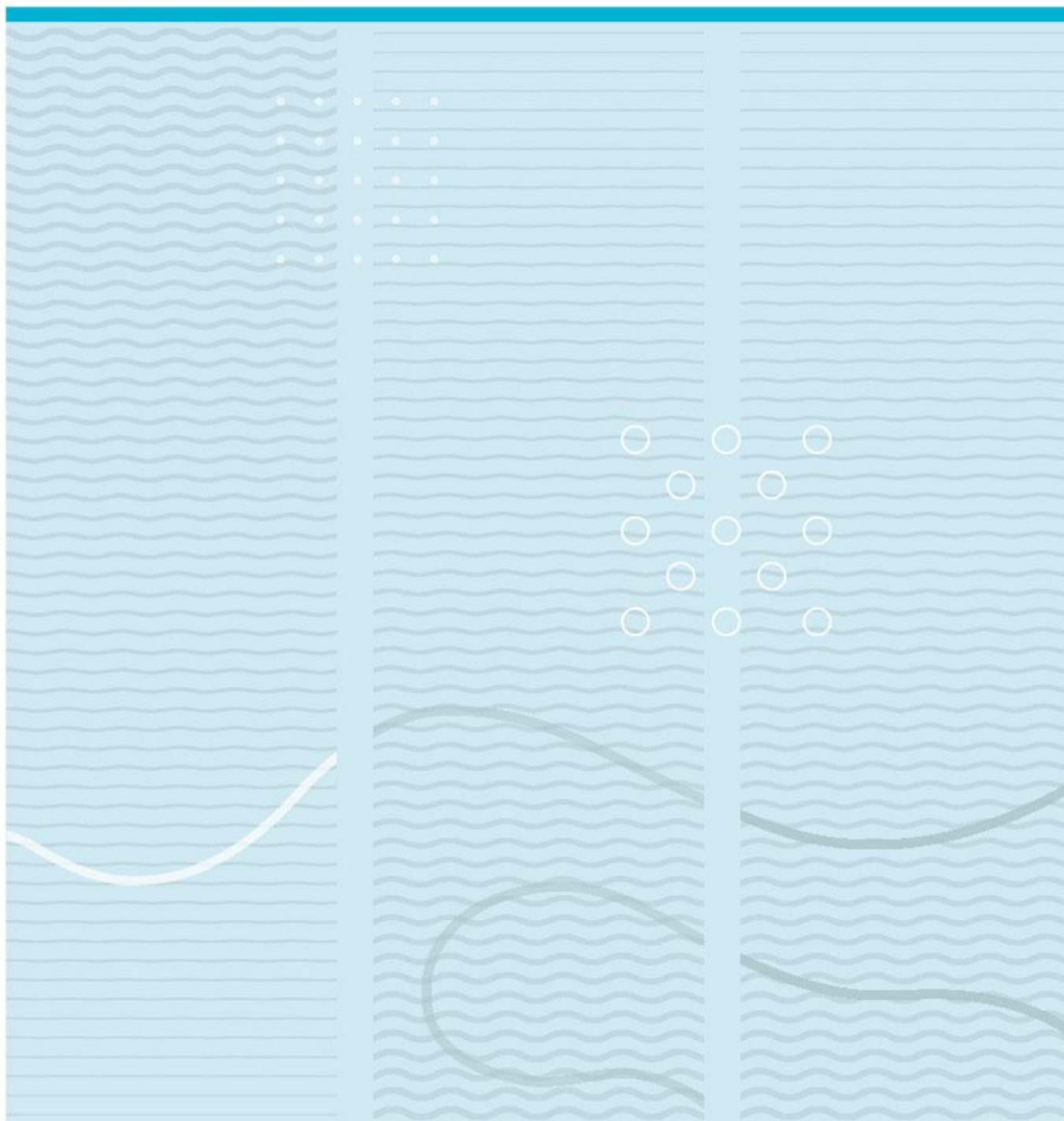


Linn Therese Jacobsen

# Ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og mentale helseplager

En kvantitativ undersøkelse blant ansatte i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge





Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Linn Therese Jacobsen

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

<i>Forfatter</i>	Linn Therese Jacobsen
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
<i>Veileder</i>	Steffen Torp
<i>Innleveringsdato</i>	15.02.2021
<i>Oppgavens tittel</i>	Ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og mentale helseplager
<i>Antall ord</i>	23.477
<i>Søkeord</i>	Ergoterapeuter, fysioterapeuter, jobbkrav, jobbbressurser, jobbengasjement, mentale helseplager, JD-R modellen, personlige ressurser, mestringstro

# Sammendrag

---

**Bakgrunn:** Helsepersonell utsettes for høy arbeidsbelastning som kan føre til stress og helseplager. Ergo- og fysioterapeuter har i likhet med annet helsepersonell stor betydning for tilbudet og utviklingen av dagens helsetjenester. De helsemessige følgene for ergo- og fysioterapeuter ansatt i norsk helsevesen er imidlertid lite utforsket.

Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke sammenhenger mellom ulike arbeidsrelaterte faktorer og ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og mentale helseplager. Arbeidsrelaterte faktorer omfatter i denne undersøkelsen ulike jobbkrav- og jobbressurser, samt den personlige ressursen mestringstro. Det er i all hovedsak «Jobbkrav-ressurs»- modellen (JD-R modellen) som er benyttet som det teoretiske rammeverk for å besvare undersøkelsens problemstilling:

## **Hvilke arbeidsrelaterte faktorer har betydning for ergo- og fysioterapeuters helse?**

**Metode:** Undersøkelsen ble gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse blant 443 ergo- og fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge. Data ble innhentet ved bruk av anonymt elektronisk spørreskjema, hvor det i hovedsak ble tatt i bruk en modifisert versjon av SHEFA (survey for helsefremmende arbeidsplasser). Dataene ble analysert ved bruk av t-test, bivariat korrelasjonsanalyse og multipl lineær regresjonsanalyse.

**Resultat:** Undersøkelsen viste at ergoterapeuter opplevde mer jobbkrav og mentale helseplager enn sine fysioterapeutkolleger. Ansatte i kommunehelsetjenesten opplevde å ha mer tilgang til jobbressurser enn sine kolleger i spesialisthelsetjenesten. Det var jobbressursene «Mening i jobben», «Utvikling», og «Sosialt fellesskap», samt den personlige ressursen «Mestringstro» som viste sterkest sammenheng med jobbengasjement. Jobbkravene «Generelle krav», «Rollekonflikt» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» bidro i størst grad til opplevelse av mentale helseplager. Jobbressursene «Forutsigbarhet», «Sosialt fellesskap», samt «Jobbengasjement» viste å redusere utvikling av mentale helseplager.

**Konklusjon:** Det er viktig å ivareta og legge til rette for at den norske ergo- og fysioterapeuten opprettholder god helse på jobb. Jobben som offentlig ansatt ergo- og fysioterapeut er krevende, og derfor er ivaretagelse av deres helse ikke bare gagnlig for dem selv, men også for deres

pasienter og brukere, samt tjenestene de jobber i. Undersøkelsen bekrefter Jobbkraft-ressursmodellens hypotese om at to psykologisk ulike, men relaterte prosesser påvirker hhv. jobbengasjement og helseplager.

# Abstract

---

**Background:** Health care workers are subject to high workloads that may lead to stress and health issues. The health-related effects for occupational and physiotherapists in the Norwegian health care system have not been explored in detail. Like other health care workers, occupational and physiotherapists are of great importance to the development of our health care services.

The purpose of this project is to identify specific work-related factors that influence work engagement and mental health issues for occupational and physiotherapists. Work-related factors included in this project include job demands and job resources, and the personal resource self-efficacy. The JD-R model is the main theoretical framework used in this report to answer the research question:

## **Which work related factors influence the health of occupational and physiotherapists?**

**Method:** The project was done as a cross-sectional study among 443 occupational- and physiotherapists in the specialist and municipal health care services in Norway. Data was collected through an anonymous online survey, using a modified version of SHEFA (survey for health promoting workplaces). The data was analyzed using t-tests, bivariate correlations, and multiple linear regressions to answer the research questions of the project.

**Result:** Occupational therapists experienced higher job demands and mental health issues than physiotherapists. Employees in the municipal health care services reported having better access to work resources than their colleagues in specialist health care services. The job resources “Meaning of work”, “Development” and “Social support from colleagues”, and the personal resource “Self-efficacy” was showing the greatest correlations with work engagement. The job demands “General job demands”, “Role conflict” and “Fragmented work tasks” were the greatest contributors to reported health issues. The job resources “Predictability”, “Social support from colleagues” and “Work engagement” appears to reduce development of mental health issues.

**Conclusion:** It is important to facilitate good health for occupational- and physiotherapists. Since their work as publicly employed therapists are demanding, ensuring their health is of great importance, not only for the therapists themselves, but their patients and the health care services

in general. The project confirms the JD-R model hypothesis that two psychologically different but related processes influence work engagement and mental health issues.



# Innholdsfortegnelse

---

<b>1 Introduksjon</b> .....	<b>11</b>
1.1 Oppgavens oppbygging og struktur .....	13
<b>2 Teori og relevant forskning</b> .....	<b>14</b>
2.1 Helseforståelse .....	14
2.2 Helsefremmende arbeid .....	16
2.2.1 Arbeidsplassen som setting for helsefremmende arbeid.....	18
2.3 Krav- kontroll- støtte- modellen .....	19
2.4 «Jobbkraft-ressurs»- modellen .....	20
2.5 Den videreutviklede JD-R- modellen .....	23
2.5.1 Psykologisk kapital .....	24
2.6 Mestringstro .....	25
2.7 Burnout .....	26
2.8 Jobbengasjement .....	28
2.9 Ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljø og helse.....	30
2.9.1 Ergo- og fysioterapeuters helse i norsk kontekst .....	31
2.10 Ergo- og fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge.....	32
2.11 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	34
<b>3 Metode</b> .....	<b>35</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	35
3.1.1 Sosialstatistikk .....	36
3.2 Design .....	36
3.3 Utvalg.....	37
3.4 Måleinstrument .....	38
3.4.1 Utprøving og utsendelse av spørreskjemaet.....	39
3.5 Variabler .....	40
3.5.1 Definisjon og avgrensning: .....	40
3.5.2 Bakgrunnsvariabler .....	40
3.5.3 Arbeidsrelaterte faktorer .....	40
3.5.4 Helsemål .....	43
3.5 Statistikk .....	45
3.5.1 Indre konsistens .....	46
3.5.2 T-tester .....	46
3.5.3 Korrelasjonsanalyse .....	46
3.5.4 Regresjonsanalyser .....	47
3.6 Forskningsetikk.....	47
<b>4 Resultater</b> .....	<b>49</b>
4.1 Beskrivelse av svarprosent og undersøkelsens respondenter.....	49
4.2 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter.....	50
4.3 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten .....	51
4.4 Sammenhenger mellom alle variabler i undersøkelsen .....	52
4.4.1 Sammenhenger for bakgrunnsvariablene i undersøkelsen.....	52
4.4.2 Jobbkraft .....	54
4.4.3 Jobbressurser.....	54
4.4.4 Personlig ressurs .....	55
4.4.5 Helsemål .....	55
4.5 Sammenhenger mellom avhengige og uavhengige variabler .....	55

4.5.1 Sammenhenger mellom arbeidsrelaterede faktorer og jobbengasjement .....	55
4.5.2 Sammenhenger mellom arbeidsrelaterede faktorer og mentale helseplager .....	57
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>60</b>
5.1 Oppsummering av resultater .....	60
5.2 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter (F1).....	60
5.3 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (F2) .....	64
5.4 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbbressurser på hhv. Jobbengasjement og mentale helseplager (F3) .....	66
5.4.1 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbbressurser på jobbengasjement .....	66
5.4.2 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbbressurser på mentale helseplager .....	69
5.5 Sammenhengen mellom mestringstro og hhv. Jobbengasjement og mentale helseplager (F4) .....	71
5.6 Sammenheng mellom jobbengasjement og mentale helseplager (F5).....	72
5.7 Metodiske betraktninger .....	74
5.7.1 Reliabilitet.....	74
5.7.2 Validitet.....	75
5.7.3 Undersøkelsens utvalg .....	77
5.7.4 Måleinstrumentene.....	78
5.7.5 Overførbarhet.....	79
5.7.6 De statistiske analysene .....	79
5.7.7 Teoretiske og praktiske implikasjoner .....	81
5.7.8 Videre forskning .....	83
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>85</b>

# Forord

---

Denne masteroppgaven markerer slutten på en utdanning jeg har hatt et stort engasjement for. Tema for dette masterprosjektet har jeg vært nysgjerrig på i yrkeslivet så langt. Jeg jobber selv som ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten med noe erfaring også fra kommunehelsetjenesten. Jeg har naturlig nok hatt mine forforståelser omkring dette tema, og jeg har vært bevisst på dette, spesielt når jeg tilpasset spørreskjemaet til nettopp denne undersøkelsen.

Takk til Ole Martin Stamland, mangeårig leder for ergo- og fysioterapeuter både i kommune- og spesialisthelsetjenesten for nyttig sparring i oppstartsfasen og hjelp til rekruttering.

Stor takk til alle de 443 ergo- og fysioterapeutene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaundersøkelsen. Jeg håper vi sammen har bidratt til å belyse et felt som bør få mer fokus i fremtiden. Jeg vil også takke arbeidsgiver og tålmodige kolleger gjennom hele prosessen. Det har blitt lagt til rette, på ulike måter, for at jeg har kunnet fullføre en masterutdanning.

Jeg vil rette en stor takk til bibliotekar, Stine Helene Dahl på sykehusbiblioteket hvor jeg jobber. Takk for haugevis med litteratur du har bestilt og sendt tilbake for meg i årevis og for god kunnskap, strukturering og veiledning knyttet til litteratursøk i forbindelse med dette masterprosjektet. Jeg er også svært takknemlig for kolleger som har lest gjennom oppgaven med et kritisk syn.

Spesiell takk til veileder Steffen Torp for solid veiledning gjennom hele prosessen. Hans besittelse av breddekunnskap, som han velvillig har delt med sine tydelige, presise og konstruktive tilbakemeldinger, har mildt sagt kommet meg og dette masterprosjektet til gode. Han har sett muligheter der jeg har sett begrensninger. Han var også den som motiverte meg i gang igjen når landet stengte ned i forbindelse med Covid-19-krisen, hvor det å drive datainnsamling med helsepersonell som respondenter så mørkt ut. Det å ha en veileder med så mye kunnskap og erfaring på området har vært motiverende fra start til slutt, noe jeg er svært takknemlig for. Jeg vil også rette en takk til professor Kjell Ivar Ødegård for gode faglige innspill, deling av statistisk og empirisk kunnskap og motiverende tilbakemeldinger underveis.

Sist, men ikke minst vil jeg takke familien min. Uten støtte fra spesielt min samboer ville jeg aldri kommet i mål med en masteroppgave i den livsfasen jeg befinner meg i. Denne utdannelsen har vært et familieprosjekt. Studiet har jeg bl.a. hatt med meg gjennom to svangerskap og mine sønners første leveår, utallige barnesykdommer og covid-19- krisen.

Jeg har vært takknemlig for muligheten til å gjennomføre en masterstudie innenfor helsefremmende arbeid. Mitt store engasjement for utdannelsen og denne oppgaven har på mange måter vært et pusterom, med «egentid» til å kunne fordype meg i meningsfulle tema og oppgaver, i et ellers hektisk familie- og arbeidsliv.

Skien, 15.02.21  
Linn Therese Jacobsen

## 1 Introduksjon

Denne undersøkelsen er gjennomført i lys av filosofien som ligger til grunn for helsefremmende arbeid (Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015; World Health Organization [WHO], 1986). I følge WHO (1986) skapes helse utenfor helsevesenet- «der mennesker arbeider, leker, elsker og lærer». Den arbeidende populasjonen utgjør en stor del av befolkningen, og arbeidsplassen er derfor en sentral arena for å fremme og påvirke helsen til de yrkesaktive (Bauer & Jenny, 2007).

WHO (1986) definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom eller handicap. Helsedefinisjonen er lagt til grunn i denne masteroppgaven. Et slikt helsesyn ser på faktorer som både kan beskytte mennesker mot ulike stresspåvirkninger, men også faktorer som kan være direkte helsebringende.

Arbeidslivet er en viktig grunnpilar i alle samfunn. Når mennesker har det bra, har organisasjonen det bra, fordi helse, effektivitet og lønnsomhet er hverandres forutsetninger (Johnsson, Lugn, & Rexed, 2006). Det er bred enighet om at det å være i et arbeidsforhold er en viktig determinant for helsen vår (Egan et al., 2007, s. 27; Hanson, 2004; Torp, 2013).

Forskning som definerer helse som mer enn fravær av sykdom har i større grad enn tidligere funnet sin plass i arbeidslivsforskning (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Det er likevel fortsatt behov for å forske mer på hva som predikerer positiv- og negativ helse for ulike yrkesgrupper. Empiri på feltet indikerer at det er ulike arbeidsmiljøfaktorer som predikerer hhv. positiv helse og helseplager relatert til arbeid (Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Salanova, 2007).

Jobbengasjement er en positiv tilstand som kan fremme helsen til arbeidstakere, effektivisere og dermed også gi gode forutsetninger for å kunne tilby pasientbehandling av høy kvalitet (Mauno, Kinnunen, & Ruokolainen, 2007; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, 2017). Jobbengasjement påvirkes i betydelig grad av ulike arbeidsrelaterte faktorer (Bakker & Demerouti, 2008).

Studier viser at helsepersonell ofte er dedikerte og engasjerte i jobben sin (Mauno et al., 2007; Wressle & Samuelsson, 2014). Helsepersonell eksponeres konstant for en rekke stressrelaterte faktorer på grunn av ulike krav og utfordringer knyttet til å jobbe i helsevesenet, som f.eks. tidspress, stor arbeidsmengde, liten sosial støtte og feedback fra ledere og kolleger, samt høye arbeids- og emosjonelle krav. I tillegg er helsepersonell utsatt for usikkerhet rundt

pasientbehandling og eksponering for lidende og døende pasienter (Harris, Cumming, & Campell, 2006; Portoghese, Galletta, Coppola, Finco, & Campagna, 2014; Sinclair et al., 2017). Dette er arbeidsrelaterte stressorer som setter helsepersonell i risiko for å utvikle stress, utbrenthet og mentale helseplager. Manglende muligheter og tilgang til jobbressurser kan gjøre helsepersonell ekstra sårbare (Lesener, Gusy, & Wolter, 2019). Disse stressorene påvirker ikke kun den ansattes helse, men vil også kunne påvirke kvaliteten og sikkerheten på tjenestene som tilbys, og derigjennom pasienters og brukeres helse (Ebling & Carlotto, 2012; Galletta, Portoghese, Fabbri, Pilia, & Campagna, 2016). I helsevesenet kan jobbengasjement oppstå gjennom ansattes interaksjoner med pasienter (Bakker & Leiter, 2010b, s. 5).

Tall fra 2019 viser at det er 18 449 sysselsatte ergo- og fysioterapeuter i Norge, hvorav 14 405 av dem er ansatt i helse- og sosialtjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2020). Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø (NOA) sin arbeidsmiljøprofil for bl.a. ergo- og fysioterapeuter viser at disse yrkene har særlig risiko for å utsettes for høye jobbkrav, spesielt emosjonelle krav, samt lav grad av egenkontroll og lederstøtte. Samtidig viser NOA at ergo- og fysioterapeuter opplever en ubalanse i den innsatsen de legger i arbeidet og hva de opplever å få igjen av arbeidsplassen (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA, 2020a).

Innenfor helseyrkene er det spesielt sykepleiere og leger som har blitt forsket på når det kommer til både negative og positive arbeidslivs faktorer (Harris et al., 2006; Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002). Ergo- og fysioterapeuter har i likhet med annet helsepersonell stor betydning for tjenestetilbudet til den norske offentlige helsetjenesten. De helsemessige følger for denne typen helsepersonell er imidlertid lite utforsket. Fokus for denne masteroppgaven var å se nærmere på hvordan ergo- og fysioterapeuter opplevde arbeidsmiljøet sitt, og hvilke faktorer i arbeid som hadde betydning for både positive- og negative helsemål.

## 1.1 Oppgavens oppbygging og struktur

I kapittel 2 presenteres relevant teori og empiri, hvor kapitlet avsluttes med å presentere undersøkelsens problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 3 presenteres undersøkelsens design og metoder. Undersøkelsens resultater presenteres i kapittel 4 og diskuteres i kapittel 5. Resultatene diskuteres i lys av teori, empiri og metodiske betraktninger. I diskusjonskapitlet antydes også praktiske og teoretiske implikasjoner. Avslutningsvis i kapittel 6 oppsummeres kort, resultater og refleksjoner i en oppsummerende konklusjon.

## 2 Teori og relevant forskning

I den følgende delen blir oppgavens rammeverk presentert i form av teori og empiri som er relevant for undersøkelsens problemstilling. Hovedfokuset i undersøkelsen ligger på ulike arbeidsrelaterte faktorer og hvordan de har sammenheng med jobbengasjement og helseplager for ergo- og fysioterapeuter. Sist i kapittelet redegjøres det for relevant forskning knyttet til ergo- og fysioterapeuter.

### 2.1 Helseforståelse

Helsebegrepet er sammensatt og rommer mange dimensjoner (Mæland, 2009). Helsebegrepet i en tradisjonell medisinsk kontekst blir ofte brukt til å beskrive en tilstand av å være frisk, dvs. at organismen fungerer normalt, og at man ikke har fysiske eller psykiske helseplager. En slik patogen tilnærming til helse innebærer at sykdom og helse er to distinkte tilstander, hvor man enten er syk eller frisk. Helsebegrepet, eller sykdomsbegrepet defineres i denne kontekst etter verdinøytrale kriterier hvor man anser det som avvik fra normal biologisk funksjon (Boorse, 1977).

Helsebegrepet i en naturvitenskapelig forankring defineres som fravær av sykdom, og blir av mange ansett som en «negativ» helsedefinisjon. Sykdomsbegrepet er derimot sammensatt. Hvor går grensen mellom syk og ikke-syk? For folk flest kan god helse være tilstede samtidig med sykdom (Mæland, 2019). Helse kan forstås som det ene ytterpunktet på et kontinuum der uhelse er det andre ytterpunktet. Vi mennesker befinner oss til enhver tid mellom de to ytterpunktene, og er aldri enten helt friske eller helt syke (Antonovsky, 1991). Et slikt helsesyn er i tråd med hva Fugelli og Ingstad (2001) fant i en studie av hvordan folk flest definerer helse. God helse viste seg å ikke bli målt ut ifra et ideal om å være helt frisk fra sykdom. De fant at folk opplevde god helse som et holistisk fenomen, hvor helse veves inn i alle sider av livet og samfunnet. Helse ble også kjennetegnet som et relativt fenomen, hvor helse bedømmes etter hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, livssituasjon og sykdomsbyrde. Til slutt ble helse også oppfattet som et personlig fenomen, hvor menneskers ulikheter ble trukket frem og at helse og dens veier til oppnåelse derfor også må forstås gjennom at helse oppleves forskjellig fra individ til individ. Denne folkelige helseoppfatningen avvek fra den medisinske tilnærmingen til helsebegrepet slik det defineres av bl.a. Boorse (1977).

Allerede i 1948 slo WHO fast at helse er «mer enn fravær av sykdom» i sin definisjon av helsebegrepet. Helse ble definert som en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære,



ikke bare fravær av sykdom eller handicap (Tones & Tilford, 2001, s. 2; World Health Organization [WHO], 1986). Helseforståelsen til WHO benevnes ofte som det utvidede helsebegrepet. Denne definisjonen har dog blitt kritisert for å være utopisk (Seedhouse, 2004), hvor andre har funnet definisjonen interessant fordi den uttrykker et holistisk menneskesyn (Green et al., 2015, s. 13). WHO's helsedefinisjon fra 1948 har fungert som inspirasjon til ulike helsedefinisjoner de senere år og anses også fortsatt som en gjeldende definisjon (Mæland, 2019).

Den salutogene modellen er et supplement til den tradisjonelle medisinske (patogene) tilnærmingen til helsebegrepet. Patogenesen søker å forklare *hvorfor* folk blir syke, mens salutogenesen gir et annerledes og positivt tilskudd og syn på helsebegrepet ved at den forsøker å forklare hva som skaper grobunn for god helse. Aaron Antonovsky er mannen bak denne helhetlige modellen til helse og var den som introduserte salutogenese som begrep (Antonovsky, 2012). Det fundamentale i den salutogene modellen er antakelsene om at ingen kan definere seg som syk eller frisk på et gitt tidspunkt, men at alle befinner seg på et kontinuum mellom helse og uhelse (Eriksson, 2007, s. 20). I et salutogent perspektiv ses derfor god helse som en posisjon på dette helsekontinuumet med en konstant bevegelse i retning av helseenden (Eriksson, 2007, s. 107). Antonovsky forsøker å finne svar på den gode helsens opprinnelse med det han kaller stressfaktorer og generelle motstandsressurser. Mennesker utsettes for en rekke stressfaktorer i løpet av livet. Hvorvidt en indre eller ytre påkjenning påvirker helsen positivt eller negativt, mener Antonovsky avhenger av hvordan individet oppfatter og håndterer denne stressbelastningen. Den salutogene helsemodellen har fokus på faktorer som både kan beskytte mennesker mot ulike stresspåvirkninger, men også være direkte helsebringende (Antonovsky, 2012). Helseforståelsen i denne masteroppgaven tar utgangspunkt i et positivt helsesyn.

Fokus på et positivt helsesyn og menneskelige styrker har også hatt et økende fokus innenfor den positive psykologien og arbeidsmiljø-feltet (Richardsen & Martinussen, 2008). Det å omforme jobben sin slik at man kan bruke sine styrker og ressurser daglig, har blitt stadig viktigere for arbeidstakere i velstående land. Den store utviklingen innenfor psykologifaget de siste 20 årene, har endret hvordan psykologifaget ser på risiko, sårbarhet og sykdom med økt oppmerksomhet og fokus på faktorer som fremmer utvikling av god helse (Richardsen & Martinussen, 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Psykologien har flyttet mer og mer fokus over til en salutogen tilnærming til helsebegrepet, da sykdomsperspektivet og patogenesen som forklaringsmodell til ulike helseplager hverken forklarer eller beskytter mennesker for ulike stressorer (Seligman,

2002). Linley, Joseph, Harrington og Wood (2006) har forsøkt å definere begrepet positiv psykologi, og presiserer at det ikke er snakk om et paradigmeskifte, hvor man går helt bort fra å fokusere på negative aspekter, men heller et økt fokus på studier som utforsker helse, tilfredshet og velvære som likeverdige med studier av sykdom, dysfunksjon og lidelse. Positiv psykologi har sin styrke i å se, samt forstå menneskets styrker og optimale fungering, samt bygge oppunder de positive kvalitetene i stedet for å fokusere på svakheter og dårlig funksjon (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dette er elementer som kan fungere som buffer i utvikling av sykdom, og faktorer som fremmer helse (Seligman, 2002). I arbeidshverdagen er det ønskelig med klare målsetninger og hyppige tilbakemeldinger om hvor godt eller mindre godt man utfører arbeidsoppgavene sine. Dette sammen med muligheten for å bruke våre styrker i en arbeidslivssetting med anledning til å havne i dyp konsentrasjon med minimale distraksjoner, gjør at mange yrkesaktive ofte føler seg mer engasjert på jobb enn de gjør i hverdagen forøvrig (Seligman, 2002, s. 177).

Fokus på positiv psykologi i en arbeidslivssetting har gitt oss mye kunnskap om viktigheten av å ha engasjerte ansatte i organisasjoner, da vi vet hvor mye det spiller inn på utførelsen og dermed også organisasjoners tjenester og deres lønnsomhet (Sweetman & Luthans, 2010). Det har bidratt til empirisk og teoretisk utvikling av mekanismer og begreper som gir oss bedre forståelse av bl.a. rollen jobbengasjement spiller i dagens arbeidsliv. Dagens turbulente arbeidshverdag med stadige organisasjonsendringer og nedbemanning, raske teknologiske fremskritt og innovasjoner gjør at ansatte forventes å omstille seg i et stadig raskere tempo med flere jobbkrav, samt færre jobbbressurser. For å belyse hvilken rolle positive følelser spiller i et arbeidsmiljø må vi forstå de prosessene og utfordringene de ansatte utsettes for i dagens virksomheter (Sweetman & Luthans, 2010, s. 55).

## **2.2 Helsefremmende arbeid**

Helsefremmende arbeid defineres som ”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over helsens determinanter, og på den måten bedre sin helse” (World Health Organization, 1998). Dette gjelder den enkelte, så vel som fellesskapet å identifisere de forhold som virker inn på helsen og derigjennom fremme egen helse (Mæland, 2019, s. 17). WHO sin konstitusjon fra 1948 og LaLonde – rapporten fra 1974 satte folkehelsearbeid, livsstil og velvære på dagsorden og sådde dermed spirer for helsefremmende arbeid (Hauge & Mittelmark, 2003). Ottawacharteret ble utviklet tolv år senere, under WHO’s første verdenskonferanse for helsefremmende arbeid.

Ottawacharteret ble utgangspunktet for helsefremmende arbeid som fag, og charteret anses som et konsensusdokumentet for helsefremmende politikk (Hauge & Mittelmark, 2003; Tones & Tilford, 2001; World Health Organization [WHO], 1986). I senere tid har ulike verdenskonferanser og rapporter i regi av bl.a. WHO dannet føringer videre, både for politisk og strategisk helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeid setter fokus på nødvendigheten av å se på faktorer utover sykdommer og definerer helse som noe annet enn fravær av sykdom, som eksempelvis velvære, livskvalitet, mestring og engasjement (Torp, Grimsmo, Hagen, Duran, & Gudbergsson, 2012; World Health Organization [WHO], 1986). Det handler om å fokusere på og ta utgangspunkt i de faktorene som kan styrke ressursene for god helse. Helse anses ikke bare som et mål i seg selv, men også et middel til å oppnå andre ønskelige mål. Sentralt i den helsefremmende tenkningen står ideen om å tilrettelegge for at mennesker får økt makt og kontroll over egen helse (empowerment) (Sørensen et al., 2002).

WHO (1986) utpeker helsefremmende arbeid som hovedstrategi for å bedre helsen til befolkningen. Arbeidsmiljøet har stor betydning for arbeidstakers helse, og arbeidsplassen er derfor en viktig arena for helsefremmende arbeid (ENWHP, 2007). Den salutogene modellen har i stadig større grad blitt tatt inn i helsefremmende arbeid og flere har foreslått en salutogen tankegang som teoretisk grunnlag for helsefremmende strategier på arbeidsplassen (Bauer & Jenny, 2007; Lindström & Eriksson, 2015). En patogen tilnærming er fremdeles dominerende innen forskning på arbeidshelse, og det er stadig behov for større fokus på de positive faktorene (Torp & Vinje, 2014). European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP) (2007) legger også en salutogen tankegang til grunn når de formulerer prinsipper for helsefremmende strategier på arbeidsplassen i «Luxembourg Declaration» av 1997: «man skal kombinere risikoreduksjon med strategier for utvikling av sikkerhetsfaktorer og helsepotensial. I tillegg til å hindre skade, poengteres det at man skal jobbe aktivt for å skape helsepotensial».

Friske og motiverte ansatte har en positiv innvirkning på en organisasjon. Dersom de ansatte ikke opplever å ha god helse og positive opplevelser av sin arbeidssituasjon, vil heller ikke organisasjonen oppnå optimal produktivitet (Christensen, 2009). Organisasjoner som fokuserer på helsefremmende faktorer i arbeidsmiljøet anses også som attraktive og oppnår prestisjefaktorer, som også vil kunne bidra til positive effekter og fordeler for organisasjonen (ENWHP, 2012). Det

viser seg at viktige bidrag til å øke ansattes velvære og langtidsfriskhet, er å flytte helsefokuset fra risikofaktorer og sykdomsfremkallende forhold til et helseperspektiv hvor organisasjoner og deres ansattes ressurser får sin fortjente plass (Hanson, 2004). Fokus på helsefremmende arbeid anses derfor som en strategisk ressurs i ulike organisasjoner, hvor det oppstår en vinn-vinn situasjon for alle involverte parter (ENWHP, 2007).

### **2.2.1 Arbeidsplassen som setting for helsefremmende arbeid**

I følge WHO (1986) er relevante settinger for helsefremmende arbeid der mennesker arbeider, leker, elsker og lærer, eksempelvis; arbeidsplassen, familien, skole og nærmiljø. I helsefremmende arbeid tilstrebes det å ha fokus på ulike settinger, hvor man kan jobbe på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Tones & Tilford, 2001). Arbeidsplassen er en viktig setting for helsefremmende arbeid. Ifølge The Luxembourg Declaration (1997) skapes helsefremmende arbeidsplasser gjennom kombinasjoner av aktiv deltakelse fra alle parter, motivasjon til personlig utvikling, fokus på arbeidsmiljøet og organisasjonsutvikling. Dette gjøres bl.a. gjennom å støtte opp om ansattes ressurser, styrke mestring, samt skape meningsfulle arbeidssituasjoner som kan bidra til å øke helsepotensial på arbeidsplassen. Deklarasjonen beskriver ulike innsats- og kunnskapsområder som skal bidra til å legge til rette for arbeidstakeres opplevelse av balanse mellom jobbkrav og egenkontroll, samt sosial støtte og ferdigheter som kan fremme arbeidstakeres helse. Ved å inneha et slikt settingsperspektiv anerkjennes viktigheten av å jobbe med settingen istedenfor å forsøke å kun endre individuell adferd. I en arbeidslivskontekst innebærer dette systemtenkning og organisasjonsutvikling. Det er essensielt å forstå viktigheten av hvordan organisatoriske- og arbeidsmiljøfaktorer påvirker både positive og negative helseutfall for den ansatte, samt hvordan disse innvirker på hverandre. Tradisjonelt har arbeidslivsforskning og praktisk HMS-arbeid, hovedsakelig fokusert på risikofaktorens betydning for arbeidsrelatert sykdom (The Luxembourg Declaration, 1997; Torp & Grimsmo, 2008).

Arbeidsrelaterte faktorer påvirker helsen vår, både positivt og negativt, og derfor er arbeidsplass som setting spesielt interessant og relevant for helsefremmende arbeid (Torp, Eklund, & Thorpenberg, 2011). Dette understrekes i Arbeidsmiljølovens paragraf 1-1 hvor lovens første setningen er «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger» (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005).

Interesse for de helsefremmende faktorene innenfor arbeidslivsforskning er økende, stimulert av konseptet om at arbeidsplassen er en setting som faktisk kan fremme arbeidstakeres helse, gjennom å utvikle menneskers styrke og deres evne til å håndtere dagliglivets utfordringer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Vinje & Ausland, 2013). Til tross for klare oppfordringer, fra blant annet EU, gjennom ENWHP (2007), som peker på viktigheten av å identifisere de helsefremmende faktorene for nettopp å kunne skape helsefremmende arbeidsplasser, ses likevel et gap mellom dette målet om friske individer i friske organisasjoner og kunnskapen om hvordan dette kan oppnås. Praktiske eksempler på helsefremmende arbeidsliv er både ønsket og oppfordret (WHO, 1998).

### 2.3 Krav- kontroll- støtte- modellen

Karasek og Theorell (1990) sin Krav-kontroll modell (som forløper til Krav- kontroll- støtte- modellen) er en mye anvendt modell for å forklare sammenhenger mellom sosiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer i relasjon til stress og helse. Jobbkraav i denne sammenheng omfatter både kvantitative og kvalitative krav. Kontrolldimensjonen («decision latitude») består av påvirkningsmuligheter («decision authority») og ferdigheter («skill discretion»). «Decision authority» representerer de mulighetene vi har til å påvirke arbeidssituasjonen og frihet til å ta egne avgjørelser. «Skill discretion» knyttes til ulike ferdigheter, kreativitet, variasjon og utviklingsmuligheter (Karasek & Theorell, 1990, s. 58-60).

I følge modellen danner krav og kontroll i en arbeidsmiljø- kontekst grunnlag for to hypoteser: «strain»-hypotesen og «active learning»- hypotesen. Førstnevnte hypotese hevder stressrelaterte helseplager hovedsakelig forårsakes av arbeid som stiller høye krav kombinert med få muligheter til å utøve egenkontroll over arbeidssituasjonen, samtidig med lav grad av sosial støtte. Den andre hypotesen søker å forklare hvordan høye arbeidskrav sammen med høy grad av egenkontroll bidrar til motivasjon, læring, kreativitet og følelse av fysisk og psykisk mestring (Karasek & Theorell, 1990, s. 89-94).

Kontrolldimensjonen i modellen, dvs. opplevelse av autonomi i arbeidshverdagen, innebærer at man kan ha innflytelse over egen arbeidssituasjon. Mulighet for medbestemmelse i forhold til hvordan arbeidsoppgaver skal utføres, f.eks. prioritering, rekkefølge, tidsbruk og pauser refererer således til grad av kontroll i arbeidet. Arbeidstakere med stor grad av kontroll har større muligheter for selv å kunne håndtere stressorer. Den ansatte utvikler og opplever nye måter å

håndtere stressende situasjoner på. Hvis kravene ikke blir for overveldende, vil dette utvikles til å bli en del av den ansattes repertoar av «mestringsstrategier» (Karasek & Theorell, 1990).

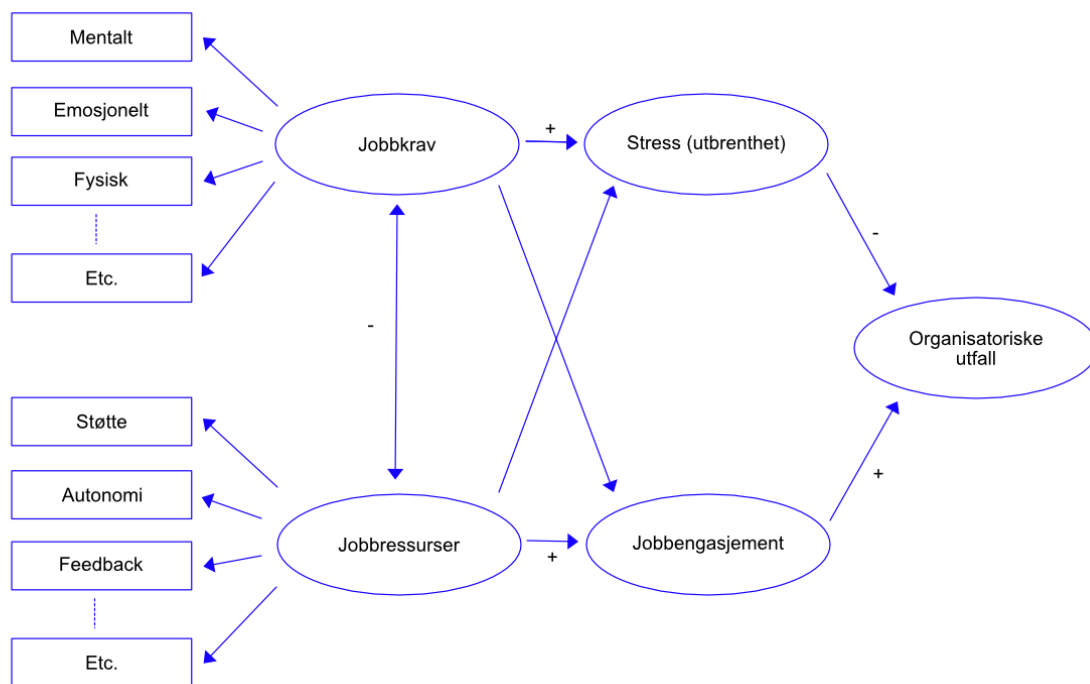
Etter mye forskning med Krav- Kontroll- modellen som teoretisk rammeverk, har det vist seg hvilken verdifull betydning sosiale interaksjoner i en arbeidsmiljøkontekst har på ansattes helse og atferd. Dette førte til nødvendigheten av å utvide og videreutvikle krav-kontroll- modellen til krav-kontroll- støtte- modellen (Karasek & Theorell, 1990, s. 54+68). Den tredje dimensjonen; sosial støtte, omfatter nyttige sosiale relasjoner og støtte fra kolleger og ledere som virker som en modererende faktor eller buffer mellom krav i arbeidssituasjonen og negative helsemessige konsekvenser. Begrepet sosial støtte blir i denne kontekst definert som alle nivåer av nyttige sosiale relasjoner fra både kolleger og ledere (Karasek & Theorell, 1990, s. 68-71). Krav- Kontroll- Støtte- modellens hypoteser og begreper er nært knyttet til en salutogen forståelse av helse. Modellen er en forløper til JD-R modellen som vil bli presentert i neste avsnitt.

#### **2.4 «Jobbkraft-ressurs»- modellen**

Bakker og Demerouti (2007) har påpekt ulemper med Krav- kontroll- Støtte- modellen i form av at modellen ikke tar hensyn til den kompleksiteten som i virkeligheten preger ulike arbeidsplasser i relasjon til betydningen av ulike jobbkraft og jobbkraftressurser. Det var utgangspunktet for utviklingen av JD-R modellen (Demerouti, Bakker, Jonge, Janssen, & Schaufeli, 2001). Fra begynnelsen for 20 år siden ble modellen utviklet med hensikt i å forstå utvikling av burnout bedre, med hensyn til ulike arbeidsmiljøfaktorer som er i spill på enhver unik og kompleks arbeidsplass (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Noen få år senere ble også jobbkraftressurser supplert og inkludert i modellen (Schaufeli & Bakker, 2004) (Schaufeli, 2017). JD-R modellen understreker derfor, i motsetning til Krav-kontroll- støtte- modellen, at det ikke finnes universelle faktorer som gjelder for alle, men at mulige determinanter må undersøkes i hver sin unike setting (Demerouti, Bakker, Jonge, et al., 2001).

Bakker og Demeroutis JD-R modell er en sentral og populær modell innen arbeidshelse. Modellen gir kunnskap og innsikt i hvordan menneskelige ressurser, styrker og potensialer bør vektlegges, i tråd med den positive psykologien (Hakanen & Roodt, 2010). Som illustrert i figur 1, antar JD-R modellen at enhver jobb har dens egen spesifikke jobb-karakteristikk som kan inndeles i to generelle kategorier; jobbkraft og jobbkraftressurser (Emmerik, Bakker, & Euwema, 2009). Siden tidlig 2000-tallet er det funnet empirisk støtte i mange ulike studier hvor JD-R- modellen har blitt

anvendt som teoretisk rammeverk (Lesener et al., 2019), og den er godt dokumentert (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli & Taris, 2014)



Figur 1: JD-R modellen basert på Bakker og Demerouti (2007)

Bakker og Demerouti (2007) foreslo med sin JD-R modell to distinkte retninger som er viktig i arbeidsrelatert helse: en helse-reducerende prosess og en motivasjonsprosess, se figur 1. Begge prosesser påvirker ulike organisatoriske utfall, samt individuelle faktorer. I den helse-reducerende prosessen vil for store eller vedvarende krav i arbeidsmiljøet føre til at man blir tappet for energi, som igjen resulterer i belastninger og negative utfall. Eksempler på dette er utvikling av negativt stress, utbrenthet og helseplager. I motivasjonsprosessen vil arbeidsrelaterte faktorer som karakteriseres som ressurser ha en motiverende effekt og bidra til positive utfall, for eksempel jobbengasjement. Dette kan igjen fasilitere positive utfall som mestring, læring, proaktiv adferd, og god arbeidsutførelse (Bakker & Demerouti, 2007).

I den salutogene eller motivasjonsbaserte prosessen i JD-R modellen medierer jobbengasjement effekten av jobbressurser på tilfredshet, adferd- og organisatoriske utfall (Bakker & Leiter, 2010a; Torp et al., 2012). Jobbengasjement kan være en medierende faktor i både positive og negative helse-relaterte prosesser, og på den måte være et hensiktsmessig mål for arbeidsmiljø-rettet utvikling, hvilket kan resultere i friske ansatte med god helse og bærekraftige organisasjoner (Torp et al., 2012).

Bakker og Demerouti (2007) hevder at jobbressurser også kan fungere som en beskyttelse mot krav og hinder, og at disse ikke nødvendigvis utvikler seg til belastning, negativt stress og utbrenthet. Den positive sammenhengen mellom jobbressurser og jobbengasjement, forventes dermed ifølge JD-R modellen å være sterkere i situasjoner hvor den ansatte samtidig utsettes for høye jobbkrav (Hakanen & Roodt, 2010). Dette er gjenkjennelig fra Krav- Kontroll- Støtte-modellen. I JD-R modellen er høye arbeidskrav ansett som hovedårsak til helseplager, men kravene kan også være en faktor som resulterer i positive utfall når de kombineres med fordelaktige jobbressurser, eks. autonomi og sosial støtte. Disse to prosessene er relatert til hverandre hvor de positive jobbressursene vil påvirke de negative og omvendt (Torp et al., 2012). Det er interaksjonseffekter, hvor ulike jobbressurser og jobbkrav kan interagere og påvirke utviklingen av motivasjon og belastning.

JD-R modellen setter både jobbkrav og jobbressurser i relasjon til de fysiske, psykologiske, sosiale og/eller organisatoriske aspektene ved jobben. Eksempler på jobbkrav kan være det fysiske arbeidsmiljøet, arbeidsmengde, tidspress og pasientkontakt. Det er når den enkelte arbeidstaker utsettes for at disse belastningene utvikler seg uten å få anledning til å hente seg inn igjen, at de kan føre til negativt stress og helseplager. Jobbressursene har en viktig funksjon i møte med disse jobbkravene. Eksempler på jobbressurser kan være jobbsikkerhet, utviklingsmuligheter, rolleklarhet, autonomi, variasjon, sosial støtte og feedback fra andre i organisasjonen (Lesener et al., 2019). Jobbkrav og jobbressurser er negativt korrelert fordi høye jobbkrav forhindrer mobilisering av jobbressurser (Bakker & Demerouti, 2007). En arbeidshverdag med høye krav og liten tilgang til jobbressurser gir grobunn for utvikling av negativt stress (utbrenthet) og liten grad av jobbengasjement (Schaufeli & Bakker, 2004). Har man en jobbsituasjon med god tilgang på ulike jobbressurser i kombinasjon med enten høy eller lav grad av jobbkrav, vil det likevel kunne resultere i opplevelse av motivasjon og utvikling av jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2007). Jobbressurser viser seg derfor å ha større betydning for utvikling av jobbengasjement enn det jobbkrav har (Halbesleben, 2010).

Hakanen og Roodt (2010) poengterer viktigheten av å skille mellom ulike typer jobbkrav. De argumenterer for at jobbkrav kan deles inn i to ulike typer, de utfordrende jobbkravene («challenge stressors») og de hindrende jobbkravene («hindrance stressors»). De utfordrende jobbkravene (eks. tidspress) vil under visse betingelser (i likhet med jobbressurser) fremme personlig utvikling og bidra til økte arbeidsprestasjoner. De hindrende kravene derimot (eks.

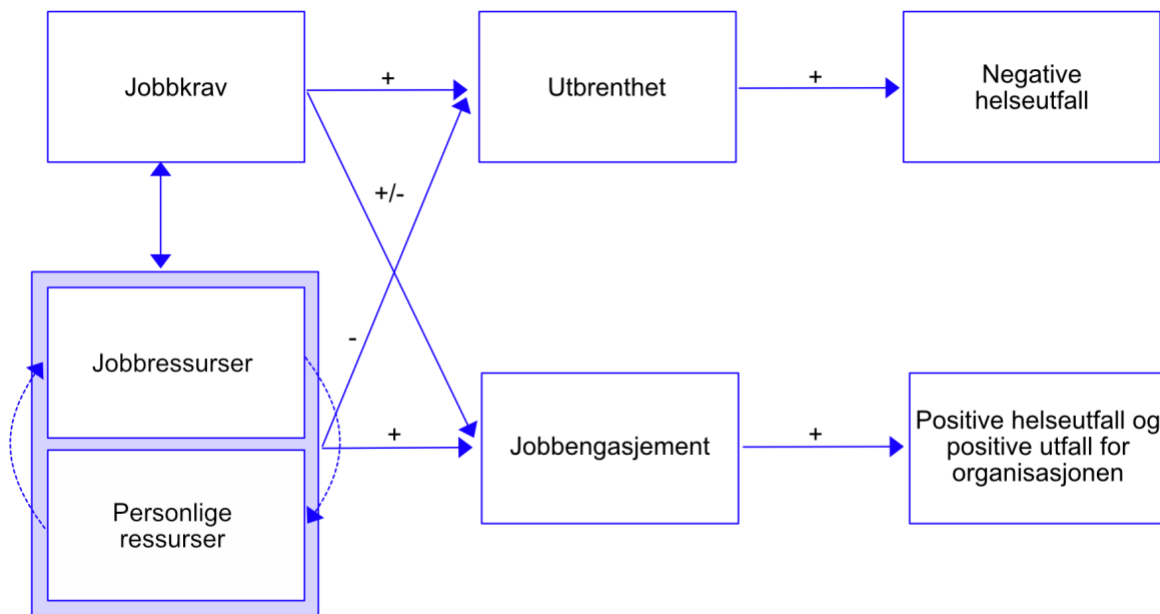


rollekonflikt), kan virke begrensende for både personlig utvikling og arbeidsprestasjoner. Med dette som utgangspunkt er det grunn til å anta at noen typer jobbkrav kan ha positiv sammenheng med jobbengasjement (Hakanen & Roodt, 2010, s. 95-96).

JD-R modellen søker bl.a. å forklare jobbengasjement som en tilstand som fungerer som en bidragsyter og mellomliggende variabel for sammenhengen mellom ulike jobbressurser og ønskede utfall på individuelt og organisatorisk nivå, henholdsvis i form av økt positiv helse, mindre turnover og økt organisatorisk tilknytning (Christensen, 2009; Schaufeli & Bakker, 2004). Modellen er også det mest brukte rammeverket for studier av jobbengasjement (Hakanen & Roodt, 2010).

## 2.5 Den videreutviklede JD-R- modellen

De siste årene har det blitt gjort mye forskning med bruk av JD-R modellen og dens hypoteser. Stadig flere studier indikerer at personlige ressurser, samt jobbressurser har et motivasjonspotensial som kan føre til jobbengasjement (Hakanen & Roodt, 2010; Sweetman & Luthans, 2010). Jobbressurser og personlige ressurser igangsetter en motivasjonsprosess, som igjen kan føre til økt jobbengasjement (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). Dette dannet grunnlaget for en videreutvikling av JD-R modellen (Schaufeli & Taris, 2014) hvor det ble tilføyet et nytt konsept til modellen, nemlig personlige ressurser i form av psykologisk kapital (Xanthopoulou et al., 2007). Som illustrert i figur 2 antar man at jobbressurser og personlige ressurser individuelt eller kombinert predikerer jobbengasjement. Videre har jobbressurser og personlige ressurser særlig positiv innvirkning på jobbengasjement når man også utsettes for høye jobbkrav. Modellen illustrerer hvordan høyt jobbengasjement bidrar positivt på arbeidsutførelsen som videre fører til positive helseutfall og positive utfall for organisasjonen. Bakker og Demerouti (2008) legger også til hvordan JD-R modellen kan forklare en positiv «gevinstspiral» («positive gain spiral»), da det også er grunnlag for å anta at engasjerte ansatte med god arbeidsutførelse og mestring blir i stand til å utvikle sine personlige ressurser videre, som nok engang fostrer jobbengasjement over tid. Disse interaksjonsprosessene skaper dermed en positiv gevinstspiral (Bakker & Demerouti, 2008; Hakanen & Roodt, 2010; Salanova, Schaufeli, Xanthopoulou, & Bakker, 2010).



Figur 2: Den videreutviklede JD-R modellen basert på Schaufeli og Bakker (2004) og Bakker og Demerouti (2008)

### 2.5.1 Psykologisk kapital

Jobbengasjement blir stadig utfordret i dagens arbeidsliv, og det er desto viktigere å forstå og belyse de prosessene arbeidstakere utsettes for (Sweetman & Luthans, 2010, s. 55). Det kan forstås gjennom empiri som forklarer dette gjennom psykologisk kapital. Psykologisk kapital defineres ifølge Bakker og Leiter (2010a, s. 185) som: «Et individs positive psykologiske utviklingstilstand som innebefatter komponentene optimisme, håp, tilpasningsevne og mestringsstro». Alle disse fire psykologiske komponentene kan spille en rolle i møte med utfordringene som kan påvirke opplevelsen av jobbengasjement, gjennom positive følelser, og hvor de i større eller mindre grad hver for seg knyttes til jobbengasjements kjernekarakteristikk: vitalitet, dedikasjon og fordykning (Sweetman & Luthans, 2010). Optimisme kan gjøre det lettere å se motgang som utfordring, og håp kan bidra til å gjøre problemer om til muligheter. Tilpasningsevne kan inspirere til utvikling av nødvendige ferdigheter, samt gi utholdenhet til å finne løsninger på ulike jobbkrav, mens mestringsstro kan fremme troen på egne evner til å gjennomføre en aktuell handling (Bakker & Leiter, 2010b).

Modellen har gitt grunnlag for å se organisatoriske helsefremmende strategier i et perspektiv hvor man streber etter å opprettholde og forbedre balansen mellom jobbkrav på den ene siden og personlige ressurser og jobbressurser på den andre (Bakker & Demerouti, 2007).

Dagens arbeidsmarked har bidratt til at også organisasjoner i økende grad er opptatt av menneskelig psykologisk kapital. Organisasjoner er avhengige av ansatte som er trygge på egne ferdigheter, er optimistiske og har tro på suksess. De ønsker også ansatte som er fokuserte med vilje til å nå organisasjonens mål, samtidig som de er i stand til å «bounce back» når man blir konfrontert med utfordringer (Sweetman & Luthans, 2010, s. 55). I motsetning til personlighetstrekk, er disse personlige ressursene tilstander som kan tilrettelegges for og utvikles, for derigjennom å øke jobbengasjementet og jobbutøvelsen (Hakanen & Roodt, 2010).

Psykologisk kapital kan, i likhet med jobbressurser, fungere som buffer når man utsettes for høye jobbkrav. Samlet kan disse faktorene bidra til personlig vekst, utvikling, og måloppnåelse. (Sweetman & Luthans, 2010, s. 62-63). Empiri tilsier at den største prediktive sammenhengen med jobbengasjement først oppnås når de personlige ressursene opptrer samlet (Grover, Teo, Pick, Roche, & Newton, 2018). Mestringstro kan likevel direkte relateres til alle de tre kjernekaraktistikkene i jobbengasjement (vitalitet, entusiasme og evne til fordypelse i arbeidet), og det har også blitt argumentert at mestringstro er den viktigste psykologiske mekanismen for produksjon av positive arbeidsrelaterte utfall (Sweetman & Luthans, 2010, s. 59).

## 2.6 Mestringstro

Begrepet «selv-efficacy» (mestringstro) ble utviklet med utgangspunkt i sosial kognitiv læringsteori (Bandura, 1997), og har blitt benyttet som forklaringsramme for menneskelig handling, utvikling og læring. Ifølge Bandura (1986) handler ikke mennesker kun ut ifra konkrete erfaringer, men mer i samsvar med sine kognitive forestillinger. Sosial kognitiv læringsteori bygger dermed på aspekter knyttet til våre valg, og det kontinuerlige samspillet mellom kognitive prosesser- og ferdigheter, personlige faktorer og omgivelsene vi interagerer med. Alle disse mekanismene spiller en rolle når kroppen utsettes for stressreaksjon i utførelsen av en gitt oppgave. Mestringstro spiller derfor en viktig rolle når det kommer til opplevelse av- og effekter av stress (Bandura, 2006).

Bandura (1986) har definert mestringstro på følgende måte:

“Perceived self-efficacy is defined as people’s judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances. It is concerned not with the skills one has but with judgments of what one can do with whatever skills one possesses” (Bandura, 1986, s. 391).

Denne definisjonen fokuserer på en persons vurdering av og tro på sine evner til å organisere og utføre handlinger som kreves for å gjennomføre en gitt oppgave eller mestre en bestemt situasjon (Bandura, 1997; Bandura, 2006). Når en person skal velge hvilken oppgave eller aktivitet hen skal begi seg ut på er troen på selve gjennomføringen spesielt viktig. I tillegg har mestringstro betydning for hvor stor innsats og mengde energi som blir lagt ned i arbeidet (Bandura, 2009). Mestringstro handler dermed ikke om hvilke ferdigheter den enkelte besitter, men troen på hva en man kan gjøre eller utføre uavhengig av ferdigheter. Hvis mennesker ikke har troen på at de har kraft i seg til å oppnå resultater, vil man ifølge Bandura ikke engang forsøke å utføre handlinger som kan føre til nettopp det. Derfor er overbevisningen om å få det til helt avgjørende for resultatet (Bandura, 1997, s. 3).

Det er flere forhold som er styrende for i hvilken grad erfaring skal kunne påvirke og endre forventning om mestring. Det kan være forhold som knytter seg til personen, situasjonen eller omgivelsene (Bandura, 1997, s. 39). I en arbeidslivskontekst har begrepet vært gjenstand for omfattende empirisk forskning (Bandura, 2009), og teori og empiri har funnet at mestringstro både er positivt og sterkt relatert til arbeidsevne (Bakker & Leiter, 2010a; Xanthopoulou et al., 2007). Dette sier noe om betydningen av mestringstro, blant annet i forhold til å takle utfordringer i arbeidslivet. Høy mestringstro gir større mulighet til å kunne mestre krevende arbeidsoppgaver, samt være utslagsgivende for å legge inn en sterkere innsats og utholdenhet i forbindelse med ulike arbeidsoppgaver. Personer med høy mestringstro er mindre redd for å mislykkes, samtidig som man er tilbøyelig for å prøve ut nye strategier når de gamle viser seg å ikke fungere tilstrekkelig (Bandura, 2006).

## 2.7 Burnout

Som beskrevet og illustrert i kapittel 2.4 er burnout et nøkkelmål i JD-R modellen. Burnout eller det norske begrepet utbrenthet, brukes ofte for å betegne en stressreaksjon som oppstår over tid grunnet vedvarende eksponering for ugunstige psykososiale faktorer på jobb. (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA, 2020b). En slik reaksjon er særlig kjennetegnet ved psykisk utmattelse. I mange år ble betegnelsen utbrenthet mest brukt på yrkesaktive med relasjonelt arbeid, eks. helsepersonell og deres relasjoner med pasienter (Cordes & Dougherty, 1993). Den intense arbeidshverdagen helsepersonell daglig står overfor med vedvarende eksponering for stressfaktorer med mye emosjonell og personlig kontakt kan være engasjerende, men også svært stressende (Maslach & Leiter, 2016b).

I Norge opplever 19% av alle yrkesaktive å være psykisk utmattet etter jobb én eller flere ganger i uka, hvilket tilsvarer 490 000 yrkesaktive (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA, 2020b). Yrkesaktive ansatt i helsetjenestene er blant gruppen med høyest andel av ansatte som opplever å være psykisk utmattet. Psykisk utmattelse er mer utbredt blant kvinner enn menn (henholdsvis 22 % og 16 %), og mest utbredt blant yrkesaktive i aldersgruppen 25–34 år (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA, 2020b).

Ifølge Maslach og Leiter (2016b) er burnout et tredimensjonelt psykologisk syndrom karakterisert av «exhaustion, depersonalization, and lack of personal accomplishment». Burnout forårsakes av langvarige mellommenneskelige belastninger på arbeidsplassen, hvor de tre «kjennetegnene» på denne responsen er emosjonell utmattelse, en tilstand av overveldende følelsesmessig og fysisk belastning, en selvopplevd jobbytelse som består av negativ vurdering av egen prestasjon og følelse av ineffektivitet og nedsatt jobbrelatert selvfølelse (Cordes & Dougherty, 1993; Richardsen & Martinussen, 2006). Senere byttet Maslach og kolleger ut «depersonalization» - komponenten med «cynicism» hvilket gjenspeiler en likegyldighet til jobben, og konseptet «lack of personal accomplishment» erstattet de med «lack of professional efficacy» som representerer opplevelse av tidligere oppnåelser i arbeidet og personers forventninger til effektivitet i fremtiden. Denne tredimensjonale modellen plasserer tydelig individuelle stressopplevelser innenfor en sosial kontekst hvor den involverer personens oppfattelse av seg selv og andre (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014; Maslach & Leiter, 2016b).

Det kan være forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass i hvilken grad arbeidsstress slår ut i sykefravær, men vi vet at utbrente arbeidstakere oftere er mer borte fra arbeidet enn sine kolleger som ikke er utbrent. Det er også en tendens at utbrente arbeidstakere oftere enn andre slutter i jobben (turnover) (Roness & Matthiesen, 2002, s. 48).

Burnout forekommer ofte hos helsepersonell, et presserende problem for yrkesrelatert stress som kan påvirke den ansattes helse, kvaliteten på intervensjonene som tilbys, samt pasient-terapeut relasjonen (Maslach & Leiter, 2016b). Som oftest utvikler burnout-symptomer seg langsomt og er vanskelig å oppdage i tidlig fase, men bør behandles som et folkehelseproblem. Derfor er det viktig også å fokusere på psykososiale og mentale helseplager blant helsepersonell og evaluere risikofaktorer for burnout for å kunne ta i bruk forebyggende tiltak så tidlig som mulig (Wang, Wang, Laureys, & Di, 2020)

## 2.8 Jobbengasjement

Som det ble beskrevet og illustrert i kapittel 2.4 er et nøkkelmål i JD-R modellen nettopp jobbengasjement (Bakker et al., 2014). I kjølevannet av positiv psykologi-«bevegelsen» oppstod det et stadig økende fokus på forskning på arbeidsmiljø og helse, hvor forståelsen for prosessene og mekanismene bak hva som blant annet bidrar til økt energi i jobben, hva som skaper jobb-begeistring og entusiasme kom i søkelyset (Linley et al., 2006) i stedet for å fokusere på hvilke problemer som tapper ansatte for energi (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) (González-Romá, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2006; Maslach et al., 2001).

Det er tidligere forskning på burnout som har stimulert moderne forskning på jobbengasjement (Schaufeli, 2017) (Schaufeli & Bakker, 2004). Først ute med å fremme en mer positiv tilnærming til jobbstress var Maslach et al. (2001) som definerte utbrenthet som en gradvis utvanning av jobbengasjement. Tidligere hadde man sett på jobbstress som noe som tapper ressurser og krefter (Bakker et al., 2014; Christensen et al., 2008). I følge Maslach og Leiter (2007) karakteriseres jobbengasjement av energi, dedikasjon og selvopplevd mestring (mestringstro), altså det totalt motsatte av de tre utbrenthet-dimensjonene. Ved utbrenthet blir energi til utmattelse, dedikasjon til kynisme og mestringstro til følelse av ineffektivitet (Bakker et al., 2014). Mestringstro ligger i hjertet av jobbengasjement (Bakker & Leiter, 2010b, s. 5).

Utbrenthet og jobbengasjement er to ulike prosesser hvor jobbengasjement ses på som en helsefremmende motivasjonsprosess, i motsetning til utbrenthet som en helseskadelig prosess gjennom utmattelse og overarbeid (Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli & Salanova, 2007; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002). Jobbengasjement defineres av Schaufeli et al. (2002) som «A positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication and absorption». Jobbengasjement forstås dermed som en relativt permanent, positiv følelsesmessig tilstand. Denne tilstanden karakteriseres av vitalitet («vigor»), entusiasme (dedication) og evne til fordypelse i arbeidet («absorption»). Vitalitet karakteriseres av høyt energinivå, utholdenhet, og vilje til å anstrenge seg i jobben. Entusiasme beskrives som en følelse av stolthet, inspirasjon, utfordring, og en sterk identifisering av arbeidet, hvor man har en følelse av at det man utfører, er viktig for jobben. Den siste dimensjonen er beskrevet som evnen til dyp konsentrasjon, og det å være så opptatt og konsentrert («oppslukt») av sine arbeidsoppgaver at man nesten ikke registrerer noe rundt seg hvor tilstanden av at tiden «flyr av gårde» oppstår (González-Romá et al., 2006; Richardsen & Martinussen, 2008). Jobbengasjement karakteriseres dermed av et høyt energinivå hvor man gjerne identifiserer seg med sitt arbeid, mens utbrenthet

karakteriseres av det motsatte: lavt energinivå og lav grad av identifikasjon med sitt arbeid (Demerouti, Bakker, Jonge, et al., 2001).

Hvilke arbeidsrelaterte faktorer som har størst betydning for jobbengasjement avhenger blant annet av yrkesgruppe, type arbeid som utføres, og hva som kjennetegner arbeidsplassen (Maslach & Leiter, 2016b). Jobbressurser kan fungere som buffer for mange jobbkraav. Jobbressursene oppnår sitt motivasjonspotensial når ansatte blir konfrontert med høy grad av jobbkraav, og «booster» opplevelsen av jobbengasjement. Disse interaksjonseffektene kan bidra til at arbeidstakere opplever å oppnå sitt fulle potensial i jobben (Bakker & Leiter, 2010b, s. 3; Sweetman & Luthans, 2010, s. 57). Sosiale interaksjoner med både ledelse og kolleger spiller også en rolle i opplevelse av jobbengasjement. Kolleger har potensial til å påvirke hverandres opplevelse av jobbengasjement, da de kan fungere som bl.a. gode kunnskapsdelere, samt gi emosjonell støtte. Ledere påvirker gjennom at de symboliserer organisasjonens verdier og styrer flyten av organisatoriske ressurser. Ledere artikulere kjerneverdiene i organisasjonen, samt oversetter dem til formelle mål og retningslinjer i arbeidshverdagen (Bakker & Leiter, 2010b, s. 5). I tillegg har jobbressurser som utviklingsmuligheter, autonomi og variasjon i jobben også vist seg å være positivt assosiert med jobbengasjement. Jobbressurser spiller enten en indre motivasjonsrolle fordi de fostre ansattes vekst, læring og utvikling, eller så spiller jobbressurser en ytre motivasjonsrolle hvor de er essensielle i å mestre de arbeidsoppgaver som arbeidsplassen har en forventning om og krever av den ansatte (Bakker & Leiter, 2010b, s. 2).

Selv om jobbengasjement er en personlig opplevelse for den enkelte ansatte, oppstår den likevel ikke isolert. En grundig gjennomgang av kilder til oppnåelse og konsekvenser av jobbengasjement, hvor man ser det i en større helhet enn kun hos hver enkelt ansatt. Jobbengasjement må forstås både gjennom den sosiale dynamikken mellom individer (ledere, kolleger og pasienter/brukere) og den institusjonelle dynamikken som reflekterer organisasjonskulturen. Alle er ansvarlig for å legge til rette for utvikling av et pulserende og engasjerende arbeidsmiljø. Den enkelte ansattes bidrag i produktiviteten som demonstreres gjennom personens energi, dedikasjon og mestringstro åpner opp for fler og bedre arbeidsmuligheter, samt en givende karriere (Bakker & Leiter, 2010b, s. 5).

Jobbengasjement representerer en positiv helse relatert tilstand som kan gi økt effektivitet og produktivitet (Bakker & Leiter, 2010a), og påvirkes først og fremst av positive arbeidsrelaterte faktorer (Maslach & Leiter, 2016a). Torp (2013) argumenterer for at jobbengasjement kan benyttes som et positivt helse mål. Sammenliknet med vanlige helse mål slik som

muskelskjelettplager, depresjon og helserelatert livskvalitet, argumenterer han for jobbengasjement som et mer egnet arbeidshelsemål fordi målet eksplisitt knyttes til arbeidet og bestemmes i all hovedsak av de jobbbressurser som finnes på den enkelte arbeidsplass. I tillegg argumenterer han for at jobbengasjement har sammenheng med organisasjonens tjenester og lønnsomhet, hvor det å kunne utføre jobben sin på en kvalitativ god måte er av stor betydning for den enkelte arbeidstaker, så vel som for organisasjonen.

## 2.9 Ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljø og helse

Ut ifra tilgjengelig empiri, kan det kan tyde på at leger og sykepleiere har høyere risiko for å oppleve seg psykisk utmattet og utvikle psykiske helseplager enn ergo- og fysioterapeuter og annet helsepersonell (eksempelvis psykologer og logopeder) (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/NOA, 2020a; Wilkins, 2007). Samtidig viser ulike internasjonale studier at helsepersonell generelt, inkludert ergo- og fysioterapeuter har høy risiko for å utvikle negativt arbeidsrelatert stress. Det har i mye mindre grad blitt forsket på hvilke arbeidsrelaterte faktorer som har betydning for ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljø og helse sammenlignet med leger og sykepleiere.

Ser vi nærmere på hvilke sammenhenger som er funnet i forhold til arbeidsrelatert stress og dermed utvikling av helseplager for ergoterapeuter, ser vi funn knyttet til mangel på jobbbressurser, konflikter med annet helsepersonell, høy arbeidsmengde, og liten grad av profesjonell selvtilit (Lloyd, McKenna, & King, 2005). Det har også blitt funnet at arbeidsrelatert stress oppstår i gapet mellom ulike arbeidsoppgaver, i forhold til hva ergoterapeuter ønsket å fylle arbeidstiden med og det de faktisk brukte tiden på. Mangel på autonomi, respekt, uhåndterbar arbeidsmengde og konflikter med arbeidsgiver rundt verdien av ergoterapi har også vist seg å føre til arbeidsrelatert stress og utbrenthet for denne yrkesgruppen (Gupta, Paterson, Lysaght, & von Zweck, 2012). Edwards et al. (2003) fant også at ergoterapeuter opplever liten tilgang på jobbbressurser og generell mangel på «goder» og støttende faktorer i arbeidsmiljøet.

Wressle og Samuelsson (2014) fant i sin studie at arbeidsrelatert stress for ergoterapeuter var forårsaket av høy arbeidsmengde, og at verdifull tid med pasienter/brukere ble redusert pga. økende grad av administrative arbeidsoppgaver. De fant også indikasjon for at ergoterapeuter opplever seg engasjerte og dedikerte i jobben og at de har et ønske om å «gjøre en forskjell». Mangel på jobbbressurser og opplevelse av høy arbeidsmengde var de faktorene som ergoterapeuter skåret høyest på knyttet til arbeidsrelatert stress.



Flere studier har vist at fysioterapeuter også rapporterer om psykososiale helseplager. Fysioterapeuter opplever en stressende arbeidshverdag med komplekse arbeidsoppgaver og pasienter (Niemi, Roos, Harmoinen, Partanen, & Suominen, 2018). Studier har vist at fysioterapeuter bl.a. blir eksponert for ulike jobbstressorer hvor de rapporterer lav til moderat risiko for å utvikle burnout (Bruschini, Carli, & Burla, 2018; Martinussen, Borgen, & Richardsen, 2011) og høy arbeidsmengde (Lindsay, Hanson, Taylor, & McBurney, 2008). Disse funnene påvirker fysioterapeuters arbeidshelse i form av utilfredshet med arbeidssituasjonen, hvilket resulterer i liten grad av jobbengasjement og høyt arbeidsrelatert stress (Fiabane, Giorgi, Sguazzin, & Argentero, 2013). Salles og d'Angelo (2020) viste i sin studie at utvikling av positiv psykologisk kapital i en arbeidslivsetting korrelerer positivt med jobbtilfredshet, så vel som livskvalitet, god fysisk- og mental helse for fysioterapeuter.

### **2.9.1 Ergo- og fysioterapeuters helse i norsk kontekst**

I følge Høstmark (2020) viser 2019 tallene fra ForBedring, den årlige arbeidsmiljøundersøkelsen som gjennomføres på mange norske sykehus at hver tredje sykehusansatt mener arbeidsbelastningen er for høy. Ifølge tillitsvalgte på flere av de store norske sykehus kjenner terapeuter seg igjen i tallene på opplevelse av stor arbeidsbelastning og at de kjenner presset på kroppen. Flere har en opplevelse av stor økning i arbeidsbelastning de siste årene, hvor økonomi og krav om å tilfredsstille aktivitetstall står i fokus. Stadige krav om innsparinger, flere administrative oppgaver, og økt pasientbelegg med færre terapeuter, argumenteres å være noen av årsakene til denne økte arbeidsbelastningen. Eksempler er den stadig kortere liggetiden på norske sykehus, hvilket også stiller krav til at terapeutene må utføre flere arbeidsoppgaver på kortere tid. Grad av administrative oppgaver øker og det tilkommer stadig arbeidsoppgaver i form av eks. undervisning som tar mye ressurser fra det kliniske arbeidet (Høstmark, 2020).

Richardsen og Martinussen (2008) undersøkte jobbengasjement blant syv ulike helse – og omsorgsyrker i Norge. Resultatene viste at fysioterapeuter (ergoterapeuter var ikke en del av utvalget) skåret betydelig høyere på alle tre aspektene av jobbengasjement sammenlignet med de andre seks yrkesgruppene. Her ble høy grad av autonomi diskutert og trukket frem som en mulig forklarende faktor til at fysioterapeuter opplever mer jobbengasjement enn de andre yrkesgruppene.

## 2.10 Ergo- og fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge

Ergoterapeuter er opptatt av personers deltakelse og inkludering i samfunnet, hvor personenes ressurser og mestring er i fokus. Ergoterapeuter ser på helse og identitet som nært relatert til aktivitet og deltakelse, og mener at helsen påvirkes og skapes i samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Ergoterapeuter har kompetanse på individuell tilrettelegging av fysiske omgivelser som f.eks. arbeidsplassen. Ergoterapeuter kjennetegnes også ofte av å ha god kompetanse på hjelpemiddelformidling og velferdsteknologi, samt designe og skape løsninger som gjør aktivitet og deltakelse mulig. Ergoterapeuter deltar også i samfunnsplanlegging og anvender kunnskap om universell utforming (Ergoterapeutene, 2017).

Fysioterapeuter har sitt kunnskapsfelt på kropp, bevegelse og funksjon. En fysioterapeut er spesielt opptatt av å ivareta, opprettholde og bedre brukernes funksjon, hvor fokus er å utnytte det funksjonspotensiale som finnes. En fysioterapeut bidrar til tiltak og opptrening for å styrke pasienter og brukeres funksjonsnivå (Norsk fysioterapeutforbund, 2012).

Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire regionale helseforetak som er eid av staten. Helseregionene har det overordnede ansvaret for å sikre tilgang til og sørge for at befolkningen får de nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten omfatter bl.a. sykehus, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Den medisinske utviklingen har bidratt til at sykehusene stadig har blitt mer spesialiserte. De sjeldne og mer komplekse tilstandene behandles ofte ved de store og mer spesialiserte sykehusene, mens de mer generelle medisinske tjenester tilbys av de mindre sykehusene. Private sykehus og institusjoner, samt privatpraktiserende spesialister kan også inngå avtaler med det offentlige (Regjeringen, 2020c). I spesialisthelsetjenesten ytes ergo- og fysioterapitjenestene på ulike sykehusavdelinger, ambulant virksomhet, lærings- og mestringssentre og ved de private opptreningsinstitusjoner som de regionale helseforetakene har avtaler med (Regjeringen, 2020b). Ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og kommunene er blant annet knyttet til graden av spesialisering av tjenestene (Regjeringen, 2020c).

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Kommunens helse- og omsorgstjeneste skal fremme folkehelsen, forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader. I tillegg skal kommunene

også fremme medisinsk habilitering og rehabilitering (Regjeringen, 2020a). For å løse disse oppgavene er kommunen blant annet lovpålagt å tilby ergo- og fysioterapitjenester (Norsk ergoterapeutforbund, 2020). De kommunale ergo- og fysioterapitjenestene består av forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon, og utøves typisk på frisklivssentraler, helsehus, helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening og hverdagsrehabilitering i eget hjem. Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter (Regjeringen, 2020b). Ergoterapeuter har ikke driftsavtaler med kommunene.

Ergo- og fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten jobber ofte sammen i tverrfaglige team, og er gjerne organisert under samme avdeling/enhet. Ergo- og fysioterapeuter har også et nært samarbeid med andre faggrupper (Regjeringen, 2020b). Ergo- og fysioterapeuter jobber med personer og grupper som har ulike helseutfordringer, eksempelvis psykiske helseplager, muskel- og skjelettplager, livsstilssykdommer, og barn med ulike funksjons-, aktivitets- og deltakerutfordringer (Ergoterapeutene, 2017; Norsk fysioterapeutforbund, 2012).

Det er mange likheter mellom ergo- og fysioterapeuter som profesjoner, likevel er det grunn til å anta at ulike arbeidsrelaterte faktorer og påvirkningen av disse arter seg forskjellig for disse yrkesgruppene. Det er gjort lite forskning på forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter når det kommer til jobbengasjement og helseplager i norsk kontekst. Det er i norsk kontekst også interessant å se på eventuelle forskjeller på ergo- og fysioterapeuter som er ansatt i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Er det forhold i arbeidssituasjonen på de ulike tjenestenivå, som har innvirkning på hvordan ergo- og fysioterapeuter opplever å ha tilgang til arbeidsrelaterte faktorer som nettopp påvirker jobbengasjement og mentale helseplager? Ergo- og fysioterapeuter er ofte organisert under samme ledelse, og det understøtter viktigheten av å se på eventuelle forskjeller mellom disse profesjonene for å forstå og jobbe mer målrettet med ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljø i årene fremover.

## 2.11 Problemstilling og forskningsspørsmål

**Hvilke arbeidsrelaterte faktorer har betydning for ergo- og fysioterapeuters helse?**

### **Forskningsspørsmål:**

(F1) Er det forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter med hensyn til arbeidsrelaterte faktorer, jobbengasjement og mentale helseplager?

(F2) Er det forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten med hensyn til arbeidsrelaterte faktorer, jobbengasjement og mentale helseplager?

(F3) Kan jobbkrav og jobbbressurser knyttes til to ulike prosesser som fører til henholdsvis jobbengasjement og mentale helseplager blant ergo- og fysioterapeuter?

(F4) Er det en sammenheng mellom mestringstro og hhv. jobbengasjement og mentale helseplager hos ergo- og fysioterapeuter?

(F5) Er det en sammenheng mellom jobbengasjement og mentale helseplager hos ergo- og fysioterapeuter?

### 3 Metode

Data fra denne undersøkelsen ble innsamlet i tidsperioden fra 23 april til 2 juni 2020. Mange ergo- og fysioterapeuter har en annerledes arbeidssituasjon i dag enn før covid-19-utbruddet. I denne spørreundersøkelsen ble respondentene derfor bedt om å svare ut ifra hvordan jobbhverdagen deres var i ukene **før** regjeringen iverksatte de inngripende tiltakene 12 mars 2020 for å bekjempe utbruddet.

I dette metodekapittelet beskrives undersøkelsens vitenskapsteoretiske forankring, hvor det deretter redegjøres for den metodiske tilnærmingen som er anvendt for å svare på undersøkelsens problemstilling: Hvilke arbeidsrelaterte faktorer har betydning for ergo- og fysioterapeuters helse?

For å belyse denne undersøkelsens problemstilling var det egnet å ha en deduktiv og kvantitativ tilnærming (Jacobsen, 2018, s. 23-24), da det er benyttet tidligere empiri og teorier på området. Datainnsamlingsmetoden i denne undersøkelsen er basert på anerkjente datainnsamlingsredskaper. Forskningsspørsmålene har blitt formulert på bakgrunn av tilgjengelig teori og empiri knyttet til JD-R modellen, og undersøkelsen kan til dels karakteriseres som hypotetisk-deduktiv. De funnene som er gjort gjennom denne undersøkelsen vil kunne verifisere eller falsifisere teorigrunnet og evt. påvirke nye forskningsspørsmål og utprøvinger i videre forskning på området.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Helsefremmende arbeid bygger sitt teoretiske og empiriske grunnlag på ulike fagtradisjoner (Hanson, 2004; Tones & Tilford, 2001). Helsefremmende arbeid er et kunnskapsområde med stor bredde, hvor mange ulike tradisjonelle akademiske disipliner bidrar med kunnskap, f.eks. psykologi, sosiologi, medisin, pedagogikk og epidemiologi (Bunton & Macdonald, 2002). Fordi helsefremmende arbeid har ulike kunnskapsbehov, har kunnskapsutviklingen i faget ulike vitenskapsteoretiske utgangspunkt og dermed et mangfold av metodiske tilnærminger til forskning. Kunnskapen innhentes ved bruk av både kvalitativ og kvantitativ datainnsamling, samt aksjonsforskning (Kalleberg, Malnes, & Engelstad, 2009, s. 71). Det er spørsmålene som stilles som bestemmer metodikken. Dette mangfoldet av ulike tilnærminger er både ønskelig og viktig for kunnskapsutviklingen i helsefremmende arbeid, hvor det oppfordres til metodisk pluralisme og triangulering (Green et al., 2015, s. 513-514; Tones & Tilford, 2001, s. 165-166).

### 3.1.1 Sosialstatistikk

Verden består av både naturlige og sosiale fenomener. De naturlige fenomener hører til naturvitenskapen, mens sosiale fenomener tilhører samfunnsvitenskapen (Helland, 2003). Metoder som samfunnsvitenskapen benytter seg av, må «svare til» sosiale fenomener. Sosiale fenomener bestemmes med referanse til handling (Helland, 2003). Mennesker er selvbestemmende vesener, med fri vilje og (delvis) handlingsfrihet. Mennesker skaper sin fremtid gjennom handlinger, og handlingene er ikke forutbestemt (Kalleberg et al., 2009, s. 112-113). Kvantitative data sier lite om de konkrete relasjoner og kontekster som individene befinner seg i, men man kan allikevel legge vekt på mulige kontekster, relasjoner og sammenhenger i fortolkningen av statistiske sammenhenger. Mennesker gjentar ofte egne og andres handlinger, og derfor kan kvantitative undersøkelser vise åpenbare mønstre (Helland, 2003).

Statistiske metoder i samfunnsvitenskapelig kontekst viser probabilistiske sammenhenger og ikke årsakssammenhenger (Helland, 2003). Statistiske modeller bør alltid betraktes som deskriptive inntil de settes inn i en teoretisk fortolkningsramme. Statistiske analyser må alltid gis mening gjennom fortolkning, da analysene i seg selv er verdiløse. Fortolkninger av denne karakter, bør aldri hevde å avdekke sosiale lovmessigheter eller deterministiske sammenhenger. Statistiske variabler og korrelasjoner mellom dem må derfor fortolkes og gis mening før de blir samfunnsvitenskapelig tekst, hvilket er en forutsetning for samfunnsvitenskapelig aktivitet, uavhengig av metode (Helland, 2003).

Teori og fortolkning er med på å bestemme hvilke sammenhenger man undersøker. Oppfatning man har på forhånd, vil lede en i analysearbeidet. Forholdet mellom en statistisk sammenheng og tolkningen av denne vil derfor alltid avhenge av forskerens teoretiske utgangspunkt som blir helt avgjørende for den mening resultatene av statistikken gir. I denne oppgaven er de statistiske sammenhengene i all hovedsak fortolket gjennom JD- R modellen og dens empiriske datagrunnlag.

### 3.2 Design

Det er gjort en tverrsnittstudie for å besvare problemstillingen. Tverrsnittsundersøkelser er en metode med særlig tilknytning til utviklingspsykologisk forskning (Jacobsen, 2018; Kalleberg et al., 2009). Korrelasjonsdesign er benyttet (multivariat empirisk studie), et design av empirisk karakter fordi undersøkelsen baserer seg på et teoretisk rammeverk. Det vil si et design som inkluderer

mange faktorer og variabler, hvilket gir grunnlag for inngående statistiske korrelasjons- og samvariasjonsanalyser (Jacobsen, 2018).

Det ble benyttet strukturert, elektronisk spørreskjema for selvutfylling som datainnsamlingsmetode (Dalland, 2018). Den elektroniske spørreundersøkelsen ble administrert gjennom UiO-nettskjema (Nettskjema, 2020), hvilket er en sikker løsning for datainnsamling over nett og tilbyr løsninger for anonymitet. Løsningen er utviklet av Universitetet i Oslo. Tjenesten kan benyttes av bl.a. studenter tilknyttet USN, og er en mye brukt løsning også for en rekke andre universiteter og institutter.

### 3.3 Utvalg

Utvalget skal representere faktiske egenskaper ved populasjonen, og i tillegg være tilstrekkelig stort slik at sannsynligheten for at resultater og funn ikke skyldes tilfeldigheter eller målefeil (Jacobsen, 2018, s. 49). I tråd med dette, ønsket jeg å finne et egnet og representativt utvalg av ergo- og fysioterapeuter for å kartlegge arbeidsrelaterte faktorer som påvirker deres jobbengasjement og helseplager. Sett i lys av masteroppgavens rammer, gjorde jeg et begrunnet valg om å benytte ulike pragmatiske utvelgninger basert på hva som var mest praktisk gjennomførbart. På denne måten oppnådde jeg et størst mulig utvalg på den tiden som var til rådighet. Det er i all hovedsak benyttet områdeutvelgning, der det ble forsøkt å oppnå en rimelig fordeling av både sykehus og kommuner basert på demografiske forhold og størrelse. Det ble også i noen grad benyttet snøballutvalg, da utvalget forstørret seg selv ved at noen ledere viste interesse og velvillighet til å hjelpe til med rekrutteringen ved at de videresendte henvendelsen til interne og eksterne kolleger.

Undersøkelsens deltakere består av ergo- og fysioterapeuter ansatt i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge. Respondentene fra spesialisthelsetjenesten representerer tre av Norges fire regionale helseforetak; Helse- Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Utvalget representerer respondenter fra åtte ulike helseforetak i Helse Sør-Øst RHF, i tillegg har Helse Sør-Øst RHF tett og forpliktende samarbeid med private ideelle sykehus og andre private tjenestetilbydere. I dette utvalget er det representert respondenter fra ett privat sykehus og én privat ideell tjenestetilbyder i Helse-Sør-Øst RHF. Fra Helse Vest RHF er det respondenter representert fra fire helseforetak, mens det fra Helse Midt-Norge RHF er deltakelse fra to helseforetak. Samlet er utvalget representert gjennom ergo- og fysioterapeuter fra 14 ulike

helseforetak som til sammen utgjorde 22 sykehus i Norge. Respondentene jobber i hovedsak på ulike somatiske sykehus- og rehabiliteringsavdelinger.

Fra kommunehelsetjenesten kommer respondentene fra ulike kommuner i åtte av de elleve fylkene i Norge. Utvalget representerer deltakelse fra syv kommuner i Viken, tre kommuner i Vestfold og Telemark, to kommuner i Rogaland, og én kommune er representert i hhv. Agder, Innlandet, Troms og Finnmark, Trøndelag og Vestland. Dette utgjør respondenter fra til sammen 17 ulike kommuner i Norge. Respondentene jobber på voksenalrådet, barneområdet, Frisklivssentraler, Helsehus eller tilsvarende organiseringer i de respektive kommunene. Spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut til til sammen 1260 ergo- og fysioterapeuter i Norge.

Fordi endel fysioterapeuter har driftsavtaler med kommunene, kan jeg ikke sikkert vite om de har fått invitasjon til å delta i undersøkelsen. Likevel var det ingen respondenter som huket av for at de jobbet andre steder enn i enten spesialist- eller kommunehelsetjenesten, og dermed er det ingen grunn til å tro at private fysioterapeuter med driftsavtaler var en del av utvalget.

### 3.4 Måleinstrument

Det ble benyttet ulike måleinstrumenter i utarbeidelsen av spørreskjemaundersøkelsen, men i all hovedsak var det en modifisert versjon av StatoilHydros kartleggingsskjema for helsefremmende arbeidsplasser (SHEFA) som ble anvendt (Torp & Grimsmo, 2008). Alle inkluderte variabler i analysene, er presentert i tabell 1. SHEFA har hovedsakelig spørsmål hentet fra anerkjente måleinstrumenter, blant annet den mellomstore versjonen til «The Copenhagen Psychosocial Questionnaire» (COPSOQ) (Kristensen, Hannerz, Høgh, & Borg, 2005).

I denne spørreskjemaundersøkelsen ble det gjort endringer i SHEFA i form av utelatelser av variabler og spørsmål. Under bearbeidningen av dataene, ble det gjort ytterligere endringer hvor flere spørsmål ble utelatt og noen variabler slått sammen. Dette er gjort med bakgrunn i masteroppgavens problemstilling og forskningsspørsmål som hovedsakelig konsentrerer seg om jobbkrav, jobbressurser, mestringstro, jobbengasjement og helseplager, samt hvordan variablene har «oppført» seg. Det er som nevnt også blitt benyttet andre måleinstrumenter. Der hvor det er tilfellet, står det beskrevet i kapittel 3.5.



Veileder professor Steffen Torp har utviklet måleinstrumentet SHEFA og han var delaktig i utformingen av dette spørreskjemaet. Han har også bakgrunn som fysioterapeut i kommune- og bedriftshelsetjenesten. Samlet har dette vært nyttig i prosessen med å tilpasse og utforme spørreskjemaet til nettopp denne spørreskjemaundersøkelsen. Spørreskjemaet knyttet til denne undersøkelsen inneholdt 17 variabler som til sammen utgjorde 79 spørsmål, og tidsbruk var beregnet til ca. 10 minutter (Vedlegg 1). Etter tilpasningene til analysearbeidet ble det til slutt inkludert 13 variabler og 64 spørsmål i de videre analysene.

Måleinstrumentet SHEFA legger vekt på å kartlegge den positive delen av helse-uhelse kontinuumet, og har dermed en helsefremmende tilnærming til arbeidsmiljøet (Torp & Grimsmo, 2008). Skjemaet er også utviklet for å oppfylle Arbeidsmiljølovens formålsparagraf og krav om oppfølging av den helsefremmende delen av arbeidsmiljødimensjonen. SHEFA har til hensikt å kartlegge, først og fremst, de mellommenneskelige og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorene som forskning viser har betydning for arbeidshelse.

#### **3.4.1 Utprøving og utsendelse av spørreskjemaet**

Før invitasjon til spørreskjemaet ble sendt ut, ble to fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten og én ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten spurt om å teste spørreskjemaet. Dette for å få tilbakemelding av ergo- og fysioterapeuter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten på innhold, struktur og tidsbruk. Dette resulterte i tilpasninger av enkelte variabler.

Layout på spørreundersøkelsen var gitt av det anvendte verktøyet, UiO- nettskjema. Skjemaet ble åpnet 23 april 2020 og første utsendelse av link til spørreskjemaet ble sendt ut samme dag. Det ble rekruttert respondenter over en periode på 40 dager. Det ble satt ca. én ukes svarfrist fra den datoen skjemaet ble sendt ut (vedlegg 3). Respondentene mottok også et påminnelsesbrev ca. to uker etter de mottok invitasjons-e-post. Rekrutteringen stoppet fredag 8 mai med siste frist 19 mai. Fordi respondentene ble rekruttert over en fire-fem ukers periode, ble også utsendelsen av påminnelsesbrevet (vedlegg 4) sendt ut til ulike datoer. Siste påminnelsesbrev ble sendt ut 27. mai til dem som ble rekruttert 8 mai med siste svarfrist i påminnelsesbrevet 2. juni (vedlegg 4). Skjemaet ble lukket i UiO- nettskjema den 3. juni 2020. Invitasjons-e-posten til spørreskjemaundersøkelsen ble sendt til ledere og fagansvarlige på de respektive sykehus og i kommunene fra min e-postadresse knyttet til mitt arbeidsforhold på et av Norges helseforetak.

## 3.5 Variabler

### 3.5.1 Definisjon og avgrensning:

Arbeidsrelaterte faktorer er i denne sammenheng ment som en samlebetegnelse på de inkluderte jobbkrav og jobbressurser, samt den personlige ressursen mestringstro.

Helse måles i denne undersøkelsen gjennom både et positivt og negativt helsemål, og som utgjør undersøkelsens avhengige variabler. Positiv helse måles gjennom «Jobbengasjement», og defineres dermed som det positive helsemålet i denne undersøkelsen. Negativ helse undersøkes i denne sammenheng med variabelen «Mentale helseplager» og defineres som det negative helsemålet. I analysene som undersøker forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter, samt forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten måles også selvrapportert sykefravær og sykenærvær, og inkluderes som en del av det negative helsemålet.

### 3.5.2 Bakgrunnsvariabler

Bakgrunnsvariablene som ble inkludert i de bivariate korrelasjonsanalysene var alder, kjønn, tjeneste, yrke, spesialtittel, ansiennitet og stillingsprosent. Variabelen alder ble oppgitt ved å angi eksakt år, kjønn ble kodet med kvinne (=1) og mann (=2). Yrke ble kodet med ergoterapeut (=1) og fysioterapeut (=2). Tjeneste ble kodet spesialisthelsetjenesten (=1) og kommunehelsetjenesten (=2). Spesialtittel ble kodet: spesialergoterapeut (=1) eller spesialfysioterapeut (=2). Ansiennitet ble målt ved spørsmålet: «Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling (år)?», hvor eksakt år for hvor lenge de hadde vært ansatt ble oppgitt. Respondentene ble bedt om å skrive inn sin stillingsprosent (100 dersom de jobbet fulltid).

### 3.5.3 Arbeidsrelaterte faktorer

#### 3.5.3.1 Jobbkrav

For å måle jobbkrav ble det stilt spørsmål om «Generelle krav i jobben», «Rollekonflikt», «Konflikter» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver». Svaralternativene under jobbkrav-variablene ble alle målt på en fempunktsskala, men med ulike ordlyder. Tabell 1 viser oversikt over de inkluderte spørsmålene for alle jobbkrav-variablene.

Variabelen «Generelle krav» inkluderte syv spørsmål med to ulike ordlyder i fempunktsskalaene for svar. Eksempelvis ble spørsmålene: «Hvor ofte har du svært mye å gjøre i jobben?» og «Har du tid nok til å gjøre arbeidsoppgavene dine med den kvaliteten du ønsker?» besvart fra «(Nesten) aldri» (=1) til «(Nesten) alltid» (=5), menes eksempelvis: «Har du arbeidsoppgaver som du faglig sett synes er vanskelige?» og «Innebærer jobben at du må ha oversikt og forholde deg til mange ting på en gang?» hadde svaralternativer fra «I meget liten grad» (1) til «I meget høy grad» (5).

Grad av «Rollekonflikt» ble målt med fem spørsmål hvor svaralternativene ble angitt på en fempunktsskala fra «I meget liten grad» (=1) til «I meget høy grad» (=5). Eksempler på spørsmål under denne variabelen var: «Mottar du motstridende forespørsler eller krav fra overordnede og/eller kolleger?» og «Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier?».

Konflikter ble målt i form av to spørsmål, hvor spørsmålene ble besvart på en fempunktsskala fra «Nei» (=1) til «Ja, daglig» (=5). Spørsmålene som ble stilt var: «Har du i løpet av de siste 12 måneder vært i konflikt med en eller flere på din arbeidsplass?» og «Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for mobbing eller uønsket atferd på arbeidsplassen din?».

«Fragmenterte arbeidsoppgaver» var opprinnelig variabelen «Ansvar og variasjon i arbeidet» i SHEFA og var der definert som en jobbressurs. Etter å ha undersøkt denne variabelens indre konsistens ble det besluttet å kun inkludere to av fem spørsmål, hvor spørsmålene som ble inkludert var: «Har du så mange forskjellige oppgaver at det er vanskelig å få til en kontinuitet gjennom arbeidsdagen?» og «Består jobben din av arbeidsoppgaver som du synes «spriker» i alle retninger?». Svarskalaen gikk fra «Nei» (=1) til «Ja, i meget høy grad» (=5). Disse to spørsmålene ble vurdert å innhente informasjon som omhandlet mer en opplevelse av jobbkrav enn jobbressurser, og ble derfor omdøpt til variabelen «Fragmenterte arbeidsoppgaver» og dermed ansett som en jobbkrav-variabel.

### **3.5.3.2 Jobbressurser**

Alle inkluderte spørsmål for de ulike jobbressurs-variablene er presentert i tabell 1. For å måle jobbressurser ble det stilt ulike spørsmål relatert til variablene: «Mening i jobben», «Innflytelse i jobben», «Forutsigbarhet», «Utviklingsmuligheter», «Feedback fra leder», samt «Sosialt fellesskap». Svarskalaene på jobbressursene ble alle besvart på en fempunktsskala som gikk fra «I

meget liten grad (=1) til «I meget høy grad» (=5), med ett unntak, hvor «Mening i jobben» ble besvart på en fempunktskala med ordlyden: «Nei» (=1) til «Ja, i meget høy grad» (=5).

«Mening i jobben» ble målt med tre påstander, hentet fra den andre versjonen av COPSOQ (COPSOQ II) med de tre inkluderte påstandene fra variabelen «Meaning of work» (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010). Påstandene lød som følger: «Mine arbeidsoppgaver er meningsfylte», «Jeg føler at arbeidet jeg gjør er viktig» og «Jeg føler meg motivert og engasjert i arbeidet mitt».

«Innflytelse i jobben» ble målt med seks spørsmål. Eksempler på spørsmål under denne variabelen er: «Har du innflytelse på hvilke konkrete aktiviteter/oppgaver du er involvert i?» og «Kan du påvirke beslutninger som er viktig for ditt arbeid?».

«Forutsigbarhet» ble målt med fem spørsmål, eksempelvis «Får du anledning til å medvirke i omorganiseringer eller endringer som berører arbeidet ditt?» og «Vet du stort sett hva som kommer til å være arbeidsoppgavene dine om et halvt år?».

«Utviklingsmuligheter» ble besvart gjennom seks spørsmål, eksempelvis: «Lærer du stadig noe nytt i jobben din?» og «Er det et rimelig forhold mellom din jobbutvikling eller karriere og innsatsen du gjør i jobben?».

«Feedback fra leder» ble besvart gjennom fire spørsmål, eksempelvis: «Snakker din nærmeste overordnede med deg om kvaliteten på arbeidet du utfører?» og «Er din nærmeste overordnede villig til å lytte til dine problemer i arbeidet?».

«Sosialt fellesskap» hadde seks spørsmål i analysene, fordi de opprinnelige variablene «Sosial støtte og feedback fra kolleger, samt «Sosialt fellesskap» ble slått sammen og navngitt som sistnevnte. Alle de opprinnelige spørsmålene under begge de originale variablene er inkludert i «Sosialt fellesskap» i analysene. Eksempler på spørsmål i denne «samlevariabelen» er: «Får du tilbakemeldinger fra dine kolleger på jobben du gjør?» og «Føler du deg som en del av et fellesskap på arbeidsplassen din?».

### **3.5.3.3 Personlig ressurs**

#### **3.5.3.3.1 Mestringstro**

For å måle personlig ressurs er det valgt å bruke begrepet «mestringstro» i denne undersøkelsen. Mestringstro (self-efficacy) ble målt med fem variabler hentet fra QOPSOQ II (Pejtersen et al., 2010). Eksempler på påstander i denne variabelen er: «Hvis jeg prøver hardt nok klarer jeg alltid å løse vanskelige problemer.» og «Jeg føler meg trygg på at jeg kan håndtere uforutsette hendelser.». Svaralternativene gikk fra «Helt galt» (=1) til «Helt riktig» (=4), og var dermed fordelt på en firepunktskala.

### **3.5.4 Helsemål**

#### **3.5.4.1 Jobbengasjement**

I denne undersøkelsen regnes jobbengasjement som et positivt helsemål. For å måle dette ble instrumentet Utrecht Work Engagement Scale (UWES), 9 spørsmålsversjonen benyttet (Schaufeli & Bakker, 2006). Instrumentet måler de tre aspektene ved jobbengasjement; vitalitet, entusiasme og fordyppelse. Eksempler på spørsmål på de tre dimensjonene er henholdsvis; «Jeg er full av energi i arbeidet mitt», «Jeg blir inspirert av jobben min», og «Jeg blir fullstendig revet med av arbeidet mitt». Spørsmålene ble besvart på en syv-punktskala fra «Aldri det siste året» (=1) til «Daglig» (=7).

#### **3.5.4.2 Mentale helseplager**

Målet for mentale helseplager inneholdt fire spørsmål og var hentet fra COPSQ (Kristensen et al., 2005). Spørsmålene som ble stilt var: «De følgende spørsmål handler om hvordan du har hatt det de siste 4 ukene»: «Hvor ofte har du vært følelsesmessig utmattet?», «Hvor ofte har du vært utkjørt?», «Hvor ofte har du vært irritabel?» og «Hvor ofte har du vært stresset?». Svaralternativene var fordelt på en fempunktsskala og gikk fra «Hele tiden» (=1) til «På intet tidspunkt» (=5).

#### **3.5.4.3 Sykefravær**

Variabelen sykefravær ble målt ved spørsmålet: «Hvor mange dager har du vært borte fra arbeidet pga. helseproblemer (sykdom/behandling/undersøkelse) i løpet av de siste 12 måneder (evt. fravær i forbindelse med covid-19-utbruddet skal ikke medregnes her)». Respondenten ble bedt om å oppgi eksakt antall dager.

### 3.5.4.4 Sykenærvær

Sykenærvær ble også målt ved at respondentene oppga eksakt antall dager, og spørsmålet som ble stilt for å måle denne variabelen, lød som følger: «Hvor mange ganger de siste 12 måneder har du gått på jobb, til tross for at du med tanke på helsetilstanden egentlig burde ha vært hjemme?»

**Tabell 1: Deskriptive data og indre konsistens for undersøkelsens variabler (n= 443)**

Indeks	Cronbach's Alpha	Gj.snitt	Std.avvik	Min/maks	Inkluderte spørsmål
<b>Jobbkrav</b>					
Generelle krav	0.724	3.281	0.4	2,0-4,6	Hvor ofte har du svært mye å gjøre i jobben? Har du tid nok til å gjøre arbeidsoppgavene dine med den kvaliteten du ønsker? Er arbeidsbelastningen i jobben din ujevnt fordelt slik at det oppstår arbeidstopper? Har du arbeidsoppgaver som du faglig sett synes er vanskelige? Stiller arbeidet store krav om stadig å mestre nye oppgaver? Innebarer jobben at du må oversikt og forholde deg til mange ting på en gang? Tar du avgjørelser eller beslutninger i arbeidet som du synes er kompliserte?
Rollekonflikt	0.81	2.11	0.61	1,0-5,0	Mottar du motstridende forespørsler eller krav fra overordnede og/eller kolleger? Utfører du arbeidsoppgaver som du mener burde vært gjort annerledes? Utfører du arbeidsoppgaver som synes unødvendige? Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier? Må du kjøpslå eller gå på akkord med dine faglige standarder for å få arbeidet gjort?
Konflikter	0.431	1.17	0.38	1,0-4,0	Har du i løpet av de siste 12 måneder vært i konflikt med én eller flere på din arbeidsplass? Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for mobbing eller uønsket atferd på arbeidsplassen din?
Fragmenterte arbeidsoppgaver	0.756	2.46	0.8	1,0-5,0	Har du så mange forskjellige oppgaver at det er vanskelig å få til en kontinuitet gjennom arbeidsdagen? Består jobben din av arbeidsoppgaver som du synes «spriker i alle retninger»?
<b>Jobbressurser</b>					
Mening i jobben	0.891	4.22	0.69	1,0-5,0	Mine arbeidsoppgaver er meningsfylte Jeg føler at arbeidet jeg gjør er viktig Jeg føler meg motivert og engasjert i arbeidet mitt
Innflytelse i jobben	0.77	3.3	0.54	1,5-5,0	Har du innflytelse på hvilke konkrete aktiviteter/oppgaver du er involvert i? Kan du velge hvilken fremgangsmåte eller metode du vil bruke i løsningen av arbeidsoppgavene dine? Kan du påvirke mengden av arbeid som du får? Har du innflytelse på tidsfrister og avsatt tid til arbeidsoppgavene dine? Kan du påvirke avgjørelser om hvilke personer som du skal samarbeide med? Kan du påvirke beslutninger som er viktig for ditt arbeid?
Forutsigbarhet	0.794	3.4	0.61	1,0-5,0	Får du på arbeidsplassen din informasjon i god tid om f.eks viktige beslutninger, endringer og fremtidsplaner? Får du anledning til å medvirke i omorganiseringer eller endringer som berører arbeidet ditt? Klarer du å holde deg à jour med de endringene og omorganiseringene som skjer på arbeidsplassen din? Får du all den informasjon som du behøver for å gjøre arbeidet ditt godt? Vet du stort sett hva som kommer til å være arbeidsoppgavene dine om et halvt år?
Utviklingsmuligheter	0.845	3.76	0.62	1,7-5,0	Har du anledning til å være kreativ eller initiativrik i arbeidet ditt? Lærer du stadig noe nytt i jobben din? Får du bruk for dine faglige ferdigheter og kunnskaper i jobben? Får du utviklet deg faglig på de områder du ønsker? Svare jobben din godt til den utdanning og erfaring du har? Er det et rimelig forhold mellom din jobbutvikling eller karriere og innsatsen du gjør i jobben?

Feedback leder	0.883	3.38	0.87	1,0-5,0	Er din nærmeste overordnede villig til å lytte til dine problemer i arbeidet? Får du hjelp og støtte fra din nærmeste overordnede? Spør din nærmeste overordnede om hvordan du har det?
Sosialt fellesskap	0.88	4.06	0.64	1,5-5,0	Snakker din nærmeste overordnede med deg om kvaliteten på arbeidet du utfører? Får du hjelp og støtte fra dine kolleger? Får du tilbakemeldinger fra dine kolleger på jobben du gjør? Har du en fortrolig kollega på jobben? Er det en god stemning mellom deg og dine kolleger Er det et godt samarbeid blant kollegene på arbeidsplassen din? Føler du deg som en del av et fellesskap på arbeidsplassen din?
<b>Personlig ressurs</b>					
Mestringstro	0.729	3.14	0.38	2,0-4-0	Hvis jeg prøver hardt nok klarer jeg alltid å løse vanskelige problemer. Dersom noen motarbeider meg finner jeg en løsning for å få det som jeg vil. Jeg føler meg trygg på at jeg kan håndtere uforutsette hendelser. Jeg klarer som regel å finne flere ulike måter å løse et problem på. Jeg klarer meg som regel, uavhengig av hva som skjer.
<b>Avhengige variabler</b>					
Jobbengasjement	0.942	5.28	1.21	1,1-7,0	Jeg er full av energi i arbeidet mitt jeg føler meg sterk og energisk på jobben Jeg er entusiastisk i jobben min Jeg blir inspirert av jobben min Når jeg står opp om morgenen ser jeg frem til å gå på jobben Jeg føler meg glad når jeg er fordypt i arbeidet mitt Jeg er stolt av det arbeidet jeg gjør Jeg er oppslukt av arbeidet mitt Jeg blir fullstendig revet med av arbeidet mitt
Mentale helseplager	0.845	3.96	0.71	1,5-5,0	Hvor ofte har du vært følelsesmessig utmattet? Hvor ofte har du vært utkjørt? Hvor ofte har du vært irriterbar? Hvor ofte har du vært stresset?

### 3.5 Statistikk

For å kunne svare på undersøkelsens problemstilling og forskningsspørsmål ble det gjennomført t-tester, bivariate korrelasjonsanalyser og lineære regresjonsanalyser. All koding, behandling og analyser av undersøkelsens data ble gjennomført i programmet IBM SPSS Statistics, versjon 26. Det var ingen respondenter som hadde utelatte svar, da utformingen av det elektroniske skjemaet ble konstruert med kun obligatoriske spørsmål, og dermed hadde ikke respondentene mulighet til å «gå videre» i nettskjemaet før de hadde huket av for ønsket svaralternativ. De svarskalaene i spørreskjemaet som gikk fra høy til lav skår ble re-kodet slik at samtlige spørsmål fikk en svarskala som gikk fra lav skår til høy skår. Høy skåre betyr da mye generelle krav, mye rollekonflikt, mange konflikter, mange fragmenterte arbeidsoppgaver, mye mening i jobben, mye innflytelse, mye forutsigbarhet, mange utviklingsmuligheter, mye sosial støtte og feedback fra leder, godt kollegialt fellesskap, høy mestringstro, mye mentale helseplager og høyt jobbengasjement.

Undersøkelsens signifikansnivå ble satt til 5 %, som er i tråd med det signifikansnivået som er vanlig i samfunnsvitenskapelige undersøkelser og forskning (Jacobsen, 2018, s. 371)

### 3.5.1 Indre konsistens

Analysearbeidet startet med å gjennomføre statistiske analyser av innsamlet data hvor det ble konstruert variabler i henhold til undersøkelsens forskningsspørsmål. Relevante variabler ble summert og delt på antall variabler. Disse variablene ble undersøkt for indre konsistens ved Cronbach's  $\alpha$  for å sikre reliable variabler (Nunnally & Bernstein, 1994).

Etter å ha sjekket variablene for indre konsistens ble det foretatt valg om å slå sammen noen variabler, også for å begrense kompleksiteten i analysene, og av den grunn ble noen spørsmål fjernet og enkelte variabler endret.

### 3.5.2 T-tester

For å undersøke forskjeller mellom yrkene, henholdsvis ergo- og fysioterapeuter, samt forskjeller på ansatte ergo- og fysioterapeuter i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten, ble det gjennomført Independent samples t-tester. Resultatene av disse analysene er presentert som gjennomsnittsverdier (mean). I parentes er det oppgitt standardavvik (standard deviation, SD), samt signifikansnivå. Alle resultater presenteres i tabell 3 og 4. Variablene «sykefravær» og «sykenærvær» inngår kun i t-testene, og måles i tillegg til «Mentale helseplager», som negativt helsemål.

I t-testene ble alle jobbkrav-variablene slått sammen til en «samlet-variabel» (sumskårer), dette for å forenkle og redusere antall variabler i disse analysene. Det samme gjelder for jobbressurs-variablene, hvor alle ble slått sammen til en samlet jobbressurs-variabel.

### 3.5.3 Korrelasjonsanalyse

For å undersøke sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler og de ulike arbeidsrelaterte faktorene og de avhengige variablene «Mentale helseplager» og «Jobbengasjement», ble det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser. Resultatene av disse analysene er presentert som Pearsons r koeffisient, samt p-verdi for signifikansnivå. Tabell 5 viser resultatene av de bivariate korrelasjonsanalysene.



### 3.5.4 Regresjonsanalyser

Videre ble det gjennomført lineære multiple regresjonsanalyser etter en modellstruktur, basert på hele materialet, for å undersøke effekten av kjønn, de inkluderte jobbkrav- og jobbressurser, samt «Mestringstro» på henholdsvis «Mentale helseplager» og «Jobbengasjement» når det samtidig ble kontrollert for effekten av de andre uavhengige variablene. Resultatene av disse analysene presenteres i tabell 6 og 7, med standardiserte betaverdier ( $\beta$ ) og oppgitte p-verdier. Målet multiple regresjonskoeffisient ( $R^2$ ), beskriver modellens samlede forklaringskraft og er benyttet for å undersøke hvor mye av variasjonen i jobbengasjement og mentale helseplager som kan forklares ut ifra undersøkelsens uavhengige variabler.

### 3.6 Forskningsetikk

Flere av landets ledere av ergo- og fysioterapeuter, i både kommune og spesialisthelsetjenesten, ble kontaktet i forbindelse med forankring av denne undersøkelsen. Ergo- og fysioterapeuter er organisert forskjellig rundt om på de ulike helseforetakene i landet. Flere sykehus har disse faggruppene organisert under en seksjon for helseforetakets ergo- og fysioterapeuter, mens andre ergo- og fysioterapeuter kan være organisert under andre seksjoner eller enheter sammen med andre yrker og personell. Landets kommuner, spesielt de større kommunene er ofte organisert innunder «Voksenområdet», «Barn», «Frisklivssentraler», «Helsehus», eller lignende organisering.

For å unngå å måtte sende en felles e-post til de ulike helseforetakenes og kommunenes postmottak, ble de fleste lederne kontaktet direkte via telefon. Det var ønskelig at det var lederne som oppfordret sine ansatte til å besvare spørreskjemaet. Det var leder eller fagansvarlige som sendte ut spørreskjemaet til sine ansatte ved enten å videresende invitasjons-e-posten eller legge ved linken til spørreskjemaet i en egen utsendt e-post med oppfordring til å delta. Det varierte om disse lederne var nærmeste leder, eller var høyere oppe i organisasjonsstrukturen. E-postadressen invitasjonen ble sendt ut ifra kom fra min jobb-e-post, slik at både lederne og respondentene kunne se at «invitasjonen» kom fra et helseforetak.

På denne måte unngikk jeg innsyn i e-postadresser til respondentene og dermed også sikret anonymisering. Dataene kom løpende inn til meg, anonymisert, etter hvert som respondentene utfylte spørreskjemaet. Jeg hadde derfor ikke tilgang til personidentifiserende data.

I samme e-post ble det vedlagt et informasjonsskriv (vedlegg 4) med informasjon om meg og veileder som ansvarlig for prosjektet, formålet med undersøkelsen, samt informasjon om den metodiske tilnærmingen. Samtykke til å delta i spørreskjemaundersøkelsen ble gitt ved å huke av for samtykke i spørreskjemaet før de fikk lov til å «trykke seg videre» ved utfylt og sendt spørreskjema. Det ble opplyst om at det var frivillig å delta. I skrivet ble det også informert om at de ansvarlige for prosjektet ikke ville behandle annet enn anonymisert data. Jeg meldte prosjektet til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Søknaden, med referansekode 926830, ble vurdert 6 april 2020 med tillatelse til å igangsette datainnsamling- og behandling (vedlegg 2).

## 4 Resultater

I resultatkapittelet gis en kort beskrivelse av undersøkelsens utvalg og svarprosent. Deretter presenteres resultatene i denne undersøkelsen. Først presenteres resultatene fra de individuelle t-testene, som søker å svare på forskningsspørsmålene som omhandler forskjeller mellom yrke og tjeneste. Deretter, basert på resultatene av korrelasjonsanalysen, beskrives først sammenhengene mellom bakgrunnsvariablene og de ulike arbeidsrelaterte faktorene, og deretter de innbyrdes sammenhengene mellom sistnevnte. På bakgrunn av resultatene fra regresjonsanalysene, presenteres sammenhengene mellom de arbeidsrelaterte faktorene og de avhengige variablene «Jobbengasjement» og «Mentale helseplager». Avslutningsvis presenteres sammenhengen mellom «Jobbengasjement» og «Mentale helseplager».

De inkluderte arbeidsrelaterte faktorene i de videre analysene innebærer jobbkravene «Generelle krav», «Rollekonflikt», «Konflikter» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver», samt undersøkelsens ulike jobbbressurser. De inkluderte jobbbressursene i analysene er «Mening i jobben», «Innflytelse i jobben», «Forutsigbarhet», «Utvikling», «Feedback fra leder», samt «Sosialt fellesskap». I tillegg er den personlige ressursen mestringstro også inkludert som en arbeidsrelatert faktor i analysene.

### 4.1 Beskrivelse av svarprosent og undersøkelsens respondenter

Tabell 2 viser utvalgets fordeling på demografiske variabler. Av de 1240 inviterte ergo- og fysioterapeuter, svarte 443 ergo- og fysioterapeuter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge på denne spørreskjemaundersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 35. Av de 443 ergo- og fysioterapeutene i utvalget, var 85,3 % kvinner og 14,7 % menn. Respondentene var mellom 22 og 67 år, median på 41,7 år (SD=10,7). Utvalget bestod av 38,4 % ergoterapeuter og 61,6 % fysioterapeuter. 47,9 % av utvalget var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og 52,1 % i kommunehelsetjenesten. Av utvalgets respondenter hadde totalt 52,4 % spesialisttittel. 42,4 % ergoterapeuter hadde huket av som spesialergoterapeut, mens 58,6 % av fysioterapeutene var spesialfysioterapeuter. 7,2 % av utvalgets respondenter hadde lederansvar. Av de 443 respondentene jobbet 79,2 % fulltid.

**Tabell 2: Oversikt over undersøkelsens demografiske variabler (n= 443)**

Demografiske variabler	Samlet utvalg	Ergoterapeuter	Fysioterapeuter	Spesialisthelsetj.	Kommunehelsetj.
Totalt antall (N)	443	170	273	212	231
Alder, min-maks/ M (SD)	22-67/41.7 (10.7)	23-67 (11.0)	22-65 (10.4)	22-67 (11.7)	22-67 (9.4)
Kjønn, n (%)					
Kvinner	378 (85.3)	158(41.8)	220(58.2)	178(47.1)	200(52.9)
Menn	65 (14.7)	12(18.5)	53(81.5)	34(52.3)	31(47.7)
Arbeidstilknøytning, n (%)					
Spesialisthelsetjenesten	212 (47.9)	65(30.7)	147(69.3)	212 (100)	
Kommunehelsetjenesten	231 (52.1)	105(45.4)	126(54.5)		231 (100)
Profesjon, n (%)					
Ergoterapeut	170 (38.4)	170 (100)		65(38.2)	105(61.8)
Fysioterapeut	273 (61.6)		273 (100)	147(53.8)	126(46.2)
Ansiennitet, min-maks/ M (SD)	0-34/9.0 (7.5)	0-27/9.2 (7.4)	0-34/8.9 (7.6)	0-34/10.0 (8.2)	0-27/8.1 (6.7)
Stillingsprosent, n (%)					
Fulltid	351 (79.2)	131(77,1)	220(80,6)	178(84)	173(74,9)
Deltid	92 (20.8)	39(22,9)	53(19,4)	34(16)	58(25,1)
Lederansvar, n (%)	34 (7.7)	11(6,5)	23(8,4)	19(9)	15(6,5)

Notat. Min=minimumsverdi, maks= maksimumsverdi, M= gjennomsnitt. SD= standardavvik.

## 4.2 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter

Tabell 3 viser forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter, hvor independent samples t-test er anvendt som analysemetode. Som tabellen viser, skåret ergoterapeutene i gjennomsnitt signifikant høyere på sykenærvær sammenlignet med fysioterapeutene (3,05 flere sykenærværsdager). Ergoterapeutene rapporterte også i snitt 3,5 dager mer sykefravær enn fysioterapeutene, men resultatet var ikke signifikant. Ergoterapeuter opplevde mer jobbkrav i form av «Generelle krav» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (data ikke vist). Ergoterapeuter rapporterte også mer «Mentale helseplager» enn sine fysioterapeutkolleger. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på mestringstro eller jobbengasjement mellom ergo- og fysioterapeuter.

**Tabell 3: Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter på undersøkelsens variabler (n= 443)**

	Alle (SD)	Ergoterapeut (SD)	Fysioterapeut (SD)	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	95% CI
Kjønn (1=K, 2=M)	1.15(0.35)	1.07(0.26)	1.19(0.40)	-0.12	.000	-0.19 - -0.06
Alder	41.7(10.7)	42.14(11.10)	41.40(10.45)	0.73	.484	-1.32 - 2.79
Tjeneste (1=spes, 2=komm)	1.52(0.50)	1.62 (0.49)	1.46(0.49)	0.16	.001	0.06 - 0.25
Jobbkrav samlet	2.26(0.39)	2.33(0.37)	2.20(0.39)	0.13	.001	0.06 - 0.20
Jobbressurser samlet	3.74(0.47)	3.72(0.45)	3.75(0.48)	-0.02	.668	-0.11 - 0.07
Mestringstro	3.14(0.38)	3.11(0.35)	3.16(0.40)	-0.05	.178	-0.12 - 0.02
Jobbengasjement	5.28(1.21)	5.27(1.22)	5.29(1.20)	0.33	.925	0.19 - 0.46
Mentale plager	2.04(0.71)	2.24(0.77)	1.91(0.64)	-0.01	.000	-0.24 - 0.22
Sykefravær	9.10(20.70)	11.22(22.89)	7.72(19.14)	3.50	.084	-0.47 - 7.47
Sykenærvær	4.10(10.11)	5.95(14.01)	2.9(6.37)	3.05	.008	1.12 - 4.97

SD: standard deviation, CI: confidence interval

### 4.3 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten

I tabell 4 presenteres resultatene av t-testen som viser forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten. Ergo- og fysioterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten opplevde å ha større tilgang til jobbressurser. Dette gjaldt jobbressursene «Innflytelse i jobben», «Forutsigbarhet» og «Feedback leder» (data ikke vist). Det ble ikke funnet flere signifikante forskjeller mellom terapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten.

**Tabell 4: Forskjeller mellom terapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten på undersøkelsens variabler (n= 443)**

	Alle (SD)	Spesialisthelsetj. (SD)	Kommunehelsetj. (SD)	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	95% CI
Kjønn (1=K, 2=M)	1.15(0.35)	1.16(0.37)	1.13(0.34)	0.03	.438	-0.04 - 0.09
Alder	41.7(10.7)	43.34(11.74)	40.16(9.41)	3.18	.002	1.21 - 5.16
Yrke (1=ergo, 2=fysio)	1.52(0.50)	1.69(0.46)	1.55(0.50)	0.15	.001	0.06 - 0.24
Jobbkrav samlet	2.26(0.39)	2.22(0.39)	2.28(0.39)	-0.06	.125	-0.13 - 0.02
Jobbressurser samlet	3.74(0.47)	3.69(0.46)	3.79(0.47)	-0.10	.022	-0.19 - -0.01
Mestringstro	3.14(0.38)	3.14(0.38)	3.14(0.39)	0.00	.987	-0.07 - 0.07
Jobbengasjement	5.28(1.21)	5.29(1.20)	5.28(1.21)	0.01	.935	-0.22 - 0.23
Mentale plager	2.04(0.71)	2.06(0.71)	2.02(0.71)	0.04	.590	-0.10 - 0.17
Sykefravær	9.10(20.70)	7.93(18.65)	10.10(22.41)	-2.17	.271	-6.04 - 1.70
Sykenærvær	4.10(10.11)	3.51(7.06)	4.58(12.26)	-1.08	.264	-2.97 - 0.82

SD: standard deviation, CI: confidence interval

#### 4.4 Sammenhenger mellom alle variabler i undersøkelsen

Alle resultatene av de bivariate sammenhengene som omtales her, er presentert i tabell 5 som viser sammenhenger mellom undersøkelsens inkluderte variabler.

##### 4.4.1 Sammenhenger for bakgrunnsvariablene i undersøkelsen

Det var en positiv sammenheng mellom alder og ansiennitet (.656\*\*). Eldre opplevde signifikant dårligere «Feedback fra ledere» (-.149\*\*) og «Sosialt fellesskap» (-.174\*\*) enn de yngre. Ellers var det ingen signifikante sammenhenger mellom alder og de andre variablene i undersøkelsen. Ergo- og fysioterapeuter med lengst ansiennitet opplevde i størst grad mening i jobben (.101\*), samtidig som de oppgav mindre sosial støtte og feedback fra sin leder (-157\*\*). De oppgav også i mindre grad å være en del av et sosialt fellesskap med sine kolleger enn de med lav ansiennitet (-111\*).

Kvinnelige ergo- og fysioterapeuter oppgav noe høyere grad av mening i arbeidet (- 115\*), og var mer engasjert (-.094\*) enn sine mannlige kolleger. Menn derimot, opplevde å ha mer «Mestringstro» (.101\*).

Ergoterapeuter oppga å ha et signifikant høyere sykenærvær enn sine fysioterapeutkolleger (-147\*\*). Ergoterapeuter opplevde også oftere mer «Generelle krav» (-.195\*\*), «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (-157\*\*), og «Mentale helseplager» (-223\*\*).

Ansatte i spesialisthelsetjenesten hadde lenger ansiennitet enn kollegene i kommunehelsetjenesten (-.131\*\*). Opplevelsen av å ha tilgang til flere jobbbressurser var sterkere blant ergo- og fysioterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten, og oppgav å ha mer «Innflytelse» (.295\*\*) og «Forutsigbarhet» (.154\*\*) i arbeidshverdagen. Resultatene forteller også at de kommunale ergo- og fysioterapeutene opplevde mer «Sosialt fellesskap» med sine kolleger (.094\*).

Jo høyere stillingsprosent, desto mer mening i arbeidet opplevde ergo- og fysioterapeuter (.099\*), og større opplevelse av å være en del av et sosialt fellesskap med sine kolleger (.164\*\*). På de avhengige variablene så man signifikante sammenhenger mellom høy stillingsprosent og opplevelse av både lite mentale helseplager (-.100\*), og høyt jobbengasjement (.108\*).

Tabell 5: Sammenhenger mellom undersøkelsens variabler (n= 443)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bakgrunnsvariabler										
1. Alder	1									
2. Kjønn (1=K, 2=M)	-.119*	1								
3. Tjeneste (1=spes, 2=komm)	-.149**	-.037	1							
4. Yrke (1=ergo, 2=fysio)	-.033	.170**	-.152**	1						
5. Ansiennitet	.656**	-.079	-.131**	-.017	1					
6. Stillingsprosent	-.076	.086	-.059	.010	.017	1				
Jobbkrav										
7. Generelle krav	-.055	-.050	.072	-.195**	-.013	.028	1			
8. Rollekonflikt	.015	.084	.036	-.067	.061	-.047	.177**	1		
9. Konflikter	.033	-.012	.025	-.014	.052	-.008	.060	.276**	1	
10. Fragmenterte arbeidsoppgaver	-.009	.003	.066	-.157**	.054	-.022	.437**	.455**	.209**	1
Jobbressurser										
11. Mening	.088	-.115*	-.043	-.022	.101*	.099*	.143**	-.320**	-.133**	-.170**
12. Innflytelse	-.070	.004	.295**	.073	-.074	-.011	-.002	-.265**	-.080	-.173**
13. Forutsigbarhet	.022	-.036	.154**	.034	.007	.003	-.023	-.444**	-.135**	-.236**
14. Utvikling	-.060	-.079	-.084	-.076	-.033	.090	.229**	-.372**	-.183**	-.137**
15. Feedback leder	-.149**	.008	.077	.033	-.157**	.036	.014	-.386**	-.227**	-.196**
16. Sosialt fellesskap	-.174**	.034	.094*	.032	-.111*	.164**	.055	-.353**	-.230**	-.229**
Personlig ressurs										
17. Mestringstro	.009	.101*	-.001	.064	-.064	.046	-.048	-.112*	-.044	-0.052
Helsemål										
18. Jobbengasjement	.048	-.094*	-.004	.004	.048	.108*	.098*	-.284**	-.156**	-.201**
19. Mentale helseplager	-.060	-.081	-.026	-.223**	-.015	-.100*	.256**	.380**	.185**	.397**
20. Sykefravær	.060	-.067	.052	-.082	.044	-.029	.023	.138**	.077	.049
21. Sykenærsvær	.040	-.014	.053	-.147**	.031	-.020	.116*	.270**	.224**	.127**

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

Bivariate korrelasjoner, Pearsons r

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Bakgrunnsvariabler											
1. Alder											
2. Kjønn (1=K, 2=M)											
3. Tjeneste (1=spes, 2=komm)											
4. Yrke (1=ergo, 2=fysio)											
5. Ansiennitet											
6. Stillingsprosent											
Jobbkrav											
7. Generelle krav											
8. Rollekonflikt											
9. Konflikter											
10. Fragmenterte arbeidsoppgaver											
Jobbressurser											
11. Mening	1										
12. Innflytelse	.274**	1									
13. Forutsigbarhet	.424**	.495**	1								
14. Utvikling	.579**	.352**	.459**	1							
15. Feedback leder	.276**	.369**	.523**	.423**	1						
16. Sosialt fellesskap	.407**	.274**	.334**	.437**	.401**	1					
Personlig ressurs											
17. Mestringstro	.114*	.215**	.207**	.150**	.128**	.148**	1				
Helsemål											
18. Jobbengasjement	.587**	.271**	.366**	.526**	.323**	.411**	.265**	1			
19. Mentale helseplager	-.197**	-.221**	-.359**	-.203**	-.302**	-.337**	-.184**	-.346**	1		
20. Sykefravær	-.057	-.147**	-.134**	-.042	-.123**	-.106*	-.150**	-.132**	.251**	1	
21. Sykenærsvær	-.063	-.099*	-.200**	-.126**	-.155**	-.254**	.005	-.144**	.375**	.312**	1

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

Bivariate korrelasjoner, Pearsons r

#### 4.4.2 Jobbkrav

To av de fire jobbkrav-variablene i undersøkelsen; «Rollekonflikt» (.177\*\*) og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (.437\*\*) korrelerte signifikant positivt med «Generelle krav»-variabelen. Opplevelse av høye krav var dermed forbundet med opplevelse av mye «Rollekonflikt» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver».

«Rollekonflikt» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» korrelerte negativt med alle jobbressurs-variablene. Lignende korrelasjoner så man også på «Generelle krav» og «Konflikter». De som opplevde høye jobbkrav opplevde samtidig å ha mindre jobbressurser.

«Rollekonflikt» hadde som eneste jobbkrav-variabel en signifikant negativ korrelasjon med «Mestringstro» (-.112\*).

«Rollekonflikter», «Konflikter» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» korrelerte hhv. negativt med «Jobbengasjement» og positivt med «Mentale helseplager». Opplevelse av mye generelle krav viste positiv sammenheng med både opplevd jobbengasjement (.098\*) og opplevelse av mentale helseplager (.256\*\*).

Økte jobbkrav viste også sammenheng med høyt sykenærvær, som beskrevet av den positive korrelasjonen mellom alle de fire jobbkravene og «Sykenærvær» (mellom .116\* og .270\*\*). Tilsvarende sammenheng ble funnet mellom «Sykefravær» og «Rollekonflikt» (.138\*\*).

#### 4.4.3 Jobbressurser

Alle jobbressurs-variablene korrelerte positivt med hverandre i den bivariate korrelasjonsanalysen, se tabell 5. I tillegg korrelerte de alle positivt med «Mestringstro» og «Jobbengasjement», samt at de korrelerte negativt med «Mentale helseplager». Opplevelse av mye jobbressurser var altså forbundet med økt mestringstro og jobbengasjement, samt mindre mentale helseplager.

Høy skåre på jobbressurser var generelt samsvarende med lavt sykefravær og sykenærvær.



#### 4.4.4 Personlig ressurs

Det var en signifikant negativ sammenheng mellom «Mestringstro» og «Mentale helseplager» (-.184\*\*), og en signifikant positiv sammenheng mellom «Mestringstro» og «Jobbengasjement» (.265\*\*). «Mestringstro» viser også en negativ sammenheng med «Rollekonflikt» (-.112).

#### 4.4.5 Helsemål

Jobbengasjement viste en negativ korrelasjon med mentale helseplager (-.346\*\*).

Ergo- og fysioterapeuter med høyt sykefravær oppga også et høyt sykenærvær (.312\*\*). Ergo- og fysioterapeuter med høyt sykefravær opplevde også mye «Rollekonflikt» (.138\*\*), mindre «Innflytelse» i arbeidshverdagen (-.147\*\*), mindre «Forutsigbarhet» i arbeidshverdagen (-.143\*\*), mindre sosial støtte og feedback fra leder (-.123\*\*) samt sosialt fellesskap med kolleger (-.106\*). De opplevde også mindre mestringstro (-.150\*\*). På utfallsvariablene så man at terapeuter med høyt sykefravær opplevde mer mentale helseplager (.251\*\*) og mindre jobbengasjement (-.132\*\*).

Ergo- og fysioterapeuter som oppga å ha et høyt sykenærvær opplevde mye krav i jobben, mer «Rollekonflikt», «Konflikter» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver». Det er også signifikante sammenhenger på begge utfallsvariablene, hvor terapeuter med høyt sykefravær også opplevde mer «Mentale helseplager» (.375\*\*) og mindre «Jobbengasjement» (-.144\*\*).

### 4.5 Sammenhenger mellom avhengige og uavhengige variabler

#### 4.5.1 Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og jobbengasjement

Modell 0 i tabell 6, viser bivariate korrelasjoner mellom de uavhengige variabler og den avhengige variabel «Jobbengasjement». Bortsett fra jobbkravet «Generelle krav» som viste seg å ha positiv sammenheng med jobbengasjement (.098\*), viste de resterende jobbkrav en negativ korrelasjon. Alle jobbressurser, samt «Mestringstro» korrelerte også positivt med jobbengasjement. I tillegg viste bakgrunnsvariabelen kjønn en negativ korrelasjon med jobbengasjement hvilket indikerer at kvinnelige ergo- og fysioterapeuter opplevde høyere grad av jobbengasjement enn sine mannlige kolleger. I regresjonsanalysenes modell 1, 2 og 3 forsvant noen av de signifikante funnene fra den bivariate korrelasjonsanalysen med jobbengasjement som den avhengige variabelen (tabell 6). Kjønn mistet sin signifikante negative sammenheng med jobbengasjement i alle modellene. I modell 1 hvor kun jobbkravene ble kontrollert for (sammen med kjønn), ser man at generelle krav

(.216\*\*\*) har en positiv sammenheng med jobbengasjement. «Rollekonflikt» (-.214\*\*\*) og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (-.183\*\*) beholdt sin negative sammenheng. I modell 2, hvor kun jobbbressursene er innlemmet, ser man kun signifikante positive sammenhenger for jobbbressursene «Mening i arbeidet» (.379\*\*\*), «Utvikling» (.201\*\*\*) og «Sosialt fellesskap» (.132\*\*) I modell 3 hvor både jobbkrav og jobbbressurser er slått sammen, så vi de samme positive signifikante sammenhengene mellom jobbbressursene og jobbengasjement, men vi ser at de jobbkravene som hadde signifikante sammenhenger med jobbengasjement forsvant da vi kontrollerte for jobbbressursene. I modell 4, hvor alle jobbkrav og- ressurser, samt den personlige ressursen «Mestringstro» ble inkludert, så man at kun «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (-.090\*) beholdt sin negative signifikante sammenheng. De samme jobbbressursene beholdt sin signifikante positive sammenheng med «Jobbengasjement». Den personlige ressursen «Mestringstro» (.175\*\*\*) beholdt også sin signifikante positive sammenheng med «Jobbengasjement» (tabell 6).

Justert  $R^2$  for de fire modellene viser at de forklarer henholdsvis 13%, 41%, 41% og 44% av variansen i jobbengasjement blant respondentene i undersøkelsen.

Oppsummert viser de multiple regresjonsanalysene at jobbbressursene «Mening i jobben» (.374\*\*\*), «Utvikling» (.193\*\*\*), og «Sosialt fellesskap» (.111\*), samt den den personlige ressursen «Mestringstro» (.175\*\*\*) var de uavhengige variablene som i størst grad viste en positiv sammenheng med jobbengasjementet hos norske ergo- og fysioterapeuter. «Fragmenterte arbeidsoppgaver» var den eneste jobbkrav-variabelen som beholdt en signifikant (men svak) negativ sammenheng med jobbengasjement. Interessant er det også at jobbkrav-variabelen «Generelle krav» var signifikant positivt korrelert med «Jobbengasjement» (.216\*\*\*) i modell 1. Denne signifikante sammenheng forsvant imidlertid i modell 3 og 4.

Tabell 6: Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og jobbengasjement (avhengig variabel) (n= 443)

	Modell 0 <sup>a</sup>	Modell 1 <sup>b</sup>	Modell 2 <sup>b</sup>	Modell 3 <sup>b</sup>	Modell 4 <sup>b</sup>
<b>Bakgrunnsvariabler</b>					
Kjønn (K=1, M=2)	-.094*	-.065	-.038	-.040	-.058
<b>Jobbkraav</b>					
Generelle krav	.098*	.216***		.018	.032
Rollekonflikt	-.284**	-.214***		.036	.037
Konflikter	-.156**	-.073		-.017	-.017
Fragmenterte arbeidsoppg	-.201**	-.183**		-.080	-.090*
<b>Jobbressurser</b>					
Mening	.587**		.379***	.375***	.374***
Innflytelse	.271**		.027	.024	.000
Forutsigbarhet	.366**		.023	.024	.004
Utvikling	.526**		.201***	.204***	.193***
Feedback leder	.323**		.059	.057	.061
Sosialt fellesskap	.411**		.132**	.123**	.111*
<b>Personlig ressurs</b>					
Mestringstro	.265**				.175***
Justert R <sup>2</sup>		.13	.41	.41	.44

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

<sup>a</sup> Bivariate korrelasjoner, Pearsons r

<sup>b</sup> Multiple regresjonsanalyser, standardiserte  $\beta$ -verdier

#### 4.5.2 Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og mentale helseplager

Modell 0 i tabell 7, representerer resultatene av de bivariate korrelasjonsanalysene og hvordan de korrelerte med «Mentale helseplager». Alle de arbeidsrelaterte faktorene viste signifikante sammenhenger med «Mentale helseplager». Som forventet viste alle jobbkraavene en positiv sammenheng (mellom .185\*\* og .397\*\*), og jobbressursene (mellom -.197\*\* og -.359\*\*), samt den personlige ressursen mestringstro (-.184\*\*), viste negative sammenhenger med «Mentale helseplager». I regresjonsanalysenes modell 1, 2, 3 og 4 forsvant noen av de signifikante sammenhengene fra den bivariate korrelasjonsanalysen (tabell 7). I modell 1, ser man der hvor kun jobbkraavene ble kontrollert for, at kjønn beholder sin negative sammenheng (-.097\*), mens «Generelle krav» (.105\*), «Rollekonflikt» (.250\*\*\*) og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (.225\*\*\*) beholdt sin positive sammenheng. I modell 2, hvor kun jobbressursene er innlemmet, så man kun signifikante resultater på jobbressursene «Forutsigbarhet» (.249\*\*\*) og «Sosialt fellesskap» (-.229\*\*\*)). I modell 3, hvor alle jobbkraav og- ressurser, samt den personlige ressursen «Mestringstro» ble inkludert, beholdt kjønn sin negative sammenheng med negative plager, hvilket betyr at kvinnelige ergo- og fysioterapeuter opplever noe mer mentale helseplager enn de

mannlige ergo- og fysioterapeutene (-.087\*). De samme jobbkravene som i modell 1, beholdt sin signifikante positive sammenheng med «Mentale helseplager». Jobbressursene «Forutsigbarhet» (-.165\*\*) og «Sosialt fellesskap» (-.144\*\*) beholdt også sin signifikante negative sammenheng med «Mentale helseplager», som i modell 2. Den personlige ressursen «Mestringstro» beholdt også en signifikant negativ sammenheng med «Mentale helseplager» når det ble kontrollert for effekten av alle de arbeidsrelaterte faktorene, men forsvant derimot i modell 4 da de i tillegg ble kontrollert for effekten av jobbengasjement (tabell 7). «Jobbengasjement» hadde en negativ sammenheng med «Mentale helseplager» (-.241\*\*\*).

Justert  $R^2$  for de fire modellene viser at de forklarer henholdsvis 22%, 18%, 30% og 32% av variansen i mentale helseplager blant respondentene i undersøkelsen.

Oppsummert viser de multiple regresjonsanalysene at kvinnelige ergo- og fysioterapeuter opplevde noe mer mentale helseplager enn sine mannlige kolleger. Jobbkravene generelle krav (.158\*\*), «Rollekonflikt» (.116\*), og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (.164\*\*) var de inkluderte uavhengige variablene som i størst grad viste en positiv sammenheng med mentale helseplager hos norske ergo- og fysioterapeuter. Resultatene indikerte også at jobbressursene «Forutsigbarhet», «Sosialt fellesskap» og ikke minst «Jobbengasjement» har positiv betydning for utvikling av helseplager.

Tabell 7: Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og mentale helseplager (avhengig variabel) (n= 443)

	Modell 0 <sup>a</sup>	Modell 1 <sup>b</sup>	Modell 2 <sup>b</sup>	Modell 3 <sup>b</sup>	Modell 4 <sup>b</sup>
<b>Bakgrunnsvariabler</b>					
Kjønn (K=1, M=2)	-0.081	-.097*	-.078	-.073	-.087*
<b>Jobbkrav</b>					
Generelle krav	.256**	.105*		.150**	.158**
Rollekonflikt	.380**	.250***		.107*	.116*
Konflikter	.185**	.061		.030	0.026
Fragmenterte arbeidsoppg	.397**	.225***		.185***	.164**
<b>Jobbressurser</b>					
Mening	-.197**		-.009	-.001	0.089
Innflytelse	-.221**		-.017	.008	0.008
Forutsigbarhet	-.359**		-.249***	-.166**	-.165**
Utvikling	-.203**		.056	.015	0.062
Feedback leder	-.302**		-.095	-.062	-0.048
Sosialt fellesskap	-.337**		-.229***	-.171***	-.144**
<b>Personlig ressurs</b>					
Mestringstro	-.184**			-.083*	-.041
<b>Positivt helsemål</b>					
Jobbengasjement	-.346**				-.241***
Justert R <sup>2</sup>		.22	.18	.30	.32

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

<sup>a</sup> Bivariate korrelasjoner, Pearsons r

<sup>b</sup> Multiple regresjonsanalyser, standardiserte β-verdier

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes denne undersøkelsens forskningsspørsmål i lys av presentert teori, empiri og resultater. Kapittelet starter med å oppsummere resultatene. Strukturen i dette kapittelet følger forskningsspørsmålenes tidligere presenterte rekkefølge. Sist i kapittelet diskuteres de metodiske betraktningene.

### 5.1 Oppsummering av resultater

Denne undersøkelsen fant at ergoterapeuter opplevde en mer krevende arbeidshverdag enn fysioterapeutene, da de rapporterte mer generelle krav i jobben og skåret høyere på mentale helseplager. I tillegg hadde ergoterapeutene flere sykefraværsdager og sykenærværsdager enn fysioterapeutene. Ergo- og fysioterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten opplevde å ha noe større tilgang til ulike jobbressurser enn sine kolleger i spesialisthelsetjenesten. «Fragmenterte arbeidsoppgaver» var den eneste jobbkrav-variabelen som hadde signifikant negativ sammenheng med jobbengasjement når det ble kontrollert for alle de andre arbeidsrelaterte variablene. Av jobbressursene var det mye «Mening i jobben» og «Utviklingsmuligheter» som hadde størst betydning for jobbengasjement. Høy opplevelse av jobbengasjement viste seg å ha størst betydning for å unngå utvikling av mentale helseplager, men det ble også funnet at jobbressursene «Forutsigbarhet» og «Sosialt fellesskap» hadde signifikant betydning. Alle jobbkrav, bortsett fra «Konflikter» viste positiv sammenheng med mentale helseplager, men det var særlig jobbkravene «Generelle krav» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» som var av størst betydning for utvikling av mentale helseplager hos norske ergo- og fysioterapeuter. Mestringstro viste også å ha signifikant positiv betydning for utvikling av jobbengasjement. Undersøkelsen bekrefter JD-R modellens hypotese om at to psykologisk ulike, men relaterte prosesser påvirker jobbengasjement og mentale helseplager.

### 5.2 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter (F1)

Hvilke jobbkrav og jobbressurser som er av størst betydning for jobbengasjement varierer for ulike yrkesgrupper (Bakker & Demerouti, 2007). Selv om noen studier har fokusert på forskjeller mellom yrkesgrupper er det ifølge Hakanen og Roodt (2010) likevel ikke tilstrekkelig med empiri som særlig belyser mulige forskjeller mellom yrkesgrupper og type arbeidsforhold.

I t-testen viste det seg at ergoterapeuter opplevde mer jobbkrav og mentale helseplager enn sine fysioterapeutkolleger. Det var jobbkravene «Generelle krav» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» ergoterapeutene opplevde som mer belastende enn fysioterapeutene. Resultatene forteller oss at ergoterapeutene i denne undersøkelsen opplevde en høyere arbeidsbelastning, med mindre kontinuitet gjennom arbeidshverdagen, samt mindre tid til å gjøre en tilfredsstillende og faglig god jobb sammenlignet med fysioterapeutene. Dette er i tråd med tidligere empiri knyttet til arbeidsrelatert stress hos ergoterapeuter. Flere studier har funnet at arbeidsrelatert stress hos ergoterapeuter i høyest grad er knyttet til mangel på jobbressurser og opplevelse av høy arbeidsmengde (Lloyd et al., 2005; Wressle & Samuelsson, 2014). Wressle og Samuelsson (2014) fant også at arbeidsrelatert stress blant svenske ergoterapeuter hadde sammenheng med opplevelsen av å jobbe på et overfladisk nivå på grunn av tidsmangel. Verdifull tid med pasientene ble redusert av bl.a. administrative oppgaver og konstante forstyrrelser (Gupta et al., 2012; Wressle & Samuelsson, 2014). I regresjonsanalysen ble det funnet at ergo- og fysioterapeuter kjennetegnes av å være faglig engasjerte hvor tilgang til gode utviklingsmuligheter er særlig viktig, samtidig som denne gruppe helsearbeidere virker til å oppleve å ha motiverende arbeidsoppgaver og med mye mening i jobben. De fleste arbeidstakere er forpliktet til jobben sin og ønsker å gjøre en så god jobb som mulig. Det er ingen unntak for helsepersonell, tvert imot er det funnet at helsepersonell ofte er engasjert i jobben med ønske om å tilby de beste tjenester for befolkningen (Mauno et al., 2007). Ergoterapeuters høye engasjement og ønske om å «gjøre en forskjell» for sine pasienter og brukere kan gjøre dem ekstra sårbare for arbeidsrelatert stress. Denne undersøkelsen understreker tidligere funn knyttet til at ergoterapeuter opplever det belastende ikke å ha tid nok til den faglige kvaliteten man ønsker å tilby sine pasienter og brukere (Gupta et al., 2012; Wressle & Samuelsson, 2014).

Gupta et al. (2012) fant også at ergoterapeuter opplevde urealistiske forventninger knyttet til dem, fra ledelse, kolleger og pårørende. Interessant er det at ergoterapeuter rapporterte om «kontante forstyrrelser» i Wressle og Samuelsson (2014) sin studie, hvor det både handlet om balansering av administrative og kliniske oppgaver, men også, i likhet med Gupta et al. (2012) at ergoterapeuter opplevde at andre hadde forventning til dem i forhold til å jobbe utenfor deres profesjonsverdier, kunnskap- og arbeidsområder. For mange er fysioterapi som fag og profesjon mer kjent. Det er dermed mer opplagt for folk flest hva en fysioterapeut kan bidra med. I t-testen ble det funnet at ergoterapeutene opplevde i høyere grad enn fysioterapeutene å måtte

«balansere» flere arbeidsoppgaver med mindre oversikt og mer krav til å mestre arbeidsoppgavene.

I norsk helsevesen er det langt færre ergoterapiårsverk sammenlignet med fysioterapiårsverk. Dette kan være noe av forklaringen på at ergoterapeuter er mer utsatt for arbeidsrelatert stress enn fysioterapeuter, fordi sistnevnte yrkesgruppe oftere har flere ressurser i form av flere kolleger tilgjengelig. Ergoterapeutene opplevde høyere arbeidspress kjennetegnet av mer ansvar og mindre tid til kvalitet sammenlignet med fysioterapeutene i undersøkelsen. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det totale antall fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten på 5115,2 i 2019, sammenlignet med 2439,3 ergoterapiårsverk. Det betyr at det i kommunene er over dobbelt så mange fysioterapeutressurser enn det er ergoterapeuter. Dette utgjorde 9,5 fysioterapiårsverk pr. 10.000 innbyggere, hvor det kun var 4,5 ergoterapiårsverk pr. 10.000 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2021a). I spesialisthelsetjenesten er det også en langt høyere total fysioterapiårsverk sammenlignet med ergoterapiårsverk, eksempelvis er det totalt 829 fysioterapiårsverk i Helseregion Sør-øst kontra 241 ergoterapiårsverk totalt (Statistisk sentralbyrå, 2021c). Det kan tenkes at ergoterapeuter i større grad kjenner mer på arbeidsbyrder knyttet til at det er flere pasienter og brukere som har behov for deres tjenester, enn hva det er tilgjengelige ressurser og kapasitet til. Dette kan medføre at ergoterapeuter oftere må utføre sine tjenester med kortere tid avsatt på bekostning av god kvalitet på tjenestene, som igjen oppleves utilfredsstillende for den enkelte ansatte.

Ved eksempelvis fravær kan det tenkes at ergoterapeuter er mer sårbare for krav og derav arbeidsrelatert stress som på sikt kan medføre at de i høyere grad enn fysioterapeuter utsettes for å utvikle mentale helseplager. Gupta et al. (2012) fant også at uhåndterbar arbeidsmengde hadde størst betydning for at ergoterapeuter opplevde burnout. I t-testen ser vi at ergoterapeutene i denne undersøkelsen hadde i snitt 3,5 flere sykefraværsdager i året sammenlignet med fysioterapeutene. Ergoterapeutene i denne undersøkelsen var oftere på jobb til tross for sykdom, da ergoterapeutene skåret signifikant høyere sykenærværsdager sammenlignet med fysioterapeutene. Ergoterapeuter kan være mer utsatt for å kjenne på å «la sine kolleger i stikken», fordi få ressurser gjør at de som er på jobb får ytterligere økt arbeidsmengde, eller at de selv utsetter seg for å få for høy arbeidsmengde når de kommer tilbake fordi ingen håndterer arbeidsoppgavene når de er borte.



Det er forskjeller mellom disse to yrkesgruppene i relasjon til kompetanseområder og derav typiske arbeidsoppgaver. Ergoterapeuters kompetanse og arbeidsoppgaver strekker seg ofte ut over flere områder av en persons liv. Mange fysioterapeuter vurderer fysisk funksjon, dog i relasjon til et hverdagsliv, men ergoterapeuter har ofte mer fokus og ansvar for å ta høyde for hverdagslivet og dens mange fasetter. Jo mer ansvar og områder av en persons liv du undersøker, desto mer ansvar og oppfølging under og i etterkant. Ergoterapiintervensjoner består gjerne av et mangfold av ulike kartleggingsmetoder og redskaper og kjennetegnes av å kartlegge viktige aktiviteter i personers liv med fokus på deltakelse i hverdags- og samfunnslivet (Ergoterapeutene, 2017). Mange av disse kartleggingene er tidkrevende i form av både utførelse og etterarbeid som også «stjeler» tiden de ellers kunne brukt til direkte pasient og brukerkontakt. Samlet kan dette oppleves både utilfredsstillende og krevende over tid, og kan være medvirkende faktorer til at ergoterapeuter i høyere grad enn fysioterapeuter kjenner arbeidspress på kroppen og er i større risiko for å utvikle mentale helseplager.

Noe av forklaringen på forskjellene mellom ergo- og fysioterapeuter kan også finnes i at det var en skjevfordeling i kjønn. I utgangspunktet var det få menn i dette utvalget (14,7%), hvorav 81,5% av mennene var fysioterapeuter. Empiri har funnet at det er kjønnsforskjeller i forhold til selvrapportert helse. Kvinner opplever hyppigere mentale helseplager i form av emosjonell utmattelse enn hva menn gjør (Roness & Matthiesen, 2002, s. 214-215).

Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger for sosial støtte og feedback fra leder på jobbengasjement i denne undersøkelsen. Ifølge teori er dette noe overraskende, da både eks. Krav- kontroll- støtte- modellen og JD-R modellen i stor grad vektlegger viktigheten av sosial støtte og feedback fra både kolleger og ledere. Nyttige sosiale relasjoner og støtte fra kolleger og ledere vet vi av empiri kan ha modererende effekt og virke som buffer mellom krav i arbeidssituasjonen og negative helsemessige konsekvenser (Karasek & Theorell, 1990, s. 68-71). Niemi et al. (2018) undersøkte betydningen av anerkjennende utviklingsledelse for fysioterapeuter i både offentlig og privat sektor. Ledere som fokuserer på å fremme positive arbeidsrelaterte faktorer for fysioterapeuter, og som legger til rette for utfordrende utviklings- og karrieremuligheter viste seg å være svært viktig for fysioterapienheter/avdelinger. Ledere med egen bakgrunn i fysioterapi viste seg å utvikle fysioterapi praksis i en positiv retning, i større grad enn de fysioterapeutene som hadde ledere med annen profesjonsbakgrunn. En studie gjort av Gupta et al. (2012) viste at ergoterapeuter opplevde konflikter med arbeidsgiver rundt verdien av ergoterapi. Det at det er

langt færre ergoterapeuter ansatt i norsk helsevesen medfører også bl.a. at det er langt færre ergoterapeuter i lederstillinger. Det å ha overordnede med annen profesjonsbakgrunn kan skape et skille mellom de ansatte og ledelsen, og man må kunne anta at ledelse med lik profesjonsbakgrunn også er fordelaktig for ergoterapeuter i tråd med funnene gjort av Niemi et al. (2018). Det at de fleste ergoterapeuter i Norge har ledere med annen profesjonsbakgrunn gir dermed trolig et dårligere utgangspunkt for tilrettelegging av gode utviklings- og karrieremuligheter for denne yrkesgruppen som også muligens gir noe av forklaringen på hvorfor ergoterapeuter i større grad enn fysioterapeuter opplever mer jobbkrav og er mer utsatt for å utvikle mentale helseplager.

Selv om det viste seg å være reelle forskjeller blant ergo- og fysioterapeuter relatert til opplevelse av jobbkrav og mentale helseplager, vil jeg likevel poengtere at det ikke var store forskjeller, og at det er studier som bl.a. også har funnet at fysioterapeuter opplever arbeidsrelatert stress i relasjon til høy arbeidsmengde og for lite personell på jobb (Lindsay et al., 2008).

### **5.3 Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (F2)**

I denne undersøkelsen ble det funnet at ergo- og fysioterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten opplevde å ha større tilgang til jobressurser. Dette gjaldt spesielt jobressursene «Innflytelse i jobben», «Forutsigbarhet» og «Feedback leder». Det viste seg også at de kommunalt ansatte terapeutene opplevde å ha mer tid til meningsfylte arbeidsoppgaver, mer innflytelse på hvilke arbeidsoppgaver de skulle utføre, i større grad kunne velge fremgangsmåte, og ikke minst påvirke mengde av arbeidsoppgaver og tidsfrister knyttet til disse.

I helsefremmende arbeid legges det særlig vekt på den enkelte setting (Green et al., 2015). Det er i denne sammenheng interessant å diskutere hvordan sykehus som institusjon og organisasjon gir ansatte ergo- og fysioterapeuter dårligere tilgang til jobressurser enn de kommunalt ansatte terapeuter. Lindsay et al. (2008) fant at arbeidsrelatert stress hadde høyere forekomst hos fysioterapeuter som jobbet med innlagte/institusjonaliserte rehabiliteringspasienter. Dette forklarer muligens de forskjellene vi fant i denne undersøkelsen med at settingen i institusjonalisert behandling og tjenester nettopp gir noen andre rammer, vilkår og mulige begrensninger for at ansatte opplever å utføre tilfredsstillende tjenester til sine pasienter og brukere.

Organisasjonskulturen påvirker i høy grad hvordan vi opplever arbeidssituasjonen vår. Hierarkiske organisasjonskulturer finner man typisk i organisasjoner som er særlig formaliserte og strukturerte. Tydelige prosedyrer, formelle regler og policyer styrer arbeidshverdagen og ledelsen kjennetegnes ofte av å fungere som gode koordinatore og organisatorer drevet av effektivitet (Mijakoski et al., 2015). I norsk helsevesen finner vi ikke sjeldent en slik organisasjonskultur, og kanskje spesielt i spesialisthelsetjenesten. I t-testen fant vi at ansatte i spesialisthelsetjenesten opplevde i mindre grad å ha innflytelse på hvilke fremgangsmåte/metode de kunne bruke for å løse arbeidsoppgavene sammenlignet med de kommunalt ansatte. Ansatte i spesialisthelsetjenesten tilbyr mer spesialiserte tjenester og er mer spesialisert i form av å jobbe med mer spesifikke pasientgrupper og derav tilhørende prosedyrer og praksis omkring de enkelte pasientgruppene. Sykehus som setting og organisasjon stiller kanskje større krav til de ansatte i forhold til å bruke standardiserte fagprosedyrer i sin fagutøvelse sammenlignet med de kravene som stilles for de kommunalt ansatte. Bruk av fagprosedyrer knyttet til pasientgrupper og diagnoser har blitt en stor del av arbeidshverdagen for sykehuspersonell. Resultatene av t-testen indikerte også at kommunale ergo- og fysioterapeuter opplevde i noe høyere grad å bli inndratt og kunne medvirke i endringsprosesser som berører arbeidet sitt. Det at sykehusansatte ikke så ut til å oppleve å bli tatt med i beslutninger og organisasjonsendringer, og i mindre grad oppleve forutsigbarhet for fremtidig arbeidssituasjon kan også tenkes å skyldes den hierarkiske organisasjonskulturen i spesielt sykehussektoren, med en mer utbredt «ovenfra- ned- ledelse» (top-down).

Antall sykehusopphold har økt de siste årene, og i 2019 var gjennomsnittlig liggedøgn på norske sykehus 4.2 dager (Statistisk sentralbyrå, 2021b). Helsepersonell opplever økte krav om å utføre flere arbeidsoppgaver på kortere tid (Høstmark, 2020). Sykehuspersonell må oftere håndtere mer akutte og «aktive» sykdomsforløp og derav behandlinger enn ansatte i kommunehelsetjenesten. Ansatte i spesialisthelsetjenesten er muligens oftere mer presset på tid, hvor det kan være vanskeligere å «komme til» på eksempelvis en travel akutt sengepost. Ergo- og fysioterapeuter ansatt i kommunen har gjerne kontakt med pasienten over lengre tid hvilket også gir større muligheter for bl.a. å ha mer innflytelse på tidsfrister og i større grad tid til å utføre arbeidsoppgaver, med mer «frihet» til å velge ulike metoder og fremgangsmåter i pasientbehandlingen. Kommunale ergo- og fysioterapeuter har i større grad muligheter for å behandle sine brukere utenfor helsevesenets institusjonelle rammer som gir andre forutsetninger

for faglig god og tilfredsstillende behandling og oppfølging enn de ansatte i spesialisthelsetjenesten.

Likevel peker resultatene av denne undersøkelsen på at ergo- og fysioterapeuter uavhengig om de jobber i spesialist- eller kommunehelsetjenesten har flere arbeidsrelaterte forhold som ligger til rette for å utvikle jobbengasjement.

## **5.4 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbressurser på hhv. Jobbengasjement og mentale helseplager (F3)**

### **5.4.1 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbressurser på jobbengasjement**

Den eneste jobbkrav-variabelen som hadde signifikant negativ sammenheng med jobbengasjement når det ble kontrollert for alle de andre arbeidsrelaterte variablene var «Fragmenterte arbeidsoppgaver» (tabell 6). Det å ha så mange forskjellige arbeidsoppgaver at det blir vanskelig å få til en kontinuitet gjennom arbeidsdagen med arbeidsoppgaver som «spriker i alle retninger» viste seg å hindre utvikling av jobbengasjement i størst grad. Krav-kontroll-støtte-modellen søker å forklare hvordan ansatte med stor grad av kontroll også har større muligheter for selv å håndtere de ulike jobbkravene (stressorene) i arbeidshverdagen. Dette bidrar til utvikling av bl.a. mestringsstrategier. Mangel på opplevelse av autonomi i arbeidshverdagen kan dermed medføre at krav blir for overveldende. Funnene understøtter denne antagelsen, hvor vi ser at liten grad av autonomi og kontroll for ergo- og fysioterapeuter er ser ut til å hindre utvikling av jobbengasjement i størst grad. Ebling og Carlotto (2012) fant også i sin studie hvordan mangel på kontroll satte sykehusansatte i risiko for å utvikle burnout. JD-R modellen antar at kontroll over arbeidsoppgaver (autonomi) kan virke som en buffer på jobbkrav ved arbeidsrelatert stress (Hakanen & Roodt, 2010). I helsevesenet ser vi ofte hierarkiske organisasjonskulturer. Dette ser også ut til å påvirke muligheten til å oppleve kontroll i arbeidshverdagen for ergo- og fysioterapeuter, og spesielt for de ansatte i spesialisthelsetjenesten (jamfør kapittel 5.3). Det å ikke kunne påvirke og medvirke i hvordan arbeidsoppgaver skal utføres og prioriteres, samt hvilken rekkefølge og tidsbruk som legges ned i de ulike arbeidsoppgavene bør tas på alvor i arbeidsmiljøarbeid for ergo- og fysioterapeuter.

I regresjonsanalysens modell 1 (tabell 6) så man at alle jobbkrav, bortsett fra «Konflikter» hadde signifikant negativ sammenheng med jobbengasjement. I modell 3 når det ble kontrollert for både

krav og ressurser forsvant de signifikante negative sammenhengene mellom jobbkrav og jobbengasjement, mens jobbressursene holdt seg nærmest uendret sammenlignet med i modell 2 når kun jobbressursene var kontrollert for. Det er først i modell 4 når det også ble kontrollert for effekten av mestringstro at den svake signifikante negative sammenhengen mellom jobbkrav og jobbengasjement på «Fragmenterte arbeidsoppgaver» ble funnet. Jobbressurs-variablene med sterkest sammenheng på jobbengasjement holdt seg imidlertid ganske stabilt. Selv om det var en signifikant negativ sammenheng mellom «Konflikter» og jobbengasjement i den bivariate korrelasjonsanalysen, ble det ikke funnet noen signifikant negativ betydning mellom «Konflikter» og jobbengasjement i noen av modellene i regresjonsanalysen.

Flere av jobbkravenes signifikante negative sammenheng med jobbengasjement forsvant helt når det ble kontrollert for effekten av jobbressurser i modell 4 i regresjonsanalysen. Dette kan i tråd med JD-R modellen bekrefte antagelsen om at jobbkrav og jobbressurser har sammensatte effekter på jobbengasjement. I den videreutviklede JD-R modellen antas ulike jobbressurser å kunne fungere som buffere mot jobbkrav (Bakker & Demerouti, 2007; Hakanen & Roodt, 2010, s. 89). For det første forklarer bufferhypotesen interaksjonen mellom jobbressurser og jobbkrav ved å anta at forholdet mellom jobbkrav og jobbengasjement er svakere for ansatte som har god tilgang til jobbressurser i sin arbeidshverdag. For det andre hevder JD-R modellen at jobbressurser virkelig får utvikle seg når ansatte møter høye jobbkrav (Hakanen & Roodt, 2010, s. 89). Det faktum at den negative sammenhengen mellom jobbkrav og jobbengasjement forsvant på flere av de inkluderte jobbkrav-variablene i regresjonsanalysen når det ble kontrollert for alle jobbressursene kan bety at ressursenes buffereffekt førte til en balanse i krav for ergo- og fysioterapeuter.

Når det kommer til hvilke jobbressurser som hadde størst betydning for jobbengasjement var det i regresjonsanalysen «Mening i jobben» og «Utviklingsmuligheter» som i størst grad ga en effektforklaring på jobbengasjement. I tillegg var det signifikante sammenhenger mellom «Sosialt fellesskap» og jobbengasjement, men denne sammenhengen var ikke like sterk som mye mening i jobben og gode utviklingsmuligheter. Tidligere studier har vist at utviklingsmuligheter definert som jobbressurs har stor betydning for den ansatte, og dermed er et viktig bidrag til jobbengasjementet (Hakanen & Roodt, 2010; Schaufeli & Salanova, 2007).

Teori og empiri legger stor vekt på gode sosiale relasjoner og fellesskapsfølelse i relasjon til en helsefremmende arbeidsrelatert prosess (Bakker & Demerouti, 2007; Karasek & Theorell, 1990).

God støtte i form av gode relasjoner med kolleger med mye feedback viste seg å ha en signifikant sammenheng i denne undersøkelsen også, men det var ikke så viktig som mye mening i jobben og gode utviklingsmuligheter. Det er noe overraskende at sosial støtte og feedback fra leder ikke hadde signifikant betydning for jobbengasjement i regresjonsanalysene. I den bivariate korrelasjonsanalysen hadde «Feedback leder» en relativt betydelig sammenheng (.323\*\*), men det kan muligens være relatert til at det er leder som «bestemmer»/har innvirkning på om ergo- og fysioterapeuter får gode muligheter til å utvikle seg gjennom eksempelvis kurs og utdannelser og derigjennom faglig oppdatering som viser seg å være viktig for disse yrkesgruppene.

Regresjonsanalysen viste at flere jobbressurser hadde sterkere sammenhenger med jobbengasjement enn de inkluderte jobbkravene. Dette er i tråd med JD-R modellens antakelse om at jobbengasjement i større grad påvirkes av tilgang til jobbressurser, og i mindre grad av betydningen av ulike jobbkrav. I denne undersøkelsen er det imidlertid i regresjonsanalysen (modell 1 i tabell 6) funnet at «Generelle krav» korrelerte positivt med jobbengasjement (.216\*\*\*). Dette er et interessant funn, som bekrefter Hakanen og Roodt (2010) antagelser om at det må skilles mellom to ulike typer jobbkrav: de «utfordrende» og de «hindrende». Den positive sammenhengen mellom generelle krav og jobbengasjement som ble funnet i modell 1 kan muligens forklares ved at spørsmålsstillingene som inngår i undersøkelsens «Generelle krav»-variabel virker til å omhandle noen «utfordrende» krav. «Generelle krav»-variabelen i denne undersøkelsen måler bl.a. hvordan ergo- og fysioterapeuter opplever tidspress, samt håndtering av utfordrende arbeidsoppgaver. Hvis ansatte opplever å ha tilgang til både jobbressurser og personlige ressurser i tilstrekkelig grad kan disse bidra til at de utfordrende kravene de stilles ovenfor settes inn i en meningsfylt sammenheng og derigjennom bidrar til økt jobbengasjement (Hakanen & Roodt, 2010). Resultatene av denne undersøkelsen bekrefter dette, da det tyder på at ergo- og fysioterapeuter opplever å ha tilgang til ulike jobbressurser som fostrer engasjement. I kombinasjon kan dette i tilstrekkelig grad bidra til at de «utfordrende» kravene de møter i arbeidshverdagen på mange måter oppleves som utviklende og dermed er med på å forklare ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement. Jobbressurser kan ha en modererende virkning på sammenhengen mellom jobbkrav og jobbengasjement, da den positive assosiasjonen mellom jobbressurser og jobbengasjement er forventet å være høyere når jobbkravene er høye (Hakanen & Roodt, 2010, s. 89). Dette er i tråd med antakelser i både krav-kontroll-støtte modellen (Karasek og Theorell, 1990) og JD-R modellen (Bakker & Demerouti, 2007). En studie gjort på offentlig ansatt helsepersonell har også funnet empirisk støtte for dette. (Mauno et al., 2007) fant at

utfordrende krav i form av tidspress hadde positiv sammenheng med utvikling av jobbengasjement. Funnet indikerte at tidspress må være relativt høyt for å ha negativ innvirkning på jobbengasjement, og at tidspress derfor også kan fungere som en motivasjonsfremmende jobbressurs. Både Antonovsky (2012) og Karasek og Theorell (1990) har advart mot underbelastning i arbeidet, da krav kan gi muligheter for å utvikle kunnskap og potensial, mens mangel på krav vanskeliggjør nyttige erfaringer med å håndtere ulike situasjoner som faktisk fostrer vekst. Det at ergo- og fysioterapeuter ser ut til å være særlig opptatt av fag og utvikling kan indikere at nettopp ulike krav ergo- og fysioterapeuter møter som offentlig ansatte rundt om i de norske helsetjenester på ulike måter også kan oppleves som utfordrende og dermed utviklende for disse yrkesgruppene.

Resultatene indikerer at arbeidsplasser som ønsker motiverte, engasjerte og dermed produktive ergo- og fysioterapeuter bør sørge for tilgang til nødvendige jobbressurser, men kartlegging av jobbkrav som oppfattes som håndterbare og følgelig noe positivt må også få sitt søkelys. Når ergo- og fysioterapeuter har tilstrekkelig tilgang til jobbressurser i sin arbeidshverdag vil jobbkravene ikke nødvendigvis oppleves like anstrengende og tappende.

#### **5.4.2 Sammenhenger mellom jobbkrav og jobbressurser på mentale helseplager**

Kjønn hadde mer eller mindre ingen betydning på mentale helseplager i denne undersøkelsen, selv om resultatet viste liten sammenheng (-0.087\*). Tradisjonelt har utbrenthet gått for å være hyppigere hos kvinner enn hos menn. Litteraturen på området er likevel varierende og dermed kontroversiell. Likevel er det konsensus for kjønns-skiller på de enkelte utbrenthetsdimensjonene, hvor kvinner eks. oftere opplever å bli emosjonelt utmattet mens menn er i mer risiko for depersonalisering (Roness & Matthiesen, 2002, s. 214-215).

Ser vi på jobbkrav- og jobbressursenes betydning på mentale plager er bildet noe annerledes enn vi så med jobbengasjement som utfallsvariabel. Forutsigbarhet hadde ingen effekt på jobbengasjement men viste seg å ha signifikant negativ effekt på mentale helseplager. Dette handler bl.a. om å oppleve å medvirke, holde seg á jour og ha forutsigbarhet med tanke på hvilke arbeidsoppgaver du innehar i nær fremtid. En slik usikkerhet i arbeidshverdagen kan lett tenkes å medvirke til arbeidsrelatert stress og kanskje særlig i en tid hvor vi står midt oppi en pandemi. Jobbressurs- variabelen «Sosialt fellesskap» viste seg å ha større betydning for å hindre utvikling av mentale helseplager enn for utvikling av jobbengasjement, selv om variabelen hadde

signifikante sammenhenger på begge utfallsvariabler i denne undersøkelsen. Jobbkraav kan som tidligere nevnt også være en faktor som resulterer i positive utfall når de kombineres med fordelaktige jobbressurser som eksempelvis sosialt fellesskap fra kolleger. Disse to prosessene er relatert til hverandre hvor de positive jobbressursene vil påvirke de negative og omvendt. Disse interaksjonsprosessene viser viktigheten av gode sosiale relasjoner på jobb, og presiserer viktigheten av å jobbe med å skape en god kultur hvor man fokuserer på det sosiale fellesskapet. Arbeidsmiljøutvikling for ergo- og fysioterapeuter med fokus på å gi god sosial støtte og feedback til hverandre som kolleger kan bidra til å forebygge mentale helseplager. Det som likevel viste seg å ha størst betydning for å unngå utvikling av mentale helseplager var jobbengasjement.

For utvikling av mentale plager ser vi at alle jobbkraav, bortsett fra «Konflikter» viste positiv sammenheng med mentale helseplager. Dette er i tråd med JD-R modellens og dens antagelse om at høye arbeidskraav anses som hovedårsak til helseplager. Det var særlig jobbkraavene «Generelle kraav» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» som var av størst betydning for utvikling av mentale helseplager hos norske ergo- og fysioterapeuter. Det indikerer at mangel på autonomi i kombinasjon med høy arbeidsbelastning bidro i størst grad til at ergo- og fysioterapeuter utvikler arbeidsrelatert stress og mentale helseplager. Arbeidsrelatert stress på grunn av høy arbeidsmengde har også blitt funnet å være mer relatert til jobbkraav enn til jobbressurser blant svensk helsepersonell (Peterson, Demerouti, Bergström, Åsberg, & Nygren, 2008; Peterson, Demerouti, Bergström, Samuelsson, & Åsberg, 2008; Wressle & Samuelsson, 2014).

Portoghese et al. (2014) setter fokus på viktigheten av strategier som er myntet på å redusere arbeidsmengde for ansatte og øke kontroll i arbeidshverdagen, og at dette er særlig viktig når ansatte opplever å ha liten tilgang til jobbressurser. Dette er krevende problemstillinger for ledere i helsevesenet, men det er nødvendig og viktig å tilrettelegge for at helsepersonell i høyere grad får en mer fleksibel arbeidssituasjon som kan bidra til å redusere arbeidsmengden. Det vil også kunne sikre autonomi i arbeidshverdagen (Portoghese et al., 2014), som også teoretisk er ansett som en viktig mestringsstrategi for å redusere arbeidsbelastning (Karasek & Theorell, 1990).

Regresjonsanalysene i denne undersøkelsen viser hvor viktig det er å identifisere både de positive og negative arbeidsrelaterte faktorene for offentlig ansatte ergo- og fysioterapeuter. Resultatene peker på at ledere med ansvar for ergo- og fysioterapeuter bør ha særlig fokus på jobbengasjement i arbeidsmiljøarbeid for disse yrkesgruppene, da det har størst betydning for å forebygge mentale helseplager. Ledere må også jobbe for å øke tilgang til jobbressurser, som igjen



fostrer engasjement og kan virke som buffere mot de jobbkravene offentlig ansatte ergo- og fysioterapeuter står ovenfor. Autonomi kan fungere som buffer for høye jobbkraav og derigjennom redusere arbeidsrelatert stress (Mijakoski et al., 2015). For å øke jobbengasjementet til disse yrkesgruppene og derigjennom også forebygge mentale helseplager, bør det legges til rette for gode utviklingsmuligheter med faglige motiverende arbeidsoppgaver. Dette er yrkesgrupper som er faglig engasjerte og som er opptatt av å utvikle seg, og at dette skal gagne deres pasienter og brukere. Det å legge til rette for eksempelvis kurs og videreutdanninger, og gode arenaer for faglig utvikling sammen med kolleger kan vise seg å være helt essensielt i arbeidsmiljøarbeid for disse yrkesgruppene i årene fremover.

## **5.5 Sammenhengen mellom mestringstro og hhv. Jobbengasjement og mentale helseplager (F4)**

I resultatene fra regresjonsanalysen kom det frem at det var positiv sammenheng mellom ergo- og fysioterapeuters mestringstro og jobbengasjement. Det er mye som tyder på at personlige ressurser har innvirkning på jobbengasjement og positiv helseutvikling. Xanthopoulou et al. (2007) fant i sin studie at personlige ressurser i vesentlig grad bidro til forklaringen av variansen i jobbengasjement, hvilket også underbygges av forskning gjort av Bakker og Leiter (2010a). Dette funnet underbygger dermed antakelsen i den videreutviklede JD-R modellen om at personlige ressurser i tillegg til jobbressurser antas å fremme jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2008).

Teori og empiri har påvist både resiprok og kausal sammenheng mellom mestringstro og jobbengasjement (Hakanen & Roodt, 2010, s. 88-89). Mestringstro er relatert til positive følelser, som igjen virker positivt inn på jobbengasjement, som igjen påvirker god jobbutførelse og positiv helseutvikling (Salanova mfl., 2010).

I regresjonsanalysen med mentale plager som utfallsvariabel, så vi at mestringstro hadde signifikant negativ sammenheng med mentale helseplager når det ble kontrollert for både jobbkravene og jobbressursene (tabell 7). Den signifikante sammenhengen forvant imidlertid når det også i modell 4 ble kontrollert for effekten av jobbengasjement. Gonzalez-Roma m.fl. (2006) fant at lav mestringstro predikerte utbrenthet, og Bandura (2009) har også beskrevet hvordan lav mestringstro kan føre til negativ helseutvikling. Manglende signifikant negativ sammenheng mellom mestringstro og mentale helseplager i regresjonsanalysens modell 4 kan muligens forklares gjennom JD-R modellens teoretiske antakelser om at to ulike psykologiske prosesser, én

motivasjonsprosess (som mestringstro representerer) videre fører til jobbengasjement, og en helsereduserende prosess som fører til bl.a. mentale helseplager (Demerouti, Bakker, Nachreiner, et al., 2001). Dette gir en indikasjon på at mentale helseplager-variabelen i denne undersøkelsen nettopp målte en helsereduserende, patogen prosess. Det at det ikke ble funnet signifikante sammenhenger mellom mestringstro og mentale helseplager kan da forklares gjennom at det er andre psykologiske prosesser som bidrar til jobbengasjement enn de helsereduserende tilstandene (Demerouti, Bakker, Jonge, et al., 2001). Mestringstro fører til jobbengasjement som igjen fører til mindre mentale helseplager (jmfør kapittel 5.4.2).

Mestringstro kan gjennom sin positive relasjon til jobbengasjement betraktes som en helsefremmende faktor for ergo- og fysioterapeuter. Skal ergo- og fysioterapeuter få opprettholde og videreutvikle høy grad av jobbengasjement bør man også fokusere på personlige ressurser, da vi vet at det har betydning for en positiv «gevinstspiral» i en arbeidslivssetting (Bakker & Demerouti, 2008; Salanova et al., 2010). Den gjensidige forsterkende «gevinstspiralen» mellom psykologisk kapital og jobbengasjement beskriver den sammensatte effekten av hvordan ansatte med mye psykologisk kapital har bedre muligheter for å videreutvikle og positivt forsterke de jobbressursene som er særlig fordelaktige i et arbeidsliv som derigjennom utvikler jobbengasjement. Fokus på mestringstro og jobbengasjement vil dermed ha positive effekter for både de ansatte og organisasjonen (Sweetman & Luthans, 2010, s. 66).

Personlige ressurser kunne hatt en større rolle i denne undersøkelsen, hvor eksempelvis flere av komponentene i psykologisk kapital hadde blitt inkludert. På bakgrunn av omfanget i dette masterprosjektet og behovet for å begrense kompleksiteten var det i seg selv begrunnelse for kun å inkludere mestringstro som personlig ressurs. Ved å inkludere flere personlige ressurser ville man muligens også sett flere forskjeller mellom yrkesgruppene i denne undersøkelsen. Det er i tillegg også et argument at det for organisasjoner er lettere å påvirke jobbressurser enn det er å påvirke hver enkelt ansattes personlige ressurser.

## **5.6 Sammenheng mellom jobbengasjement og mentale helseplager (F5)**

Det viste seg å være signifikante negative sammenhenger mellom jobbengasjement og mentale helseplager (-.346\*\*) i den bivariante korrelasjonsanalysen, og det ble også funnet i regresjonsmodellen (tabell 7) hvor alle arbeidsmiljøfaktorer, samt jobbengasjement ble inkludert og kontrollert for (-.241\*\*\*). Dette betyr at jobbengasjement var den viktigste arbeidsrelaterte

faktoren for å forebygge utvikling av mentale helseplager. Dette funnet understøtter JD-R modellens antakelse om at jobbengasjement og mentale helseplager er negativt korrelert (Schaufeli & Bakker, 2004). Betydningen av dette funnet er viktig å få frem i søkelyset, for skal man fortsette å opprettholde og skape gode forutsetninger for at ergo- og fysioterapeuter skal ha det bra på jobb og forebygge utvikling av arbeidsrelatert stress og mentale helseplager er det helt essensielt å jobbe for å fremme jobbengasjement. I denne sammenheng er det viktig å poengtere at tidligere empiri peker på at engasjerte ansatte bidrar til positive utfall på organisasjonsnivå (Sweetman & Luthans, 2010), i denne kontekst i form av lønnsomme og gode pasient- og brukertilbud i det norske helsevesenet. Ergo- og fysioterapeuter rundt om i landet i de ulike helsetjenestene yter daglig for sine pasienter og brukere med sin gode kunnskap. Resultatene av regresjonsanalysen indikerte at ergo- og fysioterapeuter en gruppe motiverte helsearbeidere som synes det å holde seg faglig oppdatert med gode utviklingsmuligheter var særlig viktig, og som viste seg i størst grad å bidra til utvikling av jobbengasjement og derigjennom positiv helseutvikling. Torp et al. (2012) oppmuntrer nettopp organisasjoner til å jobbe med å utvikle jobbengasjement for de ansatte i tillegg til å forebygge mentale helseplager. Ved å legge til rette for å øke jobbengasjement vil det sannsynligvis ha mer positive effekter på en organisasjon enn de mer tradisjonelle forebyggende tiltakene, fordi jobbengasjement er smittende og nært relatert til god arbeidsutførelse og motiverte arbeidstakere (Bakker & Demerouti, 2008; Demerouti & Cropanzano, 2010, s. 152).

## 5.7 Metodiske betraktninger

### 5.7.1 Reliabilitet

En undersøkelses reliabilitet har relasjon til undersøkelsens data, hvor stabilt det vi måler er, og dermed hvorvidt resultatene er konsistente og nøyaktige (Langdridge, 2006, s. 41).

Datainnsamlingen, både hvordan den innsamles og bearbeidingen av datamaterialet er derfor viktig for reliabiliteten (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 231). Dette er detaljert beskrevet i kapittel 2. Det at spørreskjemaundersøkelsen innhenter subjektive vurderinger er i seg selv en trussel mot undersøkelsens reliabilitet fordi det kan medføre at eks. dagsform og ulike andre omstendigheter rundt utfylling av skjemaet påvirker svarene (Theorell & Hasselhorn, 2005). Det er benyttet validerte og reliabilitet-testede spørsmål i denne undersøkelsen, samtidig som det også er et forholdsvis stort utvalg inkludert i undersøkelsens analyser, hvilket også er med på å øke reliabiliteten (Langdridge, 2006, s. 50).

I denne undersøkelsen ble det kun innhentet selvrapporterte data. Det at alle variabler ble innhentet på denne måten kan medføre uoverensstemmende korrelasjoner på grunn av «common method bias» (Conway & Lance, 2010). Ulike karaktertrekk blant respondentene kan påvirke ulik forståelse og opplevelse av de inkluderte variabler og derigjennom undersøkelsens resultater, men det å måle jobbingasjement og personlige ressurser er nærmest umulig å gjøre på andre måter enn gjennom selvrapportert data (Mäkikangas, Kinnunen, & Feldt, 2004).

Utfordringer med «common method bias» gjelder imidlertid for de aller fleste undersøkelser som innhenter selvrapporterte mål, og det anses derfor som en typisk begrensning i mange ulike undersøkelser. Likevel er det ikke alltid slik at «common method bias» påvirker sammenhengene mellom inkluderte variabler i denne type undersøkelser. Derfor er det viktig å være klar over dette og forsøke å minimere denne type feilkilder i så høy grad som mulig (Conway & Lance, 2010). En faktor som kan ha minimert en slik uoverensstemmelse av korrelasjoner mellom variablene i denne kontekst, er at det var et relativt homogent utvalg som trolig har medført begrenset variasjon og derigjennom bidratt til overensstemmende korrelasjoner.

Indre konsistens er målt ved Cronbachs alfa, som forteller oss noe om hvorvidt de inkluderte spørsmålene i hver variabel måler samme fenomen, og er et uttrykk for undersøkelsens reliabilitet (Nunnally & Bernstein, 1994, s. 90+212). I denne undersøkelsen hadde de målte variablene

tilfredsstillende verdier, med unntak av «Konflikter» som kun inneholdt to spørsmålsstillinger og hadde en Cronbach's  $\alpha$  på 0.431, se tabell 1 (Nunnally & Bernstein, 1994, s. 251-252).

### 5.7.2 Validitet

Det var oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål som satte rammer for valget av metodisk tilnærming, og det ble derfor benyttet kvantitativ metode til datainnsamlingen. Anvendelsen av metoden har gitt muligheten til å samle inn generell kunnskap om hvilke faktorer som påvirker norske ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og helseplager. Et grundigere, mer systematisert og kvalitativt arbeid i forkant, hvor det hadde blitt foretatt kvalitative intervjuer av norske ergo- og fysioterapeuter ville ha vært det foretrukne. De kvalitative intervjuene, hvor utvalgte ergo- og fysioterapeuter bl.a. hadde fått spørsmål om hvilke arbeidsrelaterte faktorer de anså som mest avgjørende for deres jobbengasjement og mentale helseplager, ville styrket denne undersøkelsen og bidratt til dypere forståelse og innsikt. Dette ville også gjort det mulig å tilpasse et enda mer skreddersydd spørreskjema til nettopp dette utvalget. Av hensyn til både tidsrammen og omfanget i dette masterprosjektet, ble det dessverre ikke mulig å gjennomføre.

Den viktigste metodiske begrensningen i denne studien er at det er en tverrsnittsundersøkelse. Alle de arbeidsrelaterte faktorene samt helsemålene (utfallsvariablene) er innsamlet på ett tidspunkt, og man kan derfor ikke trekke noen sikre kausale slutninger (Theorell & Hasselhorn, 2005). Til tross for de metodiske begrensningene som ligger i tverrsnittsundersøkelser, bygger denne undersøkelsen på teori og empiri som likevel kan sannsynliggjøre at det er snakk om kausale effekter. Tverrsnittsundersøkelser kan foreta sofistikerte statistiske kontroller for andre variabler, men problemet er at vi kun kan kontrollere for de faktorene vi vet om, men med gode muligheter til å få frem komplekse sammenhenger mellom en mengde variabler. Problemet er at vi aldri kan kontrollere for de forholdene vi ikke vet noe om. Derfor forutsetter det at vi anvender god teori for å kunne presentere antakelser på kausale forhold (Jacobsen, 2018, s. 108-109). Det finnes også longitudinelle undersøkelser hvor JD-R modellen er brukt som teoretisk rammeverk, som bl.a. gir støtte for antakelsene om kausale sammenhenger (Lesener et al., 2019; Mauno et al., 2007). Det er likevel behov for flere studier som inkluderer longitudinelle data i henhold til denne undersøkelsens tema (Schaufeli & Bakker, 2004). Theorell og Hasselhorn (2005) poengterer at tverrsnittstudier som undersøker psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i relasjon til helse likevel har en viktig rolle i stressforskning. Disse undersøkelsene er ofte det første steget til å identifisere hvilke arbeidsrelaterte faktorer som kan ha negative konsekvenser for utsatte grupper i

arbeidslivet. Det argumenteres for at utvalget i denne undersøkelsen representerer en gruppe helsearbeidere det hittil har vært fokusert lite på i relasjon til arbeidsmiljø generelt og positiv helse spesielt.

En annen viktig metodisk begrensning i denne undersøkelsen er at svarprosenten var lav (35 %). Svarprosenten i survey-undersøkelser har vært stadig fallende de siste årene (Johannesen et al., 2016, s. 247) og det er derfor en kjent utfordring ved å benytte spørreskjema som datainnsamling (Aarø, 2007, s. 29). Dette kan ha sammenheng med at denne type undersøkelse har blitt så vanlige at mange trolig er lei av å fylle ut spørreskjemaer (Aarø, 2007, s. 29). Det er vanlig at ca. 30-40% av de man forsøker å nå ut til svarer (Johannesen et al., 2016, s. 247). Det er ønskelig å få så høy svarprosent som mulig for å minimere feilkilder, men det behøver nødvendigvis ikke bety at undersøkelser med høy svarprosent gir riktigere resultat (Aarø, 2007, s. 29). Det er ulike forhold som kan ha konsekvenser for oppslutningen om spørreskjemaundersøkelser og som kan bidra i noen grad til å øke deltakelsen. Det kan diskuteres om svarprosenten hadde vært høyere dersom jeg hadde sendte ut informasjon om undersøkelsen i forkant av rekrutteringen. Et slikt forhåndsvarsel virker imidlertid ikke alltid etter hensikten, hvor oppslutningen om en undersøkelse faktisk noen ganger går ned når informasjon er gitt på forhånd (Aarø, 2007, s. 30). En annen strategi som ble vurdert anvendt i forsøk på å øke deltakelse var bruk av sosiale medier, men dette ble jeg frarådet å gjøre på bakgrunn av risiko for å fremstå som «lite seriøs» i denne kontekst. Det å ta i bruk slike rekrutteringsstrategier kan også medføre flere skjevheter og dermed et mindre representativt utvalg, hvor det faktisk blir problematisk å øke svarprosenten. Det kan tenkes at de som er minst velvillige til å delta, men likevel velger å delta i mindre grad er opptatt av å svare ærlig og presist på undersøkelsens spørsmål (Aarø, 2007, s. 30).

Lav svarprosent til tross, er likevel en total på 443 ergo- og fysioterapeuter som har svart på denne spørreskjemaundersøkelsen et relativt stort utvalg. Dette er en styrke da større utvalg har færre skjevheter (Langdridge, 2006, s. 50). Det var heller ingen utelatte svar, hvilket også er en styrke at samtlige respondenter har svart på alle de inkluderte spørsmål i spørreskjemaet. Anonymiteten som muliggjøres ved å bruke elektroniske survey-undersøkelser blir ansett som en fordel da det kan føre til at respondenter tørr å svare mer ærlig. Likevel bør det i denne type undersøkelser tas høyde for at respondenter kan føle på frykt for at overordnede skal få tilgang til eller innsyn i resultatene (Theorell & Hasselhorn, 2005). I denne undersøkelsen ble det derfor i informasjonsskrivet (vedlegg 3) påpekt at deltakelsen var anonym og presisert at hverken

arbeidsgiver eller ansvarlige for undersøkelsen ikke ville kunne spore svarene, nettopp for å minimere denne type feilkilde.

Lav svarprosent kan være problematisk dersom frafallet ikke skyldes tilfeldigheter, eksempelvis hvis de respondentene som har deltatt varierer fra de som ikke valgte å delta. En undersøkelse Sjøgaard, Selmer, Bjertness og Thelle (2004) gjorde viste at de som ikke svarer i denne type undersøkelser har noe dårligere helse og lavere inntekt enn de som velger å delta. Utvalget i denne undersøkelsen er relativt homogent, hvor offentlig ansatte ergo- og fysioterapeuter bl.a. har likt lønnsforhold. I Sjøgaard et al. (2004) undersøkelse ble det ikke funnet forskjeller i forholdet mellom undersøkelsers uavhengige og avhengige variabler, men kun beskjedne forskjeller på de demografiske faktorene (hvor mange og hvem som svarer). Det betyr at den lave svarprosenten trolig ikke har hatt stor påvirkning på sammenhengen mellom de arbeidsrelaterte faktorene på henholdsvis jobbegasjement og mentale helseplager i denne undersøkelsen.

Datamaterialet for denne undersøkelsen ble innhentet på et spesielt tidspunkt, da landet var rammet av en pandemi. Flere ledere påpekte under rekrutteringen at flere av deres ansatte ergo- og fysioterapeuter var permittert i forbindelse med den pågående covid-19 situasjonen, og antydte at det muligens kunne påvirke svarprosenten.

I ettertid ser jeg at en ukes tidsfrist ble for kort, da flere ledere kunne bruke opptil flere dager på å sende ut invitasjonen til sine ansatte ergo- og fysioterapeuter. Særlig der hvor eks. en ergoterapileder ønsket å sende ut til sin gruppe ergoterapeuter (eller ta det opp i et ledermøte), og tilbød seg å videresende til sine lederkolleger ble fristen ofte kun et par dager. Likevel fikk respondentene påminnelses-e-post med ny svarfrist kort tid etter. Det kan naturligvis likevel hatt innvirkning på svarprosenten. Forankring hos ledelse og fagansvarlige antar jeg har derimot vært med på å øke svarprosenten.

### **5.7.3 Undersøkelsens utvalg**

Utvalgsproblematikk knyttes til hvordan finne representative utvalg slik at en kan generalisere til hele populasjonen (Jacobsen, 2018, s. 298-299). I utvalget var det 83,5 % kvinnelige respondenter. Dette er en potensiell kilde til skjevhet i denne undersøkelsen siden utvalget består av langt flere kvinner enn menn, og denne kjønns-ubalansen kan ha påvirket undersøkelsens resultater. Det kan diskuteres om vi muligens hadde funnet enda sterkere sammenhenger på hhv. mestringstro og jobbegasjement.

Respondentene ble bedt om å svare tilbake i tid. Respondentene som ble rekruttert først, altså f.o.m 23 april måtte huske tilbake i en tidsperiode på 41 dager, mens de som ble rekruttert sist t.o.m 2 juni måtte huske tilbake ca. dobbelt så mange dager, opptil 81 dager. Det ble satt en kort tidsfrist for å minimere tidsperioden respondentene skulle huske tilbake i tid, i forsøk på å minimere feilkilder i så høy grad som mulig. Det var likevel relativt kort tid respondentene i dette tilfellet har blitt bedt om å huske tilbake. Det kan også tenkes at den spesielle pandemi-situasjonen har påvirket respondentenes svar, til tross for at de er bedt om å svare ut ifra arbeidshverdagen før landet stengte ned 12 mars 2020. Flere respondenter kan ha hatt kolleger som har blitt permittert, eller fått andre midlertidige arbeidsoppgaver. Disse spesielle omstendighetene kan vi ikke med sikkerhet vite ikke har påvirket hvordan respondentene har skåret. Respondentene kan ha tenkt annerledes omkring sin arbeidssituasjon i denne perioden, for mange kanskje en periode preget av ekstra takknemlighet for å ha en jobb hvor de lettere så de positive faktorene ved jobben sin. Motsatt kan det også tenkes at noen kjente litt ekstra på hvor belastende det er å være offentlig ansatt helsepersonell midt oppi en pandemi og av den grunn var «farget» av disse negative tankene når de fylte ut spørreskjemaet.

#### 5.7.4 Måleinstrumentene

For å sikre høy validitet er det viktig å sikre at vi faktisk måler det vi ønsker å måle. Validitet handler dermed om forholdet mellom begreper og det anvendte måleinstrumentet (Aarø, 2007, s. 20). Det har derfor vært viktig å sikre relevante variabler i denne undersøkelsen. Undersøkelsens spørreskjema ble utformet med utgangspunkt i kartleggingsverktøyet SHEFA som beskrevet i kapittel 3.4. SHEFA bygger i all hovedsak på andre skjemaer som er vel utprøvd og validitetstestet gjennom mange studier. Dette er med på å øke studiens begrepsvaliditet som gir en indikasjon på hvorvidt datamaterialet som er innhentet er representativt for det fenomenet man ønsker å måle (Aarø, 2007, s. 45). SHEFA består av et definert sett med spørsmålstillinger og variabler, og var i utgangspunktet utviklet til ingeniører og økonomer i oljebransjen (Torp & Grimsmo, 2008). SHEFA favner imidlertid et bredt spekter av arbeidsmiljøfaktorer, og mange av dem kan antas å være relevante uavhengig av sektor og yrkesgruppe. Utvelgelsen av inkluderte variabler i regresjonsanalysene ble foretatt basert på systematiske kriterier og tidligere empiri. Likevel kunne denne spørreskjemaundersøkelsen vært spisset mer mot ergo- og fysioterapeuter. Resultatene viste en forklart varians på 44% for jobbengasjement og 32% for mentale helseplager, hvilket er relativt høyt og gir en indikasjon på at de inkluderte variablene var relevante.



### 5.7.5 Overførbarhet

All forskning har til hensikt å kunne trekke slutninger utover det utvalget og de spesifikke data som er samlet inn gjennom en undersøkelse/studie. Det har også vært et mål og ambisjon i denne undersøkelsen. Ekstern validitet er et spørsmål om hvorvidt man lykkes å nettopp etablere fortolkninger som kan være nyttige utover den settingen undersøkelsen er gjennomført i (Johannesen et al., 2016, s. 233). Dette er viktig i forhold til hvordan resultatene eventuelt kan overføres (er representative) for resten av den undersøkte populasjonen. I utgangspunktet kan denne undersøkelsen si noe om det utvalget som ble undersøkt, men likevel med bakgrunn i at det var et bredt geografisk utvalg og et forholdsvis høyt antall respondenter inkludert i analysene er det sannsynlig at resultatene er representative for resten av populasjonen. Til tross for begrensningene som er trukket fram og diskutert over, er det også viktig å påpeke at undersøkelsens hovedfunn i hovedsak er i tråd med og bekrefter JD-R modellens antagelser og hypoteser hvilket også er med på å gjøre resultatene overførbare til andre ergo- og fysioterapeuter i Norge.

### 5.7.6 De statistiske analysene

Før jeg satte i gang med arbeidet med å analysere datasettet forsikret jeg meg først om at data holdt tilstrekkelig kvalitet. Det ble sjekket for inkonsistente svar, eks. punchefeil, hvilket ble funnet hos én respondent. Denne respondenten ble likevel inkludert i analysene da «punchefeilen» ble korrigert for. Det ble trippelsjekket mot originalskjema at innleggelse av datasettet medførte 100% riktighet bl.a. at de svarskalaene i spørreskjemaet som gikk fra høy til lav skår var riktig re-kodet, og at jeg sikret at samtlige spørsmål hadde en svarskala som gikk fra lav skår til høy skår.

Selv om det ble benyttet en modifisert versjon av SHEFA, hvor det allerede var foretatt en betydelig reduksjon i variabler, inneholdt spørreskjemaet likevel en omfattende mengde enkeltvariabler. I analysene ble det foretatt et systematisk arbeid med å gjenkjenne spørsmålsstillinger og variabler som korrelerte høyt innbyrdes og som både teoretisk og begrepsmessig hadde noe til felles. Enkelte spørsmålsstillinger og variabler ble derfor slått sammen og andre ble utelatt. Behovet for datareduksjon ga anledning til å forenkle, hvor jeg fikk et bedre overblikk hvilket gjorde det enklere å håndtere variablene (Aarø, 2007, s. 156).

I t-testene var det ytterligere behov få gjøre mengden med variabler mer håndterbart, hvor det var spesielt behov for å forenkle og skape oversikt. Alle jobbkrav- variabler, samt alle jobbressurs-

variabler ble slått sammen til kombinerte sumskårer. Det viktigste kriteriet når man nettopp skal kombinere variabler er at det er teoretisk eller begrepsmessig begrunnet, ellers blir det begrepsmessig uklart og for sammensatt til å være nyttig (Aarø, 2007, s. 158). I denne sammenheng var det meningsfullt ut i fra et teoretisk perspektiv å slå sammen variabler til de kombinerte sumskårene. Det ble også sjekket om disse sumskårene dekket over interessante sammenhenger i datasettet ved å se på variablene også enkeltvis i samvariasjon med det «utenforliggende» settet av variabler. Dette for å være sikker på ikke å gå glipp av vesentlig informasjon (Aarø, 2007, s. 172). Jeg fant at variablene samvarierte på en konsistent måte og at jeg dermed ikke mistet vesentlig informasjon ved å slå dem sammen til sumskårer.

Det bør alltid regnes ut bivariate korrelasjoner mellom alle variabler før man bruker multipl regressjon. Dette gir mulighet for å regne ut forhold mellom variabler og på den måte oppdage eventuelle problemer. Dersom man finner en korrelasjon som er sterkere enn 0.90 får man et statistisk problem, og korrelasjoner sterkere enn 0.70 indikerer at det *kan* være et problem og må derfor undersøkes nærmere. Når korrelasjoner mellom de uavhengige variablene er svært høye (fra 0.70 og opptil 0.90) kan man ikke benytte seg av regresjonsanalyse på bakgrunn av problemer med multikolaritet (Aarø, 2007, s. 215). Multikolaritet oppstår når en av de uavhengige variablene sterkt predikeres ut fra en eller flere av de andre uavhengige variablene (Langdridge, 2006, s. 237). Det ble ikke funnet noen korrelasjoner sterkere enn 0.70 i denne undersøkelsen og det var dermed ikke et problem med multikolaritet.

I regresjonsanalysene ble det operert med 12 uavhengige variabler i regresjonsmodell med jobbgasjement som avhengig variabel og 13 uavhengige variabler i regresjonsanalysen med mentale helseplager som avhengig variabel. En tommelfingerregel sier at det bør være minst 10 respondenter per uavhengig variabel som introduseres i en regresjonsanalyse (Johannesen et al., 2016, s. 143-144). På grunn av et forholdsvis stort utvalg på 443 respondenter inkludert i denne undersøkelsen var det derfor ikke nødvendig med ytterligere reduksjon av antall inkluderte uavhengige variabler.

Et sentralt spørsmål i regresjonsanalyse er hvor god modellen er, det vil si hvor mye av variasjonen i den avhengige variabelen som forklares av de uavhengige variablene. Det mest benyttede målet på dette er multiple regresjonskoeffisient ( $R^2$ ).  $R^2$  forteller oss hvor mye vi reduserer feilgjettningen ved å bruke regresjonsligningen framfor bare gjennomsnittsverdien på den avhengige variabelen. Jo høyere  $R^2$  desto bedre er modellen vår, fordi det forklarer de uavhengige variabelers variasjoner i

forhold til den avhengige variabelen (Johannesen et al., 2016, s. 150). I denne undersøkelsen var forklart varians på 44% for jobbengasjement og 32% for mentale helseplager, hvilket er relativt høyt og gir en indikasjon på at de inkluderte variablene var relevante.

Det kunne vært aktuelt å bruke de multiple lineære regresjonsanalysene til å bygge sti-modeller. Når man kjører flere forskjellige regresjonsmodeller med ulike kombinasjoner av de uavhengige variablene, kalt sti-analyse (path analysis), kunne jeg ha bygget mer kompliserte modeller som også inneholdt mediator-variabler (Aarø, 2007, s. 219). Egnede analysemetoder for undersøkelse av mediasjonseffekter blant de målte variablene ville også vært interessant å foreta seg på bakgrunn av dette materialet. På bakgrunn av masterprosjektets praktiske relevans, omfang, tid og ressurser ble det ikke foretatt slike analysemodeller i denne sammenheng.

Resultatene av denne undersøkelsens analyser må først og fremst ses på som en indikasjon på at funnene ikke skyldes tilfeldigheter og at det bør undersøkes nærmere gjennom andre og mer egnede forskningsdesign.

### **5.7.7 Teoretiske og praktiske implikasjoner**

Resultatene fra denne undersøkelsen peker på viktige sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer på hhv. jobbengasjement og mentale helseplager. Resultatene kan brukes som utgangspunkt for videre dialog og diskusjon omkring implementering av ulike tilnærminger og arbeidsmetoder for videre arbeidsmiljøarbeid for ego- og fysioterapeuter.

Ved å sørge for at arbeidstakere har tilgang til jobbressurser, samt muligheter for videreutvikling av sin mestringstro kan samlet bidra til å opprettholde og øke jobbengasjement (Demerouti, Bakker, Jonge, et al., 2001; Schaufeli, 2017), hvilket også ser ut til å gjelde for ergo- og fysioterapeuter i Norge. Støtte i form av gode utviklingsmuligheter, motiverende arbeidsoppgaver med mye mening, samt høy grad av mestringstro viste seg å være av særlig betydning for ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement. Resultatene av denne undersøkelsen og annen empiri, tyder også på at det er gunstig å rette tiltak mot å redusere jobbkrav, eller tilpasse krav til den enkeltes ressurser hvis man ønsker å opprettholde jobbengasjement og derigjennom stimulere og oppnå fordelaktige effekter for både de ansatte, samt tjenestene som tilbys til pasienter og brukere (Bakker & Demerouti, 2008).

For ergo- og fysioterapeuter tyder det på at god støtte med fokus på en god tilbakemeldingskultur fra kolleger er viktig for å forebygge utvikling av mentale helseplager. Gruppe/teamarbeid og mestringsstrategier kan fungere som gode fasilitatorer for å forebygge arbeidsrelatert stress blant ergoterapeuter (Galletta et al., 2016; Wressle & Samuelsson, 2014). I tillegg er jobbengasjement smittende, og kolleger som påvirker hverandre med sitt jobbengasjement gir gode forutsetninger for et godt og utviklende teamarbeid (Bakker & Demerouti, 2008).

Fiabane et al. (2013) argumenterte for å tilrettelegge arbeidsforholdene med gode muligheter for å øke jobbengasjement som kan virke som en «beskyttelse» for at helsepersonell utvikler mentale helseplager (burnout). For å få til dette er det helt essensielt å identifisere både de organisatoriske risikofaktorene, samt de spesifikke faktorene for de unike profesjonene. De organisatoriske intervensjonene bør primært fokusere på arbeidsmengde og at den er tilpasset og «på linje» med den ansattes ressurser. Forfatterne argumenterte også for å fokusere på opplæring knyttet til effektive strategier for å håndtere høy arbeidsmengde. Andre nøkkelfaktorer i intervensjoner knyttet til dette kan være å fokusere på de ansattes (samt yrkesgruppens) verdier og forventninger. Når ansatte opplever at arbeidssituasjonen er viktig og meningsfull, vil de også bedre kunne tolerere og håndtere høye arbeidsmengder. Derfor kan også intervensjoner som fokuserer på de personlige ressursene ha en gunstig effekt (f.eks. stressreduksjon- og mestringsstrategiprogram, samt personlig rådgivning), fordi de kan ha effekt på utvikling av jobbengasjement og derigjennom positiv helseutvikling.

Godt lederskap har betydning for organisasjonsklimaet og kan dermed påvirke både motivasjon og jobbengasjement (Schaufeli & Salanova, 2007). Lederne har en sentral rolle i arbeidet med å styrke de jobbressursene som er identifisert som viktige for jobbengasjement og mentale helseplager i denne undersøkelsen. For eksempel gjelder dette i forhold til å bidra til at ansatte har mulighet til å bruke sine sterke sider, utvikle seg selv og legge til rette for god fagutvikling. I Grimsmo og Torp (2009) foreslås det å etablere arbeidsgrupper med representanter fra ledelse, ansatte og evt. andre aktører som for eksempel bedriftshelsetjenesten. Det er viktig at alle involverte parter får satt av tilstrekkelig tid og ressurser, samt får myndighet til å skape ønskede resultater. Derfor er det avgjørende at de overordnede tydelig viser at arbeidet med å skape jobbengasjement og derigjennom fremme positiv helse er viktig, og at dette gjenspeiles i praktisk handling.

Medarbeidersamtaler og avdelingsmøter kan også være gode arenaer for å sette fokus på hva som fremmer jobbengasjement og identifisere hvilke faktorer som medfører arbeidsrelatert stress for den enkelte ansatte, samt for de ulike yrkesgruppene som helhet. Lederne bør være åpne for å prøve ut de forslagene til forbedringer som evt. kommer fram gjennom arbeidsmiljøprosesser, eks. i kombinasjon og forlengelse av den årlige Forbedrings-undersøkelsen (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2017) eller andre strukturerte og standardiserte arbeidsmiljøkartlegginger. Hvis ikke kan en slik prosess virke mot sin hensikt og ha negativ innvirkning på ansatte (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2017).

Den positive vinklingen som jobbengasjement representerer, kan være veien å gå for å øke forståelsen av hva som bidrar til et helsefremmende motiverende og stimulerende arbeidsmiljø for ergo- og fysioterapeuter. I tråd med denne undersøkelsens resultater bør arbeidsmiljøprosessene også gi rom for at det er behov for differensiering av tiltak og fokusområder for de de ulike yrkesgruppene.

#### **5.7.8 Videre forskning**

I denne undersøkelsen var jobbkrav og jobbressurs-variablene nokså generelle fordi SHEFA er en survey ment for bruk til ulike yrkesgrupper. Det ville vært fordelaktig om denne undersøkelsen benyttet mer yrkesspesifikke mål på alle inkluderte jobbkrav og jobbressurs-variabler. Fremtidige undersøkelser som undersøker ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljøfaktorer bør vurdere mer yrkesrettede mål.

Videre forskning bør også utvikle kunnskap om hvordan determinanter for jobbengasjement og helse kan styrkes, da det ikke er tilstrekkelig å kun identifisere de arbeidsrelaterte faktorene som har betydning for utvikling av hhv. Jobbengasjement og mentale helseplager for ergo- og fysioterapeuter. Intervensjonsstudier kan bidra til å belyse hvordan jobbengasjement kan fremmes i praksis. Det å innhente kunnskap i et samspill mellom forskere og en bestemt setting gjennom aksjonsforskning kan legge et godt utgangspunkt for intervensjonsstudier (Halbesleben, 2010). En slik tilnærming vil kunne ha positiv effekt på jobbengasjement både ved at arbeidsmiljørelaterte faktorer med betydning for engasjement identifiseres og styrkes, men også ved at aktiv involvering i seg selv kan bidra til økt jobbengasjement. Det er også behov for longitudinelle undersøkelser. Slike studier vil kunne bidra til kunnskap om kausale sammenhenger

og dermed også understøtte resultatene av denne undersøkelsen (Bakker & Demerouti, 2008; Schaufeli & Bakker, 2004).

## 6 Konklusjon

Denne undersøkelsen har satt søkelyset på sammenhengen mellom ulike arbeidsrelaterte faktorer, jobbengasjement og mentale helseplager for ergo- og fysioterapeuter ansatt i det offentlige helsevesenet i Norge.

Resultatene av denne undersøkelsen indikerer at ergoterapeuter opplever mer jobbkrav og mentale helseplager enn sine fysioterapeutkolleger. Disse funnene knyttet til forskjeller mellom yrkene, er verdt å merke seg og sette fokus på i arbeidsmiljøarbeid, spesielt for ledere med ansvar for begge yrkesgrupper. Det ble også gjort funn som indikerer at ansatte ergo- og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten har dårligere tilgang til jobbbressurser enn de som er ansatt i kommunehelsetjenesten. Det er mulig at ergo- og fysioterapeuter som jobber på norske sykehus har andre institusjonelle rammer som gir noen begrensninger for at ergo- og fysioterapeuter opplever å kunne tilby tilfredsstillende tjenester med god faglig kvalitet sammenlignet med kolleger i kommunehelsetjenesten.

Lite kontinuitet i arbeidshverdagen med arbeidsoppgaver som «spriker» i alle retninger viste seg å bidra negativt for utvikling av jobbengasjement for norske ergo- og fysioterapeuter. Det som bidro i størst grad til utvikling av jobbengasjement var å ha mye mening i arbeidet med ønske om å gjøre en forskjell med og gode muligheter for fagutvikling. I tillegg viste sosial støtte og feedback fra kolleger å ha en signifikant positiv betydning for økt jobbengasjement. Når det gjelder faktorer som kan bidra til å forebygge utvikling av mentale helseplager var det opplevelse av høyt jobbengasjement som viste seg å ha størst betydning, men en forutsigbar arbeidssituasjon med mye sosial støtte og feedback fra kolleger viser seg også å ha betydning.

Alle jobbkrav, bortsett fra «Konflikter» hadde positiv sammenheng med mentale helseplager, men det var særlig jobbkravene «Generelle krav» og «Fragmenterte arbeidsoppgaver» som viste seg å ha størst betydning på mentale helseplager hos norske ergo- og fysioterapeuter. Skal man forebygge mentale helseplager for ergo- og fysioterapeuter må man også være opptatt av å identifisere og fokusere på de generelle kravene og fragmenterte arbeidsoppgavene på den aktuelle arbeidsplass.

Den personlige ressursen mestringstro viste seg å kunne «booste» opplevelsen av jobbengasjement og derigjennom redusere utvikling av mentale helseplager for ergo- og fysioterapeuter, hvilket indikerer at fokus på personlige ressurser og eks. stress og mestringsprogram har en verdi i arbeidsmiljøarbeid for ergo- og fysioterapeuter.

Styrking av ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement bidrar med andre ord til å skape en bærekraftig organisasjon som ivaretar både hensynet til hvert enkelt individs helse, samt produksjonen i form av lønnsomme helsetjenester med god kvalitet til befolkningen i behov av ergo- og fysioterapitjenester. Organisasjonene de arbeider i bør derfor prioritere helsefremmende og protektive tiltak for at ergo- og fysioterapeuter selv kan fremme muligheter for å opprettholde og utvikle god helse i årene fremover.

Undersøkelsen har bekreftet og vært i tråd med tidligere empiri som har anvendt JD-R modellen som teoretisk referanseramme. JD-R modellens hoved-antagelse om at både jobbressurser og jobbkrav kan relateres til to ulike prosesser, henholdsvis en helsefremmende prosess knyttet til utvikling av jobbengasjement og en stress- og helsereduserende prosess knyttet til utvikling av mentale helseplager ble også funnet i denne undersøkelsen.



# Referanser

---

- Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden*. Bergen: HEMIL-senteret/Grieg- akademiet- Universitetet i Bergen.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (2. utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. i. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 389-411.
- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010a). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. East Sussex: Psychology Press.
- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010b). Work engagement: Introduction. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement- a handbook of essential theory and research* (s. 1-9). East Sussex: Psychology press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *The exercise of control*: W.H.Freeman & Co Ltd.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180.
- Bandura, A. (2009). Cultivate Self-efficacy for Personal Organizational Effectiveness. I E. A. Lock (Red.), *Handbook of Principles of Organization Behaviour* (2. utg., s. 179-200). New York: Wiley.
- Bauer, G. F., & Jenny, G. (2007). Development, implementation and dissemination of Occupational Health Management (OHM): putting salutogenesis into practice. *European Academy of Occupational Health Psychology (EA-OHP)*, 2.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Bruschini, M., Carli, A., & Burla, F. (2018). Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *Work*, 59(1), 121-129.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments* (2. utg.). London: Routledge.
- Christensen, M. (2009). *Positive factors at work- a new perspective*. Hentet 19.09.2020, fra <http://www.nordiclabourjournal.org/artikler/forskning/forskning-2009/positive-faktorer-i-arbeidslivet-2013-hvilke-nye-svar-kan-et-annet-fokus-gi>
- Christensen, M., Lindström, K., Straume, L. V., Kopperud, K. H., Borg, V., Clausen, T., . . . Gustafsson, K. (2008). *Positive Factors at Work: The First Report of the Nordic Project* (B. 2008). Copenhagen: TemaNord.
- Conway, J. M., & Lance, C. E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *Journal of Business and Psychology*, 25, 325-334.
- Cordes, C., L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Jonge, J. d., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 279-286.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demerouti, E., & Cropanzano, R. (2010). From thought to action: Employee work engagement and job performance. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *A handbook of Essential Theory and Research* (s. 147-163). East Sussex: Psychology press.
- Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 34(2), 93-100.
- Edwards, D., Burnard, P., Owen, M., Hannigan, B., Fothergill, A., & Coyle, D. (2003). A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. *Journal of psychiatric and Mental health Nursing*, 10, 370-371.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *J Epidemiol Community Health*, 61, 945-954.
- Emmerik, H. v., Bakker, A. B., & Euwema, M. C. (2009). Explaining employees' evaluations of organizational change with the job-demands resources model. *Career Development International*, 14(6), 594-613.
- The Luxembourg Deklaration on Workplace Health Promotion in the European Union (2007). ENWHP. (2012). [Brochure]. Belgium: ENWHP Secretariat.
- Ergoterapeutene. (2017). Alle skal kunne delta- ergoterapeuters kjernekompetanse [Brosjyre]. Ergoterapeutene.org: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_enkeltside.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOml6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxvBdTlHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJlUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT0ySV9USWIGVDJFZWw](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOml6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxvBdTlHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJlUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT0ySV9USWIGVDJFZWw): Norsk Ergoterapeutforbund.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis*. Turku: Folkhälsan Research Centre.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614-2624.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse- slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 3600-3604.
- Galletta, M., Portoghese, I., Fabbri, D., Pilia, I., & Campagna, M. (2016). Empowering workplace and wellbeing among healthcare professionals: the buffering role of job control. *Acta Biomed for Health Professions*, 87(2), 61-69.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165-174.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion: Planning and strategies* (3. utg.). London: SAGE.
- Grover, S., Teo, S., Pick, D., Roche, M., & Newton, C. J. (2018). Psychological capital as a personal resource in the JD-R model. *Personnel review*.
- Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M., & von Zweck, C. M. (2012). Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Canadian journal of occupational therapy*, 79(2), 86-95.
- Hakanen, J., & Roodt, G. (2010). Using the job demands-resources model to predict engagement: Analysing a conceptual model. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (s. 85-101). East Sussex: Psychology press.

- Halbesleben, J. R. B. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (s. 102-117). East Sussex: Psychology press.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Harris, L. M., Cumming, S. R., & Campell, A. (2006). Stress and Psychological Well-being among Allied Health Professionals. *Journal of Allied Health, 35*(4), 198-207.
- Hauge, H. A., & Mittelmark, M. B. (Red.). (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Helland, H. (2003). Om å bruke statistikk i sosiologien. *Tidsskrift for samfunnsforskning, 44*(4), 529-553.
- Høstmark, C. B. (2020). Fysioterapeuter sliter med arbeidsbelastning. *Fysioterapeuten, 2*, 18-19.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Johannesen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2006). *Langtidsfrisk: Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet* (1. utg.). Kjeller: Genesis Forlag.
- Kalleberg, R., Malnes, R., & Engelstad, F. (2009). *Samfunnsvitenskapenes oppgaver, arbeidsmåter og grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of work, environment & health, 31*(6), 438-449.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode- en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag
- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress, 33*(1).
- Lindsay, R., Hanson, L., Taylor, M., & McBurney, H. (2008). Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Australian Journal of Rural Health, 16*, 194-200.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Linley, A. P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The journal of Positive Psychology, 1*(1), 3-16.
- Lloyd, C., McKenna, K., & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational Therapy International, 12*(2), 81-94.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mäkikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of Research in Personality, 38*, 556-575.
- Martinussen, M., Borgen, P.-C., & Richardsen, A. M. (2011). Burnout and engagement among physiotherapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 18*(2), 80-88.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2007). Burnout. *Elsevier Inc.*, 368-371.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016a). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*(15), 103-111.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103-111. doi: 10.1002/wps.20311
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior, 70*(1), 149-171.
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislimovska, J., Basarovska, V., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Stoleski, S., & Minov, J. (2015). Burnout, Engagement, and Organizational Culture: Differences between Physicians and Nurses. *Journal of Medical Sciences, 1-8*.
- Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA. (2020a). *Arbeidsmiljøprofiler*. Hentet 2020, 28. desember, fra <https://noa.stami.no/tema/arbeidsprofiler/arbeidsprofiler/yrke/>
- Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø/ NOA. (2020b). *Psykisk utmattethet*. Hentet 2020, 28. desember, fra <https://noa.stami.no/tema/helseutfallararbeidsskader/helseplager/psykisk-utmattethet/>
- Nettskjema. (2020). *Nettskjema*. Hentet 2020, 05. januar, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Niemi, R., Roos, M., Harmoinen, M., Partanen, K., & Suominen, T. (2018). Appreciative management assessed by physiotherapists working in public or private sector: A cross-sectional study. *Physiotherapy Research International 23*(e1724), 1-7.
- Norsk ergoterapeutforbund. (2020). *1. januar 2020 er en milepæl*. 2020, 17. januar, fra <https://ergoterapeutene.org/nyheter/1-januar-blir-en-milepael/>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Hentet 20.09.2020, fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3. utg.). United States of America: McGraw-Hill.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2017). *ForBedring- kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten*. Pasientsikkerhetsprogrammet.no, : Pasientsikkerhetsprogrammet.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*, 8-24. doi: 10.1177/1403494809349858
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management, 15*, 153-172.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of advanced nursing, 62*, 84-95.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Safety and health at work, 5*(3), 152-157.
- Regjeringen. (2020a). *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet 2020, 17. januar, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>.
- Regjeringen. (2020b). *Offentlig fysioterapitjeneste*. Hentet 2020, 17. januar, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>
- Regjeringen. (2020c). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet 2020, 17. januar, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2006). Måling av utbrenthet: Maslach Burnout Inventory. *Norsk psykologforening, 43*(11), 1179-1181.



- Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2008). *Hva skal til for å øke arbeids glede og motivasjon? En undersøkelse av jobbegasjement i helse- og omsorgsyrker*. Hentet 16.11.19 2019
- Roness, A., & Matthiesen, S. B. (2002). *Utbrent: Krevende jobber- gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Xanthopoulou, D., & Bakker, A. B. (2010). The gain spiral of resources and work engagement: Sustaining a positive worklife. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement- a handbook of essential theory and research* (s. 118-131). East Sussex: Psychology press.
- Salles, F. L. P., & d'Angelo, M. J. (2020). Assessment of psychological capital at work by physiotherapists. *Physiotherapy Research International*, 1828, 1-6.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands- Resources model: A "how to" guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46, 120-132.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationships with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2006). The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20(2), 177-196.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A Critical Review of the Job Demands- Resources Model: Implications for Improving Work and Health. I G. F. Bauer & O. Hämmig (Red.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (s. 43-68): Springer Science + Business Media.
- Seedhouse, D. (2004). *Health promotion: Philosophy, prejudice and practice* (2. utg.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Seligman, M. (2002). *Ekte lykke: Positiv psykologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69(2017), 9-24.
- Søgaard, A. J., Selmer, R., Bjertness, E., & Thelle, D. (2004). The Oslo health study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *International Journal for Equity in Health* 3(3), 1-12.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K. T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 24(122), 2379-2383.
- Spickard, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288(12), 1447-1450.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Statistikkbanken: Helse- og sosialpersonell*. Hentet 2020, 28. desember, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07941/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021a). *Statistikkbanken: Kommunehelsetenesta*. Hentet 2021, 8. februar, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12191>
- Statistisk sentralbyrå. (2021b). *Statistikkbanken: Pasienter på sykehus*. Hentet 2021, 14. februar, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>

- Statistisk sentralbyrå. (2021c). *Statistikkbanken: Spesialisthelsetjenesten* Hentet 2021, 27. januar, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09549/tableViewLayout1/>
- Sweetman, D., & Luthans, F. (2010). The power of positive psychology: psychological capital and work engagement. I A. B. Bakker & M. P. Leiter (Red.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (s. 54-68). East Sussex: Psychology Press.
- The Luxembourg Declaration. (1997). *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Luxembourg.
- Theorell, T., & Hasselhorn, H. M. (2005). On cross-sectional questionnaire studies of relationships between psychosocial conditions at work and health- are they reliable? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 517-522.
- Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, efficiency and equity* (3. utg.). United Kingdom.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser- og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidsskrift*, 6(13), 768-779.
- Torp, S., Eklund, L., & Thorpenberg, S. (2011). Research on Workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008. *Global Health Promotion*, 18(3), 15-22.
- Torp, S., & Grimsmo, A. (2008). *StatoilHydros kartleggingsverktøy for helsefremmende arbeidsplasser (SHEFA)* Tønsberg/Oslo: HENÆR-rapport.
- Torp, S., Grimsmo, A., Hagen, S., Duran, A., & Gudbergsson, B. (2012). Work engagement: a practical measure for workplace health promotion. *Health Promotion International*, 28(3).
- Torp, S., & Vinje, H. F. (2014). Is workplace health promotion research in the Nordic countries really on the right track? *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(11), 74-81.
- Vinje, H. F., & Ausland, L. H. (2013). Salutogent nærvær bygger helsefremmende arbeidsliv. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 2013(6), 810-820.
- Wang, J., Wang, W., Laureys, S., & Di, H. (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals who care for patients with prolonged disorders of consciousness: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 20(841), 1-10. doi: 10.1186/s12913-020-05694-5
- WHO. (1998). *The World Health Report 1998- Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkins, K. (2007). Work stress among health care providers. *Health reports*, 18(4), 33-36.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary* [PDF]. Hentet fra <http://www.who.int>
- World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 16.09.2015, fra <http://www.who.int>
- Wressle, E., & Samuelsson, K. (2014). High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 421-428.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The Role of Personal Resources in the Job Demands-Resources Model *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141.

# Oversikt over tabeller og figurer

---

Tabell 1: Deskriptive data og indre konsistens for undersøkelsens variabler (n= 443).....	44
Tabell 2: Oversikt over undersøkelsens demografiske variabler (n= 443) .....	50
Tabell 3: Forskjeller mellom ergo- og fysioterapeuter på undersøkelsens variabler (n= 443) .....	51
Tabell 4: Forskjeller mellom terapeuter ansatt i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten på undersøkelsens variabler (n= 443) .....	51
Tabell 5: Sammenhenger mellom undersøkelsens variabler (n= 443).....	53
Tabell 6: Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og jobbengasjement (avhengig variabel) (n= 443).....	57
Tabell 7: Sammenhenger mellom arbeidsrelaterte faktorer og mentale helseplager (avhengig variabel) (n= 443) .....	59
Figur 1: JD-R modellen basert på Bakker og Demerouti (2007).....	21
Figur 2: Den videreutviklede JD-R modellen basert på Schaufeli og Bakker (2004) og Bakker og Demerouti (2008).....	24

# Vedlegg

---

Vedlegg 1: Spørreskjema; Norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse og jobbengasjement

Vedlegg 2: Vurdering av NSD

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til respondentene

Vedlegg 4: Påminnelsesskriv til respondentene



## Vedlegg 1: Spørreskjema: «Norske ergo- og fysioterapeuters arbeidsmiljø- og jobbegasjement»

Side 1

Mange ergo- og fysioterapeuter har en annerledes arbeidssituasjon i dag enn før covid-19-utbruddet. I denne spørreundersøkelsen bes du om å svare ut ifra hvordan jobbhverdagen din var i ukene **før** regjeringen iverksatte de inngripende tiltakene 12 mars 2020 for å bekjempe utbruddet.

Side 2

### Samtykke \*

Ja, jeg har lest informasjonsskrivet og ønsker å delta i undersøkelsen "Norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse og jobbegasjement".

Ja

Side 3

*I denne spørreundersøkelsen vil du finne spørsmål og påstander om arbeidet ditt og organisasjonen du arbeider i.*

*Du avgir svar på spørsmålene ved å huke av det svaralternativet som passer best med din oppfatning.*

*Spørreskjemaet er anonymt, og det er derfor ikke mulig for din leder/organisasjon å spore enkeltpersoners svar.*

*For å få høyest mulig svarprosent vil det sendes ut en påminnelse via epost om ca. to uker.*

*Mange ergo- og fysioterapeuter har organisatorisk tilknytning til én enhet, samtidig som dere jobber på/under én eller flere andre enheter/avdelinger/tjenester/seksjoner i det daglige. Det er viktig at du svarer i forhold til den «avdelingen» du i det daglige har størst «tilhørighet» hos og at du holder deg til denne i besvarelsen av alle spørsmålene.*

*Se informasjonsskrivet vedlagt i utsendt epost for kontaktinformasjon hvis du har spørsmål vedrørende spørreundersøkelsen.*

*Takk for at du bidrar til ny kunnskap om norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse!*

## Psykososialt arbeidsmiljø

De følgende spørsmålene handler om psykososialt arbeidsmiljø og trivsel på arbeid. Noen av spørsmålene passer bedre til deg og ditt arbeid enn andre, men vennligst besvar alle spørsmålene, og huk av det som du synes passer best.

### MENING I JOBBEN

	Nei	Ja, men i liten grad	Ja, i noen grad	Ja, i høy grad	Ja, i meget høy grad
Mine arbeidsoppgaver er meningsfylte *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler at arbeidet jeg gjør er viktig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler meg motivert og engasjert i arbeidet mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ANSVAR OG VARIASJON I ARBEIDET

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
I hvilken grad har du variasjon i arbeidet? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du gjøre jobben din uten avbrytelser eller forstyrrelser? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du så mange forskjellige oppgaver at det er vanskelig å få til en kontinuitet gjennom arbeidsdagen? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Består jobben din av arbeidsoppgaver som du synes «spriker i alle retninger»? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad innebærer arbeidet ditt ansvar? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## INNFLYTELSE I JOBBEN

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Har du innflytelse på hvilke konkrete aktiviteter/oppgaver du er involvert i? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du velge hvilken fremgangsmåte eller metode du vil bruke i løsningen av arbeidsoppgavene dine? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke mengden av arbeid som du får? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du innflytelse på tidsfrister og avsatt tid til arbeidsoppgavene dine? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke avgjørelser om hvilke personer som du skal samarbeide med? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke beslutninger som er viktig for ditt arbeid? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## FORUTSIGBARHET

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
<b>Får du på arbeidsplassen din informasjon i god tid om f.eks viktige beslutninger, endringer og fremtidsplaner? *</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du anledning til å medvirke i omorganiseringer eller endringer som berører arbeidet ditt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klarer du å holde deg à jour med de endringene og omorganiseringene som skjer på arbeidsplassen din? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du all den informasjon som du trenger for å gjøre arbeidet ditt godt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vet du stort sett hva som kommer til å være arbeidsoppgavene dine om et halvt år? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## UTVIKLINGSMULIGHETER

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Har du anledning til å være kreativ eller initiativrik i arbeidet ditt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lærer du stadig noe nytt i jobben din? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Får du bruk for dine faglige ferdigheter og kunnskaper i jobben? *</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du utviklet deg faglig på de områder du ønsker? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svarer jobben din godt til den utdanning og erfaring du har? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det et rimelig forhold mellom din jobbutvikling eller karriere og innsatsen du gjør i jobben? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ROLLEKONFLIKT

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Mottar du motstridende forespørsler eller krav fra overordnede og/eller kolleger? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utfører du arbeidsoppgaver som du mener burde vært gjort annerledes? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utfører du arbeidsoppgaver som synes unødvendige? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Må du kjøpslå eller gå på akkord med dine faglige standarder for å få arbeidet gjort? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## KRAV I JOBBEN

	(Nesten) aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	(Nesten) alltid
<b>Hvor ofte har du svært mye å gjøre i jobben? *</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tid nok til å gjøre arbeidsoppgavene dine med den kvaliteten du ønsker? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er arbeidsbelastningen i jobben din ujevnt fordelt slik at det oppstår arbeidstopper? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## KRAV I JOBBEN

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Har du arbeidsoppgaver som du faglig sett synes er vanskelige? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stiller arbeidet store krav om stadig å mestre nye oppgaver? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innebærer jobben at du må oversikt og forholde deg til mange ting på en gang? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tar du avgjørelser eller beslutninger i arbeidet som du synes er kompliserte? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er de kravene som ligger i jobben din, samlet sett overkommelige? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOSIAL STØTTE OG FEEDBACK FRA OVERORDNEDE

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Er din nærmeste overordnede villig til å lytte til dine problemer i arbeidet? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du hjelp og støtte fra din nærmeste overordnede? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spør din nærmeste overordnede om hvordan du har det? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snakker din nærmeste overordnede med deg om kvaliteten på arbeidet du utfører? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOSIAL STØTTE OG FEEDBACK FRA KOLLEGER

	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Får du hjelp og støtte fra dine kolleger? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du tilbakemeldinger fra dine kolleger på jobben du gjør? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du en fortrolig kollega på jobben? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOSIALT FELLESSKAP

	I meget liten grad	<b>I liten grad</b>	I noen grad	I høy grad	I meget høy grad
Er det en god stemning mellom deg og dine kolleger? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Er det et godt samarbeid blant kollegene på arbeidsplassen din? *</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler du deg som en del av et fellesskap på arbeidsplassen din? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## KONFLIKTER O.L

	Nei	Ja, av og til	Ja, månedlig	Ja, ukentlig	Ja, daglig
Har du i løpet av de siste 12 måneder vært i konflikt med én eller flere på din arbeidsplass? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for mobbing eller uønsket atferd på arbeidsplassen din? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Helse og trivsel på jobb

## GENERELL HELSE

De følgende spørsmålene handler om helse og hvordan jobben påvirker ditt velvære

	Utmerket	Veldig god	God	Mindre god	Dårlig
Hvordan synes du at helsen din er alt i alt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SYKEFRAVÆR \*

Hvor mange dager har du vært borte fra arbeidet pga. Helseproblemer (sykdom/behandling/undersøkelse) i løpet av de siste 12 måneder (evt. fravær i forbindelse med covid-19-utbruddet skal ikke medregnes her)

## SYKENÆRVÆR \*

Hvor mange ganger de siste 12 måneder har du gått på jobb, til tross for at du med tanke på helsetilstanden egentlig burde ha vært hjemme?

## MESTRINGSTRO

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	<u>Helt riktig</u>
Hvis jeg prøver hardt nok klarer jeg alltid å løse vanskelige problemer. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dersom noen motarbeider meg finner jeg en løsning for å få det som jeg vil. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Jeg føler meg trygg på at jeg kan håndtere uforutsette hendelser. *</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Jeg klarer som regel å finne flere ulike måter å løse et problem på. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg klarer meg som regel, uavhengig av hva som skjer. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## MENTALE PLAGER

De følgende spørsmål handler om hvordan du har hatt det de siste 4 ukene

	Hele tiden	En stor del av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	På intet tidspunkt
Hvor ofte har du vært følelsesmessig utmattet? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte har du vært utkjørt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte har du vært irritabel? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor ofte har du vært stresset? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## JOBENGASJEMENT

I det følgende presenteres ni utsagn om følelser du kan ha i forhold til jobben din. For hvert utsagn skal du ta stilling til hvor ofte du føler det på denne måten.

	Aldri i det siste året	Noen ganger i det siste året	Månedlig	Noen ganger i måneden	Ukentlig	Noen ganger i uken	Daglig
<b>Jeg er full av energi i arbeidet mitt *</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler meg sterk og energisk på jobben *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er entusiastisk i jobben min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir inspirert av jobben min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Når jeg står opp om morgenen ser jeg frem til å gå på jobben *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler meg glad når jeg er fordypet i arbeidet mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er stolt av det arbeidet jeg gjør *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er oppslukt av arbeidet mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir fullstendig revet med av arbeidet mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Bakgrunn

Hvor gammel er du (år)? \*

Er du? \*

Kvinne

Mann

Jobber du i? \*

Spesialisthelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten

Annet

## Om stillingen din

Hvilket yrke har du? \*

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Er du?

Spesialergoterapeut

Spesialfysioterapeut

Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling (år)? \*

Hva er din stillingsprosent? \*

Skriv inn din stillingsprosent (100 dersom du jobber fulltid)

Har du lederansvar? \*

Ja

Nei

## Vedlegg 2: Vurdering av NSD

### NSD Personvern

06.04.2020 08:07

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 926830 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 06.04.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

UiO- Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ” Norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse og jobbengasjement ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke nærmere hvilke arbeidslivsfaktorer som kan ha betydning for arbeidshelsen og jobbengasjementet hos norske ergo- og fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Undersøkelsen gjennomføres som en del av et masterprosjekt i helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst- Norge.

Prosjektet vil ha hovedfokus på ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og helse som kan ha betydning for å kunne fremme forståelsen for et helsefremmende og motiverende arbeidsmiljø blant denne gruppen helsepersonell. Det er grunn til å anta at ergo- og fysioterapeuter har andre arbeidsmiljøfaktorer som påvirker arbeidsmiljøet og helsen enn andre yrker, eks. sykepleiere og leger. Det er viktig å identifisere hvilke faktorer som gjør seg gjeldende for disse yrkesgruppene da det er mindre forsket på.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst- Norge er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget i dette prosjektet vil være ansatte ergo- og fysioterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Prosjektet forankres hos ledere for ergo- og fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten med ambisjon om å nå ut til ca. 400 ergo- og fysioterapeuter i Norge med oppfordring til å delta.

Din leder har blitt kontaktet med oppfordring til å sende ut dette informasjonsskrivet med en [link](#) til selve spørreundersøkelsen. De ansvarlige vil ikke få tilgang til utvalgets epostadresser.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema via [UiO-nettskjemalinken](#) kopiert inn i eposten du har mottatt. Det vil ta deg ca. 10 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan du opplever din arbeidshverdag og noen spørsmål om din arbeidshelse. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk. Spørreskjemaet er anonymt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Deltakelse innebærer at du svarer på spørreskjemaet administrert via UiO-nettskjema.

Deltakelse i dette prosjektet vil ikke kunne påvirke ditt forhold til arbeidsplassen, da din leder ikke vil ha innsyn i dine svar, eller ha mulighet til å skaffe seg dette, selv om [link](#) til spørreundersøkelsen er sendt ut via epost fra din leder. Det er masterstudent Linn Therese Jacobsen, professor og veileder Steffen Torp ved Universitetet i Sørøst- Norge som vil ha tilgang til dataene.

- Databehandler: UiO- nettskjema.
- Fordi dette spørreskjemaet vil administreres via UiO- nettskjema sikres personopplysninger mot at ingen uvedkommende får tilgang til dem. Det vil ikke bli synlig for de ansvarlige hvilke helseforetak/avdeling/kommune/tjeneste eller IP-adresse svarene kommer fra.

I masteroppgaven vil kun anonyme resultater presenteres, og enkeltpersoner vil ikke kunne spores.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen [November](#) 2021. Ansvarlig for prosjektet vil da kontakte UiO-nettskjema for å slette alle data. Dataene hos UiO- nettskjema slettes uansett automatisk seks måneder etter siste innsendte spørreskjema.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Ditt samtykke gis ved at du haker av for ditt samtykke inne i selve spørreskjemaet og besvarer spørreskjemaet innen tidsfristen.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst- Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Vi ber vennligst om at spørreskjemaet besvares innen 19 mai 2020.**

**Du starter besvarelsen ved å klikke på denne [linken](#):**

<https://nettskjema.no/a/134528>

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med:

- Masterstudent Linn Therese Jacobsen, på epost ([litjac@sthf.no](mailto:litjac@sthf.no)) eller telefon 98 42 05 31

- Universitetet i Sør-Øst Norge ved Steffen Torp, på epost ([steffen.torp@usn.no](mailto:steffen.torp@usn.no)) eller [telefon: 95 93 31 34](tel:95933134)
- USNs personvernombud: Paal Are Solberg, på epost [paal.a.solberg@usn.no](mailto:paal.a.solberg@usn.no) eller [telefon: 91 86 00 41](tel:91860041)

Med vennlig hilsen

Linn Therese Jacobsen  
Masterstudent

Steffen Torp  
Professor

|

## Vedlegg 4: Påminnelse til respondentene



### **Påminnelse vedrørende forskningsprosjektet:**

#### **”Norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse og jobbengasjement”**

For ca. to uker siden fikk du tilsendt en spørreundersøkelse om norske ergo- og fysioterapeuters arbeidshelse. Undersøkelsen ønsker å utvikle kunnskap om hvilke arbeidslivsfaktorer som kan ha betydning for arbeidshelsen og jobbengasjementet hos norske ergo- og fysioterapeuter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Har du allerede besvart spørreskjemaet takker vi for ditt bidrag. Hvis du ikke har hatt anledning til å besvare spørreskjemaet oppfordrer vi deg til å ta deg tid til å bidra med ny kunnskapsutvikling om arbeidslivsfaktorer som er av betydning for din yrkesgruppe i et stadig mer utfordrende arbeidsliv.

**Det gjør du ved å starte besvarelsen i linken under innen 2 juni.**

<https://nettskjema.no/a/134528>

Ditt samtykke gis idet du huker av for ditt samtykke inne i selve spørreskjemaet og velger å besvare spørreskjemaet innen den nye tidsfristen. Spørreundersøkelsen er anonym og det er derfor kun anonyme resultater som vil bli publisert.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Masterstudent Linn Therese Jacobsen, på epost ([litjac@sthf.no](mailto:litjac@sthf.no)) eller telefon 98 42 05 31
- Universitetet i Sør-Øst Norge ved Steffen Torp, på epost ([steffen.torp@usn.no](mailto:steffen.torp@usn.no)) eller telefon: 95 93 31 34
- USNs personvernombud Paal Are Solberg, på epost [paal.a.solberg@usn.no](mailto:paal.a.solberg@usn.no) eller telefon: 91 86 00 41

Med vennlig hilsen

Linn Therese Jacobsen  
Masterstudent

Steffen Torp  
Professor

