

Thea Solberg

Psykiske plager blant helsepersonell

Et salutogent blikk på jobbkrav og jobbressurs

Mastergradavhandling
Samfunn og helse,
helsefremmende arbeid
2023

Fakultet for
helse- og sosialfag

Institutt for
helse-, sosial- og velferdsfag

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Postboks 235

3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Thea Solberg

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng.

Antall ord i oppgaven: 19 576

Sammendrag

Mål: Oppgavens mål var å undersøke sammenhenger mellom ulike jobbkrav og jobbressurser med psykiske plager i et salutogent perspektiv, blant et tilfeldig landsdekkende utvalg av helsepersonell i helse- og omsorgssektoren. Det var ønskelig å undersøke om motivasjon og engasjement var en faktor som hadde effekt på psykiske plager. Et mål var også å undersøke om det var ulike jobbkrav eller jobbressurser som viste å være forskjellig blant kjønn, og blant ansatte på sykehus og i pleie- og omsorg.

Metode: Datagrunnlaget var en tverrsnittstudie basert på levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2019. Oppgavens utvalg bestod av totalt 706 personer, mellom 18 og 66 år, som hadde helsefaglig bakgrunn og arbeidet innenfor helsesektoren. Multivariate regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke sammenhengene.

Resultater: Funnene i oppgaven viste at to jobbkrav: rollekonflikt og emosjonelle krav hadde signifikant positiv sammenheng med psykiske plager. Blant jobbressursene viste én ressurs å være signifikant negativt samvariert med psykiske plager: bruk av ferdigheter og muligheten til utvikling. Motivasjon og engasjement var signifikant negativt sammenhengende med psykiske plager. Kvinner opplevde rollekonflikt og emosjonelle krav positivt signifikant med psykiske plager. Ansatte i pleie- og omsorg, opplevde emosjonelle krav som positivt signifikant relatert til psykiske plager.

Konklusjon: En salutogen tilnærming på oppgavens funn antyder at ferdigheter og utvikling, samt faktorer som fremmer motivasjon og engasjement bør fremmes i et forsøk på å skape helsefremmende arbeidsplasser.

Nøkkelord: jobbkrav, jobbressurser, motivasjon, engasjement, psykiske helseplager, helsefremmende arbeid og salutogenese.

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	5
1 INNLEDNING OG BAKGRUNN	6
1.1. INNLEDNING	6
1.2. BAKGRUNN	7
1.2.1. <i>Psykisk helse</i>	8
1.2.2. <i>Relasjonelt arbeid og kjønnsforskjeller</i>	8
1.3. OPPGAVENS OPPBYGGING	9
2 TEORI OG FORSKNING	10
2.1. HELSEFREMMEDE ARBEID	10
2.2. ARBEIDSPLASSEN I HELSEFREMMEDE ARBEID	11
2.3. DEN SALUTOGENE TILNÆRMING	12
2.4. PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	13
2.5. JOBBKRAV-RESSURS-MODELLEN	14
2.5.1. <i>Jobbkrav</i>	16
2.5.2. <i>Rollekonflikt</i>	16
2.5.3. <i>Emosjonelle krav</i>	17
2.5.4. <i>Jobbkontroll</i>	18
2.5.5. <i>Ledelse</i>	18
2.5.6. <i>Ferdigheter og utvikling</i>	19
2.6. MOTIVASJON OG ARBEIDSENGASJEMENT	19
3 PROBLEMSTILLING	21
3.1. HYPOTESER	22
4 METODE	24
4.1. METODISK DESIGN	24
4.2. VITENSKAPSSYN	25
4.3. LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN OM ARBEIDSMILJØ	26
4.3.1. <i>Gjennomføring</i>	26
4.3.2. <i>Utvalget i levekårsundersøkelsen</i>	26
4.3.3. <i>Utvalget i denne oppgaven</i>	27
4.4. VARIABLER	28
4.4.1. <i>Indekskonstruksjon</i>	28
4.4.2. <i>Psykiske plager</i>	29
4.4.3. <i>Jobbkrav</i>	30
4.4.4. <i>Rollekonflikt</i>	30

4.4.5. <i>Emosjonelle krav</i>	31
4.4.6. <i>Jobbkontroll</i>	31
4.4.7. <i>Ledelse</i>	31
4.4.8. <i>Ferdigheter og utvikling</i>	32
4.4.9. <i>Motivasjon og engasjement</i>	32
4.5. KONTROLLVARIABLER	32
4.6. VALIDITET OG RELIABILITET	33
4.7. STATISTISKE ANALYSER	34
4.7.1. <i>Deskriptiv statistikk</i>	34
4.7.2. <i>Reliabilitetsanalyse</i>	34
4.7.3. <i>Faktoranalyse</i>	35
4.7.4. <i>Korrelasjonsanalyse</i>	36
4.7.5. <i>Multivariat regresjonsanalyse</i>	36
4.8. ETIKK	37
5 RESULTATER	39
5.1. BAKGRUNN OG DEMOGRAFI	39
5.2. ULIKHETER MELLOM KJØNN	40
5.3. ULIKHETER MELLOM SYKEHUS OG PLEIE- OG OMSORG	41
5.4. FAKTORANALYSE	42
5.5. SAMVARIASJON MELLOM VARIABLER	44
5.6. SAMMENHENGER MELLOM JOBBKRAV, JOBBRESSURSER OG PSYKISKE PLAGER	45
5.6.1. <i>Ulikheter mellom kjønn</i>	47
5.6.2. <i>Ulikheter mellom sykehus og pleie- og omsorg</i>	48
6 DISKUSJON	49
6.1. JOBBKRAV OG PSYKISKE PLAGER	49
6.1.1. <i>Sykehus og pleie- og omsorg</i>	51
6.1.2. <i>Kvinner og psykiske plager</i>	52
6.2. JOBBRESSURSER OG PSYKISKE PLAGER	54
6.3. MOTIVASJON OG ENGASJEMENT OG PSYKISKE PLAGER	56
6.4. EN SALUTOGEN TILNÆRMING	56
6.5. STYRKER OG SVAKHETER	58
6.5. PRAKTISKE IMPLIKASJONER OG FORSLAG TIL VEIEN VIDERE	59
7 KONKLUSJON	62
REFERANSELISTE	63
VEDLEGG	73

Forord

Nå er mastertiden ved veis ende – en tid som har lært meg mye om fagfelt som er veldig spennende og dagsaktuelt. Studieløpet ble preget av pandemien – på godt og vondt. Det har tidvis vært et ensomt studie som deltidsstudent under en pandemi med restriksjoner, men det har samtidig vært god læring i å leve det digitale livet med lærere og medstudenter.

Omsider skal den store oppgaven leveres! Det er med skrekkblandet fryd jeg leverer fra meg et dokument jeg har stirret så mye på; både med smil og glede i øynene, men også med frustrasjon og tårer. Det har til tross for alle følelser lært meg mye om det å være «forsker» og valget av en kvantitativ metode har gitt meg en overraskende stor glede og en vanvittig læringskurve i SPSS og statistikk. Det er en erfaring jeg er veldig glad og takknemlig for!

På veien vil jeg takke medstudenter som har deltatt med gode innspill og som har vært en støtte i alle fag. Videre har lærerne gitt av seg selv, og kommet med tanker og utfordrende oppgaver som har bidratt til læring og utvikling. Spesifikt i masteroppgaven vil jeg takke veileder Torill Helene Tveito for konkrete og gode innspill i oppgavens vei til målet.

En særlig takk må rettes til de som har støttet og bidratt i det hverdagslige, min familie og min kjære mann. Uten deg ville ikke arbeidet med masteren gått like «smertefritt» – tusen, tusen takk for din støtte, hjelp og ubegrensede tro!

Revetal, november 2023

Thea Solberg

1 Innledning og bakgrunn

1.1. Innledning

For de aller fleste av oss er arbeidsplassen vår et sted vi tilbringer store deler av tiden vår på. Da er det naturlig at hvordan vi har det i all den tiden vi er på arbeid påvirker oss, både på og i selve arbeidet, men også i livet ellers. Mediebildet har det siste halvåret vist oss noe om hva krevende og belastende arbeidsdager kan bety for den enkeltes psykiske helse gjennom emneknaggen «Leger må leve» (Gerds & Haagensen, 2023). Et tragisk utfall grunnet arbeidsvilkår og arbeidsmiljø i helse- og omsorgssektoren har på denne måten satt arbeidsmiljø og psykisk helse på dagsorden. Det er også slik at psykiske lidelser er blant de største årsakene til sykefravær i norsk arbeidsliv, som medfører store økonomiske tap (NAV, 2023). Derfor er det viktig å fremme «kampen» for helsefremmende arbeidsplasser og helsefremmende miljøer for de som arbeider i denne sektoren. For dersom man mister arbeidskraft i en sektor som allerede mangler mange arbeidere, kan dette igjen skape større belastning for de som blir værende (Reppen, 2023).

I Norge gjennomføres det med jevne mellomrom undersøkelser i den norske befolkning omkring helse og arbeidsmiljø gjennom levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (Dalen & Bye, 2020, s. 4). Denne oppgaven vil undersøke sammenhengen mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer og psykiske plager blant et utvalg helsepersonell i helse- og omsorgssektoren. Viktigheten av denne sammenhengen er satt på dagsorden av nyhetsbilde og det faktum at psykiske lidelser er en stor faktor for sykefravær og økonomiske tap i arbeidslivet. Vil det være ulikheter mellom kjønn? Vil det være ulikheter mellom de som arbeider på sykehus versus de som arbeider i pleie- og omsorg i institusjoner? Kan motivasjon og engasjement ha en rolle i forholdet til psykiske plager? De eventuelle sammenhenger vil diskuteres i lys av en salutogen tilnærming, med spørsmålet om hva det er som skaper helse, fremfor hva som skaper dårlig helse, og se på disse sammenhengene i et helsefremmende perspektiv. Helse er nemlig ikke bare fravær av sykdom – det er en tilstand av fysisk, mentalt og sosialt velvære (Burton, 2010, s. 15).

1.2. Bakgrunn

Livet i Norge er preget av gode helse- og omsorgstjenester på grunn av velferdsstaten, men en viktig finansiell utfordring i Norge i tiden fremover ligger i den aldrende befolkningen (Halvorsen et al., 2022, s. 252). Andelen eldre og den forventede levealder øker, dette samtidig med at mangelen på helsepersonell i helse- og omsorgssektoren er en varslet krise i årene som kommer (Norsk Sykepleierforbund, 2023; Zhiyang et al., 2023, s. 4). Et av de viktigste målene til regjeringen er å hindre denne mangelen ved å sikre at det er nok fagfolk, og attpåtil nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023: 4, s. 90).

Ved at arbeidsmiljø, arbeidsvilkår og psykisk helse ble satt på dagsorden gjennom «Leger må leve», er det i den forbindelse interessant å se at organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) opplyser at mellom en tredjedel, til så mye som halvparten av langvarig sykefravær og uførhet er knyttet til psykiske helseplager (OECD, 2015, s. 13). Det er påvist at psykiske helseplager, sammen med muskel- og skjelettlidelser, er blant de største faktorene for sykdom blant sysselsatte (NAV, 2023; OECD, 2015, s. 13). Arbeidstakere som har psykiske plager tenderer til å prestere dårligere og ha lavere produktivitet på arbeid, som igjen blir en stor kostnad for samfunnet (De Oliveira et al., 2023; NAV, 2023; OECD, 2015, s. 13; Roelen et al., 2018). I Norge utgjorde sykefravær grunnet psykiske lidelser oppimot 1,9 millioner tapte dagsverk i 2.kvartal 2023, noe som tilsvarer 25% av det totale legemeldte sykefraværet (NAV, 2023). En av risikofaktorene for utvikling av psykiske plager blant sysselsatte, er vist å være det psykososiale arbeidsmiljøet (Bakke et al., 2021; Uchiyama et al., 2013). Samtidig med at ulike aspekter ved arbeidsmiljøet kan være risikofaktorer, blir det å være i arbeid og jobbe sett på som en faktor som fremmer den psykiske helsen, og helse generelt (Harvey et al., 2017; Roelen et al., 2018). På bakgrunn av den forestående mangel på helsepersonell, vil det være interessant å se på sammenhenger mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer og psykiske plager blant sysselsatte i helse- og omsorg med helsefaglig bakgrunn. Å fremme psykisk helse for å redusere de samfunnsmessige kostnadene som kommer av økt fravær og redusert produktivitet, samt mangelen på helsepersonell i møte med en aldrende befolkning, er et svært dagsaktuelt tema og en relevant vinkling på en samfunnsmessig utfordring (De Oliveira et al., 2023). Helsepersonellkommissjonen legger

fram at «En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte» (NOU 2023: 4, s. 15).

1.2.1. Psykisk helse

Psykiske helseplager er altså en stor faktor til økonomiske kostnader i arbeidslivet, og blant de største årsakene til sykefravær i Norge (NAV, 2023). I levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2019 (LKU-A) undersøkes det hvorvidt deltakerne har vært plaget av ulike psykiske plager, slik som nedtrykthet, depresjon, nervøsitet, angst eller rastløshet (Dalen & Bye, 2020, s. 89). Denne oppgaven vil bruke LKU-A i de statistiske analysene, og det vil dermed være psykiske helseplager, og ikke psykiske diagnoser i medisinsk forstand, som undersøkes. Rapporten om arbeidsmiljø og helse, som blant annet er bygget på LKU-A fra 2019, beskriver at nærmere 22% oppgir å ha hatt psykiske plager sist måned, og at om lag halvparten av disse tilskriver det helt, eller delvis på grunn av jobben (Bakke et al., 2021, s. 141). Ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og organisatoriske faktorer settes i sammenheng med økt risiko for psykiske plager (Bakke et al., 2021, s. 140). Økte kostnader som et resultat av vanlige psykiske plager er et folkehelseproblem, og både beslutningstakere og helsepersonell bør søke en større forståelse av sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse (Harvey et al., 2017). En stor utfordring er hvordan ulike arbeidsmiljøfaktorer bidrar til utviklingen av blant annet depresjon og angst, og et avgjørende spørsmål blir da hvordan arbeidsplasser bidrar negativt i utviklingen av psykisk helse, og hvordan man kan fremme arbeidsmiljøet til heller å være en positiv bidragsyter (Harvey et al., 2017).

1.2.2. Relasjonelt arbeid og kjønnsforskjeller

Helse- og omsorgssektoren mangler allerede fagpersonell, og det er predikert at denne mangelen vil øke i kommende år (Zhiyang et al., 2023, s. 75). En stor del av arbeidsdagen til de som arbeider i denne sektoren, er å jobbe med mennesker. Beklageligvis viser det seg at det å jobbe med mennesker kan være helseskadelig (Dolonen & Reppen, 2022). Dette kom frem i en rapport som viste at jobber som innbefattet arbeid hvor arbeidstakeren møtte og hadde kontakt med mennesker, brukere, pasienter eller lignende, og som oftest omfattet yrker som eksempelvis sykepleiere og helsefagarbeidere, hadde dårligere helse, mer sykefravær, og

oftere ble uføretrygdet (Hagen & Jensen, 2022, s. 42-44). Dette arbeidet kalles relasjonelt arbeid. Emosjonelt arbeid, som innebærer de emosjonelle aspektene og prosessene ved det å jobbe med pasienter eller klienter, er altså vist å være en mulig stressfaktor som potensielt kan være skadelig både fysisk og psykisk (Indregard et al., 2018). Det ble i rapporten videre pekt på at det er forskjeller mellom menn og kvinner, hvorav kvinner oftere kom dårlig ut i relasjonen til de uheldige helseutfallene (Hagen & Jensen, 2022, s. 42-44). Kjønnforskjellene blir likevel ikke lagt frem som den eneste grunnen til disse ulikhetene, men det påpekes at kvinner oftere jobber i disse yrkene i kommunal sektor som innebærer arbeid med mennesker. På den måten legger de frem påstanden om at det er yrket, og ikke nødvendigvis kjønn som forklarer hvorfor det er forskjeller i arbeidsrelatert helse. Det er derimot funnet i en litteraturgjennomgang at kvinner hadde høyere grad av jobbelastning enn hva menn opplevde å ha, og at en av årsakene til dette rapporteres å være større utbredelse av depressive symptomer blant kvinner (Theorell et al., 2015). En tverrsnittstudie basert på levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2009 fant at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer førte til betydelig høyere sykefravær blant kvinner, enn hos menn (Sterud, 2014). Studien viste at mer enn en fjerdedel av risikoen for langtidssykefravær hos kvinner ble forklart av ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer.

1.3. Oppgavens oppbygging

På denne bakgrunnen vil oppgaven nå gå videre over i kapittel 2 og presentere teori og forskning relatert til tema. Først vil det være en presentasjon av helsefremmende arbeid, helsefremmende arbeidsplasser og den salutogene tilnærmingen. Her vil også jobbkrav-ressurs-modellen bli presentert, som vil være modellen denne oppgaven bygger på. I det videre vil ulike jobbkrav og jobbressurser som blir brukt inn i analysene bli presentert. Som en viktig bit av teoriens modell, vil motivasjon og engasjement også presenteres. Kapittel 3 legger frem oppgavens problemstilling og hypoteser. Deretter vil den metodiske fremgangsmåte presenteres i kapittel 4. Oppgavens analyser og resultater fremstilles i kapittel 5. Funnene i oppgaven vil i kapittel 6 bli diskutert i lys av teori, forskning og en helsefremmende og salutogen tilnærming.

2 Teori og forskning

Bakgrunnen for denne oppgavens tema er at arbeidsmiljø og ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan ha betydning for ansattes psykiske helse. Betydningen av følgende ved psykiske plager kan ha store økonomiske implikasjoner for et samfunn, samt for den enkelte ansatte det gjelder. Å se på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og psykisk helse er derfor en samfunnsnyttig og økonomisk oppgave på kollektivt nivå, samtidig som det på et individuelt nivå er viktig, ved å fremme den enkeltes helse. For å belyse oppgavens tema som relevant for det helsefremmende arbeidet, vil nå det helsefremmende perspektivet og den salutogene tilnærming presenteres.

2.1. Helsefremmende arbeid

En definisjon av helse kan være at «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og skrøpeligheit» (Green et al., 2019, s. 10). Helsefremmende arbeid blir av Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som en prosess hvor mennesker gjøres i stand til å øke kontrollen over sin egen helse, samt til å forbedre egen helse (WHO, 1986). Med denne definisjonen legges det et press på samfunn og stater om at enkeltindivider, eller grupper av mennesker, må få muligheten til å både identifisere og til å forstå hvilke muligheter som finnes for å oppnå dette målet, for på den måten å kunne være med å endre eller håndtere miljøet en er en del av (Green et al., 2019, s. 22). I håp om å oppnå målet i definisjonen presenteres tre strategier (Green et al., 2019, s. 22; WHO, 1986). Den første er beslutningspåvirkning («advocate»), som innebærer å være en talsmann for endringer som skaper helsefremmende tilværelser. Deretter er det å gjøre mennesker i stand til («enable») å oppnå like muligheter og tilgang til ressurser gjennom å skape miljøer som er støttende, men også ved å gi mennesker informasjon og ferdigheter til å ta sunne valg. Den siste strategien er den meklende («mediate») rollen mellom ulike grupper for å sikre jakten på helse, hvor alle deler av samfunnet på hvert sitt vis fremmer ulike interesser og jobber sammen for samfunnets og individets beste.

Det helsefremmende arbeidet representerer en omfattende sosial og politisk prosess, og innebærer altså å styrke ferdigheter og evner til enkeltindivider, så vel som å være med på å endre sosiale, miljømessige og økonomiske forhold for å påvirke folkehelsen og den enkeltes helse (WHO, 1998, s. 1-2). For å bli gjort i stand til å øke kontrollen over egen helse, må enkeltindivider gjennom de personlige, sosiale, økonomiske og miljømessige helsedeterminantene få muligheten til å påvirke (WHO, 1998, s. 6). Verdens helseorganisasjon forklarer videre at helsedeterminantene, de faktorene som bestemmer helsetilstanden til individer eller populasjoner, påvirker hverandre gjennom inntekt, sosial status, arbeidsforhold, utdanning og hvilken tilgang mennesker har til ulike tjenester.

2.2. Arbeidsplassen i helsefremmende arbeid

Som det er nevnt, er en av faktorene som bestemmer helsetilstand arbeidsforhold. Derfor vil arbeidsplassen nå bli beskrevet i et helsefremmende perspektiv. Å gjøres i stand til å ta kontroll over faktorene som påvirker ens egen helse er nå etablert som et fokusområde i helsefremmende arbeid. Store deler av dagen til de fleste mennesker her i landet preges av å være på arbeid, og nettopp denne settingen vil være i fokus som faktor for å påvirke helse i denne oppgaven.

En setting er den plassen, eller den sosiale konteksten, hvor mennesker daglig engasjeres i aktiviteter; hvor miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer sammen påvirker helse og velvære («well-being») (WHO, 1998, s. 19). En slik setting kan være arbeidsplassen. Helse blir nemlig skapt og levd av mennesker innenfor de ulike settingene i deres hverdagsliv; hvor de lærer, arbeider, leker og elsker (Green et al., 2019, s. 487; WHO, 1986). Gjennom den foregående forklaringen av hvor og av hvem helse skapes, satte WHO et søkelys på ikke bare den individuelle atferdsmessige tilnærmingen til helse, men de rettet fokuset mot å se på bidraget viktige settinger eller miljøer kan ha å si for helse (Green et al., 2019, s. 489). Green et al. (2019, s. 489) forklarer videre at ved å ha en settingstilnærming retter man fokuset mot helsepotensialene som ligger i de sosiale og institusjonelle miljøene i hverdagen, og at for å oppnå effektiv forbedring i helse, kreves det investering i sosiale systemer. Et slikt sosialt system kan være arbeidsplassen. En definisjon på en helsefremmende arbeidsplass beskriver en samlet innsats av arbeidere, ledere og samfunnet som helhet for å forbedre helse og

velvære til de som er på arbeid (Green et al., 2019, s. 510). Det beskrives at for å oppnå dette må en forbedring av arbeidsplassens organisering og arbeidsmiljø til, samtidig må aktiv deltakelse fremmes og det må oppmuntres til personlig utvikling. En del av dette innebærer helse, sikkerhet og velvære i forholdet til blant annet det psykososiale arbeidsmiljøet, deriblant organiseringen av arbeidet og arbeidskulturen (Green et al., 2019, s. 510).

Som det er blitt presentert, er det å studere arbeidsplassen i et helsefremmende perspektiv nyttig både på et individuelt nivå, men også på et kollektivt nivå for å bedre helse. I Norge er dette perspektivet forankret i lover, både gjennom arbeidsmiljøloven og folkehelseloven. Folkehelseloven sier at «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2011, § 1). Videre i § 7 (Folkehelseloven, 2011) inkluderer dette arbeid og inntekt, hvor kommuner skal iverksette tiltak dersom det er nødvendig for å imøtekomme folkehelseutfordringer. Arbeidsmiljølovens formål spesifiseres i ordlyden i § 1-1a; «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger ...» (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1a).

2.3. Den salutogene tilnærming

Helsefremmende arbeid bygger altså på en tankegang om at enkeltindivider eller grupper skal gjøres i stand til å ta kontroll over, og gjøres i stand til å påvirke egen helse. I den forbindelse vil den salutogene tilnærming trekkes inn – for hva er det som skaper helse?

Antonovsky (2012, s. 27) presenterer det han kaller for et helsekontinuum, et kontinuum som beveger seg mellom helse og uhelse, og salutogenese handler om å finne ut hvor man til enhver tid befinner seg på dette kontinuumet. Den salutogene tilnærming har sin kjerne i nettopp dette; hva skaper helse, og hvilke faktorer fører mennesker i retning av helse (Antonovsky, 2012, s. 16 og s. 30). Denne tilnærmingen innebærer da å flytte fokuset fra risikofaktorene og faktorene som er helseskadelige, til heller å rette søkelyset mot de helsebringende faktorene (Green et al., 2019, s. 13).

Det å utsettes for stressfaktorer er en del av menneskets natur, men disse stressfaktorene må ikke nødvendigvis være skadelig for oss (Blaxter, 2010, s. 16). Et sted mennesker vanligvis opplever å møte ulike stressfaktorer er på arbeidsplassen; enkelte faktorer kan bidra til trivsel, mens andre faktorer kan bidra til mistrivsel (Antonovsky, 2012, s. 30). Antonovsky (2012, s. 38) fant sitt svar på hvordan man klarte å bevege seg i retningen mot helseenden av kontinuumet i møte med stressfaktorer, i det som på norsk er kalt «opplevelse av sammenheng» («sense of coherence»). Opplevelse av sammenheng innebærer å finne begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i møte med stressfaktorene man møter og står i (Antonovsky, 2012, s. 39-40). Opplevelse av sammenheng blir ikke målt i denne oppgaven, men tankegangen og tilnærmingen i den salutogene tilnærming vil prege tolkningen av oppgavens resultater. Dette gjennom at Antonovsky (2012, s. 36) retter oppmerksomheten mot mestringsressurser, gjennom det å forsøke å finne ut hvilke faktorer som gjør at man enten bevarer eller søker mot helseenden av kontinuumet. Ved å gjøre dette blir stressfaktorene som alltid vil være til stede sett på som noe som kan være helsebringende, avhengig av karakteren til stressfaktoren og hvordan stressfaktorenes spenning kan løses.

2.4. Psykososialt arbeidsmiljø

En faktor for å skape en helsefremmende arbeidsplass er å forbedre arbeidets organisering og arbeidsmiljø, for på den måten forsøke å skape helse gjennom det psykososiale arbeidsmiljøet. Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer blir beskrevet som en samlebetegnelse for hvordan man har organisert en arbeidsplass, og kulturen som er å finne på arbeidsplassen (Fleming, 2012, s. 199). Denne beskrivelsen innbefatter holdninger, verdier, tro og praksis som uttrykkes på en arbeidsplass og er psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som påvirker den fysiske, så vel som det psykiske velværet hos de ansatte. Disse faktorene betegnes som stressfaktorer på arbeidsplassen. Stressfaktorer er det som kan føre til både emosjonelt og mentalt stress hos ansatte (Fleming, 2012, s. 199). I den forbindelse er følgende definisjon på et arbeidsmiljø beskrivende «Alle forhold ved arbeidet og arbeidsplassen som kan påvirke arbeidstakernes helse og trivsel – både positivt og negativt» (Willadssen, 2020, s. 26). Disse arbeidsmiljøfaktorene kan påvirke både i et her og nå perspektiv, men også over tid, når det gjelder fysisk og psykisk helse, samt trivsel, læring og personlig utvikling (Willadssen, 2020, s. 27). Videre forklarer Willadssen (2020, s. 28) at «Arbeidsmiljø er en helhet. Det vi over tid

opplever som vårt arbeidsmiljø, er et samlet inntrykk av materielle, sosiale og psykologiske forhold og de positive og negative konsekvensene det har for oss».

Stressfaktorer og arbeidsrelatert stress kan påvirkes av ulike forhold på en arbeidsplass. En faktor er ytre påvirkninger som kan kjennetegnes ved ulike egenskaper ved organisasjonen, slik som arbeidsforhold og arbeidsoppgaver (Hoff & Lone, 2014, s. 32). Et annet forhold er psykologiske stressreaksjoner, som et resultat av omgivelsene og hvordan den enkelte opplever dette. Videre er det arbeidsrelaterte stresset avhengig av hvordan arbeidstakeren forholder seg til både de ytre påvirkningene og de psykologiske stressreaksjonene. Det er hvordan man forholder seg til de to som forklarer hvilke fysiske, psykiske eller atferdsmessige konsekvenser som oppstår (Hoff & Lone, 2014, s. 32). Det forklares at dette stresset på et individuelt nivå kan føre til utbrenthet eller redusert helse, og på et organisatorisk nivå kan det resultere i sykefravær, reduserte prestasjoner og turnover. Det er ulike teorier relatert til arbeidsplassen og stress, hvorav en av disse er jobbkrav-ressursmodellen, som vil bli utgangspunktet for denne oppgaven (Hoff & Lone, 2014, s. 36).

2.5. Jobbkrav-ressurs-modellen

Jobbkrav-ressurs-modellen (heretter forkortet JD-R, etter det engelske navnet Job Demands-Resources model) er en vel anvendt modell innenfor arbeidsmiljøfeltet, og en av de mest anvendte modeller for å undersøke forholdet mellom ulike jobbkaraktistikker og ansattes velvære (Lesener et al., 2019). En fordel med denne modellen er at den bygger på antagelsen om at alle jobber er ulike (Hoff & Lone, 2014, s. 36). Som navnet på modellen tilsier, består den av jobbkrav og jobbressurser, og tanken er at avhengig av hvilken jobb du står i, vil kravene du møter og ressursene du har for å møte disse jobbkravene, være ulike (Bakker & Demerouti, 2007).

For å definere jobbkrav legges det til grunn at det er de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene ved jobben som krever vedvarende fysisk og/eller mental innsats eller ferdighet, og på den måten kan være forbundet med negative fysiske eller psykiske utfall (Bakker & Demerouti, 2007; Hoff & Lone, 2014, s. 36). På den andre siden vil jobbressurser innebære de fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspektene ved jobben som

kan fungere for å oppnå målsettinger, bidra til å redusere jobbkrav og de fysiske og psykiske utfallene disse kan ha, eller ressurser som kan stimulere til personlig vekst, læring og utvikling (Bakker & Demerouti, 2007; Hoff & Lone, 2014, s. 37). Jobbressurser er nødvendig i seg selv, fordi det gir den ansatte gode opplevelser og følelser, men jobbressursene er også viktig for å klare å håndtere jobbkravene som er i en jobb (Bakker & Demerouti, 2007).

JD-R modellen forklarer ulike prosesser. Først forklares den helseskadelige prosessen som sier at vedvarende jobbkrav og dårlig utformede jobber, eksemplifisert med høy arbeidsbelastning og emosjonelle krav, fører til arbeidere som både fysisk og psykisk blir tømt for ressurser (Bakker & Demerouti, 2007). Den andre prosessen består i en mer positiv tilnærming. Her antas det at jobbressurser kan ha et motivasjonspotensial, og derfor øke arbeidsengasjement, redusere kynisme og øke resultater i arbeidet. Ikke nok med denne doble prosessen av effektene av både jobbkrav og jobbressurser, det antas videre at det er en interaksjon mellom de to (Bakker & Demerouti, 2007). Som et resultat av den første prosessen kan jobbkrav føre til mangel på energi og skape helseproblemer, men i den andre prosessen kan jobbressurser øke arbeidsengasjement og øke resultater på arbeidet. Jobbressurser kan attpåtil opptre som en buffer mot påvirkningen av de negative utfallene av jobbkrav, slik som jobbelastning og utbrenthet (Bakker & Demerouti, 2007). Som innledningsvis nevnt, dette vil være ulikt fra arbeidsplass til arbeidsplass, avhengig av hvilke jobbkrav og jobbressurser som finnes.

I denne oppgaven vil det i tråd med JD-R modellen opereres med ulike jobbkrav og ulike jobbressurser. Det vil bli presentert tre krav og tre ressurser. De tre kravene er kalt jobbkrav, rollekonflikt og emosjonelle krav. Dette på bakgrunn av definisjonen i JD-R modellen, som eksemplifiserer jobbkrav med blant annet høyt arbeidspress og emosjonelt krevende interaksjoner med klienter (Bakker & Demerouti, 2007). Det vil også presenteres tre jobbressurser kalt jobbkontroll, ledelse, samt ferdigheter og utvikling, dette også i tråd med definisjonen av jobbressurser i JD-R modellen. Slik det kommer frem av JD-R modellen antas det at den helseskadelige prosessen er et resultat av langvarige jobbkrav, som til slutt resulterer i å tømme jobbressursene og gi utbrenthet, og på lang sikt kan dette føre til depresjon og angst, samt fysiske plager (Baka et al., 2023). Jobbressurser kan i motsatt fall være bidragsyter inn i motivasjonsprosessen og den mer helsebringende prosessen (Bakker &

Demerouti, 2007). Med en salutogen tilnærming som bakteppe inn i JD-R modellen, vil de ulike jobbkravene og jobbressursene sin eventuelle sammenheng med psykiske plager undersøkes, i håp om å belyse tendenser i et arbeidsmiljø som kan bidra til å skape god helse fremfor å være bidragsyter inn i en helseskadelig prosess. På bakgrunn av antagelsen i JD-R modellen om motivasjonsprosessen, vil derfor motivasjon og engasjement også trekkes inn i.

Presentasjonen av spørsmålene som inngår i de ulike jobbkravene og jobbressursene presenteres under variabler i kapittel 4.4.

2.5.1. Jobbkrav

Jobbkrav presenteres som tids- og arbeidspress, og det er denne forståelsen av jobbkrav som legges til grunn i denne oppgaven (Hoff & Lone; 2014, s. 36; Lesener et al., 2019). Høye jobbkrav over tid kan ha negative helseutfall både fysisk og psykisk ifølge JD-R. Dette er blant andre vist i Harvey et al. (2017) sin metalitteraturgjennomgang, som peker på sammenhengen mellom høye jobbkrav, lav jobbkontroll og lav sosial støtte med redusert psykisk helse blant ansatte. Flere litteraturgjennomganger viser å bekrefte at høye jobbkrav på arbeidet øker risikoen for både stressrelaterte og vanlige psykiske plager blant ansatte (Harvey et al., 2017; Stansfeld & Candy, 2006; Van der Molen et al., 2020). Blant sykepleiere viste en litteraturgjennomgang at blant annet jobbkravene arbeidsbelastning, mangel på formell anerkjennelse og arbeid- og livsbalanse var de viktigste jobbkravene som påvirket ulike helseutfall, samt motivasjon (Broetje et al., 2020). Arbeidsbelastning i deres studie innebar nettopp tids- og arbeidspress, slik det også vil undersøkes i denne oppgaven. I en tverrsnittstudie foretatt blant arbeidere i alderen 45-64 år, fant de at blant annet høye jobbkrav, lav autonomi og lav støtte var assosiert med redusert psykisk helse (Leijten et al., 2015).

2.5.2. Rollekonflikt

Forståelsen av rollekonflikt i denne oppgaven innebærer å få motstridende forespørsler, oppleve å stå uten ressurser eller ikke gjøre oppgaver slik man skulle ønske å utføre oppgave, og dette blir ansett som et jobbkrav i JD-R (Lesener et al., 2019). Rollekonflikt er en konflikt

den ansatte opplever å ha mellom forventninger fra ledere, kolleger eller pasienter med egne ønsker og forventninger (Hoff & Lone, 2014, s. 35). Å oppleve rollekonflikt viser å være en risikofaktor som kan føre til stress, utbrenthet og negative helseutfall som psykiske og fysiske plager (Hoff & Lone, 2014, s. 35). Johannessen et al. (2013) fant i sin longitudinelle forskning basert på levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, at rollekonflikt og emosjonelle krav var en av de viktigste og mest konsekvente risikofaktorene for psykisk stress. En meta-analyse som undersøkte rollekonflikt mot depresjon, fant signifikant relasjon til depresjon (Schmidt et al., 2014). Baka et al. (2023) fant at høyere grad av rollekonflikt og lav rolleklarhet skapte høyere grad av depresjon. For både rollekonflikt og rolleklarhet, samt kognitive og emosjonelle krav, har utbrenthet vist seg å være en medierende effekt for depresjon (Baka et al., 2023).

2.5.3. Emosjonelle krav

Det å håndtere emosjonelle krav over tid, og i store deler av en arbeidshverdag viser å være en faktor for emosjonell utmattelse, sykefravær og en risiko for psykiske plager (Kinman & Grant, 2020). Hvorvidt man må skjule eller forholde seg til negative og sterke følelser i arbeidet sitt, er indikatorer som inngår i emosjonelle krav i denne oppgaven. Blant ansatte i helse- og omsorgssektoren er det vist at de som utsettes for arbeid som er emosjonelt krevende og som krever regulering av egne følelser har sammenheng med helseplager og sykefravær (Indregard et al., 2018). Det å stå i en arbeidshverdag hvor man må møte og håndtere andres og egne emosjonelle følelse kan oppleves meningsfullt og givende, men samtidig kan disse emosjonelle kravene være en risikofaktor for å utvikle psykiske helseplager (Indregard et al., 2018). I litteraturgjennomganger er det vist at det å ha høye emosjonelle krav kan øke risikoen for stressrelaterte psykiske plager (Harvey et al., 2017; Van der Molen et al., 2020). En studie foretatt blant arbeidere i hjemmebasert omsorg, fant at det å undertrykke sine følelser ga økt risiko for depresjon, og at det var implisert at disse emosjonelle kravene kom av jobbansvaret og arbeidsmiljøet de var en del av (Kim et al., 2013). Emosjonelle krav er ofte høye i sosiale yrker, og en studie blant sosialarbeidere fant at ved medfølelsetretthet økte risikoen for psykiske plager, og dette kom som et resultat av emosjonelle krav (Kinman & Grant, 2020).

2.5.4. Jobbkontroll

I motsetning til den negative helseskadelige prosessen i JD-R modellen, så finnes tanken om at enkelte jobbressurser kan skape velvære, motivasjon og påvirke de ansattes jobbutførelse (Lesener et al., 2019). Hvorvidt man har mulighet til å bestemme over arbeidstempo, påvirke beslutninger i egen arbeidshverdag, bestemme arbeidsoppgaver og hvordan man løser arbeidsoppgavene, inngår i jobbkontroll i denne oppgaven. Denne ressursen ligner på autonomi ved å handle om hvorvidt og i hvilken grad en ansatt er i stand til å påvirke når, på hvilken måte, samt tempo på utførelsen av arbeidet (Hoff & Lone, 2014. s. 28). I JD-R modellen presenteres dette som en jobbressurs (Lesener et al., 2019). Å ha lav jobbkontroll er vist å være signifikant assosiert med psykisk stress og psykiske plager (Harvey et al., 2017; Johannessen et al., 2013). Van der Molen et al. (2020) peker på viktigheten av å gi arbeidere økt jobbkontroll for å redusere stressrelaterede plager, og dermed forbedre de ansattes mentale velvære.

2.5.5. Ledelse

En annen jobbressurs eksemplifisert i JD-R modellen er lederstøtte (Lesener et al., 2019). Å få støtte og hjelp fra lederen sin, at arbeidsresultater blir verdsatt av leder, og at ansatte opplever å bli behandlet rettferdig og upartisk er hva ledelse defineres som i denne oppgaven. JD-R modellen beskrives også anerkjennelse og støtte fra leder å være en faktor som kan bidra til å håndtere jobbkrav, fremme prestasjoner og fungere som en beskyttelse mot redusert helse (Bakker & Demerouti, 2007). Det å få støtte og oppmerksomhet fra leder viser å ha gode effekter på blant annet motivasjon, trivsel og prestasjoner på arbeidet (Hoff & Lone, 2014, s. 47; Willadssen, 2020, s. 37). Å fremme sosial støtte er viktig, for dette kan bidra til å øke det psykiske velværet (Van der Molen et al., 2020). På den annen side er det nemlig vist at lav grad av sosial støtte kan ha sammenheng med redusert psykisk helse blant ansatte (Harvey et al., 2017;). Støttende ledelse i form av anerkjennelse, støtte og hvorvidt ledelsen får arbeidstakeren til å oppleve rettferdighet og upartiskhet, har betydning for de ansattes trivsel, helse og videre sykefravær. Lav støtte fra ledelsen viste sammenheng med økte tilfeller av stressrelaterede psykiske plager, ifølge litteraturgjennomgangen til Van der Molen et al. (2020). En studie gjennomført blant sykepleiere fant at sosial støtte var den største faktoren

blant jobbressursene som bidro til redusert risiko for langtidsfravær på grunn av psykiske plager (Roelen et al., 2018). Rettferdig ledelse ble i samme studie funnet å være assosiert med redusert risiko for langtidsfravær.

2.5.6. Ferdigheter og utvikling

Kohnen et al. (2023) fant i sin studie blant sykepleiere at mulighet for utvikling og personlig vekst var en viktig faktor for motivasjonsprosessen i JD-R modellen. Mulighet for å bruke og utnytte sine ferdigheter, sin kunnskap og erfaring, og muligheten for videreutvikling er samlet til det som i denne oppgaven undersøkes som ferdigheter og utvikling. Innenfor JD-R modellen er læringsmuligheter kategorisert som en jobbressurs, og som det i definisjonen av jobbressursene beskrives, er det å oppleve personlig vekst, læring og utvikling viktig (Bakker & Demerouti, 2007; Ruysseveldt et al., 2011). Dermed kan muligheten til å utvikle seg og tilegne seg ny kompetanse på en arbeidsplass være med å skape økt mening og økt motivasjon. Som nevnt under definering av en helsefremmende arbeidsplass er dette også et aspekt, at det skal oppmuntres til personlig utvikling og til aktiv deltakelse (Green et al., 2019, s. 510). Å fremme læringsmuligheter og ferdigheter har vist å redusere stress (Ruysseveldt et al., 2011). I den sammenheng også ved å fremme motivasjon gjennom å fungere som mestringsstrategi mot jobbkrav, og samtidig stimulere til utvikling av personlige ressurser som kan øke motstandsdyktighet og gi økt kontroll over miljøet (Ruysseveldt et al., 2011). Ruysseveldt et al. (2011) fant i sin forskning at jobbressurser var positivt relatert til læringsmuligheter, men også at læringsmuligheter hadde et potensialet til å være stressreducerende.

2.6. Motivasjon og arbeidsengasjement

I JD-R modellen beskrives det at jobbressurser blant annet stimulerer til personlig vekst, læring og utvikling (Bakker & Demerouti, 2007). I motivasjonsprosessen som legges frem presenteres jobbressurser å enten ha en indre motivasjonsrolle ved å skape vekst, læring og utvikling, eller ved å ha en ytre rolle fordi jobbressursene er en vei mot å oppnå mål i arbeidet (Bakker & Demerouti, 2007). Som det kommer frem av litteraturen og forskningen omkring JD-R modellen, er motivasjonsprosessen og arbeidsengasjementet et vesentlig aspekt.

Hvordan vi har det på jobben blir i stor grad påvirket av motivasjon og engasjement, som igjen blir påvirket av ulike forhold ved arbeidsplassen (Willadssen, 2020, s. 87). Derfor vil det være nyttig å se hva motivasjon og engasjement kan bety for de som arbeider i helse- og omsorgssektoren. En vanlig definisjon på arbeidsengasjement betegner arbeidsengasjement som en positiv, tilfredsstillende, arbeidsrelatert sinnstilstand som er preget av handlekraft, dedikasjon og absorpsjon (Bakker et al., 2008, s. 187). Det er jobbressurser som virker å ha størst påvirkning på arbeidstakernes arbeidsengasjement, blant annet gjennom jobbkontroll, tilbakemelding og sosial støtte (Bakker et al., 2014). Bakker et al. (2014) fremmer videre det positive aspektet ved engasjement, ved at dette også relateres til bedre jobbutførelse og organisatoriske utfall. I motsatt fall vil utbrenthet kjennetegnes ved blant annet mangel på engasjement (Willadssen, 2020, s. 87).

En longitudinell studie blant ansatte i helsesektoren viste i samsvar med JD-R modellen at jobbkontroll var en av de viktigste faktorene for arbeidsengasjement (Mauno et al., 2007). Dette viser også å stemme for norske forhold, hvor jobbressursene autonomi, sosial støtte og lederskap var med på å fremme motivasjonen og arbeidsengasjementet blant helsearbeidere (Kaiser et al., 2020). Blant sykepleiere er det i en litteraturgjennomgang funnet at arbeidsengasjement kommer ut fra jobbressurser som autonomi og tillit (Bargagliotti, 2012). På linje med det som er beskrevet om motivasjonsprosessen i JD-R modellen fant Leijten et al. (2015) at høyere grad av arbeidsengasjement ble assosiert med bedre fysisk, og spesielt bedre psykisk helse. Torp og Bergheim (2023) viste i sin forskning at engasjement delvis medierte effekten mellom jobbressurser og psykiske helseproblemer. Det er også vist at engasjement ser ut til å mediere effekten jobbressursene kontroll og sosial støtte har på depresjon (Torp et al., 2012). Schaufeli et al. (2009) peker på litteratur som i tråd med motivasjonsprosessen i JD-R modellen viser at jobbressurser er relatert positivt til arbeidsengasjement, og at den medierende rollen arbeidsengasjement har i forholdet mellom jobbressurser og ulike indikatorer av organisatorisk tilknytning.

3 Problemstilling

På bakgrunn av denne fremstillingen av teori og forskning, er det relevant å se på hvilke jobbkrav og hvilke jobbressurser som påvirker psykisk helse hos sysselsatte i yrker som arbeider med mennesker. Dette med tanke på den varslede rekrutterings- og bemanningskrisen i yrker og i en sektor som har stor belastning, og som det kreves en ekstra innsats for å beholde og rekruttere (NOU 2023: 4, s. 90). Det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å studere hvilke arbeidsmiljøfaktorer som viser sammenheng med psykiske plager, for deretter å arbeide for å hindre de eventuelle sammenhenger som kan vise å bidra negativt til psykiske plager. Dette kan være kunnskap for å hindre at arbeidsmiljøet bidrar til økte psykiske plager, og dermed hjelpe ansatte å forbli i arbeid fremfor å bli syke og ha sykefravær. Det å fremme god helse, fremfor hva som kan skape eller bidra til negative helseutfall, er en nyttig, økonomisk og helsefremmende vinkling på arbeidsmiljøet (Moussavi et al., 2007). Da psykiske plager er et utfall i arbeidslivet som gjør at mange blir syke, og det påvises at å arbeide med mennesker kan være ekstra belastende – da er dette et nødvendig tema og område som det er verdt å forske videre på. På sett og vis er det rett og rimelig å se på hva som skaper, eller ikke skaper, god psykisk helse blant disse arbeidstakerne.

Opgavens problemstilling lyder som følger:

«Hvilke jobbkrav og hvilke jobbressurser har sammenheng med psykiske plager blant sysselsatte i helse- og omsorgssektoren?»

Ut fra problemstillingen vil visse antagelser fremsettes, og på bakgrunn av den forutgående presentasjonen av teori og forskning. Følgende hypoteser vil undersøkes i den videre analysen.

3.1. Hypoteser

Hypotese 1 bygger på JD-R modellens antagelser om at jobbkrav over tid er forbundet med negative fysiske eller mentale utfall (Bakker & Demerouti, 2007). Som teorien og forskningen beskriver, så kan psykososiale arbeidsmiljøfaktorer være en risikofaktor for redusert psykisk helse (Bakke et al., 2021; Harvey et al., 2017). I lys av JD-R modellen vil det derfor være rimelig å anta at dersom de sysselsatte opplever økt grad av jobbkrav, vil dette øke psykiske plager, på bakgrunn av at jobbkrav over tid kan være forbundet med negative utfall. Derfor presenteres hypotese 1.

Hypotese 1: «Jobbkrav har positiv sammenheng med psykiske plager».

Den andre hypotesen fremstilles i videreføringen av antagelsen i JD-R modellen om at dersom man opplever å ha jobbressurser, da evner man å tåle mer i møte med jobbkrav (Bakker & Demerouti, 2007). I det videre kan dette om mulig bidra til å redusere den helseskadelige prosessen. I dette ligger antagelsen fra JD-R modellen om at det er jobbkrav som kan føre til utbrenthet og redusert helse, og i lys av en salutogen tilnærming vil det være ønskelig å undersøke det motsatte, ved å se om økt grad av jobbressurser reduserer graden av psykiske plager. Studier har vist at besittelse av jobbressurser kan bidra til å være stressreducerende og skape positive utfall for den ansatte (Roelen et al., 2018; Ruysseveldt et al., 2011). Dette danner grunnlaget for hypotese 2.

Hypotese 2: «Jobbressurser har negativ sammenheng med psykiske plager».

JD-R modellen fremmetiller det slik at arbeidsengasjement vil øke ved tilgang på jobbressurser, og at jobbressurser på den måten kan bidra til positive utfall for den ansatte (Bakker & Demerouti, 2007). På denne måten kan opplevelsen av motivasjon og arbeidsengasjement være en faktor som bidrar til å fremme helse, og om mulig redusere graden av psykiske plager, slik tidligere vist (Torp & Bergheim, 2023; Willadssen, 2020, s. 87). Det vil derfor antas at motivasjon og engasjement kan ha sammenheng med psykiske plager, og dermed presenteres hypotese 3.

Hypotese 3: «Motivasjon og engasjement har negativ sammenheng med psykiske plager».

I henhold til rapporten om relasjonelt arbeid og kjønn, er det ikke nødvendigvis kjønn som forklarer hvorfor kvinner oftere opplever dårligere helse og økt sykefravær, sammenlignet med menn (Hagen & Jensen, 2022, s. 42-44). Studier viser likevel at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer viser å øke risikoen for sykefravær og redusert psykisk helse blant kvinner i større grad enn hos menn (Indregard et al., 2018; Sterud, 2014). Det vil derfor være interessant å belyse hvorvidt det faktisk er forskjeller blant kjønn og effekten av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer på psykiske helse blant helsepersonell i helse- og omsorgssektoren. På denne bakgrunn fremsettes hypotese 4.

Hypotese 4: «Kvinner har flere jobbkrav som har positiv sammenheng med psykiske plager enn hva menn har».

I oppgavens utvalg er det flest som arbeider i sykehustjenester og pleie- og omsorg i institusjon, og det vil være interessant å undersøke om det er ulikheter i jobbkrav og jobbbressurser mellom de to ulike helse- og omsorgsvirksomhetene. Opplever de ansatte sammenheng mellom ulike jobbkrav og jobbbressurser med psykiske plager? Sykehus og pleie- og omsorg er ulike virksomheter som arbeider på ulike måter, og derfor vil de oppleve å ha ulike jobbkrav og jobbbressurser, slik JD-R modellen beskriver (Bakker & Demerouti, 2007). Antagelsen vil være ut fra at ansatte i pleie- og omsorg oftere opplever å stå alene i arbeidet, enn hva man som regel gjør i en sykehusavdeling. Hagen og Jensen (2022, s. 17) viser også at det blant de på sykehjem og i pleie- og omsorg viser å være mer utsatt for ulike jobbkrav, sammenlignet med andre. På denne måten vil det ikke være like mange kollegaer for støtte og hjelp, samt at det oftere kan være ufaglærte på jobb. Hypotese 5 legger frem antagelsen om at det vil være ulikt.

Hypotese 5: «Sysselsatte på sykehus og i pleie- og omsorg vil oppleve sammenheng mellom ulike jobbkrav og jobbbressurser med psykiske plager».

4 Metode

Den metodiske tilnærmingen i oppgaven vil nå bli presentert. Det ble gjort en rekke forberedelser før analysene kunne bli gjennomført, da datasettet var stort og det var nødvendig med avgrensninger for å besvare oppgavens spørsmål. Disse forberedelsene og dets fremgangsmåter vil bli forklart, før analysene og resultatene presenteres.

4.1. Metodisk design

Denne oppgaven har en kvantitativ tilnærming, og benyttet datasettet LKU-A fra 2019 til å besvare oppgavens spørsmål. Det metodiske designet er tverrsnittstudie, selv om LKU-A er en panelstudie (longitudinell design), så var det kun undersøkelsen fra ett år, år 2019, og dermed ett observasjonstidspunkt denne oppgaven tok utgangspunkt i (Skog, 2004, s. 71). En fordel med bruk av tverrsnitt er at det kan gi en god beskrivelse av hvordan det som undersøkes er på det gitte tidspunktet, hvilket betyr at det kan fortelle hvilke jobbkrav og jobbressurser som på det gitte tidspunktet har samvariasjon og korrelerer med hverandre og med psykiske plager (Jacobsen, 2021, s. 109). Det kan sies at hensikten med en tverrsnittstudie er å studere variasjon og samvariasjon (Skog, 2004, s. 71). En utfordring med bruk av en tverrsnittstudie er at det ikke kan si noe om endring over tid (Jacobsen, 2021, s. 109). Dette er en utfordring for denne oppgaven, da det blir vanskelig å si om det er jobbkrav og/eller jobbressurser som er grunn til psykiske plager, eller om det er noe helt annet (Skog, 2004, s. 73). Oppgaven vil forsøke å redusere disse mulige utfordringene ved å trekke inn enkelte kontrollvariabler, men det vil ikke være mulig å teste for alle relevante forhold (Jacobsen, 2021, s. 95). Dette med tanke på oppgavens omfang og dataen oppgaven bygger på, ikke kan klare å undersøke alle relevante forhold, og derfor vil noen faktorer være utenfor oppgavens oppdagelser.

Denne oppgaven tok utgangspunkt i sekundærdata, og derfor måtte det i utarbeidelsen av problemstillingen og dets hypoteser ta hensyn til hvilke observasjoner og hvilke spørsmål som var blitt gjort av de som hadde samlet inn grunndataene (Jacobsen, 2021, s. 140). Det kommer også til syne, og vil bli kommentert underveis, at det var enkelte variabler eller tilnærminger

som forfatteren bak denne oppgaven savnet. Til tross for at informasjonen var samlet inn for et mulig annet formål enn det undertegnede hadde som formål med dataen, så er det et datasett som benyttes for å belyse generelle trekk ved arbeidsmiljø i den norske befolkningen, og dermed var det et velegnet datasett for å se på trekk som muligens kunne reflektere noe av tendensene i arbeidsmarkedet (Dalen & Bye, 2020, s. 6).

4.2. Vitenskapssyn

Valget med å bruke kvantitativ metode i denne oppgaven bygget på et ønske om å undersøke hvilke jobbkraav og hvilke jobbressurser som hadde sammenheng med psykiske plager i et representativt utvalg i den norske befolkning, og på den måten kartlegge tendenser (Johannessen et al., 2016, s. 27-28). Som forsker i denne oppgaven er det forsøkt å ta i betraktning, både i analysene og i diskusjonen av resultatene, det faktum at det var mennesker og deres virkelighet det ble forsket på, og at virkeligheten mennesker lever i er kompleks (Johannessen et al., 2016, s. 31). Derfor vil funnene i denne oppgaven, samt tidligere teori og empiri som oppgaven bygger på, kun være en bit av et større bilde fordi det ikke vil være mulig å vise alle sammenhenger i hele bildet. Det er også verdt å merke at min tolkning og diskusjon av resultatene, er nettopp det - *min* tolkning. Derimot bygget oppgaven på kvantitative data, noe som viser til tallfestede og registrerte svar fra menneskene i utvalget. Dog er det verdt å merke at det i oppgaven var mindre direkte observasjoner og fenomener som ble undersøkt og bør anses som observasjoner av en diffus virkelighet, slik som psykiske plager og opplevelse av ulike jobbkraav og ressurser er (Johannessen et al. 2016, s. 33-34). Den vitenskapelig tilnærming som denne oppgaven inntok kommer innunder kritisk realisme, ved at forskningen kan skape empiri som sier noe om virkeligheten, men det kan være vanskelig å påstå at det er en objektiv sannhet (Jacobsen, 2021, s. 34).

Ved en tilnærming som kritisk realisme aksepteres utfordringen med de ontologiske forskjellene mellom den fysiske og sosiale virkelighet (Archer, 1998, s. 190). Realisme bygger på antagelsen om at verden eksisterer uavhengig av forskerens og menneskers kunnskap om den (Sayer, 2004, s. 6). Selv om man med en kritisk realisme hevder at bevisene vi observerer kan nærme seg realiteten, er de allikevel alltid feilbarlige, sosiale og subjektive beretninger om virkeligheten (Sturgiss & Clark, 2020). Virkeligheten er i denne tilnærmingen

uavhengig av sinnet, og vil gjelde både de fysiske dimensjonene, så vel som de sosiale og kulturelle aspektene ved virkeligheten. De menneskelige perspektivene er viktige, men det vil være beretninger om virkeligheten. Det vil si at de menneskelige oppfatningene av kulturer forblir menneskelige oppfatninger, og kan ikke sidestilles med kulturene selv. Dette respekterer at mennesker kan ha tro og personlige forståelser, men at dette heller ikke endrer tilstanden til den uavhengige virkeligheten (Sturgiss & Clark, 2020).

En slik forskningstilnærming er nyttig for å forklare utfall eller hendelser, ved spørsmål som hvordan og hvorfor hendelser eller fenomener oppstår (Sturgiss & Clark, 2020). Det beskrives videre at det i kritisk realisme anerkjenner tanken om at systemer består av forskjellige komponenter som er en del av en kompleks prosess, og på den måten er det ulike komponenter som kan kombineres til et utfall, slik et komplekst system som arbeidsplassen er. En arbeidsplass består av mange komponenter, og ulike komponenter påvirker ulike utfall.

4.3. Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø

4.3.1. Gjennomføring

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø gjennomføres hvert tredje år av Statistisk sentralbyrå, med mål om å kartlegge ulike arbeidsmiljøforhold (Dalen & Bye, 2020, s. 3-4). Før datainnsamlingen startet, fikk alle personene som var trukket ut til undersøkelsen informasjon på e-post (Dalen & Bye, 2020, s. 10). For å få økt svarprosent ble det underveis i datainnsamlingen sendt påminnelser på e-post og SMS til de personene som man ikke hadde fått kontakt med. Også personer som først hadde oppgitt at de ikke ønsket å delta fikk muligheten igjen ved en senere anledning. Dataene ble samlet inn ved personlig intervju over telefon, i perioden 19. august 2019 til 29. mars 2020.

4.3.2. Utvalget i levekårsundersøkelsen

I 2019 bestod bruttoutvalget i LKU-A av 19 810 personer i alderen 18-66 år (Dalen & Bye, 2020, s. 8). Utvalget var et landsomfattende tilfeldig utvalg som var trukket, og

aldersavgrenset med mål om å dekke befolkningen i yrkesaktiv alder. Siden 2016 byttes en tredjedel av utvalget ut, og en ny tredjedel kommer inn. Svarprosenten var på 57 %, som innebar at det endelige utvalget i datasettet til LKU-A bestod av 11 212 personer (Dalen & Bye, 2020, s. 16).

4.3.3. Utvalget i denne oppgaven

I denne oppgaven ville fokuset være på sysselsatte i helse- og omsorgssektoren med helsefaglig bakgrunn. Datasettet ble først sortert etter yrkeskode, med utgangspunkt i standarden for yrkesklassifiseringene i «International Standard Classification of Occupations» (ISCO 08), som fordeler ulike yrker i yrkeskoder (Statistisk sentralbyrå, 2011). Denne fordeling hadde fått navnet STYRK-08 i LKU-A. Deretter ble det undersøkt i hvilke virksomheter personene jobbet i, for så å filtrere bort de personene som ikke jobbet innenfor ulike virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Det var variabelen VIRK_NACE_3sif som ble utgangspunktet for virksomhetsinndelingen, fordi den mer detaljerte variabelen VIRK_NACE_5sif hadde betydelig flere «missing», og ble av den grunn ikke benyttet (Statistisk sentralbyrå, 2009b). NACE-koder er grunnlaget for koding av næringer og virksomheter, som gjør det mulig å sammenlikne og analysere opplysninger innad i Norge, så vel som internasjonalt og over tid (Statistisk sentralbyrå, 2009a). Etter utvelgelsen på de to overstående variablene, ble utvalget til slutt bestående av 795 mennesker. Derimot bestod analysene av totalt 706, ettersom de som eventuelt ikke hadde svart på enkelte av spørsmålene ble fjernet fra analysene og dermed gjorde utvalget mindre. Resultatene som rapporteres vil dermed være basert på totalt 706 observasjoner.

I sammenligningen mellom sykehustjenester og pleie- og omsorg i institusjon, ble utvalget filtrert i VIRK_NACE_3sif, ut fra hvilke to virksomheter som bestod av flest personer. De to virksomhetene visste da å være sykehustjenester (heretter sykehus) og pleie- og omsorg i institusjon (heretter pleie- og omsorg), og bestod av et utvalg på totalt 343 personer. Henholdsvis 206 personer i sykehus, og 137 i pleie- og omsorg. De resterende som ikke jobbet i sykehus eller pleie- og omsorg, jobbet i andre virksomheter, som vist i tabell 1. For den konkrete filtrering og fremgangsmåten av kodene i LKU-A, se Vedlegg 1.

Tabell 1. Utvalget fordelt på yrkeskoder (STYRK-08) og virksomheter (VIRK_NACE_3sif).

	86.1 Sykehus- tjenester	86.2 Lege- og tannlege- tjenester	86.9 Andre helse- tjenest er	87.1 Pleie- og omsorg i institusjon	87.2 Inst./bof.skap psyk.utv.hem. mv	87.3 Inst./bofelles- skap eldre/funksj.he m	87.9 Andre omsorgsi nstitusjo ner	88.1 Sosialtj.u/b otilbud eldre/funksj .hem	88.9 Andre sosialtjen .uten botilbud	Totalt
2211 Allmennpraktiserende leger	33	15	6	2	0	0	0	0	0	56
2212 Legespesialister	11	0	1	0	0	0	0	0	0	12
222 Sykepleiere og spesialsykepleiere	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2221 Spesialsykepleiere	37	2	13	2	0	1	0	2	1	58
2222 Jordmødre	6	0	4	0	0	0	0	0	0	10
2223 Sykepleiere	95	7	38	37	4	9	0	13	1	204
2224 Vernepleiere	4	2	4	3	11	15	2	5	2	48
3258 Ambulansepersonell	0	0	16	0	0	0	0	0	0	16
3259 Andre helseyrker	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
5321 Helsefagarbeidere	12	0	29	76	24	27	2	27	5	202
5322 Hjemmehjelper	0	0	5	0	1	2	0	9	2	19
5329 Andre pleiemedarbeidere	7	14	7	17	11	15	0	5	3	79
Totalt	206	40	124	137	51	69	4	61	14	706

4.4. Variabler

4.4.1. Indekskonstruksjon

Psykiske plager, jobbkrav og jobbressurser er komplekse fenomener som ikke direkte kan måles. Så for å kunne måle disse fenomenene var det nødvendig å finne frem til konkrete indikasjoner ved de ulike fenomenene, slik at de indirekte kunne måles (Jacobsen, 2021, s. 253). På bakgrunn av den presenterte teori og tidligere forskning ble det laget indekser, bestående av flere indikatorer for å måle de ulike fenomenene i oppgaven (Jacobsen, 2021, s. 254-255; Thrane, 2021, s. 45). På denne måten kunne de ulike indeksene gi et bedre og mer dekkende bilde av de teoretiske begrepene i oppgaven, enn hva enkeltvariabler kunne (Thrane, 2021, s. 45). Ved konstruksjonen av indeksene var det viktig å undersøke hvorvidt indeksene som ble konstruert ga lik rangering av individene i de aktuelle indeksene, som en annen indekskonstruksjon ville ha gjort (Skog, 2004, s. 96). Et mål på dette er Cronbach's alpha, α , hvor det foretas en reliabilitetstest for å teste den interne konsistensen av enkeltvariablene i indeksen (Thrane, 2021, s. 48). Det er som oftest skrevet at en verdi på 0,70

til 0,80 er akseptabelt, men verdier under 0,70 kan argumenteres for som akseptable når det er snakk om psykologiske konstruksjoner (Field, 2018, s. 823). Reliabilitetsanalysene blir nærmere forklart under kapittel 4.7.2.

I det følgende vil de ulike fenomenene, som er psykiske plager, jobbkrav og jobbbressurser presenteres. Flere av spørsmålene som blir presentert i de ulike jobbkrav og jobbbressursene kommer fra instrumentet «General Questionnaire for Psychological and Social factors at work (QPSNordic)» (Hoff & Lone, 2014, s. 73). QPSNordic brukes for å måle ulike faktorer i arbeid, slik som psykologiske, sosiale og organisasjonsmessige faktorer (Skogstad et al., 2001, s. 2). Alle spørsmål som senere blir presentert og som starter med «QPS» er hentet fra dette instrumentet. En fordel for denne oppgaven er at teorigrunnlaget for dette instrumentet bygger på teorier relatert til den som brukes i denne oppgaven (Hoff & Lone, 2014, s. 73). Andre spørsmål som starter med henholdsvis «NFR» eller «Sp» er konstruert for LKU-A og er ikke direkte hentet fra validerte spørreskjemaer. Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet brukte denne oppgaven sekundærdata, og ideelt sett skulle det vært flere spørsmål fra QPSNordic i LKU-A for å kunne opprettet indekser bestående av enda flere indikatorer for å måle de ulike fenomenene. Etter å ha testet ulike sammensetninger er det indeksene som nå blir presentert som hadde den beste interne konsistensen i form av Cronbach's α , og dermed ble inkludert i denne oppgaven.

4.4.2. Psykiske plager

Det som i denne oppgaven skulle måles var psykiske plager. Dette ble gjort gjennom fem spørsmål fra LKU-A, som var basert på en forkortet versjon (HSCL-5) av selvrapporteringsverktøyet Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25), og måler grad av psykiske plager i form av psykiske symptomer på depresjon og angst (Schmalbach et al., 2021). Det er vist i litteraturen at HSCL-5 skalaen både er pålitelig og gyldig som verktøy for å måle symptomer på depresjon og angst, og at særlig HSCL-5 kan brukes som et instrument for kartlegging (Schmalbach et al., 2021; Strand et al., 2003). HSCL-5 var dermed et godt kort verktøy for å måle symptomer på psykiske plager, og for å gi informasjon om sysselsatte selv opplevde psykiske plager.

Spørsmålene fra HSCL-5 skalaen inkluderte følgende indikatorer: «Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av ...» «... nervøsitet og indre uro» (HSCL5a), «... stadig å være redd eller engstelig» (HSCL5b), «... følelse av håpløshet med tanke på framtiden» (HSCL5c), «å være nedtrykt og tungsindig» (HSCL5d) og «å være bekymret eller urolig» (HSCL5e). Svaralternativene som gikk fra 1-4 ble omkodet slik at høy score indikerte høy grad av psykiske plager, og lav score indikerte lav grad av psykiske plager: 1 = Ikke plaget og 4 = Veldig mye plaget. De som ikke visste eller ikke ville svare ble ekskludert. Reliabilitetstest ble deretter gjennomført i form av Cronbach's alpha, og fikk en reliabilitetsscore på 0,88. De fem spørsmålene ble satt sammen til en indeks ved å summere opp scorene og dele på antall indikatorer inkludert i indeksen, for på denne måten i vise gjennomsnittsscoren. Denne måten å summere de ulike indikatorer for deretter å dele på antallet, ble gjort for samtlige jobbkrav og jobbressurser. Se oversikt over indekssinndeling og tilhørende indikatorer i Vedlegg 2.

4.4.3. Jobbkrav

Det første jobbkravet ble kalt jobbkrav, og bestod av 2 spørsmål. Spørsmålene var: «Hvor ofte er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?» (QPS14) og «Hvor ofte har du for mye å gjøre?» (QPS15). Svaralternativene rangerte fra «Meget sjelden eller aldri» (=1) til «Meget ofte eller alltid» (=5). En høy score indikerte høye jobbkrav. De som ikke visste eller ikke ville svare ble også her ekskludert. Disse spørsmålene hadde en Cronbach's alpha på 0,81.

4.4.4. Rollekonflikt

Rollekonflikt var det andre jobbkravet, og bestod av 3 spørsmål med en intern konsistens på $\alpha = 0,70$. Også her var det QPS-spørsmål som dannet grunnlaget for indeksen. Spørsmålene var: «Hvor ofte må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?» (QPS41), «Hvor ofte får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?» (QPS42) og «Hvor ofte mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?» (QPS43). Høy grad av rollekonflikt vises ved høy score. Svaralternativene var fra 1 til 5; «Meget sjelden eller aldri» til «Meget ofte eller alltid».

4.4.5. Emosjonelle krav

Den siste variabelen innenfor jobbkrav, var emosjonelle krav, bestående av 2 spørsmål med en Cronbach's alpha på 0,63. De to spørsmålene var: «I hvilken grad må du i arbeidet skjule negative følelser som for eksempel sinne, irritasjon, oppgitthet eller liknende overfor kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på sin arbeidsplass?» (NFR13c) og «I hvilken grad må du i arbeidet forholde deg til sterke følelser som for eksempel sorg, sinne, fortvilelse, oppgitthet eller liknende hos kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på din arbeidsplass?» (NFR13d). Svaralternativene ble her omkodet slik at høye emosjonelle krav ble indikert av høy score, for å samsvare bedre med de andre jobbkravene i analysene. Svaralternativene var da: «Ikke i det hele tatt» (= 1) til «I svært høy grad» (= 5).

4.4.6. Jobbkontroll

Den første av jobbressursene ble kalt jobbkontroll, bestående av 4 spørsmål. Det var spørsmålene «I hvilken grad kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?» (QPS47), «I hvilken grad kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid?» (QPS53), «I hvilken grad kan du selv bestemme hvilke oppgaver du skal få?» (Sp56a2) og «I hvilken grad kan du selv bestemme hvordan du skal gjøre arbeidet?» (Sp56b2). Etter å ta bort de som ikke vet eller ikke ville svare, var Cronbach's α 0,70. Svaralternativene ble omkodet slik at høy score indikerte høy grad av jobbkontroll. Da lød svaralternativene: «Ikke i det hele tatt» (= 1) til «I svært høy grad» (= 5).

4.4.7. Ledelse

Andre jobbressurs bestod av 3 indikatorer, og fikk navnet ledelse. Ledelse hadde Cronbach's alpha på 0,74. «Om du trenger det, hvor ofte kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?» (QPS72), «Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?» (QPS78) og «Behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk?» (QPS90), var de 3 spørsmålene innenfor ledelse. Disse ble rangert fra «Meget sjelden eller aldri» (= 1) til «Meget ofte eller alltid» (= 5), som indikerte at høyere grad av denne ressursen ble vist gjennom høy score.

4.4.8. Ferdigheter og utvikling

Den siste jobbressursen var ferdigheter og utvikling, og inneholdt 2 indikatorer. Disse var: «Hvordan er mulighetene i jobben din til å utnytte ferdigheter, kunnskaper og erfaring du har fått gjennom utdanning og arbeid?» (Sp19a) og «Hvordan er mulighetene i jobben din til å videreutvikle deg faglig på de områder du ønsker?» (Sp19b). Etter å ha tatt bort de som ikke ville eller ikke visste, var Cronbach's alpha 0,66. Svaralternativene ble omkodet slik at høy score viste høy grad av denne ressursen gjennom svaralternativene som var rangert fra 1 til 4: «Svært dårlige» (= 1) til «Svært gode» (= 4).

4.4.9. Motivasjon og engasjement

For å undersøke motivasjon og engasjement, var det enkeltspørsmålet: «Hvor ofte føler du deg motivert og engasjert i arbeidet ditt?» (SpMotEng) som ble inkludert i oppgaven. Verdiene ble omkodet, slik at de rangerte fra 1-5, hvor høy verdi; «Meget ofte eller alltid» (= 5) indikerte høy grad av motivasjon og engasjement. Lav grad ble vist gjennom lav score; «Meget sjelden eller aldri» (= 1). Ideelt sett skulle det vært en indeks rundt fenomenene motivasjon og engasjement, men det var ikke spørsmål som lot seg kombinere i LKU-A til en slik indeks, og dermed ble enkeltspørsmålet relatert til dette tema inkludert.

4.5. Kontrollvariabler

For å ikke trekke uriktige slutninger, spuriøse slutninger, var det nødvendig å bruke kontrollvariabler i analysene (Thrane, 2021, s. 103). Det at det kunne være en «lurking variable», altså en annen eller andre bakenforliggende forklaringer, var et godt argument for å ta i bruk multivariat regresjon som presenteres i kapittel 4.7.5. (Thrane, 2021, s. 102). Denne oppgaven bygget på en tverrsnittstudie, og et problem i slike studier er nettopp de spuriøse korrelasjonene, derfor var det å kontrollere for ulike kontrollfaktorer viktig (Skog, 2004, s. 74). Selv om noen kontrollvariabler ble inkludert i analysene, er det fortsatt en fare for at man har oversett viktige sammenhenger på grunn av mangel på opplysninger, eller at kontrollvariabler som burde vært inkludert ikke ble tatt med.

I denne oppgaven ble det kontrollert for kjønn og alder i alle analyser, slik det også påpekes og gjøres i andre studier innenfor temaet (Bonsaksen et al., 2021; Torp & Bergheim, 2023; Van der Molen et al., 2020). I tillegg ble det kontrollert for hvorvidt personene i utvalget var fast eller midlertidig ansatt, arbeidstidsordning i form av vanlig eller annen ordning og skift eller turnusarbeid, slik vist i en tidligere studie omkring jobbkrav og jobbbressurser (Mauno et al., 2007). Det ble også kontrollert for hvorvidt man var i ledende stilling eller ikke. En oversikt over disse spørsmålene finnes i Vedlegg 2. Arbeidstidsordning ble endret fra 3 svaralternativer til en dikotom variabel, hvor vanlig arbeidstid og annen arbeidstid ble omgjort til en verdi, mens skift og turnusarbeid ble beholdt. Det var i utgangspunktet ikke mange personer som hadde svart «annen ordning». Det hadde vært ønskelig å ha med hvorvidt utvalget jobbet deltid eller heltid, men på den aktuelle variabelen var det for mange som ikke hadde svart til å kunne ta den med uten å miste for mange personer av utvalget.

4.6. Validitet og reliabilitet

Validitet, hvorvidt empirien er gyldig og relevant, og reliabilitet, hvorvidt empirien er pålitelig og troverdig må adresseres (Jacobsen, 2021, s. 16). Svarer dataen på spørsmålet oppgaven stiller – er dataen gyldig og pålitelig? Det er både intern og ekstern gyldighet, hvor den interne går på om man kan trekke konklusjoner utfra dataen som foreligger, og den eksterne som sier noe om resultatet også er gyldig i en annen sammenheng enn nettopp den som undersøkes (Jacobsen, 2021, s. 17). Her er det snakk om overførbarhet, og hvorvidt gyldigheten på resultatene strekker seg utover utvalget som er i denne oppgaven (Midtbø, 2010, s. 25). Dette kan diskuteres, og valg som er gjort underveis kan ha vært feil, men valgene er forklart og begrunnet. LKU-A går ut fra et landsdekkende tilfeldig utvalg, og bør derfor ansees å være overførbart (Dalen & Bye, 2020, s. 8).

Måten indeksene er konstruert, bygger på tidligere forskning, teori og i hovedsak validerte spørreskjemaer. Dette er med på å underbygge validiteten til de ulike indeksene. Når det kommer til påliteligheten av indeksene, kunne denne måles, slik det vil bli presentert under reliabilitetsanalyse i kapittel 4.7.2. Reliabilitetsanalysene er vist gjennom Cronbach's alpha, som testet den interne konsistensen blant enkeltvariablene som inngikk i indeksene (Thrane, 2021, s. 48).

Valg av litterære kilder til denne oppgaven bygger på at forskningslitteratur kommer fra fagfellevurderte tidsskrift, og tidligere pensum gjennom studiet, noe som bygger oppunder oppgavens gyldighet, relevans og troverdighet. Et valg i forhold til forskningslitteraturen, har vært å ikke inkludere artikler som har COVID-19 med i forskningen, da datasettet bygger på data fra før pandemien, og det var derfor være mer korrekt å bruke litteratur som ikke forsket på omstendighetene rundt pandemien.

4.7. Statistiske analyser

Analysene er gjennomført i IBM SPSS Statistics versjon 29.0.1.0 (171). De ulike analysene som ble gjennomført i oppgaven var: beskrivende statistikk, reliabilitetsanalyse, korrelasjonsanalyse, faktoranalyse og multivariate lineære regresjonsanalyser.

4.7.1. Deskriptiv statistikk

Beskrivende eller deskriptiv statistikk ble foretatt for å sammenfatte egenskaper ved de ulike variablene som ble brukt i analysene (Midtbø, 2010, s. 39). I tabell 2 presenteres utvalget gjennom andeler og prosenter. En signifikanstest av gjennomsnittet mellom kjønn og mellom sykehus og pleie- og omsorg, er vist gjennom en uavhengig t-test i tabell 3 og 4 (Johannessen, 2017, s. 130). I de samme tabeller er det også oppgitt beskrivende om de ulike utvalg.

På bakgrunn av at ikke alle variablene i denne oppgaven var normalfordelte, var det visse valg som ble tatt underveis for å ta hensyn til dette. Det ble derfor foretatt en kontrollanalyse av dataen med Mann-Whitney test (Field, 2018, s. 286-295). Resultatene fra denne testen viste å være tilnærmet uendret fra det som fremstilles i tabell 3 og 4, og endret ikke resultatene.

4.7.2. Reliabilitetsanalyse

Reliabilitetsanalysene ble foretatt underveis i byggingen av datasettet til denne oppgaven, og verdiene som oppgis var etter omkodning av variabler, hvor verdiene 8 (= vet ikke) og 9 (= vil ikke svare) var ekskludert. Reliabilitetsanalysene ble foretatt i det aktuelle utvalget for

oppgaven. Det er som oftest skrevet at en Cronbach's alpha verdi på 0,70 til 0,80 er akseptabelt, men verdier under 0,70 argumenteres for som akseptable når det er snakk om psykologiske konstruksjoner (Field, 2018, s. 823). Det er også ulike forventninger til en indeks bestående av variabler fra tidligere forskning, som forventes å være på 0,70, enn hvis indeksen består av egenkonstruerte variabler, da er gjerne 0,60 laveste godkjente verdi (Thrane, 2021, s. 49). Reliabilitetsanalyse ble gjort for å måle reliabiliteten til indeksene som ble brukt (Field, 2018, s. 821). Det var to av indeksene som hadde Cronbach's alpha under 0,70; emosjonelle krav ($\alpha = 0,63$) og ferdigheter og utvikling ($\alpha = 0,66$). Til tross for at de var under 0,70 var de svært nærme, og som det er beskrevet kan det argumenteres med at LKU-A sine spørsmål i seg selv ikke var utviklet for å måle nøyaktig det denne oppgaven ønsket å undersøke, og ikke var laget direkte for denne oppgaven. På bakgrunn av dette, kan indekskonstruksjonen som ble brukt i denne oppgaven forsvares.

En ekstra kontroll i reliabilitetsanalysene ble gjort ved å undersøke at alle konstruksjoner hadde en verdi over 0,30 under «Corrected Item-Total Correlation», som indikerer korrelasjon mellom hver indikator i skalaen (Field, 2018, s. 826). Videre ble det gjennomført bivariante korrelasjonsanalyser av de indekser med lavest Cronbach's alpha; emosjonelle krav og ferdigheter og utvikling (Clausen & Johansen, 2012, s. 271). Samtlige fikk den ideelle korrelasjonsverdi mellom 0,30 og 0,60. Et siste mål ble gjort gjennom faktoranalysen som presenteres nedenfor. En oversikt over Cronbach's alpha er oppført på nederste linje i tabell 5.

4.7.3. Faktoranalyse

Faktoranalyse er en teknikk for å finne variabler som samsvarer og som kan samles for å måle et fenomen som ikke direkte kan måles, altså å måle noe som kalles en latent variabel (Field, 2018, s. 779). Datasettet som ble benyttet i denne oppgaven var stort og komplekst, og en fordel med faktoranalyse er at den kan bistå med å undersøke hvilke variabler som sammen i faktorer kan forklare et fenomen (Bjerkan, 2012, s. 253). For å finne variabler som samsvarte og kunne samles for å måle oppgavens fenomener, ble derfor en faktoranalyse gjennomført. En «Maximum Likelihood» faktoranalyse med de 21 indikatorene inkludert i oppgaven ble gjennomført, med Varimax rotasjon.

4.7.4. Korrelasjonsanalyse

I en korrelasjonsanalyse vises grad av samvariasjon mellom ulike variabler (Eikemo, 2012, s. 85). En korrelasjonsanalyse kan ikke si noe om det er en kausal forbindelse, kun at det er samvariasjon (Eikemo, 2012, s. 87). Pearson korrelasjonskoeffisient, Pearson r , måler grad av lineær sammenheng mellom to variabler, og verdien på r sier noe om graden av linearitet (Eikemo, 2012, s. 85). Dette tallet vil variere mellom 0 og 1 hvis det er en positiv korrelasjon, og mellom 0 og -1 hvis det er en negativ korrelasjon. Eikemo (2012, s. 87) sier man skal trå varsomt med å si hva som er høy eller lav verdi på Pearson r . Det skrives likevel at det i samfunnsvitenskapelige undersøkelser kan tenkes at Pearson r opp til 0,20 betegnes som en svak samvariasjon, mens verdier mellom 0,30 og 0,40 betegnes som relativt sterk, og over 0,50 er en meget sterk samvariasjon (Johannessen, 2017, s. 127).

4.7.5. Multivariat regresjonsanalyse

I denne oppgaven er det presentert flere uavhengige variabler, og det ble derfor benyttet en multivariat regresjonsanalyse for å estimere i hvilken grad de ulike uavhengige variablene hadde en effekt på psykiske plager (Eikemo, 2012, s. 91). En multivariat regresjon er en lineær regresjonsanalyse, og formålet er å undersøke hvordan og hvilke av variablene, både de uavhengige og kontrollvariablene, som predikere utfallet på den avhengige variabelen (Johannessen, 2017, s. 144). En fordel ved å ta i bruk multivariat regresjonsanalyser i oppgaven, var at flere uavhengige variabler kunne gi et bedre bilde av mulige årsaker til psykiske plager, samtidig ble beskrivelsene av årsakssammenhengene både mer presise og mer troverdige (Midtbø, 2010, s. 97).

En av forutsetningene Johannessen (2017, s. 144) nevner for lineær regresjon er at den avhengige variabelen har minst 5 verdier, noe som var tilfellet i denne oppgaven. Selv om de opprinnelige indikatorene forbundet med psykiske plager og ferdigheter og utvikling kun hadde 4 verdier, ble det gjennom indekskonstruksjonen laget gjennomsnitt som førte til at samtlige variabler økte antallet verdier. Et annet aspekt å tenke på ved lineær regresjon, er multikollinearitet, altså hvor sterkt de uavhengige variablene er korrelert (Johannessen, 2017, s. 158). Som korrelasjonsanalysen i tabell 7 viser, er det ingen korrelasjonskoeffisienter over

0,70 som Johannessen (2017, s. 158) oppgir som problematisk. Det var altså fravær av multikollinearitet.

Det forutsettes også at det i lineær regresjon er normalfordeling i restleddet (Johannessen, 2017, s. 15). En av egenskapene ved et normalfordelt restledd er homoskedastisitet, som med andre ord innebærer fravær av heteroskedastisitet (Skog, 2004, s. 246). For å undersøke hvorvidt denne forutsetningen var korrekt i dette tilfellet, ble det gjennomført en «Breusch-Pagan test» for å undersøke heteroskedastisitet (Cameron & Trivedi, 2005, 376). Resultatene fra disse testene vises i tabell 8 og 9, og konkluderte med at restleddet ikke er homoskedastisk. Derfor måtte dette kontrolleres for, og det ble valgt å utføre de multivariate regresjonsanalysene med bootstrap, slik at konfidensintervallet og signifikansverdiene ikke bygde på verken normalitet eller homoskedastisitet (Field, 2018, s. 428). Bootstrap er estimert med 1000 repetisjoner. Det er signifikansverdien kjørt med bootstrap som rapporteres i regresjonsanalysene.

Det vanligste målet på hvor god en regresjonsmodell er, altså hvor mye av variasjonen i psykiske plager som forklares av de andre variablene, kalles multiple regresjonskoeffisient, R^2 (Johannessen, 2017, s. 150). I tabell 8 og 9 er det den justerte R^2 som er rapportert, dette på bakgrunn av at det var mange variabler med i modellen (Eikemo, 2012, s. 89). For å avgjøre hvorvidt det var en signifikant sammenheng mellom de ulike avhengige variablene og den avhengige, går denne oppgaven ut fra en signifikansverdi, p , som en verdi lavere enn 0,05 (Eikemo, 2012, s. 88).

4.8. Etikk

Etiske overveielser i denne oppgaven er foretatt av Statistisk sentralbyrå i forkant av intervjuene til LKU-A. Hver enkelt deltaker ble i forkant av intervjuet informert om undersøkelsen, tema og personvern per e-post, og dersom dette ikke var lest ble respondentene referert innholdet før intervjuet startet slik at informert samtykke var sikret (Dalen & Bye, 2020, s. 10). Dersom det var respondenter under 18 år, fikk foresatte tilsendt informasjonsskriv i posten.

For å få datamaterialet til denne oppgaven måtte undertegnede søke Sikt om tilgang, og en avtale mellom undertegnede og Sikt om bruk av datasettet ble signert før utlevering av datamaterialet. Datamaterialet var anonymisert fra Statistisk sentralbyrå før utlevert til Sikt, dermed var det ingen krav til spesiell lagring av denne datafilen (Dalen & Bye, 2020, s. 29).

5 Resultater

5.1. Bakgrunn og demografi

Det var stor overvekt av kvinner i utvalget med 80,6 % kvinner mot 19,4 % menn, som vist i tabell 2. Gjennomsnittsalderen for deltakerne i utvalget var 42,8 år, hvor menn hadde noe lavere gjennomsnittsalder enn kvinnene. Mellom de som arbeidet på sykehus og pleie- og omsorg var det liten forskjell i gjennomsnittsalder. Det var prosentvis flere menn som arbeidet på sykehus enn i pleie- og omsorg, og visa versa. Arbeidsforhold viste at de fleste hadde faste stillinger, og at dette var høyest blant kvinner med 89,3 %. Prosentvis var det 20,4 % av mennene som var ansatt i midlertidig arbeid, mot 10,7 % av kvinnene. Blant pleie- og omsorg var det flere i midlertidige ansettelse, 16,1 %, enn 12,1 % på sykehus, som da viste at en sammenligning mellom sykehus og pleie- og omsorg viste flest med faste stillinger på sykehus. Det var betydelig flest personer i skift- eller turnusarbeid i hele utvalget, med henholdsvis 70,0 %. Dette var nokså stabilt i forholdet mellom menn og kvinner. Derimot skilte de i pleie- og omsorg seg ut ved at det var så mye som 83,2 % mot 64,6 % på sykehus som jobbet skift eller turnus.

Tabell 2. Oversikt over demografiske variabler.

	Alle deltakere (n=706)	Menn (n=137)	Kvinner (n=569)	Sykehus og pleie- og omsorg (n=343)	Sykehus (n=206)	Pleie- og omsorg (n=137)
Alder, M (SD) 18-66 år	42,80 (13,00)	40,63 (12,17)	43,32 (13,15)	42,27 (12,78)	42,82 (12,40)	41,45 (13,34)
Kjønn, n (%)						
Menn	137 (19,4)			52 (15,2)	35 (17,0)	17 (12,4)
Kvinner	569 (80,6)			291 (84,8)	171 (83,0)	120 (87,6)
Arbeidsforhold, n (%)						
Fast	617 (87,4)	109 (79,6)	508 (89,3)	296 (86,3)	181 (87,9)	115 (83,9)
Midlertidig	89 (12,6)	28 (20,4)	61 (10,7)	47 (13,7)	25 (12,1)	22 (16,1)
Arbeidstid, n (%)						
Vanlig/annen	212 (30,0)	42 (30,7)	170 (29,9)	96 (28,0)	73 (35,4)	23 (16,8)
Skift/turnus	494 (70,0)	95 (69,3)	399 (70,1)	247 (72,0)	133 (64,6)	114 (83,2)
Leder, n (%)						
Ja	97 (13,7)	18 (13,1)	79 (13,9)	53 (15,5)	34 (16,5)	19 (13,9)
Nei	609 (86,3)	119 (86,9)	490 (86,1)	290 (84,5)	172 (83,5)	118 (86,1)

M = gjennomsnitt. SD = standardavvik.

5.2. Ulikheter mellom kjønn

Blant utvalget av helsepersonell i helse- og omsorgssektoren, viste det seg å være en gjennomsnittlig lav grad av selvrapporterte psykiske plager med 1,32, se tabell 3.

Gjennomsnittet lå nærmere å «ikke være plaget», enn å være «litt plaget» med psykiske plager (se Vedlegg 2 for svaralternativer på de ulike indeksene). Det fremkom ikke stor forskjell mellom menn og kvinner. Jevnt over var det rapportert om nokså høy grad av motivasjon og engasjement, med en gjennomsnittscore på 4,34.

Det var kun jobbkrav som viste å være signifikant forskjellige mellom menn og kvinner. Her oppga kvinner å gjennomsnittlig være nærmere opplevelsen av å ha høye jobbkrav «nokså ofte», mot menn som er nærmere «av og til». Sett bort fra jobbkrav, så det tilsynelatende ikke ut til å være store forskjeller mellom menn og kvinner og deres opplevelse av de ulike jobbkrav og jobbbressurser. Jevnt over viste ikke kvinner og menn å skille seg nevneverdig fra gjennomsnittet.

Et blikk på resten av jobbkravene, viste at det blant menn og kvinner er emosjonelle krav som viste nest høyeste grad, 3,30 som lå gjennomsnittlig mellom «i noen grad» og «i høy grad». Derimot var det bare middels grad av rollekonflikt, 2,39 som viste at utvalget lå mellom «nokså sjelden» og «av og til» i opplevelsen av rollekonflikt.

Tabell 3. Ulikheter mellom kjønn.

Indeks	Variasjons- bredde	Alle deltakere M (SD) (n=706)	Menn M (SD) (n=137)	Kvinner M (SD) (n=569)	Gjennomsnitts- differanse	95% CI	p
Psykiske plager	1-4	1,32 (0,51)	1,33 (0,56)	1,32 (0,50)	0,01	-0,08 – 0,11	0,76
Jobbkrav	1-5	3,67 (1,02)	3,39 (1,16)	3,73 (0,97)	-0,35	-0,56 – -0,14	<0,001
Rollekonflikt	1-5	2,39 (0,90)	2,33 (0,91)	2,41 (0,89)	-0,08	-0,25 – 0,09	0,34
Emosjonelle krav	1-5	3,30 (1,00)	3,24 (0,98)	3,31 (1,00)	-0,06	-0,25 – 0,12	0,51
Jobbkontroll	1-5	3,01 (0,75)	3,09 (0,73)	2,99 (0,75)	0,09	-0,23 – 0,05	0,18
Ledelse	1-5	3,94 (0,93)	3,92 (0,88)	3,94 (0,94)	-0,01	-0,16 – 0,19	0,88
Ferdigheter og utvikling	1-4	3,27 (0,60)	3,30 (0,71)	3,26 (0,58)	0,04	-0,16 – 0,09	0,59
Motivasjon og engasjement	1-5	4,34 (0,81)	4,33 (0,92)	4,34 (0,78)	-0,01	-0,14 – 0,16	0,87

Signifikant tosidig, $p \leq 0,05$. M = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik.

Blant jobbressursene i tabell 3, var det opplevd høy grad av ledelse (3,94), noe som innebar at personene i utvalget «nokså ofte» opplevde støtte, verdsettelse og rettferdighet fra sine ledere. Videre var det ferdigheter og utvikling som viste at utvalget opplevde å ligge mellom «gode» og «svært gode» muligheter for å utnytte ferdigheter, kunnskap og erfaring, samt å utvikle seg (3,27). I og med at denne variabelen kun strakk seg fra 1-4 og ledelse fra 1-5, viste begge disse å være ressurser personene opplevde nokså høy grad av. I forhold til jobbkontroll, var dette noe utvalget i oppgaven i gjennomsnitt opplevde «i noen grad» (3,01).

5.3. Ulikheter mellom sykehus og pleie- og omsorg

Ved å utelukkende se på de som arbeidet på sykehus og i pleie- og omsorg, var det også her lav grad av psykiske plager, se tabell 4. En sammenligning av de to virksomhetene avduket ingen signifikante forskjeller, og viste at det jevnt over var nokså like gjennomsnittsverdier uavhengig av hvilken virksomhet man arbeidet i. Det kan likevel nevnes at det var nært ved å være signifikant forskjell mellom sykehus og pleie- og omsorg med hensyn til psykiske plager ($p = 0,06$). Det var blant de i pleie- og omsorg som opplevde den høyeste graden av psykiske plager med 1,36 mot 1,26. Høyest motivasjon og engasjement var blant de ansatte på sykehus, men det var rapportert jevnt over høy grad av denne følelsen blant både sykehus og pleie- og omsorg.

Tabell 4. Ulikheter mellom sykehus og pleie- og omsorg.

Indeks	Variasjons- bredde	Sykehus og pleie- og omsorg M (SD) ($n=343$)	Sykehus M (SD) ($n=206$)	Pleie- og omsorg M (SD) ($n=137$)	Gjennomsnitts- differanse	95% CI	p
Psykiske plager	1-4	1,30 (0,48)	1,26 (0,44)	1,36 (0,54)	-0,10	-0,21 – 0,01	0,06
Jobbkrav	1-5	3,97 (0,87)	4,00 (0,87)	3,93 (0,86)	0,06	-0,12 – 0,25	0,50
Rollekonflikt	1-5	2,48 (0,87)	2,43 (0,86)	2,54 (0,88)	-0,11	-0,30 – 0,08	0,26
Emosjonelle krav	1-5	3,33 (0,97)	3,27 (0,94)	3,41 (1,02)	-0,15	-0,36 – 0,07	0,18
Jobbkontroll	1-5	2,93 (0,71)	2,91 (0,71)	2,96 (0,71)	-0,05	-0,11 – 0,20	0,54
Ledelse	1-5	3,91 (0,95)	3,91 (0,95)	3,90 (0,94)	0,02	-0,22 – 0,19	0,86
Ferdigheter og utvikling	1-4	3,30 (0,58)	3,32 (0,58)	3,26 (0,57)	0,07	-0,19 – 0,06	0,29
Motivasjon og engasjement	1-5	4,40 (0,72)	4,42 (0,71)	4,36 (0,73)	0,06	-0,21 – 0,10	0,47

Signifikant tosidig, $p \leq 0,05$. M = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik.

I likhet med kjønn, viste det å være høyest gjennomsnittlig grad av jobbkrav (3,97), som tilsa at dette var noe som «nokså ofte» opplevdes, se tabell 4. Det var blant sykehusansatte jobbkrav opplevdes størst. Deretter fulgte emosjonelle krav (3,33), som var opplevd å være høyest blant de i pleie- og omsorg sammenlignet med sykehus. Videre var det «nokså sjelden» til «av og til» det opplevdes å være utsatt for rollekonflikt, med en gjennomsnittsverdi på 2,48.

Blant jobbressursene, var det også i dette utvalget at ledelse (3,91) samt ferdigheter og utvikling (3,30) som pekte seg ut som ressursene med høyest opplevd grad. Hvorav begge opplevdes en anelse høyere på sykehus, sammenlignet med i pleie- og omsorg. Jobbkontroll (2,93) opplevdes å være noe de ulike personene «i noen grad» rapporterte om.

5.4. Faktoranalyse

Tabell 5. Faktoranalyse og Cronbach's α .

Indikator*	Faktor						
	1	2	3	4	5	6	7
HSCL5d	0,80	-0,05	-0,09	0,06	-0,03	-0,08	0,07
HSCL5e	0,79	-0,02	-0,06	0,04	0,17	-0,10	0,07
HSCL5a	0,78	-0,06	0,02	0,01	0,19	-0,03	0,05
HSCL5c	0,75	0,08	-0,13	0,04	-0,06	-0,11	0,04
HSCL5b	0,71	-0,10	0,01	-0,04	0,11	0,02	0,04
QPS47	-0,02	0,67	0,03	-0,31	-0,04	-0,02	-0,13
Sp56b2	-0,03	0,66	0,05	0,03	-0,04	0,07	0,05
Sp56a2	0,00	0,53	0,04	-0,03	-0,10	0,08	-0,08
QPS53	-0,09	0,53	0,22	0,02	-0,09	0,16	0,00
QPS78	-0,09	0,14	0,75	-0,07	-0,15	0,06	-0,09
QPS90	-0,04	0,06	0,66	-0,02	-0,23	0,08	0,00
QPS72	-0,05	0,09	0,62	-0,04	-0,07	0,13	-0,03
QPS14	0,05	-0,10	-0,04	0,79	0,17	0,04	0,08
QPS15	0,01	-0,05	-0,07	0,78	0,24	0,03	0,11
QPS41	0,09	-0,07	-0,14	0,15	0,62	-0,10	0,18
QPS42	0,09	-0,15	-0,18	0,18	0,60	-0,01	0,07
QPS43	0,11	-0,07	-0,15	0,11	0,56	-0,07	0,11
Sp19a	-0,1	0,13	0,08	0,09	-0,08	0,86	0,02
Sp19b	-0,10	0,15	0,20	-0,01	-0,09	0,51	-0,01
NFR13d	0,09	-0,02	0,00	0,13	0,12	0,06	0,84
NFR13c	0,12	-0,10	-0,11	0,05	0,23	-0,05	0,49
α	0,88	0,74	0,70	0,81	0,70	0,66	0,63

Ekstraksjonsmetode: Maximum Likelihood. Rotasjonsmetode: Varimax med Kaiser Normalization.

* Se tabell 7 for beskrivelse av de ulike indikatorer.

I tabell 5 blir indikatorene som korrelerte høyt innbyrdes i faktoranalysen presentert, og som kan forklare de ulike fenomenene som oppgaven ønsket å undersøke, gjennom ulike faktorer. Indikatorene som korrelerte høyt innbyrdes, var de som dannet de 7 ulike faktorene i denne oppgaven. Ut fra denne faktoranalysen var det 7 faktorer som kom ut, hvor alle de ulike indikatorer i de respektive faktorer viste å gruppere seg på en fin måte sammen. Det var kun indikator QPS47 (uthevet -0,31) som til en viss grad scoret høyt i to ulike faktorer, henholdsvis jobbkontroll og jobbkrav. Dette var ikke en utpreget høy verdi. Derfor var det i faktoren jobbkontroll denne indikatoren ble plassert, da faktorladningen der var betydelig høyere. Nederst i tabell 5 er Cronbach´s alpha (α) rapportert. Tabell 6 viser oversikten over de ulike indikatorene og deres respektive indeks.

Tabell 6. Oversikt over spørsmålsforkortelser, indikatorer, faktorladning og indeksfordeling.

Spørsmål	Indikator	Faktor	Indeks
HSCL5a	Nervøsitet, indre uro	1	Psykiske plager
HSCL5b	Redd, engstelig		
HSCL5c	Håpløshet		
HSCL5d	Nedtrykt, tungsindig		
HSCL5e	Bekymret, urolig		
QPS14	Høyt arbeidstempo	4	Jobbkrav
QPS15	For mye å gjøre		
QPS41	Utføring av oppgaver	5	Rollekonflikt
QPS42	Manglende ressurser		
QPS43	Motstridende forespørsler		
NFR13c	Skjule negative følelse	7	Emosjonelle krav
NFR13d	Forholde seg til sterke følelser		
QPS47	Bestemme arbeidstempo	2	Jobbkontroll
QPS53	Påvirke beslutninger		
Sp56a2	Bestemme arbeidsoppgaver		
Sp56b2	Bestemme jobbutførelse		
QPS72	Støtte og hjelp fra leder	3	Ledelse
QPS78	Verdsettelse av resultater		
QPS90	Rettferdighet/upartiskhet		
Sp19a	Bruk av ferdighet, kunnskap og erfaring	6	Ferdigheter og utvikling
Sp19b	Mulighet for videreutvikling		

5.5. Samvariasjon mellom variabler

Korrelasjonsanalysen i tabell 7 viser korrelasjonskoeffisientene, Pearson r , mellom de ulike variablene i hele utvalget, og de uthevede verdiene hadde en samvariasjon over 0,20 eller under -0,20.

Tabell 7. Bivariate korrelasjoner (Pearson r) for alle variabler i utvalget ($n=706$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Kjønn	1												
2 Alder	0,08 *	1											
3 Arbeidsforhold	-0,12 **	-0,24 **	1										
4 Arbeidstid	0,01	-0,23 **	0,04	1									
5 Leder	-0,01	-0,06	0,09 *	0,11 **	1								
6 Psykiske plager	-0,01	-0,09 *	0,06	0,03	0,05	1							
7 Jobbkraav	0,13 **	-0,03	-0,05	0,02	-0,13 **	0,09 *	1						
8 Rollekonflikt	0,04	-0,04	-0,07 *	0,08 *	-0,09 *	0,23 **	0,36 **	1					
9 Emosjonelle krav	0,02	-0,07	-0,01	0,15 **	0,00	0,20 **	0,23 **	0,33 **	1				
10 Jobbkontroll	-0,05	0,11 **	-0,03	-0,13 **	-0,07	-0,10 **	-0,19 **	-0,24 **	-0,15 **	1			
11 Ledelse	0,01	-0,03	-0,03	-0,08 *	-0,04	-0,15 **	-0,15 **	-0,35 **	-0,15 **	0,23 **	1		
12 Ferdigheter og utvikling	-0,02	-0,01	0,07	-0,10 **	0,00	-0,19 **	0,01	-0,18 **	-0,06	0,24 **	0,28 **	1	
13 Motivasjon og engasjement	0,01	0,06	0,04	-0,08 *	-0,01	-0,23 **	0,09 *	-0,16 **	-0,09 *	0,13 **	0,24 **	0,33 **	1

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,001$.

Korrelasjonsanalysen viste at det var korrelasjon mellom alle variablene innenfor jobbkraav og jobbressurser som skulle undersøkes i sammenheng med psykiske plager. Tabell 7, kolonne 6, viste også at de ulike sammenhenger mellom jobbkraav og jobbressurser med psykiske plager, viste å samsvare med de ulike hypotesene som var fremsatt i forholdet til negativt eller positivt samsvar (hypotese 1 og 2). Også motivasjon og engasjement viste å ha negativ korrelasjon, slik antatt i hypotese 4. Alle de ulike arbeidsmiljøfaktorene, samt motivasjon og engasjement, var signifikant samvarierte med psykiske plager, og kun alder av kontrollvariablene. I og med at det ikke kontrolleres for andre variabler i den bivariate

korrelasjonsanalysen, var det fortsatt behov for regresjonsanalyser for bedre å forklare samvariasjonene.

5.6. Sammenhenger mellom jobbkrav, jobbressurser og psykiske plager

Tabell 8 viser de multivariate regresjonsanalysene som ble foretatt i hele utvalget i oppgaven. Regresjonsanalysene undersøkte hvordan de ulike jobbkravene og jobbressursene, samt enkelte arbeidsrelaterte faktorer, og motivasjon og engasjement hadde påvirkning på psykiske plager. Alder viste å være signifikant med psykiske plager i den forstand at de eldre opplevde noe mindre grad av psykiske plager enn hva de yngre gjorde. Slik også sammenhengen i den bivariate korrelasjonen viste i tabell 7. Likevel var ikke alder signifikant i modell 6 (tabell 8), der alle variabler var inkludert i modellen. Kjønn viste å ikke være signifikant i noen av modellene i tabell 8.

Da jobbkravene ble undersøkt i regresjonsanalysen, viste samtlige regresjonskoeffisienter å bli lavere enn hva de var i den bivariate analysen. I tillegg var ikke jobbkrav lenger signifikant med psykiske plager, men rollekonflikt og emosjonelle krav viste signifikant sammenheng med psykiske plager i alle modellene. Sammenhengen viste å være positiv i alle modellene, slik det var antatt i hypotese 1. Også jobbressursenes regresjonskoeffisienter viste å synke i forhold til korrelasjonskoeffisientene i tabell 7, og kun ferdigheter og utvikling viste å være statistisk signifikant med psykiske plager i alle regresjonsanalysene (tabell 8). Slik antatt i hypotese 2, i forholdet mellom jobbressurser og psykiske plager, var det negativ sammenheng mellom disse. Uten å være signifikant, viste likevel jobbkontroll positiv sammenheng, dette i motsetning til antagelsen i hypotese 2. I modell 2, med kun bakgrunnsvariabler og jobbressurser, var derimot ledelse også signifikant med psykiske plager. Også her med negativ sammenheng slik som forventet.

Tabell 8. Lineær multivariat regresjonsanalyse måler hvilke jobbkrav og jobbressurser som påvirker psykiske plager.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
Bakgrunnsvariabler						
Kjønn (1=menn, 2=kvinner)	-0,01 (0,71)	-0,01 (0,83)	-0,02 (0,63)	-0,01 (0,77)	-0,02 (0,63)	-0,01 (0,74)
Alder	-0,07 (0,04)	-0,09 (0,01)	-0,07 (0,03)	-0,07 (0,05)	-0,06 (0,05)	-0,05 (0,12)
Jobbkrav						
Jobbkrav	-0,01 (0,91)		0,01 (0,82)	0,02 (0,63)	0,03 (0,39)	0,04 (0,24)
Rollekonflikt	0,18 (<0,001)		0,14 (0,002)	0,15 (0,003)	0,12 (0,01)	0,13 (0,004)
Emosjonelle krav	0,13 (<0,001)		0,13 (0,01)	0,13 (0,003)	0,12 (0,01)	0,13 (0,01)
Jobbressurser						
Jobbkontroll		-0,03 (0,45)	0,01 (0,84)	0,01 (0,73)	0,01 (0,76)	0,02 (0,66)
Ledelse		-0,10 (0,03)	-0,04 (0,44)	-0,03 (0,51)	-0,02 (0,70)	-0,01 (0,85)
Ferdigheter og utvikling		-0,16 (0,003)	-0,15 (0,01)	-0,16 (<0,001)	-0,11 (0,01)	-0,12 (0,01)
Arbeidsrelaterte forhold						
Arbeidsforhold (1=fast, 2=midlertidig)				0,06 (0,20)		0,07 (0,14)
Arbeidstid (1=vanlig/annen, 2= skift/turnus)				-0,04 (0,20)		-0,05 (0,18)
Lederstilling (1=ja, 2=nei)				0,06 (0,05)		0,06 (0,06)
Motivasjon og engasjement					-0,16 (<0,001)	-0,16 (<0,001)
Justert R ²	0,07	0,05	0,09	0,09	0,11	0,11
Breusch-Pagan	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Standardisert β . Signifikans ($p \leq 0,05$) er basert på bootstrap standardfeil 1000 repetisjoner. $n = 706$.

I analysene hvor jobbkrav, jobbressurser og arbeidsrelaterte faktorer ble undersøkt i modell 4, viste lederstilling også å være positiv statistisk signifikant med psykiske plager. Dette i motsetning til korrelasjonsanalysen, hvor lederstilling ikke viste å være signifikant med psykiske plager. Dog var ikke lederstilling lenger signifikant når motivasjon og engasjement ble trukket inn i analysene. I modellene 5 og 6, hvor motivasjon og engasjement var inkludert, forklarte disse modellene 11% av variansen i psykiske plager.

Motivasjon og engasjement viste å ha de høyeste regresjonskoeffisientene i de 2 modellen denne variabelen var inkludert, samt var den statistisk signifikant med psykiske plager ($\beta = -0,16$). Regresjonsanalysene viste at motivasjon og engasjement hadde negativ sammenheng med psykiske plager, slik antatt i hypotese 3. Det var ingen forskjell i motivasjon og engasjement sin sammenheng med psykiske plager i modellene 5 og 6, da det ble kontrollert for arbeidsrelaterte forhold.

5.6.1. Ulikheter mellom kjønn

Ved å se på menn og kvinner hver for seg, var det blant menn ingen signifikante krav eller ressurser som samsvarte med psykiske plager, se tabell 9. Blant kvinner var det derimot signifikant samvariasjon mellom rollekonflikt og emosjonelle krav med psykiske plager. Dette var i samsvar med antagelsene i hypotese 4, om at kvinner har flere jobbkrav som har positiv sammenheng med psykiske plager. Det viste også å være signifikant sammenheng mellom ferdigheter og utvikling med psykiske plager blant kvinner. Motivasjon og engasjement viste for begge kjønn å være statistisk signifikant med psykiske plager. Det var blant menn en nokså høy sammenheng ($\beta = -0,26$). Denne sammenhengen var noe lavere i det kvinnelige utvalget ($\beta = -0,13$). Den forklarte variansen var betydelig høyere for modellen bestående av menn 23,0 %. Modellen for kvinner forklarte 8,0 % av variansen av psykiske plager.

Tabell 9. Lineær multivariat regresjonsanalyse i ulike utvalg som måler hvilke jobbkrav og jobbressurser som påvirker psykiske plager.

	Utvalg 1 Menn (n = 137)	Utvalg 2 Kvinner (n = 569)	Utvalg 3 Sykehus (n = 206)	Utvalg 4 Pleie- og omsorg (n = 137)
Bakgrunnsvariabler				
Kjønn (1=menn, 2=kvinner)			-0,07 (0,39)	0,01 (0,88)
Alder	-0,09 (0,20)	-0,04 (0,35)	-0,05 (0,52)	-0,11 (0,16)
Jobbkrav				
Jobbkrav	0,09 (0,36)	0,04 (0,38)	0,01 (0,83)	0,07 (0,37)
Rollekonflikt	0,19 (0,09)	0,12 (0,02)	0,14 (0,06)	0,16 (0,11)
Emosjonelle krav	0,14 (0,14)	0,12 (0,01)	-0,02 (0,75)	0,26 (0,01)
Jobbressurser				
Jobbkontroll	-0,06 (0,56)	0,03 (0,44)	-0,06 (0,55)	0,05 (0,55)
Ledelse	0,09 (0,42)	-0,04 (0,50)	0,02 (0,86)	-0,03 (0,78)
Ferdigheter og utvikling	-0,16 (0,11)	-0,09 (0,05)	0,00 (0,97)	-0,19 (0,11)
Arbeidsrelaterte forhold				
Arbeidsforhold (1=fast, 2=midlertidig)	0,12 (0,23)	0,05 (0,38)	0,12 (0,30)	-0,04 (0,66)
Arbeidstid (1=vanlig/annen, 2= skift/turnus)	-0,11 (0,17)	-0,02 (0,54)	-0,01 (0,94)	-0,02 (0,77)
Lederstilling (1=ja, 2=nei)	0,06 (0,36)	0,06 (0,10)	0,14 (0,01)	-0,02 (0,81)
Motivasjon og engasjement	-0,26 (0,04)	-0,13 (0,005)	-0,13 (0,08)	-0,07 (0,47)
Justert R ²	0,23	0,08	0,03	0,16
Breusch-Pagan	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Standardisert β . Signifikans ($p \leq 0,05$) er basert på bootstrap standardfeil 1000 repetisjoner.

5.6.2. Ulikheter mellom sykehus og pleie- og omsorg

Blant ansatte på sykehus var det kun lederstilling som hadde signifikant sammenheng med psykiske plager, ved at det så ut til at det å ikke ha lederstilling viste sammenheng med økte psykiske plager, se tabell 9. Det var kun i dette utvalget denne faktoren viste å være signifikant med psykiske plager i analysene. Ellers viste analysen at det ikke var noen jobbkrav eller jobbressurser som hadde sammenheng med psykiske plager blant utvalget på sykehus.

De ansatte i pleie- og omsorg viste å ha statistisk signifikant sammenheng mellom emosjonelle krav og psykiske plager. Det er verdt å merke seg at regresjonskoeffisienten 0,26 for emosjonelle krav og psykiske plager blant ansatte i pleie- og omsorg. Dette viste seg å være den høyeste regresjonskoeffisienten for emosjonelle krav i alle analyser. Den forklarte variansen var høyere for modellen for pleie- og omsorg, med 16,0 % mot kun 3,0 % i modellen for ansatte på sykehus. Hypotese 5 ble bare delvis bekreftet, ved at det var ulikheter mellom de sysselsatte på sykehus og i pleie- og omsorg relatert til jobbkrav og jobbressurser, men at det kun var i pleie- og omsorg de opplevde en signifikant sammenheng mellom ett av de undersøkte jobbkravene.

I forholdet til motivasjon og engasjement var det ingen signifikans med psykiske plager, verken for de ansatte på sykehus eller i pleie- og omsorg.

6 Diskusjon

Denne oppgaven ønsket å undersøke hvilke jobbkrav, og hvilke jobbressurser som viste sammenheng med psykiske plager. Blant et utvalg helsepersonell i ulike virksomheter innenfor helse- og omsorg i Norge, viste funnene at det jevnt over var en positiv sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav med psykiske plager. På den annen side viste resultatene at dersom mulighetene for å bruke ferdigheter, kunnskap og mulighet for utvikling økte, viste det sammenheng med redusert grad av psykiske plager. Resultatene viste også ulikheter mellom kjønn, ved at det kun var kvinner som hadde positiv sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav med psykiske plager, og negativ sammenheng mellom ferdigheter og utvikling med psykiske plager. Dersom man undersøkte ansatte på sykehus og i pleie- og omsorg, var det kun emosjonelle krav blant personene i pleie- og omsorg som viste positiv statistisk signifikans med psykiske plager. Hvorvidt personene i oppgaven opplevde å være motivert og engasjert viste også å ha negativ sammenheng med psykiske plager, derimot ikke i undersøkelsene blant ansatte på sykehus og i pleie- og omsorg separat.

6.1. Jobbkrav og psykiske plager

JD-R modellen antar at det som et resultat av høye jobbkrav over tid til slutt kan føre til utbrenthet og redusert helse, slik som psykiske plager (Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli et al., 2009). Tidligere forskning har funnet at høye jobbkrav på arbeidsplassen kan være en risikofaktor for økt grad av psykiske og stressrelaterte plager (Harvey et al., 2017; Niedhammer et al., 2021; Van der Molen et al., 2020). I denne oppgaven ble det funnet signifikant sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav til psykiske plager. Dette er også funnet i en tidligere studie som benyttet levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2006 og 2009 (Johannessen et al., 2013). Johannessen et al. (2013) fant i sin studie at det blant arbeidsmiljøfaktorene de undersøkte, var det også rollekonflikt og emosjonelle krav som viste å være de to største risikofaktorene for å utvikle psykiske stressrelaterte plager. Deres studie var ikke konsentrert omkring enkelte yrker, slik denne oppgaven var. Til tross for ulik populasjon, samsvarte denne oppgavens funn med deres tidligere funn.

I motsetning til tidligere internasjonale studier fant ikke denne oppgaven signifikant sammenheng mellom jobbkrav, i form av tidspress og arbeidspress, med psykiske plager (Harvey et al., 2017; Leijten et al., 2015; Van der Molen et al., 2020). Tids- og arbeidspress vil være ulikt fra arbeidsplasser til arbeidsplasser. Det kan derfor tenkes at de ulike virksomhetene og yrkene som var inkludert i oppgaven, bestod av ulik grad av jobbkrav, hvor det samlet sett ikke var jobbkrav som hadde sammenheng med psykiske plager. Oppgavens manglende signifikante sammenheng mellom jobbkrav og psykiske plager kan også bli sett i lys av hvilke land og yrker oppgaven bygde sine data på. Det kan være ulike jobbkrav i Norge og andre land. Eksempelvis viste ikke Johannessen et al. (2013) sin studie blant norske arbeidere signifikant sammenheng mellom jobbkrav og psykiske stressplager, som var i samsvar med denne oppgavens funn. Derimot har internasjonale studier, fra land som Nederland (Leijten et al., 2015) og litteraturgjennomganger med diverse land fra Vest-Europa, samt Japan (Harvey et al. 2017; Van der Molen et al., 2020), funnet at økte jobbkrav var en risikofaktor for stressrelatert psykiske plager og utvikling av generelle psykiske plager. Ingen av disse litteraturstudiene hadde norske studier inkludert. I Norge er arbeidstakere godt beskyttet mot både fysiske og psykiske påkjenner i arbeidslivet gjennom lovgivningen (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1). Dette er derimot ikke tilfellet i alle andre land, selv om et av prinsippene i helsefremmende arbeid legger frem viktigheten av offentlig helsepolitikk for å fremme og sikre gode helsevilkår (Green et al., 2019, s. 25). Et annet aspekt her er også ordningene relatert til ulike fagforeninger som arbeider for sine medlemmers rettigheter og arbeidsvilkår. Dette er et viktig aspekt ved norske arbeidsforhold og i det norske arbeidsmarkedet, hvilket skiller seg ut fra mange andre land. Det at faktoren jobbkrav ikke viste sammenheng med psykiske plager, kan også være på bakgrunn av sammensettingen av spørsmål i denne oppgaven, hvor det hadde vært ønskelig med flere indikatorer for å måle dette fenomenet. Torp et al. (2012) fant nemlig blant norske arbeidere signifikant sammenheng mellom jobbkrav og høyere grad av depresjon. Deres studie hadde flere indikatorer i sin indeks omkring jobbkrav, men sett opp mot denne oppgaven var enkelte av deres indikatorer noe som lignet mer på indikatorene som inngikk i rollekonflikt i denne oppgaven. Eksempelvis inngikk indikatoren «Conflicting demands» i deres jobbkrav, som i denne oppgaven er en av indikatorene i rollekonflikt, og som viste å være signifikant med psykiske plager (se Vedlegg 2) (Torp et al., 2012, s. 389).

6.1.1. Sykehus og pleie- og omsorg

I denne oppgaven ble det videre undersøkt om det var ulike jobbkrav eller jobbressurser som viste å ha sammenheng med psykiske plager på sykehus, og for ansatte i pleie- og omsorg. I disse betingede regresjonsanalysene var det kun blant ansatte i pleie- og omsorg at emosjonelle krav var positivt signifikant relatert til psykiske plager. Emosjonelle krav viste generelt å være et krav som stort sett utpekte seg som statistisk signifikant relatert til psykiske plager i denne oppgaven. Det er tidligere vist at emosjonelt arbeid har sammenheng med helseplager og sykefravær i helse- og omsorgssektoren i Norge (Indregard et al., 2018).

Dog er det interessant at det ikke var noen av jobbkravene som var signifikante på sykehus. Det er i tidligere studier vist at arbeidsbelastning har vist seg å være en av de store jobbkravene for sykepleiere på sykehus (Broetje et al., 2020). Inkludert i denne arbeidsbelastningen ligger det blant annet en moralsk nød, som forklares i form av å vite hva som er riktig å gjøre, men at man ikke har muligheter til å gjøre det (Broetje et al., 2020). At jobbkrav ikke hadde sammenheng i denne oppgaven, kan ha med utvalget å gjøre, eller andre bakenforliggende faktorer som ikke ble undersøkt. Hovedvekten av de ansatte på sykehus var sykepleiere (se tabell 1). Til tross for emosjonelt krevende arbeid og stor arbeidsbelastning, har sykepleiere på sykehus vist å finne glede og identifikasjon i arbeidet sitt, og også bruke ulike mestringsstrategier, slik som humor, for å bøyte på vanskelige arbeidssituasjoner (Nilsson et al., 2012). Et annet aspekt kan være at enkelte jobbkrav faktisk kan ha en positiv effekt på motivasjon i den forstand at de på et vis kan opptre som en mestringsfaktor og noe som bidrar til måloppnåelse ved å motivere arbeidere til å investere i arbeidet (Kohnen et al., 2023). Det vil, slik JD-R modellen antar, være ulike jobbkrav på ulike arbeidsplasser, og dette vil også inkludere det faktum at ulike sykehusavdelinger har ulike jobbkrav. Det vil også være mange ulike yrkesgrupper på et sykehus, og disse vil oppleve forskjellige krav, så vel som ressurser. Kollegastøtte og sosialt samhold kan også ha betydning – man vil sammen på en arbeidsplass skape en kultur for hvordan man mestrer og håndterer krav, gjennom eksempelvis humor eller sosialt samhold (Nilsson et al., 2012; Roskams & Haynes, 2020). For å undersøke dette må det forskers på de enkelte avdelinger og yrkesgrupper. Selv om det på sykehus ikke var noen av jobbkravene som var signifikante med psykiske plager i denne oppgaven, betyr ikke det at det ikke kan være sykehusavdelinger som opplever enkelte jobbkrav såpass krevende.

Funnene i denne oppgaven viste til tross for manglende signifikans, at det var rapportert om nokså høy grad av jobbkrav. I lys av en salutogen tilnærming vil det derfor være interessant å belyse dette – hva eller hvilke faktorer gjør at man håndterer en nokså høy grad av jobbkrav, uten at dette får sammenheng med psykiske plager?

Det at emosjonelle krav viste å ha signifikant sammenheng med psykiske plager blant ansatte i pleie- og omsorg, kan være at det i slike arbeidssettinger kan oppstå nærmere relasjoner mellom ansatte og pasienter, samt deres pårørende. Dette kan være en mulig grunn for at det emosjonelle kravet opplevdes mer belastende i relasjon til psykiske plager, fremfor på sykehus, hvor relasjonene ofte (ikke alltid) er mer flyktige og kortvarige. På pleie- og omsorgsinstitusjoner vil de ansatte derimot få langvarige relasjoner, for også å måtte stå nært opptil i sykdom, og eventuell død. Det kan også tenkes at ansatte i pleie- og omsorg står mer alene i vurderinger, sammenlignet med ansatte på sykehus. Dette kan også være emosjonelt belastende. En studie har blant annet vist at sykepleiere som står i emosjonelt krevende arbeid viser høyere grad av emosjonell utbrenthet, men sykepleiere som derimot hadde mulighet til å få emosjonell støtte og mulighet for å snakke ut om emosjonelle belastninger, hadde lavere risiko for emosjonell utbrenthet (Kinman & Leggetter, 2016). I den betraktningen kan man tenke at en salutogen tilnærming bør innebære å skape arbeidsmiljøer som bidrar til å lette og håndtere mer emosjonelt belastende arbeidskrav, i et forsøk på å dempe effekten emosjonelle krav har på psykiske plager.

6.1.2. Kvinner og psykiske plager

Det var betydelig flere kvinner i utvalget i forhold til menn, som var å forvente ut fra statistikken i de inkluderte yrkene og virksomhetene inkludert i oppgaven (Zhiyang et al., 2023, s. 13). Ved å se på menn og kvinner separat, viste det seg at det kun var kvinner som hadde positiv statistisk signifikant sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav med psykiske plager. Menn hadde ikke noen jobbkrav eller jobbbressurser som var signifikante.

Tverrsnittstudien til Sterud (2014) basert på levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fant at kvinner rapporterte høyere grad på 9 av 11 psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i studien, og at

den største forskjellen mellom menn og kvinner var relatert til emosjonelle krav. I denne oppgaven ble det ikke funnet signifikant forskjell mellom menn og kvinner relatert til emosjonelle krav, men det ble viste at kvinner gjennomsnittlig rapporterte om noe høyere grad av emosjonelle krav enn hva menn gjorde. Sammenlignes menn og kvinner, var det signifikant forskjell i opplevd grad av jobbkrav i oppgaven. Dette i motsetning til studien til Sterud (2014) som fant signifikant forskjell på hele 9 av 11 faktorer. Utvalget i studien til Sterud (2014) var i ikke utelukkende helsepersonell, og det er derfor interessant å se at høy grad av emosjonelle krav uavhengig av dette, viste å være fremtredende blant kvinner i begge studier. Det kan antas at dette kan settes i sammenheng med det faktum at kvinner oftere er sysselsatte i relasjonelt arbeid, som krever interaksjoner med kunder, pasienter og lignende (Hagen & Jensen, 2022, s. 42; Zhiyang et al., 2023, s. 13). Studien til Indregard et al. (2018) blant norske helse- og sosialarbeidere viste nettopp det at relasjonelt arbeid så ut til å være mer belastende med tanke på utbrenthet og psykisk stress. Derimot fant Aagestad et al. (2014), som også brukte levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, at det ikke var signifikant sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav som risikofaktor for sykefravær blant kvinner.

I litteraturgjennomgangen til Theorell et al. (2015) pekes det på studier som ha vist at kvinner har høyere grad av jobbelastning enn menn, og at dette kan være en grunn for at kvinner har høyere tilstedeværelse av depressive symptomer. I denne oppgaven kan det ikke konkluderes med hva som kom først, bare at det var signifikant sammenheng mellom rollekonflikt og emosjonelle krav med psykiske plager. Derimot viste analysene at det var en sammenheng i den forstand at dersom kravene økte, økte graden av selvrapporterte psykiske plager. Det som ikke vites er rekkefølgen på årsaken. Uavhengig av hva som forårsaker hva, så kan det antydes at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som rollekonflikt og emosjonelle krav har sammenheng med psykiske plager. På denne måten bør dette være områder å fokusere på, for ikke å legge ekstra vekt til byrden, hva gjelder psykiske plager for sysselsatte. Det at Sterud (2014) fant at over en fjerdedel av risikoen for sykefravær blant kvinner ble begrunnet i ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, som på denne måten kan antyde at jobbkrav som viser statistisk signifikans med psykiske plager, kan være mulige årsaker for psykiske plager. Dette er bare antydninger, da både Sterud (2014) og denne oppgaven benyttet et tverrsnittdesign, og en tverrsnittstudie er begrenset ved nettopp å være en tverrsnittstudie i det henseende at det

ikke kan forklare årsakssammenhenger. Derimot er funnene gode indikasjoner på en mulig sammenheng.

6.2. Jobbressurser og psykiske plager

I JD-R modellen antas det at jobbressurser kan være en buffer mot høye jobbkrav, og at jobbressurser kan bidra til økt engasjement på arbeidsplassen. I denne oppgaven ble det funnet at ferdigheter og utvikling, i form av muligheten til å bruke kunnskap og ferdigheter, samt mulighet for utvikling, viste å ha signifikant negativ sammenheng med psykiske plager. Hvilket indikerte at dersom denne jobbressursen økte, viste det sammenheng med redusert grad av psykiske plager. Dette kan sees i lys av JD-R modellen, ved at jobbressurser kan bidra til å stimulere til personlig vekst, utvikling og læring (Bakker & Demerouti, 2007). Personlig vekst, utvikling og læring er positive aspekter ved et menneskes utvikling. Schaufeli et al. (2009) har tidligere funnet at når jobbressursene økte, som blant annet innebar muligheten for læring, da økte motivasjon. Også blant sykepleiere i Belgia ble det funnet at dersom de opplevde å ha tilstrekkelig med jobbressurser, deriblant muligheter til læring, var dette en faktor som bidro til økt motivasjon og helse (Kohnen et al., 2023). På bakgrunn av antagelsen om at jobbressurser kan stimulere til personlig vekst, utvikling og læring, er det derfor interessant at det nettopp var jobbressursen ferdigheter og utvikling som viste signifikant sammenheng med psykiske plager i denne oppgaven. Å inneha en slik ressurs kan tyde på å være positivt, sett i forhold til psykiske plager. Ruysseveldt et al. (2011) fant i sin studie blant tyske arbeidere, at jobbressurser som autonomi, oppgavevariasjon og læringsmuligheter direkte reduserte emosjonell utbrenthet. Sees Ruysseveldt et al. (2011) sine funn i lys av JD-R modellens antagelse om at utbrenthet er deler av den helseskadelige prosessen, viser deres funn som peker på å direkte redusere emosjonell utbrenthet, at det å fremme de faktorene som faktisk gjør dette, bør være en prioritering i lys av en salutogen tilnærming.

Mulighet for videreutvikling, det å bruke kunnskap, ferdigheter og erfaring, var indikatorene ved jobbressursen ferdigheter og utvikling i denne oppgaven og kan samlet sett være en ressurs som kan bidra inn i motivasjonsprosessen, slik JD-R modellen fremlegger (Bakker & Demerouti, 2007). Jobbressurser kan i seg selv føre til jobbrelatert læring (Ruysseveldt et al., 2011). Man kan antyde at ferdigheter og utvikling som jobbressurs, på sett og vis «dobler» sin

effekt, ved å i seg selv bidra til personlig vekst, utvikling og læring – og på samme tid bidra inn i utvidelsen av JD-R modellen som beskriver personlige ressurser som mestring, selvtillit og optimisme som faktorer som påvirker mellom jobbressurser og arbeidsengasjement (Bakker & Demerouti, 2007). Ferdigheter og utvikling kan på den måten muligens være en bidragsyter til økte personlige ressurser. Til tross for at personlige ressurser ikke var en del av denne oppgaven, er det verdt å merke seg at funnene likevel representerer en viss forutsetning om at jobbressurser var viktig på det personlige plan, og sett i sammenheng med psykiske plager. Man kan tenke at muligheten til å bruke ferdigheter og kunnskap gir selvtillit og trygghet på sin egen arbeidsinnsats. Videre kan muligheter for videreutvikling gi en opplevelse av å bli satset på, som kan skape tilhørighet, muligheter for andre (og bedre) arbeidsoppgaver, og at dette kan øke både produktivitet og motivasjon. Ifølge JD-R modellen antas det at motivasjon er en del av den helsebringende prosessen (Bakker & Demerouti, 2007). I motsatt fall er det funnet at psykiske plager har vist å redusere produktiviteten på arbeidsplassen (De Oliveira et al., 2023).

Da jobbressursene ble undersøkt alene, viste ledelse sammen med ferdigheter og utvikling å være negativt signifikant relatert til psykiske plager. Dog var ikke dette et klart funn, siden ledelse ikke ble signifikant i de videre modellene. Bakker & Demerouti (2007) forklarer at tilbakemelding kan være en ressurs som kan øke læring, for slik å øke jobbkompetanse (Bakker & Demerouti, 2007). Slikt sett kan ledelse være en ressurs som mest sannsynlig kan bidra til å skape selvtillit, øke mestringsfølelsen (så fremt tilbakemeldingene og støtten er positiv) og tilhørighet. Dette igjen kan skape personlig vekst og utvikling. Det å få tilbakemelding fostrer læring, som igjen øker jobbkompetanse, og samtidig er sosial støtte bidragsyter til det å føle tilhørighet og autonomi (Schaufeli et al. 2009). Roelen et al. (2018) fant at sosial støtte og rettferdig ledelse var viktige faktorer for redusert sykefravær. Stansfeldt og Candy (2006) fant i sin meta-analyse at enkelte studier har pekt på støtte fra leder som viktigere for den psykiske helsen enn støtte fra kollegaer, men at dette viste seg ulikt fra arbeidsplass til arbeidsplass. Dette fremmer likevel ideen om at det å legge til rette for støtte fra ledelse og anerkjennelse fra ledelsen, kan tenkes å være en buffer i møte med jobbkrav, dersom denne støtten og anerkjennelsen er stor nok. For dersom jobbkrav inkluderes i modellen forsvinner ledelse som en signifikant buffer mot psykiske plager. Dette er et poeng å ta med seg, at det på området relatert til ledelse bør fremmes som en jobbressurs og buffer i møte med jobbkrav, for å bidra til å hindre psykiske plager når ansatte utsettes for jobbkrav.

6.3. Motivasjon og engasjement og psykiske plager

Motivasjon og engasjement er antatt å være et resultat av jobbbressurser på arbeidet, og motivasjon og engasjement er videre antatt å være en motstandsfaktor for stress og utbrenthet (Leijten et al., 2015). Det er også vist at motivasjon kan opptre som en medierende faktorer mellom ulike psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og psykiske plager (Torp & Bergheim, 2023). Motivasjon og engasjement viste å være negativt signifikant relatert til psykiske plager i alle analyser, som var det forventede resultatet. Derimot var det ikke signifikant effekt i de separate utvalgene som inkluderte ansatte på sykehus og i pleie- og omsorg. Det kan være ulike grunner til dette. En grunn kan være at det faktisk ikke var noen relasjon mellom de to, en annen kan være utvalget, ved at dette kan være svært avhengig av avdeling og hvordan arbeidsmiljøet i helhet er. Menn viser å ha størst negativ effekt av motivasjon og engasjement på psykiske plager, når menn ble undersøkt isolert i analysene. I og med at motivasjon og engasjement viser signifikant sammenheng med psykiske plager, og i lys av å være en del av det som antas å være den helsebringende prosessen i JD-R modellen, er det å fremme dette i lys av et helsefremmende perspektiv viktig. Særlig når det er vist at motivasjon kan være en mestringsstrategi i møte med jobbkrav (Ruyseveldt et al., 2011).

6.4. En salutogen tilnærming

For å trekke den salutogene tilnærmingen inn i oppgavens funn, vil et salutogent syn være å fokusere litt bakvendt på funnene som er presentert og diskutert. Det vil innebære en tolkning av hva som *ikke* bidrar til å skape eller øke psykiske plager, fremfor hva det er som er bidragsyttere til psykiske plager. Antonovsky sa selv: «Man er nødt til å se forbi de patogene funnene og se på avvikene som blir funnet. Man må vurdere tall og funn på en ny måte, å stille andre spørsmål, å fremsette nye hypoteser» (Antonovsky, 2012, s. 36). Særlig rollekonflikt og emosjonelle krav viste å ha sammenheng med psykiske plager. Sett i lys av den salutogene tilnærming vil spørsmålet være; hva skaper helse? Hva sier disse funnene som er presentert? En måte å se på funnene er å si at enkelte av disse arbeidsmiljøfaktorene kan ha sammenheng med psykiske plager, i negativ forstand. På den annen side kan enkelte av de derimot ha den motsatte effekt. Da må det å motarbeide de negative effektene være i fokus,

samt å sette søkelys på å fremme det som har positive effekter. Dersom man antar at antagelsene i JD-R modellen stemmer, vil jobbressurser opptre som buffere på krav, og på den måten kan det være et insentiv til å fremme jobbressurser. Dette med tanke på at jobbkraav er antatt å være faktorer som øker mulighetene for utbrenthet og redusert helse (Schaufeli et al., 2009). Jevnt over viste funnene i denne oppgaven at ferdigheter og utvikling viste å ha sammenheng med psykiske plager, i den forstand at dersom ferdigheter og utvikling økte, så det ut til å redusere psykiske plager. Den salutogene tilnærmingen vil da være å fremme denne ressursen i forsøket mot å beholde, eller flytte en person mot helseenden av kontinuumet. Dette på bakgrunn av at besittelse av denne ressursen kan være en bidragsyter til mindre psykiske plager. I motsatt fall vil det å være påpasselig at rollekonflikt og emosjonelle krav ikke øker, for dermed å ikke øke graden av psykiske plager. Dette tiltaket vil muligens bidra til å beholde en person på samme sted på helsekontinuumet, og det faktum at en person ikke går mot uhelse er en god ting.

Helsefremmende arbeid er en kompleks politisk og sosial tilnærming. Mindre psykiske plager kan, hvis man tenker på hva tallene har fortalt oss, være en viktig og stor faktor for å redusere sykefravær og frafall i arbeidslivet. Dette bør være en motor for å drive helsefremmende arbeid på arbeidsplassen, i håp om å redusere utfordringen med sykefravær og frafall. Ved siden av det samfunnsøkonomiske aspektet ved å fremme god psykisk helse for å holde mennesker friske og i arbeid, er det også aspektet med produktivitet i arbeidet som påvirkes av psykiske plager. Olivera et al. (2023) fant nettopp dette i sin studie, og gitt disse funnene på et samfunnsøkonomisk plan, er dette noe som faller inn under beslutningspåvirkningen i det helsefremmende arbeidet. Nå har ikke denne oppgaven undersøkt verken sykefravær eller produktivitet i arbeidslivet, men oppgaven kan til tross for det peke på punkter som har både positive og negative effekter på psykiske plager blant sysselsatte i helse- og omsorg. De tre strategiene for å drive helsefremmende arbeid er i den forbindelse noe som bør tas høyde for i studie med et helsefremmende perspektiv.

Det er viktig å understreke det som tidligere er påpekt i den vitenskapelig tilnærming i denne oppgaven, at dette er min tolkning av funnene og resultatene i oppgaven. Det å trekke inn politikk i en utvidet tolkning, sett i lys av helsefremmende arbeid og den salutogene tilnærming, er en del av bildet som ikke direkte måles i oppgaven, men som kan være en del

av de skjulte bitene i bildet. Derfor må det understrekes at disse tolkningene må sees i lys av kritisk realisme, og dets syn om at dette er en tolkning av et ufullstendig bilde. Dette kan på sett og vis underbygges med Antonovskys ord:

«Den salutogene tilnærmingen garanterer ikke at man finner en løsning på alle problemer i et menneskes komplekse liv, men det fører i hvert fall til en dypere forståelse og mer kunnskap, som er en forutsetning for å bevege seg i retning av helseenden av kontinuumet» (Antonovsky, 2012, s. 29).

6.5. Styrker og svakheter

Som ved alle oppgaver, har også denne styrker og svakheter. En stor styrke med denne oppgaven er datasettet det bygger sine analyser på. Det var et stort landsdekkende tilfeldig utvalg, noe som skal tilsi at dette var et utvalg som i utgangspunktet representerte den norske befolkning jevnt over. Dette øker troverdigheten til oppgavens resultater, og kan peke på generelle tendenser på feltet og tema som er undersøkt i oppgaven. Det var også høy svarprosent, 57 % (Dalen & Bye, 2020, s. 16). En annen styrke var at det er et datasett som andre forskere har studert tidligere (Aagestad et al., 2014; Johannessen et al., 2013; Sterud, 2014), og flere av funnen i denne oppgaven samsvarer godt med tidligere studier med tilsvarende tematikk. Dette underbygger denne oppgavens funn, til tross for at det er noe ulike metodiske tilnærminger. Derimot kan en svakhet være at det var basert på en tverrsnittstudie, som gjør at alt er basert på ett tidspunkt, og psykisk helse kan variere og er dynamisk, noe som kan skape et feil bilde av tilstanden på et gitt tidspunkt, når dette er noe som muligens bør måles over tid ved en longitudinell studie med samme deltakere. Dette ville ikke være mulig med en mastergradsavhandling og dets begrensninger. En annen svakhet kan være valg gjort i utvelgelsesprosessen. Jeg kunne ha valgt å fokusere på enda mer homogene yrkesgrupper, men ønsket i oppgaven var å ha et større og bredere utvalg som kunne peke tydeligere på det representative utvalget og dets tendenser i den norske helse- og omsorgssektoren.

Det var flest kvinner i utvalget, som kan være både en styrke og svakhet. En styrke er at det prosentvis viser å være slik at det representerer den norske befolkning svært korrekt. Det var i

denne oppgaven omtrentlig 80,6 % kvinner og 19,4 % menn, som er nokså likt hva statistikken viser er tilfellet for personer med helse- og sosialfaglig utdanning, med 83,7 % kvinner og 16,3 % menn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2023). Derimot kan resultatene i det fulle utvalget og blant sykehus og pleie- og omsorg være preget av at det var overrepresentasjon av kvinner, og at resultatene i analysene ble dratt av det kvinnelige utvalget. Likevel, med det faktum at dette representerer populasjonen i Norge, styrkes funnernes overføringsevne hva gjelder utvalget.

LKU-A benyttet seg av intervju per telefon i innhenting av dataen, noe som kan gjøre at folk kan vegre seg for å svare helt sant på spørsmål som gjelder psykisk helse og visse områder vedrørende arbeidssituasjon (Dalen & Bye, 2020, s. 10; Jacobsen, 2021, s. 381). Selv om det er en anonym undersøkelse er dette aspekter å ta i betraktning når man skal vurdere data og resultatenes troverdighet. På den annen side har to tredjedeler av respondentene i LKU-A vært med tidligere, noe som gjør at personene vet hva de går til og dette kan muligens skape noe trygghet i intervjusituasjonen (Dalen & Bye, 2020, s. 8).

Videre kan en svakhet være indeksene som ble brukt, som ideelt sett skulle vært bestående av flere indikatorer på enkelte av indeksene. Særlig når det gjaldt motivasjon og engasjementsspørsmålet. Derimot kunne dette enkeltspørsmålet vise en tendens, selv om det ikke klarer å fange opp alle aspekter ved et slikt fenomen ved kun ett spørsmål.

En annen begrensning er slik det er fremstilt i kritisk realisme, dette er tolkninger gjort av én enkelt person, og det er materialet fra én enkelt undersøkelse. LKU-A har mange spørsmål som ikke er med i denne oppgaven, og LKU-A manglet spørsmål som kunne vært ønskelig og hatt med i en slik oppgave som dette. Det er derfor ikke mulig å si at dette er alt som betyr noe, for visse deler av bildet kan være skjult for meg som forsker.

6.5. Praktiske implikasjoner og forslag til veien videre

Denne oppgavens resultater viste at det til tross for tidligere forskning på tema, fortsatt var behov for kunnskap og formidling av denne tematikken. Ledere trenger å ta til seg denne

kunnskapen, kanskje bør tillitsvalgte for ulike yrkesgrupper bli informert og få opplæring i hvordan de i kraft av sitt verv kan bidra inn i det helsefremmende arbeidet. Både ledere og tillitsvalgte står i særegne posisjoner til å kunne være talsmenn for dette tema. De har, på vegne av alle de som står i jobber hvor de kanskje ikke har tid eller mulighet til å bli hørt, et stort potensial til å bidra inn i det helsefremmende arbeidet. I tillegg bør de enkelte arbeidstakere bli mer bevisst på hvilke faktorer som påvirker, og hva de kan gjøre for å endre eventuelle uheldige utfall, slik at de i tråd med en helsefremmende tankegang kan gjøres i stand til å ta kontroll over egen helse. Til tross for lovfestede rettigheter som beskytter arbeidstakerne i Norge, trengs det fortsatt at politikere og beslutningstakere tar innover seg informasjonen og støtter oppunder ordninger som kan hindre ekstra belastninger og uheldige helseutfall.

For å skape endringer, er det kanskje noen som må være upopulære på kort sikt, for å endre arbeidsplasser som på lang sikt kan skapes bedre enn hva det er i dag. Dette i håp om at helsesektoren kan møte eldrebølgen i arbeidssituasjoner som fremmer de ansattes fysiske, og psykiske helse. Det er store utfordringer med å skape endringer, men forskning og kunnskap gir en god pekepinn og retning for veien. Tidligere forskning, og denne oppgaven, bekrefter mye av det samme, og viser hva som muligens bidrar til redusert helse og derfor bør endres for å være bidragsyttere til god helse. Forskningen videre bør kanskje se på hvilke endringer, og hvilke intervensjoner som faktisk kan fungere, både for ansatte, ledere og pasienter. Dette er komplekse virksomheter, og det påvirker svært mange med endringer. Det er også endringer som vil være kostbare, i alle fall på kort sikt. Dette kan muligens være en grunn til den trege responsen på forskningens resultater på feltet.

I og med det ikke var andre jobbkrav enn emosjonelle krav i pleie- og omsorg som var signifikante, impliserer dette kanskje at ulike virksomheter og ulike arbeidsplasser bør kartlegge hvilke jobbkrav, og hvilke ressurser som viser seg viktigst nettopp på den enkelte arbeidsplassen. Dette vil også gjelder yrkesgrupper og ulike underavdelinger, da de ulike vil inneha ulike ansvarsområde og arbeidsoppgaver på de ulike plassen. Her bør også den videre forskningen dra nytte av kunnskapen som kjennetegner helsefremmende arbeidsplasser, og hvilke faktorer som påvirker helseutfall.

JD-R modellens tankegang om at ulike arbeidsplasser vil inneha ulike jobbkrav og jobbressurser, er nyttig inn i en salutogen tankegang. Dette i den forstand at forskningen videre bør forsøke å utnytte modellen i helsebringende forstand, ved å innta komplekse modeller som eksempelvis tar kollegapåvirkning og organisasjonsmønstre inn, for om mulig treffe bedre på eventuelle intervensjoner.

7 Konklusjon

Denne oppgaven ønsket å undersøke sammenhengen mellom ulike jobbkrav og ulike jobbressurser med psykiske plager. Resultatene i oppgaven viste at det var særlig rollekonflikt, emosjonelle krav og muligheten til å bruke ferdigheter og mulighet for utvikling som hadde sammenheng med psykiske plager. De to første var jobbkrav og hadde en positiv sammenheng, mens jobbressursen ferdigheter og utvikling hadde en negativ sammenheng med psykiske plager. Motivasjon og engasjement viste også å ha en negativ effekt på psykiske plager. Både ferdigheter og utvikling, samt motivasjon og engasjement er aspekter ved arbeidslivet som bør fremmes, sett i lys av en salutogen tilnærming.

Dette antyder at, å jobbe for arbeidsmiljø som tilrettelegger for gode muligheter til å skape arbeidsengasjement og motivasjon kan være positivt for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Kanskje vil helsepersonellet bli værende, kanskje kan arbeidsplassen bli et mer helsebringende sted, og kanskje vil samfunnet økonomisk tjene på å arbeide for arbeidsplasser som ønsker å fremme faktorer på arbeidsplassen som kan bidra til bedre helse. Om ikke annet, arbeidsplasser som ikke bidrar til psykiske plager.

Referanseliste

- Aagestad, C., Tyssen, R., Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., Tynes, T. & Sterud, T. (2014). Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BCM Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1016>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-1977-02-04-4). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Archer, M. S. (1998). Introduction: Realism in the social sciences. I M. Archer, R. Bhaskar, A. Collier, T. Lawson & A. Norrie (Red.), *Critical Realism* (s. 189-205). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315008592>
- Baka, L., Prusik, M. & Jasielska, D. (2023). Toward a better understanding of the health impairment process. Types of demand and burnout component matter. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1037053>
- Bakke, B., Degerud, E., Gravseth, H. M., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B. B., Sterud, T. & Øygardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021: Status og utviklingstrekk*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://hdl.handle.net/11250/2757495>
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>

- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1. 389-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Bargagliotti, A. L. (2012). Work engagement in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1414–1428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05859.x>
- Bjerkan, A. M. (2012). Faktoranalyse. I T. A. Eikemo & T. H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg., s. 252-266). Fagbokforlaget.
- Blaxter, M. (2010). *Health*. (2.utg.). Polity Press.
- Bonsaksen, T., Nerdrum, P., & Østertudn Geirdal, A. (2021). Psychological distress and its associations with psychosocial work environment factors in four professional groups: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 698–707. <https://doi.org/10.1111/nhs.12856>
- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The key job demands and resources of nursing Staff: An integrative review of reviews. *Frontiers in Psychology*, 11(84). <https://doi.org/10.5167/uzh-188009>
- Burton, J. (2010). *WHO Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practice*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241_eng.pdf?sequence=1
- Cameron, A. C. & Trivedi, P. (2005). *Microeconometrics: Methods and application*. Cambridge University Press. https://www.researchgate.net/profile/Pravin-Trivedi/publication/235726200_Microeconometrics_Methods_and_Applications/links/5d2cc502a6fdcc2462e2f5fc/Microeconometrics-Methods-and-Applications.pdf

- Clausen, T. H. & Johansen, V. (2012). Cronbachs alfa. I T. A. Eikemo & T. H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg., s. 268-277). Fagbokforlaget.
- Dalen, H. B. & Bye, L. S. (2020). *Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2019: Dokumentasjon*. (2020/26). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/427377?ts=17400d03458>
- De Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., Jacobs, R. (2023). The role of mental health on workplace productivity: A critical review of the literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167-193. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00761-w>
- Dolonen, K. A. & Reppen, N. K. (2022, 31. mars). *Ny rapport: Arbeid med mennesker kan føre til helseskader*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2022/03/ny-rapport-arbeid-med-mennesker-kan-fore-til-helseskader>
- Eikemo, T. A. (2012). Fra korrelasjon til lineær regresjon. I T. A. Eikemo & T. H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg., s. 84-94). Fagbokforlaget.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. (5.utg.). Sage.
- Fleming, P. (2012). Healthy workplaces: Balancing employee health and economic expediency. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health promotion settings: Principles and practice* (s. 191-207). Sage.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2009-06-19-65). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gerdts, A. & Haagensen, V. W. (2023, 23. september). *Kjæreste Maiken*. NRK.no. <https://www.nrk.no/innlandet/xl/lege-maiken-schultz-tok-sitt-eget-liv--forte-til-aksjonen-leger-ma-leve-1.16518310#intro-authors--expand>

- Green, J., Cross, R., Woodall, J. & Tones, K. (2019). *Health promotion: Planning and strategies*. (4.utg.). Sage.
- Hagen, I. M. & Jensen, R. S. (2022). *Fafo: Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor: Innspill til en debatt*. (2022/06). Fafo.
<https://fafo.no/zoo-publikasjoner/kjonnsperspektiv-pa-arbeidsmiljoutfordringer-og-hms-arbeid-i-kommunal-sektor>
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2022). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. (8.utg.). Universitetsforlaget.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S. Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 74(4), 301-310.
<http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Hoff, T. & Lone, J. A. (2014). *Medarbeiderundersøkelser: En praktisk håndbok*. Gyldendal Akademisk.
- Indregard, A.-M. R., Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2018). Emotional dissonance, mental health complaints, and sickness absence among health- and social workers. The moderating role of self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A. (2017). *Introduksjon til SPSS*. (4.utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Abstrakt forlag.

- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: A 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(6), 605–613.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182917899>
- Kaiser, S., Patras, J., Adolfsen, F., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2020). Using the job demands–resources model to evaluate work-related outcomes among Norwegian health care workers. *SAGE Open*, 10(3), 1-11.
<https://doi.org/10.1177/2158244020947436>
- Kim, I.-H., Noh, S., & Muntaner, C. (2013). Emotional demands and the risks of depression among homecare workers in the USA. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(6), 635–644. <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0789-x>
- Kinman, G. & Grant, L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. *Occupational Medicine*, 70(2), 89-94.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqz144>
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing: What protects nurses? *Healthcare (Basel)*, 4(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare4040089>
- Kohnen, D., Witte, H. D., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L. & Sermeus, W. (2023). What makes nurses flourish at work? How the perceived clinical work environment relates to nurse motivation and well-being: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104567>
- Leijten, F. R. M., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J. W., & Burdorf, A. (2015). Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: A 1-year follow-up study among older workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 86–95. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9525-6>

- Lesener, T., Gusy, B. & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76-103.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.09.002>
- Midtbø, T. (2010). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: Med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget.
- Moussavi, S., Somnath, C., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet (British Edition)*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- NAV. (2023, 7. september). *Sykefraværet i 2. kvartal: Liten økning til tross for kraftig nedgang i korona*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaeret-i-2.kvartal-liten-okning-til-tross-for-kraftig-nedgang-i-korona>
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489–508.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Nilsson, P., Andersson, I. H., Ejlertsson, G., & Troein, M. (2012). Workplace health resources based on sense of coherence theory. *International Journal of Workplace Health Management*, 5(3), 156–167. <https://doi.org/10.1108/17538351211268809>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023, 9. mai). *Fortsatt størst mangel på sykepleiere*. <https://www.nsf.no/artikkel/fortsatt-storst-mangel-pa-sykepleiere>

- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>
- Reppen, N. K. (2023, 9.mai). *Navs bedriftsundersøkelse: Fortsatt stor mangel på helsepersonell i Norge*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2023/05/navs-bedriftsundersokelse-fortsatt-stor-mangel-pa-helsepersonell-i-norge>
- Roelen, C. A. M., van Hoffen, M. F. A., Waage, S., Schaufeli, W. B., Twisk, J. W. R., Bjorvatn, B. Moen, B. E. & Pallesen, S. (2018). Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(2), 195-203.
<https://doi.org/10.1007/s00420-017-1268-1>
- Roskams, M. & Haynes, B. (2019). Salutogenic workplace design: A conceptual framework for supporting sense of coherence through environmental resources. *Journal of Corporate Real Estate*, 22(2), 139-153. <https://doi.org/10.1108/JCRE-01-2019-0001>
- Ruyseveldt, J. V., Verboon, P. & Smulders, P. (2011). Job resources and emotional exhaustion: The mediating role of learning opportunities. *Work & Stress*, 25(3), 205-22. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.613223>
- Sayer, A. (2004). Foreword: Why critical realism? I S. Fleetwood & S. Ackroyd. *Critical realist applications in organisation and management studies*. Routledge.
https://www.google.no/books/edition/Critical-Realist-Applications-in-Organis/f21_AgAAQBAJ?hl=no&gbpv=1&dq=book+about+critical+realism+sayer&printsec=frontcover

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893–917. <https://doi.org/10.1002/job.595>
- Schmalbach, B., Zenger, M., Tibubos, A. N., Kliem, S., Petrowski, K. & Brähler, E. (2021). Psychometric properties of two brief versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment*, 28(2), 617-631. <https://doi.org/10.1177/1073191119860910>
- Schmidt, S., Roesler, U., Kusserow, T. & Rau, R. (2014). Uncertainty in the workplace: Examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression – a meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 91-106. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.711523>
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K., Elo, A.-L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. & Ørhede, E. (2001). *Brukerveiledning QPSNordic: Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/bitstream/handle/11250/288367/stamirapporter_31.pdf?sequence=1
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health: A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 32(6), 443-462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Statistisk sentralbyrå. (2009a, januar). *Standard for næringsgruppering (SN)*. SSB.no. <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/6>
- Statistisk sentralbyrå. (2009b, 27. februar). *NACE: Standard for næringsgruppering*. SSB.no. <https://www.ssb.no/virksomheter-foretak-og-regnskap/nace>

- Statistisk sentralbyrå. (2011). *Standard for yrkesklassifisering*. SSB.no
<https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/7/versjon/33/om>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 2. mars). *Helse- og sosialpersonell*. SSB.no.
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>
- Sterud, T. (2014). Work-related gender differences in physician-certified sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(4), 361–369. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3427>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Sturgiss, E. A. & Clark, A. M. (2020). Using critical realism in primary care research: An overview of methods. *Family Practice*, 37(1), 143-145.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz084>
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Bendz, L. T., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I. & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15(738). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
- Thrane, C. (2021). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk.
- Torp, S., Grimsmo, A., Hagen, S., Duran, A. & Gudbergsson, S. B. (2012). Work engagement: A practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*, 28(3), 387-396. <https://doi.org/10.1093/heapro/das022>
- Torp, S. & Bergheim, L. T. J. (2023). Working environment, work engagement and mental health problems among occupational and physical therapists. *Scandinavian Journal of*

Occupational Therapy, 30(4), 505-519.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2154261>

Uchiyama, A., Odagiri, Y., Ohya, Y., Takamiya, T., Inoue, S. & Shimomitsu, T. (2013). Effect on mental health of a participatory intervention to improve psychosocial work environment: A cluster randomized controlled trial among nurses. *Journal of Occupational Health*, 55(3), 173-183. <https://doi.org/10.1539/joh.12-0228-OA>

Van der Molen, H. F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W. & de Groene, G. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf>

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1

Willadssen, B. (2020). *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid: Integrasjon – problemløsning – utvikling*. (2.utg.). Gyldendal.

Zhiyang, J., Kornstad, T., Stølen, N. M. & Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Rapport 2023/2. Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1. Oversikt over yrkeskoder inkludert fra STYRK08 og virksomheter inkludert fra VIRK_NACE_3sif

Styrk08 - Yrkeskode fra intervju	Virk_NACE_3sif – Virksomhetens hovednæring SN07, hovedyrke, a ordningen	VIRK_NACE_3sif – Virksomhetens hovednæring SN07, hovedyrke a ordningen
Inkludert: 22 Medisinske yrker 2211 Allmennpraktiserende leger 2212 Legespesialister 222 Sykepleiere og spesialsykepleiere 2221 Spesialsykepleiere 2222 Jordmødre 2223 Sykepleiere 2224 Vernepleiere 3258 Ambulansepersonell 3259 Andre helseyrker 5321 Helsefagarbeidere 5322 Hjemmehjelper 5329 Andre pleiemedarbeidere	Inkludert: 86.1 Sykehustjenester 86.2 Lege- og tannlegetjenester 86.9 Andre helsetjenester 87.1 Pleie- og omsorg i institusjon 87.2 Inst./bof.skap psyk.utv.hem. mv. 87.3 Inst./bofellesskap eldre/funksj.hem. 87.9 Andre omsorgsinstitusjoner 88.1 Sosialtj. u/botilbud eldre/funksj.hem. 88.9 Andre sosialtjen. Uten botilbud	Inkludert: 86.1 Sykehustjenester 87.1 Pleie- og omsorg i institusjon

Vedlegg 2. Oversikt over spørsmål inkludert i oppgaven, samt indeksfordeling av spørsmålene fra levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2019.

Indeks	Spørsmål	Svaralternativ
Psykiske plager	HSCL5a: Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av nervøsitet og indre uro.	1 = Ikke plaget 2 = Litt plaget 3 = Ganske mye plaget 4 = Veldig mye plaget 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Disse verdiene er snudd fra det opprinnelige datasettet. Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
	HSCL5b: Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av stadig å være redd eller engstelig.	
	HSCL5c: Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av følelse av håpløshet med tanke på framtiden.	
	HSCL5d: Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av å være nedtrykt og tungsindig.	

	HSCL5e: Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Har du vært veldig mye plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av å være bekymret eller urolig.	
Jobbkrav	QPS14: Hvor ofte er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo? Er det ...	1 = Meget sjelden eller aldri 2 = Nokså sjelden 3 = Av og til 4 = Nokså ofte 5 = Meget ofte eller alltid 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
	QPS15: Hvor ofte har du for mye å gjøre? Er det ...	
Rollekonflikt	QPS41: Hvor ofte må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes? Er det ...	1 = Meget sjelden eller aldri 2 = Nokså sjelden 3 = Av og til 4 = Nokså ofte 5 = Meget ofte eller alltid 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
	QPS42: Hvor ofte får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem? Er det ...	
	QPS43: Hvor ofte mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer? Er det ...	
Emosjonelle krav	NFR13c: I hvilken grad må du i arbeidet skjule negative følelser som for eksempel sinne, irritasjon, oppgitthet eller liknende overfor kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på din arbeidsplass?	1 = Ikke i det hele tatt 2 = I liten grad 3 = I noen grad 4 = I høy grad 5 = I svært høy grad 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Disse verdiene er snudd fra det opprinnelige datasettet. Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
	NFR13d: I hvilken grad må du i arbeidet forholde deg til sterke følelser som for eksempel sorg, sinne, fortvilelse, oppgitthet eller liknende hos kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på din arbeidsplass?	
Jobbkontroll	QPS47: I hvilken grad kan du selv bestemme ditt arbeidstempo? Vil du si ...	1 = Ikke i det hele tatt 2 = I liten grad 3 = I noen grad 4 = I høy grad 5 = I svært høy grad 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Disse verdiene er snudd fra det opprinnelige datasettet. Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
	QPS53: I hvilken grad kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid? Vil du si ...	
	Sp56a2: I hvilken grad kan du selv bestemme hvilke oppgaver du skal få?	
	Sp56b2: I hvilken grad kan du selv bestemme hvordan du skal gjøre arbeidet?	
Ledelse	QPS72: Om du trenger det, hvor ofte kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef? Er det ...	1 = Meget sjelden eller aldri 2 = Nokså sjelden 3 = Av og til 4 = Nokså ofte 5 = Meget ofte eller alltid
	QPS78: Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef? Vil du si at det skjer ...	

	QPS90: Behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk? Vil du si at det skjer ...	8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
Ferdigheter og utvikling	Sp19a: Hvordan er mulighetene i jobben din til å utnytte ferdigheter, kunnskaper og erfaring du har fått gjennom utdanning og arbeid?	1 = Svært dårlige 2 = Dårlige 3 = Gode 4 = Svært gode 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke
	Sp19b: Hvordan er mulighetene i jobben din til å videreutvikle deg faglig på de områder du ønsker?	Disse verdiene er snudd fra det opprinnelige datasettet. Verdi 8 og 9 er tatt ut i oppgavens indeks.
Kontrollspørsmål	Spørsmål	Svaralternativ
Kjønn	Kjonn	1 = Menn 2 = Kvinner
Alder	Kullaldr	18 – 66
Ansettelsesforhold	Sp10: Har du fast eller midlertidig ansettelse? Med midlertidig ansettelse menes at den er tidsbegrenset.	1 = Fast, ikke tidsbegrenset 2 = Midlertidig, tidsbegrenset 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut.
Arbeidstid	Sp45: Hvilken arbeidstidsordning har du vanligvis?	1 = Dagarbeid mellom kl. 06 og 18 2 = Skift- eller turnusarbeid 3 = Annen arbeidstidsordninger 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 1 og 3 ble satt sammen til 1 = Vanlig og annen arbeidstid og 2 = Skift- eller turnusarbeid. Verdi 8 og 9 er tatt ut.
Leder	Leder: Har du lederansvar i din stilling, slik at andre mennesker arbeider under din ledelse eller er din stilling på annen måte en overordnet stilling?	1 = Ja 2 = Nei 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut.
Motivasjon, engasjement	SpMotEng: Hvor ofte føler du deg motivert og engasjert i arbeidet ditt? Vil du si ...	1 = Meget sjelden eller aldri 2 = Nokså sjelden 3 = Av og til 4 = Nokså ofte 5 = Meget ofte eller alltid 8 = Vil ikke svare 9 = Vet ikke Verdi 8 og 9 er tatt ut.