

FAHS, Forskningscenter for
Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet
UNIVERSITETET I BERGEN

FOREKOMST AV BURNOUT VED ET NORSK SENTRALSYSKEHUS

En kartlegging av belastende forhold
ved arbeidsmiljøet. Implikasjoner for
trivsel og helse.

Hovedoppgave
Embetsstudiet i Psykologi

*Stig Berge Matthiesen
Thor Ove Asbjørnsen*

Mars 1986

FAHS, Hans Tanksgate 11, 5008 Bergen
Telefon (05) 21 25 83 - 21 25 84

F O R O R D

=====

Undersøkelsen som danner utgangspunkt for denne hovedoppgaven er gjennomført i regi av FAHS (Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet).

Hovedoppgaven ville ikke vært mulig å gjennomføre uten de ressurser som har blitt stilt til rådighet ved FAHS. Å få være en del av et aktivt og inspirerende forskningsmiljø, har vært en både spennende og utviklende læringsprosess.

Mange personer fortjener en takk for verdifulle tips og konstruktive råd, eller de har ytt annen hjelp under arbeidet med dette prosjektet. To personer vil vi nevne spesielt. Atle Dyregrov har vært vår veileder og store inspirator. Atle har bidratt med ypperlig veiledning, og har gjort alt som står i hans makt for å legge forholdene til rette for denne hovedoppgaven. Det var Atle som fikk oss interessert i fenomenet burnout hos helse-personell. Administrativ leder for FAHS, Odd H. Hellesøy, fortjener også en spesiell takk. Odd kan stå som et forbilde for den tillit og omtanke det er mulig å vise studenter. Som leder for FAHS har han lagt opp til en program-profil der studenter gis alle muligheter for å utføre fullverdig forskning.

Nevnes må også informantene ved sentral-sykehuset. Uten deres medvirken ville hverken denne hovedoppgaven eller den øvrige del av arbeidsmiljø-undersøkelsen blitt til. Det er å håpe at denne kartleggingen av arbeidsmiljøet kan bidra til miljø-stimulerende tiltak ved sentralsykehuset.

En særlig takk til to tålmodige ektefeller. Arnhild og Sissel har måttet leve med at denne hovedoppgaven har opptatt store deler av deres gemalers tid gjennom et lengre tidsrom.

Et par kommentarer til slutt. Siden dette er en hovedoppgave, har det vært nødvendig å legge en strengt viten-

skapelig form på denne rapporten. Lesere ved sentralsykehuset vil derfor støte på statistiske begreper som er ukjente for de fleste. Vi har imidlertid prøvd å forklare de fleste av disse begrepene underveis, gjennom bruk av fotnoter. Forhåpentlig vil de fleste klare å følge tråden i framstillingen.

Leserne vil også støte på kvalitative utsagn i diskusjonskapittelet. I vitenskapelig øyemed er dette noe uortodokst. Ved bruk av kvalitative data ligger det alltid en fare i at forskeren selektivt plukker ut data. Det må derfor presiseres at de kvalitative utsagn må sees på som illustrasjoner av kvantitative funn. Vi har imidlertid valgt å ta disse med, da dette gir mer "kjøtt" til framstillingen.

Stig Berge Matthiesen

Thor Ove Asbjørnsen

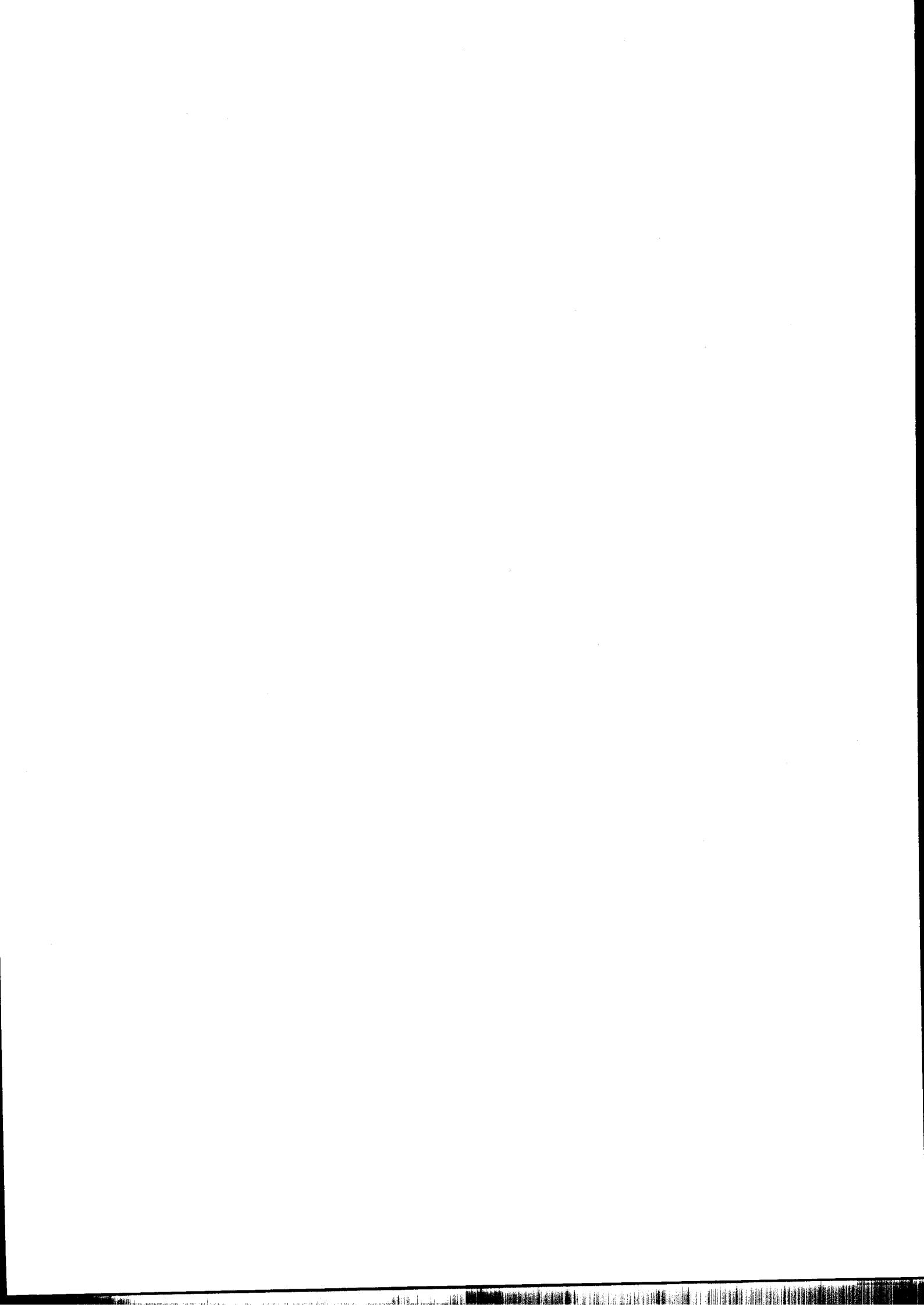
INNHOOLD

SAMMENDRAG

INNLEDNING	1
BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN	1
BAKGRUNN FOR HOVEDOPPGAVEN	1
BAKGRUNN FOR BURNOUT-FORSKNINGEN	2
Begrepsavklaring - stress	2
Forskning over jobbstress	4
BEGREPSAVKLARING - BURNOUT	5
KONSEKVENSER AV BURNOUT	8
HVEM RAMMES AV BURNOUT	9
ÅRSAKER TIL UTBRENNING	9
Emosjonelle belastninger	10
Pasient - hjelper relasjonen	12
Intra- og interpersonlige belastninger	14
Fysiske arbeidsmiljø	18
Individuelle variasjoner og burnout	18
SOSIAL STØTTE SOM STRESSDEMPER	23
MODELL PÅ SAMMENHENGEN MELLOM ARBEIDSMILJØ OG BURNOUT .	26
PROBLEMSTILLINGER	28
METODE	30
DELTAKERE %	30
SVARPROSENT	30
SYKEHUSET	31
SPØRRESKJEMA	32
Burnout	33
Sosial ønskverdighet	33
Jobbinnhold	33
Belastende arbeidssituasjoner	34
Fysisk arbeidsmiljø	34
Jobbplaner	35
Jobbverdier	35
Selvtillit	35
Psykiske og somatiske plager	35
Sosial støtte	35
Andre forhold som belyses i spørreskjemaet	36

PROSEDYRE	36
INNSAMLING AV DATA	36
STATISTIKK	37
RESULTAT	38
NIVÅ AV BURNOUT	38
SOSIAL ØNSKVERDIGHET	42
DEMOGRAFISKE FORHOLD	43
Generelle demografiske forhold	44
Arbeidsdemografiske forhold ved utvalget	46
Effekten av demografiske/ arbeids-	
demografiske forhold på burnout	49
DET PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØ	50
Jobbinnhold	50
Belastende arbeidssituasjoner	56
SOSIALT ARBEIDSKLIMA	69
Effekten av det sosiale arbeidsklima i	
forhold til burnout	71
DET FYSISKE ARBEIDSMILJØ	72
Burnout predikert ut fra det fysiske arbeidsmiljø	73
INDIVIDUELLE KARAKTERISTIKA	74
Jobbverdier	74
Selvtillit	79
Sosial støtte	81
PSYKOSOSIALE FORHOLDS SAMLETE EFFEKT PÅ BURNOUT	82
MULIGE KONSEKVENSER AV BURNOUT	85
Jobbtrivsel/ jobbplaner	85
Mål på helse	86
Burnouts evne til å predikere ulike mål på	
trivsel og helse	87
DISKUSJON	90
NIVÅ AV UTBRENNING	90
Utbrenning totalt	90
Profesjonsforskjeller	91
Avdelingsforskjeller	93
BETYDNINGEN AV ULIKE DEMOGRAFISKE/	
JOBB-DEMOGRAFISKE FORHOLD	97
INNHALDET I YRKESROLLE VS. BURNOUT	100

Autonomi	101
Medbestemmelse	102
Rolleklarhet	103
Rollekonflikt	104
BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONERS EFFEKT PÅ BURNOUT	104
SAMMENHENGEN MELLOM SOSIALT ARBEIDSKLIMA OG BURNOUT ..	106
FYSISKE ARBEIDSMILJØ VS. BURNOUT	108
INDIVIDUELLE KARAKTERISTIKA VS. BURNOUT	109
Verdipreferanser	109
Selvtillit i forhold til burnout	111
BETYDNINGEN AV SOSIAL STØTTE UTENFOR ARBEID	112
PSYKOSOSIALE FORHOLDS SAMLETE EFFEKT PÅ BURNOUT	113
KONSEKVENSER AV BURNOUT	116
Burnout kontra jobbtrivsel/ jobbplaner	116
Burnout i forhold til ulike mål på helse	117
METODISKE BEGRENSNINGER	119
KONKLUSJON OPPSUMMERENDE VURDERING	123
AVRUNDING FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER	125
NOTER	127
REFERANSER	132
APPENDIX A	146
(Appendix-tabeller)	
APPENDIX B	152
(Spørreskjema)	
APPENDIX C	172
(Prosjektskissen som ble sendt sykehuset.)	
(Informasjon til de ansatte.)(Vedlegg til spørreskjema.)	
(Purreskriv)	



SAMMENDRAG

1113 ansatte ved et norsk sentralsykehus deltok i en undersøkelse som tok sikte på å kartlegge det psykososiale arbeidsmiljø ved sykehuset. Data er innhentet ved bruk av et 19 siders spørreskjema. Informantene ble spurt om ulike sider ved sin arbeidssituasjon, trivsel og helsetilstand. I hovedoppgaven har vi belyst de 3 største profesjonene ved sykehuset, legene (n=69), sykepleierne (n=493) og hjelpepleierne (n=192). Rammen for oppgaven var å undersøke hvilke psykososiale forhold som særlig ser ut til å innvirke på hjelperes sårbarhet for burnout. Vi har også prøvd å belyse konsekvenser av burnout, knyttet til trivsel og helse.

I undersøkelsen fant vi at mange ulike typer psykososiale forhold innfluerer på hjelperes sårbarhet for burnout. Bruk av multippel regresjonsanalyse avdekket likevel at enkelte forhold skilte seg ut i forhold til burnout. Dette gjelder særlig hjelpernes opplevelse av yrkesrolle, og ulike typer arbeidsbelastninger. Særlig viktig synes det å være i hvilken grad hjelperne opplever konflikter i jobbsammenheng. Disse konfliktenes kan skyldes andres og egne motstridende forventninger til det omsorgsarbeid en utfører. I tillegg synes medisinsk-etiske konflikter av forskjellig slag å være av stor betydning. Kvalitative data avdekket at hjelperne opplevde etiske konflikter særlig knyttet til ulike dødsforlengende tiltak.

Undersøkelsen har vist nødvendigheten av å skille mellom ulike grupper av helsepersonell, når en belyser arbeidsmiljø i forhold til burnout. Forekomst av burnout varierte mellom

avdelingene. Det er således et visst grunnlag for å hevde at burnout synes å være avhengig av hvilken type omsorgsarbeid hjelperen utfører.

Det ble ikke avdekket forskjeller mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere når det gjelder nivå av utbrenning. Vi fant imidlertid klare holdepunkter for at en bør ta hensyn til profesjonsforskjeller når en vurderer hvilke psykososiale forhold som slår ut som særlig belastende. Legene, sykepleierne og hjelpepleierne hadde signifikant forskjellig oppfatning av arbeidsmiljøet på en rekke områder.

Data avdekket en sammenheng mellom burnout og ulike mål på trivsel og helse. Våre funn støtter opp under antagelsen om at burnout gir seg negative utslag i form av jobbmistrivsel, ønske om å skifte jobb, psykiske og somatiske plager, og generell utilfredshet med livsituasjonen.

INNLEDNING

BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

=====

Denne hovedoppgaven er den første av flere rapporter hvor sentrale arbeidsmiljøforhold ved et norsk sentralsykehus blir kartlagt. Rammen for hovedoppgaven er en arbeidsmiljøundersøkelse som ble gjennomført i 1985 i regi av Forsknings-senter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet (FAHS).

Alle de ansatte ved sentralsykehuset ble tilbudt å delta i denne undersøkelsen gjennom å fylle ut et 19 sideres spørreskjema. I dette spørreskjemaet ble de ansatte spurt om ulike sider ved sin arbeidssituasjon, trivsel og helsetilstand. De framkomne data er således basert på subjektiv egenrapportering.

Målsettingen med sykehusundersøkelsen er en bred kartlegging av ulike belastende forhold ved arbeidsmiljøet, slik disse oppleves av personalet, for å få et godt utgangspunkt for tiltak som kan forbedre arbeidsmiljøet.

BAKGRUNN FOR HOVEDOPPGAVEN

=====

I denne hovedoppgaven har vi konsentrert oss om en stressreaksjon som i særlig grad ser ut til å ramme helsepersonell. Denne stressreaksjonen kalles vanligvis for burnout, eller på norsk: utbrenning. Vi ønsker å belyse hvilke psykososiale forhold som viser størst sammenheng med burnout, og vi vil avdekke eventuelle helsemessige konsekvenser av burnout.

Vi har begrenset oss til det medisinske personell ved sentralsykehuset, og blant dem har vi konsentrert oss om de 3 største yrkesgruppene ved sykehuset¹⁾; legene, sykepleierne og hjelpepleierne. Alle medisinske avdelinger ved sykehuset er imidlertid representert.

Forskning omkring burnout er et relativt nytt område innen stressforskning. Begrepet ble første gang benyttet av Freudenberg (1974). Siden da har det et stadig tiltagende antall forskningsarbeider omkring burnout blitt publisert. Metodisk har imidlertid denne forskningen til nå vært relativt lite sofistikert. De fleste arbeider har basert seg på kliniske inntrykk eller enkle spørsmålsoppsett. I liten grad har forskningen skjelt mellom de ulike hjelpeprofesjonene. Det kan være forskjellige arbeidsmiljøforhold som gjør en lege eller en ufaglært hjelpepleier sårbar for burnout. Slike forhold blir tildekket når helsepersonell sees under ett.

Dette er noe av bakgrunnen for at vi i denne arbeidsmiljøundersøkelsen belyser forskjeller mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere når det gjelder opplevelsen av ulike psykososiale forhold ved sykehuset. Dette vil gi et mer nyansert bilde enn om en kun hadde operert med fellesbenevnelsen "hjelperer".

BAKGRUNN FOR BURNOUT-FORSKNINGEN.

=====

Vi nevnte at burnout kan sees på som en stressreaksjon hos hjelperer. I denne forbindelse ser vi det som formålstjenlig å skissere det overordnede begrepet stress, før vi fokuserer nærmere på den avgrensede stressreaksjonen burnout. Vi vil også kort nevne noen av de funn som er gjort innen nyere stressforskning.

BEGREPSAVKLARING - STRESS

Belastninger på arbeidsplassen eller jobbstress er avledet av det generelle stressbegrep (McNeil, 1981). Forskerne har imidlertid ikke kunnet enes om en felles stressdefinisjon (Mason, 1975a, 1975b). Følgen er at det heller ikke er samstemighet om hva som innebærer stress i arbeidet. "Stress" nyttes vekselvis for å betegne belastninger ved miljøet (stressorer), og reaksjoner hos individet (strain), eller interaksjonen mellom situasjon og person (Beehr & Newman, 1978).

Selye (1936; 1956; i Selye, 1976) hevdet i sin opprinnelige teori om stress at stress er en uspesifikk aktivering av organismen. Denne aktiveringen mente Selye progredierte gjennom 3 stadier, karakterisert ved fysiologiske endringer i organismen, individets forsøk på tilpasning, og en utmattelsesreaksjon dersom forsøket på tilpasning ikke fører fram. Det er særlig utmattelsesreaksjonen (ofte kalt "strain) som har blitt sett på som synonymt med stress.

Selyes opprinnelige stressteori har blitt modifisert og korrigert gjennom senere stress-forskning. Forskningen har utviklet seg i to retninger. I den ene legges hovedvekten på de fysiologiske responsene (feks. aktiveringsteori; Frankenhauser, 1975a; 1975b; Ursin 1982), og i den andre vektlegges konsekvensene av de fysiologiske responsene (f.eks. Levi, 1978; Ivancevich & Matteson, 1980; Parasuraman, 1982). Denne siste retningen har særlig fokusert på individets tilpasning i miljøet.

Schulers (1982) generelle definisjon ser stress som en opplevd dynamisk tilstand, som innbefatter usikkerhet om noe viktig. I følge Cox (1978) må stress betraktes som et perpetuelt fenomen med utgangspunkt i individets sammenligning av ytre krav med egen evne til å mestre disse kravene.

Av definisjoner på jobb-stress kan Caplan et al's (1975) definisjon nevnes. Disse definerer jobbstress som et hvert kjennetegn ved arbeidsmiljøet som representerer en trussel for individet. French et al. (1974) ser jobbstress som ubalanse mellom en persons evner og dyktighet, og de krav som stilles i arbeidet. Cooper & Marshall (1976) anser jobbstress for å være "negative miljøfaktorer eller stressorer knyttet til en spesiell jobb."

Enkelte ser slik person-miljøubalanse (person-environment misfit) som primærkilde til stress i arbeidslivet (French, 1973; Kulka, 1979). Jo større ubalanse, desto mer stress. Denne ubalansen kan være subjektiv såvel som at den kan skyldes faktiske forhold (French, 1973).

Felles for disse definisjonene på stress og jobb stress er imidlertid at stress - av tilstrekkelig styrke og varighet - vil influere på individets trivsel og velvære - og helsemessige tilstand på sikt. De fleste forskere enes også om at stress eller jobbstress bunner i ubalanse mellom ressurser og krav, og at stress er en interaksjonsprosess (se f.eks. Cox, 1978). En slik interaksjonsprosess innebærer at ulike miljøforhold har en samlet innvirkning på personen, hvor konsekvensen er den individuelle stressrespons (opplevelse, handling eller fysisk reaksjon).

Det er viktig å få fram at forhold ved individet kan moderere (dempe) eller forsterke dette interaksjonsforholdet mellom individ og miljø. F.eks. er det en utbredt oppfatning at individets personlighet, erfaringsbakgrunn og/ eller sosial støtte fra omgivelsene har særlig stor betydning. Dette skal vi komme tilbake til senere.

FORSKNING OVER JOBBSTRESS

Arbeidstakers subjektive opplevelse av stress har vist seg å være av avgjørende betydning for organisasjoners produktivitet og det enkelte individs trivsel og velvære (se Beehr & Newman, 1978). Dette har medført at en rekke undersøkelser har blitt gjennomført blant ulike yrkesgrupper med siktemål å øke forståelsen for miljøfaktorers innvirkning på stressreaksjoner, og konsekvenser av arbeidsstress.

I forskning har man bl.a. funnet sammenheng mellom belastninger eller stress på arbeidsplassen, og negative utslag som svekket motivasjon og arbeidsinnsats; lavere produktivitet; endrete holdninger/ verdier overfor de en arbeider sammen med; generell mistrivsel, både i og utenfor arbeid; konflikter på arbeidsplassen; sykefravær og stabilitet i jobben; redusert selvbilde og angst (for oversikt se Behr & Newman, 1978; Schuler, 1980; Cooper & Marshall, 1976; Cooper & Marshall, 1978; Cooper, 1983; Iaffaldano & Muchinsky, 1985).

Innen medisinsk arbeidsmiljøforskning har særlig sammenhengen mellom arbeidsmessige belastninger og endringer i ulike fysiologiske responssystem blitt undersøkt. Det er relativt utbredt enighet om at forhold ved arbeidsplassen kan medføre endret fysiologisk aktivering, og at konsekvensen kan bli svekket helse, blant annet i form av ulike kroppslige lidelser.

Det er også holdepunkter for at arbeidsstress innvirker på forekomst av forskjellige typer hjerte-kar-lidelser (som hjerteinfarkt og høyt blodtrykk), mage-tarm-sykdommer, svekket immunsystem, endret hormonspeil, plager i muskel-skjelett-systemet, m.m. (for nærmere detaljer, se Sharit & Salvendy, 1982; Selye, 1976; Mason, 1975a, 1975b).

Verdens helseorganisasjon opererer med en utvidet definisjon på helse, som har vunnet gehør også innen arbeidsmiljøforskning. I følge denne definisjonen er helse ikke bare fravær av sykdom, men innebærer en tilstand av psykisk, fysisk og sosialt velvære (WHO, 1973). En videreføring av WHO's helsedefinisjon innebærer at arbeidsstress svekker helsen, uavhengig av om en finner fysiologiske holdepunkter for dette. Individets subjektive opplevelse av velvære og av egen helse sees på som en av flere sider ved begrepet helse. Dette er et synspunkt som er viktig å ha i mente, når en vurderer forekomst av arbeidsstress, og hvilke forhold som virker inn på denne.

Ser vi på en organisasjon, kan vi så langt sammenfatte at jobb stress rammer organisasjonen på følgende nivå:

- 1) Den yrkesaktive (svekket helse, mistriivsel på jobben),
- 2) Kollegene (dårligere sosialt klima, samarbeidsvansker),
- 3) Bedriften eller organisasjonen (høy gjennomtrekk, større sykefravær, svekket arbeidsinnsats av de ansatte),
- 4) Mottakerne av organisasjonens tjenester (dårligere service, svekket kvalitet på den produserte ytelse eller produkt).

BEGREPSAVKLARING - BURNOUT

=====

I likhet med det generelle stressbegrep, finnes det et

stort antall definisjoner på burnout. Enkelte betegner hele den negative utvekslingen eller samspillet mellom individ og miljø som utbrenning (Carrol & White, 1982), andre sidestiller burnout med fremmedgjøring (Berkeley Planning Associates, 1977).

Noen ser burnout som enhver form for psykisk reaksjon på stress (strain) i alle former for service-arbeid (Shinn et al., 1984). Andre innsnevrer begrepet til å gjelde psykisk tilbaketrekking fra arbeidet (Cherniss, 1980), som innebærer tap av motivasjon eller evne til nærhet og engasjement med pasientene eller arbeidsmiljøet (Corcoran & Bryce, 1984), eller en tilstand hvor individet forventer lite belønning og betraktelig med negative sanksjoner i tilknytning til det utførte arbeid (Meier, 1983).

Freudenberger (1975, 1977) understreker at burnout kjenne- tegnes ved en utpreget kynisme og negativisme til det arbeidet en utfører som hjelper. Karakteristiske trekk er rigid ("regel- bundet") tenkning med lite rom for fleksibilitet. Cherniss (1980) beskriver burnout som en prosess hvor høyt og vedvarende nivå av jobb-stress resulterer i en følelse av kronisk, vedvarende spenning, irritabilitet og slitasje (fatigue). Dette resulterer i en defensiv reaksjon karakterisert ved tilbake- trekking, apati, kynisme og rigiditet.

Edelwich & Brodsky (1980) beskriver burnout som en syklisk prosess preget av et progressivt tap av idealisme, energi og målrettethet i arbeidet. I følge Edelwich & Brodsky kan selve prosessen beskrives i 5 stadier.

1) Entusiasme - hjelperen er i sitt arbeid preget av såkalt "idealistisk entusiasme" i sin nye jobb. Overidentifikasjon med pasientene og urealistisk tro på egne ferdigheter og muligheter karakteriserer hjelperen i dette stadiet.

2) Stagnasjon - hjelperen gjør fremdeles arbeidet på en fyldestgjørende måte, men jobben er blitt mer av et pliktløp.

3) Frustrasjon - på dette stadiet begynner hjelperen å stille spørsmålsteget ved egen effektivitet og dyktighet, og kvalitetene ved jobben for øvrig. Hva er vitsen ved å bruke så mye krefter på pasienter som likevel ikke blir bedre?

4) Apati - hjelperen reagerer med fysisk eller psykisk tilbaketrekking i forhold til den del av arbeidet som oppleves som mest belastende.

5) Intervensjon - et hvert tiltak som bryter burnout-sirkelen (inkludert det å slutte eller skifte jobb). Dette trinnet kan avløse hvert av de foregående.

Det må presiseres at Edelwich & Brodsky bygger sin forståelse av burnout på klinisk erfaring, ikke empirisk etterprøvbare resultater. Modellen deres gir likevel mening, og kan stå som en illustrasjon på hva mange forskere ser som karakteristiske trekk ved burnout, ikke minst når det gjelder utviklingen over tid.

Maslach (1977; 1978; 1981) gir også en god og dekkende definisjon. Hennes beskrivelse av fenomenet tar vare på det meste av innholdet i de tidligere nevnte definisjoner. I følge henne innebærer Burnout tre forhold:

1) Emosjonell utmattelse eller følelsesmessig blokkering overfor andre (tap av energi, mangel på interesse for det som skjer rundt en, manglende omtanke for andre etc.).

2) Depersonalisering ("tingliggjøring") av pasientene (ulike strategier for å holde pasienten på avstand psykisk, f.eks. ensidig fokusering på pasientens symptom eller lidelse, intellektualisering av dystre prognoser, upassende holdninger overfor pasientene, bruk av humor etc.).

3) Negativ opplevelse av seg selv og sin egen arbeidsinnsats (depresjon, lav moral, tilbaketrekking, redusert arbeidskapasitet og produktivitet).

Uansett definisjon er det viktig å understreke at Burnout må oppfattes som et syndrom, hvor mange forskjellige symptom henger sammen i karakteristiske mønstre. Forskjellige undersøkelser har knyttet Burnout til ulike psykososiale reaksjoner (se Maher, 1983; for oversiktsstudie). Et gjennomgående trekk synes imidlertid å være fenomenets depressive karakter, og hjelperens opplevelse av emosjonell utmattelse. Størst enighet er det om at Burnout innebærer emosjonell utmattelse, og at Burnout er en form for inadekvat tilpasning til stress og

belastninger opplevd i arbeids- situasjonen (se f.eks. Maslach, 1982).

En rimelig avgrensning av fenomenet Burnout må være at begrepet forbeholdes de tilstander hvor emosjonell utmattelse, depersonalisering overfor pasientene og manglende opplevelse av å strekke til er til stede hos individet samtidig.

KONSEKVENSER AV BURNOUT

=====

Det er relativt klar evidens for at stress i arbeidet fører til forskjellige negative konsekvenser eller reaksjoner, både for den yrkesaktive, for organisasjonen, såvel som mottaker av organisasjonens tjenester. Konsekvenser av den mer avgrensede stressreaksjonen burnout er ikke i samme grad kartlagt. Størstedelen av de arbeider som er publisert om burnout har basert sine antagelser om årsakssammenhenger eller konsekvenser av burnout på klinisk erfaring, ofte med vidt forskjellige operasjonaliseringer av hva som innbefattes av begrepet (Schwab, 1983; McDermott, 1984).

En del empirisk materiale om ulike negative effekter av burnout foreligger imidlertid. I tillegg til de negative konsekvenser symptommønsteret i seg selv synes å innebære, har forskning på forskjellige grupper helsepersonell vist at utbrenthet samvarierer med forhold som sykefravær og hyppige utskiftninger av personalet (Maslach, 1976; Bamber, 1979; Veninga, 1979; Weinberg, 1983; Yayaratne & Chess, 1984); svekket selvbilde (Brookings et al., 1985); jobbtilfredshet (Brookings et al., 1985; Yayaratne & Chess, 1984); ulike former for psykiske og somatiske plager (Belcastro & Hays, 1984; Matthiesen, 1985); økt forbruk av alkohol og bruk av beroligende midler (Jones, 1980; Jones, 1981), negative holdninger mot pasienter og arbeidet generelt (Boy & Pine, 1980; Harrison, 1980; Pines & Maslach, 1978), og ikke minst: reduserte arbeidsprestasjoner (Pines et al., 1981).

Vi kjenner ikke til forskning som har anvendt operasjonalisert mål på burnout (d.v.s. standardisert inventorie)

samtidig med fysiologiske målinger på helse. Det er imidlertid rimelig å anta at burnout ikke vil atskille seg fra arbeidsstress generelt med hensyn til fysiologiske endringer.

Sammenfattet kan vi si:

1) Burnout virker inn på personalets eller hjelperens arbeidsmoral og psykiske velvære.

2) Dette medfører at hjelperens kapasitet til å organisere eller ta på seg arbeid svekkes.

3) En videre konsekvens ser ut til å være svekket omsorgs-tilbud overfor pasientene, i form av dårligere kvalitet på de tjenester som ytes.

HVEM RAMMES AV BURNOUT?

=====

Utbrenning er ikke bare begrenset til mennesker som arbeider innen helsevesenet. Forenklet kan vi si at burnout er en stress-reaksjon som særlig rammer personer hvis viktigste arbeidsredskap er dem selv, og hvor målet for deres arbeid er andre personer. Det finnes rapporter om dette fenomenet fra ulike typer hjelpearbeid, bl.a. politi- og brannvesen (Maslach & Jackson, 1979), lærere (Schwab, 1982; Beck & Gargiulo, 1983), skolepsykologer (Reiner & Hartshorne, 1982), privatpraktiserende psykoterapeuter (Farber & Heifetz, 1982); talepedagoger (Miller & Potter, 1982); ergoterapeuter (Sturgess & Poulsen, 1983); krisesentra (Freudenberger, 1974) og eldrearbeid (Goldstein et al., 1981). Helsearbeidere synes spesielt utsatt for slike reaksjoner. Mer enn av andre kreves det av helsearbeidere at de alltid skal kunne gi av seg selv, ofte uten at de får ros, positiv tilbakemelding eller andre tegn på at det arbeid de utfører, er noe verdt.

ÅRSAKER TIL UTBRENNING

=====

Både individuelle, sosialpsykologiske og organisasjonelle faktorer har betydning for utvikling av burnout. Samfunnets holdninger, normer og regler vil danne bakgrunn for helse-

personells arbeid og de krav som stilles til arbeid på dette feltet, og til hvor sårbare hjelpere er for å bli utbrente. Hvilke omsorgs- eller behandlingssideal som til enhver tid gjør seg gjeldende for arbeid med andre mennesker vil sannsynligvis ha stor betydning for hvor utsatte helsepersonell eller hjelpere er for slitasje og utbrenning.

Det er dokumentert at den sosiale struktur ved arbeidsplassen innfluerer på forekomst av jobbstress (se Beehr & Newman, 1978). Ikke minst kommunikasjonsmønsteret vil stå sentralt. Flere har funnet sammenheng mellom størrelsen på sykehuset, og forhold som samarbeid, stress og mistrivsel (Rump, 1979; Feldman, 1984). Dette ble bl.a. forklart med at det hersket en større sosial distanse og mindre effektiv kommunikasjon innen større sykehus (Rump, 1979).

Likevel er det kanskje arbeidets karakter som først og fremst medvirker til burnout. Det er mulig at strukturen og innholdet ved omsorgsarbeid i seg selv medfører at hjelpere er særlig utsatt for mentalt stress. Forskning har vist at det er forbundet med større psykisk belastning å arbeide med mennesker enn med ting (Wardwell et al., 1964; i Cooper & Marshall, 1976).

EMOSJONELLE BELASTNINGER

Enkelte beskriver intensitet i arbeidet eller den frenetiske atmosfære på arbeidsplassen som særlig utslagsgivende i forhold til burnout (Dyregrov et al., 1982; Savicki & Cooley, 1982). Et karakteristisk trekk ved mange typer omsorgsarbeid er det vedvarende bombardement av stimuli hjelperne utsettes for. Mange opplever daglig død, tragedie, sorg og lidelser. Noe av det vanskeligste ved hjelpearbeidet er særlig knyttet til det å måtte forholde seg til andre menneskers følelser omkring sykdom, prognose og død.

Belastningen kan oppleves særlig sterk når pasientene eller de pårørende gir uttrykk for sin frustrasjon eller fortvilelse overfor hjelperne. Hjelperne blir oppmerksom på egen sårbarhet. Arbeid innen sykehus, gjennom de lidelser en blir vitne til,

innebærer en stadig påminnelse om hvor sårbare en er selv.

Flere har hevdet at de fleste mennesker går rundt med en "illusjon av usårbarhet", en form for psykisk forsvar som hindrer en i å ta andres negative hendelser inn over seg (se Janis, 1969; Janoff-Bulman & Frieze, 1983). Ulykken rammer andre, men ikke meg og mine. Forskning har vist at traumatiske hendelser som f.eks. dødsfall innen egen familie kan rokke ved denne sårbarhetsfølelsen, med bl.a. endret angstterskel som resultat (Dyregrov & Matthiesen, 1985; Dyregrov & Matthiesen, 1986). Det er imidlertid ikke vanskelig å forestille seg at langvarig eksponering for lidelse og død gjennom omsorgsarbeid på sykehus også kan svekke dette psykiske forsvaret.

Ofte er helsepersonell lite trent i å håndtere sine egne følelser i forhold til andres sykdom og død. F.eks. vil arbeid med syke barn lett aktivere frykt for egne barn (Dyregrov et al., 1982), og arbeid med kreftpasienter kan forsterke engstelsen for at en selv eller ens nærmeste skal få kreft.

I hvilken grad hjelperen er utsatt for emosjonell belastning vil variere med type omsorgsarbeid som utføres. Arbeid på intensiv- og onkologiske avdelinger anses som særlig belastende omsorgsarbeid (f.eks. Chiriboga et al., 1983; Steffen & Bayley, 1979; Huckabay & Jagla, 1979; Baider & Porath, 1981; Vachon, 1978; Vachon et al., 1978). Undersøkelser har vist at opplevelse av arbeidet som emosjonelt belastende bl.a. er avhengig av forhold som lengden av direkte kontakt med pasientene (Pines & Maslach, 1977; Reed, 1977), underbemanning eller for lite kvalifisert personale i forhold til antall pasienter (Maslach & Pines, 1978; Reed, 1977), antall timer sammenhengende på jobb (Pines et al., 1981), og ikke minst størrelsen på den enkelte enhet eller avdeling (Pines & Kafry, 1978).

Det er imidlertid mange andre arbeidssituasjoner som må betegnes som emosjonelt belastende ved et sykehus, belastninger som store deler av det medisinske personell har felles. Her kan kort nevnes forhold som presentering av diagnose, håndtering av emosjonelle reaksjoner hos pasienter og pårørende, bivirkninger av behandling, infeksjoner, tilbakefall og død (Pines et al.,

1981). Pasientene gjennomgår ofte drastiske fysiske forandringer. Ikke sjelden står personellet overfor pasienter som venter på å dø, pasienter det ikke lenger er mulig å gjøre noe for medisinsk. Mange holdes kunstig i live ved hjelp av respirator eller andre tekniske hjelpemidler, med de medisinsketiske konflikter dette innebærer.

Det gir ofte en følelse av hjelpeløshet å stå overfor en sykdom og ikke få kontroll. Seligman (1975) ser hjelpeløshet og emosjonelt tap ved dødsfall som viktige komponenter ved depresjon. Når en lidelse er utenfor ens kontroll, er en sårbar rent psykologisk. Seligman (1975b) fant at mangel på kontroll og forutsigbarhet ofte fører til ulike stress-symptomer og emosjonelle forstyrrelser, som redusert selvtillit, endret selvbilde og økt angst. Enkelte hevder at kroniske belastninger (daily hassles) er den primært utløsende årsak til burnout (Lazarus, 1984; Kanner et al., 1981).

Vi nevnte at medisinske nyvinninger kan medføre medisinsketiske konflikter i arbeidet. Denne typen belastning opptrer hyppigst på ulike typer intensiv- og akuttavdelinger, hvor en arbeider under sterkt press og hvor viktige avgjørelser må tas raskt (Dyregrov et al., 1982). Skal pasienten kobles til respirator eller annen livsforlengende apparatur eller ikke? Når og hvordan skal aktiv behandling avsluttes?

Arbeidsbelastningen, de stadige små og store kriser som medfører at beslutninger må foretas under press, skaper lett engstelse for både å foreta gale beslutninger og gjøre feil. Et kronisk belastende arbeidsmiljø kan medføre "onde sirkler", hvor angsten forverres ytterligere. Borland (1981) snakker om "uttalt avdelingsburnout", når en hel avdeling er nedslitt.

Pasient - Hjelper relasjonen

Ved sykehusinnleggelse kan mange alvorlig syke pasienter og deres pårørende opptre krevende, aggressivt og tildels ulogisk som en følge av den fortvilelse de føler over egen situasjon. Denne frustrasjonen kan få utløp gjennom klager over personalet, mangel på samarbeid, og negative bemerkninger. Kontakt

med slike pasienter og pårørende kan være svært slitsomt, og kreve stor tålmodighet og evne til overbærenhet. Over tid kan en følelse av å hele tiden gi til andre, og stadig bli møtt med manglende tilbakemelding eller endog kritikk, medføre stress og slitasje, med burnout, og ulike former for psykiske og somatiske plager som konsekvens (Pines et al., 1981).

Omsorgsarbeid innebærer å hjelpe andre. Personer som utdanner seg til hjelpere, har verdipreferanser som medfører et ønske om kunne få hjelpe andre. Både fra de selv og fra andre stilles det store krav til ansvarlighet og engasjement. Idealet er hjelperen som bare har gode følelser, som alltid er i stand til å gi, og som til enhver tid er klar til å ta et tak. Den overordnede målsetting ved omsorgsarbeidet er å gjøre pasientene "friske", en målsetting hjelperer stadig blir konfrontert med (Gustaffson, 1978).

Denne målsettingen kan imidlertid lett utfordre det bildet helsepersonell har av egen funksjon, og kan resultere i følelse av frustrasjon, sinne og selvbebreidelse. Det vil alltid være pasienter som aldri blir "friske" eller sosialt rehabiliterte, til tross for stor innsats. Ved stadig eksponering for tilbakefall hos pasientene, og ved å iaktta fysisk eller mental svekkelse, kan selvaktelsen eller troen på egen ferdighet være vanskelig å opprettholde.

Det personlige forholdet hjelperen har til pasientene synes også å ha betydning for hvor sårbar en er for utbrenning. Det er påvist en klar sammenheng mellom Burnout og i hvilken grad hjelperen opplever pasientene som negative, fiendtlig innstilte, eller lite motiverte til å følge gjeldende behandlingsopplegg (Maslack & Jackson, 1979).

Karakteristika ved pasientens lidelse har også betydning for hvor utsatt en er for burnout. Maslach (1978) fant f.eks. sammenheng mellom burnout og antall pasienter med diagnosen schizofreni. Jo flere schizofreni-pasienter på en psykiatrisk avdeling, jo mer slitasje blant personalet. Dette kan tolkes dithen at hjelperer som arbeider med pasienter med liten evne eller mulighet til å gi positiv tilbakemelding, er særlig

utsatt for stress eller burnout.

INTRA- OG INTERPERSONELLE BELASTNINGER

Et annet sentralt forhold i forbindelse med burnout, er rollefordelingen og de sosiale relasjoner som er etablert mellom hjelperne. Dette henger ikke minst sammen med at en trygg og oversiktlig arbeidssituasjon og opplevelse av tilhørighet er sentrale betingelser for jobb-trivsel, stress eller burnout (Kahn et al., 1964, Rizzo et al., 1970; Beehr & Newman, 1978; Kahn, 1981; Cherniss, 1980).

Konflikter har ofte sitt opphav i uklare definisjon av yrkesrollen. I sykehussystemet har personalgruppene ulik innflytelse og ansvar, ofte er grenselinjene mellom gruppene uklare. Legene kan tre inn på det som sykepleiere og hjelpepleiere anser som sitt ansvarsområde, eller de skyver ansvaret over på pleierstaben. Sykepleierne på sin side kan ta avgjørelser på områder hvor de ikke er formelt ansvarlige, eller legenes avgjørelser blir desavuert.

Forskning har vist at rollekonflikt og rolleklarhet er to primære kilder til stress i arbeidet - på tvers av yrker (Rizzo et al. 1970; House & Rizzo, 1972; Szilagyi et al., 1976, Orpen, 1982). Enkelte ser rollekonflikt som hovedårsak til burnout (Kahn, 1978). I to norske undersøkelser ble rollekonflikt funnet å være viktigste årsak til generelt stress blant helsepersonell (Endresen, 1984; Arnestad & Aanestad, 1985).

Rollekonflikt innebærer at hjelperen mottar - eller stiller selv - uforenlige krav eller forventninger til det arbeid han eller hun skal utføre. Det skilles mellom 4 typer rollekonflikt (Rizzo et al., 1970):

- 1) konflikter hvor arbeidet innebærer kollisjon mellom ulike verdier,
- 2) yrkesrollen innebærer en arbeidsbyrde som går utover hjelpers kompetanse, tid eller ressurser,
- 3) hjelperen innehar flere roller, som er innbyrdes uforenlige,

4) i forbindelse med omsorgsarbeidet mottar hjelperen ulike krav eller forventninger fra forskjellige profesjonsgrupper, eller fra arbeid og hjem.

Hjelpere som befinner seg i en hierarkisk mellomposisjon synes særlig utsatt for rollebelastning (Gummer, 1979). De må representere pasientene overfor den medisinske ledelse og de faglig ansvarlige, og samtidig representere ledelsen overfor pasientene og hjelpere på grunnplanet. Dette medfører en dobbelt-rolle som innebærer "press" fra begge kanter.

Flere (f.eks. Pines et al., 1981; Freudenberg & North, 1985) har anført at motstridende krav mellom hjem og familie på den ene siden, og arbeidet på den andre siden, innebærer særlig kilde til stress hos kvinnelige hjelpere. Skiftarbeid er ofte vanskelig å kombinere med rollen som mor. Kvinner med mindreårige barn synes særlig å være sårbare (Greenhaus & Beutell, 1985; Pleck et al., 1980).

Rollekonflikt har også vist å innvirke på forhold som jobbmistrivsel og planer om å slutte i arbeidet (Brief & Alldag, 1976). Ulike undersøkelser har vist at profesjonskonflikter er en av de hyppigste årsaker til stress og burnout innen helsearbeid (Jacobson, 1978; Keenan & Newton, 1985; Weinberg et al., 1983), og viktig årsak til at personalet slutter (Sætnan, 1980).

Evnen og toleransen for rolle- og profesjonskonflikt varierer fra person til person (Randolph & Posner 1981). Toleranse for rollekonflikt er blant annet en funksjon av alder og yrkeserfaring (Numerof & Abrams, 1984), men er også avhengig av den kontroll og innflytelse en har på forandring. Dette kan være en mulig forklaring på at rollekonflikt særlig synes å ramme yrkesaktive på grunnplanet, mens rolleklarhet er viktigere stressor i de høyere organisasjonslag (Szilagyi, 1977).

Rolleklarhet innebærer at innholdet i den enkeltes jobb - arbeidsområde og plikter - framtrer uklart eller diffust, eller at konsekvensene eller resultatet av det arbeid en utfører er

lite forutsigbart (House & Rizzo, 1972; Rizzo, 1970). Kahn et al. (1964) identifiserte 6 forskjellige typer rolleklarhet; uklarhet om:

- 1) ansvaret og formålet med en jobb
- 2) kollegers forventninger
- 3) utilstrekkelig informasjon til å gjøre fullgodt arbeid
- 4) forfremmelsesmuligheter
- 5) overordnetes vurderinger/ evalueringer
- 6) hva som skjer i organisasjonen

Kahn et al. presiserer at grad av uklarhet vil varieres langs disse dimensjonene, og enkelte yrker vil være mer utsatt for visse typer rolleklarhet enn andre. Flere undersøkelser har vist at opplevelse av veldefinert yrkesrolle er sentral komponent for både trivsel og stabilitet i jobben (Cherniss & Egnatios, 1978; Lyons, 1971). At rolleklarhet er et hyppig problem også innen norsk helsevesen, framgår klart av en undersøkelse av sykehjemspersonale, hvor 2 av 3 opplevde at arbeidsoppgavene var uklart definert (Karlsen & Romedal, 1979).

En mulig årsak til rolleklarhet synes å være en sentral komponent ved hjelperrollen, kan være at det er vanskelig både å avgrense og utarbeide eksakte retningslinjer for hva som innbefattes i det å hjelpe eller gi andre omsorg.

I tillegg er det ofte vanskelig å se konsekvensene av omsorgsarbeidet, resultatet av den enkeltes arbeidsinnsats. Progresjon eller bedring hos pasientene skjer langsomt, pasientene får tilbakefall eller endog dør. For den enkelte hjelper blir det vanskelig å se resultater av den hjelp og støtte han eller hun har ytt pasientene.

Hjelperens manglende opplevelse av kontroll over egen arbeidssituasjon er annen kilde til Burnout. Manglende kontroll kan skyldes at det er for mye å gjøre i forhold til den tiden som er til disposisjon (Freudenberger, 1977), at en føler at en har utilstrekkelig innflytelse over avgjørelser som vedrører jobben (Minahan, 1980, Sparks, 1979; Beehr et al., 1976), eller simpelthen det at en jobber på et annet tidspunkt enn det vaktskifte hvor de fleste avgjørelser og de fleste møter blir

holdt. Dette kan være en mulig årsak til at man i flere undersøkelser (bl.a. Jones, 1980) har funnet høyere forekomst av Burnout blant hjelpere på skift- og nattarbeid.

Innen attribusjonsteori (f.eks. Weiner, 1972) antas det at opplevelse av en autonom arbeidssituasjon er avgjørende for individets tilskrivning av suksess eller tilkortkomning, med andre ord opplevelse av f.eks. jobbtilfredshet. Pines et al. (1981) har tidligere funnet sammenheng mellom autonomi og nivå av burnout. Sammenhengen mellom autonom arbeidssituasjon, tilfredshet i jobben, og ulike mål på stress, er tidligere dokumentert både innen somatiske og psykiatriske sykehus, innen alkoholomsorgen og hos arbeidtakere generelt (Endresen, 1984; Aanestad & Arnestad, 1985; Rubington, 1984; Dalgard, 1983). Opplevelsen av å ha en selvstendig arbeidssituasjon, er også vist å influere på generell livstilfredshet (Beehr, 1976).

Kominasjonen høyt arbeidspress og liten handlefrihet er særlig stressfremkallende (Karasek, 1979). Ut fra longitudinelle data fant Karasek at det er den samlede virkningen av arbeidssituasjonen eller kravene til jobben og manglende mulighet til å foreta egne valg og beslutninger som særlig framkaller psykisk stress.

Et annet forhold som innvirker på burnout og arbeidstress generelt, er opplevelse av medbestemmelse i arbeidet (Thompson, 1980; Barad, 1979; Cooper & Marshall, 1976, Dahlgard, 1983). Jo sterkere opplevelse av medbestemmelse, desto større trivsel og mindre burnout eller andre former for jobbstress.

Begrepsmessig er begrepene medbestemmelse og autonomi relativt like. Mens autonomi innebærer opplevelse av selvstendig jobbsituasjon, går medbestemmelse mer på at en har innflytelse i viktige beslutningsprosesser som angår ens arbeidssituasjon.

I en større amerikansk undersøkelse fant Margolis (1974) at manglende medbestemmelse var sterkeste bidrag til jobbstress. Manglende medbestemmelse viste blant annet klart samsvar med fysisk helse, jobbtilfredshet, sykefravær og turnover. Til-

svarende sammenheng mellom medbestemmelse og helse er bl.a. funnet av Karasek (1979). Forbindelsen mellom stress og ytre kontroll (d.v.s. liten medbestemmelse) synes særlig høy for personer med høy utdanning eller kreativt arbeid (Dahlgard, 1983).

Også innen skandinavisk arbeidsmiljøforskning er det funnet sammenheng mellom medbestemmelse og helse (se Gardell, 1971; Theorell, 1984; Dalgard, 1983). I en norsk sykehusundersøkelse fant Gogstad (1972) at manglende medbestemmelse var et av de forhold personalet var mest misfornøyd med.

FYSISKE ARBEIDSMILJØ

Det er i liten grad utført forskning som belyser forholdet mellom fysiske sider ved arbeidsmiljøet og burnout. Lazarus og Laurier (1978) har understreket at enhver hendelse eller forhold ved arbeidsmiljøet kan være potensiell stressor. Det fysiske arbeidsmiljø kan sette begrensninger for hjelpernes muligheter til å ventilere ut emosjonelle belastninger. Dårlige eller mangelfulle pauserom hindrer hjelperen i å få avbrudd fra pasientene. Mangler ved det tekniske utstyr kan bidra til redusert effektivitet og tyngre arbeid, noe som gir mindre overskudd til pasientene. Effekten kan med andre ord sees på som kumulativ, hvor flere fysiske faktorer kan samvirke, og bidra til slitasje hos hjelperne.

Rosenthal et al. (1983) fant sammenheng mellom fysisk komfort og burnout. Gokstad (1972) fant at ved siden av manglende medbestemmelse, var personalet mest misfornøyd med den tekniske utforming av sykehuset. Betydningen av det fysiske arbeidsmiljøet for trivsel generelt er ellers dokumentert gjennom en rekke studier (for oversikt, se Cooper, 1983). Hellesøy og medarbeidere (Hellesøy, 1984) har i en omfattende undersøkelse av oljearbeidere avdekket en klar sammenheng mellom opplevelse av det fysiske arbeidsmiljø og ulike mål på helse.

INDIVIDUELLE VARIASJONER OG BURNOUT

Enkelte hevder at burnout går på tvers av demografiske

karakteristika (McDermott, 1984). Andre undersøkelser har imidlertid vist at alder, arbeidserfaring og hvor en er i den karrieremessige utvikling har vist å influere på nivå av burnout (Cherniss, 1980; Jones, 1981). Unge hjelpere er mest utsatt for å brenne ut og for å kjøre seg tom i jobbsammenheng. Den unge, idealistiske hjelper har ofte de mest urealistiske forventningene til sin yrkesutøvelse, eller til hva arbeidet vil innebære (Pines et al., 1981; Kestnbaum, 1984).

Enkelte ser urealistiske forventninger i tilknytning til arbeidet som en av de viktigste årsaker til at hjelpere blir utbrente (Cherniss, 1980; Kestnbaum, 1984). Jones (1981) har funnet sammenheng mellom burnout og irrasjonell tenkning hos sykepleiere. Dette gav seg utslag særlig under belastende, traumatiske arbeidsforhold. Ulogisk tenkning gjorde at hjelperne i større grad tok inn over seg belastningene.

Den subjektive fortolkning av belastende hendelser er avgjørende for hva som oppleves som stress, og styrken på stressreaksjonen (Averill, 1979; Lazarus, 1974). Subjektiv fortolkning av stress og burnout er blant annet avhengig av personens attribusjonsstil (Rotter, 1966; Greer & Wethered, 1984). Med attribusjonsstil menes den enkeltes tilbøyelighet til å tilskrive positive/ negative hendelser til egenskaper ved seg selv, eller til tilfeldigheter og andre ytre forhold. Personer med tilbøyelighet til å tenke "ytre-styrt" (positive hendelser på jobben skyldes tilfeldigheter eller andres innsats, negative hendelser skyldes meg selv) er mest utsatt for arbeidsstress eller burnout (Numerof & Abrams, 1984).

Dette skyldes ikke minst at "ytre-styrte" personer i større grad opplever at de ikke har innflytelse på det som skjer rundt dem (Numerof & Abrams, 1984; Suls & Mullen, 1981; Fuller et al., 1978). I følge Seligman (1975) er "ytre-styrte" personer generelt mer sårbare for stress. Dette skyldes bl.a. at disse har lavere toleranse for frustrasjon og ytre belastninger ("lært hjelpeløshet").

Individets subjektive fortolkning av hendelser/ attribusjonsstil må også sees i relasjon til begrepet mestring eller

mestringsstil. I undersøkelser av helsepersonell har en funnet at effektiv mestringsstil bl.a. kan kompensere for utilstrekkelig kollegastøtte, og at mestringsstil er avgjørende for hvordan en forholder seg til og takler kronisk stress og belastninger i arbeidssituasjonen (Kanner et al., 1978; Pines et al., 1981).

Mestring innbefatter anstrengelser (handling eller tanke) for å beherske, tolerere eller redusere ytre eller indre krav, og hvor rutinemessige reaksjoner ikke er tilstrekkelig (Lazarus & Launier, 1978). Lazarus (1974) skiller mellom direkte og indirekte måter å takle utfordringer, konflikter eller problemer på.

Direkte mestring er en utadvendt strategi som er rettet direkte mot stressor (kilden til stress). Indirekte mestring er strategier rettet mot individet selv - atferd, holdninger eller følelser. Mestring kan også inndeles etter en annen dimensjon: Aktiv/ passiv mestring. Aktiv mestring innebærer at individet prøver å endre stressor, mens passiv mestring innebærer at individet prøver å fortrenge eller benekte kilden til stress, eller at individet reagerer kroppslig (som ved utvikling av magesår).

Ut fra Lazarus' mestringsdimensjoner har Pines & Kafry (1981) splittet begrepet opp i 4 strategier. Disse er:

- 1) Direkte/ aktiv mestring (endre årsaken til stress, konfrontere årsaken, finne positive sider ved situasjonen)
- 2) Direkte/ passiv mestring (overse kilden til stresset, unngå stresskilden, slutte)
- 3) Indirekte/ aktiv mestring (snakke om kilden til stress, forandre seg selv, engasjere seg i andre aktiviteter) og
- 4) Indirekte/ passiv mestring (alkohol eller piller, bli syk, få sammenbrudd)

I en undersøkelse av 220 hjelpere fant Pines & Kafry (1981) at strategi 2 (direkte/ passiv mestring) og særlig strategi 4 (indirekte/ passiv mestring) viste sammenheng med burnout. Jo større tilbøyelighet til å ignorere den stressende årsak, eller

til å ty til flukt i form av f.eks. alkohol, jo mer sårbar var hjelperen for utbrenning. I denne undersøkelsen ble det funnet at kvinnelige hjelpere hadde en mer indirekte måte å forholde seg til arbeidsbelastninger på enn mannlige hjelpere.

Kompetanseaspektet er et annet sentralt forhold i tilknytning til burnout. Burnout er nært forbundet med at hjelperen har utilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte, eller at han føler at han ikke er effektiv nok til å få arbeidet unna (Streepy, 1981; Corcoran & Bryce, 1983). Cherniss (1980) fant i en undersøkelse av nyansatte hjelpere at tvil og usikkerhet på egen kompetanse var viktigste stressårsak. Denne usikkerheten var så utbredt at Cherniss betegnet den som en "kompetansekrise". Burnout kan også skyldes at det er en ubalanse eller et sprik mellom hjelpers ferdigheter og ressurser til å gjøre et arbeid, og omgivelsenes krav til hvordan arbeidet bør utføres (Carrol & White, 1982; Streepy, 1981; Jacobson, 1978).

For den profesjonelle hjelper er kunnskaper, ferdigheter og problemløsning en så viktig del av selvbildet at det lett blir traumatisk når kunnskapene eller ferdighetene ikke er tilstrekkelig til å mestre vanskelige situasjoner, løse konflikter eller hjelpe pasientene. Standarder og faglige målestokker innlært gjennom hjelperes utdanning, er ofte ikke tilpasset de situasjoner og materielle begrensninger som rår i virkeligheten.

Burnout rammer imidlertid også helsepersonell som skulle ha alle forutsetninger for å gjøre en god jobb, ikke minst i forhold til pasientene. I en undersøkelse av over 700 sykehusansatte fant Weinberg et.al. (1983) at opptil 33% av personalet på enkelte avdelinger måtte karakteriseres som utbrente. Noe av det mest alvorlige ved disse funnene, var at utbrenning særlig så ut til å ramme de mest oppofrende, mest vel-kvalifiserte og foretakssomme hjelperne. En rimelig antagelse er at dette har sammenheng med at det er de best utrustete hjelperne som har de største forventningene og ambisjonene med hensyn til den jobb eller det omsorgarbeid de ønsker å utføre. Realitetssjokket blir størst i denne gruppen.

Dette har delvis blitt bekreftet av Stjernø (1983). Han fant at utdannede sosionomer var klart mer utbredte enn ufaglærte i sitt arbeid som sosialkuratorer. Stjernø hevder at de mest velkvalifiserte trer inn i jobben med de største forventningene til sin egen innsats, og med de største hjelpeidealene. Spranget fra teori til virkelighet blir desto større.

Pines & Kafry (1978) mener at folk i hjelpeprofesjonene er hemmet av en såkalt "oppofrende etikk". Det er ikke tilfeldig hvem som oppsøker profesjoner som f.eks. sykepleie og hjelpepleie. Mange av hjelperne har valgt profesjon nærmest ut fra kallstankegang. Dette fører lett til over-identifisering eller over-engasjement overfor pasientene, noe som gjør en sårbar overfor tilbakefall eller manglende framgang hos pasientene. Enkelte hevder derfor at en balansert nærhet overfor pasientene (detached concern) synes å være det ideelle med tanke på å forebygge stress eller burnout (Lief & Fox, 1963; Maslach, 1981).

Det ligger implisitt i mye av det vi har skrevet om individuelle bidrag til burnout at personlighetsforhold synes å ha betydning for grad av arbeidsbelastning. Med unntak av Jones (1981) undersøkelse av irrasjonalitet hos sykepleiere, (som vi allerede har nevnt) har vi imidlertid ikke kommet over undersøkelser hvor forbindelsen mellom burnout og ulike personlighetstrekk er belyst, og hvor det er benyttet standardisert mål på personlighet.

Standardiserte inventorer på personlighet har imidlertid vært benyttet i arbeidsmiljøforskning hvor en har sett på stress generelt. Kahn et al. (1964) fant at personer med høy forekomst av nevrotisk angst opplevde langt mer stress i arbeidssituasjoner med motstridende krav enn personer med lav angst. Et annet personlighetstrekk som har vist sammenheng med jobb-stress, er den såkalte autoritære personlighet (Caplan et al., 1975). Dette blir bl.a. forklart med at autoritær legning ofte fører til problemer med å innordne seg. Innadvendte (introverte) personer er også rapportert å oppleve mer jobb-stress enn utadvendte (extroverte) personer (Kahn et al.,

1964). Hvorvidt slike funn kan generaliseres til også å gjelde en mer spesifikk stressreaksjon som burnout, gjenstår imidlertid å se.

I undersøkelser er det funnet at "type A-mennesker" (ekstremt konkurranse- og prestasjonsorienterte personer) er særlig utsatt for ulike psykosomatiske stress-reaksjoner, med høyere mortalitetsrate enn andre (se f.eks. Jenkins et al., 1974). Det er også funnet sammenheng mellom Type A-atferd og rollekonflikt (Orpen, 1982). Ivancevich & Matteson (1980) ser individet i forhold til arbeidsmiljøet, og hevder at personer i inkongruens (ubalanse) i forhold til arbeidsmiljøet (type A person i type B arbeidsmiljø, eller omvendt: type B person i type A arbeidsmiljø) er mest sårbare for arbeidsstress. Enkelte ser det som sannsynlig at forekomsten av type A personer er særlig høy i hjelpeprofesjonene (Cherniss, 1980; Russek & Russek, 1976; Friedman, 1978). Dette blir forklart å ha sammenheng med den relativt lange utdannelsen som er nødvendig for de fleste typer stillinger i helsesektoren - som bl.a. forutsetter at en er konkurranseorientert og/eller har ambisjoner om å utrette noe.

SOSIAL STØTTE SOM STRESSDEMPER

=====

Burnout varierer med sivil status (Maslach, 1984; Syrotnik & D'Aray, 1984; Maslach & Jackson, 1982; Numerof & Abrams, 1984). Dette blir bl.a. forklart med at partner virker som støtpute mot arbeidsbelastninger. Tilstedeværelse av partner eller hjemmeværende barn kan blant annet virke som bremse mot overidentifisering med pasientene, eller mot at en investerer all sin energi i arbeidet. Hjelpere med familie kan ikke i samme grad sidestille jobb og privatliv, eller la jobbmessig tilkortkomning være ekvivalent med menneskelig eller total tilkortkomning. Referanserammen blir videre, det er et liv utover arbeid.

Ulike undersøkelser (House, 1981; La Rocco et al., 1980; Berkeley Planning Associates, 1977; Pines & Kafry, 1978; Thompson, 1980; Payne, 1980; White & Jones, 1981; Etzion, 1984)

har vist at sosial støtte - både fra kolleger og fra hjemmemiljøet - kan gi et vesentlig bidrag til å motvirke stress eller burnout. Sosial støtte fra arbeidsmiljøet har bl.a. vist å ha sammenheng med forhold som jobb-tilfredshet (Abdel-Halim, 1982) og planer om å bli i jobben (Ilstad, 1980). Sosial støtte kan medvirke til at individet tåler større belastninger i arbeids-situasjoner, eller at belastningene får mindre alvorlige konsekvenser (House & Wells, 1978; Ilstad, 1980; LaRocco et al., 1980).

Generelt betegner sosial støtte den hjelp og støtte individet mottar fra de nærmeste omgivelser. Sosial støtte kan influere på stress burnout på to måter (House, 1981; Eide et al., 1984):

1) Hovedeffekt - sosial støtte kan ha direkte virkning på stress-kilden ved å modifisere eller endre denne, eller den kan virke direkte på individets helsestatus ved at viktige behov blir tilfredsstilt (trygghet, sosial kontakt, anerkjennelse, omsorg).

2) Buffereffekt - sosial støtte virker som "støtpute" og reduserer den negative virkningen av en annen stressbelastning på individet.

House (1981) gikk gjennom ulike definisjoner på sosial støtte, og delte begrepet inn i fire forskjellige kategorier. Han skiller mellom:

- 1) Emosjonell støtte (aktelse, følelse av tillit, omsorg)
- 2) Vurderingsstøtte (bekreftelse og tilbakemelding fra omgivelsene)
- 3) Informasjonsstøtte (råd og direktiver om hvordan et arbeid skal utføres)
- 4) Instrumentell støtte (hjelpen ytes i form av penger, arbeid, tid eller miljøendringer)

Forskningen har i liten grad avdekket mekanismene bak sosial støtte (Eide et al., 1984). Likevel er det mye som tyder på at det særlig er emosjonell støtte som har stressdempende effekt. De fleste undersøkelser som har benyttet begrepet sosial støtte, har da også anvendt det i betydningen emosjonell

støtte, den følelsesmessige omsorg, tillit og aktelse (jfr. over) fra andre mennesker (House, 1981).

Vi har nevnt at individet kan motta sosial støtte i tilknytning til jobb, hjem og fritid. Det er viktig å få fram at individer med flere støttesystemer er mindre sårbare for utbrenning. Uten slike støttesystemer vil hjelpere bli oftere og fortere utbrente (Pines et al., 1981).

I følge Pines et al. har det sosiale støttesystemet i tilknytning til omsorgsarbeid følgende viktige funksjoner:

1) Lytting: Helsepersonell har behov for at noen lytter til dem, slik at de får gitt uttrykk for følelser og reaksjoner på det som er vanskelig og stressende i jobben.

2) Instrumentell hjelp og vurdering: Hjelpere har behov for og trenger faglig vurdering av hvordan de utfører arbeidet sitt.

3) Følelsesmessig støtte: Innebærer at det er personer som er villige til å være på hjelperens side, uansett om en er enig i hjelpers handlemåte eller ei.

4) Dele sosial virkelighet: Hjelpere "under stress", som er i ferd med å slite seg ut eller bli utbrente, kan oppleve tvil om andre opplever virkeligheten på samme måte. Sosial støtte kan medvirke til at de ansatte i større utstrekning ser påkjenningene i jobben som et felles anliggende.

5) Tekniske og følelsesmessige utfordringer - sosial støtte kan også innebære at hjelpere blir "utfordret" på det følelsesmessige, faglige og tekniske område. Kolleger og veiledere stiller krav, og hjelper dermed hjelperen til å utvikle seg faglig.

Anvendelse av sosial støtte innebærer visse forutsetninger, ikke minst nødvendig grad av åpenhet og tillit til hverandre. Maslach (1981) taler f.eks. om såkalt "pluralistisk ignorans" blant hjelpere, som innebærer at mange opplever de samme stressreaksjonene eller tegnene på burnout, uten å åpne seg for, eller få hjelp av hverandre ("det må være meg det er noe galt med"). Flere undersøkelser (bl.a. Maslach, 1976; Pines et al., 1981) har funnet lavere forekomst av burnout hos hjelpere som evnet å dele følelser og frustrasjoner med kollegene.

I figur 1 har vi satt opp en teoretisk modell over psykososiale forhold (stressorer) som vi antar disponerer for eller fører til burnout. Modellen kan sees på som et forsøk på å sammenfatte det vi har belyst i de foregående seksjoner.

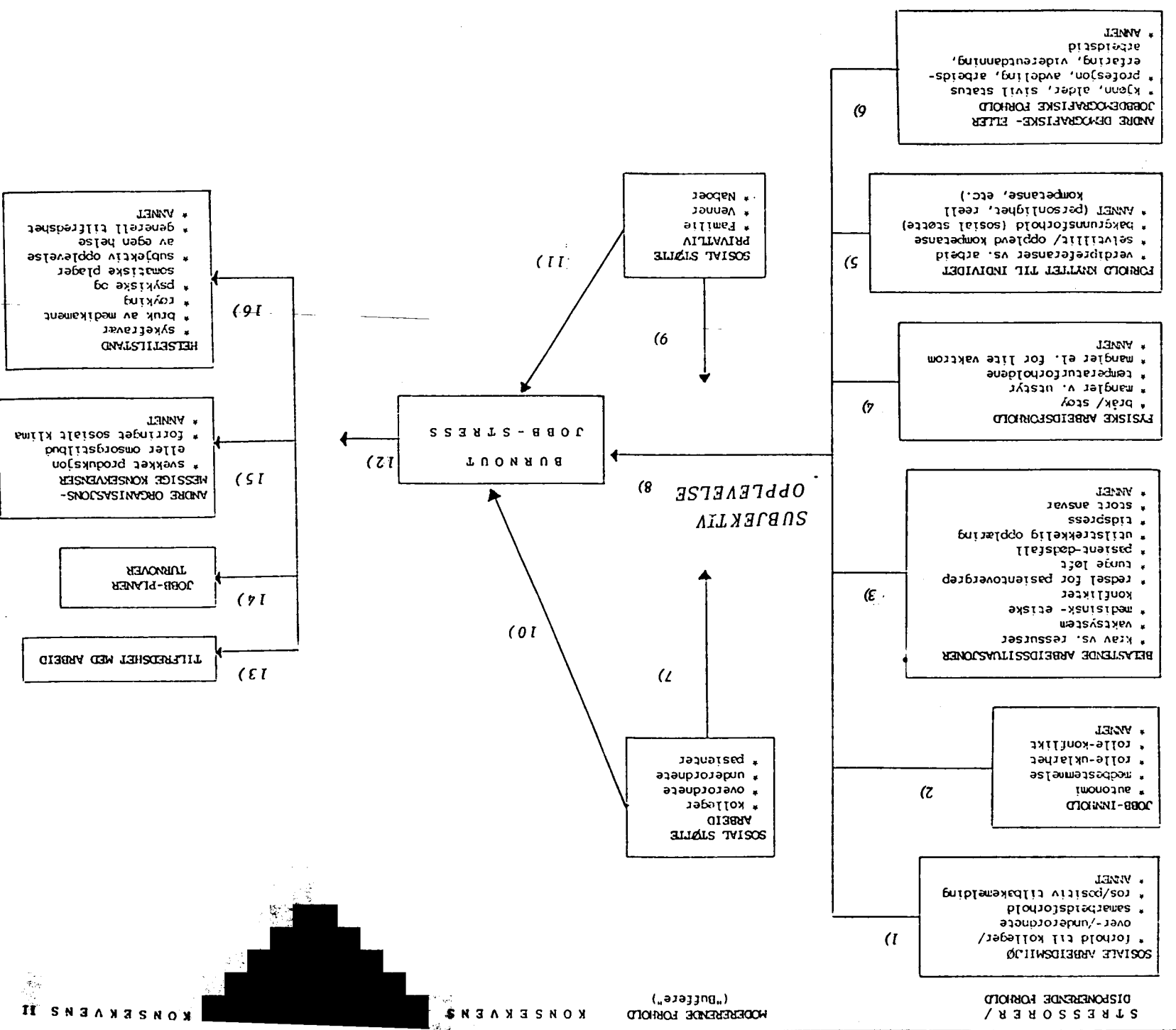
Vi tenker oss at burnout er betinget av det sosiale arbeidsmiljø på den avdelingen hvor hjelperen arbeider (relasjon 1), hjelpers opplevelse av sin yrkesrolle (relasjon 2), ulike belastende arbeidssituasjoner (relasjon 3), rent fysiske forhold ved arbeidsmiljøet (relasjon 4), i tillegg til individuelle forhold ved hjelper (relasjon 5 og 6). Den samlede virkning av relasjon 1 til 6 (relasjon 8) kan imidlertid modereres eller dempes av sosial støtte fra arbeidskamerater eller familie eller venner (relasjon 7 og 9). Sosial støtte kan også ha en direkte effekt, og endre selve stressopplevelsen (relasjon 10 og 11).

Figuren forteller også at vi antar at negative konsekvenser av burnout (relasjon 12) bl.a. kan resultere i mistriivsel på arbeid (relasjon 13), at hjelperen skifter jobb eller har planer om å skifte jobb (relasjon 14), eller andre negative konsekvenser for institusjonen eller organisasjonen (relasjon 15), ikke minst som følge av svekket helsetilstand hos hjelperne (relasjon 16).

Det er viktig å være klar over at modellen er forenklet, og ikke kan sees på som fullstendig fortegnelse over disponerende forhold bak burnout. Modellen er også forenklet i den forstand at den bare viser påvirkninger og sammenhenger i en hovedretning. Den fremstiller således ikke alle mulige sammenhenger (feedback-sløyfer) mellom hovedelementene i modellen.

Figur 1 gir likevel en brukbar illustrasjon av hvordan vi tenker oss at den samlede effekten av forskjellige typer belastninger kan resultere i burnout, med negative forhold som svekket helse, mistriivsel på arbeid, dårligere ytelser på jobb, eller økt sykefravær og gjennomtrekk som konsekvens. Den oppførte modell kan også sees på som en skisse over oppbyggingen av denne rapporten, hvor de fleste av komponentene i figuren blir belyst i forhold til burnout.

Figur 1.
Teoretisk modell på antatte sammenhenger mellom burnout og ulike psykososiale forhold. Arbeidsmessige og helsemessige konsekvenser står også oppført.



KONSEKVENSER / MODERERENDE FORHOLD ("Bufetere") KONSEKVENSER II

P R O B L E M S T I L L I N G E R

=====

I denne undersøkelsen av legene, sykepleierne og hjelpepleierne ved et norsk sentralsykehus, vil vi undersøke følgende:

- 1) Hvilke psykososiale forhold virker inn og disponerer for burnout?
- 2) Kan negative konsekvenser av burnout påvises?

Disse to overordnede problemstillingene kan igjen splittes opp i mer avgrensede områder, som mer spesifikt angir hva vi kommer til å belyse.

*) Hvor utbredte er utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset, sammenlignet med andre grupper og kategorier av hjelpere?

*) Avdekkes det profesjonsforskjeller eller avdelingsforskjeller med hensyn til nivå av utbrenning? Framkommer det andre forskjeller i opplevelsen av psykososiale forhold mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere?

*) Hvilken betydning har ulike demografiske forhold (som f.eks. kjønn, alder, sivilstatus) i tilknytning til burnout? Tilsvarende: Hvilke utslag har forskjellige jobbdemografiske forhold (som f.eks. dag/nattarbeid, full eller redusert stilling, hvor lenge en har vært i nåværende stilling)?

*) Er det noen sammenheng mellom burnout og ulike forhold knyttet til innholdet ved yrkesrollen, som grad av auto-nomi, medbestemmelse, rolleklarhet og rollekonflikt?

*) Hvilken forbindelse er det mellom burnout og et utvalg antatt belastende forhold ved arbeidsmiljøet?

- *) Hvilken effekt har det sosiale arbeidsklima i forhold til utbrenning?
- *) Avdekkes det noen sammenheng mellom opplevelse av det fysiske arbeidsmiljø og burnout?
- *) Hvilken betydning har individuelle karakteristika som verdipreferanser, grad av selvtillit og opplevelse av sosial støtte?
- *) Hvilke av de psykososiale forhold nevnt over forklarer mest av variasjonen i burnout?
- *) Kan det påvises noen sammenheng mellom tilfredshet med arbeidet generelt, og utbrenning?
- *) Er det noen forbindelse mellom burnout og hvilke jobbplaner en har for de neste 5 årene?
- *) Hvilken sammenheng er det mellom utbrenning og helse og tilfredshet generelt?

METODE

Materialet i dette arbeidet bygger på en arbeidsmiljøundersøkelse utført ved Rogaland Sentralsykehus som ble gjennomført av FAHS (Forskningssenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet). Forskningsprosjektet tar sikte på å undersøke de ansattes opplevelse og vurdering av egen arbeidssituasjon.

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden september 1985 til desember 1985.

DELTAKERE

=====

Alle ansatte i faste eller midlertidige stillinger ved sykehuset, bortsett fra timelønnete, er med i undersøkelsen. Totalt ble det utsendt 2285 spørreskjema (egentlig ble det sendt ut 2333 spørreskjema, men 48 spørreskjema kom uåpnet i retur til sykehuset, p.g.a. at informantene bare hadde hatt kortvarig arbeid, eller hadde sluttet av andre grunner). 87 spørreskjema sendt hjem til ansatte som var i en eller annen permisjon. Av de tre sykehusene som utgjør Sentralsykehuset i Rogaland, ble 2014 spørreskjema ble sendt til ansatte ved Rogaland sykehus, 198 spørreskjema til ansatte ved Stavanger sykehus og 73 spørreskjema til de ansatte ved Sandnes sykehus.

I hovedoppgaven har vi plukket ut de 3 største medisinske gruppene ved sykehuset: leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Antall informanter fra hver av disse gruppene er henholdsvis 69, 493 og 192. Totalt blir dette et utvalg på 754 personer. Av utvalget er 91% kvinner, alderen varierer fra 20 til 65 år (gjennomsnitt = 36 år). For mer demografiske opplysninger om utvalget, se resultat-kapittelet.

SVARPROSENT

=====

Ved innsamlingens slutt (desember 1985) hadde 1113 personer returnert spørreskjema. Dette utgjorde 48.7% av dem som hadde

fått utdelt skjemaene.

På avdelingsplan er svarprosenten høyest for fysioterapi avdelingen (68%), deretter kommer psykiatrisk avdeling (64%) sammen med de kjemisk orienterte laboratoriene/ avdelingene (apotek, klinisk kjemisk avd., immunhemat. lab., pat. anatomisk avd. og mikrobiologisk avd.) (også 64%).

Lavest svarprosent finner vi for gruppen renhold (15%). Dette kan imidlertid skyldes at renholdspersonalet har krysset seg av på avdelingen de tilhører. Ellers er svarprosenten lav på barnpsykiatrisk avdeling (31%) og på hovedkjøkkenet (33%). (Eksakt svarprosent for hver avdeling, se Appendix A, tabell I.)

Angående svarprosent for hver profesjon, har SiR ikke opplyst om denne. Ut fra en generell stillingsoversikt vi tidligere har mottatt, kan vi imidlertid anslå svarprosenten fra leger, sykepleiere og hjelpepleierne til å være temmelig lik svarprosenten for det samlede sykehus, pluss - minus to/tre prosent.

SYKEHUSET

=====

Undersøkelsen i denne rapporten bygger på materialet fra et sentralsykehus. De somatiske sykehus i Norge omfatter 3 typer sykehus: regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Sentralsykehusene har et bredt spesialitetstilbud, og et dekningsområde som vanligvis utgjør hele fylker. Den mest kompliserte medisinske behandling må imidlertid henvises til regionsykehusene.

Etter en omlegging som skjedde i 1982, består Sentralsykehuset i Rogaland (SiR) av 3 ulike sykehus. De tre sykehusene som utgjør SiR er: a) Rogaland sjukehus, b) Stavanger sjukehus og c) Sandnes sjukehus. Rogaland sjukehus er det største sykehuset, med sine 2014 ansatte. Stavanger sykehus har 198 ansatte, mens Sandnes sykehus har 73 ansatte. Sandnes og Stavanger sykehus befinner seg henholdsvis 12 og 2 km fra Rogaland sykehus.

All akutt medisinsk virksomhet er samlet ved Rogaland sykehus. Sandnes sjukehus har pasienter som er på etterbehandling /rehabilitering. Det samme forhold gjelder for Stavanger sykehus. Dette innebærer at samtlige pasienter ved Sandnes sjukehus og de fleste pasienter ved Stavanger sykehus først har hatt et akutt medisinsk opphold ved Rogaland sykehus, og deretter blitt overført de to andre sykehusene for videre opptrening.

Foruten medisinsk avdeling har Stavanger sykehus en mindre barselpost ved sykehuset. Denne benyttes til fleregangsfødende som tidligere har født ved Rogaland sjukehus, og hvor det ikke forventes komplikasjoner etter fødselen. Det er videre 1 kirurgisk sengepost ved sykehuset for etterbehandling - rehabilitering.

Sentralsykehuset i Rogaland hadde totalt i 1984 (tallene for 1985 er ikke klare) bruttoutgifter på 469 mill. kr. (Årsrapport 1984). Sengekapasiteten for sykehuset er totalt 840 senger, herav 818 ved sengeavdelinger og 22 ved daghospitalet, barnepsykiatrisk dagsenter og spesialbarnehagen. Totalt var det 31 852 innlagte pasienter i 1984. Sykehuset hadde samme år en beleggsprosent på 91.8, og den gjennomsnittlige liggetiden ved sykehuset var 8.7 dager. For 1983 var beleggsprosenten 88.9 (Årsrapport 1983).

SPØRRESKJEMA

=====

Data er innsamlet ved bruk av et psykososialt spørreskjema (se Appendix B).

Utformingen av spørreskjemaet og valg av variabler ble foretatt på bakgrunn av tidligere forskning omkring sammenhenger mellom burnout og stress. Spørsmålene i spørreskjemaet er dels hentet fra tidligere forskning, dels er spørsmålene utformet av FAHS utfra rasjonelle antagelser om hva som er belastende arbeidsforhold for sykehuspersonell. Representanter fra sentralsykehuset har også bidradd med verdifulle tips når det gjelder utforming av spørsmål. Da vi utformet spørre-

skjemaet hadde vi som utgangspunkt at variablene i undersøkelsen i størst mulig utstrekning skulle være tilpasset de fleste stillingsgruppene ved sykehuset.

Spørreskjemaet består av totalt 229 enkeltspørsmål (inkludert delledd i inventoriene). Det er tre typer spørsmål i skjemaet: a) strukturerte (faste svar-alternativ), b) semi-strukturerte (muligheter for utdypende tilleggs kommentarer) og c) åpne spørsmål.

Følgende psykososiale forhold søkes belyst i spørreskjema:

BURNOUT

Burnout er i denne undersøkelsen målt ved SBS-HP¹⁾ (Staff Burnout Scale for Health Professionals; Jones, 1980). SBS-HP består av 30 ledd, hvorav 20 tapper nivå av burnout. SBS-HP vurderer kognitive ("jeg tenker ofte på å finne meg en ny jobb"), affektive ("jeg blir hyppig sint og irritert på pasientene på jobben"), atferdsmessige ("jeg unngår samvær med pasientene på jobben") og psykofysiologiske forhold ("jeg opplever hodepine mens jeg er på arbeid").

SBS-HP måler akutte stress-reaksjoner eller viser hvordan personen føler seg under testsituasjonen. Skåren kan variere fra 20 ("ingen" burnout) til 140 ("maksimal" burnout). I Jones undersøkelse er Cronbachs Alpha .93. SBS-HP er også benyttet i andre undersøkelser, med tilfredsstillende reliabilitet (Jones, 1981; Quattrochi-Tubin et al., 1982; Brookings et al., 1985; Matthiesen, 1985).

SOSIAL ØNSKVERDIGHET

SBS-HP inneholder også 10 spørsmål som tapper tendens til å svare sosialt ønskelig.

JOBBINNHOLD

Vi benyttet 4 inventorier for å dekke informantenes opplevelse av sin yrkesrolle. Inventoriene er:

Autonomi

Tapper i hvilken grad informantene føler at de har en selvstendig arbeidssituasjon. Inventoriet²⁾ er hentet fra Beehr (1976), og består av 4 spørsmål. Spørsmålene er også benyttet av Quinn & Shepard (1974), og her i Norge av Endresen (1984) og Arnestad & Aanestad (1985).

Medbestemmelse ("non-participation")

Inventoriet³⁾ består av 3 spørsmål og er utarbeidet av Beehr et al. (1976). "Medbestemmelse" måler i hvilken grad informantene opplever at de blir konsultert om arbeidsrelaterte hendelser. Spørsmålene er også benyttet av Endresen (1984).

Rollekonflikt og rolleklarhet⁴⁾

Rollekonflikt (9 ledd) måler i hvilken grad informantene opplever at de mottar motstidende forventninger eller krav fra andre i tilknytning til sin arbeidssituasjon, eller at de stiller uforenlige krav til seg selv. Rolleklarhet (6 ledd) måler personalets opplevelse av å ha avgrenset og predikerbar arbeidssituasjon. Begge inventoriene er konstruert av Rizzo et al. (1970), og har vært benyttet i en rekke undersøkelser (se f.eks. Brief & Aldag, 1976; Schuler, 1979; Morris et al., 1979); Schwab & Iwanicki, 1982; Orpen, 1982; Endresen, 1984; Arnestad & Aanestad, 1985).

BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER

Utvalget ble bedt om å ta stilling til 23 antatt belastende arbeidssituasjoner⁵⁾. Spørsmålene er delvis hentet fra Nord-sjø-undersøkelsen (Hellesøy, 1984). I forbindelse med denne undersøkelsen er det konstruert flere nye spørsmål, ut fra hva vi vurderte som sentrale karakteristika ved omsorgsarbeid.

FYSISK ARBEIDSMILJØ

14 spørsmål er benyttet for å måle personalets oppfatning

av det fysiske arbeidsmiljøet⁶⁾. Spørsmålene er delvis hentet fra Sætnan (1980).

JOBPLANER

9 spørsmål⁷⁾ prøver å fange opp utvalgets jobbplaner for de neste 5 årene. Spørsmålene er delvis hentet fra Sørensens (1982) sykehusundersøkelse.

JOBBERDIER

Vi har prøvd å belyse utvalgets verdipreferanser⁸⁾ for hva de anser som viktige kvaliteter ved et arbeid. Inventoriet her er hentet fra O'Brien & Dowling (1980), dette består av 17 spørsmål. Skalaen er også benyttet av Hellesøy (1984).

SELVTILLIT

For å måle informantenes selvtillit⁹⁾ i tilknytning til arbeidssituasjonen, har vi benyttet en skala av Volmer (1986a, 1986b). Skalaen består av 8 Likert-spørsmål (som innebærer at hvert spørsmål består av to motstridende utsagn i hver sin ende av en gradert skala). Volmers inventorie er siden omarbeidet av Arnestad & Aanestad (1985) til å tappe jobbmessig selvtillit.

PSYKISKE OG SOMATISKE PLAGER

Utvalgets helsetilstand blir bl.a. belyst ved 29 spørsmål på psykiske og somatiske plager¹⁰⁾. Inventoriet har vært benyttet i flere norske undersøkelser; f.eks. Eide et al. (1982); Hellesøy (1984) og Asbjørnsen et al. (1985).

SOSIAL STØTTE¹¹⁾

7 spørsmål omhandler sosial støtte i arbeidssituasjonen, 5 spørsmål omhandler sosial støtte utenom arbeid (fra familie og venner). Spørsmålene vedrørende sosial støtte utenom arbeidssituasjonen måtte endres en god del fra sin opprinnelige form etter anmodning fra sykehuset om ytterligere personvern. Dette innebærer at spørsmålene i sin nåværende form i hovedsak dreier

seg om mengde kontakt med familie/ venner (kvantitativt mål på sosial støtte).

ANDRE FORHOLD SOM BELYSES I SPØRRESKJEMAET

Foruten de ovennevnte spørsmål omhandler spørreskjemaet demografiske og jobbdemografiske forhold ved utvalget (27 spørsmål), personalkonflikter (3 spørsmål), jobbtrivsel og helserelaterte spørsmål (røykekonsum, medisinformbruk, sykefravær, etc.). Spørreskjemaet består også av 4 åpne spørsmål omkring a) mest tilfredsstillende forhold, b) minst tilfredsstillende forhold ved arbeidet, c) hvilke endringer ved sykehuset som er mest påkrevet og d) forhold ved arbeidssituasjonen som er utelatt i undersøkelsen.

PROSEDYRE

=====

Foranledningen til undersøkelsen var utarbeidelse av pilot-skjema, som ble besvart av 20 sykepleiere. Sykepleierne ble blant annet bedt om å gi tilbakemelding til sterke og svake sider til dette førsteutkastet av spørreskjemaet. Sammen med en prosjektplan (se Appendix C) ble deretter spørreskjemaet forelagt AMU (arbeidsmiljøutvalget) og andre sentrale instanser ved sentralsykehuset, med forespørsel om de ved sykehuset var interessert i å få gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse.

Denne siden av prosjektet besto bl.a. av 2 reiser til Sentralsjukehuset, hvor FAHS og forfatterne av denne hovedoppgaven hadde møte med sykehusledelsen og med AMU for å få gjennomslag for arbeidsmiljøundersøkelsen. Deretter hadde vi møter med representanter fra de ulike profesjonsgruppene ved sykehuset for å informere om undersøkelsen, og for å få kommentarer og forslag til ytterligere ting som kunne belyses i spørreskjema.

INNSAMLING AV DATA

=====

Spørreskjemaene ble sendt samlet til SiR. Ledelsen ved SiR

sørget deretter for at spørreskjema ble distribuert til hver enkelt ansatt. Skjemaene (inkludert vedleggsskriv og frankerte returkonvolutter) ble via post sendt til hjemstedsadressen. Første utsendelse skjedde i slutten av august 1985. I oktober ble det foretatt en purrerunde. Dessuten ble det utarbeidet et purrekriv, som ble hengt på oppslagstavlen på hver enkelt enhet eller post ved sykehuset (Vedleggsskriv og purrekriv, se Appendix C).

STATISTIKK

=====

Data ble kodet og analysert ved det sentrale data-anlegget til Universitetet i Bergen, UNIVAC. Alle analyser i undersøkelsen er foretatt ved hjelp av den samfunnsvitenskapelige datapakken SPSS-X (for dokumentasjon, se SPSS inc., 1983, 1985; Norosis, 1983, 1985).

Alle spørsmål er for den videre presentasjon vendt slik at lavest skåre representerer mest positive verdi, og høyest skåre mest negative verdi.

RESULTAT

NIVÅ AV BURNOUT

=====

Tabell 1 gir en oversikt over gjennomsnittsskårer for leger (n=69), sykepleiere (n=493) og hjelpepleiere (n=192) for hvert av de 20 ledd som utgjør SBS-HP (inventorie på burnout¹). Informantene ble bedt om å vedkjenne seg de enkelte leddene på en skala fra 1 til 7. Verdi 1 representerer minst grad av utbrenning (og betyr at informanten er meget uenig i at den nevnte påstand dekker hans/ hennes arbeidssituasjon, tanker, handlinger eller følelser), mens verdi 7 innebærer størst nivå av utbrenning (informanten er meget enig i at den nevnte påstand dekker vedkommende situasjon).

Alle etterfølgende tabeller vil være kodet slik at lav verdi representerer en "positiv" skåre mens en høy verdi representerer en "negativ" skåre.

Utvalgets gjennomsnittlige fordeling på hvert enkelt del-ledd og på en samlet indeks på burnout (d.v.s. at del-leddene er addert sammen) står oppført, splittet på profesjon. Forskjellen mellom profesjonene er utprøvd ved variansanalyse²). Det framgår av tabellen at det er legene i utvalget som vedkjenner seg det laveste nivå av utbrenning ($M= 45.04$, $sd= 14.12$)³), og at den gjennomsnittlige burnout-skåre for sykepleierne er lavere enn for hjelpepleierne (henholdsvis $M= 45.18$, $sd= 14.57$ og $M= 46.19$, $sd= 14.04$). Forskjellen mellom profesjonene er imidlertid ikke signifikant⁴).

Det framgår at 6 av enkelt-leddene i SBS-HP viser signifikante forskjeller mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Rangetesten (som innebærer en parvis sammenligning) avdekker at de innbyrdes profesjonsforskjellene også er signifikante. Det er likevel ikke slik at en av profesjonene konsekvent vedkjenner seg lavere eller høyere nivå av belastninger på disse leddene enn de to andre profesjonene.

Tabell 1.

Enkeltvariabler og Index på BURNOUT (SBS-HP). Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Forskjellen mellom stillingskategoriene er signifikantstestet v.h.a. variansanalyse. De enkelte stillinger er parvis sammenlignet ved rangetest (lsd-prosedyre¹).

	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		FORSKJELL	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD	F	Range test
1. Trett under arbeidsdagen	3.71	1.70	3.71	1.80	4.25	1.83	6.24**	2*,3*
2. Vært borte fra jobben i det siste på grunn av forkjølelse, influensa, feber eller andre sykdommer	1.42	1.34	1.61	1.57	1.81	1.74	1.81	1*,2*,3*
3. Hodepine på arbeid	2.45	2.00	2.39	1.73	2.98	2.14	6.84**	2*,3*
4. Føler for å slappe av med en drink eller et glass øl	2.07	1.67	1.36	1.05	1.45	1.22	11.47***	1*,2*,3*
5. Føler at arbeidspresset har vært medvirkende til ekteskapelige og familievanskeligheter i mitt liv	3.07	2.08	2.29	1.77	2.15	1.75	6.90**	1*,2*,3*
6. Har ofte ønske om å ta medikamenter (f.eks. beroligende medikamenter) for å roe seg ned på arbeid	1.19	.88	1.14	.69	1.21	.95	.68	
7. Har mistet interessen for pasientene og har en tendens til å behandle dem på en fjern, nesten mekanisk måte	1.90	1.39	1.87	1.40	1.87	1.52	.02	
8. Føler seg ofte motløs på arbeid og tenker ofte på å slutte	2.03	1.38	2.29	1.60	2.32	1.76	.86	
9. Hyppig sint og irritert på pasientene	1.67	.95	1.68	.99	1.71	1.22	.08	
10. Vanskeligheter med å omgås sine medarbeidere	1.48	.56	1.47	.84	1.46	1.18	.01	
11. Meget opptatt av eget velvære og min egen lykke	3.43	1.85	3.71	1.97	3.41	2.12	1.83	
12. Forsøker å unngå sine overordnede	1.51	.82	1.52	1.10	1.69	1.39	1.53	
13. Har hatt noen problemer med å utføre arbeidet i det siste på grunn av lite samarbeidsvillige pasienter	1.97	1.30	2.04	1.47	2.31	1.85	2.29	
14. Alle regler og reguleringer på arbeidsstedet hindrer en i å utføre sine arbeidsplikter optimalt	2.15	1.42	2.19	1.47	2.12	1.60	.15	
15. Opplever arbeidsomgivelsene deprimerende.	2.15	1.45	2.34	1.69	2.26	1.70	.47	
16. Føler seg lite kreativ og understimulert i arbeidet	2.47	1.69	2.65	1.69	2.59	1.65	.38	
17. Tenker ofte på å finne meg en ny jobb	2.30	1.67	2.60	1.88	2.56	1.99	.76	
18. Engstelse omkring sitt arbeide har virket inn på sønnen	2.06	1.59	1.95	1.54	1.81	1.55	.87	
19. Føler det er små sjanser til forfremmelse på arbeidsstedet sitt	3.62	2.30	4.62	2.22	5.49	2.24	19.84***	1*,2*,3*
20. Unngår samvær med pasientene på jobben	2.39	1.67	1.72	1.37	1.82	1.58	6.40**	1*,2*,3*
INDEX TOTAL BURNOUT SKÅRE (SBS-HP) ²⁾	45.04	14.57	45.18	14.12	46.19	14.04	.35	

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01 nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebarer at range-testen er signifikant på .001-nivået. 2) Cronbachs alpha for index er .78.
* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Det framkom signifikante forskjeller på følgende av de ledd som utgjør SBS-HP: 1) Muligheter for forfremmelse (legene mest positive skåre, hjelpepleierne minst positive skåre), 2) behov for å slappe av med alkohol (sykepleierne mest positive, legene minst positive skåre), 3) arbeidspresset har ført til familievansker (hjelpepleierne mest positive, legene minst positive skåre) 4) hodepine på arbeid (sykepleierne mest positive, hjelpepleierne og legene minst positive skåre) 5) unngivelse av pasientene (sykepleierne mest positive, legene minst positive skåre)

skåre), 6) tretthet under arbeidsdagen (sykepleierne mest positive, hjelpepleierne minst positive skåre).

Tabell 1 avdekker også at leger, sykepleiere og hjelpepleiere vedkjenner seg respektive ledd mest negativt: "tretthet under arbeidsdagen" (leger), "opptatthet av eget velvære" (sykepleiere), "små muligheter til forfremmelse" (hjelpepleiere).

Tabell 2 gir en oppstilling av gjennomsnittsskårer for utbrenning på de enkelte avdelinger ved sentralsykehuset. Av statistiske årsaker (få informanter på små avdelinger) og av hensyn til personvernet er avdelinger med færre enn 10 informanter slått sammen i kategorien "annen enhet".

Tabell 2.

Nivå av Burnout på den enkelte AVDELING. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Antall deltagere fra hver avdeling står oppført (N)¹⁾. Laveste og høyeste nivå av Burnout er også vist (Range)²⁾. Avdelingene er rangert innbyrdes³⁾. Sammenhengen mellom hvilken avdeling en jobber på, og grad av utbrenning, er testet ved variansanalyse (F). Den innbyrdes forskjell mellom avdelingene er signifikans-testet ved range-test (Lsd-prosedyre)⁴⁾.

NIVÅ AV BURNOUT						
FORSKJELL MELLOM AVDELINGENE						
N	MEAN	SD	RANGE	RANGERT	RANGE-TEST	
1. Akuttmottak/ Hjerteovervåking (3G) / Intensivavd. (IG/LH)	88	48.15	13.64	26, 88	10	2-11
2. Anestesiavd./ Operasjonsavd.	53	44.31	12.30	26, 87	5	1,3-6,8-10
3. Barneavd.	64	40.38	11.65	21, 75	1	1,2,4-11
4. Gyn/Føde/Barsel avd.	79	42.98	12.80	22, 96	3	1-3,5-6,9-11
5. Kirurgisk avd.	81	45.89	13.76	23, 82	7	1-4,6-8,10
6. Medisinsk avd.	147	47.43	15.20	20, 93	9	1-5,7-8,10-11
7. Nevrologisk avd. m. klin. nevrofys. avd./ Plastkir. avd. / Øre-nese-hals avd. m. høresentral / Øyeavd.	47	42.79	13.65	22, 85	2	1-6,9-11
8. Ortoped.kir. avd.	73	43.16	12.85	21, 81	4	1-3,5,6,9-11
9. Psykiatrisk avd.	46	46.89	15.32	22, 99	8	1-4,7-8,10-11
10. Røntgenavd.	22	54.44	20.49	25,104	11	1-9,11
11. Annen enhet	25	45.81	13.14	28, 71	6	1,3-4,6-10
AVDELINGER SAMLET						
F= 3.11***						
	725	45.40	14.12	20,104		

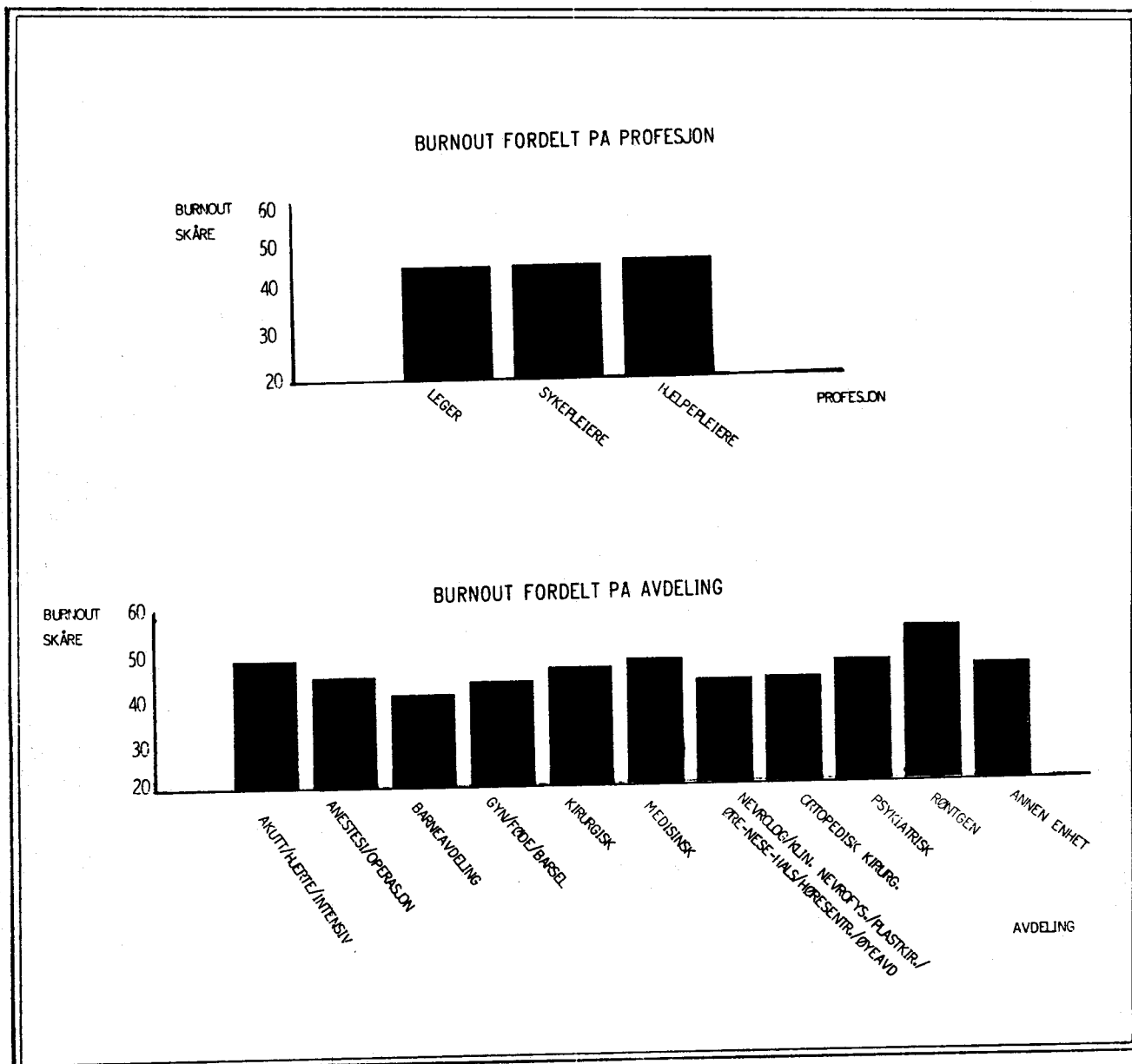
1) Avdelinger med færre enn 10 informanter er ekskludert fra denne tabellen. 2) Desimalene er utelatt fra den individuelle range-oversikt. 3) I den innbyrdes rangering av avdelingene representerer verdi 1 laveste nivå av Burnout, verdi 2 nest laveste nivå o.s.v. 4) I range-testen er .01 valgt som signifikans-nivå. Tallene i denne seksjonen av tabellen angir hvilke avdelinger som har signifikant forskjellig gjennomsnitt av Burnout.

* p < .05. ** p < .001. *** p < .001.

Det framgår av tabellen at den gjennomsnittlige burnout-skåre ved sentralsykehuset er 45.40 (sd= 14.12). Tabell 2 viser også at det ved bruk av variansanalyse²⁾ ble avdekket signifikante utbrenningsforskjeller mellom avdelingene (F= 3.11, $p < .001$). Det går fram av range-testen hvilke avdelinger som har signifikant forskjellig nivå av burnout.

Tabell 2 forteller videre at den høyeste forekomst av burnout ble påvist på Røntgen-avdelingen (M=54.44) og den sammenslåtte "avdeling"; Akuttmottak /Hjerteovervåkning/ Intensiv" (M=48.15). Laveste nivå av utbrenning ble avdekket på barneavdelingen (M=40.38) og "avdelingen" slått sammen av Nevrologisk avdeling m/ klinisk nevrofysiologisk avdeling & Øre-nese-hals & høresentral & øyeavdeling (M=42.79).

Figur 2, øvre del, gir et visuelt inntrykk av den gjennomsnittlige fordeling av utbrenning hos leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Stolpene i nedre del illustrerer fordelingen på avdelingplan.



Figur 2. Stolpediagram: FORDELING AV BURNOUT ETTER PROFESJON OG AVDELING. Øverste del av figuren viser nivå av burnout for 3 grupper helsepersonell: leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Nederste del av figuren viser burnout fordelt avdelingsvis. Kun avdelinger med mer enn 10 informanter er tatt med.

SOSIAL ØNSKVERDIGHET

=====

Tabell 3 angir utvalgets gjennomsnittlige fordeling på en indeks som tapper i hvilken grad en svarer sosialt ønskelig (SBS-HP, lie scale). Ytterpunktene for denne skalaen er 0 og

10, hvor 10 angir høyeste nivå av sosial ønskverdighet. For å gi utslag på denne skalaen, må informantene på ett eller flere av leddene svare ubetinget (ekstrem-skåre) benektende til utsagn som er almenmenneskelige. Et eksempel er utsagnet "jeg kommer aldri med sladder om andre jeg jobber sammen med".

Det framgår av tabellen at det er en signifikant forskjell mellom profesjonene. Legene er mest "ærlige", d.v.s. rapporterer minst grad av sosial ønskverdighet (M= 1.75), etterfulgt av sykepleierne (M= 2.25), mens hjelpepleierne hadde den høyeste skåre (M= 2.91).

Tabell 3 avdekker en relativt klar negativ sammenheng mellom utbrenning og sosial ønskverdighet, vist ved produktmoment korrelasjon ⁵⁾. Retningen på korrelasjonen innebærer at det er en tendens i retning av at det er de mest utbrente som er mest ærlige i sine svar. Eller sagt på en annen måte: Hjelpere med lav burnout-skåre, har høy skåre på skalaen sosial ønskverdighet.

Tabell 3.
SOSIAL ØNSKVERDIGHET (SBS-HP). Utvalgets tilbøyelighet til å svare sosialt ønskverdigg. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD). Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse /rangetest (lsd-proseyre)¹⁾.

	STILLING						F	Range- test	HELE GRUPPEN BURNOUT r
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE				
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			
Index Sosial ønskverdighet ²⁾	1.75	1.66	2.25	1.68	2.91	2.01	13.05***	1*,2*,3	-.33***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået. 2) Cronbachs alpha for indeks er .63.
* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

DEMOGRAFISKE FORHOLD

=====

Denne delen belyser sammenhengen mellom burnout og generelle demografiske forhold og mellom burnout og kjennetegn

knyttet til det arbeid utvalget utfører (jobb-demografiske forhold).

GENERELLE DEMOGRAFISKE FORHOLD

Tabell 4 viser utvalgte demografiske kjennetegn ved utvalget.

Tabellen inneholder en eksakt frekvensfordeling av hvordan utvalget fordeler seg innen hvert spørsmål (vist ved antall personer (N) og prosentfordeling). Gjennomsnittlig skåre (Mean)

Tabell 4.

Demografiske forhold ved utvalget. Forskjellen mellom profesjonene er signifikantstestet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout (SBS-HP) er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	STILLINGER						FORSKJELL Chi2	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			BURNOUT	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
A. Kjønn									
1. Mann	46	66.7	19	3.9	3	1.6	307.12***	.02	.05
2. Kvinne	23	33.3	473	96.1	187	98.4			
Missing	0		1		2				
Mean	1.33		1.96		1.98				
B. Alder									
1. Under 30 år	9	13.6	160	34.3	45	25.9	18.01**	-.13***	-.09**
2. 30 - 39 år	25	37.9	171	36.7	70	40.2			
3. 40 - 49 år	22	33.3	85	18.2	36	20.7			
4. 50 - 60 år	10	15.2	50	10.7	23	13.2			
Missing	0		27		18				
Mean	2.50		2.05		2.21				
C. Sivilstand									
1. Gift	56	82.4	335	68.6	132	68.8	11.75	.12***	.08**
2. Samboende	3	4.4	20	4.1	13	6.8			
3. Enslig	9	13.2	131	26.8	44	22.9			
4. Enke/enkemann	0	0.0	2	0.4	3	1.6			
Missing	1		5		0				
Mean	1.31		1.59		1.57				
D. Har ektefelle/samboer lønnet arbeid									
1. Ja	49	89.1	343	77.8	139	82.2	35.87***	.13***	.08**
2. Nei	6	10.9	98	22.2	30	17.8			
Missing	14		52		23				
Mean	1.11		1.22		1.18				
E. Antall barn									
1. Ingen	19	28.4	142	36.0	35	21.6	32.61***	-.09**	-.04
2. 1 barn	10	14.9	61	15.5	21	13.0			
3. 2- 3 barn	28	41.8	167	42.4	91	56.2			
4. Mer enn 3 barn	10	14.9	24	6.1	15	9.3			
Missing	2		99		30				
Mean	2.43		2.19		2.53				
F. Reiselengde tur/retur arbeid									
1. Under 3 km	9	14.1	66	16.1	15	11.2	10.79	-.11**	-.07
2. 3 - 10 km	38	59.4	184	44.9	59	44.0			
3. 11 - 20 km	9	14.1	73	17.8	21	15.7			
4. Over 21 km	8	12.5	87	21.2	39	29.1			
Missing	5		5		83				
Mean	2.25		2.44		2.63				

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

og antall personer (N) som ikke har besvart det aktuelle spørsmål er også oppført. Forskjellen mellom profesjonene er uttestet ved Chi-kvadrat⁶⁾. Grad av sammenheng mellom hvert enkelt spørsmål og utbrenning er undersøkt ved produkt-moment korrelasjoner (r). Dessuten er det kontrollert for sosial ønskverdighet, vist ved partielle korrelasjoner (pr). Tilsvarende tabell-oppsett er fulgt i etterfølgende frekvenstabeller.

Det framgår av tabell 4 at det for legegruppen er et flertall av menn (67%). Sykepleierne og hjelpepleierne er på den annen side dominert av kvinner, henholdsvis 96% av sykepleiere og 98% av hjelpepleierne er kvinner. Det ble ikke funnet signifikante burnout-forskjeller mellom mannlige og kvinnelige informanter (tabell 4 A).

Det er en signifikant forskjell i aldersfordelingen mellom de tre profesjonene (tabell 4 B). 49% av legene, 29% av sykepleierne og 34% av hjelpepleierne er over 40 år. Sammenhengen mellom alder og utbrenning er signifikant negativt korrelert. Dette innebærer at det er en tendens i retning av at de yngste i utvalget er mest utbrente. Korrelasjonen er imidlertid ikke sterk. Sammenhengen blir ytterligere svekket, når det kontrolleres for sosial ønskverdighet.

Tilsvarende blir de signifikante positive sammenhengene mellom utbrenning og sivil status (tabell 4 C) og mellom utbrenning og om hvorvidt ektefellen er i lønnet arbeid (tabell 4 D) redusert ved kontroll for sosial ønskverdighet. Det framgår at et klart flertall av utvalget (over 70%) er gifte eller samboende, og at de fleste har ektefeller som er i jobb. Et flertall av informantene har 2-3 barn (tabell 4 E). Det er en viss sammenheng mellom utbrenning og reiselengde til arbeid (tabell 4 F). Den negative korrelasjonen tyder på en tendens i retning av at de som har lengst reiselengde, er minst utbrente. Ved kontroll for sosial ønskverdighet er ikke forskjellen lenger signifikant.

ARBEIDSDEMOGRAFISKE FORHOLD VED UTVALGET

Tabell 5 viser sammenhengen mellom arbeidsdemografiske forhold og burnout. Tabellen avdekker en relativt begrenset sammenheng. Bare 3 jobbdemografiske forhold viser signifikant korrelasjon med burnout (tabell 5 D, I og J). For de fleste jobb-demografiske forhold er det imidlertid relativt klare forskjeller mellom profesjonene.

Tabell 5.
Arbeidsdemografiske kjennetegn ved utvalget. Forskjellen mellom profesjonene er signifikantstestet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout (SBS-HP) er vist ved produktmoment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	STILLINGER						FORSKJELL	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			BURNOUT	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
A. Stilling	69		493		192		-	-.03	-.09
B. Spesialutdanning / spesialist-kompetanse utover ordinær yrkes- utdanning									
1. Ja	40	58.0	199	41.1	4	2.3	106.73***	-.06	-.02
2. Nei	29	42.0	285	58.9	169	97.7			
Missing	0		9		19				
Mean	1.42		1.59		1.98				
C. Hva slags arbeidstid har du?									
1. Dag	7	10.3	103	20.9	12	6.3	43.34***	.03	.05
2. Skiftarbeid	61	89.7	334	67.7	140	72.9			
3. Nat	0	0.0	56	11.4	40	20.8			
Missing	1		0		0				
Mean	1.90		1.91		2.15				
D. Arbeidsforhold									
1. Hel stilling	68	98.6	249	50.6	54	28.3	110.97***	-.15***	-.07
2. 3/4 stilling	1	1.4	50	10.2	17	8.9			
3. 1/2 stilling	0	0.0	181	36.8	118	61.8			
4. Under 1/2 stilling	0	0.0	12	2.4	2	1.0			
Missing	0		1		1				
Mean	1.01		1.91		2.36				
E. Antall sengeplasser på den posten hvor du arbeider									
1. Under 20 sengeplasser	8	28.6	105	31.1	36	21.3	22.94***	-.06	-.06
2. 20 - 25 sengeplasser	13	46.4	214	63.3	123	72.3			
3. Over 25 sengeplasser	7	25.0	19	5.6	10	5.9			
Missing	41		153		23				
Mean	1.96		1.74		1.85				
F. Grad av pasientkontakt i arbeidstiden									
1. Det meste av tiden	32	46.4	206	43.7	88	49.4	11.06	.06	.07
2. Inntil 75%	18	26.1	126	26.8	34	19.1			
3. Inntil 50%	13	18.8	61	13.0	21	11.8			
4. Inntil 25%	5	7.2	78	16.6	31	17.4			
5. Nei	1	1.4	17	3.6	4	2.2			
Missing	0		5		14				
Mean	1.91		2.13		2.04				

(forts.)

(tabell 5, forts.)

	S T I L L I N G E R						FORSKJELL Chi2	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			B U R N O U T	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
G. Hva slags ansettelsesforhold har du?									
1. Fast ansatt	49	71.0	444	90.6	187	97.9	43.32***	.03	.00
2. Midlertidig ansatt/vikar	20	29.0	46	9.4	4	2.1			
Missing	0		3		1				
Mean	1.29		1.09		1.02				
H. Antall timer overtid siste 2 uker									
1. Ingen overtid	7	12.5	256	60.5	119	77.3	136.62***	.06	.03
2. 1-9 timer overtid	15	26.8	126	29.8	20	13.0			
3. 10-20 timer overtid	20	35.7	27	6.4	6	3.9			
4. over 20 timer overtid	14	25.0	14	3.3	9	5.8			
Missing	13		70		38				
Mean	2.73		1.53		1.38				
I. Hvor lenge har du arbeidet på den enheten eller posten du er på nå?									
1. Under 1 år	28	41.8	75	15.3	13	6.8	59.16***	-.11**	-.13***
2. 1 - 3 år	11	16.4	176	35.9	60	31.6			
3. 4 - 10 år	18	26.9	165	33.7	93	48.9			
4. 11 - 20 år	8	11.9	66	13.5	23	12.1			
5. Over 20 år	2	3.0	8	1.6	1	0.5			
Missing	2		3		2				
Mean	2.18		2.50		2.68				
J. Hvor lenge har du arbeidet ved Rogaland Sentralsykehus i alt?									
1. Under 1 år	19	27.5	34	7.0	9	4.7	46.85***	-.14***	-.13***
2. 1 - 3 år	13	16.8	146	29.9	51	26.7			
3. 4 - 10 år	21	30.4	185	37.8	89	46.6			
4. 11 - 20 år	12	17.4	98	20.0	39	20.4			
5. Over 20 år	4	5.8	26	5.3	3	1.6			
Missing	0		4		1				
Mean	2.55		2.87		2.87				
K. Hvilket sykehus arbeider du ved?									
1. Rogaland sykehus	67	97.1	432	88.7	159	83.7	24.79***	.04	.06
2. Stavanger sykehus/Sandnes sykehus	2	2.9	55	11.3	31	16.3			
Missing	0		5		2				
Mean	1.06		1.12		1.16				

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Tabell 5 A viser antall informanter fra de 3 profesjonene. Legene, sykepleierne og hjelpepleierne utgjør henholdsvis 9%, 65% og 25% av de som svarte på spørreskjema. 6 av 10 leger, 4 av 10 sykepleiere og 2 av 100 hjelpepleiere har spesialutdannelse i tillegg til ordinær profesjonsutdannelse (tabell 5 B). Rundt 90% av legene, 68% av sykepleierne og 73% av hjelpepleierne jobber skift (tabell 5 C). Både profesjon, spesialistkompetanse og arbeidstid viser liten eller ingen sammenheng med burnout.

Omtrent alle legene i utvalget arbeider i full stilling. Sykepleierne og hjelpepleierne hadde derimot mer varierte stillinger, henholdsvis 49% og 72% arbeider i redusert arbeidstid (tabell 5 D). Tabellen viser en signifikant sammenheng mellom utbrenning og hvorvidt en arbeider i hel eller redusert stilling. Retningen på korrelasjonen viser at heltidsarbeidende er mer utbrente enn dem som arbeider 3/4 stilling eller mindre. Effekten blir imidlertid betydelig redusert når vi kontrollerer for sosial ønskverdighet.

Antall sengeplasser på den posten en er tilknyttet, viste heller ingen sammenheng med utbrenning (tabell 5 E), men relativt mange hadde latt dette spørsmålet stå ubesvart. 46% av legene, 44% av sykepleierne og 49% av hjelpepleierne mener at de har pasient-kontakt det meste av arbeidstiden (tabell 5 F). Det er ingen signifikant sammenheng mellom grad av pasient-kontakt og nivå av utbrenning.

Et klart flertall av utvalget er fast ansatt (tabell 5 G). Signifikant flere leger er imidlertid vikarer eller midlertid ansatt. Antall timer med overtid siste to uker viste ingen sammenheng med utbrenning (tabell 5 H). Det er store profesjonsforskjeller når det gjelder overtid. 13% av legene hadde ikke hatt overtid de siste to uker før utfylling av spørreskjema. Tilsvarende tall for sykepleiere og hjelpepleiere er 61% og 77%.

Legene har vært relativt kortere tid i sin nåværende jobb enn sykepleierne/ hjelpepleierne (tabell 5 J). Hele 42% av legene har vært tilknyttet sin nåværende enhet/post i mindre enn ett år. 27% av legene, 34% av sykepleierne og 49% av hjelpepleierne har jobbet på samme enhet i fra 4 til 10 år. Tilsvarende tendenser avspeiles i den totale tid utvalget har vært tilknyttet sentralsykehuset (tabell 5 K). Både lengde tilknyttet samme enhet og lengde tilknyttet sentralsykehuset viser signifikant sammenheng med utbrenning. Retningen på korrelasjonene tilsier at de som har vært i jobben i kortest tid, er mest utbrente.

Et klart flertall av utvalget, henholdsvis 89% av syke-

pleierne, 84% av hjelpepleierne og 97% av legene jobber ved Rogaland sykehus (tabell 5 K). 2.9% er tilknyttet Stavanger/Sandnes sykehus. Det framkommer ingen forskjell i utbrenningsnivå mellom de 3 sykehusene.

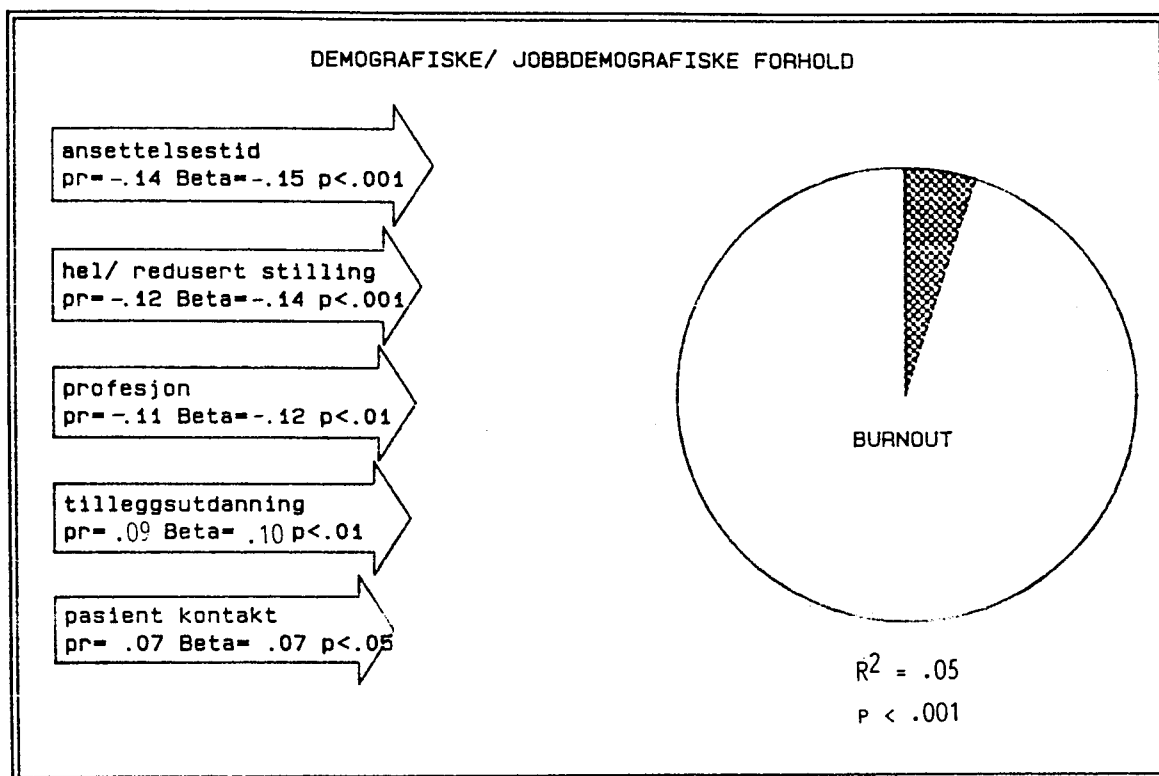
EFFEKTEN AV DEMOGRAFISKE/ JOBB-DEMOGRAFISKE FORHOLD PÅ BURNOUT.

Det framgikk av både tabell 4 og 5 at det var begrenset sammenheng mellom utbrenning og de fleste demografiske og jobb-demografiske forhold. Multippel regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke hvilke av disse forholdene som viste størst sammenheng med nivå av utbrenning.

Multippel regresjon⁷⁾ er en statistisk teknikk som nyttes for å analysere sammenhengen mellom en avhengig variabel (kalt kriterievariabel) og et sett av uavhengige variabler (kalt prediktorer). Multippel regresjonsanalyse er gjennom valget av avhengig variabel og uavhengige variabler både deskriptiv og fortolkende (Kim & Kohout, 1975).

En multippel regresjonsmodell forteller oss noe om prediktorenes samlede innvirkning eller effekt på kriterievariabelen. Sagt på en annen måte forteller en regresjonsmodell oss hvor mye av variasjonen prediktorene har felles med kriterievariabelen. Hver prediktors unike bidrag (d.v.s. variasjon prediktoren ikke "deler" med de øvrige prediktorer) til forklart varians vil også framgå av en multippel regresjonsmodell.

Figur 3 illustrerer den multippel regresjonsmodell som totalt sett forklarte mest av variasjonen i burnout, ut fra færrest antall spørsmål eller prediktorer. Figuren viser at demografiske/ jobbdemografiske forhold ikke forklarte mer enn 5% av variasjonen i burnout. Prediksjonen er imidlertid signifikant ($R^2 = .05$, $F = 8.59$, $df = 5/748$, $p < .001$). Det framgår av figuren at prediktoren "ansettelsestid" har størst unik samvariasjon med burnout. Det kan være verdt å merke seg at generelle demografiske forhold (som alder eller kjønn) ikke gir signifikante bidrag til å forklare variasjonen i burnout. Disse forhold er følgelig utelatt fra den endelige regresjonsmodellen i figur 2 (beta for ekskluderte prediktorer varierer mellom .06 og .00).



Figur 3. Multippel regresjonsanalyse: Demografiske/ Jobbdemografiske forhold som viser størst unik samvariasjon med Burnout. Den relative størrelsen på hvert bidrag er oppgitt i partielle korrelasjoner (pr) og betavekter (beta). Signifikansnivået for hvert prediktor-bidrag er oppgitt (p).

Sirkelen representerer variansen av Burnout (kriterievariabel). Den skraverete del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forklart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). Sigifikansnivå for modellen totalt står også oppført.

DET PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØ

=====

JOBBINNHOLD

I tabell 6 til 9 og i figur 4 belyser vi 4 sentrale psykologiske dimensjoner knyttet til informantenes opplevelse av innholdet i sin yrkesrolle.

Autonomi i arbeidet.

Tabell 6 omhandler utvalgets opplevelse av autonomi i sin arbeidssituasjon (firedelt skala, hvor verdi 1 innebærer at informanten mener den nevnte påstand er svært riktig, verdi 2

Tabell 6.

AUTONOMI. 1) Enkeltspørsmål og Index for hvor autonom (selvstendig) personalet opplever arbeidssituasjonen sin. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved varians-analyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)²⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskverdighet.

	S T I L L I N G						F O R S K J E L L		H E L E G R U P P E N	
	L E G E R		S Y K E P L E I E R E		P L E I E R E		F	Range-test	B U R N O U T	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Jeg har stor grad av innflytelse over det som skjer på jobben.	2.48	.93	2.71	.91	3.02	.85	11.64***	1*,2*,3*	.13***	.13***
2. Jeg har tilstrekkelige fullmakter / autoritet til å gjøre mitt beste.	1.77	.77	1.96	.79	2.29	.96	13.75***	1*,2*,3*	.16***	.14***
3. Jobben min gir meg anledning til å ta mange selvstendige avgjørelser.	1.62	.77	2.19	.91	2.97	.94	69.27***	1*,2*,3*	.12***	.13***
4. Jeg har tilstrekkelig frihet m.h.t. hvordan jeg skal gjøre jobben min.	1.97	.92	2.24	.90	2.46	.95	7.72***	1*,2*,3*	.16***	.15***
INDEX AUTONOMI	7.84	2.84	9.05	2.70	10.76	2.84	34.95***	1*,2*,3*	.18***	.17***

1) Cronbachs alpha for index er .79. 2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01 nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået. * p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

betyr at påstanden er nokså riktig, verdi 3 betyr at påstanden er litt riktig, mens verdi 4 innebærer at den nevnte påstand ikke er riktig.)

Det framgår av indeks for autonomi i tabell 6 at det er en klar sammenheng mellom posisjon i det formelle hierarki og følelse av å ha et selvstendig arbeid. Legene opplever i sterkere grad enn sykepleierne at de har en autonom arbeidssituasjon, mens sykepleierne angir at de har et friere arbeidsforhold enn hjelpepleierne. Denne forskjellen framkommer på alle delled i inventoret, i tillegg til den totale indeks.

Alle 3 gruppene anga forholdet "innflytelse over det som skjer på jobben" som mest negativt. Burnout viser en signifikant sammenheng med grad av autonomi i arbeidssituasjonen. Jo friere en opplever arbeidet sitt, jo mindre grad av utbrenning. Det kan være verdt å merke seg at sosial ønskverdighet har liten eller ingen effekt på denne sammenhengen.

Medbestemmelse

Tabell 7 viser informantenes opplevelse av å delta når

beslutninger som angår deres arbeidssituasjon tas ("non-participation", syvdelt skala, hvor verdi 1 tilsvarer mest positive verdi og verdi 7 mest negative verdi. Verdi 4 vil si at en stiller seg "nøytral" til påstanden).

Tabell 7 avdekker en viss forskjell mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere med hensyn til i hvilken grad de opplever at de deltar i beslutningsprosesser som vedrører deres arbeidssituasjon. Sykepleierne opplever størst grad av medbestemmelse (se indeks), mens forskjellen mellom leger/ hjelpepleiere er relativt liten. De 3 profesjonene vedkjente seg mest negativt leddet "det blir holdt møter hvor problemer med arbeidet diskuteres".

Det er en tendens i retning av at de som rapporterer minst grad av medbestemmelse - d.v.s. føler seg mest tilsidesatt - samtidig er de som er mest utbrent ($r = .23$, $p < .001$).

Tabell 7.

MEDBESTEMMELSE.¹⁾ Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet opplever at de deltar i beslutningsprosesser som angår deres arbeidssituasjon. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse (F)/ range-test (Lsd-prosedyre)²⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskverdighet.

	S T I L L I N G						F O R S K J E L L		H E L E G R U P P E N	
	L E G E R		S Y K E P L E I E R E		P L E I E R E		F	Range-test	B U R N O U T	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Jeg blir vanligvis ikke informert om viktige ting som foregår på min arbeidsplass	3.36	1.89	2.81	1.70	3.44	1.86	9.72***	1*,3*	.18***	.16***
2. Det blir ofte holdt møter hvor problemer i forbindelse med arbeidet diskuteres.	3.53	1.87	3.63	1.82	3.67	1.98	.13		.10**	.09*
3. Avgjørelser blir vanligvis tatt uten at de berørte personer blir forespurt.	3.12	1.83	2.80	1.76	3.08	2.03	2.05		.20***	.19***
INDEX MEDBESTEMMELSE	6.48	3.40	5.60	2.97	6.54	3.16	7.27***	1*,3*	.23***	.21***

1) Cronbachs alpha for index er .63 (kun spørsmål 1 og 3 er med i index). 2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01 nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Rolle-klarhet

Tabell 8 belyser sammenhengen mellom burnout og rolleklarhet. Skalaen på rolle-klarhet er 7-delt (hvor verdi 1 er

den mest positive verdi (lite rolleklarhet) og verdi 7 mest negative verdi (mye rolleklarhet). Verdi 4 vil si at informanten stiller seg nøytral til påstanden).

Det framgår av tabellen at det er klar sammenheng (se indeks) mellom burnout og rolle-uklarhet. Enkeltleddene viser også signifikant sammenheng med utbrenning. Jo sterkere en opplever at en har en uklar rolleutforming - med lite avgrensete eller dårlig formulerte arbeidsoppgaver - jo mer utbrent er en. Denne relasjonen blir imidlertid svekket, når vi kontrollerer for sosial ønskeværdighet.

Mens det var en klar tendens til at legene hadde et mer autonomt arbeid enn de to andre gruppene, er forholdet her omvendt: Hjelpepleierne opplever sterkest at de har en avgrenset arbeidssituasjon. Sykepleierne opplever også lavere grad av "rolle-uklarhet" enn legene.

De enkelt-ledd som legene vedkjente seg mest negativt, var "det er klare retningslinjer for hva som skal gjøres" og "jeg vet jeg disponerer arbeidstiden riktig". Sykepleierne og hjelpepleierne rapporterte mest negativt på leddet "jeg føler meg sikker på hvor stor innflytelse jeg har".

Tabell 8.

ROLLE-UKLARHET.¹⁾ Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet opplever at arbeidet deres er klart definert. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)²⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskeværdighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test 1)	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Jeg føler meg sikker på hvor stor innflytelse jeg har	2.79	1.42	3.46	1.47	3.61	1.70	7.19***	1*,2*,3*	.19***	.17***
2. Arbeidet mitt har et klart formål	1.78	.96	1.73	1.02	2.05	1.46	4.88**	1*,2*,3*	.21***	.17***
3. Jeg vet at jeg disponerer arbeidstiden riktig	3.10	1.35	2.86	1.23	2.30	1.24	15.74***	1*,2*,3*	.16***	.08*
4. Jeg vet hva mitt ansvars område er	2.00	1.28	1.64	.86	1.40	.75	11.85***	1*,2*,3*	.15***	.07*
5. Jeg vet nøyaktig hva som forventes av meg	2.56	1.61	2.42	1.25	1.96	1.26	9.21***	1*,2*,3*	.14***	.06
6. Det er klare retningslinjer for hva som skal gjøres	3.18	1.74	2.74	1.48	2.08	1.35	18.17***	1*,2*,3*	.14***	.07
INDEX ROLLE-UKLARHET	15.49	6.43	14.83	4.82	13.33	4.77	6.75**	1*,2*,3*	.27***	.18***

1) Cronbachs alpha for index er .73. 2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.
* p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

Rolle-konflikt

I tabell 9 avdekkes sammenhengen mellom burnout og "rolle-konflikt". Inventoriet "rolle konflikt" tapper i hvilken grad utvalget opplever ulike eller motstridende forventninger/krav til det arbeid de er satt til å utføre (7-delt skala, hvor verdi 1 er lik mest positive skåre, d.v.s. ingen rollekonflikt, og verdi 7 er mest negative skåre, d.v.s. høy grad av rollekonflikt. Verdi 4 betyr at informanten stiller seg nøytral til påstanden).

Det framgår av tabellen at rollekonflikt viser en sterk sammenheng med burnout ($r = .43$, $p < .001$). Leger, sykepleiere eller hjelpepleiere som opplever stor grad av motstridende krav eller forventninger i tilknytning til arbeidet sitt, er mest

Tabell 9.

ROLLE-KONFLIKT.¹) Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet opplever motstridende krav i forbindelse med arbeidet sitt. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)²). Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerverdighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Jeg må gjøre ting som jeg føler burde vært gjort annerledes.	4.01	1.88	3.93	1.93	4.11	1.88	.06		.17***	.12***
2. Jeg blir pålagt arbeidsoppgaver som jeg ikke har nok fysisk styrke til å utføre	1.28	.90	2.52	1.90	2.84	2.07	17.06***	1*,2*,3*	.25***	.24***
3. Jeg må omgå regler eller foreskrifter for å kunne fullføre en oppgave	2.07	1.57	2.72	1.87	2.49	1.84	4.03*	1*,2*,3*	.24***	.20***
4. Jeg samarbeider med to eller flere grupper som jobber på helt forskjellige måter	3.68	2.28	2.96	2.06	2.79	2.00	4.52*	1*,2*,3*	.23***	.16***
5. Jeg mottar uoverensstemmende beskjeder	2.60	1.64	3.04	1.90	2.58	1.84	4.62*	1*,3*	.33***	.26***
6. Jeg utfører oppgaver som anerkjennes av én person, men som ikke blir akseptert av andre	2.74	1.64	2.66	1.82	2.70	2.06	.06		.30***	.22***
7. Jeg får ikke tilbakemelding på det arbeid jeg utfører	3.61	1.83	3.71	1.88	3.44	2.13	1.16		.25***	.23***
8. Jeg pålegges oppgaver uten å ha tilstrekkelig hjelp og utstyr til å utføre dem	3.21	2.07	2.96	1.87	2.50	1.83	4.88**	1*,2*,3*	.30***	.24***
9. Jeg gjør arbeidsoppgaver som er unødvendige	3.16	2.06	2.91	1.94	2.44	1.82	4.96**	1*,2*,3*	.25***	.17***
INDEX ROLLE-KONFLIKT	26.37	10.27	27.43	10.58	25.73	10.38	1.64		.43***	.33***

1) Cronbachs alpha for index er .79. 2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

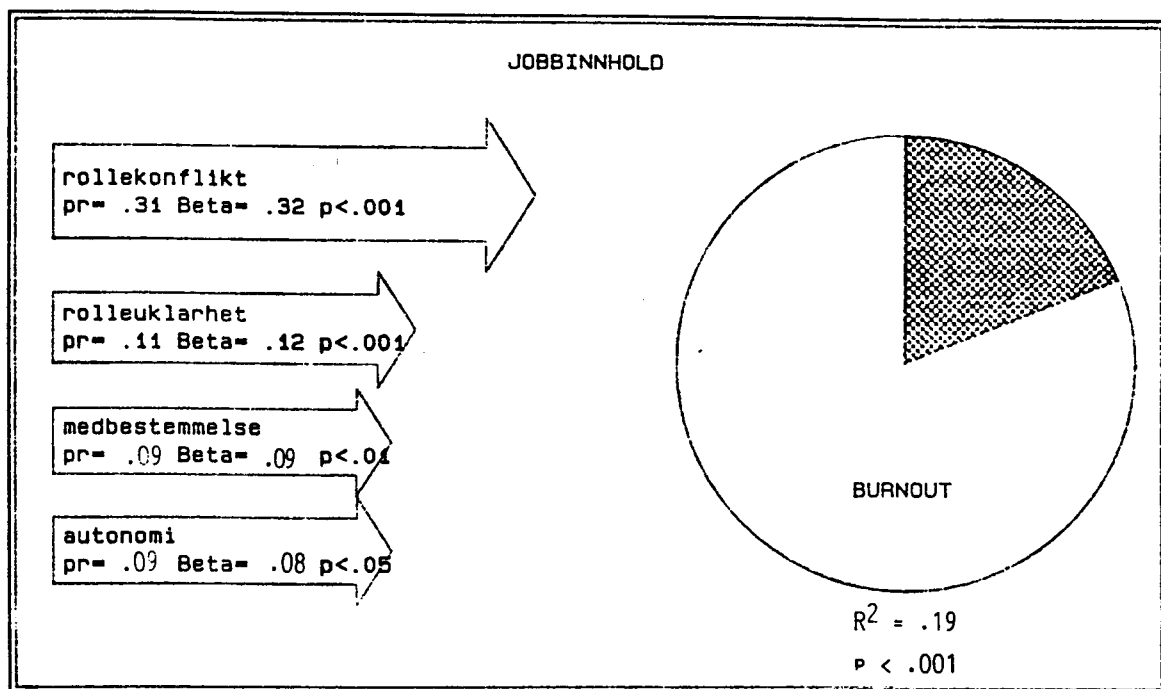
utbrente. Denne tendensen avspeiles også i alle enkeltleddene. Sammenhengen blir imidlertid noe mindre uttalt når det kontrolleres for sosial ønskerverdighet.

Hjelpepleierne rapporterer minst grad av rollekonflikt, sykepleierne størst. Forskjellen mellom de tre profesjonene er imidlertid liten (ikke signifikant).

Ser vi på enkeltleddene, går det fram at både leger, sykepleiere og hjelpepleiere rapporterer forholdet "jeg må gjøre ting som jeg føler burde vært gjort annerledes" som mest konfliktfyllt. Andre negative ledd er "jeg samarbeider med to eller flere grupper som jobber på helt forskjellige måter" (legene) og "jeg får ikke tilbakemelding på det arbeid jeg utfører" (sykepleiere og hjelpepleiere).

Effekten av ulike mål på jobbinnhold i forhold til burnout

Figur 4 belyser hvor mye av variasjonen i burnout som blir forklart ut fra de fire psykososiale dimensjonene rolle-



Figur 4. Multippel regresjonsanalyse: JOBB-INNHOLD. 4 utvalgte dimensjoner på jobb-innhold sin unike samvariasjon med Burnout. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forklart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

konflikt, rolleklarhet, medbestemmels og autonomi.

Det framgår av figuren at disse prediktorene forklarer 19% av variasjonen i burnout. Bidraget er signifikant ($R^2 = .19$, $F = 44.60$, $df = 4/749$, $p < .001$). Rollekonflikt skiller seg ut som den klart sterkeste prediktoren ($p < .001$).

BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER

I denne seksjonen presenterer vi resultatene for analysene for jobb-dimensjonen: Arbeidsbelastninger. Respondentene vurderte 23 antatt belastende forhold.

Faktoranalyse⁸⁾ (varimax rotasjon) av disse belastningsforholdene gav en faktormatrise bestående av 6 faktorer. Samlet forklarte disse faktorene 58% av den totale variasjonen i "arbeidsbelastning". De 6 faktorene som framkom, var: 1) "Krav/ tidspress" (forklarte 25% av variansen), 2) "Emosjonelle belastninger" (11.6%), 3) "Byråkrati/ endringer" (6.2%), 4) "Stress/ slitasje (5.7%), 5) "Konflikt/ omsorg" (5%) og 6) "slusesystem" (4.4%). (Se Appendix A, tabell II, for eksakt oversikt over faktorstruktur/ faktorladninger.)

Belastningsfaktor 1: "krav/ tidspress"

Tabell 10 presenterer en oversikt over de belastnings-situasjoner som utgjør faktor 1, "krav/ tidspress" (rangert etter styrken i faktor-ladningene).

Det framgår av tabellen at de 8 belastende forhold som utgjør faktoren "krav/ tidspress", alle viser relativt klar sammenheng med burnout. Tendensen er at jo sterkere informantene vedkjenner seg disse situasjonene, jo mer utbrente er de.

Pålagte arbeidsoppgaver:

Det er klare profesjonsforskjeller mellom leger og sykeleiere/ hjelpepleiere m.h.t. i hvilken grad de pålegges arbeidsoppgaver som går ut over den ordinære arbeidstid (tabell

Tabell 10.

Hyppighet av BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER på sykehuset. DEL I. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet. Spørsmålene er rangert etter faktorstruktur og faktorladninger.

FAKTOR 1: KRAV/ TIDSPRESS	S T I L L I N G E R						FORSKJELL Chi2	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			B U R N O U T	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
A. Du blir pålagt arbeidsoppgaver som det ikke er tid til å løse innen din nåværende arbeidstid									
1. Ikke i det hele tatt	7	10.3	137	28.4	81	44.3	79.04**	.27***	.21***
2. Litt	21	30.9	228	47.3	71	38.8			
3. Ganske ofte	22	32.4	74	15.4	19	10.4			
4. Svært ofte	18	26.5	43	8.9	12	6.6			
Missing	1		11		9				
Mean	2.74		2.05		1.82				
B. Det stilles for store krav, uten at vi får tilstrekkelig med ressurser									
1. Ikke i det hele tatt	5	7.4	54	11.3	31	17.3	54.84	.35***	.33***
2. Litt	27	39.7	202	42.3	68	38.0			
3. Ganske ofte	20	29.4	142	29.6	41	22.9			
4. Svært ofte	16	23.5	81	16.9	39	21.8			
Missing	1		14		13				
Mean	2.68		2.51		2.47				
C. Underbemanning på arbeidsstedet									
1. Ikke i det hele tatt	4	5.8	42	8.6	16	8.4	17.25	.25***	.24***
2. Litt	23	33.3	158	32.4	49	25.8			
3. Ganske ofte	19	27.5	148	30.4	50	26.3			
4. Svært ofte	23	33.3	139	28.5	75	39.5			
Missing	0		6		2				
Mean	2.88		2.78		2.96				
D. Du har så mange arbeidsoppgaver i løpet av en dag at noen blir glemt eller må utelates.									
1. Ikke i det hele tatt	10	14.5	82	16.8	36	19.4	27.49	.25***	.19***
2. Litt	34	49.3	270	55.2	106	57.0			
3. Ganske ofte	13	18.8	102	20.9	21	11.3			
4. Svært ofte	12	17.9	35	7.2	23	12.4			
Missing	0		4		6				
Mean	2.39		2.19		2.18				
E. Du føler at du får for liten tid til å sette nye ansatte /praktikanter inn i arbeidet.									
1. Ikke i det hele tatt	18	27.3	84	17.9	46	26.7	88.55	.21***	.17***
2. Litt	26	39.4	174	37.2	61	35.5			
3. Ganske ofte	15	22.7	145	31.0	41	23.8			
4. Svært ofte	7	10.6	65	13.9	24	14.0			
Missing	3		25		20				
Mean	2.17		2.39		2.22				
F. Du har ikke tid til å ta deg tilstrekkelig av pasienter eller pårørende									
1. Ikke i det hele tatt	5	7.5	33	7.1	18	10.3	78.35	.26***	.24***
2. Litt	18	26.9	178	38.1	63	36.2			
3. Ganske ofte	36	53.7	180	38.5	52	29.9			
4. Svært ofte	8	11.9	76	16.3	41	23.6			
Missing	2		26		16				
Mean	2.71		2.61		2.62				
G. Arbeidet gir ikke rom for å holde seg faglig ajour.									
1. Ikke i det hele tatt	6	8.7	86	17.9	51	29.0	71.40	.24***	.21***
2. Litt	22	31.9	233	48.4	79	44.0			
3. Ganske ofte	25	36.2	100	20.8	29	16.5			
4. Svært ofte	16	23.2	62	12.9	17	9.7			
Missing	0		12		16				
Mean	2.74		2.29		2.08				
H. Avgjørelser må tas under tidspress									
1. Ikke i det hele tatt	2	2.9	39	8.0	41	22.5	73.85***	.27***	.24***
2. Litt	19	27.9	194	39.8	75	41.2			
3. Ganske ofte	28	41.2	171	35.0	47	25.8			
4. Svært ofte	19	27.9	84	17.2	19	10.4			
Missing	1		5		10				
Mean	2.92		2.62		2.26				

* $P < .05$. ** $P < .01$. *** $P < .001$.

10 A). Henholdsvis 59% av legene, 24% av sykepleierne og 17% av hjelpepleierne rapporterer at dette skjer ganske ofte eller svært ofte.

Store krav - lite ressurser

Forskjellen mellom profesjonene er små, men legene rapporterer mest negativt også her (tabell 10 B). 53% av legene, 47% av sykepleierne og 45% av hjelpepleierne opplever ganske ofte eller svært ofte at det stilles for store krav i forhold til tilgjengelige ressurser.

Underbemanning på arbeidsstedet

Det er små forskjeller mellom profesjonene på dette ledd. Henholdsvis 61% av legene, 59% av sykepleierne og 66% av hjelpepleierne hevder at det ganske ofte eller svært ofte er underbemanning på arbeidsstedet (tabell 10 C).

Må utelate arbeidsoppgaver

Legene må oftere enn sykepleierne/hjelpepleierne utelate arbeidsoppgaver, fordi det er for mye å gjøre. 36% av legene, 28% av sykepleierne og 24% av hjelpepleierne vedkjenner at dette skjer ganske ofte eller svært ofte ofte (tabell 10 D).

Liten tid til veiledning

Her er det sykepleierne som opplever det største presset. Henholdsvis 45% av sykepleierne, 38% av hjelpepleierne og 33% av legene mener det ofte er et problem at det blir for liten tid til veiledning (tabell 10 E).

Liten tid til pasienter/ pårørende

Respektive 66% av legene, 55% av sykepleierne og 54% av hjelpepleierne opplever at de ikke har tid til å ta seg tilstrekkelig av pasientene eller deres pårørende (tabell 10 F).

Faglig ajour

Legene opplever mer enn de to andre profesjonene at det blir for lite tid til å holde seg faglig ajour (tabell 10 G). 59% av legene ser dette (ganske ofte eller svært ofte) som et problem, mens tilsvarende tall for sykepleiere og hjelpepleiere er 34% og 26%.

Avgjørelser under tidspress

Også her er det profesjonsforskjeller mellom legene på den ene siden, og sykepleiere/ hjelpepleiere på den andre siden. 69% av legene, 52% av sykepleierne og 36% av hjelpepleierne hevder at de ofte må foreta avgjørelser under tidspress. Forskjellen mellom profesjonene er signifikant.

Belastningsfaktor 2. "emosjonelle belastninger"

Tabell 11 viser en frekvenstabell over de spørsmål som utgjør faktoren "emosjonelle belastninger".

Det framgår av tabellen at sammenhengen mellom burnout og leddene i "emosjonelle belastninger" stort sett er svakere, enn ved belastningsfaktor 1. Sammenhengen med burnout er likevel signifikant for 5 av 6 spørsmål.

Informere foreldre/pårørende om sykdom

Legene må langt oftere enn de to andre profesjonene informere pårørende om at pasientene har livstruende sykdommer (tabell 11 A). Henholdsvis 40% av legene, 13% av sykepleierne og 2% av hjelpepleiere hevder at de ganske ofte eller svært ofte må gjøre dette. Det er ingen signifikant sammenheng mellom dette forholdet og burnout.

Informere pasientene om sykdom

Som ved forrige spørsmål, må legene langt hyppigere enn sykepleiere/ hjelpepleiere informere om at pasienten har livstruende sykdom (tabell 11 B). Sammenhengen med utbrenning er signifikant. Korrelasjonen er imidlertid moderat, og blir ytterligere svekket ved kontroll for sosial ønskerdighet.

Vanskelige tema

39% av legene og 37% av sykepleierne må ganske ofte eller svært ofte snakke med pasientene om ømtålelige tema (tabell 11 C). Kun 11% av hjelpepleierne hevder at de hyppig (ganske ofte eller svært ofte) er i en slik situasjon. Det er en viss (signifikant) sammenheng mellom dette forholdet og burnout. Samvariasjonen svekkes, når det kontrolleres for sosial ønskerdighet (sammenhengen er likevel signifikant).

Tabell 11.

Hypighet av BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER på sykehuset. DEL II. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet. Spørsmålene er rangert etter faktorstruktur og faktorladninger.

	S T I L L I N G E R						FORSKJELL	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			BURNOUT	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
FAKTOR 2: EMOSJONELL BELASTNING									
A. Du må informere for-eldre/ pårørende om at pasienten har en livstruende sykdom									
1. Ikke i det hele tatt	14	20.9	240	53.0	150	89.8	191.45***	.07	.04
2. Litt	26	38.8	154	34.0	13	7.8			
3. Ganske ofte	18	26.9	43	9.5	1	0.6			
4. Svært ofte	9	13.4	16	3.5	3	1.8			
Missing	2		40		25				
Mean	2.34		1.69		1.30				
B. Du må informere pasienten om at han/hun har en livstruende sykdom									
1. Ikke i det hele tatt	16	23.5	260	57.8	150	89.3	190.79***	.08*	.04
2. Litt	25	36.8	147	32.7	13	7.7			
3. Ganske ofte	20	29.4	33	7.3	2	1.2			
4. Svært ofte	7	10.3	10	2.2	3	1.8			
Missing	1		43		24				
Mean	2.28		1.60		1.30				
C. Du må samtale med pasienter eller pårørende om tema du opplever som vanskelige å snakke om									
1. Ikke i det hele tatt	14	20.9	74	16.7	73	43.7	141.26	.12***	.08*
2. Litt	27	40.3	204	45.9	76	45.5			
3. Ganske ofte	16	23.9	125	28.2	14	8.4			
4. Svært ofte	10	14.9	41	9.2	4	2.4			
Missing	2		49		25				
Mean	2.33		2.29		1.77				
D. Pasientenes liv avhenger av din oppmerksomhet og vurdering									
1. Ikke i det hele tatt	7	10.4	46	10.1	52	31.1	133.06*	.09*	.09*
2. Litt	22	32.8	176	38.8	74	44.3			
3. Ganske ofte	25	37.3	141	31.1	23	13.8			
4. Svært ofte	13	19.4	91	20.0	18	10.8			
Missing	2		40		25				
Mean	2.64		2.58		2.08				
E. Du opplever medisinsk/etiske konflikter i arbeidet									
1. Ikke i det hele tatt	19	28.8	135	30.7	100	63.7	172.25*	.26**	.20***
2. Litt	38	57.6	217	49.3	40	25.5			
3. Ganske ofte	7	10.6	63	14.3	9	5.7			
4. Svært ofte	2	3.0	25	5.7	8	5.1			
Missing	3		53		35				
Mean	1.91		1.98		1.66				
F. Dødsfall blant dine pasienter									
1. Ikke i det hele tatt	9	15.0	79	17.4	24	14.0	130.77	.09*	.09*
2. Litt	32	53.3	226	49.7	91	52.9			
3. Ganske ofte	16	26.7	123	27.0	37	21.5			
4. Svært ofte	3	5.0	27	5.9	20	11.6			
Missing	9		38		20				
Mean	2.24		2.21		2.31				

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Pasientens liv avhenger av deg

Det er forskjeller mellom leger og sykepleiere på den ene siden, og hjelpepleiere på den annen (tabell 11 D). 57% av legene, 51% av sykepleierne og 25% av hjelpepleierne hevder de opplever denne situasjonen ganske ofte eller svært ofte. Sammenhengen med burnout er moderat.

Medisinsk/etiske konflikter

Sykepleierne opplever hyppigst ulike typer medisinsk/etiske konflikter, mens hjelpepleierne opplever dette forholdet i minst grad (henholdsvis 20% av sykepleierne, 14% av legene og 11% av hjelpepleierne opplever medisinsk/etiske konflikter ganske ofte eller svært ofte).

I skjemaet er det under dette spørsmålet mulig å grunngi hvilke medisinsk/etiske konflikter personalet opplever som vanskelige. 52% av utvalget har brukt denne muligheten. Det svar som går igjen blant de som svært ofte eller ganske ofte opplever medisinsk-etiske konflikter, er problemer ved "passiv dødshjelp". Typiske utsagn er bl.a. "skal personalet hindre gamle mennesker i å dø på en naturlig måte," "skal en behandle gamle som likevel dør etter en lang og smertefull behandling", eller "skal gamle mennesker få en verdig død?" Det framgår at det er en klar sammenheng mellom opplevelse av medisinsk/etiske konflikter, og burnout (tabell 11 E).

Dødsfall blant dine pasienter

Det framkommer kun svak sammenheng mellom burnout og antall dødsfall en opplever i det daglige arbeid. 32% av legene og 33% av sykepleierne og hjelpepleierne opplever ofte dødsfall blant pasientene (tabell 11 F).

Tabell 12 er en frekvenstabell over spørsmål som utgjør to faktorer: "Byråkrati/ endringer" og "Stress/slitasje".

Belastningsfaktor 3 : "byråkrati/ endringer".

Byråkrati innen sykehuset

Blant alle 3 profesjonene er det en utbredt oppfatning av

Tabell 12.

Hyppighet av BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER på sykehuset. DEL III. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskverdighet. Spørsmålene er rangert etter faktorstruktur og faktorladninger.

	S T I L L I N G E R						FORSKJELL	HELE	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			UTVALGET	
								BURNOUT	
	N	%	N	%	N	%		Chi2	r
FAKTOR 3:									
BYRÅKRATI/ ENDRINGER									
A. Det er for mye byråkrati innen sykehuset, slik at ting skjer for langsomt									
1. Ikke i det hele tatt	2	2.9	1	0.2	2	1.1	36.95	.22***	.20***
2. Litt	18	26.1	77	15.8	29	15.7			
3. Ganske ofte	23	33.3	157	32.2	62	33.5			
4. Svært ofte	26	37.7	252	51.7	92	49.7			
Missing	0		6		7				
Mean	3.06		3.34		3.27				
B. Du opplever de forandringene som har skjedd ved sykehuset i forbindelse med omleggingen som en stor belastning									
1. Ikke i det hele tatt	27	44.3	126	26.8	48	26.4	111.29***	.24***	.21***
2. Litt	22	36.1	212	45.0	71	39.0			
3. Ganske ofte	7	11.5	94	20.0	43	23.6			
4. Svært ofte	5	8.2	39	8.3	20	10.0			
Missing	8		22		10				
Mean	1.92		2.12		2.19				
FAKTOR 4:									
STRESS/ SLITASJE									
C. Arbeidet ditt omfatter tunge løft som du opplever som belastende									
1. Ikke i det hele tatt	54	78.3	98	20.0	38	20.0	130.30	.20***	.22***
2. Litt	11	15.9	182	37.1	64	33.7			
3. Ganske ofte	3	4.3	112	22.9	32	16.8			
4. Svært ofte	1	1.4	98	20.0	56	29.5			
Missing	0		3		2				
Mean	1.29		2.43		2.56				
D. Vaktsystemet (sen og tidligvakter) går ut over familielivet.									
1. Ikke i det hele tatt	11	16.7	102	23.8	33	18.4	80.9	.29***	.28***
2. Litt	27	40.9	164	38.2	74	41.3			
3. Ganske ofte	16	24.2	92	21.4	38	21.2			
4. Svært ofte	12	18.2	71	16.6	34	19.0			
Missing	3		64		13				
Mean	2.45		2.29		2.37				
E. Din opplæring er ikke tilstrekkelig for å håndtere den situasjon du står overfor.									
1. Ikke i det hele tatt	23	33.8	180	37.0	76	42.7	10.23	.21***	.17***
2. Litt	38	55.9	272	56.0	80	44.9			
3. Ganske ofte	5	7.4	29	6.0	17	9.6			
4. Svært ofte	2	2.9	5	1.0	5	2.8			
Missing	1		7		14				
Mean	1.79		1.71		1.73				
F. Du opplever deg så truet av overgrep fra pasienter at du i perioder føler deg engstelig for din egen sikkerhet									
1. Ikke i det hele tatt	50	74.6	365	81.3	135	84.4	6.81	.22***	.21***
2. Litt	16	23.9	65	14.5	21	13.1			
3. Ganske ofte	1	1.5	12	2.7	3	1.9			
4. Svært ofte	0	0.0	7	1.6	1	0.6			
Missing	2		44		32				
Mean	1.27		1.25		1.19				

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

en ofte støter på byråkrati, og at ting skjer langsomt (tabell 12 A). Henholdsvis 71% av legene, 84% av sykepleierne og 83% av hjelpepleierne opplever ganske eller svært ofte at byråkratiet er en belastning. Opplevelse av byråkrati og sendrektighet viser relativt klar sammenheng med burnout.

Forandringene ved sykehuset

Hjelpepleierne har opplevd størst belastning og legene minst belastning i tilknytning til omleggingene ved sykehuset (tabell 12 B). Henholdsvis 34% av hjelpepleierne, 28% av sykepleierne og 20% av legene mener at de ofte eller svært ofte har opplevd forandringene som en belastning. Forskjellen mellom profesjonene er signifikant. Tabellen viser også at det er sammenheng mellom hvorvidt en har opplevd omleggingene ved sykehuset som en belastning, og burnout (tabell 12 B).

Belastningsfaktor 4: "stress/ slitasje"

Tunge løft

46% av hjelpepleierne, 43% av sykepleiere og 6% av legene plages ofte av at de må foreta tunge løft i tilknytning til arbeidet (tabell 12 C). Sammenhengen mellom i hvilken grad en opplever tunge løft og burnout er signifikant.

Vaktsystemet

Det er relativt klar sammenheng mellom opplevelse av at vaktsystemet går ut over familien, og burnout. Forskjellen mellom profesjonene er liten (tabell 12 D). Henholdsvis 42% leger, 38% sykepleiere og 40% hjelpepleiere opplever ganske ofte eller svært ofte at vaktsystemet går ut over familielivet.

Opplæring ikke tilstrekkelig

Det er et relativt klart samsvar mellom opplevelse av at den formelle utdanning ikke er tilstrekkelig, og utbrenning (tabell 12 E). 10% av legene, 7% av sykepleierne og 12% av hjelpepleierne mener at de ofte konfronteres med dette problemet.

Angst for overgrep

Relativt få i det samlede utvalg av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ser trusselen om overgrep fra pasientene som noe problem (tabell 12 F, henholdsvis 2%, 4% og 3% opplever slik engstelse ofte). Sammenhengen med Burnout er signifikant.

Tabell 13 omhandler de resterende belastningssituasjonene, de som framkom som faktor 5 "konflikt/ omsorg" og faktor 6 (slusesystem).

Belastningsfaktor 5: konflikt/ omsorg.

Avvisning av foreldre

Det er få i utvalget (henholdsvis 6% av sykepleierne og 8% av legene og hjelpepleierne) som føler at de ofte må avvise foreldre p.g.a. tidspress. Sammenhengen mellom opplevelse av avvisning og burnout er signifikant.

Tabell 13.

Hyppighet av BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER på sykehuset. DEL IV. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet. Spørsmålene står rangert etter faktorstruktur og faktor-ladninger.

	S T I L L I N G E R						FORSKJELL	HELE	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			B U R N O U T	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
FAKTOR 5:									
KONFLIKT/ OMSORG									
A. Foreldre må avvises på grunn av tidspress									
1. Ikke i det hele tatt	29	47.5	249	61.6	94	59.9	164.09	.21***	.19***
2. Litt	27	44.2	132	32.7	51	32.5			
3. Ganske ofte	4	6.6	19	4.7	6	3.8			
4. Svært ofte	1	1.6	4	1.0	6	3.8			
Missing	8		89		35				
Mean		1.72		1.63		1.65			
B. Du kjenner til en pasients (families) behov for støtte, men presset fra andre oppgaver gjør at du ikke kan yte tilstrekkelig hjelp									
1. Ikke i det hele tatt	7	10.4	79	18.0	45	27.3	96.62	.24***	.20***
2. Litt	31	46.3	188	42.7	75	45.5			
3. Ganske ofte	19	28.4	122	27.7	29	17.6			
4. Svært ofte	10	14.9	51	11.6	16	9.7			
Missing	2		53		27				
Mean		2.49		2.31		2.13			
FAKTOR 6:									
SLUSESISTEM									
C. Slusesystemer ved operasjons- og intensivavdelinger er en kilde til irritasjon i mitt arbeid.									
1. Ikke i det hele tatt	44	71.0	276	64.9	93	67.9	7.13	.07	.07
2. Litt	10	16.1	85	20.0	34	24.8			
3. Ganske ofte	4	6.5	36	8.5	6	4.4			
4. Svært ofte	4	6.5	28	6.6	4	2.9			
Missing	4		69		55				
Mean		1.48		1.57		1.42			

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Kjennskap til behov for omsorg

Her er det en viss forskjell mellom profesjonene (legene/sykepleierne på den siden, hjelpepleierne på den andre). Hele 43% av legene, 39% av sykepleierne og 27% av hjelpepleierne føler ganske ofte eller svært ofte at de må ignorere pasienters (families) behov for støtte, p.g.a. arbeidspresset (tabell 13 B). Sammenhengen med Burnout er signifikant.

Belastningsfaktor 6: slusesystem

Slusesystemene ved operasjonsog intensivavdelinger

Dette forholdet viser begrenset (ikke signifikant) sammenheng med burnout. Forskjellen mellom de 3 profesjonene er også relativt liten (tabell 13 C). Under 14% av det totale utvalget ser slusesystemene ved operasjons- og intensivavdelingene som noe problem (ganske ofte eller svært ofte).

Belastende arbeidssituasjoners samlede effekt på burnout

I tabell 14 og i figur 5 og 6 framgår de ulike belastningsforholds samlede effekt på burnout.

Tabell 14 er en oppstilling over legers, sykepleieres og hjelpepleieres gjennomsnittlige fordeling på de 6 indeksene som

Tabell 14.

Hyppighet av BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER på sykehuset. DEL V. Indekser sammensatt ut fra faktoranalyse. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved varians analyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)¹). Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	S T I L L I N G						F O R S K J E L L		H E L E G R U P P E N	
	L E G E R		S Y K E P L E I E R E		P L E I E R E		F	Range-test	B U R N O U T	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
Index 1. Krav/ tidspress	21.22	4.99	19.44	5.01	18.60	5.48	6.68***	1,2*	.37***	.32***
" 2. Emosjonell belastning	11.82	3.60	10.37	2.98	8.75	2.79	32.80***	1*,2*,3*	.12***	.09*
" 3. Byråkrati/ endringer	4.98	1.48	5.46	1.32	5.47	1.45	3.89*	1	.28***	.25***
" 4. Stress/ slitasje	5.52	1.49	6.44	1.81	6.61	1.88	9.41***	1*,2*	.35***	.34***
" 5. Konflikt/ omsorg	4.21	1.32	3.94	1.37	3.77	1.47	2.66		.26***	.23***
" 6. Slusesystem	1.48	.88	1.57	.90	1.42	.71	1.53		.07	.07
INDEX BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER (Work load) ²	47.89	9.24	45.88	9.41	42.17	9.22	13.50***	2*,3*	.39***	.35***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01 nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået. 2) Dannet ved addisjon av alle enkelt-leddene. Cronbachs alpha for den totale indeks av belastende arbeidssituasjoner er .88.

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

ble konstruert ut fra faktoranalyse av 23 belastende arbeids-situasjoner (tabell 10 til 13). I tillegg er de belastende arbeidsforhold addert sammen til en indeks.

5 av de 6 indeksene viser signifikant positiv sammenheng med burnout (p .001). Unntaket er spørsmålet "slusesystem". Dette innebærer at jo mer hjelperne opplever f.eks. "krav/tidspress" (indeks 1) eller konflikter i forbindelse med det å gi omsorg (indeks 5), jo mer utbrenning rapporterer utvalget. Den totale indeksen av belastende arbeidssituasjoner ("work load") viser en sterk sammenheng med burnout ($r = .39$, $p = .001$).

Ser vi på belastningsforskjeller mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere finner vi en del nyanser. 4 av 6 indekser viser signifikante forskjeller mellom profesjonene: Legene opplever mer "krav/tidspress", "emosjonelle belastninger" og "omsorgskonflikter" enn sykepleiere og hjelpepleiere. Hjelpepleierne og sykepleierne rapporterer mest belastning på indeksene "byråkrati/ endringer" og "stress/slitasje".

Figur 5 og 6 illustrerer multiple regresjonsanalyser, hvor det unike bidraget til de ulike belastningssituasjonene i tabell 10-14 (figur 5) og de 6 indeksene (figur 6) blir undersøkt i forhold til burnout. De endelige modellene som utgjør figurene, er de som ga det beste forholdet mellom antall prediktorer og forklart varians, d.v.s. hvor færrest antall prediktorer forklarer mest mulig av variasjonen i burnout.

Det framgår av figur 5 at 9 belastningsforhold ga signifikante (p .001) unike bidrag til forklart varians av utbrenning. Disse forklarte 23% av den totale varians ($R^2 = .23$, $F = 25.09$, $df = 9/744$, $p = .001$). Det er viktig å få fram at det ikke er noe enkelt-forhold som skiller seg klart ut med hensyn til å forklare variasjonen i burnout. Sterkest utslag ga forhold som for store krav i forhold til ressursene, vaktssystemet med skiftarbeid og "medisinsk-etiske konflikter". (Prediktorer som ble utelatt fra den endelige regresjonsmodellen i figur 5, hadde betavekter som varierte mellom .00 og .06.)

BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONER/ ENKELT-SPØRSMÅL

store krav/ lite ressurser
pr= .18 Beta= .19 p<.001

vaktsystem/ familieliv
pr= .16 Beta= .16 p<.001

medisinsk etiske konfl.
pr= .16 Beta= .16 p<.001

trues av pasienter
pr= .14 Beta= .13 p<.001

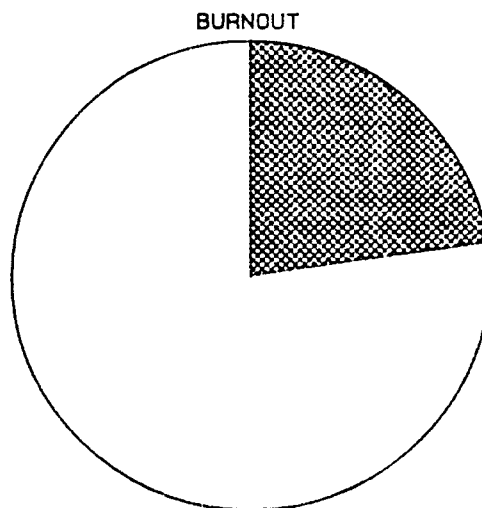
tunge løft
pr= .14 Beta= .13 p<.001

dødsfall bl. pasienter
pr= -.13 Beta= -.13 p<.001

manglende oppløring
pr= .11 Beta= .10 p<.01

avgj. u/ tidspress
pr= .09 Beta= .10 p<.01

pas. liv avh/ deg
pr= -.09 Beta= .10 p<.05



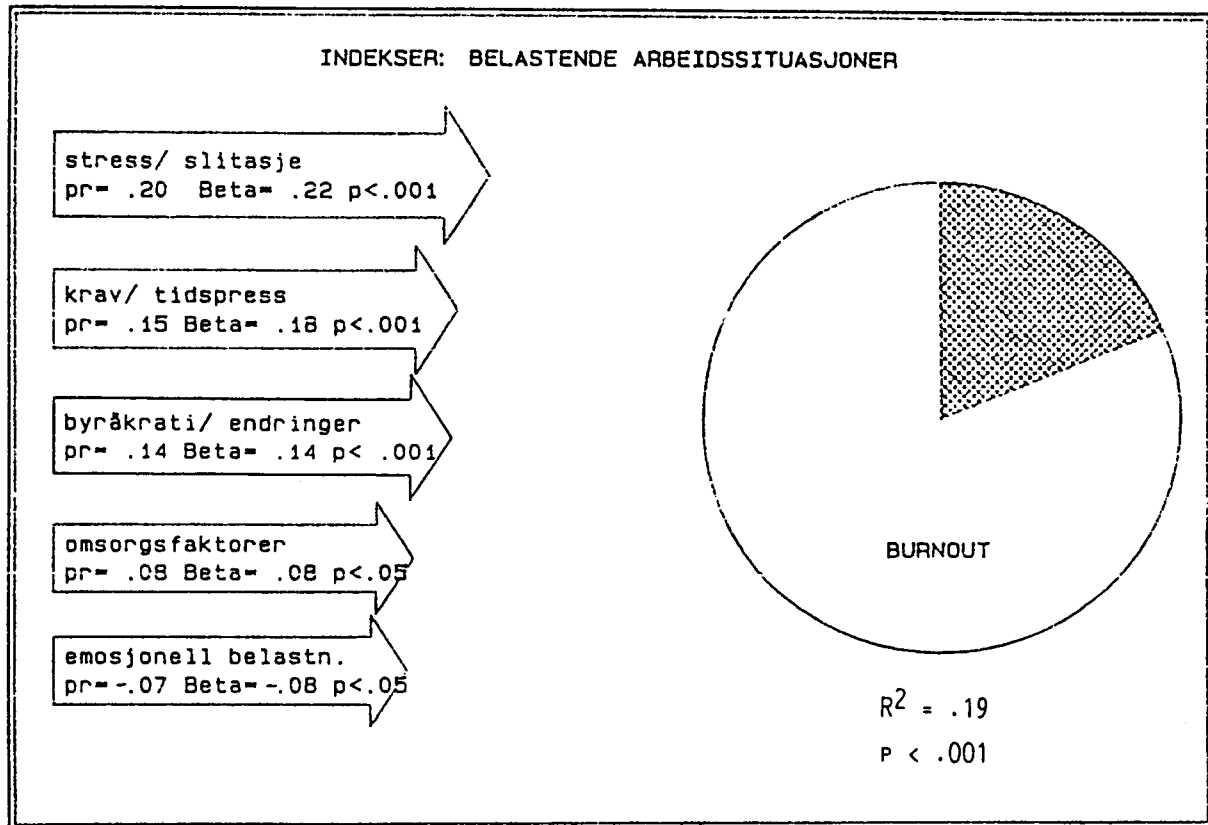
$$R^2 = .23$$

$$p < .001$$

Figur 5. Multipel regresjonsanalyse: BELASTENDE ARBEIDSFORHOLDS INNVIRKNING PÅ BURNOUT/ ENKELTSPØRSMÅL. De enkelte arbeidssituasjoner sin unike samvariasjon med Burnout. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multipel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

I figur 6 har vi undersøkt effekten til de ulike "faktorindeksene". (Spørsmål med høye faktorladninger på en faktor er addert til indekser. Indexene er så undersøkt ved inter-item

korrelasjoner og Cronbachs Alpha.) Figuren viser den regresjonsmodell som predikerte mest varians, ut fra færrest antall (signifikante) prediktorer. Det framgår av figuren at de 5 oppførte "faktor-indeksene" forklarte 19% av variasjonen i utbrenning ($R^2 = .19$, $F = 35.17$, $df = 5/749$, $p < .001$). De indeksene som slo sterkest ut, var "stress/slitasje" "krav/tidspress", og "byråkrati/endringer" ($p < .001$ for alle tre). Spørsmålet slusesystem hadde et svakt unikt bidrag, og ble ekskludert fra figur 6 (beta var $.006$).



Figur 6. Multipel regresjonsanalyse: BELASTENDE ARBEIDSFORHOLDS INNVIRKNING PÅ BURNOUT/ INDEKSER DANNET UT FRA FAKTOR-ANALYSE. De enkelte arbeidssituasjoner sin unike samvariasjon med Burnout. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multiplert korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

SOSIALT ARBEIDSKLIMA

=====

Tabell 15 avdekker legers, sykepleieres og hjelpepleieres opplevelse av det sosiale arbeidsklima. Spørsmålene i tabell 15 er enten firedelte (spørsmål 5-7, 9,10) eller femdelte (spørsmål 1-4, 8, 11-15), hvor 1 er mest positive verdi (svært godt) og 4 (eller 5) er mest negative verdi (heller dårlig).

Sosialt arbeidsklima innkluderer blant annet kvaliteter som samarbeid på avdelingen, forholdet til kolleger, personalkonflikter og i hvilken grad en opplever at en får ros eller positiv tilbakemelding på det arbeid som en utfører. Det framgår av tabell 15 at det er en relativt klar sammenheng mellom burnout og de ulike spørsmålene vedrørende det sosiale "klima" ved sykehuset (12 av 15 korrelasjoner er signifikante). Retningen på korrelasjonene tilsier at jo mer negativt hjelperne opplever f.eks. forholdet til kollegene, eller jo mindre positiv tilbakemelding han eller hun får i forbindelse med det arbeid han eller hun utfører, desto større sannsynlighet for høy skåre på utbrenningskalaen.

Legene opplever det mest negative sosiale arbeidsklima på 11 av 15 spørsmål. Tabellen avdekker signifikante forskjeller mellom profesjonene på 10 av 15 spørsmål.

Det enkeltforhold som både sykepleiere og hjelpepleiere vedkjenner seg mest negativt var "vanskeligheter med å ta opp negative forhold ved jobben med andre ansatte" (tabell 15-4), mens leger anga "opplevelse av konflikter mellom personer på arbeidsplassen" mest negativt (tabell 15-9). Når det gjelder spørsmålene om ros eller positiv tilbakemelding framgår det at alle 3 profesjoner er enige om at dette får de mest av fra pasientene. Avdelingsledere eller andre overordnede gir minst ros, i følge utvalget.

Med utgangspunkt i tabell 15 ble det konstruert to indekser: Opplevelse av sosial støtte i tilknytning til arbeidet, og opplevelse av personalkonflikter. Det framgår av tabell 15

Tabell 15.

Ulike spørsmål relatert til opplevelse av DET SOSIALE ARBEIDSKLIMA. Gjennomsnittlig fordeling (mean) og standardavvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved varians analyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)¹⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskverdighet.

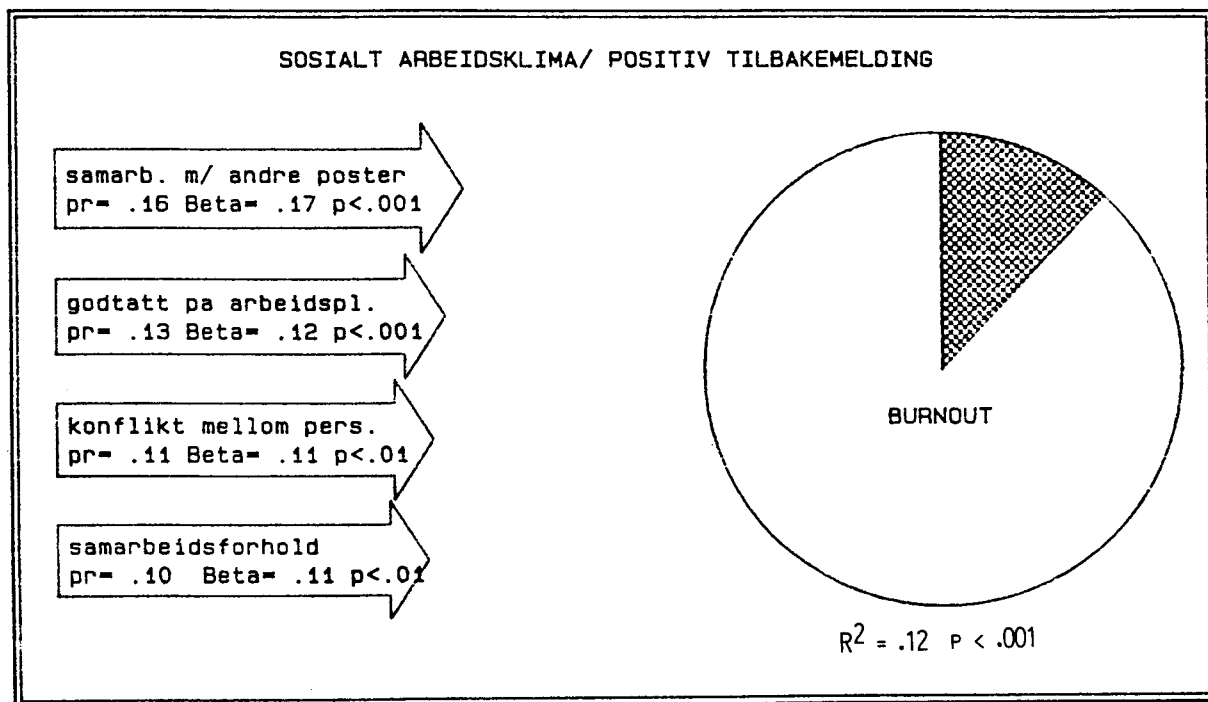
	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LØGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
SAMARBEID										
1. Samarbeidet med kolleger på enheten/posten	1.64	.54	1.56	.52	1.48	.60	2.25		.21***	.16***
2. Samarbeid med ANDRE på enheten/posten	1.70	.49	1.78	.53	1.64	.57	4.85**	3	.24***	.19***
3. Samarbeid med andre enheter/poster avdeling-en din har kontakt med	2.07	.56	2.12	.56	2.09	.59	.32		.27***	.22***
FORHOLD TIL KOLLEGER										
4. Lett eller vanskelig å ta opp negative forhold ved jobben med andre ansatte?	2.57	.92	2.72	.84	2.74	.89	.97		.04	.02
5. Opplevelse av å være godtatt/ akseptert på arbeidsplassen	1.34	.51	1.26	.48	1.22	.45	1.45		.20***	.17***
6. Forholdet til kolleger	1.48	.53	1.38	.50	1.31	.51	3.12*		.20***	.15***
7. Forholdet til nærmeste overordnede	1.62	.63	1.55	.57	1.48	.59	1.70		.17***	.12***
8. Forholdet til underordnede?	2.01	1.19	1.79	1.10	2.42	1.65	16.08***	3*	.14***	.12***
PERSONALKONFLIKTER										
9. Konflikt eller stor uenighet mellom PERSONER på arbeidsplassen	2.74	.70	2.38	.67	2.22	.66	15.09***	1*,2*,3	.20***	.12***
10. Konflikt eller stor uenighet mellom FAGGRUPPER	2.57	.72	2.33	.70	2.06	.77	15.80***	1,2*,3*	.19***	.12***
POSITIV TILBAKEMELDING										
11. Ros /positiv tilbakemelding fra pasienter / pårørende	2.33	.82	2.07	.82	2.04	.87	3.05*	1*,2*,3*	.05	.04
12. Ros /positiv tilbakemelding fra kolleger/ samme yrke	2.71	.85	2.51	.79	2.25	.90	10.24***	1*,2*,3*	.11**	.07*
13. Ros /positiv tilbakemelding fra kolleger/ annet yrke	2.67	.99	2.61	.96	2.19	.99	13.87***	1*,2*,3*	.08*	.04
14. Ros /positiv tilbakemelding fra avdelingsleder	2.88	1.15	2.60	.96	2.29	1.01	10.94***	1*,2*,3*	.12**	.09*
15. Ros /positiv tilbakemelding fra andre overordnede	3.31	.81	3.37	.82	3.65	.95	4.73**	1,2*,3*	.04	.05
INDEXER										
SOSIAL STØTTE ARBEID ²⁾	16.16	3.76	15.33	3.28	14.35	3.91	7.16***	1,2*,3*	.21***	.15***
PERSONALKONFLIKTER ³⁾	7.33	1.49	6.88	1.43	6.41	1.52	11.43***	1,2*,3*	.28***	.20***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01 nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået. 2) Index sosial støtte arbeid består av leddene: 1, 2, 6, 7, 12-14, Cronbach's alpha er .77. 3) Index personalkonflikter består av leddene: 3, 9, 10, Cronbach's alpa er .59.
* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

at begge disse indeksene viser signifikant sammenheng med burnout (p<.001 for begge). Dette innebærer at jo mindre støtte en får fra kollegene, og jo mer stridigheter en opplever, desto større sannsynlighet for at en blir utbrent. Ser en på profesjonene, så framgår det at legene rapporterer lavest nivå av sosial støtte og arbeidskonflikter.

EFFEKTEN AV DET SOSIALE ARBEIDSKLIMA I FORHOLD TIL BURNOUT

For å undersøke den samlede effekten av det sosiale arbeidsklima sett i relasjon til burnout ble multippel regresjon benyttet. Figur 7 illustrerer den modell som forklarer mest varians ut fra færrest antall prediktorer. Det framgår av figuren at det sosiale arbeidsklima har en viss innvirkning på burnout, 12% av variasjonen ble predikert ($R^2 = .12$, $F = 24.75$, $df = 4/749$, $p < .001$). De viktigste enkeltforhold er "samarbeid med andre poster" og "godtatt på arbeidsplassen" ($p < .001$ for begge prediktorene). Variabler som ble utelatt fra figur 7, ga alle svake bidrag til å forklare variasjonen til burnout (beta varierte mellom .04 og .00)



Figur 7. Multippel regresjonsanalyse: EFFEKTEN AV SOSIALT ARBEIDSKLIMA OG ROS/POSITIV TILBAKEMELDING PÅ BURNOUT. De enkelte spørsmål sin unike samvariasjon med Burnout er undersøkt. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forklart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

DET FYSISKE ARBEIDSMILJØ

=====

Tabell 16 omhandler legers, sykepleieres og hjelpepleieres vurdering av det fysiske arbeidsmiljø, og grad av sammenheng med burnout. De 13 spørsmålene er gradert i 4 kategorier, hvor 1 står for den mest positive verdien ("ikke noe å utsette på f.eks. arbeidslokalene") og 4 for den mest negative verdi ("i høy grad noe å utsette på arbeidslokalene").

Det er en forholdsvis klar sammenheng mellom oppfatning av det fysiske arbeidsmiljø, og rapportering av burnout ($r = .26$, $p < .001$). Tilsvarende viser 12 av 13 enkelt-ledd signifikant positiv sammenheng. Jo mer en har å klage på ved det fysiske miljø, jo mer utbrent er en.

Tabellen viser at det (se indeks) ikke ble avdekket noen signifikant forskjell mellom de 3 profesjonenes opplevelse av det fysiske arbeidsmiljø. Samlet rapporterer likevel sykepleierne mest negativt ($M = 27.91$), etterfulgt av hjelpepleierne ($M = 27.45$), mens legenes gjennomsnittsskåre var 25.96.

Tabell 16.

FYSISKE ARBEIDSMILJØ.¹⁾ Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet opplever motstridende krav i forbindelse med arbeidet sitt. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)²⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test {)	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. For lite arbeidslokale	2.18	1.09	2.30	1.10	2.37	1.14	.71		.08*	.08*
2. For lite vaktrom	2.19	1.16	2.25	1.12	2.23	1.18	.07		.07	.08*
3. For mange personer i samme rom	2.15	1.07	2.43	1.03	2.53	1.07	3.20*	1*,2*,3*	.13***	.11***
4. Dårlig ventilasjon	2.22	1.03	2.67	1.04	2.72	1.09	5.90**	1*,2*,3*	.12***	.13***
5. Forstyrrende bråk, støy	2.16	.95	2.15	.93	2.18	1.06	.07		.24***	.22***
6. Plagsomt lys / lite lys	1.89	.97	1.87	.94	2.00	1.10	1.30		.16***	.15***
7. Sjenerende luftfuktighet	1.80	1.03	2.14	1.08	2.37	1.16	7.07***	1*,2*,3*	.14***	.13***
8. Temperaturforholdene	2.05	.93	2.48	.91	2.63	.99	9.63***	1*,2*,3*	.22***	.20***
9. Andres røyking	2.15	1.02	1.86	1.06	1.83	1.09	2.40		.09*	.09*
10. Mangler ved utstyr og innredn.	2.51	.95	2.69	.94	2.74	1.01	1.43		.21***	.18***
11. Dårlige garderobeforhold	2.03	1.10	1.67	.93	1.91	1.15	6.28**	1*,2*,3*	.14***	.13***
12. Smittestoffer o.l.	1.88	.87	2.24	.92	2.21	1.00	4.19*	1*,2*,3	.20***	.16***
13. Utrygge garderobeforhold	1.67	.92	1.63	.90	1.87	1.08	4.08*	1,2*,3*	.17***	.18***
INDEX FYSISKE ARBEIDSMILJØ	25.96	8.35	27.91	7.05	27.45	8.39	1.91		.26***	.22***

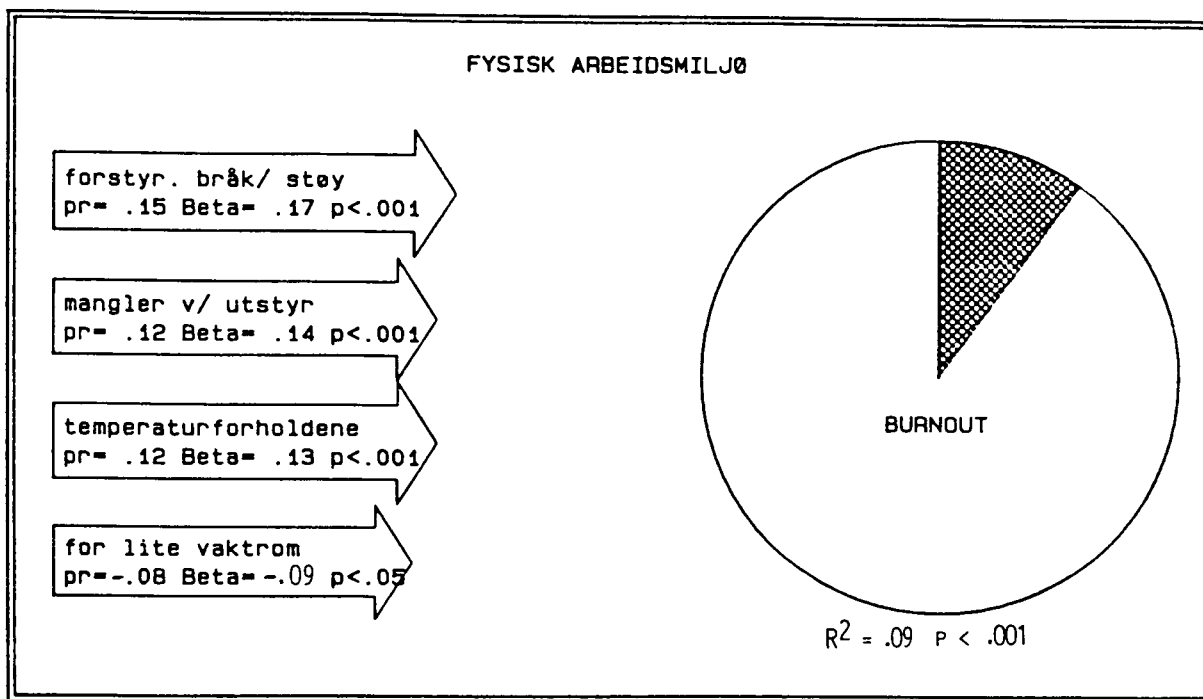
1) Cronbahcs alpha for index er .87 2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Ser vi på de enkelte spørsmålene omkring det fysiske miljø, avdekkes det visse profesjonsforskjeller. De 3 profesjonene har ulik oppfatning på 7 av de 13 leddene i indeksen. Alle 3 gruppene er mest skeptiske til "mangler ved utstyr og innredning" og "dårlig ventilasjon".

BURNOUT PREDIKERT UT FRA DET FYSISKE ARBEIDSMILJØ

Figur 8 avdekker hvilke fysiske forhold som gir det største unike bidrag til å forklare variasjonen av burnout. Figuren viser den multiple regresjonsmodell som forklarte mest varians, ut fra lavest antall prediktorer (fysiske enkeltforhold).

Det framgår av figuren at fysiske arbeidsforhold har en viss innvirkning på utbrenning. 9% av variasjonen ble forklart ($R^2 = .09$, $F = 18.04$, $df = 4/749$, $p < .001$). Sterkest unike bidrag gav "forstyrrende bråk og støy", "mangler ved utstyr og innredning" og "temperaturforholdene" ($p < .001$ for alle 3 prediktorer). Prediktorer ekskludert fra figur 8 hadde betavekter varierende fra $-.07$ til $.01$.



Figur 8. Multipl regressjonsanalyse: FYSISKE ARBEIDSMILJØS INN-VIRKNING PÅ BURNOUT. De enkelte prediktorer sin unike samvariasjon med Burnout er undersøkt. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multipl korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

INDIVIDUELLE KARAKTERISTIKA

=====

I denne seksjonen undersøker vi sammenhengen mellom burnout og individuelle karakteristika ved hjelperne. De dimensjonene som er valgt ut, er hjelperens verdipreferanser i tilknytning til hva en jobb bør inneholde, han eller hennes grad av selv-tillit "på jobben", og individuelle bakgrunnsforhold utenom arbeid (sosial støtte).

JOB-VERDIER

Informantene ble spurt om i hvilken grad de vedkjente seg 17 forskjellige utsagn, som alle var ment å tappe verdipreferanser. Alle verdi-spørsmålene er skalert fra 1 ("svært viktig") til 5 ("ikke viktig").

Faktoranalyse (varimax rotasjon) av disse verdipreferansene gav en faktormatrise, hvor det skilte seg ut 4 faktorer. Disse forklarte samlet 39.1% av den totale variansen i "jobbverdier". De 4 faktorene som framkom, var: 1) "Omsorg for andre" (21.4% forklart varians), 2) "Trygghet/ Sikkerhet i jobben" (8%), 3) "Jobb-aktualisering" (7%) og 4) "Forsterkningsforhold" (2.7%). (Se Appendix A, tabell III, for eksakt oversikt over faktorstruktur/ faktorladninger.)

Tabell 17 gir en oversikt over de 16 jobb-verdiene som informantene ble bedt om å vedkjenne seg, og over de 4 indeksene som er konstruert ut fra faktoranalysen. Verdiene er rangert etter faktorstruktur og faktorladninger.

Faktor 1: "omsorg for andre"

Det framgår av tabellen at 2 av de 3 leddene som utgjør "omsorgsfaktoren" viser signifikant positiv sammenheng med burnout (tabell 17, ledd 1 til 3). Totalindeksen viste tilsvarende sammenheng. Dette innebærer en tendens mot at hjelpere som i liten grad vedkjenner seg jobbverdier som går på at det er viktig å hjelpe andre, også er de mest utbrente. Sammenhengen med burnout er imidlertid moderat, og svekkes når vi kontrollerer for sosial ønskverdighet.

Tabell 17.

JOBB-VERDIER. Enkeltvariabler og Index for hvilke verdier personalet har i tilknytning til arbeidet sitt. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget. Verdiene er rangert etter faktor-struktur og faktor-ladninger. Forskjellen mellom stillingskategoriene er signifikantstestet ved hjelp av variansanalyse (F). De enkelte stillinger er parvis sammenlignet ved range-test (lsd-prosedyre)¹⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskevridighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD				
Faktor 1: OMSORG FOR ANDRE										
1. Gjøre en innsats for andre	2.30	.90	1.85	.83	1.51	.60	27.32***	1*,2*,3*	.09*	.04
2. Gi av seg selv til noen som trenger det	2.34	.99	1.75	.78	1.49	.64	30.24***	1*,2*,3*	.06	.02
3. Arbeide for syke mennesker	2.43	1.05	1.99	1.06	1.65	.92	15.44***	1*,2*,3*	.15***	.12***
Faktor 2: TRYGGHET/TILHØRIGHET										
4. Varig og sikkert arbeidsforhold	1.84	.89	1.50	.71	1.23	.50	20.81***	1*,2*,3*	.02	-.01
5. Gode avgangs og pensjoneringsordninger	2.37	1.04	1.87	.99	1.55	.88	18.23***	1*,2*,3*	.00	-.06
6. Høy sikkerhet for liv og helse	2.02	.98	1.34	.67	1.22	.49	36.23***	1*,2*,3*	.03	-.01
7. Ha en jobb med en klar arbeidsinstruks	2.87	1.13	1.93	.91	1.86	.86	33.82***	1*,2*,3*	-.01	-.05
8. Arbeide sammen med hyggelige mennesker	1.65	.71	1.38	.63	1.20	.44	14.90***	1*,2*,3*	-.04	-.05
9. Arbeide i eget tempo uten å bli mast på eller presset	2.14	1.05	2.04	.98	1.96	1.04	.90		-.06	-.08
Faktor 3: JOBB-AKTUALISERING										
10. Muligheter for å bruke ferdigheter, utdannelse og erfaring i jobben	1.36	.59	1.33	.57	1.54	.66	7.96***	1*,2*,3*	-.04	-.01
11. Muligheter for planlegging og organisering av eget arbeid	1.52	.66	1.65	.75	1.88	.90	7.12***	1*,2*,3*	-.03	-.02
12. Arbeid med mye ansvar	2.13	.82	2.27	.96	2.57	1.11	7.44***	1*,2*,3*	.06	.04
13. Rikelig forandring og variasjon i arbeidet	1.90	.75	1.96	.79	2.09	.96	2.06	1*,2*,3*	-.11**	-.08
Faktor 4: YTRE FORSTERKNING										
14. Rikelig fritid etter arbeidstid	2.14	1.05	1.67	.80	1.58	.77	11.75***	1*,2*,3*	-.12***	-.14***
15. Være hjemme i helgene	2.11	1.01	2.06	1.04	1.96	1.14	.80		-.13***	-.12***
16. Høy lønn	2.50	.94	2.17	.86	2.27	.90	4.64**	1*,2*,3*	-.16***	-.17***
Index OMSORG FOR ANDRE 2)	7.07	2.48	5.59	2.13	4.65	1.78	34.28***	1*,2*,3*	.13***	.08*
" TRYGGHET/TILHØRIGHET	10.70	3.09	8.00	2.57	7.07	2.12	49.14***	1*,2*,3*	.00	-.06
" JOBB-AKTUALISERING	6.91	1.90	7.21	2.16	8.08	2.64	10.98***	1*,2*,3*	-.05	-.04
" YTRE FORSTERKNING	6.68	2.22	5.89	2.05	5.76	2.04	4.96**	1*,2*,3*	-.18***	-.19***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at rangetesten er signifikant på .001-nivået. 2) Indeksene er basert på faktoranalyse av alle spørsmålene, men er i tillegg undersøkt ved inter-item-korrelasjoner og Cronbachs Alpha for indeksene: omsorg for andre .74, trygghet/tilhørighet .69, jobb-aktualisering .66 og ytre forsterkning .61
* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Ser vi på forskjellen mellom profesjonene, avdekkes det klare (signifikante) forskjeller. Hjelpepleierne har størst verdipreferanse for å hjelpe eller yte omsorg for andre, legene har minst verdipreferanse. Viktigste "omsorgsledd" for profesjonene er "gjøre en innsats for andre" (legene) og "gi av seg selv til noen som trenger det" (sykepleiere og hjelpepleiere).

Faktor 2: "trygghet/tilhørighet"

Leddene i denne faktoren (tabell 17, ledd 4 til 9) angir

forhold som vedrører et trygt og sikkert arbeidsforhold. Denne dimensjonen viser (se enkeltledd og indeks i tabellen) ingen sammenheng med burnout. Korrelasjonene er ikke signifikante. Det er klare verdiforskjeller mellom leger og sykepleiere/hjelpepleiere. Legene opplever disse verdipreferansene som mindre viktige enn de to andre profesjone. Viktigste "trygghets-tilhørighetsledd" for de 3 gruppene var verdiene "arbeide sammen med hyggelige mennesker" (leger/hjelpepleiere) og "høy sikkerhet for liv og helse" (sykepleiere).

Faktor 3: "jobb-aktualisering"

Disse spørsmålene (tabell 17, ledd 10 til 13) omhandler i hvilken grad en vedkjenner seg verdier som for eksempel at jobben må tilfredsstillende visse krav til innhold og variasjon. Legene legger litt større vekt på forhold som går på "jobb-aktualisering" enn de to andre gruppene. Viktigste forhold for både leger, sykepleiere og hjelpepleiere er verdien "muligheter for å bruke ferdigheter, utdannelse og erfaring i jobben". De ulike verdiene på "jobb-aktualisering" viser imidlertid liten (ikke signifikant) sammenheng med burnout, bortsett fra verdien "rikelig forandring og variasjon i arbeidet" som viser en viss (signifikant) sammenheng med burnout.

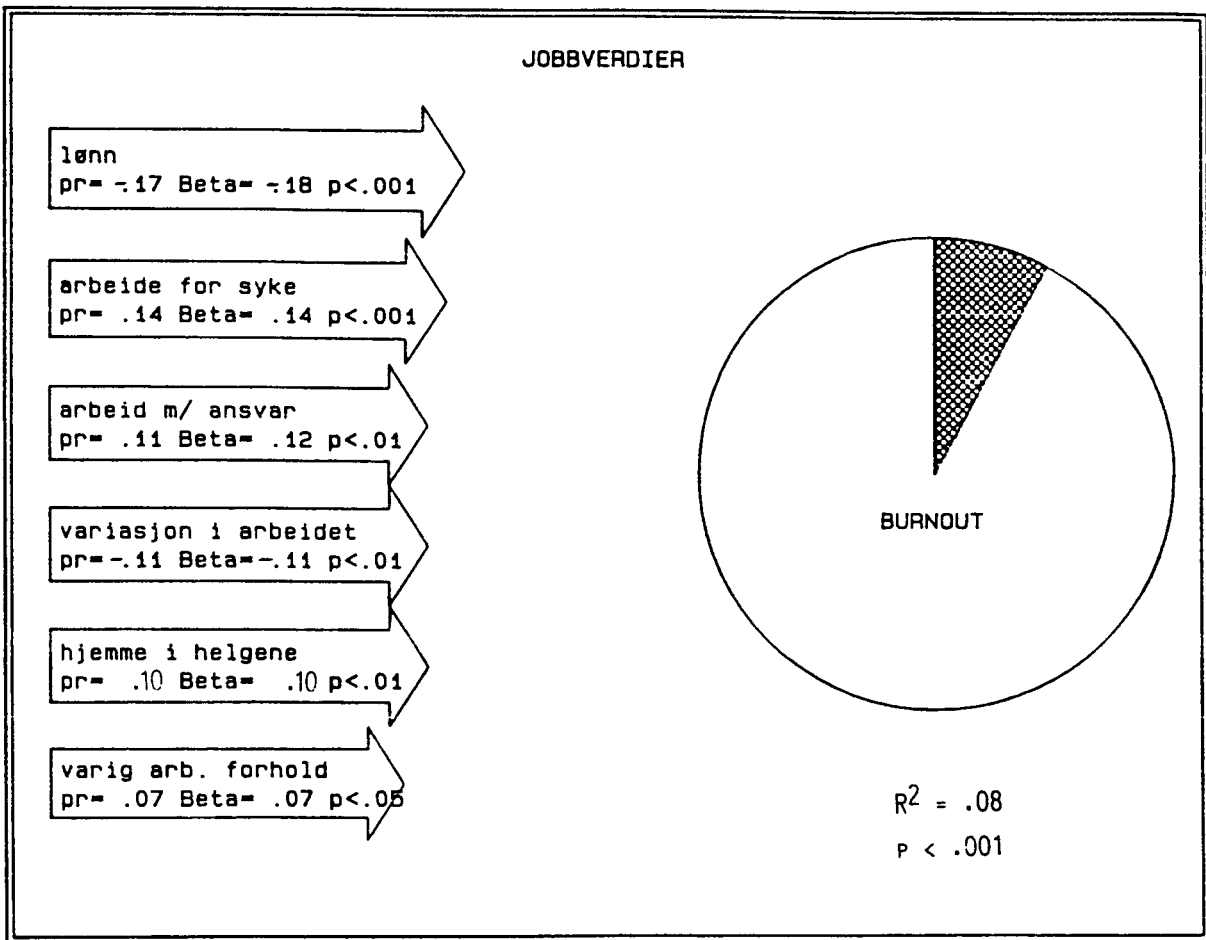
Faktor 4: "ytre forsterkning"

Spørsmålene i denne faktoren (tabell 17, ledd 14-16) går på hvor viktig det er at jobben tilfredsstillende "ytre-forsterkende" forhold som høy lønn, rikelig med fritid og fri i helgene. Det framgår av tabellen at såvel indeks som de enkelte forhold viser signifikant negativ sammenheng med burnout. Desto viktigere en anser disse verdiene, jo mer sårbar er en for burnout. Det går også fram av tabellen at legene tillegger "ytre forsterkende" verdier mindre vekt enn de to andre gruppene. Viktigste enkeltforhold var "være hjemme i helgene" (leger) "rikelig fritid etter arbeidstid" (sykepleiere og hjelpepleiere).

Burnout predikert ut fra jobb-verdier

Figur 9 og 10 illustrerer multippel regresjonsanalyser, hvor burnout predikeres ut fra spørsmål som måler enkeltverdier

JOBBERVERDIER

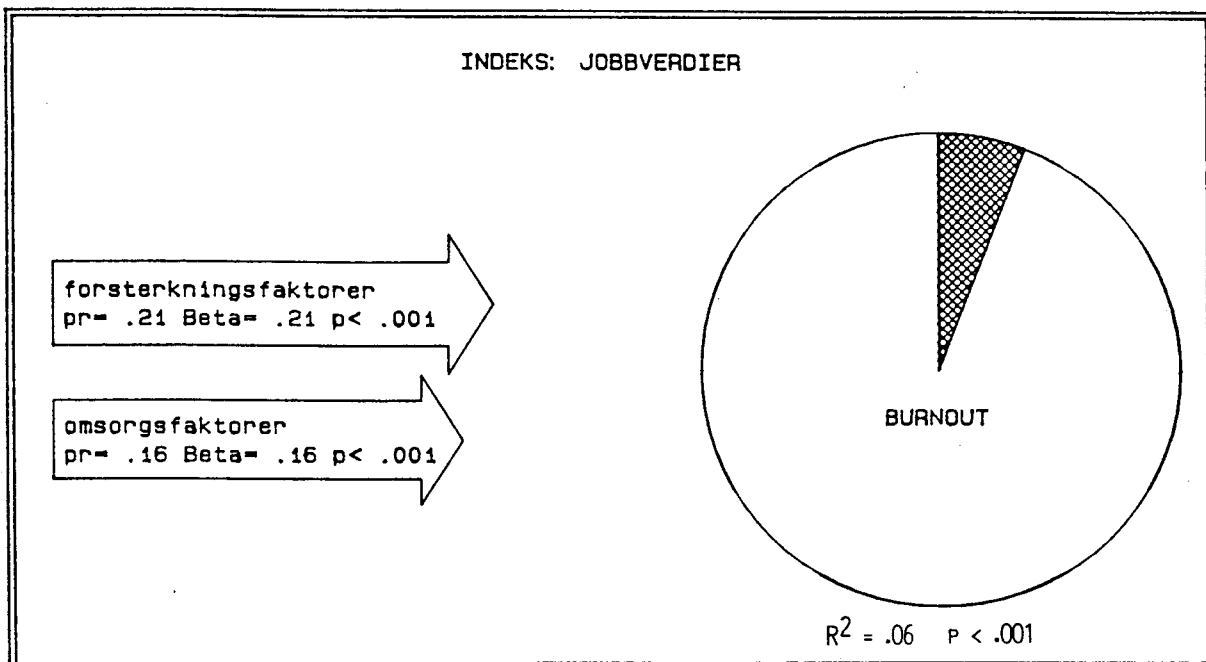


Figur 9. Multippel regresjonsanalyse: JOBBERVERDIERS innvirkning PÅ BURNOUT. De enkelte prediktorer sin unike samvariasjon med Burnout er undersøkt. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverete del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

(figur 9) og indekser konstruert med utgangspunkt i faktoranalyse (figur 10). De regresjonsmodellene som står oppført i figurene, er de som forklarer mest varians i forhold til antall prediktorer.

Figur 9 viser at 6 av 16 verdispørsmål ga signifikante bidrag til å forklare variasjonen i burnout ($p < .05$ eller bedre). Sterkest tilskudd ga verdiene "høy lønn" og "arbeide for syke mennesker" ($p < .001$ for begge). Retningen på betavektene innebærer en tendens i retning av at jo viktigere lønnen er for en, eller jo mindre viktig det er å arbeide for syke, desto høyere forekomst av burnout. Det er også verdt å merke seg at jo viktigere en anser det å arbeide for syke, desto større nivå av burnout. De 6 verdispørsmålene i figur 8 forklarer totalt 8% av variasjonen til burnout ($R^2 = .08$, $F = 11.14$, $df = 6/747$).

INDEKS: JOBBVERDIER



Figur 10. Multippel regresjonsanalyse: JOBBVERDIERS innvirkning PÅ BURNOUT. Indekser dannet ut fra faktor-analyse sin unike samvariasjon med Burnout. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

I figur 10 er de 4 indeksene eller faktorene "omsorg for andre", "trygghet/ tilhørighet", "jobb-aktualisering" og "ytre forsterkning" innført som prediktorer i en multippel regresjonsmodell med burnout som avhengig variabel. Det framgår av figuren at verdiene samlet gir et begrenset (men signifikant) tilskudd til å forklare variasjonen av utbrenning, 6% av variasjonen blir predikert ($R^2 = .06$, $R^2_c = .06$, $F = 22.65$, $df = 2/751$, $p < .001$). Det største unike bidraget til forklart varians ga indeksen eller faktoren "ytre forsterkning", som vedrører forhold omkring lønn og fritid ($p < .001$), og indeksen "omsorg for andre", som omhandler verdier omkring å være til støtte og hjelp for andre ($p < .001$). De øvrige to prediktorer (eksludert fra figuren) ga bare svake unike bidrag (beta var henholdsvis $-.03$ og $.04$).

Retningen på betavektene og de partielle korrelasjoner innebærer at hjelpere med verdipreferanser om at jobben skal innebære ytre forsterkende forhold som høy lønn og mye fritid, er særlig utsatt for utbrenning. Tilsvarende tendens gjør seg gjeldende for hjelpere som i liten grad vedkjenner seg verdier

om at jobben skal gi en mulighet for å hjelpe andre.

SELVTILLIT

Tabell 18 viser forhold som omhandler hjelpernes grad av selvtillit. Skalaen for selvtillit er 5-delt, med to motstridende utsagn ved hvert ytterpunkt. 1 er den mest positive verdi, 5 den mest negative, mens 3 innebærer at en stiller seg "nøytral" til begge utsagnene.

Tabellen viser (se indeks) at det er en relativt klar sammenheng mellom burnout og nivå av selvtillit ($r = .24$, $p < .001$). Retningen på korrelasjonene forteller oss at utbrente hjelpere har minst selvtillit. Det enkelt-ledd som viste størst samsvar, var "konsentrasjonsvansker".

Det er en viss (signifikant) forskjell mellom de tre profe-

Tabell 18.

SELVTILLIT.1) Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet opplever mestring i forbindelse med det arbeide utfører. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Forskjellen mellom stillingskategoriene er signifikantstestet ved variansanalyse (F)/range-test (lsd-prosedyre)2). Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Pleier å være optimistisk når jeg står overfor arbeidssituasjoner jeg har gode erfaringer med.	1.46	.85	1.54	.98	1.85	1.28	6.38**	1*,2*,3*	-.02	.00
2. Er som regel godt konsentrert og innstilt på å yte mitt beste foran en arbeidsdag.	1.79	.93	1.90	1.00	2.08	1.22	2.65		.19***	.16***
3. Er som regel lite opptatt av hva som vil skje om jeg ikke strekker til	2.79	1.23	3.16	1.14	3.12	1.15	3.01*	1*,2*,3*	.15***	.15***
4. Er som regel lite plaget av engstelse foran krevende arbeidssituasjoner.	2.35	1.23	2.55	1.16	2.39	1.14	1.80		.16***	.09*
5. Har som regel bra selvtillit og tror at mine personlige og faglige forutsetninger er gode nok	2.49	1.26	2.73	1.08	2.65	1.10	1.55		.16***	.12***
6. Opplever vanligvis krevende arbeidssituasjoner som utfordrende og stimulerende	1.96	1.00	2.07	1.01	2.23	1.12	2.28		.06	.04
7. Er sjelden plaget med kroppslige plager i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner	1.65	.97	1.90	1.08	2.17	1.23	6.36**	1*,2*,3*	.17***	.14***
8. Synes som regel at jeg utfører arbeidet mitt bra.	1.99	.76	2.04	.81	2.06	1.06	.17		.12***	.08*
INDEX SELVTILLIT	16.47	5.63	17.82	4.67	18.50	4.65	4.44*	1*,2*,3*	.24***	.19***

1) Cronbachs alpha for indeks selvtillit er .69

2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.05-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.

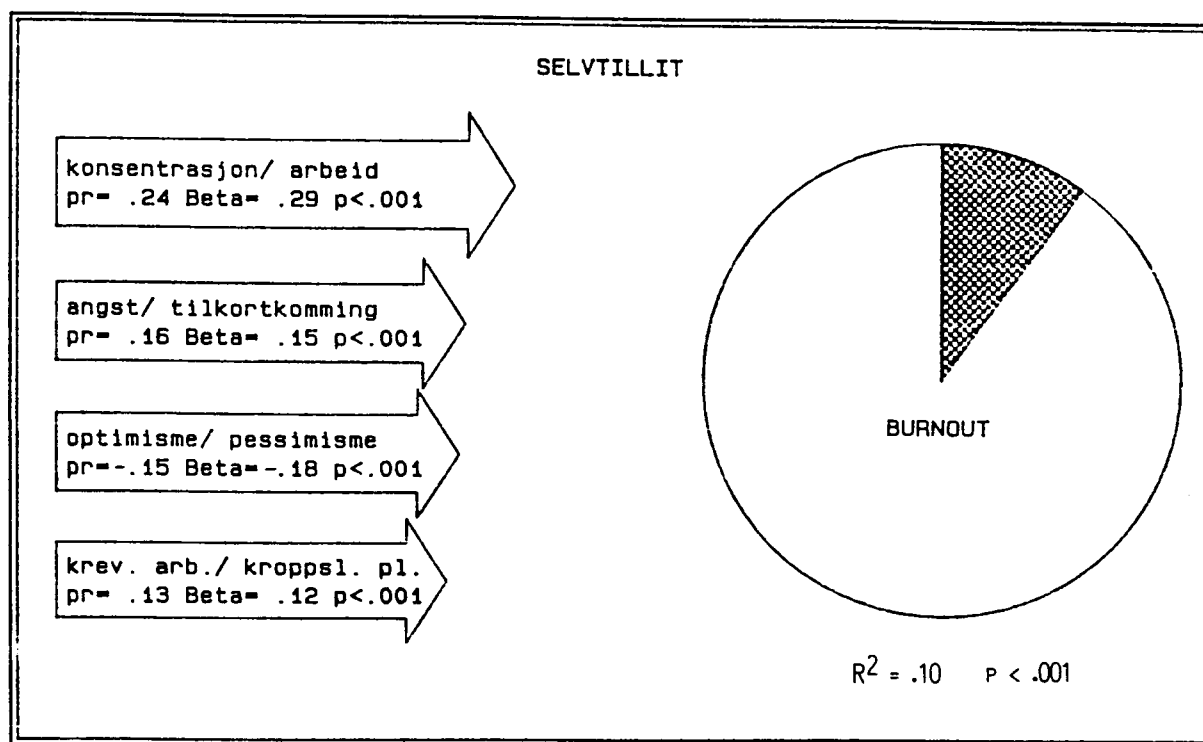
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

sjonene med hensyn til nivå av selvtillit. Legene rapporterer størst grad av selvtillit, hjelpepleierne rapporterer minst selvtillit.

Alle 3 gruppene vedkjente seg mest negativt spørsmålet "er som regel lite (svært) opptatt av hva som vil skje om jeg ikke strekker til".

Burnout predikert ut fra selvtillit

Multipel regresjon avdekket at 4 av spørsmålene vedrørende selvtillit gav signifikante, unike bidrag til å forklare variasjonen i burnout (se figur 11). Disse spørsmålene forklarte samlet 10% av variasjonen av burnout. Denne sammenhengen er signifikant ($R^2 = .10$, $F = 20.74$, $df = 4/749$, $p < .001$). Sterkeste unike bidrag til å forklare variasjonen av utbrenning ga leddet "godt konsentrert vs. konsentrasjonsvansker i tilknytning til arbeid".



Figur 11. Multipel regresjonsanalyse: Effekten av SELVTILLIT på BURNOUT. Enkelt-ledd sin unike samvariasjon med utbrenning. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forklart varians totalt er oppgitt i kvadrert multipel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

SOSIAL STØTTE

I tabell 19 ser vi på sammenhengen mellom de relasjoner hjelperne har til viktige personer utenfor jobben, og grad av utbrenning. Den konstruerte indeks kan betraktes som et kvantitativt mål på sosial støtte. Alle spørsmålene i tabell 19 er firedelte, hvor 1 står for mest positive verdi (mest grad av sosial kontakt) og 4 står for mest negative verdi (minst grad av sosial kontakt). Sosial støtte viser en klar sammenheng med burnout. Desto sterkere en opplever at en har støtte utenfor arbeid, desto mindre sårbar er en for burnout.

Alle enkeltledd med hensyn til sosial støtte viser signifikant sammenheng med burnout. Det framgår at både leger, sykepleiere og hjelpepleiere rapporterer mest negativt på spørsmålene "arbeidet begrenser samvær med ektefelle", og "arbeidet begrenser samvær med barn". Tabellen viser også profesjonsforskjeller. Legene rapporterer om minst sosial støtte av personer utenom arbeid, sykepleierne om mest sosial støtte.

Tabell 19.

SOSIAL STØTTE.¹⁾ Enkeltvariabler og Index for i hvilken grad personalet mener at de har den sosiale kontakt/støtte de har behov for. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) er vist. Forskjellen mellom profesjonene er testet ved variansanalyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)²⁾. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskeværdighet.

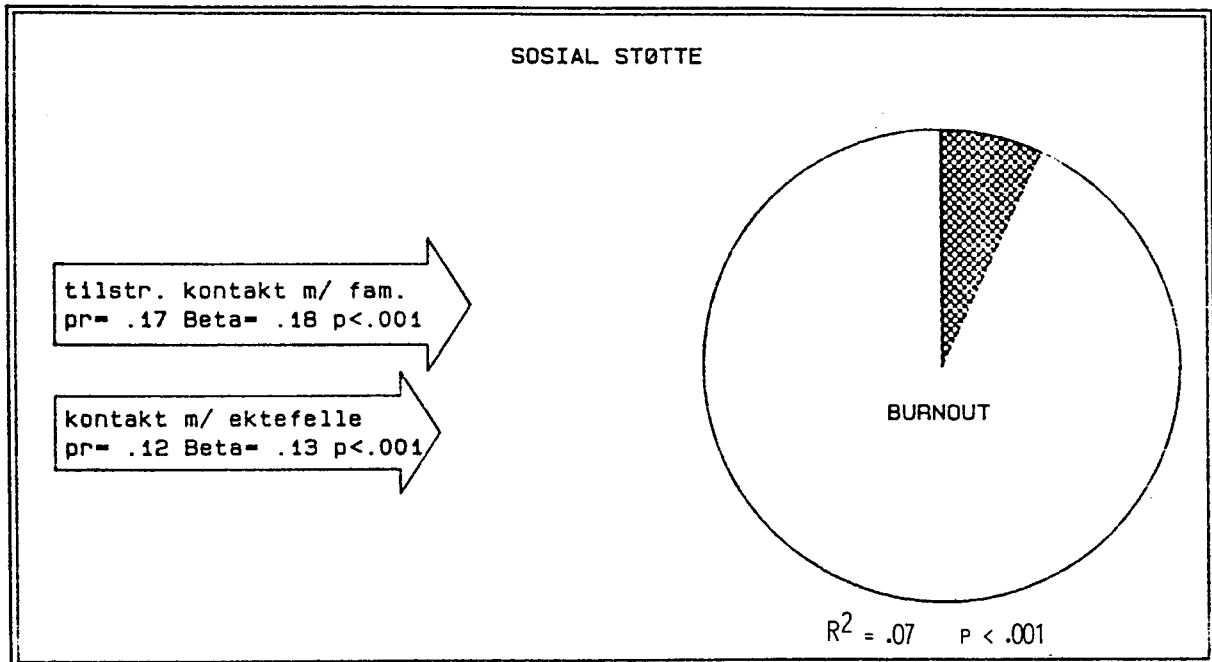
	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test (I)	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Arbeidet begrenser samvær med EKTEFELLE	2.49	.84	2.35	.88	2.40	.91	.83		.22***	.22***
2. Arbeidet begrenser samvær med BARN	2.55	.84	2.21	.78	2.34	.85	6.26**	1*,2*,3*	.18***	.18***
3. Tid og anledning til tilstrekkelig kontakt med den NÆRE familie	1.91	.57	1.84	.64	1.81	.61	.67		.25***	.23***
4. Tid og anledning til tilstrekkelig kontakt med ØVRIGE slekt og venner	2.20	.70	2.04	.62	2.03	.70	2.11		.21***	.20***
5. Ofte sammen med venner/naboer i hyggelig samvær	1.87	.71	1.69	.62	1.80	.66	3.53*	1*,2*,3*	.12***	.13***
INDEX SOSIAL STØTTE	11.13	2.82	10.18	2.60	10.42	2.59	3.18*	1*,2*,3*	.27***	.25***

1) Cronbachs alpha for index sosial støtte er .78

2) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Figur 12 illustrerer en multippel regresjonsmodell som viser at kvantitative mål på sosial støtte fra familie og venner forklarer 7% av variasjonen i burnout ($R^2 = .07$, $F = 29.05$, $df = 2/751$, $p < .001$). Forholdet til den nærmeste familie synes å ha størst betydning. To prediktorer ga signifikante bidrag til å predikere burnout: "tilstrekkelig kontakt med familie" og "kontakt med ektefelle" ($p < .001$ for begge). De prediktorer som ble utelatt fra den endelige modell i figur 12, hadde beta-vekter varierende fra $-.01$ til $.07$.



Figur 12. Multippel regresjonsanalyse: **SOSIAL STØTTE**. De enkelte prediktorer sin unike samvariasjon med Burnout. Sirkelen representerer variansen av Burnout. Den skraverte del av sirkelen er grad av varians forklart av prediktorene. Mengde forlart varians totalt er oppgitt i kvadrert multippel korrelasjon (R^2). For ytterligere forklaring, se figur og tabelltekst til figur 3.

PSYKOSOSIALE FORHOLDS SAMLETE EFFEKT PÅ BURNOUT.

=====

I denne seksjonen skal vi integrere de forskjellige psykososiale aspektene vi enkeltvis har belyst i forhold til burnout. Den prosedyren vi har valgt, kalles multippel regresjon, hierarkisk blokk-design (se Hull & Nie, 1981; for nærmere detaljer). Ved at de psykososiale emneområder innføres blokkvis

i regresjonsmodellen, kan relativt komplekse regresjonsmodeller bygges opp, med mindre fare for å bryte ulike statiske begrensninger (som bl.a. vist av Cohen & Cohen; 1975)⁷⁾. Fordelen ved blokk-design er også at en får et samlet uttrykk for de ulike psykososiale dimensjonenes totale bidrag til forklart varians, bl.a. vist ved økning eller reduksjon av F. Denne er et uttrykk for om innføringen av nye blokker gir signifikant tilskudd til å forklare variasjonen, utover det de allerede innførte blokkene predikerer av burnout.

Ved å splitte prediktorene i to eller tre nivåer, er det mulig å bygge opp en samlet regresjonsmodell, uten at begrensningen i forholdet mellom prediktorer, antall nivå og N blir brutt. I regresjonsmodellen vil vi derfor også se på hver enkelt prediktors tilskudd til å forklare variasjonen av burnout. Rekkefølgen på innføring av blokker er valgt ut fra rasjonelle betraktninger⁹⁾.

Tabell 20 viser at de ulike blokkene samlet forklarer 32% av variasjonen i burnout. Det framgår at blokkene "jobbinnhold" og "arbeidsforhold" gir sterkest bidrag til å forklare variasjonen i burnout (R^2 øker henholdsvis med 15% og 7%). Tilskuddet fra de etterfølgende blokkene "sosiale arbeidsmiljø", "verdimønster", "selvtillit" og "bakgrunnsforhold" er begrenset, og øker forklart varians med 4%. Denne begrensede effekten gjenspeiles i F, som synker fra 23.99 til 18.28.

Ser en på den hierarkiske tilførsel av enkeltprediktorer, vil det framgå at prediktorer fra de to sterkeste blokkene gir størst enkeltbidrag til å forklare variasjonen av burnout. Sterkest unike tilskudd gir prediktorene "rollekonflikt" og "belastende arbeidssituasjoner", som begge øker forklart varians med 7% (beta henholdsvis .28 og .29). De øvrige prediktorene i blokken "jobbinnhold" ("autonomi", "medbestemmelse" og "rolleklarhet") gir også signifikante bidrag til forklart varians (tilskudd på henholdsvis 2%, 4% og 2%). Prediktoren "fysiske arbeidsforhold" fra blokken "arbeidsforhold" gir derimot ikke noe tilskudd.

Hver av enkeltprediktorene i tabell 20 ble også kontrollert

Tabell 20

Sammenhengen mellom Burnout og ulike demografiske og psykososiale forhold knyttet til arbeidssituasjon og hjemmeforhold. Produkt-moment korrelasjoner (alle prediktorvariablene er splittet i to eller tre kategorier) og Multippel regresjon - hierarkisk blokkdesign. De ulike setts/ prediktors bidrag til forklart varians står oppført. Settenes tilskudd til regresjonsmodellen er også undersøkt.

HIERARKISKE SETT	r	beta v/ tilførsel	kumulert R ²	tilskudd til R ²	F for blokk
1. DEMOGRAFISKE/ JOBBDEMOGRAFISKE FORHOLD					
Arbeidsreise (km)	-.10	-.10**	.01	.01**	7.92***
Profesjon	-.03	-.04	.01	-	
Hel/reduisert stilling	-.14	-.15***	.03	.02***	
Tilleggsutdanning	-.06	-.07	.03	-	
Mengde pasientkontakt	.06	.06	.04	.01	
Arbeidslengde v/sykehuset	-.14	-.16***	.06	.02***	
2. JOBBINNHold					
Autonomi	.16	.15***	.08	.02***	19.31***
Medbestemmelse ("Non-participation")	.23	.21***	.12	.04***	
Rolle-klarhet ("role-ambiguity")	.22	.14***	.14	.02***	
Rolle-konflikt	.36	.28***	.21	.07***	
3. ARBEIDSFORHOLD					
Belastende arbeids-situasjoner ("work load")	.36	.29***	.28	.07***	23.99***
Fysiske arbeidsforhold	.20	.06	.28	-	
4. SOSIALE ARBEIDSMILJØ					
Sosial støtte arbeid	.16	.03	.28	-	21.12***
Personalkonflikter	.26	.08*	.29	.01*	
5. VERDIMÅNSTER					
"Omsorgsverdi"	.03	.02	.29	-	17.86***
"Jobb-aktualisering"	-.07	-.04	.29	-	
"Forsterkningsverdi"	-.05	-.06*	.29	-	
6. SELVTILLIT					
Selvtillit ("selfconfidence")	.21	.14***	.31	.02***	18.36***
7. BAKGRUNNSFORHOLD					
Sosial støtte hjemme	.19	.11***	.32	.01***	18.28***

* p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

for interaksjonseffekter¹¹⁾ med sosial støtte. En interaksjonseffekt innebærer at to forhold har en samlet innvirkning som utgjør mer enn summen av disse forholdene. Forenklet vil dette si at sammenhengen mellom et psykososialt forhold og burnout vil være forskjellig på to forskjellige nivåer av sosial støtte. Ingen av prediktorene i tabell 20 interagerer imidlertid med sosial støtte, hverken sosial støtte fra arbeidskollegene eller sosial støtte fra familie eller venner.

Tidligere har vi fokusert på forskjellige psykososiale forhold som ut fra rasjonelle betraktninger kan medvirke til burnout. I denne seksjonen vil vi se på forhold som kan være et resultat av burnout. Vi vil undersøke sammenhengen mellom burnout og ulike forhold vedrørende trivsel på jobben, jobbplaner og helsetilstanden generelt.

JOBTRIVSEL/ JOBBPLANER

Tabell 21 belyser utvalgte spørsmål vedrørende trivsel i arbeidet og utvalgets jobbplaner for de nærmeste 5 årene. Tabellen viser at det er en klar sammenheng mellom utbrenning og jobb-trivsel (tabell 21 A). Denne sammenhengen endres marginalt, når det kontrolleres for sosial ønskerverdighet. Forskjellen mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere er derimot liten (ikke signifikante endringer). Det framgår av tabellen at 78% av legene, 78% av sykepleierne og 79% av hjelpepleierne rapporterer at de er tilfredse (fornøyde eller svært fornøyde) med jobben sin.

Et annet (indirekte) mål på jobb-trivsel, er om en ville ha anbefalt jobben sin til en god venn (tabell 21 B). Dette forholdet viser også klar sammenheng med burnout. Jo høyere utbrenning, jo mer skeptisk er en for evnt. å anbefale jobben sin til gode venner. Også her er det små forskjeller mellom profesjonene. 49% av legene, 52% av sykepleierne og 60% av hjelpepleierne ville ubetinget ha anbefalt jobben til en god venn.

Det framgår (tabell 21 C) at det er en relativt klar sammenheng mellom nivå av utbrenning, og ens jobbplaner for de nærmeste årene¹¹⁾. Jo sterkere utbrenning, jo større sannsynlighet for at en f.eks. planlegger å skifte post eller avdeling på sykehuset (mindre endringer), eller for at en slutter helt (større endringer). Tabellen viser at relativt mange (65% av legene, 51% av sykepleierne og 69% av hjelpepleierne) har planer om å bli i stillingen sin i hvert fall i 5

Tabell 21.

Utvalgte forhold omkring JOBBTRIVSEL og JOBB-PLANER¹⁾. Forskjellen mellom profesjonene er signifikans-testet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout (SBS-HP) er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskerdighet.

	STILLINGER						FORSKJELL Chi2	HELE UTVALGET	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			BURNOUT	
	N	%	N	%	N	%		r	pr
A. Hvor fornøyd er du med arbeidssituasjonen din?									
1. Svært fornøyd	14	20.3	88	18.0	42	22.0	4.62	.51***	.47***
2. Fornøyd	40	58.0	296	60.4	109	57.1			
3. Verken fornøyd eller misfornøyd	11	15.9	80	16.3	30	15.7			
4. Misfornøyd	4	5.8	25	5.1	8	4.2			
5. Svært misfornøyd	0	0.0	1	0.1	2	0.3			
Missing	4		3		1				
Mean	2.07		2.09		2.05				
B. Ville du anbefale den jobben du nå har til en god venn?									
1. Ja, absolutt	34	49.3	258	52.4	114	59.7	3.84	.43***	.39***
2. Ja, kanskje	29	42.0	201	40.9	66	34.6			
3. Nei	6	8.7	33	6.7	11	5.8			
Missing	6		1		1				
Mean	1.59		1.54		1.46				
C. Hvilke jobb-planer har du for de neste 5 årene?									
1. Blir i stillingen	42	64.6	242	51.1	128	68.8	26.34***	.29***	.25***
2. Mindre endringer	14	21.5	186	37.7	38	20.4			
3. Større endringer/ slutter	9	13.8	46	9.7	20	10.8			
Missing	4		19		6				
Mean	1.42		1.59		1.42				

1) I spørsmål "jobb-planer" står mindre endringer for: a) skifte av post eller avdeling ved sykehuset, at arbeidstiden reduseres eller at en slutter å arbeide en tid p.g.a. morspermisjon. Større endringer står for a) skifte av institusjon, b) at en begynner i et helt annet yrke eller c) at en slutter å arbeide.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

år til. Tabellen avdekker også en viss profesjonsforskjell når det gjelder jobb-planer. Klart færre sykepleiere enn leger og hjelpepleiere har planer om å fortsette i minst 5 år til (henholdsvis 51%, 65% og 69%).

MÅL PÅ HELSE

Tabell 22 består av en oversikt over 9 forskjellige indikatorer eller spørsmål om hjelpernes helsetilstand.

Ledd 6 og 7, "psykiske plager" og "somatiske plager", er summerte indekser for henholdsvis 5 og 22 spørsmål, se Appendix A, tabell IV og V. De øvrige ledd i tabellen består av direkte spørsmål til hjelperne. Spørsmålene er gradert i henholdsvis 3 kategorier (ledd 8), 4 kategorier (ledd 5), 5 kategorier (ledd 4 og 9) og 6 kategorier (ledd 2 og 3) hvor 1 er mest positive

verdi, og 3 (eller 4, 5, 6) mest negative verdi. Eneste unntak er ledd 1, "sykefravær", som ikke er splittet i nivåer.

Det vil framgå av tabellen at burnout viser en signifikant sammenheng med alle målene på helse. Retningen på korrelasjonene innebærer en tendens mot at jo mer burnout, desto større sannsynlighet for høy (negativ) skåre på de ulike helseindikatorerne. Korrelasjonene er imidlertid relativt begrensede, med unntak av 3 forhold (psykiske og somatiske plager, og tilfredshet med livssituasjonen).

Det avdekkes også signifikante profesjonsforskjeller. Legene rapporterer mest positivt på alle forhold, bortsett fra spørsmålene "tilfredshet med livssituasjonen" og "bruk av beroligende midler". Sykepleierne har lavere skåre enn hjelpepleierne på 7 av 9 ledd.

Tabell 22.

Personalets oppfatning av ulike forhold relatert til HELSE. Frekvensfordeling. Forskjellen mellom profesjonene er signifikantstestet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burnout (SBS-HP) er vist ved produkt-moment korrelasjon (r). De partielle korrelasjoner (pr) representerer en kontroll for sosial ønskevridighet.

	STILLING						FORSKJELL		HELE GRUPPEN	
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE		F	Range-test	BURNOUT	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Sykefravær siste år	4.36	11.99	6.13	14.76	8.74	19.66	2.58		.11**	.11**
2. Legebesøk	1.62	1.06	2.28	1.12	2.45	1.21	13.53***	1*,2*,3*	.13***	.12***
3. Røykekonsum	1.51	1.08	1.67	1.15	2.16	1.43	12.84***	1*,2*,3*	.09*	.10**
4. Hodepine/ smerte stillende tabletter?	1.43	.67	1.85	.72	1.95	.79	12.53***	1*,2*,3*	.12**	.11**
5. Beroligende midler	1.03	.17	1.03	.21	1.05	.32	.72		.09**	.09**
6. Psykiske plager	9.44	3.09	10.47	2.61	10.45	2.87	4.36**	1*,2*	.43***	.38***
7. Somatiske plager	31.49	7.68	37.11	7.82	38.86	8.58	18.48***	1*,2*,3*	.35***	.28***
8. Helsetilstand totalt	1.33	.47	1.51	.53	1.64	.51	9.70***	1*,2*,3*	.22***	.23***
9. Tilfredshet med livssituasjonen	2.00	.66	1.98	.68	1.91	.64	.92		.40***	.36***

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

BURNOUTS EVNE TIL Å PREDIKERE ULIKE MÅL PÅ TRIVSEL OG HELSE.

Sammenhengen mellom burnout og utvalgte indikatorer på jobb-trivsel og helse ble til slutt undersøkt nærmere ved diskriminant analyse (tabell 23). I motsetning til vanlige korrelasjoner, som belyser sammenhengen mellom variabler, gjør vi ved diskriminant analyse et valg av uavhengige og avhengige variabler. Tidligere, ved multippel regresjonsanalysene, lot vi burnout være avhengig variabel. Her skal vi la burnout være

uavhengig variabel, og la de forskjellige spørsmålene ved-
rørende trivsel og helse være avhengige variabler.

Diskriminant analyse har mange fellestrekk med multippel regresjon. Diskriminant analyse er en statistisk prosedyre som fungerer slik at en prøver å forutsi eller predikere en gitt skåre på den avhengige variabel (her: ulike mål på helse) ut fra fordelingen på den uavhengige variabel (her: burnout).

For at en skal kunne bruke denne teknikken, må den avhengige variabel kunne splittes opp i et begrenset antall nivåer. Desto sterkere sammenheng, desto bedre predikeres fordelingen på den avhengige variabel. Evne til diskriminasjon uttrykkes ved Wilks Lambda (for mer inngående beskrivelse, se Klecka, 1980; eller Norosis, 1985), som er en invers statistisk formel: dette innebærer jo lavere verdi, jo bedre blir den avhengige variabel predikert.

Ved å ta utgangspunkt i variasjonen på den uavhengige variabel, vil det ved bruk av diskriminant analyse i SPSS-X også framgå i hvor mange % av tilfellene (d.v.s. antall informanter) en klarer å predikere eller forutsi fordelingen på den avhengige variabel. Det må presiseres at en kan øke diskriminansjonsevnen ved å føre inn flere uavhengige variabler i ligningen. I vårt tilfelle er vi imidlertid kun interessert i å belyse hvilken prediksjonsevne burnout har alene.

Tabell 23.

KONSEKVENSENE AV BURNOUT. Diskriminant analyse. Oversikt over SBS-HP's (mål på utbrenning) evne til å skjelne mellom 3 sykehusgrupper: De som skårer lav og høyt på dikotomiserte spørsmål/ indexer relatert til jobb, trivsel og helse. Lav skåre representerer mest positive verdi. Hvert spørsmål eller index er undersøkt ved separate diskriminant -funksjoner. Prosent korrekt klassifikasjon er angitt.

	WILKS LAMBDA	F	Prosent korrekt klassi- fikasjon
Jobb-planer	.91	72.17***	63%
Jobb-tilfredshet	.79	160.40***	80%
Sykefravær	.97	20.34***	61%
Psykiske plager	.86	121.50***	70%
Somatiske plager	.94	46.86***	63%
Tilfredshet totalt	.88	100.10***	70%

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabell 23 gir en oversikt over resultatet av 6 diskriminante analyser. Ved analysene er de avhengige variablene dikotomisert (todelt), hvor 1 er mest positive og 2 mest negative verdi. Det vil framgå at burnout signifikant predikerer hjelpernes plassering på alle 6 avhengige variabler. Burnout predikerte sterkest jobb-tilfredshet (80% korrekt klassifisert), psykiske plager og tilfredshet totalt (begge 70% korrekt klassifisert).

DISKUSJON

NIVÅ AV UTBRENNING

=====

UTBRENNING TOTALT

Bak den samlede burnout-skåre ved sentralsykehuset skjuler det seg et bredt spekter av ansatte ved avdelinger med ulike omsorgsfunksjoner og ulike typer belastning. Undersøkelsen avdekket signifikante forskjeller mellom avdelingene med hensyn til utbrenning.

Jones (1980) gir ingen direkte anvisning eller vurdering av hva han anser som høy eller lav grad av utbrenthet ved bruk av SBS-HP, og det er derfor vanskelig å avgjøre eksakt grad av utbrenning ved sentralsykehuset. Vi må derfor basere vurderingene på en sammenligning med tilsvarende undersøkelser.

Tar en deltakertallet og det store mangfold av avdelinger som er representert i betraktning, er det imidlertid sannsynlig at en skåre på 45 representerer moderat grad av burnout. Det at det ikke ble funnet utbrenningsforskjeller mellom de tre sykehusene som utgjør SiR, tyder på at sentralsykehusets samlede nivå av utbrenning tilsvarende andre norske sykehus. Det er lite sannsynlig at sentralsykehusets samlede burnout-nivå atskiller seg vesentlig fra andre norske sykehus av samme størrelsesorden og med samme spekter av medisinske avdelinger. Det trengs ytterligere forskning hvor SBS-HP kommer til anvendelse, før det kan fastsettes normer for høy og lav grad av utbrenning.

En undersøkelse fra en tungpsykiatrisk avdeling ved et annet sykehus avdekket en en gjennomsnittlig burnout-skåre blant personalet på 60.18 (Matthiesen, 1985). Tilsvarende var skåren 40.35 for et utvalg som vesentlig besto av helsesøstre (Matthiesen & Dyregrov, under bearbeidelse). Også i andre undersøkelser hvor SBS-HP er benyttet, har gjennomsnittlig burnout-skåre stort sett beveget seg mellom disse to ytterpunktene. I Jones' undersøkelser av totalt 6 forskjellige

amerikanske utvalg av sykepleiere varierte burnout-raten mellom 51.1 og 62.6 (Jones, 1980; Jones, 1980b; Jones, 1981).

I en undersøkelse av pleiere ved forskjellige aldershjem ble det funnet en rate på 44.5 (Quattrochi-Tubin et al., 1982). En skal imidlertid være forsiktig med å legge for stor vekt på sammenligninger på tvers av landegrensene selv om det samme spørreskjema er benyttet, fordi kulturelle forskjeller kan virke inn. Jones (1980) anbefaler at en utvikler lokale normer for hva som skal vurderes som høy eller lav grad av burnout på SBS-HP.

PROFESJONSFORSKJELLER

Vi fant ikke signifikante forskjeller med hensyn til grad av burnout mellom legene, sykepleierne og hjelpepleierne.

I tidligere forskning angående utbrenning er leger, sykepleiere og hjelpepleiere i liten grad sammenlignet. Vi påpekte innledningsvis at forskningen til nå i liten grad hadde skjelnet mellom ulike grupper helsepersonell. Flere (f.eks. Cox, 1978) har advart mot å operere med sammenslåtte yrkeskategorier innen stress-forskning, i det ulike årsaksforhold kan medvirke til stress eller burnout hos ulike yrkesgrupper.

Selv om vi ikke fant signifikante forskjeller i den totale burnout-skåre mellom de tre store gruppene helsepersonell, fant vi holdepunkter for at det er ulike stressfaktorer som førte fram til totalskåren av burnout i de tre gruppene.

Legene står på toppen i det medisinske hierarki. De har en klar behandlerrolle, og er ansvarlig for de fleste viktige tiltak som igangsettes, det være seg kirurgiske eller andre medisinske inngrep, endringer i behandlingsopplegg, inn/utskrivning av pasienter, utførelse av kompliserte prosedyrer m.m. Våre resultater er grunnlag for å si at legestillingen innebærer stor mulighet til å ta selvstendige beslutninger, med stor grad av frihet til å påvirke innholdet i jobben, men også et til tider tyngende faglig ansvar, hvor pasientens liv eller

helsetilstand er avhengig av de riktige vurderinger og avgjørelser. Sykepleierne og hjelpepleierne opplever ikke tilsvarende selvstendig eller autonom arbeidssituasjon.

Den relativt store grad av frihet med hensyn til å utforme innholdet i jobben, og det store mangfold av arbeidsoppgaver en lege kan ha befatning med, innebærer på den andre side at legerollen lett blir uklar med hensyn til plikter og ansvarsområde. Legene opplever denne belastningen sterkere enn de to andre profesjonene, med f.eks. en hyppig følelse av å måtte utelate arbeidsoppgaver, og manglende tid til å holde seg faglig ajour. Tidspress er et generelt problem for legene, og medfører bl.a. at de må ta raske avgjørelser med liten tid til rådighet, eller at de ofte går rundt med en følelse av å forsømme omsorgen overfor pasinter og pårørende. I tillegg utsettes legene oftere for den emosjonelle belastning det er å informere pasienter og pårørende om alvorlig sykdom eller andre ømtålelige tema.

Sykepleierne befinner seg i midten av det medisinske hierarki. Deres arbeidsoppgaver kan være svært varierte, fra rent administrative oppgaver innen driften av en avdeling eller enhet, til somatiske eller psykiske omsorgsfunksjoner overfor pasientene. Vi fant at mange sykepleiere har mye ansvar på sine skuldre, ikke minst for pasientenes daglige ve og vel. Vanligvis er det slik at det er sykepleieren som arbeider nærmest opp til pasienter og pårørende (kvalitativt mest tid sammen med pasientene).

Dette innebærer muligheter for å bli bedre kjent med den enkelte pasient og dennes pårørende, men innebærer også nærmere kjennskap til pasientenes behov, forventninger og krav under sykehusoppholdet. Sykepleierne ser lidelse og smerte på nært hold i sitt arbeid, ofte uten å kunne igangsette tiltak uten legenes godkjennelse. Sykepleieren må med sin nøkkelposisjon i det daglige arbeidet samarbeide nært med profesjoner både over og under seg i det medisinske hierarkiet.

De har også ansvar for å koordinere det tjenestetilbud pasientene skal igjennom. Ofte kan de krav som rettes mot

sykepleieren fra pasienter, leger eller hjelpepleiere være uforenlige. Sykepleierne er kanskje den profesjon som må ta flest hensyn til ulike gruppers behov eller krav. Sykepleierne opplever da også sterkest grad av rollekonflikt.

"Jeg føler ofte at faggruppen min må ta imot kritikk fra alle kanter og stå til ansvar for hva andre gjør, f.eks. når pasientene ikke får komme til ved undersøkelse, når det blir mye venting på lege eller på at avgjørelser skal bli tatt." (sykepleier)

Sykepleierne skal i tillegg til ansvaret for og utførelse av medisinsk/ tekniske oppgaver (behandlingsprosedyrer, medisiner, respirator etc.), dra menneskelig omsorg for pasientene i hverdagen. I tillegg kommer tyngre fysisk arbeid (f.eks. tunge løft).

Hjelpepleieren er den medisinske "grovsmeden" ved et sykehus. En hjelpepleiers hverdag består i større grad enn sykepleierens av vask og stell av pasientene, og andre praktiske gjøremål på avdelingene. Selv om hjelpepleierens arbeid består av mye menneskelig omsorg for pasientene, er prestasjonspresset på dette området mer knyttet til sykepleierens rolleutforming. Han/ hun har heller ikke i samme grad som sykepleieren og legen ansvar for pasientenes liv og helse.

Vi fant at hjelpepleierne sjeldnere enn de to andre gruppene samtaler med pasientene om sykdom, liv og død. De slipper også i stor grad å fatte avgjørelser under tidspress. Det å forholde seg til ulike gruppers krav og forventninger, eller til sine egne hjelperidealer oppleves derfor ikke så konfliktfylt. I likhet med sykepleierne, må også hjelpepleierne ofte foreta tungt fysisk arbeid. Samlet rapporterer likevel hjelpepleierne minst grad av arbeidsbelastning eller belastende arbeidssituasjoner.

AVDELINGSFORSKJELLER

De signifikante forskjeller vi fant mellom avdelingene med hensyn til grad av burnout støtter opp om antagelsen om at ulike typer omsorgsarbeid medfører ulik risiko for utbrenning

og andre stressreaksjoner, slik dette bl.a. er funnet av Maslach (1978) og Pines et al. (1981).

Det ville føre for langt å diskutere belastningsfaktorer ved samtlige avdelinger ved sentralsykehuset. Diskusjonen er derfor avgrenset til avdelinger hvor personalet rapporterer henholdsvis mest og minst grad av burnout.

Informantene fra røntgenavdelingen og akuttmottak/hjerteovervåkning vedkjente seg høyest nivå av utbrenning. Tidligere undersøkelser (se f.eks. Anderson & Basteyns, 1981; Hay & Oken, 1972; Astbury & Yu, 1982; Gribbins & Marshall, 1982) har vist at arbeid på intensiv- eller akuttavdelinger er spesielt stressfylt. Et særtrekk ved disse avdelingene er det "stimulusbombardement" hjelperne utsettes for. De mottar en rekke sanseinntrykk i form av auditive og visuelle alarmer og andre syns, hørsels- og lukteinntrykk. Arbeidet foregår i et høyt tempo med stadige skiftninger i hvem en samarbeider med, pasienter en behandler, og oppgaver en utfører.

Pasientgjennomstrømmingen ved akutt- og intensivavdelinger er vanligvis stor, og pasientene har ofte alvorlige, til dels livstruende lidelser. Avgjørelser må foretas raskt, samtidig som mye og avansert teknisk utstyr skal betjenes og holdes rede på.

"Det er veldig hektisk, nærmest kaotisk til tider."
"..vi blir ropt på i øst og vest når det er travelt. Skulle noen ganger ønske meg 4 bein og 4 armer."
"Føler det vondt når det skjer snarlig død blant pasientene. Når du har stått på og gjort hva du kan for at han skal klare seg, kan det være vondt og vanskelig å godta at han dør."
"Har hele tiden en følelse av ikke å rekke over det en skal gjøre."
"For travle vakter, får ikke ta oss av den enkelte pasient som vi vil...må prioritere blant pasientene, kan ikke få tatt oss av alle."
"Periodevis deprimerende - mange overlever ikke. Pasienter som en vet ikke vil kunne leve, blir av og til "overbehandlet", de får en forlenget og kanskje pinefull død."
"Ofte tragiske hendelser/ ulykker som kommer til avdelingen."
"Savner feedback på hva som skjer med pasientene etter at de overføres til andre avdelinger."

Mer overraskende er det at røntgen-avdelingen skåret høyest på utbrenning. Mens den akutte emosjonelle belastningen må antas å være svakere enn ved en del andre avdelinger, kjennetegnes røntgenavdelingen av mange pasienter som kommer til kortvarig behandling. Det kan f.eks. nevnes at avdelingen gjennomførte mer enn 94 000 røntgen-undersøkelser i 1984 (Årsrapport 1984). De kvalitative svarene fra røntgenarbeiderne indikerer lange ventelister, underbemanning og en del samarbeidsproblemer.

Avdelingen sliter med dårlig eller slitt teknisk apparatur, og redsel for strålingsfare. Det er ikke ukjent at en kronisk, vedvarende arbeidsbelastning (daily hazzles) er en større kilde til utbrenning enn spredte emosjonelle "topper" (se f.eks. Lazarus, 1984; DeLongis et al., 1982; Kanner, 1981). Flere av informantene ved røntgenavdelingen ser spesialisering og mangel på variasjon som et problem.

"Til tider kunne jeg ønske en del andre kasus. Avdelingen er blitt vel spesialisert nå."

"For stor belastning på avdelingen. Liten forståelse for behov for flere ansatte."

"Veldig mye gjennomtrekk på grunn av dårlige arbeidsforhold. Fysisk og psykisk utkjørt etter endt arbeidsdag."

"Gamle og slitte apparater. For få stillinger til at vi kan unngå lange ventelister."

"Føler av og til at stråledosen kan bli høy, fordi vi må stå inne med pasientene."

"Stort arbeidspress - liten tid til pasienter."

Omsorgsfunksjonen blir gjerne instrumentell, og mindre preget av nærhet og emosjonell kontakt, sammenlignet med andre avdelinger, og i forhold til det en hadde forventet da en utdannet seg til lege, sykepleier eller hjelpepleier. Stor ubalanse mellom de forventninger en har til omsorgsarbeid, og den faktiske omsorgen en har mulighet til å gi, er nevnt som en sentral utløsende årsak til utbrenning (se f.eks. Pines et al., 1981).

I utenlandske undersøkelser har en funnet at den viktigste jobbtilfredsstillelse for ulike grupper medisisk personell er det å kunne hjelpe andre (se Mawardi, 1979; Duxbury et al., 1984; Bates, 1982). Tilsvarende tendens avdekkes gjennom våre

kvalitative data. Et klart flertall av det totale utvalg hjelper det å få være til hjelp for andre som viktigste kilde til tilfredsstillelse i arbeidet sitt. Det er mulig at en del av det arbeid som utføres på røntgenavdelinger, i for liten grad gir en mulighet til å føle at en hjelper andre.

Det er overraskende at barneavdelingen som enhet viser lavest grad av burnout. Utenlandske undersøkelser (f.eks. Koocher, 1980; Jacobson, 1978; Marshall & Kasman, 1980) har tidligere angitt arbeid med alvorlig syke barn som særskilt traumatisk omsorgsarbeid.

Selv om barneavdelingen behandler mange barn med alvorlig og livstruende sykdom, spesielt ved nyfødtavsnittet, blir likevel en del barn med alvorlig sykdomsprognose sendt til andre sykehus (bl.a. Rikshospitalet). Avdelingen hadde over over 3700 innleggelser i 1984. De fleste barn har likevel en god prognose. Hovedinntrykket fra de kvalitative data synes å være de positive sidene ved det å arbeide med barn. Barneavdelingen har lagt stor vekt på å skape et uformelt og barnevennlig miljø, med bl.a. gode muligheter for foreldrene til å overnatte. Mange informanter fremhever da også god og utbytterik kontakt med både barn og foreldere som særlig tilfredsstillende ved det å arbeide på barneavdelingen.

"De små er så takknemlige og gode å ha med å gjøre. Jeg gleder meg til å gå på jobb hver dag."

Personalet ser gode resultater av sitt arbeid.

"..særlig tilfredsstillende å se at de små premature veks opp til sunne, friske individ."

Et flertall av informantene som kommer med kommentarer i de åpne spørsmålene synes arbeidsmiljøet ved barneavdelingen er både allsidig, variert og utfordrende. Dette synet deles av både leger, sykepleiere og hjelpepleiere.

"Jeg treffer mange hyggelige folk, og jeg føler jeg gjør en nyttig jobb."

"Det er tilfredsstillende at vi får være med på å ta avgjørelser med hensyn til driften av posten, innkjøp av utstyr etc."

"Jeg jobber svært selvstendig. Føler jeg lærer noe hele tiden."

Det synes med andre ord som om at det sosiale arbeidsklima, med

rikt og variert arbeidsinnhold, kan kompensere for det å drive omsorgsarbeid der en ofte eksponeres for barns sykdom og død.

BETYDNINGEN AV ULIKE DEMOGRAFISKE/ JOBBDEMOGRAFISKE FORHOLD

=====

Når vi ikke fant kjønnsforskjeller med hensyn til utbrenning i vår undersøkelse, er dette i tråd med med en større undersøkelse av helsepersonell (Etzion, 1984), hvor det bl.a. konkluderes med at kvinner rapporterer mer stress enn menn utenom arbeid, men ikke i tilknytning til sin arbeidssituasjon.

I andre undersøkelser (bl.a. Pines et al., 1981), har en funnet utbrenningsforskjeller mellom menn og kvinner, med kvinner som mer utsatte enn menn. Noe av argumentasjonen har bl.a. gått på at kvinner er mer sosialt sensitive enn menn, og mer avhengige av å ha gode relasjoner til kollegene eller pasientene. Andre hevder at kvinner er mer sårbare i kraft av den "omsorgsfunksjon" som ligger innebygd i kvinneverollen (Freudenberger & North, 1985). Dette går ikke minst på at mange kvinner har to "yrkesroller" (hus og hjem i tillegg til det lønnete arbeid).

Det kan være forskjellige årsaker til at det ikke framkom kjønnsforskjeller i vårt utvalg av helsepersonell. En mulighet kan være at det generelt er mindre kjønnsforskjeller mellom mannlig og kvinnelig helsepersonell i Norge enn i f.eks. USA. Det kan også tenkes at det er de mest "myke" mennene ved sentralsykehuset som har besvart spørreskjema, og at dette bidrar til å maskere evt. kjønnsforskjeller.

I undersøkelsen fant vi videre en viss tendens i retning av at sivil status og eventuelle barn hadde en viss innvirkning på hvor sårbare en var for burnout. Dette er i samsvar med generell stressteori, som fastslår at familien fungerer som et viktig støttesystem, som modererer eller demper emosjonelle reaksjoner i tilknytning til arbeidsstress (House, 1981). Nyere funn har vist at de som om en har en partner og/ eller barn boende hjemme, synes å være mindre sårbare for stress i arbeidet eller burnout (Syrotnik & D'Aray, 1984; Maslach &

Jackson, 1982; Numerof & Abrams, 1984). Tilstedeværelse av partner og eventuelle barn virker med andre ord som "buffer" mot bl.a. utbrenning.

Når hjelpere med utearbeidende ektefeller rapporterer mindre burnout enn de som har hjemmeværende ektefelle, er det mulig at denne forskjellen kan skyldes at hjelpere med yrkesaktiv ektefelle er mer økonomisk uavhengige, og at de derfor er mer motiverte for f.eks. omsorgsarbeid (er ikke i samme grad "nødt" p.g.a. inntekten). En skal imidlertid være forsiktig med å legge for bred vekt på en slik tolkning. Styrken på korrelasjonen er tross alt relativ moderat. Dessuten har de fleste av de hjelpere som har besvart dette spørsmålet utearbeidende ektefelle.

Det var en tendens til at de yngste hjelperne oppga høyest burnout. De yngste hjelperne er mest uerfarne, de stiller høye krav til egen funksjon, og bærer ofte urealistiske forventninger til omsorgsarbeid. Erfaring ser i det hele tatt ut til å være en viktig indikator på hvem som er mest utsatt for burnout. Jo lengre tid en har vært i arbeid på nåværende avdeling eller ved sentralsykehuset, desto mindre utbrenning.

Det verdt å merke seg at de ytre, demografiske forholdene ikke viste noen sterk sammenheng med burnout. Ved multippel regresjon ga disse forhold bare svake (ikke-signifikante) bidrag til variasjonen i burnout. Også de jobb-demografiske forhold ga et moderat tilskudd til å forklare variasjonen av utbrenthet.

Ved sentralsykehuset var sammenhengen mellom skift/nattarbeid og burnout tilnærmet nullkorrelert; i motsetning til undersøkelser som har vist at hjelpere og andre som arbeider i skift- eller nattarbeid er mest utsatt for arbeidsstress eller utbrenning (Agervold, 1976; Jones, 1981). Spesielt har skiftet av rytme fra natt til dag eller omvendt blitt angitt som stressende.

En mulig forklaring på den svake sammenhengen mellom arbeidstid og utbrenning i vår undersøkelse kan være at

hjelperne fra 11 forskjellige avdelinger/ enheter, med 3 forskjellige profesjoner er representert. Det er mulig at visse typer omsorgsarbeid er mer stressende på natt, f.eks. somatisk pleie (mindre bemanning enn på dag), men at effekten forsvinner når vi ser på utvalget samlet. Det er f.eks. lite trolig at hjelperne på f.eks. en psykiatrisk avdeling opplever det samme hardkjøret på natt som på dag, noe vi har funnet holdepunkter for i en annen undersøkelse (Matthiesen, 1985).

Vi har tidligere vært inne på at det er en viss sammenheng mellom utbrenning/ ung alder. Unge hjelperne er mer sårbare enn eldre, mer erfarne hjelperne. Om en vurderer sammenhengen mellom burnout og forhold som spesialisering/ tilleggsutdannelse, og om en er fast ansatt, viser disse forhold liten eller ingen sammenheng med burnout.

Som forventet er hjelperne i redusert stilling mindre utbrente enn de som arbeider i full turnus. Det er tidligere vist at utbrenning eller emosjonell belastning står i et proporsjonalt forhold til arbeidsdagens lengde, eller antall arbeidstimer pr. uke (Freudenberger, 1975; Maslach, 1980). Med redusert arbeidstid har en bedre mulighet til å ta seg inn igjen etter en krevende arbeidsdag, eller til å gjenvinne overskuddet.

Et annet mål på arbeidsmengde, "overtid de siste par ukene", viser derimot lite samsvar med utbrenthet. Det er mulig at ytre forsterkning (ekstra lønn) oppveier den negative effekten av lange arbeidsdager. En annen forklaring kan være at mengde overtid tross alt er relativt moderat (60% av utvalget hadde ingen overtid; mens 6%, vesentlig leger, hadde mer enn 20 timer overtid de siste ukene). Det kan være verdt å nevne at enkelte av legene rapporterte mer enn 100 timer overtid de siste to ukene før besvarelsen av spørreskjema. Det er rimelig å anta at mye overtid kombinert med emosjonelt krevende arbeid virker ekstra disponerende for stress/ burnout. En svakhet ved vårt spørsmål vedrørende overtid kan således være at det ikke tapper hva overtidsarbeidet i hovedsak besto av (hvilende vakt vs. ordinære jobbrutiner etc.)

I vår undersøkelse var sammenhengen mellom burnout og grad av pasientkontakt liten (ikke signifikant sammenheng). Dette til tross for at 46% av legene, 44% av sykepleierne og 49% av hjelpepleierne mener de har kontakt med pasientene det meste av arbeidstiden. Våre funn kan innebære at en må skjelne mellom kvantitativ og kvalitativ pasientkontakt, hvor sistnevnte kontaktform innebærer større nærhet og emosjonelt engasjement. Vår spørsmålsformulering gjør det uklart hva de enkelte grupper har ment med pasientkontakt. Andre undersøkelser har imidlertid vist at burnout bl.a. viser sammenheng med antall hjelpere pr. pasient, og mengde kontinuerlig kontakt med pasientene (Maslach & Jackson, 1978; Pines et al., 1981).

"Antall sengeplasser på den enheten en arbeider" viste også liten sammenheng med burnout. Det er mulig at dette blir et for unyansert mål på den arbeidsbelastning det ligger i å måtte forholde seg til mange pasienter. Det er også en mulighet for at det totalt sett er tilstrekkelig med personale i forhold til antall sengeplasser/ pasienter. Dette står imidlertid i motsetning til svarene på de kvalitative spørsmålene der underbemanning nevnes som en av de hyppigste grunner til mistriivsel i jobben.

"Det er for mye å gjøre, vi er underbemannet. Du føler du går hjem med dårlig samvittighet når det ligger igjen arbeid som skulle vært ferdig."

"Vi er alt for få. Har det ofte for travelt til å gi pasientene den omsorgen dei treng, utanom det aller nødvendigaste."

"..sterkt arbeidspress med altfor dårlig bemanning."

"Svært underbemannet avdeling i forhold til arbeidsmengden. Dette medfører svært mye ubekvem arbeidstid for å opprettholde noenlunde forsvarlig bemanning."

INNHOLED I YRKESROLLE VS. BURNOUT

=====

Innledningsvis nevnte vi at rollestrukturen oppfattes som en viktig forbindelseslinje mellom psykososialt arbeidsmiljø og stress/ burnout. Rollestrukturen er kompleks innen et sykehus, bl.a. fordi mange personalgrupper har samme hovedfunksjon:

arbeid eller omsorg for andre mennesker (pasientene). Vår undersøkelse understøtter den klare forbindelseslinje som finnes mellom rollestruktur og stress i arbeidet. De fire målene vi benyttet for å tappe opplevelse av yrkesrolle/rolleinhold, viste alle klar sammenheng med burnout.

Dette henger bl.a. sammen med at en oversiktlig arbeids-situasjon og opplevelsen av kontroll i arbeidet er sentrale betingelser for jobbtrivsel og ikke minst: for å unngå stress eller burnout i arbeidet (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970; Beehr & Newman, 1978; Kahn, 1981, Cherniss, 1980).

AUTONOMI

De 4 spørsmålene vi anvendte for å måle grad av autonomi eller selvstendig arbeidssituasjon, viste en klar positiv sammenheng med burnout. Jo sterkere en føler begrensninger eller restriksjoner på det å ta selvstendige avgjørelser, og jo mindre en opplever å ha innflytelse over egne arbeidsoppgaver, jo større sjanse for å oppleve utbrenning. Våre funn er i tråd med tidligere forskning innen jobbstress (se Endresen, 1984; Arnestad & Aanestad, 1985; Rubington, 1984; Dahlgard, 1983).

Det ble funnet klare profesjonsforskjeller med hensyn til opplevelse av autonom arbeidssituasjon. Grad av autonomi viser sammenheng med plassering i det medisinske hierarki; legene rapporterer om en klart mer selvstendig arbeidssituasjon enn både sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleieren har på sin side en mer selvstendig jobb enn hjelpepleieren. Bates (1982) har kalt legeprofesjonen for prototyp på et yrke hvor sentrale karakteristika er autonomi og kontroll, og vår undersøkelse synes å støtte opp under dette synet.

Legene har større mulighet til å komme til og fra i det daglige arbeid ved en medisinsk avdeling eller post. Legegruppen kan mer enn de to andre gruppene selv avgjøre hvordan deres daglige arbeid skal legges opp. De har større anledning til deltagelse på ulike typer møter eller kurs, og de har også bedre anledning til å trekke seg tilbake til et kontor. Mulighetene for å regulere den emosjonelle belastning er derfor

bedre enn for de to andre gruppene. Når en vurderer autonomi vs. burnout, må en imidlertid være klar over at det kan være toleranseforskjeller med hensyn til de forventninger en har til frihet. En lege har sannsynligvis helt andre forventninger til hvor fri og selvstendig jobben bør være, sammenlignet med f.eks. de forventninger en hjelpepleier har.

MEDBESTEMMELSE

Det ble funnet en relativt klar sammenheng mellom opplevelse å være med på de beslutningsprosesser som angår ens arbeid, og burnout. Våre funn er overenstemmelse med annen forskning på burnout og arbeidsstress generelt (Thompson, 1980; Maslach & Jackson, 1982; Margolis, 1974; Karasek, 1979; Theorell, 1984; Dalgard, 1983).

Opplevelse av å ikke bli informert om viktige ting som foregår på arbeidsplassen, eller at det blir tatt avgjørelser uten at de berørte personer blir forespurt, korresponderte begge relativt klart med utbrenthet. Jo sterkere en føler at avgjørelser ble tatt "over hodet" på en, desto sterkere sannsynlighet for opplevelse av å være utbrent.

"I forhold til hva vår utdanning innebærer av medisinsk "stoff", synes jeg vi får for lite informasjon om pasientene (prognose, diagnose og behandling). Det er jo dem vi gjør en innsats for. Jeg synes det er veldig utilfredsstillende at vi ikke får vite hvorfor de behandler sånn og sånn."

Tatt i betraktning de relativt klare profesjonsforskjellene som ble avdekket med hensyn til autonomi, med legene som den mest autonome yrkesgruppe, er det overraskende at sykepleierne vedkjenner seg høyest grad av medbestemmelse i tilknytning til arbeidet, og at legene og hjelpepleierne kommer relativt lukt ut. En mulig forklaring på denne forskjellen, kan være at det også ved medbestemmelse hersker ulike oppfatninger eller forventninger på tvers av profesjonene om hva medbestemmelse innebærer.

En annen mulighet er at det innen legeprofesjonen eksisterer et klart hierarki, hvor underordnede leger (som største gruppe) må innrette seg under reserveleger, assisterende

overleger og overleger. Det er kanskje en mer demokratisk "tradisjon" blant nyere (yngre) sykepleiere, og sykepleierne er kanskje mer opptatt av nyere ledelsesformer. Det er mulig at vårt utvalg har en overrepresentasjon av underordnede leger. Å dømme etter de reaksjoner vi har mottatt, hadde en del overordnede leger sterke motforestillinger mot at undersøkelsen ble iverksatt.

Sykepleieren og hjelpepleieren opplever kanskje medbestemmelse knyttet til møtevirksomheten på avdelingen, om de i rimelig grad kommer til orde med sitt syn i møter med f.eks. legene. Tilsvarende kan en leges opplevelse av medbestemmelse avspeile i hvilken grad legen føler at han eller hun kommer til orde overfor sine overordnede.

ROLLEUKLARHET

Vi fant en klar sammenheng mellom rolleklarhet og burnout i vår undersøkelse. Dette er i samsvar med andre undersøkelser (f.eks. Pines et al., 1981; Karlsen & Romedal, 1979). Det ble også avdekket relativt klare profesjonsforskjeller med hensyn til rolleklarhet. Legene rapporterte mest og hjelpepleierne minst rolleklarhet i vårt materiale. Forskjellen mellom profesjonene går således i forventet retning og er i samsvar med hva andre har funnet (Hamner & Tosi, 1975; Schuler, 1975). Uklart rolleinnhold blir i disse undersøkelsene funnet å være en belastning som særlig rammet yrkesaktive i de høyere organisasjonslag.

Det gir mening å anta at en leges arbeidssituasjon eller ansvarsområde er mer komplisert og tvetydig enn arbeidet til en sykepleier eller hjelpepleier. Legen er vekselvis behandler og administrator, og har det formelle ansvar for det medisinske tilbud som gis til pasientene, og for det arbeid som delegeres til andre yrkesgrupper.

Ansvarsområdet er imidlertid så stort, at det er vanskelig å holde rede på alle detaljene innenfor arbeidsfeltet, f.eks. det å holde seg faglig ajour med bruk av medisinsk utstyr, lover og forordninger ved medisinsk behandling og omsorg,

diktering av journaler og kjennskap til innholdet i det arbeid som utføres at yrkesgrupper underlagt legens formelle ansvar.

ROLLEKONFLIKT

Rollekonflikt angriper hjelpers opplevelse av kompetanse eller følelse av å strekke til. I undersøkelsen ble det funnet en klar sammenheng mellom burnout og hvert av de spørsmålene som utgjorde mål på rollekonflikt. Rollekonflikt innebærer at hjelperen mottar - eller stiller selv - uforenlige krav eller forventninger til det arbeid som skal utføres.

"Vi blir pålagt oppgaver som ikke er innen vårt kompetanseområde."

"Forskjellige yrkeskategorier har ikke samme målsetting."

"Pasientene får alt for lite oppmerksomhet, spesielt når gangen er full. Må si for mye "et øyeblikk", og så blir jeg lenge borte."

Det ble funnet en klar sammenheng mellom burnout og hver av de spørsmålene som utgjorde mål på rollekonflikt. Det må nevnes at Kahn (1978) identifiserte rollekonflikt som hovedkilden til utbrenthet hos helsepersonell. Undersøkelsen vår støtter opp under denne antagelsen. Av de ulike psykososiale målene som belyses i vår undersøkelse, viser rollekonflikt sterkest sammenheng med burnout. Også annen norsk sykehusforskning har funnet at rollekonflikt er det psykososiale forhold som har hatt sterkest innvirkning på arbeidsstress (Endresen, 1984; Arnestad & Aanestad, 1985).

Utvalget i denne undersøkelsen består av 90% kvinner. Dette er et forhold som må tas i betraktning, når en vurderer rollekonflikt hos helsearbeidere, og effekten på arbeidsstress eller burnout. Flere forskergrupper (f.eks. Pines et al., 1981; Freudenberg & North, 1985) har anført de delvis uforenlige kravene mellom jobb og familie som en rollekonflikt som særlig rammer kvinnelige hjelpere. Yrkesaktive kvinner må dele seg mellom hus og hjem på den ene siden, og arbeidet på den andre siden. De krav som stilles til en i arbeidet som f.eks. sykepleier med turnus og/ eller helgearbeid, er ofte delvis uforenlig med familielivet. Særlig sårbare er kvinner med mindreårige barn (Greenhaus & Beutell, 1985; Pleck, 1980).

"Ubekvem arbeidstid som går ut over familien. Bedre lønn kunne kanskje kompensert en del."

"Liten mulighet til sosial omgang."

BELASTENDE ARBEIDSSITUASJONERS EFFEKT PÅ BURNOUT

=====

Det framgikk av tabell 10 - 13, at 21 av 23 belastende

arbeidssituasjoner som utvalget ble spurt om de vedkjente seg, viste signifikant sammenheng med burnout. Denne tendensen kan tolkes dit hen at det er mange forskjellige belastnings-situasjoner som kan disponere for utbrenthet hos hjelpere. I andre undersøkelser av sykehuspersonell er tilsvarende sammenheng mellom ulike belastende arbeidssituasjoner og burnout funnet (se f.eks. Weinberg et al., 1983; Rosenthal et al., 1983; Numerof & Abrams, 1984; Matthiesen, 1985).

Vi har tidligere vist at de 23 belastningssituasjonene kunne plasseres i 6 sektorer, ut fra faktoranalyse og reliabilitetstesting. Av disse er det særlig arbeidsbelastninger som går på ubalanse mellom de krav som stilles og den tid en har til rådighet som viser sammenheng med burnout. Dette er lite overraskende, de fleste av spørsmålene som går på ubalanse mellom krav vs. tidpress, har klare fellestrekk med rollekonflikt. Alle disse forholdene står i nær forbindelse med opplevd kompetanse, eller i hvilken grad en føler at en strekker til som hjelper.

At konflikt mellom ulike krav er sentalt i forbindelse med utbrenthet, underbygges ytterligere av den klare sammenheng spørsmålene om "medisinsk-etiske konflikter", "avvisning av foreldre p.g.a. tidspress", og "arbeidspress/ utilstrekkelig pasientomsorg" viste i forhold til burnout. Disse forholdene berører hjelperens idealer og forventninger til sitt arbeid som omsorgsgiver. Når det gjelder medisinsk-etiske konflikter, har vi tidligere nevnt at det særlig var konflikter knyttet til passiv dødshjelp, eller livsforlengende tiltak, som mange opplevde som vanskelig.

I tillegg til belastende arbeidssituasjoner som innebærer ulike former for konflikt i arbeidet, avdekkes det en relativt klar sammenheng mellom utbrenning og negativ opplevelse av sykehusbyråkratiet og omleggingene ved sentralsykehuset. Dette gir mening, sett på bakgrunn av den relativt klare sammenheng vi tidligere har funnet mellom burnout og forhold som autonomi og medbestemmelse. Negativ opplevelse av sykehusbyråkratiet og av sykehusomleggingene kan betraktes som eksempler på situasjoner hvor legen, sykepleieren eller hjelpepleieren føler

liten grad av kontroll eller medbestemmelse i sin arbeids-situasjon.

Det er i samsvar med nyere funn på arbeidsstress (Lazarus, 1984; Ivancevich, 1986) at det i denne undersøkelsen ble avdekket relativt klar sammenheng mellom burnout og en type arbeidsbelastninger som best kan rubriseres som vedvarende stress og slitasje i tilknytning til omsorgsarbeidet. Eksempler på slik vedvarende stress/ slitasje er bruk av tunge løft i arbeidet, vaktsystemet (skiftarbeid), opplevelse av at opplæringen er utilstrekkelig, og redsel for pasientovergrep.

Bruk av multippel regresjon forsterket oppfatningen at mange ulike typer arbeidsbelastning viser signifikant sammenheng med burnout. Multippel regresjonsanalysene viste oss også at belastende arbeidssituasjoner har relativt sterk innvirkning på burnout, sammenlignet med de øvrige psykososiale forhold som belyses i denne undersøkelsen.

SAMMENHENGEN MELLOM SOSIALT ARBEIDSKLIMA OG BURNOUT

=====

I undersøkelsen ble det avdekket sammenheng mellom opplevelse av det sosiale arbeidsklima, og nivå av utbrenning. De som opplevde sosial støtte fra personalet de jobbet sammen med viste liten grad av burnout. Jo mer positiv opplevelse legene, sykepleierne og hjelpepleierne har av samarbeidsforholdene på den avdelingen eller den enheten de arbeider på, desto mindre utbrenning. Det å være akseptert, og ha et godt forhold til kollegene og det øvrige personale betyr også mye når det gjelder sårbarhet for burnout.

Våre funn er i samsvar med tidligere forskning. Flere undersøkelser har vist at det sosiale arbeidsklima, i form av sosial støtte, kan redusere utbrenning hos hjelpere, eller føre til økt jobbtilfredshet (Etzion, 1984; Thompson, 1980).

Til en viss grad må det betegnes som overraskende at nivå av utbrenthet bare viser moderat sammenheng med ros eller positiv tilbakemelding fra det omkringliggende miljø. Forskning

vi refererte innledningsvis tydet på at hjelpere som får lite tilbakemelding på emosjonelt krevende arbeid er utsatt for burnout. Spesielt gjelder dette hjelpere som arbeider med pasientkategorier med liten evne eller mulighet til å gi uttrykk for at de verdsetter det omsorgsarbeid som utføres (Maslach, 1978).

I vår undersøkelse fant vi derimot liten eller ingen sammenheng mellom tilbakemelding fra pasienter/ pårørende og grad av utbrenning. Positiv tilbakemelding fra kollegene eller avdelingsleder viste et visst samsvar med utbrenthet, men relasjonen til utbrenning er imidlertid av mindre betydning enn forholdet til kollegene og opplevelse av samarbeid.

En mulig forklaring på at tilbakemelding ikke slår sterkere ut, kan være at den ros eller de positive kommentarer en får fra kollegene eller pasientene er en blant mange kilder til jobb-tilfredsstillelse. Viktigere enn eksplisitt tilbakemelding er den grunnleggende følelsen en har av å være akseptert, og at samarbeidet og forholdet til kollegene tross alt er godt.

Denne fortolkningen bekreftes delvis, dersom vi ser på figur 7. Der går det fram at opplevelse av å være godtatt på arbeidsplassen har et relativt sterkt unik bidrag til å forklare variasjonen til burnout, mens tilskuddene fra spørsmålene omkring positiv tilbakemelding er marginale (ikke signifikante).

Legene opplever totalt sett mindre sosial støtte på jobben enn de to andre gruppene. Jevnt over opplever legene mindre tilfredshet med samarbeidsforhold og kollegaforhold, og de føler seg mindre akseptert på jobben enn sykepleierne og hjelpepleierne. Dette kan skyldes at det er vanskeligere for en lege å bli integrert i en avdeling enn for f.eks. en sykepleier. Legen går mer til og fra, en del av pasientarbeidet foregår på kontoret, han eller hun deltar i flere møter o.s.v. Av denne grunn kan legen lettere oppleve sosial distanse til det øvrige personalet enn de andre gruppene.

Selv om vi avdekket profesjonsforskjeller på f.eks. sosial støtte, innebærer ikke dette at legene opplever liten grad av støtte, eller ikke føler seg akseptert av det øvrige personale, men de opplever dette i mindre grad enn hjelpepleiere og sykepleiere.

FYSISKE ARBEIDSMILJØ VS. BURNOUT

=====

Vår undersøkelse avdekket at også rent fysiske forhold må tas i betraktning når en skal belyse eller forstå utbrenthet.

Det framgår at 12 av 13 enkeltpørsmål vedrørende fysiske forhold ved arbeidsplassen viste signifikante sammenhenger med utbrenning, og at opplevelse av det fysiske arbeidsmiljø forklarte 9% av variasjonen til burnout.

Den mest nærliggende forklaring er at negative forhold som f.eks. bråk og støy, mangler ved utstyr eller trange vaktrom kan være en belastning i seg selv, en slitasje som samspiller med slitasje i mellommenneskelige forhold. I følge Lazarus & Laurier (1978) kan enhver hendelse eller situasjon i arbeidsmiljøet være en potensiell stressor eller arbeidsbelastning. Det avgjørende er den mening som attribueres eller tilskrives belastningen.

Andre forklaringer på sammenhengen mellom fysisk arbeidsmiljø og burnout kan være at utbrente hjelpere blir mer sensitive for rent fysiske forhold, eller at fysiske mangler hindrer eller reduserer muligheten for å ventilere ut f.eks. emosjonell overbelastning.

"Vi mangler mye teknisk utstyr som kunne lettet vårt arbeidsmiljø betydelig. Dårlig rygg og stressete muskler er et utbredt problem.."

"..dårlig ventilasjon og ekstremt tørr luft. Spesielt i sommerhalvåret er det rett og slett ubehagelig å komme ut i solskinn etter å ha vært inne i kunstig belysning hele dagen."

"Jeg mener vi har alt for mange kategorier pasienter på altfor liten plass. Dette forhindrer oss i å gjennomføre terapeutiske opplegg."

VERDIPREFERANSER

Våre data tyder på at enkelte verdipreferanser kan ha betydning for hvor sårbare hjelpere er for utbrenning. 6 av 13 enkeltspørsmål, og 2 av 4 indekser vedrørende jobbverdier viste signifikant sammenheng med burnout.

Det må betegnes som overraskende at vi i denne undersøkelsen finner en tendens i retning av at de hjelpere som har sterkest verdipreferanse for at jobben bør gi en mulighet til å drive omsorg for andre, samtidig rapporterer minst grad av utbrenning.

Det er mulig at denne verdipreferansen indikerer at er en sterkt motivert for omsorgsarbeid, og at dette kan fungerere som buffer mot arbeidsbelastninger. På den andre siden har tidligere undersøkelser (f.eks. Weinberg, 1984) funnet at det er de mest oppofrende hjelperne som er mest sårbare for utbrenthet.

Det er imidlertid viktig å få fram at forskjellen mellom høy og lav omsorgsverdi i forhold til burnout også kan være et resultat av at en del hjelpere allerede er delvis utbrente eller må betegnes som utbrente, slik at deres verdipreferanser allerede er endret.

Vi avdekket også en viss sammenheng mellom burnout og verdipreferanser som framhever "ytre forsterkning" i arbeidet som rikelig med fritid, fri i helgene og høy lønn. Retningen på korrelasjonene viste at det er hjelpere som mener det er lite eller mindre viktig at jobben gir en "ytre forsterkning", som rapporterer mest burnout. Resultatene kan tolkes dithen at hjelpere som har preferanse for at det ikke er så nøye med lønnen eller at en har mye fri, bare en får hjelpe andre, ofte er mest utsatt for burnout eller andre stressreaksjoner. Ut fra "sårbarhets-perspektivet" gir dette mening. Dette perspektivet

går ut på at det er hjelperne som opplever den største diskrepansen mellom egne forventninger og den faktiske hverdag med omsorgsarbeid som er mest utsatte for burnout (se f.eks. Jones, 1981).

I denne undersøkelsen har vi belyst hjelperes verdi-preferanser for hva en jobb bør inneholde. Dette er en anvendelse som atskiller seg noe fra det som har vært vanlig, nemlig å måle diskrepansen mellom opplevde kvaliteter ved det arbeid en utfører, og de kvaliteter en jobb burde inneholde generelt (se f.eks. O'Brien & Dowling, 1980; O'Brien et al., 1978; Hellesøy, 1984). Felles for disse undersøkelsene er at det har blitt funnet begrenset grad av sammenheng mellom jobbverdier og jobb-stress.

O'Brien & Dowling (1980) hevder således at viktigheten av jobb-verdier har blitt overvurdert innen stressforskningen. Vår undersøkelse understreker betydningen av å undersøke de verdipreferanser en hjelper har, når en vil forstå burnout. Jobbverdier gir et signifikant, men relativt moderat, tilskudd til å forklare variasjonen i burnout.

Av de 3 profesjonene som blir belyst innen denne undersøkelsen, er det kun legene som har såkalt behandlerstatus. Sykepleierne og hjelpepleiernes arbeid er mer å følge opp legers forordninger, og med sitt nærvær og arbeidsinnsats sørge for at pasientene har det bra. Sykepleiere og hjelpepleieres arbeidsfunksjon innen et sykehus er med andre ord mer omsorgsrettet. Det kan være verdt å merke seg at denne forskjellen med hensyn til jobbinnhold også viser seg i hjelpernes verdi-preferanser. Sykepleiere og hjelpepleiere synes i sterkere grad enn legene at det er viktig at jobben gir dem mulighet til å hjelpe andre.

For legene synes det viktigere at arbeidet gir en mulighet til selvrealisering gjennom ansvarsfullt arbeid, ved at de kan organisere arbeidet selv, og at de gjennom jobben får brukt mest mulig av ferdigheter og kompetanse. Sammenlignet med legene, er sykepleiere og hjelpepleiere mer opptatt av at arbeidet er varig, trygt og sikkert, og at arbeidet gir rom for

tilstrekkelig fritid og høy nok lønn.

Det er mulig at det finnes systematiske "verdiforskjeller" mellom de som blir leger, sykepleiere og hjelpepleiere med hensyn til hvilke jobbkvaliteter de ønsker oppfylt gjennom arbeidet. Men verdipreferansene kan også skyldes hjelpernes tilpasning til den aktuelle jobbsituasjon, at verdiene "tilpasses jobben".

SELVTILLIT I FORHOLD TIL BURNOUT

Det var en relativt klar sammenheng mellom selvtillit og utbrenning. 6 av 8 ledd i vårt inventorie viser signifikante sammenhenger med burnout. Retningen på korrelasjonene er i samsvar med hva en skulle forvente: Jo mer utbrenthet, desto lavere selvtillit.

Det kan være verdt å merke seg at et av leddene i inventoret skiller seg ut med hensyn til å forklare variasjonen av burnout (figur 11). Dette spørsmålet tapper hjelpernes konsentrasjon, engasjement og tretthet i tilknytning til arbeidet. Dette er ikke så uventet når emosjonell utmattelse blir ansett for å være den viktigste komponenten i burnout-syndromet (Maslach & Jackson, 1984; Maher, 1983).

Det er tidligere påvist sammenheng mellom generelt arbeidsstress og selvtillit (f.eks. Petrie, 1982). Sammenhengen mellom burnout og selvtillit er til vårt vitende ikke belyst. Det synes imidlertid rimelig at jo mer nedslitt eller utbrent en lege, sykepleier eller hjelpepleier føler seg, desto mindre grunnlag for selvtillit.

Som nevnt, er kanskje hjelpere med begrenset selvtillit og tro på egen ferdighet mer sårbar for burnout enn hjelpere med større selvtillit. Det er rimelig å knytte en slik forståelse til hjelperens opplevelse av kompetanse. Dårlig selvtillit kan skyldes at hjelperen opplever at han/ hun gjør en utilfredsstillende jobb. Denne oppfatningen trenger ikke nødvendigvis være "korrekt", d.v.s. at også andre opplever dette. Det avgjørende er hjelpers egen fortolkning av seg selv og sin

arbeidssituasjon. Vårt mål på selvtillit kan således være et indirekte mål på opplevelse av egen arbeidsprestasjon.

Det kan være verdt å nevne at andre har funnet sammenheng mellom selvtillit og reell prestasjon, bl.a. i skolesammenheng (f.eks. Malloch & Michael, 1981; Volmer, 1986a; 1986b). Sannsynligvis vil arbeidsmessig selvtillit avspeile forhold ved selve yrkesrollen, f.eks. hvor fritt en står til å foreta selvstendige avgjørelser eller disposisjoner. En slik fortolkning underbygges av at vi fant samsvar mellom selvtillit og plassering i det formelle hierarki. Legene vedkjenner seg høyere grad av selvtillit enn både sykepleiere og hjelpepleiere.

BETYDNINGEN AV SOSIAL STØTTE UTENFOR ARBEID

=====

Vi fant en relativt klar sammenheng mellom burnout og vårt kvantitative mål på sosial støtte utenfor arbeidssituasjonen (ektefelle, slekt, venner). Det var en systematisk tendens i retning av at hjelpere som opplever høy grad av sosial støtte utenfor arbeidet, samtidig rapporterer liten grad av burnout.

Det er dokumentert at sosiale relasjoner eller sosial støtte utenfor arbeid har betydning for hvor utsatt en er for arbeidsstress (House, 1981). Sosial støtte synes å virke som en støtpute mellom yrkesmessige belastninger, og individets fortolkning av disse belastningene. Flere (f.eks. Cobb, 1976) hevder dessuten at opplevelse av sosial støtte har gunstig innvirkning på individets anstrengelser for å endre kilden til stress.

Det synes som om hjelpere er ekstra sårbare for burnout, dersom de opplever at de ikke har nok tid og anledning til å være sammen med den nærmeste familie, eller at de føler at arbeidet begrenser samværet med ektefelle. Begge disse spørsmålene avspeiler problemer med uregelmessig arbeidstid, og emosjonelt krevende arbeid som stjeler tid og overskudd fra samværet med familien. Dette synes særlig å gjelde legene i vårt materiale. Legene føler i sterkere grad enn de to andre gruppene at arbeidet går ut over sosiale relasjoner.

Innen stress-forskningen er det mest vanlig å benytte en kvalitativ operasjonalisering av begrepet sosial støtte (se f.eks. Lin et al., 1979; Mechanic, 1978). En kvalitativ anvendelse av sosial støtte innebærer at en ser mer på kvaliteten av sosial kontakt (f.eks. om en har en nær venn å betros seg til), enn en ser på mengden av kontakt. Derfor er det et problem at våre spørsmål vedrørende sosial støtte er relativt indirekte, og stort sett knyttet til i hvilken grad arbeidet hindrer sosial kontakt. Det er mulig at et mer direkte, kvalitativt mål på støtte hadde vist interaksjonseffekt i forhold til burnout.

PSYKOSOSIALE FORHOLDS SAMLETE EFFEKT PÅ BURNOUT

=====

Rollekonflikt var det psykososiale forhold som korrelerte sterkest med burnout, og rollekonflikts unike bidrag var klart sterkere enn de øvrige indeksene på rolleinnhold. Også når det kontrolleres for de øvrige psykososiale forhold, ga rollekonflikt det sterkeste bidrag til forklart varians.

Konflikter knyttet til utøvelse av hjelperollen synes å stå sentralt i forhold til burnout. Flere av de belastende arbeidssituasjoner som korrelerte sterkest med utbrenning, kan betraktes som eksempler på rollekonflikt. En mulig årsak til den relativt sterke forbindelsen mellom rollekonflikt og burnout er at rollekonflikt angriper så mange fasetter ved det å utøve omsorgsarbeid. En kan vanskelig føle at en har en selvstendig (autonom) arbeidssituasjon, om en samtidig er preget av motstridende forventninger i f.eks. rollen som lege. Det er også lett å tenke seg at rollekonflikt svekker hjelperens opplevelse av kompetanse, eller oppfatning av å strekke til.

En annen prediktor skilte seg også ut i den samlede regresjonsmodellen, nemlig belastende arbeidssituasjoner (work load). På sett og vis må det betraktes som overraskende at "belastende arbeidssituasjoner" hadde såpass sterkt unikt tilskudd til å forklare variasjonen i burnout. Flere av

spørsmålene som utgjør inventoret, overlapper nemlig klart med "rollekonflikt" (f.eks. "medisinsk-etiske konflikter" eller "vaktsystem vs. familieliv").

På den andre siden tapper spørsmålene i "belastende arbeidssituasjoner" fundamentale sider ved hjelper-rollen. Det gir intuitiv mening at det er klar overensstemmelse mellom nivå av burnout og det å måtte arbeide under kronisk tidspress, med for lite ressurser, eller det å hyppig bli stilt overfor traumatiske forhold i jobben (dødsfall, informere pasienter om livstruende sykdom, etc). Forbindelsen holder seg når det kontrolleres for andre psykososiale forhold.

Når vi fant relativt sterke sammenhenger mellom "rollekonflikt", "belastende arbeidssituasjoner", er dette i overensstemmelse med tidligere forskning, som har funnet at dette er 2 av de 3 sterkeste årsakene til arbeidsstress generelt (Kahn et al., 1964). Rolleklarhet som var den tredje av Kahn et al's "primærstressorer", ga imidlertid et mer begrenset tilskudd til forklart varians i vår undersøkelse.

Samlet ga tabell 20 et klart inntrykk av at to områder skiller seg ut i forhold til burnout: blokkene "jobbinnhold" og "arbeidsforhold" ga de sterkeste tilskuddene til forklart varians.

At forhold knyttet til yrkesrollen har relativt sterk innvirkning på grad av burnout er ikke usannsynlig. Opplevelse av at arbeidssituasjonen er relativt fri (autonom), og at denne gir rom for selvstendig tenkning og for å foreta avgjørelser på egen hånd, innvirker på hjelperens opplevelse av kompetanse og dyktighet. "Medbestemmelse" berører samme forhold, men går også på hjelperens opplevelse av tilhørighet og posisjon i arbeidsfellesskapet. Liten innflytelse på avgjørelser som angår egen arbeidssituasjon kan innebære at hjelper ikke føler seg helt integrert, at mye av det arbeid en gjør bare i begrenset grad blir anerkjent av kolleger eller andre. Hjelperen går rundt med en følelse av å "være utenfor".

"Rollekonflikt" og "rolleklarhet" har også negativ

innvirkning på vissheten om at en gjør fullgodt arbeid. Rollekonflikt innebærer at det er mange hensyn å ta, ulike mennesker har motstridende forventninger til en, eller at en selv stiller uforenlige krav. Hjelperen må foreta kompromisser. Dette aktiverer lett skyldfølelse. Rolleklarhet innebærer at hjelperen må sette inn unødige ressurser på å rekke over det arbeid som går inn i rollen som f.eks. lege. På grunn av at rollen framtrer uklart, er det vanskelig å planlegge fra dag til dag, å være målrettet. I bakgrunnen lurar uvissheten om en har utført det en burde gjøre, eller om det er flere ting en burde gjøre, som faller inn under ansvarsområdet.

Innen blokken "arbeidsforhold" sto indeksen "belastende arbeidssituasjoner" for størstedelen av den tilførte varians til regresjonsmodellen. Effekten av det fysiske arbeidsmiljø var relativt liten, kontrollert opp mot de foregående prediktorer. Dette er i overensstemmelse med tidligere forskning hvor interpersonlige relasjoner anses å være viktigst i forhold til burnout (se f.eks. Patrich, 1981; Maslach, 1982).

Vi har tidligere nevnt at individuelle forhold ga et begrenset tiskudd til å forklare variasjonen av utbrenthet blant hjelperne ved sentralsykehuset. Det må imidlertid tas et visst forbehold for indeksen "selvtillit". I likhet med forhold knyttet til yrkesrollen, kan spørsmål som tapper yrkesmessig selvtillit indikere hjelpernes opplevelse av å strekke til i rollen som hjelper, og i hvilken grad en føler seg akseptert av pasientene og de en arbeider sammen med. Jo sterkere subjektiv følelse av tilkortkomning, desto lavere selvtillit.

Når vi diskuterer individuelle forholds betydning for burnout, må vi presisere at våre spørsmål om personlige forhold var begrenset. Sensitive spørsmål om f.eks. sosial bakgrunn og støtte fra familien er ikke tatt med etter ønske fra sykehuset. Det er mulig at spørsmål knyttet til individuelle karakteristika ville ha differensiert bedre mellom informantene, og dermed gitt større utslag i forhold til burnout.

KONSEKVENSER AV BURNOUT

=====

Størstedelen av de arbeider som er publisert om burnout, har basert sine antagelser om årsakssammenhenger eller konsekvenser av burnout på klinisk erfaring. Det er også nødvendig å understreke at når vi diskuterer sammenhengen mellom burnout, og antatt konsekvens av burnout, kan relasjonen være omvendt. Våre valg om årsaks-virkningsforhold er basert på rasjonelle betraktninger om hva som med rimelighet kan være konsekvenser av burnout. F.eks. er det sannsynlig at en har planer om å slutte fordi en er utbrent, mindre sannsynlig er det at en blir utbrent, fordi en har planer om å slutte. Årsakssammenhengene kan imidlertid også være spuriøse (et bakenforliggende forhold forårsaker både burnout og den antatte konsekvens av burnout).

BURNOUT KONTRA JOBBTRIVSEL/ JOBBPLANER

En konsekvens av burnout synes å være mistriivsel i tilknytning til arbeid. Undersøkelsen vår avdekket en klar sammenheng mellom hvor utbrente hjelperne var, og hvor utilfredse de er med sin arbeidssituasjon. Tilsvarende er det de mest utbrente som er mest forbeholdne med å evt. anbefale jobben sin til en god venn. Våre data er i overensstemmelse med tidligere undersøkelser på helsepersonell (f.eks. Brookings et al., 1985; Pines et al., 1981; Matthiesen, 1985). Derimot fant vi ingen profesjonsforskjeller med hensyn til hvor tilfredse hjelperne var med arbeidssituasjonen sin. Leger, sykepleiere og hjelpepleiere rapporterer stort sett samme grad av tilfredshet med jobben.

Vi må nevne at flertallet av hjelperne (79%) tross alt er fornøyde med jobben sin. Det er altså ikke slik at sterk sammenheng mellom burnout og jobbmistriivsel er det samme som at det jevnt over er stor utilfredshet blant hjelperne. Det korrelasjonen forteller oss, er at det er en klar systematikk i retning av at hjelpere som er "passelig fornøyd" / misfornøyd, tilhører det sjikt av hjelpere som vedkjenner seg mest utbrenning.

Leseren vil kanskje undre seg over at såpass mange i utvalget erklærer seg tilfredse med arbeidssituasjonen. Andre undersøkelser har imidlertid også funnet at når yrkesaktive stilles generelle spørsmål om hvor fornøyde de er med arbeidet sitt, vil en overveiende del rapportere at de er tilfredse (se f.eks. Hellesøy, 1984). En sannsynlig årsak til denne tendensen er at slike spørsmål i seg selv blir for generelle. For å få et pålitelig bilde av trivsel er en nødt til å stille flere spørsmål, og vurdere disse samlet.

BURNOUT I FORHOLD TIL ULIKE MÅL PÅ HELSE

I undersøkelsen ble det funnet sammenheng mellom burnout og ulike indikatorer på helse, som psykiske og somatiske plager, helsetilstand generelt og ikke minst: tilfredshet med livssituasjonen generelt.

Våre funn samsvarer med annen forskning, som har funnet forbindelse mellom burnout og psykiske og somatiske plager (Belcastro & Hays, 1984), og mellom arbeidsstress og livstfredshet (Karasek, 1979). Det virker rimelig å anta at vedvarende burnout vil medføre andre negative reaksjoner hos hjelperen. Når hjelpere eksponeres for arbeidsbelastninger av en slik karakter at de reagerer med emosjonell utmattelse, dårligere arbeidsprestasjoner og svekket selvbilde, er det rimelig å anta at konsekvensene vil ramme mer enn rent jobbmessige forhold.

Det er likevel ikke slik at det er en helt entydig sammenheng mellom burnout og helse. Ser vi på mer indirekte mål på helse (sykefravær, legebesøk, røykekonsum, bruk av smertestillende tabletter og av beroligende midler), finner vi en klart svakere forbindelse med utbrenning.

Det kan også være verdt å merke seg at det ble avdekket signifikante profesjonsforskjeller på 6 av 9 mål på helse. Legene rapporterte gjennomgående best helse, mens hjelpepleierne rapporterte mest "svekkete" helse på de ulike helsespørsmålene. Det er vanskelig å si noe om hva denne

forskjellen kan skyldes. En mulighet er at sykepleierne og hjelpepleierne samlet har mer belastende arbeid enn legene, og at dette forplanter seg i våre mål på helse. En annen mulighet kan være at kunnskaper om helse, eller muligheter til å tilrettelegge arbeidssituasjonen slik at det får gunstig effekt på helse, er forskjellig i gruppene. Det er mulig at profesjonene skiller seg i så henseende.

Mer rimelig er det likevel å trekke inn den klare kjønnsforskjellen mellom profesjonene. Det er overvekt av mannlige leger, mens det nesten utelukkende er kvinnelige sykepleiere og hjelpepleiere i utvalget vårt. Det er i andre undersøkelser vist at kvinner gjennomgående rapporterer mer svekket helse eller almentilstand enn menn (se f.eks. Eide et al., 1982; Asbjørnsen et al., 1985; Dyregrov & Matthiesen, 1985).

Forbindelsen mellom burnout og flere av spørsmålene vedrørende jobb-planer, tilfredshet og helse ble til en viss grad opprettholdt, når vi anvendte diskriminant analyse. Her ble burnout benyttet som avhengig variabel, og målsettingen var i hvilken grad vi ut fra variasjonen i burnout var i stand til å forutsi (diskriminere) hjelpernes plassering på de forskjellige spørsmålene omkring jobbplaner, tilfredshet og helse. Det kan f.eks. nevnes at vi i 80% av tilfellene klarte å klassifisere hjelperne korrekt med hensyn til om de var tilfredse eller utilfredse med arbeidssituasjonen sin. De øvrige prediksjoner var også signifikante. Våre data gir således en klar indikasjon på at det eksisterer en forbindelse mellom burnout og helse, og at det er holdepunkter for å anta at burnout kan medvirke til svekket eller redusert helse-tilstand.

Mer usikkert er det om hjelperne har planer om å slutte eller skifte avdeling som en konsekvens av at de er utbrente. Våre spørsmål vedrørende jobbplaner avdekker i liten grad om "flytteplanene" skyldes belastende arbeidsforhold. Vi har imidlertid funnet forbindelse mellom burnout og planer om å slutte på grunn av en belastende arbeidssituasjon i en annen undersøkelse av helsepersonell (Matthiesen, 1985).

Undersøkelsen så langt har påvist at det eksisterer en forbindelse mellom forskjellige psykososiale forhold, og i hvilken grad vårt utvalg av leger, sykepleiere og hjelpepleiere rapporterer at de er utbrente. Det er imidlertid viktig å påpeke en del statistiske og metodiske begrensninger ved undersøkelsen, og ved bruk av spørreskjemaet generelt.

En begrensning ved undersøkelsen er svarprosenten. Rundt halvparten (48%) av personalet ved sykehuset sendte inn spørreskjema. Svarprosenten kan innebære vansker med å generalisere funnene til å gjelde alle legene, sykepleierne og hjelpepleierne ved sykehuset. I forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen var det til dels sterk motstand fra en ledende gruppe innen sykehuset. Overlegene organiserte en kampanje mot at undersøkelsen skulle bli gjennomført.

Det er vanskelig å si i hvilken grad denne motstanden har forplantet seg til de øvrige gruppene ved sykehuset, men overlegegruppen er innflytelsesrik. Dette kan ha medført at det ved noen avdelinger har vært en "systematisk boikott" av undersøkelsen. I andre grupper (oversykepleie-gruppen) var det stor interesse og velvilje for gjennomføringen, og også en del av legene engasjerte seg sterkt for å få undersøkelsen gjennomført. Det er likevel en viss risiko for at vårt utvalg av leger, sykepleiere og hjelpepleiere som har besvart spørreskjema, ikke er representativt for sykehuset eller de 3 store gruppene av ansatte. Spesielt kan legegruppen prosentvis bestå av flere underordnede enn overordnede leger.

En slik mulighet innebærer at data ikke er representative for den samlede stand av leger, sykepleiere og hjelpepleiere. På den annen side har vi mottatt signaler fra flere hold ved sykehuset om at det var en helhjertet oppslutning om undersøkelsen, og at den ble hilst velkommen. Det relativt beskjedne svarprosenten kan også signalisere den generelt store vanskelighet som ligger innebygd i få store utvalg av informanter til å fylle ut et omfattende spørreskjema. Lignende vanskeligheter

(og samme svarprosent) er tidligere rapportert i en sykehusundersøkelse av Gogstad (1972).

Desto større utvalg, desto mer forarbeid må nedlegges før en undersøkelse iverksettes. Det er likevel vanskelig å personlig rekke over 2200 mennesker, slik tilfellet var ved denne undersøkelsen. Den fysiske avstand mellom forskergruppene og sykehuset vanskeliggjorde direktekontakt med hver avdeling. Konsekvensen av slike praktiske vanskeligheter blir ofte at deler av utvalget lar være å delta. Frafallet av innformanter behøver imidlertid ikke å være systematisk, slik at forskjellen mellom deltakere og ikke-deltagere er mer begrenset enn ved en "omfattende boikott". Det er imidlertid også mulig at våre 48% utgjør de minst utbrente, ut fra antagelsen om at emosjonelt utmattete hjelere ikke har overskudd til å fylle ut spørreskjema. I såfall vil burnout-raten være høyere enn det som framkom i undersøkelsen. Dette forholdet er det imidlertid umulig å gi noe eksakt svar på.

Data har større generaliseringsverdi for enkelte avdelinger enn for andre. F.eks. var svarprosenten 68% for fysioterapi-avdelingen og 64% på psykiatrisk avdeling. En motsatt ytterlighet er renhold og teknisk avdeling, hvor et klart flertall lot være å svare. Her var svarprosenten henholdsvis 15% og 34%. Det er sannsynlig at mange i disse to gruppene har opplevd at undersøkelsen gjaldt det medisinske personalet, og ikke dem. Dette inntrykk ble bekreftet i de kvalitative data. Disse to personalgruppene er imidlertid ikke med i denne hovedoppgaven.

Et generelt problem ved denne type arbeidsmiljøforskning er at enkelte personalgrupper ofte opplever at de har alt å tape, og lite å vinne på at ulike forhold ved arbeidsmiljøet blir kartlagt. Avdelingsledere kan være redd for å bli uthengt som skyteskive, hvor de får skylden for personalmistrivsel og samarbeidsvansker, for å gi et eksempel. Engstelse for at negative ting skal bli avdekket, og for å bli identifisert som kilde til slik avdekking, kan også bidra til at mange binder seg, og svarer sosialt ønskelig på spørsmål om ømtålelige tema.

Et holdepunkt for å anta dette, var den kontrollen for sosial ønskverdighet vi systematisk gjennomførte. "Trygge" spørsmål, som f.eks. kjønn, timer overtid, eller spørsmål om arbeidet som ikke går på forholdet til andre personer (f.eks. tunge løft), viser små endringer når det kontrolleres for sosial ønskverdighet. Forskjellen blir større når vi spør om forholdet til kolleger eller om personalkonflikter på arbeidsplassen.

Samlet ga kontrollen for sosial ønskverdighet et relativt "positivt" resultat (korrelasjonene mellom burnout og de ulike psykososiale spørsmålene endret seg lite når vi førte inn sosial ønskverdighet som kontrollvariabel, signifikansnivået ble med få unntak opprettholdt). Skåren på skalaen "sosial ønskverdighet" er klart lavere enn hva Jones oppgir for sine amerikanske utvalg (Jones, 1980; 1981). I forbindelse med sosial ønskverdighet er det imidlertid nødvendig å understreke at en lav skåre på de spørsmål som omhandler dette, kun gir holdepunkter for grad av ærlighet. Vi kan kun anta at den tendens en person har til å svare "ærlig/ uærlig", vil være den samme for resten av spørsmålene i spørreskjemaet.

Et forhold ved funnene må bemerkes særskilt: Som nevnt fant vi en del profesjonforskjeller i denne undersøkelsen når det gjelder utvalgets oppfatning av ulike psykososiale forhold. Hovedsakelig var det slik at legene skilte seg fra de to andre gruppene. Vi husker at det nesten bare var kvinnelige sykepleiere og hjelpepleiere, mens det var overvekt av mannlige leger (jfr. tabell 4 A). Den framkomne forskjell mellom profesjonene (f.eks. i synet på egen helsetilstand) kan altså være en kjønnsforskjell, og ikke skyldes karakteristika ved profesjonen.

Nå er det likevel slik at det ulike antallet mannlige og kvinnelige hjelpere innen de 3 profesjonene nærmest kan betraktes som en "egenskap", slik rekrutteringen er pr. i dag. Selv om vi ikke har fått oppgitt nøyaktige tall over antall mannlige og kvinnelige hjelpere, er det imidlertid rimelig at anta at ubalansen mellom menn og kvinner ved sentralsykehuset ikke er

fullt så skjev som det som framkommer i vårt utvalg. Dette innebærer i så fall at kvinnene har vært flinkere til å sende inn spørreskjema enn mennene.

I denne undersøkelsen ble arbeidsmiljøet ved sentralsykehuset forsøkt kartlagt ved hjelp av et relativt omfattende spørreskjema. Det er likevel slik at konstruerte spørsmål, uansett omfang, kun representerer utsnitt av den sosiale virkelighet for eksempel en hjelpepleier opplever i det daglige arbeid. Viktige ting kan være utelatt, eller spørsmålene klarer ikke å fange opp nyansene. Det er derfor mulig at vi ikke har belyst fundamentale forhold i tilknytning til f.eks. burnout.

Fordelen ved spørreskjema-metoden er at det er en effektiv og billig forskningsstrategi. Forskning har tidligere vist at spørreskjema er en anvendelig metode for å tappe forekomst av f.eks. burnout. Flere undersøkelser har funnet en klar overensstemmelse mellom kollegarapportering av burnout, og egenrapportering ved bruk av spørreskjema (f.eks. Pines & Kafry, 1981; Kafry & Pines, 1980).

Når en ikke anvender eksperimentelle design, hvor en f.eks. manipulerer forsøksbetingelser eller anvender kontrollgruppe, har en begrenset mulighet til å trekke sikre slutninger om årsaks-virkningsforhold.

Denne begrensningen er det særlig viktig å være oppmerksom på når en vurderer korrelasjonelle data. I vår undersøkelse fant vi f.eks. at de psykososiale forhold totalt forklarte 32% av variansen til burnout. Dette gir 68% uforklart varians, som kan skyldes genetiske forhold, ulike personlighetsfaktorer, psykososiale forhold som det ikke ble spurt etter i spørreskjemaet, eller at de aktuelle spørsmål var for upresise i sin form. Når det gjelder mengde forklart varians, skiller våre funn seg imidlertid i liten grad ut fra andre undersøkelser som har prøvd å vurdere et psykologisk fenomen ut fra ulike psykososiale forhold, og hvor N er tilstrekkelig høyt (se f.eks. Eide et al, 1982; eller Iaffaldano & Muchinsky's oversiktsstudie, 1985). Hva dette signaliserer, er kompleksiteten av psykososiale prosesser på gruppenivå.

KONKLUSJON OPPSUMMERENDE VURDERING

=====

Denne undersøkelsen har klart demonstrert at mange ulike typer psykososiale forhold innfluere på hjelpernes sårbarhet for burnout. Utbrenning blant helpere er med andre ord et multideterminert fenomen, mange forhold må tas i betraktning når en skal belyse forekomst av burnout. Det er ikke slik at en enkelt type belastning utløser burnout. De fleste av de stressorene, eller antatt disponerende forhold som ble presentert i figur 1, synes å innfluere på burnout.

Bruk av multippel regresjonsanalyse avdekket likevel at enkelte forhold skilte seg ut i forhold til burnout. Dette gjelder særlig hjelpernes opplevelse av yrkesrolle (relasjon 2) og ulike typer arbeidsbelastninger (relasjon 3). Spesielt viktig synes det å være i hvilken grad helpere opplever konflikter i jobbsammenheng. Disse konfliktene kan skyldes andres og egne motstridende forventninger til det omsorgsarbeid en utfører. I tillegg synes medisinsk-etiske konflikter av forskjellig slag å spille inn. Kvalitative data avdekket at helpere opplevde ulike dødsforlengende tiltak som særlig vanskelig.

Undersøkelsen har også vist nødvendigheten av å skille mellom ulike grupper av helsepersonell, når en belyser arbeidsmiljø i forhold til burnout. Et av funnene var at forekomst av burnout varierte mellom avdelingene. Det er således et visst grunnlag for å hevde at burnout synes å være avhengig av hvilken type omsorgsarbeid helpere utfører.

Det kan imidlertid være verdt å merke seg at forskjellen i nivå av burnout bare delvis var i forventet retning. Enkelte avdelinger med presumptivt belastende omsorgsarbeid var blant de som rapporterte lavest nivå av utbrenning. Dette kan indikere at det sosiale arbeidsmiljø til en viss grad kan klare å kompensere eller dempe den belastning som ligger i det å hyppig bli konfrontert med alvorlige lidelser og død.

Det ble ikke avdekket nivåforskjeller mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere når det gjelder nivå av utbrenning. Vi fant imidlertid klare holdepunkter for at en bør ta hensyn til profesjonsforskjeller når en vurderer hvilke psykososiale forhold som slår ut som særlig belastende. For eksempel fant vi at legene i større grad enn de to andre gruppene opplevde å ha en selvstendig arbeidssituasjon.

Uklart ansvarsområde og en lite avgrenset rolle plager på den annen side legene mer enn sykepleierne og hjelpepleierne. Likeledes opplever legene mindre sosial støtte på jobb. Samlet rapporterer legene og sykepleierne sterkere arbeidsbelastning enn hjelpepleierne. Ikke minst gjelder dette ulike typer emosjonelle belastninger som samtaler med pasientene eller de pårørende om ømtålelige tema, et forhold legene og sykepleierne følte langt mer belastende enn hjelpepleierne.

Når det gjelder profesjonsforskjeller i forhold til burnout, må det presiseres at undersøkelsen ikke ga oss anledning til å splitte mellom over- og underordnede leger eller sykepleiere. Det er mulig at det ville framkommet forskjeller, dersom en kun hadde sammenlignet ledende og underordnet personale. Det må også understrekes at våre funn gjelder for det samlede sentralsykehus. Sammenhengen mellom ulike typer belastning og burnout kan være forskjellig, dersom en vurderer hver avdeling separat. En oppfølging av denne undersøkelsen bør således i sterkere grad prøve å fange inn avdelingsvise variasjoner i samspillet mellom miljø og burnout.

Som nevnt har vi funnet statistisk sammenheng mellom mange forskjellige psykososiale forhold og burnout. I likhet med det meste av annen epidemiologisk forskning, har vårt forskningsdesign den begrensning at det ikke gir noen mulighet for å avklare om en statistisk signifikant sammenheng også er "klinisk" signifiant. Med klinisk signifikant sammenheng tenker vi på påvisning av at et gitt nivå burnout fører til sykdom, eller at hjelperen ikke klarer å utføre jobben sin, for å nevne to eksempler. For å kunne nå et slikt forskningsideal, måtte vi imidlertid hele tiden ha vurdert individ- og ikke gruppeforskjeller. I tillegg til å benytte standardiserte inven-

torier, med omfattende psykologisk kartlegging av hver enkelt informant, måtte vi også ha vært deltagende observatører i det mellommenneskelige samspill.

Våre data avdekket en relativt klar sammenheng mellom burnout og ulike mål på trivsel og helse. Det er således et visst grunnlag for å hevde at våre funn støtter opp under antagelsen om at burnout gir seg negative utslag i form av jobbmistrivsel, ønske om å skifte jobb, psykiske og somatiske plager, generell utilfredshet med livssituasjonen m.m. Det må imidlertid understrekes at vi antar en slik årsakssammenheng. Det kan forholde seg omvendt, at f.eks. generell mistrivsel på jobben gjør hjelperne mer utsatte for burnout.

Det må også presiseres at vi opererer med et utvidet helsebegrep. Begrensningen ligger ikke minst i at vi kun har benyttet subjektive mål på helse. Hvorvidt det kan påvises noen forbindelse mellom burnout og fysiologiske indikatorer på helse, for eksempel hjerteinfarkt eller forhøyet blodtrykk, gjenstår å se. Heri ligger det store metodologiske vansker, ikke minst når det gjelder å skille burnout fra andre former for arbeidsstress. Til nå har forskningen vedrørende burnout vært lite opptatt av slik problematikk.

AVRUNDING FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER

=====

Oss bekjent, har det ikke tidligere vært gjennomført noen forskning vedrørende burnout i Norge, hvor det har vært benyttet et standardisert mål på burnout. Et unntak er en tidligere undersøkelse av en av forfatterne (Matthiesen, 1985). Det er således et behov for oppfølgende forskning vedrørende burnout, ikke minst gjelder dette undersøkelser som tar sikte på å dokumentere helsemessige og andre konsekvenser av utbrenning. Burnout, eller andre former for hjelperstress, må antas å koste vårt helsevesen millionbeløp i form av sykefravær, gjennomtrekk, og svekket arbeidsinnsats blant hjelperne. En annen antatt konsekvens er forringet helsetilbud.

Vår undersøkelse har vært av epidemiologisk karakter. Vi har kartlagt sammenhenger mellom det psykososiale arbeidsmiljø ved sentralsykehuset, og burnout. En videre oppfølging av denne typen forskning, i tillegg til ytterligere kartlegging av kostnadene av burnout, må innebære utvikling av et effektivt, empirisk etterprøvbart tiltaksprogram.

Vurderer en den eksisterende litteratur med hensyn til råd, veiledning og strategier for å gjennomføre et tilfredsstillende intervensjonsprosjekt, er det nok av kilder som kan inspirere (se f.eks. arbeidene til Pines et al., 1981; Appelbaum, 1981; Steinmetz et al., 1980; Kanfer & Goldstein, 1980; Tubesing, 1981; Tubesing & Tubesing, 1983; Brallier, 1982). Utenlandske undersøkelser har da også påvist nytteverdien av intervensjonstiltak overfor helsearbeiderstress (se f.eks. Murphy, 1983; Ganster & Mayes, 1982; West et al., 1984).

Gjennom et effektivt intervensjonsprogram vil de disponible menneskelige ressurser bli bedre anvendt, arbeidsplassene mer stabile, og jobbtrivselen blant hjelperne vil kunne endres til det bedre. I siste instans vil effektiv intervensjon medføre bedret helsetilbud. Intervensjon krever imidlertid økte ressurser, både på det mellom-menneskelige, men også på det organisatoriske plan. Det kan imidlertid ikke underslås at begrensningen for en effektiv intervensjon kanskje først og fremst ligger på det organisatoriske plan, med strenge økonomiske rammer, og annen samfunnsmessig prioritering.

NOTER

INNLEDNINGSKAPITTEL

=====

- 1) Når vi i undersøkelsen opererer med 3 profesjonsgrupper, er det med et lite forbehold, da hverken sykepleier- eller hjelpepleiergruppen er helt "ren". Hjelpepleierne står oppført sammen med barnepleiere, sykepleiere med miljøterapeuter i kategori-oppsettet for spørsmålet "stilling" (spm. 8 i spørreskjema). Kategori-sammenstillingen er gjort etter ønske fra SiR. Imidlertid er det et svært begrenset antall barnepleiere og miljøterapeuter ved SiR det er snakk om, derfor har vi valgt å kalle kategoriene for "hjelpepleiere" og "sykepleiere".

METODEKAPITTEL

=====

- 1) Spørsmål 127 til 156 i spørreskjemaet utgjør SBS -HP.
- 2) Indexen autonomi består av spørsmål 82 til 85.
- 3) Indexen medbestemmelse (non-participation) består av spørsmål 86 til 88.
- 4) Indexene rolleklarhet og rollekonflikt består av henholdsvis spørsmål 89 til 94, og 95 til 103.
- 5) Spørsmål vedrørende belastende arbeidssituasjoner står oppført på side 11 og 12 (spørsmål 104 til 126).
- 6) Spørsmål 45 til 58 i spørreskjema omhandler det fysiske arbeidsmiljø.
- 7) De 9 spørsmål vedrørende hvilke jobbplaner personalet har for de neste 5 årene står på side 7 i spørreskjema (spørsmål 63 a - i).
- 8) Spørsmål 65 til 81 utgjør inventorie på jobbverdier.
- 9) Selvtillit består av spørsmålene 158 til 165 i spørreskjema.
- 10) Somatiske og psykiske plager utgjøres av spørsmål 183 til 211.
- 11) Sosial støtte arbeid består av spørsmål 28, 34 -38, sosial støtte hjemme består av spørsmålene 169 a - b, 172 - 174.m

RESULTAT-KAPITTEL

=====

- 1) Inventorie består av spørsmål som alle er ment å tappe samme psykologiske dimensjon eller forhold. Et annet navn som nyttes er indeks. Ved hjelp av statistikk kan en få et inntrykk av i hvilken grad inventoret eller indeksen klarer å måle et psykologisk fenomen ved å regne ut

inventoriets indre samsvar. Dette innebærer at en undersøker i hvilken grad en finner samvariasjon mellom de spørsmål som utgjør inventoret.

Cronbachs Alpha er det mest benyttete statistiske mål for å måle et inventorioms indre samsvar. Jo høyere tallverdi eller alphakoeffisient, jo høyere grad av reliabilitet. Koeffisienten kan variere fra 0 til 1. 1 angir perfekt grad av samsvar mellom spørsmålene eller leddene i en indeks. Med reliabilitet menes det i hvilken grad uavhengige målinger gir tilnærmet identiske resultater. Et Cronbachs Alpha nivå på .70 anses som bra. I vår undersøkelse har vi undersøkt hver enkelt inventorie ved hjelp av Cronbach's Alpha. Den står oppført i underteksten til de tabeller hvor inventoriene eller indeksene forekommer.

- 2) Variansanalyse. Variansanalyse er en statistisk teknikk som undersøker om de observerte forskjellene kan skyldes tilfeldigheter eller reelle forskjeller mellom gruppene. Forenklet kan en si at dette gjøres i 4 operasjoner. i) en regner ut to (eller flere) gruppers gjennomsnittlige fordeling på en variabel, ii) de framkomne gruppegjennomsnitt kvadreres, iii) kvadratet av gruppegjennomsnittet mellom gruppene divideres med kvadratet av gruppegjennomsnittet innen gruppene, og iv) forholdstallet som da framkommer, F , undersøkes med hensyn til signifikansnivå. Variansanalyse gir et samlet uttrykk for om sammenhengen mellom to variabler er signifikant.

Det er imidlertid også mulig å teste ut "subforskjeller" på disse to variablene. Dette gjøres ved hjelp av en såkalt range-test. Ved bruk av denne prosedyren splittes den uavhengige variabel opp i de nivåer som utgjør variabelen (range). Et eksempel kan være variabelen "profesjon", som består av nivåene "lege", "hjelpepleier" og "sykepleier", bl.a. Hvert av disse nivåenes sin gjennomsnittlige fordeling på den avhengige variabel (her: burnout) regnes ut, og sammenlignes med hverandre. Range-testen er med andre ikke så grov som variansanalyse. I stedet for å gi et samlet uttrykk for om det framkommer signifikante forskjeller mellom to variabler eller ei, finner vi ved range-testen ut hvilke verdier på den avhengige variabel som atskiller seg signifikant fra hverandre.

- 3) Mean = gjennomsnitt. Et spørsmål kan f.eks. bestå av 5 kategorier. Hver av disse kategoriene benevnes med en tallkode, f.eks. 1, 2, 3, 4, 5. Hver av disse tallkodene adderes sammen, multiplisert med antall personer som har krysset av for denne tallkoden. Resultatet av denne multiplikasjonen divideres på antall personer, som utgjør den gjennomsnittlige fordeling på dette spørsmålet eller variabelen.

SD = Standard deviation eller standard-avvik. SD er et statistisk mål på variasjonen i en variabel, f.eks. burnout. Når en skal sammenligne to gruppers grad av utbrenning, er det nødvendig å vite sd, i tillegg til mean, for å avgjøre om forskjellen mellom gruppene er signifi-

kant. Et konstruert eksempel: Leger har skåren 50 og sykepleiere skåren 40 på variabelen burnout. Fysioterapeuter har skåren 60 og psykologer skåren 66. Differensen er altså 10 mellom de to førstnevnte gruppene, og 6 mellom de to sistnevnte gruppene. Likevel kan forskjellen på 6 poeng mellom fysioterapeuter og psykologer være signifikant, mens forskjellen på 10 poeng mellom leger og sykepleiere ikke er det. Årsaken til dette kan være at det er langt mindre variasjon (eller standard-avvik) innen gruppene av fysioterapeuter og psykologer enn det er i de to andre gruppene.

- 4) Kun statistiske forskjeller over en viss størrelse kan sies å være statistisk pålitelige, i den forstand at de ikke skyldes rene tilfeldigheter. Dersom statistiske beregninger har vist at det er mindre enn 5% sannsynlighet (probability eller p) for at f.eks. en korrelasjon er tilfeldig, sier vi at korrelasjonen er signifikant på 5% nivået. Denne merkes med en stjerne (*). Tilsvarende merkes signifikans på 1% nivået med to stjerner (**) og 0.1% nivået med tre stjerner (***). Jo sterkere sannsynlighet for at det statistiske forhold ikke er tilfeldig, jo sikrere er det å tolke eller trekke konklusjoner om at to variabler viser innbyrdes sammenheng.
- 5) Korrelasjonsanalyse er en analyse for å avdekke sammenhenger mellom to forhold eller to variabler. Dersom f.eks. variabel A viser variasjon når variabel B endres, er det sammenheng mellom disse to variablene. Denne sammenhengen måles ved en såkalt korrelasjonskoeffisient. Fullstendig sammenheng mellom to variabler angis med verdien 1.00. Dersom verdien av en variabel øker i samme takt som verdien av en annen variabel minker, vil sammenhengen være negativ. Fullstendig negativ samvariasjon angis med verdien -1.00. Som oftest vil imidlertid ikke sammenhengen være fullstendig samvariert. Koeffisienten vil da være mindre (f.eks. .25). 0 angir ingen sammenheng.

Det finnes ulike typer korrelasjonsanalyse. Produkt-moment-korrelasjon angir sammenheng mellom to kontinuerlige variabler, og uttrykkes ved r. Partiell korrelasjon angir at det er kontrollert for en tredje variabel, når en måler sammenhengen mellom to variabler, og uttrykkes ved pr. Forenklet kan en si at den variasjon eller varians som to variabler har felles med en tredje variabler, blir skilt ut ("parti- alisert) av ligningen.

- 6) Chi-kvadrat (eller χ^2), er et uttrykk for hvor store avvik fra en tilfeldig fordeling en krysstabell viser. Verdien av χ^2 varierer fra 0 til uendelig, avhengig av antall "ruter" i tabellen, antall enheter fordelt mellom rutene, og hvor skjev fordelingen er. Jo større tabell (antall ruter), jo større må verdien av χ^2 være for å være sikker på at fordelingen av enheter virkelig avviker fra det tilfeldige på den måten prosentfordelingen viser. Signifikans av χ^2 angir sannsynligheten for at f.eks. registreringsfeil leder en til feil konklusjon. En signifikansverdi på mindre enn .05 betyr at det er mindre enn 5% sannsynlighet for feil konklusjon.

- 7) Multippel regresjonsanalyse har mange likheter med korrelasjonsanalyse (se fotnote 5). MR er en statistisk teknikk som brukes til å analysere forholdet mellom en avhengig variabel (hos oss: burnout) og flere uavhengige variabler (de variabler som antas å forårsake variasjon i burnout), og hvor en samtidig tar hensyn til at de uavhengige variablene kan være innbyrdes korrelert. Regresjonsanalysen skal med andre ord hjelpe oss med å forklare variasjonen i den avhengige variabelen, d.v.s om endring i en uavhengig variabel fører til endring i den avhengige når alle andre variabler holdes konstante (Kim & Kohout, 1975).

Den andelen av variasjonen som de uavhengige variablene forårsaker i den avhengige uttrykkes ved R^2 som kan ligge mellom 0 og 1, der 1 uttrykker fullstendig forklaring av variasjonen i den avhengige variabel. Ved å multiplisere R^2 med 100 får en såkalt prosent forklart varians. Hver enkelt uavhengig variabels unike bidrag til å forklare variasjonen i den avhengige variabel uttrykkes i form av regresjonskoeffisienter. Disse kan være ustANDARDISerte eller standardiserte. Bruken av standardiserte koeffisienter gjør det mulig å sammenligne styrken til de forskjellige uavhengige variabler, eller hvor mye hver enkelt forklarer av variasjonen i den avhengige variabel. De standardiserte koeffisientene kalles for beta eller betavekter (uttrykker hvor stor endring målt i standardavvik vi vil få i den avhengige variabel, når vi endrer den uavhengige med ett standardavvik).

En rekke karakteristika ved variablene virker inn på størrelsen av korrelasjonen. Blant disse er forskjeller i hvordan prediktorene og kriterievariabelen fordeler seg, dårlig reliabilitet på en eller flere variabler, og begrensninger i bredden på en eller flere variabler (Cohen & Cohen 1975, s. 72). Det kan nevnes at Cohen & Cohen angir en statistisk begrensning med hensyn til antall nivåer på prediktorene. Summen av alle nivåene (mulige forskjellige verdier) på alle prediktorer må ikke bli større enn 10% av totalt N for modellen. Er N 100 og en bruker dikotomiserte (to-delte) variabler, kan en dermed ikke ha mer enn 5 prediktorer i modellen ($2 \times 5 = 10 = 10\%$ av 100). Denne begrensningen har vi tatt hensyn til i våre regresjonsanalyser, for ikke å bryte de statistiske vilkårene ved bruk av multippel regresjon. I den mest komplekse regresjonsmodellen i vår undersøkelse er således de uavhengige variabler splittet i 3 nivåer ("lav", "middels" og "høy" skåre) (se tabell 20).

- 8) Faktor-analyse er en multivariat statistisk analysemetode som tar utgangspunkt i korrelasjonskoeffisientene mellom en rekke variabler. En prøver ved denne teknikken å avdekke en underliggende struktur gjennom å redusere disse variablene til et sett færre variabler, kalt faktorer. For å illustrere struktur-tenkningen kan en forestille seg et enkelt eksempel: målinger på to variabler kan tegnes som grafiske plott langs to akser. Dersom plottene er fordelt tilfeldig langs aksene, fremkommer det ikke noe mønster, men dersom det fremkommer en eller annen form for

konfigurasjon, for eksempel en rett linje, da har vi en struktur (linær struktur). Hensikten med faktoranalysen er å beskrive sammenhengen og strukturen mellom et sett av variabler. Selve metoden i å søke etter faktorene kan varierte. Vi har i denne undersøkelsen basert oss på en teknikk hvor faktorene i størst mulig grad er ukorrelerte (varimax rotasjon). Hver variabels faktorladning angir dens bidrag til denne faktoren.

- 9) Ved multippel regresjon, hierarkisk blokkdesign, er det relativt vanlig å starte med å føre inn generelle demografiske forhold, for redusere denne variansens innvirkning på de etterfølgende blokker, som vi primært er interessert i. I vårt tilfelle er dette psykososiale forhold knyttet til arbeidssituasjonen. Av disse har vi først ført inn forhold knyttet til opplevelse av selve yrkesrollen (jobbinnhold), deretter har vi ført inn arbeidsbelastninger og forhold knyttet til det sosiale og fysiske arbeidsmiljø. Til sist har vi tilført blokker som går på individuelle psykologiske variasjoner (jobbverdier, selvtillit og sosial kontakt (støtte)).
- 10) Sosial støtte er et psykososialt forhold som hyppig er undersøkt med tanke på interaksjonseffekter (se f.eks. LaRocco et al., 1980; House & Wells, 1978). Framgangsmåten består i at de prediktorer vi antar interagerer blir multiplisert med hverandre for hver person. Den nye produktvariabelen blir lagt inn i regresjonsmodellen i tillegg til prediktorene sosial støtte og en gitt variabel. Dersom produktvariabelen gir et signifikant tilskudd til forklart varians, har vi funnet interaksjonseffekt.
- 11) Utvalget ble presentert for 8 spørsmål angående jobbplaner for de neste 5 årene. Dessverre er det mye "missing" på disse spørsmålene. Dette problemet har vi imidlertid forsøkt å løse ved å vurdere hva informantene har svart på alle spørsmålene samlet. Ut fra en samlet vurdering, har så utvalget blitt gruppert i 3 kategorier. Disse kategoriene er 1) "blir i jobben", 2) "mindre endringer", som står for skifte av post eller avdeling ved sykehuset, at arbeidstiden reduseres eller at en slutter å arbeide en tid på grunn av morspermisjon, og 3) "større endringer", som står for skifte av institusjon, at en begynner i et helt annet yrke, eller at en slutter å arbeide. Se for øvrig tabell VI i Appendix, hvor den fullstendige frekvensfordeling for "jobb-planer" står oppført.

REFERANSER

- Abdel-Halim, A.A.: Social support and managerial affective responses to job stress. Journal of Occupational behavior, 1982, 3, 281-295.
- Agervold, M.: Shiftwork - a critical review. Scandinavian Journal of Psychology 1976, 17, 181-188.
- Anderson, C.A., Basteys, M.: Stress and the critical nurse reaffirmed. Journal of Nursing administrations, 1981, jan, 31-34.
- Appelbaum, S.H.: Stress management for health care professionals. London: Aspen System corporation, 1981.
- Arnestad, M. & Aanestad, B.: Undersøkelse av arbeidsmiljøet ved et psykiatrisk sykehus - stress, helse og immunoglobulinnivå. Hovedoppgave, Universitetet i Bergen, 1985.
- Asbjørnsen, T., Matthiesen, S.B., Stokka, B.M. & Eide, R. Arbeidsløshet og helse. Effekter av psykososiale belastningsfaktorer på psykisk og somatisk helse blant unge arbeidsløse. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1985, 22, 3-13.
- Astbury, J. & Yu, V.Y.H.: Determinants of stress for staff in a neonatal intensive care unit. Archives of Disease in Childhood, 1982, 57, 108-111.
- Averill, J.R. A selective review of cognitive and behavioral factors involved in the regulation of stress. i R. A. Depue (Ed.): The psychobiology of depressive disorders. Implications for the effects of stress. New York: Academic Press, 1979.
- Baider, L. & Porath, S.: Uncovering fear: group experience of nurses in a cancer ward. International Journal of Nursing Students, 1981, 18, 47-52.
- Bamber, C.: Student and teacher absenteeism. Bloomington, IN: Phi Delta Kappan, 1979.
- Barad, C.B.: Study of burnout syndrome among SSA field public contact employees. Washington, D.C.: Office of Human Resources, June 1979.
- Bates, E.: Doctors and their spouses speak: stress in medical practice. Sociology of health and illness, 1982, 4, 25-39.
- Beck, C.L. & Gargiulo, R.M.: Burnout in teachers of retarded and nonretarded children. Journal of Educational Research, 1983, 76, 169-175.
- Beehr, T.A., & Newman, J.E.: Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review. Personnel Psychology, 1978, 31, 665-699.
- Beehr, T.A., Walsh, J.T. & Taber, T.D.: Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator. Journal of Applied Psychology, 1976, 61, 41-47.

- Beehr, T.A.: Perceived situational moderators of the relationship between subjective role ambiguity and role strain. Journal of Applied Psychology, 1976, 61, 41-47.
- Belcastro, P.A. & Hays, L.C. Ergophilia.....Ergophobia.... Ergo...Burnout? Professional Psychology: Research and Practice, 1984, 15, 2, 260-270.
- Berkeley Planning Associates. Project Management and worker burnout. i Evaluation of child abuse and neglect demonstration projects, 1974- 1977 (Vol. 9): Springfield: National Technical Information Service, 1977.
- Borland, J.J.: Burnout among workers and administrators. Health and Social Work, 1981, 73-78.
- Boy, A.V. & Pine, G.J.: Avoiding counselor burnout through role renewal. Personnel & Guidance Journal, 1980, 59, 161-163.
- Brallier, L.: Successfully managing stress. Transition and transformation. Los Altos, California: National Nursing Review, 1982.
- Brief, A.P & Alldag, R.J.: Correlates of role indices. Journal of Applied Psychology, 1976, 61, 468-472.
- Brookings, J.B., Bolton, B., Brown, C.E. & McEvoy, A.: Self-reported burnout among female human service professionals. Journal of Occupational Behavior, 1985, 6, 143-150.
- Caplan, R.D., Cobb, S., & French, J.R.: Relationship of cessation of smoking with job stress, personality and social support. Journal of Applied Psychology, 1975, 60, 713-719.
- Carrol, J.F.X. & White, W.L.L Factors within an ecological framework. i Paine, W.S.: (ed): Job stress and burnout. Research, theory and intervention perspectives. Beverly Hills, California: Sage Publications, 1982.
- Cherniss, C. & Egnatios, E.: Clinical supervision in community mental health. Social work, 1978, 23, 219-223.
- Cherniss, C.: Staff Burnout. Job stress in the human services. London: Sage Publications, 1980.
- Chiriboga, D.A., Jenkins, G. & Bailey, J.: Stress and coping among hospice nurses: test of an analytic model. Nursing Research, 1983, 32, 294-299.
- Cobb, S.: Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 1976, 38, 300-314.
- Cohen, J. & Cohen, P.: Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavior sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum ass., 1975.
- Cooper, C.L. & Marshall, J.: Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. Journal of Occupational Psychology, 1976, 49, 11-28.

Cooper, C.L. & Marshall, J.: Sources of Managerial and White collar Stress. i Cooper, C.L. & Payne, R.: Stress at work. Chichester: John Wiley & Sons, 1978.

Cooper, C.L.: Identifying stressors at work: Recent research developments. Journal of Psychosomatic Research, 1983, 27, 369-376.

Cooper, C.L.: The stress check. New York: Prentice Hall, 1981.

Corcoran, K.J. & Bryce, A.K.: Intervention in the experience of Burnout: Effects of skill development. Journal of Social Services Research, 1983/84, 7, 71-79.

Cox, T.: Stress. London: The MacMillan Press Ltd., 1978.

Dahlgard, O.S.: Arbeidsmiljø og psykisk helse, med særlig vekt på selvbestemmelse i arbeidet. Norsk Bedriftshelsetjeneste, 1983, 4, 345-374.

DeLongis, A.; Coyne, J.C.; Dakof, G.; Folkman, S. & Lazarus, R.S.: Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. Health Psychology, 1982, 1, 119-136.

Duxbury, M.L.; Armstrong, G.D.; Drew, D.J. & Henly, S.J.: Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. Nursing Research, 1984, 33, 97-101.

Dyregrov, A. & Matthiesen, S.B.: Anxiety and vulnerability in parents following the death of an infant. Bergen: Upublisert manus, Universitetet i Bergen, 1985.

Dyregrov, A. & Matthiesen, S.B.: En mening med alt? Foreldres tanker etter et barns død. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1986, in press.

Dyregrov, A., Finne, P. H., & Raundalen, M. "Burnout"-syndromet. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 1982, 102, 786-788.

Edelwich, J. & Brodsky, A.: Burnout-stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press, 1980.

Eide, R., Hellesøy, O. & Thyholdt, R.: Den helsemessige betydning av sosial støtte. i Hellesøy, O. (ed): Arbeidsplass Statfjord, 325-340. Bergen: Universitetsforlaget, 1984.

Eide, R., Thyholdt, R. & Hamre, E. Relationship of psychosocial factors to bodily and psychological complaints in a population in Western Norway. Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 37, 218-234.

Endresen, I.: Stress, helse og immunoglobulin-nivå hos pleiere ved et somatisk sykehus. Hovedoppgave, Universitetet i Bergen, 1984.

Etzion, D.: Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. Journal of Applied Psychology, 1984, 69, 615-622.

Farber, B.A. & Heifetz, L.J.: The process and dimensions of burnout in psychotherapists. Professional Psychology, 1982, 13, 293-301.

Feldman, W. Hospitalspsykologi. København: Munksgaard, 1984.

Frankenhaeuser, M.: Experimental approaches to the study of catecholamines and emotion. i Levi, L. (ed): Emotions: Their parameters and measurement. New York: Raven Press, 1975b.

Frankenhaeuser, M.: Sympathetic-adrenomedullary activity, behavior and the psychosocial environment. in Venables, P.H. & Christie, M.J.: Research in psychophysiology. New York: John Wiley, 1975a.

French, J.R.P., Rodgers, W., & Cobb, S.: Adjustment as person-environment fit. I Coelho, G.V., Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (eds.): Coping and adaptation. New York: Basic Books, 1974, 316-333.

French, J.R.P.: Person role fit. Occupational mental health, 1973, 3, 15-20.

Freudenberger, H.: Occupational hazard of the child care worker. Child Care Quarterly, 1977, 6, 90-99.

Freudenberger, H.J. & North, G.: Women's burnout. How to spot it, how to reverse it, and how to prevent it. New York: Doubleday & company, 1985.

Freudenberger, H.J.: Staff burn-out. Journal of Social Issues, 1974, 30, 159-165.

Freudenberger, H.J.: The Staff Burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1975, 12, 73-82.

Friedman, M.: Stress, type A behavior and your heart. Santa Cruz: University of California Extension, 1978.

Fuller, S.S., Endress, M.P., & Johnson, J.E.: The effects of cognitive and behavioral control on coping with an aversive health examination. Journal of Human Stress, 1978, 4, 18-25.

Ganster, D.C., Mayes, B.T., Sime, W.E., & Tharp, G.D.: Managing organizational stress: A field experiment. Journal of Applied Psychology, 1982, 67, 533-542.

Gardell, B.: Produktionsteknik och arbetsglädje. Monograph. Stockholm, 1971.

- Gogstad, A.C.: Personalbehandling i sykehus. Oslo: Dimplomoppgave, Den norske sykehusforening, 1972.
- Goldstein, V., Regnery, G. & Wellin, E.: Caretaker role fatigue. Nursing Outlook, 1981, jan, 24-30.
- Greenhaus, J.H. & Beutell, N.J.: Sources of conflict between work and family roles. Academy of Management Review, 1985, 10, 76-88.
- Greer, J.G. & Wethered, C.E.: Learned helplessness. A piece of the burnout puzzle. Exceptional children, 1984, april, 524-530.
- Gribbins, R.E. & Marshall, R.E.: Stress and coping in the NICU staff nurse: Practical Implications for change. Critical Care Medicine, 1982, 10, 865-867.
- Gummer, B.: All that stresses does not strain: Job satisfaction, morale and turnover. Administration in Social work, 1979, 4, 3.
- Gustafsson, R. Å. Bot och omvårdnad eller vårdproduksjon? Et innlegg i debatten om sjukhusets vård- og arbeidsorganisasjon. Stockholm: Prisma forlag, 1978.
- Hamner, W.C. & Tosi, H.L.: Relationship of role conflict and role ambiguity to job involvement measures. Journal of Applied Psychology, 1974, 59, 497-499.
- Harrison, W.D.: Role strain and burnout in child-protective service workers. Social Service Review, 1980, 54, 31-44.
- Hay, D. & Oken, D.: The psychological stresses of intensive care unit nursing, Psychosomatic Medicine, 1972, 34, 109-118.
- Hellesøy, O.H. (ed): Arbeidsplass Statfjord: Bergen: Universitetsforlaget, 1984.
- House, J.: Work stress and social support. Phillipines: Addison Wesley Publications, 1981.
- House, J.S. & Wells, J.A.: Occupational stress, social support and health. i McLean, A., Black, G. & Colligan, M. (eds): Reducing Occupational stress: Proceedings of a conference. NIOSH Publication, 1978, 140, 8-29.
- House, R.J. & Rizzo, J.R.: Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. Organizational Behavior and Human Performance, 1972, 7, 467-505.
- Huckabay, L.M.D. & Jagla, B.: Nurses stress factors in the intensive care unit. Journal of Nursing Administration, 1979, february, 21-26.
- Hull, C.H. & Nie, N.H.: SPSS UPDATE 7-9. New Procedures and facilities for releases 7-9. New York: McGraw Hill, 1981.

Iaffaldano, M.T. & Muchinsky, P.M.: Job satisfaction and job performance: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 1985, 97, 251-273.

Ilstad, S.: Sosial støtte og holdning til arbeidet. Bedriftsøkonomen, 1980, 7, 384-387.

Ivancevich, J.M. & Matteson, M.T.: Optimizing human resources: A case for preventive health and stress management. Organizational dynamics, 1980, fall, 5-25.

Ivancevich, J.M.: Life events and hassles as predictors of health symptoms, job performance, and absenteeism. Journal of Occupational Behavior, 1986, 7, 39-51.

Jacobson, S.P.: Stressful situations for neonatal intensive care nurses. The American Journal of Maternal Child Nursing, 1978, 3, 144-150.

Janis, I.L.: Stress and frustration. New York: Harcourt Jovanovich Inc., 1969.

Janoff-Bulman, R. & Frieze, I.: A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. Journal of Social Issues, 1983, 39, 1-17.

Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Zyanski, S.J.: Prediction of clinical coronary heart disease by a test for coronary-prone behavior pattern. New England Journal of Medicine, 1974, 290, 1271-1275.

Jones, J.W.: Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. Staff burnout and counterproductivity. i Jones, J.W.: The burnout syndrome, kapitel 6 og 7. London: London House Press, 1981.

Jones, J.W.: The Staff Burnout scale for Health Professionals (SBS-HP). Unpublished manuscript, London House Management Consultants, 1980.

Jones, J.W.: The staff burnout scale for health professionals (SBS-HP). Park Ridge, Illinois: London House Press, 1980b.

Kafry, D. & Pines, A.: The experience of tedium in life and work. Human Relations, 1980, 33, 477-503.

Kahn, R.: Job burnout prevention and remedies. Public Welfare, 1978, 36, 61-63.

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. & Rosenthal, R.A.: Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York: John Wiley, 1964.

Kahn, R.L.: Work and health. New York: John Wiley, 1981.

Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P.: Helping people change. 2 ed. N.Y.: Pergamon Press, 1980.

Kanner, A.D., Kafry, D. & Pines, A.: Conspicuous in its absence: The lack of positive conditions as a source of stress. Journal of Human Stress, 1978, 4, 33-39.

Kanner, A.D.; Coyne, J.C.; Schaefer, C. & Lazarus, R.S.: Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts vs. major life events. Journal of Behavioral Medicine, 1981, 4, 1-39.

Karasek, R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 1979, 24, 285-308.

Karlsen, S. & Romedal, B.E.: Samarbeid på sengeposten. Om samarbeid og forandringsforsøk på to sengeposter. Trondheim: NIS, Norsk Institutt for Sykehusforskning, 1979.

Keenan, A. & Newton, T.J.: Frustration in organizations: Relationships to role stress; climate, and psychological strain. Journal of Occupational Psychology, 1984, 57, 57-65.

Kestnbaum, J.D. Expectations for therapeutic growth: One factor in Burnout. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 1984, 65, 374-377.

Kim, J. & Kohout & Kohout, F.J.: Multiple regression analysis: Subprogram regression. i Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K. & Brent, D.: SPSS. Statistical Package for the Social Sciences. 2. ed. New York: McGraw Hill, 1975.

Klecka, W.R.: Discriminant analysis. Beverly Hills: Sage Publications, number 07-019, 1980

Koocher, G.P.: Pediatric cancer: Psychosocial problems and the high costs of helping. Journal of Clinical Child Psychology, 1980, 9, 2-5.

Kulka, R.A.: Interaction as Person- Environment Fit. New directions for methodology of Behavioral Science, 1979, 2, 55-73.

LaRocco, J.M., House, J., French, J.: Social support, Occupational stress, and health. Journal of Health and Social Behavior, 1980, 21, 202-218.

Lazarus, R.S. & Launier, R.: Stress related transactions between person and environment. i Lawrence, A.P. & Lewis, M. (eds.): Perspectives in interactional psychology. New York: London, 1978, 287-327.

Lazarus, R.S.: Psychological stress and coping in adaption and illness. International Journal of Psychiatry in Medicine, 1974, 5, 321-332.

Lazarus, R.S.: Puzzles in the study of daily hassles. Journal of Behavioral Medicine, 1984, 7, 375- 389.

Levi, L.: Occupational mental health - its monitoring, protection and promotion. Journal of Occupational Medicine, 1978.

Lief, H.I. & Fox, R.C.: Training for "detached concern" in medical students. I Lief, H.I., Lief, V.F. & Lief, N.R. (eds): The psychological basis of medical practice. New York: Harper & Row, 1963.

- Lin, N.R.L., Simeone, W.M. & Ensel, W.M. & Kuo, W.: Social support, stressful life events and illness: a model and empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 1979, 20, 108-119.
- Lyons, T.F.: Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. Organizational behavior and Human Performance, 1971, 6, 99- 110.
- Maher, E.L.: Burnout and commitment: A theoretical alternative. The Personnel and Guidance Journal, 1983, 3, 390-393.
- Malloch, D.C. & Michael, W.B.: Predicting student grad point average. Educational & Psychological Measurement, 1981, 41, 1127-1135.
- Margolis, B. et al.: Job stress. An unlisted occupational hazard. Journal of Occupational Medicine, 1974, 16.
- Marshall, R.E. & Kasman, C.: Burnout in the neonatal intensive care unit. Pediatrics, 1980, 65, 1161-1165.
- Maslach, C. & Jackson, S.E.: Burned out cops and their families. Psychology Today, 1979, 12, 59-62.
- Maslach, C. & Jackson, S.E.: Burnout in health professions: A social psychological analysis. i Sanders, G. & Suls, J. (ed.): Social Psychology of health and illness. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1982.
- Maslach, C. & Jackson, S.E.: Burnout in organizational settings. i Oskamp, S. (ed.): Applied Social Psychology, annual 5. Applications in organizational settings, 133 - 153, London, Beverly Hills: Sage Publications, 1984.
- Maslach, C. : Burnout: A social psychological analysis. in Jones, J.W.(ed.): The burnout syndrome. London House Press, 1981, 30-54.
- Maslach, C., & Pines, A.: The Burn-out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly, 1977, 6, 100-113.
- Maslach, C.: Burnout - the cost of caring. New Yersey: Prentice Hall, 1982.
- Maslach, C.: Burned-out. Human Behavior, 1976, 5, 16-22.
- Maslach, C.: Job burnout: How people cope. Public Welfare, 1978, 36, 56-58.
- Maslach, C.: The client role in staff burnout. Journal of Social Issues, 1978, 34, 111- 124.

Mason, J.W.: A historical view of the stress field. Journal of Human Stress, 1975, 1, 22-36 (b).

Mason, J.W.: A historical view of the stress field. Journal of Human Stress, 1975, 1, 6-12 (a).

Matthiesen, S.B. & Dyregrov, A.: Begrepet Burnout. Et valideringsstudie for å belyse sammenhengen mellom Burnout og ulike mål på mental helse. FAHS, Bergen: Manus under bearbeidelse.

Matthiesen, S.B.: Burnout ved et psykiatrisk sykehus. En studie av arbeidsmiljøet ved to psykiatriske poster. Bergen: Upublisert arbeid, 1985.

Mawardi, B.H.: Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. JAMA, Journal of American Medical Associations, 1979, 241, 1483-1486.

McDermott, D.: Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction, and control. Journal of Human Stress, 1984, summer, 79-85.

McIntyre, T.C.: The relationship between locus of control and teacher burnout. British Journal of Educational Psychology, 1983, 54, 235- 238.

McNeil, D.H.: The relationship of occupational stress to burnout. i Jones, J.W. (ed): The burnout syndrome. Current research, theory, interventions. London: London House Press, 1981.

Mechanic, D. Medical sociology. (2. ed.) New York: The Free Press, 1978.

Meier, S.T.: Toward a theory of burnout. Human Relations, 1983, 36, 10, 899-910.

Miller, M.M. & Potter, R.E.: Professional burnout among speech-language patologists. American Speech Language Hearing Association (ASHA), 1982, march, 177-181.

Minahan, A.: Burnout and organizational change. Social Work, 1980, 23, 87.

Monat, A. & Lazarus, R.S. Introduction. i Stress and coping. New York: Columbia University Press, 1977.

Morris, J.H., Steers, R.M. & Koch, J.L.: Influence of organizational structure on role conflict and ambiguity for three occupational groupings. Academy of Management Journal, 1979, 22, 58-71.

Murphy, L.R.: A comparison of relaxation methods for reducing stress in nursing personnel. Human Factors, 1983, 25, 431-440.

Norusis, M.J.: Advanced statistics guide. SPSS-X. Statistical Package of Social Sciences, version X. New York: McGraw-Hill, 1985.

Norusis, M.J.: Introductory statistics guide. SPSS-X. Statistical Package of Social Sciences, version X. New York: McGraw-Hill, 1983.

Norusis, M.J.: Predicting cure and credit. Discriminant analysis. i: Norusis, M.J.: SPSS. Advanced statistics guide. New York: McGraw Hill, 1985.

Numerof, R.E., & Abrams, M.N.: Sources of stress among nurses: An empirical investigation. Journal of Human Stress, 1984, summer, 88-100.

O'Brien, G.E., Dowling, P. & Kabanoff, B.: Work, health and leisure. Working Paper 28. National Institute of Labour Studies, Flinders University, 1978.

O'Brien, G.E. & Dowling, P.: The effects of congruency between perceived and desired job attributes upon job satisfaction. Journal of Occupational Psychology, 1980, 53, 121-130.

Orpen, C. Type A personality as a moderator of the effects of role Conflict, role Ambiguity and role Overload on Individual strain. Journal of Human Stress, 1982, 8, 8-14.

Parasuraman, S: Predicting turnover intentions and turnover behavior: A multivariate analysis. Journal of Vocational Behavior, 1982, 21

Patrich, P.K.S.: Health care worker burnout. What is it, what to do about it. Chicago: Blue cross, 1981.

Payne, R.: Organizational stress and social support, in Cooper, C.L. & Payne, R. (ed.): Current concern in occupational stress, 269-298. Chichester: John Wiley & Sons ltd, 1980.

Petrie, K. & Rotheram, M.J.: Insulators against stress: self-esteem and assertiveness. Psychological Reports, 1982, 50, 963-966.

Pines, A. & Kafry, D.: Coping with burnout. i Jones, J.W. (ed): The burnout syndrome. Current research, theory, interventions. London: London House Press, 1981.

Pines, A. & Maslach, C.: Combatting staff burn-out in a day care center: A case study. Child Care Quarterly, 1977, 9, 5-16.

Pines, A. & Maslach, C.: Characteristics of staff burnout in mental health settings. Hospital and Community psychiatry, 1978, 29, 233-237.

Pines, A., & Kafry, D. Occupational tedium in the social services. Social Work, 1978, 23, 499-507.

Pines, A.M., Aronson, E., & Kafry, D.: Burnout. From tedium to personal growth. New York: The Free Press, 1981.

Pleck, J.H., Staines, G.L. & Lang, L.: Conflicts between work and family life. Monthly Labour Review, 1980, 103, 29-32.

- Quattrochi-Tubin, S., Jones, J.W. & Breedlove, V.: The burnout syndrome in geriatric counselors and service workers. Activities, Adaption & Aging, 1982, 3, 65- 76.
- Quinn, R.P & Shepard, L.J.: The 1972-73 Quality of Employment Survey. Ann Arbor: University of Michigan, 1974.
- Randolph, W.A. & Posner, B.Z.: Explaining role conflict and role ambiguity via individual and interpersonal variables in different job categories. Personnel Psychology, 1981, 34, 89-102.
- Reed, M.J.: Stress in live-in child care. Child Care Quarterly, 1977, 6, 114-120.
- Reiner, H.D. & Hartshorne, T.S.: Job burnout and the school psychologist. Psychology in the schools, 1982, 19, 508 -512.
- Rizzo, J.R., House, R.J. & Lirzman, S.I.: Role conflict and ambiguity in complex organizations. Administrative Science Quarterly, 1970, 15, 150-163.
- Rosenthal, D., Teague, M., Retish, P., West, J. & Vessell, R.: The relationship between environmental attributes and burnout. Journal of Leisure Research, 1983, 5, 125-135.
- Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Psychological Monograph, 1966, 80, 1-28.
- Rubington, E.: Staff burnout i a detox center: an exploratory study. 1984, 1, 61-71.
- Rump, E.E.: Size of psychiatric hospitals and nurses job satisfaction. Journal of Occupatinal Psychology, 1979, 255-265.
- Russek, H.I. & Russek, L.G.: Is emotional stress an etiological factor in coronary heart disease? Psychosomatics, 1976, 17, 63-67.
- Savicki, V. & Cooley, E.: Theoretical and research considerations of burnout. Children & Youth Services Review, 1983, 5, 227-238.
- Savicki, V. & Cooley, E.C.: Implications of burnout research and theory for counselor educators. The Personnel and Guidance Journal, 1982, 3, 415-419.
- Schuler, R.S. Definition and conceptualition of Stress in organizations. Organizational Behavior and Human Performance, 1980, 25, 2, 184-215.
- Schuler, R.S.: A role perception transactional process model for organizational communication outcome relationship. Organizational behavior and Human Performance, 1979, 23, 268-291.
- Schuler, R.S.: An integrative transactional process model of stress in organizations. Journal of Occupational Behavior, 1982, 3, 5-19.

- Schuler, R.S.: Role perceptions, satisfaction, and performance: a partial reconciliation. Journal of Applied Psychology, 1975, 60, 683-687.
- Schwab, R.L. & Iwanicki, E.F.: Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. Educational Administration Quarterly, 1982, 18.
- Schwab, R.L.: Teacher burnout: Moving beyond "psychobabble". Theory into Practice, 1983, 22, 21-26.
- Seligman, M.E.P. Learned Helplessness. San Fransisco: V.H. Freeman, 1975.
- Seligman, M.E.P.: Helplessness: On depression, development and death. San Fransisco: Freeman, 1975.
- Selye, H.: The stress of life. New York: McGraw Hill Book Company, 1976.
- Sharit, J. & Salvendy, G: Occupational stress: Review and reappraisal. Human Factors, 1982, 24 (2), 129-162.
- Shaver, K.G.: An introduction to attribution process. Cambridge, Winthrop, 1975.
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H., Chestnut, D.E. Coping with job stress and burnout in the human services. Journal of Personality and Social Psychology, 1984, 46, 864-876.
- SPSS Inc: SPSS-X basics. Statistical Package of Social Sciences, version X. New York: McGraw-Hill, 1984.
- SPSS inc.: SPSS-X. Users guide. A complete guide to SPSS-X language and operations. New York: McGraw-Hill, 1983.
- Sparks, D.: A biased look at teacher job satisfaction. Clearing House, 1979, 52, 447-449.
- Steffen, S. & Bailey, J.T.: Sources of stress and satisfaction in ICU nursing. Focus, 1979, 6, 26-32.
- Steinmetz, J., Blankenship, J., Brown, L., Hall, D. & Miller, G.: Managing stress. Before it manages you. Palo Alto, Cal.: Bull Publishing Company, 1980.
- Stjernø, S.: Stress og utbrentet. Belastninger i arbeid med mennesker. Oslo: Universitetsforlaget, 1983.
- Streepy, J.: Direct- service providers and burnout. Social Casework, 1981, 62, 352-361.
- Sturgess, J. & Paulsen, A.: The prevalence of burnout in occupational therapists. Occupational Therapy in Mental Health, 1983, 3, 47- 60.
- Suls, J., & Mullen, B.: Life events, perceived control and illness: The role of uncertainty. Journal of Human Stress, 1981, 7, 35-40.

Syrotnik, J. & D'Aray, C.: Social support and mental health: Direct, protective and compensatory effects. Social Science and Medicine, 1984, 18, 229-236.

Szilagyi, A.D., Sims, H.P. & Keller, R.T.: Role dynamics, locus of control, and employee attitudes and behavior. Academy of Management Journal, 1976, 19, 259-276.

Szilagyi, A.D.: An empirical test of causal inference between role perceptions, satisfaction with work, performance and organizational level. Personnel Psychology, 1977, 30, 375-388.

Sætnan, A.R.: Personalgjennomtrekk og fravær i psykiatriske sykehus. Trondheim: NIS, Norsk Institutt for Sykehusforskning, 1980.

Sørensen, K.H.: Den vanskelige arbeidstida. Om levekårsvirkninger av turnusarbeid i helseinstitusjoner. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning, NIS-rapport 3, 1982.

Theorell, T., Alfredsson, L., Knox, S., Perski, A., Svensson, J. & Waller, D.: On the interplay between socioeconomic factors, personality and work environment in the pathogenesis of cardiovascular disease. Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 1984, 10, 373-380.

Thompson, J.W.: Burnout in group home houseparents. American Journal of Psychiatry, 1980, 137, 6, 709-714.

Tubesing, D.: Kicking your stress habits. Minneapolis: Bolger Publication, 1981.

Tubesing, N.L. & Tubesing, D.A.: Structured exercises in Stress management. Duluth, MN: Whole Person Press, 1983.

Tubesing, N.L. & Tubesing, D.A.: Structured exercises in wellness promotion. Duluth, MN: Whole Person Press, 1983b.

Ursin, H.: Stress -sykdom. Aktiveringspatologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1982, 19, 5-13.

Vachon, M.L.S., Lyall, W.A.L. & Freeman, S.J.J.: Measurement and management stress in health professionals working with advanced cancer patients. Death Education, 1978, 1, 365 - 375.

Vachon, M.L.S.: Motivation and stress experienced by staff working with the terminally ill. Death Education, 1978, 2, 113-122.

Veninga, R.: Administrator burnout - causes and cures. Hospital Progress, 1979, 60, 45-52.

Volmer, F.: Expectancy and motivation in real life achievement situations. British Journal of Educational Psychology, 1986b, in press.

Volmer, F.: The relationship between expectancy and academic achievement - how can it be explained? British Journal of Educational Psychology, 1986a, in press.

Weinberg, S., Edwards, G., & Garove, W.E.: Burnout among employees of state residential facilities serving developmentally disabled persons. Children and Youth Services Review, 1983, 5, 239-253.

Weiner, B.: Theories of motivation. Chicago: Rand McNally, 1972.

Weiskopf, P.E.: Burnout among teachers of exceptional children. Exceptional Children, 1980, 47, 18-23.

West, D.J., Horan, J.J. & Games, P.A.: Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. Journal of Counseling Psychology, 1984, 31, 209-218.

WHO (World Health Organization): Occupational Mental Health. Report no WHO/ OH/ 13, 1973.

White, J. & Jones, J.W.: Correlates of staff burnout among caretakers of developmentally disabled children. Unpublisert manus, 1981.

Yayaratne, S. & Chess, W.A.: Job satisfaction, burnout, and turnover: a national study. Social Work, 1984, september-oktober, 448-453.

Årsrapport 1983, Sentralsykehuset i Rogaland. Stavanger.

Årsrapport 1984, Sentralsykehuset i Rogaland. Stavanger.

APPENDIX A

Tabell I.
Spørreskjema fordelt på AVDELING¹⁾. Antallet utsendte og returnerte skjema står oppført avdelingsvis. Det er også oppgitt svarprosenten på hver avdeling.

	S P Ø R R E S K J E M A		
	Utsendt	Returnert	%
1. Administrasjon	53	29	54.7
2. Akuttmottak/ Hjerteovervåking (3G) / Intensivavd. (1G/1H)	183	93	50.8
3. Anestesiavd./ Operasjonsavd.	114	58	50.9
4. Apotek, klinisk kjemisk avd./ Immunhemat. lab/ Pat. anatomisk avd./ Mikrobiolog. lab.	132	84	63.6
5. Barneavd.	145	69	47.6
6. Barnehage	29	11	37.9
7. Barnepsyk. avd.	35	11	31.4
8. Fysioterapiavd.	19	13	68.4
9. Gyn/Føde/Barsel avd.	183	90	49.2
10. Hovedkjøkken	78	26	33.3
11. Kirurgisk avd.	217	88	40.6
12. Medisinsk avd.	279	165	59.1
13. Nevrologisk avd. m. klin. nevrofys. avd./ Plastkir. avd. / Øre-nese-hals avd. m. høresentral / Øyeavd.	155	55	35.5
14. Ortoped.kir. avd.	151	80	53.0
15. Psykiatrisk avd.	103	66	64.1
16. Renhold	157	24	15.3
17. Røntgenavd.	90	39	43.3
18. Teknisk avd.	120	41	34.1
19. Annen enhet	90	49	54.4
Ikke oppgitt (missing)		10	
----- AVDELINGER SAMLET	2333	1101	47.2

1) Totalt antall spørreskjema er noe høyere her enn tidligere oppgitt (se metodekapit.) Dette skyldes at en del spørreskjema kom i retur til sykehuset, og avdelingsvis fordeling på disse spørreskjema foreligger ikke.

Tabell II.

Faktoranalyse på ulike BELASTENDE SITUASJONER som personalet opplever i tilknytning til arbeidet sitt. Utvalg av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Varimax løsning¹⁾.

	Faktor ladninger						Prosent varians	Prosent kumulert Varians
	I	II	III	IV	V	VI		
Faktor 1: <u>KRAV/ TIDSPRESS</u>							25.3	25.3
1. Du blir pålagt arbeidsoppgaver som det ikke er tid til å løse innen din nåværende arbeidstid.	<u>.76</u>	.14	.10	-.03	.21	.00		
2. Det stilles for store krav, uten at vi får tilstrekkelig med ressurser.	.73	.04	.32	.08	.00	-.07		
3. Underbemanning på arbeidsstedet.	.72	-.08	.22	.17	-.03	.05		
4. Du har så mange arbeidsoppgaver i løpet av en dag at noen blir glemt eller må utelates.	.69	.07	.06	.15	.11	.03		
5. Du føler at du får for liten tid til å sette nye ansatte / praktikanter inn i arbeidet.	.65	.11	.03	.18	.27	.14		
6. Du har ikke tid til å ta deg tilstrekkelig av pasienter eller pårørende	.64	.07	-.00	.34	.29	.06		
7. Arbeidet gir ikke rom for å holde seg faglig ajour	.63	.17	.05	-.13	-.01	-.15		
8. Avgjørelser må tas under tidspress.	<u>.39</u>	.24	.25	.27	.17	.01		
Faktor 2: <u>EMOSJONELL BELASTNING</u>							11.6	36.9
9. Du må informere foreldre/ pårørende om at pasienten har en livstruende sykdom.	.05	<u>-.91</u>	-.07	-.00	.02	-.00		
10. Du må informere pasienten om at han/hun har en livstruende sykdom.	.12	.86	.09	-.07	-.00	-.00		
11. Du må samtale med pasienter eller pårørende om tema du opplever som vanskelige å snakke om (f. eks. død, prognose osv.)	.09	.68	.06	-.30	.20	-.18		
12. Pasienters liv avhenger av din oppmerksomhet og vurdering	.11	.58	.21	.02	.03	.33		
13. Du opplever medisinsk- / etiske konflikter i arbeidet.	.01	.49	.43	.15	.32	.01		
14. Dødsfall blant dine pasienter	.11	<u>.48</u>	-.01	.60	.17	.12		
Faktor 3: <u>BYRÅKRATI/ ENDRINGER</u>							6.2	43.1
15. Det er for mye byråkrati innen sykehuset, slik at ting skjer for langsomt	.12	.06	<u>.70</u>	.10	.01	-.12		
16. Du opplever at de mange forandringene som har skjedd ved sykehuset de siste årene har vært til stor belastning.	.25	-.03	<u>-.59</u>	.08	-.02	.22		
Faktor 4: <u>STRESS/ SLITASJE</u>							5.7	48.8
17. Arbeidet ditt omfatter tunge løft som du opplever som belastende.	.19	-.09	.10	<u>-.78</u>	-.03	.19		
18. Vaktsystemet går ut over familielivet.	.33	.19	.02	.37	.02	-.29		
19. Din opplæring er ikke tilstrekkelig for å håndtere den situasjon du står overfor.	.13	.10	.32	.35	-.05	-.31		
20. Du opplever deg så truet av overgrep fra pasienter at du i perioder føler deg engstelig for din egen sikkerhet	.14	-.12	.55	<u>.30</u>	.21	-.26		
Faktor 5: <u>KONFLIKT/ OMSORG</u>							5.0	53.9
21. Foreldre må avvises på grunn av tidspress	.19	.05	.05	-.08	<u>.80</u>	.12		
22. Du kjenner til en pasients (families) behov for støtte, men presset fra andre oppgaver gjør at du ikke kan yte tilstrekkelig hjelp / støtte.	.36	.19	.05	.05	<u>.67</u>	-.08		
Faktor 6: <u>SLUSESISTEM</u>							4.4	58.2
23. Slusesystemer ved operasjons- og intensivavdelinger er en kilde til irritasjon i mitt arbeid	.04	-.06	.14	.07	.07	<u>.79</u>		

1) Eigen-verdier: Faktor 1: 5.82, faktor 2: 2.68, faktor 3: 1.42, faktor 4: 1.32, faktor 5: 1.16, faktor 6: 1.01.

Tabell III.

Faktoranalyse på ulike JOBB-VERDIER personalet har i tilknytning til arbeidet sitt. Utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere er sett under ett. Varimax løsning¹⁾.

	Faktor ladninger				Prosent varians	Prosent kumulert Varians
	I	II	III	IV		
Faktor 1: OMSORGSFAKTOR					21.4	21.4
1.Gjøre en innsats for andre	<u>.79</u>	.20	.02	.13		
2.Gi av seg selv til noen som trenger det	.70	.18	.22	-.01		
3.Arbeide for syke mennesker	<u>.70</u>	.10	.03	.03		
Faktor 2: TRYGGHETSFAKTOR					8.0	29.4
4.Varig og sikkert arbeidsforhold	.11	<u>.70</u>	.08	.17		
5.Gode avgangs- og pensjoneringsordninger	.09	.63	.04	.36		
6.Høy sikkerhet for liv og helse	.23	.47	.16	.10		
7.Ha en jobb med en klar arbeidsinstruks	.28	.39	.13	.08		
8.Arbeide sammen med hyggelige mennesker	.18	<u>.39</u>	.03	.14		
Faktor 3: JOBB-AKTUALISERING					7.0	36.4
9. Muligheter for å bruke ferdigheter, utdannelse og erfaring i jobben	.07	.13	<u>.69</u>	.03		
10.Muligheter for planlegging og organisering av eget arbeid	.03	.05	.62	.04		
11.Arbeid med mye ansvar	.18	.07	.54	.11		
12.Rikelig forandring og variasjon i arbeidet	-.01	.08	<u>.53</u>	.14		
Faktor 4: FORSTERKNINGSFAKTOR					2.7	39.1
13.Rikelig fritid etter arbeidstid	.08	.28	.11	<u>.68</u>		
14.Være hjemme i helgene	.02	.09	.05	.54		
15.Høy lønn	-.02	.34	.21	<u>.42</u>		

1) Eigen-verdier: Faktor 1: 3.64, faktor 2: 1.35, faktor 3: 1.20, faktor 4: 1.08

Tabell IV.

Enkeltvariabler og Index på PSYKISKE PLAGER. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Forskjellen mellom stillingskategoriene er signifikantstestet ved variansanalyse (F)/ range-test (lsd-prosedyre)¹⁾. Grad av sammenheng mellom dulledd/index og Burnout står oppført, gruppen sett under ett (r). Det er kontrollert for sosial ønskerdighet (pr).

	S T I L L I N G						F O R S K J E L L		H E L E G R U P P E N	
	L E G E R		S Y K E P L E I E R E		P L E I E R E		F	Range-test \uparrow)	B U R N O U T	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
A.Søvnansker	1.71	.73	1.96	.84	2.08	.95	4.79**	1*,2*,3*	.32***	.28***
B.Angst/nervøsitet	1.40	.74	1.56	.70	1.67	.79	3.60*	1*,2*,3*	.21***	.19***
C.Depresjon/tungsinn	1.77	.83	1.80	.77	1.73	.74	.46		.32***	.28***
D.Trøtthet	2.41	.97	2.74	.78	2.59	.77	6.67***	1*,2*,3*	.30***	.26***
E.Irritabilitet	2.18	.85	2.43	.68	2.44	.71	4.05*	1*,2*	.33***	.28***
INDEX										
PSYKISKE PLAGER TOTALT	9.44	3.09	10.47	2.61	10.45	2.87	4.36**	1*,2*	.43***	.38***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået eller lavere.

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Tabell V.

Enkeltvariabler og Index på SOMATISKE PLAGER. Gjennomsnittlig fordeling (Mean) og standard-avvik (SD) for utvalget av leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved sentralsykehuset. Forskjellen mellom stillingskategoriene er signifikantstestet ved variansanalyse (F). De enkelte stillinger er parvis sammenlignet ved range-test (lsd-prosedyre)¹⁾. Grad av sammenheng mellom dulledd/index og Burnout står oppført (r). Det er kontrollert for sosial ønskerdighet (pr).

	S T I L L I N G						F O R S K J E L L		H E L E G R U P P E N	
	L E G E R		S Y K E P L E I E R E		P L E I E R E		F	Range-test \uparrow)	B U R N O U T	
	MEAN	SD	MEAN	SD	MEAN	SD			r	pr
1. Hjerteklapp	1.19	.50	1.43	.69	1.43	.73	3.83*	1*,2*	.12***	.11***
2. Hodeverk	1.97	.86	2.38	.78	2.53	.79	12.73***	1*,2*,3*	.19***	.18***
3. Magesyre	1.51	.80	1.51	.80	1.52	.79	.01		.22***	.20***
4. Vondt i magen	1.51	.80	1.72	.77	1.92	.85	7.47***	1*,2*,3*	.23***	.19***
5. Diare	1.47	.70	1.48	.64	1.48	.67	.01		.11**	.08*
6. Forstoppelse	1.22	.57	1.59	.85	1.62	.84	6.73***	1*,2*,3*	.10**	.09**
7. Hyppig vannlating	1.22	.54	1.50	.78	1.61	.86	6.12**	1*,2*,3*	.14***	.13***
8. Svette i hendene	1.37	.62	1.55	.74	1.64	.80	3.48*	1*,2*,3*	.18***	.15***
9. Kvalme	1.32	.63	1.63	.73	1.74	.74	8.26***	1*,2*,3*	.22***	.19***
10. Svimmelhet	1.26	.56	1.55	.76	1.74	.81	10.30***	1*,2*,3*	.24***	.22***
11. Muskelspenninger	1.88	.96	2.30	.97	2.35	1.04	6.01**	1*,2*,3*	.24***	.20***
12. Vondt i ryggen	1.87	.98	2.36	.97	2.64	.99	16.27***	1*,2*,3*	.18***	.18***
13. Pustevansker	1.12	.41	1.13	.42	1.14	.43	.06		.15***	.13***
14. Utslett/eksem	1.28	.67	1.59	.96	1.64	.98	3.64*	1*,2*,3*	.06	.07
15. Gikt/revmatisme	1.19	.63	1.23	.66	1.52	.92	10.96***	1*,2*,3*	.05	.06
16. Dårlig appetitt	1.13	.37	1.33	.58	1.43	.70	6.45**	1*,2*,3*	.26***	.24***
17. Forkjølelse	2.09	.77	2.22	.70	2.13	.63	1.99		.11**	.07
18. Hoste	1.69	.68	1.95	.74	1.92	.68	3.83*	1*,2*,3*	.13***	.09**
19. Verk i skuldre og armer	1.51	.76	2.08	1.03	2.43	1.05	21.28***	1*,2*,3*	.20***	.20***
20. Verk i legger og lår	1.35	.66	1.70	.87	1.98	1.01	13.25***	1*,2*,3*	.16***	.14***
21. Hørselvansker	1.15	.44	1.12	.40	1.20	.53	2.22		.00	-.01
22. Blir fort trett	1.70	.83	2.21	.87	2.24	.86	10.24***	1*,2*,3*	.30***	.27***
INDEX										
SOMATISKE PLAGER TOTALT	31.49	7.68	37.11	7.82	38.86	8.58	18.48***	1*,2*,3*	.35***	.28***

1) Rangetest: 1 = signifikant forskjell (.01-nivå) mellom leger og sykepleiere, 2 = signifikant forskjell mellom leger og hjelpepleiere, 3 = signifikant forskjell mellom sykepleiere og hjelpepleiere. 1*, 2* og 3* innebærer at range-testen er signifikant på .001-nivået.

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Tabell VI.

Utvalgte forhold omkring de JOBBPLANER personalet har for de neste 5 år¹⁾. Forskjellen mellom profesjonene er signifikantstestet ved Chi-kvadrat. Grad av sammenheng mellom det enkelte spørsmål og Burn-out (SBS-HP) er vist ved produkt-moment korrelasjon (r).

	S T I L L I N G E R						FORSKJELL Chi2	HELE UTVALGET B U R N O U T r
	LEGER		SYKEPLEIERE		PLEIERE			
	N	%	N	%	N	%		
A. Fortsetter i den jobb jeg har nå								
Ja	42	79.2	238	71.7	128	86.3	13.86***	.34***
Missing	16		161		46			
B. Kommer til å gjøre samme type arbeid, men på en annen avdeling								
Ja	8	34.8	56	32.6	17	27.4	.73	.13*
Missing	46		321		130			
C. Fortsetter i helse-sektoren, men på en annen institusjon								
Ja	19	67.9	97	51.6	21	34.4	11.10**	.29***
Missing	49		305		131			
D. Mer utdanning								
Ja	9	37.5	141	64.7	42	63.6	23.82***	.13*
Missing	45		275		126			
E. Redusere arbeidstiden								
Ja	9	40.9	69	36.7	13	23.2	3.36	.10
Missing	47		305		136			
F. Begynne i et helt annet yrke								
Ja	1	5.3	8	5.1	14	25.5	19.56***	.26***
Missing	50		336		137			
G. Slutte å arbeide en tid, om jeg får barn								
Ja	2	12.5	85	50.0	27	47.4	6.71*	.08
Missing	53		323		135			
H. Slutte å arbeide								
Ja	1	5.0	9	5.6	8	15.1	1.97	-.05
Missing	49		331		139			

1) Alle spørsmålene er todeltete (bekreftes: ja, avkreftes: nei). Av plasshensyn er bare antall og prosent hjelpere som bekrefter de ulike spørsmål ført opp i tabellen. Spørsmål VI A er vent slik at "ja" er mest positive verdi, i spørsmål VI B - H er "nei" mest positive verdi.
p < .05. ** p < .01 *** p < .001.

APPENDIX B

KONFIDENSIELT

Forskningscenter for Arbeidsmiljø,
Helse og Sikkerhet, Universitetet
i Bergen.

ARBEIDSMILJØUNDERSØKELSE

ROGALAND SENTRALSJUKEHUS

Spørreskjema

Instruksjon:

I dette spørreskjemaet skal du svare ved å sette kryss i en parentes for hvert spørsmål, eller ved tall for f.eks. reiselengde, alder o.s.v.

Mange av svarene vil være skjønnsavgjørelser, hvor det hverken er riktige eller gale svar. Selv om svarmulighetene ikke skulle passe helt til ditt syn, er det viktig at du svarer det som passer best. La minst mulig stå åpent eller ubesvart. Legg vekt på det som er vanlig eller gjennomsnittlig for deg når du svarer.

Kryss kun av i en parentes for hvert spørsmål, om ikke annet er nevnt.

Dette skjema er helt personlig. Det er deg og dine meninger som er viktig. Du skal ikke skrive navn, fødselsdato eller noe annet som kan identifisere deg på skjemaet. Tallene ved siden av svarrutene er for databehandling og har ingen betydning for utfyllingen.

Dersom du ikke ønsker å svare på enkelte av spørsmålene vil vi gjerne ha skjema likevel, og helst med en kommentar om hvorfor du ikke ønsker å svare.

EKSEMPEL:

Spørsmål: Hvordan er humøret jevnt over?

Svært godt	()	1
Godt	(X)	2
Mindre godt	()	3
Heller dårlig	()	4

Dersom du synes humøret jevnt over er godt, krysser du av i ruten slik det er vist.

1. Alder Antall år _____
2. Kjønn Mann () 1
Kvinne () 2
3. Sivilstand Gift () 1
Samboende () 2
Enslig () 3
Enke/enkemann () 4
4. Har du barn:
A. Under skolepliktig alder Antall _____
B. 7 - 15 år Antall _____
C. Over 15 år Antall _____
5. Har du omsorg for andre enn barna, i eller utenfor hjemmet (foreldre o.l)? Ja () 1
Nei () 2
6. Hva er den høyeste utdanning du har fullført? Grunnskole () 1
Gymnas o.lign. () 2
Yrkesutdanning / fagskole () 3
Universitet / høgskole () 4
7. Har du spesialutdanning / spesialistkompetanse utover din ordinære yrkesutdanning? Ja () 1
Nei () 2
8. Hvilken stilling har du?
- | | | | |
|--|--------|---------------------|--------|
| Assistent v/ helseinst. | () 01 | Pasientekspedisjon/ | |
| Hjelpepleier/Barnepleier | () 02 | Kontorpersonale/ | |
| Sykepleier/ Miljøterapeut | () 03 | Sekretær | () 07 |
| Lege | () 04 | Sentralbord/ | |
| Sosionom/ Psykolog/ Fysio-
terapeut/ Fysiokjemiker/ | | Portør/ Sjåfør/ | |
| Med. lab. ing | () 05 | Vaktmester/Formann/ | |
| Høyere adm. arbeid/ | | Håndtverker | () 08 |
| Regnskap/ økonomi | () 06 | ANNET..... | |
| | | | () 09 |
9. Hva slags arbeidstid har du?
(Sett kun ett kryss.)
- | | |
|--|-------|
| Kun dag | () 1 |
| Kun aften | () 2 |
| Både dag og aften,
men ikke arbeid om
natten | () 3 |
| Både aften og natt | () 4 |
| Både formiddag,
aften og natt | () 5 |
| Bare natt | () 6 |
| Bare helgevakter | () 7 |

*

10. Innebærer din stilling:
- | | | |
|--------------|-----|---|
| Tilstedevakt | () | 1 |
| Hjemmevakt | () | 2 |
11. Har ektefelle/samboer lønnet arbeid?
- | | | |
|---------------------|-----|---|
| Ja | () | 1 |
| Nei | () | 2 |
| Ikke gift/samboende | () | 3 |
- 12 Hvis ja, hva slags arbeidstid har han/hun?
- | | | | | | |
|---------------------|-----|---|-----------------------|-----|---|
| Vanlig dagarbeid | () | 1 | Arbeider bare netter | () | 3 |
| Arbeider bare aften | () | 2 | Turnusarbeid | () | 4 |
| | | | Skiftarbeid | () | 5 |
| | | | Annet, skriv hva..... | | |
| | | | | () | 6 |
13. Hvor arbeider du?
- | | | | | | |
|--|-----|----|---|-----|----|
| Administrasjon | () | 01 | Gyn/Føde/Barsel avd. | () | 09 |
| Akuttmttak/
Hjerteovervåking (3G) /
Intensivavd.(1G/1H) | () | 02 | Hovedkjøkken | () | 10 |
| Anestesiavd./
Operasjonsavd. | () | 03 | Kirurgisk avd. | () | 11 |
| Apotek,
klinisk kjemisk avd/
Immunhemat. lab /
Pat.anatomisk avd. /
Mikrobiol.lab. / | () | 04 | Medisinsk avd. | () | 12 |
| Barneavd. | () | 05 | Nevrologisk avd. m.
klin. nevrofys. avd./
Plastkir. avd. /
Øre-nese-hals avd. m.
høresentral /
Øyeavd. | () | 13 |
| Barnehage | () | 06 | Ortoped.kir. avd. | () | 14 |
| Barnepsyk.avd. | () | 07 | Psykiatrisk avd. | () | 15 |
| Fysioterapi-avd. | () | 08 | Renhold | () | 16 |
| | | | Røntgenavd. | () | 17 |
| | | | Teknisk avd. | () | 18 |
| | | | Annen enhet | () | 19 |
- (Sett kun ett kryss.)
14. Tilhører du:
- | | | |
|---------------------------------------|-----|---|
| Stavanger sykehus/
Sandnes sykehus | () | 1 |
| Rogaland sykehus | () | 2 |
15. Hvilken enhet arbeider du i?
- | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---|-----------------------------|-----|---|
| Ekspedisjon/Resepsjon/
Poliklinikk | () | 1 | Sengepost | () | 2 |
| | | | Annen enhet,
nemlig..... | () | 3 |
16. Hva slags ansettelsesforhold har du?
- | | | |
|------------------------------|-----|---|
| Fast ansatt | () | 1 |
| Midlertidig ansatt/
vikar | () | 2 |
17. Arbeidsforhold:
- | | | |
|--------------------|-----|---|
| Hel stilling | () | 1 |
| 3/4 stilling | () | 2 |
| 1/2 stilling | () | 3 |
| Under 1/2 stilling | () | 4 |

- | | |
|--|---|
| 18. Hvor mange aftens-, natt-, og helgevakter har du hatt de siste 6 ukene? | Antall ettermiddagsv. _____
Antall netter _____
Antall lørdager og søndager _____ |
| 19. Hvor mange timer overtid har du arbeidet de siste 2 ukene? | Antall timer _____ |
| 20. Er den avdelingen du nå arbeider på flyttet, endret, eller slått sammen med en annen avdeling, som et ledd i de endringer som har skjedd ved Rogaland Sentralsykehus de siste årene? | Ja () 1
Nei () 2 |
| 21. I tilfelle slik endring, når skjedde denne? | Antall år siden _____ |
| 22. Hvor lenge har du arbeidet ved Rogaland Sentralsykehus i alt? | Under 3 mnd. () 1
3- 11 mnd. () 2
1 - 3 år () 3
4 - 10 år () 4
11 - 20 år () 5
Over 20 år () 6 * |
| 23. Hvor lenge har du arbeidet på den enheten eller posten du er på nå? (Inkludert tid før flytting eller sammen-slåing.) | Under 3 mnd. () 1
3- 11 mnd. () 2
1 - 3 år () 3
4 - 10 år () 4
11 - 20 år () 5
over 20 år () 6 |
| 24. Hvor mange år har du vært i lønnet arbeid i alt? | Antall år _____ |
| 25. Hvor mange arbeidsforhold har du hatt de siste 5 år? (Ta ikke med sommerjobber eller arbeid du har hatt ved siden av skolegang /studier). | Antall arbeidsforhold _____ |
| 26. Om du jobber på en sengepost: Hvor mange sengeplasser er det på den posten hvor du arbeider? | Antall sengeplasser _____ |
| 27. Om du jobber på en sengepost: Hvor mange pasienter har det vært på posten i <u>gjennomsnitt</u> siste 2 uker? | Antall pasienter _____ * |

De følgende spørsmålene er knyttet til arbeidet og forholdet til kolleger m.m. De er sentrale både for å forstå hvordan arbeidsmiljøet oppleves av ulike grupper ansatte og for å forklare variasjoner i trivsel og helse. Svarene krever skjønn og selv om du ikke finner et svar som hundre prosent dekker det du mener, vil vi be deg krysse av for det alternativ som ligger nærmest.

28. Under det daglige arbeid, hvem får du eventuell ROS / POSITIVE kommentarer fra:

	1 Svært ofte	2 Endel	3 Litt	4 Ikke i hele tatt	5 Har ikke slik(e)
A. Pasienter / Pårørende	()	()	()	()	()
B. Kolleger / samme yrke	()	()	()	()	()
C. Kolleger / annet yrke	()	()	()	()	()
D. Avdelingsleder	()	()	()	()	()
E. Andre overordnede	()	()	()	()	()

29. Tar du opp negative forhold ved jobben med andre ansatte? (Som du omgås i det daglige arbeid?)

Ofte	() 1
Noen ganger	() 2
Sjelden	() 3
Aldri	() 4

30. Synes du det er lett eller vanskelig å ta opp negative forhold ved jobben din med andre ansatte?

Svært lett	() 1
Lett	() 2
Verken lett eller vanskelig	() 3
Vanskelig	() 4
Svært vanskelig	() 5

31. Er det konflikt eller stor uenighet mellom personer på din arbeidsplass? (Som du omgås i det daglige arbeid?)

Ofte	() 1
Noen ganger	() 2
Sjelden	() 3
Aldri	() 4

32. Er det konflikt eller stor uenighet mellom faggrupper på din arbeidsplass?

I høy grad	() 1
I noen grad	() 2
I liten grad	() 3
Ikke i det hele tatt	() 4

33. Føler du at du er godtatt/ akseptert på arbeidsplassen din?

I høy grad	() 1
I noen grad	() 2
I liten grad	() 3
Ikke i det hele tatt	() 4

- | | | |
|--|--|--|
| 34. Hvordan er forholdet mellom deg og dine kollegaer? (Som du omgås daglig.) | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig | () 1
() 2
() 3
() 4 |
| 35. Hvordan er forholdet mellom deg og din nærmeste overordnede? (Som du omgås daglig.) | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig | () 1
() 2
() 3
() 4 |
| 36. Hvordan opplever du forholdet mellom deg og dine underordnede? (Som du omgås daglig.) | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig
Har ingen underordnede | () 1
() 2
() 3
() 4
() 5 |
| 37. Hvordan er samarbeidet med kolleger på din enhet (sengepost, kontor, o.l.)? | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig | () 1
() 2
() 3
() 4 |
| 38. Hvordan synes du samarbeidet er med andre på din enhet (sengepost, kontor, o.l.)? | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig | () 1
() 2
() 3
() 4 |
| 39. Hvordan synes du samarbeidet er med andre enheter / poster dere har direkte kontakt med? | Svært godt
Godt
Mindre bra
Heller dårlig | () 1
() 2
() 3
() 4 |
| 40 Når synes du det er mest slitsomt å være på jobb? | Formiddagen
Aftenen
Natten
Helgene
Ingen forskjell
Jeg har bare en type vakt | () 1
() 2
() 3
() 4
() 5
() 6 |
| 41 Når synes du det er triveligst å være på jobb? | Formiddagen
Aftenen
Natten
Helgene
Ingen forskjell/
Har ikke noe med tidspunkt å gjøre
Jeg har bare en type vakt | () 1
() 2
() 3
() 4
() 5
() 6 |
| 42. Er du sammen med andre ansatte utenom arbeidssituasjonen? (Ta ikke med personalfester, Cobra, idrettslag o.l.) | Ofte
Noen ganger
Sjelden
Aldri | () 1
() 2
() 3
() 4 |

43. Føler du at du får tilstrekkelig med avkobling, pauser i løpet av arbeidstiden? Ja () 1
Nei () 2

44. Har dere eget pauserom på avdelingen din? Ja () 1
Nei () 2

Opplever/ merker du følgende forhold på din daglige arbeidsplass?

	1 Ikke i det hele tatt	2 I liten grad	3 I noen grad	4 I høy grad
45. For lite arbeidslokale	()	()	()	()
46. For lite vaktrom	()	()	()	()
47. For mange personer i samme rom	()	()	()	()
48. Dårlig ventilasjon	()	()	()	()
49. Forstyrrende bråk, støy	()	()	()	()
50. Plagsomt lys / lite lys	()	()	()	()
51. Sjenerende luftfuktighet	()	()	()	()
52. Temperaturforholdene (for varmt, kaldt)	()	()	()	()
53. Andres røyking	()	()	()	()
54. Mangler ved utstyr og innredning	()	()	()	()
55. Dårlige garderobeforhold, WC, vask o.l.	()	()	()	()
56. Smittestoffer o.l.	()	()	()	()
57. Utrygge garderobeforhold	()	()	()	()
58. ANNETT,	()	()	()	()
.....				
.....				

59. Dersom du har vært utsatt for at ditt arbeidssted ble flyttet, eller at din avdeling ble slått sammen med en annen i forbindelse med de endringer som har funnet sted ved sykehuset de siste årene, hvordan har du opplevd dette? Stor lettelse () 1
Noe lettelse () 2
Ingen innvirkning () 3
Noe belastende () 4
Svært belastende () 5
Ikke vært utsatt for noen endringer () 6

60. Har du pasientkontakt i ditt daglige arbeid? Hvor stor del av arbeidstiden mener du at du har slik kontakt? Ja, det meste av arbeidstiden () 1
Ja, inntil 75% () 2
Ja, " 50% () 3
Ja, " 25% () 4
Nei () 5

61. Alt i alt, hvor fornøyd er du med arbeidssituasjonen din? Svært fornøyd () 1
Fornøyd () 2
Verken fornøyd eller misfornøyd () 3
Misfornøyd () 4
Svært misfornøyd () 5

62. Ville du anbefale den jobben du nå har til en god venn? Ja, absolutt () 1
Ja, kanskje () 2
Nei () 3

- | | 1
JA | 2
NEI |
|---|---------|----------|
| 63. Hva slags planer har du for de neste 5 årene? | | |
| A. Jeg tror jeg kommer til å fortsette i den jobb jeg har nå | () | () |
| B. Jeg tror jeg kommer til å gjøre samme type arbeid, men på en annen avdeling | () | () |
| C. Jeg tror jeg kommer til å fortsette i helsesektoren, men på en annen institusjon | () | () |
| D. Jeg tror jeg kommer til å ta mer utdanning | () | () |
| E. Jeg tror jeg kommer til å redusere arbeidstiden | () | () |
| F. Jeg tror jeg kommer til å begynne i et helt annet yrke | () | () |
| G. Jeg tror jeg kommer til å slutte å arbeide en tid, dersom jeg får barn | () | () |
| H. Jeg tror jeg kommer til å slutte å arbeide | () | () |
| I. Andre planer | () | () |
| Hvilke?..... | | |

*

64. Hvis du krysser av på spørsmål 63 H, kan du oppgi hvorfor du vil slutte?

 Folk verdsetter forskjellige forhold i en jobb. Noen av de forholdene det kan tenkes at du vil verdsette er listet opp nedenfor.

Vennligst angi betydningen/verdien av hvert enkelt punkt ved å sette kryss ved det svar du synes passer best.

	1	2	3	4	5
	Ikke viktig	Hverken viktig eller uviktig	Litt viktig	Ganske viktig	Svært viktig
65. Muligheter for planlegging og <u>organisering</u> av eget arbeid	()	()	()	()	()
66. Rikelig forandring og <u>variasjon</u> i arbeidet	()	()	()	()	()
67. Muligheter for å bruke <u>ferdigheter, utdanning</u> og <u>erfaring</u> i jobben	()	()	()	()	()
68. Arbeid med mye <u>ansvar</u>	()	()	()	()	()
69. Arbeide i <u>eget tempo</u> uten å bli mast på eller presset	()	()	()	()	()

*

(forts.)

	1	2	3	4	5
	Ikke viktig	Hverken viktig eller uviktig	Litt viktig	Ganske viktig	Svært viktig
70. <u>Gi av seg selv til noen som trenger det</u>	()	()	()	()	()
71. Ha en jobb med en klar <u>arbeidsinstruks</u>	()	()	()	()	()
72. Høy <u>sikkerhet</u> for liv og helse	()	()	()	()	()
73. Arbeide sammen med <u>flere</u> andre mennesker	()	()	()	()	()
74. Arbeide for <u>syke</u> mennesker	()	()	()	()	()
75. Arbeide sammen med <u>hyggelige</u> mennesker	()	()	()	()	()
76. Høy <u>lønn</u>	()	()	()	()	()
77. Varig og sikkert <u>arbeidsforhold</u>	()	()	()	()	()
78. Gode avgangs- og <u>pensjoneringsordninger</u>	()	()	()	()	()
79. Rikelig <u>fritid</u> etter arbeidstid	()	()	()	()	()
80. Være <u>hjemme i helgene</u>	()	()	()	()	()
81. Gjøre en <u>innsats for andre</u>	()	()	()	()	()

**

Folk opplever den samme arbeidssituasjonen forskjellig. Det er derfor viktig at du gir uttrykk for forskjellige sider ved din jobbsituasjon. Her følger en del setninger eller påstander om hvordan en opplever eller kan oppleve den daglige arbeidssituasjonen.

Kryss av for hvor riktige du opplever følgende påstander:

	1	2	3	4
	Svært riktig	Nokså riktig	Litt riktig	Ikke riktig
82. Jeg har stor grad av innflytelse over det som skjer på jobben.	()	()	()	()
83. Jeg har tilstrekkelige fullmakter / autoritet til å gjøre mitt beste.	()	()	()	()
84. Jobben min gir meg anledning til å ta mange selvstendige avgjørelser.	()	()	()	()
85. Jeg har tilstrekkelig frihet m.h.t. hvordan jeg skal gjøre jobben min.	()	()	()	()

Sett sirkel rundt ett av tallene fra 1 til 7, for hvor enig eller uenig du er i følgende påstander:

	Svært enig		Hverken enig el. uenig			Svært uenig	
86. Jeg blir vanligvis ikke informert om viktige ting som foregår på min arbeidsplass	1	2	3	4	5	6	7
87. Det blir ofte holdt møter hvor problemer i forbindelse med arbeidet diskuteres.	1	2	3	4	5	6	7
88. Avgjørelser blir vanligvis tatt uten at de berørte personer blir forespurt.	1	2	3	4	5	6	7 *

Sett en sirkel rundt ett av tallene fra 1 til 7, for hvor riktige du opplever følgende påstander i forbindelse med din arbeidssituasjon. 1 står for fullstendig riktig, 7 for fullstendig galt.

	1 Fullstendig riktig	2	3	4 Hverken riktig el. galt	5	6	7 Fullstendig galt	
89. Jeg føler meg sikker på hvor stor innflytelse jeg har	1	2	3	4	5	6	7	
90. Arbeidet mitt har et klart formål	1	2	3	4	5	6	7	
91. Jeg vet at jeg disponerer arbeidstiden riktig	1	2	3	4	5	6	7	
92. Jeg vet hva mitt ansvarsområde er	1	2	3	4	5	6	7	
93. Jeg vet nøyaktig hva som forventes av meg	1	2	3	4	5	6	7	
94. Det er klare retningslinjer for hva som skal gjøres	1	2	3	4	5	6	7	
95. Jeg må gjøre ting som jeg føler burde vært gjort annerledes.	1	2	3	4	5	6	7	*
96. Jeg blir pålagt arbeidsoppgaver som jeg ikke har nok fysisk styrke til å utføre	1	2	3	4	5	6	7	
97. Jeg må omgå regler eller foreskrifter for å kunne fullføre en oppgave	1	2	3	4	5	6	7	
98. Jeg samarbeider med to eller flere grupper som jobber på helt forskjellige måter	1	2	3	4	5	6	7	
99. Jeg mottar uoverensstemmende (uforenlige) beskjeder	1	2	3	4	5	6	7	
100. Jeg utfører oppgaver som anerkjennes av én person, men som ikke blir akseptert av andre	1	2	3	4	5	6	7	
101. Jeg får ikke tilbakemelding på det arbeid jeg utfører	1	2	3	4	5	6	7	
102. Jeg pålegges oppgaver uten å ha tilstrekkelig hjelp og utstyr til å utføre dem	1	2	3	4	5	6	7	
103. Jeg gjør arbeidsoppgaver som er unødvendige	1	2	3	4	5	6	7	*

For å forstå variasjoner i arbeidsbelastninger og helse er det nødvendig å vite om du opplever disse belastningssituasjonene. (Spørsmål 104 til 116 besvares av alle, spørsmål 117 til 126 av de som i det daglige arbeid har kontakt med pasienter.)

Kryss av for hvor ofte du opplever følgende situasjoner:

	1 Svært ofte	2 Ganske ofte	3 Litt	4 Ikke i det hele tatt
104. Arbeidet ditt omfatter tunge løft som du opplever som belastende.	()	()	()	()
105. Avgjørelser må tas under tidspress.	()	()	()	()
106. Underbemanning på arbeidsstedet.	()	()	()	()
107. Din opplæring er ikke tilstrekkelig for å håndtere den situasjon du står overfor.	()	()	()	()
108. Du har så mange arbeidsoppgaver i løpet av en dag at noen blir glemt eller må utelates.	()	()	()	()
109. Du føler at du får for liten tid til å sette nye ansatte / praktikanter inn i arbeidet.	()	()	()	()
110. Vaktsystemet (sen- og tidligvakter) går ut over familielivet.	()	()	()	()
111. Arbeidet gir ikke rom for å holde seg faglig ajour.	()	()	()	()
112. Det stilles for store krav, uten at vi får tilstrekkelig med ressurser.	()	()	()	()
113. Du blir pålagt arbeidsoppgaver som det ikke er tid til å løse innen din nåværende arbeidstid.	()	()	()	() *

(forts.)

	1 Svært ofte	2 Ganske ofte	3 Litt	4 Ikke i det hele tatt
114. Du opplever at de mange for- andringene som har skjedd ved sykehuset de siste årene har vært til stor belastning.	()	()	()	()
115. Det er for mye byråkrati innen sykehuset, slik at ting skjer for langsomt.	()	()	()	()
116. Slusesystemer ved opera- sjons- og intensivavdelinger er en kilde til irritasjon i mitt arbeid.	()	()	()	()
117. Du har ikke tid til å ta deg tilstrekkelig av pasienter eller pårørende.	()	()	()	()
118. Dødsfall blant dine pasienter	()	()	()	()
119. Pasienters liv avhenger av din oppmerksomhet og vurdering.	()	()	()	()
120. Du må informere pasienten om at han/hun har en livstruende sykdom.	()	()	()	()
121. Du må informere foreldre/ pårørende om at pasienten har en livstruende sykdom.	()	()	()	()
122. Du kjenner til en pasients (families) behov for støtte, men presset fra andre oppgaver gjør at du ikke kan yte tilstrekkelig hjelp / støtte.	()	()	()	()
123. Foreldre må avvises på grunn av tidspress.	()	()	()	()
124. Du må samtale med pasienter eller pårørende om tema du opp- lever som vanskelige å snakke om (f. eks. død, prognose osv.)	()	()	()	()
125. Du opplever deg så truet av overgrep fra pasienter at du i perioder føler deg engstelig for din egen sikkerhet.	()	()	()	()
126. Du opplever medisinsk- / etiske konflikter i arbeidet.	()	()	()	()

Hvis ja, kan du spesifisere hvilke

.....

INSTRUKSJON

Kryss av for hvert utsagn det svar som best reflekterer hvor mye du er enig eller uenig i hvert utsagn. Svar i hvert tilfelle slik du for tiden føler deg.

	(1) Er meget enig	(2) For det meste enig	(3) Litt enig	(4) Litt uenig	(5) For det meste uenig	(6) Er meget uenig
127 Jeg føler meg trett under arbeidsdagen.....	()	()	()	()	()	()
128 I det siste har jeg vært borte fra jobben på grunn av enten forkjølelse, influensa, feber eller andre sykdommer.....	()	()	()	()	()	()
129 Av og til mister jeg besinnelsen og blir sint på jobben.....	()	()	()	()	()	()
130 Alle mine arbeidsvaner er gode og ønskverdige	()	()	()	()	()	()
131 Jeg opplever hodepine mens jeg er på arbeid..	()	()	()	()	()	()
132 Etter arbeidstid føler jeg for å slappe av med en drink eller et glass øl.....	()	()	()	()	()	()
133 Jeg kommer aldri med sladder om andre jeg jobber sammen med.....	()	()	()	()	()	()
134 Jeg føler at arbeidspresset har vært med- virkende til ekteskapelige- og familie- vanskeligheter i mitt liv.....	()	()	()	()	()	()
135 Jeg er aldri sen til en avtale.....	()	()	()	()	()	()
136 Jeg har ofte ønske om å ta medikamenter (f.eks. beroligende medikamenter) for å roe meg ned på arbeid.....	()	()	()	()	()	()
137 Jeg har mistet interessen for pasientene og jeg har en tendens til å behandle dem på en fjern, nesten mekanisk måte.....	()	()	()	()	()	()
138 På arbeid tenker jeg av og til på ting som jeg ikke vil at andre skal vite noe om.....	()	()	()	()	()	()
139 Jeg føler meg ofte motløs på arbeid og jeg tenker ofte på å slutte.....	()	()	()	()	()	()
140 Jeg blir hyppig sint og irritert på pasientene.....	()	()	()	()	()	()
141 Jeg er av og til irritabel på arbeid.....	()	()	()	()	()	()
142 Jeg har vanskeligheter med å omgås mine medarbeidere.....	()	()	()	()	()	()
143 Jeg er meget opptatt av mitt eget velvære og min egen lykke.....	()	()	()	()	()	()
144 Jeg forsøker å unngå mine overordnede.....	()	()	()	()	()	()
145 Jeg liker virkelig alle mine arbeidskolleger.	()	()	()	()	()	()
146 Jeg gjør alltid det som er forventet av meg på arbeid, uansett hvor besværlig det kan være å gjøre det.....	()	()	()	()	()	()
147 Jeg har hatt noen problemer med å utføre arbeidet i det siste på grunn av lite samarbeidsvillige pasienter.....	()	()	()	()	()	()
148 Alle regler og reguleringer på arbeidsstedet hindrer meg i å utføre mine arbeidsplikter optimalt.....	()	()	()	()	()	()
149 Av og til utsetter jeg arbeid til i morgen som jeg burde gjøre i dag.....	()	()	()	()	()	()
150 Jeg forteller ikke alltid sannheten til mine overordnede eller medarbeidere.....	()	()	()	()	()	()
151 Jeg opplever arbeidsomgivelsene deprimerende.	()	()	()	()	()	()
152 Jeg føler meg lite kreativ og understimulert i arbeidet.....	()	()	()	()	()	()
153 Jeg tenker ofte på å finne meg en ny jobb....	()	()	()	()	()	()
154 Engstelse omkring arbeidet mitt har virket inn på søvnen min.....	()	()	()	()	()	()
155 Jeg føler det er små sjanser til forfremmelse på mitt arbeidssted.....	()	()	()	()	()	()
156 Jeg unngår samvær med pasientene på jobben...	()	()	()	()	()	()

**

*

Ethvert menneske har sin personlige opplevelse av sin egen arbeidssituasjon og hvordan man fungerer i denne. Hensikten med følgende spørsmål er å få tak i hva slags reaksjoner som er typiske for deg i arbeidssituasjonen.

Nedenfor er det presentert parvise beskrivelser av en rekke reaksjoner, tanker og følelser som kan være typiske for en person i en arbeidssituasjon.

Eksempel:

Jeg er vanligvis plaget av søvnløshet i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner.

1 2 3 4 5

Jeg er sjelden plaget av søvnløshet i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner.

INSTRUKSJON.

Vurder hvilke av de to beskrivelser som passer best for deg. Hvis du vanligvis er plaget av søvnløshet i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner setter du kryss på linjen over tallet 1. Hvis du mener at "vanligvis" er et for sterkt uttrykk, men at du likevel ofte er plaget av søvnløshet kan du krysse av over 2 - tallet.

Hvis du sjelden er plaget av søvnløshet krysser du av over 5 - tallet. Hvis du mener at "sjelden" ikke helt passer, at du noen ganger har problem med å sove, kan du krysse av over 4 - tallet. Hvis du enkelte ganger er plaget av søvnløshet, mens du andre ganger ikke er det, og det ene ikke er mer typisk enn det andre, kan du krysse av over 3 - tallet, midt på skalaen.

157. Jeg er vanligvis plaget av søvnløshet i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner.

1 2 3 4 5

Jeg er sjelden plaget av søvnløshet i forbindelse med krevende arbeidssituasjoner.

158. Når jeg står overfor arbeidsoppgaver som jeg har god erfaring med pleier jeg å være optimistisk og ha gode forhåpninger til det jeg skal gjøre.

1 2 3 4 5

Selv om jeg har gode erfaringer, pleier jeg å være pessimistisk og tro det verste.

159. Jeg er som regel godt konsentrert og innstilt på å yte mitt beste foran en arbeidsdag.

1 2 3 4 5

Jeg er ofte trøtt og lei foran en arbeidsdag og ønsker at dagen var over.

160. Jeg tenker ofte på hvor ubehagelig det ville vært hvis jeg ikke strekker til og får kritikk for dette.

1 2 3 4 5

Jeg er som regel lite opptatt av det som vil skje hvis jeg ikke strekker til.

(forts.)

161. Jeg pleier å være engstelig og nervøs foran krevende arbeids-
situasjoner. 1 2 3 4 5

Jeg er som regel lite plaget av angst og nervøsitet foran krevende arbeidssituasjoner.

162. I forbindelse med krevende arbeidssituasjoner er jeg ofte usikker på om jeg har personlige og faglige forutsetninger for å gjøre et godt arbeid. 1 2 3 4 5

Jeg har som regel bra selvtillit og tror at mine personlige og faglige forutsetninger er gode nok.

163. Jeg opplever vanligvis krevende arbeidssituasjoner som utfordrende og stimulerende. 1 2 3 4 5

Jeg opplever krevende arbeidssituasjoner som truende og ubehagelige.

164. I forbindelse med krevende arbeidssituasjoner er jeg ofte plaget med kroppslige plager. 1 2 3 4 5

I forbindelse med krevende arbeidssituasjoner er jeg sjelden plaget med kroppslige plager.

165. Jeg synes som regel at jeg utfører arbeidet mitt bra. 1 2 3 4 5

Jeg er som regel ikke fornøyd med hvordan jeg utfører arbeidet mitt.

De neste spørsmålene har med forhold som ligger utover den direkte arbeidssituasjonen, men som er viktige for opplevelsen av livskvalitet og daglig trivsel. Det er viktig for forståelsen av helse og arbeidsbelastninger at vi får svar på disse spørsmålene.

166. Daglig arbeidsreise tur/retur antall minutter _____
(Ta også med eventuell levering av barn til dagmamma/barnehage) antall km _____

167. Hvordan reiser du? Går/sykler () 1
Motorisert () 2

168. Har du spesielle oppgaver/plikter/verv/ som krever mye av tiden din? Ja () 1
(Tillitsverv i yrkesorg. Verv i idrettslag, musikklag etc.) Nei () 2

169. Sammenlignet med vanlig dagarbeid, mener du at arbeidstidsordningen din (turnusarbeidet) hindrer deg å ha det samvær med ektefelle/barna som du skulle ønske?

A. Med ektefelle I høy grad () 1
I noen grad () 2
I liten grad () 3
Ikke i det hele tatt () 4

- | | | |
|--|----------------------------------|---------|
| B. Med barna | I høy grad | () 1 |
| | I noen grad | () 2 |
| | I liten grad | () 3 |
| | Ikke i det hele tatt | () 4 |
| 170. Er du fornøyd med boligforholdene? | Svært fornøyd | () 1 |
| | Fornøyd | () 2 |
| | Hverken fornøyd eller misfornøyd | () 3 |
| | Misfornøyd | () 4 |
| | Svært misfornøyd | () 5 |
| 171. Hvordan ville du si at den økonomiske situasjon i din husstand er? | Svært god | () 1 |
| | God | () 2 |
| | Mindre god | () 3 |
| | Heller dårlig | () 4 |
| | Vet ikke | () 5 |
| 172. Har du tid og anledning til å ha den kontakt du ønsker med den <u>nære</u> familie? | I høy grad | () 1 |
| | I noen grad | () 2 |
| | I liten grad | () 3 |
| | Ikke i det hele tatt | () 4 |
| 173. Har du tid og anledning til å ha den kontakt du ønsker med den øvrige slekt og venner? | I høy grad | () 1 |
| | I noen grad | () 2 |
| | I liten grad | () 3 |
| | Ikke i det hele tatt | () 4 |
| 174. Er du ofte sammen med venner eller naboer i hyggelig samvær? | Ofte | () 1 |
| | Noen ganger | () 2 |
| | Sjelden | () 3 |
| | Aldri | () 4 |
| 175. Har du det siste året opplevd en eller flere spesielt opprivende hendelser? (f. eks. dødsfall, skilsmisse, atskillelse fra nære venner, etc.) | I høy grad | () 1 |
| | I noen grad | () 2 |
| | I liten grad | () 3 |
| | Ikke i det hele tatt | () 4 * |

176. Alt i alt hvor fornøyd er du med din livssituasjon når du tar både jobb og fritid i betraktning?

Svært fornøyd () 1
 Fornøyd () 2
 Verken fornøyd eller misfornøyd () 3
 Misfornøyd () 4
 Svært misfornøyd () 5

De følgende spørsmålene er knyttet til helse og helsevaner. De gir oss anledning til å lære mer om samspeillet mellom livs- og arbeidssituasjon og helse. Prøv å svare så godt og utfyllende som mulig, bruk skjønn der du er usikker.

177. Hvor mange dager sykefravær har du hatt de siste 12 mnd.? (Skriv antall dager ialt) Antall dager _____
178. Hvor mange ganger har du vært til lege det siste året?
 Ingen ganger () 1
 1 gang () 2
 2-3 ganger () 3
 4-6 ganger () 4
 7-12 ganger () 5
 Mer enn 12 ganger () 6
179. Røker du? (Kryss av for antall sigaretter eller tilsvarende antall sigaretter pr.dag)
 Nei () 1
 Av og til () 2
 1-5 sigaretter () 3
 6-15 sigaretter () 4
 Mer enn 15 sig. () 5
180. Bruker du hodepinetabletter/smertestillende tabletter? (Gjør en skjønnsmessig vurdering)
 Aldri () 1
 under 1 gang pr uke () 2
 Ca. 1 gang pr. uke () 3
 2-3 ganger pr. uke () 4
 Mer enn 3 g. pr. uke () 5
181. Bruker du beroligende midler i løpet av dagen?
 Aldri () 1
 Enkelte ganger () 2
 I perioder () 3
 Regelmessig () 4
182. Driver du selv med en eller flere former for trening, fysisk aktivitet eller mosjon i fritiden utenom feriene? (Lettere former for mosjon som turgåing av minst et par timers varighet regnes også med).
 Ja () 1
 Nei () 2 **

Hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder vært plaget av noen av disse KROPPSLIGE OG PSYKISKE PLAGENE:

(Sett ett kryss ved hvert spørsmål).

	<u>1</u> Ofte	<u>2</u> Noen ganger	<u>3</u> Sjelden	<u>4</u> Aldri	
183. Hjerteklapp (nervøst hjerte)...	()	()	()	()	
184. Hodeverk.....	()	()	()	()	
185. Magesyre (halsbrann).....	()	()	()	()	
186. Vondt i magen.....	()	()	()	()	
187. Diare.....	()	()	()	()	
188. Forstoppelse.....	()	()	()	()	
189. Hyppig vannlating.....	()	()	()	()	
190. Svette i hendene.....	()	()	()	()	
191. Kvalme.....	()	()	()	()	*
192. Svimmelhet.....	()	()	()	()	
193. Muskelspenninger/stramninger...	()	()	()	()	
194. Vondt i ryggen.....	()	()	()	()	
195. Pustevansker.....	()	()	()	()	
196. Utslett/eksem.....	()	()	()	()	
197. Gikt/revmatisme.....	()	()	()	()	
198. Dårlig appetitt.....	()	()	()	()	
199. Søvnvansker.....	()	()	()	()	*
200. Angst/nervøsitet.....	()	()	()	()	
201. Depresjon/tungsinn.....	()	()	()	()	
202. Trøtthet.....	()	()	()	()	
203. Irritabilitet.....	()	()	()	()	
204. Forkjølelse.....	()	()	()	()	
205. Hoste.....	()	()	()	()	
206. Verk i skuldre og armer.....	()	()	()	()	
207. Verk i legger og lår.....	()	()	()	()	
208. Hørselvansker.....	()	()	()	()	
209. Blir fort trett.....	()	()	()	()	
<u>GJELDER KVINNER:</u>					
210 Sterke menstruasjonssmerter....	()	()	()	()	
211 Uregelmessige blødninger.....	()	()	()	()	
212. Alt i alt, hvordan vil du vurdere din generelle helsetilstand?		Svært bra Bra Mindre bra	() 1 () 2 () 3		*

Etter vår mening er det viktig at de som besvarer et spørreskjema ikke bare krysser av faste oppsett, men også får anledning til å uttrykke sin mening med egne ord. (Legg gjerne ved et eget ark om du ikke får plass på denne siden).

213. Hva synes du er mest tilfredsstillende ved arbeidet ditt?
(Nevn f.eks. 5 ting?)

214. Hva synes du er minst tilfredsstillende ved arbeidet ditt?
(Nevn f.eks. 5 ting)

215. Hvilke endringer (reformer) ved sykehusets drift mener du er mest påkrevet?

216. Om du mener det er viktige forhold omkring arbeidssituasjonen som er utelatt i spørreskjemaet, eller du har andre kommentarer, kan du skrive her:

TAKK FOR DELTAGELSEN!