

# **Jo mer vi er sammen.....**

En spørreskjemaundersøkelse om jobbtilfredshet blant  
fysioterapeuter på sykehus i to ulike organisasjonsmodeller

**Hilde Christina Stømner**

Mastergradsoppgave i Verdibasert Ledelse

**Diakonhjemmet Høgskole**

Antall ord 20137

Innleveringsfrist: 2. mai 2013

# SAMMENDRAG

Tema for denne studien er jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus.

Studiens formål er å undersøke jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus generellt, og deretter undersøke hvilken betydning organiseringen av fysioterapitjenesten har for jobbtilfredshet spesielt. Problemstillingen er todelt:

- 1 ) I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine?
- 2 ) I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?

Den teoretiske tilnærmingen i denne studien var teori om kunnskapsarbeidere og jobbtilfredshet, og Herzbergs to-faktor teori og Hackman og Oldhams jobbkarakteristikamodell er spesifikt valgt.

Datamaterialet ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema, og svarprosenten var på 76%. Det var 58 fysioterapeuter som besvarte skjema og de var ansatt på ulike sykehus i Norge. Aldersspredningen var 26 – 64 år, og 45% oppga at de hadde en faglig spesialfunksjon.

Når det gjelder problemstilling 1, viste resultatene at fysioterapeutene var meget tilfredse med jobbene sine. Viktige faktorer for jobbtilfredshet var godt arbeidsmiljø med gode kollegaer og faglig utvikling, arbeidstiden samt frihet til å velge egne arbeidsmetoder.

Vedrørende problemstilling 2, ble to ulike måter å organisere fysioterapitjenesten på sykehus sammenlignet; fysioterapeutene samlet i en felles avdeling/seksjon, og fysioterapeutene ansatt direkte på de kliniske avdelingene. Det ble ikke funnet signifikant forskjell i jobbtilfredshet mellom fysioterapeutene som var samlet i en felles avdeling/seksjon, og fysioterapeutene som var ansatt direkte på de kliniske avdelingene. Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller i opplevd støtte fra leder eller mulighet til kompetanseutvikling. En signifikant forskjell i opplevd autonomi ble funnet mellom gruppene. Fysioterapeutene som var ansatt direkte på de kliniske avdelingene, opplevde en større grad av autonomi i sitt daglige arbeid.

Flertallet av fysioterapeutene i denne studien oppga i de åpne spørsmålene at de foretrakk en type organisering hvor de var sammen, som en egen avdeling eller større enhet, med leder fra egen faggruppe.

Funnene i undersøkelsen er drøftet i forhold til teori som nevnt over og tidligere forskning rundt de samme tema. Videre er noen funn fra de åpne spørsmålene som ga interessante perspektiv løftet frem og diskutert.

# FORORD

Bakgrunnen for denne studien er at jeg gjennom mange år som ansatt og leder i en fysioterapiavdeling på et større sykehus, har møtt reformene i helsetjenesten i form av organisatoriske endringer. Jeg har stått i situasjonene både som ansatt, medlem av det miljø som har gjennomgått omorganisering, og som ansvarlig for endring.

Dreining mot dagbehandling og poliklinikk, utvidet åpningstid, teknologisk utvikling og endret organisering av den kliniske virksomheten har fått betydning for hvordan fysioterapitjenesten på sykehus skal fungere, og hvordan den skal være organisert. Ulike innsparings- og effektiviseringstiltak ble stadig gjennomført, og jeg opplevde at mye av dette fikk betydning for min trivsel og tilfredshet på jobb.

Gjennom masteren i verdibasert ledelse fikk jeg anledning til å undersøke det som har opptatt meg, men det er mange som har bidratt til at jeg har kunnet gjennomføre studien:

Takk til kollega, medstudent og venninne Liv-Signe, som oppdaget Diakonhjemmets Høgskole og masteren i verdibasert ledelse – og fikk meg med.

Takk til mine ledere på Ahus, for tilrettelegging gjennom mange år, takk til alle fysioterapeutkolleger som deltok i studien min, og takk til forskningssenteret for hjelp.

Takk til støttegruppen bestående av familie og venner som med jevne mellomrom sørget for å minne meg på at jeg fremdeles var masterstudent.

Den største takken går til mine veiledere på Diakonhjemmet, Leif Stapnes og Beate Jelstad Løvaas. Takk for den velvillighet dere alltid har møtt meg med, den tro dere har utvist på meg og min studie, alt dere har lest og kommentert og til deg, Leif; for at du tok imot en bortkommen student og pekte mot målet.

Oslo, april 2013.

Hilde Stømner

# Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| SAMMENDRAG .....   | 2  |
| FORORD .....   | 4  |
| Liste over figurer og tabeller .....   | 7  |
| 1 INNLEDNING .....   | 8  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema .....  | 8  |
| 1.2 Oppgavens oppbygging .....   | 9  |
| 2 PROBLEMSTILLING .....  | 10 |
| 3 TEORI .....  | 11 |
| 3.1 Litteratursøk .....  | 12 |
| 3.2 Fysioterapi og fysioterapitjenesten i sykehus .....                                      | 12 |
| 3.2.1 Fysioterapeuter .....  | 12 |
| 3.2.2 Fysioterapitjenesten i sykehusorganisasjonen .....                                     | 13 |
| 3.3 Jobbtilfredshet .....  | 15 |
| 3.3.1 Definisjon jobbtilfredshet: .....  | 15 |
| 3.3.2 Teorier om jobbtilfredshet .....   | 16 |
| 3.3.3 Forskning om jobbtilfredshet .....   | 18 |
| 3.4 Jobbtilfredshet hos fysioterapeuter .....  | 19 |
| 3.4.1 Jobbtilfredshet hos fysioterapeuter i Norge .....                                      | 20 |
| 3.4.2 Variabler som forklarer jobbtilfredshet .....  | 21 |
| 3.5 Sykehusorganisasjonen: Kunnskapsorganisasjon, ekspertorganisasjon og institusjon .....   | 22 |
| 3.6 Kunnskapsarbeidere og profesjoner .....  | 23 |
| 4 METODE .....   | 25 |
| 4.1 Valg av forskningsstrategi .....   | 25 |
| 4.2 Kartlegging av jobbtilfredshet .....   | 26 |
| 4.3 Spørreskjema som datainnsamlingsverktøy .....  | 26 |
| 4.4 Presentasjon av spørreskjemaet .....   | 28 |
| 4.4.1 Bakgrunnsvariabler .....   | 28 |
| 4.4.2 De ulike områdene i spørreundersøkelsen .....  | 29 |
| 4.5 Utvelgelse av informanter .....  | 32 |
| 4.6 Dataanalyse .....  | 33 |
| 4.6.1 Kategorisering av de åpne spørsmålene .....  | 34 |
| 4.7 Styrker og svakheter ved metodevalg - reliabilitet, validitet og representativitet ..... | 34 |
| 4.8 Behandling av manglende verdier .....  | 37 |
| 4.9 Om å måle jobbtilfredshet .....  | 37 |
| 4.10 Å forske i eget fagfelt .....   | 37 |
| 4.11 Ethiske vurderinger .....   | 38 |
| 5 RESULTATER .....   | 39 |
| 5.1 Svarprosent .....  | 39 |
| 5.1.1 Frafallsanalyse .....  | 39 |
| 5.2 Kjennetegn ved deltakerne - bakgrunnsvariabler .....                                     | 40 |
| 5.2.1 Alder og jobbtilfredshet .....   | 40 |

|  |    |
|--|----|
| 5.3 Svar på problemstilling 1. I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine? .....  | 41 |
| 5.3.1 Fysioterapeutenes jobbtilfredshet.....   | 41 |
| 5.3.2 Generell tilfredshet .....   | 42 |
| 5.4 Hva kjennetegner fysioterapeutenes jobbtilfredshet? .....  | 42 |
| 5.5 Viktig for å trives på jobb.....   | 42 |
| 5.6 Svar på problemstilling 2. I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?.....               | 43 |
| 5.6.1 Fysioterapeutenes tilhørighet i ulike organisasjonsmodeller .....  | 43 |
| 5.6.2 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus? .....  | 44 |
| 5.6.3 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus? .....  | 45 |
| 5.7 Autonomi i forhold til avgjørelser angående eget arbeid .....  | 46 |
| 5.8 Leder fra egen faggruppe har bedre forståelse for faget.....   | 47 |
| 5.9 Dagens organisering.....   | 48 |
| 6 DISKUSJON .....  | 50 |
| 6.1 Diskusjon knyttet til problemstilling 1. I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine? .....  | 50 |
| 6.1.1 Kjennetegn som påvirket jobbtilfredshet.....   | 52 |
| 6.2 Diskusjon knyttet til problemstilling 2. I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?..... | 57 |
| 6.2.1 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet? ....  | 57 |
| 6.2.2 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for autonomi? .....  | 58 |
| 6.2.3 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for opplevd støtte fra leder? .....  | 60 |
| 6.2.4 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for kompetanseutvikling?.....  | 61 |
| 6.3 Profesjon og organisering .....  | 62 |
| 6.4 Videre forskning .....   | 64 |
| 7 KONKLUSJON .....   | 66 |
| Litteraturliste.....   | 67 |
| VEDLEGG .....  | 70 |

## Liste over figurer og tabeller

|   |    |
|---|----|
| Figur 1 .....   | 44 |
| Figur 2 .....   | 47 |
| <br>  |    |
| Tabell 1 Aldersfordelingen blant fysioterapeutene.....  | 40 |
| Tabell 2 Fordeling på skalaen jobbtfredshet. ....   | 41 |
| Tabell 3 Hva er viktigst for deg for å trives på jobb? .....  | 43 |
| Tabell 4 Total jobbtfredshet (JSS) .....  | 45 |
| Tabell 5 Autonomi. ....   | 45 |
| Tabell 6 Støtte fra leder .....   | 46 |
| Tabell 7 Kompetanseutvikling.....   | 46 |
| Tabell 8 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt fornøyd med? .....                          | 48 |
| Tabell 9 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt misfornøyd med? .....                       | 49 |
| Tabell 10 Hvis du skulle vært organisert på en annen måte enn i dag, hvordan ville du ønsket å være organisert? ..... | 49 |

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I de senere årene har det vært mange reformer i helse- og sykehussektoren. Målet har vært økt brukervennlighet samt bedret effektivitet og ressursutnyttelse. Reformene har omfattet ulike områder: økonomiske styringstiltak (DRG/ innsatsstyrt finansiering), organisering av sykehus (foretaksreformen), pasientrettede reformer (fastlegereformen og fritt sykehusvalg) og ledelsesreformer (enhetlig ledelse).

Fysioterapitjenesten på norske sykehus er plassert på ulike nivå i organisasjonene og i ulike divisjoner eller klinikker. På møter med fysioterapiledere og kollegaer fra andre sykehus er organiseringen av fysioterapitjenesten, og hvordan dette påvirker fysioterapeutene, et tilbakevendende tema. Noen står alltid i en omorganisering, og det blir brukt mye tid og krefter på dette. Arbeidet med endring er nødvendig for å kunne møte pasientenes behov, viktig for våre faggruppers fremtid, og en sjanse til ny kunnskap og godt samhold. Men det skaper også uro, det er uenighet om organisasjonsmodeller, og det har vært omkamper rundt resultatene av omorganiseringer ved flere anledninger. Samtidig uttrykker fysioterapeutene en bekymring for tjenestens framtid på sykehus, i en organisasjon som utsettes for store endrings- og effektiviseringskrav. Påvirker organiseringen av fysioterapitjenesten jobbtilfredsheten til de som jobber der?

Fysioterapeutene vil jeg definere som typiske kunnskaps- eller profesjonsarbeidere, opptatt av å gi pasientene best mulig tilbud, drevet av indre motivasjon og faginteresse, og med behov for stor grad av autonomi i arbeidet. Hvordan ser denne gruppen på sitt arbeid, er de tilfredse?

Det er gjennomført få undersøkelser blant fysioterapeuter på sykehus i Norge, men undersøkelser fra USA gir inntrykk av at fysioterapeuter er tilfredse med sin arbeidssituasjon (Atwood og Wolf 1982). Studiene sier imidlertid lite om hvilke forhold som er av betydning for fysioterapeutenes jobbtilfredshet.



Gjennom masterstudiet i verdibasert ledelse har jeg fått innsikt i og en større forståelse av organisering, organisasjoner og organisasjonstrender. Hvordan organisasjonen ser ut, har betydning for de som jobber der. Maktforhold, kontroll over ressurser og informasjon, hvem som får oppmerksomhet- og hvem som ikke får, reguleres av formelle modeller og strukturer (Jacobsen og Thorsvik 2004:173). Trivsel og tilfredshet på jobb har vist seg å ha sammenheng med organisatoriske forhold (Kaufmann og Kaufmann 1998:239).

Selv om en del av denne studien empirisk fokuserer på organiseringen av fysioterapitjenesten, er det ikke en studie designet for å fremheve en spesiell organisasjonsmodell på bekostning av en annen. Studien har fokusert på å undersøke jobbtfredshet hos fysioterapeuter på sykehus generelt, samt å se om organiseringen av tjenesten har betydning for fysioterapeutenes jobbtfredshet.

## **1.2 Oppgavens oppbygging**

I kapittel en presenteres bakgrunnen for valg av tema, og i kapittel to problemstillingen. Kapittel tre gir en oversikt over teorigrunnlaget, og relevante forskningsresultater som utgjør bakgrunn for å drøfte funnene i studien. Kapittelet innledes med informasjon om fysioterapeuter og deres arbeid på sykehus, belyst av ledelses- og organisasjonsteori, videre presenteres teori om jobbtfredshet, og tilslutt generell teori om kunnskapsarbeidere. Kapittel fire omhandler valg av metodisk tilnærming, gjennomføringen av studien, og en diskusjon av metodiske valg og gjennomføringer. Kapittel fem inneholder presentasjon av resultatene, og i kapittel seks diskusjon av funnene i lys av teorien. Enkelte funn fra de åpne spørsmålene som stod frem som interessante diskuteres i kapittel seks, og tilslutt i kapitlet tanker om videre forskning. I kapittel syv presenteres konklusjonen.

Resultat- og diskusjonskapitlet er organisert rundt de to ulike problemstillingene.

## 2 PROBLEMSTILLING

Det overordnede temaet for denne studien er jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus. Studien er todelt, da jeg først ser på jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus generellt, og deretter undersøker hvilken betydning organiseringen av fysioterapitjenesten har for jobbtilfredshet. Påvirker organiseringen hvor tilfredse fysioterapeuter er med jobbene sine, eller er de like tilfredse uansett hvordan tjenesten er organisert?

Jeg avgrenset meg til gruppen fysioterapeuter som arbeider i somatiske sykehus. Innen psykiatri og habilitering er det andre organisasjonsmodeller som er gjeldende, grunnet arbeidsmetoder og lokalisering.

Gjennom arbeidet mitt med teori, fant jeg noen områder som stod frem som viktige for kunnskapsarbeidere i forhold til jobbtilfredshet, dette var autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling. Disse var i tillegg sammenfallende med tilbakemeldinger jeg fikk fra kollegaer, og funn fra blant annet to andre masteroppgaver (Davidsen 2011, Kvisten 2011). For å undersøke om organiseringen av fysioterapitjenesten har betydning for jobbtilfredshet, inkluderes også autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling da disse anses som mulige forklaringsvariabler til jobbtilfredshet, se side 15 og 16.

*Problemstillingen omhandler jobbtilfredshet og to spørsmål søkes besvart:*

- 1 *I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine?*
- 2 *I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?*

### 3 TEORI

Dette kapitlet vil redegjøre for innholdet i teoriene som benyttes, og gi et innblikk i forskning og studier som er relevante for å belyse og diskutere funnene i studien. Teori og empiri tilknyttet både problemstilling 1 og 2, er til en viss grad overlappende, og presenteres derfor sammen og fortløpende.

Populasjonen i studien er fysioterapeuter på sykehus, derfor innledes kapitlet med informasjon om denne yrkesgruppen og deres virksomhet. Deretter følger fysioterapitjenesten i sykehus, sett i perspektiv av organisasjonsteori. Neste del av kapitlet presenterer teori og forskning omkring jobbtildfredshet, og hvordan vi kan forstå begrepet jobbtildfredshet, og Herzbergs og Hackman og Oldhams teorier er spesifikt valgt for å belyse funnene. Empiri knyttet til de tre forklaringsvariablene for jobbtildfredshet som er valgt; autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling utgjør neste underkapittel. Dette for å begrunne at disse tre faktorene er viktige for kunnskapsarbeidere.

Tilslutt redegjøres det for den typen organisasjon og arbeidstakere som betegnes som kunnskapsorganisasjoner og kunnskapsarbeidere, med utgangspunkt i organisasjonsteori. Det argumenteres for at fysioterapeuter tilhører kategorien kunnskapsarbeidere, og at dette kan påvirke funnene i denne studien.

Teorikapitlet har to hovedtilnærminger; teori om jobbtildfredshet og ledelse- og organisasjonsteori. Innen begge områdene finnes et stort omfang av litteratur, jeg har derfor bevisst valgt ut teori og empiri som kan svare ut problemstillingene. I tillegg til teori om jobbtildfredshet, inkluderer jeg forskning og studier om temaet utført på fysioterapeuter på sykehus og sammenlignbare grupper, nettopp for å kunne trekke sammenligninger.

Fysioterapeuter utgjør en liten gruppe i helsevesenet, og det gjenspeiler seg i undersøkelser og studier. Det finnes lite litteratur om denne gruppen. Jeg ønsker med denne studien å supplere eksisterende litteratur, og kanskje bidra med ny kunnskap innen dette feltet.

### **3.1 Litteratursøk**

Forskningslitteratur ble funnet ved søk i Medline, Embase, Health planning and Administration, Pedro og Google Scholar. Søkeordene jeg benyttet; jobsatisfaction, job satisfaction, jobbtilfredshet, arbeidsglede. Det engelske uttrykket «job satisfaction», er synonymt med jobbtilfredshet eller tilfredshet i arbeidet. Jeg forstår også jobbtilfredshet synonymt med begrepene arbeidstilfredshet og trivsel / glede i arbeidet. Ved gjennomgang av litteraturen, har dette vært utgangspunktet.

### **3.2 Fysioterapi og fysioterapitjenesten i sykehus**

#### **3.2.1. Fysioterapeuter**

Norske fysioterapeuter er høgskole/universitetsutdannede fagpersoner som må ha offentlig autorisasjon for å praktisere. Fysioterapeuten er pliktig til å drive sin virksomhet i tråd med Helsepersonelloven, NFF (Norsk Fysioterapeutforbund) sine etiske retningslinjer, og internasjonale standarder (Rammeplan for fysioterapiutdanning 2004). Fysioterapeutene må også forplikte seg til å holde seg faglig oppdatert (NFF, Etiske retningslinjer 2012).

Fysioterapi er et selvstendig fag, forankret i praktisk og teoretisk kunnskap. Teoretisk forankring er i medisin, samfunnsvitenskap og humanistiske fag. Forskningsvirksomheten blant fysioterapeuter i Norge er økende, men den største delen av det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget hentes fra England, USA og Australia. Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Dette danner grunnlag for å forstå hvorfor smerter, plager og sykdom oppstår og på hvilken måte dette kan gi funksjonsproblemer. Fysioterapeuten har kunnskap om hvordan dette kan behandles og forebygges, og den grunnleggende oppgaven er å arbeide for å bedre og vedlikeholde menneskers funksjonsevne og kompensere for funksjonssvikt. Pasientens aktive deltakelse vektlegges både i forebygging og behandling/rehabilitering/habilitering (NFF, Hva er fysioterapi 2006). Fysioterapi utøves både i primær- og spesialisthelsetjenesten, som offentlig ansatte og i private praksiser.

### 3.2.2 Fysioterapitjensten i sykehusorganisasjonen

Det hevdes at de store sykehusene er noen av de mest komplekse organisasjonene vi har i dag. Kompleksiteten kan beskrives ut fra mangfoldet av sykdommer og akutte hendelser som det forventes at sykehuset håndterer. Dernest teknologi i utredning og behandling, og de ulike yrkes- og profesjonsgruppene som aktører, og til slutt sykehusenes oppdelte organisatoriske struktur og en komplisert ledelsesstruktur (Flermoen 2009:9).

Sykehusene er organisert i kliniske avdelinger etter medisinske fagspesialiteter, som kirurgi eller nevrologi, og pleier eller lege er øverste leder for avdelingen eller postens pleiere og leger. Dette er de sentrale enhetene og yrkesgruppene i et sykehus. Fysioterapeuter er ansatt på alle norske sykehus, og selv om fysioterapeutene er få i antall sammenlignet med pleiere og leger, har fysioterapitjenesten tradisjonelt vært organisert som en selvstendig enhet eller avdeling på linje med de store kliniske avdelingene. Men i dag er det ikke lenger vanlig at sjeffysioterapeuter i større sykehus har direktelinje til direktøren. Det er flere ledd i mellom, og ledere av fysioterapitjenesten forteller på felles møter om mindre innflytelse.

Med endring av sykehusenes størrelse og oppgaver, har flere sykehus nå samorganisert ulike mindre faggrupper som fysioterapi, ergoterapi, sosionomer og andre. Sykehusene har opprettet blokker eller sentere i matrise til de store kliniske divisjonene og avdelingene, men beholdt fysioterapitjenesten samlet med egen fagleder. Andre sykehus har splittet opp fysioterapitjenesten og plassert fysioterapeutene direkte på de kliniske avdelingene underlagt pleier eller lege. På noen sykehus sees en hybridløsning, enkelte av fysioterapeutene er samlet i egen enhet, mens andre er underlagt en klinisk avdeling, ofte en legespesialitet som reumatologi, fysikalsk medisin eller rehabilitering. Problemstillingen omhandler hvorvidt det er hensiktsmessig å organisere fysioterapitjenesten samlet i sentraliserte avdelinger, eller om tjenesten bør splittes opp og de enkelte fysioterapeutene organiseres på de kliniske avdelingene.

Dagens organisering av fysioterapitjenesten ved norske sykehus er vokst frem gjennom tradisjoner, og ved at legene har sett behov for faggruppen. I tillegg er organiseringen påvirket av ulike reformer i helsetjenesten, og ved at nye oppgaver har tilkommet.

Det finnes omtrent ikke litteratur om temaet organisering av fysioterapitjenesten på sykehus, men i Australia ble det i forbindelse med helsereformene etter 1990 skrevet noen artikler.

En av de australske artiklene omhandler problematikken som oppstod på John Hunter Hospital, da alle servicefunksjonene, fysioterapeutene inkludert, ble splittet opp og organisert ute på kliniske avdelinger, i team eller i spesielle programfunksjoner som pågikk. Noen fordeler opplevde fysioterapeutene, som at de fikk større påvirkningsmuligheter ute på avdelingene, og det ble bedre kontinuitet i pasientbehandlingene. Ulempene var imidlertid større, det oppstod uklarheter om administrative- og ledelseslinjer, store problemer med å gjennomføre rotasjon mellom fysioterapeutene ved fravær, uklarheter rundt hjelpemidler og utstyr fysioterapeutene benyttet, og budsjettproblemer i forhold til kurs og etterutdanning. Strukturelle og administrative problemer ble så store at sykehuset reorganiserte, og samlet alle servicefunksjonene i en egen divisjon (Robinson og Compton 1996). En annen artikkel tar for seg disse problemene, og presenterer caser som beskriver ulike arbeidsforhold. Den diskuterer organisatoriske og ledelsemessige spørsmål for flere av de mindre helse- og sosialfaglige yrkesgruppene i sykehus, og konkluderer med at en samorganisering av disse som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer etc er en god løsning (Law og Boyce 2003).

Professor ved Handelshøyskolen BI Jan Grund (2006) sier at det fins ingen patentmedisin for hvordan sykehus skal organiseres. Han mener at sykehusene må forstås innen spenningsfeltet politikk, økonomi, fag, organisasjon og ledelse. Sykehusene må vurderes ut fra hvilke samfunnsoppdrag de skal ha, og de lover, budsjetter og finansieringsordninger myndighetene fastsetter. «Pasienten først», er en utredning om ledelse og organisering i sykehus fra 1997. Utvalget mener at de fleste norske sykehus vil kunne oppnå større effektivitet og kvalitet, og samtidig i større grad svare på pasientenes behov, ved å organisere deler av virksomheten annerledes, men de har valgt å ikke foreslå noen bestemt organisasjonsmodell og begrunner det med at det er store forskjeller mellom sykehusenes størrelse, faglige funksjoner, pasientgrunnlag og organisasjonskultur. I dag er det ulike løsninger i sykehusene, litteraturen har ulike synspunkt, og dokumenterte effekter av ulike organisasjonsmodeller mangler. Det vil derfor antakelig ikke finnes én organisasjonsmodell som passer like godt for alle sykehus. (Pasienten først 1997).

Jacobsen og Thorsvik (2004:173) sier at det er godt dokumentert at det er sammenheng mellom organisasjonens utseende og maktforholdene i organisasjonen. Enkelte grupper vil

favoriseres på bekostning av andre grupper, og all organisering innebærer at noe tillegges mer vekt enn annet. Videre sier de at den formelle organiseringen har betydning for kontroll over ressurser, informasjon og beslutningstaking. Både formelle og uformelle organisasjonstrekk påvirker holdningene og handlingene til menneskene som jobber der. De viser til at de formelle trekkene er mål og strategi, arbeidsdeling og spesialisering, mens de uformelle er organisasjonskulturen og de interne maktforholdene (Jacobsen og Thorsvik 2004:17).

### **3.3 Jobbtfredshet**

Kartlegging av arbeidsmiljø har foregått systematisk siden starten på det 20. århundre. Historisk har Taylor 1916 (Scientific Management) og Hawthorne-studiene 1920, (Human Relation) hatt stor betydning for senere studier av hvilke forhold som ligger til grunn for jobbtfredshet (Einarsen og Skogstad 2005:168). Jobbtfredshet var tema hos Taylor, som hevdet at medarbeidere ville trives best i jobber som ga god lønn for liten innsats mens Hawthorne derimot, konkluderte med at lønn spiller mindre rolle enn sosial anerkjennelse (Einarsen og Skogstad 2005:167).

Senere har forskere funnet at økt tilfredshet og trivsel i jobben kan bidra til bedre helse, yteevne, samarbeidsevne og at det påvirker hele organisasjonenes fungering og effektivitet. I dag er mer vanlig å fokusere på det kognitive og emosjonelle aspektet ved jobbtrivsel, snarere enn behovene (Kaufmann og Kaufmann 1998:239). Jobbtfredshet kan gjenspeile hvor godt eller dårlig en organisasjon fungerer, og hvor attraktivt det er å søke jobb i – eller bli værende i den aktuelle bedriften (Einarsen og Skogstad 2005:167).

Rullestad (2007) viser til Cranny som sier at jobbtfredshet ikke utelukkende trenger å være et individuelt fenomen. Den sosiale gruppen kan i mange tilfeller ha en vesentlig innflytelse på graden av jobbtfredshet hos medlemmene. Mennesker vi identifiserer oss med og som vi benytter som referansegruppe vil påvirke vår trivsel.

#### **3.3.1 Definisjon jobbtfredshet:**

Jobbtfredshet handler om hva folk føler for jobbene sine og de ulike aspekter ved dem. (Spector 1997:2). Det finnes ingen entydig definisjon på jobbtfredshet, men det har blitt

beskrevet som en funksjon av samsvar mellom arbeidsmiljøets belønningssystem og individets behov av Lofquist & Davis (Einarsen og Skogstad 2005:168), og av Locke som en lystbetont eller positiv tilstand som oppstår som et resultat av personens vurdering av arbeidet sitt (Einarsen og Skogstad 2005:166). Jobbtilfredshet dreier seg også om personens reaksjon på erfaringer i jobben (Kaufmann og Kaufmann 1998:240). Videre sier de at det å uttrykke jobbtilfredshet er en individuell reaksjon, og at det derfor varierer fra person til person hvordan de vurderer jobben sin. Jobbtilfredshet kan sees på som en global følelse omkring jobben. Det kan også sees som et sett av følelser- eller tankemønstre omkring forskjellige områder eller deler av jobben (Einarsen og Skogstad 2005:181, Spector1997:3). Jobbtilfredshet er altså ikke et resultat av kun en faktor ved jobben, men summen av en rekke faktorer.

### **3.3.2 Teorier om jobbtilfredshet**

Vi skiller mellom innholdsteorier og prosesse teorier når det gjelder ulike perspektiv på jobbtilfredshet. Innholdsteoriene er teorier om hvilke innholdsforhold i jobben som leder til jobbtilfredshet (Kaufmann og Kaufmann 2011:212). Eksempler på innholdsteorier er Herzberg's to-faktor teori og Hackmans og Oldhams Jobb-karakteristika modell. I forskningen på jobbtilfredshet har det blitt viet mest oppmerksomhet til konsekvensene av arbeidets innhold (Rullestad 2007).

Rullestad (2007) påpeker i sin studie at det er ikke så enkelt å skille entydig mellom teorier og modeller om jobbtilfredshet og jobbmotivasjon og at det er betydelig overlapp i forsøkene på å forklare disse begrepene. Både Hackman og Oldhams jobb-karakteristika modell og Herzbergs to-faktorteori handler om motivasjon. Jobbtilfredshet og jobbmotivasjon er begrep som ofte likestilles (Rullestad 2007). Disse to teoriene presenteres nærmere her, og benyttes for å forklare jobbtilfredshet i denne studien.

**Hackman og Oldhams jobb-karakteristika modell** antar at indre karakteristikk i arbeidet, slik som autonomi og variasjon, fremmer jobbtilfredshet. Dette gjelder spesielt for individer som har utvikling og vekst som preferanser. Jobb karakteristika modellen er en modell for å bygge opp en jobb på en slik måte at den gir best mulig jobbmotivasjon for den enkelte arbeidstaker. Det finnes fem jobbdesignfaktorer, som kan være med på å bidra til at ansatte trives bedre på jobb (Kaufmann & Kaufmann 2011:111):



- **Variasjon i ferdigheter** defineres som hvordan mulighetene er til å bruke ulike evner, ferdigheter og kunnskaper i en jobb. Det blitt antatt at ansatte blir mer motiverte, jo mer arbeidsvariasjon de har.
- **Oppgaveidentitet** vil si at den ansatte er involvert i hele arbeidsprosessen, et helt stykke avsluttet arbeid.
- **Oppgavebetydning** betyr å se en større mening med det man gjør
- **Autonomi** dreier seg om hvor mye kontroll og ansvar en arbeidstaker har over sin egen arbeidssituasjon
- **Tilbakemelding** går ut på i hvilken grad de ansatte får informasjon om resultatene av arbeidet. Det er også en betingelse for å kunne lære av erfaringer.

Kaufmann og Kaufmann (2011:114) sier at det kan konkluderes med at teorien om jobbkarakteristika har god støtte i forskning. Men de peker på at det er hvert individs subjektive opplevelse som undersøkes.

**Herzbergs tofaktorteori** sier at et jobbinnhold som gir anerkjennelse, læring og ansvar skaper en høy grad av jobbtilfredshet hos medarbeiderne (Herzberg m fl 1959:113). Grunnprinsippet er at en medarbeider som trives også vil være en motivert og produktiv medarbeider. Herzberg satte fokus på å skille mellom *motivasjonsfaktorer*, som virker fremmende på jobbtilfredshet, og *hygienefaktorer*, som utøver sin effekt ved fravær av negative arbeidsbetingelser. Her er noen av faktorene Herzberg fant:

#### Motivasjonsfaktorer

- Prestasjoner (tilfredsstillende å løse en jobb/oppgave)
- Anerkjennelse (tydelig ros)
- Ansvar (kontroll over egen arbeidssituasjon)
- Selve arbeidet
- Personlig vekst (lære nye ting og oppøve nye ferdigheter)

#### Hygienefaktorer

- Arbeidsbetingelser
- Ledelse (om lederen har den rette yrkesfaglige kompetansen, er villig til å delegerer ansvar og er rettfærdige)
- Fysiske arbeidsforhold (lys, støy, hjelpemidler, plass etc)

- Mellommenneskelige relasjoner
- Lønnsforhold

(Herzberg m fl 1959:65-77).

Herzberg trakk følgende generelle konklusjoner:

Motivasjonsfaktorene skaper trivsel og glede i den grad de er til stede, men ikke mistriivsel dersom de ikke er til stede. Hygienefaktorene kan skape mistriivsel i den grad de ikke er til stede, men ikke trivsel dersom de er tilstede. Herzberg mente at motivasjonsfaktorene fremmet jobbtifredshet og motivasjon, mens hygienefaktorene førte til misnøye med jobben og demotivasjon (Einarsen og Skogstad 2005:171).

Herzbergs teori har sprikende støtte i forskning, særlig prinsippet som sier at jobbtifredhet fører til økt produktivitet (Kaufmann og Kaufmann 2011-213).

### **3.3.3. Forskning om jobbtifredshet**

De siste tredivve årene har det vært gjennomført mye forskning rundt temaet jobbtifredshet over hele verden. Undersøkelser har sammenlignet resultater fra studier i ulike land. Disse studiene viser at det er ulikheter i rapportert jobbtifredshet, men sier ikke mye om grunnene til dette (Spector 1997:27). Ulike yrkesgrupper rapporterer også ulike resultat, og der konkluderer man med at kultur, arbeidsbetingelser og forventninger til arbeidet er noen av årsakene til dette (Spector 1997:27). I Norge oppgir omtrent 80% av oss å være fornøye med arbeidet vårt, og det forklares med godt arbeidsmiljø og vår evne til tilpasning, samt evnen til å akseptere omstendighetene (Einarsen og Skogstad 2005:171).

I helsevesenet har studiene på jobbtifredshet fokusert på leger og pleiere, og andre yrkesgrupper, deriblant fysioterapeuter, blir sjelden spesifisert. En spørreskjemaundersøkelse ble høsten 2008 utført blant over 1000 yrkesaktive, norske leger. Resultatet viste at legene rapporterte en høy grad av jobbtifredshet, jobbtifredsheten økte med økende alder og privatpraktiserende spesialister hadde høyest jobbtifredshet. Lang arbeidstid var negativt korrelert med jobbtifredsheten, mens opplevelsen av å være faglig oppdatert ble positivt korrelert. 52,9 % av legene anga meget høy generell tilfredshet (Nylenna og Aasland 2010). En studie sammenlignet representanter fra syv ulike grupper innen helse- og omsorgssektoren

med tanke på hva som skaper arbeidsglede og motivasjon. Fysioterapeutene skåret her høyere enn de andre gruppene på entusiasme for jobben (Richardsen og Martinussen 2008).

En stor studie som inkluderer ulike yrkesgrupper fra flere sykehus i Canada oppgir samsvar med egne og organisasjonens mål, autonomi og sosial støtte fra leder som viktig for jobbtilfredshet (Krueger m fl 2002). «God Vakt» er en kartlegging av organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø ved norske sykehus i 2005-2006, der 3000 pleiere og leger deltok, og den bekrefter helsepersonells sterke faglige interesser. Helsepersonell opplever støtte fra ledere og kollegaer som viktig når det toppe seg. Deltakerne oppgav å være lite fornøyde med organisatoriske rammebetingelser og måten omstillinger ble gjennomført på (Arbeidstilsynet, God vakt 2006).

En forskergruppe fra Kunnskapssenteret har spurt et utvalg leger, sykepleiere og hjelpepleiere fra elleve norske sykehus om hva som bidrar til å gjøre dem tilfredse på jobben. Svarene viste variasjon i kildene til jobbtilfredshet ; for sykepleierne er tilfredshet med nærmeste leder den viktigste forklaringsvariabelen for jobbtilfredshet, mens for legene er det å arbeide i en kultur med faglig utvikling viktigst. For hjelpepleierne er lokalt lederskap viktig, samt det å ha faglig utviklende arbeidsoppgaver (Krogstad m fl 2006).

### **3.4 Jobbtilfredshet hos fysioterapeuter**

Litteratur tyder på at fysioterapeuter i vestlige land ser ut til å være opptatt av mange av de samme sakene som i Norge, og at arbeidsforhold og organisering har store likheter. Dette taler for at funn fra studier er overførbare til norske forhold også når det gjelder jobbtilfredshet. Jeg trekker derfor inn en del internasjonal litteratur som kunnskapsgrunnlag, da det er lite norsk litteratur innen området fysioterapi og jobbtilfredshet. Studiene som presenteres, er funnet å støtte opp om teorien.

Speakman m fl (1996) fant at den første studien som så på jobbtilfredshet blant fysioterapeuter, ble gjennomført i 1977, men fant ved gjennomgang lite litteratur på dette området. Forskningsvirksomheten i fysioterapifaget er størst i USA, England og Australia, og det er også her det er gjennomført flest studier som har sett på fysioterapeutenes jobbtilfredshet. Studiene som er gjort gir inntrykk av at fysioterapeuter er tilfredse med

arbeidet sitt. Ønsket om å være selvstendige fagutøvere med mulighet til etter- og videreutdanning oppgis som viktige faktorer for jobbtrivsel i flere studier (Akroyd m fl 1994, Bergman 1990, Speakman m fl 1996). En eldre amerikansk studie som undersøkte jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på- og utenfor sykehus konkluderte med at de rapporterte svært høy grad av tilfredshet med jobbsituasjonen samlet sett (Atwood og Wolf 1982). En studie gjennomført i Tyrkia, undersøkte jobbtilfredshet hos fysioterapeuter og fant at kollegaene, lønn og mulighet for avansement var variabler som forklarte jobbtilfredshet (Eker m fl 2004).

### **3.4.1 Jobbtilfredshet hos fysioterapeuter i Norge**

I arbeidet med å finne teori, fant jeg at det var gjennomført tre relevante oppgaver, hvor det var forsket på fysioterapeuter, jobbtilfredshet og arbeidsforhold. Den eldste, fra 2001, hadde som formål å rette fokus mot kommunalt ansatte fysioterapeuters tilfredshet i arbeidet, og undersøke sammenhengen mellom jobbtilfredshet og utvalgte arbeidsmiljørelaterte faktorer. Dette var en spørreskjemaundersøkelse, med 117 respondenter, og resultatene viste at mange av fysioterapeutene var fornøyde med arbeidet. Det kom frem at jobbkrav, kontroll i arbeidet og sosialt samspill hadde sammenheng med jobbtilfredshet (Svendsen 2001). En annen av studiene hadde tema arbeidsglede hos fysioterapeuter på lokalsykehus, og undersøkte hva som gjør at fysioterapeutene blir i sine yrker og trives, til tross for vedvarende arbeidspress. Dette var en kvalitativ studie med intervju av 4 fysioterapeuter. Funn her viste at for fysioterapeuter ved lokalsykehus består arbeidsglede i meningsfylde i arbeidet, autonomi, faglig utvikling, deling av felles verdier og stolthet knyttet til felles innsats. Her bringes også organisasjonskompetanse inn som en faktor (Kvisten 2011). Den siste oppgaven, tok for seg ledelsens betydning for fysioterapeuter på sykehus. Det var også en kvalitativ studie, med intervju av 6 fysioterapeuter. Davidsen fant at ledelse så ut til å ha liten direkte betydning for fysioterapeutenes daglige pasientarbeid, men ledelsen spiller en rolle for å holde avdelingen samlet, ivareta administrative oppgaver og være talsmann for fysioterapitjenesten (Davidsen 2011). Disse valgte jeg å benytte som teorigrunnlag, da jeg fant at funnene var relevante for min oppgave.

### **3.4.2 Variabler som forklarer jobbtilfredshet**

Jeg viser til at denne oppgaven bruker autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling som forklaringsvariabler for jobbtilfredshet. Basert på teori fra Herzberg, Hackman og Oldham, og empiri som presenteres under. Disse forklaringsvariablene benyttes i problemstilling 2, hvor det undersøkes i hvilken grad organisering påvirker jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus. Ved gjennomgang av litteratur ble det ikke funnet noen studier som undersøkte betydningen av organiseringen hos fysioterapeuter i forhold til jobbtilfredshet.

Det presenteres videre empiri om de tre forklaringsvariablene;

#### **Empiri om autonomi**

Autonomi kan defineres som følelsen av å ha kontroll og valgmuligheter knyttet til utøvelsen av yrket. Kunnskapsarbeidere har vanligvis mye frihet i arbeidet sitt, og flere forfattere peker på at autonomi er nært knyttet til tilfredshet i jobben: Speakman m fl (1996) fant at stor grad av autonomi var en av faktorene som ble rangert høyt for jobbtilfredshet blant fysioterapeuter. Richardsen og Martinussen (2008) viser til flere studier som finner at beslutningsfrihet og autonomi i form av kontroll over arbeidsmetoder korrelerer med jobbtilfredshet hos helsepersonell. Spector (1997:39) fant at autonomi i beslutninger påvirket jobbtilfredshet positivt. Autonomi var en faktor knyttet positivt til arbeidsglede i Kvistens (2011) studie av fysioterapeuter ved lokalsykehus. Svendsens (2001) spørreskjemaundersøkelse blant kommunalt ansatte fysioterapeuter fant at kontroll i arbeidet hadde sammenheng med jobbtilfredshet.

#### **Empiri om støtte fra leder**

Flere som har undersøkt arbeidsmiljøforhold peker på at støtte i forholdet mellom leder og underordnet er et vesentlig element ved mestring av daglige utfordringer i arbeidslivet (Einarsen og Skogstad 2005:35). «God vakt» kartleggingen viste at helsepersonell ønsker støtte fra leder i situasjoner de opplever som vanskelige (Arbeidstilsynet, God vakt 2006).

Under validering av det generelle nordiske spørreskjemaet QPSNordic ble det funnet en sterk korrelasjon mellom jobbtilfredshet og støtte fra overordnede (Dallner et al 1997).

Levekårsundersøkelsen gjennomført i 2006 viser at særlig helsepersonell mener at det å vite at man kan få hjelp og støtte av overordnede hvis man trenger det er viktig, ikke minst hvis man har mye å gjøre eller utfører særlig utfordrende arbeidsoppgaver (Statens arbeidsmiljøinstitutt. Belastende arbeidssituasjoner for lærere og helsearbeidere 2006). På spørsmål om hva som

bidrar til tilfredshet på jobben, svarte sykepleierne i en studie at det viktigste var å erfare støtte og oppmuntring fra nærmeste leder (Krogstad m fl 2006). Ved gjennomgang av litteratur fant Spector (1997:39) at tilknytning og tilgang på støtte fra arbeidsledelsen fører til større grad av jobbtildfredshet.

### **Empiri om kompetanseutvikling**

Mulcahy m fl (2010) fant at fysioterapeuter som hadde etter- eller videreutdanning var mer tilfredse med jobben sin enn de som kun hadde grunnutdanning. Flere studier oppgir mulighet for etter- og videreutdanning som viktige faktorer for jobbtrivsel hos fysioterapeuter (Akroyd m fl 1994 og Bergman 1990 og Speakman m fl 1996). Andre profesjonesgrupper som pleiere og leger oppgir også at faglig utvikling har betydning for jobbtrivsel (Breivik 2010 og Nylenna 2010). Ved gjennomgang av litteratur, fant Spector at muligheter for å bruke sine ferdigheter, og kompetanseutvikling har positive effekter på jobbtildfredshet (Spector 1997:39). Kvisten (2011) fant i sin studie av fysioterapeuter på lokalsykehus at faglig utvikling bidro til økt arbeids glede.

### **3.5 Sykehusorganisasjonen: Kunnskapsorganisasjon, ekspertorganisasjon og institusjon**

Sykehusorganisasjonen preges av eksperter og profesjonelle. Strand kaller slike organisasjoner for ekspertorganisasjoner. De kjennetegnes ved et lavt hierarki, sterk grad av fagspesialisering og fagautonomi, de behandler komplekse problemer og medlemmene har stor grad av autonomi i sin yrkesutøvelse (Strand 2001:249). Grund (2006) beskriver sykehus som en problemløsende kunnskapsorganisasjon, hvor faggrupper bestående av spesialister og høyt utdannede arbeider.

Sykehusorganisasjonen har i tillegg institusjonelle trekk, med komplekse strukturer og preg av sterke profesjonskulturer. Dette påvirker måten handlinger i organisasjonen blir strukturert på gjennom sosial samhandling og sosiale regler. Institusjoner begrenser og regulerer adferden, og består av komplekser av kulturelle regler (Strand 2001:249). Normene og de kulturelle reglene som eksisterer i organisasjonen kan være i konflikt med organisasjonens formelle krav om effektivitet og endring. Ved en organisasjonsendring kan det se ut som aktørene i sykehusorganisasjonen aksepterer de formelle organisatoriske endringene, mens de

i sitt daglige virke motsetter seg den praktiske innføringen og de endringene reformen forsøker å bidra til, de fortsetter akkurat som før (Skjøld Johansen 2009).

I ekspertorganisasjonene er det spesielle utfordringer for ledelse, og rollen som leder er nært knyttet til rollen som fagkyndig. Vanlige ledelsesoppgaver som instuks og sette mål for andre blir overflødige, og de profesjonelle ser på administrativ ledelse som besværlig og lite ønskelig (Strand 2001:250).

### **3.6 Kunnskapsarbeidere og profesjoner**

I litteraturen benyttes begrepene profesjonsarbeidere og kunnskapsarbeidere om yrkesutøvere som har høyere utdanning og som har høy grad av autonomi i utførelsen av arbeidet (Einarsen og Skogstad 2004:58). I tillegg defineres yrkesutøvere som tilhører profesjoner ved at de har monopol på yrket, etiske standarder for profesjonen og en offentlig godkjenning med en beskyttet tittel (Strand 2004:250). Det er yrkesgrupper med kontroll og autoritet over eget fag. Advokater og leger er typiske eksempler, mens lærere, sivilingeniører og sykepleiere omtales som halvprofesjonaliserte da de ikke i samme grad har monopol på oppgavene (Strand 2001:250).

Flere forfattere påpeker at profesjonstilhørighet får konsekvenser for organisering, styring og kompetanseoppbygging. Profesjonsarbeiderne beskrives som selvstendige yrkesutøvere som bruker organisasjonen de arbeider i til å praktisere faget sitt, de opplever egne oppgaver som viktigst i organisasjonen og lar seg ikke så lett styre (Einarsen og Skogstad 2004:58, Flermoen 2009:171, Jacobsen og Thorsvik 2002:138, Grund 2006).

Profesjoner tilhører sterke kulturfellesskap som innebærer at den gitte profesjonen deler felles erfaringer, identitet og verdisyn. Sykehusene er organisasjoner med sterke profesjonskulturer. På sykehusene er profesjonene gjerne organisert sammen, dette kan fremme sterke subkulturer og det kan oppstå konflikter mellom profesjonelle. Studier har funnet at de også danner undergrupper i organisasjonen og konsentrerer seg om sine egne oppgaver (Jacobsen og Thorsvik 2002:138). De profesjonelle ses som bærere av tradisjoner og profesjonelle normer, men de er ikke en homogen gruppe som agerer ensartet. Også innad i de ulike profesjonsgruppene er det variasjoner. De er ulike med hensyn til personlige preferanser,

hvilken type avdeling man jobber ved og hva slags type sykehus (størrelse, lokalisering) man er ansatt i (Skjøld Johansen 2009). I et profesjonssystem som i et sykehus, er de profesjonelle forbundet med hverandre i et gjensidig avhengig system som samtidig også er et hierarkisk system. Her inngår en forståelse av at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver. Enkelte oppgaver er tradisjonelt pleieroppgaver, andre er fysioterapeutoppgaver, mens legen har sine. Tradisjonelt har pleierne og fysioterapeutene vært sett på som underordnet legene. Disse myndighetsområdene utfordres gjennom reformer og organisatoriske endringer, og er gjenstand for stadig forhandling og reforhandling (Skjøld Johansen 2009). Det er viktig for de profesjonelle, både som gruppe og som enkeltpersoner, å delta i ledelsen, å posisjonere seg samt å forsvare oppnådde posisjoner i sykehusorganisasjonen. En studie fra Danmark har funnet at lederne, siden de også er medlemmer av en profesjon, i stor grad blir preget av sin profesjonsbakgrunn når de utfører sitt lederskap (Sognstrup, 2003).



## 4 METODE

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av og bruk av metode, og refleksjoner rundt dette. Valg av forskningsstrategi, spørreskjema som datainnsamlingsverktøy, presentasjon av dette, valg av respondenter og dataanalyse utgjør de første avsnittene i kapitlet. Deretter følger refleksjoner rundt styrker og svakheter ved metodevalget, reliabilitet og validitet og etiske forhold.

### 4.1 Valg av forskningsstrategi

Hensikten med denne studien var å måle jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus, og se om organiseringen av fysioterapitjenesten har betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling. Studien ble planlagt med både deskriptiv statistikk og teststatistikk, med en kvantitativ tilnærming. Ved å velge kvantitativ metode, gis en fremgangsmåte hvor det systematisk samles inn sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesobjekter, hvor opplysningene kommer frem i form av tall og hvor mønsteret i tallmaterialet analyseres (Hellevik 2006:13). Jeg fant at kvantitativ metode svarte ut problemstillingene på best måte, fordi begrepet jobbtilfredshet operasjonaliseres, måleinstrumentene er kjente og forskerens rolle er nøytral, objektiv og distansert i forhold til undersøkelses-personene.

For å samle inn data fra mange respondenter på en gang, er det vanlig å bruke et spørreskjema med lukkede svaralternativer (Jacobsen 2005:235). I denne undersøkelsen benyttes både åpne og lukkede spørsmål.

Det foreligger få kunnskaper om emnet og om enhetene jeg har valgt, og jeg ønsker å beskrive ulike trekk ved enhetene, til dette passer et beskrivende design (Hellevik 2006:88).

Beskrivende design blir også kalt deskriptive design. Formålet med et beskrivende design er å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan, hvem og hvorfor. Masterstudiet i verdibasert ledelse er et erfaringsbasert studie, jeg ønsket derfor at studien skulle ha et erfaringsbasert preg, og et deskriptivt design ga denne muligheten. Når det gjelder forholdet mellom enheter og variabler, ønsket jeg et større antall enheter med få variabler for hver, dette gir meg et ekstensivt undersøkelsesopplegg (Hellevik 2006:95). Det innebærer at jeg går i bredden, i stedet for i dybden.

Dataene jeg har basert undersøkelsen på, er samlet inn spesielt for dette formålet.

## **4.2 Kartlegging av jobbtilfredshet**

Jobbtilfredshet kan kartlegges ut fra et enkelt spørsmål om hvordan man totalt sett trives på jobben, eller ved flere spørsmål om hvordan man trives med flere sider av jobben. Spector (1997:29) sier at ved kartlegging av flere sider ved jobben, kommer et mer nyansert bilde av en persons jobbtilfredshet frem. Einarsen og Skogstad (2005:182) sier at jobbtilfredshet bør kartlegges både som et globalt fenomen, og i tillegg forhold bestående av ulike delområder. Det er vanlig å kartlegge tilfredshet innen flere av jobbets delområder, da dette gir et utgangspunkt for en persons samlede tilfredshet. Dette samsvarer også med fasett teorien som beskrevet ovenfor. Matthiesen påpeker (ifølge Einarsen og Skogstad 2005:170) at det er mulig å være misfornøyd med sjefen, selv om man er fornøyd med jobben. Videre sier han at viktige delområder er; mulighet for kompetanseutvikling eller vekst – det sier noe om framtidsmuligheter, veiledning eller ledelsesforhold, som angir forhold til nærmeste overordnede, og arbeidsinnhold og utførelse, som sier noe om oppgaver og opplevelse av jobbets innhold, og kontroll over arbeidet .

På bakgrunn av teori og funn i andre studier har jeg valgt å undersøke jobbtilfredshet ved både en global del for å undersøke total jobbtilfredshet, samt gjennom delområdene autonomi, støtte fra leder og mulighet for kompetanseutvikling, da disse tre forklarer jobbtilfredshet, som vist i kapittel 3.4.2.

## **4.3 Spørreskjema som datainnsamlingsverktøy**

På bakgrunn av de metodiske valgene det redegjøres for i avsnittene over, valgte jeg å benytte et spørreskjema for å samle inn data. Jacobsen fremhever at for å lage et godt spørreskjema, må vi operasjonalisere begrepene, utforme et konkret spørreskjema og sette opp hvordan vi ønsker å gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen ( Jacobsen2005: 236). For å samle inn data utarbeidet jeg en spørreundersøkelse med et strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet er utarbeidet som sett av påstander informantene skal beskrive grad av enighet med. Skjemaet er inndelt med bakgrunns spørsmål, en global del som svarer ut generell jobbtilfredshet, en del

som omhandler autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling, i tillegg til noen åpne spørsmål.

For å kunne omsette teoretiske begreper til noe målbart blir begrepene operasjonalisert. Det innebærer at begreper som «autonomi» og «støtte fra leder» gjøres om til konkrete spørsmål som er mest mulig presise og dekkende for det vi ønsker å registrere, og måle det indirekte (Jacobsen 2005:237). Flere sett med påstander er knyttet opp mot hver av variablene. Spørreskjemaet fanger i tillegg opp bakgrunnsinformasjon som kjønn, alder, etter- og videreutdanning, år i arbeid og type stilling. Jeg har jobbet med at spørsmål og svaralternativ må oppleves relevante for respondentene. Spørreskjemaet gir mulighet til å samle inn data fra mange individer på kort tid, og det blir lettere å standardisere og kategorisere svarene, enn ved for eksempel intervju. Ved å la respondentene velge mellom standardiserte, fast oppsatte alternativer i form av gradering av påstander er, det mulig å se på likheter og variasjoner hos respondentene. Jeg utformet først et vanlig spørreskjema, som ble overførte til dataprogrammet SnapSurvey. Dette er et elektronisk verktøy som er mye brukt for å samle inn svar fra større og mindre grupper, og svarene ble overført til statistikkprogrammet SPSS elektronisk. Dette programmet forenkler innsamlingen av data, samtidig som det gjør svarprosessen for respondentene enklere. Arbeidsstedet mitt hadde dette tilgjengelig via forskningsenheten.

Jacobsen (2005:274) anbefaler at før spørreskjemaet ferdigstilles og sendes ut, bør det gjøres en prestudie. Enten ved å samle en gruppe med noen av de samme egenskapene som respondentene, eller andre fagfolk som kjenner feltet. Som en del av utarbeidelsen av spørreskjemaet gjennomførte jeg en prestudie der en gruppe kollegaer fikk tilsendt spørreskjemaet og svarte på det. Etter det diskuterte vi om formuleringer og begrep fungerte, og om det var uklarheter eller annet som måtte rettes opp før selve undersøkelsen. Det kom nyttige innspill og forslag til endringer, og jeg gjorde noen korrigeringer.

Å sette sammen et godt spørreskjema, var både tidkrevende og lærerikt. Jeg har kun brukt spørsmål som er valide og reliable, testet gjennom flere tidligere undersøkelser av flere forfattere (Skogstad m fl 2001, Helse Sør-Øst. Rapport medarbeiderundersøkelsen 2010, Nylenna, Aasland 2010, Spector 1997 og Warr, Cook , Wall 1979).

## 4.4 Presentasjon av spørreskjemaet

Informasjonen i spørreskjemaet som skal samles inn er predefinert av meg, og de fleste spørsmålene i spørreskjemaet var basert på lukkede svaralternativer, noe som gjør selve analysen enklere. Spørreskjemaet inneholder også noen åpne spørsmål, hvor deltakerne kan formulere svaret, innenfor en grense på 200 tegn. Deltakerne ble oppfordret til å formulere svarene i de åpne spørsmålene som stikkord, for å forenkle etterarbeidet med disse. Spørreskjemaet ble startet og avsluttet med enklespørsmål som kjønn, utdanningsnivå, stillingstype og organisasjonstype. Hensikten med å sette opp spørreskjemaet på den måten, er å unngå å skape mistro ved å starte med vanskelige eller følsomme spørsmål (Jacobsen 2005:257). Målet er at flest mulig skal svare på spørreskjemaet.

Spørreskjemaet består av en global del som undersøker generell jobbtilfredshet, og en del hvor spørsmål stilles til autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling. Jeg har benyttet spørsmål fra ulike spørreskjema om jobbtilfredshet. Jeg tok utgangspunkt i de spørreskjemaene som blir benyttet i kunnskapsbedrifter, og fant frem til de områdene som fra før er funnet å være viktig for jobbtrivsel, uavhengig av bestemte modeller eller teorier. Spector peker på at det viktig at hvert delområde har flere spørsmål, både på grunn av at respondentene kan gjøre feil ved avkryssningen av spørsmål, og fordi hvert delområde kan ha flere aspekter knyttet til seg (Spector 1997:20). Spørreskjemaet inneholdt i alt 34 lukkede spørsmål, samt 5 åpne. Skjemaet ble sendt ut elektronisk direkte til hver enkelt via mailadresse, respondentene skulle så fylle ut skjemaet som ble automatisk returnert når undersøkelsen var fullført. Svarfristen ble satt til 17 dager, og det ble purret etter 10 dager. Det ble kun purret en gang.

### 4.4.1 Bakgrunnsvariabler

På bakgrunn av en litteraturgjennongang hevder Sørensen med flere at det er uklart hvilken rolle demografiske bakgrunnsvariabler spiller med tanke på jobbtilfredshet. Bakgrunnsvariablene som ble undersøkt var blant annet kjønn og alder (Sørensen m fl 1998). Det er svært sprikende funn i litteraturen på dette området. I følge Spector (1997:28) ser det heller ikke ut til at kjønn har betydning for grad av jobbtilfredshet. Flere forfattere har imidlertid pekt på at jobbtilfredsheten øker med stigende alder, eldre arbeidstakere ser ut til å være mer tilfredse enn yngre. Dette forklarer de med at verdier og forventninger endrer seg

over tid, og at eldre arbeidstakere ofte er mer fornøyde enn yngre kollegaer, da disse har andre forventninger til jobben (Einarsen og Skogstad 2005:169, Spector 1997:24).

I tillegg har det å inneha fag- og lederposisjoner blitt beskrevet som viktig for kunnskapsarbeidere (Skjöld Johansen 2009, Sognstrup 2003). Jeg valgte derfor å ta dette med i betraktning i bakgrunnsvariablene.

### **I bakgrunnsvariablene stilte jeg følgende spørsmål:**

1. Tittel / funksjon
2. Faglig spesialfunksjon
3. Hvor mange år ansatt ved nåværende arbeidssted.
4. Alder
5. Kjønn

### **I tillegg stilte jeg spørsmål ved organiseringen av fysioterapitjenesten:**

1. Hvordan er du organisert?
2. Din nærmeste leder er?

Her var det forhåndsdefinerte svaralternativ.

### **Spørreskjemaet inneholdt også 5 åpne spørsmål av typen:**

«Hva er viktigst for deg for å trives på jobb?»

«Hvis du skulle være organisert på en annen måte enn du er i dag, hvordan ville du ønske å være organisert?»

De åpne spørsmålene tillot 200 tegn i svaret, men respondentene ble oppfordret til å svare med stikkord, eller kort.

## **4.4.2 De ulike områdene i spørreundersøkelsen**

### **Global del – total jobbtilfredshet**

Et standardisert verktøy utviklet av Peter Warr, John Cook og Toby Wall, Job Satisfaction Scale (JSS), ble brukt for å måle fysioterapeutenes totale jobbtilfredshet (Warr, Cook, Wall 1979). Job Satisfaction Scale inkluderer ti aspekter ved arbeidsforholdene: ansvar, variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner, samlet jobbtilfredshet, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid. Disse skal hver skåres på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Total

jobbtilfredshet beregnes som summen av alle ti skårer, uten vekting, som deles på ti og altså ligger mellom 1 og 7 for den enkelte. I tillegg ble generell tilfredshet med tilværelsen (generelt velvære) målt med ett enkelt spørsmål: «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» Også dette spørsmålet ble skåret på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Denne skåren er brukt på helsepersonell tidligere, blant annet av legeforeningen, og resultatene kan sammenlignes (Nylenna, Aasland 2010).

### **Job Satisfaction scale JSS (Warr, Cook, Wall 1979 og Nylenna, Aasland 2010)**

- Den ansvarsmengden du er blitt tildelt
- Den variasjon i arbeidsoppgaver du har
- Kollegaene dine og øvrige ansatte
- Fysiske arbeidsforhold
- Muligheten/anledningen til å bruke dine evner
- Alt tatt i betraktning, hva synes du om jobben din
- Frihet til å velge dine egne arbeidsmetoder
- Anerkjennelse du får for godt utført arbeid
- Lønnen din
- Arbeidstiden din

Chronbach Alfa .84

### **De tre delområdene støtte fra leder, kompetanseutvikling og autonomi**

Disse 3 områdene benytter jeg som forklaringsvariabler for å undersøke om organiseringen av fysioterapitjenesten på sykehus har betydning for jobbtilfredshet. Spørsmålene er hentet fra Helse Sør-Øst sin arbeidsmiljøundersøkelse 2010, fra seksjonen jobbtilfredshet (Helse Sør-Øst. Rapport medarbeiderundersøkelsen 2010). Spørsmålene i arbeidsmiljøundersøkelsen bygger igjen på QPS Nordic. QPS betyr The General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work. (Spørreskjemaet QPS Nordic).

### **Støtte fra leder**

Dette begrepet er målt ved å stille fem spørsmål omkring ulike former for støtte fra leder. Det være seg om lederen gir mulighet til å delta i avgjørelser, og om samarbeidet i enheten. Spørsmålene var formulert på en slik måte at de kan fange opp hvilken grad den enkelte ansatte opplever sin leder som en støttespiller i jobben. Spørsmål her er «I hvilken grad oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?» og «Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra nærmeste leder?» Igjen skal det skåres på en skala fra 1 (i meget liten grad) til 5 (i meget stor grad).

### **Støtte fra leder** (Helse Sør –Øst 2010) (QPS Nordic)

- I hvilken grad engasjerer arbeidsoppgavene dine deg?
- I hvilken grad opplever du at samarbeidet med andre i din enhet fungerer godt?
- I hvilken grad tar du selv initiativ til forbedringer i din enhet?
- I hvilken grad oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?
- Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra nærmeste leder?

Cronbach Alfa .65

### **Kompetanseutvikling**

Dette området med 5 spørsmål handler om hvorvidt den ansatte opplever å ha mulighet til å innhente eller utvikle ny kompetanse, om lederen og miljøet gir mulighet til å lære, både gjennom daglige arbeidsoppgaver, kurs- og etterutdanning. Eksempler på spørsmål er «Det legges til rette for at jeg skal få øke mine faglige kunnskaper» og «I min enhet har alle yrkesgrupper like muligheter til kurs/videreutdanning.» Skåren her er også femdelt, fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig).

### **Kompetanseutvikling** (Helse Sør –Øst 2010) (QPS Nordic)

- I min avdeling ivaretas høy faglig kvalitet
- Jeg utvikler meg faglig gjennom mine daglige arbeidsoppgaver
- Det legges til rette for at jeg skal få øke mine faglige kunnskaper
- I min enhet har alle yrkesgrupper like muligheter til kurs/videreutdanning
- Jeg har rett kompetanse til å utføre arbeidet mitt

Cronbach alfa .70

## **Autonomi**

Under dette temaet er det 5 spørsmål som omhandler den ansattes opplevelse av å ha kontroll over hvordan han /hun organiserer arbeidet sitt, og om vedkommende føler det er rom for å kunne initiere arbeidsoppgaver på egenhånd, og om dette er av viktighet. Spørsmål som er inkludert er « I hvor stor grad har du muligheter til å ta egne initiativ eller vurderinger om hvordan du skal utføre arbeidet?» og «I hvor stor grad er det viktig for deg å kunne ta avgjørelser angående arbeidet ditt selv?» Det skal skåres på en skala fra 1 (i meget liten grad) til 5 (i meget stor grad).

### **Autonomi (Helse Sør –Øst 2010) (QPS Nordic)**

- I hvor stor grad kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?
- I hvor stor grad kan du bestemme eget arbeidstempo?
- I hvor stor grad har du muligheter til å ta egne initiativ eller vurderinger om hvordan du skal utføre arbeidet?
- I hvor stor grad er det viktig for deg å kunne ta avgjørelser angående arbeidet ditt selv?
- I hvor stor grad har du mulighet til å benytte egne ferdigheter og kompetanse ved jobbutførelse?

Cronbach Alfa .72

Den globale skalaen JSS har en skår fra 1-7, mens skalaene autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling skåres fra 1-5. Det var på denne måten skalaene var satt opp og benyttet tidligere, og jeg valgte å beholde de slik, blant annet for å kunne sammenlikne resultatene fra denne studien med tidligere undersøkelser.

## **4.5 Utvelgelse av informanter**

Fysioterapeuter på sykehus utgjør populasjonen i undersøkelsen. Populasjonen er alle de undersøkelsesenheterne vi ønsker å uttale oss om, og den vil alltid være avgrenset innenfor en kontekst (Jacobsen 2005:80). For å få en mer presis og oversiktlig mengde informanter er det



nødvendig å foreta et utvalg. Ved en beskrivende undersøkelse er hensynet til representativitet viktig. Et representativt utvalg gir omtrent samme resultater som hvis alle enhetene var undersøkt (Hellevik 2006:88). Den gruppen som velges fra populasjonen som mine informanter er 79 fysioterapeuter fra 6 sykehus. Jeg foretok en skjønnsmessig utvelgning ut fra hensyn som ulik organisering av fysioterapitjenesten, geografisk spredning, ulike titler og ulik størrelse på sykehusene, for å sikre et variert utvalg. I undersøkelsen ble det altså ikke tatt sikte på å fange opp alle fysioterapeutene ved sykehusene jeg kontaktet, men heller de gruppene eller enkeltpersonene som var ulikt organisert. Jeg startet å ta kontakt med fysioterapeuter ved 6 sykehus før sommeren 2012. Ved enkelte sykehus hvor fysioterapeutene var organisert sammen, kunne jeg kontakte lederne, ved andre sykehus var det vanskelig å finne de enkelte fysioterapeutene, via flere av sykehusenes interne nettsider var det umulig. Ved hjelp av det at fysioterapeutene kjente til hverandre, og godt orienterte sentralbordansatte fikk jeg etter hvert telefonnummer de kunne nås på. De som var interesserte i å være medreturnerte sine mailadresser til meg. Et skjønnsmessig utvalg innebærer at studiens funn ikke er generaliserbare, men de kan ha en overføringsverdi. Et skriv med informasjon om undersøkelsen, anonymitet og frivillig deltakelse lå ved undersøkelsen som et følgebrev.

Inklusjonskriterie var at respondentene måtte være ansatt som fysioterapeuter ved sykehusene jeg kontaktet, dette inkluderer fysioterapeuter i alle stillingsprosenter, faste / vikarer og ledere på nivå 4 og 5. Privatpraktiserende eller kommunalt ansatte fysioterapeuter, turnuskandidater og fysioterapistudenter er ikke inkludert i undersøkelsen.

## **4.6 Dataanalyse**

Analyse av et datamaterial går ut på å trekke ut den informasjonen jeg trenger for å kunne svare på problemstillingen (Hellevik 2006:197). Både deskriptiv statistikk og test-statistikk er benyttet i analysen. Jeg har brukt et statistisk program som arbeidsverktøy, kalt SPSS. Dette dataverktøyet muliggjør beregninger og sammenhenger mellom beregninger i datamateriale som legges inn. Jeg har fått noe hjelp på egen arbeidsplass, og deltatt på et seminar i bruk av SPSS for å kunne bruke verktøyet.

Det første jeg gjorde i analysen, var å telle opp frekvensfordelinger, det vil si oversikter over hvor ofte de ulike verdiene for en variabel forekommer hos enhetene (Hellevik 2006:200).

Videre benyttet jeg univariat frekvensfordeling, det vil si at enheter med samme verdi blir regnet sammen. Jeg har også gruppert variabler, for å forenkle frekvensfordelingen av enkelte verdier (Hellevik 2006:210). For å undersøke om organiseringen hadde betydning, ble T-test benyttet. T-test brukes for å teste om gjennomsnittene for to grupper er signifikant forskjellige. Fysioterapeutene oppga å være organisert på tre ulike måter, en av gruppene inneholdt for få respondenter til å kunne brukes statistisk. Statistiske tester er derfor gjennomført for to ulike måter å være organisert på. Jeg har brukt både grafisk fremstilling og tabeller for å synliggjøre resultatene. En grafisk fremstilling gjør det mulig å raskt se hovedtrekkene, eller de mønstrene som de enkelte frekvensene danner. En tabell krever mer inngående studering, og jeg har derfor valgt å fremstille enkle tabeller.

#### **4.6.1 Kategorisering av de åpne spørsmålene**

For å analysere åpne spørsmål som er med i spørreskjemaer, anbefaler Jacobsen først å tematisere, for siden å tallfeste (Jacobsen 2005:342). Jeg har derfor kategorisert de åpne svarene og stikkordene i ulike tema, under hvert spørsmål. De er satt inn i enkle tabeller, hvor hver tabell representerer et spørsmål, som gir oversikt over de ulike temaene. Stikkordene eller begrunnelsene respondentene benyttet oftest, er satt opp som svaralternativer (Jacobsen 2005:343).

Det er ikke gjennomført statistiske analyser av svarene på de åpne spørsmålene, jeg har kun summert totalt antall som har valgt de ulike stikkordene, da respondentene stort sett benyttet de samme stikkordene og uttrykkene. Det var ikke gitt alternativer eller forhåndsdefinerte svar fysioterapeutene kunne velge mellom i de åpne spørsmålene.

#### **4.7 Styrker og svakheter ved metodevalg - reliabilitet, validitet og representativitet**

Datamaterialet jeg får inn ved undersøkelsen min må behandles ut fra de reglene som gjelder for kvantitativ forskning og forskning generelt. Valget av kvantitativ metode med bruk av spørreskjema for å få svar på problemstillingen bestemte langt på vei hva jeg kunne forvente å få ut av undersøkelsen. Valget av metode innebærer både fordeler og ulemper.

Både deskriptiv statistikk og test-statistikk er benyttet i analysen. Videre har jeg foretrukket et kvantitativt opplegg med systematisk innsamling av sammenlignbare data, i stedet for et å samle inn kvalitativ informasjon om respondentene. Kvantitative data presentres ved statistiske analyser, dette kan nok leserne finne det vanskeligere å sette seg inn i, enn presentasjonen av kvalitative data som legges frem mindre teknisk (Hellevik 2006:13).

En ulempe ved kvantitativ informasjon samlet inn via spørreskjema er at det ikke fanger opp nyanser på samme måte som et intervju. En spørreskjemaundersøkelse følger et standardisert opplegg som er fastlagt på forhånd, og er vanskelig å justere underveis hvis man ser at man ikke får inn de opplysningene man trenger.

For å sikre korrekte opplysninger var jeg nøye med utformingen av spørreskjemaet, og jeg mener at risikoen for misforståelser var liten. Videre mener jeg at god forhåndskunnskap om temaet, og pretesting av spørreskjemaet sikret at spørsmålene var relevante for respondentene. Alle respondentene mottok nøyaktig det samme spørreskjemaet. Spørsmålene var enkle, med enkle graderte svaralternativer. Lukkede spørsmål stiller store krav til at svarkategoriene dekker de aktuelle alternativene, og etter råd fra veileder brukte jeg derfor i tillegg noen få åpne spørsmål for å fange opp eventuelle tendenser. De åpne spørsmålene var også formulert enkle og konkrete, for å legge til rette for korte svar. Jacobsen påpeker at åpne spørsmål ikke legger begrensninger på hva deltakerne kan svare. Vi kan få informasjon med stor detaljeringsgrad, og det kan være vanskelig i i studier der en av hensiktene er å undersøke mange enheter (Jakobsen 2005:251). Han anbefaler allikevel å ta med åpne spørsmål. Deltakerne i denne studien ble oppfordret til å svare kort, eller med stikkord i de åpne spørsmålene, og de åpne spørsmålene var sett i sammenheng med de lukkede.

Spørreskjemaundersøkelser gir ingen informasjon om de som ikke ønsker å svare.

Svarprosenten min er høy, 76 %, allikevel var det 24% som unnlot å svare. Det er en svakhet ved denne type undersøkelser, hvis årsakene til at de som ikke svarer er relevante for undersøkelsen (Svendsen 2001). Spørreskjemaet fysioterapeutene fikk tilsendt, var anonymt og ble administrert elektronisk, jeg kunne derfor ikke spore opp de som valgte å ikke svare. Respondentene fikk ingen oppfølging under gjennomføringen av studien og det ble kun purret en gang. Dette samt kvaliteten på forhåndsinformasjonen kan påvirke svarprosenten. Mine kontaktopplysninger var vedlagt spørreskjemaet, men jeg mottok ingen tilbakemeldinger om at undersøkelsen var for tidkrevende eller for vanskelig å svare på.

Jeg fikk støtte til utviklingen av spørreskjemaet, hjelp til å tilpasse spørreskjemaet slik at det kunne sendes elektronisk, og noe hjelp til å sette opp skjemaet slik at det ga mulighet for gode statistiske analyser. Jeg mener derfor at målingene er nøyaktige og at resultatene er pålitelige og har god reliabilitet. Reliabilitet viser til datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet. For å få høy reliabilitet bør det ikke være rom for misforståelser i en undersøkelse, respondentene må skjønne spørsmålene og svaralternativene. Gjennom pretesting har jeg også sikret reliabiliteten. Reliabiliteten avhenger altså av hvordan målingene som leder frem til data er utført, mens validiteten avhenger av hva som er målt, om det er de egenskapene problemstillingen omhandler (Hellevik 2006:182). Indre konsistens omhandler i hvilken grad de ulike spørsmål i spørreskjema registrerer de samme egenskaper. Den mest brukte metode for å vurdere indre konsistens er coefficient alfa (Cronbach's alfa). Høy overensstemmelse tyder på høy reliabilitet. Reliabilitets koeffisient  $>.70$  er vanligvis tilfredsstillende, men  $>.80$  eller mer er ønskelig.

Dataene man får inn må være relevante for det man skal finne noe ut om. Spørsmålene er presentert i et avsett tidligere, og jeg mener at de er relevante for det jeg ville undersøke, og mener å ha fått et godt og relevant datagrunnlag å jobbe med. En mulighet for å sikre meg at funnene hadde blitt enda mer pålitelige og gyldige, kunne vært å stilt flere spørsmål på hvert område. Risikoen var da at jeg laget en for lang undersøkelse, som kunne ført til en lav svarprosent. Jeg mener jeg har fått svar på nettopp det jeg ønsket å finne ut mer om. I oppstartfasen av studien vurderte jeg å supplere spørreundersøkelsen med intervjuer i etterkant av denne, men slo fra meg det. Hvis jeg hadde triangulert og benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode, ville validiteten vært bedre (Jakobsen 2005:229). Studiens rammer og tid vanskeliggjorde dette.

Respondentene mine ble inkludert i studien via et ikke-sannsynlighetsutvalg. Hellevik påpeker at dette kan føre til systematiske skjevheter, som igjen vanskeliggjør generalisering fra utvalg til populasjon. Funnene i studien kan ha en overføringsverdi, mens generalisering forutsetter et tilfeldig utvalg av respondenter. Ved en skjønnsmessig utvelgelse, er det en fare for at forskeren velger ut enheter som stemmer med hennes forhåndsoppfatning, og faren er at utvalget blir skjevt i stedet for representativt (Hellevik 2006:348). Jeg foretok en skjønnsmessig utvelgelse hovedsakelig for å inkludere fysioterapeuter som var ulikt organisert. Populasjonen er liten og oversiktlig, og kjenner jeg hovedtrekkene i den.

## **4.8 Behandling av manglende verdier**

Det er vanlig ved bruk av spørreskjema at enkelte ledd i spørsmålene eller hele spørsmål blir stående ubesvart. Statistikkprogrammet SPSS regner ut de manglende verdiene der det er gyldige verdier for alle variabler, og dette er analysene basert på. Blant de lukkede spørsmålene i spørreskjemaet var det svært få ledd som stod ubesvart, blant de åpne spørsmålene stod 25% ubesvart. Det er ikke gjort statistiske analyser av de åpne spørsmålene, det er kun gjort en tematisering og summering av svarene. De manglende verdiene er således ikke telt med i de åpne spørsmålene.

## **4.9 Om å måle jobbtfredshet**

Det å måle jobbtfredshet handler om å måle ulike sider av «jobbtfredsheten». Det antas at jobbtfredshet er påvirket av konflikter, humør og personlighetstrekk. For to personer kan det også være helt ulike faktorer som bidrar til den samlede jobbtfredsheten, da de vurderer ulike aspekter ved jobben forskjellig (Kaufmann og Kaufmann 1998:241). Selv med standardiserte spørsmål og gitte svarkategorier, er det subjektive data som samles inn. Selv om spørsmålene i spørreskjemaet er tidligere utprøvd, garanterer det ikke for at respondentene oppfatter spørsmålene på samme måte. Det kan hende at respondentene gir de svarene som er mest sosialt aksepterte (Svendsen 2001).

## **4.10 Å forske i eget fagfelt**

Gjennom bruk av ulike metoder innen forskning søker vi å skape et skille mellom forskeren og det som forskes på. Målet er å unngå at resultatene blir påvirket og styrt av forskeren. Det at forskeren selv påvirker resultatet, kalles forskningseffekter. Jacobsen (2005:30) påpeker at det alltid vil finnes en eller annen form for forskningseffekt. Forskning kan sjelden fremstilles som fullstendig objektivt og nøytralt.

Det å ha nærhet til det som skal forskes på, innebærer kjennskap til miljøet, kulturen, menneskene, motivasjon, engasjement og sympati. For å skape nødvendig distanse var jeg bevisst rundt egen forskerrolle, gjennomførte nøye utvelgelse av teori og diskuterte med

kolleger. Metoden jeg har valgt gir meg også distanse til respondentene. Erfaringer som fysioterapeut og som leder har påvirket arbeidet med denne oppgaven og tolkningen av funnene mine. Min forforståelse er preget av å ha jobbet hovedsakelig i sykehus i 25 år og vært med på endringene i denne sektoren, det å tilhøre en liten gruppe antallsmessig, og det å ha opplevd givende og utviklende samarbeid med fysioterapeutkollegaer.

#### **4.11 Etiske vurderinger**

Sammen med spørreskjemaet ble det sendt ut et informasjonsskriv om studien hvor det ble informerte kort om temaet, om anonymitet, hvem jeg og min veileder var, samt tilhørighet til høgskole, og en oppfordring til å delta. Hellevik kaller dette et åpent opplegg, og påpeker at i Norge i dag er det et etisk krav at deltakere skal være informert. Videre sier han at det kan påvirke resultatene, ved at deltakerne oppfører seg annerledes når hensikten med studien er kjent (Hellevik 2006:107).

Jacobsen sier at i Norge i dag er det knyttet tre grunnleggende forskningsetiske krav til forholdet mellom forsker og de det forskes på: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Informert samtykke er basert på at deltakeren skal delta frivillig og være informert om studien (Jacobsen 2005:44). Respondentene i denne studien fikk tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen på forhånd, og de valgte selv om de ønsket å delta ved å returnere mailadresser. Undersøkelsens tema var kjent for respondentene, og gjennom å svare på undersøkelsen, samtykket respondentene til deltakelsen. Krav på privatliv omhandler registrering av følsomme opplysninger og identifisering av enkeltpersoner i et datamateriale (Jacobsen 2005:44). Noe av det som er definert som følsomme opplysninger er informasjon om religion, rase, helseforhold og politisk overbevisning. Spørreskjemaet inneholdt ikke denne type spørsmål, da det ikke var relevant for studien. Jeg har vært bevisst på at ingen av respondentene kan gjenkjennes i oppgaven, og alle data er anonymisert slik at det ikke er mulig å spore tilbake til personene som svarte på undersøkelsen. Bruken av dataprogrammet sikret respondentene anonymitet. Krav til korrekt presentasjon av data krever at resultatene skal gjengis fullstendig og i riktig sammenheng (Jacobsen 2005:50). I tolkningen av funnene har jeg bestrebet meg på å fremstille både deltakerne og funnene på en respektfull måte, og heller ikke tatt resultater ut av en sammenheng og benyttet i en annen kontekst. Den informasjonen som er samlet inn i denne undersøkelsen er fullt tilgjengelig for andre.

## **5 RESULTATER**

Dette kapitlet inneholder studiens resultater. I kapittel 6 blir funnene analysert og diskutert opp mot teori og forskning. Først i dette kapitlet presenteres svarprosent, frafallsanalyse og bakgrunnsvariabler, deretter er resultatene satt opp under de to problemstillingene. De åpne spørsmålene er også plassert under den problemstillingen de hører hjemme under, og presenteres sammen.

### **5.1 Svarprosent**

Det ble sendt ut i alt 79 spørreskjema elektronisk. I alt ble 58 spørreskjema retunert besvart. Disse ble alle inkludert. Dette innebar en svarprosent på 76%. Jacobsen beskriver en svarprosent på over 70% som meget godt (Jacobsen 2005:300).

Høy svarprosent gir en undersøkelse høy sikkerhet, høy nøyaktighet og dermed høy grad av pålitelighet (Jacobsen 2005:20). Den høye svarprosenten kan også tyde på at spørreskjemaet «traff» respondentene, de hadde ikke problemer med å forstå spørsmålene, undersøkelsen eller temaet var relevant for dem og utvelgelsen ga de respondentene som var villige til å svare.

#### **5.1.1 Frafallsanalyse**

Frafallsanalyser gjøres for å undersøke på hvilken måte frafallet kan ha innvirket på resultatene. Av de utsendte spørreskjemaene kom tre i retur da de ikke nådde mottaker grunnet feil i mailadressen eller problemer med datatrafikken. Svarprosenten min er høy, 76 %, allikevel var det 24% som unnlot å svare. Spørreskjemaundersøkelser gir ingen informasjon om de som ikke ønsker å svare. Hvis de som falt fra skiller seg vesentlig fra deltakere som er med i undersøkelsen svekkes utvalgets representativitet (Jacobsen 2005:355).

For å se om det var en systematisk skjevhet i svarene så jeg på variasjonen i svarene i frekvenstabellene, og i tabellen total jobbtilfredshet, tabell 2, er alle de syv svaralternativene benyttet, men de fleste har valgt alternativ 6 og 7, de to mest positive. Frekvenstabellene for spørsmålene tilknyttet autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling viser det samme mønsteret. Alle svaralternativene er benyttet, men flertallet av respondentene velger alternativ 4 og 5, de mest positive svarene på flertallet av spørsmålene. Det kan diskuteres om det er de

som er mest fornøyde som har svart, eller om fysioterapeutene virkelig er meget fornøyde med jobbene sine.

## 5.2 Kjennetegn ved deltakerne - bakgrunnsvariabler

Blant deltakerne var det 6 mannlige og 52 kvinnelige fysioterapeuter.

De fleste av deltakerne hadde vært ansatt ved nåværende arbeidssted mellom 1 og 10 år.

Hvor lenge de hadde vært ansatt ved nåværende arbeidssted varierte fra mindre enn 1 år, til over 30 år.

Av deltakerne hadde 9 % en lederfunksjon, og 45 % av deltakerne oppga at de hadde en faglig spesialfunksjon som spesialist, fysioterapeut med mastergrad eller FoU – stilling.

Aldersspredningen på deltakerne viste at det var like mange mellom 35-44 som over 55 år, 29 %, som det vises i tabell 1. 8 stykker var over 60 år. Den yngste var 26, og de to eldste 64 år. Det ga en gjennomsnittlig alder på 44 år. Færrest respondenter var i aldersgruppen 45-54 år. Tabell 1.

**Tabell 1 Aldersfordelingen blant fysioterapeutene**

| Aldersgrupper | Antall personer | Prosentandel |
|---------------|-----------------|--------------|
| 25-34         | 15              | 25.9         |
| 35-44         | 17              | 29.3         |
| 45-54         | 9               | 15.5         |
| 55 eller mer  | 17              | 29.3         |
| Totalt        | 58              | 100.0        |

### 5.2.1 Alder og jobbtilfredshet

Siden det ofte er påpekt i litteraturen (Einarsen og Skogstad 2005:169 og Spector 1997:24 og Sørensen m fl 1998) undersøkte jeg om det var en sammenheng mellom opplevd jobbtilfredshet og alder i denne studien. Fysioterapeutene i den yngste aldersgruppen (25-34 år) hadde skåret gjennomsnittlig 5.48 på jobbtilfredshet. I den eldste aldersgruppen (55 år eller mer) var gjennomsnittsskåren 5.65. Jeg kategoriserte alder og laget fire grupper (vist i tabell 1), disse gruppene ble sammenlignet med anova i statistikkprogrammet SPSS. Anova er en fellesbetegnelse for en rekke statistiske metoder for å teste likhet mellom to eller flere utvalg, der én eller flere faktorer gjør seg gjeldende. Det var ikke signifikant



forskjell i total jobbtilfredshet i de ulike aldersgruppene. ( $p > 0,05$ ). De yngre var like fornøyde som de eldre i denne studien.

Jeg syntes det var interessant å registrere at mitt funn avviker fra hva flertallet av andre studier finner, da et vanlig funn er at eldre arbeidstakere er mer fornøyde enn yngre (Einarsen og Skogstad 2005:169, Spector 1997:24). Dette forklares ofte med at yngre og eldre har ulike forventninger til jobbene sine.

### **5.3 Svar på problemstilling 1. I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine?**

#### **5.3.1 Fysioterapeutenes jobbtilfredshet**

Gjennomsnittlig sumscore for alle spørsmålene på skalaen jobbtilfredshet var 5,6 på en skala hvor 1 er laveste og 7 er høyeste skår. Fysioterapeutene viser en høy grad av jobbtilfredshet. Gjennomsnittet ble beregnet ut fra fysioterapeutenes rapportering om hvor tilfredse de var med 10 ulike faktorer, spørsmål 7a-7j. Tabell 2.

**Tabell 2 Fordeling på skalaen jobbtilfredshet.**

| Påstander   | N  | M   |
|---|----|-----|
| 7a Den ansvarsmengden du er blitt tildelt             | 58 | 5.8 |
| 7b Den variasjon i arbeidsoppgaver du har             | 57 | 5.7 |
| 7c Kollegaene dine og øvrige ansatte                  | 58 | 6.1 |
| 7d Fysiske arbeidsforhold                             | 57 | 4.9 |
| 7e Muligheten/anledningen til å bruke dine evner      | 58 | 5.8 |
| 7f Alt tatt i betraktning, hva synes du om jobben din | 58 | 5.9 |
| 7g Frihet til å velge dine egne arbeidsmetoder        | 58 | 6.0 |
| 7h Anerkjennelse du får for godt utført arbeid        | 57 | 5.3 |
| 7i Lønnen din   | 58 | 3.8 |
| 7j Arbeidstiden din                                   | 55 | 6.2 |

Loddrett i tabellen ligger spørsmålene 7a-7j. Kolonnen N angir hvor mange av respondentene som svarte på spørsmålet, og kolonnen M angir gjennomsnittskåren for spørsmålet. Gjennomsnittlig sumscore totalt var 5,6.

### 5.3.2 Generell tilfredshet

Gjennomsnittlig generell tilfredshet ga en skår på 5,7 på en skala hvor 1 er laveste og 7 er høyeste skår. Gjennomsnittet ble beregnet ut fra fysioterapeutenes svar på et enkeltstående spørsmål, spørsmål 7k: «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller stort sett misfornøyd?» Svarene var meget positive, 77 % av fysioterapeutene krysset av for alternativene 6 og 7 (høyest tilfredshet), 14 % for alternativ 5, 7% for alternativ 4 og kun 2 respondenter hadde krysset av for alternativ 3. Alternativene 1 og 2 (lavest tilfredshet) hadde ingen av respondentene valgt.

### 5.4 Hva kjennetegner fysioterapeutenes jobbtfredshet?

Rapporteringen i forbindelse med skalaen total jobbtfredshet, tabell 2, viste at det var enkelte arbeidsforhold fysioterapeutene var mer fornøyd med enn andre. Det de oftest sa seg fornøyde med (det vil si de spørsmålene som fikk høyest gjennomsnittsverdi) var *kollegaene dine og øvrige ansatte, frihet til å velge egne arbeidsmetoder og arbeidstiden*.

Det fysioterapeutene sa seg minst fornøyd med på skalaen total jobbtfredshet, tabell 2, (de spørsmålene som fikk lavest gjennomsnittsverdi) var *lønn, fysiske arbeidsforhold, og anerkjennelse du får for godt utført arbeid*.

### 5.5 Viktig for å trives på jobb

Det var flere som ikke hadde svart på de åpne spørsmålene, eller kun svart på ett av dem. I alt stod 25% av de åpne spørsmålene ubesvarte. Det var ikke gitt alternativer eller forhåndsdefinerte svar fysioterapeutene kunne velge mellom i de åpne spørsmålene, men de ble oppfordret til å svare kort eller bruke stikkord. De svarte allikevel svært ofte veldig likt, de samme stikkordene og uttrykkene ble brukt. Svaralternativene ble kategorisert og satt inn i tabeller, og jeg talte opp hvor mange ganger de ulike alternativene ble valgt. Tabell 3.

**Tabell 3 Hva er viktigst for deg for å trives på jobb?**

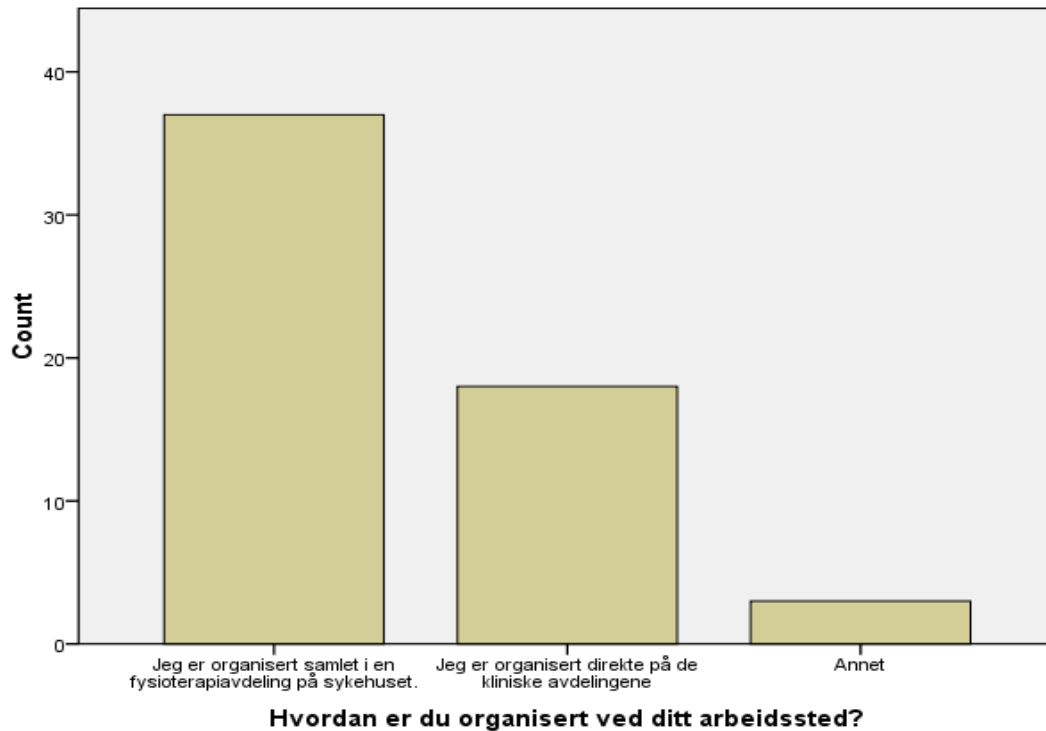
| Spørsmål   | Svaralternativ                                     | Absolutt antall ganger valgt |
|--|--|------------------------------|
| Hva er viktigst for deg for å trives på jobb? Nevn 2-3 faktorer. | Godt arbeidsmiljø                                  | 52                           |
|  | Faglig interessante og utfordrende arbeidsoppgaver | 48                           |
|  | Mulighet for fagutvikling                          | 11                           |
|  | Fleksibilitet                                      | 8                            |
|  | Tverrfaglighet                                     | 5                            |
|  | Styre egen arbeidsdag                              | 5                            |
|  | Mestring   | 5                            |

I spørsmål 3, som var et åpent spørsmål, ble respondentene bedt om å oppgi hva som er viktigst for dem for å trives på jobb. De skulle nevne 2-3 faktorer. Med stikkord oppga deltakerne 52 ganger at det som var viktigst for å trives på jobb var et godt arbeidsmiljø. Godt arbeidsmiljø forklarte de med å ha gode kollegaer; kollegaer man kunne samarbeide med, ha faglig fellesskap med og ha det hyggelig med. 48 ganger sa deltakerne at det som var viktigst for å trives på jobb var utfordrende og varierte arbeidsoppgaver. Arbeidet må gi gode faglige utfordringer og læring, og oppleves som meningsfylt. Mulighet til kompetanseutvikling ble valgt 11 ganger som viktigst for å trives på jobb. Det å jobbe et sted man opplevde fleksibilitet ble valgt 8 ganger, mens både det å oppleve godt tverrfaglig samarbeide, det å oppleve at man mestrer oppgavene sine og kan styre egen arbeidsdag ble valgt 5 ganger.

## **5.6 Svar på problemstilling 2. I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?**

### **5.6.1 Fysioterapeutenes tilhørighet i ulike organisasjonsmodeller**

For å undersøke fordelingen i de ulike organisasjonsmodellene, ble fysioterapeutene stilt et spørsmål «Hvordan er du organisert ved ditt arbeidssted?» De var gitt tre valg de kunne krysse av for. Grafen under viser fordelingen av svarene. Figur 1.



**Figure 1**

Av deltakerne oppga 64 % at de var organisert i en samlet fysioterapiavdeling eller seksjon, hvor nivåmessig plassering varierte.

31 % oppga å være organisert direkte på klinisk avdeling, noen alene, noen sammen i en seksjon. 5 % oppga annet og spesifiserte at de var under klinikk for klinisk service, noen alene, noen samlet i en egen seksjon. Denne gruppen er utelatt fra videre statistikk, da den er for liten til å kunne brukes i statistiske beregninger.

### **5.6.2 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus?**

Kun to ulike organiseringer er undersøkt; samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset, og organisert direkte på de kliniske avdelingene. For å undersøke om organiseringen har betydning for jobbtilfredshet, ble det utført en T - test. Jeg fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Tabell 4.

**Tabell 4 Total jobbtilfredshet (JSS)**

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| Jeg er organisert samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset | Jeg er organisert direkte på de kliniske avdelingene | (p> 0,05) |
| N = 37   | N = 18   |           |
| M = 55,5   | M = 55,5   |           |

N angir hvor mange av respondentene som svarte på spørsmålet, og M angir gjennomsnittskåren for spørsmålet.

### 5.6.3 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?

#### Autonomi

Her er også kun to ulike organiseringer er undersøkt; samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset, og organisert direkte på de kliniske avdelingene. Også her ble det utført T - test, og resultatene viste signifikant forskjell i gjennomsnittsverdier for opplevd autonomi. De fysioterapeutene som var organisert direkte på de kliniske avdelingene, opplevde en større grad av autonomi i arbeidet sitt enn de som var organisert i en samlet avdeling. Tabell 5.

**Tabell 5 Autonomi.**

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| Jeg er organisert samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset | Jeg er organisert direkte på de kliniske avdelingene | (p> 0,05) |
| N = 37   | N = 18   |           |
| M = 19,8   | M = 21,5   |           |

N angir hvor mange av respondentene som svarte på spørsmålet, og M angir gjennomsnittskåren for spørsmålet.

#### Støtte fra leder

På spørsmålet om støtte fra leder, tabell 6, var det ingen signifikante forskjeller. Her ga fysioterapeutene uttrykk for at de opplevde lik grad av støtte fra leder uansett hvordan de var organisert.

**Tabell 6 Støtte fra leder**

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| Jeg er organisert samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset | Jeg er organisert direkte på de kliniske avdelingene | (p> 0,05) |
| N = 37   | N = 18   |           |
| M = 19,3   | M = 20,1   |           |

N angir hvor mange av respondentene som svarte på spørsmålet, og M angir gjennomsnittskåren for spørsmålet.

### **Kompetanseutvikling**

På spørsmålet om kompetanseutvikling, tabell 7, var det heller ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Fysioterapeutene ga uttrykk for at de opplevde lik mulighet til kompetanseutvikling i de to organisasjonsmodellene.

**Tabell 7 Kompetanseutvikling**

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| Jeg er organisert samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset | Jeg er organisert direkte på de kliniske avdelingene | (p> 0,05) |
| N = 37   | N = 18   |           |
| M = 20,9   | M = 21,1   |           |

N angir hvor mange av respondentene som svarte på spørsmålet, og M angir gjennomsnittskåren for spørsmålet.

## **5.7 Autonomi i forhold til avgjørelser angående eget arbeid**

Fysioterapeutene ble spurt med et enkelt spørsmål hvor viktig det er å kunne ta avgjørelser angående eget arbeid. Figur 2 viser resultatene.



**Figure 2**

Uansett organisering oppga hele 93 % av fysioterapeutene at alternativ 4 og 5 (i stor grad eller i meget stor grad) stemte ved spørsmålet om det var viktig for dem å kunne ta avgjørelser angående arbeidet sitt selv. Ingen hadde valgt alternativ 1 eller 2 (i meget liten grad og i liten grad) på dette spørsmålet.

De to gruppene som var ulikt organisert, enten samlet i en fysioterapiavdeling på sykehuset, eller organisert direkte på de kliniske avdelingene hadde samme gjennomsnittsskår på dette spørsmålet: 4,4. T-test viste derfor ingen signifikante forskjeller mellom dem.

## **5.8 Leder fra egen faggruppe har bedre forståelse for faget**

Tre av de åpne spørsmålene omhandlet det å ha leder fra egen faggruppe. Blant deltakerne oppgav 51 stykker eller 87 % at de hadde fysioterapeut som nærmeste leder, 5 stykker hadde pleier som nærmeste leder, og 1 hadde lege eller annet.

81 % oppga her at det var viktig med leder fra egen faggruppe, 18 % syntes ikke det.

Fysioterapeutene ble bedt om å utdype kort hvorfor de hadde oppgitt at det var viktig med leder fra egen faggruppe. I tekst oppga de at det å ha en fysioterapeut som leder fører til at leder har bedre forståelse for fag og arbeidsoppgaver, og bedre forståelse av fysioterapeutenes behov for kompetanse og faglig utvikling. De sa videre at en fysioterapeut som leder vil kunne profilere fysioterapi innad i sykehuset på en bedre måte, og arbeide mer for fysioterapeutenes sak. Hvis de hadde leder fra andre faggrupper mente de at det var viktig med lederkompetanse, og kjennskap til fysioterapifaget og fysioterapeutenes arbeidshverdag.

## 5.9 Dagens organisering

I de åpne spørsmålene som omhandlet organisering, tok fysioterapeutene utgangspunkt i hvordan de var organisert i dag, og oppga med stikkord det de var fornøyd med, misfornøyd med og hvordan de helst ville ha vært organisert på egen arbeidsplass.

Spørsmålet : «Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt fornøyd med?» Her ble det å være organisert sammen enten i en avdeling, enhet eller som en mindre gruppe valgt flest ganger, i alt 17. Det å ha en fra egen faggruppe som leder, det vil si en fysioterapeut, ble valgt 10 ganger. 6 ganger ble det å ha en god leder valgt. Tabell 8.

**Tabell 8 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt fornøyd med?**

| Spørsmål  | Svaralternativ                             | Absolutt antall ganger valgt |
|---|--|------------------------------|
| Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt fornøyd med? | Være organisert sammen i en avdeling       | 17                           |
|   | Fysioterapeut som leder                    | 10                           |
|   | God leder                                  | 6                            |
|   | Godt samarbeid med de kliniske avdelingene | 2                            |

N = 40

I neste spørsmål ble det spurt motsatt fra det forrige: «hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt misfornøyd med?» At fysioterapeutene var organisert for langt ned i organisasjonen, og dermed hadde liten mulighet til å påvirke avgjørelser som fikk konsekvenser for fysioterapitjenesten, ble valgt 8 ganger. At fagmiljøet var blitt oppsplittet, at det som før hadde vært en felles fysioterapiavdeling var blitt splittet opp, ble valgt 6 ganger. 5



ganger ble at de var organisert i ulike klinikker for langt unna hverandre og at det var for dårlig kontakt og samarbeid med sykehusets kliniske avdelinger valgt.

Flere kommenterte at de var lei av stadige endringer i måten de var organisert på og skifte av ledere og uklarhet som resultat av dette. Enkelte uttrykte også bekymring over økonomien med stadige nedskjæringer av fysioterapitjenesten. En kommenterte dårlig ledelse. Tabell 9.

**Tabell 9 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt misfornøyd med?**

| Spørsmål   | Svaralternativ  | Absolutt antall ganger valgt |
|--|---|------------------------------|
| Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt misfornøyd med? | Organisert for langt ned i systemet                           | 8                            |
|  | Oppsplitting av fagmiljøet                                    | 6                            |
|  | Fysioterapeutene er organisert for lang unna hverandre fysisk | 5                            |
|  | Dårlig samarbeid med de kliniske avdelingene                  | 5                            |

N = 38

I svarene på spørsmålet: «Hvis du skulle vært organisert på en annen måte enn i dag, hvordan ville du ønsket å være organisert?», var det stort sett valgt to alternativer; Det å være organisert sammen, som en egen avdeling eller større enhet var valgt flest ganger, 14. Det å være organisert direkte på sengepost, ble valgt nest flest ganger, men flere kommenterte da at det måtte være flere fysioterapeuter sammen, 8 ganger.

**Tabell 10 Hvis du skulle vært organisert på en annen måte enn i dag, hvordan ville du ønsket å være organisert?**

| Spørsmål  | Svaralternativ             | Absolutt antall ganger valgt |
|---|----------------------------|------------------------------|
| Hvis du skulle vært organisert på en annen måte enn i dag, hvordan ville du ønsket å være organisert? | Felles fysioterapiavdeling | 14                           |
|   | Direkte på sengepost       | 8                            |
|   | Felles med andre helsefag  | 2                            |
|   | Mer geografisk samlet      | 2                            |
|   | I en mindre enhet          | 2                            |

N = 33

## 6 DISKUSJON

Dette kapitlet inneholder diskusjon av funnene i denne studien. Diskusjonen er organisert rundt de to problemstillingene. De åpne spørsmålene diskuteres sammen under den problemstillingen de hører hjemme. Til slutt diskuteres funn fra de åpne spørsmålene som stod frem som interessante i forhold til andre funn i spørreundersøkelsen.

I diskusjonen foretar jeg henvisninger til og sammenligninger med andre studier. Et argument mot sammenligninger både mellom enkeltpersoner og grupper er at egenrapportert tilfredshet er subjektivt. Nylenna og Aasland (2010) viser i den forbindelse til at bruken av velprøvde og internasjonale skåringsverktøy gir mulighet for internasjonale sammenligninger.

### 6.1 Diskusjon knyttet til problemstilling 1.

#### I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine?

Fysioterapeutene i denne studien hadde en gjennomsnittlig total jobbtildfredshetskår på 5,6. En skår på 7 ville gitt en situasjon hvor alle var *svært fornøyd*, og en skår på 1 ville betegnet alle *svært misfornøyd*. En skår på 5,6 blir beskrevet som høy hos andre som har benyttet måleinstrumentet Job Satisfaction Scale (JSS) (Warr, Cook, Wall 1979). JSS ble benyttet på 1072 norske leger i 2008 som rapporterte en gjennomsnittlig jobbtildfredshet på 5,3, og det ble konkludert med at det viser at norske leger har en høy grad av jobbtildfredshet (Nylenna og Aasland 2010). Det kan virke som fysioterapeutene skåret høyere for jobbtildfredshet enn legene på skalaen JSS. Atwood og Wolf (1982) finner at fysioterapeuter er svært fornøyde med jobbene sammenlignet med andre yrkesutøvere. Dette kommer jeg tilbake til i den videre diskusjonen.

Funnene i denne studien viser at fysioterapeutene på sykehus var meget tilfredse med jobbene sine, og det samsvarer i stor grad med funn i andre studier (Akroyd m fl 1994 og Bergman 1990). Speakman (1996) gjorde en litteraturgjennomgang hvor flere av studiene viste at fysioterapeutene var godt fornøyd med jobbene sine.

På enkeltspørsmålet *alt tatt i betraktning, hva synes du om jobben din?*, svarte 77,6% at de var tilfreds med nåværende jobb. Dette resultatet stemmer godt overens med at 70-80% av alle som spørres i undersøkelser ofte angir høy tilfredshet i målinger basert på enkeltspørsmål angående jobbtildfredshet (Einarsen og Skogstad 2005:171). Det forklares blant annet med godt arbeidsmiljø. Fysioterapeutene i denne studien oppga i et av de åpne spørsmålene, at det som var viktigst for å trives på jobb nettopp var et godt arbeidsmiljø. Svendsen (2001) påpeker i sin masteroppgave at selv om mange rapporterer høy grad av jobbtildfredshet, betyr ikke det at alle trives veldig godt. Blant kommunefysioterapeutene hun undersøkte, rapporterte 4 % at de var misfornøyd med jobben, og hele 26% sa seg hverken fornøyd eller misfornøyd. 3 % av respondentene i min undersøkelse rapporterte *hverken fornøyd eller misfornøyd*. Ingen sa seg misfornøyd med jobben sin. I min undersøkelse var fysioterapeutene på sykehus mer fornøyd med jobbene sine enn de i Svendsens studie fra kommunehelsetjenesten. En grunn til dette kan være at fysioterapeutene på sykehus jobber tettere sammen med kolleger enn de i kommunehelsetjenesten, og dermed opplever felles tilhørighet og faglig fellesskap. I de åpne spørsmålene i denne studien ga fysioterapeutene uttrykk for at tilhørighet til en gruppe hvor de hadde faglig fellesskap var viktig for å trives på jobb. I det neste underkapitlet vises det at kollegaene er en viktig faktor for jobbtildfredshet blant fysioterapeutene.

Det har vært reist spørsmål om nytten av å måle jobbtildfredshet gjennom bruk av generelle mål. Ved undersøkelse av jobbtildfredshet vil en persons forventninger og holdninger spille en rolle, det vil derfor variere fra person til person hvordan de vurderer jobben sin. Jobbtildfredshet dreier seg også om en persons reaksjon på erfaringer som gjøres i jobben (Kaufmann og Kaufmann 1998:240). Trekk ved både personlighet og grupper har også vist seg å være av betydning for jobbtildfredshet (Einarsen og Skogstad 2005:177, Rullestad 2007). Disse faktorene kan også ha vært av betydning for fysioterapeutenes rapportering om jobbtildfredshet i denne studien. Individuelle personlighetstrekk og påvirkning fra sammensveisede grupper har ikke blitt kartlagt i denne studien, og det kan derfor ikke trekkes noen slutninger om i hvilken grad dette har påvirket funnene.

Fysioterapeutene skårer meget høyt på jobbtildfredshet i denne studien. Et annet spørsmål er om tilfredsheten på arbeidsplassen er bestemt av forholdene der, eller om den bare reflekterer en generell positiv innstilling til livet. Fysioterapeutene i denne studien skåret gjennomsnittlig generell tilfredshet til 5,7 på en skala hvor 1 er laveste og 7 er høyeste skår.

Gjennomsnittet ble beregnet ut fra svaret på det enkeltstående spørsmålet: «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller stort sett misfornøyd?» Svarene viste stor grad av fornøydhet, 77 % av fysioterapeutene krysset av for alternativene 6 og 7 (høyest tilfredshet). Dette kan tyde på at fysioterapeuter tilhører en yrkesgruppe som er tilfredse på jobb, og som også opplever god livskvalitet utenfor jobben. Man kan tenke seg at disse to kan ses i sammenheng og påvirke hverandre.

### **6.1.1 Kjennetegn som påvirket jobbtildfredshet**

Job Satisfaction Scale (JSS) indikerte hvordan fysioterapeutene opplevde jobben samlet sett, samtidig som den viste hvor fornøyde fysioterapeutene var med de enkelte delene av jobben. Litteraturen peker på at det er hensiktsmessig å kartlegge flere sider ved jobben, da dette gir et mer nyansert bilde av en persons jobbtildfredshet (Einarsen og Skogstad 2005:182, Spector 1997:3). I skalaen i denne studien blir det stilt 10 enkeltspørsmål om ulike arbeidsforhold, for eksempel ansvarsmengde, kollegaene, lønn, og dette innholdet tilsvarer i stor grad innholdet i jobbtildfredshetskalaer i lignende studier (Spector 1997:8). Innholdet i fysioterapeutenes jobbtildfredshetsbegrep er nært opp til Sectors (1997:3) definisjon av jobbtildfredshet ved at det er et flerdimensjonalt begrep, fordi ansatte kan være fornøyd med noen aspekter ved jobben og misfornøyd med andre. Det fysioterapeutene oftest sa seg fornøyd med, sett ut fra denne skalaen, var *arbeidstid, kollegaene og friheten de hadde til å velge egne arbeidsmetoder*. Når det gjelder endring av jobbtildfredshet i negativ retning, på skalaen JSS (de spørsmålene som fikk lavest gjennomsnittsverdi), skåret fysioterapeutene *lønn, fysiske arbeidsforhold, og anerkjennelse du får for godt utført arbeid*.

#### **Det fysioterapeutene oftest sa seg fornøyd med:**

##### **Arbeidstid**

I denne studien skåret fysioterapeutene *arbeidstid* som den faktoren de oftest var fornøyd med på skalaen JSS. Fysioterapeutene i studien til Kvisten (2011) oppgir også å være fornøyde med arbeidstiden, og peker på fastlagt arbeidstid og lite behov for overtid som positivt.

I rapporten «God vakt» mente 25 prosent de hadde helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben, og det ble vist til at uregelmessig arbeidstid med natt- og skiftarbeid gir økt risiko for stress og en del sykdommer (Arbeidstilsynet, God vakt 2006). Nylenna og Aasland (2010)

fant i sin studie at lang samlet arbeidstid hadde en negativ effekt på jobbtilfredshet hos legene. Fysioterapeutene på sykehus har mindre vaktbelastning enn pleiere og leger, de går blant annet ikke nattevakter, og har færre kveld- og helgevakter. Dette kan medvirke til at de skårer faktoren arbeidstid høyt.

Selv om fysioterapeutene skåret arbeidstid som den faktoren de oftest var fornøyd med på skalaen JSS, var det ingen som oppga dette som en faktor som var nødvendig for å trives på jobb i de åpne spørsmålene. Herzberg (1959:112) beskriver dette som en hygienefaktor. Når disse ikke er tilstede, skaper de misnøye med jobben. Det kan se ut som arbeidstiden møter et viktig behov hos fysioterapeutene, men Herzberg (1959:114) sier videre at hygienefaktorene ikke skaper den samme opplevelsen av jobbtilfredshet som motivasjonsfaktorene, som gir en indre motivasjon. Dette kan forklare at fysioterapeutene skåret faktoren arbeidstid på en fastlagt skala hvor den var oppgitt som et valg, og at de derfor ikke valgte den når de fikk et åpent spørsmål om hva som er viktigst for å trives på jobb. Som viktigst for å trives på jobb oppga de blant annet faglig utfordrende arbeidsoppgaver.

### **Kollegaene**

Den faktoren fysioterapeutene skåret nest høyest på skalaen total jobbtilfredshet JSS, var *kollegaene*. Dette stemmer med det de rapporterte i et av de åpne spørsmålet i denne studien «Hva er viktigst for deg for å trives på jobb?» Med stikkord oppga 89 % av deltakerne at det som var viktigst for å trives på jobb var et godt arbeidsmiljø, som de forklarte med å ha gode kollegaer; kollegaer man kunne samarbeide med, ha faglig felleskap med og ha det hyggelig med. Flere studier bekrefter dette, kollegaer gir sosial støtte, felles tilhørighet og økt innsikt i faglige spørsmål (Einarsen og Skogstad 2005:35). Kvisten (2011) som undersøkte arbeidsglede hos fysioterapeuter på et lokalsykehus, fant at gode kolleger virket avgjørende for flere av informantene. Gode kolleger virket inspirerende og ga støtte i faglige spørsmål. Eker (2004) undersøkte hvilke variabler som kunne forklare jobbtilfredshet hos tyrkiske fysioterapeuter, og fant at gode kollegiale forhold var en av de sikreste forklaringsvariablene .

Fysioterapeutene i denne studien sier at det å jobbe faglig sammen med kollegaer og løse problemer sammen er viktig for jobbtrivsel. Det å være en del av et faglig og sosialt felleskap opplever de som nødvendig for å trives. Dette påpeker Sognstrup (2003) som sier at profesjoner forvalter et kulturfellesskap som innebærer at den gitte profesjonen deler felles

erfaringer, identitet og verdisyn. Det å tilhøre en profesjonsgruppe, handler om å identifisere seg med noe, og dermed også skille seg fra noe annet. Det kan tyde på at denne profesjonstilhørigheten er viktig for jobbtilfredshet for fysioterapeutene i denne studien. De legger vekt på betydningen både av et godt sosialt- og faglig fellesskap for å ha en høy grad av jobbtilfredshet.

### **Frihet til å velge egne arbeidsmetoder**

Begrepet frihet eller selvstendighet i arbeidet kan også forstås som autonomi. Disse begrepene benyttes om hverandre i flere av studiene, og jeg henviser derfor til en del av de samme forfatterne her og i underkapittel 6.4.2.

Faktoren *frihet til å velge egne arbeidsmetoder* på skalaen JSS, ble skåret tredje høyest av fysioterapeutene i denne studien. I studien til Richardsen og Martinussen (2008) skåret fysioterapeutene høyere enn andre grupper i helsevesenet på entusiasme for jobben. De konkluderer med at fysioterapeutene er mer selvstendige i arbeidssituasjonen og sannsynligvis har større frihet i jobben enn de andre yrkesgruppene. Atwood og Wolf (1982) påpeker at fysioterapeutene har en stor grad av selvstendighet i sin arbeidssituasjon, og mener dette er en faktor som forklarer den høye graden av jobbtilfredshet i deres studie. Dette underbygges av NFF som sier at fysioterapeutene har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner (NFF, Hva er fysioterapi 2006). Det at de i stor grad kan velge egne arbeidsmetoder gjør at fysioterapeutene får brukt fantasi og kreativitet i arbeidet og kan benytte ulike behandlingsmetoder etter eget valg. Denne friheten og selvstendigheten ser ut til å være en integrert del av det å arbeide som fysioterapeut, og viktig for jobbtrivsel.

Hackman og Oldhams (Kaufmann & Kaufmann 2011:111) jobbkarakteristikamodell hevder at autonomi og variasjon i arbeidet, fremmer jobbtilfredshet. Gjennom friheten til å velge egne arbeidsmetoder, kan en tenke at fysioterapeutene får muligheter til å bruke ulike evner, ferdigheter og kunnskaper og at dette igjen fører til variasjon i jobben. Det er blitt antatt at ansatte blir mer tilfredse og motiverte, jo mer arbeidsvariasjon de har (Kaufmann & Kaufmann 2011:111).

Fysioterapeutene oppgir i denne studien at de har et godt arbeidsmiljø med gode kolleger, forutsigbar og fastlagt arbeidstid og at arbeidsoppgavene er varierte og selvstendige. Dette er medvirkende årsaker til at de skårer høyt for jobbtrivsel på skalaen Job satisfaction scale JSS.

### **Det fysioterapeutene sa seg minst fornøyd med:**

Det fysioterapeutene sa seg minst fornøyd med på skalaen total jobbtilfredshet JSS (de spørsmålene som fikk lavest gjennomsnittsverdi), var *lønn, fysiske arbeidsforhold, og anerkjennelse du får for godt utført arbeid.*

#### **Lønn**

Faktoren lønn var det fysioterapeutene var minst fornøyd med på skalaen JSS, samtidig hadde ingen oppgitt lønn som nødvendig for å være tilfreds med jobben i de åpne spørsmålene.

Dette sammenfaller med funn i Svendsens (2011) studie som viser til at

kommunefysioterapeutene rapporterte at lønn var mindre viktig enn andre arbeidsforhold.

Dette kan tyde på at for fysioterapeutene kan andre faktorer som et faglig interessant arbeid og en opplevelse av felles tilhørighet med kollegaer langt på vei kompensere for lav lønn.

I Norge har lønnsnivået variert mellom fysioterapeuter i privat praksis og på sykehus. Generellt har fysioterapeutene i privat praksis hatt bedre inntekt. I Nylenna og Aaslands (2010) studie av leger skåret privatpraktiserende leger høyere for jobbtilfredshet enn leger på sykehus. Lavere inntekt hos legene på sykehus var her oppgitt som en forklaring. En lignende sammenligning blant fysioterapeutene ville muligens vist det samme. Det kan tyde på at lønn ikke er en kilde som fører til misfornøydhet for hele yrkesgruppen, men at det avhenger av ulike ansettelsesforhold.

Herzbergs (1959:72) tofaktor teori viser til at god lønn ikke er en direkte kilde til jobbtilfredshet, men at misnøye med lønnen kan føre til en negativ innstilling til arbeidet. Lønn er et av arbeidsgivers virkemidler for å tiltrekke og beholde god arbeidskraft. Selv om god lønn ikke er av betydning for jobbtilfredshet, kan det være av betydning for å rekruttere og beholde fysioterapeuter på sykehusene.

#### **Fysiske arbeidsforhold**

Fysiske arbeidsforhold er beskrevet som en av Herzbergs (1959:65-77) hygienefaktorer, som kan skape mistrivsel om de ikke er tilstede, men ikke trivsel om de er tilstede. Dette sammenfaller med funnene i denne studien; fysioterapeutene har rapportert fysiske arbeidsforhold som et av forholdene de er misfornøyd med på skalaen JSS, men ingen har

rapportert det som viktig for å trives på jobb i de åpne spørsmålene. På samme måte som faktoren arbeidstid.

En av årsakene til at fysioterapeutene sier dette, kan være at flere av sykehusene i Norge i dag har en gammel og dårlig egnet bygningsmasse. Sengepostene, hvor pasientene ligger, prioriteres, og fysioterapeutene holder ofte til i underetasjen, eller i den eldste delen av bygningen. Fysioterapeutene beveger seg også mye rundt i sykehuset, og behandler ofte pasientene på rommet på sengeposten. Her oppleves nok forholdene heller ikke alltid ideelle, rommet kan være trangt eller det kan være flere pasienter på samme rom.

Til tross for at fysioterapeutene uttrykker misnøye med de fysiske arbeidsforholdene, skårer de allikevel samlet høyt på jobbtilfredshetsskalaen JSS. Herzberg (1959:115) påpeker at når flere av motivasjonsfaktorene er på plass, kan arbeidstakerne tåle noen hygienefaktorer uten at jobbtilfredsheten påvirkes i særlig grad. Det kan fra funnene se ut som fysioterapeutene i denne studien opplever autonomi, og at de finner arbeidets innhold interessant, utfordrende og utviklende. Dette kan forklare at dårlige fysiske arbeidsforhold ikke påvirker total jobbtilfredshet i stor grad.

### **Anerkjennelse du får for godt utført arbeid**

Fysioterapeutene i denne studien ga både på skalaen JSS og i de åpne spørsmålene uttrykk for at de ønsket anerkjennelse fra sine ledere. Fysioterapeutene i Kvistens (2011) studie presiserte at det er spesielt viktig at leder viser anerkjennelse. Fysioterapeutene i Davidsens (2012) studie pekte på at det er ønskelig å bli sett av lederen, særlig i tilfeller hvor de ønsket støtte. For sykepleierne i Krogstads(2006) studie er tilfredshet med nærmeste leder den viktigste forklaringsvariabelen for jobbtilfredshet. Sykepleierne ønsket anerkjennelse for arbeidet, og for ideer og innspill de kom med.

Ledere av fysioterapeuter på sykehus ser sjelden sine ansatte utføre daglige arbeidsoppgaver, da fysioterapeutene som regel står alene i møtet med pasienten. Lederen har derfor liten anledning til å gi anerkjennelse direkte for godt utført arbeid. Fysioterapeutene på sykehus har en arbeidshverdag som i stor grad sammenfaller med Strands (2003:250) beskrivelse av profesjonsarbeidere i en ekspertorganisasjon, de setter selv mål og vurderer resultater på bakgrunn av egen faglig ekspertise. Grund (2006) hevder i forbindelse med ledelse av kunnskapsarbeidere at hovedoppgaven til lederen faktisk er å få andre til å blomstre.



Kunnskapsarbeidere ønsker ikke at leder skal utøve kontroll eller styre i for stor grad, men de har behov for å bli sett og anerkjent. Ønsket fra fysioterapeutene om anerkjennelse handler kanskje ikke bare om anerkjennelse for godt utført arbeid med pasienter. Det kan handle om å bli sett av lederen og bli møtt med interesse, oppmerksomhet og tillit.

Ønsket om anerkjennelse og det å bli sett kan henge sammen med at fysioterapeutene tilbringer store deler av arbeidsdagen alene med pasientene. En annen grunn kan være at de er stolte av faget sitt og av det de gjør, og vil vise det frem for å sette i en større sammenheng. Hackman og Oldhams (Kaufmann & Kaufmann 2011:111) jobbkarakteristikamodell viser at oppgavebetydning er viktig for jobbtivsel, det handler om å se en større mening med det man gjør. Bekreftelse og anerkjennelse fra leder kan bidra til at fysioterapeutene opplever seg som en del av et større hele.

## **6.2 Diskusjon knyttet til problemstilling 2.**

### **I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtillfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?**

To ulike måter å organisere fysioterapitjenesten på i sykehus er undersøkt; fysioterapeutene samlet i en felles avdeling/seksjon, og fysioterapeutene ansatt direkte på de kliniske avdelingene.

#### **6.2.1 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtillfredshet?**

Resultatene i denne studien viste ingen signifikante forskjeller på jobbtillfredshet mellom gruppene som var ulikt organisert. Graden av jobbtillfredshet var nærmest helt lik i begge gruppene. En grunn til dette kan være at selv om fysioterapeutene var ulikt organisert, er arbeidshverdagen antakelig ikke så ulik. Forhold som arbeidstid og lønn er også temmelig like, overordnet regulert av lover og tariffavtaler. Det kan se ut som at uavhengig av organisering, opplever fysioterapeutene at faktorene de oppgir som viktige for jobbtillfredshet i denne studien er tilstede; gode kollegaer, forutsigbar og fastlagt arbeidstid og varierte og selvstendige arbeidsoppgaver.

Svendsen (2001) fant at kontroll i arbeidet og sosialt samspill hadde sammenheng med jobbtilfredshet. Det kan se ut som fysioterapeutene i denne studien arbeider selvstendig uavhengig av leder, uansett organisering styrer de arbeidsdagen selv, og har kollegaer og fellesskap rundt seg.

Som tidligere nevnt finnes det svært lite litteratur om temaet organisering av fysioterapitjenesten på sykehus. Robinson og Compton (1996) fant at den organiseringen som fungerte best var å samle servicefunksjonene, deriblant fysioterapi, i en egen divisjon. De begrunner det med ulemper som uklarheter om administrative- og ledelseslinjer, problemer ved fravær blant fysioterapeutene og uklarheter rundt hjelpemidler og utstyr fysioterapeutene benyttet. Fysioterapeutene i denne studien peker ikke på slike ulemper ved å være organisert direkte på de kliniske avdelingene. Det de oppgir som mangler ved en slik type organisering er leder- og kollegaer fra egen faggruppe.

For fysioterapeutene i denne studien kan funnene tyde på at det er andre faktorer enn organiseringen som som betyr like mye for jobbtilfredshet. Utredningen «Pasienten først» (1997) hevder at sykehusene vil kunne oppnå større effektivitet og kvalitet, og i større grad møte pasientenes behov ved å organisere deler av virksomheten annerledes. De beskriver videre et brokete bilde av dagens organisering, og mangel på dokumentasjon av de ulike organisasjonsmodellene. Herzberg (1959:86) hevdet i sin to-faktor teori at jobbtilfredshet førte til økt motivasjon og produksjon. Sykehusene er som kunnskaps- eller ekspertorganisasjoner helt avhengige av sine kunnskapsmedarbeidere og deres innsats. På bakgrunn av funnene i denne studien, kan det se ut som organiseringen av fysioterapitjenesten i liten grad har betydning for jobbtilfredshet hos fysioterapeutene, og med tanke på Herzbergs teori, hadde det vært spennende å trekke inn temaet jobbtilfredshet i debatten om organisering av fysioterapitjenesten ved sykehusene.

### **6.2.2 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for autonomi?**

Resultatene fra studien viste en signifikant forskjell i gjennomsnittstall på opplevd autonomi mellom gruppene som var ulikt organisert . Fysioterapeutene som var organisert direkte på de

kliniske avdelingene, opplever en større grad av autonomi i arbeidet sitt enn de som er samlet i en avdeling.

Autonomi ble beskrevet som viktig også i de åpne spørsmålene i denne undersøkelsen. Fysioterapeutene planlegger arbeidsdagen selv, og har stor frihet til å velge egne arbeidsmetoder. Dette er en selvstendighet i arbeidssituasjonen som de oppga som svært viktig. Kvisten peker på det samme i sin studie av kommunefysioterapeuter (Kvisten 2011). Fysioterapeutene i Davidsensens studie (2012) er tydelige på at de ikke ønsker å bli kontrollert eller detaljstyrt. Richardsen og Martinussen (2008) og Spector (1997:39) viser til flere studier som finner at beslutningsfrihet og autonomi i form av kontroll over arbeidsmetoder korrelerer med jobbtilfredshet.

Hackman og Oldhams (Kaufmann & Kaufmann 2011:111) jobb-karakteristika modell antar at indre karakteristikk i arbeidet, slik som autonomi fremmer jobbtilfredshet. Det å ha stor grad av autonomi i jobben er beskrevet som viktig for jobbtilfredshet blant fysioterapeutene i denne studien, og deres høye skår på skalaen total jobbtilfredshet samlet, kan tyde på at de opplever det i hverdagen sin, om enn i varierende grad avhengig av hvordan de er organisert.

Flere forfattere peker på at profesjonsarbeiderne arbeider så selvstendig at de bruker organisasjonen de arbeider i til å praktisere faget sitt (Einarsen og Skogstad 2004:58, Flermoen 2009:171, Grund 2006 og Jacobsen og Thorsvik 2002:138). Fysioterapeutene i denne studien skårer faglig utviklende og interessante arbeidsoppgaver som det nest viktigste for å trives på jobb i de åpne spørsmålene. En kan tenke seg at den sterke faginteressen, det å kunne praktisere faget krever selvstendighet og autonomi i arbeidet.

Det er mulig at fysioterapeutene som er organisert direkte på de kliniske avdelingene har en større frihet i sin arbeidsdag. Her kan de være organisert under ledere fra andre profesjoner, som er opptatt av andre oppgaver enn å styre fysioterapeutene. En mulig forklaring kan være at en organisering samlet i en avdeling fører til en nærmere og tydeligere leder, mens ute på avdelingene opplever fysioterapeutene i mindre grad styring av lederene, og derfor en større grad av autonomi.

### **6.2.3 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for opplevd støtte fra leder?**

Resultatet her viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Fysioterapeutene opplever støtte fra leder i like stor grad i de to ulike organisasjonsmodellene som er undersøkt. Et annet resultat fra studien viser at totalt uansett organisering, svarer 79 % av fysioterapeutene i denne studien at de i stor eller meget stor grad kan få støtte og hjelp av nærmeste leder.

I Davidsens studie peker flere av fysioterapeutene på at det er ønskelig med oppmerksomhet fra leder (Davidsen 2012). Det er ikke ønskelig at lederen kontrollerer eller styrer det faglige arbeidet, men fysioterapeutene vil bli sett av lederen og de ønsker støtte fra lederen i situasjoner de opplever som vanskelige. Kartleggingen «God vakt» peker på det samme, at lederen er en viktig støtte i situasjoner helsepersonell opplever som vanskelige (God vakt, Arbeidstilsynet, 2006). Richardsen og Martinussen (2008) fant at støtte fra leder var relatert til høyt jobbenngasjement.

Fysioterapeutene fremstår i denne studien som en meget selvstendig yrkesgruppe, autonomi og frihet til å velge egne arbeidsmetoder er oppgitt som viktige faktorer for jobbtilfredshet. Det er mulig at fysioterapeutene ikke trenger mye støtte fra sine ledere. Statens arbeidsmiljøinstitutt (2006) finner at støtte av overordnede hvis man trenger det er viktig, ikke minst hvis man har mye å gjøre eller utfører særlig utfordrende arbeidsoppgaver. De sier her at støtte er viktig hvis man trenger det. I hvilken grad fysioterapeutene trenger støtte, er ikke undersøkt her.

Like viktig som støtte fra leder, kan det være at leder tilrettelegger slik at fysioterapeutene får gjort en god jobb med pasientene. På samme måte som fysioterapeutene i Davidsens (2012) studie uttrykte det, kan en tenke seg at også fysioterapeutene i denne studien trenger oppmerksomhet fra en leder som ikke bare støtter men også tilrettelegger, slik at fysioterapeutene får utført pasientarbeidet.

Fysioterapeutene i denne studien, både de som er organisert i egen avdeling, og de som er ansatt på de kliniske avdelingene er fornøyd med støtten de opplever fra sin leder, og det kan tyde på at lederne er mer preget av samarbeid enn kontroll. Dette kan være medvirkende

årsaker til at funnene i denne studien viser at organiseringen av fysioterapitjenesten i liten grad har betydning for opplevd støtte fra leder.

#### **6.2.4 I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for kompetanseutvikling?**

I spørsmålet om organiseringen av fysioterapitjenesten har betydning for kompetanseutvikling ble det i denne studien ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene.

Fysioterapeutene i denne studien oppgir i de åpne spørsmålene det å ha mulighet til kompetanseutvikling som den tredje viktigste faktoren for å trives på jobb. Fagets viktige stilling i yrkesutøvelsen, gir et sterkt ønske om å utvikle seg faglig. Andre studier fra helsesektoren viser samsvarende funn. Krogstad (2006) viser at det å ha faglig utviklende arbeidsoppgaver var blant de viktigste faktorene for jobbtilfredshet for hjelpepleierne, og Nylenna og Aasland (2010) rapporterte at faglig oppdatering var positivt korrelert med jobbtilfredshet i sin undersøkelse blant leger. Breivik (2010) viser i sin studie at for pleiere er fagutvikling viktig for jobbtrivsel. Mulcahy (2010) fant at fysioterapeuter som hadde etter- eller videreutdanning var mer tilfredse med jobbene sine enn de som kun hadde grunnutdanning.

Robinson og Compton (1996) fant at det å være organisert direkte på de kliniske avdelingene skapte problem med hensyn til budsjettet til kurs og etterutdanning. Det har ikke kommet frem i denne studien. Viktigheten av og ønsket om kompetanseutvikling er derimot tydelig, og fysioterapeutene rapporterer om at de opplever like stor mulighet til kompetanseutvikling i begge organisasjonsmodellene. Det kan tyde på at lederne i de ulike organisasjonsmodellene oppfatter og gjennomfører deltakelse for sine ansatte på kompetanseutviklende tiltak nogenlunde likt. Det kan også antas at budsjettene for fagutvikling for fysioterapeutene er rimelig like uansett hvordan de er organisert. En praksis kan ha utviklet seg i forhold til hvor mange kurs og kongresser fysioterapeutene forventer å delta på, si i løpet av år. Uansett hvordan de er organisert, snakker både fysioterapeutene og lederne sammen, og en kan tenke seg at en lik praksis kan oppstå.

Hackman og Oldhams (Kaufmann & Kaufmann 2011:111) jobbkarakteristikamodell viser at muligheter til å bruke ulike evner, ferdigheter og kunnskaper i en jobb er viktig for

jobbtilfredshet og motivasjon. Funnene i denne studien kan tyde på at for fysioterapeutene er dette tilstede uansett hvordan de er organisert, og at de gjennom kompetanseutvikling beholder og viderutvikler kunnskaper og ferdigheter. Dette kan være en medvirkende årsak til at funnene i denne studien viser at det i liten grad ser ut til at organiseringen av fysioterapitjenesten har betydning for kompetanseutvikling blant fysioterapeutene.

### **6.3 Profesjon og organisering**

Fysioterapeutene i denne studien trives uavhengig av hvordan de er organisert, men de ønsker å være samlet. Flertallet ga i de åpne spørsmålene uttrykk for at de foretrakk en type organisering hvor de var sammen, som en egen avdeling eller større enhet, med leder fra egen faggruppe. De som hadde opplevd at fagmiljøet ble splittet opp, oppga å være misfornøyde med at de var organisert i ulike klinikker langt unna hverandre.

Law og Boyce (2003) konkluderte med at en samorganisering av de mindre gruppene på sykehusene som fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer etc er en god løsning, etter å ha prøvd en oppsplittet, desentral modell. De mener at en samorganisering vil føre til en høyere grad av service fra disse gruppene, da tilbudene til pasientene også blir samorganisert. Dette har ikke vært et poeng for fysioterapeutene i denne studien, men det kan skyldes at Law og Boyce (2003) har hatt et mer overordnet perspektiv. En kan tenke seg at en fordel ved å samle fysioterapeutene som faggruppe er at en kan sikre en ivaretagelse av faget på et overordnet nivå. Ved en samlet organisering kan en skape et tydeligere, større og mer attraktivt fagmiljø. Kolleger som man kan jobbe faglig sammen med har fysioterapeutene oppgitt som viktig for jobbtrivsel i de åpne spørsmålene.

Det kan se ut som tilhørigheten til faget og profesjonen ligger bak ønsket om å holde sammen, slik fysioterapeutene uttrykker det i denne studien. I dag er ofte de ulike profesjonene organisert sammen på sykehusene. Strand (2003:256) påpeker at dette kan fremme sterke subkulturer da medlemmene etablerer interne normer og regler og beskytter seg og sitt område. I de åpne spørsmålene oppgir noen av fysioterapeutene at det er dårlig samarbeid med de kliniske avdelingene. Dette kan tyde på at også fysioterapeutene som profesjonsgruppe

opplever problemer hvis det blir for mye fokus på egne oppgaver slik at det blir vanskelig å løse felles mål i organisasjonen.

Ønsket om at det skal være noen som jobber for fysioterapeutene og fysioterapifaget i sykehusorganisasjonen kan være medvirkende til at fysioterapeutene foretrekker å være organisert sammen med en leder fra samme faggruppe. Fysioterapeutene i denne studien sier at det å inneha en god posisjon i sykehusorganisasjonen er viktig for dem. De oppga å være misfornøyde med at fysioterapeutene var organisert for langt ned i organisasjonen, og dermed hadde liten mulighet til å påvirke avgjørelser som fikk konsekvenser for tjenesten. Dette er endringer som har kommet på flere sykehus de senere årene, tidligere var det vanlig at fysioterapitjenesten var innplassert som egen avdeling. Kvisten (2011) sier at flere av fysioterapeutene hun intervjuet ga uttrykk for bekymring etter den nylige omorganiseringen som hadde plassert fysioterapitjenesten på et lavere nivå. Jacobsen og Thorsvik (2004:173) peker på nettopp dette, at det er godt dokumentert at det er sammenheng mellom organisasjonens utseende og maktforholdene i organisasjonen. Enkelte grupper vil favoriseres på bekostning av andre grupper, og all organisering innebærer at noe tillegges mer vekt enn annet. Skjøld Johansen (2009) viser til at profesjonene har et innbyrdes hierarki og at myndighetsområdene de har innehatt utfordres gjennom reformer og organisatoriske endringer. Det å beholde innflytelse og posisjon er viktig for fysioterapeutene i denne studien, og det kan henge sammen med ønsket om leder fra egen faggruppe. I denne studien oppga 81 % av fysioterapeutene i et av de åpne spørsmålene at det var viktig med leder fra egen faggruppe. De oppga at leder fra egen faggruppe har bedre forståelse for fag, arbeidsoppgaver, behov for kompetanseutvikling og at en fysioterapeut som leder vil kunne profilere fysioterapi innad i sykehuset på en bedre måte.

Til tross for det klare ønsket om å være samlet, vises det til ingen forskjell i jobbtilfredshet blant fysioterapeutene i de to ulike organisasjonsmodellene. Står disse funnene i et motsetningsforhold, eller utfyller de hverandre? Studien viser at det å ha gode kolleger, regulert og forutsigbar arbeidstid samt frihet til å velge egne arbeidsmetoder skaper jobbtilfredshet. Funnene tyder også på at dette opplever fysioterapeutene, både de som er samlet i egen avdeling eller enhet, og de som er ansatt på de kliniske avdelingene. En måte å forstå denne diskrepansen på, er at profesjonskulturen mer enn organisasjonsformen skaper en felles forståelse av hvor stor grad av autonomi som er nødvendig, eller hva som er gode eller dårlige muligheter til kompetanseutvikling. En slik forklaringsmodell binder funnene i denne

studien sammen, den forklarer noen av årsakene til at kolleger beskrives som viktige, samt noen av årsakene til hvorfor studien ikke finner forskjeller i jobbtilfredshet, støtte fra leder eller kompetanseutvikling i de to ulike organisasjonsmodellene. Jacobsen og Thorsvik (2002:138) peker på at profesjoner tilhører sterke kulturfellesskap som innebærer at den gitte profesjonen deler felles erfaringer, identitet og verdisyn. Fysioterapeutene står frem som en tydelig profesjon, og det kan forklare at profesjonskulturen virker regulerende på de valgte forklaringsvariablene for jobbtilfredshet mer enn organiseringen i denne studien.

En annen måte å forstå diskrepansen i funnene på, er om det er trekk ved selve undersøkelsen som kan ha skapt resultatene. For å lete etter forskjeller i jobbtilfredshet benyttet jeg T-test på sumscoren fra spørsmålene, dette kan ha vært for generellt. Det var også en avveing i forhold til hvilke begrep som skulle inkluderes, de kan ha vært for få, eller de kan ha vært for uspesifikke. Valget av forklaringsvariabler for jobbtilfredshet kan ha spilt en rolle, dette var faktorer som var viktige for kunnskapsarbeidere, kanskje var de ikke spesifikke nok til å finne forskjeller mellom gruppene.

## **6.4 Videre forskning**

Resultatene fra denne studien kan bidra til å øke oppmerksomheten rundt jobbtilfredshet blant fysioterapeuter på sykehus. Fysioterapeutene i denne studien la stor vekt på kollegialt fellesskap og fagtilhørighet, dette er aspekter en kan ta med seg i det videre arbeidet om organisering av denne gruppen.

Hvilke muligheter for videre forskning kan man se for seg etter å ha gjennomført denne studien?

Det kunne være interessant å undersøke om det er forskjeller innad i de ulike profesjonsgruppene i forhold til jobbtilfredshet og organisering. Det er ikke uvanlig å behandle profesjoner som en homogen gruppe. Men det er påpekt at de profesjonelle ikke nødvendigvis må oppfattes som en homogen gruppe som agerer ensartet (Sognstrup 2003). Det er ikke sikkert det er det samme som skaper jobbtilfredshet hos de ulike gruppene. Reformert, teknologi og endringer i behandlingstilbudet fører langsamt til at organiseringen i sykehusene endres.



Å sammenligne jobbtilfredshet hos fysioterapeuter på sykehus og i privat praksis, er ikke gjennomført i Norge, så vidt jeg vet. Speakman refererer til en studie av Schunk (1981) gjennomført i USA, hvor fysioterapeuter i privat praksis var mer fornøyd med jobben sin enn fysioterapeuter ved sykehus (Speakman m fl 1996). Det samme finner Nylenna og Aasland (2010) gjeldende for leger; privatpraktiserende leger skårer høyere for jobbtilfredshet enn leger på sykehus.

Det kunne vært interessant i tilsvarende studier som denne å benytte andre begrep for jobbtilfredshet, andre jobbtilfredshet skalaer og inkludere andre faktorer som motivasjon og jobbengasjement. En kunne også tenke seg å benytte en annen metode, for eksempel en kvalitativ studie, hvor intervjuguiden inneholder ulike begrep som forklarer jobbtilfredshet. Mer kunnskap om hva som fører til jobbtilfredshet blant fysioterapeutene på sykehus, hva som er bevaringsverdig og hva som kan forbedres i arbeidsmiljøet til denne gruppen, kan være viktige faktorer å ha med seg i en travel sykehushverdag preget av endring og utvikling.

## 7 KONKLUSJON

Problemstilling 1:

*I hvilken grad er fysioterapeuter på sykehus tilfredse med jobbene sine?*

Funnene i denne studien viser at fysioterapeutene på sykehus var meget tilfredse med jobbene sine, og de oppga å være mer fornøyde enn sammenlignbare grupper. Fysioterapeutene på sykehus jobber tett sammen med kolleger og de opplever felles tilhørighet og faglig fellesskap. For fysioterapeutene i denne studien er tilhørighet til en profesjonsgruppe viktig. Det fysioterapeutene sa seg mest fornøyd med på jobbtilfredshetsskalaen JSS var arbeidstid, kollegaene og friheten de hadde til å velge egne arbeidsmetoder. Viktigste for å trives på jobb oppga de var et godt arbeidsmiljø, som ble forklart med det å ha gode kollegaer, og utfordrende og varierte arbeidsoppgaver.

Problemstilling 2:

*I hvilken grad har organiseringen av fysioterapitjenesten betydning for jobbtilfredshet, autonomi, støtte fra leder og kompetanseutvikling hos fysioterapeuter på sykehus?*

I denne studien ble det ikke funnet at organiseringen av fysioterapitjenesten hadde betydning for jobbtilfredshet, støtte fra leder eller kompetanseutvikling. En grunn til dette kan være at selv om fysioterapeutene var ulikt organisert, er arbeidshverdagen antakelig ikke så ulik. Det kan se ut som lederne er mer preget av samarbeid enn kontroll, både i en samlet fysioterapiavdeling og på de kliniske avdelingene. Lederne i de ulike organisasjonsmodellene ser også ut til å oppfatte viktigheten av kompetanseutvikling ganske likt. Et annet aspekt kan være at fysioterapeutenes sterke profesjonstilhørighet oppveier ulemper ved organiseringen. Det ble funnet at organiseringen hadde betydning for opplevd autonomi; fysioterapeutene som var organisert direkte på de kliniske avdelingene opplevde å ha en større grad av autonomi i arbeidet sitt enn de som er samlet i en avdeling. En mulig forklaring kan være at en organisering samlet i en fysioterapiavdeling fører til en nærmere og tydeligere leder, mens på de kliniske avdelingene opplever fysioterapeutene i mindre grad styring fra lederen.

Flertallet av fysioterapeutene i denne studien oppga at de foretrakk en type organisering hvor de var sammen, som en egen avdeling eller større enhet, med leder fra egen faggruppe.

## Litteraturliste

- Akroyd, D., Wilson, S., Painter, J. og Figueres, C. (1994). Intrinsic and extrinsic predictors of work satisfaction in ambulatory care and hospital settings. *Journal of Allied Health*, 23, s.155-164.
- Atwood, C.A. og Wolf, D.A. (1982). Job satisfaction of physical therapists. *HCM Review / Winter* s. 81-86.
- Bergman, B. (1990). Professional role and autonomy in physiotherapy. A study of Swedish physiotherapists. *Scand J Rehab Med*. 22. (2) s. 79-84.
- Breivik, E. (2010). *Yrkesmotivasjon og arbeids glede i helserefomens tid*. Mastergradsoppgave i helsefag. Institutt for helse- og omsorgsfag. Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Dallner, M. og Lindstrøm, K. (1997). Review of psychological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) *Copenhagen: Nord* 1997; 15:56-60
- Daidsen LS (2011). *Hva skal vi med lederen?* Masteroppgave ved Diakonhjemmets Høgskole, Verdibasert ledelse.
- Einarsen S og Skogstad A (2005). *Den dyktige medarbeider*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Einarsen S og Skogstad A. (2004) *Det gode arbeidsmiljø*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Eker, L., Tüzün, E., Daskapan, A. og Sürenkük, Ö. (2004). Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J Occup Health* 2004; 46: 500-505.
- Flermoen S. (2009) *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen, Fagbokforlaget.
- God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus*. Arbeidstilsynet. (2006)  
URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766> (lest 12. juni 2011).
- Grund J (2006). Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene? *Magma*, 02.
- Hellevik O (2006). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Helse Sør-Øst; Medarbeiderundersøkelsen. (2011).  
URL: ([http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2011/17.februar/Andre\\_orienteringer\\_01\\_-\\_Vedlegg\\_punkt\\_10\\_-\\_Rapport\\_medarb.undersøkelsen\\_2010.pdf](http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2011/17.februar/Andre_orienteringer_01_-_Vedlegg_punkt_10_-_Rapport_medarb.undersøkelsen_2010.pdf)). (lest 14. september 2011).
- Herzberg, F., Mausner, B. og Snyderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons, New York.

- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand, Høyskoleforlaget AS
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (1998). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2011). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M. og Hjortdahl, P. (2006). Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health* 2006, 4:3
- Krueger, P., Brazil, K., Lohfield, L., Edward, H.G., Lewis, D. og Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction; findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* 2:6. s.1-8
- Kvisten, F. (2011). *Arbeidsglede hos fysioterapeuter ved lokalsykehus*. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU.
- Law, D. og Boyce, A. (2003). Beyond organizational design: moving from structure to service enhancement. *Australian Health Review* vol 26, no 1, 2003.
- Mulcahy, A.J., Jones, S. og Strauss, G., m fl. (2010). The impact of recent physiotherapy graduates in the workforce. *Australian Health Review*. 34. S. 252-259.
- Norsk Fysioterapeutforbund, (2006). *Hva er fysioterapi?*  
URL: <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi> . (lest 5. august 2012).
- Norsk Fysioterapeutforbund,(2012). *Etiske retningslinjer*.  
URL: <http://www.fysio.no/FAG/Etikk-og-fysioterapi>. (lest 5. august 2012).
- Nylenna, M. og Aasland ,O.G. (2010). Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 2010; 130:1028-31
- Pasienten først: *Ledelse og organisering i sykehus*. Utredning fra Sosial- og helsedepartementet 1997. NOU 1997:2.
- Rammeplan for fysioterapiutdanning*. 2004. Utdannings- og forskningsdepartementet.  
URL: [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf). (lest 5. september 2012).

Richardsen, A.M. og Martinussen, M. (2008) «Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsyrker.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 45 (3), s. 249-257.

Robinson, M, og Compton, J. (1996) Decentralised management structures – the physiotherapy experience at John Hunter Hospital. *Australian Physiotherapy*, vol 42, no 4, 1996.

Rullestad, T. (2007). *Faktorer som influerer på ansattes trivsel og velvære*. Masteroppgave ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Skjøld Johansen, M. (2009). *Mellom profesjon og reform*. Doktorgradsavhandling ved Handelshøyskolen BI.

Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K., Elo, A.L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. og Ørhede, E. (2001). Brukerveiledning QPS Nordic. *STAMI-rapport Årg. 1, nr. 2*.

Sognstrup, H. (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. PhD afhandling. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning. Aalborg Universitet.

Speakman, H., Pleasant, J.M. og Sutton, G. (1996). The job satisfaction of physical therapists. *Physiotherapy Research International*, 1 (4) s. 247-254.

Statens arbeidsmiljøinstitutt . (2006).

URL: <http://www.stami.no/belastende-arbeidssituasjoner-for-larere-og-helsearbeidere>. (lest 20. juli 2011).

Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction. Application, assessment, cause and consequences*. California, Sage Publications.

Strand, T. (2004) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen, Fagbokforlaget.

Svendsen, L.C. (2001). *Tilfredshet i arbeidet. En spørreskjemaundersøkelse blant kommunalt ansatte fysioterapeuter*. Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Bergen, Seksjon for fysioterapivitenskap.

Sørensen, B.A., Fuglerud, K.S., Grimsmo, A., Hilsen, A.I. og Rapmund, A. (1998). *Psykologiske, organisatoriske, og sosiale faktorer i arbeid av betydning for helse*. AFIs rapportserie 8/98. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Warr, P, Cook, J., Wall, T. Scales for measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979; 52: 129-48.

## VEDLEGG

KJÆRE KOLLEGER

Jeg holder for tiden på med et masterstudium ved Diakonhjemmet Høgskole i ”Verdibasert ledelse.”

I masteroppgaven min har jeg valgt å skrive om fysioterapitjenesten ved sykehus.

Jeg har fått tillatelse til å sende ut et spørreskjema, som er vedlagt, og som jeg ber deg fylle ut. Undersøkelsen er anonym, og data kan ikke spores tilbake til den enkelte respondent. Spørreskjemaet består av godt utprøvde spørsmål, og det tar ca. 10 minutter å besvare.

Deltakelse er frivillig. Jeg håper du vil sette av denne tiden til å besvare spørsmålene.

Mine veiledere er høgskolelektor Leif Stapnes og 1.amanuensis Beate Jelstad Løvaas, Diakonhjemmet Høgskole.

Dersom det er noe du lurer på i forbindelse med spørsmålene eller annet rundt undersøkelsen, ta gjerne kontakt med meg.

Masteroppgaven vil etter juni 2013 være tilgjengelig i sin helhet ved biblioteket, Diakonhjemmet Høgskole.

Jeg ber om at dere besvarer skjemaet innen 11. september 2012.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Hilde Stømner

hstomner@online.no

For å finne skjemaet klikk her: <https://survey.ahus.no/surveys/fysio/fysio.htm?id=Eeiiu>

# SPØRREUNDERSØKELSE

## Bakgrunn

Q1 Din tittel / funksjon

fysioterapeut

fysioterapeut med lederfunksjon

Q2 Har du en faglig spesialfunksjon? (for eksempel FOU stilling, spesialist, fysioterapeut med mastergrad)

Ja

Nei

Q3 Hva er viktigst for deg for å trives på jobb? Nevn 2-3 faktorer.

Spesifiser over.

Q4 Angi på en skala fra "i meget liten grad" til "i meget stor grad" når du svarer på spørsmålene nedenfor.

|  | I meget liten grad | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I meget stor grad |
|--|--------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|
| I hvilken grad engasjerer arbeidsoppgavene dine deg?                           |                    |              |             |             |                   |
| I hvilken grad opplever du at samarbeidet med andre i din enhet fungerer godt? |                    |              |             |             |                   |
| I hvilken grad tar du selv initiativ til forbedringer i din enhet?             |                    |              |             |             |                   |
| I hvilken grad oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?                |                    |              |             |             |                   |
| Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra nærmeste leder? |                    |              |             |             |                   |

Q5 Nedenfor er det formulert noen utsagn. Angi hvor godt hvert enkelt utsagn stemmer for deg ved å sette kryss fra "helt uenig" til "helt enig".

|  | helt uenig | delvis uenig | verken enig el uenig | delvis enig | helt enig |
|--|------------|--------------|----------------------|-------------|-----------|
| I min avdeling ivaretas høy faglig kvalitet                                |            |              |                      |             |           |
| Jeg utvikler meg faglig gjennom mine daglige arbeidsoppgaver               |            |              |                      |             |           |
| Det legges til rette for at jeg skal få øke mine faglige kunnskaper        |            |              |                      |             |           |
| I min enhet har alle yrkesgrupper like muligheter til kurs/videreutdanning |            |              |                      |             |           |
| Jeg har rett kompetanse til å utføre arbeidet mitt                         |            |              |                      |             |           |

Q6 Nedenfor er det formulert noen utsagn. Angi hvor godt hvert enkelt utsagn stemmer for deg ved å sette kryss fra "i meget liten grad" til "i meget stor grad".

|  | I meget liten grad | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I meget stor grad |
|--|--------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|
| I hvor stor grad kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?   |                    |              |             |             |                   |
| I hvor stor grad kan du bestemme eget arbeidstempo?  |                    |              |             |             |                   |
| I hvor stor grad har du muligheter til å ta egne initiativ eller vurderinger om hvordan du skal utføre arbeidet? |                    |              |             |             |                   |
| I hvor stor grad er det viktig for deg å kunne ta avgjørelser angående arbeidet ditt selv?                       |                    |              |             |             |                   |
| I hvor stor grad har du mulighet til å benytte egne ferdigheter og kompetanse ved jobbutførelse?                 |                    |              |             |             |                   |



Q7 Angi på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) i hvilken grad du er fornøyd med:

|   | 1 svært misfornøyd | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 svært fornøyd |
|---|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| Den ansvarsmengden du er blitt tildelt  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Den variasjon i arbeidsoppgaver du har  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Kollegaene dine og øvrige ansatte   |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Fysiske arbeidsforhold  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Muligheten/anledningen til å bruke dine evner   |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Alt tatt i betraktning, hva synes du om jobben din  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Frihet til å velge dine egne arbeidsmetoder   |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Anerkjennelse du får for godt utført arbeid   |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Lønnen din  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Arbeidstiden din  |                    |   |   |   |   |   |                 |
| Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd? |                    |   |   |   |   |   |                 |

Q8 Hvordan er fysioterapitjenesten organisert ved ditt arbeidssted?

- Fysioterapeutene er organisert samlet i en fysioterapiavdeling.
- Fysioterapeutene er organisert direkte på de kliniske avdelingene

Q9 Din nærmeste leder er..

- Fysioterapeut
- Lege
- Sykepleier
- Annet

Q10 Hvor mange år har du vært ansatt ved nåværende arbeidssted?

Q11 Hvor gammel er du?

Q12 Kjønn

Mann

Kvinne

Til slutt; de siste fire spørsmålene omhandler organiseringen på din arbeidsplass.

Q13 Er det viktig for deg å ha leder fra egen faggruppe?

Ja

Nei

Q14 Utdyp, gjerne med eksempel

Q15 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt fornøyd med?

Q16 Hvis du tenker på dagens organisering, er det noe du er spesielt misfornøyd med?

Q17 Hvis du skulle vært organisert på en annen måte enn du er i dag, hvordan ville du ønsket å være organisert?