

“Når unntakstilstand blir den nye normalen”

En kvalitativ studie av personlige opplevelser med stress og utbrenthet i jobbhverdagen til sykepleiere

Janicke Busk & Johanna Falkeborn



HMM4501

Masteroppgave i Health Economics, Policy and Management

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2020

“Når unntakstilstand blir den nye normalen”

En kvalitativ studie av personlige opplevelser med stress og utbrenthet i jobbhverdagen til sykepleiere

Av Janicke Busk & Johanna Falkeborn

Masteroppgaven er levert som en del av studieprogrammet
Health Economics, Policy and Management

Veiledet av Ivan Spehar

© Janicke Busk & Johanna Falkeborn

2020

En kvalitativ studie av personlige opplevelser med stress og utbrenthet i jobbhverdagen til sykepleiere

Janicke Busk & Johanna Falkeborn

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Sykepleiermangel er et voksende globalt problem, som ubehandlet vil kunne få store konsekvenser for pasientsikkerhet, helseorganisasjoner og samfunnet i sin helhet. Høye krav kombinert med stor arbeidsmengde og tidspress kan være med på å skape ugunstige arbeidsforhold preget av stress og lav jobbtilfredshet for sykepleiere. Dette later til å være påvirkende faktorer til hvorfor flere sykepleiere velger å slutte i jobben, samtidig som faren for sykefravær og utbrenthet øker. Sykepleieryrket står på den måten i fare for å miste uunnværlig kompetanse om det ikke bedre legges til rette for deres egen helse og velbefinnende.

Formålet med denne studien er å få en bedre forståelse av sykepleiernes personlige opplevelser med stress og utbrenthet på arbeidsplassen. Dette vil gjøres ved å identifisere faktorer som påvirker og reduserer utviklingen av stress, samt hvilke eventuelle mestringsstrategier som benyttes for å takle dette.

Oppgaven har en fenomenologisk tilnærming og baserer seg på ti semi-strukturerte dybdeintervjuer bestående av åtte sykepleiere, en seksjonsleder og en representant fra Norsk Sykepleierforbund. Datamaterialet fra intervjuene er analysert ved hjelp av tematisk nettverksanalyse. Resultatene kombinert med relevant teori om stress, mestring og utbrenthet, utgjør oppgavens diskusjonsdel.

Av studiet fremkom det at stress er et subjektivt fenomen med varierende påvirkningskraft fra sykepleier til sykepleier. Funnene viser til flere ulike faktorer som fremmer utviklingen av stress, der tidspress, ansvar og utilstrekkelig kompetanse fremstod som mest sentralt. Motsatt opplevdes sosial støtte gjennom god ledelse og godt samarbeid som stressreducerende faktorer, og som avgjørende for sykepleiernes jobbtilfredshet. Videre fremkom viktigheten av et godt arbeidsmiljø som legger til rette for trivsel, kompetanseutvikling og mestring. Dette muliggjøres ved at det igangsettes ulike tiltak som fokuserer på å ivareta og forbedre jobbhverdagen til sykepleierne. På den måten vil man kunne øke muligheten for å ivareta eksisterende kompetanse og pasientsikkerhet, samt unngå en økning i fremtidig sykepleiemangel.

Forord

Dette prosjektet er gjennomført som siste del av masterprogrammet Health Economics, Policy and Management ved Universitetet i Oslo (UiO). Innlevering av denne masteroppgaven setter strek for to lærerike år ved universitetet. Til tross for mange timer på lesesalen, krevende eksamensperioder og det som virket som et endeløst pensum, ville vi ikke vært foruten. Når vi nå forlater Harald Schjelderups hus for aller siste gang, er vi først og fremst takknemlig for all den nye kunnskapen vi nå besitter, men også klare for nye utfordringer i arbeidslivet.

Vi vil rette en stor takk til vår fantastiske veileder Ivan Spehar, som har stilt opp for oss langt utover det man kan forvente. Din veiledning og inspirasjon har hjulpet oss gjennom tyngre perioder der vi trengte det som mest. Du besitter mye kunnskap som du mer enn gjerne deler på en engasjerende og motiverende måte. Vi har satt stor pris på deg og dine tilbakemeldinger gjennom hele prosjektet.

En stor takk til alle informantene som har deltatt i prosjektet. Vi setter pris på deres åpenhet og at dere tillitsfullt har delt deres erfaringer med oss. Uten dere ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Avslutningsvis ønsker vi å takke hverandre for godt samarbeid gjennom hele denne perioden. Vi har klart å holde sammen på tross av pandemi og lock down. Skype og Word online fortjener derfor anerkjennelse, da de har gjort det mulig å jobbe sammen mens vi har vært adskilt. Prosessen har vært krevende, men vi har klart å motivere og løfte hverandre opp da det trengtes.

Janicke Busk & Johanna Falkeborn

Oslo, juni 2020

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Relevans og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formål og problemstilling	3
1.3 Avgrensning og oppbygning	4
1.3.1 Avgrensning	4
1.3.2 Oppgavens oppbygning	4
2 Teoretisk rammeverk	5
2.1 Tidligere funn	6
2.2 Ulike definisjoner på stress	8
2.3 Stresspåvirkning gjennom Conservation of resources theory (COR)	9
2.4 Stresshemmere gjennom Salutogenese teorien	11
2.5 Utbrenthet	12
2.5.1 Tre dimensjoner av Maslach Burnout Inventory	13
3 Metodekapittel	15
3.1 Valg av metode	15
3.2 Rekruttering og utvalg	16
3.2.1 Rekruttering	16
3.2.2 Utvalg	17
3.4 Gjennomføring av intervjuer	19
3.5 Analyse av data	21
3.5.1 Transkribering av intervjuer	21
3.5.2 Analyse	22
3.6 Member check	24
4 Resultater	26
4.1 Subjektiv oppfatning av stress	26
4.2 Stresspåvirkere	27
4.2.1 Tid	27
4.2.2 Personlige ressurser	29
4.2.3 Pasienter	30
4.2.4 Ansvar	31
4.2.5 Samarbeid	32
4.2.6 Turnus	33
4.3 Utbrenthet	34
4.4 Stresshemmere	36
4.4.1 Mestringsmekanismer	37

4.4.2 Tiltak	38
5 Diskusjon	40
5.1 Teoretisk diskusjon av funnene.....	40
5.1.1 Høye krav – få ressurser.....	40
5.1.2 Flere ressurser – mer mestring	43
5.2 Praktiske implikasjoner	45
5.3 Metodologiske refleksjoner.....	49
5.3.1 Refleksivitet	50
5.3.2 Validitet.....	51
5.3.3 Etske aspekter	52
5.4 Forslag til videre forskning	53
6 Konklusjon	55
Litteraturliste	56
Vedlegg	62

1 Innledning

I denne masteroppgaven undersøker vi innvirkningen av stress på jobb for sykepleiere, ved å rette fokus på personlige opplevelser knyttet til stress, utbrenthet og bruken av mestringsmekanismer. For å få et bredspektret perspektiv, har vi intervjuet sykepleiere fra ulike avdelinger og institusjoner, en seksjonsleder og en representant fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). Bakgrunn for valg av dette temaet er knyttet opp mot den nasjonale, så vel som globale, sykepleiermangelen, som utgjør en stadig større trussel mot pasientsikkerhet og kvaliteten av behandling. Uten prioritet og korrekte tiltak vil dette kunne påvirke fremtidig rekruttering og ivaretagelse av sykepleiere, som i takt med at kravene øker, vil oppleve en reduksjon i tilgjengelige ressurser.

1.1 Relevans og bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere anses å være en av grunnsteinene i helsevesenet med en jobb som er av betydning for mange mennesker. Imidlertid er dette et krevende yrke som preges av stor arbeidsmengde, turnusarbeid, tungt ansvar og håndtering av død og døende pasienter. Dette er faktorer som kan være med på å skape ugunstige arbeidsforhold i en allerede stressende jobbhverdag. Jobbrelatert stress er en voksende utfordring, og et av de største problemene knyttet til en person sin helse ved arbeidsplassen (Det europeiske arbeidsmiljøorgan, 2019). I en fysisk og psykisk krevende jobb er sykepleiere utsatt for stressrelaterte faktorer. Tall hentet fra Statistisk Sentralbyrå viser at et stressende jobbmiljø og utbrenthet er to av hovedårsakene til at 1 av 5 sykepleiere slutter i jobben innen 10 år etter endt utdanning (Dolonen, 2017). De samme faktorene later til å være noen av hovedårsakene til at sykepleiere er blant topp tre yrker med høyest sykefravær; med et fravær på 8,6%, som er 2,6% høyere enn gjennomsnittet (Hilsen, 2018).

Helsenorge, slik vi kjenner det, er i forandring. Endring i demografi vil påvirke økning i antall eldre i årene som kommer, samtidig som etnisk mangfold vil skape et behov for mer allsidig behandling (Statistisk Sentralbyrå, 2014). Dette vil øke etterspørselen for sykepleiere, da nåværende tilgjengelig kompetanse og fysisk arbeidskraft ikke vil kunne takle den økende

pågangen av krav om behandling. Utover dette vil behovet for spesialisert sykepleie øke, da kunnskap og fagkompetanse spiller en avgjørende rolle for håndtering av et endret sykdomsbilde preget av komorbiditet og kroniske tilstander (Klakegg, Skaastad & Yddal, 2013; Ingebritsen & Romøren, 2005, s. 98). For å håndtere disse fremtidige endringene vil det være nødvendig å fokusere på de forholdene som kan kontrolleres. Dette gjelder blant annet å utvikle løsninger og tiltak for å beholde eksisterende kompetanse, samt sikre fremtidig rekruttering.

Helsevesenet i dag har et tredelt mål som tar sikte på å forbedre helsen til befolkningen, øke pasientopplevelsen og redusere kostnadene per innbygger for helsehjelp (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Her vises det til at disse målene trues når helsepersonell ikke opplever jobbtilfredshet. Utover dette påpekes det at utbrenthet, stress og misnøye er utbredt hos helsepersonell, og vil kunne få innvirkning på pasientsikkerhet og helhetlig pleie om det ikke gjøres noe med. Bodenheimer & Sinsky (2014) hevder videre at helsepersonell vil være i bedre stand til å gi god behandling til pasienter om deres arbeidsforhold er bedre tilrettelagt. Dette vitner om et behov for implementering av et fjerde mål som sikter på å ivareta helsepersonell (Bodenheimer & Sinsky, 2014). For sykepleiere vil en jobbhverdag preget av høye krav og høyt arbeidspress skape en situasjon hvor sykepleiernes helse og trivsel står i fare. Fokus på mestring og ressursutvikling vil da kunne være avgjørende for at de velger å bli i yrket.

Slik situasjonen er i dag, øker etterspørselen i takt med at antall sykepleiere går ned. Tall fra Norsk sykepleierforbund viser at det har vært en 47% økning i mangel på sykepleiere fra 2017 til 2018 (Norsk Sykepleierforbund, 2018). Dette vil kunne få store konsekvenser for pasientsikkerhet, samt føre til høyere utgifter for kommunene, helseorganisasjoner og samfunnet i sin helhet (Vatnås, 2019). Fravær av tilstrekkelig arbeidskraft vil også ha en påvirkende effekt på gjenværende sykepleiere, da dette skaper et større press på deres tilgjengelighet og prestasjoner. Økt arbeidsmengde og tidspress kan sette sykepleiere i fare for å utvikle arbeidsrelaterte skader. Dette kan skape en følelse av utilstrekkelighet og fremskynde sannsynligheten for jobbrelaterte feil. Det vil derfor være ønskelig å avdekke innvirkningen stress og utbrenthet har på jobbhverdagen til sykepleiere. Ved å se på faktorer som er med på å fremme og hemme stress skapes en bedre forståelse for situasjonen sykepleiere daglig står i, og på den måten muligheten for å ivareta deres velbefinnende.

1.2 Formål og problemstilling

Dette forskningsprosjektet søker å identifisere hvordan stress påvirker jobbhverdagen til sykepleiere og deres velbefinnende. Formålet med oppgaven er å få en bedre forståelse av sykepleiernes personlige opplevelser med stress og utbrenthet på arbeidsplassen. For å få til dette er det ønskelig å kartlegge de ulike faktorene som påvirker stress, samt mestringsstrategier som benyttes for å takle dette. Studien baserer seg på dybdeintervjuer med sykepleiere fra ulike avdelinger og institusjoner, samt en seksjonsleder og en representant fra Norsk Sykepleierforbund for å få deres opplevelser knyttet til temaet. Videre rettes det et fokus mot tre dimensjoner av utbrenthet, for på den måten identifisere hvor utbredt problemet er som følge av stress.

Med bakgrunn i dette, vil vi besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke faktorer er med på å fremme forekomsten av stress på jobb blant sykepleiere?
2. Hvilke faktorer er med på å hemme forekomsten av stress på jobb blant sykepleiere?
3. Hvordan benyttes mestringsmekanismer for å håndtere stressende situasjoner på jobb blant sykepleiere?
4. Hvilke eventuelle tiltak kan være med på å redusere stress og risikoen for utbrenthet på arbeidsplassen til sykepleiere?

1.3 Avgrensning og oppbygning

1.3.1 Avgrensning

Til tross for at temaet for studien kan være gjeldende for sykepleiere i flere steder av landet, har vi valgt å avgrense oppgaven til å inkludere kun sykepleiere fra Oslo kommune. Dette valget har vi tatt på bakgrunn av at tilgjengelig nettverk i hovedsak befant seg i Oslo, i tillegg til at sammenligning av ulike kommuner ikke er målet for oppgaven. Med dette til grunne mener vi at avgrensning av deltakere er tilstrekkelig dekkende for studien.

1.3.2 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 har som mål å presentere leseren for valg av temaet og problemstilling. Her vil viktigheten av å kartlegge stresspåvirkende faktorer belyses. Kapittel 2 er en litteraturgjennomgang av sentrale teorier og tidligere forskning knyttet til stress, mestring og utbrenthet. Videre vil kapittel 3 gjøre rede for valg av metode, samt alle trinnene i forskningsprosessen. I kapittel 4 presenteres oppgavens resultater basert på dybdeintervju med ti informanter. Kapittel 5 inneholder oppgavens diskusjonsdel, hvor funnene settes opp mot relevant teori og tidligere forskning. Her vil også metodologiske refleksjoner og anbefalinger til videre forskning belyses. Avslutningsvis vil studiens konklusjon presenteres i kapittel 6.

2 Teoretisk rammeverk

Mennesker opplever stress når de blir møtt med høyere krav enn hva de er i stand til å takle. Stress er et subjektivt fenomen og kan forstås ulikt fra person til person. Dersom man utsettes for for mye stress over for lang tid, kan det medføre fysiske og mentale helseproblemer og belastning. Forskeren Howard Kaplan (1983) definerer stress på følgende måte:

«Psychosocial stress, in its most proximate influence on psychological distress, reflects the subject's inability to forestall or diminish perception, recall, anticipation, or imagination of disvalued circumstances—those that in reality or fantasy signify great and/or increased distance from desirable (valued) experiential states and, consequently, evoke a need to approximate the valued states. (Kaplan, 1983, s. 196).

Vår tolkning av denne definisjonen er at stress er en indre tilstand, som oppstår som et resultat av manglende evne til å distansere og forberede seg på ulike hendelser. Til tross for at definisjonen er noe snever med tanke på at stress også kan være positivt, mener vi at den er tilstrekkelig dekkende for vår oppfattelse av begrepet til denne oppgaven.

Ordet stress betyr derimot, ifølge store norske leksikon, påkjenning eller belastning. Stress er et meget vidt begrep og refererer til både fysiologiske og psykologiske påvirkninger, gjennom såkalte stressorer som får kroppen til å reagere (Svartdal & Malt, 2019). Fysiologiske stressresponser omhandler organismens reaksjon på stress gjennom kroppens mobilisering av energiressurser. Dette skjer ved at kroppen igangsetter en økt utskillelse av hormonene adrenalin, noradrenalin og cortisol, som igjen er med på å påvirke kroppens immunforsvar og cellegenerering (Steptoe & Kivimäki, 2013). Denne reaksjonen er i stressende situasjoner viktig for å skape nok energi, slik at kroppen kan håndtere situasjonen. Ved vedvarende stress blir responsen likevel problematisk, da den påvirker kroppens evne til å fornye celler, og på den måten også kroppens immunforsvar og hjertefunksjon (Samdal, World, Harris & Torsheim, 2017). Psykologiske reaksjoner på langvarig stress kan resultere i redusert mental helse i form av nervøsitet, depresjon og angst. Vedvarende stress, også omtalt som kronisk stress, forbindes ofte med noe negativt. En annen form for stress som av og til kan oppleves belastende er det som omtales som moralsk stress. Denne formen skiller seg fra andre typer da

den er etisk dimensjonert og oppstår når sykepleiere opplever at arbeidsmengde går på bekostning av kvalitet på pasientbehandlingen (Oksavik & Kirchhoff, 2019). Akutt stress er derimot noe som oppstår ved uventede eller plutselige hendelser som krever en reaksjon. Denne formen for stress trenger ikke nødvendigvis være negativ (Samdal et al, 2017).

Mestring er en annen viktig del av individets reaksjon på stress. Ifølge Lazarus og Folkman (1984) er det vanlig at mennesket igangsetter mestringsreaksjoner i møte med trusler. Ifølge forskerne defineres mestring som “*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Dette vil si at individet skaper mestring gjennom å tilpasse seg kravene i situasjoner som overgår egne ressurser, ved å forandre egen oppførsel og kognitive responser. Folkman og Moskowitz (2000) påpeker at for å få positive følelser rundt stress vurderes stressende situasjoner mer som en utfordring enn som en trussel. På denne måten kan stress virke som en drivkraft for effektivisering ved at kroppen blir mer skjerpet og yter ekstra. Det handler om måten man takler stress på og at man i mestringsprosessene generer positive følelser, fremfor negative (Folkman & Moskowitz, 2000).

Det er mange teorier som kunne vært relevante for denne oppgaven. Vi har valgt ut de teoriene vi mener i størst grad gjenspeiler oppgavens kjerne. For å få en bedre forståelse av stress som påvirkningskraft har vi i dette kapittelet valgt å ta for oss ulike teorier som vi mener på best mulig vis forklarer kompleksiteten av begrepet. Dette vil gjøres gjennom å se på hva som påvirker og hemmer stress, samt hva som gjør at noen blir utbrent. Vi vil begynne med å presentere tidligere funn og empiri rundt temaet stress på jobb blant sykepleiere. Deretter vil vi se på forskeres tolkning av begrepet stress og presentere eksisterende litteratur gjennom påvirknings- og mestringsteorier for å belyse temaet.

2.1 Tidligere funn

Mengden av publikasjoner og forskning om yrkesstress blant sykepleiere vitner om at dette temaet fortsatt er av stor interesse for forskere, sykepleiere og helsevesenets administratorer over hele verden (Lambert & Lambert, 2001). I et utfordrende yrke med høyt tempo og

økende arbeidsmengde finnes det et bredt spekter av potensielle arbeidsplass-stressorer (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016). Forskingen frem til nå har funnet flere ulike stressfaktorer, men disse har forandret seg over tid. Noen av de mest sentrale faktorene til stress for sykepleiere på arbeidsplassen er blant annet stor arbeidsmengde, lite sosial støtte, dårlig tid, konflikter på arbeidsplassen, håndtering av død og døende pasienter, lite autonomi og høye arbeidskrav (Lambert og Lambert, 2001; McVicar, 2003; AbuAlRub, 2004; Zangaro & Soeken, 2007).

Eldre forskning viser at håndtering av døende pasienter, konflikt med leger og stor arbeidsmengde er faktorer som ble ansett som noen av hovedårsakene til stress. Spesielt høy arbeidsmengde ble fremhevet som en av hovedgrunnene til hvorfor sykepleiere valgte å slutte i yrket. Tyler & Cushway (1995) påpeker at det er en klar sammenheng mellom stressende yrker som sykepleie og dårlig helse. Dette understrekes ved at sykepleiere på midten av 1990-tallet tilhørte yrket med lavest levealder (Tyler & Cushway, 1995). McVicar (2003) hevder at arbeidsmengde, ledelse og lederstil, profesjonell konflikt og emosjonelle krav til omsorg er blitt identifisert som stressfaktorer av sykepleiere i mange år. Nytt for hans forskning var at sykepleiere ved årtusenskiftet begynte å legge større vekt på ansettelsesbetingelser, som for eksempel lønn og turnus som stressfaktorer.

Stressfaktorer, som nevnt over, er også aktuelle i Norge. I en studie gjennomført ved norske hjemmetjenester fra 2011 var det spesielt ansvarsfølelse, utydelig rolleavgrensning, tidspress og endring i oppgaver som gjorde seg mest gjeldende som påvirkningsfaktorer for stress. Også påvirkningen av taushetsplikt blir her nevnt som en viktig faktor, da den opplevdes av flere som svært begrensende. Årsaken til dette var blant annet at de ikke hadde mulighet til å jobbe seg gjennom hendelser med andre utenfor jobben (Kirchhoff, 2011). I en nyere artikkel fra norsk sykepleie fortelles det om hvordan krav om effektivitet og ressursutnyttelse skaper krysspress og utfordringer, spesielt med tanke på det som oppfattes som den ideelle sykepleieren og det som er realitet. Dette er ifølge Nydal et al (2016) et viktig stressmoment i jobbhverdagen til sykepleiere. Denne problematikken omtales videre av Oksavik og Kirchhoff (2019) som moralsk stress. Her påpekes utfordringen ved at det konstant stilles høyere krav om effektivitet i takt med at arbeidsmengden øker. For sykepleiere som er opplært i en holistisk tilnærming til pasienter, ble dette et stressmoment ved at de opplevde å ikke strekke til, samt ikke kunne tilby pasienten ønsket kvalitet på behandlingen (Oksavik & Kirchhoff, 2019).

Flere studier viser til betydningen av sosial støtte både for jobbtilfredshet og for å redusere stress. Et sentralt funn fra en studie i 2007 var at jobbstress hadde den sterkeste negative korrelasjonen med jobbtilfredshet (Zangaro og Soeken, 2007). Her påpekes viktigheten av at sykepleieledere må være mer proaktive for å forbedre arbeidsmiljøet slik at jobbtilfredsheten blant sykepleiere øker. AbuAlRub (2004) argumenterer også for verdien av sosial støtte for å redusere stress. Han hevder det er ønskelig at arbeidsplassen tar i bruk strategier som fremmer sosial støtte for sykepleiere, og at sykepleieledere fremmer en organisasjonskultur preget av samarbeid, sosial integrasjon og teamarbeid. Sykepleiere som får støtte av kolleger scorer høyere på arbeidsmiljøtilfredshet og yter bedre enn de som får mindre støtte, samt føler seg mer komfortable med å be om hjelp fra kolleger. Dette gjør seg også gjeldende i en studie fra Norge der Kirchhoff (2011) trekker frem viktigheten av sosial støtte, spesielt blant kolleger. Avgjørende var samtaler med kolleger og debrifing i ønskede situasjoner, samt det å benytte seg av hverandres kunnskap og erfaring. Videre trekkes det frem at en tydeligere sykepleierolle og lederstil er viktige løsninger. McVicar (2003) hevder en inkluderende og transformerende lederstil er avgjørende for å forbedre personalet og arbeidsplassen. Imidlertid mener han at arbeidsgivere også må muliggjøre for individualiserte mestringsstrategier og se enkeltpersoners stressopplevelser.

2.2 Ulike definisjoner på stress

Stress har lenge vært i forskernes søkelys. Begrepet stress ble for første gang introdusert av den kanadiske forskeren Hans Selye i 1936 (Svartdal & Malt, 2019). Forskning hans på begrepet begynte da han observerte at en rekke pasienter med ulikt sykdomsbilde hadde mange felles uspesifikke symptomer. Disse symptomene var vanlige kroppslige responser på stressfullt stimuli. Selye definerer stress som en uspesifikk respons i kroppen, som oppstår når det stilles krav (Fink, 2010). Hans stressteori, General Adaption Syndrom (GAS), går ut på at vedvarende stress vil få organismen til å reagere ved å skape overproduksjon av kjemikalier og hormoner som kan føre til sykdom (Fink, 2010). Senere har man valgt å gå bort fra denne teorien, fordi man mente at stress er mer enn en individuell kroppslig respons. Teorien har likevel vært viktig fordi den satte temaet stress på agendaen og rettet et søkelys på hvordan stress kan skape ugunstige kroppslige reaksjoner gjennom dens påvirkning på binyrene og immunsystem (Fink, 2010).

I 1960 ble Selye sin definisjon av stress utfordret av forskeren Richard Lazarus. Lazarus mente at stress var mer enn en ensidig respons, og valgte derfor å utvide tolkningen av begrepet til å inkludere miljømessige faktorer, vurdering (appraisal) og mestring (coping). Vurdering omhandler prosessen om hvordan individet oppfatter stress i en situasjon, mens mestring er hvordan vedkommende håndterer interne og miljømessige krav (Olshevski, Katz & Knight, 2012). I boken «Stress, appraisal and coping» (1984) påpeker Lazarus og Folkman at stress består av flere ulike variabler og prosesser avhengig av en persons egenskaper. Sammen kom de opp med en ny definisjon på begrepet. De forklarte stress som en tilstand hvor individet opplever at kravene i en situasjon skaper en uoverensstemmelse med egne ressurser (Lazarus & Folkman, 1984). På denne måten blir stress en tosidig respons mellom individets personlige egenskaper på den ene siden, og miljømessige forhold på den andre siden.

Definisjonen møter imidlertid kritikk, spesielt fra forskeren Stevan E. Hobfoll som mener en slik teori ikke gir tilstrekkelig kunnskap om hvorfor mennesker handler som de gjør. Hobfoll (2001) beskriver hvordan stressteorier deles inn i to grupper, enten som ressursbasert eller som vurderingsbasert. Lazarus og Folkmans teori omtales som en vurderingsbasert teori. Denne teorien beror på at individets vurdering kun kan skje etter at stress allerede har oppstått, og av den grunn blir kontekstavhengig (Hobfoll, 2001). Dette skaper en utfordring fordi det blir lite forutsigbarhet i vurderingen av stress, samt begrenser innsikten for grupper og systemer. Videre påpeker Hobfoll at disse vurderingene også kan skje på bakgrunn av automatisk lærte tolkninger av regler basert på kulturelle holdninger. Selv mener han at stress må ses i sammenheng med ressurser og at stress oppstår når ressurser svekkes, mistes eller trues. For å forstå hvorfor mennesker handler som de gjør utviklet Hobfoll en egen stressteori kalt Conservation of Resources (COR) som beskrives nedenfor.

2.3 Stresspåvirkning gjennom Conservation of resources theory (COR)

Konservering av ressurser er en stressteori som tar for seg psykologisk stress og dens mulige konsekvenser. I denne teorien flyttes fokuset bort fra individets subjektive vurderinger av stress, over til å også være et resultat av miljø, samt sosiale og kulturelle baser (Hobfoll & Ford, 2007). Hobfoll baserer teorien på prinsippet om at individer alltid vil streve etter å

skaffe, beskytte, beholde, samt fremme de tingene man verdsetter (Hobfoll, 2001). En persons verdsette ressurser er personlig styrke og sosial- og kulturell tilhørighet. COR teorien deler ressurser inn i fire kategorier bestående av personlig karakteristika (for eksempel selvtillit eller optimisme), objekter (arbeidsplass, bosted), tilstander (personlig helse, stabil jobb) og energiressurser (pensjon, tid, lojale venner). Ressursene er transkulturelle, noe som betyr at de objektivt bestemmes av en kultur og ikke av individet selv. Tap av ressurser blir individuelt vurdert, men vil være en refleksjon av det som utgjør kulturen. Dermed vil det som for et individ oppfattes som tap av ressurser også i de fleste tilfeller oppleves som tap for andre i lignende situasjoner (Hobfoll, 2001).

Psykologisk stress oppstår i situasjoner som utgjør en trussel mot disse ressursene. Dette kan skje ved tre ulike tilfeller; dersom ressursene trues, tapes eller hvis individet ikke klarer å skaffe tilstrekkelig ressurser etter store ressursinvesteringer. Tap av ressurser har ifølge Hobfoll større betydning for stressutvikling enn det å oppnå nye. Ved lik mengde av tap og gevinst av ressurser, vil tap få størst konsekvenser og er relatert til psykologisk stress og sykdom (Hobfoll, 2001). Videre er det nødvendig at mennesker investerer i ressurser for å beskytte seg mot ressurstap, komme seg etter tap og for å tilegne seg nye ressurser. Dette gjør at mennesker som i utgangspunktet har lave ressurser vil få problemer med å oppnå nye. I tillegg vil de unngå at eksisterende ressurser mistes, da de ikke har nok til å håndtere tapene. På den måten havner personene i en ond sirkel med konstant ressurstap (Hobfoll & Ford, 2007).

Også denne teorien møter kritikk. Her vises det blant annet til at Hobfoll ikke tar nok høyde for at mennesker utnytter ressurser forskjellig. Med det menes at ulike mennesker ofte vil få ulikt utbytte av samme ressurs basert på personlige egenskaper. Ifølge Baltes (1997) vil aldersrelaterte forskjeller, spesielt hos eldre mennesker, påvirke effektivitet og derav også utbytte av ressurser (Freund & Rie, 2001). En annen kritikk rettet mot denne ressursbaserte teorien, er problematikken når det kommer til subjektivitet og den enorme mengden ting som individer kan anse som ressurser. Imidlertid har Hobfoll presisert at subjektiviteten ikke skal vektlegges så tungt, da den viktigste årsaken til stresset er selve ressurstapet og ikke hva ressursen var (Hobfoll et al, u.d).

2.4 Stresshemmere gjennom Salutogenese teorien

Salutogenese er også en ressursorientert teori som tar for seg forholdet mellom helse, stress og mestring (Lindström & Eriksson, 2005). Teorien fokuserer på hva som opprettholder og utvikler bedre helse, samt retter et fokus på de forskjellige faktorene som støtter menneskers mestring og velvære. Antonovsky utviklet teorien som et motstykke til patogenese, som kun vektlegger årsak til sykdom, da han mente det var viktig å skjønne menneskets handlinger i sammenheng med helse (Lønne, 2019). Her settes det fokus på menneskets holdning til livet, som inkluderer muligheten til å takle stress og uventede forhold. Ifølge Antonovsky kommer god helse når individet evner å se stressfaktorer i meningsfylte sammenhenger (Antonovsky, 2005).

I teorien fokuserer han på det som omtales «Sense of coherence» (SOC), som på norsk kan omtales som opplevelse av sammenheng. Videre blir helse sett på som et aspekt fordelt utover et kontinuum, hvor ubehag (disease) og behag (ease) befinner seg i hvert sitt ytterpunkt av skalaen. Her anses de som har fravær av ubehag til å være mennesker med god helse og vil derfor ha høy grad av SOC. SOC vurderes på den måten som evnen til å bruke tilgjengelige ressurser gjennom individets vurdering og håndtering av situasjonen, for så å bevege seg i en helsefremmende retning (Lindström & Eriksson, 2005). Det er ifølge Antonovsky tre viktige elementer som utgjør SOC; håndterbarhet, forståelighet og meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Håndterbarhet defineres til den grad individet opplever og håndterer stimuli en utsettes for, ved hjelp av tilgjengelige ressurser, enten fra seg selv eller nettverk. En høy følelse av håndterbarhet gjør individet bedre i stand til å takle utfordringer og krav. Forståelighet handler om i hvilken grad individet opplever indre og ytre stimuli som begripelig, tydelig, sammenhengende og strukturert. Et menneske med høy grad av forståelighet vil da kunne forvente at fremtidig stimuli er forutsigbar. Meningsfullhet er den viktigste komponenten, og bidrar til at hendelser lettere fremstår som håndterbare og forståelige. Denne komponenten omhandler viktigheten av at individet er delaktig i livets prosesser, så vel som følelsesmessig investerer og engasjerer seg for å oppleve mening med livet (Antonovsky, 2005).

For å fremme videre utviklingen av SOC må dermed individet ha tilgang og evne til å bruke mestringsressurser i seg selv og omgivelsene. Dette vil gjøre at individet får den erfaringen som er nødvendig for å sikre videre utvikling av opplevelsen av sammenheng. Helsemessig bedring vil ifølge Salutogenese skje gjennom mestringsressurser. Han deler disse ressursene

inn i fire fokusområder som inkludere indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil og det å involvere seg i givende aktiviteter (Lønne, 2019). Innunder disse områdene finner vi mestringsressurser som blant annet inkluderer kultur, sosial støtte, kontinuitet med oversikt og kontroll, mestringsstrategier, kunnskap og intelligens.

For å være i stand til å måle individets evne til å se ting i sammenheng (SOC) utviklet Antonovsky to ulike spørreskjemaer bestående av henholdsvis 29 (SOC-29) eller 13 (SOC-13) spørsmål. Skjemaene består av ulike elementer som tar sikte på å måle alle tre komponentene av håndterbarhet, forståelighet og meningsfullhet. Svaret til deltakerne baseres da på en skala fra 1-7. Denne måten å måle individets evne til å se ting i sammenheng møter dog kritikk. I boken *The Handbook of Salutogenesis* gjengir Eriksson & Mittelmark (2017, s. 101) kritikk fra forskere som blant annet Korotkov, Flannery & Flannery som mener at SOC-29 og SOC-13 i for lav grad tar høyde for de følelsesmessige aspektene av livet. Menneskets oppfattelse av sammenheng vil i stor grad forandres i løpet av livet, noe de mener det ikke tas høyde for. Videre påpekes uheldigheten av å bruke forutsigbarhet som målenhet for mestring, da fravær av dette ikke nødvendigvis er noe negativt og for flere vil være et viktig bidrag til glede i hverdagen (Eriksson & Mittelmark, 2017, s.102). En annen kritikk mot Antonovsky og hans Salutogenese teori er at begrepet helse i for liten grad defineres. Dette mener flere vanskeligjør tolkningen av begrepet rent utover at det er en tilstand med fravær av sykdom (Mittelmark & Bull, 2013).

2.5 Utbrenthet

Utbrenthet er en psykologisk respons på kronisk arbeidsstress og oppstår der det er høye krav og få ressurser (Bakker & Demerouti, 2007). Konseptet har eksistert lenge, og studier av utbrenthet har utvidet seg dramatisk de siste tre tiårene. Til tross for at utbrente ansatte påviser høy grad av utmattelse og misnøye med arbeidet, er det likevel uenigheter blant forskerne i hvordan konseptet skal operasjonaliseres eller måles (Halbesleben & Demerouti, 2007). En felles forståelse av begrepet er den flerdimensjonale teorien Maslach Burnout Inventory (MBI). Her definerer Maslach utbrenthet som “*Burnout is a prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job, and is defined by the three dimensions of exhaustion, cynicism, and inefficacy*” (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, s. 397). Disse tre

dimensjonene er den mest brukte teorien i forskning på utbrenthet og deles inn i emosjonell utmattelse, emosjonell distansering (depersonalisering) og redusert profesjonell ytelsesevne. Konsekvensene av utbrenthet kan potensielt være store for arbeiderne, deres klienter og for arbeidsplassen. Utover dette viser tidligere funn at utbrenthet kan føre til redusert kvalitet på omsorgen eller tjenestene som tilbys (Maslach, Jackson & Leiter, 1997).

Utbrenthetsforskningen startet som en bottom-up tilnærming ved å undersøke menneskers erfaringer på arbeidsplassen. Den første fasen av forskningen fra 1970-tallet kalles pionerfasen og var preget av et utforskende arbeid med et mål om å artikulere fenomenet (Maslach et al, 2001). De første artiklene om utbrenthet ble skrevet av psykiateren Freudenberg som presenterte begrepet for første gang i 1974. Forskningen hadde sine røtter i omsorgsgivende og tjenesteytende yrker. Videre utviklet forskningen seg på 1980-tallet til en ny fase, den empiriske fasen. Her ble arbeidet mer systematisk, empirisk og kvantitativ. I samme periode utviklet Maslach og Jackson det tredimensjonale måleverktøyet Maslach Burnout Inventory (MBI). Ikke lenge etter ble en nyere versjon (MBI HSS) utviklet for bruk av pedagogiske yrker, og ikke bare omsorgsgivende og tjenesteytende yrker. På 1990-tallet fortsatte den empiriske fasen med flere nye retninger. Her ble også en tredje versjon av MBI (MBI GS) laget. MBI GS er en mer generell variant, som baserer seg på utbrenthet som en individuell stressopplevelse og må ses i kontekst med andre relasjoner (Maslach et al, 2001).

2.5.1 Tre dimensjoner av Maslach Burnout Inventory

MBI er designet for å vurdere utbrenthetssyndromet gjennom en tilnærming av tre dimensjoner. Den første dimensjonen er emosjonell utmattelse, og beskrives ved at man føler seg trøtt, utslitt og kjenner på en overveldende utmattelse. De viktigste kildene til disse følelsene er overbelastning og personlig konflikt på jobben. Dette representerer den grunnleggende stressdimensjonen til utbrenthet.

Andre dimensjon, emosjonell distansering (depersonalisering), karakteriseres av at man gjerne blir ufølsom, distanserer seg fra egne følelser eller jobb og en følelse av kynisme. Her utvikles negative og kyniske følelser til medarbeidere eller pasienter. Denne dimensjonen representerer den mellommenneskelige dimensjonen til utbrenthet.

Siste dimensjon er opplevelsen av redusert profesjonell ytelsesevne. Dette referer til en følelse av å ikke strekke til på jobb, samt en følelse av ineffektivitet og manglende evne til å gjennomføre. Den personlige prestasjonskomponenten representerer selvvurderingsdimensjonen til utbrenthet (Maslach, 2002).

Det er imidlertid flere forskere som har kritisert MBI og mener det er psykometriske begrensninger i skalaen. Dette baserer seg på at variablene tilhørende de to første dimensjonene har en negativ ordlyd og er utformet i samme retning, mens variablene under siste dimensjon formuleres positivt. Kritikken retter seg da mot at slike ensidige skalaer vil være svakere enn skalaer som inkluderer både positive og negative formulerte elementer (Bakker & Demerouti, 2007). En annen kritikk mot teorien er at den har en affektiv tilnærming til utmattelse ved kun å fokusere på det emosjonelle. For å få en mer helhetlig tilnærming mener flere forskere at både kognitive og fysiske aspekter ved utmattelseskomponenten bør inkluderes (Halbesleben & Demerouti, 2007). I tillegg er det flere forfattere som har antydnet at en tofaktormodell som kun inkluderer emosjonell utmattelse og depersonalisering kan være mer passende til å måle utbrenthet. En slik tofaktormodell er Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), som inkluderer positive og negative variabler for å vurdere to av de tre kjernedimensjonene, utmattelse og distansering (Halbesleben & Demerouti, 2007). Vi har valgt å fokusere på den tredimensjonale modellen og vil derfor ikke utdype denne noe mer.

3 Metodekapittel

Formålet med oppgaven er å avdekke innvirkningen av stress på jobbhverdagen til sykepleiere ved å se på hva som er med på å fremme stress, samt eventuelle tiltak og mestringsmekanismer som reduserer forekomsten. Det er i denne studien valgt en kvalitativ metode for å belyse og finne svar på problemstillingen. Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for de ulike valgene vi har tatt i undersøkelsesprosessen. Dette inkluderer studiedesign, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og member check.

3.1 Valg av metode

Det teoretiske perspektivet for denne oppgaven er en fenomenologisk tilnærming. Dette er en vanlig teori innen kvalitativ metode der man søker å forstå individets subjektive oppfatninger og erfaringer med et sosialt fenomen (Green & Thorogood, 2018). Vi ønsker å belyse hvordan stress føles og oppleves som en del av sykepleiernes hverdag gjennom deres tanker og refleksjoner. Målet er å tolke og forstå deres subjektive opplevelse, fremfor om det gjenspeiler en objektiv virkelighet.

Vi har valgt å benytte oss av kvalitativt forskningsdesign ved å intervju sykepleiere fra ulike institusjoner og avdelinger rundt i Oslo, samt en seksjonsleder og en representant fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). Kvalitativ forskning er en systematisk samling, organisering og tolkning av tekstmaterialet som er samlet inn gjennom observasjoner eller intervjuer (Malterud, 2001). Malterud (2001) hevder dette er en nyttig fremgangsmåte for å studere menneskelig og sosial erfaring, kommunikasjon, tanker, forventninger, meninger, holdninger og prosesser. Sentralt for denne metoden er at forskeren fokuserer på spørsmål som sikter på å besvare “hvordan” og “hvorfor”, fremfor “hvor mye”. Av den grunn mener vi at metoden er velegnet for vår studie, da målet for oppgaven er å gå i dybden og få detaljerte beskrivelser av sykepleiernes opplevelse med stress og utbrenthet på arbeidsplassen.

I denne oppgaven har vi valgt å benytte oss av semi-strukturerte forskningsintervjuer. Dette er en velegnet tilnærming når man ønsker å få informantens eget perspektiv på virkeligheten

(Kvale & Brinkmann, 2009). I semi-strukturerte intervjuer er det forskeren som setter agendaen for intervjuene. Dette gjorde vi gjennom å utvikle og følge en intervjuguide, hvor vi også åpnet opp for fleksibilitet og oppfølgingsspørsmål basert på intervjuobjektene svar (Green & Thorogood, 2018). Vi valgte å ta intervjuene en-til-en, slik at vi kunne skape en arena som åpner for detaljerte synspunkter og personlige perspektiver. Her stilte vi åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle om sine egne erfaringer gjennom konkrete hendelser og observasjoner. I og med at vi har intervjuet sykepleiere, en seksjonsleder og en representant fra NSF, utarbeidet vi tre ulike intervjuguider (se vedlegg 6, 7 og 8). Dette gjorde vi for å sikre at spørsmålene i intervjuene var mest mulig representative for deres ulike stillinger og derav også perspektiver.

I og med at temaet stress og utbrenthet går under GDPR sin tolkning av helseopplysninger krever dette eksplisitt samtykke fra deltakere. Vi har derfor i samtykkeskjemaet opprettet et avsnitt der deltakerne måtte samtykke gjennom avkrysning for bruk av personlige opplysninger (se vedlegg 2, 4 og 5). Skrivet inkluderte også et avsnitt hvor informantene fikk beskjed om at samtykke om deltakelse og bruk av personopplysninger kan trekkes når som helst før innlevering av prosjektet. Bruk av personlige opplysninger stiller særskilte krav til oppbevaring av sensitivt materiale. Informantene som deltok i member check skrev under på et eget samtykkeskjema med informasjon om hva denne deltakelsen innebar (se vedlegg 3). Lydfilene fra intervjuer og transkripter har gjennom hele prosessen vært lagret på passordbeskyttet enhet knyttet til universitetet.

3.2 Rekruttering og utvalg

3.2.1 Rekruttering

Ut ifra valgt problemstilling har vi ønsket å snakke med sykepleiere fra ulike institusjoner som kan ha erfaring med jobbrelatert stress. Vi ønsket også å inkludere en seksjonsleder og en representant fra NSF for å få stor nok bredde i utvalget, samt maksimere muligheten for å produsere nok data til å besvare problemstillingen (Green & Thorogood, 2018). Vi har derfor benyttet oss av strategisk utvalg, hvor hver deltaker er nøye valgt på bakgrunn av deres rolle og hva de potensielt kan bidra med. Målet med et slikt utvalg er at deltakerne velges på

bakgrunn av visse karakteristika, som på best mulig måte bidrar til å svare på studiets problemstilling (Green & Thorogood, 2018). På denne måten har vi fått kompetente fagpersoner med ønsket erfaring.

Vi startet rekrutteringen av informanter ved å benytte oss av eget nettverk. Vi opplevde at dette var en trygg og enkel fremgangsmåte i starten for å legge et grunnlag for oppgavens base. Videre benyttet vi oss av snowball sampling, ved at en av informantene anbefalte to andre deltakere til prosjektet. Dette er et godt alternativ når informanten vet hva man er ute etter, og har et eget internt nettverk en kan dra fordel av (Green & Thorogood, 2018).

Rekruttering av seksjonsleder skjedde også gjennom eget nettverk etter at vi møtte vedkommende gjennom et fag ved Universitetet i Oslo (UiO) høsten 2019. Representanten fra NSF kom vi i kontakt med ved å ringe hovedkontoret til NSF, hvor vi videre fikk beskjed om å benytte oss av kontaktskjemaet på hjemmesiden deres. Herifra fikk vi mailadressen til representanten vi intervjuet.

Alle deltakerne i prosjektet ble kontaktet via mail, hvor vi kort presenterte målet med oppgaven og viste til godkjenning av prosjektet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1). Etter at alle hadde vist interesse for prosjektet, sendte vi en ny mail med informasjonsskriv, slik at deltakerne blant annet kunne lese om egne rettigheter, krav om anonymitet og lagring av sensitiv informasjon. Her differensierte vi skrivene mellom NSF representant, seksjonsleder og sykepleiere. Vi valgte denne fremgangsmåten for at deltakerne skulle ha muligheten til å lese seg opp om prosjektet før de eventuelt takket ja til deltakelse. Avslutningsvis lot vi deltakere selv bestemme tid og sted for gjennomføring av intervjuene. I løpet av prosessen tok vi også kontakt med en mannlig sykepleier og en annen representant fra NSF som ikke svarte på henvendelsene våre. Dette var personer vi hadde blitt anbefalt å ta kontakt med via to av de andre deltakerne i prosjektet.

3.2.2 Utvalg

Utvalget består av ti informanter, hvor ni av deltakerne har bakgrunn som sykepleiere, mens den siste har en stilling i Norsk Sykepleierforbund. Opprinnelig ønsket vi å intervju 12 informanter, men opplevde ved intervju nummer ti at studien nådde et naturlig metningspunkt, ved at det ikke fremkom nye temaer som allerede hadde blitt hentet frem av

tidligere deltakere (Kuper, Lingard & Levinson, 2008). Informantene er i aldersgruppen 29 til 65 år, med en gjennomsnittsalder på 43 år. Arbeidserfaring som sykepleier varierte fra fire til 42 år. Dette tilsvarte et erfaringsgjennomsnitt på 16,8 år.

	Antall år som sykepleier	Sykepleiefaglig utdannelse	Stilling
Sykepleier 1	5 år	Sykepleier	Kirurgisk post
Sykepleier 2	20 år	Sykepleier	Medisinsk avdeling
Sykepleier 3	4 år	Sykepleier	Vikar i somatikken, deltidsansatt i psykiatri
Sykepleier 4	11 år	Videreutdannet helsesykepleier	Helsesykepleie
Sykepleier 5	42 år	Videreutdannet intensivsykepleier	Medisinsk avdeling
Sykepleier 6	8 år	Sykepleier	Medisinsk avdeling
Sykepleier 7	6 år	Sykepleier	Hjemmetjenesten
Sykepleier 8	34 år	Onkologisk videreutdanning	Rådgiver og spesialistsykepleier Onkologi
Seksjonsleder	21 år	Videreutdannet intensivsykepleier	Seksjonsleder
Representant fra NSF			Seniorrådgiver
Gjennomsnitt	16,8 år		

Tabell 1

Dette utvalget består av personer med ulik bakgrunn og erfaringer, som vil påvirke deres fenomenologiske tolkning av stress og utbrenthet. Vi valgte å basere utvalget på

representanter med ulik sykepleiefaglig bakgrunn for å få fram forskjellige perspektiver og meninger knyttet til temaene. Dette gjorde vi ved å inkludere sykepleiere fra ulike sykehus og avdelinger, samt hjemmetjenesten og psykiatri. I tillegg til dette var det også erfaring fra sykehjem og sengepost. Dette gjorde vi for å unngå at innsamlet data ble for mye preget av lokale forhold. Vi inkluderte også representanten fra NSF og seksjonsleder for å se temaet fra flere vinkler. På denne måten får oppgaven variasjonsbredde ved å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2011). Utvalget av representanter med sykepleiefaglig bakgrunn består av åtte kvinner og én mann. Dette følte vi var tilstrekkelig da det er representativt for kjønnsfordelingen i yrket (se vedlegg 9) (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Kilde på dette fikk vi ferdig utfylt av Statistisk Sentralbyrå via deres statistikkbank, da vi henvendte oss til byrået gjennom nettsidens kontaktskjema.

Vi ønsket i utgangspunktet å intervju sykepleiere med minst ti års erfaring for å sikre at deltakerne hadde lang nok arbeidserfaring og dermed opplevd stress. Dette viste seg å være utfordrende, da kun et få antall fra eget nettverk hadde denne erfaringen, og heller ikke kjente eller visste om noen som var tilgjengelige. I tillegg fortalte flere av de vi intervjuet at de med lang erfaring ikke lengre var ved samme avdeling eller hadde sluttet. Vi inkluderte derfor fire representanter som hadde jobbet mindre enn ti år som sykepleiere, men som hadde erfaring med problemstillingen vår. Vi anser derfor utvalget som tilstrekkelig rikt og variert til å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2011). For å begrense geografiske ulikheter, har vi valgt å kun intervju sykepleiere i Oslo.

3.4 Gjennomføring av intervjuer

Vi startet prosjektet med å sende søknad om godkjenning av gjennomføring av intervju og lydopptak til NSD. Etter godkjenning av prosjektet begynte vi med gjennomføring av intervjuer i slutten av januar 2020. Som en del av søknadsprosessen til NSD utarbeidet vi intervjuguide og samtykkeskjema. Ved utarbeidelse av intervjuguiden valgte vi å starte intervjuet med noen enkle innledningsspørsmål for å få informanten til å bli komfortabel med settingen, og for at spørsmålene ikke skulle starte for “harde” (Leech, 2002). Dette inkluderte spørsmål om alder, stilling og antall år i yrket som sykepleier. Videre delte vi intervjuet inn i to deler bestående av en stress- og en utbrenthetsdel. Rekkefølgen på spørsmålene var

gjennomtenkt for å skape en god flyt. Vi valgte å starte stressdelen av intervjuet med å stille et nokså åpent spørsmål rundt vedkommende sin subjektive opplevelse av stress. Dette gjorde vi for å få informantene til å starte og reflektere rundt temaet, samt bli komfortabel med å snakke om egne erfaringer. Intervjuguiden avsluttet med spørsmål som tillot informanten å oppsummere det som hadde blitt sagt, samt legge til eventuell informasjon som ikke hadde blitt dekket i løpet av samtalen.

For gjennomføring av intervjuer kom vi opp med forslag til lokasjoner, men lot informantene selv bestemme hvor de ønsket å møtes. Dette gjorde vi for at gjennomføringen skulle bli mest mulig beleilig, og for at informantene skulle føle seg komfortable. Seksjonsleder, representanten fra NSF og to sykepleiere valgte å gjennomføre intervjuene på egen arbeidsplass, da dette var letteste måte å innordne intervjuet inn i arbeidsdagen deres. De resterende sykepleierne ønsket derimot å intervjues utenfor deres arbeidsplass. Dette skyldtes blant annet at flere ikke hadde tilgang på eget kontor eller mulighet til å intervjues i arbeidstiden. Tre av intervjuene ble etter deltakernes ønske gjennomført i privat bolig, mens de siste tre ble holdt i et skjermet lokale ved UiO.

Intervjuene ble gjennomført en-til-en, slik at informantene skulle føle seg tryggere og åpne seg mer. Dette var også viktig for å overholde kravet om anonymitet og bruk av personlige opplysninger. I følge Malterud (2001) er individuelle intervjuer best egnet for temaer som krever ettertanke og trygghet. Vi anså også individuelle intervjuer som en fordel, da dette er med på å sikre mer detaljerte og fyldige svar rundt egne erfaringer og følelser. Vi startet intervjuene med å presentere oss selv og prosjektet. Her ba vi også deltakerne om å skrive under og krysse av for bruk av personlige opplysninger i samtykkeskjemaet. Informantene ble videre gjort kjent med at det ville bli gjort lydopptak av intervjuet, samt at de kunne avbryte eller be om pause når som helst.

Første intervju fungerte som et pilotintervju, hvor vi blant annet testet ut spørsmålene og ble kjent med oss selv som intervjuere. Etter intervjuet gjorde vi noen få justeringer ved intervjuguiden, da vi observerte at enkelte av spørsmålene ble overflødige. Vi erfarte også det var vanskelig for informanten å komme på konkrete situasjoner. Dette løste vi ved å sende de andre deltakerne to spørsmål hvor vi blant annet ba dem om å forberede seg og tenke på eksempler på stressende hendelser i knyttet til jobb før selve intervjuet. Når vi senere lyttet til intervjuet, oppdaget vi at intervjuer hadde en tendens til å avbryte informantene, samt ofte

fullføre setningene når vedkommende stod fast. Vi observerte også at vi ikke utnyttet pauser som virkemiddel, og på den måten potensielt undergravde muligheten for mer informasjon (Green & Thorogood, 2018). Dette tok vi med oss inn i de neste intervjuene. Selv om det første intervjuet ble sett på som et pilotintervju, er det fremdeles inkludert i studien fordi det ga relevant informasjon.

Ved gjennomføring av intervjuene var vi fra starten av enige om at kun én av oss skulle lede intervjuet for at presentasjonen ikke skulle fremstå som uoversiktlig. Oppfølgingsspørsmål kunne derimot begge stille. Vi testet begge to å lede intervjuet, men ble sammen enige om at det fungerte best når kun en av oss hadde hovedansvar for gjennomføring. Til tross for små avbrytelser ved fire av intervjuene, opplevde vi at dette ikke hadde noen innvirkning på informantenes svar og kvaliteten. Lengden på intervjuene varierte fra 35 minutter til 65 minutter, avhengig av informantenes opplevelser og erfaringer med jobbrelatert stress og utbrenthet. Oppsummert følte vi at vi fikk reflekterte og utfyllende svar, samt rikelig med data.

3.5 Analyse av data

3.5.1 Transkribering av intervjuer

Den kvalitative analysen forutsetter at materialet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2011). Etter at vi hadde gjennomført intervjuene startet vi prosessen med transkribering som ble gjort fortløpende etter hvert intervju. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver. Transkriberingsprosessen var tidkrevende og mer tungvint enn vi hadde forestilt oss. Dette relaterte seg i stor del til at flere av intervjuene varte i mer enn én time og flere av informantene snakket fort. Ved å senke hastigheten på avspillingen av intervjuene løste vi dette problemet. Fordelen med at forskeren transkriberer intervjuet var at vi selv var deltaker i samtalen og dermed husket momenter fra intervjuene som kan virke uklare. På den måten styrkes validiteten av analysematerialet (Malterud, 2011). Fremfor alt var den største gevinsten at vi fikk gjenoppleve intervjuene og ble kjent med materialet fra en ny side som ga rom for ettertanke. De første intervjuene startet vi med å transkribere alt som ble sagt, men kom raskt frem til at dette var altfor tidkrevende. Vi valgte derfor å utelate

“fyllord” og gjentakinger. Ved de to siste intervjuene valgte vi også å utelate informasjon som ikke var relevant for studien.

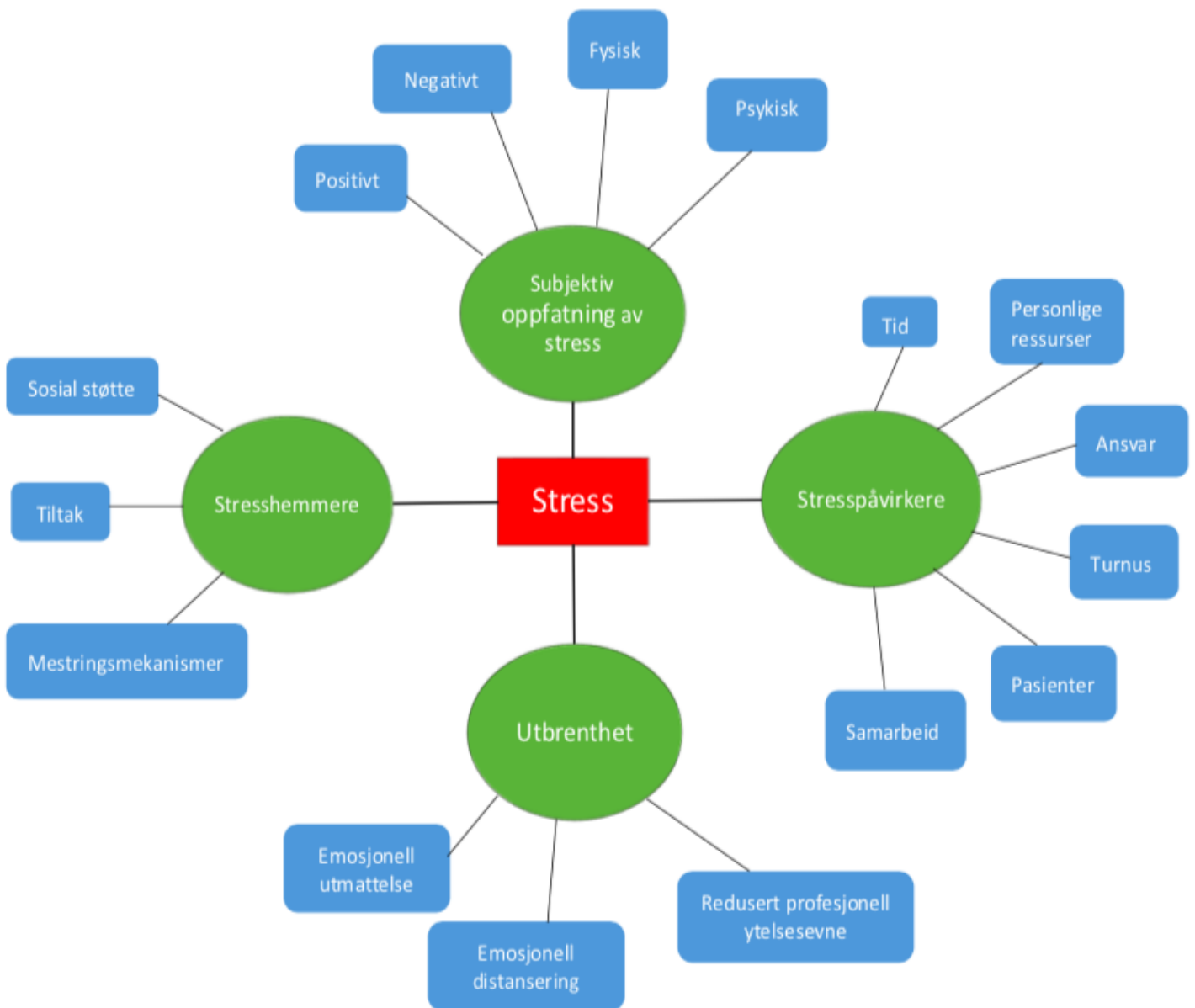
3.5.2 Analyse

For å analysere dataene har vi brukt Attride-Sterling (2001) sin tematiske nettverksanalyse. Dette er en teknikk for å utføre tematisk analyse av kvalitativt materiale, som tar sikte på å utforske forståelsen eller betegnelsen av en idé. Vi valgte dette analytiske verktøyet for å få en enklere måte å organisere, systematisere og presentere dataen på (Attride-Sterling, 2001). Analyseprosessen kan deles inn i tre hoveddeler: datareduksjon, utforskning av teksten og integrering av utforskningen, og består til sammen av seks steg.

Da vi var ferdige med å transkribere intervjuene, satt vi igjen med store mengder data. En viktig strategi i kvalitativ forskning er datareduksjon som ofte gjøres gjennom oppdeling av teksten i håndterbare og meningsfulle tekstsegmenter, kalt koding (Attride-Sterling, 2001). Dette var første steget i den tematiske nettverksanalysen. Vi startet med å kode det første intervjuet sammen. Dette var for å få en felles forståelse av prosessen, men også for sammen å bli enige om hva som var det viktigste og hva som skulle inkluderes. Deretter fordelte vi de resterende intervjuene og kodet disse hver for oss. Kodene bestod av enkeltord og setninger som ble valgt på bakgrunn av deres relevans for forskningsspørsmålene.

Neste steg i prosessen var å identifisere temaer. Dette gjorde vi ved at vi i fellesskap gjennomgikk kodene for å se hvilke temaer som var mest gjentakende og fremtredende, og på den måten også mest betydningsfulle. Deretter avgrenset vi temaene gjennom å konkretisere dem. Vi satte temaene opp ved siden av hverandre, og så på den måten sammenhenger, mønstre og naturlige kategoriseringer. Dette la basen for neste steg i analysen, å konstruere nettverk. Ved å samle temaene fra kodene inn i såkalte “Basic Themes”, fungerte dette som studiens grunnkomponenter. Videre gruppertes disse basistemaene inn i overordnede temaer kalt “Organizing Themes”. Til slutt ledet disse til et hovedtema, «Global Theme», som representerer oppgavens kjerne (se figur 1). Fjerde steg i analysen var å beskrive og utforske nettverket. Dette gjorde vi ved detaljert ta for oss temaene og vurderte deres betydning satt opp mot det globale temaet. Neste steg var å oppsummere det tematiske nettverket, ved å se på mønstrene og hovedtemaene som oppstod underveis i prosessen. Avslutningsvis tolket vi

mønstrene opp mot relevant teori og forskningsspørsmålene for å sjekke validiteten av oppgaven.



Figur 1

I løpet av denne prosessen opplevde vi at analyse av kvalitativ data er svært tidkrevende og noe innviklet, i tillegg til at det krever nøyaktighet og presisjon. Likevel så vi relativt raskt hvilke temaer som var naturlige for vår oppgave, og opplevde at prosessen var fordelaktig da vi fikk god kjennskap og oversikt over egne funn. Vi har gjennom hele analysen stilt oss

kritiske til egne funn og reflektert nøye over alle valg vi har tatt. Dette mener vi er et resultat av den tematiske nettverksanalysen, som fungerte som et godt verktøy for å se klare mønstre og sammenhenger.

3.6 Member check

Etter at vi var ferdige med analysen og fortolkningen av resultatene, valgte vi å gjennomføre en member check. Dette er en teknikk som ifølge Tracy (2010) brukes i kvalitativ metode for å etablere troverdighet, nøyaktighet og validitet i gjennomført studie. Teknikken er ment for å sikre gjennomsiktighet av funnene som blir gjort ved at utvalgte informanter fra tidligere intervjuer får mulighet til å validere presenterte funn. Målet er å sikre at funnene er ærlige og korrekte, samt at innholdet er forståelig (Tracy, 2010). Imidlertid er member check blitt kritisert av forskere grunnet metodologiske og etiske risikoer. Dette bunner i at deltakernes perspektiver kan endres mellom intervjutidspunkt og member check. I tillegg til dette er det vanskelig for forskeren å finne den riktige måten å dele funnene på slik at deltakerne kan kommentere og kritisere ærlig, samt at deltakerne unngår å faktisk gi tilbakemelding (Goldblatt, Karnieli-Miller & Neumann, 2011). Med dette i bakhodet valgte vi å gjennomføre member check i form av gruppeintervju med tre av sykepleierne vi allerede hadde intervjuet.

Valg av deltakere for member check ble foretatt på bakgrunn av de tre informantene vi opplevde hadde flest synspunkter, var mest snakkesalige og interesserte i temaet stress. Vi valgte å foreta member check i et gruppeintervju over digital plattform, grunnet covid-19 (koronavirus). Gruppeintervju er ifølge Green & Thorogood (2018) fordelaktig ved at det kan skape en mer naturlig setting som simulerer samtaler deltakerne ellers ville hatt i hverdagen. En annen fordel er at enkelte sensitive problemstillinger ofte kan være lettere å diskutere i fellesskap med andre som også har kjennskap til tematikken. Vi valgte imidlertid å utelukke utbrenthet, da dette kan være for personlig.

I forkant av intervjuet sendte vi informantene nettverket med oversikt over analysen og funnene våre (figur 1). Dette gjorde vi for at de skulle ha mulighet til å få en mer detaljert oversikt over funnene som ble presentert. Deretter ble informantene punktvis presentert resultatene. Etter hvert punkt sa de seg enig eller uenig og fikk muligheten til å legge til

informasjon de følte manglet. I gjennomføringen fikk vi ved hvert punkt bekreftet funnene, og vi opplevde at det ble gode samtaler blant deltakerne rundt enkelte av temaene. I tillegg ble det ved flere anledninger nevnt at deltakerne kjente seg svært godt igjen og følte at faktorene som ble presentert var representative for deres jobbhverdager. Avslutningsvis kom det frem tre supplerende funn fra representantene som vi har innordnet i resultatene våre.

4 Resultater

I denne delen av oppgaven vil vi presentere funnene av data vi har samlet inn. Funnene vil bli presentert i de fire organisatoriske temaene: subjektiv oppfatning av stress, stresspåvirkere, utbrenthet og stresshemmere. Ut ifra innsamlet data så vi at tid, personlige ressurser, pasienter, ansvar, samarbeid og turnus var de faktorene som i størst grad påvirket utviklingen av stress blant sykepleierne. I kontrast til dette fremkom det at sosial støtte gjennom samarbeid og god ledelse var stresshemmende faktorer. Dette punktet inkluderer også mestringsmekanismer og tiltak.

4.1 Subjektiv oppfatning av stress

Stress er som tidligere nevnt et subjektivt fenomen med ulike betydninger for den enkelte. Av den grunn valgte vi tidlig i intervjuet å be informantene forklare hva de legger i begrepet stress. I et hektisk yrke som sykepleier vil stress for flere være en naturlig del av arbeidet og derfor vanskelig å unngå. Likevel ser vi at flere av informantene opplevde stress ofte, noen flere ganger ukentlig. Av intervjuene fremkom det at stress kunne være både psykisk og fysisk belastende. Spesielt som nyutdannet kjente de fleste av informantene på mye stress, ofte knyttet opp mot usikkerhet og uerfarenhet. Utover dette erfarte enkelte at stress ikke nødvendigvis er noe negativt, da tre av informantene påpekte et klart skille mellom positivt og negativt stress:

“Stress er jo egentlig hvis utfordringene er litt utover det man har kapasitet til, at det ikke er helt samsvar mellom det man har evne til å gjøre og kravene i situasjonene. Men jeg tenker at det er veldig stor forskjell på positivt og negativt stress. Det har jeg erfart i mange jobber. Positivt stress trigger en til å gjøre sitt beste, til å utøve og strekke seg, og det er morsomt. (...) Men det er jo klart at hvis det plutselig bikker over, og man ikke helt har kontroll, så er det forferdelig ubehagelig i en klinisk hverdag å kjenne at man mister kontroll.”

Flere av de andre informantene forbandt stress med det å ha for mye å gjøre. Å måtte gjøre jobben fort, ikke ha tid og kapasitet til å få gjort arbeidsoppgavene, samt opplevelsen av å ikke strekke til, ble av flere hentet frem som stressende. En av dem beskrev stress som disharmoni, enten i kroppen eller blant mennesker. Stress ble av flere informanter beskrevet som psykisk krevende og en mental belastning:

“Det som påvirker folk mest, det er den mentale biten. At du står med mye ansvar, du skal opptre rolig ovenfor pårørende som selvfølgelig har det helt forferdelig, også vet du at du har tusen oppgaver som du ikke vet om du klarer å gjøre, pasienten er dårlig, klarer du å prioritere de rette tiltakene, gjør du ting på rett tid. Det kan være stressende.”

Som et resultat av dette opplevde flere av sykepleierne at det var vanskelig å legge fra seg jobben, da visse situasjoner var utfordrende å gi slipp på. For enkelte var slike hendelser med på å stjele energi både på hjemmebane og på jobb. En av sykepleierne påpekte at stress for henne ikke nødvendigvis var noe hun kjente på i selve situasjonen, men heller noe som gjorde seg gjeldende da vekten var omme:

“Vi har veldig masse utstyr, masse alarmer, og da var det veldig ofte at jeg opplevde at når jeg gikk hjem ifra senvakt så hørte jeg alle lydene. Det sang i hodet etterpå.”

4.2 Stresspåvirkere

4.2.1 Tid

Jobbhverdagen til sykepleiere preges ofte av stor arbeidsmengde og for lite tid. For mange ble tidsaspektet et stort stressmoment. En av sykepleierne fortalte om et enormt tidspress som går utover egen psyke, mens en annen opplevde at det er så mye å gjøre at oppgavene aldri tar slutt. Representanten fra NSF forklarte at noe av problematikken knyttet opp mot store arbeidsmengder, kunne forankres i at sykepleiernes organisatoriske rolle er uklar og relativt uavgrenset. Dette gjør at sykepleierne ofte ender opp med å gjøre oppgaver som kunne vært utført av annet personell. Eksempelvis gjelder dette matlaging og servering, vasking, rydding

og bestilling av medisiner. Selv om ikke alle informantene opplevde dette som et stressmoment, var det flere som nevnte at disse oppgavene ofte ble nedprioritert. I tillegg til dette ble teknologi og dokumentasjon nevnt som elementer som stjal mye tid. Dette gjaldt spesielt dobbeldokumentering og dobbeltkontroll. Dette førte til, ifølge informantene, at de måtte prioritere mellom ulike oppgaver og pasienter:

“Men samtidig handler det jo alltid om prioriteringer, prøve å se hva for en pasient eller del av oppgaven som er viktigst. Og det er ikke alltid like lett. Det kan være krevende av og til, å se andre sin oppgave, at de er viktigere enn dine egne og din egen pasient.”

Tidsklemme var et annet ord som ble nevnt. En av sykepleierne forklarte viktigheten av at ting og prosedyrer skjer til riktig tid, da avvik fra dette kan resultere i store skader og verste fall få fatale konsekvenser. Dette opplevdes som et stressmoment:

“Det er veldig ofte tidsklemme. Mye må gis i tide. Antibiotikakurer må gis i tide, motgift mot cellegift må gis i tide (...) du går liksom på tå hev. Du vet du må fange opp ting i tide. Hvis det er en truende sepsis som ikke fanges opp, så kan pasienten dø innen en time. “

Tidspress var også spesielt fremtredende for sykepleieren i hjemmetjenesten. Hun fortalte om strenge restriksjoner på overtid, noe som opplevdes så strengt at flere av sykepleierne valgte å jobbe gratis. I tillegg til dette var tidsrammen for dagen ofte totalsprengt, da mye av dagsaktiviteten ikke var medberegnet i pasientlistene. Dette gjaldt for eksempel rapportskrivning, gå-tid mellom pasienter, apotekbesøk, dosering av medikamenter og det å ringe annet helsepersonell.

I situasjoner med særs dårlig tid, opplevde flere av informantene at dette kunne gå på bekostning av pleieomsorg for pasienter. Flere fortalte at de ofte ikke har tid til samtaler med pasienter og av den grunn følte de mistet en del av omsorgsbiten av yrket:

“Og det er synd, for du mister litt av den biten som du kanskje ønsket å gjøre når du utdannet deg som sykepleier. Å bruke tid på pasientene, til å prate og til å være den støtten som du kan være fordi du sitter med kunnskap som er verdifull for dem.”

Tidsaspektet medførte at samtlige av sykepleierne vi intervjuet, utenom en, ved flere anledninger droppet pause og det å gå på toalettet i løpet av svært hektiske vakter:

“Det er vel kanskje mer fordi man ikke lar seg selv ta pause. Fordi man vet at det er andre som trenger en mer. Jeg blir i alle fall sånn at jeg glemmer meg selv. Jeg drikker ikke vann, jeg spiser ikke i løpet av dagen fordi jeg vet at det er andre som trenger meg mer.”

Problematikken rundt ivaretagelse av seg selv ble også påpekt av representanten fra NSF. Hun fortalte at sykepleiere til vanlig jobber i unntakstilstander og at det har blitt den nye normalen. Frasen *“sånn er det bare å jobbe i helsesektoren”* brukes som et slags lappeteppe for å dysse ned situasjonene. Hun forklarte at sykepleiermangelen ofte blir dekket over ved at sykepleierne selv ofrer seg. Dette er ikke alltid like gunstig, da det kan gå utover pasientsikkerheten, kvaliteten av behandlingen og sykepleiernes egen helse.

Et annet punkt som ble trukket frem var presset om effektivitet og hvordan dette i enkelte tilfeller virket uforsvarlig ved at man handlet på automatikk fremfor logikk. Seksjonsleder forklarte at rutiner kan bli en falsk trygghet i situasjoner preget av stress. Dette kunne for eksempel gjøre at man ikke har tid til å regne gjennom medikamentblandinger ved dobbelkontroll.

4.2.2 Personlige ressurser

I en sektor preget av knappe ressurser, opplevde flere av sykepleierne at grensen for forsvarlig og gjennomførbar praksis stadig skyves til ytterpunktene. Her ble bemanning og kompetanse spesielt hentet frem som viktige ressurser i intervjuene med både sykepleiere og NSF. Flere nevnte at det var lite som skulle til for at de følte de var for få på jobb. Sykepleieren fra hjemmetjenesten fortalte at i stedet for at man tilkalte vikar, ble oppgavene til den som var fraværende ved flere anledninger fordelt på de som var på jobb:

“Da fikk jeg over 20 besøk på lista mi på en kveldsvakt. Og det var helt hinsides. Da husker jeg at jeg gråt i tjenestebilen fordi jeg var så stressa. Det var tøft. Jeg sa opp ikke så veldig lenge etter.”

Fordeling av ressurser ble nevnt som en sentral del for hvordan jobbhverdagen til sykepleierne utartet seg. Dette i den forstand om tilgjengelig kompetanse ble fordelt på riktig måte. Flere av sykepleierne fortalte hvor viktig det var at kollegaer på vakt hadde tilstrekkelig kompetanse. Dette var med på å skape trygghet for uforutsette situasjoner og mulighet for å kunne avlaste hverandre. I tillegg ble det nevnt hvordan skjev fordeling av ekspertise ofte kunne skape stress. Et eksempel var at de med mest kompetanse gjorde flertallet av oppgavene for å spare tid, og for å være sikker på at arbeidet ble gjort tilstrekkelig:

“(...) psykologisk stress på en måte, i form av at hvis det var en del ufaglærte. For da visste jeg at kompetansen ikke var så høy. Slik at jeg visste at oppgavene ikke ville bli utført like bra som hvis jeg utførte de selv rett og slett. Og hvis de også utførte oppgaver utover sitt kompetanseområde.”

Vi intervjuet også en sykepleier som blant annet jobbet som ekstravakt i somatikken. Vedkommende fortalte at hun ofte kjente på en frustrasjon knyttet til at det ikke alltid ble stilt krav om faglig kompetanse ved ulike avdelinger. Hun som ekstravakt måtte selv bestemme om hun ønsket å ta kurs for å stille godt nok forberedt. Dette ble også bekreftet av en annen sykepleier. Hun hadde opplevd ved flere anledninger å måtte ta seg av ekstravakter i tillegg til pasienter, fordi de ikke var godt nok forberedt for arbeidet ved avdelingen.

4.2.3 Pasienter

Pasienter var en stressfaktor i jobbhverdagen til sykepleierne vi intervjuet. Spesielt usikkerheten knyttet til pasienttilstand var et gjennomgående tema. Dette var med på å øke arbeidsbelastningen og skapte ofte et behov om å være mentalt tilstede:

“Hvis det er veldig syke pasienter som krever masse må man være på hugget og tilstede mentalt. Hvis man ikke er helt tilstede så kan det være veldig stressende, ved at man ikke takler oppgavene.”

Psykiatri knyttet opp mot pasienter er et tema som har gjort seg særs gjeldende de siste årene. Flere nevnte at utagerende og voldelige pasienter var en stor påkjenning. I vår samtale med

seksjonsleder påpekte vedkommende at det de siste årene har blitt en økning i antall pasienter som er tungt ruset:

“Men det har blitt mer og mer av ruspsykiatri. Og det er stressende, for vi er jo ikke en psykiatrisk avdeling. Det er ingenting som er tilrettelagt, det er ikke noe som er skjerma, det er masse utstyr og lyder og lys og folk, sånn at det å skjerme pasientene er vanskeligere. Og det har eskalert det siste året, vi har mye sånne pasienter.”

4.2.4 Ansvar

Sykepleieryrket fører med seg et stort ansvar. Dette var et mønster som gikk igjen i flere av intervjuene ved at sykepleieansvaret til tider kunne oppleves som stressende. Det er ofte snakk om små marginer og lite rom for å feile, da enkelte feil kan få fatale konsekvenser. Med ansvar for pasienter, pårørende, utstyr, medisiner med mer, skapes et totalansvar som for flere av informantene kjentes stressende og belastende:

“Det å stå med et sånt totalansvar opplever jeg stressende. Og det kan stresses selv om du er veldig erfaren. Hvis det er veldig mye apparater, veldig mye medikamenter, du skal konferere med forskjellige leger, det står en familie som har det fælt, pasienten er syk og du føler at du står der med mye ansvar.”

Flere av informantene nevnte at dette ansvaret var ekstra stressende da de var nyutdannet. Dog avtok en del av stresset for enkelte etterhvert som de tilegnet seg mer kunnskap og ble tryggere i jobben. Imidlertid ble det nevnt av flere at ansvaret på jobb også kunne bli en belastning de tok med seg hjem. Denne belastningen ble spesielt for en av sykepleierne knyttet opp mot det hun beskrev som å gi “kjipe” beskjeder:

“(…) du måtte ta ansvaret fordi kirurgen som egentlig skulle gi beskjeden stod i operasjon og ikke kunne gå derfra. Så er det noe med respekt for pasientene når de får den kjipe beskjeden (...). Så det følte man et ansvar på. Det preget jo selvfølgelig hverdagen det og. Det gjorde det. Og belastningen som man tok med seg hjem fra jobb.”

4.2.5 Samarbeid

Et sentralt aspekt ved helsesektoren er å jobbe i team. Samarbeid mellom sykepleiere på avdelingen og tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell er en vesentlig del av hverdagen. Generelt sett opplevde informantene et godt samarbeid mellom andre sykepleiere og leger. Likevel var det enkelte tilfeller der samarbeidet ikke fungerte, dette ofte på bakgrunn av dårlig sammensatte team og gnisninger mellom ansatte. I slike tilfeller ble dårlig samarbeid en stressfaktor, som kunne påvirke sykepleiernes trygghet og trivsel. Under member checken kom det også frem at dårlig samarbeid kan få konsekvenser for kvalitet på pleien og pasientsikkerheten. I situasjoner hvor samarbeidet fungerte dårlig kunne det oppleves som mobbing. Spesielt en av informantene kjente på dette i sin avdeling der det var ekstra stort press om kompetanse blant de ansatte:

“Nei altså det kan jo være stress i forbindelse med, altså, på en måte en slags mobbing. Fordi på den avdelinga som jeg jobber, så er det veldig høy kompetanse. Det er krav til veldig høy kompetanse. Det er veldig dårlige pasienter, og det kan av og til være sånn at det blir litt skuling eller mobbing og det kan skape også litt indre stress.”

Til tross for at informantene opplevde samarbeidet med leger som bra, fremkom det i flere intervjuer at det var en terskel å ringe til legen, samtidig som de ikke alltid var tilgjengelige. En annen sykepleier påpekte at forskjellene i utdanningsbakgrunn for sykepleiere og leger av og til kunne medføre utfordringer:

“Vi er utdannet i en holistisk tradisjon og legene er utdannet til en mer naturvitenskapelig måte å se verden på. Det er klart vi ser utfordringer på ulike måter. Vi har samme mål og ønsker det samme for pasienter, men har nok en ulik tilnærming. Og da er det klart at vi har litt ulikt språk. Det at man ikke snakker samme språk når man står i situasjonene, det kan være stressende.”

Økologiske forhold dukket også opp som en faktor som kan påvirke samarbeidet på tvers av ulike enheter. Et eksempel som ble nevnt var en avdeling hvor planløsningen påvirket kommunikasjonen mellom to enheter. Avdelingene befant seg på hver sin side av en lang korridor. Dette førte til at det var vanskelig for de ansatte å få oversikt og kommunisere med

hverandre. Også kommunikasjon med andre enheter var en utfordring for sykepleieren fra hjemmetjenesten. Hun fortalte at det var en generell dårlig forståelse mellom forskjellige instanser:

“Sykehuset skjønner ikke hvordan hjemmesykepleien jobber føles det ut som. Jeg vet ikke om vi alltid skjønner de som jobber på sykehus heller. Men det er liksom en miskommunikasjon.”

4.2.6 Turnus

Turnus og ugunstige arbeidstider er ofte en uunngåelig del av det å være sykepleier. Alle informantene med unntak av seksjonsleder og sykepleieren fra hjemmetjenesten jobbet tredelt turnus. Turnuslivet var for de aller fleste krevende og ikke minst stressende. Først og fremst ble det å gå fra kveldsvakt til dagvakt påpekt som en stor belastning av samtlige sykepleiere. Dette bunnet oftest i at det var vanskelig å “lande” etter kveldsvakt, koble av og få sove med en gang. Selv den ene sykepleieren som elsker turnus, jobbet 50% nattevakt for å ikke måtte gå fra kveldsvakt til dagvakt:

“Men aften-dag, det burde vært forbudt. For det er ingen jeg kjenner som føler seg frisk etter noe sånt. Om du er tjue eller femti (...). For meg så er det kronisk etter kveldsvakt så sovner jeg aldri før to, så må jeg opp igjen seks. Har det vært noe spesielt så kanskje det tar enda lenger tid før jeg får sove, for det er litt bråkete i hodet. Og så skal du da være både våken og forsvarlig på dagvakt dagen etterpå, det kan man diskutere om man er med så lite søvn.”

Turnuslivet påvirket spesielt søvn i stor grad. I intervjuet med representanten fra NSF ble turnus og søvnproblematikk nevnt som to årsaker til hvorfor sykepleiere ønsker å slutte i jobben. Informantene forklarte at det var krevende å snu døgnet frem og tilbake, spesielt når de jobbet nattevakter i tillegg. Flere nevnte også at dette ble en større påkjenning desto eldre de ble. Ifølge flere av informantene kunne turnus gå på bekostning av søvnkvalitet og pasientsikkerhet:

“Men når du jobber tredelt turnus så er det vanskelig å få tilstrekkelig søvn mellom nattevakter, som gjør at du kan gjøre en forsvarlig jobb på femte nattevakt. Jeg har masse eksempler på dagvakter og kveldsvakter som jeg vet at enten jeg eller andre kanskje ikke burde vært der.”

Turnus påvirket også kontakt med leder. Dette gjaldt spesielt hvis det oppstod hendelser utenfor lederens arbeidstid. Seksjonslederen vi intervjuet forklarte at det kunne være utfordrende å skjønne omfanget av krevende situasjoner, spesielt med tanke på hvem som trengte oppfølging og hva som faktisk hadde hendt.

Ved gjennomføring av member check tilføyde sykepleierne at turnus også gjorde det vanskelig å skape gode søvnrutiner, fordi det var lite kontinuitet. Turnus opplevdes i tillegg som en stor begrensning for sosialisering utenfor jobb. Utover dette påpektes det i member checken at helgeturnus ble et stress- og irritasjonsmoment fordi det ødela uken, og man mistet muligheten til å hente seg tilstrekkelig inn.

4.3 Utbrenthet

I andre delen av intervjuet spurte vi informantene om de hadde kjent på en eller flere av dimensjonene av utbrenthet. Samtlige av informantene hadde kjent på minst en av dimensjonene, mens noen har kjent på alle. For to av informantene utviklet dette seg, i tillegg til flere andre påvirkningsfaktorer, til at de ble sykemeldt:

“I 2010 da hadde jeg jobbet som sykepleier i et år, da gikk jeg på veggen. Jeg hadde ikke jobbet et helt år en gang. Jeg ble sykemeldt i tre måneder, 100%. (...) det ble for mye over ikke nødvendigvis for lang tid, men det hadde jo noe med studie og alt jeg gjorde der og. Både privat og gjennom studiet. Også kom du på en jobb hvor du møtte mye, høyt press og mye som skulle gjøres på kort tid, og så smalt det.”

Den første dimensjonen, emosjonell utmattelse, hadde alle sykepleierne bortsett fra én kjent på. Flere av informantene fortalte at de ofte følte seg trøtt, utslitt og noen ganger kjente de på

en overveldende utmattelse. Dette ble spesielt koblet opp mot ansvar, dårlige pasienter, samarbeid med andre kollegaer og overveldende arbeidsmengder.

Emosjonell distansering hadde syv av åtte sykepleiere kjent på. Her fremkom det at flere av sykepleierne bevisst valgte å distansere seg fra pasientene og pårørende for ikke å gå for dypt inn i deres sorg og lidelse:

“Men man kan jo ikke gå for dypt inn i den lidelsen og sorgen pasienten eller de pårørende har, i hvert fall ikke i en slik avdeling som jeg jobber i nå. For da går det ikke, og dessuten så er det dem som sørger, det er ikke vi. Og det skille der er jeg veldig bevisst på. (...) hvis jeg skal bli for deltakende i den krisen de opplever, så kan ikke jeg være til hjelp.”

Siste dimensjon, en opplevelse av redusert profesjonell ytelsesevne, hadde alle sykepleierne, for utenom en, kjent på. For én av informantene var dette kun som nyutdannet, mens en annen fortalte at dette var noe vedkommende kunne kjenne på i tøffe perioder. Følelsen av å ikke strekke til var noe flesteparten opplevde, spesielt da det var mye å gjøre:

“Ja, det tror jeg veldig mange sykepleiere som jobber i hektiske jobber føler på ofte. Det følte jeg på ofte da. Det at du ikke var bra nok, at du ikke har gjort en god nok jobb, hva har jeg glemt i dag, går ut av døra med dårlig samvittighet nesten hver gang du går ut. Det tror jeg mange føler på. Jeg skulle gjort så mye mer.”

En annen sykepleier forklarte opplevelsen av redusert profesjonell ytelsesevne som en del av det å ikke lenger mestre faget:

“(...) jeg synes jo det er et personlig nederlag at jeg valgte å trekke meg unna. Det er et personlig faglig nederlag, men jeg strakk strikken mye for å klare og tørre å stå i det. Det var jo sånn at vi skrev med blyant den tiden. Jeg visste jo liksom ikke om jeg skulle skrive med rødt eller blått, for jeg klarte ikke å velge, det var voldsom. Men puls har alltid vært skrevet med rødt.”

4.4 Stresshemmere

Sosial støtte gjennom godt samarbeid og god ledelse, var for informantene viktig stresshemmere. Godt samarbeid var for samtlige en av de viktigste faktorene for å redusere stress. Dette i form av å kunne avlaste, støtte og finne trygghet i hverandre. I tillegg til dette nevnte tre av informantene fordelene av flat struktur i en jobb som ofte preges av hierarki. Sykepleierne opplevde at dette førte til bedre samarbeid med leger, samtidig som det skapte rom for forslag og diskusjoner rundt behandling av pasienter.

En annen faktor sykepleierne trakk frem var viktigheten av ledelse for å redusere stress. God ledelse var alfa og omega fortalte en av sykepleierne, og trakk særskilt frem verdien av en god leder i vanskelige situasjoner. Da vedkommende ble sykemeldt, fremhevet hun lederen som en sentral brikke i at hun kom seg tilbake på jobb, takket være tett oppfølging og forståelse. Blant de andre informantene ble tilstedeværelse, evne til å se de ansatte og god fordeling av tilgjengelige ressurser trukket frem som verdsette egenskaper hos leder. Flere opplevde at lederne generelt var tilgjengelige og at det var lav terskel for å ta kontakt ved behov:

“Døren til lederen, både den nærmeste overordnede og de som er hakket videre, begge dørene er åpne. Det er et bevisst valg at de dørene er åpne, for det skal synliggjøre tilgjengelighet. De er tilgjengelige og de skjønner og de ser.”

I tillegg opplevdes det verdifullt å ha en leder som var lydhør og som viste forståelse for jobben sykepleierne gjør. Under member check påpektes også viktigheten av at lederen var rettferdig. Informantene rettet også fokus på at leder med sykepleiefaglig forankring var av stor betydning. De mente dette gjorde det lettere for leder å kjempe sykepleiernes sak oppover, samt fremmer kvalitetsmessig pasientbehandling. I intervjuet med seksjonsleder trakk vedkommende også frem verdien av å ha bakgrunn som sykepleier:

“Men jeg vet jo hvordan det er å sitte alene med en pasient og føle at du ikke har nok folk til å hjelpe deg, eller hvordan det er å gå på jobb etter å ikke ha fått sovet etter nattevakt. Så jeg tror nok det har en verdi ja. Også tror jeg og at jeg blir mer troverdig ovenfor de ansatte, når de vet at du har jobbet med det samme selv.”

Imidlertid fortalte seksjonslederen at hun har et bredt kontroll- og lederspenn med ansvar for mange ansatte. Dette gjorde at det noen ganger ble vanskelig å ivareta og se alle. Flere av sykepleierne bekreftet dette ved å ytre ønske om en mer tilstedeværende leder som uoppfordret tok kontakt. Dette punktet ble ytterligere tatt opp av representanten fra NSF. Vedkommende påpekte at ledere også mister muligheten til å jobbe med strategisk utvikling, da mye av arbeidstiden deres går med til å ringe vikarer på grunn av høyt sykefravær.

4.4.1 Mestringsmekanismer

Vi ønsket å finne ut om sykepleierne, i en stressende jobbhverdag, brukte noen form for mestringsmekanismer for å takle stresset. Dette kan være både bevisst eller ubevisst. Gjennom intervjuene kom det frem at avkobling, samtaler og fokus på egen pust var viktige mekanismer flere av sykepleierne benyttet seg av. Fremfor alt var det å finne støtte i hverandre og samtaler med kollegaer, noe alle trakk frem som sentrale mekanismer:

“(...) men hvis jeg har en sånn dag som gjør at jeg ikke fungerer noe særlig, for det kan hende jeg står på skyllerommet og griner, ikke veldig ofte, men det kan hende. Da må jeg trekke inn en kollega og si at nå er det sånn og sånn, og jeg vil ikke gå hjem, men jeg kan være her å tømme søppel.”

Videre ble det nevnt at det å planlegge vekten og å ha fokus på oppgaver var strategier enkelte benyttet seg av for å unngå stressende situasjoner. For andre var det derimot nødvendig å ta et steg tilbake og fokusere på det de mestrer. Hjemmesykepleieren fortalte at hun konsekvent valgte å gå mellom alle pasientbesøkene, til tross for ofte høyt tidspress. Sykepleieren, som jobbet som ekstravakt, fortalte at hun har lært seg å takke nei til enkelte vakter og heller prioriterte de avdelingene hun behersket. For en annen sykepleier kom mestring i form av å se verdien i arbeidet hun gjorde. Ved å oppleve at jobben var meningsfull og i tråd med egne verdier, følte vedkommende at det ofte var lettere å håndtere og stå i utfordrende situasjoner:

“Pitain har sagt noe som jeg synes er utrolig klokt og som jeg ofte bruker, også ovenfor meg selv. Det at det finnes en ro og den beror på at du er tro på det du tror på. Hvis jeg står i noe som er utfordrende så sier jeg den til meg selv. For hvis du jobber for det du tror på, så kan du tåle en del.”

4.4.2 Tiltak

I dette punktet skiller vi mellom igangsatte og ønskede tiltak for å motvirke stress på jobb. Ut ifra foretatte intervjuer kom det frem at det allerede var blitt igangsatt enkelte tiltak. Likevel påpekte flere av sykepleierne at stress fortsatt spiller en sentral rolle i jobbhverdagen.

Igangsatte stressmotvirkende tiltak varierte ved de ulike avdelingene. Blant annet ble viktigheten av opplæring, veiledning og gode rutiner nevnt som sentrale momenter for å redusere stress. I tillegg ble muligheten for videreutvikling av kompetanse og stresshåndtering gjennom kurs og lavskalasiluleringstrening trukket frem. Et annet virkemiddel som ble benyttet var mobil intensivsykepleier (MIS). Vedkommende fungerte her som en assisterende sykepleier som kunne nå via telefon hvis det trengs. Voldsalarm og tilgang på securitasvakter ble ytterligere nevnt som stressmotvirkende ressurser. Til slutt var det flere som påpekte viktigheten av organisert debriefing og samtale etter krevende pasientsituasjoner eller stressende vakter. I avdelingen tilhørende seksjonslederen var det tilgang på en psykiater, som i hovedsak var der for pasientene, men som også gjorde seg disponibel for de ansatte.

Vedkommende tilbød samtaler både individuelt og i grupper:

“Men vi har jo gjort noen ting for å håndtere stress, vi har veiledning og sånn. Også har vi, vi er veldig heldig, for vi har en psykiater ansatt på avdelingen, det er jo ikke så vanlig. Men hun er jo egentlig ansatt fordi det er mye rus-psykiatri i avdelinga, men hun er veldig opptatt av de ansatte. Så vi har hatt noe som vi kaller ventilen, det er en gang i måneden, da er det både for leger, sykepleiere og alle som er ansatt. Så kan en melde inn forskjellige temaer en ønsker å diskutere.”

Ved spørsmål om hvilke tiltak informantene mente kunne redusere stress var bedre opplæring og kompetanseutvikling to sentrale momenter som ble nevnt. Flere mente at kunnskap gir trygghet og derfor kunne virke stressreduerende. Fordeling av tilgjengelige ressurser ble også hentet frem som et viktig moment for å kunne avlaste hverandre, sikre bedre flyt og god dynamikk blant de ansatte på jobb.

Sykepleieren i hjemmetjenesten ønsket mer tid til gjøremål, da mye av dagsaktiviteten, som tidligere nevnt, ikke var medberegnet i besøkslistene for dagen. Avslutningsvis ble bedre bemanning nevnt som det viktigste tiltaket. Likevel ble det påpekt at økt bemanning ikke var

tilstrekkelig dersom personen ikke var godt nok kvalifisert og hadde riktig kompetanse. Under member check-intervjuet kom det for øvrig frem hvor viktig det var å ha muligheten til å ta opp ting i plenum. Slike arenaer opplevdes som betydningsfulle for å jobbe seg gjennom krevende situasjoner.

I intervjuet med representanten fra NSF påpekte vedkommende viktigheten av å skille mellom stressproblematikken rettet mot individ- og organisatorisk systemnivå. Hun mente fokuset ikke bare kan ligge på hvordan sykepleierne selv takler stress, men må løftes opp på et systemnivå, slik at organisasjonen kan legge til rette for en arbeidshverdag der unntakstilstanden ikke er normalen. For å gjøre dette må det være balanse mellom krav og kontroll på individnivå, samt balanse mellom oppgaver og ressurser på organisasjonsnivå. Hun mente at det til syvende og sist handler om bevilgning fra myndigheter.

5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres studiens resultater i lys av oppgavens problemstilling, teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Resultatene viser til seks hovedfaktorer som er med på å påvirke stress i jobbhverdagen til sykepleiere. Disse er tid, menneskelige ressurser, pasienter, ansvar, samarbeid og turnus. Videre ser vi at alle tre dimensjonene av utbrenthet var relativt utbredt blant sykepleierne, dog i noe varierende grad. Faktorene som motvirket stress, er sosial støtte gjennom god ledelse og samarbeid. I tillegg til dette kommer mestringsmekanismer som blant annet inkluderte prioritering, samtaler, avkobling, fokusere på egen pust og det man føler at en mestrer. Studiens resultater viser også at tiltak i form av organisert debriefing, god nok opplæring, veiledning og godt arbeidsmiljø er svært viktig. Likevel er det bedre bemanning, utvikling av kompetanse, godt arbeidsmiljø og ledelse som flertallet hentet frem som avgjørende tiltak for å redusere stress. Disse funnene vil vi nå diskutere opp mot relevant teori og empiri som er introdusert i kapittel 2. Tilleggs litteratur vil bli presentert for å få en bedre forståelse av fenomenene der det trengs. Til slutt avsluttes kapittelet med metodologiske refleksjoner og anbefalinger for videre forskning.

5.1 Teoretisk diskusjon av funnene

5.1.1 Høye krav – få ressurser

Stress er ifølge Lazarus og Folkman (1984) noe som oppstår på bakgrunn av at kravene i en gitt situasjon skaper en uoverensstemmelse med egne tilgjengelige ressurser. Denne forståelsen av stress var gjennomgående for flere av informantene vi snakket med i denne studien. Deres oppfattelse var at stressrelaterte situasjoner henger tett sammen med krav om effektivitet, ansvar og overveldende arbeidsmengder som overgår deres kapasitet og ressurser. Denne oppfattelsen viser klare likhetstrekk til Hobfoll sin Conservation of resources (COR) teori. Her er hovedtanken at stress oppstår som et resultat av at ressurser trues, tapes eller hvis en person ikke klarer å skaffe seg tilstrekkelig ressurser (Hobfoll, 2001). Ifølge Hobfoll vil individet alltid streve etter å ivareta, tilegne seg og fremme personlige ressurser for bedre å kunne regulere indre tilstander og tilpasse seg ulike organisatoriske- eller kulturelle

kontekster. Denne tankegangen samsvarer relativt godt med resultatene fra gjennomførte intervjuer med sykepleierne, hvor vi ser at trussel og tap av ressurser har en sammenheng med utvikling av stress.

Tidspress kom tidlig frem som en påvirkende årsak. Krav om effektivitet, kombinert med en uoverensstemmelse mellom arbeidsmengde og tilgjengelig tid, gjorde det vanskelig å gjennomføre oppgaver innenfor de satte rammene. Dermed skapt et tidspress som opplevdes stressende. Flere av informantene beskrev en jobbhverdag preget av tøffe prioriteringer, sprenge tidsrammer og endeløse oppgaver. For enkelte av informantene resulterte dette i at de måtte redusere kvaliteten på arbeidet og kontakt med pasienter. Ifølge Oksavik og Kirchhoff (2019) vil en slik reduksjon kunne føre til moralsk stress, ved at det oppstår en uoverensstemmelse mellom hva sykepleierne ønsker å gjøre og hva de ut ifra kontekstuelle forhold har mulighet til. Dilemmaet mellom effektivitet og kvalitet vil da kunne påvirke sykepleierens mulighet for en holistisk tilnærming til pasientbehandlingen. Krav om selvbestemmelse og integritet kan på den måten bli vanskelig å overholde. Ifølge COR teorien er tid en ressurs, og den vil i slike situasjoner trues eller tapes på bakgrunn av kravene som stilles. Tid går ifølge Hobfoll (2001) inn under kategorien energiresurser, som kan brukes til å skape nye ressurser. I intervjuene fremkom det at sykepleierne ved flere anledninger nedprioriterte seg selv og sitt eget velbefinnende som et resultat av det vedvarende tidspresset. For flere ble det vanskelig å ta pauser og ta seg tid til å gå på toalettet, da de følte at det var andre som trengte en mer. På den måten skapes en dobbel negativ konsekvens, ved at sykepleierne mister tidsressursen og muligheten til å ivareta seg selv. Dette vil også medføre at de mister muligheten til å tilegne seg nye nødvendige ressurser, som for eksempel hvile og motivasjon (Hobfoll, 2001).

Innunder denne kategorien finner vi også stressfaktoren turnus. Turnus ble hentet frem som et element med stor påvirkningskraft på informantenes velbefinnende. Til tross for at dette er en uunngåelig del av sykepleieryrket, påvirket ugunstige arbeidstider sykepleierens søvnkvalitet, sosialt samvær utenfor jobb og kontakt med leder. Disse ressursene ble dermed truet og til tider tapt som følge av skiftarbeidet.

Ansvar ble også trukket frem som en medvirkende faktor til utvikling av stress. Dette førte til at det totale ansvaret en har som sykepleier ble belastende. Dette inkluderte blant annet ansvar for pårørende, dårlige pasienter, utstyr og medisiner. Her er det snakk om små feilmarginer

som kan få fatale konsekvenser. Sykepleierne står ovenfor press fra ulike vinkler, der det stilles krav om å være følelsesmessig tilgjengelig for pasienter og pårørende. I tillegg kommer det å være effektiv og ansvarsbevisst ovenfor organisasjonen, samtidig som man overholder egen integritet overfor seg selv som sykepleier. Ifølge Nydal et al (2016) omtales dette som krysspress ved at det stilles krav fra ulike hold. Sykepleiere vil da oppleve det utfordrende å tilby pasientene ideell pleie og omsorg, samtidig som de er sitt overordnede ansvar bevisst. Ifølge artikkelen kan dette være med på å skape dårlig samvittighet og skuffelse blant sykepleierne, og være en årsak til yrkesrelatert stress (Nydal et al, 2016). Dette samsvarer med våre funn der informantene fortalte at det totale sykepleieansvaret kunne kjennes stressende og bli en belastning de av og til tok med seg hjem. Spesielt gjaldt dette situasjoner hvor sykepleierne var usikre på om de hadde klart å overholde kravene om nøyaktighet og presisjon, i tillegg til å være observant og 100% mentalt til stede. Ifølge Hobfoll sitt perspektiv vil kravene i slike situasjoner true ressurser som selvtillit og trygghet, samt påvirke sykepleiernes mulighet til å tilegne seg nye ressurser ved at stresset blir med dem hjem.

Utover dette påpekte informantene utfordringer knyttet til dårlige pasienter. Dette virket belastende når de kjente på manglende kunnskap og kompetanse til å håndtere krevende situasjoner. Flere av sykepleierne fortalte at de opplever en klar tendens i antall pasienter med tung rus og utagerende oppførsel. Til tross for dette erfarte flere en mangelfull tilrettelegging for opplæring og videre kompetanseutvikling rundt dette temaet. Ifølge Nydal et al (2016) vil problemer kunne oppstå når disse utfordringene ikke tildeles økt tid og ressurser for å håndteres. Dette kan være med på å skape et gap mellom situasjonens behov og tilgjengelige ressurser. Tilstrekkelig bemanning vil derfor være viktig. Flere av informantene nevnte at det er lite som skal til for å føle at de er underbemannet på jobb. Likevel opplevde sykepleierne at økt bemanning ikke var ensbetydende med økt effektivitet. Her vil samarbeid og sammensetning av kompetanse spille en viktig rolle. Informantene ga i denne settingen uttrykk for at dårlig samarbeid er en stresspåvirkende faktor som kan stjele ressurser som for eksempel tillitt, effektivitet og avlastning.

En utfordring knyttet opp mot høye krav og få ressurser er at stress etter hvert kan oppleves som en kronisk tilstand som kan føre til mentale helsemessige konsekvenser (Samdal et al, 2017). Utbrenthet er en psykologisk respons på langvarig arbeidsstress og oppstår i følge Hobfoll og Freddy (1993) der det er vedvarende trusler og tap av ressurser. Maslach Burnout Inventory er som tidligere nevnt en utbrenthetsteori bestående av tre dimensjoner (Maslach,

1998). I våre funn så vi at emosjonell utmattelse, emosjonell distansering og en opplevelse av redusert profesjonell ytelsesevne var representert i sykepleiernes jobbhverdag, dog i varierende grad fra sykepleier til sykepleier. Til tross for at nesten alle hadde kjent på hver av dimensjonene, opplevdes dette som regel situasjonsbestemt og derfor ikke som et vedvarende problem.

Et interessant funn var at flere av sykepleierne fortalte at de bevisst valgte å distansere seg fra pasientene og pårørende for å ikke gå for dypt inn i deres sorg. Således ble dette et skille mellom egne følelser og andres lidelse for at sykepleierne på den måten kunne være best mulig til hjelp. For andre ble dette en mestringsmekanisme de bevisst benyttet for å klare å stå i rollen som sykepleier og for at jobben ikke skulle bli altoppslukende. Videre fortalte to av informantene at alle dimensjonene var tydelig til stede i den perioden de selv forklarte som “å møte veggen”. Dette støtter opp under Maslachs teori, men utbrenthetssyndromet oppstod her i samspill med eksterne faktorer. For å unngå at stress blir et vedvarende problem mener Hobfoll det er viktig at organisasjoner legger til rette for et miljø som fostrer ivaretagelse og tilegning av eksisterende og nye ressurser (Hobfoll & Shirom, 2019). Dette er for å skape en følelse av mestring på jobb, samt sikre at individet får muligheten til å utvikle seg i en ønsket retning for å sterkere takle krav og uforutsette situasjoner.

5.1.2 Flere ressurser – mer mestring

Sykepleiere tilhører en yrkesgruppe som daglig utsettes for høyt arbeidspress og strenge krav. Dette kom også frem i resultatene som ble presentert i forrige kapittel. For å klare å stå i slike situasjoner påpektes det av informantene at det er nødvendig å se verdien i jobben man gjør og oppleve en meningsfull sammenheng. Dette har påfallende likhetstrekk med Antonovsky sin Salutogenese teori som tar for seg sammenhengen mellom helse, stress og mestring (Antonovsky, 2005). Her vil personer som ser stressfaktorer i en meningsfull sammenheng (SOC) oppleve god helse, og på den måten stå sterkere i håndtering av stress og uventede hendelser. Ut ifra denne tankegangen er det da viktig at sykepleiere engasjerer seg både kognitivt og følelsesmessig i jobben for å oppleve en dypere sammenheng og motivasjon. Følelsesmessig engasjement baserer seg på at individet har en meningsfull tilnærming til det man gjør, ved at situasjoner oppfattes som forståelige og håndterbare (Antonovsky, 2005).

Arbeidet er forståelig ifølge Antonovsky når stimuliene man utsettes for er begripelige og tydelige. For sykepleierne vil dette bety at vedkommende evner å oppfatte situasjoner fra ulike holdpunkt, samt ser sin egen organisatoriske rolle. I vår studie fremkom det at informantenes evne til å sette seg inn i pasientenes, pårørendes og kollegaens rolle var avgjørende for å oppleve en meningsfull sammenheng. Dette var med på å skape en bedre forståelse og verdi for eget arbeid. Videre fremkom det av resultatene at sosial støtte hadde en viktig verdiøkende sammenheng i stresshåndtering. Spesielt var god ledelse og godt samarbeid viktige faktorer for å redusere stress. For å føle seg verdsatt og forstått i jobben ble faglig kompetente ledere som uoppfordret tok kontakt og roste ansatte hentet frem som svært viktig. I tillegg til dette ble godt samarbeid oppfattet som en av de største drivkreftene for å skape ressursutnytting blant ansatte. Sosial støtte ble derfor en avgjørende faktor for å kunne stå i krevende situasjoner som sykepleier.

Dette er også en oppfatning Hobfoll deler. Ifølge han er sosial støtte en kritisk ressurs i håndtering av stress, samt at det øker muligheten for å tilegne seg nye energi- og personlige ressurser (Hobfoll, 2001). Han påpeker videre viktigheten av å utnytte tilgjengelige ressurser. Dette er med på å skape en bedre balanse på arbeidsplassen. Flere av informantene opplevde at dårlig ressursutnytting førte til at de mest kompetente og ressurssterke sykepleierne gjorde mesteparten av det krevende arbeidet. Dette for å ivareta effektivitet på arbeidsplassen. Hobfoll mener dette er med på å skape en uønsket sirkel der de ressursvake blir enda svakere ved at de mister muligheten til å tilegne seg nye tilgjengelige ressurser (Hobfoll, 2011).

Videre blir håndterbarhet i Salutogenese vurdert til individets evne til å takle krav i en gitt situasjon ved hjelp av tilgjengelige ressurser (Antonovsky, 2005). En opplevelse av sammenheng og balanse vil ifølge Antonovsky skje ved at individet bruker mestringsressurser i seg selv og sine omgivelser. I våre resultater ble blant annet gode samtaler med kollegaer, debrifing, fokus på egen pust og prioritering nevnt som viktige mestringsmekanismer i hverdagen. I en stressende jobbhverdag vil det være vanskelig å holde ut i sykepleieryrket uten noen form for mestring eller sosial støtte. Det å vite at andre også opplever krevende situasjoner, samt at man har muligheten til å snakke sammen, var noe samtlige av sykepleierne trakk frem. I lys av Salutogenese teorien er dette viktige elementer for å fremme helsemessig bedring gjennom mestringsressurser innenfor fokusområdene sosiale relasjoner og indre følelser. Videre blir det nevnt at det å se på stress som en positiv drivkraft for effektivisering og prioritering i jobbhverdagen kan gi følelse av mestring i arbeidet. Denne

tilnærmingen støtter også Folkman og Moskowitz (2000), som påpeker at opplevelsen av stress kan vendes til noe positivt, når man ser på det som en utfordring fremfor en trussel.

5.2 Praktiske implikasjoner

Gjennom litteraturgjennomgangen av teori og tidligere funn, sammenlignet med resultatene, ser vi at stress er en stor del av jobbhverdagen til sykepleierne. Stress spiller også en avgjørende rolle for sykepleiernes jobbtilfredshet og velbefinnende. Som tidligere nevnt viser tall fra Statistisk Sentralbyrå at stress og utbrenthet er to av hovedårsakene til at 1 av 5 sykepleiere slutter innen 10 år etter endt utdanning (Dolonen, 2017). Disse faktorene utgjør også en stor del av hvorfor sykepleieryrket i dag er et av de yrkene med høyest sykefravær (Hilsen, 2018). Dette vitner om at tiltak må settes i gang for å motvirke denne negative utviklingen. Vi har derfor valgt å fokusere denne delen av diskusjonen på mulige løsninger basert på alle deltakernes ønsker og de stresspåvirkende faktorene som har blitt nevnt. Av funnene fremkom det fire hovedkategorier som spiller en avgjørende rolle i sykepleierhverdagen som vil bli presentert under.

Godt arbeidsmiljø

Flere studier viser at jobbstress har en negativ innvirkning på sykepleiernes arbeidstilfredshet, der arbeidsmiljø spiller en vesentlig rolle (Zangaro & Soeken, 2007). Våre funn støtter dette, ved at informantene tidlig påpekte viktigheten av sosial støtte og et godt arbeidsmiljø for å trives i jobben. Som tidligere nevnt inkluderte sosial støtte godt samarbeid med kollegaer og god ledelse. Samarbeid var for samtlige avgjørende for god ressursutnyttelse, motivasjon og trivsel. Dette viser seg også å være avgjørende faktorer for at sykepleiere velger å bli i yrket (Nydal et al, 2016). I en jobbhverdag preget av høyt tempo og høye krav ble kollegaene hentet frem som en sentral stresshemmende ressurs. Spesielt samtaler og muligheten til å utnytte hverandre som ressurser var gode hjelpemidler i hverdagen. Da taushetsplikten legger restriksjoner for muligheten til å snakke om hendelser med andre utenfor jobben, ble dette for mange en viktig kilde til bearbeidelse av belastende situasjoner. Dette funnet støtter også Kirchhoff (2011), som mener at samarbeid er avgjørende for å jobbe seg gjennom taushetsbelagte situasjoner og for å mestre yrkesrelatert stress.

Ytterligere ble sammensetning av team påpekt som avgjørende for hvordan arbeidsdagen til sykepleierne utartet seg. I tilfeller hvor teamene opplevdes som harmoniske, erfarte flere bedre flyt og effektivitet i løpet av vekten. Utover dette kan gode sammensetninger være med på å motvirke uønskede situasjoner som blant annet mobbing. En av informantene fortalte at hun hadde kjent på dette som følge av høyt kompetansekrav og dårlig arbeidsmiljø. Det er derfor viktig at arbeidsplasser jobber for å skape et arbeidsmiljø der godt samarbeid og muligheten til å bruke hverandre som støtte, er en av grunnverdiene i stresshåndtering. Samarbeid er slik vi oppfatter det avgjørende for at sykepleiere har nok tilgjengelige ressurser for å takle krevende situasjoner og det totale ansvaret i jobben. For å få til dette vil ledere spille en betydningsfull rolle, da det er de som i hovedsak har ansvar for fordeling av ressurser, samt bør fremme en organisasjonskultur som fokuserer på sosial støtte.

Lederens rolle

Studiens resultater viser en klar sammenheng mellom god ledelse og redusert stress. I jobbhverdagen til sykepleiere vil god ledelse kunne fungere som en stresshemmende buffer ved å legge til rette for stresshåndtering og mestring. For informantene ble spesielt faglig bakgrunn verdsatt hos nærmeste leder. Dette opplevdes som viktig for at vedkommende skal kunne forstå hva sykepleierne til daglig står i. Seksjonslederen vi snakket med bekreftet også dette, da hun opplevde at hennes sykepleierfaglige bakgrunn ga henne troverdighet og verdifull innsikt. Norsk Sykepleierforbund (2005) mener at faglig bakgrunn er avgjørende for å kvalitetssikre helsetjenesten. Dette fordi det vil gi lederen bedre evne til å se pasientens og sykepleierens behov. Slik legges det til rette for en helhetlig tjeneste med fokus på kvalitet og trygghet. I tillegg vil deres faglige bakgrunn gjøre det lettere å skape en arbeidskultur hvor utvikling og læring er i fokus, samt at de jobber for en visjon hvor både sykepleiere og pasienter skal ivaretas (Norsk Sykepleierforbund, 2005).

Utover dette påpekte informantene viktigheten av å ha en leder som er tilstedeværende, lydhør og rettferdig, og samtidig er oppmerksom på de ansatte. Samtlige av sykepleierne fortalte hvor verdifullt det er å oppleve en leder som ser arbeidet de gjør, i tillegg til å rose og gi tilbakemeldinger direkte til sykepleieren. En slik opplevelse vil kunne være med på å sikre at sykepleiere utvikler seg i ønsket retning, motiveres og vil trives i en stressende jobbhverdag. Disse funnene er i tråd med McVicar (2003) sine tanker om hvordan lederstil kan motvirke jobbstress blant sykepleiere. Han påpeker at en inkluderende og transformerende lederstil vil

være avgjørende for å skape samhørighet og empowerment (McVicar, 2003).

Transformasjonsledelse fokuserer på å inspirere og motivere ansatte gjennom å kunne se den enkeltes behov og styrker (Burns, Bradley & Weiner, 2012). En slik lederstil vil ifølge McVicar også kunne være med på å hindre utvikling av utbrenthet blant de ansatte. Fra våre resultater fremkom det at en støttende leder var en avgjørende faktor for at en av sykepleierne kom seg tilbake på jobb etter å ha vært sykmeldt over en lengre periode. For vedkommende var det viktig å ha en leder som viste forståelse og ga god oppfølging i situasjonen hun befant seg i, slik at hun da fikk muligheten til å bygge seg opp igjen.

I våre intervjuer kom det ytterligere frem at samtaler og debriefing er viktige tiltak for å takle krevende situasjoner og stressende vakter. Her spiller lederen en avgjørende rolle, i å sørge for at dette gjennomføres og blir en prioritering. I tillegg så flere verdien av å bruke fellesskapet som en arena for læring og videre utvikling. Seksjonslederen vi intervjuet fortalte at de ved hennes avdeling har tilgang på en psykiater som tilbyr samtaler for de ansatte. Et slikt tilbud var for flere betydningsfullt, i tillegg til å være et godt virkemiddel for gode samtaler og refleksjon. På denne måten er det mulig for sykepleierne å jobbe seg igjennom krevende hendelser på jobb, og derav unngå at dette blir et vedvarende problem de tar med seg hjem.

Ledere med sykepleieansvar vil også være ansvarlige for å sikre tilstrekkelig fordeling av ressurser. Dette ville ifølge informantene kunne være med på å sikre bedre flyt i arbeidet, samt bedre dynamikk og avlastning i teamet ved at tilgjengelige ressurser utnyttes riktig. Imidlertid vil dette kunne være utfordrende i virkeligheten, da ledere ofte har bredt kontroll- og lederspenn med ansvar for mange ansatte. På den måten blir det vanskelig å ivareta og se hver enkelt sykepleier. I tillegg vil turnus ha innvirkning på dette, ved at sykepleier og leder ikke alltid er på jobb samtidig. Dette setter begrensinger for å fange opp situasjoner utenfor lederens arbeidstid der det er ønskelig med rask kontakt. Videre vil faktumet at lederens jobbhverdag ofte preges av brannslukking ved å ringe vikarer og tette hull i turnus påvirke deres tilgjengelighet ovenfor ansatte, slik representanten fra NSF påpekte. Rammebetingelser og stramme økonomiske budsjetter vil også begrense lederens handlingsrom, som igjen vil vanskeliggjøre ivaretagelse av den enkelte og tilstrekkelig utnyttelse av ressurser.

Kompetanseutvikling

Ut ifra studiens resultater ble det tidlig klart at utilstrekkelig kompetanse blant sykepleierne selv og kollegaer spilte en avgjørende rolle i hvorfor stress utvikles på jobb. Flere av informantene opplevde en vesentlig forskjell i personlig stresshåndtering som nyutdannet sammenlignet med flere års erfaring, da de følte seg mer rutinerte og trygge i arbeidet etter hvert som kompetansen økte. Seksjonslederen vi snakket med fortalte at ved hennes avdeling benyttet de seg av lavskalasilmuleringstrening, kursing og opplæring for å sikre kompetanseutvikling. Hennes erfaring var at kunnskap i seg selv virket stressreducerende. Slike tiltak ble også nevnt av informantene som verdifulle, da faglig påfyll, god veiledning og gode rutiner var viktige drivkrefter for å oppleve mestring i arbeidet.

Et annet aspekt ved kompetansens betydning fremkom også i forbindelse med økt bemanning. Som tidligere nevnt spiller det en avgjørende rolle at denne bemanningen har riktig og tilstrekkelig kompetanse for å kunne bli en ressurs for arbeidsstedet. Av resultatene våre fremkom det at spesielt sykepleieren fra ekstravaktformidlingen, opplevde at for lave kompetansekrav ved ulike avdelinger kunne bli et usikkerhetsmoment som kunne føre til utfordrende situasjoner. Eksempelvis gjaldt dette at det var opp til sykepleieren selv å avgjøre om vedkommende ville ta relevante kurs for å stille godt nok forberedt. Dette problemet kjente også en annen sykepleier til. Hun forklarte at hun har opplevd ved flere anledninger å måtte ta seg av ekstravakter i tillegg til pasienter, fordi vedkommende ikke hadde nok kunnskap til å håndtere situasjoner. I tråd med dette ser vi viktigheten av tilstrekkelig kompetanse og kompetanseutvikling for å skape trygghet, mestring og effektivitet.

Forebygging av stress på individ- og organisasjonsnivå

I intervjuet med representanten fra NSF fremkom det hvor viktig det er å skille mellom stresshåndtering på to nivåer. På den ene siden står individnivået som fokuserer på hvordan sykepleierne selv kan håndtere stress. Her vil personlige egenskaper og toleranse påvirke hvordan individet håndterer utfordrende situasjoner. Personens subjektive oppfattelse av stress vil også ha innvirkning på hvorvidt det oppfattes som en negativ påkjenning eller positiv drivkraft. Disse individuelle forskjellene fremkom tydelig i intervjuene. Vi så hvordan to av informantene aktivt selv gikk inn for å snu stress til en viktig ressurs for å effektivisere og prioritere arbeidet. Dette tydeliggjør hvor viktig det er å erkjenne individuelle forskjeller

blant sykepleiere. Det er også viktig å forstå at implementering av generelle tiltak ikke nødvendigvis vil virke like godt for alle. I tråd med dette fremkom det i våre funn at slike forskjeller var med på å skape et bredt spekter av ulike mestringsmekanismer blant sykepleierne. En slik tilnærming underbygges av McVicar (2003) som mener at ulikheter må anerkjennes og avdekkes. På den måten vil ledere og organisasjoner kunne muliggjøre og støtte sykepleierne til å bruke de mestringsstrategiene som fungerer for dem. Det vil imidlertid ikke være gjennomførbart å ta hensyn til alle individuelle forskjeller. Vi mener likevel det er viktig å anerkjenne at de finnes, slik at det kan legges til rette og fostre et arbeidsmiljø der den enkelte har muligheten til å reflektere over sine egne stressopplevelser. På den måten muliggjøres individuelle mestringsstrategier.

På den andre siden har vi organisasjonsnivå som overordnet handler om bevilgning og fordeling av ressurser. Slik det fremkom av resultatene er utilstrekkelig bemanning, ubetalt overtid, tidspress og for høye krav en stor del av sykepleiernes hverdag. Dette synliggjør hvordan knappe ressurser setter begrensninger for gjennomføring av arbeid og for sykepleiernes jobbtilfredshet. Dette vitner om en ubalanse mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser. Ifølge representanten fra NSF er det viktig at organisasjoner og myndighetene innser at dette er et problem som ikke kun kan løses av sykepleierne selv. Dette må heller løftes opp på et overordnet nivå. Slik situasjonen er for sykepleiere i dag, hvor både sykepleiermangelen og etterspørselen øker, vil det være kritisk å jobbe for en løsning hvor kravene ikke overgår kontrollen. Videre må organisasjonen legge til rette for en arbeidshverdag for sykepleierne der unntakstilstand ikke lenger er normalen.

5.3 Metodologiske refleksjoner

Ifølge Malterud (2011) vil et forskningsprosjekt aldri kunne fremstille en fullstendig objektiv og feilfri beskrivelse av virkeligheten. Dette er heller ikke målet. Det er derfor viktig at forskeren tilstreber gjennomsiktighet og viser god refleksjon, samt vurderer egen rolle og valgene som har blitt tatt underveis.

5.3.1 Refleksivitet

Refleksivitet handler ifølge Malterud (2011) om forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Dette viser at forskeren spiller en sentral rolle ved gjennomføring av kvalitative intervjuer. Forskeren må derfor være kritisk til egen innblanding og sette spørsmålstegn ved egen fremgangsmåte og konklusjoner. Alle faser av prosjektet må systematisk vurderes ut ifra forskerens personlige bias og ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Vår bakgrunn som to masterstudenter i et helserelatert studium, hvor en av oss har sykepleierrelatert utdanning, bidro til valg av tema for denne oppgaven. I forkant av studien hadde vi allerede gjort oss opp enkelte meninger og tanker om hvorvidt stress blant sykepleiere er utbredt. Ved å selv ha opplevd stressende situasjoner som sykepleiestudent ble disse holdningene forsterket. Vi mente at dette ville være en fordel å ha med oss inn i prosjektet, da dette ville gjøre det lettere å sette seg inn i informantenes situasjoner. Ifølge Malterud (2011) er det viktig at vi som forskere har fokus på våre egne blindsoner og overveier betydningen av disse underveis. Det er viktig at forskeren evner å se seg selv og prosjektet fra siden med friske øyne. Helt fra starten av prosjektet har vi vært opptatt av å legge til rette for en studie der informantene fritt kunne snakke uten at vi styrte dem i egen ønsket retning. For å få til dette har vi aktivt brukt veilederen vår for å sikre at valg av informanter, spørsmålene og intervjusettingen skulle reflektere objektivitet.

Ved utvikling av intervjuguiden var vi opptatt av å stille åpne spørsmål som stimulerte til gode personlige refleksjoner. Dog ble det tidlig klart at intervjuerne hadde en tendens til å lede informantene i en ønsket retning i de første intervjuene. Her opplevde vi at fokuset i for stor grad ble ledet i en retning av negative konsekvenser av stress. Som et virkemiddel for å unngå dette, ble vi derfor flinkere til å utnytte pauser og selv la informantene styre, for på den måten få en mer helhetlig forståelse av fenomenet (Green & Thorogood, 2018). I tillegg brukte vi ofte oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å forklare eller gå dypere inn i situasjoner. Det samme gjorde vi dersom noe fremkom uklart. I noen av intervjuene opplevde vi at enkelte av informantene hadde en tendens til å spore av fra selve temaet. Likevel valgte vi her å ikke avbryte, da vi ikke ønsket å fremstå som uhøflige eller ødelegge samtaleflyten. Vi ønsket derimot å se på dette som en mulighet for læring, og for å få tilgang på mer dyptgående informasjon. Vår opplevelse var at informantene selv klarte å hente seg tilbake. Gjennom hele intervjuprosessen har vi vært opptatt av at informantene muligens kan ha hatt forventninger til oss, og på den måten fokusert på det de tror vi ønsket høre. Vi opplever det

som en fordel at vi har vært to forskere med ulik bakgrunn. Dette har gjort at det har vært lettere for vedkommende uten sykepleierbakgrunn å plukke opp eventuelle skjevheter i spørsmål og svar.

5.3.2 Validitet

Intern validitet handler om hvorvidt fremgangsmåte og funn gir et gyldig svar på forskningsspørsmålet. For å undersøke dette er det viktig å vurdere om valg av metode er tilstrekkelig for å sikre nok kunnskap rundt målsetning og formålet med studien (Malterud, 2011).

Sentralt i spørsmålet om troverdighet er om utvalget av informanter er med på å belyse problemstillingen på best mulig måte. Vi har som nevnt i kapittel 3 benyttet oss av et strategisk utvalg gjennom eget nettverk og snøball-rekruttering. Disse strategiene ble benyttet for å sikre deltakere med relevant bakgrunn som ønsket å dele sine erfaringer. Vi startet rekrutteringsprosessen med en hensikt om å kun inkludere sykepleiere som var godt kjent med negativt stress og utbrenthet. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig grunnet praktiske og tidsbegrensende utfordringer. Likevel opplevdes det ikke som en begrensning å inkludere sykepleiere med mindre slik erfaring, da disse informantene ga innblikk i hvordan stress kunne brukes som noe positivt. Vi tror at dette er med på å styrke validiteten av studien ved at flere ulike opplevelser inkluderes. På den andre siden kan dette også være en svakhet, da informantene fremstår som mindre homogene og vil bidra med mindre informative svar på problemstillingen.

Som tidligere nevnt, ønsket vi ytterligere å inkludere perspektiver fra to utenforstående informanter som har en aktiv påvirkning på sykepleiernes hverdag. Ved å inkludere seksjonslederen og representanten fra NSF, har vi intervjuet deltakere som befinner seg i ulike posisjoner i forhold til problemstillingen. Dette betegnes som kildetriangulering (Malterud, 2011). Vi mener dette har vært med på å styrke den interne validiteten ved at vi fikk en bredere kunnskap, samt så hvordan svarene fra de ulike perspektivene utfylte hverandre.

Gjennom hele prosessen har vi vært nøye med å reflektere rundt valg som har blitt tatt, for å sikre høyest mulig grad av objektivitet. For å forsterke dette valgte vi også å gjennomføre member check med tre av informantene, da vi ønsket å forsikre oss om at oppgavens

resultater i størst mulig grad gjenspeilet deres opplevelser med stress. Til tross for at dette var med på å bekrefte funnene våre, ser vi at dette ikke nødvendigvis er representativt for alle informantene og for andre sykepleiere. Fremgangsmåten har som tidligere nevnt møtt kritikk for å kunne være ledende og ikke nødvendigvis tar høyde for at villighet til å svare kan være situasjonsbetinget (Goldblatt et al, 2011).

Alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert av oss. Dette er med på å øke sjansen for troverdige resultater, da forskeren kan gjenoppleve intervjuene og sørge for at alt av relevans blir tatt med.

Ekstern validitet dreier seg om oppgavens overførbarhet, som sier noe om hvorvidt resultater kan overføres og gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studiet er gjennomført (Malterud, 2011). Vi opplever at våre resultater i stor grad samsvarer med tidligere funn, både nasjonalt og internasjonalt. Dette mener vi er med på å styrke den eksterne validiteten av oppgaven. Funnene kan også være relevante for andre yrkesgrupper i helsesektoren. Flere av oppgavens funn kan være av betydning for jobbhverdagen til blant annet leger og helsearbeidere, som i likhet med sykepleiere ofte befinner seg i stressende situasjoner med høye krav og stort arbeidspress. Vi mener derfor at flere av oppgavens påviste stressfaktorer vil kunne være gjeldende i andre yrkesgrupper enn sykepleiernes. Det vil kunne være nyttig for ledere i helsesektoren å sette seg inn i disse faktorene. Her kan man vurdere implementering av foreslåtte tiltak for å motvirke utvikling av stress. I tråd med våre funn fremkom det i en nylig studie at god ledelse spiller en viktig rolle for om leger velger å bli i yrket (Martinussen, Magnussen, Vrangbæk & Frich, 2020). På denne måten ser vi at funnene våre er overførbare.

5.3.3 Etske aspekter

Vi har gjennom hele forskningsprosessen vært vårt etiske ansvar bevisst. Dette har vært spesielt viktig for oss grunnet temaet for oppgaven, da stress og utbrenthet går under personlige helseopplysninger. Denne studien begynte derfor med at vi søkte om godkjenning av temaet og prosjektet fra NSD (vedlegg 1). Vi har også vært opptatt av at alle informantene i prosjektet skulle få grundig beskjed om hva deltakelsen deres innebærer. Allerede i kontaktfasen ble informantene bevisstgjort hvilke personlige rettigheter de har, og hva

formålet med oppgaven var. Dette informerte vi også om før vi gjennomførte intervjuene, da samtykkeskjemaet ble signert.

Det har vært kritisk for oss at krav om anonymitet overholdes. Vi har derfor bevisstgjort informantene om at ingenting av det de sa kunne spores tilbake til dem og at vi ville sikre deres anonymitet når resultatene ble presentert. Vi har derfor utelatt sensitiv informasjon fra transkripter og resultater. Dette inkluderte sensurering av arbeidsplasser som sykepleierne jobbet ved, fordi enkelte av avdelingene fremstod som lett gjenkjennelige. Vi har også valgt å utelate deltakernes alder i tabell 1, da vi vurderte dette som en mulig kilde til anonymitetsbrudd satt opp mot annen informasjon. Alt av sensitivt materiale som lydfiler, transkripter og samtykkeskjemaer har vært lagret på passordbeskyttede enheter som kun forskere og veileder har hatt tilgang på. Samtykkeskjemaene har blitt lagret separat fra transkripter og lydfiler, og all data vil bli slettet etter prosjektets slutt. Deltakerne har fått tydelig beskjed om at samtykke for deltakelse og bruk av personlige opplysninger kan trekkes når som helst i løpet av prosessen.

5.4 Forslag til videre forskning

Denne studien er ment som et lite bidrag til å skape en større forståelse for jobbhverdagen til sykepleierne, og hva de til daglig står i. Stress og uønskede helsemessige konsekvenser ser ut til å være utbredt i sykepleieryrket. Disse faktorene hentes frem som noen av de avgjørende årsakene til hvorfor flere sykepleiere velger å slutte i yrket. Til tross for at det er mye forskning på jobberelatert stress blant sykepleiere, ser vi at helsesektoren med fordel kan foreta flere kvalitative studier på dette området. Det kunne vært interessant og gjort en tilsvarende studie der sykepleiere som har valgt å slutte i yrket, intervjues. Her vil det være hensiktsmessig å undersøke påvirkende årsaker til hvorfor personen sluttet, og eventuelle tiltak som kunne ha medført at vedkommende ville blitt i jobben.

Et annet fokus for videre forskning kan være å se på hvilke stresshemmende tiltak ulike organisasjoner har implementert, for så å undersøke hvilken innvirkning dette har hatt og hvorfor de eventuelt virker. Videre kan det også forskes på eventuelle forskjeller mellom ulike institusjoner og avdelinger, for på den måten se hva som påvirker og reduserer stress.

Det vil være lærerikt å se om det finnes konkrete forskjeller mellom for eksempel kirurgisk og medisinsk avdeling. Utover dette kan det også være aktuelt å undersøke lignende sammenhenger for andre yrkesgrupper i helsevesenet. Det vil være interessant å sette disse funnene opp mot sykepleieryrket for å eventuelt avdekke forskjeller og likheter i tilgang på ressurser, bruken av mestringsmekanismer og hvorvidt fenomenet stress er like utbredt blant alle yrkene.

Det fremkom også fra intervjuet med representanten fra NSF at det per i dag ikke finnes konkrete tall på antall sykepleiere som sykemeldes og som slutter i jobben på grunn av utbrenthet. For å få en innsikt i hvor utbredt dette problemet er, hadde det vært informativt med konkrete tal på dette. Som tidligere nevnt er det store kostnader knyttet til høyt sykefravær og frafall av sykepleiere. Vi opplevde likevel at det er få eksakte tall på disse kostnadene. Det vil derfor være ønskelig med mer konkret forskning på dette.

6 Konklusjon

Formålet med dette studiet har vært å få en bedre forståelse av sykepleiernes personlige opplevelser med stress og utbrenthet på arbeidsplassen, ved å avdekke hvilke faktorer som er med på å fremme og hemme stress. Av studien fremkom det at stress er av betydning for sykepleiernes velbefinnende og jobbtilfredshet. Videre så vi at fenomenet har ulik påvirkningskraft fra sykepleier til sykepleier, med tanke på hvor ofte det opplevdes og hvorvidt det fremkom som en belastning eller drivkraft. Likevel var det flere faktorer som påvirket stress. Mest sentralt stod tidspress, ansvar og utilstrekkelig kompetanse. I stressende situasjoner ble kravene om effektivitet og arbeidsmengde høyere enn sykepleiernes tilgjengelige ressurser. Det var noe overraskende at det fremkom i studien at utbrenthet var en mindre del av jobbhverdagen til sykepleierne enn det vi forventet. Til tross for at alle sykepleierne til en viss grad hadde kjent på alle dimensjonene, var det flere som understreket at dette var en naturlig del av jobben. Det ble derfor ikke forbundet med utbrenthet. Dermed utgjorde utbrenthet en mindre del av oppgaven enn vi opprinnelig hadde tenkt.

Resultatene av studien vår viser hvor viktig sosial støtte gjennom god ledelse og samarbeid er. Spesielt lederens rolle ser ut til å spille en avgjørende del for sykepleiernes jobbtilfredshet. Tiltakene som er beskrevet i denne oppgaven utgjør et mulig grunnlag for økt jobbtilfredshet og mestring for motvirkning av stress. Tiltakene må likevel vurderes utfra lokale forhold, da det ikke er gitt at de er universelt overførbare. Stress er et komplekst fenomen med mange ulike tolkninger og derav problemstillinger. Dette vitner om at det er behov for ytterligere forskning på dette området. Samtidig som det er viktig å aktivt jobbe for et arbeidsmiljø som fokuserer på helsepersonells trivsel og mestring. Dette leder oss tilbake til det tredelte målet i helsesektoren. Her ser vi hvor viktig det vil være å implementere et fjerde mål, som tar sikte på å tilrettelegge for ivaretagelse av helsepersonell og deres jobbhverdag.

Ved å rette et fokus på sykepleiernes velbefinnende og arbeidsliv, vil man kunne unngå en økning i fremtidig sykepleiermangel, samtidig som man bedre ivaretar eksisterende kompetanse. Ytterligere vil dette kunne ha en positiv effekt på fremtidig pasientsikkerhet og kvalitet, samt organisasjonene i sin helhet. På denne måten skapes et miljø som aktivt jobber for at unntakstilstand ikke lengre skal være normalen.

Litteraturliste

- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2.utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385–405. DOI: <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. DOI: <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American psychologist*, 52(4), 366. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care for the patient requires care for the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12 (6), 573-576. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Burns, L. R., Bradley, E. H., & Weiner, B. J. (2012). Shortell and Kaluzny's Health Care Management: Organization, Design & Behavior (6.utg., s. 33-62). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning
- Det europeiske arbeidsmiljøorgan. (2019). Psykososiale risikoer og stress på arbeidsplassen. *Det Europeiske Arbeidsmiljøorgan*. Hentet fra: <https://osha.europa.eu/no/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Dolonen, K. A. (2017, 25. august). 1 av 5 sykepleiere forsvinner fra helsevesenet. *Norsk Sykepleierforbund*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2017/08/1-av-5-sykepleiere-forsvinner-fra-helsevesenet>

- Eriksson, M., & Mittelmakr, M. B. (2017). The Sense of Coherence and Its Measurement . I Mittelmakr, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s.97-107). DOI [10.1007/978-3-319-04600-6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6)
- Fink, G. (2010). Stress: Definition and History. I Fink, G (Red.). *Stress science: neuroendocrinology* (s. 3-9). Oxford: Academic Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science*, 9(4), 115-118. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00073>
- Freund, A. M & Rie, D. M (2001). Commentaries. *Applied Psychology*, 50: 370-380. DOI: <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00063>
- Goldblatt, H., Karnieli-Miller. O., & Neumann, M. (2011). Sharing qualitative research findings with participants: study experiences of methodological and ethical dilemmas. *Patient Educ. Couns.*, 82 pp. 389-395. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.uio.no/science/article/pii/S0738399110007883>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (4.utg., s. 29-48, 49-81, 115-146). [Kindle]. UK: SAGE Publications.
- Halbesleben, J. R. B. & Demerouti, E (2007). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory, *Work & Stress*, 19:3, 208-220, DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>
- Hilsen, M. (2018). Sykepleiere har mer sykefravær enn nesten alle andre yrkesgrupper. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/06/sykepleiere-har-mer-sykefravaer-enn-nesten-alle-andre-yrkesgrupper>
- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. I Schaufeli, W. (Red.), Maslach, C. (Red.), Marek, T. (Red.). (1993). *Professional Burnout*. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.4324/9781315227979>
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421. DOI: <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>

- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2019). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. I Golembiewski, R. T. (Red.). *Handbook of organizational behavior* (2. utg, s. 57–80). New York: Routledge.
- Hobfoll, S. E., & Ford, J. S. (2007). Conservation of resources theory. *Encyclopedia of stress*, 2. (s. 562-567). DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00093-3>
- Hobfoll, S.E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84: 116-122. DOI: [10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x)
- Hobfoll, S., Birch, K., Steijnberg, H., Lewis, J., Nkholongo, N., Van Wyk, G. (u.d). Trauma Clinic Emergency Counselling Network, C. T. Conservation of Resource Theory (COR) in Stress and Trauma: An Overview of Theory, Applications, Limitations and Examples. Hentet fra: https://www.traumaclinic.co.za/wp-content/uploads/2019/05/Cor_theory.pdf
- Ingebritsen, R., & Romøren, T. I. (2005). *Omsorgstjenester med mangfold?* (NOVA rapport 9/2005). Hentet fra: <https://digib.no/wp-content/uploads/2020/01/163.pdf>
- Kaplan, H. B. (1983). Psychological distress in sociological context: Toward a general theory of psychosocial stress. *Psychosocial stress: Trends in theory and research*, 195-264. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397560-7.50010-6>
- Kirchhoff, J.W. (2011). Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien*. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0100](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0100)
- Klakegg, L., Skraastad, M., & Yddal, E. B. (2013, 25. januar). Mangfoldig omsorg. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/11/mangfoldig-omsorg>
- Kuper, A., Lingard, L., & Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *Bmj*, 337, a1035. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1035>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2.utg., s. 23-46). USA: Sage Publications.
- Lambert, V., & Lambert, C. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: An international perspective. *Nursing & health sciences*. 3. 161-72. DOI: [10.1046/j.1442-2018.2001.00086.x](https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00086.x)

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Leech, B. (2002). Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews. *PS: Political Science and Politics*, 35(4), 665-668. Retrieved June 11, 2020. Hentet fra: www.jstor.org/stable/1554805
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440-442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lønne, A. (2019, 22. januar). Salutogenese. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.sn�.no/salutogenese>
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358(9279), 397-400. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05548-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05548-9)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, P. E., Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Frich, J. C. (2020). Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Services Research*, 20, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05285-4>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. Evaluating stress: A book of resources. *Scarecrow Education, Lanham, MD*, 3, 191-218. Hentet fra: https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C. (2002). A Multidimensional Theory of Burnout. I Cooper, C. L. (Red). *Theories of Organizational Stress* (s.69-70). Manchester UK: Oxford University Press.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 633-642. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>

- Mittelmark, M. B., & Bull, T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*, 20(2), 30-38. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975913486684>
- Norsk Sykepleierforbund. (2005). Sykepleier med lederansvar-god på fag og ledelse. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/158922/NSF>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018, 07. mai). Sykepleiermangelen har økt med 47 prosent. *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3882885/1740674/Sykepleiermangelen-har-okt-med-47-prosent>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dyvik, T. K. & Torheim, H. (2016, 21. mars). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.56777](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777)
- Oksavik, J. & Kirchhoff, R. (2019). Moralsk stress blant sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(02), 118-127.
DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-05>
- Olshevski, J. L., Katz, A. D. & Knight, B. G. (2012). *Stress reduction for caregivers* (s. 35-37). Philadelphia and London: Routledge.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017). Stress og mestring. (Helsedirektoratet rapport IS-2655). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå. (2014, 17. juni). Nasjonale befolkningsframskrivninger, 2014-2100. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). 07938: Kjønn- og aldersfordeling blant personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal 2008 – 2019 [Datasett]. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout1/>
- Stephoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual review of public health*, 34, 337-354. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-031912-114452](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452)
- Svartdal, F., & Malt, U. (2019). Stress. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/stress>

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tyler, P., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: The effects of coping and social support. *Stress Medicine*, 11(1), 243-251. DOI: <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1002/smi.2460110140>
- Vatnås, T. (2019, 10. juni). Sykepleierløftet: Høyere lønn og muligheten til heltidsstillinger er viktig, men ikke viktigst. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/07/sykepleierloftet-hoyere-lonn-og-muligheten-til-heltidsstillinger-er-viktig>
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*, 30(4), 445-458. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20202>

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata, NSD

Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeskjema til sykepleiere

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema til sykepleiere, inkludert member check

Vedlegg 4: Informasjon og samtykkeskjema til seksjonsleder

Vedlegg 5: Informasjon og samtykkeskjema til representant for NSF

Vedlegg 6: Intervjuguide sykepleiere

Vedlegg 7: Intervjuguide seksjonsleder

Vedlegg 8: Intervjuguide representant NSF

Vedlegg 9: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, alder, kjønn, statistikkvariabel og år

Vedlegg 10: Forklaring på arbeidsfordeling

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata, NSD

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

En studie av høyt stressnivå på jobb blant sykepleiere

Referansenummer

177494

Registrert

05.11.2019 av Janicke Busk - janickbu@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ivan Spehar, ivan.spehar@medisin.uio.no, tlf: 97608146

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Janicke Busk, janicke.busk@gmail.com, tlf: 93288340

Prosjektperiode

14.10.2019 - 15.12.2020

Status

20.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

20.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 20.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Utvalgene har taushetsplikt. NSD bemerker at det under datainnsamling ikke skal innsamles taushetsbelagte opplysninger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om fagforeningsmedlemskap og helseopplysninger, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeskjema til sykepleiere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“ Et studie av høyt stressnivå på jobb blant sykepleiere: Ved å utforske personlige opplevelser med stress, med et spesielt fokus på utbrenthet og bruken av ulike mestringsmekanismer ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med formål om å studere innvirkningen av høyt stressnivå på jobb for sykepleiere, med et spesielt fokus på personlige opplevelser knyttet til stress, utbrenthet og bruken av mestringsmekanismer. I dette skrivet ønsker vi å gi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelsen innebærer for deg.

Formål

Vi skal som masterstudenter ved Universitetet i Oslo gjennomføre et forskningsprosjekt. Prosjektet vil bli veiledet av Ivan Spehar ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet på grunn av din faglige bakgrunn og stilling som tidligere/nåværende sykepleier. Vi ønsker å få innblikk i din erfaring med jobberelaterte situasjoner som resulterer i et høyt stressnivå for deg personlig og eventuelle erfaringer med utbrenthet. Utvalget av deltakere er basert på deres personlige erfaringer og med en hensikt om å få en bredde i informasjonen som blir hentet inn.

Hva innebærer deltakelsen for deg?

Deltakelsen i et masterprosjekt innebærer at du blir intervjuet i omlag en time. Intervjuet vil bli gjennomført av masterstudentene Janicke Busk og Johanna Falkeborn, og vil foregå gjennom en åpen dialog med særlig fokus på dine opplevelser av stress på jobben. Det vil bli brukt lydopptak i intervjuene, som kun Janicke Busk og Johanna Falkeborn får tilgang til. Masterprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Målet er å gjennomføre intervjuene i løpet av første kvartalet av 2020.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I masteroppgaven vil det komme frem din stillingstittel, kjønn og avdeling, men ikke hvilken institusjon du jobber på. Navn og andre personlige opplysninger vil være anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysninger om deg til formålet som vi har beskrevet her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Det er bare veileder og masterstudentene i dette prosjektet som vil få tilgang til resultatene. Lydfiler fra båndopptaker vil bli overført og lagret på en sikkerhets beskyttet PC ved Universitetet i Oslo. Lydfilene vil så transkriberes og anonymiseres slik at deltaker ikke kan identifiseres. Alt av informasjon, inkludert personlige opplysninger, vil også lagres og beskyttes på en PC som er passordbeskyttet frem til prosjektets slutt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avsluttet prosjektet?

Alt av personlig informasjon vil ved prosjektets slutt fjernes og slettes fra lagrede enheter. Lydfiler fra båndopptaker vil overføres til en sikkerhets beskyttet PC og slettes ved prosjektets slutt, senest 15.12.2020.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studiet, eller ønsker å benytte deg av rettighetene dine, ta kontakt med:

- *Prosjektansvarlig: Ivan Spehar, Førsteamanuensis.*
E-post: ivan.spehar@medisin.uio.no, Tlf: 976 08 146
- *Personvernombud: Roger Markgraf- Bye, Seniorrådgiver.*
E-post: personvernombud@uio.no, Tlf: 908 22 826
- *Janicke Busk, masterstudent.*
E-post: janicke.busk@studmed.uio.no, Tlf: 932 88 340
- *Johanna Falkeborn, masterstudent.*
E-post: johanna.falkeborn@studmed.uio.no, Tlf: 975 75 125
- *NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.*
E-post: personvernombudet@nsd.no, tlf: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen:

Ivan Spehar:

Prosjektansvarlig

Johanna Falkeborn:

Masterstudent

Janicke Busk:

Masterstudent

Samtykke i bruk av personlige opplysninger:

I dette punktet ønsker vi herved å be om tillatelse til bruk av dine personlige opplysninger i vår studie. Vennligst kryss av ønsket boks.

Ja, jeg samtykker herved til at mine personlige opplysninger kan benyttes i studiet

Nei, jeg ønsker ikke at mine personlige opplysninger skal benyttes i studiet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet, og har fått mulighet til å stille spørsmål. Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 15.12.2020.

Dato:.....

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema til sykepleiere, inkludert member check

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“ Et studie av høyt stressnivå på jobb blant sykepleiere: Ved å utforske personlige opplevelser med stress, med et spesielt fokus på utbrenthet og bruken av ulike mestringsmekanismer ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med formål om å studere innvirkningen av høyt stressnivå på jobb for sykepleiere, med et spesielt fokus på personlige opplevelser knyttet til stress, utbrenthet og bruken av mestringsmekanismer. I dette skrivet ønsker vi å gi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelsen innebærer for deg.

Formål

Vi skal som masterstudenter ved Universitetet i Oslo gjennomføre et forskningsprosjekt. Prosjektet vil bli veiledet av Ivan Spehar ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet på grunn av din faglige bakgrunn og stilling som tidligere/nåværende sykepleier. Vi ønsker å få innblikk i din erfaring med jobberelaterte situasjoner som resulterer i et høyt stressnivå for deg personlig og eventuelle erfaringer med utbrenthet. Utvalget av deltakere er basert på deres personlige erfaringer og med en hensikt om å få en bredde i informasjonen som blir hentet inn.

Hva innebærer deltakelsen for deg?

Deltakelsen i et masterprosjekt innebærer at du blir intervjuet i omlag en time. Intervjuet vil bli gjennomført av masterstudentene Janicke Busk og Johanna Falkeborn, og vil foregå gjennom en åpen dialog med særlig fokus på dine opplevelser av stress på jobben. Det vil bli brukt lydopptak i intervjuene, som kun Janicke Busk og Johanna Falkeborn får tilgang til. Masterprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Målet er å gjennomføre intervjuene i løpet av første kvartalet av 2020.

Deltakelse i member check. Hva innebærer det å delta?

Deltakelsen i member check innebærer at du blir med i et gruppeintervju med to andre deltakere i om lag 30 minutter. Member checken vil bli gjennomført av masterstudentene Janicke Busk og Johanna Falkeborn. Formålet med member check er å sikre at informantene er enige/uenige i resultatene vi har fortolket, samt tilføyer eventuell informasjon. Det vil bli brukt lydopptak i intervjuene, som kun Janicke Busk og Johanna Falkeborn får tilgang til. Masterprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I masteroppgaven vil det komme frem din stillingstittel, kjønn og avdeling, men ikke hvilken institusjon du jobber på. Navn og andre personlige opplysninger vil være anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysninger om deg til formålet som vi har beskrevet her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Det er bare veileder og masterstudentene i dette prosjektet som vil få tilgang til resultatene. Lydfiler fra båndopptaker vil bli overført og lagret på en sikkerhets beskyttet PC ved Universitetet i Oslo. Lydfilene vil så transkriberes

og anonymiseres slik at deltaker ikke kan identifiseres. Alt av informasjon, inkludert personlige opplysninger, vil også lagres og beskyttes på en PC som er passordbeskyttet frem til prosjektets slutt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avsluttet prosjektet?

Alt av personlig informasjon vil ved prosjektets slutt fjernes og slettes fra lagrede enheter. Lydfiler fra båndopptaker vil overføres til en sikkerhets beskyttet PC og slettes ved prosjektets slutt, senest 15.12.2020.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studiet, eller ønsker å benytte deg av rettighetene dine, ta kontakt med:

- *Prosjektansvarlig: Ivan Spehar, Førsteamanuensis.*
E-post: ivan.spehar@medisin.uio.no, Tlf: 976 08 146
- *Personvernombud: Roger Markgraf- Bye, Seniorrådgiver.*
E-post: personvernombud@uio.no, Tlf: 908 22 826
- *Janicke Busk, masterstudent.*
E-post: janicke.busk@studmed.uio.no, Tlf: 932 88 340
- *Johanna Falkeborn, masterstudent.*
E-post: johanna.falkeborn@studmed.uio.no, Tlf: 975 75 125
- *NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.*
E-post: personvernombudet@nsd.no, tlf: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen:

Ivan Spehar:

Prosjektansvarlig

Johanna Falkeborn:

Masterstudent

Janicke Busk:

Masterstudent

Samtykke i bruk av personlige opplysninger:

I dette punktet ønsker vi herved å be om tillatelse til bruk av dine personlige opplysninger i vår studie. Vennligst kryss av ønsket boks.

Ja, jeg samtykker herved til at mine personlige opplysninger kan benyttes i studiet

Nei, jeg ønsker ikke at mine personlige opplysninger skal benyttes i studiet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet, og har fått mulighet til å stille spørsmål. Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 15.12.2020.

Dato:.....

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Vedlegg 4: Informasjon og samtykkeskjema til seksjonsleder

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“ Et studie av høyt stressnivå på jobb blant sykepleiere: Ved å utforske personlige opplevelser med stress, med et spesielt fokus på utbrenthet og bruken av ulike mestringsmekanismer ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med formål om å studere innvirkningen av høyt stressnivå på jobb for sykepleiere, med et spesielt fokus på personlige opplevelser knyttet til stress, utbrenthet og bruken av mestringsmekanismer. I dette skrivet ønsker vi å gi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelsen innebærer for deg.

Formål

Vi skal som masterstudenter ved Universitetet i Oslo gjennomføre et forskningsprosjekt. Prosjektet vil bli veiledet av Ivan Spehar ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet på grunn av din faglige bakgrunn og stilling som seksjonsleder. Vi ønsker å få et innblikk i din erfaring som seksjonsleder og hvordan du opplever/observerer stress hos de ansatte, samt hvilke eventuelle tiltak som har blitt igangsatt for å håndtere dette. Utvalget av deltakere er basert på deres personlige erfaringer og med en hensikt om å få en bredde i informasjonen som blir hentet inn.

Hva innebærer deltakelsen for deg?

Deltakelsen i et masterprosjekt innebærer at du blir intervjuet i omlag en time. Intervjuet vil bli gjennomført av masterstudentene Janicke Busk og Johanna Falkeborn, og vil foregå gjennom en åpen dialog med særlig fokus på dine opplevelser av stress på jobben. Det vil bli brukt lydopptak i intervjuene, som kun Janicke Busk og Johanna Falkeborn får tilgang til. Masterprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Målet er å gjennomføre intervjuene i løpet av første kvartalet av 2020.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I masteroppgaven vil det komme frem din stillingstittel, kjønn og avdeling, men ikke hvilken institusjon du jobber på. Navn og andre personlige opplysninger vil være anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysninger om deg til formålet som vi har beskrevet her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Det er bare veileder og masterstudentene i dette prosjektet som vil få tilgang til resultatene. Lydfiler fra båndopptaker vil bli overført og lagret på en sikkerhets beskyttet PC ved Universitetet i Oslo. Lydfilene vil så transkriberes og anonymiseres slik at deltaker ikke kan identifiseres. Alt av informasjon, inkludert personlige opplysninger, vil også lagres og beskyttes på en PC som er passordbeskyttet frem til prosjektets slutt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avsluttet prosjektet?

Alt av personlig informasjon vil ved prosjektets slutt fjernes og slettes fra lagrede enheter. Lydfiler fra båndopptaker vil overføres til en sikkerhets beskyttet PC og slettes ved prosjektets slutt, senest 15.12.2020.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studiet, eller ønsker å benytte deg av rettighetene dine, ta kontakt med:

- *Prosjektansvarlig: Ivan Spehar, Førsteamanuensis.*
E-post: ivan.spehar@medisin.uio.no, Tlf: 976 08 146
- *Personvernombud: Roger Markgraf- Bye, Seniorrådgiver.*
E-post: personvernombud@uio.no, Tlf: 908 22 826
- *Janicke Busk, masterstudent.*
E-post: janicke.busk@studmed.uio.no, Tlf: 932 88 340
- *Johanna Falkeborn, masterstudent.*
E-post: johanna.falkeborn@studmed.uio.no, Tlf: 975 75 125
- *NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.*
E-post: personvernombudet@nsd.no, tlf: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen:

Ivan Spehar:

Prosjektansvarlig

Johanna Falkeborn:

Masterstudent

Janicke Busk:

Masterstudent

Samtykke i bruk av personlige opplysninger:

I dette punktet ønsker vi herved å be om tillatelse til bruk av dine personlige opplysninger i vår studie. Vennligst kryss av ønsket boks.

Ja, jeg samtykker herved til at mine personlige opplysninger kan benyttes i studiet

Nei, jeg ønsker ikke at mine personlige opplysninger skal benyttes i studiet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet, og har fått mulighet til å stille spørsmål. Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 15.12.2020.

Dato:.....

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Vedlegg 5: Informasjon og samtykkeskjema til representant for NSF

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“ **Et studie av høyt stressnivå på jobb blant sykepleiere: Ved å utforske personlige opplevelser med stress, med et spesielt fokus på utbrenthet og bruken av ulike mestringsmekanismer** ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med formål om å studere innvirkningen av høyt stressnivå på jobb for sykepleiere, med et spesielt fokus på personlige opplevelser knyttet til stress, utbrenthet og bruken av mestringsmekanismer. I dette skrivet ønsker vi å gi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelsen innebærer for deg.

Formål

Vi skal som masterstudenter ved Universitetet i Oslo gjennomføre et forskningsprosjekt. Prosjektet vil bli veiledet av Ivan Spehar ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet fordi du er representant ved Norges Sykepleie Forbund. Vi ønsker å få et innblikk i hvilke tilbakemeldinger NSF har fått rundt dette temaet, og eventuelt hva slags tiltak som er igangsatt.

Hva innebærer deltakelsen for deg?

Deltakelsen i et masterprosjekt innebærer at du blir intervjuet i omlag en halvtime. Intervjuet vil bli gjennomført av masterstudentene Janicke Busk og Johanna Falkeborn, og vil foregå gjennom en åpen dialog. Det vil bli brukt lydopptak i intervjuene, som kun Janicke Busk og Johanna Falkeborn får tilgang til. Masterprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Målet er å gjennomføre intervjuene i løpet av første kvartalet av 2020.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I masteroppgaven vil det komme frem din stillingstittel, kjønn og avdeling, men ikke hvilken institusjon du jobber på. Navn og andre personlige opplysninger vil være anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysninger om deg til formålet som vi har beskrevet her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Det er bare veileder og masterstudentene i dette prosjektet som vil få tilgang til resultatene. Lydfiler fra båndopptaker vil bli overført og lagret på en sikkerhets beskyttet PC ved Universitetet i Oslo. Lydfilene vil så transkriberes og anonymiseres slik at deltaker ikke kan identifiseres. Alt av informasjon, inkludert personlige opplysninger, vil også lagres og beskyttes på en PC som er passordbeskyttet frem til prosjektets slutt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avsluttet prosjektet?

Alt av personlig informasjon vil ved prosjektets slutt fjernes og slettes fra lagrede enheter. Lydfiler fra båndopptaker vil overføres til en sikkerhets beskyttet PC og slettes ved prosjektets slutt, seneste 15.12.2020.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg

- Få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studiet, eller ønsker å benytte deg av rettighetene dine, ta kontakt med:

- *Prosjektansvarlig: Ivan Spehar, Førsteamanuensis.*
E-post: ivan.spehar@medisin.uio.no, Tlf: 976 08 146
- *Personvernombud: Roger Markgraf- Bye, Seniorrådgiver.*
E-post: personvernombud@uio.no, Tlf: 908 22 826
- *Janicke Busk, masterstudent.*
E-post: janicke.busk@studmed.uio.no, Tlf: 932 88 340
- *Johanna Falkeborn, masterstudent.*
E-post: johanna.falkeborn@studmed.uio.no, Tlf: 975 75 125
- *NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.*
E-post: personvernombudet@nsd.no, tlf: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen:

Ivan Spehar:
Prosjektansvarlig

Johanna Falkeborn:
Masterstudent

Janicke Busk:
Masterstudent

Samtykke i bruk av personlige opplysninger:

I dette punktet ønsker vi herved å be om tillatelse til bruk av dine personlige opplysninger i vår studie. Vennligst kryss av ønsket boks.

- Ja, jeg samtykker herved til at mine personlige opplysninger kan benyttes i studiet
- Nei, jeg ønsker ikke at mine personlige opplysninger skal benyttes i studiet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet, og har fått mulighet til å stille spørsmål. Jeg samtykker herved til å delta i intervju, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 15.12.2020.

Dato:.....

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Vedlegg 6: Intervjuguide sykepleiere

Innledningsspørsmål:

- Hvor gammel er du?
- Hvor mange år har du vært sykepleier?
- Hva er din nåværende stilling og hvor lenge har du jobbet i den?
- Trives du i jobben som sykepleier?

Stress

- Hva forbinder du med stress?
- Har du i din nåværende eller tidligere stilling opplevd stressrelaterte situasjoner som sykepleier? Kan du i så fall gi noen eksempler?
- Hvilke faktorer var med på å påvirke situasjonen?
- Hvordan reagerte du på situasjonen(e)?
- Hvordan kunne situasjon vært håndtert annerledes?
- Hvor ofte opplever du stressrelaterte situasjoner?
- Hvilken innvirkning har eksterne faktorer (utenfor arbeidsplassen) hatt på opplevd stressnivå?
- Hvilken innvirkning har stressrelaterte situasjoner på livet utenfor jobben?
- Hvordan takler du stressende situasjoner? (mestringsmekanismer)

Utbrenthet

Tre grader av utbrenthet:

Emosjonell utmattelse: føler seg trøtt og utslitt, overveldende utmattelse

Emosjonell distansering (depersonalisering): blir ufølsom og distanserer seg fra egne følelser og empati for andre, følelse av kynisme og at man distanserer seg fra jobb

Opplevelsen av redusert profesjonell ytelsesevne: føler at man ikke strekker til på jobb, følelse av ineffektivitet og manglende evne til å gjennomføre

- Har du opplevd en eller flere av disse?
- Har du opplevd en av dimensjonene mer enn de andre?
- Fikk du ønsket støtte fra andre medarbeidere og ledelse?

Avslutning

- Opplever du at det er mange som opplever stressrelaterte situasjoner og blir utbrente på jobb? Er dette et (stort) problem?
- Er det et fokus på dette på jobb, og hvilke eventuelle tiltak er blitt igangsatt ved din avdeling?
- Hvilke tiltak tenker du kan redusere stressnivået på arbeidsplassen (hvilke skulle du ønske at var)?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 7: Intervjuguide seksjonsleder

Innledningsspørsmål:

- Hvor gammel er du?
- Hvor mange år har du vært sykepleier?
- Hva er din nåværende stilling og hvor lenge har du jobbet i den?
- Trives du i jobben som seksjonsleder?

Stress

- Hva forbinder du med/legger i begrepet stress?
- Har du som leder selv opplevd stressrelaterte situasjoner knyttet til din stilling som leder?
- Har du som leder observert stressrelaterte situasjoner blant ansatte på jobben?
- Er det spesielle faktorer/situasjoner som er med på å påvirke stress på jobb/disse situasjonene?
- Hvordan tilrettelegger du for tilbakemelding fra ansatte som opplever stress knyttet til jobb?
- Har det blitt igangsatt spesielle eller enkelte tiltak for å motvirke stress på jobb for de ansatte?
- Siden du har jobbet som sykepleier, føler du at din erfaring fra den tiden hjelper deg i din nåværende stilling som seksjonsleder?

Avslutning

- Opplever du at det er mange som opplever stressrelaterte situasjoner og blir utbrente på jobb? Er dette et (stort) problem?
- Er det et fokus på dette på jobb?
- Er det andre tiltak du tenker kan redusere stressnivået på arbeidsplassen (hvilke skulle du ønske at var)?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 8: Intervjuguide representant NSF

Innledningsspørsmål:

- Hva er din stillingstittel?
- Har du helsefaglig bakgrunn?
- Kan du fortelle litt om hva NSF jobber med og står for?

Stress

- Opplever dere ved NSF at stress og utbrenthet blant sykepleiere er et stort problem?
- Er dette noe dere får mye tilbakemeldinger på fra sykepleiere?
- Hvilke eventuelle tiltak har NSF igangsatt for å motvirke stressrelaterte situasjoner blant sykepleiere på et overordnet plan?
- Hvordan mener dere at stress blant sykepleiere kan unngås?
- Hvilke tiltak har blitt igangsatt for å få sykepleiernes helse opp i dagsordenen?
- Hva tenker dere om at det er sykepleiermangel, ser dere noe forbindelse mellom dette og stress/utbrenthet?
- Har du noe formening om hva som må til for at stress ikke skal være et problem for sykepleiere på jobb?

Avslutning

- Opplever du at det er mange som opplever stressrelaterte situasjoner og blir utbrente på avdelingen din? Er dette et problem?
- Hvilke tiltak tenker du kan redusere stressnivået på arbeidsplassen? / Hva tenker du kan løse disse stressrelaterte situasjonene?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 9: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, alder, kjønn, statistikkvariabel og år

07938: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, alder, kjønn, statistikkvariabel og år

		Personer	Sysselsatte
		2019	2019
Sykepleier			
Alle aldre			
Menn		14 084	12 195
Kvinner		124 298	95 344

Vedlegg 10: Forklaring på arbeidsfordeling

Begge studentene har jobbet med alle deler av oppgaven gjennom hele forskningsprosjektet.

Gjennomføring av prosjektet

Begge studentene har vært med på hele intervjuprosessen. Vi har kontaktet og snakket med alle informantene sammen. Begge har vært med på alle intervjuene og member check, samt ledet intervjuet. Vi ble enige om at det funket best når en av oss hadde ansvar for selve intervjuet, mens den andre var med og stilte oppfølgingsspørsmål. Videre har vi transkribert halvparten av intervjuene hver, hvor vi sammen har gjennomgått transkriptene i etterkant. Dette gjelder også koding av intervjuer. Utover dette har begge deltatt på alle veiledningstimer.

Skriveprosessen

Vi har begge jobbet med alle delene av oppgaven (innledning, teori, metode, analyse, resultat, diskusjon og konklusjon). Fremgangsmåten som funket best for oss var å fordele ulike deler i to av kapitlene og finne bakgrunnsstoff, for så å skrive dette sammen. I teorikapittelet var det en som fant bakgrunnsinformasjonen om stressteoriene, mens den andre fant om utbrenthet. Deretter satte vi oss ned og gikk gjennom stoffet begge hadde funnet, for så å skrive selve kapittelet sammen. I metoddelen gjorde vi det samme, der en fokuserte på rekruttering og utvalg, mens den andre fokuserte på studiedesign og analyse, for så å formulere og skrive hele kapittelet sammen. Resultatkapittelet og diskusjonen jobbet vi med sammen hele veien. Dette gjelder også innledning og konklusjon.