

**En studie av sammenhenger mellom sykefravær,
indikasjoner på utbrenthet og opplevde belastninger i arbeidssituasjonen
blant pleie- og omsorgspersonalet i sykehjemmene i en kommune**

Berit Mosseng Sjølie

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

Juni 2008

INNHold

Sammendrag

English summary

1.0 Innledning	1
1.1 Denne studiens perspektiv	2
1.2 Begrepsavklaringer	3
1.3 Problemstilling	4
1.4 Avgrensning	4
1.5 Oppbygging av oppgaven	5
2.0 Teoretisk rammeverk	6
2.1 Fravær	6
2.1.1 Fravær kontra sykefravær	7
2.1.2 Fravær som fenomen i teori og forskning	8
2.1.3 Beskrivelser av fravær	11
2.1.4 Fraværsnivået	12
2.2 Arbeidets betydning for fravær	13
2.2.1 Psykososiale faktorer i arbeidet	15
2.2.2 Eksponeringsfaktorer for belastninger	16
2.3 Utbrenthet	17
2.3.1 Teoretiske modeller	19
2.3.2 Utbrenthet og individuelle forhold	21
2.3.3 Samfunnsforhold og utbrenthet	22
2.3.4 Følger av utbrenthet	23
2.3.5 Måling av utbrenthet	24
3.0 Hypoteser	26
4.0 Forskningsmetode	29
4.1 Forskningsfeltet	29
4.2 Gjennomføring av studien	30
4.2.1 Deltagerrespons	30
4.2.2 Nettoutvalget	31
4.3 Instrument	31

4.4	Studiens reliabilitet og validitet	34
4.4.1	De sammensatte mål for belastning	34
4.4.1.1	Intern konsistens for sammensatte mål	36
4.4.2	Bergen Burnout Indicator	40
4.4.3	Reliabilitet og validitet til andre spørsmål	41
4.5	Forskningsetiske implikasjoner	41
4.6	Analyse av data	42
4.6.1	Statistikk	42
4.6.2	Valg av statistiske tester	43
4.6.3	Missing	45
5.0	Resultater	46
5.1	Deskriptiv statistikk	46
5.1.1	Ulike fraværsmål	46
5.1.2	Utbrenthet	46
5.1.3	Belastning i arbeidssituasjonen	47
5.2	Testing av studiens hypoteser	48
5.2.1	Hypotese 1	48
5.2.1.1	Fravær siste uker	49
5.2.1.2	Legemeldt fravær siste år	50
5.2.1.3	Testing av hypotese 1	51
5.2.2	Hypotese 2	52
5.2.2.1	Testing av hypotese 2	53
5.2.3	Hypotese 3	53
5.2.3.1	Jobbrelatert fravær	53
5.2.3.2	Belastninger i arbeidssituasjonen	54
5.2.3.3	Testing av hypotese 3	55
5.2.4	Hypotese 4	55
5.2.4.1	Testing av hypotese 4	57
5.2.5	Hypotese 5	57
5.2.5.1	Testing av hypotese 5	58
5.2.6	Hypotese 6	58
5.2.6.1	Testing av hypotese 6	59
5.2.7	Hypotese 7	60
5.2.7.1	Testing av hypotese 7	60
5.3	Individuelle og arbeidsmiljømessige prediktorer for fravær siste 4 uker	61

6.0 Diskusjon	62
6.1 Metodiske betraktninger	62
6.1.1 Spørreundersøkelse og tverrsnittdesign	62
6.1.2 Instrumentet	63
6.1.3 Vurdering av statistisk prosedyre	64
6.1.4 Vurdering av gjennomføring	65
6.2 Drøfting av resultater knyttet til hypotesetesting	66
6.2.1 Sykefravær	66
6.2.1.1 Jobbrelatert fravær	66
6.2.1.2 Sammenhenger mellom sykefravær og respondentenes personlige karakteristika	67
6.2.2 Utbrenthet	68
6.2.2.1 Utbrenthet og respondentenes personlige karakteristika	69
6.2.3 Fravær og opplevde belastninger	70
6.2.4 Utbrenthet og opplevde belastninger	71
6.2.5 Utbrenthet og fravær	73
6.2.6 Fravær for å unngå langtidsfravær	74
6.2.7 Legitimt fravær	75
6.3 Konsekvenser for praksis	76
6.4 Videre forskning	77
Referanser	78
Tabelloversikt	84
Figurer	86
Vedlegg	87
Vedlegg 1 Spørreskjema	
Vedlegg 2 Tillatelse til bruk av spørreskjema	
Vedlegg 3 NSDs tilråding av behandling av personopplysninger	
Vedlegg 4 Oppslag med informasjon om undersøkelsen	
Vedlegg 5 Informasjonsskriv	
Vedlegg 6 Påminnelse	
Vedlegg 7 Takk for deltakelse	
Appendix	100

Sammendrag

Formål med studien: Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke om belastningene arbeidstakeren stilles overfor i omsorgsarbeidet i sykehjem påvirker deres sykefravær, med tanke på om kravene i arbeidet kan være av en slik karakter at arbeidstakeren opplever stress og står i fare for å bli utbrent.

Metode: Studien har tverrsnittsdesign, der et postet spørreskjema er brukt som forskningsstrategi og adressert til arbeidstakere (sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte) i tre ulike sykehjem i en norsk kommune. Respondentene ble bedt om å svare på spørsmål om sykefravær, individuelle karakteristika i hovedsak knyttet til deres arbeidssituasjon, spørsmål om belastninger i arbeidssituasjonen og spørsmål i måleinstrumentet Bergen Burnout Indicator, som måler grad av emosjonell utbrenthet hos respondenten.

Resultater: 109 arbeidstakere svarte på henvendelsen (svarprosent 53,2%). Statistiske analyser viste at arbeidstakere som karakteriserte eget fravær til å være en del eller mye og arbeidstakere som hadde hatt fravær siste 4 uker hadde signifikant høyere utbrenthetskår enn de som karakteriserte eget fravær til lite eller ikke-fravær, eller ikke hadde fravær siste 4 uker. Legemeldt fravær siste år ble ikke påvirket av utbrenthetskår i utvalget, men for respondenter med legemeldt fravær hadde lengden på fraværet sammenheng med utbrenthetskår. Det ble funnet signifikante sammenhenger mellom manglende egenkontroll og medbestemmelse i arbeidssituasjonen, kvantitative jobbkrav og utbrenthetskår hos respondentene. Av demografiske faktorer som ble inkludert i studien ble det funnet signifikante forskjeller i utbrenthetskår i forhold til respondentens erfaring med pleiearbeidet, der de med kort (<2 år) ansiennitet hadde høyest, fulgt av de med lang (>11 år) ansiennitet. For respondenter som siste 4 uker hadde hatt fravær framkom en tendens til at de hadde brukt fravær for å unngå langtidsfravær.

Konklusjon: Resultatene antyder at respondentene i utvalget har belastninger i arbeidssituasjonen i form av manglende egenkontroll og medbestemmelse og høye kvantitative krav av en slik karakter at de opplever stress og står i fare for å bli utbrent. Det er i hovedsak det korte sykefraværet og lengden på det legemeldte fraværet som påvirkes av

tendensen til utbrenthet, og resultatene kan indikere at korttidsfraværet tas ut for å minske belastningene i arbeidssituasjonen.

Nøkkelord: sykehjem, sykefravær, pleier, utbrenthet, arbeidsbelastning,

Bergen Burnout Indicator

ENGLISH SUMMARY

Purpose: The purpose of this study is to examine whether the burden raised upon the employee in the work of care in nursing homes affect their sick-leave. This by investigating whether the demands of the work could be of such character that the employee experience stress and is in danger of being burned out.

Methods: The study is a survey and a questionnaire has been mailed to the employees (nurses, assistant nurses and unskilled) in three different nursing homes in a Norwegian municipality. The respondents were asked to answer questions regarding sick leave, individual characteristics mainly concerning their work situation, questions about burdens in their work situation and questions in the Bergen Burnout Indicator, which aims to measure degree of emotional burnout in the respondent.

Results: 109 employees answered the request (53,2%). Statistic analyses indicate that the employees who estimated their own sick leave to be some or much, had a higher score of burnout compared to those who estimated their own sick leave to be less or none. The group who had sick leave the last four weeks, had a significant higher score of burnout compared with the group with none for the last four weeks. Sick leave reported to a doctor during last year, was not affected by the burnout score in the selection. On the other hand the analyses indicate a correlation between burnout score and the length of the sick leave for these respondents. Furthermore it was found significant correlations between the burnout score and the following variables: Absence of personal control in the work situation and quantitative work demands. Of the demographic variables included in the study, it was found significant correlations between burnout score and the respondents previous work experience in nursing. Those with short time of work experience (<2 years) had a the highest score, followed by those with longer work experience (>11 years). Those respondents who had had sick leave during the last four weeks showed a tendency of using this to prevent long term sick leave.

Conclusion: The results indicate that the respondents in the selection who experience burdens in their work situation due to less personal control in the work situation and high quantitative demands, are in danger of being burned out. Burn out also appears to affect the short term

leave and the length of the sick leave reported to a doctor. Furthermore, the results might indicate that the short term absence are being used to reduce the burden raised by the work situation.

Key words: nursing home, sick leave, caregivers, burnout, workload, Bergen Burnout Indicator

1.0 Innledning

Hensikten med denne studien er å se nærmere på ulike forhold som har forbindelse med sykefravær hos pleiepersonalet i sykehjem i en utvalgt kommune der fraværet har vært stigende de siste årene, og høyere enn i sammenlignbare kommuner.

Jevnt over er organisasjoner opptatt av fraværspromatikk, og den viktigste grunnen er nok de økonomiske konsekvensene fraværet gir. I en presset kommuneøkonomi er et høyt sykefravær et stort problem. I tillegg kommer de vanskene fraværet skaper for den enkelte, for arbeidsplassen og avdelingen, og for kollegaene (Haukedal, 2004).

Først og fremst må man anta at det å være syk og ikke kunne jobbe påvirker livskvaliteten hos arbeidstakeren. For arbeidsplassen er sykefravær et problem siden det kan bli mangel på både personer og kompetanse for å opprettholde den daglige driften i avdelingen. Vikarer hentes gjerne inn fra en arbeidskraftreserve som ikke har formell utdanning eller samme erfaring som den som har blitt syk. Kollegaer i avdelingen kan oppleve stress i arbeidssituasjonen fordi vikaren ikke har formell kompetanse og heller ikke samme erfaring og kunnskaper om pasientene og arbeidssituasjonen som den som har blitt syk. Arbeidet blir mindre forutsigbart og kollegaenes fravær kan bli en ekstra arbeidsbelastning som igjen kan medføre mer sykefravær. Pasientene kan erfare kunnskapsmangel og mangelfull kompetanse når uerfarne vikarer hentes inn, som i ytterste konsekvens kan gi feil i oppfølging av deres helsetilstand.

Samfunnet står overfor store utfordringer i eldreomsorg i årene som kommer. Tallet på mennesker som på grunn av høy alder eller sykdom trenger hjelp for å ivareta dagliglivets aktiviteter er økende. Samtidig er det en kjensgjerning at tallet på dem som skal utføre hjelpen ikke forventes å øke i tilsvarende grad (Torsvik, 2000). Økt sykefravær er med på å øke dette misforholdet, og det kan fortone seg som "sløsing" når nødvendig og dyrebar arbeidskraft er borte fra jobben

Samtidig framholdes det at den høye andelen yrkesaktive i befolkningen kan påvirke omfanget av sykefravær. Dette begrunnes blant annet med at prosentvis flere eldre er i arbeid, og at disse er mer utsatt for sykdom. Sammen med lav arbeidsledighet kan dette bidra til å trekke opp fraværnivået (Haukedal, 2004).

På den andre siden er det påvist at vår tids arbeidsliv kan være så belastende at menneskene blir syke av jobben, og at fraværet kan indikere at noe er galt med arbeidssituasjonen (Forseth & Rasmussen, 2002).

Fravær fra jobben henger sammen med forhold både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Denne studien har begrenset sitt perspektiv til arbeidssituasjonens betydning for fraværet. Men det er viktig å poengtere at fraværet bare delvis kan forklares ut fra dette perspektivet, og at mange faktorer bidrar til fraværnivået (Nytrø, 1995). Betydningen av og samspillet mellom disse faktorene vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass, og det er viktig å få en oversikt over disse sammenhengene for å få et grunnlag for å utvikle tiltak med sikte på å redusere sykefraværet.

1.1 Denne studiens perspektiv

Fokus for denne studien er mulige sammenhenger mellom arbeidssituasjonen og sykefraværet i sykehjemsavdelinger. Studier viser at faktorer i arbeidsmiljøet som virker inn på ansattes helse kan knyttes til det fysiske-, det organisatoriske- og det sosiale arbeidsmiljøet (Sørensen, Dahl- Jørgensen & Skogstad, 1998). Når det gjelder sammenhengen mellom belastende arbeidsmiljø og helseplager, synes det som om forhold i det fysiske arbeidsmiljøet i hovedsak fører til belastningslidelser, mens forhold i det organisatoriske arbeidsmiljøet først og fremst gir seg utslag i psykosomatiske helseplager, og faktorer i det sosiale arbeidsmiljøet er en medvirkende faktor til arbeidsrelaterte psykiske problemer hos ansatte¹ (Sørensen, et al., 1998).

Arbeid med mennesker i slutfasen av livet, med komplekse lidelser og stort omsorgsbehov, stiller store krav til den enkelte arbeidstaker i sykehjemmene, og arbeidet kan oppleves belastende på flere av nivåene samtidig. Studier viser at et av de største belastningsmomenter ligger i opplevelsen av ikke å kunne ivareta behovene til pasienter og beboere godt nok (Sørensen et al., 1998). Samtidig viser andre studier at mange opplever sitt arbeid som positivt og givende. Den positive opplevelsen kommer gjerne av mellommenneskelig kontakt, tilbakemeldinger man får på det arbeid man utfører, og mulighetene til å utvikle relasjonelle

¹ Dette er ikke entydige sammenhenger. Fysiske faktorer indikerer også psykosomatiske og til dels psykiske plager, mens sosiale faktorer i tillegg indikerer psykosomatiske plager, og organisatoriske faktorer også indikerer belastningslidelser (Sørensen et al., 1998)

ferdigheter (Forseth & Rasmussen, 2002). "Frydefull utmattelse" er et dekkende begrep i følge Forseth (1994; 2001).

I denne studien vil psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet bli vektlagt slik de blir forstått og presentert av Skogstad (1996; 2000). I utgangspunktet antas de å ha både konstruktive og oppbyggende effekter, samtidig som de også kan virke nedbrytende på arbeidstakeren (Skogstad, 2000). Høy arbeidsbelastning som påvirker psykiske funksjoner negativt utgjør en belastning, men dersom kravene møtes med god mestring, kan dette resultere i velbefinnende (Gaillard, 1993, referert i Sørensen et al., 1998).

Kronisk arbeidsrelatert stress som ikke møtes med gode mestringsstrategier kan derimot utvikles til utbrenthet (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Utbrenthet beskrives som en psykologisk reaksjon som opptrer ved misforhold mellom krav som stilles i arbeidssituasjonen og muligheten til å respondere på kravene, og betegnes som en nærmere spesifisert stressreaksjon som særlig synes å ramme ansatte i "hjelpesyker" (Matthiesen, 2002). Sammenhengen mellom utbrenthet og sykefravær vil være det sentrale perspektiv i undersøkelsen, siden forekomsten av utbrenthet kan være en indikasjon på belastninger i arbeidssituasjonen.

1.2 Begrepsavklaringer

Psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet forstås i denne studien som faktorer i arbeidet som gjør seg gjeldende på sosiale arenaer, og som blir påvirket av individualpsykologiske prosesser, med konsekvenser for jobbtrivsel, helse og yteevne (Skogstad, 2000).

Utbrenthet vil i denne studien forstås som en avgrenset del av stressbegrepet og være en tilstand hvor følelsesmessig tilkortkomning eller emosjonell utmattelse utgjør en sentral del. Emosjonell utmattelse vil være en dysfunksjonell mestring av en opplevd stressituasjon (Matthiesen, 2002).

Fravær fra arbeidet foreligger dersom en arbeidstaker ikke utfører arbeid og ikke er til stede på arbeidsplassen i den foreskrevne arbeidstiden (Brandth, 1980), og vil i denne studien bli forstått som sykefravær siden fokuset i studien er rettet mot fravær som er begrunnet i belastninger i arbeidssituasjonen.

1.3. Problemstilling

Det er krevende å arbeide med pleie og omsorg for andre mennesker, og arbeidsmiljøbetingelsene i pleiearbeidet innebærer omfattende fysiske og mentale krav for yrkesutøverne (Sørensen et al., 1998). Forskningen viser at belastninger i arbeidsmiljøet, særlig i jobber med høye psykiske og mentale krav og liten påvirkningsmulighet, gir negativt stress. Dette er faktorer som kan være en forløper til dårlig helse (Ose, Jensberg, Reinertsen, Eidsmo, Dyrstad, 2006). Måten arbeidstakeren mestrer de forskjellige aspekter ved arbeidet på, er i stor grad bestemt av måten arbeidssituasjonen oppfattes på. Det er et komplekst samspill mellom faktiske (objektive) forhold i arbeidet og den subjektive oppfattelsen av arbeidet (Knardahl, 2000).

Gjennom denne undersøkelsen ønsker jeg å undersøke om belastninger arbeidstakeren stilles overfor i omsorgsarbeidet i institusjonen påvirker sykefraværet. Jeg ønsker å undersøke om kravene kan være av en slik karakter at arbeidstakeren opplever stress i arbeidet og står i fare for å bli utbrent. Undersøkelsen vil ha følgende problemstilling:

Hvilke sammenhenger er det mellom sykefravær, indikasjoner på utbrenthet og opplevde belastninger i arbeidssituasjonen blant pleie- og omsorgspersonalet i sykehjemmene i en aktuell kommune?

1.4 Avgrensninger

Forskning om fravær fra arbeidet er foretatt ut fra mange ulike forskningsperspektiv. Det er gjort en etter hvert omfangsrik forskning på fenomenet både nasjonalt og internasjonalt, og det er vanskelig å få full oversikt over all dokumentasjon som foreligger. Denne studiens status som mastergradsoppgave har framtvunget avgrensninger som har vært bestemmende både for valg av teoretisk perspektiv og empirisk tilnærming.

Individkarakteristika begrenser seg stort sett til faktorer tilknyttet respondentenes forhold til arbeidslivet. Selv om også variabler som helsetilstand, spesifikke helseplager, mestringsstil og sivil status/familieforhold ville gitt verdifull informasjon, ville dette sprengt rammene for oppgaven, og kunne dessuten bidratt til å identifisere de ansatte siden utvalget er begrenset.

Og selv om forhold på samfunnsnivå vil påvirke den enkelte ved fravær og i beslutninger om å ta ut fravær eller ikke, er spørsmål knyttet til disse forhold utelatt.

Studiens fokus vil være arbeidssituasjonens betydning for fraværet. På tross av denne fokuseringen er det mange aspekter ved arbeidssituasjonen som gjennom studien ikke vil bli målt direkte. Fysiske belastninger er blant annet dokumentert å ha betydning i forhold til fravær, og kan antas å være en årsak til fravær også i dette utvalget. I denne oppgaven måles ikke omfanget av slike belastninger direkte, men gjennom respondentenes subjektive oppfatninger om i hvilken grad slike og andre belastninger kan utløse eller ha betydning for sykefravær.

Fravær fra jobben vil i denne studien bli forstått som sykefravær, det vil si at fraværet skyldes sykdom eller helseplager hos respondenten. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at en del av fraværet ikke skyldes sykdom, for eksempel fravær på grunn av omsorg for barn. Selv om mange forhold knyttet til fraværet ikke vil bli belyst gjennom selve undersøkelsen, vil noen av forholdene bli trukket fram i presentasjonen av det teoretiske rammeverk og i diskusjonen.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Neste kapittel er en gjennomgang av teori og tidligere forskning knyttet til sykefravær, psykososiale belastningsfaktorer i arbeidslivet og fenomenet utbrenthet. Deretter vil studiens hypoteser bli gjort rede for i et eget kapittel. I kapittel 4 gjennomgås forskningsmetoden som er brukt i studien, mens resultatene fra undersøkelsen blir gjort rede for i det etterfølgende kapittel. I kapittel 6 vil studiens resultater bli drøftet opp mot teori og tidligere forskning.

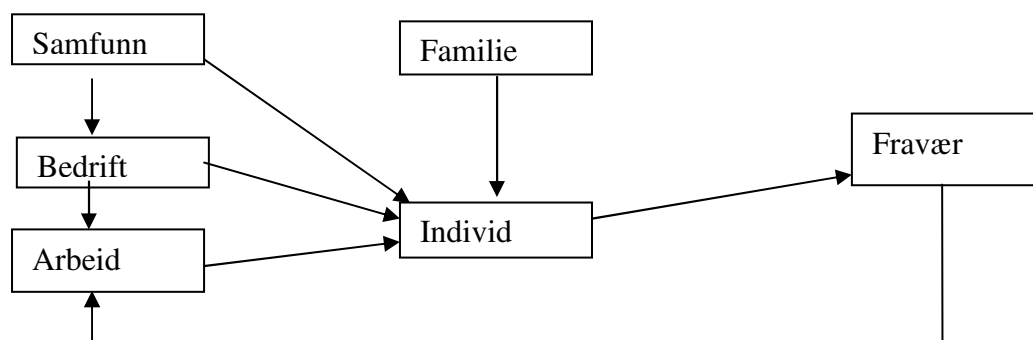
2.0 Teoretisk rammeverk

Jeg vil her gjøre rede for overordnede begreper, teoretisk bakgrunn og forskning knyttet til arbeidsmiljø, utbrenthet og sykefravær. Det teoretiske rammeverk er knyttet opp mot studiens fokus som er arbeidssituasjonen for pleiepersonalet i sykehjem, men vil likevel omtales i generelle vendinger siden teori og forskning som brukes som rammeverk for denne oppgaven har en universell betydning.

2.1 Fravær

Sykefravær er et sammensatt fenomen, og det er i realiteten vanskelig å si noe eksakt om årsaksforhold på tross av stor forskningsinteresse (Einarsen & Schulze, 2000). For å få oversikt over de ulike forskningsperspektiver innenfor så pass sammensatte forhold, kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Hagen & HIPPES (1991) sammenfatning av fire hovedperspektiver. De viser til at forskningen har fokusert på fravær forklart med utgangspunkt i sykelønnsordningen (for eksempel karensdager og arbeidsgiverperiode), arbeidsmiljøet (fysisk, psykisk, mellommenneskelig), individet (for eksempel livsstil som tobakksforbruk, alkoholkonsum og fysisk aktivitet, familieforpliktelser og dobbeltarbeid) og makro-sosiologiske forhold (for eksempel konjunkturer, arbeidslivets kjønns- og alderssammensetning).

Norsk Produktivitetsinstitutt² litteraturstudium (1982) av norsk og svensk fraværsvforskning viser også i sin modell at fraværet henger sammen med forhold på både individ-, organisasjons- og samfunnsnivå.



Figur 2.1: Modell om fraværets sammenhenger (Norsk Produktivitetsinstitutt, 1982, referert i Schulze & Einarsen, 2000:321)

² Norsk Produktivitetsinstitutt bestod fra 1953 – 1985. Instituttets formål var å fremme produktiviteten i arbeids- og næringslivet «til beste for forbrukere, arbeidstakere og eiere». Det øverste organ var Instituttets råd, og arbeids- og næringslivet var representert i de styrende organer. Instituttet var for en stor del finansiert over statsbudsjettet (Breivik, 2002)

Modellen er presentert i figur 2.1, og peker også på at fravær i sin tur påvirker de forhold som i utgangspunktet førte til fraværet. Det som først er en årsak til fravær, kan i neste omgang bli en konsekvens av fravær. For eksempel om en arbeidstaker er borte fra arbeid på grunn av arbeidspress, kan fraværet medføre ytterligere arbeidspress når han vender tilbake på jobb (Einarsen & Schulze, 2000:321).

Mye tyder på at mellom 50 og 75 % av fraværet kan tilbakeføres til sykdom, enten fysisk, psykisk eller i kombinasjon, men høye korrelasjoner finnes også mellom fravær og alkoholisme og stoffmisbruk (Haukedal, 2004). Mer enn 50% av sykefraværet har sin årsak i subjektive helseplager³ (Tveito, 2006). Om det økte sykefraværet hadde sammenheng med økte helseplager ble undersøkt i en norsk landsrepresentativ studie i 1996 og 2004, og det ble funnet en høy og relativt stabil forekomst av helseplager, mens det ble funnet en generell økning av sykefraværet. Diagnosen med den største prosentvise økningen i fravær var innenfor området "pseudo-neurological" (søvnproblem, tretthet, angst og hjertebank). Det ble oppsummert med at det økte sykefraværet ikke kunne forklares med økte helseplager (Ihlebak, Brage, Eriksen, 2007).

Tveito (2006) fant i sin studie av sykefravær at 10% av arbeidstakerne var ansvarlig for 82% av sykefraværet. Fellestrekk eller risikofaktorer for fravær var høye nivåer av subjektive helseplager, lav utdanning, liten mestringsevne, tungt fysisk arbeid og ulike helserisiko-faktorer som røyking, lav jobbtilfredshet, jobbstress, dårlig søvn og lav fysisk aktivitet.

Mye forskning er gjort på arbeidsmiljøets betydning for sykefravær, men forskningen klarer i liten grad å forklare hvor mye av fraværet som har sammenheng med arbeidsmiljøfaktorer (Ose et al., 2006). Nytrø (1995) konkluderer med at enkeltvariabler ikke kan gjøre rede for mer enn 2-20% av variansen for ulike arbeidsmiljøfaktorer sammenheng med sykefravær.

2.1.1 Fravær kontra sykefravær

Fravær er et fenomen med mange fasetter som er vanskelig å definere entydig. "Å ikke stille på jobben" ansees som det vanligste kriteriet for fravær (Haukedal; 2004), og kan derfor egne

³ Subjektive helseplager defineres her som plager uten (eller med mindre enn forventet) objektive patologiske funn. Muskelsmerter, mage-tarm-plager, "pseudo-neurologi" (tretthet, slapp, humør, svimmel) utgjør de største gruppene (Tveito,2006).

seg som en definisjon av begrepet. Men det er likevel ikke alltid like fruktbart, siden mange har et arbeid som ikke krever at de fysisk er til stede på jobben. Og ansatte kan være fysisk til stede på jobben, men likevel unnlate eller være forhindret fra å utføre de planlagte arbeidsoppgavene.

Begrepet sykefravær blir ofte brukt ved fravær fra arbeidet, i hovedsak siden kompensasjon i form av lønn ved fravær fra jobben betinger at årsaken til fraværet kan karakteriseres som sykdom (Lov om folketrygd, 1997). Men siden bare deler av fraværet skyldes egentlig sykdom (Haukedal, 2004), kan det stilles spørsmål med om andre forhold i samfunnet og den enkeltes livssituasjon kan bidra til feiltokning av fravær som sykefravær. For eksempel omsorgsansvar for barn, funksjonshemmede og eldre familiemedlemmer (Grimsmo & Sørensen, 1991: 59).

Brandth (1980) foreslår at "fravær foreligger dersom en arbeidstaker ikke utfører arbeid og ikke er til stede på arbeidsplassen i den foreskrevne arbeidstiden". Jeg vil støtte meg til denne definisjonen, men forstå fraværet som sykefravær siden fokuset i denne studien er rettet mot fraværnivået i institusjonene som er begrunnet med de ansattes helseplager. Legemeldt fravær utgjør en del av datagrunnlaget for å anslå faktisk fravær, og det er rimelig å tro at legemeldt fravær skyldes sykdom hos arbeidstakeren.

2.1.2 Fravær som et fenomen i teori og forskning

I den norske fraværsforskningen er det etablert et skille mellom positive og negative faktorer i arbeidet som tenkes å påvirke i hvilken grad arbeidstakeren er fraværende eller tilstede på jobben ved en gitt helsetilstand. Grimsmo (1991) identifiserte i sin undersøkelse det han kalte "fraskyvningsfaktorer"⁴ eller fraværsfaktorer som bidro til økt fravær, enten som sykdomsskapende i seg selv, eller som innvirkning på valget mellom å se seg selv som "for syk" eller "frisk nok" til å gå på jobben. Motsatt identifiserte han "Tiltrekningsfaktorer"⁵ eller nærværsfaktorer som forhold ved arbeidet som bidro til mindre fravær eller at personen mente seg frisk nok til å gå på jobben.

⁴ Fraskyvningsfaktorene var fysisk belastende arbeidsmiljø, dårlig fysisk eller ergonomisk tilrettelegging, uhensiktsmessig arbeidsorganisering, samarbeidsproblemer og konflikter og "moderne tjenerskap".

⁵ Tiltrekningsfaktorer var redsel for negative reaksjoner, uerstattbarhet på jobben og sosial tilknytning

Nytrø (1995) presenterer faktorene som motiverer til nærvær slik:

1. Positive nærværsfaktorer. Her menes forhold ved arbeidet som gjør at arbeidstakeren har lyst å gå på jobben, for eksempel stimulerende arbeidsoppgaver og hyggelige kollegaer.
2. Negative nærværsfaktorer. Her tenkes det på forhold som "tvinger" den ansatte på jobb, for eksempel redsel for sanksjoner, og at man føler seg "uunnværlig" eller moralsk forpliktet. Sterke negative nærværsfaktorer kan utløse prestasjonspress som over tid kan slå negativt ut på helsen.
3. Positive fraværsfaktorer handler om muligheten til å ta vare på helsen og sosiale forpliktelser utenfor jobben.
4. Negative fraværsfaktorer er forhold i arbeidet som fører til at arbeidstakeren får helseproblemer (Nytrø, 1995, Einarsen & Schulze, 2000).

Brandth (1982) beskriver fra sin studie av kvinnelige samlebåndsarbeidere at fravær brukes som en mestringsstrategi for å lindre plager av belastningslidelsene som har oppstått i et fysisk belastende arbeidsmiljø. Fraværet kan forhindre eller forsinke utviklingen av alvorligere plager og dermed mer kostbart langtidfravær. Fravær brukes også som en sikkerhetsventil og en egenstyring av arbeidstiden, for å tilpasse kravene i arbeidet til egne forutsetninger.

Forskningen om fravær argumenterer for at korttidsfravær kan ha en gunstig effekt på de ansattes helse, men på tross av dette er det mange studier som påpeker at kontekstuelle og individuelle barrierer hindrer bruken av korttidsfravær (Dahl- Jørgensen, Mo & Saksvik, 2002). Brandths (1982) undersøkelse viste at barrierer av normativ art, som pliktfølelse og ansvar for kollegaer, hindrer kvinnene å ta ut fravær i den grad det ville vært i deres interesse å gjøre. Den positive funksjonen som denne typen fravær kunne hatt kommer derfor ikke til anvendelse, og flere går på jobb på tross av plager. Særlig gjelder dette de eldste.

Innenfor anglo-amerikanske fraværsforskning er det vanlig å dele inn i fire ulike typer fravær (Hammer & Landau, 1981, referert i Nytrø, 1995).

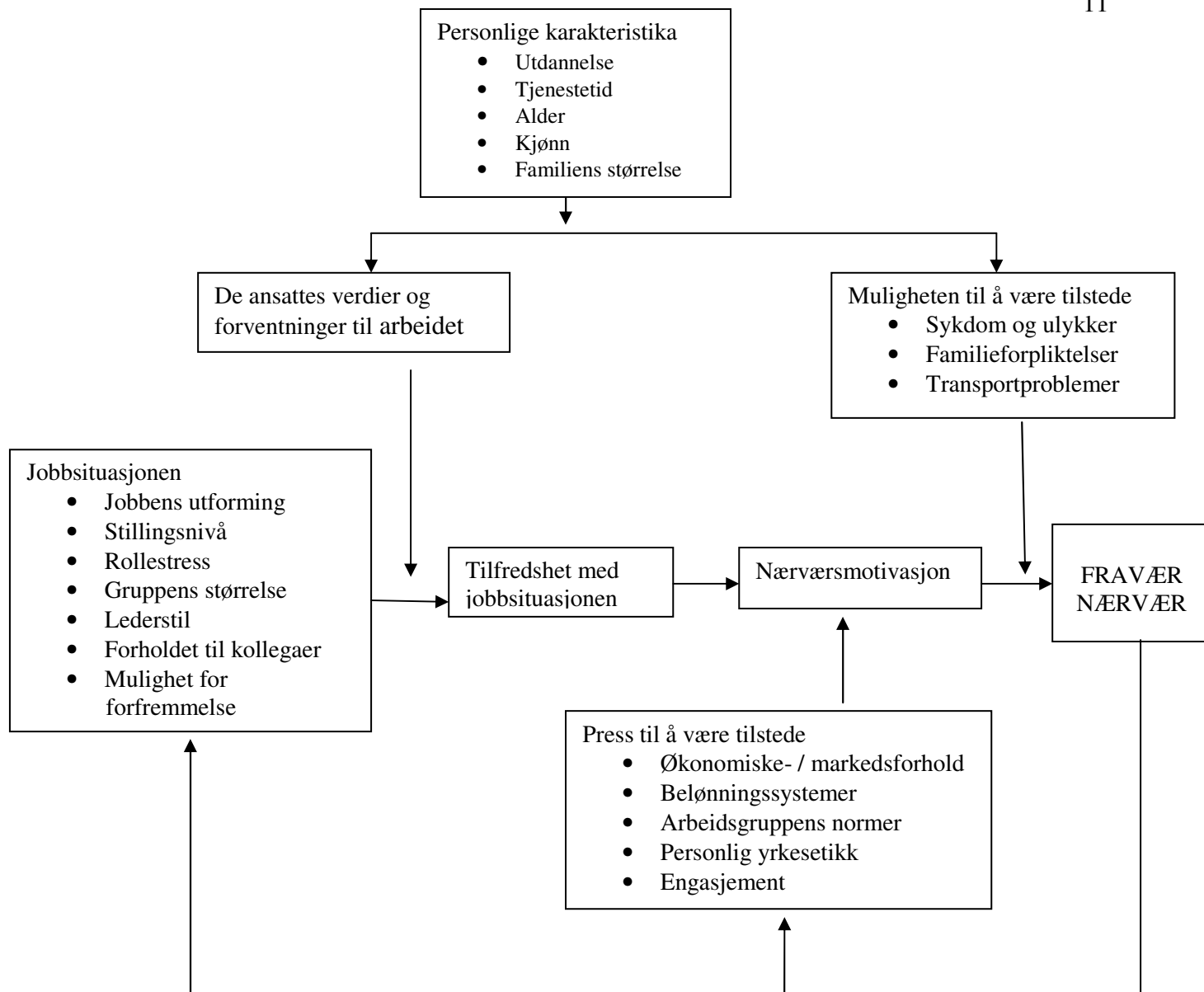
- "unødvendig frivillig fravær" (skulk),
- "nødvendig frivillig fravær" (mestring),
- "unødvendig ufrivillig fravær" (overfortolkning av ufarlige symptomer),
- "nødvendig ufrivillig fravær" (alvorlig sykdom, skade).

Haukedal (2004) mener denne klassifiseringen av fravær ikke er entydig. Personligheten eller ytre forhold vil for eksempel avgjøre hva som er frivillig og nødvendig, ettersom sykdom vurderes ulikt av ulike individer, og det vil være en vurderingssak om hvilke ytre forhold som gjør det nødvendig å være hjemme fra jobb (for eksempel sykdom i familien).

Også Steers og Rhodes (1978) stiller spørsmålsteget med forståelsen om at arbeidstakeren velger å være fraværende fra jobben. Deres modell (Figur 2.2) som baserer seg på en gjennomgåelse av 114 studier av fravær er mye benyttet som ramme for senere forskning, og kan sees som et puslespill over de til dels motstridende data som disse studiene har gitt.

Vi ser her at arbeidstakerens avgjørelser om å gå på jobben påvirkes av både individuelle, organisatoriske og samfunnsmessige faktorer, samtidig som den inkluderer situasjonelle begrensninger. Modellen bygger på forventningsteori der arbeidstakers nærvær (eller fravær) ses på som en funksjon av to hovedfaktorer, motivasjon for å gå på arbeid, og den faktiske muligheten til å gå på arbeid (Haukedal, 2004).

Det er altså kombinasjonen av ens faktiske muligheter til å være på jobben / utføre jobben, kombinert med ens motivasjon for å gå på jobb som avgjør om man er fraværende eller ikke. Motivasjonen for å gå på arbeid påvirkes så av flere faktorer. For det første er den avhengig av arbeidstakerens tilfredshet med jobbsituasjonen. Jobbtfredshet er noe som oppstår i møtet mellom forhold i jobbsituasjonen og den enkeltes forventning og verdier til arbeidet, noe som igjen vil være avhengig av individuelle egenskaper og kjennetegn. I tillegg vil arbeidstakerens motivasjon for å gå på arbeid påvirkes av presset til å være tilstede. Her nevnes økonomiske forhold, belønningssystemer, arbeidsgruppens normer, bedriftens kultur, personlig yrkesetikk og arbeidstakerens engasjement i arbeidet som de viktigste faktorer. Også personlige karakteristika inkluderes, selv om sammenhenger mellom ulike demografiske variabler og fravær ikke antas å være direkte (Einarsen & Schulze, 2000), men må forstås mer som bakenforliggende variabler i forhold til mulighet å være til stede og verdier og forventninger til arbeidet.



Figur 2.2: Steers og Rhodes fraværsmodell (1978, referert i Haukedal, 2004)

2.1.3 Beskrivelser av fravær

Det er ulike måter å beskrive fravær på. En mulighet vil være å skille mellom korttidsfravær og langtidsfravær, men disse to typer fravær beskrives også på ulike måter. Muligheten kan være å lage et skille ved egenmelding av fraværet. I Norge er det normalt 3 dager, eller 8 dager dersom arbeidsplassen er en IA-virksomhet⁶. Det er internasjonale forskjeller i forhold til mulighet for egenmelding og konsekvenser av egenmelding, noe som må tas hensyn til ved

⁶ IA-virksomhet betyr at arbeidsplassen er tilsluttet "Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv". Avtalen er inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen. Avtalens hovedmål er å gi plass til alle som kan og vil arbeide. Virksomheter som har inngått en Intensjonsavtale blir IA-virksomhet med tilgang til spesielle tjenester og virkemidler. Ansatte innenfor virksomheten har rett til egenmelding i inntil 8 virkedager (Arbeids- og velferdsetaten, 2008).

sammenligning av internasjonal forskning av sykefravær (Ose, 2003:12). Lengden av arbeidsgiverperioden⁷ kan også være et skille mellom korttids- og langtidsfravær (Lov om folketrygd,1997). Arbeidsgiver belastes økonomisk for fraværet i de første 16 dager, og derfor skilles det gjerne her i virksomhetenes statistikker.

Statistisk sentralbyrå (2002) bruker egenmeldt og legemeldt fravær som beskrivelse i sine statistikker. Statistikken over egenmeldt sykefravær baserer seg på data rapportert fra et utvalg bedrifter, mens trygdekontorenes registreringer av sykemeldinger som omfatter fravær på grunn av egen sykdom gir informasjon om legemeldt sykefravær.

Fraværet kan kategoriseres gjennom varighet og hyppighet. Varighet av fravær beskrives oftest ved det prosentvise gjennomsnitt av antall dager som går tapt som følge av fravær av antall mulige arbeidsdager, mens hyppighet er en eller flere sammenhengende sykefraværsdager innenfor en tidsperiode, og benevnes gjerne sykefraværstilfeller (Statistisk sentralbyrå, 2002). Årsak til fraværet fordelt på diagnoser⁸ er en måte Arbeids- og velferdsetaten (NAV) kategoriserer fraværet på i sine statistikker (Arbeids- og velferdsetaten, 2008).

2.1.4 Fraværsnivået

Sentral fraværstatistikk som bygger på legemeldt fravær kom i 2001, og sykefraværstall før den tid baseres på NHOs bedriftsdatabase der 1000 utvalgte bedrifter gir informasjon om legemeldt og egenmeldt fravær. Ose et.al (2006) antar i sin studie at det totale nasjonale fraværet følger utviklingen til NHO, og viser i sin presentasjon og sammenbinding av de to statistikkene at det er relativt store svingninger i sykefraværet. Fraværsnivået årsskiftet 2003/2004 var historisk høyt, og på nivå med 1985/1986. Perioden 1995 – 2004 økte fraværet sterkt og stabilt, for så å falle ganske betydelig i begynnelsen av 2004. For kvinner økte fraværet fra 2.kvartal 2005, og har siden hatt en jevn stigning. For menn er det ikke like entydig. Egenmeldt fravær hadde stor variasjon på 1970 og -80 tallet, kjønnsforskjellene avtok utover 1990 tallet, mens det er økende kjønnsforskjeller de senere år.

⁷ Arbeidsgiver periode er den tiden arbeidsgiver er forpliktet til å betale sykepengene til arbeidstager i forbindelse med sykdom. Etter folketrygdloven § 8 – 19 er denne perioden 16 dager. Etter arbeidsgiverperioden er det folketrygden som betaler sykepengene (Lov om folketrygd,1997)

⁸ ”allment og uspesifisert”, ”sykdom i fordøyelsesorganer”, ”hjertekar-sykdom”, ”muskel/skjelett-lidelser”, ”sykdom i nervesystemet”, ”psykiske lidelser”, ”sykdommer i luftveiene”, og til slutt ”andre lidelser”(Arbeids- og velferdsetaten, 2008).

Dersom vi i Statistisk sentralbyrås databaser velger statistikker for helse- og omsorgstjenestene, finner vi de samme tendenser. Det finnes ingen statistikk som viser fravær bare i institusjonstjenesten, men fra 2003 finnes statistikk for legemeldt fravær for en samlet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene, og tendensen er også her lik både med hensyn til variasjon og kjønnsforskjeller. I 2003 var gjennomsnittlig fravær innenfor pleie- og omsorgssektoren på 11,1%, for så å synke til 8,2% i 2004, og stige til 9% i 2005 og 9% i 2006 (Statistisk sentralbyrå, 2007).

Nedgangen i fraværet i 2004 ble av mange tolket som et resultat av IA avtalen, men en mer troverdig forklaring er endringer i sykemeldingsregler fra 2.kvartal 2004 (Ose et al., 2006), der bruken av aktiv sykemelding ble begrenset og legene ble oppfordret til bruk av gradert sykemelding (Wergeland & Bruusgaard, 2005). Sykefraværet i Norge kan være høyt sammenlignet med andre land, men ulike sykkelønsordninger gjør sammenligninger usikre (Ose et al., 2006).

2.2 Arbeidets betydning for fravær

At arbeidsvilkår har betydning for fraværet begrunnes gjerne med at det er ulike fraværslivå mellom bransjer og stillinger (Nytrø, 1997). Forskningen har de siste år gitt oss omfattende kunnskaper om ulike arbeidsmiljøfaktorer som henger sammen med fravær, men hvor mye av fraværet som skyldes arbeidsmiljøfaktorer i forhold til andre faktorer gir ikke forskningen like godt svar på (Ose et al., 2006).

Det er vesentlig å finne fram til faktorer i arbeidssituasjonen som kan ha betydning for helse og velvære, slik at disse kan påvirkes. Men det kan være vanskelig å påvise sikkert at en gitt faktor påvirker helsen, siden sammenhengen mellom forekomst av faktoren og økt ”uhelse” kan skyldes at den målt faktoren samvarierer med en bakenforliggende årsaksfaktor som ikke er målt (Jensen & Wærstedt, 2004).

En landsrepresentativ undersøkelse fra 1991 fant sammenhenger mellom fravær og fysisk belastende arbeidsmiljø, dårlig arbeidsorganisatorisk tilrettelegging, samarbeidsproblemer og konflikter, og et fenomen kalt ”moderne tjenerskap”. Tre faktorer bidro til mindre fravær. ”Redsel for negative sanksjoner”, ”uerstattbarhet på jobben” og ”sosial tilknytning” (Grimsmo & Sørensen, 1991). I en 2-årig dansk undersøkelse av 52 ulike arbeidsplasser ble 29% av fraværet forklart med psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (Nielsen, Rugulies,

Smith-Hansen, Christensen & Kristensen, 2006). Resultater fra en svensk studie viser at langtidssykemeldte mennesker i større grad enn normalbefolkningen opplever å ha arbeid med høye krav, lav egenkontroll og svak sosial støtte. Det psykososiale arbeidsmiljøet hadde her betydning for langtidssykemelding selv når det ble tatt hensyn til alder, fysiske arbeidsvilkår, familieforhold og livsstil (Riksförsäkringsverket, 2003). Hos norske hjelpepleiere var utbrenthet og lav grad av støtte i arbeidssituasjonen assosiert med fravær (Eriksen, Bruusgaard, Knardahl, 2003). Og som ledd i Oslo- undersøkelsen 2000-2001 fant man at nærmere 60 prosent av selvrapporterte helseplager kunne knyttes til arbeidsbetingelser (Mehlum, Kjuus, Veiersted & Wergeland, 2006).

En teoretisk modell som har hatt stor innflytelse i arbeidslivsforskningen, og på forståelsen av stress og helse i arbeidslivet er den så kalte ”krav-kontroll-sosial-støtte-modellen” (Knardal, 2000, Haukedal, 2004). Det var Robert Karasek som først utviklet modellen basert på eksponeringsfaktorer og med kontrollfaktoren innarbeidet. Denne modellen ” The job strain modell” (krav-kontroll-modellen) som hevder at helse og velvære bestemmes både av krav som stilles til personen i arbeidet og av muligheten til å utøve kontroll over egen arbeidssituasjon, ble av Johnson & Hall (1988) utviklet til også å omfatte sosial støtte som kan virke som en moderator på jobbkrav. Med kontroll menes frihet til å bestemme over egen arbeidssituasjon, autonomi og mulighet til å anvende eget intellektuelt skjønn, altså en kombinasjon av kontroll og utviklende arbeid (Knardal, 2000). Sosial støtte omfatter integrasjon (sosiale bånd i nettverket), samspillet kvalitet (sosialt klima), oppfattet støtte og faktisk mottatt støtte (Haukedal, 2004).

Nytrø (1995) peker i sin ”transaksjonsmodell” på at individers forskjellige fortolkninger og handlingsstrategier gitt samme ”objektive” arbeidsmiljø, påvirker effektene de ulike faktorer i arbeidsmiljøet har på den ansattes helse.



Figur 2.3: Nytrøs transaksjonsmodell (Nytrø, 1995)

Det vil være individuelle forskjeller i opplevelsen av belastninger, både i form av individuell påvirkning og individuelle responser i forhold til negative og positive belastninger i arbeidssituasjonen.

2.2.1 Psykososiale faktorer i arbeidet

Det psykososiale arbeidsmiljøet kan ha både en oppbyggende og en nedbrytende effekt på arbeidstakeren, og blir gjerne sett gjennom to ulike perspektiv, et motivasjonspsykologisk perspektiv og et stressteoretisk perspektiv. Det motivasjonspsykologiske perspektivet baserer seg gjerne på behovsforskning, og jobbkrav beskrives som en rekke allmenne psykologiske behov som grunnlag for å oppleve arbeidet som meningsfylt. De psykologiske jobbkrav kan beskrives noe forenklet som behov for innhold og variasjon, for læring, for mulighet til å treffe beslutninger, for anseelse, for å se nytteverdi av jobben en utfører og behov for å se jobben som forenelig med framtidso ønsker. Det påpekes at dette er generelle behov og at kravene ikke kan tilfredstilles på samme måte eller i samme grad over alt og for alle. Selv om jobbkravene ikke betraktes som en vitenskapelig modell med påvirkningsfaktorer, formidlingsprosesser og responser, har de lagt grunnlaget for generelle prinsipper og retningslinjer for organisering og tilrettelegging av arbeidsmiljø (for eksempel paragraf 12 i den norske arbeidsmiljøloven).

En motivasjonspsykologisk teori, som har fått vitenskapelig støtte særlig når det gjelder jobbkjennetegnens betydning for ”jobbtillfredshet” er Hackman & Oldhams (1980) ”Job Characteristics Model”⁹, siden den er mer avgrenset og spesifiserer sammenhenger mellom et sett av jobbkjennetegn, kritiske psykologiske tilstander og resultater i form av høy indre jobbmotivasjon. (Skogstad, 2000).

Det stressteoretiske perspektivet setter gjerne fenomenet stress i arbeidssituasjonen inn i et belastningsperspektiv, der kilder til belastning, individets oppfatning og vurdering og resultater i form av helse og velvære blir fokusert. Stress kan defineres som en uttalt ubalanse mellom krav og responskapasitet, under forhold der det å mislykkes i å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser (McGrath.1970, referert i Skogstad, 2000). Dette innebærer en

⁹ Hackman og Oldham legger vekt på fem jobbkjennetegn som via ”kritiske psykologiske tilstander” vil bidra til arbeidstakerens indre motivasjon ved å gi høyere ytelse, høyere jobbtrivsel og lavt fravær. De fem jobbkjennetegn er 1) Ferdighetsvariasjon (mangfoldig bruk av ferdigheter), 2) Oppgavens identitet (om den ansatte utfører deler eller hele arbeidsoppgaven), 3) Oppgavebetydning (arbeidets betydning for andre), 4)Autonomi (frihetsgrad til å utføre arbeidet slik man selv vurderer som best, 5) Tilbakemelding (arbeidstakerens opplevelse av å få respons i forhold til utførelsen av jobben). Disse forhold leder til de psykologiske tilstandene ”meningsfylt jobb”, ”opplevd ansvar for resultater” og ”kunnskap om arbeidsresultater” som er forutsetninger for gode resultater (Hackman & Oldham, 1980 referert i Skogstad, 2000:20).

opplevd dynamisk tilstand der ubalansen kan oppleves både positivt og negativt (Skogstad, 2000).

Selv om disse to perspektivene er ulike kan de utfylle hverandre ved at negative forhold i arbeidet kan identifiseres og forebygges, og positive ressurser aktivt bevisstgjøres (Skogstad, 2000, Sørensen et.al, 1998).

2.2.2 Eksponeringsfaktorer for belastninger

Noen av de eksponeringsfaktorer for belastninger som står sentralt i arbeidssituasjonen og som kan ha betydning for sykefravær og utbrenthet blir her gjort rede for. Først trekkes fram kvantitative og kvalitative krav knyttet til selve arbeidsoppgavene. Kvantitativ krav dreier seg i stor grad om fysisk belastning, og kan være mange arbeidsoppgaver på knapp tid, tunge løft, og uforutsette arbeidsoppgaver med kort tidsfrist. Kvalitative krav dreier seg om både overbelastning og understimulering. Kvalitativ understimulering kan følge av manglende utfordring i arbeidet, mens å få ansvar for komplekse, sammensatte arbeidsoppgaver sammenlignet med personens selvopplevde mestringsevne kan medføre kvalitativ overbelastning. Hackman & Oldhams fem jobbkjennetegn som fremmer jobbmotivasjonen viser at grensen mellom hva som er variert, utfordrende og meningsfylt, og hva som kan karakteriseres som kvalitativt overbelastende er flytende. Mange arbeidstakere vil oppleve sin arbeidssituasjon både belastende og stimulerende på samme tid, og individuelle vurderinger må legges til grunn (Skogstad, 1996, 2000).

Rollekrav er den neste type belastningsfaktorer som skal nevnes. Dette betegnes som forventninger "betydningsfulle andre" har til oss, og kan bli belastende når man møter motstridende krav, for eksempel når arbeidsoppgaven står i motsetning til egne verdier, når forventningene er uklare og når mengden av forventninger er større enn individets mulighet til å møte dem i form av ressurser (personell, tid) for å løse det på en god måte (Skogstad, 1996, 2000).

I tillegg oppleves manglende egenkontroll og medbestemmelse og liten forutsigbarhet som en belastning. Kontroll kan i denne sammenhengen defineres som individets mulighet for å påvirke beslutninger, og spenner fra innflytelse på beslutninger som blir tatt av ledelsen, til frihet til å selv å bestemme over utførelsen av det daglige arbeidet. Om arbeidstakeren selv

kan bestemme arbeidstid, turnus og disponering av arbeidsdagen kan være eksempler (Skogstad, 1996, 2000).

Det menneskelige samvær på arbeidsplassen kan være den mest positive siden ved egen arbeidssituasjon, men kan også være den mest belastende (Skogstad, 1996). Studier viser at sosialt fellesskap vurderes som verdifullt for trivsel på arbeidsplassen (Hellesøy, 2002) samtidig som det viser seg at 5% av yrkesaktiv befolkning utsettes for helsefarlig mobbing i arbeidet sitt (Einarsen, 2000:168). Sosial støtte regnes som en positiv og oppbyggelig faktor som virker som en ”støtpute” mot mistriivsel og lav jobbmotivasjon, og har gunstige effekter på trivsel, helse og yteevne. Dårlig sosial støtte øker sårbarheten for alle typer påkjenninger og forsterker negative konsekvenser av stress (Skogstad, 1996).

Sosial støtte er imidlertid et samspillfenomen, og formelle og uformelle grupper med sine normer og roller kan oppleves både som en positiv sosial ramme, og som press om innordning og konformitet. Anerkjennelse av arbeidsinnsats ansees imidlertid som en kilde til jobbtillfredshet (Skogstad, 1996).

Dessuten vil ledere på ulike nivå gjennom sine maktposisjoner være viktige kilder til sosial støtte, og indirekte i stor grad en premissleverandør for det sosiale klimaet på arbeidsplassen (Skogstad, 1996). Problemer som knyttes til status og karriereutvikling trekkes også fram som en belastningsfaktor, og lav lønn og lav status utgjør en faktor i forhold til opplevelse av anerkjennelse (Skogstad, 2000).

Selv om fravær av sosial støtte er en risikofaktor for belastning, viser forekomst av destruktive sosiale relasjoner på arbeidsplassen, som mobbing eller utestenging fra det sosiale miljøet dokumentert sammenheng med psykosomatiske plager, sykefravær, gjennomtrekk, mistriivsel og nedsatt yteevne (Skogstad, 2000).

2.3 Utbrenthet

Utbrenthet knyttes særlig til amerikanerne Herbert Freudenberger og Christina Maslach som med sine bidrag i 1970-årene har medvirket sterkt til forståelsen av begrepet (Matthiesen, 2002:26). Freudenberger jobbet som psykiater blant frivillige i en klinikk for rusavhengige og følte både på egen kropp og observerte sine medarbeideres emosjonelle utmattelse og tap av motivasjon i arbeidet (Maslach et al., 2001). Hans perspektiv på utbrenthet var todelt. På den

ene siden beskrev han personlige egenskaper som disponerte for utbrenthet, og på den annen side sosiale årsaker. Han beskrev den entusiastiske risikopersonen som følelsesdrevet og urealistisk fordi betydningen av faktorer som hindret endring ble undervurdert samtidig som eget potensiale ble overvurdert. Han pekte på ulike disponerende jobbfaktorer og foreslo tiltak for å motvirke dem (Falkum, 2002).

Sosialpsykologen Maslach gjennomførte en studie om ”følelsesmessig stress på arbeidsplassen”, og oppdaget at mestringsstrategier hadde stor betydning for omsorgsarbeidernes profesjonelle identitet og jobbutførelse (Maslach et al, 2001). Hun oppdaget at personer med høy arbeidsbelastning gradvis ble emosjonelt utmattet og tappet for følelser. Samtidig utviklet de negative følelser for pasientene sine, og opplevde at de ikke mestret jobben sin like godt som tidligere (Maslach & Jackson, 1981).

De kliniske og sosialpsykologiske perspektivene som preget de første artiklene om utbrenthet influerte fokuset i den tidlige fasen av utbrenthetsforskningen. På den kliniske siden var fokuset på symptomer av utbrenthet og følgene for den mentale helsen, mens det på den sosiale siden ble fokusert på forholdet mellom hjelper og mottager, og den situasjonsbestemte konteksten. Det meste av denne forskningen var kvalitativ og beskrivende. For å studere fenomenet mer systematisk ble det i 1980-årene utviklet standardiserte spørreskjema, forskningen endret karakter og gikk over i en mer empirisk fase. Denne utviklingen ledet til teoretiske og metodologiske bidrag fra feltet av industri-organisatorisk psykologi. I 1990-årene ble utbrenthet definert som en form for arbeidsbelastning, utvidet til å gjelde også andre yrkesgrupper enn helsepersonell, og sammenhenger mellom arbeidsmiljø og individuelle reaksjoner ble klarlagt (Maslach et al, 2001).

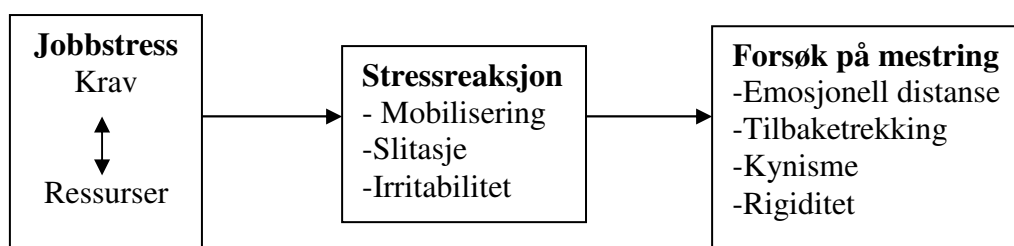
Christina Maslach som i dag er en av de ledende forskerne på feltet beskriver utbrenthet som et tredimensjonalt psykologisk syndrom som forårsakes av langvarige mellommenneskelige belastninger på arbeidsplassen. Syndromet består av emosjonell utmattelse, depersonalisering og redusert selvopplevd jobbyttelse (Maslach og Jackson, 1981, 1986). Forskningslitteraturen tar vanligvis utgangspunkt i denne definisjonen (Falkum, 2002), men det gjøres likevel oppmerksom på at definisjonen ble noe endret i 1996¹⁰. Utbrenthet sees nå på mer som en krise i forhold til arbeidet, og ikke til menneskene (pasientene) i arbeidet, og de tre

¹⁰ Se Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter (1996): **Maslach Burnout Inventory Manual** (2nd ed.). Palo Alto, California: Consulting psychologists press

dimensjonene er gjennom årene gjort mer generelle: utmattelse (exhaustion), kynisme (cynicism) og mestringsforventning (professional efficacy) (Maslach et al, 2001).

2.3.1 Teoretiske modeller

Utbrenthet kan forstås som en avgrenset del av stressbegrepet, her forstått som en utmattelsestilstand hvor følelsesmessig tilkortkomning utgjør en sentral del (Matthiesen, 2002:37). Matthiesen viser til Cherniss transaksjonsmodell (1980) (figur 2.4) av forholdet mellom stress og utbrenthet, og hevder at personer som over tid må mobilisere ekstra for å imøtekomme kravene de stilles overfor, via en periode med stressymptomer vil gå over i en mestringsfase som betegnes som dysfunksjonell mestring eller utbrenthet, der personen distanserer seg fysisk eller psykisk, opptrer mindre engasjert, og personen kan preges av kynisme og rigiditet (Matthiesen, 2002:38-39).

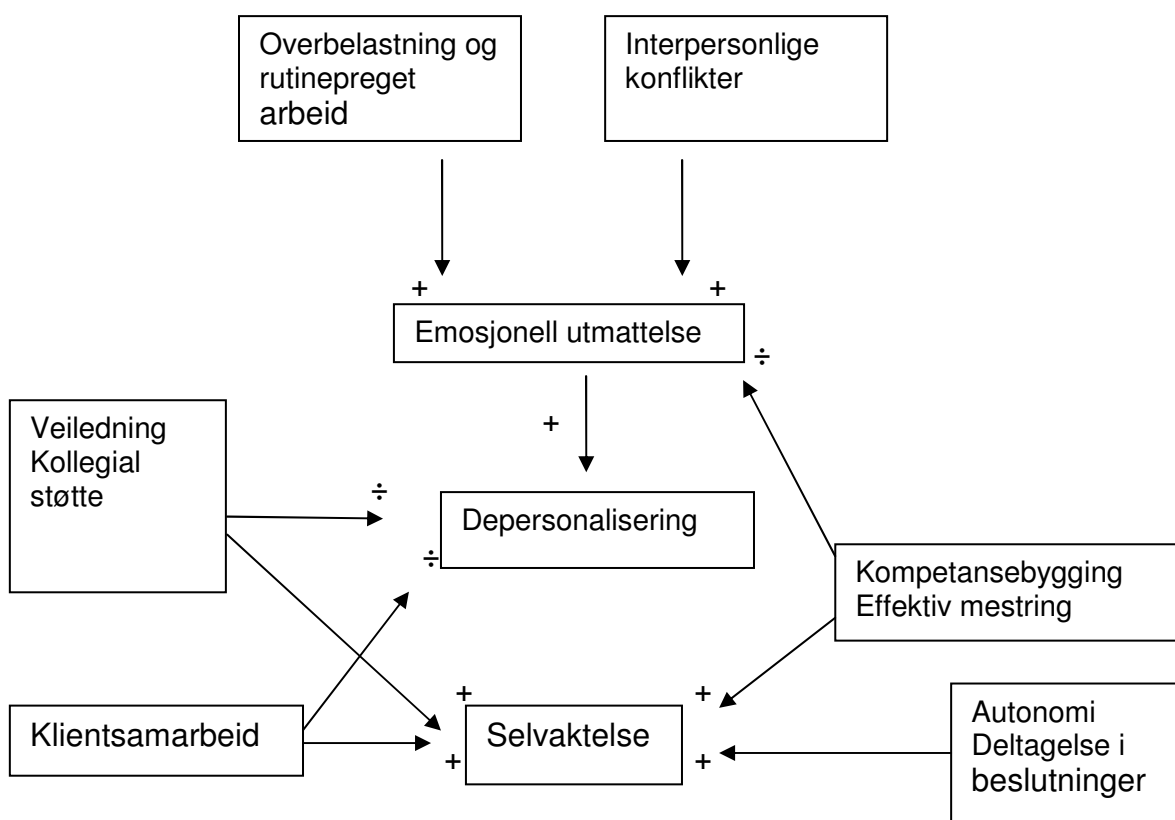


Figur 2.4: Transaksjonsmodell av forholdet mellom stress og utbrenthet (Cherniss, 1980, referert i Matthiesen, 2002)

En noe mer omfattende og detaljert prosessmodell presenteres i en artikkel av Michael Leiter (1991). Modellen (Figur 2.5) har som antakelse at emosjonell utmattelse er den mest sentrale komponenten i utbrenthet (Matthiesen, 2000). Leiter (1991) trekker det organisatoriske arbeidsmiljøets betydning for utbrenthet fram som viktigere enn mellommenneskelige relasjoner, selv om også relasjonene vektlegges. I tillegg utfordres nytten av individ-orienterte tiltak for å takle stress. Han anser heller helsearbeidernes urealistiske forventninger i forhold til hva som er mulig å utrette i jobben som en kilde til utbrenthet. Modellen gir et viktig bidrag til å forklare hvorfor og hvordan utbrenning utvikles, og gir konkrete pekepinner både for tidlig identifisering og for effektiv forbygging og intervensjon (Matthiesen, 2000). Samtidig er den nyttig teoretisk siden den er kompleks nok til å omfatte en rekke faktorer som er behandlet i litteraturen (Haukedal, 2004).

Utgangspunktet i modellen er to hovedårsaker til utbrenning, belastning i arbeidssituasjonen og mellommenneskelige konflikter. Utbrenningsprosessen går gjennom tre stadier, der personen etter en periode med emosjonell utmattelse som er en første reaksjon på krav og belastninger i arbeidet, gjerne kombinert med at arbeidet er rutinepreget, prøver å mestre utmattelsen gjennom aktiv ”tingliggjøring” (depersonalisering) av pasientene eller klientene. Etter som personens opplevelse av selvaktelse minker, utvikles utbrenthet (Matthiesen, 2000).

Figur 2.5 illustrerer at prosessen kan modifieres underveis, forsterkes negativt eller kompenseres positivt, av ulike faktorer. Kollegial (sosial) støtte og positive klientrelasjoner vil ifølge modellen redusere graden av depersonalisering og styrke personens selvaktelse. Kompetanseheving og effektiv mestring demper utmattelsen og styrker selvaktelsen, mens autonomi og medbestemmelse i beslutningsprosessene i arbeidet vil gjøre personen mindre utsatt for utbrenthet gjennom økt selvaktelse. (Haukedal, 2004, Hellesøy, 2002, Matthiesen, 2000, Leiter, 1991).



Figur 2.5 Utbrenthet som en utviklingsprosess. Leiters prosessmodell. (Leiter, 1991, Matthiesen, 2000)

2.3.2 Utbrenthet og individuelle forhold

Forskning kan tyde på at demografiske variabler som alder, sivilstand og kjønn spiller en rolle for å utvikle utbrenthet. Det ser ut til at utbrenthet mer forekommer i begynnelsen av karrieren, og at arbeidserfaring kan ha en beskyttende effekt. Familiære nettverk kan fungere som en "buffer" mot utbrenthet på samme måte som sosial støtte (Maslach et al., 2001, Matthiesen, 2000). Alder og erfaring innenfor yrket, både målt som lang arbeidsbelastning og som lav jobbrelatert kompetanse, viser sammenheng med utbrenthet i en norsk undersøkelse av utbrenthet i læreryrket (Mykletun, Lahn og Mykletun, 1998, referert i Mykletun, 2002: 181-182). En må være oppmerksom på at de som blir utbrent tidlig i sin yrkeskarriere vil kunne slutte i jobben, noe som kan bidra til å tilsløre det reelle problemet med utbrenthet på arbeidsplassen fordi de ikke lenger inngår i datagrunnlaget. Kjønn ser ut til å spille en mindre rolle for utbrenthet, men det kan se ut som kvinner skårer noe høyere på utmattelse og menn noe høyere på kynisme (Maslach et al., 2001).

Det hevdes det er de engasjerte, pliktoppfyllende og entusiastiske menneskene som blir utbrente, men det er ikke i kraft av sitt engasjement at personen utvikler utbrenthet, men heller som et resultat av utilstrekkelige rammebetingelser og urealistiske forventninger til seg selv og sin rolle (Matthiesen, 2000). Hallsten (1993) beskriver utbrenthet som en depresjon som utvikler seg når personens selvdefinerte rolle blir forstyrret eller truet, og ikke blir erstattet med en alternativ rolle. I studier kom det fram at personer som er utsatte for utbrenthet er sterkt orientert mot langsiktige mål og har store ambisjoner i forhold til eget resultat i jobben (Hallsten, 1993).

Noen studier har funnet at personer med høyere utdanning har høyere nivåer av utbrenthet enn de mindre utdannede medarbeiderne. Om dette skyldes at variabelen samvarierer med for eksempel stilling og status, eller om de med høy utdanning har urealistiske forventninger til jobben kan virke uklart (Maslach et al, 2001).

Forskning på personlighets-dimensjoner har funnet at utbrenthet viser sammenheng med nevrotisme (neuroticism) som kjennetegnes av angst, fiendtlighet, depresjon, lav selvfølelse og sårbarhet. Det er også indikasjoner på at mennesker som mer er av "følelestypen" enn av "tenkertypen" er mer utsatt for utbrenthet (Maslach et al., 2001). Personer som kan

karakteriseres å ha en personlig ”robusthet” (hardiness) ser ut til å være beskyttet mot utbrenthet (Duquette, Kerouac, Sandhu & Beaudet, 1994, referert i Matthiesen, 2000).

Det er tegn som tyder på at personer med sykdommer i sentralnervesystemet og personer med hormonforstyrrelser kan ha en økt ”stress-følsomhet” og dermed en potensiell risiko for utbrenthet. Sårbare vil også personer med panikk lidelser og affektive lidelser være, og samtidig vil stressreaksjoner forverre disse lidelsene (Larson, 2003).

Personens ”mestringsstil” ser også ut til å spille en rolle for hvor sårbar han er for utbrenthet. Mestring (coping) brukes for å betegne strategier som kan nyttes ved stressfremmende forhold, og det skilles mellom aktive (endre stresskilden) og passive (tilpasse seg stresskilden) strategier (Lazarus & Folkman, 1984, referert i Matthiesen, 2000). Det ble funnet sammenheng mellom høyt nivå av utbrenthet og mestringsstrategier preget av unngåelseatferd, mens lavt nivå av utbrenthet og strategier preget av problemløsning, positiv reformulering av hendelsen, og av aktiv søking av sosial støtte i omgivelsene (Ceslowitz, 1989, referert i Matthiesen, 2000).

2.3.3 Samfunnsforhold og utbrenthet

Det spekuleres i om utviklingstrekk i samfunnet kan påvirke forekomsten av utbrenthet, og det hevdes den voksende tendensen henger sammen med at samfunnet preges av markedsliberalisering, effektivisering og økt internasjonalisering. De norske arbeidsplassene har de senere år vært preget av ”nye organisasjonsoppskrifter” og det hevdes dette har medført en brutalisering av arbeidslivet (Sørensen, 2002, Wahl, 2002).

I mange prognoser framheves det at velferdsstaten må bygges ned fordi den er for dyr i drift, og noen mener effektivitetshensyn vektlegges foran fordelingshensyn (Saksvik & Gustavsson, 2001, referert i Sørensen, 2002). Som et resultat oppstår konkurranseutsetting, privat tjenesteyting og Sørensen (2002) mener servicebegrepet blir viktigere enn det tradisjonelle omsorgsbegrepet.

Arbeidsplasstilknytningen synes å endres og det ser ut til å bli vanligere med midlertidige ansettelser. Sørensen (2002) viser til estimater som regner med at 40% av arbeidsstokken vil forbli fast ansatte, mens 40% vil være ansatte på kontrakter og 20% vil være såkalte ”dagsere” som kommer på tilkalling. Anbudøkonomien medfører at arbeidsoppgaver stykkes opp,

tidsbruken blir rasjonell og arbeidstakeren forventes å være fleksibel i forhold til forskyvning av arbeidstiden (Sørensen, 2002).

Fugelli (2002) peker på generelle egenskaper i samfunnsutvikling som mulig medvirkende årsak til den økningen vi ser av utbrenthet, og beskriver ulike "tidsånder" han mener kan true eksistensielle helsebetingelser hos menneskene. "*Prestasjonssamfunnet*" der menneskene "vil" for mye, tømmer mennesker for krefter og gir for liten tid til fritid er etter hans mening helsefarlig. Konkurransøkonomien har skapt splittelse og rangering av mennesker og vi har fått det han kaller et "*sorteringssamfunn*". Ikke bli stemplet som god nok gir tap av verdighet, og legger mennesket åpent for sykdom. "*0-visjonssamfunnet*" som beskrives som en vrangforestilling om at vi kan skape en tilværelse fri for risiko og smerte, vil ende med skuffelser og bidra til uttrygghet. "*Misnøyesamfunnet*" mener han preges av at vi i stedet for å nyte det som er meget bra, syter over det som ikke er særlig bra. Vi er ofte mer opptatt av å forfølge rettigheter og krav enn å vise sjenerøsitet. "*Fryktsamfunnet*" er et resultat av at vi på tross av stor trygghet i forhold til det andre mennesker i verden opplever, opplever vi stor frykt for marginale hendelser. Frykten selv blir mer helsefarlig enn farene vi frykter. Til slutt trekker han fram en overdreven jeg-dyrking som truer fellesskapet ("*jeg-samfunnet*"), og mener kravmentalitet og rettighetstenking har erstattet solidaritet. Mangel på fellesskap gir mangel på tillit til samfunnets solidariske institusjoner og dermed uttrygghet.

2.3.4 Følger av utbrenthet

Sykdomsbilder ved stressutløst utmattelse er preget av overaktivering av binyremargen, med forhøyet innhold av noradrenalin og adrenalin. Symptomer kan være uro og tretthet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker og dårlig korttidsminne, søvnforstyrrelser, overfølsomhet for sanseintrykk og økt muskelspenning (Larson, 2003).

Utbrente personer utfører kvalitativt en dårligere jobb og får gjort mindre per dagsverk. De har gjerne lite å bidra med i det mellommenneskelige miljøet på arbeidsplassen, kan ha konsentrasjonsvansker og omsorgsarbeidet kan bli overfladisk på grunn av utilstrekkelig sensitivitet og vegring mot følelsesmessig kontakt. For å unngå unødig følelsesmessige utfordringer, kan de heller bli opptatt av "ytre" symptom bilder hos pasienten, det Maslach benevner som et syndrom av emosjonell utmattelse og menneskeforakt (Matthiesen, 2000).

Personer som befinner seg i faresonen vil gjerne ha motsatt atferd. De kompenserer med å være mer på jobb, påta seg flere arbeidsoppgaver, men samtidig oppleve at de ikke strekker til. De identifiserer seg gjerne for sterkt med dem de skal hjelpe og overinvolverer seg i arbeidsoppgavene. De klarer ikke "slippe" jobben og bringer det med seg hjem til fortvilelse for familien. Det er en tendens at utbrente oftere enn andre slutter i arbeidet, eller har konkrete planer om å slutte (Matthiesen, 2000).

Eriksen og medarbeidere (2003) fant klare sammenhenger mellom utbrenthet og sykefravær blant norske hjelpepleiere, og i en undersøkelse fra 1990 var 10% av hjelpepleiere i Hordaland krets utbrente, mens nærmere 20% var i fare for å brenne ut (Skogstad, Matthiesen & Hellesøy, 1998). Parker & Kulik (1995) fant at utbrenthet ble signifikant assosiert med sykefravær, dårlig selvopplevd og lederrapportert jobbinnsats, og ønsker om å slutte i jobben hos amerikanske sykepleiere. Blant norsk skolepsykologisk personell korrelerte utbrenthet høyt med planer om å slutte i jobben (Matthisen & Dyregrov, 1988). Foruten dette er det flere studier som ser på utbrenthet/stress/mobbing på arbeidsplassen, og relaterer dette til potensiell risiko for sykdom og fremtidig arbeidsuførhet (Eriksen, 2006, Bakker, 2003, Moreau et al., 2004). Risikofaktorer ser ut til å være lav sosial støtte, liten kontroll over eget arbeid og høye arbeidskrav (Parker & Kulik, 1995, Eriksen et.al, 2003, Eriksen, 2006, Bakker, 2003, Moreau, 2004).

2.3.5 Måling av utbrenthet

Det er utviklet flere instrument for kartlegging av utbrenthet, og det mest anvendte har vært Maslach Burnout Inventory (MBI). Det ble lansert 1981 (Maslach & Jackson, 1981) og viderutviklet i 1986 (Maslach & Jackson, 1986). En egen utgave av MBI ble senere gitt ut for å måle utbrenthet i andre yrkesgrupper enn de første som var beregnet på helsepersonell og lærere (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Disse instrumentene måler respondentenes utbrenthetsprofil som en kombinasjon av stressresponser langs de tre dimensjonene¹¹ i henhold til Maslachs definisjon av utbrenthet. Instrumentene er i bruk i omtrent 90 % av empiriske studier, men har også blitt kritisert. I dag finnes det flere alternative måleinstrumenter, "Copenhagen Burnout Inventory" (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) og "Oldenburg Burnout Inventory" (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) kan nevnes.

¹¹ utmattelse (exhaustion), kynisme (cynicism) og mestringsforventning (professional efficacy) (Maslach, 2001)

I Norge finnes Bergen Burnout Indicator (BBI) som et alternativ, og betegnes som en praktisk bruksskala for å gi et holdepunkt om en eller flere personer er utbrente eller står i fare for å bli det. Den kan kun i begrenset grad si noe om hvilke stresskilder som har påvirket utbrentheten (Matthiesen, 2000).

Skalaen ble utviklet av Stig Berge Matthiesen og det tidligere Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet i Bergen (FAHS) i 1988 (Matthiesen, 2002), og videreutviklet av Matthiesen og Dyregrov (1992). BBI måler utbrenthet langs en dimensjon, den emosjonelle utmattelsen, og ikke tre dimensjoner som i Maslach Burnout Inventory, og hevdes å gi et mer entydig bilde enn Maslachs skala om personen er utbrent eller i ferd med å brenne ut (Matthiesen, 2002). Emosjonell utmattelse regnes som det fremste kjennetegnet på utbrenthet, også siden det i faktoranalyser av MBI nesten alltid framkommer at emosjonell utmattelse er den første og primære faktor i måling av utbrenthet (Matthiesen, 2000).

Instrumentet inneholder 25 påstander som graderes fra 1 til 7, der det ikke er mulig å gi 4 som skår. Testen er endimensjonal, det vil si jo høyere samlet skår, jo mer belastet eller utbrent er personen. Dette gir en poengsum fra 25 til 175, der poengsummen deler svarene i undersøkelsen inn i syv ulike sårbarhetsgrupper¹². Instrumentet kan også brukes for å gjøre en ”tilstandsjekk” på en arbeidsgruppe, ved at gjennomsnittlig poengsum brukes som indikator på utbrenthetsnivå i arbeidsgruppen. Et gruppegjennomsnitt på mer enn 80 poeng bør tas som et klart faresignal, og et gjennomsnitt på 90 er sannsynligvis alarmerende (Matthiesen, 2000:307).

Matthiesen viser til en økende sammenheng mellom mål av psykiske plager, allmenn helse, jobbtilfredshet og rolleklarhet, og plassering i gruppene etter økende poengskår. Ved alle sammenligninger er det slik at gruppe 6 og 7 kommer dårligst ut, etterfulgt av gruppe 5 (Matthiesen, 2000:303-305).

¹² For nærmere beskrivelser av inndeling i sårbarhetsgrupper vises det til 4.3 der BBI er detaljert beskrevet som del av instrumentet i undersøkelsen.

3.0 Hypoteser

Jeg vil her gjøre rede for de hypoteser jeg ønsker å teste i denne studien. Hypotesene er utledet av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning.

Sentrale statistikker viser ulikt sykefravær i ulike aldersgrupper (Statistisk sentralbyrå, 2007), og selv om Steers og Rhodes fraværsmode (Einarsen & Schulze, 2000) ikke inkluderer direkte sammenhenger mellom den ansattes personlige karakteristika og fravær kan en forvente å finne forskjeller i fravær for ulike grupper i forhold til alder og profesjon, og i forhold til ansettelsesforhold som stillingsbrøk og erfaring, og om personen har fast eller midlertidig ansettelse.

Hypotese 1: Det vil være forskjell i fravær for ulike aldersgrupper, for ulike yrkesgrupper, og for ansatte med ulik tilknytning til arbeidet i sykehjemmene så som ulikt ansettelsesforhold, stillingsbrøk og erfaring

Forskning tyder på at utbrenthet forekommer i begynnelsen av karrieren (Maslach et al, 2001). Lav jobbrelatert kompetanse og lang arbeidsbelastning viser sammenheng med utbrenthet (Mykletun, 2002: 181). Det er naturlig å anta at den sterke orienteringen mot store ambisjoner og langsiktige mål som preger de som er utsatt for utbrenthet, mer kan ramme arbeidstakere med lang utdannelse og dermed gjøre fenomenet profesjonsavhengig (Falkum, 2002). Det kan altså forventes å finne sammenhenger mellom personlige karakteristika og utbrenthet.

Hypotese 2: Det vil være forskjell i grad av utbrenthet for ulike aldersgrupper, for ulike yrkesgrupper, for ansatte med ulik tilknytning til arbeidet i sykehjemmene som ulikt ansettelsesforhold, stillingsbrøk og erfaring

Studier viser at fravær kan forklares med psykososiale faktorer i arbeidssituasjonen (Grimsmo & Sørensen, 1991; Nielsen et al., 2006), og mennesker som er langtidssykemeldte opplever i større grad enn normalbefolkningen å ha arbeid med høye krav, lav egenkontroll og svak sosial støtte (Riksförsäkringsverket, 2003). Det kan forventes å finne sammenhenger mellom psykososiale faktorer i arbeidet og fravær.

Hypotese 3: Det vil være sammenheng mellom fravær og arbeidssituasjonen, og dette måles på to ulike måter. Gjennom respondentens subjektive oppfatning om fraværet

har årsak i arbeidssituasjonen, og gjennom mål for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen relatert til sykefravær

- 1) Det vil være sammenheng mellom fraværnivået og oppfatningen om at fraværet har årsak i forhold i jobben
- 2) Det vil være sammenheng mellom fravær og opplevde belastninger i arbeidssituasjonen, her forklart som
 - a) opplevde krav i form av kvantitativ overbelastning og kvalitativt både understimulering og overbelastning
 - b) opplevde rollekonflikter og rolleklarheter
 - c) opplevde mellommenneskelige konflikter
 - d) opplevd mangel på egenkontroll og medbestemmelse
 - e) opplevelse av liten kollegial støtte

I følge Leiters prosessmodell er overbelastning i arbeidssituasjonen og mellommenneskelige konflikter årsak til at prosessen mot en utbrenning starter. Kollegastøtte, kompetansebygging, autonomi og medbestemmelse i beslutningsprosessene i arbeidet, og positive klientrelasjoner vil gjøre personen mindre utsatt for utbrenthet (Leiter, 1991; Matthiesen, 2000; Hellesøy, 2000). Det kan forventes at grad av utbrenthet vil variere etter hva det enkelte opplever av belastninger i arbeidssituasjonen.

Hypotese 4: Det vil være sammenheng mellom utbrenthet og opplevde belastninger i arbeidssituasjonen relatert til sykefravær, her forklart som

- a) opplevde krav i form av kvantitativ overbelastning og kvalitativt både understimulering og overbelastning
- b) opplevde rollekonflikter og rolleklarheter
- c) opplevde mellommenneskelige konflikter
- d) opplevd mangel på egenkontroll og medbestemmelse
- e) opplevelse av liten kollegial støtte

Sentrale statistikker viser at fordeling av sykefravær på diagnoser har vært relativt stabilt de senere år, med unntak av psykiske lidelser som har økt fra 10% i 1994 til 17% i 2007. Blant psykiske lidelser har særlig diagnosen stress og ubalanse vært økende (Statistisk sentralbyrå, 2002; 2007). Det er funnet sammenhenger mellom utbrenthet og sykefravær i flere studier

(Parker & Kulik, 1995; Eriksen, et al, 2003), mens andre studier finner sammenhenger mellom utbrenthet, stress og mobbing på arbeidsplassen som potensielle risikofaktorer for sykdom og fremtidig arbeidsuførhet (Eriksen, 2006; Bakker, 2003; Moreau, 2004). Det er funnet klar lineær sammenheng mellom generell helse og grad av utbrenthet (her inndelt i sårbarhetsgrupper) (Matthiesen, 2000), og man kan derfor anta at utbrenthet kan resultere i sykefravær.

Hypotese 5: Det vil være sammenheng mellom utbrenthet og sykefravær hos pleiepersonalet i sykehjemmene

Fravær fra arbeidet kan også være en egenstyring av arbeidstiden for å kunne tilpasse seg kravene i en belastende arbeidssituasjon, for på den måten å mestre eller forhindre utvikling av belastningslidelser og andre helseplager som er betinget av arbeidet (Dahl-Jørgensen et al, 2002; Brandth, 1982). Man kan anta at fraværet har sammenheng med strategier for å mestre utfordringer i arbeidssituasjonene.

Hypotese 6: Det vil være sammenhenger mellom sykefraværet og om arbeidstakeren tar ut fravær for å unngå langtidsfravær

I følge Steers og Rhodes fraværsmoell påvirkes arbeidstakerens beslutning om å gå på arbeid av presset til å være tilstede på arbeid. Her nevnes økonomiske forhold, belønningssystemer, arbeidsgruppens normer, bedriftens kultur, personlig yrkesetikk og arbeidstakerens engasjement i arbeidet som de viktigste faktorer (Einarsen&Schulze, 2000). Faktorer som kan bidra til mindre fravær er ”Redsel for negative sanksjoner”, ”uerstattbarhet på jobben” og ”sosial tilknytning” (Grimsmo, 1991). Man kan anta at fraværet påvirkes av ulike faktorer for å stille på jobb selv om man ikke føler seg helt frisk, og oppfatning om hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær kan være ulike.

Hypotese 7: Det vil være sammenhenger mellom sykefraværet og ulike syn på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær

4.0 Forskningsmetode

Forskningsmetoden er de framgangsmåter og teknikker som brukes for å besvare de vitenskapelige spørsmål og problemstillinger i studien (Ringdal, 2007), og selv om valget av metode styres av problemstillingen, har også masteroppgavens begrensninger med hensyn til tid og omfang påvirket valget. Også min personlige tilknytning til forskningsfeltet har vært avgjørende for valg av metode.

4.1 Forskningsfeltet

Kommunen der undersøkelsen ble gjennomført er en kommune med cirka 11000 innbyggere. 1.januar 2008 utgjorde personer 80 år og eldre totalt 5,4 % av befolkningen, og av disse bodde 20,4 % i sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2007). Kommunen har tre institusjoner, med henholdsvis 50, 57 og 14 pasienter. Da undersøkelsen fant sted var den først nevnte av institusjonene nybygget og hadde vært ferdigstillet cirka ett år. Den ga et tilbud tilrettelagt spesielt til personer med demenssykdom. Den andre var et ”tradisjonelt” sykehjem bygget på midten av 1970-tallet, som hadde gjennomgått endringer i forbindelse med ”eneromsreformen” og som hadde redusert sitt pasienttall over tid. Pasientgruppen var her mer preget av fysiske lidelser, selv om demenslidelser også var sentrale diagnoser. Den minste av institusjonene har i en årrekke vært et aldershjem, og ga på grunn av sin bygningsmessige standard tilbud til personer med mindre hjelpebehov enn ved de andre institusjonene.

De to største institusjonene var inndelt i avdelinger som igjen var inndelt i 2 pasientgrupper kalt ”bogrupper”. De fleste gruppene var fysisk adskilt, og alle hadde egne personalgrupper. Ved to avdelinger viste beskrivelser at personalgruppene til daglig samarbeidet på tvers av ”bogruppene”, mens de andre gruppene i hovedsak var atskilt. Den minste institusjonen hadde ingen gruppeinndeling. Avdelingene (2 bogrupper) ble ledet av 1 avdelingsleder, og lederens nærmeste overordnede var enhetsleder for institusjonstjenesten som rapporterte direkte til rådmannen. Organisasjonen kan karakteriseres å ha ”flat organisasjonsstruktur” (Orvik,2006).

Det var totalt 205 personer ansatt i direkte pleierelatert tjeneste på det tidspunkt undersøkelsen fant sted. 138 personer hadde fast ansettelse, mens 67 personer hadde en midlertidig ansettelse, enten i form et vikariat eller som tilkallingsvikar. Yrkesgruppene bestod av sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter, studenter og elever.

Sykepleiere og vernepleiere er i oppgaven omtalt som *sykepleiere*, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er omtalt som *hjelpepleiere*, og assistenter og andre personer uten profesjonstilknytning er omtalt som *ufaglærte*.

4.2 Gjennomføring av studien

Studien kom i stand som følge av en henvendelse fra leder av institusjonstjenesten i aktuell kommune, og skulle inngå som en del av et større prosjekt for å forebygge og redusere fraværet i tjenesten. Den var ment som kartlegging før iverksetting av tiltak. I påvente av resultatet fra studien, ble andre kartlegginger gjennomført etter at spørreundersøkelsen var gjennomført, og disse kartleggingene har dannet grunnlag for iverksetting av tiltak, mens studiens resultat per dags dato er ment å supplere og eventuelt danne grunnlag for nye tiltak.

Studien har tverrsnittdesign der et postet spørreskjema er brukt som forskningsstrategi. Tverrsnittdesign er egnet til å skaffe informasjon fra populasjonen om utbredelse, fordeling og relasjoner mellom to eller flere variabler på et bestemt tidspunkt (Polit & Beck, 2004), og ble derfor ansett som egnet til å gi et bilde av utbredelsen av sykefravær, utbrenthet og forhold som hadde sammenheng med disse fenomenene.

Forskningsmetoden ble i tillegg vurdert som egnet i forhold til kriteriet om å skape mest mulig avstand til respondentene, både siden jeg tidligere har jobbet innenfor organisasjonen, samt at dataene jeg ønsket å skaffe oversikt over hadde sensitiv karakter. Dessuten kunne denne type datainnsamling gjøres raskt med tanke på tidsaspektet i oppgaven, og var egnet for å nå fram til alle ansatte som eller var vanskelig å nå i en hverdag med turnusarbeid.

Undersøkelsen fant sted ved inngangen til 3. kvartal 2007, og omfattet alle ansatte innenfor pleie- og omsorgsrelatert arbeid i institusjonstjenesten i kommunen. Ansatte som hadde andre funksjoner (aktivitører, ledere, administrativt personale) ble ikke inkludert i undersøkelsen, siden fokus i studien var rettet mot ansatte som utførte pleie- og omsorgsarbeid slik jeg forstår omsorgsarbeid i følge Kari Martinsen¹³ (2005).

4.2.1 Deltakerrespons

Selvutfyllingsskjemaet ble sendt til privat adresse til alle ansatte innenfor pleie- og omsorgsarbeidet i institusjonene. Bruttoutvalget bestod av henholdsvis 138 fast ansatte og 67

¹³ Martinsen framhever de praktiske, relasjonelle og moralske dimensjoner i omsorgen som det viktigste i omsorgsarbeidet (se *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*)

midlertidig ansatte. Svarprosenten etter en puring og bortfallsanalyse ble på totalt 53,2%, fordelt på 64,5% for fast ansatte og 30,0% for midlertidig ansatte. Avdelingene (her vist ved bokstavene A-I, se tabell 4.1) har hatt ulike gjennomsnittlige fravær. Ved mottak av svar ble responsen i den enkelte avdelingene notert, og resultatet av svarrespons og gjennomsnittlig fravær siste år vises nedfor. Av hensyn til anonymitet er ikke respondentene spurt om avdelingstilknytning i selve undersøkelsen, og det er derfor ikke mulig i senere analyser å ta hensyn til disse forhold. Merk at fravær som er oppgitt er prosent av det totale fravær og innbefatter alle ansatte, ikke bare ansatte i direkte pleierelatert tjeneste.

Tabell 4.1 Deltagerrespons i forhold til gjennomsnittlig fravær for hele 2007 i ulike avdelinger. Prosent.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Fravær	9,8	7,9	12,9	13,2	4,1	5,6	17,5	17,9	27,4
Deltagerrespons hos fast ansatte	81,3	81,3	56,3	71,4	75,0	57,9	53,3	60,0	40,0

4.2.2. Nettoutvalg

Utvalget bestod av 17 sykepleiere, 66 hjelpepleiere og 23 ufaglærte, med en alder på 17-70 år, med gjennomsnitt på 45,5 år (sd=12,3). 89 personer hadde fast ansettelse, mens 20 hadde en midlertidig ansettelse, enten i form av vikariat eller som tilkallingsvikar. Stillingsprosenten varierte mellom 0 (ingen avtale om stilling) og 100 % stilling, og var i gjennomsnitt på 58% (sd=26,8). Det var stor spredning med hensyn til deres erfaring innenfor eldreomsorg, fra 1 år til 41 år. I gjennomsnitt hadde de 13,7 års erfaring (sd=10,5), og 51,4 % av respondentene hadde mer enn 10 års erfaring (Se tabell 1 i appendix for detaljerte tall).

4.3 Instrument

Studiens instrument har sitt utspring i et spørreskjema utviklet av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), som jeg har fått låne til bruk i min oppgave (vedlegg 2). Dette skjemaet er så supplert med spørsmål om demografiske faktorer og et spørsmål med faktorer som kan tenkes å bli oppfattet som belastninger i arbeidssituasjonen. Instrumentet er testet empirisk ved at fire personer med ulik tilknytning til pleie- og omsorgsarbeid gjorde en test av skjemaet og kom med kommentarer på uklarheter. Noen utsagn i spørsmål 6 ble justert. Spørreskjemaet finnes i sin helhet i vedlegg 1.

Spørsmålene 1 – 5 er knyttet til selve sykefraværet som fenomen, der spørsmål 1-3 skal kartlegge sykefraværet, og spørsmål 4 er ment å si meg om respondenten mener å ha hatt

fravær som har vært relatert til jobbsituasjonen, og spørsmål 5 er ment å få fram ”nesten-fravær” som har sammenheng med jobbsituasjonen. Alle disse spørsmål er hentet fra AFIs spørreskjema.

I spørsmål 6 ønsket jeg å få fram faktorer i arbeidsmiljøet som oppleves som belastende. Jeg ønsket å få fram ansattes subjektive opplevelse av arbeidssituasjoner som de selv forbinder med eget fravær, og har relatert dette til ”fare for å bli syk” ved at jeg har spurt om forholdene jeg nevner har betydning for et mulig fravær. Disse utsagnene fungerte som indikatorer for 6 ulike sammensatte mål for belastninger i arbeidssituasjonen.

Ved utformingen av påstandene i spørsmålsrekken begrenset jeg meg til psykososiale faktorer, som forstås som faktorer i arbeidet som gjør seg gjeldende på sosiale arenaer, og som blir påvirket av individual-psykologiske prosesser, med konsekvenser for jobbtrivsel, helse og yteevne (Skogstad, 2000), og brukte et stressteoretisk perspektiv. Jeg har brukt Skogstads (2000) inndelinger i mulige belastningsfaktorer som veiledende ved utforming av påstander og med tanke på den latente variabelen, mens ordlyden i påstandene er preget av egen erfaring fra omsorgsarbeid. Det vises til teorikapittel for nærmere beskrivelse av stressperspektivet og de ulike eksponeringsfaktorer for belastning i arbeidssituasjonen. Svarene ble gitt på en Likert skala med fire punkter (1= ingen betydning, 2 = liten betydning, 3 = noe betydning og 4 = svært stor betydning). Jeg hadde gitt respondenten mulighet til å angi andre forhold hun mener var av betydning i form av et åpent spørsmål, men kun 10 personer formulerte merknader her, slik at dette ikke er tatt med i analysene i dette arbeidet.

I avslutningen av arbeidet med spørreskjemaet ble jeg kjent med QPSNordic¹⁴ og belastningsfaktorene kunne vært bedre kartlagt gjennom dette skjemaet. På grunn av tidsaspektet var det da for sent å ta skjemaet i bruk. Ordlyden i noen av egne påstander er likevel påvirket av spørsmålsformuleringen i QPSNordic34+.

Spørsmål 7-9 er som helhet hentet ut av AFIs spørreskjema, der spørsmål 7 er ment å skulle avdekke forekomst av fravær som en strategi for å mestre belastende arbeidssituasjoner, og

¹⁴ QPSNordic er et validert og reliabelt spørreskjema bestående av 123 spørsmål for kartlegging av de 13 viktigste eksponeringsfaktorer som har vært forsket på de senere år. I tillegg foreligger det en forkortet versjon, QPSNordic+34, med 37 spørsmål som ikke er validert (Dalner et al, 2000).

spørsmål 8 er ment å skulle avdekke oppfatninger om hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær.

Måling av utbrenthet hos respondentene er sentralt i denne studien, og variabelen utbrenthet er målt ved hjelp av måleinstrumentet Bergen Burnout Indicator (BBI), som utgjør spørsmål 9. BBI beskrives som en praktisk bruksskala for å måle utbrenthet. Skalaen ble utviklet av Stig Berge Matthiesen og det tidligere Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet (FAHS) i Bergen i 1988, og videreutviklet av Matthiesen og Dyregrov (1992). BBI måler utbrenthet langs en dimensjon, den emosjonelle utmattelsen, og ikke tre dimensjoner som i Maslach Burnout Inventory, og hevdes å gi et mer entydig bilde enn Maslachs skala om personen er utbrent eller i ferd med å brenne ut. Emosjonell utmattelse regnes som det fremste kjennetegnet på utbrenthet, også siden det i faktoranalyser av MBI nesten alltid framkommer at emosjonell utmattelse er den første og primære faktor i måling av utbrenthet (Matthiesen, 2000).

Måleinstrumentet inneholder 25 spørsmål der svarene gis på en Likert skala med seks punkter (1= svært uenig, ... 6 = svært enig). Poeng beregnes på en skala fra 1-7 (4 er utelatt), og testen er endimensjonal, det vil si jo høyere samlet skår, jo mer belastet eller utbrent er personen. Summert poengsum deler svarene inn i syv ulike sårbarhetsgrupper¹⁵. Poengsum over 125 indikerer utbrenthet, mens poengsum mellom 100 og 124 indikerer at man er i grenseland for å brenne ut. Svarere som får poengsummer opptil 74 betegnes som ikke utbrent, mens poengsummen 75-99 betegnes som neppe utbrent, men en bør være litt observant. I analysene er utvalget i tillegg fordelt på tre ulike utbrenthetsnivå, etter den enkeltes oppnådde poengsum i den beskrivelsen av sårbarhetsgruppene som Matthiesens (2000, 2002) gir. Han betegner gruppene 1-3 (utbrenthetskår 25-74) som ikke utbrent, gruppe 4 (utbrenthetskår 75-99) som neppe utbrent, men som bør være litt observant i forhold til arbeidssituasjonen, og gruppene 5-7 (utbrenthetskår 100-175) som utbrent eller i grenseland for å bli utbrent. Denne inndelingen er brukt i alle tabellanalyser av utbrenthet, mens summert utbrenthetskår er brukt som variabel i analyser for sammenligning av gjennomsnitt.

¹⁵ Gruppe 1: 25-29 poeng, fantastisk tilfreds, ikke utbrent; gruppe 2: 30-49 poeng, svært tilfreds, ikke utbrent; gruppe 3: 50-74 poeng, tilfreds, ikke utbrent; gruppe 4: 75-99 poeng, bør være litt observant, neppe utbrent; gruppe 5: 100-124 poeng, i grenseland til utbrenthet; gruppe 6: 125-149 poeng, utbrent; gruppe 7: 150-170 poeng, alvorlig utbrent (Matthiesen, 2002:302-305).

Spørsmålene 10-14 er selvutviklet og tatt med for å kartlegge noen demografiske forhold hos respondenten. Jeg har utelatt enkelte faktorer som empirisk har pekt på sammenhenger med sykefravær, for eksempel kjønn, sivilstand, antall barn, personlig omsorgsansvar (Ose et.al, 2006) siden det ville blitt mer omfattende enn hva det gjennom denne masteroppgaven var mulig å gjennomføre.

Jeg har også utelatt spørsmål om tilknytning til de ulike avdelingene. Dette kunne vært betydningsfullt å få svar på, men jeg vurderer det som en fare for å kunne identifisere enkelte respondenter. Jeg har derfor begrenset meg til yrkes- og aldersgruppe, ansettelsesforhold, størrelse på stilling og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre.

4.4 Studiens reliabilitet og validitet

Det er ulike kriterier for å vurdere kvaliteten på en studie, og de to vesentligste kriterier er reliabilitet og validitet. Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet og sikter mot nøyaktigheten og konsistensen av informasjonen som er innhentet gjennom studien. Den refereres enten til som sannsynligheten for at gjentatte målinger vil gi samme resultat eller til intern konsistens mellom variablene. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Validitet kan oversettes med gyldighet, og befatter seg med om det er bevist at undersøkelsen virkelig måler det den gir seg ut for å måle (Polit & Beck, 2004).

4.4.1 De sammensatte mål for belastninger

Med utgangspunkt i spørsmål 6 i spørreskjemaet utviklet jeg 6 ulike sammensatte mål for belastninger i arbeidssituasjonen. Ringdal viser i sin samfunnsvitenskapelige metodebok at han lager en angst- og depresjonsskala på grunnlag av fire indikatorer som utgår fra et spørreskjema om helserelatert livskvalitet (Ringdal, 2007), og jeg har utviklet mine sammensatte mål på samme måte. Disse dannet de 6 uavhengige variablene "Kvantitative jobbkrav", "Kvalitative jobbkrav", "Rollekrav", "Destruktive sosiale relasjoner", "Manglende egenkontroll og medbestemmelse" og "Manglende sosial støtte". Utsagnene i spørsmål 6 i spørreskjemaet var ment å reflektere verdien på disse variablene, og jeg valgte å konstruere skala når jeg laget variablene, siden en skala er et sammensatt mål som består av effektindikatorer der verdien av indikatorene sees på som effekter av den latente variabelen (Ringdal, 2007).

Ved konstruksjon av de ulike mål har jeg tatt utgangspunkt i de indikatorene jeg ut fra teori forventet skulle henge sammen. Indikatorsettene ble først vurdert i forhold til sentraltendens, spredning og missingsrater i forhold til den firedelte skalaen. For å undersøke om indikatorsettene representerer en tilfredsstillende operasjonalisering av de abstrakte begrepene og at de virkelig forklarer samme fenomen skal det ideelt sett gjennomføres en faktoranalyse. På grunn av lite utvalg¹⁶ ville analysene gitt usikre resultater, og analyser måtte derfor begrenses til å vurdere indre konsistens. Bivariate korrelasjonsanalyser og kritisk granskning av korrelasjonsmatrisene ble gjort for å teste intern konsistens, om de korrelerte positivt med hverandre og om korrelasjonene var av tilfredsstillende styrke (Ringdal, 2007). Det viste seg gjennom disse ulike analysene at noen av indikatorene ikke korrelerte godt nok og ble ekskludert, mens andre korrelerte med andre indikatorer enn forventet, og noen av disse ble etter en nøye vurdering inkludert i nye indikatorsett.

Etter disse innledende analysene ble det gjort reliabilitetsanalyser for å teste den indre konsistens i de ulike indikatorsettene. Korrelasjonen mellom hver indikator, og med indikatorsettet som helhet er gjengitt i tabellene som følger i redegjørelsen for det enkelte sammensatte mål (se 4.4.1.1). Akseptabel korrelasjon med skala ble vurdert til 0,40, men kunne med fordel være høyere. Reliabilitet for hele skalaen ble målt med Cronbach's Alfa, og $\alpha = 0,70$ ble regnet som en brukbar nedre grense (Ringdal, 2007).¹⁷

Skalavariabler kan være problematiske å kode fordi ekstremverdier vil gjøre utslag (Eikemo & Clausen, 2004), men en god tolkningen av en persons skår kan være å se verdiens relative posisjon på skalaen, for eksempel i forhold til gjennomsnittsskår for hele utvalget (Ringdal, 2007: 334). Verdien på de ulike mål er kodet og gradert etter først en vurdering av sentraltendens og spredning, og så en grafisk framstilling for å kontrollere for ekstremverdier. Samtidig ble det vurdert som viktig at graderingene blir noenlunde lik. Verdien på de ulike mål er kodet og gradert i 1= "ingen betydning", 2="liten betydning", 3="noe betydning", 4="stor betydning" og 5="svært stor betydning".

¹⁶ Field (2005) viser at forskningslitteraturen gir belegg for å kreve 5-15 respondenter per item for å sikre variabilitet i indikatorsettet. Etter en oppsummering av nyere forskning angir han $n = 300$ som tilstrekkelig

¹⁷ Kodning er gjort slik: Kvantitative jobbkrav, kvalitative jobbkrav og : "ingen betydning" =, "liten betydning" =, "noe betydning" = "stor betydning" = "svært stor betydning" =

Variablene har ulikt antall indikatorer. Gjennomsnitt og median for utvalgets plassering på den enkelte variabel ble vurdert til å måtte falle inn i kode 3. Slik ble ”cut – off pointene” til en viss grad ulike for de ulike variablene, men likevel relativt like.

4.4.1.1 Intern konsistens for sammensatte mål

Kvantitative jobbkrav: De fire første utsagn i spørsmål 6 var ment å dekke kvantitative jobbkrav.

Tabell 4.2: Korrelasjonsmatrise(Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ” Kvantitative jobbkrav”

	A	B	C	D	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A)Jeg opplever at tiden ikke strekker til i forhold til de arbeidsoppgaver jeg har	1,000				.724	.594	.729
B) Jeg har generelt for mye å gjøre	.714**	1.000			.668	.548	.759
C) Jeg opplever krevende fysiske situasjoner	.473**	.466**	1.000		.603	.369	.788
D) Avdelingen er dårlig utstyrt	.491**	.414**	.509**	1.000	.567	.342	.803

N= 102 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivået(2-halet). Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,51 Cronbach's alfa = 0,818

Det ble funnet korrelasjon av middels styrke mellom de fleste av indikatorene, mens indikatorene ”..tiden ikke strekker til..” og ”..for mye å gjøre” korrelerte sterkere med hverandre. Ved perfekt korrelasjon kan en av indikatorene være overflødig (Ringdal, 2007), men det ble vurdert at de to indikatorene viste dimensjoner av ulike jobbkrav, og i tillegg ville Cronbach Alfa bli lavere om en av dem ble ekskludert. $\alpha = 0,818$ ansees som tilfredsstillende, og gjennomsnittlig korrelasjon mellom indikatorene på 0,53 er langt over minstekravet på 0,30 (Ringdal, 2007). Det ble konkludert med at skalaen ” Kvantitative jobbkrav” kunne dannes av disse fire indikatorene.

Kvalitative jobbkrav var ment synliggjort gjennom mange ulike utsagn der både understimulering og overbelastning var ment å komme til uttrykk ” *Jeg opplever arbeidet som lite utfordrende*”, ”*Jeg får sjelden utnyttet mine kunnskaper eller ferdigheter*”, *De ansatte blir sjelden oppmuntret til å tenke...*, og *Det legges ikke til rette for de ansatte skal utvikle kunnskaper...*” korrelerte godt med hverandre, mens utsagnene ”*Jeg trenger mer opplæring for å gjøre en god jobb*”, ”*Jeg kan bli utsatt for verbal trakassering,...*, og ”*Det er sjelden min innsats bidrar til at pasientene blir friskere*” ikke korrelerte godt nok, og ble ekskludert fra skalaen.

Indikatorene slik de framstilles i tabell 4.3 tilfredsstillt kravet om korrelasjon med skala med verdi høyere enn 0,40 med god margin, og alle har akseptabel korrelasjon med hverandre.

Gjennomsnittlig korrelasjon mellom indikatorene er 0,55, og reliabilitet for hele skalaen målt med Cronbach's Alfa er på 0,830. Det konkluderes med at disse fire indikatorene kan danne skalaen "kvalitative jobbkrav", men vil i hovedsak være en indikator for kvalitativ understimulering.

Tabell 4.3: Korrelasjonsmatrise (Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen "Kvalitative jobbkrav"

	A	B	C	D	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A) Jeg opplever arbeidet som lite utfordrende	1,000				.639	.487	.795
B) Jeg får sjelden utnyttet mine kunnskaper eller ferdigheter	.68**	1,000			.653	.498	.788
C) De ansatte blir sjelden oppmuntret til å tenke ut måter å gjøre ting bedre på	.429**	.466**	1,000		.643	.503	.794
D) Det legges ikke til rette for de ansatte skal utvikle kunnskaper og ferdigheter	.499**	.527**	.697**	1,000	.703	.547	.765

N = 101 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet),

Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,55, Cronbach's Alfa = 0,830

Rollekrav: Utsagnene "Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av pasient eller pårørende", "Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av kollega eller ledelse", "Jeg føler det er motsetninger i krav som stilles meg...", "Mine kollegaer har liten faglig kompetanse" og "Jeg vet ikke sikkert hva som forventes av meg" korrelerte godt, mens "Jeg opplever mentalt stor utfordring på grunn av...", og "Jeg opplever å få motstridende beskjeder ...," ikke korrelerte godt nok og ble ekskludert.

Tabell 4.4 Korrelasjonsmatrise (Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen "Rollekrav"

	A	B	C	D	E	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A) Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av pasient eller pårørende	1,000					.757	.686	.859
B) Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av kollega eller ledelse	.780**	1,000				.778	.722	.854
C) Jeg føler det er motsetninger i krav som stilles meg fra ledelsen og de behov pasienten eller pårørende har	.588**	.702**	1,000			.719	.553	.867
D) Mine kollegaer har liten faglig kompetanse	.537**	.544**	.613**	1,000		.681	.527	.877
E) Jeg vet ikke sikkert hva som forventes av meg i mitt arbeid i avdelingen	.598**	.601**	.588**	.662**	1,000	.718	.547	.867

N = 103 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet),

Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,62, Cronbach's Alfa = 0,889

Det ble funnet korrelasjon av middels styrke mellom de fleste av indikatorene, mens indikatorene "...tilfredsstille ...pasient.." og "...tilfredsstille .. kollega.." korrelerte sterkt hverandre. Det ble vurdert at de to indikatorene fanget ulike relasjoner og ikke var samme fenomen, og derfor vurdert til å være overflødig. I tillegg ville Cronbach Alfa bli lavere om en av indikatorene ble ekskludert. Indikatorene korrelerer ellers jevnt godt med skalaen, og med $\alpha = 0,889$ ble skalaen "Rollekrav" ansett å ha tilfredstillende intern konsistens.

Destruktive sosiale relasjoner: Utsagnene ”Jeg føler meg ikke som en del av det sosiale miljøet...”, ”Når vi i gruppen er faglig uenig om hvordan arbeidet skal gjøres, kan det oppstå konflikter” og ”Jeg har følt meg mobbet” korrelerte som forventet godt. I tillegg viste indikatoren ”Jeg føler arbeidstakerne blir ulikt behandlet”, som var tenkt som et mål på lav status og karriereutvikling god korrelasjon med disse andre. Den ble inkludert fordi jeg ser at dette utsagnet ikke bare reflekterer ledelsens forhold til arbeidstakeren, men kan forstås som en del av det sosiale samspillet mellom ansatte. I tillegg korrelerer den med skala på lik linje med de andre.

Tabell 4.5 Korrelasjonsmatrise (Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Destruktive sosiale relasjoner”

	A	B	C	D	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A) Jeg føler meg ikke som en del av det sosiale miljøet på jobb	1,000				,710	,510	,764
B) Når vi i gruppen er faglig uenig om hvordan arbeidet skal gjøres, kan det oppstå konflikter	,511(**)	1,000			,569	,334	,825
C) Jeg har følt meg mobbet på jobb	,613(**)	,425(**)	1,000		,679	,489	,780
D) Jeg føler arbeidstakerne blir ulikt behandlet	,574(**)	,507(**)	,578(**)	1,000	,688	,474	,774

N = 101 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivået(2-halet),

Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,55

Cronbach's Alfa = 0,831

Alle indikatorene tilfredsstillt kravet om korrelasjon med skala med verdi høyere enn 0,40 med god margin, og alle har akseptabel korrelasjon med hverandre, selv om utsagnet ”...gruppen er faglig uenig..” skiller seg negativt ut. Reliabilitet for hele skalaen målt med Cronbach's Alfa er på 0,831, som ansees som tilfredsstillende reliabilitet. Det konkluderes med at de fire indikatorene kan danne skalaen ” destruktive relasjoner”.

Manglende egenkontroll og medbestemmelse i beslutningsprosesser: Alle indikatorene som var ment å få fram opplevelse av kontroll og innflytelse på beslutningsprosesser viste ved granskning av korrelasjonsmatrisene intern konsistens og positiv korrelasjon med hverandre av middels styrke.

Tabell 4.6 Korrelasjonsmatrise (Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Manglende egenkontroll og medbestemmelse i beslutningsprosesser”

	A	B	C	D	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A) Jeg har liten innflytelse og fleksibilitet i forhold til egen arbeidstid eller turnus	1,000				,660	,445	,805
B) Jeg kan i liten grad selv påvirke mengde og type arbeidsoppgaver som tildeles meg	,633**	1,000			,762	,608	,762
C) Jeg kan sjelden selv bestemme arbeidstempo eller når jeg skal ta pause	,561**	,721**	1,000		,697	,543	,789
D) Jeg blir sjelden oppmuntret til å delta i viktige avgjørelser om arbeidets innhold	,504**	,544**	,496**	1,000	,587	,347	,836

N = 107 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet), Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,57 Cronbach's Alpha = 0,841

Alle indikatorene tilfredstilte kravet om korrelasjon med skala med verdi høyere enn 0,40 med god margin, og alle hadde akseptabel korrelasjon med hverandre, selv om utsagnet ”...oppmuntret til å delta...” skiller seg noe negativt ut. Reliabilitet for hele skalaen målt med Cronbach’s Alfa ble målt til 0,841, som ansees som tilfredsstillende. Det konkluderes med at disse fire indikatorene kan danne skalaen ”Manglende egenkontroll og medbestemmelse i beslutningsprosesser”.

Manglende sosial støtte: Utsagnene ”Jeg føler min nærmeste leder sjelden hjelper meg...”, ”Jeg føler i liten grad kollegaer vil støtte meg...”, ”Jeg føler ikke jeg får den praktiske hjelpen jeg trenger...”, ”Jeg føler sjelden mine arbeidsresultater blir verdsatt...”, er utsagn som beskriver mangel på sosial støtte, mens ”Jeg føler gruppen sjelden er flink til å løse utfordringer” og ”Jeg setter ikke særlig pris på å være medlem av gruppen” skal få fram samarbeidsforhold innenfor arbeidsgruppene i avdelingen. Alle indikatorene kan derfor sies å måle det samme fenomenet ”mangel på sosial støtte”. Indikatoren ”Jeg føler jeg sjelden har god oversikt...”, korrelerte ikke, og ble ekskludert. I tillegg har jeg inkludert et utsagn som var ment som en indikator på mangel på status: ”Jeg føler ikke jeg gjør en viktig jobb”, med bakgrunn i høy korrelasjon, og fordi ordlyd kan henseile på manglende tilbakemelding i arbeidssituasjonen, og dermed på manglende sosial støtte.

Tabell 4.7: Korrelasjonsmatrise (Spearman's rho) og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ” Manglende sosial støtte”

	A	B	C	D	E	F	G	Korrelasjon med skala	Felles korrelasjon	Cronbach Alfa om ledd utelatt
A) Jeg føler min nærmeste leder sjelden hjelper meg til å utvikle mine ferdigheter	1,000							,629	,494	,894
B) Jeg føler i liten grad kollegaer vil støtte meg om jeg opplever utfordrende situasjoner på jobb	,547(**)	1,000						,772	,650	,878
C) Jeg føler ikke jeg får den praktiske hjelpen jeg trenger i det daglige arbeidet	,503(**)	,600(**)	1,000					,626	,417	,894
D) Jeg føler sjelden mine arbeidsresultater blir verdsatt	,615(**)	,563(**)	,503(**)	1,000				,745	,647	,881
E) Jeg føler ikke jeg gjør en viktig jobb	,513(**)	,603(**)	,523(**)	,683(**)	1,000			,755	,733	,880
F) Jeg føler gruppen sjelden er flink til å løse utfordringer i felleskap	,581(**)	,671(**)	,479(**)	,651(**)	,481(**)	1,000		,720	,622	,884
G) Jeg setter ikke særlig pris på å være medlem av gruppen	,385(**)	,674(**)	,460(**)	,492(**)	,708(**)	,547(**)	1,000	,706	,705	,885

N = 101 (listwise), ** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet), Gjennomsnittlig korrelasjon = 0,56 Cronbach's Alpha = 0,900

Indikatorene korrelerer godt, både med hverandre, og med skala som helhet. Med $\alpha = 0,900$ som ansees som tilfredsstillende reliabilitet konkluderes det med at skalaen ” Manglende sosial støtte” kan dannes av disse indikatorene, selv om det bemerkes at skala med mange indikatorer lettere oppnår høy Cronbach’s Alfa.

4.4.2 Bergen Burnout Indicator

Måleinstrumentet BBI beskrives som reliabelt og valid (Matthiesen & Dyregrov, 1992) for å måle emosjonell utmattelse som regnes som den primære dimensjonen i utbrenthet (Matthiesen, 2000). Den er brukt i en rekke undersøkelser (Kerckänen, Kuiper & Martin, 2004, Salmela-Aro, Näätänen & Nurmi, 2004; Matthiesen, 2000), og Matthiesen(2000) begrunner instrumentets reliabilitet ved å redegjøre for sammenligninger av BBI med de to måleinstrumentene Stress Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) og Maslach Burnout Inventory (MBI) hver for seg i to ulike undersøkelser. Reliabilitet målt med Cronbachs Alpha ble funnet høyere for BBI enn for de sammenlignede måleinstrumentene (Matthiesen, 2000).

Instrumentets validitet begrunner Matthiesen(2000) med høy korrelasjon med SBS-HP ($r=.77$) og med MBI-Utmattelse ($r=.74$). Og han anser funnene av sterk eller forholdsvis sterk

korrelasjon mellom BBI og andre stress- og helsemål¹⁸ som et tegn på validitet, siden disse helsemål gjennom forskning har vist å korrespondere med utbrenthet.

I denne studien ble intern konsistens for de 25 ledd målt med Cronbach Alpha = 0,94

4.4.3 Reliabilitet og validitet til andre spørsmål i spørreskjemaet

Spørsmålene 5, 7 og 8 avspeiler en type holdning hos respondenten som er vanskelig å reliabilitetsteste. Den spredning som framkommer i svarene tyder likevel på at de måler reelle holdninger hos respondentene. I analysen er det vurdert at svarene kan påvirkes både av enighetssyndromet¹⁹ og av sosial ønskarhet²⁰. Spørsmålene 10-14 som er faktaspørsmål om alder, yrke og stillingsstørrelse ansees som lite relevant å teste for reliabilitet.

4.5 Forskningsetiske implikasjoner

Studien følger lovkrav og internasjonale retningslinjer med hensyn til frivillighet og entydig informasjon (Tapper,2006), og siden det var sensitive personopplysninger som skulle behandles både elektronisk og manuelt, ble studien godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (vedlegg 3). To uker før spørreskjemaene ble sendt ut dro jeg rundt på avdelingsmøter til alle avdelingene og informere de ansatte om undersøkelsen. Et oppslag ble også hengt opp med en kortfattet informasjon om studien (vedlegg 4).

Spørreskjemaene ble sendt med post til den ansattes hjemmeadresse etter en navneliste jeg på forhånd hadde nummerert, vedlagt et informasjonsskriv (vedlegg 5) og frankert, adressert og nummerert konvolutt. Informasjonsskrivet gjorde rede for målet med undersøkelsen og min behandling av spørreskjemaene (oppbevaring, bearbeiding og makulering). Tre uker etter første utsendelse kontrollerte jeg hvem som ikke hadde svart, sendte ut en ny oppfordring (vedlegg 6) med tidsfrist på to uker om deltagelse til disse, sammen med spørreskjemaet, returkonvolutt og informasjonsskriv. Etter ytterligere tre uker, hang jeg opp et oppslag i

¹⁸ Korrelasjonsanalysen der grad av sammenheng mellom BBI og ulike mål for utbrenthet, stress, trivsel og velvære gjøres rede for viser følgende verdier av Pearsons r : Health Professionals Stress Inventory (r=.66**), Rollekonflikt (r=.52**), Rolleklarhet (r=.39**), Jobbtilfredshet (r=.56**), General Health Questionnaire (r=.45**), Psykiske plager (r=.59**), Somatiske plager (r=.40**), Sykefravær (r=.11*), (*=p<0,01, **=p<0,001)(Matthiesen, 2000)

¹⁹ Enighetssyndromet omtales også som ”Ja- effekten” der respondenter kan ha tendens til å svare i samme retning på alle spørsmål uten å se meningsinnholdet (Ringdal, 2007)

²⁰ Sosial ønskarhet går ut på at respondenter vil vri svarene i retning av hva de oppfatter som sosialt ønskelig (Ringdal, 2007)

avdelingene med takk for deltagelse, men der jeg også gjorde oppmerksom på at uteglemte skjema fortsatt kunne innsendes (vedlegg 7). Navnelisten og de innkomne skjema ble oppbevart nedlåst og separat. Alle konvoluttene ble åpnet samtidig, etter at navnelisten var makulert.

4.6 Analyse av data

Analysen tok utgangspunkt i hypoteser utledet fra tidligere forskning, teoretiske modeller og egen erfaring som omhandlet sykefravær hos pleie- og omsorgspersonell. Etter innledende analyser av utvalgets fordelinger i forhold til demografiske variabler, sykefravær og forekomst av utbrenthet, ble hypotesene testet gjennom statistiske prosedyrer der hensikten var å fastslå om hypotesene har en høy sannsynlighet for å være korrekte (Polit&Beck, 2004).

Alle data i denne studien ble lagt inn og bearbeidet ved hjelp av statistikkprogrammet Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) versjon 15. SPSS regnes som er en av de eldste og mest brukte programvarene innenfor statistisk analyse (Eikemo & Clausen, 2007). All databehandling, punching av rådata, bearbeiding og analyse er gjort av undertegnede på privat passord-beskyttet PC tilknyttet internett med vanlige sikkerhetsinnstillinger. Det er utført frekvensanalyser for å oppdage og eliminere ikke-valide verdier.

4.6.1 Statistikk

Deskriptiv eller beskrivende statistikk er brukt for å oppsummere og beskrive data som framkommer i studien, slik som sentraltendens (gjennomsnitt og median), spredning i form av standardavvik (SD) og standardfeil (SE), og tabeller som viser to-dimensjonale frekvensfordelinger og prosentfordelinger, og tabeller som viser korrelasjoner (Polit & Beck, 2004).

Inferens statistikk eller statistikk for sannsynlighetsberegning, er brukt for å dra slutninger om populasjonen basert på de innsamlede dataene gjennom parameter-estimering og testing av hypotesene (Polit & Beck, 2004). Beregninger av gjennomsnitt, SD, SE og konfidensintervall er beskrevet for utvalget, og antyder verdier som er sannsynlig å finne i populasjonen. Det er tatt hensyn til spredning, symmetrisk fordeling og normalfordeling. Bivariate statistiske tester er brukt for objektivt å teste gyldigheten av mine hypoteser, og signifikansnivået (p) som er satt til $p < 0,05$, har vært avgjørende for om hypotesen har blitt støttet eller forkastet.

Parametriske tester ble brukt når minst en av variablene var på intervall- eller rasionivå, og

tilnærmet fulgte normalfordelingen. Ikke-parametriske tester ble brukt når variablene var på nominal- eller ordinalnivå, og ikke var normalfordelte (Polit & Beck, 2004). Bruk av deskriptiv og inferens statistikk framkommer i presentasjonen av resultater.

Multivariat statistikk gjør det mulig å analysere relasjonen mellom to eller flere uavhengige variabler og den avhengige variabelen. Foruten signifikanstesting av samvariasjon, oppnås også en regresjonsligning for de aktuelle variablene som gir informasjon om hvor stor endringen blir i den avhengige variabelen ved en gitt endring i den uavhengige.

Determinasjonskoeffisienten R^2 angir hvor stor andel av variansen i avhengig variabel som kan tilskrives de uavhengige variablene (Polit & Beck, 2004).

Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å belyse de avhengige variablene ”selvopplevd fraværnivå” og ”utbrenthetsnivå” med grunnlag i de sammensatte mål for opplevde arbeidsbelastninger som uavhengige variabler. Korrelasjonsanalysen har vært bestemmende for rekkefølgen de uavhengige variablene har blitt lagt inn i regresjonsmodellen (Christophersen, 2006).

4.6.2 Valg av statistiske tester

Kjikkvadrat-test ble benyttet for å måle sannsynlighet for signifikante forskjeller mellom sykefraværet og variablene yrkesgruppe, aldersgruppe, og ulik tilknytning til arbeidet i sykehjemmene (ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring), og variablene ”fravær for å unngå langtidsfravær” og ”synet på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær”. Kjikkvadrattest ble også benyttet for å teste signifikante forskjeller mellom de ulike fraværsmål og ulike utbrenthetsnivå, og mellom utbrenthetsnivå og variablene yrkesgruppe, aldersgruppe, og ulik tilknytning til arbeidet i sykehjemmene (ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring). Kjikkvadrattest ble vurdert som egnet siden alle fraværsmål hadde avvik fra normalfordelingen, og minst en av variablene som ble testet var på nominalt nivå (Polit & Beck, 2004:506-507). I tabellanalyser der fordelingene ga mange ($>1/5$) ruter med mindre enn verdien 5 ble Fishers eksakte test benyttet. Denne bygger på den nøyaktig utregnede sannsynlighet for å observere fordelingen man har funnet brukt som alternativ til kjikkvadrattesten (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Hva som regnes som avvik fra normalfordelingen varierer, men Christophersen (2006) mener skjevheten er sterk ved skewnessverdi mindre enn -2 og høyere enn 2, og at kurtoseverdi

mindre enn -2 og høyere enn 2 indikerer et sterkt avvik, og verdier mindre enn -3 og høyere enn 3 indikerer svært sterk avvik fra normalfordelingen. Tabell 3.7 viser skewness og kurtoseverdier for de ulike fraværsmålene.

Tabell 4.8: Skjevhet og kurtosemål for ulike fraværsmål

	Skjevhet	Std.Error	Kurtosis	Std.Error
Mening om eget fravær	-0,033	0,231	0,263	0,459
Dager legemeldt fravær	2,149	0,240	5,274	0,476
Perioder legemeldt fravær	1,805	0,240	3,736	0,476

Student t –test for to uavhengige utvalg (Independent Samples T Test) ble benyttet for å teste ut om gjennomsnittlig utbrenthetskår er signifikant forskjellige når respondenten har fravær eller ikke innenfor de fleste fraværsmålene, og om gjennomsnittsverdi på de sammensatte mål for belastninger er signifikant forskjellig i forhold til de samme fraværsmål. Fraværsmålene ble her omgjort til dikotome mål (mye/lite, ja/nei, 1 gang/flere ganger). T-test ble valgt siden både utbrenthetskår og skår på de ulike skalaene for belastninger i arbeidssituasjonen var på rationivå, rimelig normalfordelte og utgjorde den avhengige variabler som skulle forklares (Polit & Beck, 2004).

Tabell 4.9: Skjevhet og kurtosemål for utbrenthetskår og de ulike mål for belastninger i arbeidssituasjonen

	N	Skjevhet	SE	Kurtose	SE
Utbrenthetskår	102	0,990	0,239	0,384	0,474
Kvantitative jobbkrav	102	-0,389	0,239	-0,668	0,474
Kvalitative jobbkrav	101	0,316	0,240	-0,811	0,476
Destruktive sosiale relasjoner					
Rollekrav	103	-0,044	0,238	-1,296	0,472
Manglende egenkontroll	107	-0,365	0,234	-1,110	0,463
Manglende sosial støtte	101	0,005	0,240	-1,137	0,476

Enveis variansanalyse (ANOVA) ble benyttet for sammenligning mellom utbrenthetskår og demografiske variabler, legemeldte fraværsdager og ved sammenligning av gjennomsnittsverdier for de sammensatte målene for belastninger i arbeidssituasjonen med utbrenthetsnivå, siden denne tester gjennomsnittsverdiene innenfor flere en to kategorier. Test av de kritiske verdier i F-fordelingen er brukt for å finne sannsynlighet for signifikante forskjeller i gjennomsnittsverdier. Post-hoc testen Bonferroni²¹ er brukt for multipel parvis sammenligning av gruppene der F-testen finner signifikante forskjeller. ANOVA ble valgt siden både utbrenthetskår og skår på de ulike skalaene for belastninger i arbeidssituasjonen

²¹ Bonferroni-testen gir et strengere signifikansnivå, og tar dermed hensyn til at sjansen til å begå type 1-feil øker når antall parvise sammenligninger øker. Dette er særlig aktuelt for undersøkelser med forholdsvis lav n (slik som denne), men øker samtidig sjansen for å begå type 2-feil (Polit & Beck, 2004).

var på rasionivå, rimelig normalfordelte og utgjorde den avhengige variabler som skulle forklares (Polit & Beck, 2004).

4.6.3 Missing

Enkelte av leddene i spørreskjemaet ble ikke besvart av alle, men etter frekvensanalyser av de ulike variabler viser det seg at utelatte svar fordeler seg relativt planløst, og for å unngå å miste verdifull informasjon ble det besluttet å ekskludere casene parvis i de fleste analyser. Analyser av de sammensatte mål for belastninger og regresjonsanalyser er basert på de observasjoner som har gyldige verdier for alle variabler som er inkludert i den aktuelle analysen (Polit & Beck, 2004).

5.0 Resultater

Innledningsvis vil det bli gitt et bilde av utvalgets fordeling når det gjelder de ulike fraværsmaal, utbrenthet og de sammensatte maal for belastninger i arbeidssituasjonen.

Resultater presenteres gjennom deskriptiv statistikk. Deretter vil analysen av hypotesene bli presentert.

5.1 Deskriptiv statistikk

Her presenteres utvalgets fordeling når det gjelder fravær, utbrenthet og belastninger i arbeidssituasjonen.

5.1.1 Ulike fraværsmaal

Tabell 5.1 presenterer selvoppfattet fraværnivå, fravær siste fire uker, legemeldt fravær siste år, samt om siste sykefravær var jobbrelatert.

Tabell 5.1 Utvalgets fordeling i forhold til ulike fraværsmaal

Mening om eget fravær	N		%	
Jeg har ikke fravær	21	19,3		
Jeg har lite fravær	75	68,8		
Jeg har noe fravær	10	9,2		
Jeg har mye fravær	3	2,8		
Totalt	109	100,0		

Fravær siste 4 uker	N		%	
Uten fravær	74	68,5		
Har fravær	34	31,5		
1-3 dager			17	50,0
4-8 dager			4	11,8
9-13 dager			1	2,9
14 dager eller mer			12	35,3
Totalt	108	100,0	34	100,0

Legemeldt fravær siste år	N		%		Valid %
Uten fravær	61	56,0			
Har fravær	48	44,0			
1-9 dager			9	18,8	22,5
10-19 dager			12	25,0	30,0
20-39 dager			13	27,1	32,5
40dager eller mer			6	12,5	15,0
Ukjent			8	16,7	
Totalt	109	100,0	48	100,0	100,0

Legemeldt fravær siste år fordelt på antall ganger	N		%		Valid %
1 gang	27	56,3			67,5
2 ganger	10	20,8			25,0
3 ganger	1	2,1			2,5
4 ganger	2	4,2			5,0
Ukjent	8	16,7			
Totalt	48	100,0			100,0

Fortsettelse tabell 5.1: Utvalgets fordeling i forhold til ulike fraværsmaal

Mening om siste fravær har årsak i eller utenfor jobben	I jobb	22	20,2	23,9
	Utenfor jobb	70	64,2	76,1
	Totalt	92	84,4	100,0
	Tar ikke stilling	17	15,6	
	Totalt	109	100,0	

Av utvalget mener 88,1 % selv de har lite eller intet fravær fra jobben, mens 11,9 % mener de har en del eller mye fravær. De siste 4 uker angir 31,5 % av respondentene at de hadde hatt fravær fra jobb, fordelt på 50 % i 1-3 dager, og 35,3 % i 14 dager eller mer. Innen for siste år sier 44 % av respondentene at de har hatt legemeldt fravær, fordelt på et gjennomsnitt på 21,8 dager (sd=16,5) og en median på 16 dager. Det legemeldte fraværet fordeler seg slik at 22,5 % har hatt et fravær på 9 dager eller mindre, 62,5 % har hatt et fravær på mellom 10 og 39 dager, mens 15 % har hatt et fravær på 40 dager eller mer med en frekvens på 1-4 ganger. Siste fravær oppgis å være jobbrelatert for 23,9% av utvalget.

5.1.2 Utbrenthet

Gjennomsnittlig utbrenthetskår i utvalget er 67,10 poeng (sd= 30,08) med høyeste poengsum på 151 og laveste på 26. Utvalgets fordeling innenfor de 7 ulike sårbarhetsgrupper og fordeling på tre utbrenthetsnivå framgår av tabellen under.

Tabell 5.2: Utvalgets fordeling i forhold til utbrenthet

Sårbarhetsgrupper og fordeling på nivå	n	%	n	%
1 Fantastisk tilfreds / Ikke utbrent, 25-29poeng	4	3,9		
2 Svært tilfreds / Ikke utbrent, 30-49 poeng	30	29,4		
3 Tilfreds / Ikke utbrent, 50-74 poeng	36	35,3		
Gruppe 1-3 Ikke utbrent			70	68,6
4 Bør være litt observant / Neppe utbrent, 75-99poeng	17	16,7		
Gruppe 4 Neppe utbrent			17	16,7
5 I grenseland til utbrenthet, 100-124 poeng	7	6,9		
6 Utbrent, 125-149 poeng	7	6,9		
7 Alvorlig utbrent, 150-175 poeng	1	1,0		
Gruppe 5-7 Utbrent eller i grenseland			15	14,7
Totalt	102	100,0	102	100,0

5.1.3 Belastninger i arbeidssituasjonen

Respondentenes subjektive opplevelse av forhold i selve arbeidssituasjonen som de selv setter i sammenheng med eget fravær kommer til uttrykk gjennom spørsmål 6, og består av 6 ulike sammensatte mål "Kvantitative jobbkrav", "Kvalitative jobbkrav", "Rollekrav", "Destructive

sosiale relasjoner”, ”Manglende egenkontroll og medbestemmelse” og ”Manglende sosial støtte”. Verdien på de ulike mål er gradert i ”ingen betydning”, liten betydning”, noe betydning”, stor betydning” og ”svært stor betydning”.

Tabell 5.3: Respondentenes fordelinger innenfor verdiene på de sammensatte målene for belastninger i arbeidssituasjonen.

	N	Ingen betydning	Liten betydning	Noe betydning	Stor betydning	Svært stor betydning	Gjennomsnittskår på skala	SD
		Prosent						
Kvantitative jobbkra	102	11,8	14,7	28,4	34,3	10,8	3,18	1,17
Kvalitative jobbkra	101	18,8	29,7	25,7	16,8	8,9	2,67	1,22
Rollekrav	103	22,3	15,5	22,3	20,4	19,4	2,99	1,43
Destruktive sosiale relasjoner	101	26,7	22,8	23,8	18,8	7,9	2,58	1,28
Manglende egenkontroll	107	20,6	12,1	21,5	37,4	8,4	3,01	1,29
Manglende sosial støtte	101	20,8	17,8	25,7	21,8	13,9	2,90	1,34

Av de som er representert i utvalget mener 45,1 % de har kvantitative jobbkra som kan ha stor eller svært stor betydning for eget sykefravær, og 45,8 % mener det samme om den manglende egenkontrollen de opplever i arbeidet. Rollekrav utgjør fare i stor eller svært stor grad for 39,8 % av respondentene, og 35,7 % mener det samme om manglende sosial støtte i arbeidet. Destruktive sosiale relasjoner utgjør stor eller svært stor betydning for eget sykefravær for 26,7 % av respondentene, mens 25,7 % mener dette gjelder for kvalitative jobbkra.

5.2 Testing av studiens hypoteser

Den statistiske testingen tar utgangspunkt i hypotesene slik de ble formulert i kapittel 3.0. Om hypotesene blir støttet eller avkreftet avhenger av om funnene i de statistiske testene er signifikante eller ikke. Også ikke-signifikante funn blir trukket fram der dette vurderes som verdifull informasjon for arbeidsplassene.

5.2.1 Hypotese 1

Fraværet er målt gjennom tre ulike variabler, selvopplevd fraværnivå, fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år. Respondentene er bedt om å angi sin mening om eget sykefravær (selvoppfattet fraværnivå) i 4 ulike kategorier, men i analysene er ”ikke fravær” og ”lite fravær” slått sammen, og kategoriene ”en del fravær” og ”mye fravær” slått sammen. Tabell 5.4 viser kategorien ”en del/mye” fravær.

Tabell 5.4: Personer som rapporterer en del eller mye fravær etter yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre

		n [#]	En del/mye fravær. Prosent	p ^a
Totalt		109	11,9	
Yrkesgruppe	Sykepleier	17	11,8	
	Hjelpepleier	66	15,2	
	Ufaglærte	23	4,3	0,432
Alder (år)	≤ 44	49	4,9	
	45-64	57	19,3	
	≥65	3	0,0	0,098
Ansettelsesforhold	Fast ansatt	89	13,5	
	Midlertidig ansatt	20	5,0	
				0,286
Stillingsstørrelse(%)	≤50	51	11,8	
	51-75	39	10,3	
	≥76	19	15,8	0,950
Erfaring (år)	≤ 2	19	5,3	
	3-5	18	11,1	
	6-10	16	6,3	
	≥ 11 år	56	16,1	0,003*

^{#)} n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^{a)} kjikvadrattest, * signifikans på 0,05 nivået

Tabellen viser at det er signifikant sannsynlighet for en sammenheng mellom selvopplevd fraværnsnivå og antall års erfaring innenfor eldreomsorg, siden flere av de med erfaring på mer enn 11 år enn de som har kortere erfaring opplever de har en del eller mye fravær.

Det er en tendens til at aldersgruppen 45-64 år mer enn de andre aldersgruppene mener de har en del eller mye fravær. Ingen av de eldste og kun 1 person blant de midlertidige ansatte og de ufaglærte angir at hun har en del eller mye fravær. Tendensene for alder er ikke signifikante.

5.2.1.1 Fravær siste 4 uker

Respondentene har angitt sitt fravær innenfor de siste 4 uker i 4 ulike kategorier, 1-3 dager, 4-8 dager, 9-13 dager og 14 dager eller mer. En av respondentene hadde fravær i to av kategoriene, og ble ekskludert fra analysene av dette fraværet. Det er gjort analyser for ulike kategorier fraværstid i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorgen for eldre, uten at det er gjort signifikante funn på forskjeller. Her vises bare tall for oppsummert fravær siste 4 uker.

Tabell 5.5: Personer som rapporterer fravær siste 4 uker i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring innenfor omsorg for eldre

		n [#]	Fravær siste 4 uker. Prosent	P
Totalt		108	31,5	
Yrkesgruppe	Sykepleier	17	23,5	0,578^a
	Hjelpepleier	66	34,8	
	Ufaglært	22	27,3	
Alder (år)	≤ 44	48	31,3	0,997^a
	≥ 45	60	31,7	
Ansettelsesforhold	Fast ansatt	89	32,6	0,484^b
	Midlertidig ansatt	19	26,3	
Stillingsstørrelse (%)	≤ 50	50	32,0	0,999^a
	51-75	39	30,8	
	≥ 76	19	31,6	
Erfaring (år)	≤ 2	19	26,3	0,376^a
	3-5	17	35,5	
	6-10	16	18,8	
	≥ 11 år	56	35,7	

^{#)} n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^{a)} Kjikvadrattest, ^{b)} Fishers eksakte test

Det er ikke signifikant sannsynlig at ulike yrkes- og aldersgrupper, og ansattes tilknytning til institusjonen (ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring) har sammenheng med om de har vært borte fra jobben i kortere eller i lengre tid de siste 4 ukene.

5.2.1.2 Legemeldt fravær siste år

Fravær fra jobben som følge av legemeldt fravær, ble besvart gjennom et ja/nei-spørsmål om respondenten siste år hadde vært sykemeldt av lege. Antall dager og antall perioder ble oppgitt som underspørsmål.

48 personer (44%) oppgir å ha hatt legemeldt fravær det siste året, men 8 av disse personene oppgir ikke varighet og/eller hyppighet på fraværet. En frekvensanalyse viser at utelatte svar i forhold til varighet og frekvens fordeler seg relativt planløst i forhold til casene, og disse er parvis ekskludert i analysene. Det ble gjort analyser for de ulike kategorier legemeldte fraværsdager (1-9 dager, 10-39 dager og 40 dager eller mer) i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorgen for eldre, uten at det ble funnet signifikante forskjeller mellom gruppene. Her vises bare tall for oppsummert legemeldt fravær der alle respondentene er inkludert uavhengig om de oppga varighet/frekvens på fraværet.

Tabell 5.6: Personer som rapporterer legemeldt fravær siste år. Gruppert etter antall dager i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre

		n [#]	Legemeldt fravær siste år. Prosent	p
Totalt		109	44,0	
Yrkesgruppe	Sykepleier	17	64,7	
	Hjelpepleier	66	39,4	
	Ufaglært	23	39,1	0,154^a
Alder (år)	≤ 44	48	38,8	
	≥45	61	48,3	0,339^b
Ansettelsesforhold	Fast ansatt	89	47,2	
	Midlertidig ansatt	20	30,0	0,215^b
Stillingsstørrelse (%)	≤50	51	47,1	
	51-75	39	38,5	
	≥76	19	47,4	0,682^a
Erfaring (år)	≤ 2	19	21,1	
	3-10	34	52,9	
	≥ 11 år	56	46,4	0,071^a

^{#)} n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^{a)} Kjikvadrattest ^{b)} Fishers eksakte test

Sykepleierne er den av yrkesgruppen som har hatt mest legemeldt fravær siste år (64,7%), men tendensen er ikke statistisk signifikant. Andre personlige karakteristika som for eksempel erfaring eller alder synes ikke å ha sammenheng med legemeldt fravær. Analyser for undergrupper viste ingen signifikante funn, og heller ingen tendenser til forskjeller mellom de ulike grupper i forhold til lengden på det legemeldte fraværet.

Det legemeldte fraværet fordeler seg over 1 til 4 fraværstilfeller, der 57,3% har hatt legemeldt fravær 1 gang, mens 20,8% i løpet av siste år har hatt 2 tilfeller med legemeldt fravær. Kun 3 personer har hatt 3 eller 4 episoder med denne type fravær (se tabell 5.1). Det ble gjort analyser gruppert etter personer med ett og med personer med to eller flere sykefraværstilfeller, men det ble ikke gjort signifikant funn for sammenheng mellom fraværshfrekvens og ansattes yrkes- eller aldersgruppe eller den ansattes tilknytning til sykehjemmene (ansettelsesforhold, stillingsbrøk eller antall års erfaring).

5.2.1.3 Testing av hypotese 1

Statistisk testing av forskjell i fraværet for ulike yrkes- og aldersgrupper, og respondentens tilknytning til sykehjemmet (ulikt ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring) viser at antall års erfaring innenfor eldreomsorg har signifikant sammenheng med om respondenten

betegner sitt fravær som ”en del eller mye”. Den statistiske testingen finner derimot ikke støtte for at fravær siste 4 uker eller legemeldt fravær siste år har sammenheng med antall års erfaring, ei heller med noen av de andre personlige karakteristika hos respondentene som er inkludert i studien.

5.2.2 Hypotese 2

For å teste antatte forskjeller i grad av utbrenthet i forhold til respondentenes personlige karakteristikk, ble det gjort en enveis variansanalyse for å undersøke forskjellene i gjennomsnittlig utbrenthetskår. Det ble også gjennomført en tabellanalyse av de personlige karakteristika og tre ulike utbrenthetsnivå med test av kji-kvadrat uten å finne signifikante sammenhenger. Her vises kun resultat fra variansanalysen.

Tabell 5.7: Gjennomsnittlig utbrenthetskår (BBI skår) i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre

		n [#]	Gjennomsnitt BBI skår	SD	P ^a
Totalt		102	67,10	30,08	
Yrkes-Gruppe	Sykepleier	17	73,18	23,88	
	Hjelpepleier	60	68,08	31,12	
	Ufaglært	22	57,36	27,36	0,206
Alder (år)	≤ 44	45	66,22	26,78	
	≥ 45	57	67,79	33,25	0,795
Ansettelsesforhold	Fast ansatt	83	69,58	31,32	
	Midlertidig ansatt	19	56,26	21,34	0,082
Stillingsstørrelse (%)	≤ 50	49	60,27	30,42	
	51-75	35	71,86	28,00	
	≥ 76	18	76,44	30,36	0,075
Erfaring (år)	≤ 2	18	76,78	35,40	
	3-10	18	53,94	19,65	
	≥ 11 år	52	71,85	30,08	0,008**

[#]) n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^a) test av de kritiske verdier i F- fordelingen, ** signifikans på 0,001 nivået

Signifikansverdien for F-testen på 0,008 viser at minst en av grupperingene av antall års erfaring er signifikant forskjellige fra de andre, der de med minst erfaring og de med lengst erfaring har et høyere gjennomsnitt enn de med middels erfaring. Tabellanalysen viste samme tendens. Med Bonferroni- korreksjon viser det seg at BBI skår er signifikant forskjellige ($p < 0,05$) for personer som har 3-10 års erfaring i forhold til de som har 2 år eller mindre erfaring, og de som har 11 år eller mer erfaring.

Det er en tendens til at utbrenthet øker med økende stillingsstørrelse, og etter ansettelsesforhold (fast/midlertidig), men sammenhengen er ikke statistisk signifikant. Utbrenthet fordeler seg jevnt i forhold til alder, og relativt jevn i forhold til yrke.

5.2.2 Testing av hypotese 2

Statistisk testing av forskjell i utbrenthet for ulike yrkes- og aldersgrupper, og respondentens tilknytning til sykehjemmet (ulikt ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring) viser at respondenter som har erfaring i eldreomsorgen på ≤ 2 år, eller ≥ 11 år har signifikant høyere utbrenthetskår enn de som har erfaring på mellom 3 og 10 år. Det finnes gjennom den statistiske testingen derimot ingen støtte for at det er forskjellig grad av utbrenthet innenfor de øvrige personlige karakteristika, men det er en tendens i retning av at fast ansatte og personer med høy stillingsprosent har en noe høyere skår.

5.2.3 Hypotese 3

Sammenheng mellom fraværet og arbeidssituasjonen ble analysert på to ulike måter, gjennom analyse av sammenhengen mellom fraværet og 1) respondentens subjektive oppfatning om fraværet har årsak i arbeidssituasjonen (jobbrelatert fravær), og 2) opplevde belastninger i arbeidssituasjonen som ble utledet fra spørsmål 6 i spørreskjemaet.

5.2.3.1 Jobbrelatert fravær

Respondentene ble spurt om siste fravær skyldtes forhold i eller utenfor jobben. Spørsmålet kan både relateres til fravær siste 4 uker og legemeldt fravær innenfor siste år. Det kan også inkludere egenmeldt fravær i relativt nær fortid, men for mer enn 4 uker siden, og fravær som ligger lengre tilbake i tid, både egenmeldt og legemeldt fravær.

Av de som tok stilling til dette spørsmålet ($n = 92$), mener 23,9 % at fraværet skyldes forhold i jobben. Tabellen nedenfor viser det er signifikant sammenheng mellom jobbrelatert fravær og selvoppfattet fraværnivå, der 50% av de som mener de har en del eller mye fravær mener siste fravær hadde sammenheng med arbeidssituasjonen. Siste fravær synes mer å ha sammenhenger med årsaker i jobben for de som har hatt legemeldt fravær siste år, enn de som ikke har hatt det, og det er flere blant de med lang varighet og flere episoder legemeldt fravær, enn de med kort varighet og liten hyppighet som mener siste fravær hadde årsak i jobb.

Fravær som skyldes forhold i arbeidssituasjonen settes ikke i like stor grad i sammenheng med de siste ukers fravær.

Tabell 5.8: Personer som rapporterer at siste sykefravær skyldtes forhold i jobben i forhold til selvpuffattet fraværnivå, fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år.

		n [#]	n [#]	Jobbrelatert fravær. Prosent	p
Totalt		92		23,9	
Selvoppfattet fravær	En del/mye	12		50,0	
	Ikke/lite	80		20,0	0,034 ^{b*}
Fravær siste 4 uker	Ja	33		30,0	
	Nei	59		20,3	0,315 ^b
Legemeldt fravær siste år	Ja	46		30,4	
	Nei	46		17,4	0,221 ^b
Varighet legemeldt fravær siste år	1-9 dager	9		11,1	
	10-39 dager	24		37,5	
	≥40 dager	6		33,3	0,339 ^a
Hypighet legemeldt fravær siste år	1 gang	27		25,9	
	≥ 2 ganger	12		50,0	0,163 ^b

[#]) n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^a) Kjikvadrattest, ^b) Fishers eksakte test
* signifikans på 0,05 nivået

5.2.3.2 Belastninger i arbeidssituasjonen

For å finne sammenhengen mellom fravær og opplevde arbeidsbelastninger i arbeidssituasjonen, er gjennomsnittsverdi på de graderte målene for belastninger i arbeidssituasjonen sammenlignet med de ulike fraværsmål. Det framkom ikke signifikant tendens til at høyere skår på arbeidsbelastning ga høyere eller mer fravær (resultater vises ikke her).

Korrelasjonsanalyse med påfølgende regresjonsanalyse ble brukt for å belyse de ulike fraværsmål som avhengig variabel med grunnlag i opplevde arbeidsbelastninger som uavhengige variabler. Korrelasjonsanalysen viste at ”manglende egenkontroll” samvarierte svakt, men signifikant med fraværsmålet ”selvoppfattet fravær”, og ”rollekrav” samvarierte svakt, men signifikant med fraværsmålet ”legemeldt fravær”. Ellers var det ingen signifikante korrelasjoner mellom fraværsmålene og de sammensatte målene for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen.

Det ble gjort en regresjonsanalyse for å se om noen av belastningsfaktorene kom ut signifikant i forhold til fraværsmålene. De forklarte samlet bare en liten samlet varians i fraværet og kom ikke ut signifikant (resultater fra analysene vises ikke her).

I en tabellanalyse der forholdet mellom de som mener siste fravær hadde årsak i jobb og de som svarer at ett eller flere av de forhold nevnt i spørsmål 6 hadde sammenheng med siste fravær, kommer det fram at mer enn 57 % mener siste fravær hadde sammenheng med jobben.

Tabell 5.9: Personer som rapporterer at siste sykefravær skyldtes forhold i jobben i forhold til om fraværet hadde sammenheng med sammensatte mål for belastninger

	n [#]	Jobbrelatert fravær. Prosent	P ^b
Totalt	91	23,1	
Siste fravær hadde sammenheng med belastningsfaktorer (ja)		57,1	
Siste fravær hadde ikke sammenheng med belastningsfaktorer (nei)		42,9	0,000***

^{b)} Fishers eksakte test, *** signifikans på 0,001 nivået

5.2.3.3 Testing av hypotese 3

Gjennom testing av hypotese 3, sammenhengen mellom fravær og opplevde arbeidsbelastninger finner den statistiske testingen ikke støtte for at de sammensatte målene for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen ”kvantitative- og kvalitative jobbkraav”, ”manglende egenkontroll”, ”rollekrav”, ”manglende sosial støtte” og ”destruktive sosiale relasjoner” har sammenheng med fraværet, og hypotesen forkastes.

5.2.4 Hypotese 4

For å teste antatte forskjeller i grad av utbrenthet i forhold til opplevde arbeidsbelastninger i arbeidssituasjonen, er en korrelasjonsanalyse med påfølgende regresjonsanalyse gjennomført for å belyse utbrenthet som avhengig variabel med grunnlag i opplevde arbeidsbelastninger som uavhengige variabler. Korrelasjonsanalysen har vært bestemmende for rekkefølgen de uavhengige variablene har blitt lagt inn i regresjonsmodellen.

Før dette ble gjort, ble en det gjort en sammenligning mellom gjennomsnittsverdier for de sammensatte målene for belastninger i arbeidssituasjonen med de ulike utbrenthetsnivå. Dette ble gjennomført med variansanalyse der test av de kritiske verdier i F-fordelingen er brukt for å finne sannsynlighet for signifikante sammenhenger. Post-hoc testen Bonferroni er brukt for multipel parvis sammenligning av gruppene der F-testen finner signifikante sammenhenger.

Først presenteres her en oversikt over gjennomsnittsverdier for de sammensatte mål for belastning i arbeidssituasjonen slik respondenten opplever dem sett i forhold til respondentens utbrenthetsnivå.

Tabell 5.10: Gjennomsnittsverdier sammensatte mål for belastning i arbeidssituasjonen fordelt på utbrenthetsnivå

	Kvantitative jobbkraav		Kvalitative jobbkraav		Rollekraav		Destruktive sosiale relasjonjer		Manglende egenkontroll		Manglende sosial støtte	
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD
Totalt	3,19	1,13	2,69	1,20	2,47	1,27	2,49	1,27	2,93	1,27	2,59	1,30
Ikke utbrent	2,93	1,15	2,41	1,15	2,22	1,31	2,13	1,28	2,59	1,25	2,38	1,30
Neppe utbrent	3,63	0,96	3,25	1,07	3,07	0,88	2,88	1,26	3,50	0,89	3,06	1,34
Utbrent eller i grenseland	4,00	0,58	3,36	1,15	3,00	1,11	2,87	1,13	3,87	0,99	3,00	1,00
p^a	0,001**		0,003*		0,015*		0,133		0,000**		0,065	

^{a)} F-test, ** signifikans på 0,001 nivået, * signifikans på 0,05 nivået

Det er tendens til høyere gjennomsnittsverdi på belastningsmålene jo høyere utbrenthetsnivå respondenten har, men forskjellen er større mellom gjennomsnittlig verdi hos respondenter som betegnes som ikke utbrent og de som betegnes som neppe utbrent, enn det er mellom de som neppe er utbrent og de som er utbrent eller i grenseland. For rollekrav, destruktive sosiale relasjonjer og manglende sosial støtte er verdiene litt lavere for de som er utbrente eller i grenseland i forhold til de ”neppe utbrente”.

Korrelasjonsanalysen mellom summerte poeng for utbrenthet målt med BBI og de sammensatte mål for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen, viser at alle korrelerer signifikant slik: ”manglende egenkontroll” ($r=0,452$, $p<0,001$), ”kvantitative kraav” ($r=0,450$, $p<0,001$), ”kvalitative kraav” ($r=0,377$, $p<0,001$), ”rollekrav” ($r=0,314$, $p<0,001$), ”destruktive sosiale relasjonjer” ($r=0,319$, $p<0,001$) og ”manglende sosial støtte” ($r=0,319$, $p<0,001$)(tabell 6 i appendix).

Etter en innbyrdes trinnvis regresjonsanalyse der de seks ulike sammensatte mål for opplevd belastning i arbeidssituasjonen ble lagt inn i modellen som uavhengige variabler etter den verdien de fikk på korrelasjonsmatrisen, og summerte utbrenthetskår som avhengig variabel, er det kun ”manglende egenkontroll” og ”kvantitative jobbkraav” som viser signifikant sammenheng med summert utbrenthetskår. Samlet forklarer disse variablene 30,7 % av variansen i utbrenthet, og ”manglende egenkontroll” bidrar mest med 26,4%.

Tabell: 5.11: Regresjonsanalyse av forskjeller i utbrenthetskår ut fra manglende egenkontroll og kvantitative krav

	B	SE B	β	t	Sig t
Manglende egenkontroll (1,5)	7,78	2,85	0,34	2,73	< 0,01
Kvantitative jobbkraav (1,5)	6,88	3,16	0,27	2,18	< 0,05

N = 90 R²=0,307

5.2.4.1 Testing av hypotese 4

Gjennom testing av hypotese 4, sammenhengen mellom utbrenthet og opplevde arbeidsbelastninger oppleves manglende egenkontroll og kvantitative jobbkraav signifikant forskjellige for personer som har lavt utbrenthetskår og personer som har høy utbrenthetskår. Den statistiske testingen finner derimot ikke støtte for at de andre målene for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen, rollekrav, destruktive sosiale relasjoner og manglende sosial støtte har sammenheng med personenes utbrenthetsnivå.

5.2.5 Hypotese 5

Sammenhengene mellom utbrenthet og de fleste fraværsmål framkommer ved t-test for to uavhengige utvalg, mens varighet av legemeldt fravær siste år, som det etter tabellanalysen viste seg nyttig å inndele i tre ulike kategorier, er analysert ved hjelp av enveis variansanalyse. Tabellanalyse mellom de tre ulike utbrenthetsnivå og de samme fraværsmålene som her er gjort rede for bekreftet resultatene fra variansanalysen (tabell 4 i appendix).

Tabell 5.12: Grad av utbrenthet i forhold til selvopplevd fraværnivå, fravær siste uker, legemeldt fravær siste år og jobbrelatert fravær.

		n [#]	Gjennomsnitt BBI skår	SD	p
Totalt		102	67,10	30,08	
Selvopfattet fravær	En del/mye	13	86,85	38,65	0,011 ^{b*}
	Ikke/lite	89	64,21	27,73	
Fravær siste 4 uker	Ja	32	77,91	36,62	0,033 ^{b*}
	nei	70	62,16	25,36	
Legemeldt fravær sist år	Ja	46	68,52	35,33	0,667 ^b
	Nei	56	65,93	25,25	
Varighet	1-9 dager	8	66,25	26,45	0,011 ^{c*}
	10-39 dager	24	58,29	32,23	
	≥40 dager	6	103,33	47,24	
Hypighet	1gang	26	63,54	36,25	0,209 ^b
	≥ 2 ganger	13	79,08	34,82	

[#]) n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^b) t- test, ^c) test av de kritiske verdier i F- fordelingen, * signifikans på 0,05 nivået

Det er signifikante forskjeller i utbrenthet for respondenter som mener de har en del eller mye fravær, og respondenter som mener de har lite eller ikke fravær, der gjennomsnitt i utbrenthetskår reduseres fra knapt 87 til vel 64. Signifikante forskjeller sees også mellom de som har hatt fravær siste 4 uker og de som ikke har hatt det. Om respondenten har hatt legemeldt fravær siste år eller ikke synes ikke å ha sammenheng med utbrenthet, men forskjeller i varigheten på fraværet antyder en signifikant sammenheng mellom utbrenthet og varigheten på fraværet, og gjennomsnittlig utbrenthetsnivå stiger fra 58 til 103 når respondenten har hatt fravær over 40 dager. Signifikansverdien for F-testen på 0,011 viser at minst en av gruppene fraværsdager er inndelt i er signifikant forskjellige fra de andre, og med Bonferroni- korreksjon er det signifikant forskjell i gjennomsnittet mellom de som har 10-39 dagers fravær og de som har mer enn 40 dagers fravær. Forskjellen mellom de som har legemeldt fravær på mindre enn 10 dager og de andre er ikke statistisk signifikant. Det er en tendens til at de som har hatt legemeldt fravær flere ganger siste år har høyere gjennomsnittlig utbrenthetskår enn de som kun har hatt ett fraværstilfelle.

5.2.5.1 Testing av hypotese 5

Testing av hypotese 5 av antatt sammenheng mellom utbrenthet og sykefravær, viser at respondentenes grad av utbrenthet har sammenheng med deres oppfatning om eget fraværnivå og med deres fravær i de 4 siste uker. Det kan ikke sannsynliggjøres noen sammenheng mellom respondentens utbrenthetsnivå og legemeldt fravær, men for de som har hatt legemeldt fravær siste år er det sannsynlig at respondentens utbrenthetsnivå har sammenheng med varighet på fraværet.

5.2.6 Hypotese 6

For å undersøke om arbeidstakeren tar ut fravær for å unngå langtidsfravær, ble respondentene spurt om det hadde hendt de har holdt seg hjemme fra jobben for å "ta" eller "knipe" en forkjølelse, muskelplage eller for å "komme til hektene igjen" for å unngå langtidsfravær. Dette svarte 34,6% bekreftende på. Det er viktig å merke seg at spørsmålet kan relateres til både fravær siste 4 uker og legemeldt fravær innenfor siste år, men også kan inkludere fravær lengre tilbake i tid.

For å teste antatte sammenhenger med sykefraværet dersom arbeidstakeren tar ut fravær for å unngå langtidsfravær er det gjort tabellanalyser med test av Kjikvadrat og Fishers eksakte test.

Tabell 5.13: Fravær for å unngå langtidsfravær i forhold til selvoppfattet fraværnivå, fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år.

		n [#]	n [#]	Fravær for å unngå langtidsfravær. Prosent	p
Totalt		104		34,6	
Selvoppfattet fravær	En del/mye	12		50,0	0,333^b
	Ikke/lite	92		32,6	
Fravær siste 4 uker	Ja	34		50,0	0,028^{b*}
	Nei	70		27,1	
Legemeldt fravær siste år	Ja	46		37,0	0,683^b
	Nei	58		32,8	
Varighet legemeldt fravær siste år	1-9 dager		8	50,0	
	10-39 dager		24	29,2	
	≥40 dager		6	50,0	0,600^a
Hypighet legemeldt fravær siste år	1 gang		25	32,0	
	≥ 2 ganger		13	53,8	0,327^a

[#]) n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, * signifikans på 0,05 nivået, ^a) Kjikvadrattest,

^b) Fishers eksakte test

Av de som har hatt fravær siste 4 uker har 50% brukt fravær for å unngå langtidsfravær, og dette er signifikant forskjellig fra de som ikke har hatt slikt fravær.

Sammenligning av gjennomsnittlig utbrenthetskår med fravær for å unngå langtidsfravær er gjort ved variansanalyse og to utvalgs t-test, men det er ikke funnet signifikante forskjeller i gjennomsnitt for respondenter som har tatt ut fravær for å unngå langtidsfravær, og de som ikke har gjort det. Det er også gjort sammenligninger av gjennomsnittsverdier på sammensatte mål for belastning i arbeidssituasjonen og dette fraværet, men heller ikke her framkommer det signifikante forskjeller. Resultater av disse analysene vises ikke.

5.2.6.1 Testing av hypotese 6

Testing av hypotese 6 av antatte sammenhenger mellom sykefraværet og om arbeidstakeren tar ut fravær for å unngå langtidsfravær viser at det er statistisk signifikant sammenheng mellom fravær siste 4 uker og om respondenten har brukt denne type fravær. Ingen av de andre fraværsmålene viser statistiske sammenhenger med denne type fravær, men det er en tendens til at respondenter som mener de har en eller mye fravær, de som har hatt legemeldt

fravær mer enn 1 gang siste år og de med det korteste og det lengste legemeldte fraværet gjør mer bruk av denne typen fravær.

5.2.7. Hypotese 7

Forskjeller i synet på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær måles gjennom spørsmål 8, der fem beskrivelser av ulike subjektive plager besvares med ja, kanskje, helst ikke og nei. Tabellen nedfor viser svarfordelingen.

Tabell 5.14: Utvalgets forskjeller i synet på hvor syk en må være før det er legitimt å ta ut fravær. Prosent

Synes du en bør gå på jobben selv om en.....	n [#]	Ja	Kanskje	Helst ikke	Nei
-føler seg sliten eller uopplagt, men ellers frisk	106	69,8	20,8	6,6	2,8
-føler seg uvel, har symptomer, men ikke feber	107	41,1	33,6	19,6	5,6
-har feber, men føler seg noenlunde ok	107	7,5	16,8	37,4	38,3
-har vondt i ryggen, muskelsmerter eller lignende	107	15,9	38,3	26,2	19,6
-føler seg syk, men ikke sengeliggende	107	7,5	29,9	31,8	30,8

[#] n varierer på grunn av ulike missing rater

Å føle seg sliten eller uopplagt mener mer enn 90% av utvalget ikke (svarer ja eller kanskje) er legitim grunn for fravær. Nesten 75% mener det å føle seg uvel ikke er god nok grunn, mens 54% mener muskelsmerter og lignende ikke legitimerer for fravær. Feber og det å føle seg syk selv om man ikke er sengeliggende, er ikke grunn til å være hjemme fra jobb, mener henholdsvis 24% og 37% av utvalget.

For å finne sammenhenger mellom sykefraværet og ulike syn på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær, ble svarene ja og kanskje slått sammen til ett svar som er tolket som bekreftende, mens helst ikke og nei er slått sammen til et benektende svar. Det ble deretter gjort en tabellanalyse med fraværsmålene som avhengige variabler der mulighet for signifikante forskjeller ble målt med Kjikvadrattest og Fishers eksakte test. Testene viste ingen signifikante forskjeller i forhold til fraværsmålene, men det framkom en tendens til at slitenhet og smerte aksepteres som en noe mer legitim fraværsgrunn ($p = 0,06$).

5.2.7.1 Testing av hypotese 7

Testing av sammenhenger mellom fraværsmålene og ulike syn på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær viser ingen statistiske signifikante forskjeller mellom de ulike fraværnivå. Det er en tendens til at slitenhet og smerter aksepteres litt mer som legitimt fravær for respondenter som siste 4 uker har hatt fravær, enn det gjør for de som ikke har hatt

fravær siste 4 uker. Ellers er det jevn fordeling innenfor de ulike mål for fravær. Hypotesen må forkastes.

5.3. Individuelle og arbeidsmiljømessige prediktorer for fravær siste 4 uker.

På bakgrunn av funn i forbindelse med testing av studiens hypoteser er det særlig selvopplevd fraværnivå og fravær siste måned som viser en sammenheng med ulike individuelle karakteristika, utbrenthetskår og kvaliteter ved arbeidsforholdet. Siden fravær siste 4 uker både omfatter en stor del av utvalget, og dessuten utgjør et robust endepunkt blant fraværsmålene, ble det vurdert som spesielt relevant å foreta en tilleggsanalyse som inkluderte disse funnene.

En logistisk regresjonsanalyse med fravær siste fire uker som avhengig variabel og utbrenthetskår, fravær for å unngå langtidsfravær, kvantitative jobbkraav, manglende egenkontroll, samt holdning til å gå på jobb på tross av smerter eller om en er sliten (rekodet som dikotome variabler med "Ja/Kanskje" som høyeste og "Helst ikke/Nei" som laveste verdi) introdusert blokkvis, ga resultater presentert i tabell 5.15.

Tabell: 5.15: Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for fravær siste 4 uker ut fra BBI-score og holdning til å gå på jobb tross smerter.

	B	SE _B	OR	p	95 % CI for OR
Utbrenthetskår	0,019	0,008	1,021	0,01	1.004-1.035
Gå på jobb tross smerter	-0.912	0,463	0,40	0,43	0.162-0.995

Nagelkerke $R^2 = .142$, Modell $\chi^2 = 10.43$, $p < 0.001$.

Utbrenthetskår bidrar til økt sannsynlighet for fravær siste 4 uker, mens det å akseptere å gå på jobb til tross for moderate smerter mer enn halverer risikoen for slikt fravær. Av de variablene som ikke bidro signifikant til sannsynligheten for fravær siste 4 uker, kom fravær for å forhindre langtidsfravær ut med OR = 2,48, $p=0.06$. For de øvrige variabler framkom ingen slik tendens. En tilsvarende logistisk regresjonsanalyse med BBI rekodet etter tre nivåer for utbrenthet bekreftet dette resultatet, og ga en OR=2.16, $p=0.01$ (resultatene vises ikke i tabell).

6.0 Diskusjon

Jeg har gjennom denne studien kartlagt sammenhenger mellom arbeidsbelastninger, utbrenthet og sykefravær hos pleiepersonalet i sykehjem i en kommune, med den begrunnelse at utbrenthet er en psykologisk reaksjon som opptrer når arbeidstakeren gjennom lang tid opplever misforhold mellom krav som stilles i arbeidssituasjonen og mulighet til å respondere på kravene (Falkum, 2002). Om økt sykefravær har sammenheng med utbrenthet i sykehjemmene var det sentrale spørsmål i undersøkelsen, men også om andre betingelser i arbeidsmiljøet forsterker eller kompenserer i den prosessen utbrenthet utvikles gjennom, og direkte i forhold til om den ansatte har sykefravær. Kartlegging av de ansattes bruk av fravær som mestring av en belastende arbeidssituasjon og deres mening om når det er legitimt å ta ut fravær er gjort for å se om disse mekanismene påvirker fraværet. I tillegg er demografiske variabler inkludert i studien.

6.1 Metodisk betraktninger

Studiens metoder blir drøftet med tanke på om resultatene kan være gyldige og pålitelige, og om det er mulig å kunne antyde om forhold i arbeidssituasjonen kan ha betydning for det økte fraværet i institusjonstjenesten.

6.1.1 Spørreundersøkelse og tverrsnittdesign

Denne studien har tverrsnittdesign der et postet spørreskjema er brukt som forskningsstrategi. Tverrsnittdesign er egnet til å skaffe informasjon fra populasjonen om utbredelse, fordeling og relasjoner mellom to eller flere variabler på et bestemt tidspunkt (Polit & Beck, 2004), og ble ansett som velegnet til denne undersøkelsen. Spørreundersøkelser er enkle å administrere, er tidsbesparende og effektive i den forstand at et stort antall respondenter kan nås på relativt kort tid. Man oppnår et stort sett av data som så kan underlegges ulike statistiske analyser (Polit & Beck, 2004, Ringdal, 2007).

Spørreundersøkelser har likevel sine ulemper og begrensninger. Først og fremst gjennom at viktige aspekter ved det som skal måles kan gå tapt, enten ved at riktig spørsmål ikke er stillet, eller ved at enkelte respondenter misforstår og samme spørsmål kan derfor bli oppfattet ulikt av respondentene. Det er heller ingen garanti for at respondentene svarer ærlig. På tross av forsikringer om anonymitet kan de gi det svar som de tror er forventet. Tverrsnittsmålinger

gir ingen opplysninger om årsak-virkningsforhold, men kan gi opplysninger om eventuelle sammenhenger mellom variablene. Spørreundersøkelsen vil heller ikke kunne gi informasjon om de respondenter som valgte å ikke svare (Polit & Beck, 2004, Ringdal, 2007).

Sykefravær viser seg vanskelig å måle pålitelig gjennom spørreundersøkelser (Skogstad, 1996). I denne studien ble svarprosenten etter en puring og bortfallsanalyse på totalt 53,2%, fordelt på 64,5% for fast ansatte og 30,0% for midlertidig ansatte. Dette anses som en lav svarprosent, men i og med at frafallet var størst hos den gruppen med minst tilknytning til feltet, anses likevel responsen som relativt god. Det ble vurdert å ekskludere de midlertidig ansatte, for på den måten å oppnå en bedre prosentvis respons, men ved en sammenligning ble de to gruppene funnet å være like, og det ble bestemt å heller ha en lav svarrespons enn å redusere et allerede lite utvalg.

I følge Ringdal (2007) kan det i spørreundersøkelser skje fire ulike representasjonsfeil som vil påvirke beskrivelser og analyser av dataene. I forhold til denne studien ble det viktig å vurdere frafallsfeil, siden mottak av spørreskjemaene viste at svarresponsen varierte stort mellom de ulike avdelingene, og nesten gjennomgående hadde avdelinger med høyt fravær lav svarprosent. Dette kan være en indikasjon på at oppslutningen blant arbeidstakere med fravær er lavere enn oppslutning fra resten av utvalget. Det vil i så fall mest sannsynlig lede til en underestimering av sammenhenger mellom belastninger, utbrenthet og sykefravær.

6.1.2 Instrumentet

Studiens instrument har sitt utspring i et spørreskjema utviklet av Arbeidsforskningsinstituttet og sammensatt av spørsmål fra ulike spørreskjema brukt der, men har i sin helhet ikke vært i bruk tidligere. Skjemaet har altså ikke vært testet ut i tidligere undersøkelser, og i tillegg er skjemaet supplert med egenutviklede spørsmål. Test-retest-reliabilitet som er lik korrelasjonen mellom målingen av samme variabel på to tidspunkt (Ringdal, 2007) hadde vært en mulig test for å få data om hvor konsistente variablene i denne undersøkelsen har vært over en gitt tid. Det kunne styrket eller svekket antagelsen om de sammenhenger som er funnet mellom variablene, men umulig å gjøre på grunn av oppgavens begrensninger. For å vurdere intern konsistens i de ulike skalaene, ble reliabilitetsanalyser gjennomført og analysene ga støtte til at de ulike spørsmålene så ut til å måle de teoretiske fenomen.

Ideelt sett burde validiteten av de sammensatte målene vært testet gjennom å sammenligne hver enkel skala med et annet spørsmålsbatteri i studien slik Ringdal (2007) gjør ved å teste

sin skala opp mot en annen skala for angst og depresjon. Tilsvarende mulighet finnes ikke i denne studien.

Variablene kvantitative- og kvalitative jobbkraav, manglende egenkontroll og medbestemmelse, rollekrav, destruktive sosiale relasjoner og manglende sosial støtte som er brukt i denne studien representerer ikke allmenne enhetlige oppfatninger eller definisjoner av disse begrepene. Andre undersøkelser vil ha andre kriterier som ligger til grunn for å beskrive og måle de samme fenomen som er målt i denne studien. Variabelen utbrenthet blir her målt med Bergen Burnout Indicator og i hovedsak forklart med Matthiesens (2000, 2002) beskrivelser av fenomenet og av målemetode. Andre undersøkelser bruker andre måleinstrumenter.

Jeg ser at svarkategoriene i spørsmål 6 er utformet på en slik måte at de kan være følsom for rapporteringsatferd, og at jeg burde variert mer med hensyn til verdiretningen i utsagnene. Dette kan ha påvirket skalaenes validitet i forhold til det Ringdal (2007) kaller ”enighetssyndromet” og ”sosial ønskarhet”. Dette kan være systematiske målefeil i forhold til spørsmålet. I avslutningen av arbeidet med spørreskjemaet ble jeg kjent med QPSNordic og ser at jeg bedre kunne kartlagt belastningsfaktorene i arbeidsmiljøet gjennom dette skjemaet. På grunn av tidsaspektet var det da for sent å ta skjemaet i bruk. Instrumentet kunne vært testet bedre empirisk og på den måten kunne ukklarheter vært ”luket ut” i enda større grad enn det synes oppnådd ved å teste et begrenset utvalg.

6.1.3 Vurdering av statistisk prosedyre

Det er en sammenheng mellom variablenes målenivå og hvilke statistiske teknikker som kan brukes i analysen (Ringdal, 2007). I analysen har jeg brukt tabellanalyser med kjikvadrattest eller Fishers eksakte test, t –test for to uavhengige utvalg, enveis variansanalyse og multivariat regresjonsanalyse. Tabellanalyser egner seg til bruk på nominale, ordinale og kategoriserte kontinuerlige variabler (Ringdal, 2007). Derimot er t–test for to uavhengige utvalg, enveis variansanalyse og multivariat regresjonsanalyse statistiske teknikker som strengt tatt krever variabler på intervallnivå, men det er likevel ikke uvanlig å bruke disse teknikkene på ordinale variabler, Selv om hvert enkelt spørsmål gir et fåtalls rangordnede verdier, kan flere slike spørsmål til sammen gi langt mer kontinuerlige mål (Ringdal, 2007). Dette er tilfelle ved variabelen utbrenthet og variablene som er dannet av de sammensatte mål for belastning i arbeidssituasjonen.

Type 1-feil refereres til når en "null-hypotese" ukorrekt blir forkastet, og type 2-feil oppstår når en "null-hypotese" som skulle vært forkastet blir akseptert. De to typer risiko opptrer alltid, og de opptrer alltid samtidig. Ved å redusere risikoen for type 1-feil øker muligheten for type 2-feil (Polit & Beck, 2004). For å kontrollere type 1-feil er signifikansnivået satt til $p < 0,05$. Dette innebærer at bare ved 5 av 100 tilfeller vil det observerte resultat være tilfeldig eller feil. I forskningsfellesskapet er det ikke uvanlig å bruke et signifikansnivå på $p < 0,01$, men ved et strengere signifikansnivå løper man en større risiko for type 1-feil. Bonferroni-testen gir samtidig et strengere signifikansnivå, og minsker dermed sjansen til å begå type 1-feil, dvs. forkaste en sann nullhypotese (risikoen for dette øker når antall parvise sammenligninger øker). Samtidig øker testen sjansen for type-2 feil, dvs. at man feilaktig overser en reell sammenheng. Dette er særlig aktuelt for undersøkelser med forholdsvis lav n (slik som denne), som i seg selv øker sjansen for å begå type 2-feil (Polit & Beck, 2004). Den enkleste måten å redusere risikoen for type 2-feil er å øke utvalget mest mulig, men på tross av puring ved utsendelse av spørreundersøkelsen ble svarprosenten noe lavere enn de 60% som anbefales (Ringdal, 2007).

Resultatene fra denne undersøkelsen er informasjon som stammer fra et utvalg av alle ansatte innenfor institusjonstjenesten, og det må tas hensyn til innslaget av tilfeldig variasjon i resultatene. Samtidig vil det være slik at den som vil være helt sikker på aldri å tro på en utvalgstilfeldighet, må nekte å tro på et hvert utvalgsresultat (Bjørndal & Hofoss, 2004).

6.1.4 Vurdering av gjennomføring

Studien ble gjennomført som del av et prosjekt der formålet var å forebygge og redusere sykefraværet i institusjonene. Det er nærliggende å tro at formålet med studien kan ha påvirket respondentene til å svare på en slik måte at de har overestimert sine belastninger eller fraværshyppighet for på den måten eventuelt å gjøre problemer tydelig for sine overordnede. For å undersøke om det var systematisk feilrapportering i materialet ble respondentenes avkryssinger på "ingen betydning" i spørsmål 6 talt opp og inndelt i grupper etter hvor mange ganger de hadde krysset av på dette svaralternativet. Variabelen ble rekodet for å teste om den korrelerte med BBI skår. En enveis variansanalyse viste at de med få avkryssinger på "ingen betydning" for de 40 items som inngikk i spørsmålet hadde et gjennomgående høyere BBI skår, og BBI skår var fallende samsvarende med de som hadde mange avkryssinger her. Dette ble tatt som en indikasjon på at det ikke var holdepunkter for systematisk feilrapportering.

6.2 Drøfting av resultater knyttet til hypotesetesting

Resultater fra studien blir drøftet med utgangspunkt i hypotesene, og vil være knyttet opp mot teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Frekvenser og fordeling av henholdsvis fravær, utbrenthet og synet på legitimt fravær blir også diskutert.

6.2.1 Sykefravær

Resultatene viser at det siste året har hele 44% av utvalget hatt legemeldt fravær med et gjennomsnitt på 22 dager (sd=16,5), og de siste 4 uker har 31,5% av respondentene hatt fravær. Halvparten av disse var borte mindre enn 3 dager, mens 35,3 % var borte i 14 dager eller mer. Likevel mener bare knapt 12% at de har en del eller mye fravær. Selv om en subjektiv vurdering ligger bak en oppfatning om eget fravær, framtrer dette som et noe overraskende funn. Ut fra undersøkelsen er det kun mulig å spekulere i årsaker til dette. Det kan tenkes at de som har svart på undersøkelsen har hatt fravær i gjeldene tidsrom, men ikke har fravær til vanlig. Den lave svarprosenten kan også ha bidratt til en skjevhet i fordelingen. Men en prosent på 12% som betegner sitt fravær til å være en del eller mye støttes av funn Tveito (2006) gjorde i sin forskning på sykefravær, der hun fant at 10% av arbeidsstokken bidro til 82% av fraværet.

6.2.1.1 Jobbrelatert fravær

Spørsmålet som ga informasjon om hvorvidt siste fravær hadde sammenheng med jobben var det forholdsvis mange (15,6%) som ikke tok stilling til, antagelig delvis ut fra at spørsmålet ikke var relevant for personer uten fravær. Men det er grunn til å tro at enkelte ikke kunne eller ville ta stilling til dette. Av de som svarte var det bare 24% som mente fraværet hadde sammenheng med jobben. Dersom 76% av fraværet i hovedsak skyldes forhold utenfor jobben, kan det være naturlig å dra den konklusjonen at det er lite av fraværet som kan påvirkes gjennom tiltak i arbeidssituasjonen. Men blant de som hevder de har en del eller mye fravær er det 50% som mener siste fravær hadde årsak i jobben. Blant de som hadde fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år er det cirka 30% som mener det samme, og blant de som hadde flere enn 1 periode med legemeldt fravær og legemeldt fravær av en varighet på 10-39 dager var det henholdsvis 50% og nær på 38% som mente siste fravær hadde årsak i jobben. Sammenhenger mellom forhold i arbeidssituasjonen og fraværet vil bli diskutert senere.

6.2.1.2 Sammenhenger mellom sykefravær og respondentenes personlige karakteristika

Resultatene i studien viser ingen tydelige sammenhenger mellom fraværsmålene og de personlige karakteristikkene hos ansatte som jeg har inkludert som variabler i studien, bortsett fra en signifikant sammenheng på 0,05 nivået mellom respondenter som har fravær de betegner som en del eller mye og respondentenes erfaring innenfor eldreomsorg. De med lengst arbeidserfaring (≥ 11 år) er mer enn andre av den oppfatning at de har en del eller mye fravær. Derimot finner den statistiske testingen ingen støtte for at fraværet som er rapportert i undersøkelsen (fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år) har sammenhenger med antall års erfaring, eller med noen av de andre demografiske forhold hos respondentene, som for eksempel alder.

Intuitivt kunne en tenke at lang erfaring innenfor pleieyrker bidrar til slitasjeflager, redusert helse og dermed mer sykefravær. Men det faktiske forholdet at rapportert fravær ikke viser samme tendens leder tanken inn i andre spor. Hva som regnes som "en del eller mye fravær" vil bli betraktet ut fra ulike måleskala (i forhold til andre, i løpet av en tidsperiode, i forhold til hva som er ønskelig), og personlig oppfatning av hva som regnes mye fravær. I tillegg har personer med lang erfaring en "karriere" å se tilbake på, og har dermed mer registrert fravær fra jobb enn den som nettopp er ansatt.

Introduksjonen av studien kan ha påvirket frekvensen av "en del eller mye fravær" ved at respondenten ønsket å vri svaret i retning av hva de oppfatter som formålstjenelig for å få fram arbeidssituasjonens betydning for sykefravær (Ringdal, 2007). En pågående debatt i kommunen omkring kostnader knyttet til sykefraværet kontra en generell økning av personellsituasjonen i institusjonene kan ha vært medvirkende. Men misforholdet mellom fraværsmålene kan også skyldes at personen har mye fravær, men at fraværet ikke er innenfor siste 4 uker, eller legemeldt siste år. Respondenten kan også ha hatt fravær disse perioder, men ikke husket dette (Polit&Beck, 2004).

Dersom deres mening om eget fravær skal tas på alvor, kan dette skyldes at lang arbeidserfaring har bidratt til helseplager. Abrahamsen (2003) har studert yrkesavgang blant norske pleiere (hjelpepleiere og sykepleiere) og finner at 30% av hjelpepleierne oppgir at pleiearbeidet har gitt dem helseplager, og 12,5% av de som har sluttet i yrket oppgir helseplager som årsak. Likevel trenger ikke økende helseplager bety større sykefravær. En

studie fra Finland blant arbeidere med fysisk tungt arbeid (blue-collar workers) viste at selvrapporterte helseproblemer økte med økende alder, men når det ble kontrollert for helseproblemer hadde likevel de yngste størst fravær. Et høyt antall fraværsdager ble funnet for respondenter som rapporterte om helseplager uavhengig av alder (Taimela, Läärä, Malmivaara, Tiekso, Sintonen, Justèn & Aro, 2007). Denne studien har ingen spørsmål knyttet til respondentens helseplager.

6.2.2 Utbrenthet

Gjennomsnittlig utbrenthetskår i utvalget er på 67,1 poeng, og dermed noe lavere enn ”kritisk grense” på 80 som Matthiesen (2000) regner som et faresignal når BBI skalaen brukes som ”tilstandsjekk” på en arbeidsgruppe. Inndeling i sårbarhetsgrupper er ment som bidrag for å gi et bilde av hvor den enkelte befinner seg i forhold til utvikling av utbrenthet (Matthiesen, 2000). Utvalgets fordeling innenfor de 7 ulike sårbarhetsgrupper og fordeling på tre utbrenthetsnivå framgår av tabell 5.2. Resultater fra dette utvalget sammenholdt med resultater i en norsk database for tidligere målinger med BBI, tyder på at respondentene i utvalget i denne kommunen jevnt over har et noe lavere utbrenthetsnivå enn sammenlignende tall. Tabellen nedfor viser forskjellene mellom funnene i foreliggende studie og tall fra databasen.

Tabell 6.1: Forskjell i frekvensfordeling mellom foreliggende studie og tall fra norsk database

	Database *		Denne studien	
	N	%	N	%
Totalt	3582	100,0	102	100,0
1 Fantastisk tilfreds / Ikke utbrent, 25-29poeng	43	1,2	4	3,9
2 Svært tilfreds / Ikke utbrent, 30-49 poeng	594	16,6	30	29,4
3 Tilfreds / Ikke utbrent, 50-74 poeng	1318	36,8	36	35,3
4 Bør være litt observant / Nepe utbrent, 75-99poeng	1002	28,0	17	16,7
5 I grenseland til utbrenthet, 100-124 poeng	478	13,3	7	6,9
6 Utbrent, 125-149 poeng	131	3,7	7	6,9
7 Alvorlig utbrent, 150-175 poeng	16	0,4	1	1,0

* Kilde: Frekvensfordeling utbrenthetsgrupper, norsk database (Matthiesen, 2000:306)

Siden gjennomsnittlig utbrenthetsnivå i utvalget er lavere enn den ”kritiske grensen” på 80 poeng kan det være nærliggende å dra den konklusjonen at problemet er så marginalt at det ikke er nødvendig med videre identifisering av sammenhenger til problemet. Men siden 30-50% av de som har hatt sykefravær (målt med ulike fraværsmål) mener fraværet er jobbrelatert, og det vises en sterk signifikant forskjell i utbrenthetskår for de som mener fraværet har vært jobbrelatert kontra ikke-jobbrelatert, er det vesentlig å identifisere de

faktorer utbrenthet viser sammenheng med. Signifikante forskjeller mellom ulike gruppers utbrenthetskår kan antyde at disse gruppene til forskjell fra grupper med lav skår har en belastende arbeidssituasjon.

6.2.2.1 Utbrenthet og respondentenes personlige karakteristika

Resultater fra den statistiske testingen viser at respondenter som har middels erfaring (3-10år) har signifikant lavere utbrenthetskår enn de som har liten (≤ 2 år) eller lang (≥ 11 år) erfaring innenfor eldreomsorgen. Antydningen til at de med minst erfaring (≤ 2 år) er mest utbrente støttes av forskning som viser at utbrenthet mer forekommer i begynnelsen av karrieren, og at arbeidserfaring kan ha en beskyttende effekt mot utbrenning (Maslach et al., 2001, Matthiesen, 2000). Dersom man antar at de med minst erfaring er relativt nyutdannet kan utviklingen av utbrenthet ha sammenheng med et "realitets-sjokk" som kommer som resultat av urealistiske forventninger til seg selv og sin rolle (Matthiesen, 2000).

Dersom lang erfaring sees på som eksponering av arbeidsbelastning over tid, er det rimelig å anta at dersom belastninger i arbeidssituasjonen medfører utbrenthet, vil belastning over tid medføre "mer" utbrenthet. Denne sammenhengen kom til uttrykk i en studie der hensikten var å undersøke sammenhengen mellom individuelle personlighetskarakteristikker og utbrenthet (Burke, Matthiesen & Pallesen, 2006). Det ble funnet at utbrenthet økte med økende ansiennitet. Maslach og medarbeidere (2001) hevder også at kjernen i utbrenthetssyndromet skyldes den langvarige overbelastningen. Dette kan ytterligere være en støtte for tendensen i denne studien der de med middels erfaring er minst utbrente. De har fått erfaring nok til å mestre kravene de stilles overfor, samtidig som de ikke har vært belastet lenge nok. Forholdet mellom ulike belastninger i arbeidssituasjonen og utbrenthet vil bli tatt opp senere.

Det finnes gjennom den statistiske testingen ingen støtte for at det er forskjellig grad av utbrenthet innenfor de ulike yrkes- og aldersgrupper, eller at respondentens tilknytning til arbeidsplassen i form av ansettelsesforhold og stillingsstørrelse har sammenheng med ulike utbrenthetskår. Det er likevel en tendens til at sykepleierne er litt mer utbrente enn hjelpepleierne, som igjen er litt mer utbrente enn de ufaglært, men sammenhengen er ikke signifikant.

Man kan spekulere i årsakene til at de ufaglærte synes minst utbrente, særlig siden kunnskap og kompetanse i kraft av det å mestre sine arbeidsoppgaver skal virke beskyttende mot

utbrenning (Leiter, 1991). Tendensen vi ser i dette utvalget at personer med høyere utdanning har høyere nivåer av utbrenthet enn de mindre utdannede medarbeiderne støttes likevel av andre studier (Maslach et al., 2001), men om dette skyldes at variabelen samvarierer med for eksempel ansvarsmengde, stillingstype eller status i avdelingen, eller om de med utdanning har mer urealistiske forventninger til jobben blir gir ikke data grunnlag for å vurdere. De ufaglærte er i hovedsak midlertidig ansatt og kan derfor ha mindre ansvarsbyrde.

Det spekuleres i om utdanning i seg selv kan være en prediktor for utbrenthet. Personer som er utsatt for utbrenning hevdes å være engasjerte, pliktoppfyllende og entusiastiske mennesker med store ambisjoner og langsiktige mål, og det kan tenkes at arbeidstakere med lang utdanning mer hører inn i disse grupper av mennesker (Falkum, 2002). Når disse i tillegg møter utilstrekkelige rammebetingelser, som er et kjent problem i kommunal sektor, kan dette påvirke utbrenthet.

6.2.3 Fravær og opplevde arbeidsbelastninger

Den statistiske testingen finner ikke støtte for at opplevde belastninger i arbeidssituasjonen, (kvantitative- og kvalitative jobbkraav, manglende egenkontroll, rollekraav, destruktive sosiale relasjoner og manglende sosial støtte) har sammenheng med fraværnivået hos ansatte.

Likevel bekrefter mer enn halvparten av de som setter sitt fravær i sammenheng med jobbsituasjonen, at forhold som ble nevnt i de sammensatte målene har betydning for deres fravær.

Dette kan indikere at sprik i svarrespons fra de ulike avdelinger kan ha gitt frafallsfeil og dermed en underestimering av sammenhenger mellom belastninger og fravær. Dette kan gjøre seg gjeldende dersom personer som ikke har svart er personer som ved det tidspunkt undersøkelsen fant sted var ute av jobb på grunn av sykemelding. Selv om spørreundersøkelsen ble sendt til hjemadresse fikk ikke disse like god informasjon som de andre. Data tillater imidlertid ingen konklusjoner på dette punktet.

Studier viser at langtidssykemeldte generelt opplever å ha arbeid med høyere psykososiale kraav, lavere egenkontroll og svakere sosial støtte enn normalbefolkningen. Det psykososiale arbeidsmiljøet har betydning for langtidssykemelding selv når det tas hensyn til alder, fysiske arbeidsvilkår, familieforhold og livsstil (Riksförsäkringsverket, 2003).

Den andre halvparten (43 %) av de som relaterer sitt sykefravær til jobbsituasjonen, mener at de belastningsfaktorer som framkommer gjennom de sammensatte målene ikke er årsak til siste fravær. Dermed er det andre forhold i arbeidssituasjonen enn de som tas opp i spørsmål 6 som respondentene setter i sammenheng med sitt fravær. Det er nærliggende å tenke på belastningslidelser som gir helseplager uten at det oppleves belastende i det daglige arbeidet.

6.2.4 Utbrenthet og opplevde arbeidsbelastninger

De opplevde arbeidsbelastninger viser derimot tydeligere sammenhenger med utbrenthet, da egenkontroll og kvantitative jobbkrav oppleves signifikant forskjellige for personer med lave utbrenthetskår kontra personer med høye utbrenthetskår. Den statistiske testingen finner derimot ikke støtte for at de andre målene for opplevde belastninger i arbeidssituasjonen, rollekrav, destruktive sosiale relasjoner og manglende sosial støtte har sammenheng med personenes utbrenthetsnivå.

En av hovedårsaker til utbrenning er i følge Leiters prosessmodell kronisk stress på grunn av misforhold mellom krav og ressurser, enten for mye av det vi ikke makter, eller for lite av det vi trenger (Hellesøy, 2002). At de kvantitative krav og manglende egenkontroll i arbeidssituasjonen viser sammenhenger med utbrenthet i denne studien finner støtte i Leiters modell. Kvantitative jobbkrav er den fremste årsak til utbrenthet, og det er funnet klare sammenhenger med utbrenthet i studier både der respondenter selvrappporterer arbeidsmengde og tidspress, og studier der dette blir objektivt målt (Maslach et al., 2001). Kvantitative krav er i denne studien forstått som tidspress, stor arbeidsmengde og fysiske belastninger.

Egenkontroll defineres som individets mulighet for å påvirke beslutninger, spenner fra innflytelse på beslutninger som blir tatt av ledelsen, til frihet til selv å bestemme over utførelsen av det daglige arbeidet (Skogstad, 1996). Mangel på egenkontroll er i denne studien forstått som manglende innflytelse og fleksibilitet i forhold til arbeidstid og arbeidstempo, mangel på påvirkningskraft på mengde og type arbeidsoppgaver, og manglende muligheter til å delta i viktige avgjørelser om arbeidets innhold. Dette er den av de sammensatte mål for belastninger i arbeidssituasjonen som bidrar mest til variansen i utbrenthetskår i denne studien. I følge Leiters prosessmodell vil manglende autonomi og medbestemmelse i beslutningsprosessene i arbeidet gjøre personen utsatt for utbrenthet, og Karasek og Theorell

(1990, referert i Skogstad, 1996) peker på manglende kontroll over egen arbeidssituasjon som avgjørende for betydningen av stress-relaterte belastninger og dårlig helsestatus.

Det hevdes at det norske arbeidslivet de senere år har vært preget av internasjonalisering og ”nye organisasjonsoppskrifter”, samtidig med at det har vært et ”press” på velferdsstaten som har resultert i effektivisering og konkurranseutsetting i offentlig sektor. Det hevdes at dette har medført en brutalisering av arbeidslivet, og det diskuteres om det kan gå på bekostning av tradisjonell omsorg innenfor omsorgssektoren. (Sørensen, 2002, Wahl, 2002).

Hamran (1992) har forsket på pleiefellesskapet i sykehusavdelinger, og sett det i lys av de ”nye organisasjonsoppskriftene”. Hun framhever pleie- og omsorgsarbeidets egen struktur og rasjonalitet, og kritiserer sammenligninger av omsorgsarbeid med produksjonsarbeid der fokus er mer rettet mot sluttproduktet enn på prosessen i arbeidet. Hun mener pleiearbeidets resultater er en del av prosessen, og fremhever betydningen av det kontinuerlige, felles omsorgsansvaret som er direkte knyttet til samarbeidet i avdelingen. Den nye markedsinspirerte tenkemåten kan gjøre noe med strukturene i arbeidet, og den enkeltes muligheter til å handle moralsk, å ta ansvar og å gjøre valg. Dette kan gi seg uttrykk i individuelle belastninger hos arbeidstakeren. Hun mener pleiefagets tradisjon står foran radikale endringer og at autonomien i faget svekkes på grunn av organisasjonsendringene som skjer (Hamran, 1995).

Sørensen og medarbeidere (1998) drøfter den effektiviseringen av kommunale pleietjenester som gjøres gjennom avbyråkratisering og desentralisering av beslutningsansvar. Prinsippene har vært at avgjørelser best blir tatt nærmest mulig den som avgjørelsen gjelder, det vil si pasienten på sykehjemmet. Som ledd i prosessen har gjerne den kommunale organisasjonen som er bygget opp rundt tjenestene blitt ”flatere” gjennom å fjerne administrative stillinger og politiske styringsorgan på mellomnivå, for på den måten å gjøre veien fra toppledelse til tjenestenivå kortere.

Kommunen der undersøkelsen ble gjennomført har for noen år tilbake innført det som Sørensen og medarbeidere (1998) omtaler som en ”flat organisasjonsstruktur”.

Institusjonstjenesten bestående av de tre institusjoner som inngår i denne undersøkelsen regnes som en virksomhet med en virksomhetsleder direkte underlagt rådmannen, og som har et totalt administrativt ansvar for driften av tjenesten. Avdelingslederne har det

sykepleiefaglige systemansvaret ved hver avdeling samt et administrativt ansvar for egen avdeling (blant annet økonomistyring).

Studier fra lignende omorganiseringer viser at på tross av en intensjon om en desentralisering skjer det en sentralisering av makt i organisasjonen, samtidig som ansvaret for å ta beslutninger er blitt delegert nedover i organisasjonen (Kvande & Rasmussen, 1995 referert i Sørensen et al., 1998). Det blir hevdet at konsekvensene derfor har vært at pleiearbeiderne i større grad enn før har fått ansvar for ta beslutninger om hvilken og hvor mye hjelp den enkelte skal få. De vanskelige beslutninger som handler om å møte brukere/pasienter og pårørende ansikt til ansikt, og særlig ved avslag på spørsmål om mer hjelp, blir den enkelte pleiers ansvar, mens rammebetingelser som legger premisser for beslutningene har pleieren ingen innflytelse på (Sørensen, et al., 1998).

Dersom man skal ta Sørensen og Wahls bekymringer for de ”nye tider” på alvor, kan altså utbrenthet betraktes som et resultat av at organisasjonen ikke er strukturert på måter som gjør det mulig for de ansatte å både ivareta seg selv, sin egen helse og brukerne av tjenesten. Sørensen og medarbeidere (1998) hevder at omsorgsorganisasjoner må organiseres annerledes enn andre virksomheter. Det må være større rom for variasjon i arbeidsoppgavene og større rom for at ansatte får jobbe i team. Siden arbeidsoppgavene er preget av ”grenseløse forventninger” må det organiseres inn grensesetting framfor å la det være et individuelt ansvar. Teamarbeid kan dempe sårbarheten i forhold til ”grenseløse forventninger” som den enkelte ellers lett eksponeres for (Sørensen et al., 1998). Det framheves at lederen spiller en stor rolle i arbeidsfellesskapet for å identifisere, forebygge og intervensere mot utbrenning, og det anbefales å stimulere til medvirkning i planlegging og beslutningstaking for å unngå opplevelse av manglende egenkontroll (Hellesøy, 2002).

6.2.5 Utbrenthet og fravær

Studiens resultater viser som nevnt en sterk signifikant forskjell i utbrenthetskår for de som mener fraværet har vært jobbrelatert kontra ikke-jobbrelatert, og det viser seg at respondentenes grad av utbrenthet har sammenheng både med deres oppfatning om eget fraværnivå og med deres fravær i de 4 siste ukene. Det kan ikke sannsynliggjøres noen sammenheng mellom respondentens utbrenthetsnivå og legemeldt fravær, men for de som har hatt legemeldt fravær siste år er det sannsynlig at respondentens utbrenthetsnivå har

sammenheng med varighet på fraværet siden gjennomsnittlig utbrenthetsnivå stiger fra 58 til 103 for respondenter som har hatt henholdsvis 10-39 dagers fravær og de som har 40 dagers fravær eller mer.

Personer som er utbrente er gjerne utmattet, både fysisk og psykisk, og greier ikke å utføre sitt arbeid like godt som tidligere. De er gjerne misfornøyd med en rekke sider av arbeidet sitt, har problemer med konsentrasjonen, føler seg nedkjørte og stresset og føler de ikke har noe å gi til pasienter og pårørende (Larson,2003, Matthiesen, 2002). Sammenhengene mellom utbrenthet og fravær som er funnet i denne studien støttes av mange andre studier både med pleiepersonell (Eriksen, 2006, Eriksen et.al, 2003, Parker & Kulik, 1995, Skogstad et.al, 1990),og andre yrkesgrupper (Borritz, 2005). Studiene viser at jo mer utbrent personene er jo mer sykefravær registreres, både i frekvens og varighet. PUMA studien (Borritz, 2005) fant at sykefraværet falt i takt med fall i nivået på utbrenthet, og i oppsummeringen av studien understrekes det at utbrenthet både kan forebygges og reduseres.

Av respondentene (N=21) som mener fraværet er jobberelatert er 42 % ikke utbrente, mens 38% er utbrent eller i grenseland for å bli utbrente (tabell 4 i appendix). Dette kan tolkes som at arbeidsmiljøet også er årsak til lidelser av en mer fysisk karakter. Eriksen og medarbeidere (2004) fant i sin undersøkelse blant 4266 hjelpepleiere at 56 % av hjelpepleierne de siste ukene før undersøkelsen fant sted hadde vært plaget av ryggsmarter, 25 prosent hadde vært mye plaget. Smertene var relatert til tunge løft på jobben. Men de fysiske plagene ble også relatert til psykososiale faktorer i jobben, da de fant økt risiko for ryggsmarter ved mangel på opplevd sosial støtte i arbeidsmiljøet.

6.2.6 Fravær for å unngå langtidsfravær

At korttidsfravær brukes som en egenstyring av arbeidstiden, og som en mestringsstrategi for å forebygge negativ helseutvikling og mestre belastningslidelser er kjent fra forskningen (Brandth, 1982, Dahl- Jørgensen et.al, 2002) og det kan synes som om dette kommer fram som en tendens i denne studien. Analyser av sammenhenger mellom sykefraværet og om arbeidstakeren tar ut fravær for å unngå langtidsfravær viser en signifikant sammenheng for fravær siste 4 uker. Av de som har hatt fravær siste 4 uker har 50% brukt fravær for å unngå langtidsfravær.

Forskningen argumenterer for at korttidsfravær i form av egenstyring kan ha en gunstig effekt på de ansattes helse, både for de friske som en forebyggende strategi, og for personer med belastningslidelser som på den måten kan lindre sine plager og dermed leve og arbeide med sine lidelser (Brandth, 1982, Dahl- Jørgensen et.al, 2002).

Det blir påpekt at muligheten til å benytte fravær som en mestringsstrategi ikke bare vil være avhengig av belastningsnivået, men også av om miljøet individet arbeider i tillater dette. Pleie- og omsorgssektoren blir betegnet som ”spesiell” i så måte. Den omsorgsorienterte kulturen, med en sterk kvinnelig pleiekultur, inneholder et press om å være tilstede på jobb av hensyn til pasientene. Dette er en kultur som framhever at det er viktigere å ta hensyn til pasientene framfor seg selv, og det å være ”sterk, uslitelig og tøyelig” er dyder som settes høyt.

6.2.7 Legitimt fravær

Dette leder over til spørsmålet om når det er legitimt å ta ut fravær. Resultatene viser at de fleste mener at det å føle seg uvel eller sliten ikke er god nok grunn til å være borte fra jobben. Dersom man har feber eller ”føler seg syk” mener de fleste at man kan ha grunn til å være fraværende, mens utvalget er delt i synet på om muskelsmerter er legitimt fravær. Dahl-Jørgensen og medarbeidere (2002) fant i sin studie at majoriteten av deres informanter fant det vanskelig å være borte fra jobben hvis de ikke var ”virkelig syke”, og hovedårsaken var hensynet til beboere/brukere. Diagnosen ”forkjølelse/influensa” hadde størst legitimitet som fraværsgrunn og da i form av å beskytte beboer/bruker, mens diagnoser som kunne plasseres innenfor belastningslidelsene ikke ble akseptert som god nok grunn. Det ble ansett som å være for mye opptatt av eget velbefinnende på bekostning av beboere/brukere. Dette ser ut til å støttes gjennom denne studien siden feber og det å ”føle seg syk” er mer legitim fraværsgrunn enn muskelsmerter.

Testing av sammenhenger mellom fraværet og ulike syn på hvor syk en skal være før det er legitimt å ta ut fravær viser ingen signifikante forskjeller mellom de ulike fraværsnivå, men det er en liten tendens til at slitenhet og smerter aksepteres som mer legitimt fravær for respondenter som siste 4 uker har hatt fravær, enn det gjør for de som ikke har hatt fravær siste uker. Dette kan være en indikasjon som styrker antakelsen om at respondentene har brukt korttidsfraværet å mestre de belastninger de opplever i arbeidslivet.

6.3 Konsekvenser for praksis

Hensikten med denne studien var å finne sammenhenger mellom arbeidssituasjonen og fraværet, der forekomsten av utbrenthet ble studert siden indikasjoner på utbrenthet kunne være et mål for belastninger i arbeidssituasjonen. Studien antyder at mangel på egenkontroll er den belastningen i arbeidssituasjonen som viser størst variasjon i forhold til utvikling av utbrenthet eller tegn på overbelastning hos ansatte, etterfulgt av kvantitative krav.

Utbrentheten viser sammenhenger med korttidsykefraværet og lengden på det legemeldte fraværet, og samtidig antydes det at ansatte tar ut korttidsfravær med den begrunnelsen at de da unngår langstidsfravær.

Dersom det er riktig som resultatene i studien antyder, at de ansatte har fått mer å gjøre, samtidig som de har mindre kontroll, står dette i motsetning til intensjonene med avbyråkratiseringen som har funnet sted i den kommunale organisasjonen. Tanken har nok vært å gi ansatte mer rom for individuelle vurderinger i forhold til utfordringene de står overfor til daglig.

At misforholdet mellom krav og kontroll kompenseres med fravær for å ta seg igjen er et tegn på en belastende arbeidssituasjon, og samtidig en unødvendig ”sløsing” med nødvendig arbeidskraft og kompetanse. Skal tiltak i forhold til sykefraværet settes i verk med bakgrunn i resultater fra denne studien, kan det være hensiktsmessig å øke ansattes opplevelse av autonomi og medbestemmelse i det daglige arbeid. Et godt utgangspunkt kan være å ta utgangspunkt i Karasek og Theorell (1990, referert i Haukedal, 2004) sin krav-kontroll-sosial-støtte-modell, og arbeide med sosial støtte i organisasjonen. Sosial støtte omfatter i hovedsak integrasjon (sosiale bånd i nettverket), samspillet kvalitet (sosialt klima), oppfattet støtte og faktisk mottatt støtte (Haukedal, 2004).

For å styrke arbeidstakerens autonomi, medbestemmelse og mestring foreslår Hellesøy (2002) med referanse til Leiters prosessmodell at generelle organisatoriske forbyggingsstrategier i forhold til utbrenthet i organisasjonen kan gjennomføres på arbeidsplassen.

- Justere og omforme arbeidsoppgaver (mengde, type)
- Tilpasse arbeidsomgivelsene og arbeidsredskapene
- Etablere fleksible arbeidstidsordninger
- Stimulere til medvirkning i ledelse (planlegging, beslutningstaking)

- Analysere roller og klargjøre forventninger i arbeidet
- Bygge sterke gode team
- Bidra til kompetanseutvikling

6.4 Videre forskning

At samfunnsutviklingen og dermed den kommunale organisasjonen er preget av store endringer er dokumentert (Sørensen, 2002). Særlig er den avbyråkratisering som har funnet sted i helsetjenestene og kommunal sektor tydelig. En av intensjonene bak avbyråkratiseringen har vært å gi de ansatte mer kontroll ved å tydeliggjøre at det er de ansatte som har best innsikt og kunnskap om pasienten og dermed de beste forutsetninger for å ta beslutninger som angår behov for hjelp. Men dersom det er riktig som Sørensen og medarbeidere (1998) viser til i sin diskusjon, at den reelle makten til å styre rammene for beslutningene er sentralisert på et "høyt" nivå i organisasjonen, og dette forblir upåvirket av de krav som daglig oppleves "nede" i organisasjonen, kan avstanden bli for stor til at det er mulig å ta ansvar for de beslutninger som må tas i det daglige, og dermed oppleves dette ikke som en kontroll.

Avbyråkratiseringen som har funnet sted kan framstå som en demokratiseringsprosess, men den kan også tolkes som en skjult disiplinering av arbeidstakeren. Sosiologen Thomas Mathiesen diskuterer dette, og mener dagens samfunnsutvikling gjør at mennesker på ulike arena underkastes en raffinert, stille disiplinering som gjør at de innordner seg tanker og forståelsesmåter fra beslutningssystemer "høyt oppe", og at de gjør det uten å vite om det. Den skjulte disiplinering har nådd det han betegner som et høydepunkt når mennesker tror de er frie til å ta beslutninger (Mathiesen, 1978).

Et interessant forskningsperspektiv hadde vært å belyse ansattes arbeidsforhold og arbeidshelse i forhold til den innflytelse de har på beslutninger og prioritering av rammer for tjenesten. Et analyseperspektiv hadde vært å se slike data i lys av en av Thomas Mathiesens makt-teorier, den skjulte disiplinering.

Referanser:

Arbeids- og velferdsetaten NAV (2008): **Hva er IA?** Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet

<http://www.nav.no/page?id=307>

Bakker, AB. (2003): Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. **Journal of Vocational Behavior** 62 (2003), 341-356

Bjørndal, A. & Hofoss, D., (2004): **Statistikk for helse- og sosialfagene**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Borritz, M. (2005): **Burnout in human service work – causes and consequences**. Ph.d thesis. National Institute of Occupational Health, Denmark

Brandth, B., (1982): **Fravær fra arbeidernes synsvinkel; Interesse og ansvar for kvinnelige industriarbeideres bruk av fravær**. Rapport STF82 A82010, Trondheim: IFIM SINTEF- gruppen

Brandth, B., (1980): **Hva er fravær? Definisjoner, mål og forklaringer**. Rapport STF82A 80010, Trondheim: IFIM SINTEF- gruppen

Breivik, T., (2002): Norsk produktivitetsinstitutt 1953-1985, **I: Håndbok for Riksarkivet**, Riksarkivet og Statsarkivet, Oslo
<http://www.statsarkivet.no/arkivverket/publikasjoner/nett/handbok-ra/inst-dep/prod.html>

Burke, R., Matthiesen, SB., Pallesen, & S., (2006): Workaholism, organizational life and well-being of Norwegian nursing staff. **Career Development International**, 11:5, 463-477.

Christophersen, K-A. (2006): Databehandling og statistisk analyse med SPSS. 3. utgave, Oslo: Unipub forlag AS

Dahl-Jørgensen, C., Mo, TO., & Saksvik, PØ., (2002): Fravær som mestringsstrategi for bedre helse? I: **Tidsskrift for samfunnsforskning**, nr 1, 2002, Oslo: Institutt for samfunnsforskning

Dallner M., Elo AL., Gamberale F., Hottinen V., Knardahl S., Lindström K., Skogstad A. & Ørhede E., (2000): Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for psychological and social factors at work. **Nordic Council of Ministers**, Nord, 2000:12

Demerouti, E., Bakker, AB., Nachreiner, F. & Schaufeli, WB. (2001). The Job Demands-Resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, 86, 499–512

Eikemo, TA. & Clausen, TH.(2007): Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring I kvantitative analyseteknikker, Trondheim: Tapir Akademiske Forlag

Einarsen, S. & Schulze, O-C (2000): Å redusere bedriftens sykefravær; et håpløst prosjekt? I: Einarsen, S & Skogstad, A: **Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer**, Fagboklaget, Bergen

Eriksen, W., (2006): Work factors as predictors of persistent fatigue; a prospective study of nurses' aides. **Occupational and Environmental Medicine** 63:428-434

Eriksen, W., Bruusgaard, D. Knardahl, S. (2004): Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. **Occupational and Environmental Medicine** ; 61:398-404

Eriksen, W., Bruusgaard, D. Knardahl, S. (2003): Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. **Occupational and Environmental Medicine**; 60:271-278

Falkum, Erik (2002): Utbrenthet – begrepsdimensjoner, mål og forklaringer. I: Roness, Atle & Matthiesen, Stig Berge(red): **Utbrent. Krevende jobber – gode liv?** Fagbokforlaget, Bergen

Field, A. (2005): **Discovering statistics using SPSS**, London: Sage

Forseth, U. & Rasmussen, B (red). (2002): **Arbeid for livet**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Forseth, U. (2001): **Boundless work – Emotional Labour and Emotional Exhaustion in Interactiv Service Work**. Dr.polit.-avhandling 2001. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: NTNU

Forseth, U. (1994): **Arbeidsmiljø som konkurransefaktor i tjenesteyting?** Rapport 6, København: Nordisk ministerråd

Fugelli, P. (2002): Det sykdomsskapende samfunn, I: Roness, Atle & Matthiesen, Stig Berge (red): **Utbrent. Krevende jobber – gode liv**. Bergen: Fagboklaget

Grimsmo, A. & Sørensen BA., (1991): **Fravær og fraværsårsaker i norsk arbeidsliv, en survey basert på et utvalg av Arbeidskraftundersøkelsene**. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Hallsten, L.(1993): Burning out: A framework. I: Schaufeli, WB., Maslach, C. & Marek, T. (red): **Professional Burnout: Recent Developments I Theory and Reseach**, Philadelphia: Taylor & Francis

Hagen, K. & Hippe JM. (1991) **Alle vet jo at**. Rapport om sykelønn og sykefravær. Fafo-rapport 119. Oslo: Fafo, Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Haukedal, W. (2004): **Arbeids- og lederpsykologi**. Oslo : Cappelen Akademiske Forlag,

Hellesøy, Odd H (2002): **God ledelse - vaksinasjon mot utbrenning**. I: Roness, Atle & Matthiesen, Stig Berge (red): Utbrent. Krevende jobber – gode liv. Bergen: Fagboklaget

Ihlebaek, C, Brage, S & Eriksen, HR. (2007): Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003, **Occupational Medicine**, 57: 43 - 49

Jensen, J. & Wærstedt, M. (2004): Psykologiske og sosiale faktorer og helse. I: **Arbeidsforhold av betydning for helse**. Rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

Johnson, JV & Hall, EM (1988): Job strain, workplace support and cardiovascular diseases: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, 78(10), 1336-1342

Karasek, RA (1997): Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Health: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, 24,285-308

Knardal, S (2000): Arbeid, stress og helse. I: Einarsen, S & Skogstad, A: Det gode arbeidsmiljø, Krav og utfordringer, Bergen: Fagboklaget

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). **The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout**. *Work & Stress*, 19, 192–207.

Kerckänen, P., Kuiper, NA: & Martin, RA (2004): Sense of humor, physical health, and well-being at work: A three-year longitudinal study of Finnish police officers. I: **Humor** 17 – ½ (2004), 21-35

Lov om folketrygd: Arbeids- og inkluderingsdepartementet. **Lov 1997-02-28-19**
<http://www.lovddata.no/all/nl-19970228-019.html>

Larson, Solveig Klingberg (2003): **Stress og helse. Stressutløst utmattelse og utbrenthet**. Oslo: Gyldendal Forlag

Leiter, M. (1991): The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations, I:**Canadian Psychology**, 1991,32:4

Martinsen, Kari (2005): Omsorg i sykepleien – en morals utfordring. I: Martinsen, Kari; **Samtalen, skjønnnet og evidensen**. Oslo: Akribes

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, 2, 99–113.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). **Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed.)**, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Maslach, C., Jackson, SE. & Leiter, MP. (1996). **Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)**, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, 397–422.

Mathiesen, T. (1978): **Den skjulte disiplinering. Artikler om politisk kontroll**. Oslo: Pax Forlag AS

Matthiesen, SB. (2002). Utbrenthet i det moderne – en oversikt. I: Roness, A & Matthiesen, SB. (red): **Utbrent. Krevende jobber – gode liv?** Bergen : Fagbokforlaget

Matthiesen, SB. (2000): Ildskjeler brenner ikke evig – om utbrenthet i arbeidslivet I: Einarsen, S & Skogstad, A: **Det gode arbeidsmiljø, Krav og utfordringer**, Bergen: Fagboklaget

Matthiesen, S B & Dyregrov, A (1992): Empirical validation of the Bergen Bournout Indicator, I: **International Journal of Psychology**, 27(3-4):497.

Matthiesen S B & Dyregrov A (1988) : Arbeidsbelastninger knyttet til skolepsykologisk arbeid. Burnout og jobbtfredshet sett I forhold til PPT-ansattes planer om å skifte jobb. I: **Tidsskrift for Norsk Psykologforening** 1988, 25:27-39

Mehlum IS, Kjuus H, Veiersted KB & Wergeland E (2006): Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. **Occupational Medicine**; 56:371-37

Moreau, M., Valente, J., Mak, R (2004): Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce; the Belstress study. I: **Epidemiological Community Health** 58:507-516

Mykletun, Reidar J.(2002): Utbrenthet i læreryrket. I: Roness, Atle & Matthiesen, Stig Berge (red): **Utbrent. Krevende jobber – gode liv**. Fagboklaget, Bergen

Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB & Kristensen TS, (2006): Psychosocial Work Environment and Absence From Work: Estimating the Etiologic Fraction, **American journal of industrial medicine**; 49:187-196

Nytrø, K (1997): **Sykefravær – årsaker og muligheter**. En oversikt over årsaker til fravær og mulighet til forbygging. Rapport STF38 A 97510 Trondheim: IFIM SINTEF

Nytrø, K (1995): **Ansattes syn på fravær**. Rapport STF82 A95008, Trondheim: IFIM SINTEF

- Orvik, A.(2004): **Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid**, Oslo: Cappelens Forlag AS
- Ose, SO, Jensberg, H., Reinertsen, RE, Sandsund, M & Dyrstad, JM. (2006): **Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger**. Rapport A325. Trondheim: SINTEF Helse
- Ose, SO.(2003): **Essays on Worker Absenteeism**. Dr.polit.-avhandling 2003. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: NTNU
- Parker A. & Kulik JA. (1995): Burnout, Self- and Supervisor- Rated Job Performance, and Absenteeism Among Nurses. I: **Journal of Behavioral Medicine**, Vol.18, No6,1995
- Polit, DF. & Beck, CT: (2004): **Nursing Research. Principles and Methods**, Seventh Edition, Lippincott: Williams & Wilkins
- Ringdal, K: (2007): **Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 2.utgave**. Bergen: Fagboklaget
- Riksforsäkringsverket (2003): Psykosocial arbeidsmiljö & långvarig sjukskrivning. Analysar 2003:3
- Saksvik, PØ & Nytrø, K (2005): Hvordan virksomheter kan forebygge og håndtere belastninger på arbeidsplassen. I: Einarsen, S & Skogstad, A: **Den dyktige medarbeider, Behov og forventninger**, Bergen, Fagboklaget
- Salmela-Aro, K, Näätänen, P. & Nurmi, JE (2004): The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. I: **Work & Stress**, July 2004, vol.18, no.3, 208-230
- Skogstad, Anders , Knardahl,Stein, Lindström,Kari, Elo, Anna-Liisa, Dallner, Margareta, Gamberale, Francesco, Hottinen;Vesa, Ørhede,Elsa (2001): **Brukerveiledning QPSNordic. Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid**,Oslo. <http://apu.idium.no/stami.no/filestore/01nr.1.pdf>
- Skogstad, A. (2000): Psykologiske faktorer I arbeidet. I: Einarsen, S & Skogstad, A: **Den dyktige medarbeider, Behov og forventninger**, Bergen: Fagboklaget
- Skogstad, A. (1996): **Arbeidstakernes egenomsorg som basis for klientenes helse og trivsel**. Arbeidsmiljøutvikling og internkontroll innen pleie- og omsorgstjenester som led I forebygging av belastningslidelser. Sluttrapport for Bella-prosjektet. Bergen: Universitetet I Bergen

Skogstad, A, Matthiesen, S B, Hellesøy, (1998): Bullying at work. Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. I: **Journal of Occupational Health Safety** – Aust NZ 1998, 14(6): 563-568

Siegrist, J (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, 1, 27-37

Statistisk sentralbyrå (2007): **Utvalgte nøkkeltall, kommuner – nivå 1**. Oslo-Kongsvinger Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway, 2007

<http://www.ssb.no/kostra/stt/index.cgi?nivaa=1®ionstype=kommune>

Statistisk sentralbyrå (2002): **Om statistikken**
<http://www.ssb.no/sykefratot/>

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2007): **Tabell:04716: Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring og type sykefravær**
http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=sykefratot

Steers, RM & Rhodes, SR (1978): Major Influences on Employee Attendance: A Process Model. **Journal of Applied Psychology**; 63,391-407

Sørensen, BA (2002) : Det grådige arbeidslivet. I: Roness, A & Matthiesen, SB. (red): **Utbrent. Krevende jobber – gode liv?** Bergen : Fagbokforlaget

Sørensen, BA., Dahl- Jørgensen, C., Skogstad, A. (1998): **Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren – En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk**. AFI-rapport 6/1998. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Taimela, S , Laara, E, Malmivaara, A , Tiekso, J , Sintonen, H , Justen, S , Aro, T (2007): Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work, **Occupational and Environmental Medicine**; 64 (11): 739-746 Nov 2007

Tapper, NM (2006): Frivillighet og samtykke, I:**Forskning på mennesker-veiledning**. De nasjonale forskningsetiske komiteer. 2006

Torsvik, M. (2000): **Etterspørsel og utgifter til pleie- og omsorg**. Rapporter 2000/21, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Tveito, T. (2006): Sick Leave and Subjektive Health Complaints. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen, 2006, Bergen: Universitetet i Bergen

Wergeland, E. & Bruusgaard, D. (2005): Er fraværreduksjon en oppgave for leger? **Tidsskrift for den norske lægeforening**, nr.21, 125:2984-7

Tabelloversikt

	Side
Tabell 4.1: Deltagerrespons i forhold til gjennomsnittlig fravær for hele 2007 i ulike avdelinger	31
Tabell 4.2: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Kvantitative jobbkrav”	36
Tabell 4.3: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Kvalitative jobbkrav”	37
Tabell 4.4: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Rollekrav”	37
Tabell 4.5: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Destruktive sosiale relasjoner”	38
Tabell 4.6: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Manglende egenkontroll og medbestemmelse i beslutningsprosesser”	39
Tabell 4.7: Korrelasjonsmatrise og reliabilitetsanalyse for indikatorer i skalaen ”Manglende sosial støtte”	40
Tabell 4.8: Skjevhet og kurtosemål for ulike fraværsmål	44
Tabell 4.9: Skjevhet og kurtosemål for utbrenthetskår og de ulike mål for belastninger i arbeids-situasjonen	44
Tabell 5.1: Utvalgets fordeling i forhold til ulike fraværsmål	46
Tabell 5.2: Utvalgets fordeling i forhold til utbrenthet	47
Tabell 5.3: Respondentenes fordelinger innenfor verdiene på de sammensatte målene for belastninger i arbeidssituasjonen	48
Tabell 5.4: Personer som rapporterer en del eller mye fravær etter yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre	49
Tabell 5.5: Personer som rapporterer fravær siste 4 uker i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og erfaring innenfor omsorg for eldre	50
Tabell 5.6: Personer som rapporterer legemeldt fravær siste år. Gruppert etter antall dager i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre	51

Tabell 5.7: Gjennomsnittlig utbrenthetskår (BBI skår) i forhold til yrkesgruppe, alder, ansettelsesforhold, stillingsstørrelse og antall års erfaring innenfor omsorg for eldre	52
Tabell 5.8: Personer som rapporterer at siste sykefravær skyldtes forhold i jobben i forhold til selvoppfattt fraværnivå, fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år.	54
Tabell 5.9: Personer som rapporterer at siste sykefravær skyldtes forhold i jobben i forhold til om fraværet hadde sammenheng med sammensatte mål for belastninger	55
Tabell 5.10: Gjennomsnittsverdier sammensatte mål for belastning i arbeidssituasjonen fordelt på utbrenthetsnivå	56
Tabell: 5.11: Regresjonsanalyse av forskjeller i utbrenthetskår ut fra manglende egenkontroll og kvantitative krav	57
Tabell 5.12: Grad av utbrenthet i forhold til selvopplevd fraværnivå, fravær siste uker, legemeldt fravær siste år og jobbrelatert fravær.	57
Tabell 5.13: Fravær for å unngå langtidsfravær i forhold til selvoppfattt fraværnivå, fravær siste 4 uker og legemeldt fravær siste år.	59
Tabell 5.14: Utvalgets forskjeller i synet på hvor syk en må være før det er legitimt å ta ut fravær	60
Tabell: 5.15: Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for fravær siste 4 uker ut fra BBI-score og holdning til å gå på jobb tross smerter.	61
Tabell 6.1: Forskjell i frekvensfordeling mellom foreliggende studie og tall fra norsk database	68

Figurer

	Side
Figur 2.1: Modell om fraværets sammenhenger	6
Figur 2.2: Steers og Rhodes fraværsmode	11
Figur 2.3: Nytrøs transaksjonsmodell	14
Figur 2.4: Transaksjonsmodell av forholdet mellom stress og utbrenthet	19
Figur 2.5 Utbrenthet som en utviklingsprosess. Leiters prosessmodell	20

6) Hvilke av følgende forhold opplever du har så stor betydning i din daglige arbeidssituasjon at det kan føre til at du må være borte fra jobben? Kryss av slik at du angir grad av betydning for mulig fravær. Sett ett kryss ved hvert utsagn.

	Ingen betydning	Liten betydning	Noe betydning	Svært stor betydning
Jeg opplever at tiden ikke strekker til i forhold til de arbeidsoppgaver jeg har.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har generelt for mye å gjøre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever fysisk krevende situasjoner (tunge løft, uheldig kroppsstilling, monotont arbeid) i arbeidet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingen er dårlig utstyrt (teknisk utstyr, medisinsk utstyr, miljøterapeutisk tilrettelagt)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever arbeidet som lite utfordrende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trenger mer opplæring for å gjøre en god jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får sjelden utnyttet mine kunnskaper eller ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan bli utsatt for verbal trakassering, trusler eller vold i arbeidssituasjoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er sjelden min innsats bidrar til at pasientene blir friskere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av pasient eller pårørende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg klarer sjelden å tilfredsstille krav som stilles meg av kollega eller ledelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler det er motsetninger i krav som stilles meg fra ledelsen og de behov pasienten eller pårørende har.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever mentalt stor utfordring på grunn av skjermingstiltak eller uro/støy i avdelingen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine kollegaer har liten faglig kompetanse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet ikke sikkert hva som forventes av meg i mitt arbeid i avdelingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever å få motstridende beskjeder fra kollegaene i løpet av arbeidsdagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har liten innflytelse og fleksibilitet i forhold til egen arbeidstid eller turnus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan i liten grad selv påvirke mengde og type arbeidsoppgaver som tildeles meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan sjelden selv bestemme arbeidstempo eller når jeg skal ta pause.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir sjelden oppmuntret til å delta i viktige avgjørelser om arbeidets innhold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler min nærmeste leder sjelden hjelper meg til å utvikle mine ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler i liten grad kollegaer vil støtte meg om jeg opplever utfordrende situasjoner på jobb....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ingen betydning	Liten betydning	Noe betydning	Svært stor betydning
Jeg føler ikke jeg får den praktiske hjelpen jeg trenger i det daglige arbeidet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler jeg sjelden har god oversikt over det som skjer på jobb.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler sjelden mine arbeidsresultater blir verdsatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ikke som en del av det sosiale miljøet på jobb.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når vi i gruppen er faglig uenig om hvordan arbeidet skal gjøres, kan det oppstå konflikter..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg mobbet på jobb.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler arbeidstakerne blir ulikt behandlet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ikke jeg belønnes godt nok i forhold til den jobben jeg gjør (lønn, oppmuntring, anseelse).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ikke jeg gjør en viktig jobb.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får ikke den stillingsandel jeg ønsker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg usikker i forhold til avdelingens framtidige økonomiske rammer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er uklare mål for arbeidet i avdelingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler gruppen sjelden er flink til å løse utfordringer i felleskap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg setter ikke særlig pris på å være medlem av gruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ansatte blir sjelden oppmuntret til å tenke ut måter å gjøre ting bedre på.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det legges ikke til rette for de ansatte skal utvikle kunnskaper og ferdigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingen har regelstyrte og stivbeinte rutiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingens etiske normer avviker fra mine egne etiske normer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
.....				
.....				

Skyldtes ditt siste sykefravær noen av de nevnte forhold ?

Ja Nei

I tilfelle Ja, hvilket / hvilke av de nevnte forhold var viktigst?

.....

	Svært uendig	Stort sett uendig	Litt uendig	Litt enig	Stort sett enig	Svært enig
- Arbeidspresset har forårsaket private vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Også når jeg har fri, tenker jeg mye på forhold ved jobben...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg føler meg trett under arbeidsdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg tenker en del på å finne meg en ny jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg opplever ofte vansker med å konsentrere meg om det som skjer på jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Skal jeg være helt ærlig, følte jeg meg mer ”verdt” i arbeidet tidligere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg opplever at jeg gradvis har mistet interessen for de mennesker jeg treffer gjennom jobben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg synes aldri jeg får nok tid til å gi hjelp eller støtte til kolleger eller til folk jeg treffer gjennom jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg opplever et stort sprik mellom innsats og økonomisk uttelling (lønn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jeg har til stadighet dårlig samvittighet da jeg på grunn av arbeidsmessige forhold må forsømme eller forsake familien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Hva er din alder? Jeg er år

11) Hvor mange års erfaring har du med arbeid innenfor eldreomsorg?

Jeg har års erfaring innenfor eldreomsorg

12) Hvilken profesjon tilhører du?

Jeg jobber som :

Sykepleier

Omsorgsarbeider

Hjelpepleier

Lærling i omsorgsfag

Ufaglært pleier

13) Hvor stor stilling har du?

Jeg er ansatt i % stilling

14) Dersom du jobber ut over din faste stilling, kan du her anslå din reelle stillingsstørrelse?

Jeg jobber i cirka % stilling

Vedlegg 2:

Fra: Mette Stenberg Ny kontakt
Til: Berit Sjoelie <BERIT.SJOELIE@...< a>
Tittel: **SV: Med referanse til henvendelse om spørreskjema til bruk i pleie- og omsorgssektoren, vennligst se ve**
Dato: 2007-05-14 14:16

Hei
Beklager at du ikke har fått tilbakemelding før nå.

Skjemaet har aldri tidligere vært brukt slik det nå framstår. Det er satt sammen av flere spørsmål fra forskjellig skjema siste 5 år. Forfatter er dermed ukjent, men det har sitt utspring fra arbeid utført av arbeidsmiljøgruppa her ved AFI. Skjemaet er under arbeid og vil med tiden inneholde flere spørsmål relevant ved sykefraværskartlegginger.

Du må gjerne bruke det foreliggende skjemaet i din masteroppgave.

Vennlig hilsen
Mette K. Stenberg
Sekretær/gruppekonsulent AIM

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Berit Sjoelie [mailto:Berit.Sjoelie@hibo.no]
Sendt: 8. mai 2007 13:28
Til: Mette Stenberg
Emne: SV: Med referanse til henvendelse om spørreskjema til bruk i pleie- og omsorgssektoren, vennligst se ve

Hei
Takk for respons på min epost angående kopi av spørreskjema.
Jeg finner at jeg gjerne vil bruke spørreskjemaet "Sykefravær" i min oppgave, og retter derfor en henvendelse til deg med spørsmål om tillatelse dette.

Jeg ber om tillatelse til å bruke spørreskjema "Sykefravær" i min masteroppgave der jeg vil gjennomføre en spørreundersøkelse blandt ansatte i eldreomsorgen i en kommune.

Med vennlig hilsen

Berit Sjølie
Student Master i Helsefag
Universitetet i Tromsø

>>> "Mette Stenberg" <mette.stenberg@afi-wri.no> 24.04.2007 15:14 >>>

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Kontaktperson: Geir Teigland
N 5074 ingen
A 5000
ul - 0475 58 33 48
fo - 47 52 59 33 33
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Tlf: +47 52 58 33 48

Nils Henriksen
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for Klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
Breivika
9637 TROMSØ

Wardid: 10.09.2007 Vår ref: 17366/2007 Dato: dato: Behandl:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.08.2007. Meldingen gjødet prosjektet:

17366	<i>Sykefravær blant pleie- og omsorgspersonell i sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, med institusjonens øverste leder</i>
Daylig ansvarlig	<i>Nils Henriksen</i>
Student	<i>Berit Mossang Sjølie</i>

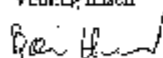
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være dekket av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

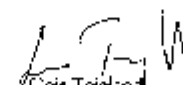
Personvernombudens tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-forskriften og med forskriften. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/2007_endringskjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.
<http://www.nsd.uib.no/personvern/tjeldat/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2008, sette et hovedutvalg oppgjørte status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Nils Henriksen


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Berit Mossang Sjølie, Ramsvikveien 226, 8370 LEKNES

Ansvarlig person: Geir Teigland

NSD: 451 Løkke Havn, Postboks 1077 Havn, 0810 Oslo Tlf: 47 22 83 52 33 48
NSD: 451 Løkke Havn, Postboks 1077 Havn, 0810 Oslo Tlf: 47 22 83 52 33 48
NSD: 451 Løkke Havn, Postboks 1077 Havn, 0810 Oslo Tlf: 47 22 83 52 33 48

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering – Kommentar

17396

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd og 9 a (samtykke).

Informasjonskretsen vurderes som tilfredsstillende slik det foreslå etter revisjon 13.09.2007.

Ved prosjektslutt 01.05.2008 skal datamaterialet sørges for via at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres).

Vedlegg 4:**Informasjon om forestående spørreundersøkelse**

Jeg er mastergradsstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø, og har fått tillatelse av institusjonens ledelse å gjøre en undersøkelse blant ansatte ved sykehjemmene i xxxxxx kommune som del av min avsluttende oppgave i faget. De ansatte vil oktober 2007 motta en skriftlig henvendelse der de blir bedt om å delta i en spørreundersøkelse. Temaet for undersøkelsen vil være sykefravær blant pleie- og omsorgspersonalet ved institusjonene. Formålet er å undersøke om belastninger arbeidstakeren stilles overfor i omsorgsarbeidet påvirker sykefraværet.

Deltagelse innebærer å fylle ut et spørreskjema og returnere dette i en vedlagt svarkonvolutt. Utfylling av skjema vil ta cirka 15-20 minutter. Jeg understreker at undersøkelsen er frivillig. Man avstår fra deltagelse ved å se bort fra henvendelsen man mottar, og skal ikke melde fra dersom man ikke ønsker å delta.

Med vennlig hilsen

Berit Mosseng Sjølie

Student Mastergradsstudiet i Helsefag

Universitetet i Tromsø

Tlf: 90852633 / 76056514

Vedlegg 5:

Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

Jeg er student ved Mastergradsstudiet i helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende oppgaven i faget. Temaet for prosjektoppgaven er sykefravær blant pleie- og omsorgspersonell i sykehjem. Formål med prosjektet er å undersøke om belastninger arbeidstakeren stilles overfor i omsorgsarbeidet påvirker sykefraværet. Deltagelse i prosjektet innebærer at jeg ber deg fylle ut et spørreskjema og returnere dette i den vedlagte adresserte og frankerte konvolutt. Jeg håper du har anledning til å delta, og vil av hensyn til kvaliteten på undersøkelsen be om at du besvarer så mange spørsmål som mulig.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen og du kan avstå fra å delta uten å måtte begrunne dette nærmere. Jeg ber deg fylle ut skjemaet og returnere det innen to (2) uker. Den vedlagte svarkonvolutt vil være påført et nummer som vil samstemme med navnet ditt på en navneliste som jeg har fått fra institusjonens ledelse. For å få høy svarprosent ønsker jeg ved mottak å se hvem som eventuelt ikke har svart på henvendelsen og påminne disse. Dersom du avstår fra å delta i undersøkelsen, ber jeg deg se bort fra denne henvendelsen og fra påminnelsen du vil motta om cirka tre uker. Før konvolutt med skjemaet åpnes vil navnelisten bli makulert.

Spørreundersøkelsen vil foregå i oktober 2007, og prosjektet planlegges avsluttet mai 2008. Spørreskjemaet vil bli oppbevart nedlåst, og det bearbeides ved hjelp av et elektronisk statistikkprogram. Alle opplysninger behandles og bearbeides konfidensielt, alle opplysningene anonymiseres når prosjektet er avsluttet mai 2008.

Resultatene av undersøkelsen vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte som har gitt opplysninger kan gjenkjennes. Prosjektet vil bli presentert i form av en skriftlig oppgave som gjøres offentlig tilgjengelig ved Universitetet i Tromsø. Kommunen vil ikke kunne gjenkjennes i denne presentasjonen. Det er også aktuelt å presentere deler av undersøkelsen som artikler i fagtidsskrift. I tillegg vil de oppsummerte og anonymiserte resultatene av undersøkelsen bli presentert for faglig ledelse i kommunen som ledd i fraværsoppfølging og forebygging av sykefravær.

Dersom noe er uklart i forbindelse med undersøkelsen kan du ringe meg på telefon 90 85 26 33, eller sende en e-post til bms026@mailbox.uit.no. Du kan også kontakte min veileder Nils Henriksen ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag, på telefon 77 64 48 59.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Berit Mosseng Sjølie
Ramsvikveien 226
8370 Leknes

**Vedlegg 6:
Påminnelse om spørreundersøkelse**

Jeg tillater meg å påminne om spørreundersøkelsen du mottok for en tid siden.

Tema for undersøkelsen er sykefravær blant pleie- og omsorgspersonell i sykehjem. Jeg håper jeg gjennom denne undersøkelsen kan forstå hvilke forhold det er i det daglige arbeidet som du mener har betydning for fravær, og at det gjennom denne kunnskapen dermed blir mulig for institusjonens ledelse å arbeide med disse forhold. For at undersøkelsens resultat skal være pålitelig, er det viktig at så mange som mulig svarer. Jeg viser til vedlagte informasjonsskriv, og håper av hensyn til kvaliteten på undersøkelsen at du har anledning til å delta i undersøkelsen, og at du svarer på så mange spørsmål som mulig i spørreskjemaet. Jeg ber deg fylle ut det vedlagte spørreskjemaet og returnere det innen to (2) uker i vedlagte ferdig adresserte og frankerte konvolutt.

Jeg minner også om at dersom noe er uklart i forbindelse med undersøkelsen må du gjerne ringe meg på telefon 90 85 26 33, eller sende en e-post til bms026@mailbox.uit.no.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen og du kan avstå fra å delta uten å begrunne dette.

Med vennlig hilsen

Berit Mosseng Sjølie
Ramsvikveien 226
8370 Leknes

Vedlegg 7:

1000 TAKK

TIL ALLE DERE SOM HAR SVART PÅ MIN
SPØRREUNDERSØKELSE

For at undersøkelsen skal ha gyldighet, er det av stor betydning at svarprosenten er så høy som mulig. Jeg oppfordrer derfor deg som ennå ikke har svart på undersøkelsen om å vurdere å svare.

Dersom du har spørsmål knyttet til undersøkelsen, ber jeg deg ta kontakt på telefon 90852633.

Du kan få tilsendt nytt skjema om du har mistet det du fikk. Skjemaet kan leveres i posthylla på sykehjemmet om det er enklere for deg. Om enkelte spørsmål er tvetydige eller vanskelig å forstå, må du gjerne ta kontakt. Om andre forhold er uklare, må du gjerne ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Berit Mosseng Sjølie

Student Mastergradsstudiet i Helsefag

Universitetet i Tromsø

Tlf: 90852633 (alle dager) / 99999999 (man-tirsdag)

APPENDIX

Tabell 1: Utvalgets fordeling i forhold til personlige karakteristika

Profesjon		N	%	Min	Maks	Gjennomsnitt	SD
	Sykepleier	17	16				
	Omsorgsarbeider	66	62,3				
	Hjelpepleier						
	Assistent	23	21,7				
	Totalt	106	100,0				
Alder (år)	24 år og yngre	8	7,3				
	25-34 år	12	11,0				
	35-44 år	29	26,6				
	45-54 år	27	24,8				
	55-64 år	30	27,5				
	65 år og eldre	3	2,8				
	Totalt	109	100,0	17	70	45,46	12,30
Ansettelse	Fast ansettelse	89	81,7				
	Vikar	20	18,3				
	Totalt	109	100,0				
Stillingsprosent (% av 100% stilling)	25% og mindre	18	16,5				
	26-49 %	8	7,3				
	50 %	25	22,9				
	51-74 %	16	14,7				
	75 %	23	21,1				
	76-99 %	6	5,5				
	100 %	13	11,9				
	Totalt	109	100,0	0	100	57,97	26,77
	Arbeider kun i avtalt stilling	39	37,1	22	100	69,31	22,72
	Arbeider ut over avtalt stilling	66	62,9	25	110	79,89	21,41
	Totalt	105	100,0				
Erfaring innenfor omsorg for eldre (år)	2 år og mindre	19	17,4				
	3-5 år	18	16,5				
	6-10 år	16	14,7				
	11 år eller mer	56	51,4				
	Totalt	109	100,0	1	41	13,68	10,45

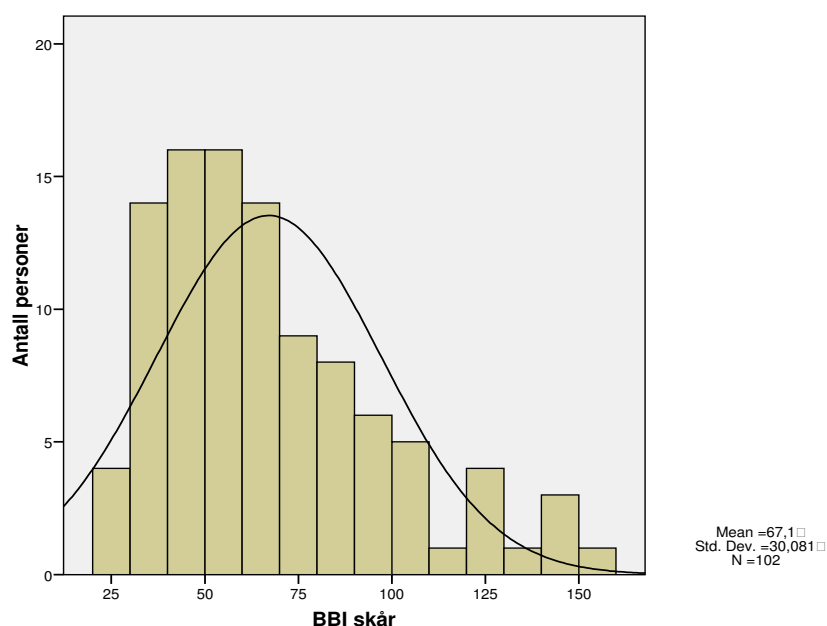
Tabell 2: Legemeldt fravær siste år for hele utvalget (n= 101), og for personer med legemeldt fravær (n=48). Varighet og frekvens (dager og perioder).

	n	Missings	Gjennomsnitt	SD	Skewness	Std Error Skewness	Kurtosis	Std Error Kurtosis	Min	Max
Antall dager	101	8	8,65	14,9	2,149	0,240	5,274	0,476	0	80
	48	8	21,85	16,523	1,327	0,374	2,523	0,733	2	80
Antall perioder	101	8	0,57	0,864	1,805	0,240	3,739	0,476	0	4
	48	8	1,45	0,783	2,030	0,374	4,110	0,733	1	4

Tabell 3: Utbrenthetskår for hele utvalget

	N	Gjennom -snitt	Median	Modus	SD	Skewness	Std Error Skewness	Kurtosis	Std Error Kurtosis	Min	Max
BBI skår	102	67,10	60,50	51 ^a	30,08	0,990	0,239	0,384	0,474	26	151

a. Flere modus finnes. Minste verdi vises



Figur 1: Grafisk framstilling over frekvensfordeling av summerte skår for utbrenthet målt med Bergen Burnout Indicator (BBI skår)

Tabell 4 : Utbrenthetskår gruppert i tre ulike utbrenthetsnivå i forhold til selvopplevd fraværnivå, fravær siste uker, legemeldt fravær siste år og jobbrelatert fravær

		n [#]	Ikke utbrent	Neppe utbrent	Utbrent / i grenseland	P ^a
		n	Prosent			
Totalt		102	68,6	16,7	14,7	
Selvoppfattet fravær	En del/mye	13	8,6	11,8	33,3	0,033*
	Ikke/lite	89	91,4	88,2	66,7	
Fravær siste 4 uker	Ja	32	25,7	29,4	60,0	0,034*
	nei	70	74,3	70,6	40,0	
Legemeldt fravær siste år	Ja	46	42,9	41,2	60,0	0,451
	Nei	56	57,1	58,8	40,0	
Varighet	1-9 dager	8	22,2	25,0	14,3	0,024*
	10-39 dager	24	70,4	75,0	28,6	
	≥40 dager	6	7,4	0,0	57,1	
Hypighet	1gang	26	76,0	42,9	57,1	0,217
	≥ 2 ganger	13	24,0	57,1	42,9	
Jobbrelatert fravær	Ja	21	15,8	26,7	57,1	0,005*
	Nei	65	84,2	73,3	42,9	

[#]) n varierer grunnet ulike missing rater for enkeltanalyser, ^a) kjikvadrattest, * signifikans på 0,05 nivået

Tabell 5: Korrelasjon for utbrenthetskår og sammensatte mål for belastning

	1	2	3	4	5	6	7
1)Kvantitative jobbkrav	1.00						
2)Kvalitative jobbkrav	.482**	1.00					
3)Rollekrav	.532**	.719**	1.00				
4)Manglende egenkontroll	.561**	.622**	.682**	1.00			
5)Manglende sosial støtte	.526**	.759**	.801**	.669**	1.00		
6)Destruktive sosiale relasjoner	.495**	.529**	.683**	.563**	.695**	1.00	
7)Utbrenthetskår	.450**	.377**	.314**	.452**	.311**	.319**	1.00

** Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivået (2-halet)