

Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg?

Av Astrid Gramstad, Linda Stigen, Ruca Maas, Unni Sveen, Sissel Horghagen, Cathrine Arntzen & Tore Bonsaksen

Astrid Gramstad er ergoterapeut og førsteamanuensis ved UiT Noregs arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning, nord.

E-post: astrid.gramstad@uit.no

Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Ruca Maas er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Unni Sveen er ergoterapeut og professor emerita ved OsloMet.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Cathrine Arntzen er ergoterapeut og professor ved UiT Noregs arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning, nord.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og professor ved Høgskulen i Innlandet.

Manuset ble mottatt 02.09.2021 og godkjent 14.05.2022.

Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg?

Abstract

The aim of this study was to identify similarities and differences between the four health regions in Norway, with regards to the characteristics of occupational therapy staff working in the municipal health services. A cross-sectional study was performed where occupational therapists working in the municipalities were invited to fill out an online survey about the context of their work, work relationships within and outside the profession, competence level, participation in research, development projects and demographic characteristics. A total of 561 occupational therapists participated in the study. The data were analyzed with descriptive statistics, and differences between groups were analyzed with Chi-Square tests and one-way analysis of variance. The results showed unexpectedly that overall, the differences between health regions were small and not statistically significant regarding age, gender composition and competence level of the occupational therapists. However, we found differences between the health regions regarding the professional background of the occupational therapists' line manager; the number of occupational therapists in the same work unit; the proportion having served as fieldwork supervisor during the preceding year; and perceived influence on the service goals of the unit. More research is needed to explore how such differences may influence occupational therapists' practice and perceptions of their practice.

Keywords: Geografisk ulikheit, kommunale tenester, spørjeundersøking

Det er ingen ueinigheter mellom forfattarane når det gjeld rettane til denne artikkelen.

INNLEIING

Å sikre likeverdig tilgang til helsetenester, uavhengig av diagnose, geografi, sosioøkonomisk status, kjønn og alder, er eit viktig helsepolitisk premiss i Noreg (1). Ei av målsettingane med å gjere ergoterapi til ei lovpålagt teneste i norske kommunar i 2020 var nettopp å utjamne skilnadar mellom kommunar og sikre alle borgarar lik tilgang til ergoterapikompetanse. I følgje Statistisk sentralbyrå (SSB) var det ei stabil auke i ergoterapeutstillingar i kommunane, frå 1945 stillingar i 2015 til 2439 stillingar i 2019 (25 prosent auke totalt) (2). Om lag halvparten av norske ergoterapeutar arbeider i primærhelsetenestene, og ein reknar med at talet på kommuneergoterapeutar kjem til å auke framover (3). Sjølv om ergoterapi slik er ein sentral profesjon i kommunehelsetenestene, veit ein relativt sett lite om samansettinga og organiseringa av denne gruppa i Noreg. I denne studien vil me sjå nærare på om samansettinga av ergoterapeutar er i tråd med prinsippet om lik tilgang til helsetenester, men først vil me skildre eksempel på ulikheit i helse og knytte dette opp mot nokre geografiske høve.

Det er stadfesta at sosioøkonomiske og sosiale høve er med på å skape og oppretthalde ulikheit i helse mellom grupper i befolkninga. Til dømes er lang utdanning og høg inntekt assosiert med meir positive helseeffektar enn dei som manglar dette (4). Sosiale helseskilnadar fell ofte saman med geografiske skilnader. Eit døme på dette er at det innad i Oslo kommune er skilnad på åtte års forventa levealder på menn som bur i høvesvis bydel Sagene eller bydel Vestre Aker (4). På landsbasis fann ein at levealderen er høgast på Vestlandet og lågast i Finnmark, Østfold og Hedmark (tal før regionreforma) (5).

Statistikk frå Helsedirektoratet viser at det er store skilnader mellom helseregionane i høve til kor mange liggedøgn sjukehusa rapporterer. Pasientar som er utskrivingsklare skal skrivast ut til kommunane, som skal ivareta eventuelle behov for pleie og helsehjelp. Helsedirektoratet fann at talet på liggedøgn auka i 2021, og at auken var størst i Helse Nord

og Helse Midt, medan det var ein reduksjon i Helse Vest og Helse Sør-Øst (6). Sjølv om ikkje alle pasientar vil trenge oppfølging frå kommunehelsetenestene etter utskrivning, er det likevel mogleg at desse skilnadane indikerer ulikheit i ressursar og kapasitet til å ta i mot, pleie og drive rehabilitering i kommunane som høyrer til dei ulike helseregionane.

Ergoterapi er eit helsefag som handlar om å fremme helse gjennom aktivitet og å støtte menneske i å utføre aktivitetar og delta i samfunnet (7). Fagforeininga til ergoterapeutane oppsummerer faggruppa sitt bidrag til å møte behova i samfunnet og den enkelte sine helseutfordringar med at ergoterapeutar bidrar til deltaking og inkludering, gjennom å anvende kompetansar om samspelet mellom person, aktivitet og omgjevnader (8). Ergoterapeutane sin fagkompetanse er innretta på å redusere gapet mellom individet sine føresetnader og omgjevnadene sine krav og bidreg med det til å utjamne ulikheiter i helse. Ergoterapikompetanse er òg berekraftig i høve til at ein satsar på å løyse ut ressursar hos den enkelte og fokusere på forebygging og rehabilitering framføre kompenserande og passiviserande tiltak. Sjølv om ergoterapi er ei lovpålagt teneste, er det enno fleire kommunar som ikkje har knytt til seg ergoterapiressursar. Om kommunane ikkje har tilgang på ergoterapikompetanse, vil dette kunne føre til at personar med behov for rehabilitering og støtte til meistring i dagleglivet i større grad får tilbod om kompenserande pleie. Ein kan difor spørje seg om samansettinga av ergoterapeutar i norske kommunar er ein faktor som bidreg til geografisk ulikheit i helse. Eller ein kan stille spørsmålet annleis: Er samansettinga av kommuneergoterapeutar i norske kommunar i tråd med prinsippet om lik tilgang til helsetenester uansett kva helseregion ein tilhøyrar?

Noreg er delt inn i fire helseregionar: Sør-Øst, Vest, Midt og Nord. Nokre av skilnadane mellom helseregionane går fram av tabell 1. I kvar helseregion er det eit regionalt helseføretak som har ansvar for å sørge for spesialiserte helsetenester til personane

Region	Areal	Innbyggjarar (n)	Tilsette (årsverk)	Inntekter 2016 NOK
Helseregion Sør-Øst	110 000 km ²	2 900 000	78 300 (59 800)	81,1 mrd.
Helseregion Vest	43 432 km ²	1 100 000	27 400 (21 300)	28,8 mrd.
Helseregion Midt	56 300 km ²	700 000	22 000 (15 000)	22,0 mrd.
Helseregion Nord	112 000 km ² (+ Svalbard: 61 000 km ²)	480 000	17 900 (13 200)	17,9 mrd.

Tabell 1. Helseregionar – innbyggjarar, areal, tilsette og inntekter.

som bur i regionen. Helse Sør-Øst har ansvar for dei som bur i Agder, Vestfold og Telemark, Viken, Oslo og Innlandet. Helse Vest har ansvar for Rogaland og Vestland, medan helse Midt har ansvar for Møre og Romsdal og Trøndelag. Helse Nord har ansvar for dei som bur i Nordland, Troms og Finnmark og på Svalbard.

Helseføretaka sitt ansvar for å sørge for spesialiserte helsetenester avgrensar seg ikkje berre til å ivareta pasientar som treng spesialisert sjukehusbehandling. Ansvar til Helseføretaka omfattar òg å bidra til oppfølging av og samarbeid med primærhelsetenestene slik at ein sikrar gode pasientforløp. Etter Samhandlingsreforma har oppgåver og ansvar blitt overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenestene (9). Formålet med Samhandlingsreforma var mellom anna å:

«sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.» (9).

Eit døme på styrka samhandling mellom regionar og kommunar er at kvar av helseregionane og kommunane skal ha ei regional koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (10). Den regionale koordinerande eininga i spesialisthelsetenesta skal ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbodet i sin respektive helseregion, og vere eit knutepunkt for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

Sjølv om helseføretaka er ein sentral samarbeidspartnar, må kommunane løyse sine oppgåver innanfor dei rammene dei har, med det personalet dei har til rådvelde. I følge SSB vil det vere mangel på ergoterapeutar i Noreg framover, med ei estimert underdekning på 500 ergoterapeutar fram mot 2035 (11). Ei offentleg utgreiing frå 2019 viser at rekrutteringsproblema våren 2018 var størst innan helse- og sosialtenestene, der rundt 29 prosent av verksemdene rapporterte at dei enten ikkje hadde lukkast med å rekruttere kvalifisert helse- og sosialpersonell dei siste månadane, eller at dei hadde tilsett nokon med lågare eller annleis kompetanse enn det dei leita etter (12). Forsking på nyoppretta kommuneergoterapeutstillingar sidan 2014 indikerer at dei fleste nye

stillingane vart oppretta i større, sentrale kommunar (13). Å rekruttere og behalde helsepersonell er ein viktig tematikk i heile Noreg, men særleg i Nord-Noreg. Av helseføretaka var det Helse Nord som hadde størst mangel på arbeidskraft i helse- og sosialtenestene i høve til ønska sysselsetting våren 2018 (12). Ei slik skeivrekuttering kan i verste fall føre til geografiske ulikheiter i tilgang til ergoterapitenester, noko som kan gå ut over innbyggjarane si helse og livskvalitet.

På landsbasis veit me noko om kven kommuneergoterapeutane er; dei fleste er kvinner, om lag halvta har vidareutdanning, og dei har gjennomsnittleg 16,4 års erfaring frå tenestene (14). Dei fleste (tre av fire) jobbar fulltid, og dei bruker om lag halvta av arbeidstida til klientretta verksemd (14). Det manglar likevel kunnskap om kompetansenivå og stillingshøve blant kommuneergoterapeutane i dei fire helseregionane. Meir kjennskap til kommuneergoterapeutane sine stillingshøve i et samanliknande perspektiv vil kunne bidra til ei betre forståing av korleis ergoterapeutar har det i jobbane sine i ulike delar av landet. Til dømes vil det vere viktig å avdekke om rekrutteringsutfordringar kan knyttast til organisatoriske forhold og høve ved arbeidsplassen, som opplevd autonomi på arbeidsplassen og relasjonar med kollegaer og leiar. Slik kunnskap vil òg kunne bidra med kunnskap i høve til å avdekke eventuell geografiske ulikheit i helsetilbod, ergoterapikompetanse og kapasitet i kommunehelsetenestene, mellom dei fire helseregionane.

FORMÅLET MED STUDIEN

Formålet med denne studien er å undersøke likheiter og skilnadar mellom helseregionane i Noreg med tanke på dei tilsette kommuneergoterapeutane.

METODE

DESIGN OG FØREBUINGAR

For å finne ut om det var skilnadar mellom kommuneergoterapeutar i ulike regionar, valte me å gjennomføre ei tverrsnittundersøking ved hjelp av ei elektronisk spørjeundersøking. Populasjonen var ergoterapeutar som var:

- (i) medlem av Ergoterapeutene
- (ii) registrerte som tilhøyrande kommunesektoren (KS-området)

For å sikre at spørsmåla og svaralternativa var forståelege og relevante, vart det gjort ei pilotundersøking blant sju personar i målgruppa. Desse ergo-

terapeutane var vald ut på bakgrunn av forskarane si kjennskap til dei på førehand. Pilotane fekk tilsend den gjeldande versjonen av spørjeundersøkinga. Dei vart bedne om å gå gjennom alle spørsmål og svaralternativ og merke seg eventuelle kommentarar dei måtte ha. Dei vart bedne om å vere spesielt merksame på om spørsmål og svaralternativ kunne oppfattast på ulike måtar. Om dei hadde forslag til betre eller klarare uttrykksmåtar vart dei bedne om å melde frå om det. Tilbakemeldingar på spørjeundersøkinga frå pilotane vart mottekne gjennom telefonsamtalar. Deira forslag om forbedringar og omformuleringar vart i stor grad tatt til følge i siste revisjon av spørsmåla før dei vart sendt ut til deltakarane.

SPØRJEUNDERSØKINGA

Alle spørsmål i spørjeundersøkinga vart laga spesifikt for denne studien. Dei omfatta mellom anna spørsmål om deltakarane sin sosiodemografiske bakgrunn (alder og kjønn), deira kompetanse (utdanningsnivå, vidareutdanningar, spesialistgodkjenningar og år med erfaring frå yrket), informasjon om ulike høve knytt til den enkelte si stilling (samløysing med andre ergoterapeutar, fulltids- eller deltidstilling, personalansvar, yrkesbakgrunn hos næraste leiar, talet på ergoterapeutar i same eining, kor mykje av stillinga som vart nytta til klientretta arbeid) samt om ulike høve relatert til deltaking i utvikling av faget (deltaking i FOU-arbeid, rettleiing av ergoterapistudentar, opplevd påverknad på kommunane sine målsettingar). Alle spørsmål og svaralternativ som er brukt i denne delstudien er gjengjevne i vedlegg 1. (Se side 44)

DELTAKARAR

I alt 1833 ergoterapeutar vart identifisert som aktuelle deltakarar. Invitasjonar til å delta vart sendt til 1767 ergoterapeutar som hadde gyldig e-postadresse, med påminning og oppmoding til å svare sendt ved to høve etterpå. Det var 561 (31,8 prosent) ergoterapeutar som valte å delta i studien og svare på alle spørsmåla i undersøkinga. Alders- og kjønnsaman- settinga for dei som deltok var samanfallande med oversikta over medlem i Ergoterapeutforbundet, som var den identifiserte populasjonen. Difor vurderte me utvalet til å vere representativt for alders- og kjønnsamensettinga i populasjonen.

ANALYSE

Data vart analysert i statistikkprogrammet SPSS

(15) med både deskriptive og komparative metodar. Deskriptive analysar vart nytta for å skildre utvalet. Samanlikningar mellom ergoterapeutar frå dei ulike helseregionane vart utført med kji-kvadrat-test for kategoriske data, og med einvegs variansanaly- sar (ANOVA) for kontinuerlege data. Ved parvise samanlikningar vart Tukeys HSD nytta for å korrigere for den aukande sannsynlegheita for å oppdage statistisk signifikante skilnader. Phi (ϕ) var nytta som effekt mål for kategoriske variablar (eit mål for styrken på assosiasjonen mellom variablane), og målet ligg alltid mellom -1 (perfekt negativ samanheng) og 1 (perfekt positiv samanheng), der 0 indikerer ingen samanheng. Effektmålet tolkast slik at absolutte verdiar av ϕ omkring 0,10 betyr svak samanheng, omkring 0,30 betyr moderat samanheng, og omkring 0,50 betyr ein sterk samanheng (16). Cohens d vart nytta som effekt mål for gruppeskilnader på kontinuerlege variablar, kor absolutte verdiar av d omkring 0,20, 0,50 og 0,80 indikerer høvesvis svake, middels og sterke effektar (17). Statistisk signifikans vart sett til $p < 0,05$.

ETIKK

Norsk Senter for Forskingsdata (NSD) gav godkjenning til å samle, oppbevare og bruke innsamla data (prosjekt 52827). I introduksjonen til spørjeundersøkinga vart deltakarane informert om at det var friviljug å delta, og at det å sende inn den utfylte spørjeundersøkinga var å sjå som deira informerte samtykke til deltaking i studien.

RESULTAT

I denne studien var det 561 ergoterapeutar (31,8 prosent) som svarte på undersøkinga. Om lag 90 prosent av deltakarane var kvinner, og om lag ti prosent av deltakarane var over 60 år. Om lag fem prosent av deltakarane hadde mastergrad, mens over halvparten rapporterte at dei hadde vidareutdanning. Mellom dei fire helseregionane var det ingen statistisk signifikante skilnader i høve til mellom anna alder og kjønn. Me fann òg at helseregionane ikkje skilde seg signifikant frå kvarandre med tanke på utdanninga og yrkeserfaringa til kommuneergoterapeutane.

Me fann i hovudsak fire skilnadar mellom helseregionane. For det første såg me at helseregionane skilde seg frå kvarandre i høve til andelen med ergoterapeut som næraste leiar. Ergoterapeutar i Helse Nord hadde ein høgare andel med ergoterapeut som næraste leiar (36,7 prosent) enn ergoterapeutar

i Helse Sør-Øst (22,0 prosent, $p=0,02$, $\phi =0,13$) og i Helse Vest (11,2 prosent, $p< 0,001$, $\phi =0,30$). Andelen som hadde ergoterapeut som næraste leiar var og høgare i Helse Sør-Øst (22,0 prosent) enn i Helse Vest (11,2 prosent, $p=0,01$, $\phi =0,12$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

For det andre fann me skilnader mellom regionane i høve til å ta i mot praksisstudentar. Blant ergoterapeutar i Helse Midt var det ein større andel som hadde tatt i mot studentar i praksis i løpet av siste år (42,1 prosent), samanlikna med ergoterapeutar i Helse Sør-Øst (24,5 prosent, $p<0,01$, $\phi =0,16$) og samanlikna med ergoterapeutar i Helse Nord (21,7 prosent, $p=0,01$, $\phi =0,22$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

For det tredje fann me skilnader i høve til talet på ergoterapeutar i same eining. Det vart rapportert gjennomsnittleg fleire ergoterapeutar i same eining i Helse Midt ($M=13,5$) samanlikna med det som vart rapportert i Helse Sør-Øst ($M=8,4$, $p<0,001$, $d=0,30$), medan dei andre skilnadane mellom helseregionane ikkje var statistisk signifikante.

Sist fann me òg regionale skilnader i høve til innflytelse på eiga eining. Deltakarane i Helse Midt hadde den høgaste gjennomsnittsskåren når det gjaldt kor mykje innflytelse dei meinte dei hadde på målsettinga til eininga dei var tilknytt ($M=3,1$), og dette var signifikant høgare enn dei gjennomsnittlege skårene for Helse Sør-Øst ($M=2,7$, $p<0,001$, $d=0,43$) og Helse Vest ($M=2,6$, $p<0,001$, $d=0,56$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

Resultata frå analysane av dei regionale skilnadane er presentert i tabell 2.

DISKUSJON

Formålet med denne studien var å undersøkje likheiter og skilnader mellom helseregionane med tanke på tilsette kommuneergoterapeutar i Noreg. Helseregionane viste seg å vere like på fleire område. Mellom anna fann denne studien ingen skilnader mellom utdanningsnivå eller erfaringsgrunnlag blant ergoterapeutane. At det er likheiter mellom helseregionane er positivt, då det kan indikere at kompetansehøva til norske kommuneergoterapeutar er relativt like på tvers av helseregionar, og at arbeidsvilkåra deira stort sett er like, ut i frå det respondentane har svart. Ut i frå dette kan ein anta at det ikkje er geografisk ulikheit i høve til kommuneergoterapikompetanse. Likheiter i tilbod og kompetansenivå i tenestene er viktige bidrag til å redusere geografisk ulikheit i helse, ved å tilby helsetenester av tilsvarande kvalitet

over heile landet. Sjølv om Kunnskapsdepartementet fann at ein i Helse Nord kan oppleve vanskar med å rekruttere kvalifisert personell (12), indikerer resultata frå denne undersøkinga at det likevel vert tilsett kommuneergoterapeutar i Helse Nord regionen med tilsvarande kompetanse som andre stader i landet.

Resultata viste òg nokre regionale skilnader; til dømes i forhold til organisering og lokalisering av tenester, og i forhold til ergoterapeutane sine arbeidsoppgåver. Me fann mellom anna skilnader mellom regionane i høve til om respondentane hadde ergoterapeut som næraste leiar. Å rekruttere og behalde kompetent helsepersonell kan sjåast i samanheng med faktorar som fremmer trivsel på arbeidsplassen. For ergoterapeutar kan dette vere om profesjonen er kjend og verdsatt (18), om ein har autonomi i stillinga si (19), eller om ein har nok sosial støtte i teamet sitt og hos leiinga (20). For ei relativt lita faggruppe som ergoterapeutar er det mogleg at mål om verdsetting, fagleg støtte og autonomi lettare kan realiserast i jobbar der leiar har same fagbakgrunn og der det er andre ergoterapeutar i same eining. For å sikre tenester av god kvalitet er det naudsynt at ergoterapeutar som profesjon oppretthald profesjonens faglege kjerne slik at dei ikkje vert lik alle andre helseprofesjonar når ein vert ein del av tverrfaglege team. Oppretthalding av ein sterk fagleg identitet og fagleg kjerne kan òg vere vanskeleg om ein vert leia av nokon som ikkje er kjend med kva som er ergoterapeutar sin kjernekompetanse (21). Korleis ein klarer å bevare sin faglege identitet, er delvis påverka av ergoterapeuten sin bakgrunn, til dømes kor lenge ein har arbeidd som ergoterapeut, eller om ein har spesialistkompetanse eller tilsvarande. Personlege karakteristikkar som kjønn og alder, så vel som organisatoriske høve ved arbeidsplassen (som stillingsandel og tid brukt på klientretta arbeid), kan spele ei rolle både i høve til rekruttering og i høve til korleis kompetansen vert brukt for å sikre høg kvalitet på tenestene (21).

Leiarar har stor betydning for trivsel og for å førebygge utbrentheit på arbeidsplassen (22). Ei studie frå Horghagen og kollegaer fann at ergoterapeutar i større grad kan utvikle ei generisk rolle og oppleve rolleforvirring når leiaren deira har ein annan profesjonsbakgrunn (21). Det kan vera at leiarar frå andre profesjonar kan forstå faget annleis enn ergoterapeutane i til dømes kva oppgåver som ergoterapeutane bør prioritere. Ei anna studie fann at ergoterapeutar kan oppleve eit press frå leiarar utan ergoterapifagleg profesjonsbakgrunn til å prioritere

Variablar n (%)	Alle n (%)	Helse Sør-Øst n (%)	Helse Vest n (%)	Helse Midt n (%)	Helse Nord n (%)	p
Alle	561 (100)	318 (57)	107 (19)	76 (13)	60 (11)	
<i>Sosiodemografiske forhold</i>						
Alder over 60 år	48 (9)	32 (10)	5 (5)	9 (12)	2 (3)	0.10
Kvinner	521 (92.9)	291 (91)	105 (98)	72 (95)	53 (88)	0.05
<i>Kompetanseforhold</i>						
Mastergrad	31 (5)	17 (5)	5 (5)	5 (7)	4 (7)	0.92
Vidareutdanning	299 (53)	172 (54)	56 (52)	40 (53)	31 (52)	0.98
Spesialistgodkjenning	20 (4)	14 (4)	1 (1)	1 (1)	4 (7)	0.13
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
År med erfaring som ergo- terapeut	16 (10)	17 (10)	15 (9)	17 (10)	16 (9)	0.32
<i>Stillingsforhold</i>						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Samlokalisering med andre ergoterapeutar	376 (67)	223 (70)	71 (66)	47 (62)	35 (58)	0.22
Full stilling	425 (76)	248 (78)	72 (67)	56 (74)	49 (82)	0.10
Personalansvar	36 (6)	16 (5)	8 (7)	6 (8)	6 (10)	0.43
Næraste leiar er ergoterapeut	128 (23)	70 (22)	12 (11)	24 (32)	22 (37)	< 0.001
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Talet på ergoterapeutar i same eining	9 (13)	8 (10)	9 (13)	13 (22)	10 (10)	< 0.05
Prosentdel tid brukt på klientretta arbeid	48 (20)	48 (19)	49 (20)	50 (22)	44 (21)	0.34
<i>Deltakingsrelaterte forhold</i>						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Deltek i prosjektarbeid	245 (44)	140 (44)	42 (39)	35 (46)	28 (47)	0.74
Rettleiar for student i løpet av siste år	156 (28)	78 (24)	33 (31)	32 (42)	13 (22)	< 0.05
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Opplevd påverknad på eininga sine målsettingar	3 (1)	3 (1)	3 (1)	3 (1)	3 (1)	< 0.01

Tabell 2. Regionale skilnadar med tanke på sosiodemografiske, kompetanserelaterte, stillingsrelaterte og deltakingsrelaterte forhold (n = 561).

Note. p-verdiene i tabellen kommer fra kjiqvadrat-tester (for kategoriske variablar) og ANOVA F-tester (for kontinuerlege variablar), og uttrykker sannsynligheten for at det ikke er forskjeller mellom helseregionene sett under ett (null-hypotese). M står for gjennomsnitt (mean), medan SD står for standaravvik (standard deviation). Resultata er runda av til næraste heile tal.

oppgåver som dei sjølve opplever at dei ikkje får brukt sin særlege kompetanse til (23). Nokre andre forskarar undersøkte betydninga av å ha ein ergoterapeut som leiar når ein sjølv var ergoterapeut, og fann at leiarane spela ei nøkkelrolle i å fremme jobbtilfredsheit. Særleg viktig var det å vise støtte til sine tilsette, kunne ta avgjersler som var til gagn for heile avdelinga og å vere ein tydeleg fagleg rollemodell (22). Dette funnet kan kanskje delvis forklare kvifor kommunane som tilhøyrar Helse Nord, til trass for

rekrutteringsutfordringar, likevel lukkast i å tilsette like kompetente ergoterapeutar i kommunale stillingar som andre helseregionar. Ein ergoterapeut som leiar, kan kanskje bidra til meir attraktive jobbhoëve, særleg med tanke på fagutvikling og vidare kompetanseheving, for andre ergoterapeutar (23). Utan at spørsmålet om jobbtilfredsheit er tatt opp i denne undersøkinga, kan det altså vere grunn til å peike på ein mogleg samanheng mellom jobbtilfredsheit og fagbakgrunnen til eigen leiar. Seinare undersøkin-

gar av ergoterapeutar sine jobbhøve bør inkludere spørsmål om jobbtilfredsheit.

Me fann òg skilnadar mellom helseregionane i høve til kor mange av respondentane som hadde vore rettleiar for ergoterapeutstudentar. Det var flest i Helse Midt (42,1 prosent) og færrest i Helse Nord (21,7 prosent) som rapporterte at dei har vore rettleiar for student i praksis i løpet av det siste året. Ut i frå dette kunne ein ha venta at det var ein større del av dei i Helse Midt som var samlokalisert med andre ergoterapeutar, sidan samlokalisering i tidlegare studiar (24) har vore assosiert med større sjanse for å vere praksisrettleiar, men det fann me altså ikkje. I staden kan det tenkjast at det er ulik kulturell praksis i dei ulike delane av landet i høve til å ta i mot studentar i praksis. Det er og rimeleg å peike på skilnadar mellom storleiken på utdanningsstadene i dei ulike regionane, der mellom anna Helse Midt har langt fleire ergoterapeutstudentar som skal ut i praksis, enn Helse Nord. Dette kan vidare bidra til å forklare dei regionale skilnadane med høve til praksisrettleiing. Tidlegare forskning fann at eit mindretal av norske kommuneergoterapeutar tek i mot studentar, noko som kan indikere at kommunehelsetenestene er eit underutnytta praksisfelt (24).

Helseregionane skilte seg frå kvarandre i høve til kor mange ergoterapeutar som jobba i same eining. I Helse Midt var det fleire som rapporterte at dei hadde eit større tal på ergoterapeutar i same eining (13,5 i gjennomsnitt), samanlikna med deltakarane frå dei andre tre regionane. Å ha godt og nært samarbeid med kollegaer, både frå same profesjon, og frå andre faggrupper, har betydning for jobbtilfredsheit (18). Om ein er tilsett som den einaste ergoterapeuten i eininga, stiller jobben høge krav til sjølvstende og sjølvleiing, og det blir viktig å kunne lene seg på kollegaer frå andre faggrupper som kan vere meir tilgjengelege. Me fann ikkje systematiske skilnader i kompetansenivå mellom regionane, noko som kan indikere at vilkåra for sjølvleiing kan vere like på tvers av regionane. Ei spørjeundersøking blant australske ergoterapeutar som arbeidde i grisgrendte og avsidesliggende område, fann at ergoterapeutane erfarte fleire utfordringar i arbeidet sitt (25). Mellom anna var dette knytt til lange ventelister, at mykje av arbeidstida vart brukt på reising og transport og at klientgruppene og arbeidsoppgåvene var svært varierte. For å overkomme desse utfordringane nytta ergoterapeutane fleire strategiar. Til dømes la dei stor vekt på å bygge nettverk innanfor

eigen profesjon og å samarbeide tett med både andre ergoterapeutar og andre profesjonar. Støtte frå andre ergoterapeutar var viktig, og dei nytta fleire problemløysingsstrategiar (25). I regionar med store avstandar og spreitt busetnad, som til dømes Nord og Midt, kan det vere utfordrande å sikre godt kollegaskap med andre ergoterapeutar. Regionsstyra i Ergoterapeutene har vore pådrivarar for å utvikle digitale arenaer for kollegastøtte, noko som kan vere ein fruktbar veg å gå for å utvikle gode kolleganettverk i regionen ein arbeider i.

Kommuneergoterapeutane i Helse Midt hadde den høgaste gjennomsnittsskåren på innflytelse på eininga sine målsettingar. Det er mogleg at dette kan sjåast i samanheng med den høge villigheita til ta i mot studentar i praksis. Ergoterapeutar som kjenner at dei har innflytelse på korleis organisasjonen utviklar seg, kan kanskje kjenne det lettare å la studentar kome til arbeidsplassen, og dei kan kjenne det lettare å formidle sin eigen praksis. For ergoterapeutar som kjenner lite slik innflytelse kan det vere lite ønskeleg å vise fram ein relativt makteslaus posisjon, og det å ta i mot studentar i praksis vil kunne forsterke ei kjensle av lite kontroll og innflytelse. Ein kan og undre seg over om et positivt samarbeid med utdanningsstadane kan auke villigheita til å vere praksisveglear: Samarbeidet kan bidra til å auke medvit og kunnskap om organisasjonen ein arbeider i, samstundes som at ein får eit utanifråblikk på verksemda.

STUDIENS STYRKER OG BEGRENsingAR

Denne kvantitative undersøkinga har gitt kunnskap om nokre likheiter og skilnader som finst mellom ergoterapeutar i ulike regionar i Noreg. Me veit likevel lite om kva desse skilnadane mellom helseregionane betyr i høve til kommuneergoterapeutar sine prioriteringar, sjølvleiing, moglegheit til fagleg utvikling og tilfredsheit i jobben. Me kan heller ikkje seie noko om betydninga av tverrfagleg og monofagleg samarbeid og kollegaskap for fagutvikling og praksis i dei ulike regionane.

Denne studien er basert på ei tverrsnittsundersøking, og me kan difor ikkje seie noko om årsaks-samhengar. Det var også få deltakarar innanfor enkelte kategoriar i spørjeundersøkinga, noko som aukar sjansen for å gjere Type II-feil: At reelle gruppeforskjellar ikkje vert oppdaga i analysane. Spørsmåla i undersøkinga er utvikla særleg for denne studien. Utforming av spørjeskjema er ein krevjande og komplisert prosess. Særleg utfordrande kan

det vere å få valide spørsmål som gjer at mottakar lett forstår kva forskarane er ute etter. Dersom me hadde funne tilsvarende undersøkingar, så hadde det difor kunne vore ein fordel å nytta spørsmål frå desse. Sidan me likevel ikkje fann dette, arbeidde forskargruppa grundig i fleire møte med å utforme, diskutere og revidere spørsmåla. For å sikre at spørsmåla og svaralternativa var forstålege og relevante, vart det òg gjort ei pilotundersøking blant sju personar i målgruppa. Deira forslag om forbetringar og omformuleringar vart i stor grad tatt til følge i siste revisjon av spørsmåla, før dei vart sendt ut til deltakarane. Likevel kan det enno hende at deltakarane har tolka spørsmåla på andre måtar enn det me hadde tenkt.

Sjølvsagt om responsraten var heller låg (31,8 prosent), så var den i tråd med kva ein kan forvente i populasjonsundersøkingar (26), og me vurderte storleiken på utvalet til å vere tilfredsstillande for dei analysane me har gjort. Ut i frå datagrunnlaget er det likevel vanskeleg å konkludere bastant på resultatane, og det er behov for meir forskning på dette området.

Konklusjon

Kommuneergoterapeutar er ei sentral gruppe i kommunale helse- og omsorgstenester som det er forska lite på. Denne studien bidrar til å lukke kunnskaps-gapet ved å undersøkje om det er likheiter og skilnadar mellom helseregionane med tanke på tilsette kommuneergoterapeutar, og i så fall kva for nokre. Resultata frå denne undersøkinga indikerer at det er små skilnadar mellom kommuneergoterapeutane i dei ulike helseregionane med tanke på aldersfordeling, kjønnsamansetnad og kompetanseforhold. Likevel viser resultatane òg nokre interessante skilnader mellom helseregionane med tanke på kommuneergoterapeutane sine stillingshøve og deira deltaking på ulike område. Det er behov for meir forskning for å klarleggje desse og utforske kva dei har å seie for ergoterapeutar og for ergoterapitilbodet i dei ulike regionane. Sjølvsagt om det ikkje er grunnlag for å konkludere at det ikkje er geografisk ulikheit i helsetilbod, forstått som kommuneergoterapeutane sin kompetanse og stillingshøve, mellom dei fire helseregionane, er det behov for meir forskning for å sjå om dette vert opprettholdt i tråd med oppretting av nye kommuneergoterapistillingar. Denne studien vil difor vere eit utgangspunkt for å studere eventuelle endringar i distribusjon av ergoterapistillingar i framtida.

Referansar

1. Helsedirektoratet. Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Rapport 2012. Oslo
2. Statistisk sentralbyrå (SSB). 12191: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K) 2015-2020 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12191/>]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo 2011.
4. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012) Melding til Stortinget. Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo 2011.
5. Folkehelseinstituttet. Forventet levealder i Norge Oslo2014 [updated 08.07.2021. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker>]
6. Helsedirektoratet. Liggetid som utskrivingsklar økte i Midt- og Nord-Norge: Helsedirektoratet; 2021 [cited 2021 27.12.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/liggetid-som-utskrivningsklar-okte-i-midt-og-nord-norge>
7. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. 2019. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413>
8. Ergoterapeutene. Hva kan og gjør ergoterapeuter? Og hvorfor? 2019 [Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/hva-kan-og-gjor-ergoterapeuter-og-hvorfor/>]
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: 2009.
10. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
11. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Statistisk sentralbyrå; 2019.
12. Kunnskapsdepartementet. NOU 2019: 2. Fremtidige kompetansebehov II - Utfordringer for kompetansepolitikken. Oslo 2019.
13. Maass R, Bonsaksen T, Gramstad A, Sveen U, Stigen L, Arntzen C, et al. Factors Associated with the Establishment of New Occupational Therapist Positions in Norwegian Municipalities after the Coordination Reform. *Health Services Insights*. 2021;14:1-8
14. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2020;27(1):39-46.
15. IBM Corporation. IBM SPSS for windows version 25. Armonk, NY: IBM Corporation; 2017.
16. Field A. *Discovering statistics using SPSS (and sex, drugs and rock 'n' roll)*. 2nd ed. ed. London: Sage; 2005.
17. Cohen J. A Power Primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155-9.
18. Moore K, Cruickshank M, Haas M. Job satisfaction in

- occupational therapy: a qualitative investigation in urban Australia. *Australian occupational therapy journal*. 2006;53(1):18-26.
19. Bendixen HJ, Ellegård K. Occupational therapists' job satisfaction in a changing hospital organisation-A time-geography-based study. *Work*. 2014;47(2):159-71.
 20. Mason VC, Hennigan ML. Occupational therapy practitioners' ratings of job satisfaction factors through a lens of social capital. *Occupational therapy in health care*. 2019;33(1):88-107.
 21. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva AS, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 2020;48(2):133-46.
 22. Moore K, Cruickshank M, Haas M. The Influence of Managers on Job Satisfaction in Occupational Therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2006;69(7):312-8.
 23. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2019;26(5):371-81.
 24. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors. *The open journal of occupational therapy*. 2017;7(3)
 25. Boshoff K, Hartshorne S. Profile of occupational therapy practice in rural and remote South Australia. *Australian journal of rural health*. 2008;16(5):255-61.
 26. Holbrook AL, Krosnick JA, Pfent A. The Causes and Consequences of Response Rates in Surveys by the News Media and Government Contractor Survey Research Firms. Hoboken, NJ, USA: Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2007. p. 499-528.

Vedlegg 1. Oversikt over alle brukte spørsmål og svaralternativ

Spørsmål	Svaralternativ
Hvilket år er du født?	Selvvalgt årstall
Hvilket kjønn er du?	Mann, kvinne
Hva er ditt utdanningsnivå?	Grunnutdanning/bachelorgrad, mastergrad, doktorgrad
Har du videreutdanning etter grunnutdannelsen som ergoterapeut?	Ja, nei
Er du ergoterapispesialist?	Ja, nei (hvis ja, oppgi spesialistområde)
Hvor mange år med yrkeserfaring som ergoterapeut har du?	Selvvalgt antall år
Hvilket fylke arbeider du i?	Selvvalg blant alle landets fylker
Er din stilling samlokalisert med andre ergoterapeutar?	Ja, nei
Omtrent hvor stor er din stillingsstørrelse?	10%, 20%, 30%100%
Har du personalansvar?	Ja, nei
Hvilket yrke tilhører din nærmeste overordnede?	Sykepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier, psykolog, sosionom, barnevernspedagog, førskolelærer, lærer, annet/ukjent
Omtrent hvor mange ergoterapeutstillinger er det totalt i din kommune/etat/bydel i dag?	Selvvalgt antall
Hvor stor andel av din arbeidstid bruker du på arbeidsoppgaver som er direkte klientrettet?	0%, 10%, 20%, ..., 100%
Deltar du i prosjekt eller fagutvikling som del av din stilling?	Ja, nei
Har du vært veileder for ergoterapeutstudent i praksis?	Ja, nei,
Hvis du svarte ja på forrige spørsmål: Når var du sist veileder for ergoterapeutstudent i praksis?	I løpet av siste år, 1-2 år siden, 3-4 år siden, 5 år eller mer siden
I hvilken grad opplever du at du er med og påvirker kommunens/etatens/bydelens målsettinger?	Ikke i det hele tatt, lite, middels, mye, svært mye