtere at årsaks-sammenhengen kan gå begge veier, og at det ikke er noe begrunnelse av bakgrunn for de somatiske plagene i denne oppgaven. Allikevel er det spennende å se at det i gruppen som ikke har tilbud er 13 prosentpoeng flere som opplever somatiske plager, sammenlignet med de som har tilbud (Figur 3).

Sosiale forhold og sosial støtte nevnes som en bakenforliggende årsak til både fysiske og psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2015). Tilbud gjennom arbeidsplassen, kan som nevnt ovenfor, ha sammenheng med andre tilbud og tiltak arbeidsplassen tilrettelegger for. Samtidig kan det også spekuleres i hvem det er som har igangsatt tilbudet. Kan det være at arbeidstakerne har hatt mulighet til å påvirke tiltak gjennom brukermedvirkning.

Opplevd sosialt savn og somatiske plager ser ut til å ha en sammenheng i denne undersøkelsen (Figur 6). Dette kan tyde på at poenget om økt søkelys på samspill mellom psyken og somatiske plager kan være spennende å utforske videre (Malt et al., 2002, s.1379). Sosial deltakelse, mestring, autonomi og mening er faktorer Helsedirektoratet (2017) trekker frem som viktig for økt livskvalitet, og opplevd anerkjennelse kan muligens være utløsende faktor for somatiske plager (Malt et al., 2002, s.1380).

6.3 Fysisk aktivitet som forebyggende tiltak

Torstveit & Olsen (2011, s.166) trekker frem at fysisk aktivitet er sett som en forebyggende faktor for både fysiske og psykiske belastninger. Innenfor fysiske belastninger er det spesielt trukket frem muskel- og skjelettplager, hvor det er sett at de som driver med hard mosjon har mindre plager, mens det er usikre funn hos de som kun driver lett mosjon (Andersen et al., 2009). Intensiteten på aktiviteten til respondentene ble ikke undersøkt i denne oppgaven, men det kan stilles spørsmål ved om hyppighet gir økt mestring, og at dette videre kan gi økt trivsel, og dermed høyere intensitet.

Innenfor opplevd helse kommer det frem at majoriteten av de som rapporterer gjennomført planlagt fysisk aktivitet 2-3 ganger i uken eller mer, opplever helsen som ganske god eller svært god (figur 7). Trendlinjen i Figur 7 tyder på korrelasjon mellom hyppigere aktivitet og

positiv opplevd helse hos respondentene, noe som samsvarende med tidligere forskning om redusert muskel- og skjelettplager ved hard mosjon (Andersen et al., 2009). Det er viktig å trekke frem at det ikke er en bestemt årsak-virkning-sammenheng mellom helse og hyppighet av fysisk aktivitet. Bakenforliggende årsaker kan være en begrensende faktor for grad av fysisk aktivitet hos individene.

Korrelasjon mellom planlagt fysisk aktivitetsnivå og om respondentene savner noen å være sammen med på jobben er noe utydelige i denne undersøkelsen. Allikevel kan resultatene vise antydninger til en liten sammenheng mellom økt hyppighet i aktiviteter og redusert savn på arbeidsplassen (Figur 7). For å forebygge frafall fra arbeidslivet, og påfølgende stressreaksjoner, kan det muligens være gunstig å tilrettelegge for trimgrupper for å motarbeide unødvendig passivitet hos arbeidstakerne (Mæland 2012, s.190). Dette vil også oppfylle kravene i arbeidsmiljøloven, om å fremme fysisk aktivitet som del av HMS arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005, §3-4).

Sykemelding og registrert planlagt fysisk aktivitet hos respondentene er også sett på i undersøkelsen (Figur 8), da det kommer frem i aktivitetshåndboken at positive opplevelser innenfor fysisk aktivitet kan smitte over til andre livssituasjoner (Jonsdottir & Ursin, 2015, s.606). Ved å ha mestring gjennom fysisk aktivitet, er det grunn til å tro at individet opplever mindre stress på andre områder som for eksempel i arbeidssituasjoner.

Registrert sykefravær fra respondentene i undersøkelsen viser en svak trend hvor de som gjennomfører hyppigere planlagt fysisk aktivitet, har lavere meldt sykefravær det siste året (figur 8). Videre er det stor forskjell i kategorien sjeldnere enn en gang i uken, som kan antyde at respondentene ikke har rutinemessig mosjon. Ved uregelmessig gjennomføring av planlagt fysisk aktivitet kan man stille spørsmål ved om respondentene opparbeider mestring rundt fysisk aktivitet. Om mestring ikke er tilstede kan det videre stilles spørsmål ved om aktiviteten resulterer i ingen- eller nedbrytende respons på individets mestringsopplevelse, gjennom at oppgaven føles uoverkommelig (Ursin, 2009, s.3). Opplevd mestring kan overføres til økt positive opplevelser innenfor andre områder, men uregelmessig aktivitet er kanskje ikke tilstrekkelig for å oppnå nettopp dette.

7.0 Konklusjon

Det sosiale miljøet er som nevnt av Mæland (2012, s.181) sett på som både helsefremmende og helsehemmende, hvor konflikter kan skape grunnlag for både fysiske og psykiske helseproblemer. Spørreundersøkelsen har varierende resultater på variablene sosiale støtte, somatiske plager og fysisk aktivitet, som Helsedirektoratet (2017) trekker frem som viktige påvirkningsfaktorene for høy livskvalitet.

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har god påvirkning på både fysisk og psykisk velvære (Torstveit & Olsen, 2011, s.166-67). Resultatene fra undersøkelsen ser ut til å støtte oppunder dette, da det ble funnet sammenheng mellom hyppig planlagt fysisk aktivitet og bedre helse (Figur 7). Forskjellene er mindre innenfor savn på jobben (Figur 8) og sykefravær (Figur 9), men resultatene er positive ved økt hyppighet av planlagt fysisk aktivitet hos respondentene.

Hvilken type somatiske plager deltakerne opplever er ikke undersøkt, men det kommer allikevel frem at det er høyere forekomst hos de som ikke har aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen (Figur 4). Dette kan forklares med at liten grad av belønning i arbeidslivet kan utvikle stress og dermed somatiske plager (Malt et al., 2012, s.1380).

Oppgaven kan ikke trekke noen konklusjoner da antallet representanter er for få, men resultatene samsvarer allikevel med tidligere forskning. Størstedelen av respondentene er innenfor kategorien 20-29 år, noe som støtter oppunder Folkehelseinstituttet (2016, s.14) sine data om at helsetap er stigende allerede fra ung alder. For å motarbeide frafall og unødvendig passivitet grunnet fysiske, psykiske og sosiale utfordringer ønsker denne oppgaven å støtte oppunder Mæland (2012, s.190) og Arbeidsmiljøloven (2005, §3-4) sitt fokus, om at trim og fysisk aktivitet burde inkluderes som en del av forebyggende helsearbeid i arbeidslivet.

8.0 Referanseliste

- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M. & Sterud, T. (2014). Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave: A Prospective Study of the General Working Population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), s. 787-793. doi: 10.1097/JOM.0000000000000212
- Andersen, I., Frydenberg, H. & Mæland, J.G. (2009). Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 129(12), s. 1210-3. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2009/06/originalartikkel/muskel-og-skjelettplager-og-fremtidig-sykefravaer>
- Arbeid- og velferdsdirektoratet. (2018). Utvikling i sykefraværet, 4.kvartal 2018. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>
- Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2005-06-17-62>
- Bergman, S. (2007). Public health perspective – how to improve the musculoskeletal health of the population. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), s.191-206. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.012>
- Christoffersen, L. & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo, Abstrakt forlag AS.
- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. *Sosial Epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 96-114). Oslo Gyldendal Akademiske.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Hva er sykdomsbyrde? Hentet fra <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde/>

- Folkehelseinstituttet. (2017). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Psykiske lidelser hos voksne. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Sykdomsbyrden i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). ISBN: 978-82-8082-960-3. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
- Foss, Ø.T. (2014). Arbeidshelse I Goth, U.S. (Red.). *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s.243-272). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hagen, E. M. (2006). Kan råd om fysisk aktivitet redusere sykefravær for pasienter med ryggplager? *Norsk epidemiologi*, 16 (2), s.137-144. <https://doi.org/10.5324/nje.v16i2.196>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter. (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helsedirektoratet. (2009). Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: utjevning av helseforskjeller del 2. IS-1666.
- Helsedirektoratet. (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål. IS-0373. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/308/Reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer%E2%80%93nasjonal-opp%C3%B8lging-av-WHOs-mal-IS-0373.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsen. IS-2387
- Helsedirektoratet. (2015). Well-being på norsk. IS-2344. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/971/Well-being%20p%C3%A5-norsk%20IS-2344.pdf>

- Helsedirektoratet. (2017). Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (2018). Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. IS-2727. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1463/Livskvalitet.%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem%20IS-2727.pdf>
- Jonsdottir, I., H. & Ursin, H. (2015). Stress. I Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.602-609). Oslo.
- Magnussen, L.H. & Morken, T. (2011) Muskel- og skjelettlidelser. I Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (Red.). *Folkehelsearbeid* (86-98). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Malt, U. F., Malt, E. A., Blomhoff, S. & Refnin, I. (2002). Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. *Tidsskriftet Den Norge Legeforeningen*, 122 (14), s. 1379-84. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/05/tema-funksjonelle-lidelser/funksjonelle-somatiske-lidelser-en-oversikt>
- Mæland, J. G. (2012). Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Rabboll Management Consulting. (2018). Brukerhåndbok. Hentet fra <https://view.publitas.com/ramboll/surveyxact-brukerhandbok-12-7/page/14-15>
- Ramboll Management Consulting. (2019). General Data Protection Regulation (GDPR). Hentet fra <https://www.surveyxact.no/gdpr/>
- Regjeringen. (2019). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf>
- Rustøen, T. (2005). Livskvalitet og velvære I Thorbjørnsen, K.M, Knutstad, U. & Nielsen, B.K. (Red.). *Sykepleieboken: 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (s.129-153). Oslo: Akribe.
- Statens Arbeidsmiljøinstitutt. (2019). Psykososiale forhold. Hentet fra <https://stami.no/tema/psykososiale/>

- Statistisk sentralbyrå. (2017). Slik har vi det – livskvalitet og levekår. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekar-og-livskvalitet-hva-hvorfor-og-hvordan>
- Store medisinske leksikon. (2018). Fysisk aktivitet. Hentet fra https://sml.sn.no/fysisk_aktivitet
- Stub, G. (2000). Psykososiale problemer hos barn og unge – hva er det og hvilke utfordringer står man overfor? I Almvik, A. & Borge, L. (Red.). *Tusenkunstnerne – muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid (133-142)*. Bergen: Fagbokforlaget
- Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHOT), Sammen. (2018). Hentet fra <https://www.sammen.no/no/bergen/helse/sammen-shot.pdf>
- Tollånes, M. C., Knudsen, A.K., Vollset, S.E., Kinge, J.M., Skirbekk, V. & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 138(15), s.1439-1445. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/10/originalartikkel/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016>
- Torstveit, M. K. & Olsen, S. R. (2011). Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. I Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (Red.). *Folkehelsearbeid (163-182)*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Ursin, H. (2009). CATS in shorts. Hentet fra http://uni.no/media/manual_upload/CATSEasyReader1.pdf
- World Health Organization (WHO). (2018) Noncommunicable diseases. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Østlandsforskning. (2014). Over halvparten av sykemeldingene skyldes sosiale forhold. Hentet fra <https://www.ostforsk.no/over-halvparten-av-sykemeldingene-skyldes-sosiale-forhold/>

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreundersøkelse

Fysisk aktivitet og trivsel

Hei!

Dette er en rask spørreundersøkelse (5 minutter) i forbindelse med min bacheloroppgave ved Høgskulen på Vestlandet. Jeg har knyttet fysisk aktivitet opp mot personlig trivsel, og ser på trenings/mosjonstilbud på arbeidsplassen. Dette er et aktuelt og viktig tema, med økende fokus, noe jeg syns er fint å kunne belyse i enda større grad. Svarene dine er anonyme og kan ikke spores.

Tusen hjertelig takk for at du tar deg tid til å svare :)

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:
Høgskulen på Vestlandet ved Anne Henriksen, tlf. +47 555 85 929.
Student og gjennomfører ved Kristine Paulsen, tlf. +47 936 81 774

Med vennlig hilsen

Anne Henriksen
(Veileder)

Kristine Paulsen
(Student)



**Høgskulen
på Vestlandet**

Først noen spørsmål om ditt aktivitetsnivå i hverdagen:

1a) Hvor ofte driver du planlagt fysisk aktivitet som f.eks. jogging, sykling, gruppetrening, svømming, aerobic, HIIT, Crossfit m.m.

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uken
- En gang i uken
- 2-3 ganger i uken
- 4-5 ganger i uken
- Omtrent hver dag

1b) Hvor lang varighet har vanligvis aktiviteten, circa?

- Mindre enn 30 minutter
- 45 minutter
- 60 minutter
- 60-75 minutter
- Mer enn 90 minutter

Så noen spørsmål om aktivitetstilbud på arbeidsplassen:

2a) Har du aktivitetstilbud gjennom arbeidsplassen?

- Ja
- Nei (Gå til spørsmål 2e)
- Vet ikke

2b) Hva slags tilbud har du?

- Organiserte treningstimer
- Rabatt på treningssenter
- Disposisjon av trenings-rom på arbeidsplassen
- Trening med personlig trener

Annet, evt. spesifiser:

2c) Hvor mange av dagene du gjennomfører fysisk aktivitet, gjør du dette gjennom tilbudet du har hos arbeidsplassen?

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uken
- En gang i uken
- 2-3 ganger i uken
- 4-5 ganger i uken
- Omtrent hver dag

2d) Om du har tilbud: Føler du tilbudet bidrar til økt trivsel for deg på arbeidsplassen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Begrunn svaret ditt

2e) Om du ikke har tilbud: Skulle du ønske du hadde?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Begrunn svaret ditt

Nå kommer noen spørsmål om din opplevde helse:

3) Hvordan føler du helsen din er nå for tiden?

- Dårlig
- Ganske dårlig
- Verken spesielt god eller dårlig
- Ganske god
- Svært god

4a) Opplever du somatiske plager, kroppslige plager som f.eks. leddsmerter, muskelsmerter og fordøyelsesplager i hverdagen, per nå.

- Ja
- Nei (Gå til spørsmål 5)
- Vet ikke

4b) Om ja, i hvilken grad opplever du disse plagene?

- Ingen eller minimal
- Lav
- Medium
- Høy
- Svært høy

Så et par spørsmål om sykemelding det siste året:

5a) Har du vært sykemeldt i løpet av de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei (Gå til spørsmål 6a)
- Ønsker ikke svare

5b) Hadde sykemeldingen sammenheng med jobben din?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ønsker ikke svare

Så litt om sosial støtte på arbeidsplassen:

6a) Hender det at du savner noen å være sammen med på jobben?

- Ja
- Nei (Gå til spørsmål 7)
- Vet ikke

6b) Vil du si dette hender ofte eller sjelden?

- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Svært ofte

Videre kommer et spørsmål om din opplevde ivskvalitet:

7) Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Avslutningvis er noen spørsmål om bakgrunnsinformasjon:

8) Kjønn

- Kvinne
- Mann
- Annet

9) Alder

- Under 20
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 eller mer

10) I hvilken bransje arbeider du?

- Finans/Bank/Forskning/Eiendom
- Forretningsmessig tjenesteyting/Konsulenttjenester
- Helse- omsorgs- og sosialtjenester
- Industri/ Olje- og gassutvikling / Bergverksdrift /Håndverk/ mv.
- Jordbruk/Skogbruk/Havbruk
- Offentlig administrasjon/Forsvar/Politi/Rettsvesen
- Samferdsel/Transport/Tele
- IKT
- Undervisning/Forskning
- Varehandel/Butikk/Hotell- og restaurantvirksomhet
- Informasjon/Forlag/Media
- Kirke/Kultur
- Annet _____

11) Har virksomheten du jobber i en intensjonsavtale om Inkluderende Arbeidsliv (IA-avtalen)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Tusen takk for ditt bidrag!

Undersøkelsen avsluttes når du trykker på "Avslutt"