



En studie av sammenheng mellom forhold i arbeidssituasjon og indikasjon på
utbrenthet blant ansatte ved et psykiatrisk sykehus

Øyvind Meyer

Hovedfagsoppgave

Helsefag hovedfag

Studieretning helsefremmende arbeid/helsepsykologi
Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet
HEMIL-Senteret
Universitetet i Bergen

Høst 2002

Forord

Arbeidet med hovedfagsoppgaven har vært en lærerik og inspirerende prosess. Ved avslutningen av studiet ønsker jeg å benytte anledningen til å takke flere personer.

Jeg vil først og fremst benytte anledningen til å takke alle respondentene som ønsket å delta i undersøkelsen, uten dem hadde ikke denne oppgaven blitt til. En stor takk rettes til min veileder Therese Andrews ved HEMIL-Senteret, Universitetet i Bergen. Hun fortjener mye ros for gode råd, verdifulle tilbakemeldinger og støtte under hele skriveprosessen. Therese har fremstått som en dyktig veileder og har både vært tilgjengelig og fleksibel i forbindelse med oppgaveveiledningen.

Jeg vil også takke Jørn Hetland for nyttige råd og konstruktiv kritikk i bruk av SPSS. Takk til Stig Berge Mathiesen for kommentarer til oppgaven og tillatelse for bruk av spørreskjema. En takk rettes også til Erik Fie Mathiesen som har vært villig til å dele erfaringer og tanker under arbeidet med sin egen hovedfagsoppgave.

25. oktober 2002 Øyvind Meyer

INNHold

1.0 Innledning	side 7
1.1 Tema i undersøkelsen	side 7
1.2 Bakgrunn for valg av studiefelt	side 8
1.3 Tidligere forskning	side 11
3.1.1 Utbrenthet	side 11
3.1.2 Sammenheng mellom sosial støtte og utbrenthet	side 12
3.1.3 Sammenheng mellom lederstil og utbrenthet	side 15
1.4 Avgrensing av oppgaven	side 16
1.5 Problemstilling	side 17
2.0 Begrepsavklaring	side 19
2.1 Utbrenthet	side 19
2.1.1 Opphav til begrepet	side 19
2.1.2 Forsøk på å klargjøre begrepet utbrenthet	side 20
2.1.3 Utbrenthet som en sosial konstruksjon	side 23
2.1.4 Konsekvenser av utbrenthet	side 24
2.2 Sosial støtte	side 26
2.3 Lederstil	side 29
3.0 Metode	side 31
3.1 Valg av metode	side 31
3.2 Utvalget som deltar i undersøkelsen	side 31
3.3 Avhengig og uavhengige variabler i undersøkelsen	side 35
3.4 Spørreskjemaet	side 35
3.5 Gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen	side 37
3.6 Reliabilitet og validitet	side 38
3.6.1 Reliabilitet for spørreskjemaet i undersøkelsen	side 39
3.6.2 Validitet for spørreskjemaet i undersøkelsen	side 40

3.7	Forskningsetiske implikasjoner	side 42
3.8	Analyse av data	side 44
4.0	Resultater	side 46
4.1	Utbrenthetsnivået i undersøkelsen	side 46
4.1.1	Utbrenthetsnivå for hele utvalget	side 46
4.1.2	Utbrenthetsnivå ved de ulike avdelingene	side 47
4.1.3	Utbrenthetsnivå i forhold til ansiennitet og stillingsprosent	side 48
4.1.4	Utbrenthetsnivå i forhold til kjønn	side 49
4.1.5	Utbrenthetsnivå for de ulike yrkesgruppene	side 49
4.2	Opplevd sosial støtte	side 51
4.3	Opplevd lederstil	side 54
4.4	Sammenheng mellom utbrenthet og sosial støtte, lederstil	side 57
5.0	Diskusjon	side 58
5.1	Utbrenthetsnivå for hele utvalget	side 58
5.2	Sammenheng mellom ulike bakgrunnsvariabler og utbrenthet	side 58
5.3	Sammenheng mellom sosial støtte, lederstil og utbrenthet	side 61
5.4	Diskusjon av metode	side 63
5.5	Konklusjon	side 67
5.6	Forslag til videre forskning	side 68
Referanser		side 69
Apendix 1	Tabeller og figurer	

SAMMENDRAG

Målet med denne undersøkelsen var å se på sammenheng mellom forhold ved arbeidssituasjon og indikasjon på utbrenthet blant ulike yrkesgrupper ved et psykiatrisk sykehus i Norge.

I alt deltok 117 sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere fra 4 ulike avdelinger i spørreskjemaundersøkelsen. Det ble oppnådd en svarprosent på 59 prosent. For å kunne delta i undersøkelsen måtte respondentene oppfylle visse inklusjonskriterier: de måtte arbeide i pleiegruppen og ha en stillingsprosent på 50 prosent eller mer.

Deltakerne fylte ut et 4 siders spørreskjema (48 spørsmål). Dette skjemaet bestod av to standardiserte spørreskjema, Bergen Burnout Indicator og QPSNordic.

De fleste respondentene viste liten eller ingen indikasjon på utbrenthet. Omlag $\frac{1}{4}$ av respondentene viste indikasjon på at de var utbrent eller på grensen til utbrenthet.

Undersøkelsen viste at det var en signifikant sammenheng mellom opplevd sosial støtte fra medarbeidere, lederstil og utbrenthet. Det var også signifikant forskjell mellom stillingsprosent og utbrenthet. Men det var ingen statistisk signifikant forskjell i indikasjon på utbrenthet knyttet til kjønn, yrke, type avdeling eller ansiennitet.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the connection between different conditions at work and burnout among several occupational groups at a psychiatric hospital in Norway.

117 employees from 4 different wards participated in the questionnaire. Employees who fulfilled certain criteria had the opportunity to participate in the study. It was achieved a response rate of 59 per cent.

The participants filled out a 4-paged questionnaire (48 questions). The questionnaire consisted of two standardised questionnaires, Bergen Burnout Indicator and QPSNordic.

The majority of the employees in this study, showed little or none indication of burnout.

Approximately $\frac{1}{4}$ of the participants obtained a burnout level which indicates that they were either burned out or about to get burned out. The study showed that there was a statistic significant connection between perceived social support from colleagues, leadership and burnout. There were also a significant difference between workload and burnout.

There was no statistic significant difference in indications of burnout among sex, occupations, wards or seniority.

1.0 Innledning

1.1 Tema i undersøkelsen

Med arbeidserfaring fra både somatisk og psykiatrisk sykehus, har jeg fått kjennskap til ulike arbeidsmiljø i helsevesnet. Disse erfaringene har utviklet seg til interesse for hvordan arbeidstagere blir påvirket av det arbeidsmiljøet, som preger hverdagen deres. Med denne oppgaven håper jeg å kunne bidra til økt kunnskap om viktige sammenhenger i arbeidsmiljøet til ansatte i psykiatriske institusjoner.

Denne oppgaven retter søkelyset mot indikasjon på utbrenthet blant yrkesgrupper som arbeider med psykiatriske pasienter. Faktorer i arbeidsmiljøet som opplevd sosial støtte og opplevd lederstil blant de ansatte står sentralt i denne oppgaven. Undersøkelsen som oppgaven bygger på er gjennomført ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Ulike yrkesgrupper ved det aktuelle sykehuset er respondenter i spørreundersøkelsen. Sentrale faktorer som utbrenthet, ulike typer sosial støtte og ulike former for lederstil, vil utgjøre det teoretiske rammeverket i oppgaven. Disse faktorene vil bli diskutert opp mot de resultatene som blir gjort i undersøkelsen og sammenlignet med andre tilsvarende undersøkelser fra helsevesenet i Norden.

1.2 Bakgrunn for valg av studiefelt

Mange av dem som er ansatt i omsorgsarbeid, opplever å bli slitne og psykisk nedbrutte (Roness, 1995). Det er krevende å arbeide med andre mennesker. Det krever energi å kunne forholde seg til krisefylte situasjoner, å være tålmodig ovenfor frustrasjoner, å være forståelsesfull og å vise medfølelse, når man er omgitt av angst, smerte, aggresjon og skam (Maslach, 1989). Den mest fundamentale forskjellen mellom helsearbeid og andre typer arbeid, er at personalet kommer i nær kontakt med lidende mennesker og må aktivt arbeide med sykdom, lidelse, sorg og død (Theorell, 1993; ref. Guldvog, 1997). Møtet med lidende er noe som kan gjennomsyre de ansattes arbeidsdag og arbeidssituasjon, og krever derfor en stadig psykisk tilpasning. Møte med lidende og følelsesmessige konfrontasjoner kan innebære en stor risiko i arbeidsmiljøet og kan lede til utbrenthet (Guldvog, 1997).

Roness hevder at ansatte innen helsesektoren (leger, sykepleiere, hjelpepleiere) er særlig utsatte yrker hvor en stadig opplever belastninger, som kan føre til utbrenthet (Roness, 1995).

En psykiatrisk institusjon er regnet for å være en særlig belastende arbeidsplass. De ansatte er utsatt for fysisk vold så vel som psykisk vold, i form av trusler og sjikane. De bruker seg selv personlig i arbeidet, man må gjerne gi, ofte uten verken å møte takknemlighet eller å få noe tilbake (Roness, 1995). Matthiesen (1985) hevder at det å arbeide på en psykiatrisk avdeling på flere områder er vesentlig forskjellig fra det å arbeide på somatiske eller medisinske avdelinger. På de fleste psykiatriske avdelinger består hovedtyngden av hjelperens arbeid i den direkte sosiale kontakt med pasientene. Kanskje mer enn i andre hjelpedisipliner er det særlig innenfor psykiatrien at hjelperens viktigste arbeidsredskap er seg selv.

En undersøkelse fra ti psykiatriske avdelinger i Norge viste at 96% av personalet i lukkede psykiatriske akuttavdelinger, er blitt truet fysisk av pasienter. Nesten alle har opplevd slag, spark, biting, lugging, spyting eller kloring fra pasienter (Berg og medarbeidere 1993; ref. Roness, 1995). Antall skademeldinger øker for hvert år. Mange har motforestillinger mot å gå på vakt ved slike avdelinger, fordi de står i fare for å bli utsatt for vold eller trusler. Tidligere har det blitt hevdet at psykiatriske pasienter ikke sto for voldsforbrytelser, men senere er det imidlertid dokumentert at spesielt schizofrene pasienter er mer voldelige enn tidligere (Rones, 1995).

Arbeid med innlagte psykiatriske pasienter gir sjelden alvorlige fysiske skader. Derimot er de følelsesmessige konsekvensene trolig langt mer alvorlige. Høy grad av aggressiv adferd vil kunne skade postmiljøet og moralen til helsearbeiderne. Hvilket forhold hjelperen har til pasientene, er av betydning for opplevelsen av stress og belastninger i hjelpeprofesjonene. Ulike undersøkelser har påvist en klar sammenheng mellom utbrenthet og i hvilken grad hjelperen opplever pasientene som negative og fiendtlige innstilte, eller som lite motiverte til å følge gjeldene behandlingsopplegg (Maslach, & Jackson, 1979; ref. Matthiesen, 1985). Også Noble (1997) hevder at aggressiv adferd i avdelingen medvirker til utbrenthet hos personalet.

Et særtrekk ved psykiatrien er at mange av pasientene er tvangsinnlagt, fordi de motsetter seg behandling og ikke ser nødvendigheten av å få hjelp. Pasienter i denne kategorien utgjør en viss gruppe av alle psykiatriske pasienter og skiller seg vesentlig fra majoriteten av somatiske pasienter, som selv oppsøker og ønsker hjelp for sine lidelser. Ved sykehuset i denne undersøkelsen er 25% av pasientene lagt inn under § 5 som gjelder tvungen innleggelse (Årsmelding for aktuelt sykehus, 2000).

Med bakgrunn i dette er det viktig å se på arbeidsforholdene til dem som er hjelpere og omsorgsytere innen helsesektoren. Forhold som kan forklare de belastningene som fører til at helsearbeidere blir sykemeldte, eller slutter fordi de ikke orker arbeidet sitt lenger. Det er imidlertid også nyttig å se på forhold som kan være med å bidra til bedre arbeidsforhold for hjelpere og omsorgsytere. Forskning tyder blant annet på at sosial støtte fra kollegaer i form av vennskap og hjelp/støtte, kan være et viktig element i en arbeiders tilfredshet med jobben og opplevelsen av utbrenthet. En rekke studier har påvist en korrelasjon mellom utbrenthet og mangel på sosial støtte (for en oversikt se Bruke & Richardsen, 1993).

Også lederstil har vist seg å ha betydning for underordnede sin opplevelse av velvære og helse (Skogstad, 1996). Gjennom sin lederfunksjon kan ledere på ulike nivå være viktige kilder for sosial støtte. Således vil ledere og deres lederstil enten være en viktig kilde til belastninger eller en kilde til positiv påvirkning, for den enkelte ansatt (Skogstad, 1996). Det finnes imidlertid svært få undersøkelser som har evaluert og sett på effekten av ulike ledelsesstrategier (Bruke & Richardsen, 2000).

Et godt arbeidsmiljø er viktig ikke bare for de ansatte, men er også nødvendig for at pasienter og pårørende kan få den hjelpen de trenger. Internasjonalt er en blitt mer opptatt av at det er en sammenheng mellom arbeidsmiljøforhold for personalet og kvaliteten på behandling, pleie og omsorg (Karasek & Theorell, 1990; ref. Guldvog, 1997).

1.3 Tidligere forskning

1.3.1 Utbrenthet

Forskning på problemet med fysisk og psykisk utslitthet og utbrenthet blant hjelpere, blir ofret oppmerksomhet i mange land. Internasjonalt har man studert stress hos sykepleiere, men det er først i løpet av siste tiår, at det emosjonelle arbeidet er fokusert som en særegen side ved pleiarbeidet (Erickson & Warthon, 1996, Sørensen, 1996; ref. Guldvog, 1997).

I Norge er det foretatt en rekke empiriske studier på utbrenthet, blant annet på sykehusansatte leger, sykepleiere og hjelpepleiere (Matthiesen & Asbjørnsen, 1986), kvinnelige ansatte i psykiatrien/helsevern for psykisk utviklingshemmede (Raknes, Røkkum & Sletten 1988), allmennpraktiserende leger (Matthiesen & Hellesøy, 1988), yrkesundersøkelse av hjelpepleiere (Skogstad, Matthiesen & Hellesøy, 1990), og ansatte i pleie og omsorg (Skogstad, 1996). Felles for disse studiene var at hjelpepleierene var den yrkesgruppen med høyest prosentandel som kunne karakteriseres for å være utbrente. Unntaket er Matthiesen & Asbjørnsen (1986) som ikke fant nivåforskjeller mellom yrkesgruppene.

Antagelsen om yrkesforskjeller i utbredelsen av utbrenthet styrkes av flere studier som er gjennomført i Norge. Flere undersøkelser på utbrenthet som er samlet i en norsk database med i alt 3582 respondenter viser at hjelpepleiere og pedagogisk psykologisk rådgivere er hardest rammet, mens psykologer rapporterer lavest nivå av utbrenthet. Hjelpepleierne kommer i ovennevnte undersøkelser også dårligst ut (prosentfordeling) når man sammenligner yrkesgruppene fra sårbarhetsgrupper, noe som indikerer at man står på terskelen eller er i fare for å bli utbrent (Matthiesen, 2000).

I en arbeidsmiljøundersøkelse innenfor pleie- og omsorgstjenestene i to nabokommuner i Norge (Bella - prosjektet) kom det frem at deltakerne i prosjektet kom ut med de høyeste skårene både med hensyn til emosjonell utmattelse og dårlig selvbilde, sammenlignet med et internasjonalt tallmateriale (Maslach & Jackson 1986; ref, Skogstad 1996). Dette tyder på at det var mange som var sterkt belastet eller utbrente i prosjektområdet.

I litteraturen finner en små forskjeller mellom menn og kvinners sårbarhet for å utvikle utbrenthet (Cordes & Dougherty, 1993; ref. Matthiesen, 2000). Yngre synes å bli rammet av utbrenthet i større grad enn eldre arbeidstagere, muligens på grunn av at de er mer sårbare som følge av manglende erfaring (Matthiesen,2000). Høye krav til egen innsats, ofte kombinert med urealistiske forventninger for hva man kan utrette i sitt arbeid har vist seg å være en sentral kilde i utvikling av utbrenthet. Mange helse- og omsorgsarbeidere er særlig utsatte for utbrenthet, fordi de gjennom yrkesutdannelsen får urealistiske forventninger knyttet til den jobben de blir satt til å gjøre. Unge og nyutdannede mennesker innen omsorgs- og hjelperyrkene kan sies å utgjøre en risikofaktor med hensyn til utvikling av utbrenthet (Leiter,1991; ref. Skogstad, 2000).

En har også funnet at gifte personer og personer med barn rapporterer lavere nivå av utbrenthet enn ugifte. Familiært nettverk fungerer muligens som buffer mot utbrenthet på jobben. Dette gjelder også for sosial støtte som er postulert å være en moderator eller buffer mot utvikling av negative belastninger, som blant annet utbrenthet (Matthiesen, 2000).

1.3.2 Sammenheng mellom sosial støtte og utbrenthet

I relasjon til utbrenthet er det særlig blitt forsket på to former for sosial støtte. Det er sosial støtte fra kollegaer og ledere, og sosial støtte utenfor jobben, primært fra familien (Bruke & Richardsen, 1993).

Flere studier indikerer at sosial støtte fra ledelse eller overordnede er viktige i opplevelsen av utbrenthet. Mangel på sosial støtte fra overordnede synes å være en viktig faktor som fører til utbrenthet (Bruke & Richardsen, 1993). Det har blitt hevdet at forholdet til de overordnede er sterkt assosiert med emosjonell utmattelse, fordi overordnede ofte er kilden til jobbkrav som stilles til de ansatte (for en oversikt se Bruke & Richardsen, 1993). Tilbakemelding på arbeidsutførelse og anerkjennelse for innsats, er kvaliteter mange savner i dagens arbeidsliv (Einarsen, Raknes, Matthiesen et al., 1994; ref. Skogstad & Einarsen, 1995).

Flere undersøkelser har vist at kollegastøtte medvirker til å hindre utvikling av utbrenthet (se for eksempel Berkeley Planning Associates, 1977; Pines & Kafry, 1978; ref. Matthiesen, 1985). Jo mer støtte en opplever at en får fra sine kolleger, jo lavere indikasjon på utbrenthet (Matthiesen, 1985). Sosial støtte vil også kunne hjelpe en ansatt til å takle stress og utbrenthet (Bruke & Richardsen, 1993).

Sosial støtte har med bakgrunn i ovennevnte studier blitt postulert som en buffer mot belastninger i jobben og opplevelsen av utbrenthet. Andre studier har imidlertid vist at sosial støtte kun i liten grad har virket som en buffer eller moderator mot jobbstress og belastninger som utbrenthet. Disse studiene har derimot indikert en direkte sammenheng mellom sosial

støtte og utbrenthet, noe som kan bety at mangel på sosial støtte bidrar direkte til høyere grad av utbrenthet (Bruke & Richardsen, 1993).

I Bella-prosjektet fra 1994 (Skogstad, 1996), svarte to av tre respondenter at de føler seg trygge og at de kan være åpen og ærlige mot arbeidskolleger. Tre av fire bekreftet at kolleger ville stille opp hvis de trengte praktiske råd eller hjelp i arbeidet. Og åtte av ti opplevde at de vanligvis ble behandlet rettferdig på jobben. Likevel kom deltakerne ut med høy skåre med hensyn til utbrenthet. Dette forklarer Skogstad med at overbelastning i form av tidspress, forventningspress, tungt fysisk arbeid og understimulering med hensyn til forhold som læring, utvikling, belønning for innsats og egenkontroll utgjør hverdagen ved denne typen arbeidsplass.

Studier som har sett på sosial støtte fra familie og venner, gir mye de samme motstridene oppfatningene som ovennevnte studier om sosial støtte fra kollegaer og overordnede. Mens flere studier indikerer at mangel på støtte fra venner og familie øker opplevelsen av utbrenthet for hjelpere og ansatte i omsorgsykker (for oversikt se Bruke & Richardsen, 1993), har andre studier ikke funnet noen sammenheng mellom utbrenthet og sosial støtte fra venner og familie (Constable & Russell, 1986; Ross, Altmeier & Russell, 1989; Altmeier & Van Velzen, 1987).

1.3.3 Sammenheng mellom lederstil og utbrenthet

God ledelse kan aldri fjerne alle belastningene i arbeidslivet, men god ledelse kan forebygge de langvarige og nedbrytende konsekvensene som man forbinder med begrepet utbrenthet (Roness & Matthiesen, 2002). Studier av "helsefarlig" ledelse indikerer at destruktiv ledelse kan ha meget dramatiske konsekvenser for de underordnede sin helse og jobbtrivsel.

Helsefarlig ledelse kjennetegnes av gjentatte angrep på medarbeideres ære og identitet.

Konsekvensene av å oppleve en konflikt med sin leder varierer naturligvis mye fra menneske til menneske, men svært mange forteller om sammenbrudd eller lignende tilstander. Det er bemerkelsesverdig hvor langvarige virkninger slike påkjenninger synes å ha. Mange intervjuobjekter har slitt med ettervirkninger i en årrekke. Mange sitter også igjen med en bitterhet og med redusert arbeidskapasitet etter sjokkerte opplevelser med en eller flere ledere på arbeidsplassen (Kile, 1990).

Kile (1990) dokumenterte gjennom en intervjuundersøkelse en rekke forekomster av helsefarlig lederskap i kraft av manipulerende, trakasserende og despotisk lederutøvelse (se også Skogstad & Einarsen, 1995). Cooper og medarbeidere påpeker at dårlige relasjoner på jobben kommer til uttrykk i form av lav tillit, lav sosial støtte og lite engasjement i forhold til problemløsning på arbeidsplassen (Cooper, 1987; ref. Skogstad & Einarsen, 1995). I en undersøkelse fra 1997 fant Skogstad at destruktiv ledelse viste sammenheng med ansatte sin opplevelse av helse (se også Dallner et al., 2000).

Den internasjonale faglitteraturen påpeker at anerkjennelse og ros er noe av det ledere neglisjerer mest, dette til tross for at det kan være noe av det mest effektive som finnes for å fremme tilhørighet, tilfredshet og gode samarbeidsforhold med og blant de underordnede

(Yukl, 1998; ref. Colbjørnsen, Drake & Haukedal, 2001). Dette støttes av Leiter og Maslach (1988) som anser at støtte og oppmuntring fra ledelsen er viktig for opplevelsen av å takle jobbstress og redusere faren for utbrenthet (Leiter & Maslach, 1988; ref. Dallner et al., 2000).

1.4 Avgrensning av oppgaven

Et arbeidsmiljø som helhet er påvirket av mange ulike faktorer. I denne oppgaven rettes fokus mot de belastningene som kan føre til utbrenthet hos mennesker som arbeider i pleiegruppen til psykiatriske pasienter til daglig. Faktorer som ledestil og sosial støtte på arbeidsplassen er også vektlagt i denne oppgaven. I følge litteraturen er dette ansett å være sentrale faktorer i et arbeidsmiljø. Det er likevel viktig å innse at det finnes andre betydningsfulle sider ved et arbeidsmiljø som påvirker arbeidslivet til de yrkesaktive.

Karasek og Theorell hevder at de krav som blir stilt til en arbeidstager påvirker arbeidstagerens helse og velvære. Karasek har utviklet en modell kjent som krav-kontroll-modellen. I følge denne modellen kan høye krav til arbeidstagerne kombinert med lav grad av kontroll hos arbeidstagerne, utgjøre en helserisiko (Karasek og Theorell 1990).

Personlige egenskaper er også avgjørende for hvordan man opplever og takler situasjoner i arbeidslivet. Flere studier legger stor vekt på personlige egenskaper til yrkesaktive og beskriver hvordan ulike personlighetstyper er utsatt for helserisiko og mistrivsel (Brandy og medarbeidere, 1959, Rosenman og medarbeidere, 1975, Friedman og medarbeidere, 1986; ref Knardahl, 2000).

Forhold utenfor arbeidssituasjonen kan også vise seg å skape problemer i arbeidet til yrkesaktive. Undersøkelser tyder på at mange ikke mestrer å kombinere arbeid og fritid uten at dette skaper problemer. Det finnes flere undersøkelser som dokumenterer at arbeidstagere opplever stress og får redusert fysisk og mental helse når yrkesliv og familieliv skal kombineres (Dixon, Dixon & Spinner, 1991, Cooper & Lewis, 1998; ref Thuen, 2000).

Arbeidsmiljøet kan som vist i avsnittene over ha stor betydning for kvaliteten på den hjelpen som blir tilbudt. I denne oppgaven vil imidlertid hovedfokus være rettet mot personalet, mens konsekvenser for pasientene og pårørende er underordnet. I min undersøkelse ser jeg nærmere på grad og eller indikasjon på utbrenthet ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Videre ønsker jeg å se på sammenhenger mellom og ulike forhold ved utvalget og utbrenthet. Hovedsakelig forhold som opplevd sosial støtte og lederstil, samt betydningen av forhold som kjønn, yrke, avdeling, stillingsprosent, ansiennitet og ansettelsesforhold.

1.5 Problemstilling

Hovedproblemstillingen i oppgaven er som følger:

- ❖ Kartlegge sammenhengen mellom ulike arbeidsforhold og indikasjon på utbrenthet blant arbeidstagere ved et psykiatrisk sykehus i Norge.

Delproblemstillinger:

1. Hvor stor er utbredelsen av utbrenthet på sykehuset generelt ?
2. Er det forskjell på utbrenthet blant personalet ved forskjellige typer avdelinger (sikkerhetsavdelinger, langtids-, korttidsavdelinger og mottaksavdeling/akuttmottak) ?

3. Er det forskjellige indikasjoner på utbredthet blant yrkesgruppene på sykehuset?
4. Er det sammenheng mellom grad av opplevd sosial støtte og indikasjon på utbredthet?
5. Er det sammenheng mellom rapportert lederstil og indikasjon på utbredthet?

2.0 Begrepsavklaring

2.1 Utbrenthet

2.1.1 Opphav til begrepet utbrenthet

Herbert Freudenberger gis gjerne æren for å ha lansert begrepet ”utbrenthet” i en artikkel fra 1974. Han beskriver utbrenthet som ”å mislykkes, bli utslitt eller utmattet gjennom overdreven bruk av energi, krefter eller ressurser” (Freudenberger, 1974; ref Matthiesen, 2000, side 288). Videre beskrev Freudenberger at det karakteristiske ved tilstanden utbrenthet er en kynisk innstilling til dem som hjelpes samt en rigid holdning hvor det er lite rom for fleksibilitet (Matthiesen, 2000).

Begrepet utbrenthet ble likevel brukt før Freudenberger lanserte begrepet i sin artikkel fra 1974. Allerede i 1915 beskrev blant annet Ludwig Wittenstein i et brev til en kollega at han følte seg ”brent ut” i forhold til sitt arbeid (Söderfeldt, 1997).

Nesten førti år senere publiserte Schwartz & Will en ”case study” om en sykepleier, Miss Jones. Hun arbeidet på en psykiatrisk avdeling og beskrev at hun hadde begynt å distansere seg fra sine pasienter, ble sint på dem, og opplevde dem som irriterende og storforlangende (Schwartz & Will, 1953; ref Söderfeldt, 1997). Historien om Miss Jones blir ofte regnet som et tidlig eksempel på utbrenthet (Söderfeldt, 1997).

På 1980-tallet ble begrepet utbrenthet lansert som et forskningsfelt innen ”human services”, i et forsøk på å beskrive hvordan det oppleves å arbeide blant mennesker i omsorgsyrkene. Da hadde den amerikanske psykoanalytikeren Herbert Freudenberger som kjent allerede blitt

regnet for å være den som lanserte begrepet utbrenthet. Siden har fenomenet utbrenthet høstet bred appell, både som forskningsfelt og som begrep for ansatte i omsorgsyrkene (Söderfeldt, 1997).

2.1.2 Forsøk på å klargjøre begrepet utbrenthet

Freundenberger beskrev utslitt og kynisk personell, som utbrente i forhold til sitt arbeid. Hans beskrivelser av utbrenthet var basert på observasjoner og klinisk erfaring av personer han oppfattet som utbrente. Freundenberger vurderte mange ulike symptomer, både fysiske og psykiske, som han regnet for å være tegn på utbrenthet. Freundenbergers forsøk på å klargjøre begrepet var preget av å være en *implisitt* oppfatning av å se på utbrenthet som et syndrom (Söderfeldt, 1997).

Christina Maslach, som per i dag er en av de ledende forskerne på feltet, beskriver utbrenthet som følelsesmessig utmattelse, en tilstand som særlig rammer mennesker i de såkalte hjelperyrkene (Maslach, 1982; ref. Matthiesen, 2000). Til forskjell fra Freundenberger beskriver Maslach utbrenthet *eksplisitt* som et syndrom. Et syndrom bestående av tre dimensjoner; følelsesmessig utmattelse eller tomhet, fremmedgjøring og en fornemmelse av personlig nederlag. Disse reaksjonene kan i følge Maslach oppstå hos mennesker, som på en eller annen måte arbeider med andre mennesker. Syndromet er en reaksjon på et kronisk følelsesmessig stress i arbeidet med andre mennesker, spesielt mennesker som er i nød eller mennesker som har problemer (Maslach, 1989).

Maslach utformet et måleinstrument på utbrenthet, the Maslach Burnout Inventory, (MBI), som var designet for å fange opp de tre dimensjonene i utbrenthet. MBI ansees for å være det mest brukte måleinstrumentet på utbrenthet og har spilt en viktig rolle for omfanget av forskning på utbrenthet (Söderfeldt, 1997).

Flere andre fremtredende teoretikere på feltet utbrenthet anser i likhet med Maslach, den følelsesmessige overbelastningen og den påfølgende følelsesmessige utmattelsen, å være selve kjernen i utbrenningsyndromet. Et menneske som blir umåtelig følelsesmessig engasjert, bruker av seg selv og blir deretter overveldet av de følelsesmessige krav, som andre stiller til han eller henne. Reaksjonen på denne situasjon er følelsesmessig utmattelse (Maslach, 1989). Emosjonell utmattelse som årsak til utbrenthet støttes av Pines & Aronsen (1988). De definerte utbrenthet som: ”en tilstand av fysisk, emosjonell, og mental utmattelse forårsaket av en langvarig involvering i situasjoner som er følelsesmessig krevende” (Pines & Aronson, 1988, s. 9).

Edelwich & Brodsky (1980) beskriver utbrenthet som en prosess, bestående av flere ulike stadier. Dette bildet av utbrenthet er basert på en rekke intervjuer og observasjoner av folk som har arbeidet med mennesker, i såkalte ”human services”. Første stadium er preget av entusiasme, en periode hvor arbeidstakeren har store forhåpninger til jobben de skal utføre. Ofte setter arbeidstakeren seg en rekke urealistiske målsetninger, uten å ha kjennskap til jobben de er satt til å utføre. Neste stadium beskriver Edelwich & Brodsky som stagnasjon, det oppstår når arbeidstakeren ikke klarer å innfri de målsetninger som han eller hun hadde satt seg. Stagnasjonsstadiumet kjennetegnes ved at arbeidstakeren fortsatt gjør jobben sin, men all entusiasme er borte. På det tredje stadiet kommer frustrasjonen og arbeidstakeren stiller spørsmål om verdien ved jobben sin. Man føler at det arbeidet man faktisk gjør ikke har

særlig nytte. Frustrasjonen leder til apati som er neste og fjerde stadium i utbrenningsprosessen. Arbeidstakere som utvikler apati er kronisk frustrert på jobb, og holdninger som at ”jobben bare er en jobb” gjør seg gjeldene. Siste og femte stadium kalles for intervensjonsstadiet. Intervensjonsstadiet kjennetegnes av de tiltak arbeidstakeren iverksetter som et resultat av å ha gått gjennom forestående stadiene med entusiasme, stagnasjon, frustrasjon og apati (Edelwich & Brodsky, 1980).

Intervensjonsstadiet fører til brudd i utbrenningsprosessen. Det finnes flere eksempler på ulike intervensjoner. Noen slutter i jobben, andre endrer oppfatning til selve jobben, eller endrer sitt syn på klientene, kollegaer og overordnede. En del arbeidstakere går tilbake til skolebenken, andre tar seg ferie, eller velger å rette fokus på ting utenfor jobben. Åpenbart er noen av intervensjonene mer effektive enn andre i det lange løp. Utfordringen er å gjøre intervensjoner som kan medføre en endret oppfatning og holdning til jobben, slik at man kan holde ut i jobben og trives over tid (Edelwich & Brodsky, 1980).

Med bakgrunn i ovennevnte begrepsdefinisjoner kan man grovt sett si at utbrenthet refererer til den endring i holdning, atferd eller følelsesmessige tilstand, som kan finne sted hos hjelpere som over lang tid utsettes for store krav om å gi av seg selv, det vil si til å forbruke energi, arbeidskapasitet og personlige ressurser. Pines og Aronson understreker i tillegg at den emosjonelle utmattelsen først og fremst henger sammen med et intenst følelsesmessig engasjement over lang tid, før man kan stå i fare for å bli utbrent (Pines & Aronson, 1988; ref. Matthiesen, 2000).

På samme måte som det finnes individ- og miljøfaktorer som disponerer for utbrenthet, finnes det også individ- og miljøfaktorer som reduserer sannsynligheten for utbrenthet. En

personlighetsfaktor som trekkes frem i litteraturen er ”hardiness” eller ”robusthet” (Kobasa, Maddi & Khan, 1982; ref. Matthiesen, 2000). En slik personlighetsfaktor synes å være en styrke i situasjoner som krever evne til å takle endringer (utfordringer), evne til opplevelse av kontroll og høy grad av evne til å engasjere seg i aktiviteter som er sentrale i arbeidet. En rekke studier hevder å ha påvist en forbindelse mellom lavt nivå av robusthet og utbrenthet (Duguet, Kerouac, Sandhu & Beaudet, 1994; ref. Matthiesen 2000).

Hvilken mestringsstil en person benytter, er også av betydning for hvor sårbar man er til å brenne ut. Begrepet mestring brukes for å betegne en type responser eller strategier som personen benytter i konfrontasjon med belastende forhold (Lazarus & Folkmann, 1994; ref. Matthiesen 2000). Personer med lavt nivå av utbrenthet benytter strategier som; nøye planlagt problemløsning, positiv reformulering eller refortolkning av belastende hendelser og aktiv søking av sosial støtte i sine sosiale omgivelser (Matthiesen, 2000).

2.1.3 Utbrenthet som en sosial konstruksjon

Sosiologen Gillian Walker skiller seg ut med sitt syn på utbrenthet (Walker, 1986; ref Söderfeldt, 1997). Walker mener at bruken av begrepet utbrenthet skjuler de faktiske årsakene til belastninger og frustrasjon hos yrkesaktive. Konstruksjonen av fenomenet utbrenthet fører til at belastningene som ansatte beskriver, helt enkelt defineres som utbrenthet. Dette fører til at folk uttrykker at de er utbrent når de skal sette ord på belastninger og frustrasjon i forhold til arbeidet sitt. Det betyr ikke nødvendigvis at erfaringer som defineres som utbrenthet ikke finnes, men terminologien kan skjule de faktiske årsakene til ansattes belastninger og

frustrasjon. Konstruksjonen av utbrenthet fører til at oppmerksomheten mot yrkeslivets negative erfaringer individualiseres til å være et syndrom, og teorien om at utbrenthet er en sosial konstruksjon blir dermed maskert (Söderfeldt, 1997). På denne måten kan bedrifter og institusjoner forklare ansattes misnøye i jobben ut fra individuelle problemer hos den enkelte arbeidstager. Mens organisasjonsmessige forhold som, rasjonalisering, lav bemanning, lederstil, ressursknapphet og lignende ikke vektlegges som en vesentlig del av årsaksforholdet rundt utbrenthet.

2.1.4 Konsekvenser av utbrenthet

Ofte vil personen som står på terskelen til å brenne ut, prøve å kompensere for denne negative utvikling ved å være mer på jobben og påta seg enda flere arbeidsoppgaver. Arbeidet tar stadig større plass i personens liv, samtidig som opplevelsen av ikke å strekke til øker. En betegnelse som ”arbeidsnarkomane” har blitt benyttet for å beskrive mennesker som overinvolverer seg i jobben (Freundenberger, 1990; ref. Matthiesen, 2000). Før eller siden føler personen seg lei, eller føler seg stadig mer nedkjørt. Personen makter ikke arbeidspresset lenger, og står i fare for å utvikle den følelsesmessige utmattelse som man kan kalle utbrenthet (Matthiesen, 2000).

Utbrenthet kan føre til at hjelperne skaper avstand til de menneskene som har behov for assistanse og hjelp av ulik grad. Det er en normal reaksjon å skape en viss følelsesmessig distanse mellom seg selv og andre mennesker, hvis krav og behov fra andre er overveldende. Hvis denne emosjonelle støtpute kombineres med en oppriktig omsorg for andre, kan det fungere som en effektiv måte å takle arbeidets emosjonelle påkjenninger (Maslach, 1989).

Dette omtaler Maslach som det profesjonelle ideal, en moderat distanse med en blanding av nærhet og distanse. Mange leger mener dette er en forutsetning for en effektiv omsorg av pasienter (Maslach, 1989).

Distansens panser har som hensikt å beskytte individet mot stress i den nære kontakt med andre, men det kan også bli så tykt, at ingen følelser slipper igjennom. Med tiltagende distanse følger en kald, likegyldig holdning overfor andres behov og kynisk mangel på respekt for deres følelser (Maslach, 1989). Paradoksalt nok er det ofte de egenskaper som skaper en god og oppofrende hjelper, som samtidig er en risikofaktor for utbrenthet. Den samvittighetsfulle, pliktoppfyllende idealistiske, engasjerte kollega er gjerne også den som står i fare for å brenne ut. Personer som har urealistiske forventninger til seg selv og sin rolle som hjelpere, utgjør derfor en risikogruppe for utvikling av utbrenthet (Matthiesen, 2000).

Utbrente personer utfører en kvalitativt sett en dårligere jobb enn kolleger med overskudd og entusiasme i behold. Utbrente medarbeidere har dessuten også lite å bidra med i det mellommenneskelige miljø på arbeidsplassen (Matthiesen, 2000). En annen tendens som synes å være entydig, er at utbrente personer oftere enn andre slutter i jobben eller har konkrete planer om å slutte i jobben innen kort tid (Krausze, Koslowsky, Shalom & Elyakim, 1995; ref. Matthiesen, 2000).

2.2 Sosialstøtte

Betydningen av sosial støtte på arbeidsplassen ble først vektlagt av "the human relations school". Dette er en organisasjonsteoretisk skole som kjennetegnes av at den legger vekt på betydningen av den uformelle organiseringen på arbeidsplassen og av de sosiale relasjonene i arbeidsgruppen (Egidius, 1996). I kjølvannet av "the human relations school" ble det gjennomført studier hvor det ble funnet høy grad av korrelasjon mellom sykdom og lav frekvens av sosial interaksjon (Walker & Guest, 1952; ref. Dallner m. fl., 2000). En rekke undersøkelser vist at sosial støtte har gunstige effekter på trivsel og helse. Men om sosial støtte gir direkteeffekter eller i hovedsak har en støtpute-effekt på helse og velvære, er uvisst, da resultatene ikke er entydige (Buunk et al., 1998; ref. Skogstad, 2000).

I følge Buunk (1990) kan de mange definisjoner av tilnærminger til begrepet sosial støtte grupperes under fire punkt. 1) Sosial støtte kan forstås som *sosial integrasjon*, som igjen viser til antall og styrken på de sosiale bånd som finnes innenfor hver enkelt sitt sosiale nettverk. 2) *Tilfredstillende samspill*. Ut fra dette punktet er sosial støtte noe som betyr at man har et godt sosialt klima, med nære og trygge relasjoner til kollegaer, over- og underordnede. 3) *Oppfattet tilgjengelig støtte*. I følge flere teoretikere kan sosial støtte referere til summen av råd, informasjon, empati, veiledning og allianse man forventer å motta fra kollegaer og overordnede i stressende situasjoner. 4) Et fjerde punkt; *faktisk mottatt støtte*. Dette punktet fokuserer den kurative funksjonen sosial støtte har, til forskjell de tre punktene over som fokuserer på hva begrepet rommer. *Faktisk mottatt støtte* er et uttrykk for all den støtte som blir gitt for å kunne redusere belastninger for mennesker som allerede er rammet av stress (Buunk, 1990; ref. Buunk et al. 1998).

House (1981) er opptatt av selve innholdet i sosial støtte og skiller mellom fire typer sosial støtte (House, 1981; ref. Skogstad, 2000):

- Emosjonell støtte: å bli verdsatt, akseptert, vist omsorg.
- Vurderingsstøtte: å bli gitt realistisk tilbakemelding på opplevelser og adferd.
- Informasjonsstøtte: å få formidlet relevant og nødvendig informasjon
- Instrumentell støtte: å få praktisk hjelp i form av tid, penger, materiell og lignende.

I spørreskjemaet som jeg benytter i min undersøkelse, er det emosjonell støtte og instrumentell støtte som blir benyttet for å vurdere utvalgets opplevelse av sosial støtte.

Westlander definerer sosial støtte som de ressurser man mottar fra personer, man oppfatter som betydningsfulle. Sosial støtte kan defineres som utveksling av ressurser mellom minst to individer, med den hensikt å styrke mottakerens velvære (Westlander, 1993; ref. Dallner et al., 2000). Westlander hevder i likhet med Skogstad og Einarsen (1995) at sosial støtte er et samspillfenomen, hvor både mengde og kvalitet for den sosiale støtten er avhengig av kjennetegn og adferd hos giver så vel som hos mottaker.

Umiddelbart vil en gjerne tenke at sosial støtte alltid vil oppleves som noe positivt for mottakeren. Forskning har derimot vist at sosial støtte ikke nødvendigvis gir positive resultater, og dermed ikke blir oppfattet som støtte slik den hadde til hensikt å være. I enkelte tilfeller har høy grad av sosial støtte medvirket til å forverre stressreaksjoner for eksempel i avdelinger med stor arbeidsbelastning, mens tilsvarende sosial støtte hadde motsatt effekt i avdelinger med færre belastninger (Buunk et al., 1998). Slike uønskede effekter av sosial støtte fremstår som et paradoksalt fenomen. En forklaring kan være at det å få støtte fra andre som selv er i en belastende arbeidssituasjon, kan innebære at deres problemer og belastninger

vil smitte over på dem som mottar råd og veiledning. Sosial støtte viser seg derfor å være situasjonsavhengig. Noen opplever at sosial støtte i gitte situasjoner ikke er støttende, men snarere er en belastning. I situasjoner hvor en absolutt trenger støtte fra andre, trekker man seg unna eller avviser den hjelp og støtte som tilbys, da denne innblandingen fra andre oppleves som negativt. Flere studier indikerer at individer under stress ser på støtte og hjelp fra andre som negativt, hvis den sosiale støtten enten oppleves som uønsket informasjon eller for å være overbeskyttende (Buunk et al., 1998).

Buunk (1998) og Westlander (1993) legger vekt på at sosial støtte er avhengig resultatet av den sosiale integrasjon eller prosessen mellom de involverte partene. Likevel fører de studier som har vist at sosial støtte kan føre til uønsket effekt på helse og velvære, til et paradoksalt fenomen. Begrepet dårlig sosial støtte har blitt lansert av flere forskere i et forsøk på å forklare det paradoksale fenomen at forsøk på å hjelpe og støtte andre fører til negative belastninger for den man er ment å hjelpe (Skogstad, 2000). Bongers et al. (1993) har funnet at dårlig sosial støtte på arbeidsplassen har vist sammenheng med ulike belastninger, hovedsakelig nakke-, skulder- og ryggsmertter (Bongers et al. 1993; ref. Dallner, et al., 2000). Skogstad & Einarsen (1995) hevder at dårlig sosial støtte øker sårbarheten for alle typer påkjenninger og forsterker negative konsekvenser av stress. God sosial støtte er å betrakte som en faktor som styrker jobbmotivasjon, mestring og pålitelighet ved utførelsen av arbeidsoppgaver, videre virker den som en støtpute mot belastninger.

Hva som inngår i begrepet ”dårlig sosial støtte” kan være litt uklart, men utfra Skogstad & Einarsen (1995) kan dårlig sosial støtte ansees for å være et resultat av et samspillsproblem mellom giver og mottaker av sosial støtte. For eksempel kan det å motta hjelp kan oppfattes som nedverdiggende, ved man kan oppleve seg selv som underlegen (Skogstad, 2000).

2.3 Lederstil

Forholdet mellom ledelsen og de ansatte blir ansett som en viktig faktor for miljøet på arbeidsplassen (Lindström, et al., 2000). God ledelse dreier seg om å få frem det beste i de ansatte. I dette ligger det omtanke og forståelse for den enkeltes sårbarhet og robusthet, og et helhetlig syn på hvordan arbeidet representerer hindringer eller støtte for menneskelig trivsel og utfoldelse (Roness & Matthiesen, 2002).

Med begrepet lederstil refereres det til forskjeller mellom lederes måte å utføre lederfunksjonen. Lederstil refererer til måten man leder på, og er et resultat av mer eller mindre bevisste valg hos den enkelte leder. Det er særlig to typer lederstil som trekkes frem når man ser på hvordan ledere utfører sin lederfunksjon; *demokratisk lederstil* og *autoritær lederstil* (Grønhaug, Hellesøy & Kaufmann, 2001).

En demokratisk leder som forsøker å øke jobbtilfredsheten og har et positivt menneskesyn. En demokratisk leder evner til å finne balansen mellom oppgaveorientert og relasjonsorientert ledelse. Dette er noe som har blitt trukket frem som viktige egenskaper, for å ivareta velvære blant de ansatte (Dallner et al., 2000). Demokratisk lederstil kjennetegner en leder som er opptatt av å skape gode relasjoner til sine medarbeidere, blant annet gjennom å delegerer deler av sitt arbeid. Motsetningen er en autoritær lederstil som er preget av en sterk styrings- og dirigeringsfilosofi for å kunne utøve lederfunksjonen på en effektiv måte (Grønhaug, Hellesøy & Kaufmann, 2001).

I de siste årene har en tredje type lederstil blitt vektlagt ettersom forandringstakt og- grad i arbeidslivet er økende. Denne typen lederstil kalles for transformasjonsledelse eller

forandringsorientert ledelse. Med denne lederstilen legges det vekt på å oppmuntre folk til å se ting fra nye perspektiv, uttrykke tillit til at medarbeidere kan nå utfordrende mål, gi mot og myndighet til å ta i bruk nye strategier, og bygge koalisjoner av nøkkelpersoner til å stå for endringsarbeidet. Empowerment eller myndiggjøring er begrep som ofte trekkes frem under denne typen lederstil. Her dreier seg om å tilrettelegge for personlige mestringserfaringer, gi støtte og oppmuntring, og modellere ønsket adferd. Særlig viktig er det å kunne vekke positive følelser av å lykkes med noe viktig, og å styrke kompetanse og selvtillit hos sine medarbeidere (Roness & Matthiesen, 2002).

Det er også viktig at lederen utvikler og vedlikeholder relasjoner preget av gjensidig tillit, støtte, respekt og lojalitet til alle sine underordnede i form av en *rettferdig lederstil*.

Selv om det ikke er nødvendig for en leder å behandle alle medarbeidere ”likt”, bør alle oppleve at de er viktige og respekterte deltagere på samme lag, og ikke som annenrangs eller mindre verdifulle. Det er viktig at fordeling av muligheter og utfordringer er rettferdig og ikke er et resultat av tilfeldigheter eller favorisering av enkeltmedarbeidere (Yukl, 1998; ref. Grønhaug, et al., 2001).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Det datamaterialet som er brukt i denne oppgaven er basert på en surveyundersøkelse. En survey er en standardisert utspørring av et stort utvalg av personer (Ringdal, 2001). Jeg valgte å bruke et spørreskjema som verktøy for å samle inn data fra respondentene, og siden det gav meg mulighet til å samle inn data fra mange respondenter raskt og effektivt. Surveydata er også egnet til mange former for statistiske analyser (Ringdal, 2001), noe som gjorde at det var mulig å kunne diskutere oppgavens problemstillinger.

3.2 Utvalget som deltar i undersøkelsen

Respondentene i undersøkelsen er valgt ut fra et større psykiatrisk sykehus. Dette sykehuset gir et allmennpsykiatrisk spesialisttilbud til voksne for hele fylket. Sykehuset har også sentral- og regionfunksjoner som sikkerhetsavdeling for hele helseregionen.

Sykehuset består av flere ulike avdelinger, poliklinikker og team, men det er kun samlet inn data fra: Korttidsavdelingene (6 poster, herunder mottaksavdeling/akuttpost), Langtidsavdelingen (4 poster), Sikkerhetsavdelingene (2 poster).

Respondentene ble valgt ut etter en utvalgsform som hører inn under kategorien ikke-sannsynlighetsutvelging. Ettersom respondentene må oppfylle viss inklusjonskriterier kan man si at jeg har gjort en skjønnsmessig vurdering for utvelging av utvalget.

Som det ligger i navnet, er utvelgning av enheter til utvalget ikke overlatt til tilfeldighetene slik tilfelle er med sannsynlighetsutvelgning (Hellevik, 1999).

Inklusjonskriterier for respondentene i undersøkelsen:

- Personale som er som er ansatt ved korttidsavdelingene, langtidsavdelingene og sikkerhetsavdelingene.
- Personale som arbeider i pleiegruppen, det vil si sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte.
- Personale med en stillingsstørrelse 50% eller mer.

For at det skulle være hensiktsmessig å sammenligne respondentene med hverandre, var det viktig at utvalget bestod av respondenter som oppfylte visse kriterier. På denne måten kunne jeg sikre meg et at respondentene i utvalget hadde egenskaper som var viktige i uundersøkelsen. Det var et viktig poeng at alle respondentene i undersøkelsen til daglig arbeidet i pleiegruppen, dette utelukket behandlere og administrativt personale. Det var dessuten viktig at respondentene hadde sykehuset som primær arbeidsplass. Respondentenes vurderinger av arbeidsforhold til sykehuset stod sentralt i undersøkelsen. Derfor ble personale mindre enn 50% stilling ikke tilbudt å delta i undersøkelsen. Med disse inklusjonskriteriene ble utvalget som kunne delta i undersøkelsen mer begrenset enn hva tilfelle hadde vært om alle ansatte på sykehuset skulle deltatt, og dermed ville utgiftene i forbindelse med undersøkelsen ha økt betraktelig.

Ved å foreta en skjønnsmessig utvelgning av respondentene i undersøkelsen, kan man ikke sikre seg at utvalget ikke avviker systematisk fra enhetene i universet. Om enhetene som er valgt ut avviker systematisk fra enhetene i universet, kan utvalget skjevt og ikke

representativt. Med skjønnsmessig utvelging er det dessuten være en fare for ubevisst å velge ut enheter som har egenskaper som stemmer med forskerens forhåndsoppfatninger. Dermed kan det bli lettere for forskeren å få resultater som stemmer med forhåndsoppfatningene enn det ville vært om hele universet ble undersøkt (Hellevik, 1999). Jeg har med denne oppgaven ikke av interesse å få bekreftet forhåndsoppfatninger av noen slag, men som nevnt i avsnittet over var det nødvendig å bruke skjønnsmessig utvelging ut fra faglige og økonomiske hensyn. Jeg ønsker også i denne forbindelse å påpeke at dette en helt uavhengig undersøkelse, og hører ikke under noen form for oppdragsforskning. Det er ingen personer eller gruppe som støtter min oppgaven økonomisk.

3.2.1 Svarprosent

Av i alt 199 utsendte spørreskjema, ble 117 utfylte skjema returnert. 4 uker etter av spørreskjemaene var sendt ut var svarprosenten for undersøkelsen kommet opp i 52%, mens etter en purrerunde endte svarprosenten på 59%. Den endelige svarprosenten på 59% er regnet for å være bra ved postmetoden som ble benyttet i undersøkelsen (Ilstad, 1989).

3.2.2 Karakteristika ved utvalget

Det var ingen ufaglærte som svarte på spørreskjemaet og gruppen faller da ut fra selve undersøkelsen. Dermed er det sykepleiere/vernepleiere med videreutdanning, sykepleiere/vernepleiere og hjelpepleiere som er representert i utvalget.

Den best representerte yrkesgruppen i undersøkelsen er hjelpepleierne 37.9% (n 44), sykepleiere/vernepleiere med videreutdanning utgjør den nest største gruppen 33.6% (n 39), mens sykepleiere/vernepleiere er den lavest representerte yrkesgruppen med 28.4% (n 33) (figur 3.1 i apendik 1).

Utvalgets kjønnsfordeling var forholdsvis jevnt til tross for at yrkesgruppene det er her snakk om, er for typiske kvinneyrker å regne. Av de i alt 117 respondentene er 41.9% menn.

Flest respondenter i undersøkelsen arbeidet ved korttidsavdelingene (34.2%) og sikkerhetsavdelingene (30.8%) (figur 3.2 apendix 1). Det var 23.9% som arbeidet ved langtidsavdelingene, mens ansatte ved mottaksavdelingen/akuttposten utgjorde 11.1% av det totale utvalget.

Når det gjelder ansiennitet så har 68.4% av utvalget en arbeidserfaring ved sykehuset på 5 år eller mer. Kun 6% har mindre enn 1 års ansiennitet, 11.1% har arbeidet ved sykehuset fra 1 år til 3 år, mens 14.5% har en ansiennitet på mellom 3 år og 5 år. Ansatte med mer enn 3 års ansiennitet ved sykehuset dominerer altså utvalget i undersøkelsen med over 80% av respondentene.

69% av respondentene i undersøkelsen har en stillingsprosent som er høyere enn 76%, mens 18.1% av utvalget har en stillingsprosent fra 51% til 75%. Av de som har deltatt i undersøkelsen har 12.9% en stilling på akkurat 50%. Majoriteten utvalget (91.4%) er ansatt i faste stillinger ved sykehuset.

3.3 Avhengig og uavhengige variabler i undersøkelsen.

I undersøkelsen vil utbrenthet fungere som avhengig variabel. Uavhengige variabler vil det være flere av: sosial støtte, lederstil, yrkesgruppe, type avdeling, kjønn, ansiennitet og stillingsprosent.

3.4 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble benyttet i undersøkelsen er satt sammen av to ulike standardiserte skjema (apendix 2).

Det ene skjemaet kalles Bergen Burnout Indicator, eller forkortet til BBI (Matthiesen, 2000). BBI består av 25 spørsmål som har til hensikt å fange opp indikasjon på utbrenthet hos respondenten. Skjemaet består av spørsmål som retter seg mot forhold i arbeidet til den enkelte som ”jeg føler meg nedlesset av arbeid”, ”jeg opplever at jeg gir mer av meg selv til andre mennesker enn jeg får tilbake”, ”jeg er ofte motløs på arbeid og tenker derfor stadig på å slutte i jobben”. Andre spørsmål retter seg mot konsekvenser av arbeidsbelastning som ”arbeidspresset har forårsaket private vansker”, ”også når jeg har fri tenker jeg mye på forhold ved jobben”, ”jeg har til stadighet dårlig samvittighet da jeg p.g.a arbeidsmessige forhold må forsømme eller forsake familien”. Hvert spørsmål har 7 lukkede svaralternativ, fra 1. svært uenig til 7. svært enig.

For å måle sosial støtte og lederstil ble det andre benyttede et spørreskjema som kalles The General Nordic Questionnaire (QPSNordic). QPSNordic er designet for å kunne gi opplysninger om psykologiske, sosiale, og organisasjonsmessige forhold i folk sitt arbeid. Spørreskjemaet består av en rekke spørsmål som kan relateres til: arbeidskrav og kontroll, forutsigbarhet og mestring av arbeidet, sosiale faktorer, ledelse, organisasjonskultur, interaksjon mellom arbeid og privatliv, arbeidets sentralitet, forpliktelse til organisasjonen og motivasjon i arbeidet. Skjemaet har til hensikt å være universelt, det vil si at det tenkes brukt i ulike institusjoner/bedrifter. Spørreskjemaet består av i alt 129 spørsmål (Dallner et al., 2000).

Skalaene i QPSNordic som er relatert til sosial støtte og lederstil utgjør i alt 17 spørsmål, 9 spørsmål om sosial støtte og 8 spørsmål om ledersil. Spørsmålene som måler sosial støtte tar for seg støtte fra overordnede, støtte fra medarbeidere og støtte fra venner og familie. Sosial støtte fra overordnede og fra medarbeidere er de formene for sosial støtte som vektlegges i denne oppgaven. Spørsmål om sosial støtte fra venner og familie er utelatt i denne undersøkelsen. Som eksempel på spørsmål om sosial støtte ble det spurt om følgende: ”om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra arbeidskollegaer”, ”om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet”.

I QPSNordic skalaen baseres lederstil på kategoriene ”fair leadership” og ”empowering leadership” (Lindström et al.,2000). I teksten som følger vil jeg omtale disse to kategoriene som rettferdig lederstil og myndiggjørende lederstil. Fra skalaen om lederstil følger flere eksempler, ”oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å delta i viktige avgjørelser”, ”fordeler din nærmeste sjef arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk”. Hvert spørsmål, både om sosial støtte og lederstil har 5 lukkede svaralternativ fra 1. svært lite eller ikke i det hele tatt til 5. svært

meget, eller svaralternativene 1. meget sjelden eller aldri til 5. meget ofte eller alltid (Lindström et al.,2000).

I tillegg de standardiserte spørreskjemaene BBI og QPSNordic inneholder selve spørreskjemaet en del bakgrunnsspørsmål som: kjønn, yrkestittel, type avdeling, ansiennitet, stillingsprosent og fast stilling/vikariat (hele spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen er presentert i apendix 2).

3.5 Gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen

Det var kun sykehusledelsen og arbeidsmiljøutvalget (AMU) som var informert om undersøkelsen på forhånd. Navn og avdeling for ansatte som var aktuelle for deltagelse i undersøkelsen ble formidlet av personalledelsen ved det aktuelle sykehuset.

Samtlige av de ansatte som fyllte inklusjonskriteriene for undersøkelsen fikk tilsendt spørreskjemaet via internposten på sykehuset. Skjemaet ble sendt direkte til den avdelinge/post, hvor den enkelte arbeidet. Det var adressert til respondentene personlig. Sammen med spørreskjemaet ble det sendt et informasjonsskriv. Det inneholdt en kort forklaring om hensikten med undersøkelsen (apendix 2). Sammen med spørreskjema og informasjonsskrivet ble det lagt ved en frankert svarkonvolutt, med min adresse.

Svarfrist for tilbakesendelse av spørreskjema ble satt til 2 uker etter at respondenten hadde mottatt spørreskjemaet. 4 uker etter at spørreskjemaene var sendt ut, ble det sendt et purrebrev. Dette var adressert til postene ved de aktuelle avdelingene. Purrebrevet ble hengt

opp på vaktrommet til de ansatte, og ikke sendt til hver potensielle deltager personlig. Med purrebrevet ble alle som hadde mottatt spørreskjema 4 uker tidligere og som ønsket å delta i undersøkelsen oppfordret til å returnere utfylt spørreskjema så snart som mulig. (apendix 3).

3.6 Reliabilitet og validitet

En forutsetning for å kunne stole på opplysninger fra undersøkelser er at undersøkelsen oppfyller krav til reliabilitet og validitet. Disse begrepene er sentrale i kvalitetssikring av vitenskapelige undersøkelser (Ringdal, 2001).

Reliabilitet betyr pålitelighet og kan vurderes etter hvilken grad man får tilsvarende resultat i en undersøkelse når måleinstrumentet man bruker benyttes to eller flere ganger på de samme respondentene. Grunnleggende metode for å teste måleinstrumentets reliabilitet vil være å gjenta samme måling til samme utvalg med en viss tids mellomrom (test-retest). Det er imidlertid sjelden dette blir gjennomført (Ilstad, 1989). Reliabilitet er også bestemt av hvordan selve datasamlingen er utført (Hellevik, 1999). Betegnelsen reliabilitet sikter med andre ord også til nøyaktigheten i de ulike operasjonene som leder frem til datasamlingen.

Validitet eller gyldighet er et mål for å kunne si noe om i hvilken grad måleinstrumentet som man benytter faktisk måler det som man har til hensikt å måle (Ilstad, 1989). Validiteten betegner datas relevans for problemstillingen i undersøkelsen. Ved utformingen av den operasjonelle definisjonen forsøker en å sikre høy validitet ved å anstrenge seg for å fange opp innholdet i den teoretiske definisjonen (Hellevik, 1999).

Høy reliabilitet er en forutsetning for å kunne oppnå høy validitet i en undersøkelse. Reliabilitet er på sett og vis et rent empirisk spørsmål. Mens validitet i tillegg krever en teoretisk vurdering. Spørsmål om validitet må alltid referere til den teoretiske sammenheng begrepet brukes i (Ringdal, 2001).

3.6.1 Reliabilitet for spørreskjema i undersøkelsen

For å teste BBI-skalaens reliabilitet har det tidligere blitt gjennomført to spørreskjema undersøkelser. I den ene undersøkelsen ble Stress Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) inkludert sammen med BBI. SBS-HP var på 1980-tallet ett av de tre mest benyttede spørreskjema for å måle utbrenthet. I den andre undersøkelsen ble BBI og Maslach Burnout Inventory (MBI) sammenlignet. Det fremgikk av disse undersøkelsene at reliabiliteten i form av intern konsistens (Cronbachs alfa), totalt sett var høyere for BBI enn for SBS-HP, og for MBI (Matthiesen, 2001). Mens Cronbachs alpha var .92 for BBI, ble koeffisienten for SBS-HP målt til .85 (tabell 3.1). De tre delene av MBI hadde Cronbachs alfa som varierte fra .49 til .82. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til at MBI har et mindre antall spørsmål enn BBI, spørreskjema med mange spørsmål gir gjennomgående høyere Alpha-koeffesienter ved sammenligning av intern konsistens (Mattheisen, 2000).

I min undersøkelse ble det gjennomført en alpha-test etter datainnsamlingen. BBI kom da ut med en Cronbachs alpha verdi på .93 (tabell 3.2 appendix 1). Cronbachs alfa er et kjent mål på intern konsistens, som varierer fra 0 til 1 (Carmines & Zeller, 1980; ref. Ringdahl, 2001). Et sammensatt mål har en tilfredsstillende reliabilitet med høy alfa verdi, helst over .70.

Det er også blitt gjennomført tester av reabiliteten til QPSNordic. Skalaene som brukes i denne oppgaven hadde en intern konsistens som varierte mellom .75 og .86 målt med Cronbachs alpha (Dallner et al., 2000). Ved test-retest varierte med de samme skalaene med alfa verdier fra .72 til .83, intervallet mellom de to undersøkelsene var mellom fem og åtte uker.

Av de to QPSNordic skalaene, sosial støtte og lederstil som blir benyttet i min undersøkelsen, var Cronbachs alpha verdien for sosial støtte på .81 og på .92 for lederstil skalaen (tabell 3.2 apendix 1). Også her er det viktig å huske på at QPSNordic skalaene har langt færre spørsmål hver for seg sammenlignet med BBI, likevel er Cronbachs alpha verdiene høye for de to QPSNordic skalaene som blir brukt i undersøkelsen.

3.6.2 Validitet for spørreskjema i undersøkelsen

I et forsøk for å teste BBI sin validitet, har denne skalaen blitt sammenlignet med andre måleinstrument på utbrenthet, samt andre stress- og helsemål.

Tabell 3.1 Sammenligning av tre skalaer for å måle utbrenthet: BBI, MBI og SBS-HP.

	n	Chronbach Alpha	Korrelasjon med BBI
MBI Utmattelse	79	.82	.74**
MBI Depersonalisering	90	.49	.34*
MBI Redusert selvaktelse	73	.77	-.31*
SBS - HP	308	.85	.77**

*p<0.01. **p<0.001. MBI og SBS-HP ble målt i to separate undersøkelser, med henholdsvis 100 og 423 n. (Matthiesen, 2000)

Som det fremgår av tabell 3.1 har BBI en høy korrelasjon med SBS-HP og med MBI Emosjonell utmattelse. Korrelasjonen er imidlertid svakere med de to andre MBI – skalaene. Dette indikerer at BBI først og fremst er et måleinstrument som fanger opp emosjonell utmattelse (Matthiesen, 2000).

Tabell 3.3 Grad av sammenheng mellom BBI og ulike mål på utbrenthet, stress, trivsel og velvære. Korrelasjonsanalyse

	n	Pearsons r
HPSI	1265	.66**
Rollekonflikt	1340	.52**
Rolleklarhet	1357	.39**
Jobbtilfredshet	2167	.56**
GHQ	1369	.45**
Psykiske plager	2191	.59**
Somatiske plager	672	.40**
Sykefravær	2660	.11*

*p<0.01. **p<0.001. HPS= Health Professionals Stress Inventory, GHQ= General Health Questionnaire. Samtlige spørreskjema er vendt slik at høy skåre er mest negativ, dvs. at alle korrelasjoner har forventet retning (Matthiesen, 2000).

Spørreskjemaet HPSI er det målet som har høyest korrelasjon med BBI . Målene på psykiske plager, jobbtilfredshet og rollekonflikt viser også forholdsvis sterk korrelasjon med BBI. Det kan være verdt å merke seg at mål på sykefravær ikke viser særlig sammenheng med BBI.

Sammenfattende konkluderer Matthiesen (2000) med at de resultat som presenteres i tabellene 3.1 og 3.3, underbygger en antagelse om at BBI er et reliabelt og valid mål på utbrenthet.

Dallner et al. (2000) har gjort en studie for å kunne beskrive validiteten i QPSNordic. Studien inkluderte to datasamlinger fra de fire nordiske landene, Sverige, Danmark, Finland og Norge. Den første datasamlingen (n= 1015) ble brukt for å studere faktorstrukturen i spørreskjemaet og for å kunne dele skjemaet inn i skalaer, mens den andre datasamlingen

(n= 995) ble benyttet for å kunne teste begrepsvaliditet og prediktiv validitet i skalaene (Dallner et al., 2000).

Resultatene fra Dallner et al. (2000) viser at QPSNordic har en god begrepsmessig struktur og er et måleinstrument som kan gi pålitelig informasjon om ulike arbeidsorganisasjoner.

3.9 Forskningsetiske implikasjoner

Undersøkelsen er gjennomført i tråd med de forskningsetiske retningslinjer som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen av 1964 med senere revisjoner. Det ble innhentet godkjennelse fra ansvarlig ledelse fra det aktuelle sykehus, arbeidsmiljøutvalget og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste før undersøkelsen ble iverksatt (apendix 4).

I forskning så vel som i alle andre mellommenneskelige forhold er det selvsagt ønskelig å være ærlig og ikke bevisst føre andre mennesker bak lyset. Problemet med full åpenhet er at kjennskap til undersøkelsen og dens formål kan påvirke personene som deltar, slik at undersøkelsen ikke lar seg gjennomføre på en tilfredsstillende måte. I Norge er imidlertid åpenhet formulert som etisk krav til forskningen. Dette innebærer blant annet at deltagerne skal være informert om formålet for undersøkelsen og at de må ha gitt samtykke til at det samles inn data. Det er fare for å bringe forskningen i miskreditt og ødelegge villighet til å delta i undersøkelser hvis et skjult opplegg blir avslørt. Et åpent opplegg kan i tillegg gi forskningsmessige gevinster, ved at en får nyttige opplysninger av dem som undersøkes, fordi de er informert om hva forskeren er interessert i (Hellevik, 1999). Min undersøkelsen fulgte kravet til et åpent (direkte) opplegg. Berørte personer som i dette tilfellet er ansatte ved et

psykiatrisk sykehus, ble informert om hva som er hensikten med undersøkelsen i informasjonsskrivet som ble sendt sammen med selve spørreskjemaet.

Kravet til informert og frivillig samtykke fra personer som deltar i studien er ufravikelig. Informasjonen som skal gis til respondentene skal være kort og enkel å forstå (NEM, 1994). Det fremkom i informasjonsskrivet at deltakingen i undersøkelsen var frivillig, svar på spørreskjema ble tolket som samtykke. Det ble kun sendt ut en purring til respondentene i undersøkelsen. Purrebrevet ble adressert til de aktuelle postene og ikke direkte til respondentene. På denne måten ble det ikke lagt direkte press på den enkelte respondent om å delta i undersøkelsen og kravet om å vise moderasjon når det gjelder å overtale uvillige personer til å delta ble ivaretatt.

Kravet til frivillig og informert samtykke kommer i konflikt med det vitenskapelige kravet om høy svarprosent (Ilstad, 1989). Likevel står kravet om frivillighet sterkest i denne undersøkelsen og forsvarer den moderasjon jeg har valgt med hensyn til puringer.

Anonymisering av respondentene er en sentral forskningsetisk norm som skal sikre at opplysninger ikke skal kunne knyttes til bestemte personer i undersøkelsen. Navnelisten av personale ved sykehuset ble behandlet konfidensielt. Listen over personale som deltok i undersøkelsen var nedlåst slik at den ikke havnet på avveie, og ble destruert etter at spørreskjemaene var sendt ut. Alle ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene fikk tilsendt spørreskjema i internposten ved sykehuset. Spørreskjemaet var ikke merket. Alle skjemaene var identiske, slik at det ikke skulle være mulig å vite hvem som valgte å delta i undersøkelsen. Dermed var ikke mulig å trekke tilbake spørreskjema til respondenter som ønsket å trekke seg fra undersøkelsen.

3.10 Analyse av data

I dataanalysen har jeg benyttet meg av SPSS – Statistical Package for the Social Sciences. Dette er en statistisk programpakke som er egnet til kvantitative analyser (Ringdal, 2001).

Resultatene fra undersøkelsen er fremstilt i frekvenstabeller, antall- og prosentfordelinger, gjennomsnitts skårer og standardavvik. Grafer og søylediagram er brukt til grafiske fremstillinger av data. Enveis variansanalyse ble benyttet for å sammenligne forskjeller mellom grupper. Korrelasjonsanalyse og multipel regresjonsanalyse ble brukt for å kunne vurdere sammenheng mellom de uavhengige variablene sosial støtte, lederstil og den avhengige variabelen utbrenthet (Ringdal, 2001).

Utbrenthet ble vurdert ut fra totalpoeng skåre og gjennomsnitts skåre. 25 poeng er laveste BBI-skåre en kan oppnå, mens 175 poeng er høyeste mulig skåre. Ut fra poengskåre blir respondentene delt inn i 7 sårbarhetsgrupper eller utbrenthetsgrupper. Man må være oppmerksom på at denne inndelingen av sårbarhetsgrupper er vitenskapelige usikker. Sårbarhet-grupperingen er mest pålitelig i ytterpunktene av skalaen. Inndelingen av de 7 gruppene er basert på klinisk skjønn, intervjuer og statistiske analyser (Matthiesen, 2000).

Analyse og presentasjon av resultatene når det gjelder sosial støtte og lederstil følger de retningslinjer som finnes i "QPSNordic User's Guide" (Dallner, et al., 2000). Det vil si at analysene av disse to variablene, hovedsakelig vil innbefatte gjennomsnitts skårer og standaravvik. Når det vises til enkelt spørsmål for sosial støtte og lederstil, vil data bli presentert i prosent og antall.

Manglende data (engelsk: *missing values*) kan svekke utvalgets representativitet. For hver respondent som unnlater å svare på et eller flere spørsmål i spørreskjemaet, oppstår det hull i datamatriksen (Ringdal, 2001). Dette betyr at personer som ikke har fylt ut spørreskjemaet på en fullstendig måte utelukkes fra flere av analysen i denne oppgaven. I fremstillingen av resultatene fra innsamlet data vil repondenter som har levert inn spørreskjema med manglende dermed bli data utelatt fra en del analyser. Dataprogrammet SPSS skiller ut repondenter med manglende data automatisk i forhold til de ulike analysene som jeg har benyttet meg av.

Krav til signifikansnivå ble satt til $p < 0.05$, noe som er et vanlig valg som grense for statistisk signifikans (Ringdal, 2001).

4.0 Resultater

4.1 Utbrenthetsnivået i undersøkelsen

4.1.1 Utbrenthetsnivå for hele utvalget

Halvparten av respondentene i utvalget oppnådde en skåre på Bergen Burnout Indicator (BBI) på mellom 25 og 74 poeng (tabell 4.1). Dette plasserer dem i de 3 første av i alt 7 sårbarhetsgrupper som BBI opererer med. Nærmere en fjerdedel av utvalget har en BBI-skåre på mellom 75 og 99 poeng, og hører inn under sårbarhetsgruppe 4. En like stor andel oppnådde en poengsum på mellom 100 og 148 poeng, disse respondentene hører inn under sårbarhetsgruppe 5 og 6. Av disse er 18,9 % plassert i sårbarhetsgruppe 5, mens 6,6% hører inn under sårbarhetsgruppe 6. Respondenter i sårbarhetsgruppe 1-3 er i følge BBI tilfredse og ikke utbrent. Respondenter i sårbarhetsgruppe 4 karakteriseres heller ikke for å være utbrent, men bør være litt observant. Respondenter som hører inn under sårbarhetsgruppe 5 er i grenseland til å bli utbrent, mens respondenter i sårbarhetsgruppe 6 er utbrent i følge BBI.

Det var ingen av dem som deltok i undersøkelsen som kom opp i en poengsum over 150, og dermed er ingen av respondentene plassert i sårbarhetsgruppe 7. Denne gruppen utelates derfor i den videre fremstillingen av data fra undersøkelsen.

Tabell 4.1 Utvalgets fordeling på sårbarhetsgrupper og BBI-poeng

Sårbarhetsgruppe	BBI-poeng	Prosent	Antall
1 – Fantastisk tilfreds/ ikke utbrent	25 - 29	0.9	1
2 – Svært tilfreds/ ikke utbrent	30 – 49	14.2	15
3 – Tilfreds/ neppe utbrent	50 – 74	35.8	38
4 – Bør være litt observant	75 – 99	23.6	25
5 – Grenseland til utbrenthet	100 – 124	18.9	20
6 – Utbrent	125 – 149	6.6	7
7 – Alvorlig utbrent	150 - 175	0	0

n=106

For hele utvalget ble det målt en gjennomsnittlig BBI-skåre på 77 poeng, noe som tilsvarer utbrenthetsgruppe 4 (tabell 4.2 apendix 1).

4.1.2 Utbrenthetssnivå ved de ulike avdelingene

Tabell 4.3 (apendix 1) gir en oversikt over hvordan respondentene ved de ulike avdelingene i undersøkelsen fordeler seg på sårbarhetsgruppene i BBI skalaen. Mottak/Akuttavdelingen er den avdelingen med høyeste prosentandel i gruppe 1-4 (83%). Ingen ved denne avdelingen er representert i gruppe 6. Langtidsavdelingen er den avdelingen med størst prosentandel i gruppe 6 (13%). Langtidsavdelingen kommer også ut med høyere gjennomsnittlig skåre på

BBI enn de andre avdelingene (tabell 4.4). I dette utvalget er imidlertid sammenhengen mellom avdelingstilhørighet og utbrenthetsnivå ikke signifikant.

**Tabell 4.4 Gjennomsnittlig BBI-skåre etter avdelingstilhørighet
Enveis variansanalyse**

Avdeling	Gj.snitt BBI-skåre	Antall	Prosent
Langtidsavdeling	80 poeng	23	21.7
Sikkerhetsavdeling	78 poeng	35	33.0
Korttidsavdeling	77 poeng	36	34.0
Mottak/akuttavdeling	70 poeng	12	11.3
Utvalg totalt	77 poeng	106	100

(F=0.33; df=3; p: ikke signifikant) n=106

4.1.3 Utbrenthetsnivå i forhold til ansiennitet og stillingsprosent

Også når det gjelder ansiennitet og stillingsprosent finner vi noe variasjon i gjennomsnittlig BBI-skåre. Respondenter med lav ansiennitet (3 år eller mindre) har en lavere BBI-skåre enn respondenter med mer enn 3 års ansiennitet, men heller ikke denne forskjellen er signifikant (tabell 4.5 apendix 1). Derimot viser tabell 4.6 at det er signifikant forskjell med hensyn til stillingsprosent. Respondenter med en stillingsandel fra 51% til 75% har lavere gjennomsnittlig BBI-skåre enn de som har enten 50% stilling eller mellom 76% og 100% stilling. Enveis variansanalyse viser at av utvalgets variasjon i gjennomsnittlig BBI-skåre kan 8,2% (eta kvadrert 0,082) forklares utfra stillingsprosent (tabell 4.7 apendix 1).

**Tabell 4.6 Utvalgets gjennomsnittlig BBI-skåre etter stillingsprosent
Enveis variansanalyse**

Stillingsprosent	Gjennomsnittlig BBI-skåre	Antall	Prosent
50 %	80 poeng	13	12.4%
51% - 75%	60 poeng	18	17.1%
76% - 100%	81 poeng	74	70.5%
Totalt	77 poeng	106	100 %

(F=4.61; df=2; p<0.05) n=105

4.1.4 Utbrenthetsnivå i forhold til kjønn

Tabell 4.8 viser hvordan menn og kvinner i utvalget fordeler seg på de ulike sårbarhetsgruppene. Menn og kvinner har forholdsvis lik fordeling i sårbarhetsgruppe 6, mens menn har en større andel i sårbarhetsgruppe 5. Kvinnene har imidlertid en noe høyere andel i gruppe 1-4 enn mennene i undersøkelsen. Kvinnene har også en lavere gjennomsnittlig BBI-skåre, 73 poeng mot mennenes 83 poeng (tabell 4.9). Disse kjønnsforskjellene er imidlertid ikke signifikante.

**Tabell 4.8 Utvalgets fordeling på sårbarhetsgrupper i forhold til kjønn.
Prosent (antall).**

Kjønn	Gruppe 1-4	Gruppe 5	Gruppe 6	Totalt	(n)
Mann	72.1% (34)	21.3% (10)	6.4% (3)	100%	(n47)
Kvinne	76.2% (45)	16.9% (10)	6.8% (4)	100%	(n59)

(T=1.59; df=104; p: ikke signifikant) n=106

**Tabell 4.9 Utvalgets gjennomsnittlige BBI-skåre i forhold til kjønn.
Enveis variansanalyse**

Kjønn	Gj.sntt BBI-skåre	Antall	Prosent
Menn	83 poeng	47	44.4%
Kvinner	73 poeng	59	55.6%
Totalt	77 poeng	106	100 %

(F=3.06; df=1; p: ikke signifikant) n=106

4.1.5 Utbrenthetsnivå for de ulike yrkesgruppene

Hjelpepleierene er den yrkesgruppen med høyest prosentandel respondenter i sårbarhetsgruppe 6. Om lag 11% av denne yrkesgruppen har oppnådd en BBI-skåre på over 125 poeng, noe tilsvarer sårbarhetsgruppe 6 (tabell 4.10). Tabellen viser også en viss variasjon når det gjelder sykepleiere/vernepleiere med og uten videreutdanning. Blant sykepleiere/vernepleiere med videreutdanning er i overkant av 5% anslått til å høre inn under sårbarhetsgruppe 6, mens ingen av sykepleierne/vernepleierene uten videre utdanning er representert i denne sårbarhetsgruppen. Sykepleiere/vernepleiere uten videreutdanning har også en noe lavere gjennomsnittlig BBI-skåre enn de to andre yrkesgruppene i undersøkelsen (tabell 4.11 appendix 1). Forskjellene mellom yrkesgruppene er imidlertid ikke signifikant.

Tabell 4.10 Yrkesgruppenes fordeling på 6 sårbarhetsgrupper. Prosent (antall). Signifikanstestet (Kjikkvadrat og Cramer`s V).

Yrkesgruppe	Gruppe 1-4	Gruppe 5 Grenseland til utbrenthet	Gruppe 6 Utbrent	Totalt (antall)
Sykepleier/Vernepleier med videreutdanning	71.0 % (27)	23.7 % (9)	5.3 % (2)	100% (38)
Sykepleier/vernepleier	87.2 % (27)	12.9 % (4)	0 0	100% (31)
Hjelpepleier	69.5 % (25)	19.4 % (7)	11.1 % (4)	100% (25)

(Kjikkvadrat=12.57; df=10; Cramer`s V=0.24; p: ikke signifikant)

n=105

4.2 Opplevd sosial støtte

Utvalget i denne undersøkelsen oppnådde en gjennomsnittlig skåre på sosial støtte på 3,7 (tabell 4.12). Laveste skåre på denne variabelen var 1.2, mens høyeste skåre var 5.0.

Ved å splitte opp sosial støtte i to deler 1) sosial støtte fra overordnede og 2) sosial støtte fra medarbeidere, viser det seg at gjennomsnittlig skåre for de to kategoriene varierer. Opplevd sosial støtte fra overordnede hadde en gjennomsnittlig skåre på 3.4 for hele utvalget, mens opplevd sosial støtte fra medarbeidere hadde en gjennomsnittlig skåre på 4.1. Forskjellen mellom opplevd sosial støtte fra medarbeidere og opplevd sosial støtte fra overordnede er statistisk signifikant.

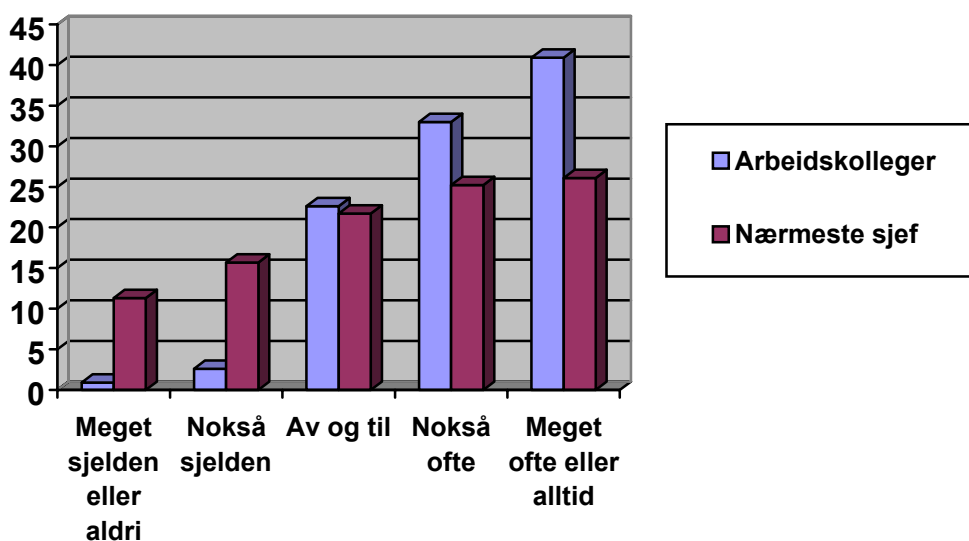
Tabell 4.12 Opplevd sosial støtte for hele utvalget
Enveis variansanalyse

Sosial støtte	Gj.snitt	St.avvik	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall
Sosial støtte fra kolleger	4.1	0.8	1.5	5.0	117
Sosial støtte fra overordnede	3.4	1.2	1.0	5.0	115
Sosial støtte totalt	3.7	0.9	1.2	5.0	115

(F=8.41; df=12; p<0,001)

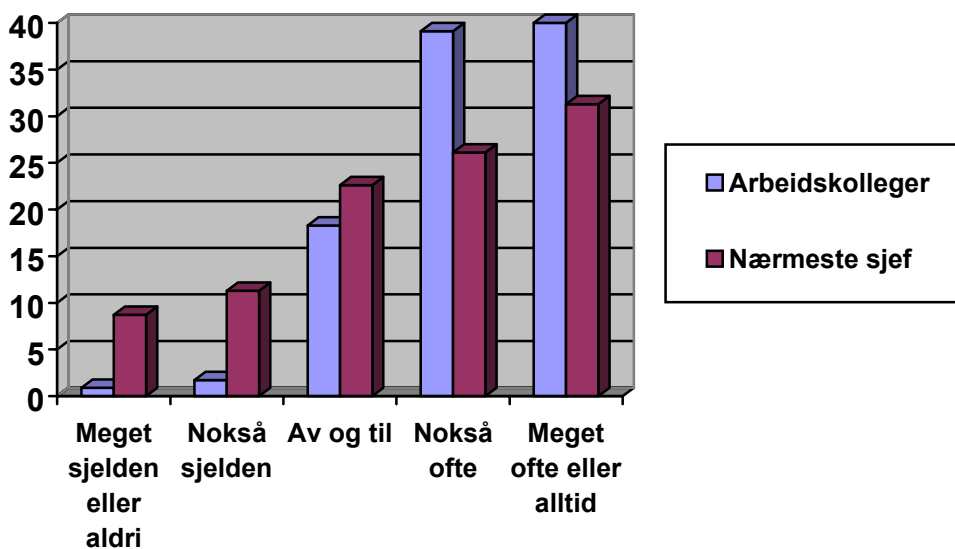
Forskjellen mellom opplevd støtte fra arbeidskolleger og fra overordnede er illustrert i figurene 4.1 og 4.2. Begge figurere viser at respondentene i undersøkelsen opplever at de får oftere sosial støtte fra sine arbeidskolleger enn sin nærmeste sjef.

Om man slår sammen svarkategoriene nokså ofte og meget ofte eller alltid, oppgir omlag trefjerdedeler av utvalget at arbeidskolleger gir dem støtte og hjelp i arbeidet, når de har behov for det (figur 4.1), mens omlag halvparten av utvalget at nærmeste sjef gir støtte og hjelp i arbeidet, når de har behov for det.



Figur 4.1 Respondentenes opplevelse av å få hjelp og støtte fra arbeidskolleger og overordnede. Mål er oppgitt i prosent

Om man også slår sammen svarkategoriene nokså ofte og meget ofte eller alltid, viser figur 4.2 den samme tendensen som figur 4.1. Majoriteten i utvalget opplever at både arbeidskolleger og nærmeste sjef er villige til å lytte til dem når de har problemer i arbeidet. Men andelen respondenter som opplever at arbeidskolleger er villig til å lytte er større enn andelen som oppgir at nærmeste sjef er villig til å lytte til dem. Omlag 80% av respondentene i undersøkelsen opplever at arbeidskolleger er villige til å lytte til deres problemer i arbeidet, mens omlag 60% av respondenter opplever at nærmeste sjef er villig til å lytte til dem når det oppstår problemer i arbeidet deres (tabell 4.13 og 4.14 apendix 1).



Figur 4.2 Respondentenes opplevelse at arbeidskolleger og nærmeste sjef er villig til å lytte til dem, når det oppstår problemer i arbeidet deres. Mål er oppgitt i prosent

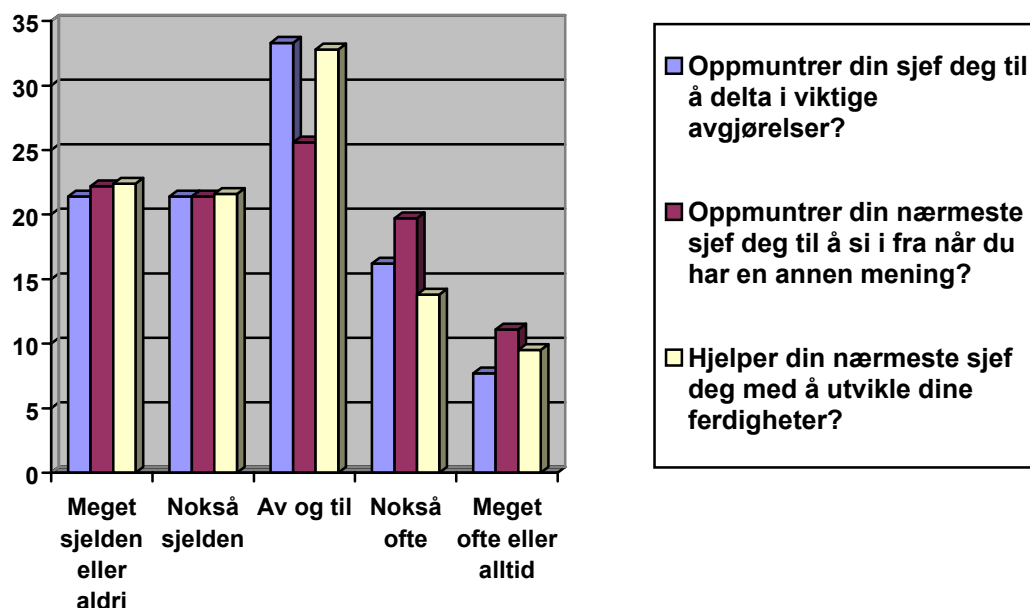
Om man slår sammen svarkategoriene i andre enden av skalaen, nokså sjelden og meget sjelden eller aldri viser det seg at det er kun en liten del av utvalget (3.5%) som opplever at de ikke kan få hjelp og støtte fra sine arbeidskolleger i sitt arbeid, om de skulle trenge det (tabell 4.13 apendix 1). Samme tabell viser også at det er få respondenter av det totale utvalget (2.6%) som opplever at deres arbeidskolleger ikke er villig til å lytte til dem når de har problemer i arbeidet. Om man slår sammen de samme svarkategoriene og ser på tilsvarende spørsmål knyttet til nærmeste sjef, viser det seg at langt flere (27%) av respondentene opplever at de ikke kan få støtte og hjelp fra sin nærmeste sjef enn fra sine arbeidskolleger (tabell 4.14 apendix 1). Samme tabell viser at 20% av utvalget nokså sjelden og meget sjelden eller aldri opplever at nærmeste sjef er ikke villig til å lytte til dem når de har problemer i arbeidet.

4.3 Opplevd lederstil

Utvalgets gjennomsnittlige skåre på opplevd lederstil var 3.1 (tabell 4.15 appendix 1). Laveste skåre på denne variabelen var 1.0, mens 5.0 var høyeste skåre. Variabelen lederstil, kan i følge Lindström et al.(2000) deles opp i to variabler; rettferdig lederskap og myndiggjørende lederskap. I dette utvalget kom rettferdig lederskap ut med en høyere gjennomsnittlig skåre (3.6), enn myndiggjørende lederskap (2.7). Denne forskjellen er statistisk signifikant.

Som mål på myndiggjørende lederskap ble det brukt 3 spørsmål; 1) blir du oppmuntret av din sjef til å delta i viktige avgjørelser? 2) oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å si i fra når du har en annen mening? og 3) hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?

Figur 4.3 viser at det er flest respondenter som oppgir at de ”av og til” blir oppmuntret av sin sjef til å delta i viktige avgjørelser, si i fra når de har en annen mening og får hjelp til å utvikle sine ferdigheter.

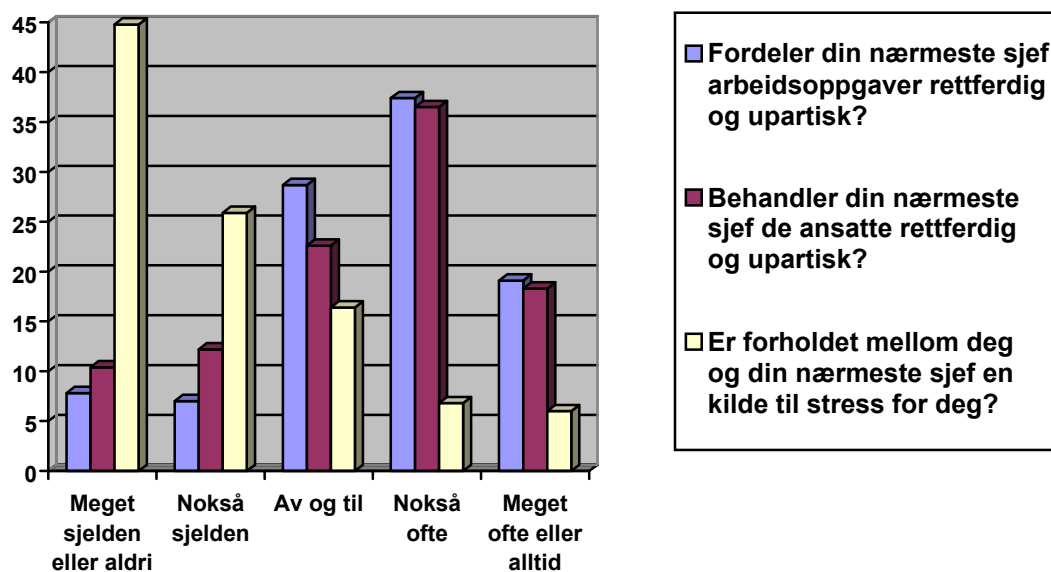


Figur 4.3 Respondentenes opplevelse av myndiggjørende lederskap. Mål er oppgitt i prosent

Om man slår sammen svarkategoriene nokså ofte og meget ofte eller alltid, svarer opp mot 25% at de opplever ”å bli oppmuntret av sin nærmeste sjef til å delta i viktige avgjørelser” (tabell 4.16 appendix 1). 30% av respondentene svarte at de blir oppmuntret av sin sjef til å si i fra når de har en annen mening, mens godt å vel 20% svarte at de får hjelp av sin nærmeste sjef til å utvikle sine evner nokså ofte eller meget ofte eller alltid.

Slår man sammen svarkategoriene nokså sjelden og meget sjelden eller aldri, viser samme tabell at 40% av respondenter i utvalget svarer innenfor denne kategorien når det ble spurt om de blir oppmuntret av sin nærmeste sjef til å delta i viktige avgjørelser og til å si fra når de har en annen mening. En like stor andel av utvalget oppgir at de nokså sjelden og meget sjelden eller aldri får hjelp av sin nærmeste sjef til å utvikle sine evner (se tabell 4.16 i appendix 1 for en detaljert oversikt).

For å måle respondentenes opplevelse av rettferdig lederskap ble det også brukt 3 spørsmål; 1)fordeler din nærmeste sjef arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk? 2)behandler din sjef de ansatte rettferdig og upartisk? og 3)er forholdet mellom deg og din nærmeste sjef en kilde til stress for deg? Utvalgets opplevelse av rettferdig lederskap er illustrert i figur 4.4. Figuren viser at over halvparten av respondentene oppgir at nærmeste sjef fordeler arbeidsoppgaver og behandler de ansatte rettferdig og upartisk. Majoriteten av utvalget oppgir også at forholdet til nærmeste sjef ikke er en kilde til stress.



Figur 4.4 Respondentenes opplevelse av rettferdig lederskap. Mål er oppgitt i prosent

Over 50% av respondentene i utvalget opplever at nærmeste sjef fordeler arbeidsoppgaver og behandler ansatte rettferdig og upartisk når man slår sammen svarkategoriene, nokså ofte og meget ofte eller alltid. Mens 70% av respondenter i utvalget svarte at de nokså sjelden og meget sjelden eller aldri opplevde forholdet til nærmeste sjef som en kilde til stress (tabell 4.17 apendix 1).

Slår man sammen svarkategoriene nokså sjelden og meget sjelden eller aldri, viser samme tabell at om lag 15% av respondentene i utvalget oppgir at nærmeste sjef fordeler arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk i henhold til denne svarkategorien. Omlag 20% av respondenter i undersøkelsen hevder at nærmeste sjef behandler ansatte rettferdig og upartisk nokså sjelden og meget sjelden eller aldri. Mens litt over 10% respondenter i utvalget opplever at forholdet til nærmeste sjef er en kilde til stress for dem nokså ofte eller meget ofte eller alltid (se tabell 4.17 i apendix 1 for en detaljert oversikt).

4.4 Sammenheng mellom utbrenthet og sosial støtte, lederstil

Korrelasjonsanalyse viser en negativ sammenheng mellom opplevelsen av sosial støtte fra medarbeidere, lederstil og gjennomsnittlig BBI-skåre målt med Pearson r (tabell 4.18).

Det tyder på at respondenter med høy BBI-skåre opplever å få mindre sosial støtte på arbeidsplassen, og opplever lederstilen som mindre rettferdig og myndiggjørende enn tilfelle er med respondenter med lavere skåre på BBI. Sammenhengen mellom lederstil og BBI-skåre er noe sterkere enn sammenhengen mellom sosial støtte og BBI-skåre. Det er kun sosial støtte fra medarbeidere som er benyttet i denne analysen, da sosial støtte fra overordnede korrelerte sterkt (0.82 målt med Pearson r) med opplevelsen av lederstil.

Tabell 4.18 Sammenhengen mellom gjennomsnittlig BBI-skåre og sosial støtte, lederstil Korrelasjonsanalyse (pearson r).

	Pearson r	n
Sosial støtte fra medarbeidere	-.440**	106
Lederstil	-.468**	106

**p < 0,001

Multipel regresjonsanalyse viser at 27% av variasjonen i BBI-skåre kan forklares av sosial støtte og lederstil (tabell 4.19). Av disse bidrar lederstil mest (β -.34; p<0,001).

Tabell 4.19 Sammenheng mellom sosial støtte , lederstil og gjennomsnittlig BBI-skåre Multipel regresjonsanalyse

Indikasjon på utbrenthet	R Square	F-verdi (df)	Beta	T-verdi
Sosial støtte fra medarbeidere			-.26*	-2.72*
Lederstil			-.34**	-3.58**
	.27**	18.88** (2+101)		

p<0.05*, p<0.001**

5.0 Diskusjon

5.1 Utbrenthetsnivå for hele utvalget

Selv om ulike undersøkelser (se for eksempel Skogstad, Matthiesen & Hellesøy, 1990; Skogstad, 1996 for oversikt) har vist at det er en sammenheng mellom utbrenthet og arbeidet som utføres i helsevesenet, er viktig å påpeke at majoriteten av respondentene som deltok i denne undersøkelsen ikke er utbrent målt med BBI. Halve utvalget i undersøkelsen viser liten eller ingen indikasjon på å være utbrent. Men det at en av fire respondenter i undersøkelsen oppnår en skåre på BBI som indikerer at de er utbrent eller på grensen til å brenne ut, indikerer likevel at respondentenes arbeidsplass kan oppleves som belastende og krevende.

Mer nøyaktig viser min undersøkelse at 6,6% av det totale utvalget er målt til å være utbrent, mens 18,9% er målt til å være i grenseland til å være utbrent. Dette er prosenttall som er noe høyere enn tall fra en norskdatabase med i alt 3710 personer, hvor BBI har blitt benyttet (Matthiesen, 2000). En annen undersøkelse av hjelpepleiere viste at 10% kunne karakteriseres som utbrente, mens ytterligere 20% var i gråsonen til å brenne ut (Skogstad, Matthiesen & Hellesøy, 1990; ref. Mattheisen 2000).

5.2 Sammenheng mellom ulike bakgrunnsvariabler og utbrenthetsnivå

I undersøkelsen ble det ikke avdekket noen signifikante kjønnsforskjeller i utbredelsen av utbrenthet, selv om mennene hadde noe høyere gjennomsnittlig BBI- skåre enn kvinnene.

I litteraturen finner man støtte for dette i andre undersøkelser som heller ikke har funnet klare forskjeller mellom menn og kvinner i faren for å utvikle utbrenthet (Cordes & Dougherty, 1993; ref. Matthiesen, 2000).

Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller mellom utbrenthetsnivå og yrkesgruppe. Dette er noe overraskende, særlig med tanke på at andre studier på utbrenthet i Norge har avdekket klare yrkesforskjeller (Skogstad, Matthiesen & Hellesøy; Skogstad, 1996). I flere undersøkelsene har det vært vist at særlig hjelpepleiere skårer høyt når det gjelder fare for å bli utbrent (Matthiesen, 2000). Noe av forklaringen på at det ikke ble avdekket signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene og utbrenthetsnivå i min undersøkelsen, kan ha sammenheng med utvalget er for lite. Med rundt 30 respondenter i hver yrkesgruppe er det vanskeligere å få signifikante funn, enn om utvalget hadde vært større. I store utvalg kan selv svake sammenhenger og store forskjeller vise seg å være signifikante, mens bare kraftige sammenhenger og store forskjeller vil kunne gi signifikante funn i små utvalg (Ringdal, 2001). Med en høyere svarprosent enn de 59% som jeg oppnådde, hadde det kanskje vært mulig å finne signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene og utbrenthetsnivå.

Det er også grunn til å anta at sikkerhetsavdelingene er den mest belastende arbeidsplassen ved sykehuset med hensyn til utbrenthet, ettersom dette er avdelinger ved sykehuset som har ansvaret for pleie og behandling av særlig vanskelige og eller farlige pasienter. Denne undersøkelsen kan imidlertid ikke støtte en slik antagelse, ettersom det ikke ble funnet statistisk signifikant forskjell mellom utbrenthetsnivå og avdelingstilhørighet ved sykehuset. Likevel er det en klar tendens at mottak/akuttavdelingen oppnådde en gjennomsnittlig BBI-skåre som var klart lavere enn de andre avdelingene. Det er viktig å påpeke i denne forbindelse at det var langt færre respondenter fra mottak/akuttavdelingen som deltok i

undersøkelsen, enn fra de andre avdelingene. Det er vanskelig å gjøre en meningsfull sammenligning mellom grupper, når en av gruppene har få så respondenter.

Unge og nyutdannede mennesker innen omsorgs- og hjelpeyrkene blir ansett for å utgjøre en risikogruppe med hensyn til utbrenthet (Leiter, 1993; ref Skogstad, 2000). Forklaring på dette kan være at yngre synes å bli rammet av utbrenthet i større grad enn eldre arbeidstagere, med tanke på at de unge er mer sårbare som følge av manglende erfaring (Matthiesen, 2000). Til tross for at liten erfaring ansees for å være en risikofaktor i utviklingen av utbrenthet, viste min undersøkelsen ingen signifikant forskjell mellom utbrenthetsnivå og ansiennitet. I forholdet mellom utbrenthet og ansiennitet er det viktig å påpeke at en sammenligning er vanskelig, da 70% av respondentene hadde mer enn 5 års ansiennitet. Det er en svakhet i undersøkelsen at kategoriene for ansiennitet ikke var mer dekkende for utvalget. I ettertid ser jeg at en variabel som ansiennitet burde hatt flere svarkategorier, eller eventuelt hatt andre svakategorier for å kunne skille mellom alle de respondentene som hadde mer enn 5 års ansiennitet.

Det er imidlertid signifikant forskjell i forholdet mellom stillingsprosent og utbrenthet (tabell 4.6). Respondenter med stillingsandeler på 50% og på 76%-100%, skårer gjennomsnittlig høyere på BBI-skalaen enn tilfelle er for respondenter med en stillingsandel på 51%-75%. Flere fremtredende teoretikere på feltet utbrenthet, hevder at selve kjernen i utbrenningsyndromet skyldes den følelsesmessige overbelastning, som er forårsaket av en langvarig involvering i følelsesmessig krevende situasjoner (Maslach, 1989; Pines & Aronson, 1988). Dette kan et stykke på vei forklare hvorfor ansatte med den høyeste stillingsprosenten i utvalget viser en sterkere indikasjon på utbrenthet, sammenlignet med ansatte i 51%-75% stilling. Ut fra denne forklaringen er det videre grunn til å anta at de med lavest stillingsprosent, vil være minst utsatt for belastninger som kan lede til utbrenthet.

Denne forklaringen fremstår derfor som et paradoks, når undersøkelsen viser at respondenter med 50% stilling (den minste stillingsprosenten) i gjennomsnitt skårer høyere på BBI-skåre enn respondenter med 51%-75% stilling.

Det kan imidlertid være mange årsaker til hvorfor ansatte i 50% stilling skårer høyere på BBI enn de med 51%-75%. De som er ansatt i 50% stilling kan ha en rekke belastende forpliktelser utenfor selve arbeidet som gir utslag til høyere BBI-skåre (Thuen, 2000). Dette er likevel et forhold som også kan gjelde for ansatte i 51%-75% stillinger og gir derfor ikke noen tilfredsstillende forklaring på fenomenet. En annen mulig forklaring kan være at flere i 50% stilling har arbeidet i større stillingsprosent tidligere og har fått redusert stilling på grunn av ulike belastninger som for eksempel utbrenthet, uten at dette har gitt dem den effekten de hadde håpet på. Man skal heller ikke se bort fra den forklaring at forskjell i forholdet mellom stillingsprosent og utbrenthetsnivå kan skyldes en tilfeldighet. Selv om det er funnet en signifikant forskjell, er det likevel en viss mulighet for at forskjellen er forårsaket av en tilfeldighet.

5.3 Sammenheng mellom utbrenthet og sosial støtte, lederstil

Gjennomsnittlig skåre for opplevd sosial støtte for hele utvalget i min undersøkelse, er som nevnt tidligere på 3.7 målt med QPSNordic. Dette samsvarer med data fra en samling undersøkelser fra andre nordiske land, som også har et gjennomsnitt på 3.7 målt med QPSNordic (for en oversikt se Lindström et al., 2000). Foruten denne samvariasjonen med sosial støtte totalt, samsvarer også data om opplevd av sosial støtte fra både medarbeidere og overordnede fra andre nordiske land med min undersøkelse.

Både korrelasjonsanalyse og multippel regresjonsanalyse viser at indikasjon på utbrenthet har en negativ sammenheng med sosial støtte og lederstil. Respondenter med høye skårer på utbrenthet opplever å få mindre sosial støtte fra medarbeidere, og de opplever ledelsen som mindre rettferdig og mindre myndiggjørende enn respondenter med lavere BBI-skåre. Av utvalgets variasjon i BBI-skåre kan 27% forklares av sosial støtte fra medarbeidere og lederstil. Dette viser at sosial støtte fra medarbeidere så vel som rettferdig og myndiggjørende lederstil er faktorer som påvirker respondentenes opplevelse av utbrenthet i arbeidet.

Betydningen av sosial støtte, som en ressurs for mestring av belastninger på arbeidsplassen, blir i flere sammenhenger trukket fram som en viktig faktor som styrker blant annet jobbmotivasjon, mestring og pålitelighet i arbeidet. Det blir også hevdet at sosial støtte virker som en "buffer" mot belastninger (Skogstad & Einarsen, 1995). I forholdet mellom utbrenthet og sosial støtte, legges det vekt på at mangel på sosial støtte fører til utbrenthet (Bruke & Richardsen, 1993). Mangel på sosial støtte i form av tilbakemelding og anerkjennelse er noe mange savner i dagens arbeidsliv (se Skogstad & Einarsen, 1995).

Lederstil har også blitt vektlagt som en sentral faktor i utbredelsen av utbrenthet blant ansatte (Leiter & Maslach, 1988; ref. Dallner, 2000). I denne oppgaven skilles det mellom to former for lederstil, myndiggjørende lederstil og rettferdig lederstil. Det viser seg at myndiggjørende lederstil er den formen for lederstil som har lavest gjennomsnittlige skåre på 2.6. Til sammenligning har rettferdig lederstil en skåre på 3.6. Denne tendensen finner man også når man ser på QPSNordic-data fra andre nordiske land (Lindström et al., 2000). Og i likhet med sosial støtte samsvarer gjennomsnittlige skårer for myndiggjørende lederstil og rettferdig lederstil i min undersøkelsen med andre QPSNordicdata.

Selv om det er sammenheng mellom sosial støtte, lederstil og utbrenthet utelukker det likevel ikke at det finnes andre viktige faktorer som bidrar til om respondentene i undersøkelsen blir utbrent eller ikke. Et valg av andre variabler kunne kanskje endret bildet av de resultatene som foreligger. Utfra analysene er det heller ikke mulig å fastslå noe sikkert om årsaksretningen for sammenhengen mellom indikasjon på utbrenthet og sosial støtte fra medarbeidere og lederstil. Det er ikke mulig å si om utbrenthet enten er et resultat av lite sosial støtte, lite rettferdig og myndiggjørende lederstil, eller om utbrenthet fører til at en lite sosial støtte, lite rettferdig og myndiggjørende lederstil. Men undersøkelsen som det er referert til i denne oppgaven viser at de som er mest belastet med hensyn til indikasjon på utbrenthet opplever å få mindre sosial støtte fra sine medarbeidere, og i tillegg opplever de ledelsen som mindre rettferdig og myndiggjørende enn respondenter med lavere utbrenthetsnivå.

5.4 Diskusjon av metode

Ettersom respondentene som er med i min undersøkelse ble valgt ut skjønnsmessig, må det tas visse forbehold når det gjelder muligheten for å generalisere resultatene i denne oppgaven. Et skjønnsmessig utvalg er ikke valgt ut ved sannsynlighetsutvelging, det må tas hensyn til at de resultatene jeg har fått i utvalget kan forklares som en følge av tilfeldige eller systematiske utvalgsfeil. Jeg skal derfor være varsom med å anslå at de resultatene som ligger til grunn for utvalget i min undersøkelse, også sier noe om alle enhetene som inngår i oppgavens problemstilling. Det er utvilsomt en fordel å velge ut enheter ved hjelp av

sannsynlighetsutvelging, faglige og økonomiske hensyn det førte til at jeg valgte skjønsmessig utvelging.

Med lav svarprosent er det en fare for å få et skjevt utvalg. Høy svarprosent er en styrke for resultatenes representativitet for det teoretiske utvalget (Ringdal, 2001). Selv om en svarprosent på 59 regnes for å være bra med postmetoden som er brukt i min undersøkelse, hadde det vært en fordel med høyere svarprosent. Det er vanskelig å trekke noen klare konklusjoner av resultatene i undersøkelsen siden utvalget er lite. Med høyere svarprosent ville ikke bare det totale utvalget i undersøkelsen vært større, men det ville mest sannsynlig også vært en større andelen respondenter som i følge BBI-skåre var utbrent eller på grensen til utbrent. Ringdal (2001) hevder at anslag som gjennomsnitt og prosenttall fra utvalget indikerer tilsvarende størrelser i populasjonen. Disse anslagene er beheftet med feilmarginer, som avtar med utvalgsstørrelsen. Anslag på store utvalg blir derfor mer presise enn de som er basert på mindre utvalg som i min undersøkelse.

Jeg valgte å sende ut kun en purring på tilbakesendelse av spørreskjema. Med flere puringer hadde det sannsynligvis vært mulig å oppnå en høyere svarprosent. Purrebrevet ble dessuten sendt til alle de aktuelle postene på sykehuset, ikke til hver enkelt potensielle deltaker. Om puringen hadde blitt sendt direkte til ansatte som fikk tilsendt spørreskjema, ville kanskje flere av de som ikke returnerte spørreskjemaet følt seg forpliktet til å delta i undersøkelsen og svarprosenten kunne vært høyere. Den moderasjon jeg har vist når det gjelder å få flest mulig til å delta i undersøkelsen har kommet i konflikt med det vitenskapelige kravet om høy svarprosent (Ilstad, 1989), likevel er kravet om frivillighet så viktig at den moderasjonen som er vist for ikke å legge for stort press på aktuelle respondenter til å delta i undersøkelsen kan forsvares. Å sende purrebrev til hver enkelt respondent ville ført til økte økonomiske utgifter,

noe som forklarer at purrebrev ble sendt som oppslag på vaktrommet til de aktuelle postene og ikke til hver enkelt respondent.

Spørreskjemaundersøkelsen jeg har gjennomført er en såkalt *tverrsnittsundersøkelse*, en undersøkelse som gir informasjon om utvalget på et gitt tidspunkt. Tverrsnittsundersøkelser har en svakhet ved at prosesser som utfolder seg over tid, bare indirekte kan observeres. Det er dessuten problematisk å bruke tverrsnittsundersøkelser i årsaksanalyser der etablering av tidsrekkefølgen mellom årsak og virkning er viktig (Ringdal, 2001). Ved hjelp av en test-retest hadde det vært mulig å få data om hvor konsistente variablene i undersøkelsen min hadde vært over en gitt tidsperiode, noe som kunne styrket eller svekket antagelsen om de sammenhengene som denne undersøkelsen har funnet. En retest er imidlertid så ressurskrevende at det ikke var aktuelt i denne oppgaven.

Det er sammenheng mellom variablenes målenivå og hvilke statistiske teknikker som kan benyttes til å analysere variablene i datasamlingen (Ringdal, 2001). Variablene om utbrenthetsnivå (sårbarhetsgrupper), sosial støtte og lederstil er alle ordinale, mens gjennomsnittlig BBI-skåre er en variabel på intervall nivå. I denne oppgaven har jeg blant annet brukt enveis variansanalyse og multippel regresjonsanalyse til analyse av data. Dette er statistiske teknikker som strengt tatt krever variabler på intervall- og forholdstallsnivå, likevel er det ikke uvanlig at disse analysene også benyttes på ordinale variabler (Ringdal, 2001).

Det er viktig å påpeke at variablene utbrenthet, sosial støtte og lederstil som er beskrevet i denne oppgaven ikke representerer allmenne enhetlige oppfatninger eller definisjoner av disse begrepene. Resultatene om utbrenthet er målt ved hjelp av BBI sin beskrivelse av fenomenet utbrenthet, mens sosial støtte og lederstil er beskrevet og målt ved hjelp av QPSNordic. Andre

spørreskjema om de samme begrepene, har andre gjerne kriterier som ligger til grunn for å beskrive og måle de samme fenomenene som jeg har beskrevet i denne oppgaven.

Under arbeidet med denne oppgaven har det pågått og pågår en diskusjon om begrepet utbrenthet. I både artikkeler og debattinnlegg diskuteres det hvordan fenomenet utbrenthet skal håndteres. Flere kritiserer at utbrenthet kan bli sett på som en egen lidelse, en diagnose. Kritikerne påpeker at utbrenthet ikke bør bli en egen offisiell diagnose, siden tilstanden er for uklart avgrenset. En annen innvending mot begrepet, er knyttet behandlingen av utbrenthet. Helt kort kritiseres behandlingen av utbrenthet for å være pasifiserende (kun bruk av sykemelding), hvor utsiktene for aktiv mestring er få. Også selve ordet utbrent, direkte oversatt fra den internasjonale betegnelsen *burnout* blir kritisert for å være negativt og uheldig. Dette begrunnes blant annet med at utbrenthet lett gir assosiasjoner om noe er ødelagt, med kun aske tilbake. Flere har foreslått alternative begrep som uttapt eller utladet da dette er mer positivt ladede ord som gir rom for at personer som har møtt veggen kan få overskuddet tilbake. Det er i følge Roness & Matthiesen (2002) er det lite aktuelt å avskaffe begrepet ettersom det er innarbeidet i litteraturen og har vært i bruk i lang tid. Roness hevder i et debattinnlegg i Bergens Tidene (19.10.02) at den viktigste grunnen til å beholde begrepet er at det sier noe om hvorfor jobben gjør noen mennesker syke. Utbrenthetsbegrepet kan etter det Roness erfarer bevisstgjøre mennesker om faresignaler, slik at de lærer seg å sette grenser og tar vare på seg selv. Og ledere kan bli minnet om å legge forholdene til rette, slik at de ansatte ikke lar seg bruke opp i jobben.

5.5 Konklusjon

Denne undersøkelsen viser liten grad av utbrenthet blant dem som har deltatt i undersøkelsen. De respondentene som derimot viser indikasjon på at de er utbrent, oppgir signifikant lavere opplevd sosial støtte, rettferdig og myndiggjørende lederstil enn respondenter som viser liten eller ingen indikasjon på utbrenthet. Det er også funnet signifikant forskjell mellom ulik stillingsprosent og utbrenthet.

Det er imidlertid usikkert om manglende sosial støtte, liten grad av myndiggjørende og rettferdig lederstil fører til at arbeidstagerne ved sykehuset blir utbrent eller står i fare for å bli utbrent. Analysene fra undersøkelsen kan også forstås som at arbeidstagerne med indikasjon på utbrenthet opplever mindre sosial støtte, og opplever ledelsen som mindre myndiggjørende og rettferdig mer som et resultat av at de er på grensen til å brenne ut eller allerede er utbrent.

På grunn av metodiske svakheter skal man være forsiktig med å trekke noen sikre konklusjoner. Likevel gir den sammenheng som ble funnet mellom sosial støtte, lederstil og indikasjon på utbrenthet for utvalget i undersøkelsen en indikasjon på at faktorer som sosial støtte og lederstil er med å påvirke respondentenes indikasjon på utbrenthet.

5.6 Forslag til videre forskning

En kvalitativ studie av utbrenthet, sosial støtte og lederstil kunne undersøkt hva respondentene legger i de ulike begrepene som jeg har brukt i min oppgave. Det hadde vært interessant å studere hvilke oppfatninger ansatte i den type arbeid som er representert i min undersøkelse med egne ord beskriver belastninger i jobben, og hvordan kolleger og overordnede påvirker dem. Med en kvalitativ undersøkelse kan være et godt utgangspunkt for å kunne finne ut hva folk faktisk legger til grunn for begrep som utbrenthet, sosial støtte og lederstil. En kvalitativ studie kunne også fange opp faktorer som beskriver hvordan de ansatte opplever relasjonen til den psykiatriske pasient. I stedet for å anta at denne relasjonen er belastende, kunne man ved hjelp av for eksempel intervju fått ansatte til selv å beskrive pasient–pleier relasjonen.

REFERANSER

Colbjørnsen, T., Drake, I. & Haukedal, W. (2001). Norske ledere i omskiftelige tider.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dallner, M. , Elo, A. , Gamberale, F. , Hottien, V. , Knardahl, S. , Lindstrøm, K. , Skogstad,

A. & Ørhede, E. (2000). Validation og the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for

Psychological and Sosial Factors at Work. København: Aka-print A/S.

Dewe, P., Leiter, M. & Cox, T.(red.) (2000). Coping, health and organizations. Del 3. side

191-211. Bruke, R. J. & Richardsen, A. M. London: Taylor & Francis.

Drenth, P.J.D., Henk, T. & de Wolff, C. J. (1998). Work Psychology. (2. Utgave). Del 7. side

145-173. Buunk, P.B, de Jonge, J., Ybema, J.F. & de Wolff, C. J.

United Kingdom: Redwood Books Ltd.

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). Stages of Disillusionment in the Helping Professions.

New York: Human Sciences Press.

Egidius, H. (1996). Psykologisk leksikon. Otta: Tano Aschehoug.

- Einarsen, S. & Skogstad, A. (red.) (2000). Det gode arbeidsmiljø. Del 1. side 15-34
Skogstad, A. Del 3. side 243-263 Thuen, F. Del 4. side 263-287 Knarhdal, S. Del 4. side 287-313 Matthiesen, S. B. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Golembiewski, R. T. (red.) (1993). Handbook of Organizational Behaviour. Kap. 12. side 263-298. Bruke, R. J. & Richardsen, A. M. New York: Marcel Dekker.
- Greve & Kaufmann. (red.) (1990). Ledelse, psykologiske og strategiske perspektiver. Kap. 21. side 367- 398. Hellesøy, O. H. Oslo: Tano.
- Grønhaug, K. , Hellesøy, O. H. & Kaufmann, G. (2001). Ledelse i terori og praksis. Kap. 5 side 93-113. Kap. 8 side 157-178. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Guldvog, B. (red.) (1997). Helsepersonellens arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. Oslo: HELTEF.
- Hellesøy, O. H., Raknes, B. I., Einarsen, S., Eide, R. & Skogstad, A. (1991). Arbeidsmiljø og Sykefravær i pleie og omsorg. Forskningscenter for arbeidsmiljø. Helse og sikkerhet, Universitet i Bergen.
- Hellevik, O. (1999). Forskningsmetode i sosiologi og Statsvitenskap. 6. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ilstad, S. (1989). Survey-metoden: en veiledning i utvalgsundersøkelser. Trondheim: Tapir

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

Kile, S. M. (1990). Helsefarlige ledere – og medarbeiderer. Oslo: Hjemmests bokforlag a.s.

Lindström, K., Elo, A., Skogstad, A., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardalh, S. & Ørhede, E. (2000). User's guide for the QPSNordic. Århus: Aka-print A/S.

Maslach, C. (1989). Burnout. Udbændthed som prisen for pleje og ansvar. København: Hans Reitzels Forlag.

Matthiesen, S. B. (1985). Stress hos helse-personell. En studie av arbeidsmiljøet ved to psykiatriske poster. Universitetet i Bergen.

Matthiesen, S. B. & Hellesøy, O. H. (1988). Å brenne for, kontra å brenne ut: Kilder til utbrenthet hos allmennpraktiserende leger. Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet. Universitet i Bergen.

Matthiesen, S. B. & Asbjørnsen, T. H. (1986). Forekomst av burnout ved et norsk sentralsykehus. Hovedoppgave, Universitet i Bergen.

NEM. (1994). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin. Forskning på mennesker – lover, regler og retningslinjer.

Noble, P. (1997). Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications .
International Review of Psychiatry Volum 9: s. 207-216.

Pines, A & Aronson, E. (1988). Career Burnout – causes and cures.
New York: The Free Press.

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

Raknes, B. I. , Røkkum, O. & Sletten, G. (1970). Sammenheng mellom arbeidsmiljø, burnout og helse. En spørreskjemaundersøkelse blant kvinnelige pleiere i psykiatrien/ HVPU.
Semesteroppgave, Universitet i Bergen.

Ringdal, K. (2001). Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Roness, A. & Matthiesen, S. B. (2002). Utbrent. Krevende jobber – det gode liv?
Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke

Roness, A. (1995). Utbrent?: Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker.
Oslo: Universitetsforlaget.

Skogstad, A. (1996). Nytenkning og omtanke innenfor knappe rammer. Arbeidsmiljøutvikling innen pleie- og omsorgstjenester. En intervju- og dokumentundersøkelse i Bella-prosjektet.

Universitetet i Bergen: Institutt for samfunnspsykologi. Seksjon for arbeids- og organisasjonspsykologi.

Skogstad, A. (1996). Arbeidstakernes egenomsorg som basis for klientens helse og trivsel.

Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelse.

Skogstad, A. & Einarsen, S. (1995). Stressteori som perspektiv på psykososialt arbeidsmiljø.

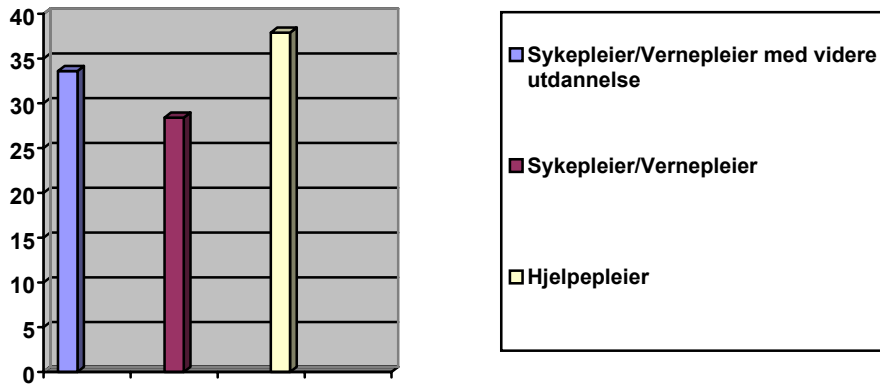
Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 32, side 1- 10.

Söderfeldt, M. (1997). Burnout? Lunds Universitet: Meddelanden från socialhögskolan.

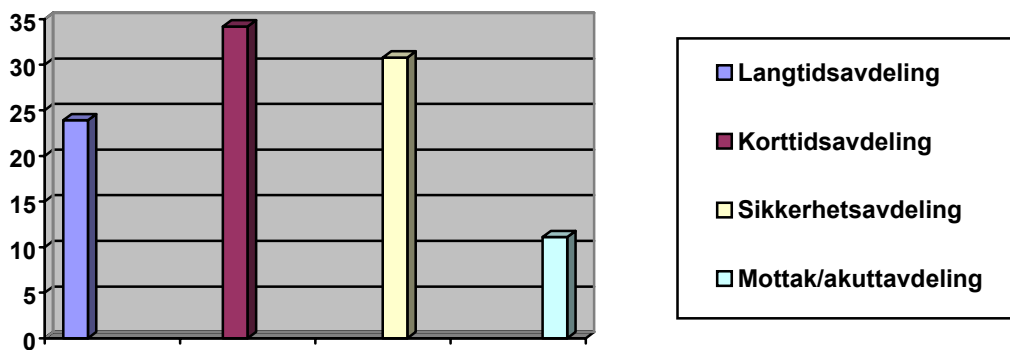
Årsmelding for aktuelt sykehus. (2000). X fylkeskommune: Bergen Trykk as.

Appendix 1

Oversikt av tabeller og figurer fra spørreundersøkelsen



Figur 3.1 Yrkesgruppens fordeling i utvalget
Mål er oppgitt i prosent



Figur 3.2 Avdelingens fordeling i utvalget
Mål er oppgitt i prosent

Tabell 3.2 Reliabilitets analyse

Spørreskjema	Cronbachs alfa
BBI	.93
QPSNordic – Sosial støtte	.81
QPSNordic - Lederstil	.92

Tabell 4.2 Gjennomsnittlig BBI-skåre for hele utvalget

	Gj.snitt BBI-skåre	Antall
Utvalget totalt	77 poeng	106

**Tabell 4.3 Gjennomsnittlig BBI-skåre etter avdelings tilhørighet
Enveis variansanalyse**

Avdeling	Gr. 1-4	Gr. 5	Gr. 6	Totalt (n)
Langtidsavdelingen	73.8% (17)	13.0% (3)	13.0% (3)	100% (n23)
Sikkerhetsavdelingen	74.3% (26)	20.0% (7)	5.7% (2)	100% (n35)
Korttidsavdelingen	72.2% (26)	22.2% (8)	5.6% (2)	100% (n36)
Mottak/Akuttavdelingen	83.3% (10)	16.3% (2)	0	100% (n12)

(Kjikkvadrat= 9.32; df= 15; Cramer`s V= 0.17; p: ikke signifikant)

n=106

**Tabell 4.5 Utvalgets gjennomsnittlig BBI-skåre etter ansiennitet
Enveis variansanalyse**

Ansiennitet	Gj.snitt BBI-skåre	Antall	Prosent
Under 1 år	60 poeng	6	5.7%
Fra 1 til 3 år	67 poeng	11	10.3%
Mellom 3 og 5år	80 poeng	17	16.0%
Mer enn 5 år	79 poeng	72	68.0%
Totalt	77 poeng	106	100 %

(F=1.40; df=3; p: ikke signifikant)

n=106

**Tabell 4.7 Variasjon i gjennomsnittlig BBI-skåre forklart ved hjelp av stillingsprosent
Enveis variansanalyse**

		Eta kvadrert
Forskjell mellom gruppene	6791.285	
Totalt (F=4.16; df=2; p<0.05)	81852.990	0.082 (8.2%)

**Tabell 4.11 Utvalgets gjennomsnittlige BBI-skåre i forhold til yrkesgruppe
Enveis variansanalyse**

Yrkesgruppe	Gj.snitt BBI-skåre	Antall	Prosent
Sykepleier/vernepleier med videreutdanning	80 poeng	38	36.2%
Sykepleier/vernepleier	68 poeng	31	29.5%
Hjelpepleier	79 poeng	36	34.3%
Totalt	77 poeng	105	100 %

(F=2.12; df=2; p: ikke signifikant) n=105

4.13 Sosial støtte fra medarbeidere Prosent (antall)

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget eller
ofte					
alltid					
Om du trenger det, kan du få hjelp og støtte fra dine arbeidskolleger?	0.9% (1)	2.6 % (3)	22.6% (26)	33.0% (38)	40.9% (47)
Om du trenger det, er dine arbeidskolleger villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet ditt?	0.9% (1)	1.7 % (2)	18.3% (21)	39.1%(45)	40.0% (46)

n=115

**Tabell 4.14 Sosial støtte fra overordnede
Prosent (antall)**

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget eller
ofte					
alltid					
Om du trenger det, kan du få hjelp og støtte fra din nærmeste sjef?	11.3% (13)	15.7% (18)	21.7% (25)	25.2% (29)	26.1% (30)
Om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet ditt?	8.7% (10)	11.3% (13)	22.6% (26)	26.1% (30)	31.3% (36)
Bli dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?	12.2% (14)	11.3% (13)	27.8% (32)	31.3% (36)	17.4% (20)

n=115

**Tabell 4.15 Opplevd lederstil for hele utvalget
Enveis variansanalyse**

	Gj.snitt	Std.avvik	Laveste verdi	Høyeste verdi	Antall
Myndiggjørende lederskap	2.6	1.1	1.00	5.00	116
Rettferdig lederskap	3.6	1.0	1.00	5.00	115
Opplevd lederstil totalt	3.1	1.0	1.00	5.00	114

(F=8.48; df=12; p< 0.001)

**Tabell 4.16 Myndiggjørende lederstil
Prosent (antall)**

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget eller
ofte					
alltid					
Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å delta i viktige avgjørelser?	21.4% (25)	21.4% (25)	33.3% (39)	16.2% (19)	7.7% (9)
Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å si i fra når du har en annen mening?	22.2% (26)	21.4% (25)	25.6% (30)	19.7% (23)	11.1% (13)
Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?	22.4% (26)	21.6% (25)	32.8% (38)	13.8% (16)	9.5% (11)

n=117

**Tabell 4.17 Rettferdig lederstil
Prosent (antall)**

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget eller
ofte alltid					
Fordeler din nærmeste sjef arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk?	7.8% (9)	7.0% (8)	28.7% (33)	37.4% (43)	19.1% (22)
Behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk?	10.4% (12)	12.2% (14)	22.6% (26)	36.5% (42)	18.3% (21)
Er forholdet mellom deg og din nærmeste sjef en kilde til stress for deg?	44.8% (52)	25.9% (30)	16.4% (19)	6.9% (8)	6.0% (7)

n=115

