

# Er intensivavdelinger et godt sted for intensivsykepleieren å jobbe?

En kvantitativ undersøkelse av intensivsykepleierens jobbtilfredshet og grad av utbrenthet

**Bodil Peersen Gautefall**  
**Hilde Pettersen Breland**

## **Veileder**

Gudrun E. Röhde

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2016  
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Antall ord: 17892

## Forord

Denne masteroppgaven er gjennomført som et ledd i masterprogram i spesialsykepleie med spesialisering i intensivsykepleie. Vi er to intensivsykepleiere som har fått godkjent deler av tidligere studie og har gått videre på masterprogrammet. Å jobbe med masteroppgaven har vært både lærerikt og spennende og vi samarbeidet godt. Samtidig har det vært en krevende prosess fordi begge har jobbet ved siden av studiet.

Vi har begge jobbet som intensivsykepleiere ved Sørlandet sykehus Kristiansand i mange år. Vår interesse er stor for temaet: "er intensivavdelinger et godt sted for intensivsykepleieren å jobbe?".

Takk til veileder Gudrun E. Rohde som har gitt god og kyndig veiledning underveis i prosessen. Videre vil vi takke Ingeborg Strømseng Sjetne, seniorforsker, PhD ved Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten som gav oss tillatelse til å bruke måleinstrumentet Nursing Work Index-Revised. Vi retter også en takk til Stig Berge Matthiesen, professor BI for tillatelse for bruk av verktøyet Bergen Burnout Indicator. Alle intensivsykepleierne som har svart på spørreundersøkelsen fortjener også en stor takk. Uten deres bidrag hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Til slutt vil vi takke våre kjære familier for all god støtte og tålmodighet gjennom hele prosessen.

Vi har erfart at «*Jo mer man graver, dess mer springer frem fra kildene. Jo mer man lærer, dess mer flyter visdommens kilde*» (indisk ordtak).

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er mangel på intensivsykepleiere ved norske intensivavdelinger. Norsk Sykepleierforbund mener dette er en trussel mot helsetjenestens kapasitet og kvalitet. Vi mener godt arbeidsmiljø er viktig for å beholde og rekruttere medarbeidere med god/riktig kompetanse. Det er viktig at intensivsykepleierne har høy grad av jobbtilfredshet og lav grad av utbrenthet for å sikre pasienten god intensivbehandling.

**Mål:** 1. Å undersøke sammenhengen mellom demografiske og jobbrelaterte variabler og jobbtilfredshet hos intensivsykepleieren. 2. Å undersøke sammenheng mellom demografiske og jobbrelaterte variabler og jobbtilfredshet hos intensivsykepleieren.

**Metode:** En kvantitativ studie med tverrsnittsdesign. Det er brukt elektronisk spørreskjema som datainnsamling. Utvalget var 400 intensivsykepleiere ved flere intensivavdelinger i Helse Sør-Øst. Vi har brukt to validerte spørreskjema, Nursing Work Index-Revised (NWI-R) og Bergen Burnout Indicator (BBI). Statistiske metoder vi har brukt er Kji-kvadrat, t-tester og multipl regressjonsanalyse (prosedyre GLM).

**Resultater:** Multipl regressjonsanalyse viste at både jobbtilfredshet og utbrenthet hadde sammenheng med selvstendighet i arbeid og med lønn. Jo mer fornøyd intensivsykepleieren var med selvstendighet i arbeid og lønn, jo høyere grad av jobbtilfredshet og lavere grad av utbrenthet ble oppgitt. Jobbtilfredshet hadde også sammenheng med stillingsstørrelse, ansiennitet og sykepleiefaglig veiledning. Det var ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt jobbtilfredshet og utbrenthet.

**Konklusjon:** Selvstendighet i arbeid og lønn er områder som ser ut til å ha sammenheng med jobbtilfredshet og grad av utbrenthet. Dette er faktorer som kan være viktige for å rekruttere og beholde intensivsykepleiere på intensivavdelinger.

**Nøkkelord:** Intensivsykepleie, intensivsykepleier, jobbtilfredshet, utbrenthet

## **Abstract**

**Background:** There is a lack of intensive care nurses at the Norwegian intensive care units (ICU). Norwegian Nurses Organisation concludes this is crucial regarding the capacity and quality within health services. We underline a good working environment is of great importance in order to keep and recruit colleagues with relevant competence. It is of importance that the intensive care nurse experiences high degree of job satisfaction and experiences low degree of burnout in order to provide good/professional intensive care treatment.

**Aim:** 1. To investigate the relationship between demographic and job-related variables and the ICU nurse jobsatisfaction. 2. To investigate the relationship between demographic and job-related variables and the ICU nurse level of burnout.

**Method:** We have used a quantitative study with a cross section design. We have collected data through electronic surveys. There was a selection of 400 intensive care unit nurses at several ICU's in South-Eastern Norway Regional Health Authority. We used two validated questionnaires, Nursing Work Index-Revised (NWI-R) and Bergen Burnout Indicator (BBI). Statistical methods used are chi-square test, t-test and multiple regression analyses (procedure GLM).

**Result:** Multiple regression analyses showed that there was a connection between job satisfaction and burnout and job autonomy and salary. The more job autonomy in practicing and salary the greater experience in job satisfaction and lower degree of burnout was found. Job satisfaction was connected with how much a position of employment, seniority and nursing supervision. There were no significant statistic differences in sexes when it comes to job satisfaction and burnout.

**Conclusions:** Job autonomy at work and salary are areas that seem to have impact in connection with job satisfaction and level of burnout. These are factors that might be of importance in order to recruit and keep the intensive care nurses at the intensive care units.

**Keywords:** Critical care, intensive care nurse, job satisfaction, burnout

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og hensikt .....	1
1.2 Hensikt og problemstillinger .....	2
1.3 Oppbygging av oppgaven .....	2
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>4</b>
2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde .....	4
2.2 Lovverk .....	5
2.3 Jobbtilfredshet.....	6
2.4 Utbrenthet .....	7
2.5 Faktorer som påvirker jobbtilfredshet og grad av utbrenthet .....	9
2.5.1 Kjønn, alder, stillingsstørrelse og ansiennitet.....	9
2.5.2 Selvstendighet i arbeid.....	10
2.5.3 Lønn og belønning .....	12
2.5.4 Kompetanse og faglig utvikling .....	12
2.5.5 Sykepleiefaglig veiledning.....	14
2.5.6 Ledelse .....	15
2.5.7 Adekvat bemanning og ressurser .....	16
2.5.8 Turnus.....	16
2.5.9 Tverrfaglig samarbeid .....	17
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>19</b>
3.1 Valg av metode .....	19
3.2 Litteratursøk .....	20
3.2.1 Tidligere forskning.....	20
3.3 Forskningsetikk .....	23
3.4 Presentasjon av spørreskjema.....	24
3.4.1 Nursing Work Index-Revised .....	24
3.4.2 Bergen Burnout Indicator .....	25
3.4.3 Demografiske og jobbrelaterte variabler .....	26
3.4.4 Åpent spørsmål .....	26
3.5 Utvalg og rekrutteringsprosess .....	26
3.6 Innsamling av data .....	28
3.7 Statistiske analyser .....	29
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>31</b>
4.1 Jobbtilfredshet.....	33
4.1.1 Justerte sammenhenger mellom demografiske og jobbrelaterte variabler og jobbtilfredshet målt ved hjelp av 5 subskalaer.....	34
4.2 Utbrenthet .....	37
4.2.1 Justerte sammenhenger mellom demografiske og jobbrelaterte variabler og utbrenthet.....	38
4.3 Åpent spørsmål.....	39

<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>40</b>
5.1 Jobbtilfredshet.....	40
5.2 Utbrenthet .....	51
5.3 Metodediskusjon .....	54
5.3.1 Reliabilitet og validitet .....	55
5.4 Implikasjoner for praksis .....	56
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>58</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>60</b>

**Vedlegg 1** Godkjenning fra Fakultets etiske komite

**Vedlegg 2** Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

**Vedlegg 3** Spørreskjema

**Vedlegg 4** Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

I Norge er det mangel på intensivsykepleiere. Det mener Norsk Sykepleierforbund (NSF) er en trussel mot både kapasitet og kvalitet i helsetjenesten. De mener at utdanningen av spesialsykepleiere ikke har vært tilstrekkelig prioritert de siste årene. Det mangler en nødvendig oversikt over etterspørsel og kapasitet for spesialsykepleiere (NSF, 2014, 2015). Det er gjennomført en nasjonal kartlegging som viser dette (Analysesenteret, 2015). Resultatene fra denne kartleggingen bekrefter at det ikke finnes en fullstendig kvalitetssikret oversikt over spesialsykepleiere i Norge. Dermed vet vi ikke hvor mange spesialsykepleiere som arbeider ved norske sykehus, hvilken stillingsprosent de har og hvor gamle de er. Dette innebærer at det ikke er mulig å se om avgang og tilfang av nyutdannede står i forhold til hverandre (NSF, 2015). I Kunnskaps-departementets St.meld. nr.13 (2011-12) utdanning for velferd, påpekes det at riktig kompetanse gjør at helsetjenestene vil være rustet til å møte de store utfordringene som velferdssamfunnet står overfor de nærmeste tiårene. Målet er at utdanningene skal svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet (Meld. St. nr. 13, 2012). I Sverige har andelen med spesialutdannede sykepleiere sunket siste 20 år. På en intensivavdeling i Sundsvall har 15 av 25 intensivsykepleiere sluttet på grunn av arbeidsmiljø og lønn (Socialstyrelsen, 2015; Vårdförbundet, 2015).

Vi har jobbet flere år som intensivsykepleiere i intensivavdeling og opplever at det er vanskelig til enhver tid å ha nok kompetanse blant intensivsykepleierne. Videre opplever vi at mange intensivsykepleiere slutter i intensivavdelingen. Dette mener vi fører til at avdelingen mister verdifull kompetanse, en kompetanse det tar lang tid å erstatte. Det er vanskelig å rekruttere nye sykepleiere med intensivutdanning. Dette kan føre til dårligere kvalitet på pasientbehandling og dårlig kvalitetssikring. Sykehusledelsen har lett for «å telle hoder og hender» uten å ha fokus på kvalitet. Vi er bekymret for denne utviklingen. Godt arbeidsmiljø mener vi er viktig for å beholde gode medarbeidere og forebygge utbrenthet. For å sikre intensivpasienten god kvalitet på behandlingen mener vi det er viktig at intensivsykepleierne har høy grad av jobbtilfredshet og ikke er utbrente. Med utgangspunkt i dette ønsket vi å

undersøke intensivsykepleierens jobbtilfredshet og grad av utbrenthet i norske intensivavdelinger. Blant intensivsykepleiere er det gjort en del forskning på disse temaene, litt i Norge, men mest internasjonalt.

## **1.2 Hensikt og problemstillinger**

Det er viktig å beholde verdifull kompetanse i intensivavdelingen. I og med at det ikke utdannes nok intensivsykepleiere, mener vi at dette er et viktig satsingsområde. Hensikten med undersøkelsen var å identifisere de områder det bør settes inn oppmerksomhet og ressurser på. Videre så vi på om disse områdene hadde sammenheng med jobbtilfredshet og grad av utbrenthet. Er norske intensivavdelinger et godt sted å jobbe for intensivsykepleiere? Våre problemstillinger blir da som følger:

*Problemstilling 1: Er det sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og jobbtilfredshet?*

*Problemstilling 2: Er det sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og grad av utbrenthet?*

Nullhypotese 1: Det er ingen sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og jobbtilfredshet.

Nullhypotese 2: Det er ingen sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og grad av utbrenthet.

## **1.3 Oppbygging av oppgaven**

Kapittel 2 tar for seg oppgavens teoretiske referanseramme som er intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde og lovverk. Videre presenterer vi teori om jobbtilfredshet og utbrenthet. Til slutt presenteres faktorer som har sammenheng med jobbtilfredshet og grad av utbrenthet.

Kapittel 3 inneholder den metodiske fremgangsmåten vi har brukt i oppgaven. Under litteratursøk presenteres søkeprosess og tidligere forskning. Det gjøres deretter rede for forskningsetikk. Videre presenteres de validerte spørreskjemaene NWI-R og BBI.

Så har vi gått gjennom prosessen i forhold til utvalg, rekruttering, datainnsamling og analyser.

Kapittel 4 presenterer resultatene med tabeller og figur.

I Kapittel 5 diskuterer vi funnene opp mot tidligere forskning og aktuell teori. Videre diskuterer vi styrker og svakheter ved metode. Reliabilitet og validitet blir fremstilt i et eget underkapittel. Til slutt presenterer vi implikasjoner for praksis.

Kapittel 6 inneholder konklusjon og tanker om videre forskningsområder.

## **2.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

Hverdagen på en intensivavdeling er ofte preget av intensitet, krav om stor grad av årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Arbeidet er komplekst og mangfoldig og tempoet er ofte høyt (Gulbrandsen & Stubberud, 2015, s. 39). Intensivsykepleierens handling kan ha stor betydning for enkeltmenneskers skjebner. Det er få ting som berører så brutalt og direkte som den behandlingen en får ved sykdom.

Menneskesynet ligger ofte som uartikulerte forutsetninger under moralsk sensibilitet og moralske vurderinger. Å formulere og begrunne et menneskesyn er å foreslå en måte å forstå oss selv på som menneske. Det er viktig å forholde seg kritisk til menneskesyn fordi det kan virke styrende på hva vi gjør (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 78).

Intensivpasienten har ulike behov som skal ivaretas. Helhetlig omsorg krever oppfølging av, og tilstedeværelse hos pasienten. Samtidig har intensivsykepleieren ansvar for systemet rundt pasienten, for eksempel den daglige driften av avdelingen. Dette krever fleksible ansatte som kan bli slitne og få samvittighetsstress som en konsekvens av ansvarsoversvømmelse (Orvik, 2015, s. 294).

### **2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og FNs menneskerettserklæring. Her defineres sykepleiers mest fundamentale grunnlag: "grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet". Sykepleieren har ansvar for å holde seg oppdatert, både når det gjelder forskning, utvikling og fagområdets praksis. At den nye kunnskapen integreres i praksis, skal også sykepleieren bidra med. Det er viktig fordi sykepleie skal være kunnskapsbasert. Sykepleieren har også ansvar for å bidra aktivt til etisk refleksjon i hverdagen med de yrkesetiske retningslinjer som verktøy (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere, som bygger på yrkesetiske retningslinjer og relevante lover og forskrifter, heter det at intensivsykepleieren: «bidrar til et godt arbeidsmiljø» (NSFLIS, 2002). Dette belyser studiens tema, der vi spør om intensivavdelinger er et godt sted for intensivsykepleieren å jobbe.

Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere nevner flere funksjons- og ansvarsområder som er aktuelle i forhold til at intensivsykepleiere oppnår en god arbeidshverdag. I forhold til den administrerende funksjon stilles det store krav til tverrfaglig samarbeid innen intensivsykepleie. Intensivsykepleieren skal samarbeide med egen og virksomhetens øvrige faggrupper (NSFLIS, 2002).

«Intensivsykepleieren har medansvar for forsvarlig ressursbruk innen gitte økonomiske rammer, bekjentgjør økonomiske behov og arbeider for at kvaliteten på intensivsykepleien utvikles» kan også knyttes opp mot problemstillingene. Adekvat bemanning og ressurser, lønn samt kurs/seminarer/konferanser kan være aktuelle faktorer som har sammenheng med jobbtilfredshet og utbrenthet. Videre er det viktig at intensivsykepleieren er lojal i forhold til sykepleieleidelsen og virksomhetens overordnede målsetting (NSFLIS, 2002). Dette kan ses i sammenheng med intensivsykepleiers mulighet til å delta i sykehusets virksomhet og ledelse. Sammen med leders funksjon kan dette være faktorer som har sammenheng med jobbtilfredshet.

Intensivsykepleieren har også en forsknings- og utviklingsfunksjon. I forhold til problemstillingen er flere av punktene under denne funksjonen aktuelle. Vi nevner at intensivsykepleieren skal holde seg faglig oppdatert, ta ansvar for sitt behov for etterutdanning og være med på utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner. (NSFLIS, 2002). Funksjonsbeskrivelsen er nå revidert og ute på høring. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i den eksisterende fra 2002.

## **2.2 Lovverk**

Pasienten har sine rettigheter i form av Lov om pasient- og brukerrettigheter. Her står det at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Helsepersonelloven skal bidra til: "sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten". Samtidig skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". I loven står også at dersom pasientens behov tilsier det, skal

yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999).

I arbeidsmiljøloven står det at lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Videre skal det tilrettelegges for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, og det er viktig å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar. Ellers har loven også definerte krav til det psykososiale arbeidsmiljøet (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Ifølge Lov om spesialisthelsetjenesten mm. skal enhver som yter helsetjenester etter denne lov: "sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet" og "sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig" (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

## **2.3 Jobbtilfredshet**

Jobbtilfredshet er noe som oppstår i møtet mellom forhold i jobbsituasjonen og den enkeltes forventninger og verdier. Dette vil igjen være avhengig av individuelle kjennetegn og egenskaper (Einarsen, Øverland, & Schulze, 2011, s. 358). Vi antar at grad av jobbtilfredshet påvirker om intensivsykepleieren blir i intensivavdelingen. I en kvantitativ studie fra Oslo universitetssykehus (OUS) fra 2013 vises det til en middels jobbtilfredshetsscore hos intensivsykepleierne. Studien vurderte sammenheng mellom jobbtilfredshet, jobbstress og symptomer på utbrenthet (Myhren, Ekeberg, & Stokland, 2013). I en studie fra Australia (2015) viste funnene at det var viktig at erfarne intensivsykepleiere opplevde jobbglede. Viktige faktorer som intensivsykepleierens autonomi og samarbeid ble blant annet trukket fram for å beholde deres kompetanse (Siffleet, Williams, Rapley, & Slatyer, 2015). Jobbtilfredshet og arbeidsglede er en verdi i seg selv. Det kan skape kvalitet for pasienter og øke avdelingens produktivitet og effektivitet og utvikle mennesker (Orvik, 2015, s. 143).

Et humanistisk og demokratisk arbeidsliv er viktig i en intensivavdeling. Begrepet psykososialt arbeidsmiljø blir i praksis brukt som en betegnelse på mange forhold som har med arbeidsbetingelser og arbeidsforhold å gjøre (Skogstad, 2011, s. 16-17). Dette er psykososiale forhold som ofte blir delt inn i psykososiale faktorer og organisatoriske faktorer. Eksempel på det første kan være forhold mellom kolleger, mens arbeidstempo eller turnusarbeid kan være eksempel på det siste. Arbeidslivets psykososiale forhold har mye å si for trivsel og arbeidstakerens psykiske tilstand. I tillegg kan dårlig psykososialt arbeidsmiljø føre til fysiske plager som hjerte/karsykdommer. Dette kan videre føre til økt sykefravær og personlige konsekvenser for den enkelte (Leira, 2011, s. 85-89).

Et trygt arbeidsmiljø er viktig for jobbtilfredshet. Arbeidslivsforskerne Thorsrud og Emery utarbeidet på 1970-tallet de psykologiske jobbkravene som er implementert i arbeidsmiljøloven. De psykologiske jobbkravene er: «et innhold i arbeidet som krever mer enn ren utholdenhet, og som betyr et minimum av variasjon, å kunne lære noe og utvikle seg, å kunne treffe beslutninger vedrørende eget arbeid, anseelse (anerkjennelse), støtte og respekt fra omgivelsene, å se mening og sammenheng i arbeidet samt å se en ønskverdig framtid» (Orvik, 2015, s. 142).

## **2.4 Utbrenthet**

Utbrenthet ble lansert som et begrep i 1974 av den amerikanske psykiateren Herbert Freudenberger (Matthiesen, 2011, s. 314). Flere definisjoner er brukt for å beskrive tilstanden, og flere mener at begreper som emosjonell utmattelse, utladet og uttappet er bedre. Vi velger å bruke betegnelsen utbrenthet, og Christina Maslachs definisjon. Hun er en av de ledende forskerne innen feltet, og ser på utbrenthet som «å være i en tilstand av følelsesmessig utmattelse som rammer hjelpere». De tre dimensjonene Maslach deler inn utbrenthet i er: «emosjonell og følelsesmessig utmattelse, depersonalisering («tingliggjøring» av andre- strategier for å skape psykisk og eller fysisk avstand) og redusert opplevelse av mestring» (Matthiesen, 2011, s. 317). Utmattelsen kjennetegnes ved at hjelperen taper positive følelse, sympati og respekt for pasientene. Man klarer ikke å engasjere seg i andre menneskers opplevelser, tanker eller frustrasjoner. Med andre ord så er de empatiske evner svekket. Nedsatt evne til individuell tilpasning til pasientens behov, kan føre til «tingliggjøring» fordi

sykepleieren kun «følger boken». Sykepleieren kan se på seg selv som en mindre kompetent arbeidstaker enn tidligere, og denne lave selvaktelsen kan føre til usikkerhet, selvforakt og depresjon (Matthiesen, 2011, s. 316; Orvik, 2015, s. 146). Mange ulike symptomer kan være forbundet med utbrenthetssyndromet. Dette kan være «følelsesmessige eller affektive symptomer (eks. emosjonell utmattelse, angst og mindre emosjonell kontroll) og tankemessige eller kognitive funksjoner (eks. hjelpeløshet, dårlig selvbilde og skyldfølelse)». Andre eksempler kan være «fysiske symptomer (eks. hodepine, kvalme og rastløshet), adferdsmessige symptomer (eks. hyperaktivitet, impulsivitet, økt inntak av kaffe, alkohol, røyk, medikamenter og narkotika) og motivasjonsmessige symptomer (eks. skuffelse, kjedsomhet og tap av idealisme)» (Matthiesen, 2011, s. 317).

Utbrenthet er jobbrelatert, utvikler seg over tid («kronisk stress») og hvile vil nødvendigvis ikke ha effekt. Personer som er i grenseland for utbrenthet påtar seg flere arbeidsoppgaver for å kompensere for denne negative utviklingen. De overinvolverer seg i jobben, tenker ofte på jobb samtidig som de føler seg utilstrekkelige. På sikt oppleves det ulike stressreaksjoner, og man står i fare for å utvikle utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 316-321). Stress er en normal fysiologisk reaksjon som kan være både positiv og negativ. I denne sammenheng tenker vi på stress som en farlig reaksjon når ikke kroppen får restitusjon. Dette negative stresset (“strain”) kan være en skadelig form for stress som oppstår når det er ubalanse mellom høye krav og manglende kontroll i arbeidet. Denne ubalanse er nærmere beskrevet i kapittel 2.5.2 om selvstendighet i arbeidet (Orvik, 2015, s. 143).

Når noe hindrer oss i å utføre det vi mener er den etisk riktige handlingen, oppstår moralsk stress. Moralsk stress defineres som: “en subjektiv opplevelse av utilstrekkelighet og avmakt” (Aakre, 2016, s. 123). Moralsk “rest” (moral residue) forklares med å være det som hver enkelt av oss bærer med oss av tidligere opplevelser og erfaringer av moralsk stress. Disse stadige kompromissene av å måtte handle mot moralske verdier kan føre til tap av moralsk identitet (Epstein & Hamric, 2009).

Robuste personer er mer positivt innstilt til endringer og utfordringer. De engasjerer seg mer og opplever at de har mer kontroll i situasjoner. Mathiesen (2011) henviser

til en rekke studier som har vist at det er forbindelse mellom lavt nivå av robusthet og utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 326). Funn i en studie fra 2011 blant 1239 intensivsykepleiere i USA konkluderer også med at tilstedeværelse av robusthet har sammenheng med lavere forekomst av Post Traumatisk Stresslidelse (PSTD) og utbrenthet. Studien poengterte også at mer forskning må gjøres for å bedre forstå mestringsmekanismene (M. Mealer, Jones, Newman, et al., 2012). PTSD er en tilstand som flere studier ser på i tillegg til utbrenthet (M. Mealer, Jones, & Moss, 2012; M. L. Mealer, Shelton, Berg, Rothbaum, & Moss, 2007). Norsk elektronisk legehåndbok beskriver at fellestrekk mellom PTSD og utbrenthet kan være endret følelsesliv, kroppslige plager og adferdsendringer. En av yrkesgruppene som er utsatt for PTSD er helsepersonell (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2015).

I forskningsartikler ser vi at betegnelsen «fatigue» brukes en del. Det er likhetstrekk mellom utbrenthet og kronisk utmattelsessyndrom (chronic fatigue syndrom(CFS)), kjent som myalgisk encefalomyelitt (ME) i Norge. Kronisk utmattelsessyndrom er en alvorlig sykdom med unormal og vedvarendefølelse av utmattelse eller energisvikt. Den er mer omfattende enn utbrenthet fordi det kan påvirke alle kroppsfunksjoner, for eksempel neurologiske, hormonelle og mage-tarm. CSF/ME trenger ikke å være jobberelatert eller knyttet til noe spesielt område av menneskers levesett (Matthiesen, 2011, s. 320-321; Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016).

## **2.5 Faktorer som påvirker jobbtilfredshet og grad av utbrenthet**

Jobbtilfredshet og grad av utbrenthet påvirkes av flere faktorer. Det er et komplekst samspill mellom disse som kan bidra til at intensivavdelingen er et godt sted å jobbe. Arbeidsmiljøloven setter rammer for et sikkert arbeidsmiljø og en meningsfylt arbeidssituasjon for alle arbeidstakere (Arbeidsmiljøloven, 2005).

### **2.5.1 Kjønn, alder, stillingsstørrelse og ansiennitet**

Tradisjonelt er sykepleie et kvinnedominert yrke. Kvinner utgjør omlag 90% av yrkesgruppen. En arbeidskraftundersøkelse Statistisk Sentralbyrå (2010) har utført viser at det er i aldersgruppen 40-55 år at sykepleiere jobber flest timer (Køber & Vigran, 2011). Ansiennitet sier noe om antall år/ grad av arbeidserfaring som

intensivsykepleier. Dette henger sammen med erfaring og kompetansenivåer, som omtales nærmere i kapittel 2.5.4.

Når det gjelder grad av utbrenthet viser forskning at det er lite forskjell mellom menn og kvinner. En større metastudie der 183 studier ble gjennomgått bekrefter dette. Menn rammes mest av depersonalisering og kvinner er litt mer emosjonelt utmattet enn menn (Purvanova & Muros, 2010). En liten kvantitativ studie blant 31 intensivsykepleiere fra USA (2015) viste en signifikant kjønnsforskjell i gjennomsnittlig emosjonell stresskår. Kvinner rapporterte høyere skår enn menn (O'Connell & Peter, 2015). Utbrenthet rammer i større grad yngre arbeidstakere enn eldre. Det kan ha sammenheng med at de er mer sårbare på grunn av manglende erfaring (Matthiesen, 2011, s. 326).

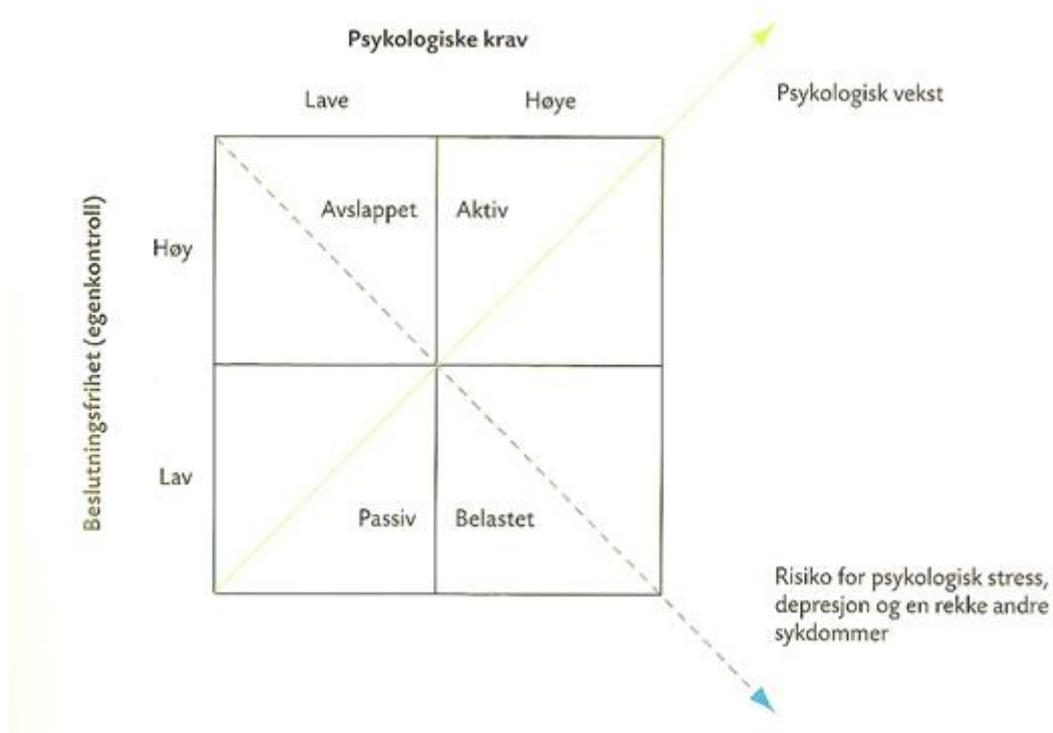
I 2015 ble det publisert en kartleggingsundersøkelsen kalt "ABIO ressurs". Den inkluderte 781 intensivsykepleiere fra Helse Sør-Øst som en del av utvalget. Funnene viste at medianalder var 46,0 år blant disse intensivsykepleierne. Innen 12 år vil 20 % gå av med alderspensjon. Kartleggingen viste ikke spesifikke tall for Helse Sør-Øst i forhold til spørsmål om intensivsykepleierne ønsket høyere, lavere eller var fornøyd med stillingsandelen. Men blant alle intensivsykepleiere (n=1116) viste kartleggingen at 76 (7%) intensivsykepleiere ønsket høyere stillingsandel, 616 (55%) ønsket lavere stillingsandel og 424 (38%) var fornøyd (Analysesenteret, 2015, s. 48 og 63). Ufrivillig deltid har vært et stort problem for sykepleiere i nærmere 15 år, men nå ser det ut som unge sykepleiere vil jobbe heltid. Deltidskulturen lever fortsatt i sykepleieryrket, og rundt halvparten av sykepleiere jobber deltid (forskningsrådet). Deltidsarbeid er ofte ønskelig på grunn av omsorgsoppgaver i hjemmet (Køber et al., 2011).

## **2.5.2 Selvstendighet i arbeid**

Det er viktig at ansatte opplever stor frihet og selvstendighet til å arbeide på egne premisser med problemer, ta egne beslutninger og har høy egenkontroll i situasjonen. Slik autonomi gir ofte høy grad av indre motivasjon, noe som er viktig for problemløsning (Kaufmann, 2011, s. 97-98). Samtidig er vi i jobbsammenheng underlagt andre som skal styre, kontrollere og lede oss. Hvis man føler seg for mye styrt, kan det føre til stress, ubehag, sinne og resignasjon. Det viktig med

medbestemmelse og medvirkning da det er grunnleggende for vår helse og trivsel (Hetland & Hetland, 2011, s. 106). NOU (2008:17) viser til at ansatte i turnus oppgir å ha mindre kontroll over eget arbeid enn ansatte med andre arbeidstidsordninger. Helsearbeidere må ofte forholde seg til ønsker og krav fra pasienter og pårørende samtidig som de er utsatt for et høyt arbeidspress. Videre påpekes det at det er atskillig færre turnusarbeidere som har mulighet til å velge når arbeidsoppgaver skal utføres, og hvilke arbeidsoppgaver de skal få. Rundt halvparten av skift- og turnusarbeidere kan bestemme hvordan de skal utføre arbeidet, men det er færre enn blant ansatte med andre arbeidstidsordninger (NOU 2008: 17, 2008).

Amerikaneren Robert Karaseks modell for psykososiale lidelser viser blant annet at jo mer kontroll du har over eget arbeid, jo høyere krav kan du mestre. Modellen viser at kombinasjonen av høye psykologiske jobbkraav og liten innflytelse over eget arbeide kan gi en betydelig risiko for hjerte-/karsykdom, muskel-/skjelettlidelser og depresjon (Leira, 2011, s. 86-87).



Figur 1. Karaseks krav-kontroll modell for psykososiale lidelser

Dessverre opplever flere spesialsykepleiere økt skadelig stress som utgjør en betydelig helserisiko. Svenske studie konkluderer med at stress forårsakes av høye krav kombinert med manglende kontroll i arbeidet (Järvholm & Reuterwall, 2012; Järvholm, Reuterwall, & Bystedt, 2013).

### **2.5.3 Lønn og belønning**

Balanse mellom den innsatsen vi legger ned i arbeidet vårt og den belønningen vi oppnår har betydning for helsen vår, mener sosiolog Johannes Siegrist (1996). Han mener også at innsatsen og anstrengelsen vår styres av høye krav i arbeidet og av vår motivasjon. Dersom anstrengelsene vedvarer og det ikke gis de forventede belønninger, eller at belønningene er tilfeldige, hevdes det at det gir økt risiko for stressrelaterte lidelser (Leira, 2011, s. 87). En prospektiv studie som er gjort i forhold til utbrenthet, viser at de som opplever ubalanse mellom innsats og belønning, har økt risiko for utbrenthet på sikt (Taris et al., 2001). Intensivsykepleieres lønn er regulert av et fast system, så det er ikke mange muligheter for individuell belønning i form av høyere lønn. Det finnes andre hensiktsmessige belønningssystemer, som anerkjennelse fra leder og kolleger. Det er viktig å være klar over at det ofte er svært lite som skal til (Kaufmann, 2011, s. 98). Men det er viktig å være bevisst på at kriteriene som ligger til grunn for belønningen, ofte er like viktige som selve belønningen og omfanget av denne. Lai (2004) nevner eksempelvis uformell belønning som positiv tilbakemelding, ros eller formell belønning som økt ansvar (Lai, 2004, s. 213). Andre belønninger som kan være aktuelle for intensivsykepleiere er mulighet for kurs, konferanser og videreutdanning.

### **2.5.4 Kompetanse og faglig utvikling**

En intensivavdeling har mye høyteknologisk utstyr. Det krever hode, hender og hjerte for å utføre faglig forsvarlig intensivsykepleie og den blir betegnet som en av de mest tekniske sykepleiespesialitetene. Den balanserer mellom to motpoler: teknologi og menneskelighet. Teknikken er et hjelpemiddel som skal bidra til å øke sikkerheten for pasientene, samtidig skal det mellommenneskelige perspektiv bli ivaretatt (Gulbrandsen et al., 2015, s. 43-44). For å møte kravene fra omgivelsene kreves kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger. Disse komponentene defineres som kompetanse. Lai (2004) sier kort at kunnskap handler om "å vite", ferdigheter om "å gjøre" og evner om våre mentale og personlige ressurser. Holdninger som en del av

kompetansebegrepet er omdiskutert, men i betydning meninger, innstillinger og verdier er det en viktig indikator for hvordan oppgaver utføres (Lai, 2004, s. 48-51).

Patricia Benner gjorde i 1984 en kvalitativ studie av nyutdannede og erfarne sykepleiere der hun satte kunnskapsutvikling i perspektiv. Ved å bruke Dreyfusmodellens kompetansenivåer beskriver hun hvordan sykepleieren tilegner seg ferdigheter. Dreyfusmodellen viser hvordan utvikling av ferdigheter går i stadier etter hvert som man får arbeidserfaring og læring/utdanning. Disse stadiene er novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Utviklingen fra novise til ekspert skjer ved at man opparbeider seg erfaring og mestring. Ferdighetene forvandles med erfaring og mestring av arbeidet. Denne endringen medfører en bedre prestasjon. Ekspertsykepleieren trenger ikke lenger en retningslinje for å omsette sin forståelse av en situasjon til en meningsfull handling. Med sin brede erfaringsbakgrunn kan han/hun fokusere på hva som er den nøyaktige problemstillingen og handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner, 1995, s. 29-49). Benner (1995) peker på hva begrepet omsorg kan inneholde av styrke og makt i forholdet mellom sykepleier og den sårbare pasienten. Dette forholdet er situasjonsbundet og kan lett misbrukes. Det er viktig at forholdet mellom sykepleier og pasient bygger på gjensidig respekt og oppriktig omsorg. Benner identifiserte seks egenskaper som gikk igjen hos sykepleierne i studien: *verdensforandrende kraft, integrerende omsorg, ivaretagelse av pasientens interesser, helbredende kraft, deltagende/bekreftende kraft og problemløsende* (Benner, 1995, s. 184-194).

Pasientsituasjonene intensivsykepleieren møter stiller ulike krav til kompetansen. I tillegg til den medisinske behandlingen, er kvaliteten på sykepleien av stor betydning. Nødvendig kompetanse er viktig for å kunne handle riktig ut fra situasjon og pasientens behov (Gulbrandsen et al., 2015, s. 66). Å få bruke sin jobbrelevante kompetanse på en hensiktsmessig måte er derfor viktig. Ansattes kompetansepotensiale må mobiliseres gjennom relevante oppgaver og utfordringer (Lai, 2004, s. 189 og 215). Mestringsopplevelse oppnås når vi utfører oppgaver vi liker og som gir mening for oss. En positiv opplevelse kan være å hjelpe andre (Hetland et al., 2011, s. 108). Det er av stor betydning å beholde/ta vare på kompetansen som finnes rundt i de ulike intensivavdelingene, ikke minst for å oppnå

best mulig behandling. Forskning viser at der er en positiv sammenheng mellom sykepleiere med spesialkompetanse og pasientutfall (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009).

Kompetansekravene vil endres over tid fordi menneskers helse og velferd er i stadig endring, derfor er faglig oppdatering viktig. Mangelfull kompetanse kan i verste fall bli til skade for pasienten. Fagutvikling er en kontinuerlig prosess der en hele tiden vurderer hva som skal til for å påvirke helsehjelpens kvalitet med det mål å heve kvaliteten. Det handler ikke om forskning, men å omsette eksisterende kunnskap i klinisk praksis, med andre ord kunnskapsbasert praksis. Det kan bidra til å sikre at pasientens behov blir ivaretatt (Gulbrandsen et al., 2015, s. 63 og 68).

Tillit til helsearbeidere og helsevesenets institusjoner er viktig. Hvis en pasient ikke stoler på en sykepleier fordi han eller hun tror at kompetansen er for svak, oppstår lett mistillit. Mangler pasienten denne tilliten, kan sykepleieren og annet helsepersonell ikke utføre oppgavene sine. De sosiale relasjonene i helsevesenet er asymmetriske. Makt trives i slike relasjoner. Derfor er det viktig å være klar over at personer som viser tillitt er sårbare, og at de kan bli utsatt for maktbruk (Nortvedt et al., 2004, s. 98-100).

### **2.5.5 Sykepleiefaglig veiledning**

Det er viktig å styrke kvaliteten på arbeidsplassen. Sykepleiefaglig veiledning kan være en måte å sikre kvaliteten på, sier Tveiten (2008). Dette fordi veiledning innebærer utvikling og videreutvikling av kompetanse gjennom kritisk refleksjon over praksis. Hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen og er på en måte et middel til kvalitetssikring av yrkespraksisen. Man må våge å kjenne på egne følelser i veiledningen. På denne måten kan man bli bedre rustet til å møte følelsene hos menneskene man møter i egen yrkespraksis. Innsikt i egne emosjoner (emosjonell intelligens) gir evne til å kunne berolige seg selv, og til å kunne kvitte seg med irritasjon og tungsinn. Dette kan igjen bidra til opplevelse av mestring og reduksjon av stressnivå. Videre sier Tveiten (2008) at veiledning i stor grad handler om interaksjon og kommunikasjon. Veiledningen kan avdekke felles utfordringer innenfor samme institusjon som man finner det gunstig å arbeide sammen om. Det tverrfaglige samarbeidet kan bli styrket av veiledningen fordi den bidrar til at

yrkesutøverne blir mer trygge og bevisste på egen kompetanse (Tveiten, 2008, s. 64-76).

«Å reflektere over konkurrerende verdier i den kliniske hverdagen kan være en hjelp til å skille egne utfordringer fra dem som er påført av organisasjonen – og som derfor hører hjemme der», mener Orvik (2015). Han har som eksempel en sykepleier som synes det blir stadig mer krevende å være empatisk og effektiv på samme tid (Orvik, 2015, s. 61). I tillegg til dilemmaer, som kan gå på verdier og etikk, kan også feil og uheldige hendelser oppstå i en intensivsykepleiers arbeidshverdag. En metaanalyse blant sykepleiere og leger viser at arbeidsrelaterte kritiske hendelser er positivt relatert til post-traumatiske stressymptomer, angst og depresjon (de Boer et al., 2011). Utfordrende situasjoner i en intensivsykepleiers hverdag krever oppfølging/debrifing satt i system for å gi økt jobbmestring. Dette ble påpekt i en studie fra Canada (2011) (Santiago & Abdool, 2011). Mesel (2014) skriver at feil og uheldige hendelser ikke må forbigås i stillhet. Emosjonell ventileringsstøtte av den enkeltes behov der og da er første nivå av en viktig gjennomgang. Sannsynligvis er også en saklig klinisk gjennomgang nødvendig som andre nivå. Denne samtalen bør skje etter en tid når ting har roet seg ned, og ikke være en jakt på syndebukker. Det bør heller være et forsøk på å forstå hendelsen (Mesel, 2014, s. 250-251). I denne oppgaven velger vi å bruke ordet sykepleiefaglig veiledning og debrifing om hverandre selv om det i litteraturen blir beskrevet som ulike begrep.

### **2.5.6 Ledelse**

Orvik (2015) beskriver ledelse som: «å gi noe retning, og forutsetter at mennesker sammen involveres i nødvendige prosesser for å realisere verdier og mål» (Orvik, 2015, s. 43). En viktig lederoppgave er å motivere ansatte og sikre produktivitet og effektivitet (Brochs-Haukedal, 2011, s. 65). Ledelse er en nøkkelvariabel i jobbsammenheng og har en sentral rolle i det å skape positive prosesser i arbeidslivet. Dette kan eksempelvis være basale psykologiske behov som autonomi, kompetanse og tilhørighet. Hetland og Hetland (2011) henviser til flere undersøkelser som viser at å få dekket disse behovene kan ha positiv påvirkning på helse, trivsel og gode resultater (Hetland et al., 2011, s. 111-116). Å gjøre medarbeidere ansvarlig og stimulere til innsats og motivasjon er en tilrettelegging en leder også kan gjøre. Ledelse innebærer å ha både sak og person i fokus. Personen må oppleve seg som

betydningsfull for at motivasjonen skal opprettholdes over tid (Tveiten, 2008, s. 36). Dårlige psykososiale forhold og konsekvenser av det er i mange tilfeller knyttet opp mot dårlig ledelse. God ledelse er viktig for å løse problemene (Leira, 2011, s. 89). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere nevnes dette: "ledere av sykepleietjenesten har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruke yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy" (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### **2.5.7 Adekvat bemanning og ressurser**

En intensivavdeling er en del av et sykehus i et helseforetak. Mye styres av økonomi og økonomisk tankegang må integreres i arbeidet. Uttrykk som produktivitet og effektivitet er ikke lenger bare forbeholdt bedriftsøkonomer. En intensivavdeling har en begrenset tilgang på ressurser, for eksempel antall plasser og sykepleiere. Ofte er det travelt og «høy produktivitet», som kan komme i konflikt med kravet om forsvarlighet og god kvalitet på behandlingen. Krysspress over tid truer jobbtilfredshet (Orvik, 2015, s. 104).

Å forholde seg til sterke interessekonflikter, gir slitasje. Hvis pasienten for eksempel har behov for og krav om mer oppfølging og dette er i konflikt med rammebetingelsene som følger jobben i forhold til økonomi (reduert bemanning), kan dette resultere i utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 323). I oversiktsartikler fra Storbritannia (2007) og Australia (2012) viste funnene at det er fortsatt usikkert om økning eller endring i bemanning på intensivavdelinger får noe konsekvens for pasientutfall og pasientsikkerhet. I funnene fra Australia kunne man se en trend mellom økt sykepleiebemanning og pasientutfall, men dette kunne ikke påvises statistisk (McGahan, Kucharski, & Coyer, 2012; West, Mays, Sanderson, Rafferty, & Rowan, 2009). Funnene i en gjennomgang fra USA (2010) viste en sammenheng mellom bemanning i intensivavdelingene og pasientutfall (Penoyer, 2010). Alle anbefaler videre forskning på området.

### **2.5.8 Turnus**

Å jobbe i en intensivavdeling innebærer for de fleste høy vaktbelastning med mye kvelds- og nattarbeid. Turnus er en organisatorisk faktor som påvirker jobben. Man vet ennå for lite om hvilke skiftordninger og hvilke arbeidstider som kan skape problemer. Forskning viser klart at arbeid som forstyrrer søvnrytme og -mengde kan

ha store negative helsekonsekvenser. Søvn har stor betydning for restitusjon av både psykologiske og kroppslige prosesser (Knardahl, 2011, s. 281).

I NOU 2008:17 og i STAMI-rapport (2014) blir det konkludert med at turnusarbeidere muligens har større risiko for å utvikle kreft, diabetes, hypertensjon, metabolsk syndrom, overvekt og ugunstig helseadferd enn dagarbeidere. Den vanligste konsekvens av endret døgnrytme er søvnforstyrrelser. For turnusarbeidere er dette den enkeltfaktor som har størst innvirkning på mestringen av en slik arbeidstidsordning. Søvn om dagen er ofte kortere og mer oppstykket enn nattesøvn. Toleranse for slikt arbeid er ulik fra person til person. Det kan se ut som om typiske A-mennesker og eldre er de som får størst problemer med søvn i forbindelse med turnus og særlig nattarbeid (NOU 2008: 17, 2008; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2014, s. 15-20 og 72-76). En norsk studie fra 2012 fant at sykepleiere som arbeider i intensivavdelinger rapporterte dårligere søvn, mer emosjonell og fysisk trøtthet, mer angst og mer depresjon enn andre som ikke jobber turnus (Bjorvatn et al., 2012). Det er en sammenheng med høyere forekomst av selvrapportert arbeidsrelatert – og annet sykefravær når det gjelder turnus- og nattarbeid. Kvinner rapporterer høyere forekomst av begge typer sykefravær (NOU 2008: 17, 2008).

### **2.5.9 Tverrfaglig samarbeid**

Positiv innstilling er et typisk trekk ved godt samarbeid. Man må ha en gjensidig interesse for samarbeid som kan skape «vi-følelse» om at dette får vi til sammen. Samarbeid er personavhengig, og ofte avhengig av om kjemien stemmer overens. Uformell og løpende kontakt mellom personer er avhengig av en positiv innstilling. Graden av forpliktelser ved samarbeid er ikke like sterk som ved samhandling. Personer som er like, samarbeider ofte best. Imidlertid kan konstruktive konflikter som oppstår også føre til forsterket samarbeid og utvikling. Men hvis maktforholdet er asymmetrisk kan det svekke samarbeid, som igjen kan føre til nedsatt effektivitet og dårligere kvalitet. Faglig forsvarlig intensivsykepleie forutsetter samarbeid mellom kolleger og ulike profesjoner i behandlingsteamet rundt pasienten. Å bygge en kultur for godt samarbeid krever stabil deltakelse og er en tillitsbyggende prosess (Orvik, 2015, s. 211). Leger er ofte den profesjonsgruppen en som intensivsykepleier samarbeider mest og tettest med. Funn fra studier viser til både godt og dårlig samarbeid mellom intensivsykepleiere og leger. Dårlig kollegialt

forhold ga intensivsykepleierne økt nivå av moralsk stress og det påvirket kvaliteten på sykepleien (Karanikola, Papathanassoglou, Kalafati, & Stathopoulou, 2012; McAndrew, Leske, & Garcia, 2011). Godt samarbeid er en viktig faktor for at intensivsykepleiere skal ha trivsel og engasjement i jobben (Galletta, Portoghese, Coppola, Campagna, & Finco, 2014).

## 3.0 METODE

### 3.1 Valg av metode

Denne studien benytter kvantitativ metode for å belyse problemstillingen. Kvantitative metoder bygger på en vitenskapstradisjon som tar utgangspunkt i naturvitenskaplig tradisjon. Kvantitativ forskning har som formål å fremskaffe ny og etterprøvable kunnskap, og bygger på deduktiv tilnærming, det vil si hypotesetesting. Dette er en metode som benyttes innenfor naturvitenskaplig forskning, og hvor man er opptatt av å finne årsak – virkning. Forskeren er objektiv og har avstand til det som forskes på. Neurath (1882-1945) introduserte begrepet enhetsvitenskap. Han avviste at det eksisterte et skille mellom naturvitenskaper og åndsvitenskaper. Positivistene hevdet at det bare fantes en metode til kunnskap - empiri. Empiri er det vi kan observere med sansene våre. Menneskelig viten skulle ordnes i et system av empiriske utsagn (Gilje & Grimen, 1993, s. 21-59).

Kvantitativ metode er valgt for å få svar på vår problemstilling fordi den gir breddekunnskap og gjør det mulig å finne sammenhenger. Prosjektet er et tverrsnittstudie eller prevalensstudie og har et beskrivende/korrelasjonsdesign. Det vil si at det beskriver forekomst av, fordeling av, sammenligning og sammenheng mellom variabler (Drageset & Ellingsen, 2009). Vi har tatt kun en måling. En variabel er noe som varierer. Ofte er dette en menneskelig karakteristikk som for eksempel vekt eller alder. Andre ganger lages variabler som eksempelvis måler effekten av noe (Polit & Beck, 2014, s. 42). I vår undersøkelsen er jobbtillfredshet og utbrenthet eksempler på avhengige variabler, mens de demografiske og jobbrelaterte variablene er uavhengige. Den kategoriske variabelen alder har fem underkategorier. Vi har testet denne variabelene i en univariat analyse, og finner ingen signifikant forskjell på aldersgrupper i forhold til de fem subskalaene i NWI-R. Det samme har vi gjort i forhold til totalsum BBI, og gjør de samme funnene her. Som resultat av dette ser vi på alder som en kontinuerlig variabel. Kurs/seminar/konferanser og sykepleiefaglig veiledning har fem svaralternativer og analyseres derfor som kontinuerlige variabler i regresjonsanalysen da det er vanlig å gjøre det når det er mer enn fire svaralternativer på spørsmålene (Polit et al., 2014, s. 201).

## 3.2 Litteratursøk

Gjennom hele prosessen har vi søkt vi etter oppdatert relevant litteratur. Vi har brukt PICO som standard systematisk søkeverktøy for å forberede litteratursøk (Cooke, Smith, & Booth, 2012; Polit et al., 2014, s. 30). Nøkkelord som er brukt er: *critical care, intensive care nurse, job satisfaction og burnout*. Gjennomført søk i Cinahl via Ebsco gav mange treff der vi plukket ut artikler vi mente var relevante for vårt tema. Søkestrengen var som følger:

critical care\* AND nurs\* AND (job OR work OR occupational\*) AND (satisfaction\* OR perception\* OR burnout\* OR stress) Limiters - Peer Reviewed; Research Article; Published Date: 20050101-20151231; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase

Ellers gjorde vi enkle søk i Cinahl og Medline via Ebsco der vi fant andre interessante artikler. Disse søkene var: “intensive care nurse\* AND job satisfaction\*” og “intensive care nurse\* AND burnout”. For å supplere med forskning innen andre deltemaer, for eksempel kjønnsforskjeller, deltidsarbeid, turnus, sykepleiefaglig veiledning og lønn/belønning gjorde vi enkle søk i Cinahl og Medline. I tillegg brukte vi pensumlitteratur, artikler fra undervisning/kurs, litteraturlister fra andre artikler, andre relevante fagbøker og tips fra kolleger.

### 3.2.1 Tidligere forskning

Jobbtilfredshet og jobbengasjement er ifølge denne studien viktig for å beholde erfarne intensivsykepleiere, men også lære opp nye (Mason et al., 2014). I tillegg er graden av autonomi av betydning for å beholde intensivsykepleierne (Iliopoulou & While, 2010). Det bør gis mer oppmerksomhet mot intensivsykepleierens situasjon i forhold til arbeidspress og høy turnover (Van Dam, Meewis, & Van Der Heijden, 2013). En norsk tverrsnittstudie blant intensivsykepleiere og leger fra 2013 så på forholdet mellom trivsel, jobbstress og utbrenthetssymptomer. Funnene viste at sykepleierne var betydelig mindre fornøyd med jobbene sine i forhold til legene (Myhren et al., 2013). Personellmangel ble i en studie fra USA (2009) pekt på som en av faktorene som intensivsykepleierne oppgav som mest stressende i sin jobb (Hays, All, Mannahan, Cuaderes, & Wallace, 2006). En norsk-finsk studie(2012) fant at endringer fra skiftarbeid til dagarbeid reduserte i større grad belastningen på familien enn endring fra fulltid- til deltidsarbeid (Abrahamsen, Holte, & Laine, 2012).

En spansk undersøkelse målte utbredelsen av utbrenthet, trivsel, jobbstress og kliniske symptomer på stress blant intensivsykepleiere. Resultatene viste blant annet høy frekvens av emosjonell utmattelse og moderat utvikling av depersonalisering blant intensivsykepleierne (Iglesias & Vallejo, 2013). En gresk undersøkelse fant også at depersonalisering er et tydelig symptom på utbrenthet. Videre viste undersøkelsen at emosjonell utmattelse er en indikator for jobbtilfredshet (Karanikola, Papathanassoglou, Mpouzika, & Lemonidou, 2012). En annen undersøkelse fra Spania viste at det er sammenheng mellom alder, sivil status, ansiennitet og utbrenthet. Å være eldre enn 30 år, ha mer enn 10 års erfaring var assosiert med sårbarhet for utbrenthet (Iglesias, Vallejo, & Fuentes, 2010). Å forstå balansen mellom trivsel og tretthet, med andre ord profesjonell livskvalitet, kan ha en positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Dette konkluderte en studie fra USA (2015) med (Sacco, Ciurzynski, Harvey, & Ingersoll, 2015). En studie fra Portugal fra 2013 pekte på at etiske beslutninger har innvirkninger på utbrenthetsnivået hos intensivsykepleiere. Denne studien understreket behovet for fokus på etikk for å forebygge utbrenthet (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2014). I 1986 viste en studie gjort blant intensivsykepleiere at utbrenthet var størst blant yngre sykepleiere, lavere blant eldre. Kvinner hadde en tendens til å bli emosjonelt utmattet, mens menn hadde depersonaliserte følelser (Bartz & Maloney, 1986). En undersøkelse fra USA (2007) viste at intensivsykepleiere har økt forekomst av posttraumatisk stresssymptomer (PTSD) sammenlignet med sykepleiere uten videreutdanning (M. L. Mealer et al., 2007). En annen studie fra USA (2012) viste at fleksible intensivsykepleiere utnyttet positiv mestring og psykiske egenskaper for å klare å jobbe i et stressende arbeidsmiljø. Dette er mekanismer som kan bli brukt for å forebygge PTSD (M. Mealer, Jones, & Moss, 2012). Noe av de samme funnene ble gjort i en engelsk studie (2010) (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010). En polsk-norsk studie fra 2014 så på sammenhengen mellom natt- og skiftarbeid og antioksidant-statusen i blodet hos sykepleiere (Gromadzińska et al., 2012). Turnusarbeid påvirker hormonnivået hos greske intensivsykepleiere viser en studie fra 2009 (Korompeli, Sourtzi, Tzavara, & Velonakis, 2009).

De viktigste faktorene for å beholde intensivsykepleiere ble identifisert i en tverrsnittsstudie fra Canada (2015). Her ble det gjort signifikante funn på profesjonell praksis, ledelse, lege/sykepleier samarbeid, sykepleierkompetanse, ansvar og

selvstendighet (Sawatzky, Enns, & Legare, 2015). Funnene fra en studie gjort blant europeiske intensivsykepleiere indikerte at lavere autonomi ble assosiert med økt hyppighet og grad av moralsk stress og lavere nivå av samarbeid mellom sykepleiere og lege (Papathanassoglou et al., 2012). En australsk studie fra 2015 fant at blant annet emosjonelt velvære var viktig for å beholde erfarne intensivsykepleierne (Siffleet et al., 2015).

En studie fra USA (2009) hadde som hensikt å se på intensivsykepleierens intensjon om å forlate yrket og identifiserer faktorer som forebygger dette. Å øke kompetanse og forbedre profesjonell praksis i arbeidsmiljøet, samt støtte nyansatte var viktige funn (Stone et al., 2009). I Canada ble det i 2012 gjort en studie blant 40 erfarne intensivsykepleiere. Funnene her viste at fleksibilitet, faglig utvikling, belønning og teamarbeid var faktorer som var viktige for å beholde dem i yrket (Lobo, Fisher, Baumann, & Akhtar-Danesh, 2012). Ikke bare personlige kunnskaper og ferdigheter, men også en støttende atmosfære og godt teamarbeid økte ansattes opplevelse av selvstendighet, viste en studie fra Sverige (2010) (Wåhlin, Ek, & Idvall, 2010). Selvstendighet bidro til å skape et godt arbeidsmiljø og øke trivselen hos kanadiske intensivsykepleiere (Breau & Rhéaume, 2014). En studie fra Hellas (2012) viste at intensivsykepleierne var fornøyd med relasjonen dem imellom, samt med legene (Karanikola, Papathanassoglou, Kalafati, et al., 2012).

En studie viste at leders adferd påvirker arbeidsmiljøet (Moneke & Umeh, 2013a, 2013b). Ledere bør tilrettelegge for en salutogen tilnærming (Goetz, Beutel, Mueller, Trierweiler-Hauke, & Mahler, 2012). Det er også viktig at intensivsykepleiere har ledere som støtter dem (Breau & Rheume, 2014). Bruk av veilednings/ refleksjonsgruppe på intensivavdeling ga økt trivsel (Lindberg, 2007). En form for veiledningsgrupper (work-shop) ble i et studie fra USA (2008) brukt for å redusere opplevelse av moralsk stress. Dette ga økt mestring av arbeidsutfordringer (Beumer, 2008). Samtaler/debrifing, satt i system, om utfordrende situasjoner i en intensivsykepleiere hverdag er viktig for å gi økt jobbmestring (Santiago et al., 2011). Behov for debrifing etter kritiske hendelser trukket fram som et forebyggende tiltak i en studie blant nederlandske intensivsykepleiere (2014) (de Boer, Van Rikxoort, Bakker, & Smit, 2014). En studie blant finske sykepleiere (2006) konkluderte blant annet med at de som jobbet deltid kunne ha nytte av veiledning

(Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Haataja, 2006). Det er sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og pasientutfall. Dette viste en studie og en stor rapport fra USA (Boev, 2012; Early, Woods, Lavandero, & Ulrich, 2014). En studie fra Norge (2007) viser at et krevende arbeidsmiljø sammen med liten kontroll og sosial støtte fra kollegaer kan føre til økt stress. Dette kan ha en effekt på pasientsikkerhet (Berland, Natvig, & Gundersen, 2008).

### **3.3 Forskningsetikk**

Godkjenning av prosjektet vårt er innhentet fra Fakultetets etiske komité (FEK) i august 2015 (vedlegg 1). Siden det skulle innhentes personidentifiserbare opplysninger ble det sendt søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Bakketeig & Magnus, 2002; NSD, 2015). September 2015 mottok vi svar på at prosjektet kunne settes i gang (vedlegg 2). Da studien ikke innbefattet pasienter/sårbare grupper eller helseopplysninger ble det ikke søkt Regional Etisk Komite (REK).

Vi gjennomførte forskningen vår etter grunnleggende etiske prinsipper, som bygger på Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013). I forskning som involverer mennesker er god etisk standard viktig, og prinsippene gir retningslinjer. Disse etiske prinsippene er prinsippet om autonomi, prinsippet om å gjøre godt, prinsippet om å ikke gjøre skade og prinsippet om rettferdighet (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2003).

Å forske på kollegaer kan by på utfordringer. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, og beskytter ikke helsepersonell. Her må det brukes beste skjønn ovenfor de som forteller om sin sykepleiehverdag der faglige dilemmaer ikke alltid får en optimal løsning (Malterud, 2011, s. 207). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere danner også grunnlag for vår forskning. Her nevnes det blant annet: "Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig" (Norsk sykepleierforbund, 2011). Som intensivsykepleiere er vi også underlagt Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Den sier at: "Videreutvikling av tjenestens kvalitet og metoder i intensivpraksis er basert på evidens og kritisk refleksjon omkring en etisk, forsvarlig og hensiktsmessig utførelse." (NSFLIS, 2016). Vi har her valg å referere til revidert funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for

intensivsykepleiere som i disse dager er ute til høring. Dette fordi den er mer tilpasset helsetjenestens utvikling.

Denne undersøkelsen er et ledd i masterutdanning, og er derfor en uavhengig forskning. Bestillingsverk fra økonomisk sterke grupper som ønsker en spesiell type svar kan være et samfunnetisk problem (Bakketeig et al., 2002). Vi har gjennom hele prosessen tilstrebet å ha en kritisk reflektert og bevisst holdning til prosjektet. Innsamlede data har kun blitt brukt slik som beskrevet i undersøkelsens hensikt, og underveis var det kun prosjektlederne og veileder som har tilgang til dataene. Dersom respondenten svarte på spørsmålene, regnet vi med at han/hun hadde samtykket i å delta i undersøkelsen (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009; Polit et al., 2014, s. 87).

### **3.4 Presentasjon av spørreskjema**

#### **3.4.1 Nursing Work Index-Revised**

Vi har brukt The Nursing Work Index-Revised (NWI-R) for å måle intensivsykepleierens jobbtilfredshet. Dette er et måleinstrument som er utviklet for å beskrive sykepleierens arbeidssteder og organisatoriske kjennetegn ved disse. Dette verktøyet er blant annet brukt som del av en landsomfattende undersøkelse som er utført blant sykepleiere ved norske sykehus i 2009 som heter "hverdagsbeskrivelse fra norske sykehus" (Sjetne, 2011).

Det er utført en systematisk evaluering av anvendeligheten til NWI-R i Norge, og den viser at måleinstrumentet er relevant for norske sykepleiere. En utstrakt bruk av instrumentet i mange land gjennom mange år har identifisert ulike subskalaer. Disse gruppene av enkeltutsagn beskriver mer spesifikke aspekter ved praksisvilkårene. Det er gjort en gruppering av 26 enkeltutsagn til fem subskalaer, der seks enkeltutsagn er utelatt. Subskalaene omhandler følgende:

1. Sykepleiedeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse (enkeltutsagn 5 ,6, 11 16, 18, 23, 25 og 29)
2. Sykepleiefaglig basis for tjenesten (enkeltutsagn 4, 15, 19, 20, 24, 31 og 32)
3. Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere (enkeltutsagn 3, 10, 14 og 22)

4. Adekvat bemanning og ressurser (enkeltutsagn 1, 8, 9 og 12)
5. Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger (enkeltutsagn 2, 17 og 26)  
(Sjetne, Tvedt, & Squires, 2011)

For hver av enkeltutsagnene krysser en av ett av fire alternativer: "helt uenig"=1, "ganske uenig"=2, "ganske enig"=3 og "helt enig"=4. Høy skår betyr økt jobbtilfredshet.

Validering av måleinstrumentet i tidligere studier viser at Cronbachs alfa for subskalaene varierte mellom 0,88 og 0,94. Tidligere studier viste også at test-retest korrelasjonen varierte mellom 0,63 og 0,81. I vår studie ble Cronbachs alfa for subskala 1 målt til 0,75, for subskala 2 til 0,71, for subskala 3 til 0,58, for subskala 4 til 0,65 og for subskala 5 til 0,82. Hvorvidt NWI-R dekker alle forhold som er viktige for sykepleiere i Norge samt hvor godt det skiller mellom ulike enheter i norske sykehus, bør undersøkes nærmere. Faktorer som ulikheter ved organisatorisk nivå og språklig valg under oversettelsesprosessen er eksempler som kan være med å påvirke resultatenes reliabilitet. Imidlertid konkluderte en litteraturgjennomgang av publikasjoner som omhandlet NWI-R fra 2002 til 2010 med en fortsatt bruk av instrumentet (Sjetne et al., 2011) .

### **3.4.2 Bergen Burnout Indicator**

Bergen Burnout Indicator (BBI) er et selvrapporteringskjemaet som er tilrettelagt for å måle grad av utbrenthet, stress, trivsel og velvære. Dette måleinstrumentet er utviklet for norske forhold. BBI består av 25 ledd (påstander) som besvares på en seksdelt skala (1=svært uenig, 2= stort sett enig, 3=litt uenig, 5=litt enig, 6= stort sett enig og 7=svært enig). Svarene deles i syv sårbarhetsgrupper ut fra poengsum på skjemaet der gruppe 1= 25-29 poeng: fantastisk tilfreds/ikke utbrent, 2= 30-49 poeng: svært tilfreds/ikke utbrent, 3= 50-74 poeng: tilfreds/neppe utbrent, 4= 75-99 poeng: bør være litt observant, 5= 100-124 poeng: grenseland til utbrenthet, 6= 125-149 poeng: utbrent, 7= 150-175 poeng: alvorlig utbrent. Lav skår betyr lav grad av utbrenthet. Denne inndelingen i utbrenthetsgrupper er satt ut fra skjønn og klinisk erfaring med en del «nedkjørte» hjelpere. Det er viktig å være bevisst på at dette er den mest usikre vitenskapelige delen av BBI, og varsomhet når det gjelder kategoriene er påkrevd. Ytterpunktene av skalaen er mest pålitelige. Det er vanskeligere å si hvor "faregrensene " ligger enn å kunne si hvem som er klart ikke

utbrent eller utbrent. En utbrenthetsskala er alene ikke nok for å måle arbeidsmiljø, men kan gi et tankevekkende holdepunkt om hvor man befinner seg i utviklingen av utbrenthet. Den kan også kun i begrenset grad si noe om stresskilder. Et gjennomsnitt i en gruppe/avdeling på over 80 poeng må tas som et faresignal, et gjennomsnitt på over 90 poeng er alarmerende. Det er her viktig å se på normalfordeling, for eksempel antallet som er lite belastet og derfor “drar ned” gjennomsnittet (Matthiesen, 2011, s. 328-335).

Reliabiliteten for BBI er høyere enn de to andre skalaene den ble sammenlignet med: Maslach Burnout Inventory (MBI) og Stress Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HB). For BBI er Cronbachs alfa 0,92 og mange spørsmål gir gjennomgående høyere alfa-koeffisienter. I vår studie ble Cronbachs alfa målt til 0,92. I stor grad ser det ut til at BBI er en indikator på emosjonell utmattelse, noe andre faktoranalyser også underbygger. Sammenfattende kan man konkludere med at BBI er et reliabelt og valid mål på utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 329-335).

### **3.4.3 Demografiske og jobbrelevante variabler**

Spørreskjemaet inneholder også andre utfyllende spørsmål som belyser problemstillingen. Her har vi gjort et utvalg av uavhengige variabler fra undersøkelsen “Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus” (Sjetne, 2011). Kjønn, alder og utdanning er eksempler på demografiske variabler vi samler informasjon om. De jobbrelevante variablene er eksempelvis ansiennitet, stillingsstørrelse og andre spørsmål om arbeidsplassen.

### **3.4.4 Åpent spørsmål**

På slutten av spørreskjemaet stilte vi spørsmålet. «Hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?». Dette gjorde vi for å fange opp ulike synspunkter, samtidig som det kan fungere som en sikkerhetsventil for respondentene. På denne måten kan de få sagt det som eventuelt ikke kommer fram gjennom de faste svaralternativene (Jacobsen, 2015, s. 342).

## **3.5 Utvalg og rekrutteringsprosess**

Utvalget vårt var alle intensivsykepleiere som jobber i intensivavdelinger i Helse Sør-Øst. Det er viktig å få et representativt utvalg for å kunne generalisere funnene. En

kan bare generalisere utvalgsresultatet til populasjonen utvalget representerer (Bjørndal & Hofoss, 2010, s. 34-35). Om utvalget er representativt, vil man aldri med sikkerhet vite. Men hvis utvalgsstrategien er svak eller hvis utvalgsstørrelsen er liten, er det grunn til å regne med bias. Populasjon er den gruppen man er interessert i å undersøke (Polit et al., 2014, s. 177 og 183). Populasjonen i denne undersøkelsen var alle intensivsykepleiere som jobber i norske intensivavdelinger på alle tre nivå (nivå 3, nivå 2A og 2B, og nivå 1). Disse nivåene er basert på organisering av det totale behandlingstilbudet og formelle kompetansekrav til leger og sykepleier som jobber i intensivavdelingene. Det finnes i Norge i dag ingen felles nasjonal inndeling av forskjellige typer sykehus, bortsett fra universitetssykehus (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Norsk Sykepleieforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere (NSFLIS) har på Generalforsamling i 2006 vedtatt en definisjon av intensivavdeling:

En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som skal kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner (NSFLIS, 2006)

Det forekommer forskjellig organisering og kombinasjoner av intensivavdelinger ved ulike sykehus. Vi valgte å inkludere spesialiserte- og generelle intensivavdelinger i tillegg til kirurgiske- og medisinske intensivavdelinger. Også overvåknings- og postoperativavdelinger ble forespurt. Hjerterovervåkning, intensivavdelinger som behandler barn i tillegg til voksne og intermedieær avdelinger ble også inkludert. Intensivsykepleiere i fagutviklerstillinger ble også forespurt. Eksklusjonskriteriene for undersøkelsen var nyfødt- og barneintensivavdelinger, intensivsykepleiere i permisjon og som var langtidssykemeldte. Avdelingsledere ble heller ikke forespurt.

Alle åtte Helseforetak/Forskningsenheter i Helse Sør-Øst ble kontaktet via mail med forespørsel om å delta i undersøkelsen. Syv ga tillatelse til innsamling av data. Tre sykehus med avtale med Helse Sør-Øst (fritt sykehusvalg LHL) ble også inkludert. Det har vært en omfattende prosess å sende forespørsel til de som ønsket å delta i undersøkelsen og innhente svar. Flere påminnelser har vært nødvendig. Etter at tillatelser var gitt av forskningsenheter/personvernombud ble alle intensiv/overvåknings/postoperativavdelinger avdelinger kontaktet. Vi fant fram til 34

avdelinger. Av disse sa 21 avdelinger seg villige til å delta. De som takket nei, begrunnet blant annet dette med:

- Tidligere kartlegging og oppfølging av sykefravær førte til en negativ påvirkning på arbeidsmiljøet, spesielt tilbakemeldinger som gikk på emosjonell utbrenthet. Dette førte til at de måtte jobbe mye med det i etterkant.
- Dels gikk det på metodikk (identifiserbare respondenter og mailadresser) og dels på totalbelastning fra andre pågående prosjekter
- Flere spørreundersøkelser i det siste

Noen avdelinger har aldri gitt tilbakemelding, hverken på mail eller telefon. På grunn av tidsrammen på dette prosjektet har vi ikke hatt mulighet til å vente lenger på disse tilbakemeldingene.

### **3.6 Innsamling av data**

Innsamlingen av dataene skjedde i form av et elektronisk spørreskjema med ferdige svaralternativer ved hjelp av SurveyXact (Polit et al., 2014, s. 184-185). I tillegg har spørreskjemaet et spørsmål med åpent svarfelt (vedlegg 3) Universitetet i Agder har databehandleravtale med Rambøll Management/SurveyXact. I henhold til personopplysningsloven og personopplysningsforskriften. Data blir dermed oppbevart sikkert (Datatilsynet, 2011).

Vi valgte å «tvinge» respondentene til å svare for å komme videre i spørreskjemaet. Det eneste spørsmålet det kan unnlates å svare på er det åpne svarfeltet. Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen ble sendt som e-post til utvalgets jobbmail (vedlegg 4). Spørreskjemaet lå som en lenke på denne mailen. Påminnelsesmelding ble nødvendig å sende ut (Haraldsen, 1999, s. 259). Dette gjorde vi to ganger. Respondenten fikk opp en melding om at undersøkelsen var avsluttet når de prøvde å gå inn på lenken etter at undersøkelsen var lukket.

Etter at alle godkjenninger var i orden, sendte avdelingsleder/-sykepleier mailadresser på e-post til prosjektansvarlige. Disse e-postene ble kopiert eller skrevet manuelt inn i en egen csv-fil for å kunne importere dem til SurveyXact. Prosjektansvarlige har gjort registreringsarbeidet i fellesskap med tanke på dobbeltkontroll for å kvalitetssikre arbeidet. I tillegg har SurveyXact sendt

feilmeldinger der det har vært skrivefeil i mailadresser slik at disse har blitt rettet opp. For å teste at systemet fungerte, ble spørreskjemaet først sendt til prosjektansvarliges mail. Deretter ble det etter avtale sendt til to testpersoner for å få en kritisk vurdering. Første utsendelse med spørreskjemaer ble distribuert 23.10.15. Så ble det distribuert nye utsendelser etter hvert som vi mottok mailadresser. Til sammen ble det distribuert syv runder, den siste 20.11.15. Til sammen er det distribuert i alt 854 spørreskjema. Noen få av respondentene tok kontakt gjennom SurveyXacts tilbakemeldingsfunksjon fordi de mente de ikke var aktuelle for undersøkelsen. Disse ble vurdert opp mot kriteriene for deltagelse i undersøkelsen. 400 respondenter gjennomført undersøkelsen, 67 påbegynte og 3 respondenter frafalt underveis. Dette har vært en arbeids- og tidkrevende prosess.

### **3.7 Statistiske analyser**

Statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 22 ble brukt som analyseverktøy. Dataene som ble samlet inn ved hjelp av SurveyXact ble overført til SPSS elektronisk. Resultatene av kategoriske variabler er presentert med antall og prosent, mens kontinuerlige variabler er presentert med gjennomsnitt og standarddeviasjon. Vi har brukt kji-kvadrattest for å se på forskjeller mellom kvinner og menn i forhold til demografiske og kategoriske jobbrelevante variabler. Alle de avhengige variablene i vår undersøkelse (de fem subskalaene i NWI-R og totalsum BBI) er kontinuerlige og normalfordelte eller tilnærmet normalfordelte, derfor valgte vi independent t-test for å sammenligne kvinner og menn i forhold til disse.

En viktig forutsetning for å kunne bruke regresjonsanalyse, er at variablene er normalfordelte (Eikemo & Clausen, 2012, s. 145). I vår undersøkelse er de normalfordelte eller tilnærmet normalfordelte. Vi har derfor brukt multivariat regresjonsanalyse (General Linear Model (GLM) i SPSS) for å finne de justerte sammenhengene mellom demografiske og jobbrelevante variabler og jobbtilfredshet. Samme analysen har vi også gjort i forhold til utbrenthet. Signifikansnivået i vår undersøkelse ble satt til 0,05.

Åpent spørsmål presenteres systematisk i tema/grupper i en tabell. Vi har telt antall svar som berører samme tema. Jakobsen (2013) mener dette kan være en nyttig metode til å framstille disse utsagnene på (Jacobsen, 2015, s. 342-343).

## 4.0 RESULTATER

Vi sendte ut forespørsel om deltagelse i spørreundersøkelsen til 854 intensivsykepleiere som var i arbeid i foretaket Helse Sør-Øst. Totalt var det 400 som gjennomførte spørreundersøkelsen. Av disse var 347 kvinner (87%) og 53 menn (13%). 67 respondenter ga kun noen svar. Disse er ikke inkludert i statistiske analyser. Det ga en svarprosenten på 46,8%.

Tabell 1 viser hvordan demografiske og jobbrelevante variabler fordelte seg mellom kvinner og menn. Det var statistisk signifikant ( $p=0,005$ ) flere menn enn kvinner som jobbet høy stillingsstørrelse. I 91-100% stillingsstørrelse var 84,9% menn og 59,9% kvinner. Det var signifikant ( $p= 0,027$ ) forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt grad av tilfredshet med lønn. Flere menn (26,4%) enn kvinner (12,1%) svarte «veldig misfornøyd» med lønn. Det var signifikant ( $p=0,001$ ) forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt grad av betydning av kurs/seminarer/konferanser. Flere kvinner (31,7%) enn menn (17%) svarte at kurs/seminarer/konferanser har «svært stor betydning» for dem. Det var signifikant ( $p=0,005$ ) forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt betydning av sykepleiefaglig veiledning. Flere kvinner (10,7%) enn menn (3,8%) svarte at sykepleiefaglig veiledning har «svært stor betydning» for dem.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjaldt aldergrupper ( $p=0,611$ ), ansiennitet ( $p=0,717$ ), mastergrad ( $p=0,426$ ) og selvstendighet i arbeid ( $p=0,231$ ).

**Tabell 1 Demografiske og jobbrelevante variabler i forhold til kjønn. Kvinne (n=347) og mann (n=53)**

	Alle n(%)	Kvinne n(%)	Mann n(%)	p-verdi
<b>Demografiske og jobbrelevante variabler</b>				
<b>Aldersgrupper(år)</b>				0,611
20-30	14 (3,5)	12 (3,5)	2 (3,8)	
31-40	84 (21,0)	72 (20,7)	12 (22,6)	
41-50	148 (37,0)	125 (36,0)	23 (43,4)	
51-60	121 (30,3)	110 (31,7)	11 (2,8)	
60-	33 (8,3)	28 (8,1)	5 (9,4)	
<b>Ansiennitet(år)</b>				0,717
0-2	31 (7,8)	27 (7,8)	4 (7,4)	
F.o.m 2-10	119 (29,8)	100 (28,8)	19 (35,8)	
F.o.m 10-20	156 (39,0)	136 (39,2)	20 (37,7)	
F.o.m 20 eller mer	94 (23,5)	84 (24,2)	10 (18,9)	
<b>Stillingsstørrelse(%)</b>				<b>0,005</b>
40 eller mindre	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	
41-70	15 (3,8)	15 (4,3)	0 (0,0)	
71-90	131 (32,8)	123 (35,4)	8 (15,1)	
91-100	253 (63,2)	208 (59,9)	45 (84,9)	
<b>Mastergrad</b>				0,426
Ja	34 (8,5)	31 (8,9)	3 (5,7)	
Nei	366 (91,5)	316 (91,1)	50 (94,3)	
<b>Selvstendighet i arbeid</b>				0,231
Veldig misfornøyd	2 (0,5)	1 (0,3)	1 (1,9)	
Litt misfornøyd	23 (5,8)	18 (5,2)	5 (9,4)	
Ganske fornøyd	249 (62,3)	216 (62,2)	33 (6,3)	
Veldig fornøyd	126 (31,5)	112 (32,3)	14 (26,4)	
<b>Lønn</b>				<b>0,027</b>
Veldig misfornøyd	56 (14,0)	42 (12,1)	14 (26,4)	
Litt misfornøyd	150 (37,5)	134 (38,6)	16 (30,2)	
Ganske fornøyd	174 (43,5)	155 (44,7)	19 (35,8)	
Veldig fornøyd	20 (5,0)	16 (4,6)	4 (7,5)	
<b>Kurs/seminarer/konferanser</b>				<b>0,001</b>
Svært stor betydning	119(29,8)	110(31,7)	9(17,0)	
Stor betydning	186(46,5)	163(47,0)	23(43,4)	
Middels betydning	78(19,5)	59(17,0)	19(35,8)	
Liten betydning	16(4,0)	15(4,3)	1(1,9)	
Ingen betydning	1(0,3)	0(0,0)	1(1,9)	
<b>Sykepleiefaglig veiledning</b>				<b>0,005</b>
Svært stor betydning	39(9,8)	37(10,7)	2(3,8)	
Stor betydning	113(28,2)	106(30,5)	7(13,2)	
Middels betydning	148(37,0)	126(36,3)	22(41,5)	
Liten betydning	74(18,5)	59(17,0)	15(28,3)	
Ingen betydning	26(6,5)	19(5,5)	7(13,2)	

Kji-kvadrattest for å se på forskjell mellom kvinner og menn.

Data er presentert som antall og prosent.

## 4.1 Jobbtilfredshet

Resultatene (tabell 2) viste ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i forhold til jobbtilfredshet.

**Tabell 2 Forskjeller mellom kjønn og NWI-R\* målt med subskalaer (n=400)**

	Alle	Kvinne n=347	Mann n=53	P-verdi
<b>Subskalaer NWI-R</b>	Gj.snitt(SD)	Gj.snitt(SD)	Gj.snitt(SD)	
Sykepleierledelse i sykehusets virksomhet og ledelse**	18,6(3,7)	18,7(3,8)	18,0(3,5)	0,258
Sykepleiefaglig basis for tjenesten***	20,0(3,1)	20,0(3,1)	19,6(2,9)	0,293
Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleiere****	11,9(1,8)	11,9(1,8)	11,6(1,9)	0,345
Adekvat bemanning og ressurser*****	11,0(2,0)	11,0(2,0)	11,0(2,5)	0,893
Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger*****	9,1(1,7)	9,1(1,7)	8,9(1,6)	0,418

\*The Nursing Work Index-Revised

Independent sample t-test for å se på forskjell mellom kvinner og menn. Data presenteres som gjennomsnitt og standardavvik og angis som skår.

Sumskår for subskalaer NWI-R: \*\* (range 8-32), \*\*\* (range 7-28), \*\*\*\* (range 4-16),

\*\*\*\*\* (range 4-16), \*\*\*\*\* (range 3-12). Høy skår betyr økt jobbtilfredshet.

#### **4.1.1 Justerte sammenhenger mellom demografiske og jobbrelaterte variabler og jobbtilfredshet målt ved hjelp av 5 subskalaer**

De multivariate analysene presentert i tabell 3 viste at *lav stillingsstørrelse*, 40% eller mindre ( $B=-8,26$ ,  $p=0,016$  for 41-70%,  $B=-8,03$ ,  $p=0,016$  for 71-90% og  $B=-7,41$ ,  $p=0,026$  for 91-100%), og *være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet* ( $B=-1,67$ ,  $p<0,001$  for ganske fornøyd,  $B=-4,00$ ,  $p<0,001$  for litt misfornøyd og ( $B=-7,71$ ,  $p=0,001$  for veldig misfornøyd) og *være veldig fornøyd med lønn* ( $B=-2,47$ ,  $p=0,002$  for ganske fornøyd,  $B=-3,21$ ,  $p<0,001$  for litt misfornøyd og  $B=-5,49$ ,  $p<0,001$  for veldig misfornøyd) var assosiert med *høy skår i forhold til subskalaen sykepleiedeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse*.

*Lav stillingsstørrelse*, 40% eller mindre ( $B=-6,50$ ,  $p=0,027$  for 41-70%), og *være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet* ( $B=-1,46$ ,  $p<0,001$  for ganske fornøyd,  $B=-2,33$ ,  $p=0,001$  for litt misfornøyd), og *være veldig fornøyd med lønn* ( $B=-3,16$ ,  $p<0,001$  for veldig misfornøyd) var assosiert med *høy skår i forhold til subskalaen sykepleiefaglig basis for tjenesten*.

*Å være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet* ( $B=-1,01$ ,  $p<0,001$  for ganske fornøyd,  $B=-2,03$ ,  $p<0,001$  for litt misfornøyd), og *være veldig fornøyd med lønn* ( $B=-0,93$ ,  $p=0,025$  for ganske fornøyd,  $B=-1,18$ ,  $p=0,005$  for litt misfornøyd og  $B=-1,91$ ,  $p<0,001$  for veldig misfornøyd) var assosiert med *høy skår i forhold til subskalaen sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleierne*.

*Lav ansiennitet*, 0-2 år ( $B=-0,88$ ,  $p=0,021$  for 2,10 år), og *være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet* ( $B=-0,83$ ,  $p<0,001$  for ganske fornøyd,  $B=-2,08$ ,  $p<0,001$  for litt misfornøyd,  $B=-3,46$ ,  $p=0,008$  for veldig misfornøyd), og *være veldig fornøyd med lønn* ( $B=-2,07$ ,  $p<0,001$  for ganske fornøyd,  $B=-2,54$ ,  $p<0,001$  for litt misfornøyd,  $B=-3,43$ ,  $p<0,001$  for veldig misfornøyd) var assosiert med *høy skår i forhold til subskalaen adekvat bemanning og ressurser*.

*Å være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet (B=-0,94, p<0,001 for ganske fornøyd, B=-1,67, p<0,001 for litt misfornøyd), og være veldig fornøyd med lønn (B=-1,30, p=0,003 for veldig misfornøyd), og at sykepleiefaglig veiledning har betydning (B=0,24, p=0,006) var assosiert med høy skår i forhold til subskalaen kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger.*

**Tabell 3 Justerte sammenhenger mellom demografiske og jobberelaterte variabler og jobbtilfredshet (NWI-R\* målt med 5 subskalaer) n=400**

Variabler Demografiske/ jobberelaterte	Spl.deltagelse i sykehusets virksomhet og ledelse**		Sykepleiefaglig basis for tjenesten***		Sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepl.****		Adekvat bemanning og ressurser*****		Kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger*****	
	Justert B (95%KI)	p-verdi	Justert B (95%KI)	p-verdi	Justert B (95%KI)	p-verdi	Justert B (95%KI)	p-verdi	Justert B (95%KI)	p-verdi
<b>Kjønn (kvinne/mann)</b>	0,10 (-0,917-1,11)	0,848	0,03 (-0,85-0,90)	0,951	0,12 (-0,42-0,65)	0,665	-0,20 (-0,76-0,37)	0,493	0,16 (-0,34-0,65)	0,538
<b>Alder</b>	0,14 (-0,35-0,62)	0,580	0,26 (-0,16-0,68)	0,223	-0,60 (-0,31-0,19)	0,634	-0,14 (-0,41-0,13)	0,309	0,12 (-0,11-0,36)	0,306
<b>Ansiennitet (år)</b>										
0-2	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Fom 2-10	-0,84 (-2,20-0,51)	0,219	-0,32 (-1,48-0,84)	0,590	-0,16 (-0,86-0,54)	0,660	-0,88 (-1,63- -0,14)	<b>0,021</b>	-0,49 (-1,15-0,17)	0,148
Fom. 10-20	-1,00 (-2,47-0,46)	0,180	0,06 (-1,20-1,33)	0,920	-0,17 (-0,93-0,59)	0,664	-0,49 (-1,30-0,32)	0,233	-0,67 (-1,39-0,04)	0,066
Fom. 20 eller mer	-1,1 (-2,77-0,67)	0,230	-0,30 (-1,78-1,19)	0,695	-0,18 (-1,08-0,71)	0,688	-0,45 (-1,40-0,50)	0,352	-0,83 (-1,67-0,02)	0,054
<b>St.størrelse (%)</b>										
40 eller mindre	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
41-70	-8,26 (-14,95- -1,56)	<b>0,016</b>	-6,50 (-12,27- -0,73)	<b>0,027</b>	-1,85 (-5,34-1,63)	0,296	-2,46 (-6,15-1,23)	0,191	-0,52 (-3,81-2,76)	0,754
71-90	-8,03 (-14,54- -1,51)	<b>0,016</b>	-5,24 (-10,86-0,37)	0,067	-1,33 (-4,72-2,06)	0,440	-2,29 (-5,88-1,31)	0,212	0,03 (-3,17-3,22)	0,987
91-100	-7,41 (13,90- -0,91)	<b>0,026</b>	-5,34 (-10,94-0,26)	0,061	-1,26 (-4,64-2,12)	0,465	-2,09 (-5,67-1,50)	0,253	0,03 (-3,16-3,21)	0,986
<b>Master (ja/nei)</b>	-0,79 (-1,98-0,40)	0,194	-0,67 (-1,70-0,35)	0,195	-0,16 (-0,77-0,469)	0,618	-0,35 (-1,00-0,31)	0,296	-0,06 (-0,64-0,52)	0,837
<b>Selvstendighet i arbeidet</b>										
Veldig misfornøyd	-7,71 (-12,36- -3,06)	<b>0,001</b>	-3,57 (-7,58-0,44)	0,081	-2,03 (-4,45-0,39)	0,100	-3,46 (-6,03- -0,90)	<b>0,008</b>	-0,89 (-3,17-1,39)	0,442
Litt misfornøyd	-4,00 (-5,53- -2,48)	<b>&lt;0,001</b>	-2,33 (-3,64- -1,03)	<b>0,001</b>	-2,03 (-2,82- -1,24)	<b>&lt;0,001</b>	-2,08 (-2,92- -1,25)	<b>&lt;0,001</b>	-1,67 (-2,41- -0,92)	<b>&lt;0,001</b>
Ganske fornøyd	-1,67 (-2,42- -0,93)	<b>&lt;0,001</b>	-1,46 (-2,10- -0,82)	<b>&lt;0,001</b>	-1,01 (-1,40- -0,63)	<b>&lt;0,001</b>	-0,83 (-1,24- -0,42)	<b>&lt;0,001</b>	-0,94 (-1,31- -0,58=	<b>&lt;0,001</b>
Veldig fornøyd	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
<b>Lønn</b>										
Veldig misfornøyd	-5,49 (-7,25- -3,73)	<b>&lt;0,001</b>	-3,16 (-4,67- -1,64)	<b>&lt;0,001</b>	-1,91 (-2,83- -1,00)	<b>&lt;0,001</b>	-3,43 (-4,40- -2,47)	<b>&lt;0,001</b>	-1,30 (-2,16- -0,44)	<b>0,003</b>
Litt misfornøyd	-3,21 (-4,81- -1,62)	<b>&lt;0,001</b>	-0,85 (-2,22-0,53)	0,227	-1,18 (-2,01- -0,36)	<b>0,005</b>	-2,54 (-3,42- -1,66)	<b>&lt;0,001</b>	-0,77 (-1,55-0,02)	0,055
Ganske fornøyd	-2,47 (-4,04- -0,90)	<b>0,002</b>	-0,86 (-2,21-0,50)	0,214	-0,93 (-1,75- -0,12)	<b>0,025</b>	-2,07 (-2,94- -1,21)	<b>&lt;0,001</b>	-0,63 (-1,40-0,15)	0,111
Veldig fornøyd	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
<b>Kurs/ seminar/ konferanser</b>	-0,18 (-0,62-0,26)	0,425	-0,14 (-0,52-0,24)	0,465	-0,12 (-0,35-0,11)	0,312	0,03 (-0,21-0,30)	0,822	-0,19 (-0,41-0,02)	0,077
<b>Sykepleiefaglig veiledning</b>	-0,07 (-0,41-0,27)	0,699	0,10 (-0,19-0,39)	0,506	0,10 (-0,07-0,28)	0,254	0,06 (-0,13-0,25)	0,517	0,24 (0,07-0,40)	<b>0,006</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	24,0%		16,5%		15,7%		22,7%		13,2%	

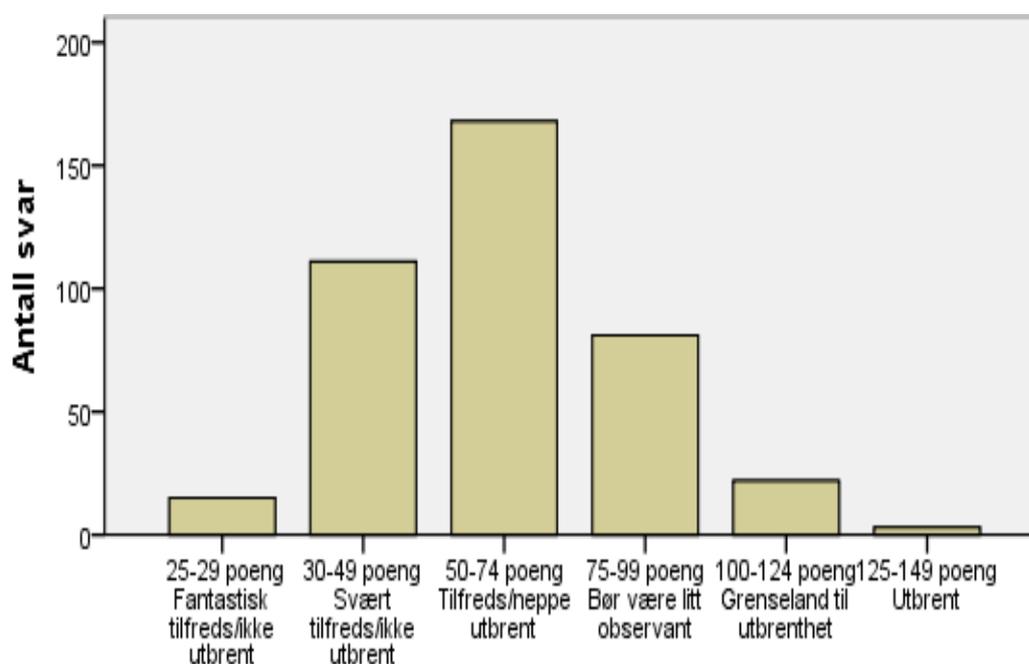
Multipel regresjonsanalyse(GLM). Data er presentert som justert B og konfidensintervall. De to nederste uavhengige variablene ble sett på som kontinuertlige variabler.

\* The Nursing Work Index-Revised

Sumskår for subskalaer NWI-R: \*\* (range 8-32), \*\*\* (range 7-28), \*\*\*\* (range 4-16) ,\*\*\*\*\* (range 4-16), \*\*\*\*\* (range 3-12). Høy skår betyr økt jobbtilfredshet.

## 4.2 Utbrenthet

Figur 1 viser antall svar fordelt på utbrenthetsgrupper. 15 respondenter (3,8%) svarte at de var *fantastisk tilfreds/ikke utbrent*, 111 respondenter (27,8) var *svært tilfreds/ikke utbrent*. Videre svarte 168 respondenter (42%) at de var *tilfreds/neppe utbrent*, 81 respondenter (20,3%) var i gruppen *bør være litt observant*. 22 respondenter (5,5%) havnet i gruppen *grenseland til utbrenthet*, 3 respondenter (0,8%) var i gruppen *utbrent*. I den siste gruppen *alvorlig utbrent* var det ingen svar.



**Figur 1. Svar fordelt på utbrenthetsgrupper (n=400)**

Resultatene presentert i tabell 4 viste ingen signifikante ( $p=0,718$ ) forskjeller mellom kvinner og menn i forhold til utbrenthet.

**Tabell 4 Forskjeller mellom kjønn og utbrenthet (BBI\*) (n=400)**

	Alle	Kvinne (n=347)	Mann (n=53)	
<b>BBI</b>	Gj.snitt (SD)	Gj.snitt (SD)	Gj.snitt (SD)	p-verdi
Sumskår	63,4(22,1)	62,2(22,3)	63,4(21,1)	0,718

Independent sample t-test for å se på forskjell mellom kvinner og menn. Data presenteres som gjennomsnitt og standardavvik. Gjennomsnitt og standardavvik angis som poeng.

\* Bergen Burnout Indicator

Sumskår for BBI: (range 25-175). Lav skår betyr lav grad av utbrenthet.

## 4.2.1 Justerte sammenhenger mellom demografiske og jobbrelevante variabler og utbrenthet

De multivariate analysene presentert i tabell 6 viste at å være veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet (B=0,56, p<0,001 for ganske fornøyd, B=1,20, p<0,001 for litt misfornøyd og B=1,47, p=0,020 for veldig misfornøyd), og være veldig fornøyd med lønn (B=0,46, p=0,035 for litt misfornøyd, B=0,53, p=0,027 for veldig misfornøyd) var uavhengig assosiert med lav skår i forhold til intensivsykepleiers nivå av utbrenthet målt med Bergen Burnout Indicator.

**Tabell 6. Justert sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler hos intensivsykepleiere og grad av utbrenthet – målt med BBI\***

Variabler demografiske/ jobbrelevante	Justert B (95%KI)	p-verdi
<b>Kjønn(kvinne/mann)</b>	-0,04 (-0,31-0,23)	0,769
<b>Alder</b>	0,003 (-0,13-0,13)	0,964
<b>Ansiennitet (år)</b>		
0-2	Ref.	
Fom 2-10	-0,06 (-0,42-0,30)	0,740
Fom. 10-20	-0,27 (-0,66-0,11)	0,166
Fom. 20 eller mer	-0,25 (-0,71-0,20)	0,276
<b>St.størrelse (%)</b>		
40 eller mindre	Ref.	
41-70	-0,62 (-2,40-1,16)	0,492
71-90	-0,65 (-2,38-1,10)	0,458
91-100	-0,75 (-2,48-0,97)	0,392
<b>Master (ja/nei)</b>	-0,02 (-0,34-0,29)	0,893
<b>Selvstendighet i arbeidet</b>		
Veldig misfornøyd	1,47 (0,23-2,70)	<b>0,020</b>
Litt misfornøyd	1,20 (0,80-1,60)	<b>&lt;0,001</b>
Ganske fornøyd	0,56 (0,36-0,75)	<b>&lt;0,001</b>
Veldig fornøyd	Ref.	
<b>Lønn</b>		
Veldig misfornøyd	0,53 (0,06-1,00)	<b>0,027</b>
Litt misfornøyd	0,46 (0,03-0,88)	<b>0,035</b>
Ganske fornøyd	0,09 (-0,33-0,51)	0,674
Veldig fornøyd	Ref.	
<b>Kurs, seminar, konferanser</b>		
<b>Sykepleiefaglig veiledning</b>	-0,03 (-0,15-0,09)	0,598
<b>R<sup>2</sup></b>	0,02 (-0,07-0,11)	0,724
	19,6%	

Multippel regresjonsanalyse(GLM). Data presenteres som justert B og konfidensintervall.

De to nederste uavhengige variablene ble sett på som kontinuerlige variabler.

\*Bergen Burnout Indicator. Sumskår for BBI: (range 25-175). Lav skår betyr lav grad av utbrenthet.

### 4.3 Åpent spørsmål

295 respondenter har skrevet kommentarer i åpent spørsmål. Tabell 7 viser en oversikt over svarene. Antall kommentarer betyr ikke antall personer da de fleste personer har kommentert flere temaer.

**Tabell 7. Oversikt over svar på åpent spørsmål: «Hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?» fordelt i tema.**

	<b>Antall svar</b>
<b>Tema</b>	
Høyere lønn	113
Mindre vaktbelastning, fleksiturnus og seniorpolitikk	106
Faglig utvikling/vedlikehold	105
Viktighet av positiv tilbakemelding/bli sett og hørt/anerkjennelse	56
Godt arbeidsmiljø	44
Økt bemanning	39
Godt samarbeid mellom spl. og leger	28
Veiledning	7
Selvstendighet i arbeidet	4

Antall svar betyr ikke antall personer. De fleste personer har kommentert flere temaer.

## 5.0 DISKUSJON

I kapittel 5.1 diskuterer vi funnene i forhold til intensivsykepleierens grad av jobbtilfredshet. Vi ser på sammenhenger mellom de uavhengige variablene og hver av de fem subskalaene under jobbtilfredshet, for eksempel sammenhengen mellom selvstendighet i arbeidet og hver av de fem subskalaene. Under kapittel 5.2 diskuterer vi først våre funn fordelt på utbrenthetsgruppene. Deretter diskuterer vi signifikante funn når vi ser på sammenhengen mellom de uavhengige variablene og intensivsykepleierens grad av utbrenthet.

Underveis i diskusjonen vil vi trekke fram signifikante funn i forhold til forskjell mellom kvinner og menn. Svar fra det åpne spørsmålet i undersøkelsen diskuteres også. Jobbtilfredshet og utbrenthet er komplekse temaer som berører hverandre. Vår utfordring er at det lett kan bli gjentakelser underveis i drøftingen. Dette mener vi midlertidig er nødvendig for å belyse funnene på en hensiktsmessig måte.

### 5.1 Jobbtilfredshet

Resultatene i vår undersøkelse viste at selvstendighet i arbeidet hadde positiv sammenheng med jobbtilfredshet. De som var veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet hadde en høy skår i forhold til subskalaen *kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger* i vår undersøkelse. Dette understreker viktigheten av et godt samarbeid på arbeidsplassen når det gjelder intensivsykepleierens opplevelse av selvstendighet. Wåhlin et al. (2010) undersøkte leger og sykepleieres erfaringer rundt selvstendighet i arbeidet på to sykehus i Sverige i en kvalitativ studie. De fant blant annet at ikke bare personlig kunnskap og ferdigheter, men også et godt teamwork og en støttende atmosfære var viktig for å øke de ansattes følelse av selvstendighet. Det var også viktig at de som samarbeidet hadde samme verdier og mål for arbeidet (Wåhlin et al., 2010). Dette underbygger våre funn om at også sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleierne har sammenheng med intensivsykepleierens opplevelse av selvstendighet. En annen studie av Breau og Rhèume (2014) som ble gjort blant 533 kanadiske intensivsykepleiere støtter funnet om at selvstendighet i arbeidet hadde en positiv sammenheng med jobbtilfredshet (Breau & Rhèume, 2014). Resultatene viste blant annet at intensivsykepleiere som opplevde selvstendighet i arbeidet også oppgav at de hadde et godt arbeidsmiljø.

Litteraturen støtter også opp om denne sammenhengen mellom jobbtilfredshet og selvstendighet i arbeid. Kaufmann (2011) sier at det er viktig at ansatte opplever stor selvstendighet og frihet til å arbeide på egne premisser, ta egne beslutninger og ha høy egenkontroll i situasjoner. Slik autonomi gir ofte høy grad av indre motivasjon (Kaufmann, 2011, s. 97-98). Dette blir også støttet av arbeidsmiljøloven som blant annet sier at «det skal legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse» (Arbeidsmiljøloven, 2005). Dette er forhold som vi mener man bør prøve å tilstrebe. På den annen side er virkeligheten ofte en annen. NOU (2008:17) viser til at ansatte i turnus oppgir å ha mindre kontroll over eget arbeid enn ansatte med andre arbeidstidsordninger. Helsearbeidere må ofte forholde seg til ønsker og krav fra pasienter og pårørende samtidig som de er utsatt for et høyt arbeidspress. Det påpekes også at atskillig færre turnusarbeidere har mulighet til å velge når arbeidsoppgaver skal utføres, og hvilke arbeidsoppgaver de skal få (NOU 2008: 17, 2008).

Våre funn viste videre at intensivsykepleierne som var veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet hadde en høy skår i forhold til subskalaen *sykepleiedeltagelse i sykehusets virksomhet og ledelse*. Denne autonomien i eget arbeid står nevnt som et av de psykologiske jobbkravene som er implementert i arbeidsmiljøloven og lyder som følger: “å kunne treffe beslutninger vedrørende eget arbeid” (Arbeidsmiljøloven, 2005). Amerikaneren Robert Karaseks modell for psykososiale lidelser viser at høy egenkontroll over eget arbeid kombinert med høye psykologiske jobbkraav gir psykologisk vekst (Leira, 2011, s. 86-87). Dette antar vi kan gi økt jobbtilfredshet. Et eksempel på hva psykologisk vekst blant annet kan føre til, er at intensivsykepleieren tar initiativet til karriereutvikling og får nye arbeidsoppgaver. I en gresk studie fra 2010 ble blant annet mulighet for videreutdanning trukket fram som en faktor som kunne påvirke intensivsykepleierens opplevelse av jobbtilfredshet (Iliopoulou et al., 2010). Karaseks modell viser også at kombinasjonen av høye psykologiske jobbkraav og liten innflytelse over eget arbeide kan gi en betydelig risiko for hjerte-/karsykdom, muskel-/skjelettlidelser og depresjon (Leira, 2011, s. 86-87).

Også de som var veldig fornøyd med selvstendighet i arbeidet skårte høyt på subskalaen *sykepleiefaglig basis for tjenesten* i vår undersøkelse. Aktiv fagutvikling

og en klar sykepleiefilosofi kan være eksempler på enkeltutsagn under denne subskalaen. I tillegg til at vi fant denne sammenhengen mellom aktiv fagutvikling og autonomi, var det var det 105 intensivsykepleiere som kommenterte *fagutvikling* i det åpne spørsmålet “hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?”. Det kan tolkes som intensivsykepleierne er opptatt av å opparbeide seg kompetanse. Det å utvikle seg fra novise for så å tilstrebe å bli ekspertsykepleier er i tråd med Benners (1995) beskrivelse av kompetansenivåene (Benner, 1995, s. 29-49). Funksjonsbeskrivelsen beskriver også at man som intensivsykepleier skal arbeide for å utvikle kvaliteten på intensivsykepleien og holde seg faglig oppdatert (NSFLIS, 2002). Hvorfor en større andel kvinner (31,7%) mener at det har *svært stor betydning* for dem med kurs/konferanser/seminarer enn andel menn (17%) er et interessant funn. Vi har ikke sett videre på grunner til denne forskjellen i denne sammenheng. Imidlertid ser vi på det som positivt at andelen blant begge kjønn som har svart *liten betydning* eller *ingen betydning* er lav.

Turnus var et tema som ofte ble trukket frem under det åpne spørsmålet: “Hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?” Det ble ofte nevnt at turnusjobbing var en belastning på grunn av blant annet mye kvelds- og nattarbeid. Forskning viser at arbeid som forstyrrer søvnrytme og -mengde kan ha store negative helsekonsekvenser. I Hellas (2009) ble det gjort en kvantitativ studie blant 32 intensivsykepleiere som så på turnusarbeids effekt på hormonnivået i kroppen. Resultatet viste at å jobbe rullerende turnus, inkludert nattevakter, hadde innvirkning på funksjonen av det endokrine systemet hos intensivsykepleierne (Korompeli et al., 2009). En polsk-norsk tverrsnittundersøkelse fra 2012 gjennomført blant sykepleiere i Polen støtter oppfatningen at turnusarbeid gir endringer av blodverdier i kroppen. Studien viste påvirkning i antioksidant-nivået hos sykepleiere som arbeidet turnus (Gromadzińska et al., 2012). I STAMI-rapport (2014) blir det konkludert med at skift- og turnusarbeidere muligens har større risiko for å utvikle kreft, diabetes, hypertensjon, metabolsk syndrom, overvekt og ugunstig helseadferd enn dagarbeidere (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2014).

Ut fra svarene i åpent spørsmål kan det se ut som intensivsykepleierne opplever turnusarbeid som en belastning. I våre funn ble det flere ganger nevnt: “*mindre vaktbelastning, mindre nattevakter, tilrettelagt turnus og fortsatt flexi-turnus*”.

Vi mennesker er forskjellige og toleranse for slikt arbeid er ulik fra person til person (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2014). Søvn har stor betydning for restitusjon av både psykologiske og kroppslige prosesser (Knardahl, 2011, s. 281). Dessverre opplever flere spesialsykepleiere økt skadelig stress som utgjør en betydelig helserisiko. Eksempel på dette er en norsk studie fra 2012 som fant at sykepleiere som arbeidet i intensivavdelinger hadde dårligere søvn, var mer trøtte fysisk og emosjonelt, og de hadde mer angst og depresjon enn de som ikke var turnusarbeidere (Bjørvatn et al., 2012). Som vi tidligere har påpekt har intensivsykepleiere et arbeid som er komplekst og mangfoldig, og tempoet er ofte høyt. I kombinasjon med turnusjobbing kan dette være en utfordring for mange. Bedre tilrettelegging av arbeidet blir i NOU 2008:17 nevnt under punktet: *Skift/turnus og helse* (NOU 2008: 17, 2008). Hva denne tilretteleggingen kan være, blir det i rapporten ikke gått nærmere inn på.

I forhold til subskalaen *adekvat bemanning og ressurser* var det de som var veldig fornøyd med selvstendighet i arbeid som hadde høyest skår i vår undersøkelse når det gjaldt jobbtilfredshet. En kvantitativ studie fra 7 akuttstusykehus i USA (2006) hadde til hensikt å identifisere intensivsykepleiernes stressfaktorer og hvilke type mestringsstrategier som ble brukt. Mangel på bemanning ble her hyppigst oppgitt som stressfaktor (Hays et al., 2006). For dårlig bemanning er en kilde til økt arbeidspress som man ikke selv kan ha styring over. Dette er ytre faktorer som ofte påvirker en intensivsykepleiers arbeidshverdag. Hvis man føler seg for mye styrt kan det som tidligere nevnt føre til stress ubehag, sinne og resignasjon (Hetland et al., 2011, s. 106). Også funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere sier noe om dette. Der står det blant annet at adekvat bemanning og ressurser kan være aktuelle faktorer som har sammenheng med jobbtilfredshet (NSFLIS, 2002).

Funnene i vår undersøkelse viste at jobbtilfredshet hadde sammenheng med lønn. De som var veldig misfornøyd med lønn hadde minst jobbtilfredshet. Det kan være vanskelig å se sammenhengen kun mellom lønn som økonomisk kompensasjon og jobbtilfredshet. Vi tenker derfor at lønn er en form for belønning og at det er balansen mellom innsats og belønning som er viktig. Dette har sosiologen Siegfriest (1996) påpekt spiller en viktig rolle for selvfølelse og selvtillit. Han mener også at innsatsen og anstrengelsen vår styres av høye krav i arbeidet og av vår motivasjon. Dersom anstrengelsene vedvarer og det ikke gis de forventede belønninger, eller at

belønningene er tilfeldige, hevdes det at det gir økt risiko for helserelaterte lidelser (Leira, 2011, s. 87). Det kan se ut som om intensivsykepleierne i vår undersøkelse hadde opplevelse av og erfaring med at det er ubalanse mellom innsats og belønning, og at det gir lavere grad av jobbtilfredshet. Lobo et al. (2012) har gjort en studie (mixed metode) blant 40 intensivsykepleiere der belønning var en faktor for å beholde erfarne intensivsykepleiere (Lobo et al., 2012).

I vår undersøkelse viste funnene at de som var veldig fornøyd med lønn skårte høyt når det gjaldt subskalaen *sykepleiedeltakelse i sykehusets virksomhet og ledelse*. Dette tenker vi går mest på den organisatoriske påvirkningen intensivsykepleierne har. Moneke og Umeh (2013) gjorde en kvantitativ studie blant 112 sykepleiere på forskjellige intensivavdelinger på et sykehus i USA. Et av funnene var at jo mer sykepleierne var forpliktet til sykehusorganisasjonen, jo mer tilfreds var de med jobben (Moneke et al., 2013a). Det kan være at intensivsykepleierne i vår undersøkelse opplevde at de har vært med å påvirke sin lønn ved å være engasjert i lønnsforhandlinger eller vært med å påvirke på andre områder. Det å være med å påvirke kan da bli en belønning i seg selv.

Videre viste funnene at de som var veldig fornøyd med lønn hadde høy skår i forhold til subskalaen *sykepleiefaglig basis for tjenesten*. Intensivsykepleiere med nødvendig kompetanse er viktig på en intensivavdeling. Kompetansekravene er stadig i endring og fagutvikling er også av stor betydning for kvaliteten på sykepleien (Gulbrandsen et al., 2015, s. 66 og 68). Det kan bety at intensivsykepleierne i vår undersøkelse er opptatt av dette og ser på kompetanseheving og fagutvikling i form av kurs som belønning. I tillegg skal intensivsykepleieren ifølge funksjonsbeskrivelsen selv ta ansvar for sitt behov for etterutdanning og holde seg faglig oppdatert og bidra i forhold til fagutvikling (NSFLIS, 2002). Det å kunne utvikle seg i kompetansenivåene som Benner (1995) beskriver som: "fra novise til ekspert", kan være en belønning i seg selv (Benner, 1995, s. 29-49). Dette kan gi en mestringsopplevelse, som vi får når vi utfører oppgaver vi liker og som gir mening for oss. En positiv opplevelse kan være å hjelpe andre (Hetland et al., 2011, s. 108). En slik positiv opplevelse kan også være en form for belønning.

Intensivsykepleierne i vår undersøkelse som var veldig fornøyd med lønn, hadde høy skår i forhold til subskalaen *sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte til sykepleierne*. Det vil si at de antakelig har en god leder som gir belønning som eksempelvis ros og anerkjennelse, samt støtter dem i beslutninger. En artikkel (som er et utdrag av en større studie) av Breau og Rhéaume (2014) blant 106 sykepleiere i en intensivavdeling peker på hvor viktig det er at leder støtter og verdsetter "bedside"-sykepleierens arbeid. Dette er en faktor som påvirker jobbtilfredsheten (Breau & Rheume, 2014). Dette kan støtte våre funn om at det er en positiv sammenheng mellom belønning og leders rolle og adferd. Lai (2004) mener at kriteriene som ligger til grunn for belønningen, er ofte like viktige som selve belønningen og omfanget av denne. Hun nevner eksempelvis uformell belønning som positiv tilbakemelding og ros, eller formell belønning som økt ansvar (Lai, 2004, s. 213). Dette er det viktig å være klar over. En studie av Moneke og Umeh (2013) tyder på at leders rolle kan påvirke arbeidsmiljøet (Moneke et al., 2013a, 2013b). Arbeidsmiljøloven har også rammer som plikter arbeidsgiver å sikre et godt arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven, 2005). Imidlertid er det et felles ansvar å sørge for at alle trives på jobb. I funksjonsbeskrivelsen står det også at intensivsykepleieren skal bidra til et godt arbeidsmiljø (NSFLIS, 2002).

I forhold til subskalaen *adekvat bemanning og ressurser* var det de intensivsykepleierne som var veldig fornøyd med lønn som hadde høy skår. En intensivavdeling er underlagt helseforetak der det er økonomiske rammer. Funksjonsbeskrivelsen sier at: «Intensivsykepleieren har medansvar for forsvarlig ressursbruk innen gitte økonomiske rammer, bekjentgjør økonomiske behov og arbeider for at kvaliteten på intensivsykepleien utvikles». Det kan komme i konflikt med det å ha nok bemanning til å gi faglig forsvarlig behandling, men også til å få arbeidet gjort. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til nødvendig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Samtidig skal intensivsykepleieren i henhold til Helsepersonelloven gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Ofte er det travelt og «høy produktivitet», som kan komme i konflikt med kravet om forsvarlighet og god kvalitet på behandlingen. Et slikt krysspress over tid mener Orvik (2015) truer jobbtilfredsheten (Orvik, 2015, s. 104). Her kan en ut fra våre funn tenke at lønn heller dreier seg om belønning. De intensivsykepleierne som er fornøyd med

bemanningen og andre ressurser i avdelingen, opplever dette som “belønning” slik at de har god tid og mulighet til å gi pasientene god intensivsykepleie, som igjen påvirker deres jobbtilfredshet positivt.

Intensivsykepleierne i vår studie som var veldig fornøyd med lønn hadde høy skår i forhold til subskalaen *kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger*. Det kan bety at de som opplevde gode samarbeidsrelasjoner, så på det å ha jobbglede som belønning. Positiv innstilling og vi - følelse gjør at man får utført ting sammen, ofte både mer effektivt og av god kvalitet. Faglig forsvarlig intensivsykepleie forutsetter samarbeid mellom kolleger og ulike profesjoner i behandlingsteamet rundt pasienten (Orvik, 2015, s. 211). Dette viser at samarbeid er viktig, og det er positivt at intensivsykepleierne i vår undersøkelse hadde fokus på dette. Samarbeid er et tema som også er knyttet inn i en del studier. En kvantitativ studie av Karanikola et al. (2012) så på grad av tilfredshet i samspillet mellom sykepleiere og leger. Den ble utført blant 229 sykepleiere på 11 intensivavdelinger i Hellas. Funnene viste at sykepleierne her var fornøyd med relasjonene både seg imellom og i forhold til legene (Karanikola, Papathanassoglou, Kalafati, et al., 2012). Men ut fra egne erfaringer vet vi at dette samarbeidet ikke alltid er optimalt. McAndrew et al. (2011) viste i sine funn blant 57 sykepleiere på et traumesenter i USA at leger og sykepleiere hadde et dårlig kollegialt forhold. Dette ga sykepleierne økt nivå av moralsk stress, som igjen påvirket kvaliteten på sykepleien (McAndrew et al., 2011).

På åpent spørsmål ble respondentene spurt: “Hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?”. Høyere lønn var et tema 113 intensivsykepleiere kommenterte. Vi oppfattet ut fra det de hadde skrevet at de her mente lønn som økonomisk kompensasjon. Dette var tydeligvis et tema som opptok og betydde mye for intensivsykepleierne i vårt utvalg. Vi ser at dette har sammenheng med litteraturen som beskriver at ubalanse mellom innsats og belønning påvirker jobbtilfredshet, jamfør Siegriest (Leira, 2011, s. 86-87). Det var signifikant ( $p=0,027$ ) forskjell på kvinner og menn når det gjaldt grad av tilfredshet med lønn. Flere menn (26,4%) enn kvinner (12,1%) var veldig misfornøyd med lønn i våre funn. Hvorfor det er denne forskjellen har vi ikke grunnlag for å si noe om i vår undersøkelse.

Funnene i vår undersøkelse viste at uansett stillingsstørrelse var det signifikante funn i forhold til subskalaen *sykepleiedeltagelse i sykehusets virksomhet og ledelse*. Vi fant at jo lavere stillingsstørrelse jo høyere skår på denne subskalaen. Videre viser funnene våre at lav stillingsstørrelse, 70% eller mindre, har høy skår i forhold til subskalaen *sykepleiefaglig basis for tjenesten*. Funnene tyder på at de som jobber mindre enn 70% er mer fornøyd med blant annet aktiv fagutvikling enn de i større stilling. Vi har ikke funnet forskning som ser direkte på sammenhengen mellom jobbtilfredshet og stillingsstørrelse.

Det var i vår undersøkelse signifikant ( $p=0,005$ ) forskjell på stillingsstørrelse mellom kvinner og menn. I våre funn viste det seg at flere menn (84,9%) enn kvinner (59,9%) jobber fulltid. Ifølge statistisk sentralbyrå er ni av ti sykepleiere kvinner (Køber et al., 2011). Tradisjonelt sett er sykepleieryrket kvinnedominert. Deltidskulturen lever fortsatt i dette yrket, og rundt halvparten av sykepleiere jobber deltid (Grønli, 2014). Funnene i vår undersøkelse oppfatter vi ikke som uventet. Imidlertid er det positivt at cirka 60 % av kvinnene jobber fulltid. Ifølge en norsk landsdekkende kartleggingsundersøkelse var det 7% av intensivsykepleiere som ønsket høyere stillingsandel, men så mange som 55% ønsket lavere stillingsandel (Analysesenteret, 2015). Det ser imidlertid ut som om dagens unge sykepleiere vil jobbe heltid (Grønli, 2014). Vi har ikke grunnlag ut fra våre data å kunne si noe om årsakene til at kvinnene i vår undersøkelse jobber deltid, men vi antar at fordelingen av omsorgsoppgaver i hjemmet er en av årsakene. Ut fra tall fra Statistisk sentralbyrå kan det være noe av forklaringen. 20% av sykepleiere oppgir at omsorgsoppgaver er årsak til at de jobber deltid (Køber et al., 2011). I midlertid er det ikke sikkert at reduksjon i stillingsstørrelse nødvendig vis er det eneste tiltaket for å få en mindre belastning på familielivet. Funnene i en studie av Abrahamsen et.al. (2012) viste at sykepleierne som jobbet deltid oppgav at det var like slitsomt å kombinere arbeid og familieliv som sykepleierne som jobbet heltid. Endringer fra skiftarbeid til dagarbeid reduserte i større grad belastningen på familien enn endring fra fulltid- til deltidsarbeid. Studien ble gjennomført blant norske og finske sykepleiere som jobber deltid på sykehus (Abrahamsen et al., 2012). Det ville være naturlig å anta at for sykepleierne i denne studien hadde overgang fra turnus- til dagarbeid noe å si for opplevelsen av jobbtilfredshet. Dette er funn som underbygger at ubekvem

turnus kan gjøre at kvinnelige sykepleiere opplever deltidsarbeid som like slitsomt som heltidsarbeid.

Resultatene fra undersøkelsen vår viste at sykepleiefaglig veiledning hadde positiv sammenheng med jobbtilfredshet i forhold til subskalaen *kollegialt forhold mellom sykepleiere og leger*. Intensivsykepleiere som vektlegger betydningen av veiledning hadde altså en høy skår når det gjaldt samarbeidet med denne yrkesgruppen. En kvantitativ studie fra USA (2008) ser på “workshop” eller veiledning blant en gruppe intensivsykepleiere og hvilken effekt dette har på mestring av moralsk stress. Utgangspunktet for at denne amerikanske studien ble gjennomført var at sykepleiere ofte følte seg presset mellom å gjøre det pasienten ønsket og hva legen ønsket å gjøre. Studien konkluderte med at veiledning satt i system reduserte intensivsykepleierens opplevelse av moralsk stress, noe som igjen påvirket arbeidsmiljøet positivt (Beumer, 2008). Dette understøtter det Tveiten (2008) sier om at det tverrfaglige samarbeidet kan bli styrket av veiledning fordi den bidrar til at yrkesutøverne blir mer trygge og bevisste på egen kompetanse. Videre sier hun at veiledning i stor grad handler om interaksjon og kommunikasjon. Veiledningen kan avdekke felles utfordringer innenfor samme institusjon som man finner det gunstig å arbeide sammen om (Tveiten, 2008, s. 64-76). Dette mener vi er et viktig poeng i en intensivsykepleiers hverdag. Trenden i den kliniske hverdagen er i ifølge Orvik (2015) at sykepleiere synes at det blir stadig mer krevende å være empatisk og effektiv på samme tid. Ethiske dilemmaer og feil kan lett oppstå (Orvik, 2015, s. 61). I slike tilfeller er emosjonell ventilerings og videre klinisk gjennomgang viktig (Mesel, 2014, s. 250-251). Dette peker en kvalitativ studie fra Nederland (2013) på. Her ble intensivsykepleieres behov for debrifing/veiledning etter kritiske hendelser trukket fram som et forebyggende tiltak (de Boer et al., 2014).

Funnene i undersøkelsen vår viste at det var signifikant ( $p=0,005$ ) forskjell på kvinner og menn når det gjaldt betydningen av sykepleiefaglig veiledning. Det var flere kvinner (10,7%) enn menn (3,8%) som svarte at sykepleiefaglig veiledning hadde svært stor betydning for dem. Vi har ikke funnet forskning eller litteratur som direkte belyser denne kjønnsforskjell blant sykepleiere. Imidlertid viser en amerikansk studie (2004) blant store bedrifter fant at menn og kvinner verdsatte de samme sidene av arbeidet, men rangerte dem forskjellig. Menn verdsatte lønn, makt, autoritet og status

betydelig høyere enn kvinner. Kvinnene satte blant annet relasjoner, anerkjennelse, kommunikasjon, samarbeid og rettferdighet høyt (Peterson, 2004). Vi kan anta at denne kjønnsforskjellen kan spille inn i forhold til betydningen av sykepleiefaglig veiledning. Funnene i vår undersøkelse viste også at flere kvinner enn menn jobber deltid. En studie blant finske sykepleiere (2006) konkluderte blant annet med at de som jobbet deltid kunne ha nytte av veiledning (Hyrkäs et al., 2006). At størst andel kvinner jobber deltid kan ut fra denne studien mulig ha sammenheng med at flere kvinner enn menn svarte at sykepleiefaglig veiledning hadde svært stor betydning for dem.

Vår undersøkelse viste at intensivsykepleiere med opptil 10 års ansiennitet hadde høy skår når det gjaldt subskalaen *adekvat bemanning og ressurser*. Adekvat bemanning og ressurser betyr mest for intensivsykepleierne med lav ansiennitet. Dette kan ha med utrygghet i jobben å gjøre på grunn av manglende erfaring. Benners (1995) kvalitative studie, som fokuserte på kunnskapsutvikling blant nyutdannede og erfarne sykepleiere, støtter dette. Ved å bruke kompetansenivåene "fra novise til ekspert" har hun beskrevet utviklingen av kompetanse etter hvert som sykepleierne får arbeidserfaring og læring (Benner, 1995, s. 29-49). Intensivsykepleiere med lav ansiennitet vil eksempelvis være på novise til kyndig-nivå. Det vil skape trygghet at det er erfarne «ekspertsykepleiere» på vakt sammen med dem.

Funnene viste at jo høyere ansiennitet, jo lavere skår i forhold til subskalaen *adekvat bemanning og ressurser*. Dette tolker vi som at det kan bety mindre for intensivsykepleieren med adekvat bemanning og ressurser jo lengre hun/han har jobbet. Dette er etter vår oppfatning et uventet funn. Muligens kan dette ha sammenheng med at man opparbeider en erfaring og kompetanse som gir trygghet i jobben. Det kan gjøre at man har høy grad av selvstendighet og får jobben gjort selv om bemanningen ikke er adekvat. Dette kan ifølge Benner (1995) assosieres med ekspertsykepleieren. Kjennetegn på ekspertsykepleieren er at hun raskt får oversikt over situasjoner og omsetter sin forståelse til meningsfull handling på bakgrunn av sin erfaringsbakgrunn. Ekspertsykepleierens kompetanse er viktig her. Ferdighetene hos intensivsykepleieren forvandles med erfaring og mestring av arbeidet. Denne endringen fører til en bedre prestasjon hos intensivsykepleieren (Benner, 1995, s. 29-

49). Mangelfull kompetanse blant intensivsykepleierne kan også svekke pasientens tillit til helsevesenet. Hvis en pasient ikke stoler på at intensivsykepleieren kan gjøre jobben sin på en forsvarlig måte oppstår lett mistillit. Tillitsrelasjoner kan altså ha mørkere sider fordi tillit, sårbarhet og makt henger sammen (Nortvedt et al., 2004, s. 98-100). Benner (1995) sier at det er viktig å være bevisst på hva tillitsforholdet mellom pasient og sykepleiere kan inneholde av makt. Forholdet er situasjonsbundet og kan lett misbrukes. Gjensidig respekt og oppriktig omsorg bør være tilstede (Benner, 1995, s. 29-49).

Vi fant at intensivsykepleierne med mer enn 10 års ansiennitet har lavere jobbtillfredshet enn de med mindre enn 10 års ansiennitet. En av grunnene til dette kan være høyt arbeidspress. I en nederlandsk studie konkluderer van Dam et al. (2012) med at man bør gi mer oppmerksomhet til intensivsykepleierens opplevelse av arbeidspress (Van Dam et al., 2013). Lav bemanning gir økt stress ifølge en studie av Hays et al. (2006). Funnene blant 135 sykepleiere på 7 sykehus i USA viste at personalmangel var den mest rapportert stressfaktoren (Hays et al., 2006). En norsk studie av Berland et al. (2007) viste at krevende arbeidsmiljø sammen med minimal kontroll og sosial støtte ga økt stress. Økt stress kan ha effekt på pasientbehandlingen (Berland et al., 2008). Dette underbygger at det er viktig å ha fokus på å beholde den erfarne intensivsykepleieren. Funn i en kvalitativ studie av Siffleet et al. (2015) viste at erfarne intensivsykepleiere var opptatt av emosjonelt velvære for å bli i jobben (Siffleet et al., 2015). Lobo et al (2012) har en studie som går på at erfarne intensivsykepleiere blir oversett. Funnene viste at viktige faktorer for å beholde dem var et godt arbeidsmiljø, fleksibilitet, faglig utvikling og belønning (Lobo et al., 2012). Et annet argument for å beholde den erfarne intensivsykepleieren er at mangelfull kompetanse i verste fall kan bli til skade for pasienten (Gulbrandsen et al., 2015, s. 68). En statusrapport fra USA om arbeidsmiljø blant intensivsykepleiere gjennomført i 2013 viser blant annet at det er en sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og pasientutfall. God kvalitet på pleien ble positivt assosiert med pasientutfall (Early et al., 2014).

## 5.2 Utbrenthet

Gjennomsnittlig utbrenthetsskår blant intensivsykepleierne i vår undersøkelsen var 63,4 poeng. På en skala fra 25-175 poeng viser dette at graden av utbrenthet er moderat ut fra gjennomsnitt i gruppa. Et nivå på over 80 poeng som et gjennomsnitt i en gruppe må tas som et faresignal (Matthiesen, 2011, s. 335). Våre funn er godt under dette nivået. Dette ser vi på som positivt. Resultatene våre viser videre at den største andelen av intensivsykepleierne (42%) havnet i den tredje utbrenthetsgruppe *tilfreds/ikke utbrent*. Intensivsykepleierne i denne gruppen trives rimelig godt i sitt arbeid, og føler at de har en god del å bidra med. Entusiasme og pågangsmot i rikt monn er enda til stede for jobben. Likevel er det mulig at man blir frustrert over sider ved jobben. Personlighetstrekk og robusthet hos den enkelte intensivsykepleier kan påvirke nivå av utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 326 og 332). En studie fra USA (2012) og en studie fra England (2010) er begge med på å understreke dette. Den amerikanske studien hadde til hensikt å identifisere mekanismer intensivsykepleierne brukte for å forebygge PTSD. Det ble konkludert med at "fleksible" intensivsykepleiere utnyttet positiv mestring og psykiske egenskaper til å fortsette å jobbe i ett stressende arbeidsmiljø (M. Mealer, Jones, & Moss, 2012). Studien gjort i England (2010) så på sammenhengen mellom personlighetstrekk, jobbstress og mestring. Den fant at visse personlighetstrekk kunne ha en buffereffekt på arbeidsplassens stress. En form for test av intensivsykepleierens personlighet og mestringstrekk før ansettelse ble foreslått som en del av rekrutteringsprosessen (Burgess et al., 2010).

20,3% av intensivsykepleierne havnet i den fjerde utbrenthetsgruppen. De som befinner seg i denne gruppen bør ifølge Einarsen og Skogstad (2011) *være litt mer aktsomme, men de er fremdeles et stykke fra å brenne ut* (Matthiesen, 2011, s. 332). I den femte utbrenthetsgruppen *grenseland til utbrent*, var det 5,5% av intensivsykepleierne som havnet. Kjenne tegn for personene her var at de var misfornøyd med en rekke sider ved arbeidet. De hevder selv at de muligens er utbrent. Å skifte jobb kan være et alternativ (Matthiesen, 2011, s. 332). Kun 0,8% av intensivsykepleierne i undersøkelsen befant seg i utbrenthetsgruppe seks *utbrent*. Personene her synes hver arbeidsdag er et ork og er helt tom for overskudd (Matthiesen, 2011, s. 332). I disse tre gruppene var det tilsammen 106 (26,5%).

Dette er en relativt stor andel av intensivsykepleierne i studien. Vi mener det er viktig å ha fokus på disse intensivsykepleiere fordi de kan være i faresonen for utvikling av utbrenthet. Ingen av intensivsykepleierne som gjennomførte undersøkelsen befant seg i skalaens ytterpunkt utbrenthetsgruppe syv *alvorlig utbrent*.

Den multiple regresjonsanalysen viste at jo mer misfornøyd intensivsykepleierne var med selvstendighet i arbeid, jo høyere skår oppnådde de på utbrenthetsskalaen. Høyere skår indikerer at man beveger seg i negativ retning i risikogrubbene (Matthiesen, 2011, s. 332). Det er viktig å ha medvirkning og medbestemmelse. Hvis man føler seg for mye styrt kan det føre til stress, ubehag, sinne og resignasjon (Hetland et al., 2011, s. 106). Dette kan være symptomer på utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 317). Hvis det å være misfornøyd med selvstendighet i arbeid kan føre til stress, assosierer vi det med "strain". Denne skadelige delen av stress kan komme på grunn av høye krav og mangel på kontroll i arbeidet, jamfør Karaseks krav-kontroll modell (Orvik, 2015, s. 143). En norsk kvantitativ studie gjort av Myhren et al. (2013) viste at høyt nivå av jobbstress var en faktor som hadde sammenheng med høy skår på utbrenthet. Denne studien ble gjort både blant leger og sykepleiere. 129 av totalt 145 som svarte var sykepleiere (Myhren et al., 2013). Stress hos helsepersonell beskrives ofte som "moral distress". Dette kan oppstå når intensivsykepleieren står overfor en etisk vanskelig situasjon i forhold til intensivpasienten (Aakre, 2016, s. 123). En studie av Papathanassoglou et al. (2015) utført blant 255 intensivsykepleiere på en europeisk intensivkongress så på nivå av autonomi, samarbeid med leger og moralsk stress. Funnene her indikerte at lavere autonomi ble assosiert med økt hyppighet og grad av moralsk stress og lavere nivå av sykepleier-lege samarbeid (Papathanassoglou et al., 2012). Teixeira et al. (2013) viser i sine funn sammenheng mellom etiske beslutninger og utbrenthet hos sykepleiere. De poengterer at det er viktig å ha fokus på etikk for å forebygge utbrenthet (Teixeira et al., 2014). Vi ser at våre funn samsvarer med funn fra forskning, og dette kan gjenspeile sannsynligvis at slike utfordringer i en intensivsykepleierens hverdag gir økt risiko for utbrenthet. En balanse mellom trivsel og moralsk trøtthet kan ha positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Det viser funn i studien til Sacco et al. (2015) blant 221 sykepleiere som jobber både med kritisk syke voksne, barn og nyfødte (Sacco et al., 2015). Moralsk trøtthet/utmattelse (CSF/ME) har likhetstrekk med utbrenthet, men er mer

omfattende. Dette påvirker også intensivsykepleierens pasientbehandling. I en spansk studie av Iglesias og Vallejo (2013) viste resultatene at stress og høy frekvens av moralsk utmattelse førte til negative holdninger til pasientene (depersonalisering) (Iglesias et al., 2013). Utbrenthet er en sterk indikator for jobbtilfredshet og en faktor knyttet til intensivsykepleierens intensjon om å slutte. Det viser funnene i en korrelasjonsstudie av Karanikola et al. (2012) blant 152 greske intensivsykepleiere (Karanikola, Papathanassoglou, Mpouzika, et al., 2012).

Den multiple regresjonsanalysen i vår studie viste videre at jo mer misfornøyde intensivsykepleierne var med lønn, jo høyere skår oppnådde de på utbrenthetsskalaen. Faren for å bli utbrent er større jo høyere skår man får. Vi har ikke klart å finne forskningsartikler som har funn på sammenheng mellom lønn og utbrenthetsnivå blant intensivsykepleiere. Taris et al. (2001) har gjort en prospektiv studie i arbeidslivet generelt som viste at de som opplevde ubalanse mellom innsats og belønning, hadde økt risiko for utbrenthet på sikt (Taris et al., 2001). Sosiolog Siegriest (1996) mener at innsatsen og anstrengelsen vår styres av høye krav i arbeidet og av vår motivasjon. Det å ikke få "lønn som fortjent" mener han kan føre til økt risiko for stressrelaterte lidelser (Leira, 2011, s. 87).

Det var ingen signifikante funn når det gjaldt forskjeller mellom kjønn og utbrenthet blant intensivsykepleiere i vår undersøkelse. Blant kvinner var gjennomsnittet 62,2 poeng og blant menn var det 63,4 poeng. Vi har kun funnet en liten kvantitativ studie blant 31 intensivsykepleiere i USA som viste en signifikant forskjell mellom kvinner og menn i gjennomsnittlig emosjonell stresskår (2015). Kvinner rapporterte signifikant høyere skår enn menn. O'Connell (2015) påpekte at denne kjønnsforskjellen ikke tidligere hadde blitt beskrevet i litteraturen (O'Connell et al., 2015). En større metastudie av Purvanova og Muros (2010) viste at det generelt i arbeidslivet var lite forskjell mellom menn og kvinner når det gjaldt utbrenthet (Purvanova et al., 2010). Myhren et al. (2013) fant ikke signifikante sammenheng mellom utbrenthet og kjønn i en norsk intensivavdeling (Myhren et al., 2013). Dette støtter våre funn når det gjelder denne "manglende" forskjellen mellom kjønn og utbrenthet. Purvanova og Muros (2010) pekte videre på at menn rammes mest av depersonalisering, og at kvinner er litt mer emosjonelt utmattet enn menn (Purvanova et al., 2010). Ut fra våre

innsamlede data kan ikke vi skille på “type” utbredthet, men det hadde vært interessant å undersøke dette nærmere.

### 5.3 Metodediskusjon

Vi har valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse. En styrke ved spørreundersøkelser er at man undersøker mange personer samtidig. Det er også enkelt å gjennomføre i praksis. Elektroniske spørreskjema er kostnadsbesparende og utgjør en stadig viktigere måte å samle inn data på (Polit et al., 2014, s. 186). Vi valgte elektronisk spørreskjema på bakgrunn av dette, selv om Polit og Beck (2014) mener at svarprosenten har tendens til å bli lavere enn ved spørreskjema sendt i posten (Polit et al., 2014, s. 186). Vår erfaring er at SurveyXact har vært et nyttig datainnsamlingsverktøy, og har gjort det enkelt å følge med på undersøkelsens status underveis. På den annen side erfarte vi at ved å benytte tilsendte epostlister, var det en viss risiko for at ikke alle oppfylte våre inklusjonskriterier.

Undersøkelser om jobbtrivsel får kritikk for at slike målinger bare gir en tilstandsrapport og ikke identifiserer de viktige faktorene som påvirker miljøet. Spørsmål som “hvor fornøyd er du med....?” spør om følelser og kan være en feilkilde. Hva man svarer påvirkes av personlighetstrekk og stemninger, for eksempel hvis undersøkelsen gjøres midt i en omorganisering. Hvis man spør hvor fornøyd man er alt i alt, svarer ofte 80-85 % at de er fornøyd uavhengig av hvilke arbeidsforhold man faktisk har (Knardahl, 2011, s. 281). Dette er viktig å være klar over når vi har tatt i bruk slike type spørsmål.

En annen svakhet ved spørreundersøkelsen vår var at det ikke var anledning til å svare “vet ikke”. Flere respondenter har gitt tilbakemelding på at dette hadde vært ønskelig. Bruken av to validerte spørreskjemaer gav oss ikke mulighet for å legge inn dette som svaralternativ. Det er omdiskutert om “vet ikke” skal være et alternativ fordi det gir en lettvent utvei for dem som gjerne vil bli fort ferdig (Eikemo et al., 2012, s. 28). Respondentene måtte svare på alle spørsmålene for å kunne fullføre undersøkelsen. Dette gjorde vi for å unngå “missing”. I ettertid har vi erfart at dette var uheldig i forhold til at spørreskjemaet ikke inneholdt svaralternativet “vet ikke”. Dette kan være en av grunnene til at 67 av spørreskjemaene ikke ble fullført.

Vi gjorde et utvalg av variabler som vi brukte i den multiple regresjonsanalysen. Bakgrunnen for utvelgelsen av variablene var blant annet hvordan svarene fordelte seg på svaralternativene i statusrapporten i SurveyXact. Imidlertid var den viktigste utvelgelsen basert på egne antagelser og interesser om hvor det kunne være en sammenheng når det gjaldt å belyse problemstillingene. Denne selektive utvelgelsen har gitt konsekvenser for hva som har kommet fram som resultater. I ettertid har vi sett at temaer som for eksempel turnus burde ha blitt viet mer oppmerksomhet i utvelgelsen av variablene. Vi ser også at spørreundersøkelsen i sin helhet ikke berører direkte temaet turnus. Åpent spørsmål ga imidlertid respondentene mulighet til å kommentere dette.

### **5.3.1 Reliabilitet og validitet**

Utvalget i vår undersøkelse var alle intensivsykepleiere i Helse Sør-Øst. Utvalgsstrategien vår var å sende spørreskjema til de avdelinger som ga tillatelse. Ifølge Bjørndal og Hofoss (2010) er viktig å være klar over eventuelle bias. Slike systematiske feil kan oppstå gjennom hele forskningsprosessen og ødelegge for sammenlikningsgrunnlaget (Bjørndal et al., 2010, s. 36). Derfor er det viktig å jobbe systematisk og nøyaktig. Reliabilitet viser til datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet (Drageset et al., 2009). Eksempel på bias i vår undersøkelse kan være manglende mailadresser og mailadresser til feil respondenter. Tidspress under selve gjennomføring av undersøkelsen kan føre til at man leser spørsmålene feil. Noen kan, av ulike årsaker, også ha gitt et galt eller upresist svar selv om de forsto hva som ble spurt om. Dette er målefeil som gjør at svaret ikke er helt til å stole på og kan påvirke reliabiliteten (Eikemo et al., 2012, s. 26-27).

Størrelsen på utvalget har betydning for *statistisk power*. Man trenger et stort utvalg for å sikre seg mot type 2 feil (Polit et al., 2014, s. 229). Vi anser ikke utvalget vårt på 400 intensivsykepleiere som stort. Resultatene fra en nasjonal kartlegging (ABIO) bekrefter at det i dag ikke finnes oversikt over antall spesialsykepleiere i Norge, men ca. 2800 er rapportert med videreutdanning i intensivsykepleie (Analysesenteret, 2015, s. 35). Vi forespurte 34 avdelinger i Helse Sør-Øst om å delta i vår studie. 21 avdelinger takket ja til å delta. Det at undersøkelsen ble gjennomført ved så mange avdelinger mener vi kan styrke overføringsverdien.

En høy svarprosent er viktig, da høyt frafall svekker muligheten for statistisk generalisering. Jo flere respondenter som hadde svart på undersøkelsen vår, jo flere observasjoner hadde vi hatt som grunnlagt for våre statistiske beregninger (Drageset et al., 2009). Med et lite utvalg står vi i fare for å beholde nullhypotesene som begge er feil. Vårt valg av signifikansnivå var på 0,05. Hadde vi valgt et lavere signifikansnivå, hadde risikoen for type 1 feil blitt mindre (Polit et al., 2014, s. 228-230). En svarprosent på over 50 % blir ofte regnet som tilfredsstillende, men her finnes ikke klare grenser (Jacobsen, 2015, s. 300). Svarprosenten i vår undersøkelse var 46,8%. Dette er en svakhet ved vår studie som gjør det vanskelig å trekke allmenngyldige slutninger. Vi mener allikevel at overføringsverdien av resultatene er stor fordi utvalget er representativt for populasjonen (Bjørndal et al., 2010, s. 34).

En styrke ved spørreundersøkelsen er at vi har brukt måleinstrumenter som er validerte. At et måleinstrument er validert betyr at det måler det som det er ment til å måle (Polit et al., 2014, s. 72). NWI-R og BBI er begge pålitelig og nøyaktige for bruk til studier av sykepleiere i norske sykehus (Matthiesen, 2011, s. 328-335; Sjetne et al., 2011). Cronbachs alfa = 0,7 er en tommelfingerregel som en nedre grense for tilfredsstillende intern konsistens (Eikemo et al., 2012, s. 270; Polit et al., 2014, s. 203). I vår studie varierte Cronbachs alfa fra 0,58- 0,82 for subskalaene i NWI-R. Kun to av subskalaene hadde Cronbachs alfa verdier under 0,7. I vår studie ble Cronbachs alfa målt til 0,92 i forhold til BBI. Dette tyder på høy reliabilitet innenfor NWI-R og BBI.

## **5.4 Implikasjoner for praksis**

Funnene våre viser at selvstendighet i arbeid, lønn, stillingsstørrelse, ansiennitet og sykepleiefaglig veiledning er områder som har betydning for intensivsykepleierens jobbtilfredshet og grad av utbrenthet. Selvstendighet i arbeidet er en viktig faktor for å beholde intensivsykepleieren i jobben (Sawatzky et al., 2015). Et eksempel kan være å få mer ansvar i form av å være med i ulike arbeidsgrupper. Lønn er tydelig et fokus for intensivsykepleiere. Den økonomiske kompensasjonen er fastlagt i et lønnsystem, og er ikke noe man kan gjøre noe med her og nå. Å gi hverandre ros og positive tilbakemeldinger er derimot noe som kan brukes som belønning i

arbeidshverdagen. Når det gjelder sykepleiefaglig veiledning, viser en studie at bruk av veilednings/refleksjonsgrupper kan føre til økt jobbtillfredshet blant intensivsykepleiere (Lindberg, 2007). Sykepleiefaglig veiledning er et godt verktøy som bør prioriteres.

Et godt arbeidsmiljø kan føre til høy pasienttilfredshet, samtidig som det har betydning for pasientutfall og pasientsikkerhet (Berland et al., 2008; Boev, 2012; Early et al., 2014). Høy grad av jobbtillfredshet og det å ikke være utbrent, er et godt utgangspunkt for å sikre god kvalitet på intensivsykepleie til den kritisk syke pasienten. I en arbeidshverdag kan jobbglede blant annet være at man får støtte og respekt fra omgivelsene, samt at man ser mening og sammenheng i arbeidet man utfører, jamfør de psykologiske jobbkrav (Orvik, 2015, s. 142). Det å lykkes med dette komplekse samspillet for å oppnå jobbglede er ikke bare en lederoppgave. Den enkelte intensivsykepleier må selv bidra for at intensivavdelinger skal bli et godt sted å jobbe.

## 6.0 KONKLUSJON

Vi har undersøkt om det er sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og jobbtillfredshet. Nullhypotese 1 er: “det er ingen sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og jobbtillfredshet”. Vi kan delvis forkaste nullhypotese 1 da vi har gjort signifikante funn på sammenheng mellom jobbtillfredshet og de uavhengige variablene: selvstendighet i arbeid, lønn, stillingsstørrelse, ansiennitet og sykepleiefaglig veiledning. Når det gjelder variablene kjønn, alder, mastergrad og kurs/seminarer/konferanser får vi ingen støtte for sammenheng.

Vi har også undersøkt om det er sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og utbrenthet. Nullhypotese 2 er: “det er ingen sammenheng mellom demografiske og jobbrelevante variabler og grad av utbrenthet”. Vi kan delvis forkaste nullhypotese 2 da vi har gjort signifikante funn på sammenheng mellom utbrenthet og de uavhengige variablene selvstendighet i arbeid og lønn. Når det gjelder variablene kjønn, alder, ansiennitet, stillingsstørrelse, mastergrad, kurs/seminarer/konferanser og sykepleiefaglig veiledning får vi ingen støtte for sammenheng.

Funnene i undersøkelsen vår har identifisert flere områder som er viktig for intensivsykepleieren i forhold til jobbtillfredshet og utbrenthet. Selvstendighet i arbeid og lønn er områder som ser ut til å ha påvirkning i forhold til jobbtillfredshet og utbrenthet. Dette er faktorer som kan være viktige for å rekruttere og beholde intensivsykepleiere, og bidra til at intensivavdelinger er et godt sted å jobbe. Høy grad av jobbtillfredshet og ikke være utbrent kan være utslagsgivende for god kvalitet på pasientbehandlingen. Pasienten er i en sårbar situasjon og er avhengig av intensivsykepleierens kompetanse og oppriktige omsorg.

Arbeidet med denne studien har gjort oss mer reflekterte og nysgjerrige på mekanismene bak et godt arbeidsmiljø på intensivavdelingen. Det hadde vært interessant å gjøre videre studie med fokus på “selvstendighet i arbeid”. Å få mer dybdekunnskap om hva den enkelte intensivsykepleier legger i begrepet “selvstendighet i arbeid”, kan gjøre det lettere for ledere å legge bedre til rette for

trivsel og jobbglede hos den enkelte. Det hadde også vært spennende å forske videre på intensivsykepleieres holdninger i forhold til lønn. Hvorfor er det å være misfornøyd med lønn assosiert med lav jobbtfredshet og høy grad av utbrenthet? Hva kan de eventuelle kjønnsforskjellene som vi fant når det gjaldt lønn skyldes? Har dette noe med at sykepleieryrket tradisjonelt sett er et kvinneyrke? Hva er forskjell på lønn og belønning?

## LITTERATURLISTE

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft : praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Abrahamsen, B., Holte, K. A., & Laine, M. (2012). Work–Family Interference: Nurses in Norway and Finland. *Professions & Professionalism*, 2(1). doi: 10.7577/pp.v2i1.19
- Analysesenteret. (2015). Rapport ABIO ressurs. Hentet 2603, 2016, fra <https://www.nsf.no/Content/2609393/2015-07-07%20Rapport%20ABIO%20Ressurs.pdf>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*: Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Bakketeig, L. S., & Magnus, P. (2002). Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 122(25), 2464-2467.
- Bartz, C., & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing & Health*, 9(2), 147-153. doi: 10.1002/nur.4770090210
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 90-97. doi: 10.1016/j.iccn.2007.11.001
- Beumer, C. M. (2008). Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 27(6), 263. doi: 10.1097/01.DCC.0000338871.77658.03
- Bjorvatn, B., Dale, S., Hogstad-erikstein, R., Fiske, E., Pallesen, S., & Waage, S. (2012). Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 17(4), 180-188. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00504.x
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Boev, C. (2012). The Relationship Between Nurses' Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x
- Breau, M., & Rheume, A. (2014). The work environment of intensive care nurses. *Info Nursing*, 45(1), 41.
- Breau, M., & Rhèaume, A. (2014). The relationship between empowerment and work environment on job satisfaction, intent to leave, and quality of care among ICU nurses. *Dynamics* 25(3), 16-24.
- Brochs-Haukedal, W. (2011). Ledelse og kunnskapsarbeid: motivering av autonome medarbeidere. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 65-86). Bergen: Fagbokforl.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. doi: 10.1177/1049732312452938

- Datatilsynet. (2011). Databehandleravtale om behandling av personopplysninger. Hentet 16.11.15, fra <http://www.datatilsynet.no/sikkerhet-internkontroll/databehandleravtale/>
- de Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316-326. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.009
- de Boer, J., Van Rikxoort, S., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 166-174. doi: 10.1111/nicc.12020
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 100.
- Early, S., Woods, D., Lavandero, R., & Ulrich, B. T. (2014). Critical care nurse work environments 2013: a status report.(Report). *Critical Care Nurse*, 34(4), 64.
- Eikemo, T. A., & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS: en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg. utg.). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Einarsen, S., Øverland, S. N., & Schulze, O.-C. (2011). Å redusere bedriftens sykefravær-et håpløst prosjekt? I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 341-366). Bergen: Fagbokforl.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Galletta, M., Portoghese, I., Coppola, R. C., Campagna, M., & Finco, G. (2014). Nurses well-being in intensive care units: Study of factors promoting team commitment. *Nursing in Critical Care*. doi: 10.1111/nicc.12083
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.]. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goetz, K., Beutel, S., Mueller, G., Trierweiler-Hauke, B., & Mahler, C. (2012). Work-related behaviour and experience patterns of nurses. *Int. Nurs. Rev.*, 59(1), 88-93. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00921.x
- Gromadzińska, J., Peplonska, B., Sobala, W., Reszka, E., Wasowicz, W., Bukowska, A., & Lie, J. A. (2012). Relationship between intensity of night shift work and antioxidant status in blood of nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-8. doi: 10.1007/s00420-012-0828-7
- Grønli, K. S. (2014, 12.08). Unge sykepleiere vil jobbe heltid. Hentet 01.04, 2016, fra [http://www.forskningsradet.no/prognett-finnut/Nyheter/Unge\\_sykepleiere\\_vil\\_jobbe\\_heltid/1253997437517?WT.mc\\_id=nyhetsbrev-finnut](http://www.forskningsradet.no/prognett-finnut/Nyheter/Unge_sykepleiere_vil_jobbe_heltid/1253997437517?WT.mc_id=nyhetsbrev-finnut)
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E., & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 25(4), 185.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv.:* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.

- Hetland, H., & Hetland, J. (2011). Basale psykologiske behov i arbeidslivet: autonomi, kompetanse og tilhørighet. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg. utg., s. 104-119). Bergen: Fagbokforl.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 521-535. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x
- Iglesias, M. E. L., & Vallejo, R. B. d. B. (2013). Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 32(3), 130. doi: 10.1097/DCC.0b013e31828647fc
- Iglesias, M. E. L., Vallejo, R. B. d. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Iliopoulou, K. K., & While, A. E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2520-2531. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Järholm, B., & Reuterwall, C. (2012). Arbetsmiljöns bidrag till hjärt-kärlsjukdom.
- Järholm, B., Reuterwall, C., & Bystedt, J. (2013). Mortality attributable to occupational exposure in Sweden. *Scandinavian Journal Of Work, Environment And Health*, 39(1), 106-111. doi: 10.5271/sjweh.3284
- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Kalafati, M., & Stathopoulou, H. (2012). Exploration of the association between professional interactions and emotional distress of intensive care unit nursing personnel. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 31(1), 37. doi: 10.1097/DCC.0b013e31823a55b8
- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Mpouzika, M., & Lemonidou, C. (2012). Burnout syndrome indices in Greek intensive care nursing personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(2), 94-101. doi: 10.1097/DCC.0b013e3182445fd2
- Kaufmann, G. (2011). Individ, organisasjon og kreativitet. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 87-103). Bergen: Fagbokforl.
- Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 18(2), 106. doi: 10.4037/ajcc2009487
- Knardahl, S. (2011). Arbeid, stress og helse. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 268-295). Bergen: Fagbokforl.
- Korompeli, A., Sourtzi, P., Tzavara, C., & Velonakis, E. (2009). Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1274-1282. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04987.x
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Køber, T., & Vigran, Å. (2011). Arbeidstid blant helsepersonell. Stort omfang av deltidsarbeid. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stort-omfang-av-deltidsarbeid>
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Leira, H. L. (2011). *Arbeidsmedisin* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, E. B. (2007). Increased job satisfaction after small group reflection on an intensive care unit. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 26(4), 163.
- Lobo, M. V., Fisher, M. A., Baumann, M. A., & Akhtar-Danesh, M. N. (2012). Effective Retention Strategies for Midcareer Critical Care Nurses: A Q-Method Study. *Nursing Research*, 61(4), 300-308. doi: 10.1097/NNR.0b013e31825b69b1
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mason, M. V., Leslie, M. G., Clark, M. K., Lyons, M. P., Walke, M. E., Butler, M. C., & Griffin, M. M. (2014). Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses: A Pilot Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056
- Matthiesen, S. B. (2011). Nedkjørt eller bare litt stresset? Om utbrenthet i arbeidslivet IS. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 313-340). Bergen: Fagbokforl.
- McAndrew, N. S., Leske, J. S., & Garcia, A. (2011). Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 18(4), 221. doi: 10.1097/JTN.0b013e31823a4a12
- McGahan, M., Kucharski, G., & Coyer, F. (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: A literature review. *Australian Critical Care*, 25(2), 64-77. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003
- Mealer, M., Jones, J., & Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1445-1451. doi: 10.1007/s00134-012-2600-6
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, 49(3), 292-299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 693.
- Meld. St. nr. 13. (2012). *Utdanning for velferd*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>.
- Mesel, T. (2014). *Når noe går galt : fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Moneke, J. N., & Umeh, J. O. (2013a). Factors Influencing Critical Care Nurses' Perception of Their Overall Job Satisfaction: An Empirical Study. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(4), 201-207. doi: 10.1097/NNA.0b013e31828958af
- Moneke, J. N., & Umeh, J. O. (2013b). How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. *Nursing Management (Springhouse)*, 44(1), 53-55. doi: 10.1097/01.NUMA.0000424019.83292.fa

- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. 2013. doi: 10.1155/2013/786176
- Norsk anestesilogisk forening, & NSFLIS. (2014). *Retningslinjer for intensivmedisin i Norge*.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2015). Posttraumatiske stresslidelser i arbeidslivet, . fra <http://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/arbeidsmedisin/forebygging/psykososialeorganisatoriske-forhold/posttraumatisk-stresslidelse-ptsd/>
- Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2016). Kronisk utmattelsessyndrom, . fra <http://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nevrologi/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/kronisk-utmattelsessyndrom/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 24.3, 2016, fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 2008: 17. (2008). Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid— Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2008-17/id528756/?q=&ch=5>
- NSD. (2015). Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Hentet 09.02.2015, fra <http://www.nsd.uib.no>
- NSF. (2014). Stortingspolitikere fikk informasjon. Hentet 08.08., 2015, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1423821/17036/Stortingspolitikere-fikk-informasjon>
- NSF. (2015). Mangel på spesialsykepleiere-en trussel. Hentet 10.08., 2015, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2609398/17036/Mangel-paa-spesialsykepleiere--en-trussel>
- NSFLIS. (2002). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 09.02.2015, fra <https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleie...>
- NSFLIS. (2006). Definisjoner NSFLIS. Hentet 16.11.15, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/17036/Definisjoner>
- NSFLIS. (2016). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 26.04.2016, fra <https://www.nsf.no/Content/2886014/Funksjons-%20og%20ansvarsbeskrivelse.pdf>
- O'Connell, C. B., & Peter, E. (2015). Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nursing Ethics*, 22(1), 32-42. doi: 10.1177/0969733013513216
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Papathanassoglou, E., Karanikola, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). PROFESSIONAL AUTONOMY, COLLABORATION WITH PHYSICIANS, AND MORAL DISTRESS AMONG EUROPEAN INTENSIVE CARE NURSES. *Am. J. Crit. Care*, 21(2), E41-E52. doi: 10.4037/ajcc2012205
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Penoyer, D. A. (2010). Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Critical care medicine*, 38(7), 1521. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e47888

- Peterson, M. (2004). What men and women value at work: Implications for workplace health. *Gender Medicine*, 1(2), 106-124. doi: 10.1016/S1550-8579(04)80016-0
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender Differences in Burnout: A Meta-Analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-42. doi: 10.4037/ccn2015392
- Santiago, C., & Abdool, S. (2011). Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 22(4), 26.
- Sawatzky, J. A. V., Enns, C. L., & Legare, C. (2015). Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2315-2325. doi: 10.1111/jan.12701
- Siffleet, J., Williams, A. M., Rapley, P., & Slatyer, S. (2015). Delivering Best Care and Maintaining Emotional Wellbeing in the Intensive Care Unit: the Perspective of Experienced Nurses. *Applied Nursing Research*. doi: 10.1016/j.apnr.2015.02.008
- Sjetne, I. S. (2011). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus : resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009 Notat fra Kunnskapssenteret, Vol. oktober 2011.
- Sjetne, I. S., Tvedt, C., & Squires, A. (2011). Måleinstrumentet «The Nursing Work Index-Revised» – oversettelse og utprøving av en norsk versjon. (nr 4, 2011), 6: 358-365. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/maleinstrumentet-the-nursing-work-index-revised-oversettelse-og-utproving-av-en-norsk-versjon>
- Skogstad, A. (2011). Psykososiale faktorer i arbeidet. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg., s. 16-41). Bergen: Fagbokforl.
- Socialstyrelsen. (2015). Nationella planeringsstödet 2015. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Hentet 24.05, 2015 fra <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19727/2015-2-33.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.:* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2014). Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. (STAMI-rapport Nr . 1/2014) Hentet fra <https://stami.no/wp-content/uploads/2015/03/STAMI-rapport-nr-1-2014.pdf>
- Stone, W. P., Larson, L. E., Mooney-Kane, X. C., Smolowitz, W. J., Lin, W. S., & Dick, W. A. (2009). Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave\*. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(7/8 Suppl), S37-S42. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181aeb4bd
- Sykepleierens samarbeid i Norden. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.
- Taris, T. W., Peeters, M. C. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., Schreurs, P. J. G., & Barling, J. (2001). From Inequity to Burnout: The Role of Job Stress. *Journal*

- of Occupational Health Psychology*, 6(4), 303-323. doi: 10.1037/1076-8998.6.4.303
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A., & Carvalho, A. (2014). Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J. Med. Ethics*, 40(2), 97-103. doi: 10.1136/medethics-2012-100619
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning : mer enn ord* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Van Dam, K., Meewis, M., & Van Der Heijden, B. I. J. M. (2013). Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 31-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x
- Vårdförbundet. (2015). <https://vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2015/April/Sundsvall-15-av-25-sjukskoterskor-pa-iva-har-sagt-upp-sig/>. Hentet 24052015
- West, E., Mays, N., Sanderson, C., Rafferty, A. M., & Rowan, K. (2009). Nursing resources and patient outcomes in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 993-1011. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.011
- WMA. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects
- Wåhlin, I., Ek, A.-C., & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: Nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 262-269. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.005

## Vedlegg 1 Godkjenning FEK

### Godkjenning fra Fakultetets etiske komite

Innlevering skjema - Kommentar

**Navn:** Hilde Pettersen Breland

**Kommentar:**  [Kommentert versjon av Skjema som skal brukes ved innlevering Fakultetets etiske komite.doc](#)

**Kommentar:** Fek behandlet 18.08.15 deres søknad om etisk godkjenning av prosjektet "Er intensivavdelinger et godt sted å jobbe? Fek har ingen etiske betenkeligheter under forutsetning av godkjenning fra Nsd. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland

**Karakter:**

**Evaluerings:** Godkjent



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

## Vedlegg 2 Godkjenning NSD

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Gudrun Rohde  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder  
Postboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.09.2015  
Deres ref:

Vår ref: 44292 / 3 / KH

Deres dato:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

*44292 Er intensivavdelinger et godt sted å jobbe?*

*Behandlingsansvarlig      Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig            Gudrun Rohde*

*Student                        Bodil Peersen Gautefall*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Bodil Peersen Gautefall [bodilgautefall@live.no](mailto:bodilgautefall@live.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



## Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 44292

Personvernombudet legger til grunn at undersøkelsen er klarert med ledelsene ved de enkelte arbeidsstedene.

Det er videre lagt til grunn at Universitetet i Agder inngår en databehandleravtale med SurveyXact, jf. personopplysningsloven § 15.

Informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

Ved prosjektslutt anonymiseres data ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår.

## Vedlegg 3 Spørreskjema

### Velkommen til undersøkelsen "Er intensivavdelinger et godt sted å jobbe?"

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men vi oppfordrer deg til å delta.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

Data oppbevares på data med passordbeskyttelse og slettes når prosjektet er avsluttet, senest 1.1.2017.

Alle resultater som blir formidlet fra undersøkelsen vil være anonyme.

I åpent spørsmål må det ikke skrives opplysninger som kan identifisere avdelingen.

### OPPLYSNINGER OM DEG

#### Kjønn

- (1)  Kvinne
- (2)  Mann

#### Alder

- (1)  20- 30 år
- (2)  31-40 år
- (3)  41-50 år
- (4)  51-60 år
- (5)  60 år og oppover

### Hvor mange år har du jobbet som intensivsykepleier?

- (1)  Fra 0 til 2 år
- (2)  F.o.m 2 til 10 år
- (3)  F.o.m 10 til 20 år
- (4)  F.o.m 20 år eller mer

### Hvilken stillingsstørrelse arbeider du i?

- (1)  40% eller mindre
- (2)  41-70%
- (3)  71-90%
- (4)  91-100%

### Har du en mastergrad?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

### Hvor fornøyd er du med valget av intensivsykepleie som yrke?

- (1)  Veldig misfornøyd
- (2)  Litt misfornøyd
- (3)  Ganske fornøyd
- (4)  Veldig fornøyd

Vær vennlig og marker i hvilken grad du er enig i at de følgende kjennetegnene er til stede på den jobben du har nå. The Nursing Work Index- Revised (NWI-R)

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
1. Tilstrekkelige støttefunksjoner (eks portør, kjøkkentjeneste) gjør det mulig for meg å være tilstede hos pasientene mine	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
2. Leger og intensivsykepleiere har gode samarbeidsrelasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
3. Tilgang på faglig støtte (eks vaktansvarlig intensivsykepleier) gjennom hele døgnet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
4. Aktiv fagutvikling eller kontinuerlig videreutdanningsprogram for intensivsykepleiere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
5. Karriereutvikling/muligheter for klinisk stige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
6. Mulighet for intensivsykepleiere til å delta i policy-beslutninger om (eks kliniske standarder,	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
sikkerhetstiltak, bemanning eller arbeidsforhold)				
7. Legene verdsetter				
intensivsykepleiernes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
observasjoner og vurderinger				
8. Nok tid og mulighet til å diskutere sykepleiefaglige spørsmål med andre sykepleiere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
9. En bemanning med nok intensivsykepleiere til å gi god pasientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
10. En avdelingssykepleier/enhetsleder som er en god administrator og leder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11. En sykepleieleder på toppledernivå (sjefssykepleier, helsefaglig direktør e. l.) som er svært synlig og tilgjengelig for personalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
12. Nok bemanning til å få arbeidet gjort	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
13. Legene anerkjenner intensivsykepleiernes bidrag i pasientbehandlingen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
14. Ros og anerkjennelse for godt utført arbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
15. Foretaksledelsen forventer høy standard på sykepleien	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
16. En sykepleieleder (sjefssykepleier, helsefaglig direktør e.l.) har samme makt og autoritet som toppledere i foretaket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
17. Mye teamarbeid mellom intensivsykepleiere og leger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
18. Muligheter for avansement (eks nye funksjoner eller oppgaver)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
19 En klar sykepleiefilosofi (visjon, mål eller idealer) som preger hele sykepleietjenesten i foretaket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
20. Samarbeid med sykepleiere som er klinisk kompetente	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
21. Legene respekterer intensivsykepleierne som fagpersoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
22. En avdelingssykepleier/enhetsleder som støtter intensivsykepleierne når de skal ta beslutninger, selv om uenigheten er med en lege	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
23. Ledelse som lytter til og responderer på ansattes bekymringer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
24. Et fungerende kvalitetssikringsprogram (eks TQM)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
25. Intensivsykepleiere er involvert i den interne styringen av foretaket (eks gjennom utvalg som fatter beslutninger på det administrative eller det kliniske området, kvalitetsutvalg ol.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
26. Samarbeid mellom intensivsykepleiere og leger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Ganske uenig	Ganske enig	Helt enig
27. Et introduksprogram med organisert mentoroppfølging for nyansatte intensivsykepleiere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
28. Intensivsykepleien er basert på sykepleietenkning snarere enn medisinsk tenkning	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
29. Intensivsykepleiere har mulighet til å sitte i alle foretakets utvalg/komiteer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
30. Leger verdsetter og respekterer intensivsykepleiere høy	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
31. Det er skriftlige, oppdaterte sykepleieplaner for alle pasienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
32. Pasientene blir fordelt med det mål å fremme kontinuitet (dvs at den samme sykepleieren har pasienten over tid)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

### Hvor fornøyd er du med din nåværende jobb på dette sykehuset?

- (1)  Veldig misfornøyd
- (2)  Litt misfornøyd
- (3)  Ganske fornøyd
- (4)  Veldig fornøyd

### Hvordan vurderer du arbeidsmiljøet på din avdeling i dette sykehuset (eks tilstrekkelige ressurser, forhold til medarbeidere, støtte fra fagutviklere/ledere)?

- (1)  Lite bra
- (2)  Noenlunde bra
- (3)  Bra
- (4)  Utmerket

### Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene på jobben din?

	Veldig misfornøyd	Litt misfornøyd	Ganske fornøyd	Veldig fornøyd
1. Flexibilitet i turnus/vaktlister	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
2. Muligheter for avansement	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
3. Selvstendighet i arbeidet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
4. Yrkesmessig status	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
5. Lønn	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
6. Utdanningsmuligheter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
7. Ferie	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	Veldig misfornøyd	Litt misfornøyd	Ganske fornøyd	Veldig fornøyd
8. Rettigheter ved sykdom	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
9. Studiepermisjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

**Hvis det var mulig, ville du slutte på denne avdelingen i løpet av det neste året på grunn av misnøye med jobben?**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

**Hvilken type arbeid ville du søkt?**

- (1)  Intensivsykepleier ved et annet sykehus
- (2)  Intensivsykepleier/sykepleier, men ikke i sykehus
- (3)  Ikke arbeide som intensivsykepleier/sykepleier

**Dersom du så etter ny jobb, hvor lett tror du det ville være for deg å finne en akseptabel stilling innen sykepleie?**

- (1)  Veldig vanskelig
- (2)  Ganske vanskelig
- (3)  Ganske lett
- (4)  Veldig lett

**Ville du anbefale din avdeling til en sykepleierkollega som en god arbeidsplass?**

- (1)  Definitivt nei
- (2)  Sannsynligvis nei
- (3)  Sannsynligvis ja
- (4)  Definitivt ja

Kryss av ved hvert utsagn for det svaralternativ som best avspeiler deg selv og din arbeidssituasjon. Svar i hvert tilfelle slik du for tiden føler deg. Vær så ærlig og oppriktig som mulig. Bergen Burnout Index (BBI), FORM A-NOR, Stig Berge Matthiesen & Atle

Dyregrov, 1991, 1992, Universitetet i Bergen

	Svært uenig	Stort sett uenig	Litt uenig	Litt enig	Stort sett enig	Svært enig
1. Jeg føler meg nedlesset av arbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
2. Egentlig har jeg sjeldent fri fra jobben, fordi jeg stadig omgås kollegaer etter arbeidstid (treffes privat, telefonkontakt ol)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
3. Jeg opplever at jeg gir mer av meg selv til andre mennesker enn jeg får tilbake	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
4. Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
5. Jeg opplever en følelsesmessig distanse til de jeg omgås	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
6. Jeg stiller stadig spørsmål ved om det jeg gjør er verdt noe	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

	Svært uenig	Stort sett uenig	Litt uenig	Litt enig	Stort sett enig	Svært enig
7. Jeg opplever at mine ønsker om å hjelpe andre er større enn det jeg får utrettet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
8. Jeg er ofte motløs på arbeid og tenker derfor stadig på å slutte i jobben	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
9. Jeg blir hyppig irritert på pasientene	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
10. Ofte sover jeg dårlig pga. forhold på jobben	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
11. Jeg har gradvis opplevd at jeg har mindre å gi på det følelsesmessige plan	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
12. Jeg har vansker med å omgås enkelte av de jeg jobber sammen med	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
13. Da jeg begynte i min nåværende jobb hadde jeg større forhåpninger til arbeidet og min egen arbeidsinnsats enn det jeg nå har	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
14. Jeg synes det er vanskelig å engasjere seg	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

	Svært uenig	Stort sett uenig	Litt uenig	Litt enig	Stort sett enig	Svært enig
følelsesmessig i pasientenes vansker og problemer						
15. I det siste har jeg følt meg så nedkjørt at jeg har blitt tvunget til å redusere kontakten med pasientene	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
16. Arbeidspresset har forårsaket private vansker (eks i ekteskap, familie, kontakt med venner)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17. Også når jeg har fri tenker jeg mye på forhold med jobben	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
18. Jeg føler meg trett under arbeidsdagen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
19. Jeg tenker en del på å finne med en ny jobb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
20. Jeg opplever ofte vansker med å konsentrere meg om det som skjer på jobben	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
21. Skal jeg være helt ærlig følte jeg meg mer "verdt" i arbeidet tidligere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

	Svært uenig	Stort sett uenig	Litt uenig	Litt enig	Stort sett enig	Svært enig
22. Jeg opplever at jeg gradvis har mistet interessen for pasientene	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
23. Jeg synes aldri jeg får nok tid til å gi pasientene omsorg eller å hjelpe dem	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
24. Jeg opplever et stort sprik mellom innsats og økonomisk uttelling (lønn)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
25. Jeg har til stadighet dårlig samvittighet da jeg på grunn av arbeidsmessige forhold må forsømme eller forsake familien	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Hvilken betydning har følgende forhold for deg?

	Svært stor betydning	Stor betydning	Middels betydning	Liten betydning	Ingen betydning
1. Kurs, seminarer, konferanser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
2. Muntlig rapport i vaktskiftet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
3: Samarbeid med kollegaer på arbeidsplassen (veiledning, samtaler, gjøre ting sammen etc)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Svært stor betydning	Stor betydning	Middels betydning	Liten betydning	Ingen betydning
4. Fagtidsskrifter og artikler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
5. Faglitteratur (bøker, oppslagsverk o.l)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
6. Sykepleiefaglig veiledning (organisert veiledning i gruppe)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
7. Informasjon gjennom massemedia (aviser, radio, TV, internett o.l)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
8. Faglige møter og samlinger på avdelingen/sykehuset	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
9. Elektroniske hjelpemidler (prosedyreverk, læringsportal o.l)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

**Tenk deg en person med samme utdanning som du selv har, men uten din yrkeserfaring:**

**Omtrent hvor lang tid vil det ta å lære opp vedkommende til å utføre jobben din?**

- (1)  Mindre enn 2 uker
- (2)  Fra 2 til 4 uker
- (3)  F.o.m. 1 til 3 mnd
- (4)  F.o.m. 3 til 12 mnd
- (5)  F.o.m 12 til 24 mnd
- (6)  2 år eller mer

På denne avdelingen: Omtrent hvor lang tid tar det før nyutdannede intensivsykepleiere blir plassert på vakter som innebærer at de har tilsvarende ansvar som det du har?

- (1)  Mindre enn 2 uker
- (2)  Fra 2 til 4 uker
- (3)  F.o.m.1 til 3 mnd
- (4)  F.o.m. 3 til 12 mnd
- (5)  F.o.m 12 til 24 mnd
- (6)  2 år eller mer

Hva skal til for å beholde deg som intensivsykepleier i avdelingen?

---

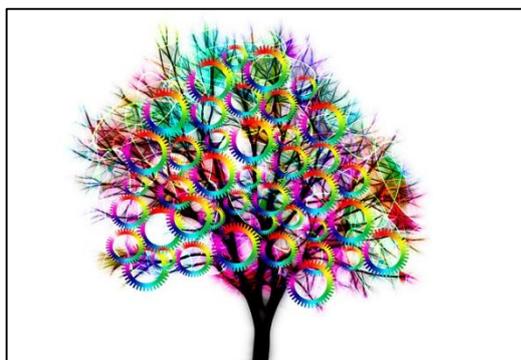
---

---

---

---

---



**Takk for at du tok deg tid til å besvare spørsmålene!**

**Svarene er registrert og spørreundersøkelsen kan avsluttes ved å trykke på knappen nede i hjørnet.**

## Vedlegg 4 Forespørsel om deltagelse



### Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

#### «Er intensivavdelinger et godt sted å jobbe?»

Du, intensivsykepleier, har en verdifull kompetanse. Den er viktig nå, men ikke minst i framtida. Vår erfaring er at mange intensivsykepleiere slutter i intensivavdelingen. Dette mener vi fører til at avdelingen mister verdifull kompetanse, en kompetanse det tar lang tid å erstatte. Videre er det vanskelig å rekruttere nye sykepleiere med intensivutdanning.

Som ledd i masteroppgave i intensivsykepleie ønsker vi å undersøke intensivsykepleierens arbeidstilfredshet i norske intensivavdelinger. Undersøkelsen gjennomføres i Helse Sør-Øst. Med intensivavdelinger mener vi også overvåkning/intermediær/postoperativavdelinger.

Hensikten med undersøkelsen er å identifisere de områder hvor det bør settes inn oppmerksomhet og ressurser for å beholde/ta vare på intensivsykepleierens kompetanse i intensivavdelingen.

#### Hva innebærer undersøkelsen for deg?

Vi henvender oss til deg med forespørsel om å delta i vår undersøkelse og ønsker at du fyller ut et elektronisk spørreskjema som omhandler arbeidshverdagen din. Utfyllingen av skjemaet tar ca. 15 minutter.

#### Personvern og anonymitet

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men vi oppfordrer deg til å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg, blir data slettet dersom de ikke allerede er inngått i analyser. Skjemaene skal besvares individuelt. Vi gjør oppmerksom på at i åpent spørsmål må det ikke skrives opplysninger som kan identifisere avdelingen du jobber ved.

Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Data oppbevares på PC med passordbeskyttelse og slettes når prosjektet er avsluttet, senest 1.1.2017.

Alle resultater som blir formidlet fra undersøkelsen vil være anonyme.

#### Ledere for undersøkelsen:

Bodil Peersen Gautefall

Mob:90991827

[bodil.peersen.gautefall@sshf.no](mailto:bodil.peersen.gautefall@sshf.no)

Hilde Pettersen Breland

Mob: 90761784

[hildepettersen.breland@sshf.no](mailto:hildepettersen.breland@sshf.no)

#### Veileder:

Gudrun E. Rohde

Førsteamanuensis

Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

[gudrun.e.rohde@uia.no](mailto:gudrun.e.rohde@uia.no)