

Merete Risholm Haukebø

# Samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien. En tverrsnitts-studie.

Masteroppgave i Klinisk Sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Desember 2019



Merete Risholm Haukebø

# Samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien. En tverrsnitts-studie.

Masteroppgave i Klinisk Sykepleie  
Veileder: Bente Hamnes  
Desember 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Dato: 13.12.19	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien. En tverrsnitts-studie.</div>		
Deltaker	Merete Risholm Haukebø	
Veileder:	Bente Hammes	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Hjemmesykepleie, samvittighetsstress, Stress of Conscience Questionnaire, utbrenthet, Bergen Burnout Indicator.	
Antall sider/ord: 99/17825	Antall vedlegg: 9	Publiseringsavtale inngått: nei
<p>Kort beskrivelse av masteroppgaven:</p> <p><b>Bakgrunn:</b> Hjemmesykepleie er en døgnkontinuerlig og gratis tjeneste. Den skal være trygg, sikker og preget av kontinuitet. Spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter tidlig og dette kan føre til et økende behov for denne tjeneste i årene som kommer.</p> <p><b>Hensikt:</b> Studiens hensikt er å få kunnskap om sykepleiere i hjemmesykepleien påvirkes av samvittighetsstress og om det kan være en sammenheng mellom samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien.</p> <p><b>Metode:</b> Dette er en tverrsnitts-studie basert på to spørreskjemaer og ble utført våren 2019. Statistisk analyse utført med IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows.</p> <p><b>Deltagere:</b> Sykepleiere med mer enn et års erfaring i hjemmesykepleien. 139 spørreskjema ble delt ut og 53 svar returnert, akseptert svarprosent 33,8.</p> <p><b>Resultat:</b> Sykepleierne opplever lav grad av samvittighetsstress, men en høyere grad av utbrenthet. Sykepleierne distriktskommunene er signifikant mer utbrent enn sykepleierne i bykommunene. Faktorer som påvirke sykepleierne i høy grad er konflikten familieliv og jobb, mangel på tid til å utføre nødvendig pleie og uforenlige krav i jobben.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever liten til moderat grad av samvittighetsstress, men selv lav grad av samvittighetsstress ser ut til å føre til utbrenthet og tanken på om å slutte i jobben. Dette kan på sikt få store konsekvenser for distriktene da det var en signifikant høyere andel av utbrenthet i distriktet enn i bykommunene.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Date: 13.12.19
<u>Stress of conscience and burnout in home health care.</u> <u>A cross-sectional study</u>	
Participant	<u>Merete Risholm Haukebø</u>
Supervisor	<u>Bente Hamnes</u>
Keywords	Home health care, moral distress, Stress of Conscience Questionnaire, burnout, Bergen Burnout Indicator.
(3-5)	
Number of pages/words: 99/17825	Number of appendix: 9
Availability: confidential	
<p>Short description of the master thesis:</p> <p><b>Background:</b> Home health care is a 24h free of charge service. It's supposed to be safe, secure characterized by continuity. Hospitals discharge patients early, which can cause an increased need for home health care in the years to come.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of the study was to gain knowledge about the nurses' in-home health care and if they are affected by stress of conscience and if there is a correlation between the stress of conscience and burnout in-home health care.</p> <p><b>Method:</b> Cross-sectional study based on two questionnaires performed during spring 2019. Statistical analyses by IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows.</p> <p><b>Participants:</b> Nurses with more than one year of experience in home health care. One hundred thirty-nine questionnaires were handed out, 53 were returned, accepted response rate 33,8%</p> <p><b>Result:</b> The nurses experiences some level of stress of conscience but a higher level of burnout. The nurses in the district municipalities were significantly more affected by burnout than the nurses in the city municipalities. The factors that affect the nurses the most are the conflict family-work, lack of time to provide less than optimal care, and incompatible demands in their work.</p> <p><b>Conclusion:</b> The nurses' in-home health care is a little to moderate affected by stress of conscience. It seems that even a low grade of the stress of conscience causes burnout and thinking about quitting their job. This can severely affect the district municipalities since the nurses there were significantly more affected by burnout than the nurses in the city municipalities.</p>	

## Forord

Hjemmesykepleiehverdagen er kjent fra mitt første år som sykepleier. Da jobbet jeg i distriktskommunen der jeg vokste opp og fikk kjenne på utfordringen dette gav, men det var fine dager og en givende jobb. Effektivisering skulle gjøres og sykepleierne som allerede da var få skulle gjøre helgevask i tillegg til direkte pasientrelaterede oppgaver. Jeg tenkte da at det var på tide å bytte beite, for det var ikke dette jeg hadde utdannet meg til, jeg ville gjøre «ordentlig sykepleier arbeid». Turen gikk videre til medisinsk avdeling på Rikshospitalet, men tanken på hjemmesykepleien har ikke sluppet taket. I årenes løp har jeg fulgt med både som pårørende og gjennom media. Medias framstilling av hjemmesykepleien har fått meg til å tenke på hvordan sykepleierne egentlig har det. De jobber under økonomiske rammer som ikke er oppløftende, men de er mennesker med hjerte for brukeren, er det ikke derfor vi jobber for brukeren/pasienten? Vi ønsker å gjøre det beste, men det er ikke alltid vi får gjort alt vi ønsker for de vi jobber for.

Denne studien har vært en lærerik prosess og har gitt meg innsikt i mye ny kunnskap. Først om hjemmesykepleie, så om samvittighetsstress og utbrenthet og ikke minst statistikk. Det har vært både redsel, fortvilelse og glede. Redsel for at alle dataene plutselig skulle forsvinne, fortvilelse når analysene måtte gjøres igjen og igjen og glede når de endelige resultatene kom.

Jeg vil rette en stor takk til professor Venke Sørli for tillatelse til bruk av spørreskjemaet Samvittighetsstress, Stig Berge Matthiesen for tillatelse til bruk av spørreskjemaet Bergen Burnout Indicator og alle sykepleierne som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. En stor takk min sjef Hege Moss Larsen som har tilrettelagt jobben min i forhold til alle turene mellom Tromsø og Gjøvik de to siste årene. Takk til kjøregjengen, det har vært godt å få ventilere på tur til Gardermoen! En stor takk også til min veileder Bente Hamnes for veiledning, råd og oppmuntring. Dag Waaler, NTNU, hva skulle jeg gjort uten deg? For en tålmodighet du har utvist med en novise innen statistikk! Tusen takk for råd, tips, hjelp og tid, masse tid i forhold til den statistiske analysen. Takk til mine to gutter som fortsatt mener jeg er verdens beste mamma. Og ikke minst en hjertestor takk til min kjære Asbjørn for at du har fått meg til å ha troen på meg selv, alltid oppmuntret meg, som IT konsulent, mental støtte og overlevelsessevne i forhold til tonnevis av frustrasjon. Elsker deg til evigheten og forbi!

Dette har vært en spennende reise som nærmer seg slutten og nå satser jeg på å få livet tilbake.

SAMMENDRAG .....	i
ABSTRACT .....	ii
Forord .....	iii
Oversikt over tabeller .....	4
Oversikt over figurer .....	4
1    Innledning.....	5
2    Bakgrunn .....	7
2.1    Forsvarlighet i tjenesten.....	8
2.2    Trivsel.....	9
2.3    Kontinuitet .....	10
2.4    Organisatoriske faktorer .....	11
2.5    Faglig fokus .....	13
2.6    Arbeidsbyrde .....	13
2.7    Familie .....	14
2.8    Etiske dilemmaer .....	14
2.9    Samvittighetsstress .....	16
2.10    Utbrenthet .....	20
2.10.1    Dimensjonene i utbrenthet .....	20
3    Studiens hensikt.....	24
4    Metode.....	25
4.1    Litteratursøk.....	25
4.2    Design.....	25
4.3    Introduksjon av spørreskjemaene .....	26
4.4    Pilotstudie .....	27
4.5    Utvalg .....	27
4.6    Datainnsamling.....	28
4.7    Dataanalyse.....	30



4.8	Forskningsetiske overveielser.....	31
5	Resultater av undersøkelsen .....	32
5.1	Demografiske variabler .....	32
5.2	Korrelasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet, Pearson's two-tailed test ....	38
5.3	Samvittighetsstress .....	40
5.4	Mann-Whitney U test .....	43
5.5	Analyser i forhold til bakgrunnsinformasjon.....	45
5.5.1	Regresjonsanalyse samvittighetsstress og bakgrunnsinformasjon.....	46
5.5.2	Regresjonsanalyse utbrenthet og bakgrunnsinformasjon.....	47
6	Diskusjon.....	51
6.1	Samvittighetsstress .....	52
6.1.1	Sivil status .....	53
6.1.2	Tid, uforenlige krav og kommunetype.....	54
6.1.3	Alder og ansiennitet .....	56
6.2	Utbrenthet.....	58
6.2.1	Alder og ansiennitet .....	58
6.2.2	Kommunetype .....	59
6.2.3	Videreutdannelse .....	60
6.3	Vurdering av å slutte i jobben av grunner nevnt i spørreskjemaene .....	61
6.4	Metodediskusjon.....	63
6.5	Relevans for klinisk praksis.....	65
6.6	Forslag til videre forskning.....	66
7	Konklusjon .....	67
8	Referanser.....	68
9	Vedlegg .....	1
	Vedlegg 1. Økonomirapport fra en av kommunene i studien .....	1
	Vedlegg 2. Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt .....	1

Vedlegg 3. Informasjonsskriv til deltagere .....	1
Vedlegg 4. Forespørsel om og tillatelse for bruk av spørreskjemaet «Samvittighetsstress» og spørreskjemaet.....	1
Vedlegg 5. Forespørsel og tillatelse for bruk av «Bergen Burnout Indicator» og spørreskjemaet.....	1
Vedlegg 6. Bakgrunnsinformasjon.....	1
Vedlegg 7. Godkjenning fra NSD .....	1
Vedlegg 8. Forespørsel for gjennomføring av forskningsprosjektet.....	1
Vedlegg 9. Godkjenning fra Personvernombud NTNU.....	1

## Oversikt over tabeller

Tabell 1. Alder og Ansiennitet for Utvalget s. 32

Tabell 2. Aldersgruppering for Utvalget s. 32

Tabell 3. Utvalgets Karakteristika s. 36

Tabell 4. Total Score Samvittighetsstress og Utbrenthet s. 40

Tabell 5. Deskriptiv Statistikk Samvittighetsstress med Total Score, Mean og Standard Avvik for Utvalget s. 41

Tabell 6. Deskriptiv Statistikk Bergen Burnout Indicator med Total Score, Mean og Standard Avvik for Utvalget s. 42

Tabell 7. Mann-Whitney U for Samvittighetsstress og Utbrenthet i Forhold til Kommunetype s. 42

Tabell 8. Utvalgets fordeling i risikogruppene for utbrenthet s. 49

## Oversikt over figurer

Figur 1. Aldersfordeling og kommunetype, median og range, med øvre og nedre kvartiler s. 33

Figur 2. Ansiennitet i forhold til aldersgruppering og kommunetype s. 33

Figur 3. Videreutdannelse i forhold til aldersgruppering og kommunetype s. 35

Figur 4. Vurdert å slutte i forhold til aldersgruppering og kommunetype s. 35

Figur 5. Utbrenthet med median, range og øvre og nedre kvartiler i forhold til kommunetype s. 44

Figur 6. Samvittighetsstress median, range og øvre og nedre kvartiler i forhold til kommunetype s. 44

Figur 7. Frekvensfordeling totalscore samvittighetsstress s. 48

Figur 8. Frekvensfordeling totalscore utbrenthet s. 49

Figur 9. Gjennomsnittscore samvittighetsstress i forhold til kommunetype og aldersfordeling s. 50

Figur 10. Gjennomsnittscore utbrenthet i forhold til kommunetype og aldersgruppering s. 50

# 1 Innledning

I dagens samfunn er en økende andel av befolkningen over 67 år. Vi blir både eldre og med dette kan et mer komplisert sykdomsbilde oppstå dersom vi blir syke. I tillegg ønsker vi å bo hjemme lengst mulig. Ifølge de forente nasjoner vokser befolkningen over 60 år raskest og er størst i land der levestandarden er høy (FN-Sambandet, United Nations Association of Norway, 2018). Dette vil føre til at behovet for en velfungerende hjemmesykepleie vil være stort i årene som kommer (Norheim & Thoresen, 2015; Grimsmo, 2013; Armstrong-Stassen & Cameron, 2005; Neal & Ellenbecker, 2004). Selv om befolkningen blir både eldre og sykere blir det færre institusjonsplasser i kommunene (Jensen & Ekornrud, 2019). Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 har behovet for sykepleiere i kommunene økt (Gautum, et al., 2016). Brukere blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten tidligere enn før, men kommunene har ikke tilstrekkelig tilbud til dem (Pedersen, 2019; Thørring, 2019). Ett av målene med Samhandlingsreformen var å desentralisere helsetjenesten, flytte den nærmere befolkningen, fra trygghet i institusjon til trygghet i hjemmet (Fjørtoft, 2006). Det helsepolitiske målet er selvstendighet i hjemmet så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette vil kreve økt kompetanse hos hjemmesykepleien som får både flere og mer kompliserte oppgaver siden avansert teknisk behandling nå også kan utføres i hjemmet (Norheim & Thoresen, 2015; Jones, et al., 2017; Shoemake, 1994; Gjevjon, et al., 2014; Fjørtoft, 2006) og disse brukerne vil kunne ha et større behandlingsbehov (Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Strandås, et al., 2019). Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) brukte 32% av alle mellom 80 og 89 år hjemmetjenesten og for de over 90 år er tallet 36% (Statistisk sentralbyrå, 2019). Denne gruppen vil øke i årene som kommer og brukergruppen i hjemmesykepleien vil bli større da en stadig høyere andel av befolkningen under 80 år også vil være brukere av denne kommunale tjenesten (Gautum, et al., 2016).

Av Norges befolkning på 5,3 millioner fikk 229 566 helsetjenester i hjemmet i 2017. Av disse var 89 950 under 67 år, 139 598 var 67 år og eldre. Blant mottakerne av disse tjenestene er det gruppen over 90 år som har et største behovet, fulgt av de yngste, 0-17 år, som har et omfattende bistandsbehov og står for 30 % av bruken av tjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2018). Befolkningsveksten i årene fremover vil avta, men aldringen vil øke og da særlig i distriktene (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Ifølge Kommunehelsetjenesteloven er hjemmesykepleie en tjeneste som skal hjelpe brukerne i forhold til forebygging, behandling, rehabilitering og mestring av sykdom. Tjenesten skal sikre brukeren slik at de kan ha en meningsfylt tilværelse og bo selvstendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Brukerne av denne tjenesten kan ha forskjellige behov både i forhold til type hjelp og tidsperspektivet de har behov for hjelpen (Holm, 2017).

## 2 Bakgrunn

Hjemmesykepleie er en kommunal døgnkontinuerlig og gratis tjeneste her i landet og ble lovpålagt i 1982 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende med behov for hjelp over kortere eller lengre tid slik at de kan mestre hverdagen og ha gode opplevelser og kan leve et godt liv i eget hjem så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Tjenesten skal bygge på en helhetlig tilnærming med fokus på gode opplevelser og meningsfulle hverdager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Den norske regjeringen har høye ambisjoner når det gjelder kvaliteten på tjenester i helse og omsorgssektoren. Tjenestetilbudet skal være «sikkert og av god kvalitet». De vises til seks punkter for kvalitet fra Sosial- og helsedirektoratet fra 2005 som blant annet sier at «tjenestene skal være trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet og utnytte ressursene på en god måte». I tillegg skal «omsorgstjenesten bestå av kompetente ledere og ansatte» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ifølge Nordheim & Thoresen (2015) er det behov for kompetanseheving i alle ledd. Ressurstilføringen til kommunene ser ikke ut til å ha vært tilstrekkelig for de oppgavene de har blitt pålagt (Gautun & Syse, 2013; Norheim & Thoresen, 2015) slik at det ikke har blitt lagt til rette for å heve kompetansen eller øke kapasiteten. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever et økende press og mindre ressurser (Gautum, et al., 2016; Grimsmo, 2013; Gjevjon, 2009). Det hevdes at grunnet tidspress i hjemmetjenesten gis det skjulte tjenester ved at det trikses med tiden hos pasientene for å få dagen til å gå opp (Holm, 2017).

Sykepleierne mener kvaliteten på tjenesten de leverer ikke er faglig og etisk forsvarlig (Gautum, et al., 2016). Dette samsvarer ikke med Regjeringens intensjon om en trygg og sikker tjeneste. Når dette ønsket om å gjøre en forskjell for brukeren blir undertrykt av kravet som møter dem i den daglige utførelsen av yrket de brenner for, kan det føre til desillusjonerte og utbrente sykepleiere (Maslach & Leiter, 2016; Maslach, et al., 2001). Mangel på sykepleiere i hjemmetjenesten er ikke bare en utfordring i Norge, men også internasjonalt. Det er heller ikke et nytt fenomen, men var allerede rapportert på 1990-tallet (Neal, 1999; Flynn, 2005; Lynch, 1994; Shoemake, 1994; Cao, et al., 2015). Framskrivings modeller viser at det vil være et underskudd på 28000 sykepleiere i 2035 (Roksvaag & Texmon, 2012). En rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring fra 2016, (NOVA), hevder det er en utfordring å rekruttere sykepleiere til hjemmesykepleien og at sykefraværet er stort. Ved sykdom blant sykepleierne ble det ofte satt inn personell uten sykepleiefaglig kompetanse eller vekten ble ikke dekket opp. I spørreundersøkelsen som ble gjort svarte 70%

at det ikke var nok sykepleiere i tjenesten (Gautum, et al., 2016). Det synes som Regjeringens intensjon om sikkerhet, kvalitet og ressursutnyttelse blir borte i en travel hverdag der sykepleierne ikke får levere tjenesten med den faglige kvaliteten de ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Gautum, et al., 2016, p. 66).

For mange sykepleiere er yrket ikke bare et yrke, men også en livsstil (Neal & Ellenbecker, 2004; Vinje & Mittelmark, 2008) og et kall. Likevel, selv om de var svært engasjert i jobben kunne de bli utbrent (Vinje & Mittelmark, 2008; Vinje & Mittelmark, 2007). Utbrenthet er et kjent fenomen innen helse- og omsorgsyrker. Det gir seg utslag i en følelse av utslitthet, distansering fra jobben og brukerne (kynisme), og ineffektivitet. Ifølge forfatterne er dette en slags overlevelsesstrategi for å kunne håndtere arbeidsbyrden de står i (Maslach, et al., 2001).

Over 50% av sykepleierne som svarte på NOVA undersøkelsen oppgir disse følgende grunner for ønske om å slutte i hjemmesykepleien: stor arbeidsbelastning, tidspress, for få sykepleiere, lite kompetansehevende tiltak, liten mulighet for utvikling av tjenesten, dårlig ledelse og å jobbe ikke-ønskede vakter (Gautum, et al., 2016). Holm viser i sin undersøkelse at opplevelsen av dårlig tid hos brukerne er reell (Holm, 2017).

Sykepleiere i hjemmesykepleien vurderer å slutte og slutter i sine jobber på grunn av årsaker som er utenfor deres problemløsningsområde. Løsningen her ligger på et administrasjons- og ledelses nivå (Neal & Ellenbecker, 2004).

## 2.1 Forsvarlighet i tjenesten

I hjemmetjenesten er det behov for sykepleie med høy kvalitet. Å tilegne seg den kunnskapen som behøves for å yte sykepleie av god kvalitet vil kreve en fast kompetent arbeidsgruppe. Det kreves evne til beslutsomhet og selvstendighet i hjemmesykepleien (Neal & Ellenbecker, 2004). For å kunne ta faglige gode beslutninger behøves kunnskap. Undersøkelser viser at i 2018 jobbet kun 24 % av de turnus-ansatte i norske kommuner full-tid innen helse og omsorg. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse ligger mellom 62 – 74 %. For at tjenesten skal kunne driftes som ett kontinuerlig tilbud er det behov for deltidsstillinger (Kommunesektorens organisasjon, 2019) som igjen fører til flere pasienter for sykepleierne og mindre kontinuitet i pleien (Gjevjon, et al., 2014). Den norske regjeringen har høye ambisjoner når det gjelder kvaliteten på tjenestene i helse- og omsorgssektoren. Regjeringens intensjon blir borte i en travel hverdag der sykepleierne ikke får levere en tjeneste med den faglige kvaliteten de ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Gautum, et al., 2016, p. 66). Sykepleiere er utdannet til å handle forsvarlig, være brukerens advokat og gjøre selvstendige faglige

vurderinger. Det kan være utfordrende for dem å jobbe etter detaljerte vedtak med klokke-tid (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Holm, 2017), og kan føre til at de kommer i etiske dilemma; skal de følge kravene som blir stilt eller sørge for at brukerens behov blir møtt (Maslach & Leiter, 2016). Undersøkelser viser at brukere har måttet vente uhensiktsmessig lenge på eksempelvis utdeling av medisiner som insulin og øyedråper eller til hjelp til å få på kompresjonsstrømper, som da helst bør gjøres før de går ut av senga (Strandås, et al., 2019; Holm, 2017). Mangelen på kompetent personale i hjemmetjenesten kan være katastrofalt og føre til blant annet feilmedisinering, manglende oppfølging på utvikling av tilstander hos bruker slik at tidlige tiltak kan iverksettes, for blant annet å unngå innleggelses i institusjon. Forsvarlighetskravet blir ikke møtt, stor fysisk arbeidsbelastning, sykemeldinger grunnet overbelastning og stort tidspress er realiteten i hjemmesykepleien (Berland & Bentsen, 2017; Gautum, et al., 2016; Gjevjon, 2009). Flere sykemeldinger fører til færre sykepleiere, mindre kompetanse og personell på jobb som igjen kan medføre høyere press på de som er på jobb og utløse flere sykemeldinger. Dette blir en ond sirkel.

## 2.2 Trivsel

En viktig del i forhold arbeidslivet er trivsel, men dette er et begrep som kan inneholde mange faktorer. Sykepleierne har liten eller ingen påvirkning på flere av disse faktorene da de ligger på et administrasjons- og ledelsesnivå (Neal & Ellenbecker, 2004; Tourangeau, et al., 2014). Hvordan dagen er lagt opp med hensyn til hvem og hvor mange brukere som skal besøkes blir gjort av nærmeste leder (Gjevjon, et al., 2013; Holm, 2017). I tillegg har leders utøvelse av sin posisjon også mye å si for trivselen til de ansatte (Ellenbecker, et al., 2006; Van Waeyenberg, et al., 2015). Her har sykepleier og leder en arena for å diskutere og enes om arbeidets organisering, faglighet, arbeidsbyrde og jobb-familieliv som er best mulig for begge parter. Dette er dersom lederen er lyttende og forståelsesfull, en leder som innehar disse egenskapene vil også ha større sjanse for å beholde sine ansatte (Ellenbecker, et al., 2006; Van Waeyenberg, et al., 2015; Bratt & Gautun, 2018; Tourangeau, et al., 2014). Her er det også viktig å redusere arbeidsbyrden slik at overtid blir minimal og at sykepleierne slipper å avslutte jobben etter arbeidstid. Fleksibilitet, uavhengighet og jobbkontroll blir også nevnt som trivselsfaktorer i hjemmesykepleien. (Ellenbecker, et al., 2006; Yamaguchi, et al., 2016; Anthony & Milone-Nuzzo, 2005; Armstrong-Stassen & Cameron, 2005; Lynch, 1994). I motsetning til å jobbe på sykehus rapporterer sykepleierne at de kan bruke hele seg, all kunnskapen de har da variasjon i pasienter og pleiebehov er svært stort i hjemmesykepleien (Tourangeau, et al., 2014; Ellenbecker, et al., 2006; Anthony & Milone-Nuzzo, 2005).



### 2.3 Kontinuitet

Ett kjerneelement i sykepleien er kontinuitet i arbeidet med brukerne og ses som svært viktig for sykepleierne i forhold til oppfølging av bruker (Gjevjon, et al., 2014). Dette er ett av målepunktene de har for kvaliteten på tjenesten de yter. De kjenner brukeren og mener de lettere kan ta rette behandlingsbeslutninger dersom det har kontinuitet i sitt arbeid (Tourangeau, et al., 2014; Van Waeyenberg, et al., 2015; Yamaguchi, et al., 2016).

Kontinuitet fører til både kunnskap om og kjennskap til den enkelte bruker og kan gi et godt samspill mellom sykepleier og bruker gjennom at et gjensidig tillitsforhold blir opparbeidet og god kvalitet i utførelsen av tjenesten ifølge sykepleierne (Tourangeau, et al., 2014). Et personlig forhold til brukeren kan gi et bedre grunnlag for ytelse av god omsorg. I tillegg kan kontinuitet skape en trygghet for brukeren da de vet hvem som kommer og at det er ikke en ny person som kommer hver gang (Hernæss, 2018). Det hevdes også at kontinuitet er kostnadsbesparende (Chen & Cheng, 2011), men ledere trekker fram at mangel på ressurser, økonomi og organiseringsvansker er en av grunnene til mangel på kontinuitet (Gjevjon, 2009). Kontinuitet kan også og reduserer antall besøk på legevakten og innleggelse på sykehus (Russell, et al., 2011), som da også vil være samfunnsøkonomisk.

Mangel på kontinuitet kan føre til dårligere kvalitet på utøvelsen av sykepleie (Woods, et al., 2014; Gjevjon, 2009). Norske studier viser at kontinuitet er mangelfull i norsk hjemmesykepleie (Gjevjon, 2009; Gjevjon, et al., 2014). Selv om kontinuitet blir hevdet å være en kjernefaktor i sykepleien er det ikke ensbetydende med at mangel på kontinuitet er til fare for brukeren. Undersøkelser viser at brukerne satte pris på å få besøk av forskjellige sykepleiere, noe som kan vise en uenighet mellom bruker og yter av tjenesten. Mange brukere er fornøyd med pleien og personalet i motsetning til sykepleierne som ønsker mer kontinuitet i oppfølging av brukere. Det er dog delte meninger blant brukerne også. For noen av brukerne var det viktig å kjenne personalet, men ikke nødvendigvis vite hvem som kom neste gang. Gjevjon påpeker også at pårørende oftere enn bruker ønsker kontinuitet i pleien da dette gir de pårørende en trygghet ved å vite at brukerne blir ivaretatt på en god måte (Gjevjon, 2009). Her kan det virke som brukeren er opptatt av tjenesten, ikke hvem som utfører denne, mens de pårørende fant trygghet i å vite hvem som stod for utøvelsen av tjenesten. Rullering på personalet ble også brukt av ledelsen som et middel for å redusere faren for sykemeldinger og utbrenthet blant personalet (Gjevjon, et al., 2013).

Sykepleierne ønsker å gjøre en god jobb uansett om det er kontinuitet eller ikke i arbeidet, men stadig å kjenne på følelsen av ikke å få gjort jobben tilfredsstillende kan føre til en

kontinuerlig konflikt med seg selv (Källemark, et al., 2004; Sørli, et al., 2005). Dette kan medføre at sykepleierne får dårlig samvittighet som igjen kan framkalle stress og stress over tid kan føre til utbrenthet (Tourangeau, et al., 2014; Naruse, et al., 2012). Hvem som påvirkes mest av dette stresset er det delte meninger om. Noen hevder de yngre i større grad enn de eldre kjenner på dette (Woods, et al., 2014), andre har funnet at det er de eldre som er mest utsatt (Shoorideh, et al., 2014), mens det også finnes undersøkelser som viser at det ikke er noen forskjell (Dyo, et al., 2016). Sykepleiere i hjemmetjenesten jobber ofte mye alene, en faktor som også kan virke stressende dersom en ikke er trygg i faget. Å kjenne på denne utryggheten over lengre tid vil også være en faktor som kan ta arbeidsgleden (Bratt & Gautun, 2018; Cao, et al., 2015).

Norheim og Tønnesen (2015) hevder at norske sykepleierne mener deres hovedoppgave blir «brannslukningsarbeid», de blir pålagt så mange andre oppgaver at det stjeler tiden fra direkte bruker relaterte oppgaver. Sykepleierne mener deres oppgaver er «sårstell, observasjoner, ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, medisinsk teknisk utstyr, dokumentasjon, forebyggende arbeid, veiledning og klinisk vurderingsevne». Daglige gjøremål som hjemmesykepleier omfatter så mye annet, som papirarbeid og annet ikke direkte sykepleie arbeid hjemme hos brukeren. Mye ikke-bruker relatert arbeid var også en av grunnene til at flere sykepleiere valgte å slutte i hjemmesykepleien i Arendal (Jensen, et al., 2016). For å unngå dette tidspresset har «skillmix» blitt brukt med hell i Japan. En assistent og en sykepleier reiser ut til pasienten slik at sykepleieren får konsentrert seg om sykepleieoppgaver. Ifølge forfatterne reduserer dette tidspresset som fører til at sykepleierne kommer i konflikt med følelsen av å levere tjenester av dårlig kvalitet. Dette redusere stresset, faren for utbrenthet og ønske om å slutte i hjemmesykepleien (Naruse, et al., 2012).

## 2.4 Organisatoriske faktorer

På det organisatoriske nivået hadde forhold til lederen stor betydning for trivsel og om sykepleierne ville bli eller slutte i jobben (Ellenbecker, et al., 2006; Van Waeyenberg, et al., 2015; Bratt & Gautun, 2018).

Erfaringsmessig er det av stor betydning hvordan lederen, og da særlig på førstelinje-nivå, forholder seg til sine ansatte på. Førstelinjeleder er den sykepleierne forholder seg til daglig og som er et bindeledd til resten av administrasjonen. Sykepleierne har behov for å bli verdsatt i forhold til jobben de gjør (Neal & Ellenbecker, 2004). I tillegg til dette er det sykepleierne som kjenner på kroppen hvordan dagen er i forhold til pasientkontakt og stress.

Dersom lederen er lyttende, forståelsesfull og tar sykepleiernes bekymringer videre opp i systemet vil tilliten til denne lederen øke og ønsket om å slutte i jobben blir mindre. Høy gjennomtrekk av ansatte er dyrt og det påvirker arbeidsmiljøet negativt (Lynch, 1994; Anthony & Milone-Nuzzo, 2005). Positiv tilbakemelding fra lederen økte også sjansen for å bli. Dette styrker sykepleiernes mestringfølelse slik at de får en høyere mestringsevne og på denne måten øker selvfølelsen (Tourangeau, et al., 2014; Van Waeyenberg, et al., 2015; Ellenbecker, et al., 2006; Cao, et al., 2015).

Kvaliteter sykepleierne setter pris på hos en leder er rettferdig, støttende og forståelsesfull (Ellenbecker, et al., 2006; Van Waeyenberg, et al., 2015). Dette samsvarer med andre studier som konkluderer med at en støttende ledelse reduserer faren for utbrenthet (Cao, et al., 2015; Armstrong-Stassen & Cameron, 2005).

Tidspress kan føre til utslitthet blant sykepleierne som igjen kan føre til at de blir kyniske slik at de distanserer seg fra brukere, kolleger og jobben for å takle arbeidspresset (Naruse, et al., 2012; Maslach & Leiter, 2016; Gautum, et al., 2016; Cao, et al., 2015). I distriktskommuner kan det være store avstander mellom brukere og undersøkelser viser at dette ikke alltid tas hensyn til i planlegging av pasientfordeling, tidsbruk eller uventede hendelser. Dette kan igjen føre til at brukerne ikke får den tid de har vedtak på da kjøretid kan inngå i tilmålt vedtakstid. Holm fant i sin studie at mer enn 50% av kjørerutene sykepleierne hadde var mellom 50 og 120 km, og her er det kveldsvaktene, da det er færrest på vakt, som har de lengste kjørerutene. Det hevdes at dette blir en balansegang mellom faglig forsvarlighet og bruk av ressurser (Holm, 2017). Det påpekes at selv om det er mulig å ha kontinuitet i tjenesten ved at samme sykepleier besøker samme pasienter flere dager på rad blir ikke dette gjort (Gjevjon, et al., 2014).

Flere av disse faktorene er det bare administrasjon, ledelse og politiske beslutningstakere som har innflytelse over og at høy arbeidsbyrde er et problem som bør løses på et administrativt nivå (Ellenbecker, et al., 2008; Neal & Ellenbecker, 2004).

Jobbkontroll har i flere studier blitt framhevet som en trivselsfaktor i hjemmesykepleien. Sykepleierne har noe å si over sin hverdag, de har medbestemmelse (Yamaguchi, et al., 2016). Antonovsky hevder at medbestemmelse gir meningsfullhet (Antonovsky, 1987), mens manglende medbestemmelse i jobbhverdagen kan føre til mistrivsel og sykepleiere som slutter (Hofstad, 2016).

## 2.5 Faglig fokus

Sykepleiere med høy faglig selvfølelse og kompetanse vet av erfaring hvordan de skal handle, de har gått trinnene fra novise til ekspert og er trygg i sin rolle som utøvende sykepleier (Benner, et al., 2011). Erfaringsmessig er det viktig med både faglig påfyll, videreutdanning og fokus på sykepleie som fag. Positiv feedback fører til tro på egen mestringsevne også i forhold til faglighet (Van Waeyenberg, et al., 2015). Det å bli sett av ledelsen og få følelsen av å ha gjort en god jobb styrker mestringsfølelsen. Gode tilbakemeldinger og tilrettelegging for personalet skaper et positivt arbeidsmiljø der sjansen for å beholde sykepleieren kan være større enn om disse faktorene ikke er til stede (Van Waeyenberg, et al., 2015; Tourangeau, et al., 2014). Fokus på drift grunnet økonomi gjør at fagligheten blir borte (Norheim & Thoresen, 2015). Det er tungt å komme på jobb og høre at det skal spares i alle ledd når helsepersonell ikke føler de gjøre en god nok jobb slik dagens situasjon er<sup>1</sup>. Konflikten mellom å gjøre en jobb og gjøre en faglig forsvarlig jobb kan slite på ønsket om å stå i jobben (Kälvemark, et al., 2004; Sørli, et al., 2005). Dette kan virke svært demotiverende. Sykepleierne ser på sin jobb som meningsfull og vil gjøre en forskjell i tjenestebrukerens liv (Tourangeau, et al., 2014; Maslach & Leiter, 2016; Ellenbecker, et al., 2006; Vinje & Mittelmark, 2007). Når fagligheten og forsvarligheten blir borte fordi daglig drift er i fokus er det flere som ønsker seg bort fra jobben (Jensen, et al., 2016; Eizenberg, et al., 2009). Dette fordi sykepleierne ikke får handlet i henhold til sine faglige og etiske standarder og menneskesyn (Tønnessen & Nortvedt, 2012; Brinchmann, 2016; Norsk Sykepleierforbund, 2011).

## 2.6 Arbeidsbyrde

For mye stress i jobben øker ønsket om å slutte i hjemmesykepleien. I motsetning til å jobbe på en sykehusavdeling eller et sykehjem opplever de ansatte i hjemmesykepleien i større grad ikke å bli ferdig med jobben innen vanlig arbeidstid (Tourangeau, et al., 2014). Også blant norske hjemmesykepleiere oppleves tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling og fører til at sykepleiere slutter i jobben (Norheim & Thoresen, 2015; Jensen, et al., 2016; Fonn, 2016; Gautum, et al., 2016). Det rapporteres i tillegg om stor fysisk og psykisk arbeidsbyrde (Bratt & Gautun, 2018). Opplevelse av tidspress kan føre til at sykepleierne blir emosjonelt slitne (Maslach, et al., 2001). Dette er et kjent fenomen fra omsorgsykker (Maslach & Leiter, 2016; Matthiesen, 2000). Over tid kan denne følelsesmessige utslittheten føre til kynisme. Jo større tidspresset føles jo større kan kynismen

---

<sup>1</sup> Se vedlegg 1, gjengitt med tillatelse.

bli og utfordringen med å gjøre en god jobb (Maslach, et al., 2001). Mindre tilgjengelige ressurser og høyere krav til jobben fører til utbrenthet og ønske om å slutte (Naruse, et al., 2012). Dersom en stadig følelse av å være brannslukker på jobb, bare få gjort det aller nødvendige, men aldri en tilfredsstillende god nok jobb vil dette slite på trivselen. Dette kan igjen reduserer ønsket om å bli i jobben. Dette ble også kommentert av en sykepleier i spørreundersøkelsen som oppgav at hun brukte lunsjpauser på bruker-relaterte oppgaver for å få jobben gjort innenfor arbeidstiden. Ved å redusere arbeidsbyrden med blant annet mindre overtid og minske stresset kan det være færre som ønsker å forlate jobben (Anthony & Milone-Nuzzo, 2005; Bratt & Gautun, 2018; Naruse, et al., 2012).

## 2.7 Familie

Jobben i hjemmesykepleien blir av mange sett på som familievennlig. Mulighet for å planlegge dagene slik at det kan tas hensyn til familielivet oppleves som positiv. Sykepleierne oppgav muligheten for å jobbe i reduserte stillinger som en grunn for å bli i jobben (Anthony & Milone-Nuzzo, 2005; Ellenbecker, et al., 2006; Tourangeau, et al., 2014).

Ett annet aspekt som sykepleierne rapporterte om, var at det følte de aldri ble ferdig med jobben og at dette påvirket familielivet. Kommentarer kom fra familiemedlemmer om at de tok jobben med seg hjem (Tourangeau, et al., 2014). Konflikten mellom jobb og familie oppleves som belastende. Balansen mellom jobb og familie ble forstyrret da jobben også ble en del av fritiden.

Opplevelsen av å jobbe som sykepleier i hjemmesykepleien ser ut til å være global selv om forfatterne er forsiktig med å generalisere (Tourangeau, et al., 2014; Naruse, et al., 2012; Chang, et al., 2018; Gautun, et al., 2016).

## 2.8 Ethiske dilemmaer

Sykepleiere er bundet til sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Når de i en travel hverdag balanserer i krysningen mellom hva de mener er faglig og etisk forsvarlig og rammene de har å jobbe under kommer de i konflikt med seg selv og den etiske standarden de er opplært til å jobbe under (Tønnessen, 2016; Vinje & Mittelmark, 2007). Det iboende ønsket om å gjøre det beste for pasienten bli overskygget av å få jobben gjort, for så å haste videre til neste besøk (Matthiesen, 2000; Strandås, et al., 2019). Slike etiske dilemmaer blir ofte kalt moralsk stress og dette stresset kan føre til utbrenthet (Kälvemark, et al., 2004). Opplevelsen sykepleierne i hjemmesykepleien har er at de må følge listen de har fått utdelt i større grad enn behovet brukeren har der og da. De lever i en jobbhverdag der de balanserer

mellom effektivitet og omsorg. I tillegg til underbemanning og direkte bruker kontakt skal sykepleierne også gjøre administrative oppgaver som «stjeler» tiden fra brukerne (Strandås, et al., 2019).

Sykepleiere i hjemmetjenesten har et stort behov for bred kompetanse da deres arbeidsdag inneholder store variasjoner av ulike kompetansekrevende oppgaver siden dette er en ikke-homogen mottakergruppen (Strandås, et al., 2019). Neal hevder at det tar tid å bli en god hjemmesykepleier på samme måte som for en sykepleierstudent under utdanning der en går fram og tilbake i nivåer fra novise til ekspert (Neal, 1999; Benner, et al., 2011).

Det er gjort mye forskning på helsepersonells opplevelse av samvittighetsstress og utbrenthet, men det er ikke funnet studier gjort i forhold til hjemmesykepleiere.

## 2.9 Samvittighetsstress

Når sykepleiere i en travel hverdag balanserer i kryssingen mellom hva de mener er faglig og etisk forsvarlig og rammene de jobber under kan de komme i konflikt med sin samvittighet og den etiske standarden de er opplært til å jobbe under (Tønnessen, 2016; Vinje & Mittelmark, 2007; Glasberg, 2007; Woods, et al., 2014). Etikk blir beskrevet som formelle og teoretiske, det som blir undervist på skolen, mens moral ligger mer på det personlige planet, hvordan sykepleiere forholder seg til etikken (Jameton, 1984). Sykepleiere føler seg forpliktet til å ta vare på, respektere og møte brukernes behov slik det blir beskrevet i de yrkes etiske retningslinjer de har å forholde seg til. Dersom de ikke får utøve den pleien de føler seg moralsk bundet til kan samvittighetsstress oppstå (Wolf, et al., 2016). Sykepleierne gjør daglig valg som kan utfordre deres lojalitet til både seg selv og brukeren da de organisatoriske rammene de har å jobbe under ikke alltid tillater å gi den helhetlig omsorg sykepleierne ønsker å gi. Dette kan føre til at brukerens behov ikke blir møtt. Sykepleierne balanserer mellom hverdagens realitet og sitt idealbilde på hvordan sykepleie skulle vært utført og dette kan føre til dårlig samvittighet. Dårlig samvittighet kan oppstå i det de mener de ikke får levere den tjenesten de mener er god nok, men de må være fornøyd med hva de får gjort (Sørлие, et al., 2005). Det iboende ønsket om å gjøre det beste for pasienten bli overskygget av å få jobben gjort, for så å haste videre til neste besøk (Matthiesen, 2000). Slike etiske dilemmaer blir ofte kalt moralsk- eller samvittighetsstress (Kälvemark, et al., 2004). Dette stresset kan føre til utbrenthet når sykepleierne mener de ikke kan yte den pleien som samsvarer med deres moralske overbevisning (Glasberg, 2007).

Samvittighet er en følelse av behag eller ubehag. Mennesker ser sine handlinger som moralsk rette eller gale, noe som igjen kan oppleves som god eller dårlig samvittighet. Det finnes flere teorier om hva samvittighet er, men i dagens samfunn ses den på som et produkt av oppdragelse og sosial læring (Svendsen, 2018).

Samvittigheten er etikkens hjørnestein og er derfor viktig både i det personlige og yrkesmessige liv, der den leder oss i våre valg, valg der respekt for individet og «ikke skade prinsippet» inngår. En moden samvittighet har med karakter å gjøre, ikke bare kunnskap (Ramsay, 2001).

Samvittighet er en guide til å gjøre det gode og bør følges. Den tjener som et varslingsignal på at noe kan være galt, men kan også være upålitelig i den grad at mennesker kan være for streng mot seg selv (Juthberg, et al., 2007).

Stress som oppstår i møte med etiske dilemmaer blir kalt moralsk stress (Kälvemark, et al., 2004) eller samvittighetsstress (Glasberg, 2007). Dersom mennesker blir forhindret i å gjøre det gode de mener de bør gjøre kan dårlig samvittighet oppstå, dette karakteriseres som samvittighetsstress (Glasberg, et al., 2006). Å være følelsesmessig utslitt kan være en faktor som kan påvirke helsepersonells opplevelse av samvittighetsstress (Glasberg, et al., 2007).

Moralsk stress eller samvittighetsstress oppstår når individer vet hva som er rett å gjøre, men institusjonelle begrensninger gjøre det nesten umulig å etterstrebe å gjøre det rette (Jameton, 1984).

Utøvelsen av helsetjenester bør være grunnfestet i medfølelse og empati slik det er nedfelt de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Moralsk stress eller samvittighetsstress oppstår når helsepersonell opplever frustrasjon over ikke å få yte den tjenesten de mener de er moralsk forpliktet til og ved dette berører det hjertet i den profesjonelle identiteten (Austin, 2012). Desto oftere en sykepleier opplever samvittighetsstress jo større er muligheten for at det ikke håndteres på en hensiktsmessig måte (Mareš, 2016). Dette kan beskrives som en skrekkfilm der samvittighetsstresset «spiser opp» karakteren til sunne sykepleiere (Unruh, 2010; Unruh & Ream, 2010), som sitter igjen med følelsen av at livet blir «sugd ut» av dem (Wolf, et al., 2016), noe som igjen kan få store konsekvenser for pasienten. Sykepleierne verner om seg selv ved å distansere seg fra omgivelsene (Unruh & Ream, 2010).

Sammenligninger innad i grupper av helsepersonell viser en signifikant forskjell i opplevelsen av samvittighetsstress mellom sykepleiere og annet helsepersonell der sykepleierne scoret høyest (Johnson-Coyle, et al., 2016). Samvittighetsstress kan være en av de største truslene mot utholdenhet i jobben som sykepleier og kan være en fare da det kan oppstå i varierende grad hos alle sykepleiere gjennom hele karrieren (Dyo, et al., 2016) og kan føre til utbrenthet (Dalmolin, et al., 2014; Johnson-Coyle, et al., 2016).

Hyppigheten av opplevelsen av samvittighetsstress førte til en fordobling i ønsket om å slutte i jobben, men støtte fra ledelsen reduserte dette stresset (Dyo, et al., 2016; Rathert, et al., 2016), mens intensiteten på opplevelsen av samvittighetsstresset påvirker sykepleierne i større grad enn hyppigheten (Johnson-Coyle, et al., 2016; Woods, et al., 2014).

Kvaliteten på pleien som ble gitt, da særlig opplevelsen av om pleien var god nok sett utfra et sykepleierperspektiv, var med på å øke sykepleierne følelse av samvittighetsstress (Woods, et al., 2014). Balansegang mellom å følge reglene og å bryte dem for å gjøre det de mener er best for pasienten setter personalet i vanskelige situasjoner (Kälvemark, et al., 2004).



Sykepleierne hadde en gjennomgående følelse av at de ikke fikk gitt pasientene den pleien de mente disse fortjente grunnet for liten tid, for mange pasienter og inkompetente kolleger (Eizenberg, et al., 2009; Austin, 2012; Wolf, et al., 2016; Mareš, 2016; Woods, et al., 2014). De følte seg overveldet, dette resulterte i nye følelser som avmakt, skyld, frykt, sinne og frustrasjon. Fysiske symptomer som søvnforstyrrelser, mageplager, matinntak, fatigue, høyt blodtrykk, hodepine blir beskrevet (Wolf, et al., 2016; Unruh, 2010; Sørli, et al., 2005). I tillegg forteller de om mareritt, angst, depresjon, dårlig selvfølelse og en skadet personlighet (Woods, et al., 2014; Unruh, 2010; Mareš, 2016), påvirkning av familieliv (Henrich, et al., 2016), og at det var ikke dette de hadde utdannet seg til (Unruh, 2010).

Organisatoriske faktorer i forhold til økonomi og effektivisering, økende bruk av teknologi, stort mangfold av pasienter og ulike pleiekulturer øker hyppigheten av moralske dilemmaer. Omorganisering til kommersialisering av helsevesenet virker demoraliserende på helsepersonell (Eizenberg, et al., 2009). Den kommunale helse- og omsorgssektoren i Norge er i stor utvikling innen bruk av velferdsteknologi, noe som fører til endring i arbeidsmåter og krever kompetanseheving (Kommunesektorens organisasjon, 2019). I tillegg til dette var mangel på tid både med hensyn til brukere og opplæring av personal, lite ressurser og personalkonflikter faktorer som utløste samvittighetsstress (Glasberg, et al., 2006; Henrich, et al., 2016; Shoorideh, et al., 2014; Austin, 2012; Wolf, et al., 2016). I en undersøkelse blant medlemmer i Norsk Sykepleierforbund oppgir 29,6 % av de spurte sykepleierne i hjemmesykepleien at de daglig er redd for å gjøre feil som kan skade pasienten, 43,8% oppgir at de tenker på dette månedlig eller sjeldnere. Disse situasjonene oppstår ofte i sammenheng med organisatoriske faktorer som tidspress, mangelfull opplæring eller at de er trøtte på dagvakt etter kveldsvakt. Mangel på kolleger å rådføre seg med og manglende faglig tillit til kolleger nevnes også (Helmers, 2019). Redusert pleie grunnet dårlig kommunikasjon var også en faktor som medvirket til samvittighetsstress (Woods, et al., 2014). Sykepleierne beskriver en følelse av kompromiss der grunntanken og kvaliteten på sykepleien har blitt borte i krav om effektivitet og en stadig konflikt mellom regler og praksis, i tillegg til at de er underbemannet (Sørli, et al., 2005; Wolf, et al., 2016; Austin, 2012; Mareš, 2016; Maslach, et al., 2001). Omorganisering i helsevesenet påvirker også andre yrkesgrupper (Kälvemark, et al., 2004). I en undersøkelse blant norske leger svarte mellom 50 og 70% at omorganisering fører til stress. Over 40% opplevde stress når de måtte handle mot egen samvittighet (Førde & Aasland, 2013).

Andre faktorer som kan bidra til samvittighetsstress er alder (Shoorideh, et al., 2014; Woods, et al., 2014; Mareš, 2016), men dette er det uenighet om da andre studier ikke finner noen sammenheng mellom alder og samvittighetsstress (Dyo, et al., 2016; Johnson-Coyle, et al., 2016). Shoorideh og kolleger (2014) hevder det er de eldste som var mest utsatt for samvittighetsstress da de har utviklet en høyere etisk bevissthet, mens andre undersøkelser hevder det er de yngste som er mest utsatt (Woods, et al., 2014). Ansiennitet er også en faktor der forskning ikke viser entydige resultater (Shoorideh, et al., 2014; Dyo, et al., 2016; Johnson-Coyle, et al., 2016; Woods, et al., 2014; Mareš, 2016).

En studie rapporterte at kjønn og etnisitet var utslagsgivende for samvittighetsstress (Dyo, et al., 2016). Bortsett fra dette rapporterte ingen av de andre studiene noen signifikant forskjell i samvittighetsstress i henhold til sivil status, utdanning, eller religion.

Mestringsstrategier sykepleierne har oppgitt at de bruker for å beskytte seg mot samvittighetsstress er distansering og unngåelse fra pasienter (Unruh & Ream, 2010), alkohol, medikamenter, mat, trening, psykolog og debrifing i staben (Wolf, et al., 2016). Sykepleiere er forpliktet til å ta seg av seg selv, pasienten og profesjonen. Dette kan gjøres ved å erkjenne utfordringen med samvittighetsstress og støtte dem som er utsatt for dette ved hjelp av dialog og åpenhet (Unruh & Ream, 2010). Kollegastøtte eller støtte fra andre den rammede har tiltro til har vist seg å være til hjelp (Unruh, 2010).

Litteraturen beskriver samvittighetsstress som en av de største truslene mot utholdenhet i jobben som sykepleier (Dyo, et al., 2016) og kan føre til utbrenthet (Dalmolin, et al., 2014; Johnson-Coyle, et al., 2016). Selv om hyppigheten på opplevelsen av samvittighetsstress kan være lav, vil den kunne forårsake en svært høy følelse av dårlig samvittighet (Glasberg, et al., 2006).

I denne oppgaven er det valgt å se på alle delene av samvittighetsstress separat, altså hyppighet, intensitet og total sum av samvittighetsstress (Glasberg, et al., 2006) for å få en bedre forståelse av fenomenet samvittighetsstress og hvordan dette påvirker sykepleierne i undersøkelsen.

## 2.10 Utbrenthet

Utbrenthet blir i litteraturen beskrevet som et syndrom eller en prosess der personen blir emosjonelt utslitt, distanserer seg fra pasienten ved å se på dem som objekter, blir kyniske, i tillegg til at de føler seg utilstrekkelig på jobb. Dette stresset oppstår i den sosiale interaksjon mellom hjelper og mottaker (Maslach, 2003; Greenglass, et al., 1997; Salmela-Aro, et al., 2011). Stresset kan igjen føre til utfordringer med å få jobben gjort grunnet følelse av utilstrekkelighet eller ineffektivitet (Greenglass, et al., 1997).

Freudenberg blir ofte gitt æren for begrepet utbrenthet og karakteriserer det som å mislykkes, å bli utslitt eller utmattet gjennom overdreven bruk av energi, krefter eller ressurser. Han hevder også det er de dedikerte som står i fare for å bli utbrent (Freudenberg, 1974). Der det før var energi blir det utslitthet, engasjement har blitt til kynisme og effektivitet er byttet ut med en følelse av utilstrekkelighet. Dette kan forklares med at de som er så dedikerte til jobben ikke greier å leve opp til egne forventninger til utførelsen av yrket. De fant yrket som meningen med livet, men greide ikke å balansere denne meningen og evnen til å utføre yrket slik de mente de burde. Når de ikke hadde flere mestringsstrategier igjen, kunne fatigue og symptomer som utbrenthet oppstå (Vinje & Mittelmark, 2007; Matthiesen, 2000; Maslach, et al., 2001). De personene som opplever dette beskriver det som en gradvis tapsprosess med frustrasjon og sinne, entusiasmen bli borte og de kjenner seg bedrøvet og deprimerte (Maslach & Leiter, 1997).

Utbrenthet er et kjent fenomen innen helse- og omsorgsyrker (Maslach & Leiter, 2016; Matthiesen, 2000).

### 2.10.1 Dimensjonene i utbrenthet

Utbrenthet kan beskrives som tre faktorer som virker inn på hverandre

- den emosjonelle delen, en følelse av å være utslitt i forhold til jobben
- den kognitive delen, kyniskhet i forhold til meningen med jobben
- den adferdsmessige del, følelse av utilstrekkelighet på jobb

Utbrenthet kan måles i disse tre faktorene, men også som et hele, altså total score av utbrenthet (Salmela-Aro, et al., 2011).

Den emosjonelle delen, utslitthet beskrives som energitappende med en påfølgende følelse av å bli oppbrukt (Maslach, 2003). Dette kan føre til helseproblemer som søvnløshet, spenninger, hodepine, høyt blodtrykk og magesår. Sykepleierne ser på seg selv som mindre kompetente

og forbruker energi, arbeidskapasitet, personlige ressurser og kan bli deprimerte (Matthiesen, 2000; Maslach, 2003).

Utbrenthet er ikke bare negative følelser som frustrasjon, sinne og redsel, men også fravær av positive følelser jobben tidligere har hatt (Maslach & Leiter, 1997).

Den kognitive delen, kynisme, kan oppstå ved manglende tillit og respekt til ledere oppover i organisasjonen. Sykepleierne må jobbe like mye eller mer, med mindre ressurser som eksempelvis tid. Dette kan føre til at de ikke føler seg verdsatt, deres faglige tyngde blir ikke respektert eller verdsatt, men det er produktivitet som teller, organisasjonen verdsetter kvantitet over kvalitet. Dette skaper mistillit hos sykepleierne og kan føre til tap av arbeidsglede med påfølgende kynisme (Maslach & Leiter, 1997). De blir umotiverte, beskytter seg selv følelsesmessig ved å gi «pleie uten omsorg» og trekker seg tilbake sosialt, føler forakt som de ikke greier å skjule, slutter å bry seg og får negative holdninger til både brukere og kollegaer (Maslach, 2003).

Den adferdsmessige delen, utilstrekkelighet er litt vanskeligere å definere da den henger tett sammen med de to andre faktorene og påvirkes av disse (Maslach, et al., 2001). Ved å se på seg selv som mindre kompetente blir også selvaktelsen redusert (Matthiesen, 2000). De berørte får en følelse av mislykkethet, greier ikke å forholde seg til brukeren slik som før og kjenner på følelsen av kynisme (Maslach, 2003). Ved å redusere kontakten med kolleger blir også den sosiale støtten gradvis borte. Dette kan være en uheldig strategi da det er vist at sosial støtte gir høyere grad av selvaktelse som kan føre til lavere grad av utilstrekkelighet (Matthiesen, 2000).

Utbrenthet er nødvendigvis ikke bare et personlig problem, men også et organisatorisk problem og kan være en prediktor på at sykepleiere vurderer å slutte (Shoorideh, et al., 2014; Chang, et al., 2018). Når sykepleiere slutter kan det bli store kompetansehull, da særlig hvis det er de eldste med lengst erfaring som går (Maslach & Leiter, 1997), det medfører høye omkostninger å ansette nye (Lynch, 1994), og det tar tid å lære dem opp (Benner, et al., 2011).

Utbrenthet er smittsomt. Negative holdninger de utbrente utstråler kan føre til sure kommentarer, sinne, irritasjon og kolleger som trekker seg tilbake for å beskytte seg selv slik at sosiale relasjoner står i fare for å ødelegges (Maslach & Leiter, 1997).

Demografiske variabler har vært brukt i studier for å finne om disse kan ha en betydning for utbrenthet, men ikke funnet noen entydig sammenheng (Yeatts, et al., 2018; Johnson-Coyle, et al., 2016). Disse er inkonsekvente med hensyn på ansiennitet (Yeatts, et al., 2018; Xie, et al., 2011) kjønn (Shoorideh, et al., 2014; Johnson-Coyle, et al., 2016; Backteman-Erlanson, et al., 2012), og religion (Johnson-Coyle, et al., 2016; Vidotti, et al., 2018). Alder en faktor som ofte blir brukt, men her viser forskningen tvetydighet da noen hevder at det er de yngste som er i fare-gruppen for utbrenthet (Xie, et al., 2011; Yeatts, et al., 2018; Maslach, et al., 2001), mens andre rapporterer at det er de eldre som blir utbrent da de føler seg utilstrekkelige (Xie, et al., 2011). Det er også beskrevet at alle på ett eller annet tidspunkt, i varierende grad, vil oppleve utbrenthet i løpet av sin karriere.

Faktorer som ser ut til å bidra til utbrenthet er manglende støtte fra kolleger, ledere eller andre, som venner og familie, den sosiale faktoren (Greenglass, et al., 1997; Elst, et al., 2016; Vidotti, et al., 2018; Kandelman, et al., 2018; Xie, et al., 2011; Jansen, et al., 1996).

Kollegastøtte viste seg å være lavere blant de utbrente, mens de som oppgav ikke å være utbrent søker og finner den støtten de har behov hos andre da de samtidig innrømmer at de trenger hjelp og støtte. Debrief har blitt beskrevet som viktig, men aller viktigst var den uformelle kollegastøtten (Gustafsson, et al., 2010; Jackson, et al., 2018).

De som er svært engasjert i jobben eller overengasjert ser ut til å være i større fare enn andre for å brenne ut. Overengasjement er også beskrevet som en sterk prediktor for utbrenthet (Vinje & Mittelmark, 2007; Xie, et al., 2011; Freudenberg, 1974; Maslach, et al., 2001) i tillegg til alder (Johnson-Coyle, et al., 2016; Xie, et al., 2011; Yeatts, et al., 2018), de som jobber dag/aften sammenlignet med de som jobber natt, søvnproblemer, skiftarbeid (Vidotti, et al., 2018; Xie, et al., 2011), arbeidsbyrden i hjemmesykepleien, følelsesmessige krav og trusler fra brukere og pårørende (Elst, et al., 2016).

Tidspress, det å gå med en stadig følelse av ikke å få gjort jobben godt nok kan være en medvirkende faktor for utbrenthet. Dette kan også føre til redusert kvalitet på pleie (Gustafsson, et al., 2010; Naruse, et al., 2012; Yeatts, et al., 2018; Xie, et al., 2011).

Arbeidsbyrden kan bufres ved kollegastøtte (Elst, et al., 2016).

Det er påvist at økt fysisk aktivitet har en negativ virkning på blant annet utbrenthet ved at gjennom trening/fysisk aktivitet kan sykepleierne få utløp for stress som er relatert til jobben (Lindwall, et al., 2014; Vidotti, et al., 2018; Guo, et al., 2019), men mekanismen bak dette er

fortsatt uklar. Det finnes flere teorier på dette (de Vries, et al., 2016), men det diskuteres ikke i denne oppgaven.

Høyere grad av selvfølelse og mestringsevne, både yrkesmessig og personlig, bidrar til å redusere faren for utbrenthet (Yeatts, et al., 2018; Cao, et al., 2015). Det samme gjør det å kunne jobbe selvstendig og ha læringsmuligheter på jobb (Elst, et al., 2016), god kommunikasjon mellom leder og stab, og at sykepleierne hadde fritid (Kandelman, et al., 2018).

Sykepleier som kjenner på at pasientens behov ikke blir møtt på en tilfredsstillende måte ønsker å gjøre noe med dette, men føler de aldri får gjort jobben godt nok og står igjen med en følelse av utilstrekkelighet. Opplevelsen av stadig å ha dårlig tid, både hos pasienter og tid brukt på kjøring, sliter på sykepleierne (Gustafsson, et al., 2010; Naruse, et al., 2012; Yeatts, et al., 2018; Holm, 2017). De som rapporterer lav grad av utbrenthet, tar ting mer som de kommer og dveler ikke med det de ikke får gjort (Gustafsson, et al., 2010). Manglende kontinuitet i pleie, uhensiktsmessig behandling og inkompetente kolleger øker følelsen av samvittighetsstress og utbrenthet (Woods, et al., 2014).

Det er gjort mye forskning på opplevelse og sammenheng av moralsk stress og utbrenthet (Dalmolin, et al., 2014; Åhlin, et al., 2015; Glasberg, et al., 2007; Shoorideh, et al., 2014; Backteman-Erlanson, et al., 2012; Corley, 2002) og påvist stor korrelasjon mellom disse (Johnson-Coyle, et al., 2016), men det er ikke funnet forskning på dette området når det gjelder hjemmesykepleiere.

### 3 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om sykepleierne i hjemmesykepleien påvirkes av samvittighetsstress til daglig og om det kan være en sammenheng mellom samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien. Er det forskjeller/likheter på bykommuner og distriktskommuner? Er alder, utdanning, familie og ansiennitet i hjemmesykepleien faktorer som er av betydning?

Denne studien vil være nyttig da den vil gi innsikt i hjemmesykepleiernes opplevelse av hyppighet og intensitet av etiske/moralske dilemmaer og utbrenthet. Samvittighetsstress og utbrenthet er et område av sykepleien det er forsket mye på, men lite innen hjemmesykepleien.

Forskningsspørsmål: I hvilken grad påvirkes sykepleierne i hjemmesykepleien av samvittighetsstress i hverdagen og kan samvittighetsstress være medvirkende til utbrenthet?

## 4 Metode

I dette kapitlet beskrives studiens design, utvalg, datainnsamling og analyse. Det redegjøres også for forskningsetiske overveielser. Kvantitativ metode med en tverrsnittsundersøkelse er benyttet, da hensikten med denne studien er å få tilgang til meningen fra en størst mulig populasjon. En tverrsnittstudie samler inn informasjon på et gitt tidspunkt fra en definert populasjon. Dette er et design som også benyttes der det er ønskelig å se etter sammenhenger mellom variabler (Polit & Beck, 2017).

### 4.1 Litteratursøk

Databasene Medline Ovid, PubMed og Cinahl complete ble brukt for å finne relevant litteratur. Søkene ble gjort med samme søkeord «homecare nurse», «homebased nurse», «visiting nurse», «community health nurse», «moral stress», «burnout». Ulike kombinasjoner på søkeordene ble brukt. Flere av de samme artiklene kom opp i de ulike databasene. Aktuelle artikler ble plukket ut ved gjennomlesing av abstrakt.

Biblioteket ved NTNU Gjøvik var behjelpelig med å skaffe artikler som ikke var tilgjengelige i fulltekst i databasene.

Sykepleien Forskning og Fagtidsskriftet Sykepleien ble også benyttet for å finne aktuell litteratur.

Litteraturlistene i artiklene ble også benyttet.

Det ble gjort ett nytt søk med samme søkeord medio november 2019, men det ble ikke funnet artikler som omhandlet samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien.

### 4.2 Design

Dette er en deskriptiv korrealsjonsstudie basert to validerte spørreskjema. Denne typen studie er velegnet for undersøkelse av store grupper, men fordrer at folk er villig til å delta (ibid).

Hensikten er å se om sykepleierne i hjemmesykepleien opplever samvittighetsstress og utbrenthet og om det kan være en sammenheng mellom samvittighetsstress og utbrenthet.

I tillegg til de to validerte spørreskjemaene ble deltagerne spurt om bakgrunnsinformasjon på et eget skjema.



### 4.3 Introduksjon av spørreskjemaene

Samvittighetsstress (Stress of Conscience Questionnaire, (SCQ)), er et verktøy utviklet av skandinaviske forskere til bruk for helsepersonell. Her måles hyppigheten av etisk problematiske situasjoner (delspørsmål A) og i hvilken grad disse situasjonene gir en følelse av dårlig samvittighet (delspørsmål B), (Glasberg, et al., 2006). Verktøyet har 9 spørsmål med en A og en B-del. Spørsmål A er et spørsmål om hyppigheten på hva eller hvordan respondenten opplever ulike jobbsituasjoner. Svaralternativene har en 6 poengs Likert skala fra 0-5, fra 0 «aldri» til 5 «hver dag». Spørsmål B er et oppfølgingsspørsmål, opplevelsen av intensiteten på spørsmål A, «Gir dette deg dårlig samvittighet?». Dette besvares ved hjelp av en 10-cm visuell skala fra 0 til 5 der 0 er «nei, ikke i det hele tatt» til 5 «ja, jeg får svært dårlig samvittighet». For å regne ut nivået på samvittighetsstress multipliseres svar A og svar B. Index rangeres fra 0-25 for hvert spørsmål, summen av hvert spørsmål adderes så, dette gir en maksimal total poengoppnåelse på 225. Jo høyere score jo større stressnivå (Åhlin, et al., 2012). Verdier som var «Missing» på delspørsmål B ble satt til 0 når respondenten hadde svart 0 på spørsmål A (Åhlin, et al., 2015).

Bergen Burnout Indicator, (BBI) er en indikator på emosjonell utmattelse. Instrumentet er utviklet i Norge og er et verktøy i tråd med hvordan litteraturen beskriver utbrenthet. Det originale spørreskjemaet inneholder 25 spørsmål (Matthiesen, 2000). I denne undersøkelsen er en kortversjon med 10 spørsmål brukt. Spørreskjemaet finnes også i en utgave med 9 og 15 spørsmål (Feldt, et al., 2013; Salmela-Aro, et al., 2011). Alle spørsmålene er stilt som en negativ uttalelse. «Jeg har en stadig følelse av at jeg ikke strekker til», «Jeg blir hyppig irritert på jobben». Dette eliminerer faren for å svare feil da det ikke inneholder «omvendte» kontroll spørsmål. Likevel kan det ved en slik utforming være lettere å svare uten å lese uttalelsen nøye. Hvert av spørsmålene har seks svaralternativ fra 1: «Svært uenig» til 6: «Svært enig». Det er ingen nøytrale svaralternativer. Scoren her ligger mellom 10 og 60 og jo høyere score jo større fare for utbrenthet.

Bakgrunnsinformasjon som innhentes er alder, kjønn, utdanning, familieforhold, ansiennitet, kommunetype og om de har vurdert å slutte i jobb, for å kunne gjøre sammenligninger i utvalget.

#### 4.4 Pilotstudie

I forkant av studien ble det gjort en pilotstudie for sikre at spørreskjemaene blir oppfattet slik de er tenkt. Dette gir begrepsvaliditet, at spørreskjemaene måler hva de skal måle og deltagerne forstår hva det spørres om (Polit & Beck, 2017). I tillegg til ble tiden det vil ta å svare på spørreskjemaene estimert for å kunne informere deltakerne om tidsbruken.

Informasjonsbrevet ble også pilotert for å sikre at nødvendig informasjon blir gitt og at dette er forståelig. Fem sykepleiere, både med og uten videreutdanning, fikk utdelt spørreskjema og informasjonsskrivet slik denne «pakken» var tiltenkt deltagerne. Tilbakemelding på pilotstudien ble gitt på tekstmelding eller Messenger. Ett svar ble gitt muntlig.

Informasjonsskrivet og spørreskjemaene var lett forståelige ifølge sykepleierne. Noen små justeringer i informasjonsskrivet ble gjort etter pilotundersøkelsen. Dette gjelder spørreskjemaet «Samvittighetsstress». Eksempel på hvordan dette spørreskjemaet skal fylles ut ble, satt inn i informasjonsskrivet. Tiden det tok å utføre undersøkelsen varierte fra 5 – 23 minutter. Estimert tid satt for undersøkelsen ble etter dette satt til omtrent 20 minutter.

#### 4.5 Utvalg

Inklusjonskriterier: sykepleier, fast ansatt, kunne lese og forstå norsk, ansatt > 1 år, stillingsstørrelse > 60%, arbeidstid dag/kveld, natt-tjenesten.

Eksklusjonskriterier: sykepleiere ansatt i hjemmetjenestens avdeling for rus og psykiatri, nyansatte ( $\leq$  1 år), sykepleiere ansatt som vandrevakt ved bemanningskontoret<sup>2</sup>.

Utvalget er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i 60% fast stilling eller mer. De skal ha vært ansatt ved avdelingen i minimum 1 år. Dette er fordi det tar tid å bli kjent på et nytt arbeidssted og opparbeide seg kunnskap og autonomi. Før dette er oppnådd kan fokuset og energi ofte bli brukt på disse områdene. Svarene de ville ha gitt i spørreskjemaene kan føre til falskt positivt eller negativt resultat da deres fokus vil kunne være et annet sted enn de som har jobbet der over lengre tid (Freudenberg, 1974), eller de kan i større grad dras imellom sykepleieidealet og realiteten i praksis (Jameton, 1984). De må kunne lese og skrive norsk.

Elleve kommuner ble kontaktet med forespørsel om deltagelse. Denne forespørselen inneholdt også et eget informasjonsskriv om studien. Åtte forespørsler ble sendt på e-post til fellespost i for kommunen. Av disse svarte 3 at de ønsket å delta. En av kommune som sa seg villig til å

---

<sup>2</sup> Ansatte som har sitt faste arbeidsforhold i Bemanningskontoret og som leies ut til avdelinger for korte eller lengre vikariater og timesoppdrag.

delta har ikke svart på gjentatte henvendelser i ettertid. Det ble i tillegg sendt brev i post til en av kommunene, dette ble ikke besvart. På hjemmesidene til 3 av kommunene var navn og e-post til leder for hjemmesykepleien oppgitt, og disse ble kontaktet direkte. Disse kommunene svarte positivt på å delta i studien. I to av kommunene ble annen kontaktperson enn leder brukt for å distribuere undersøkelsen. I en stor kommune var det 5 ulike kontaktpersoner, en for hver sone i hjemmesykepleien.

De fem kommunene sykepleierne jobber i er tilfeldig utvalgt og representerer fem ulike fylker. Det er både by- og distriktskommuner. Ved undersøkelsens slutt var det tilnærmet like mange deltakere fra begge kommunetyper.

#### 4.6 Datainnsamling

Da det ble spurt om bakgrunnsopplysninger som alder, kjønn, sivil status, videreutdanning og ansiennitet i hjemmesykepleien ble Norsk senter for forskningsdata, NSD, søkt om tillatelse til å gjennomføre studien. NSD konkluderte med at identifiserbare opplysninger, direkte eller indirekte, ikke ble behandlet og studien kunne gjennomføres. Personvernombudet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, ble også kontaktet og var enig med NSD og gav godkjenning til at studien kunne gjennomføres.

Da godkjenningene forelå ble e-post sendt til ledere/kontaktpersoner med påminnelse om undersøkelsen og spørsmål om antall sykepleiere i 60% stilling eller mer. Adresse til hvor spørreskjemaene skulle sendes ble også etterspurt. Denne e-posten inneholdt også et informasjonsskriv for å forberede mulige deltagere. De kontaktpersoner som ikke gav svar innen rimelig tid, ble ringt for påminnelse. Totalt tre ledere ble ringt. Forfatterne av de ulike spørreskjemaene ble kontaktet på e-post med spørsmål om å få bruke disse i undersøkelsen. Tillatelse til bruk av Stress of Conscience Questionnaire, Samvittighetsstress, og Bergen Burnout Indicator er gitt av de respektive forfatterne/medforfattere.

Spørreskjemaene inneholder også spørsmål som kan oppfattes som sensitiv informasjon. For å ivareta deltagerne var spørreundersøkelsen anonym og frivillig. Dette framgikk klart og tydelig i informasjonsbrevet (Polit & Beck, 2017). Samtykket er at de svarer på undersøkelsen og returnerer den til avtalt sted og tid.

Spørreundersøkelsen ble utført mellom mai og juli 2019.

Informasjonsskriv til deltagerne, spørreskjema og svarconvolutt ble lagt i en plastlomme til hver enkelt deltager. Svarconvoluttene kunne limes igjen slik at den kunne leveres anonymt på avtalt sted ved hvert kontor. Ønsket antall spørreskjemaer ble sendt til de ulike kommunene i

konvolutt eller som pakke. Det ble ført på retur adresse og porto. I en kommune ble spørreskjemaene levert personlig på kontoret til kontaktpersonen og hentet på samme sted.

To uker etter at spørreskjemaene ble sendt fikk kontaktpersonene en e-post med påminnelse om undersøkelsen. For de som ikke hadde returnert svarene ble en ny påminnelse sendt 16.06.19. Fire av kontaktpersonene ba om mer tid for å samle inn spørreskjemaene av ulike årsaker som blant annet sykdom og få svar. Alle svarskjemaene ble returnert innen utgangen av juni med unntak av en sone i en kommune grunnet sykdom og ferieavvikling. Disse skjemaene ble returnert i september.

Totalt ble 139 spørreskjema delt ut og 53 svar ble returnert. Dette gir en svarprosent på 38,1. Fire skjema ble ekskludert da respondentene ikke oppfylte kravet om å ha jobbet i ett år. Ytterligere to ble ekskludert da bakgrunnsinformasjon manglet. Dette medfører at den aksepterte svarprosenten er på 33,8. Svarprosent i de ulike kommunene varierte mellom 28 og 86%, der den minste kommunen hadde høyest og den nest største kommunen hadde lavest deltagelse.

To spørreskjema ble ekskludert fra analysene i forhold til Samvittighetsstress da skjemaene ikke var fullstendig utfylt, det ene hadde ikke del A fylt ut, det andre hadde ikke fylt ut del B. Ett skjema ble ekskludert da respondenten hadde en score på 1, noe som ville ha påvirket analysen svært mye.

På tre spørreskjema ble ett spørsmål gjennomsnittsberegnet og på to skjema ble ett spørsmål på del B gjennomsnittsberegnet da disse manglet svar. Alle andre spørsmål i spørreskjemaene var svart på, så manglende svar på disse kan ha vært en forglemmelse.

Det er stor spredning mellom størrelsen på kommunene, både i innbyggertall (8000 – 76.000) og areal (70 – 3800 km<sup>2</sup>)<sup>3</sup> (Store norske leksikon, 2019). Innbyggere over 80 år varierte fra 380 – 2100 i de ulike kommunene, men de fleste hadde under 700 innbyggere i kategorien over 80 år (Statistisk sentralbyrå, 2019).

---

<sup>3</sup> Tallene her er avrundet for å anonymisere de ulike kommunene.

## 4.7 Dataanalyse

Analyse av data ble gjort ved hjelp av IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows.

Det er gjort deskriptiv analyse av demografiske variabler med mean, median, range og standard avvik (SD). Svarene på samvittighetsstress og utbrenthet er sjekket for normalfordeling (Field, 2005).

Pearson's korrelasjonskoeffisient, two-tailed test, ble brukt for å se på samvariasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet samt på dimensjonene for utbrenthet, utilstrekkelighet, kynisme og utslitthet. Her ble svarene ekskludert «listwise» da det var flere respondenter som ikke hadde svart fullstendig på samvittighetsstress spørreskjemaet. Samvariasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet med total og hvert enkelt spørsmål ble testet med Pearson's og trinnvis lineær regresjon.

Trinnvis regresjonsanalyse ble utført for å se på korrelasjon mellom samvittighetsstress, utbrenthet og bakgrunnsinformasjon. Dette ble gjort ved at hvert enkelt spørsmål ble satt inn ett for ett som den avhengige variabelen og bakgrunnsinformasjon ble satt inn som uavhengig variabel. Total score for samvittighetsstress, og intensitet (delspørsmål B), ble kalkulert for hvert spørsmål og analysert opp mot bakgrunnsvariabler. Verdien som hadde svakest korrelasjon ble fjernet, for så å gjøre analysen på nytt til de verdier med høyest korrelasjon ble stående igjen, det være seg om de hadde et signifikansnivå  $p < 0,05$  (Field, 2005).

Det ble også utført trinnvis lineær regresjon på spørsmålet «Har du på noe tidspunkt vurdert å slutte jobben du nå har av grunner beskrevet i spørreskjemaene?» som avhengig variabel, samvittighetsstress og utbrenthet med total score og score for hvert enkelt spørsmål.

I regresjonsanalysen ble outliers satt til 3 standard avvik (SD).

Da det kan være delte meninger om lineær regresjon er den riktige måten å analysere disse dataene på ble resultat i den trinnvise lineære regresjonen kontrollert med multinominal logistisk regresjon for et utvalg av analysene. Resultatet med denne metoden viste tilnærmet samme resultat med hensyn til statistisk signifikans.

Mann-Whitney U ble også brukt for å sjekke for samvariasjon mellom samvittighetsstress, utbrenthet i tillegg til de ulike demografiske variablene. Dette ble gjort da dataene også kan klassifiseres som ikke-parametriske. Resultatene i spørreundersøkelsen ble akseptert som signifikant med  $p < 0,05$ .

#### 4.8 Forskningsetiske overveielser

Studien er gjennomført etter Helsinkideklarasjonens prinsipper om ivaretagelse av deltager, samt forskningsetiske retningslinjer (World Medical Association, 2013; De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Deltageren fikk skriftlig informasjon og ved deres svar samtykket de til deltagelse i studien.

Det fikk ikke noen konsekvenser for sykepleierne dersom de valgte ikke å delta i studien.

Utdeling av spørreskjemaene ble gjort av sykepleiere i de ulike kommunene for å unngå muligheten av påvirkning av deltakerne.

## 5 Resultater av undersøkelsen

### 5.1 Demografiske variabler

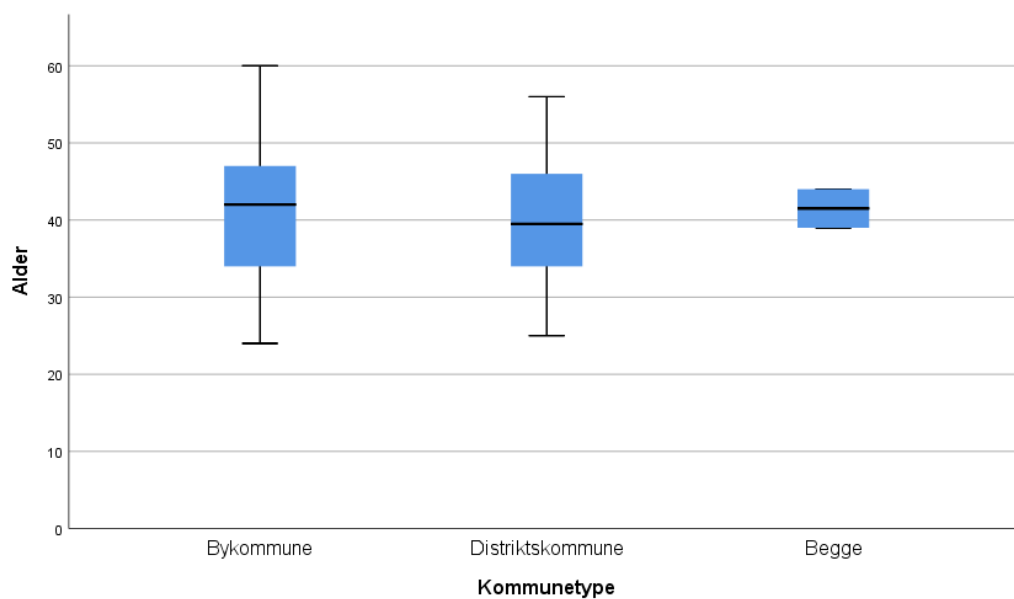
Utvalget består av 47 sykepleiere i alderen 24 til 60 år, mean 40,6 år. Tabell 1 viser alder og ansiennitet for utvalget. Aldersfordelingen viser at hovedvekten på respondentene ligger mellom 44 – 53 år med 38% og 34 – 43 år på 30 %, år. Dette gjenspeiler aldersfordeling av sykepleiere i Norge der det er en liten overvekt i aldersgruppen 35 - 49 år (Roksvaag & Texmon, 2012). Tabell 2 viser aldersgruppering i antall og prosentvis. Aldersfordelingen mellom by- og distriktskommunene var tilnærmet lik med en litt høyere gjennomsnittsalder på sykepleierne i bykommunene, figur 1. viser aldersfordeling i henhold til kommunetype med range, median, øvre og nedre kvartil og figur 2 viser ansiennitet i forhold til kommunetype og aldersgruppering. Kjønnfordeling viser at 94% av utvalget er kvinner og 6% menn. I dette utvalget oppgav 87% at de var gift eller samboende (heretter gift) og 13% enslige.

*Tabell 1. Alder og Ansiennitet for Utvalget n = 47*

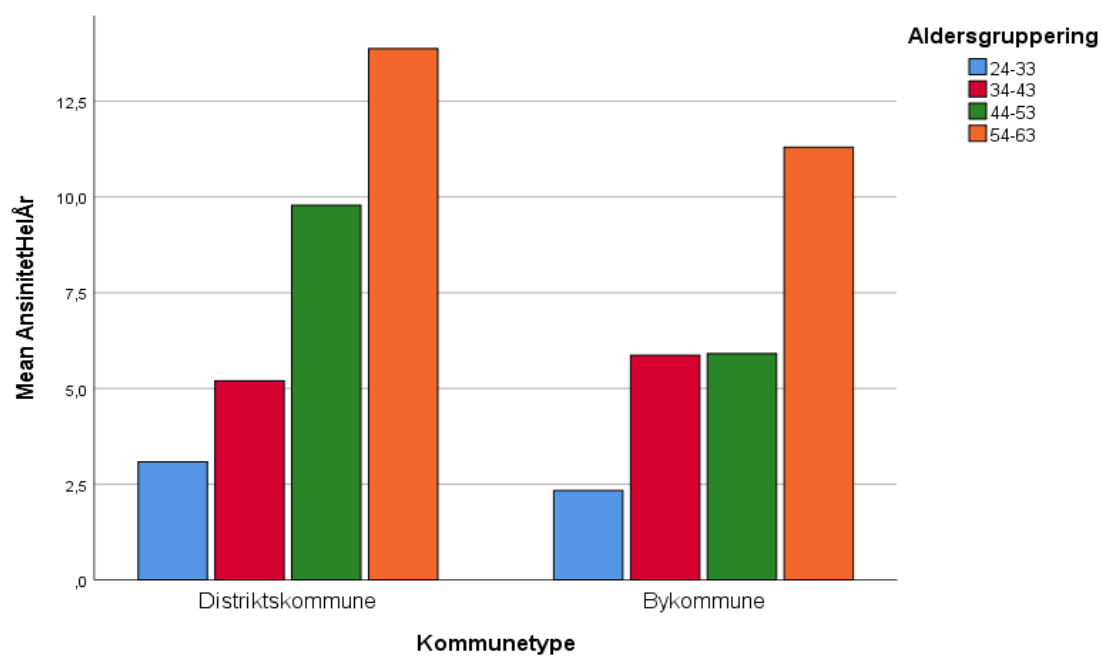
	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Alder	36	24	60	41	9
Ansiennitet	23	1	24	7	6

*Tabell 2. Aldersgruppering for Utvalget n = 47*

	Frequency	Percent	
	24-33	6	13
	34-43	14	30
Aldersgruppering	44-53	18	38
	54-63	9	19
		47	100



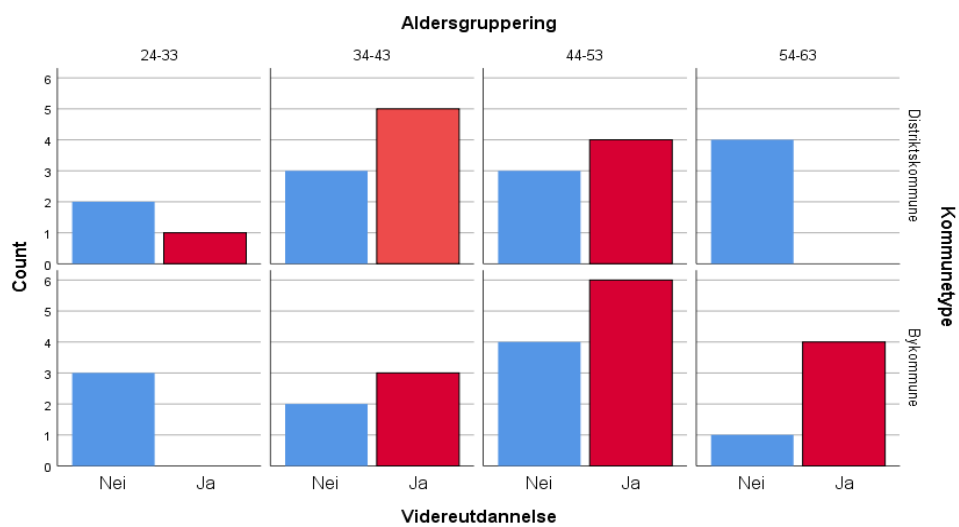
Figur 1. Aldersfordeling og kommunetype, median og range, med øvre og nedre kvartiler  $n = 47$



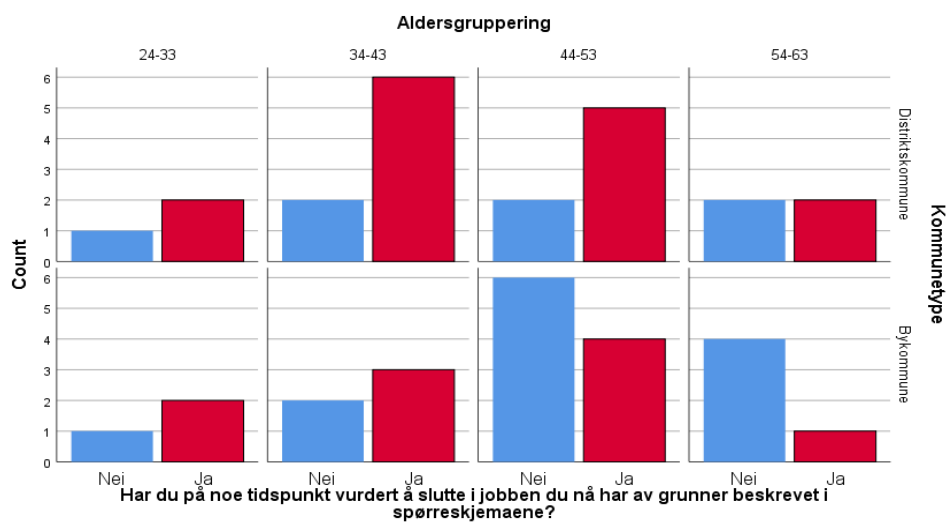
Figur 2. Ansiennitet i forhold til aldersgruppering og kommunetype  $n = 45$ .



Med hensyn til arbeidstid oppgav 79% at de jobbet to-delt turnus med dag og kveldsvakter. Majoriteten, 94%, var sykepleiere som jobbet pasientnært. Fordeling på videreutdanning vises se figur 3. I aldersgruppene 34 – 43 år og 44 – 53 år var det flest som hadde videreutdanning, totalt 18, som tilsvarer 78 % av sykepleierne med videreutdanning. Fordeling mellom kommunetyper var også svært jevn. To respondenter oppgav at de jobbet i både distrikt og by kommune. Disse har blitt utelatt i sammenligning av kommunetyper. Av de totalt 47 sykepleierne som har svart på undersøkelsen vurderte 55% å slutte av grunner beskrevet i spørreskjemaene mot 45% som ikke vurderte dette, figur 4 viser fordelingen med i forhold til aldersgruppering og kommunetype. Tabell 3 viser utvalgets karakteristika.



Figur 3. Videreutdannelse i forhold til aldersgruppering og kommunetype,  $n = 45$ .



Figur 4. Vurdert å slutte i forhold til aldersgruppering og kommunetype,  $n = 45$ .

Tabell 3. Utvalgets Karakteristika, n = 47

		Frequency	Percent
Kjønn	Kvinne	44	94
	Mann	3	6
Sivil status	Gift/samboer	41	87
	Enslig	6	13
Antall barn under 18 år	0	14	30
	1	14	30
	2	10	21
	3	6	13
	4	1	2
	Total	45	96
	Missing	2	4
Annen omsorgsbelastning	Ikke oppgitt	43	92
	Ja	4	8
Arbeidstid	Dag/Kveld	37	79
	Natt	2	4
	Tredelt	2	4
	Dag	5	11
	Total	46	98
	Missing	1	2
Er du leder	Ja	3	6
	Nei	44	94
Videreutdannelse	Ja	23	49
	Ikke oppgitt	24	51
Kommunetype	By	23	49
	Distrikt	22	47
	Begge	2	4
Har du vurdert å slutte av grunner beskrevet i spørreskjemaene?	Ja	26	55
	Nei	21	45

Av de 47 respondentene var det tre som ikke hadde svart tilfredsstillende på skjemaet som omhandlet samvittighetsstress og ble derfor ekskludert fra denne analysen, men beholdt i analysen for utbrenthet og den deskriptive oversikten. I korrelasjonsanalysen ble kun de som hadde svart tilfredsstillende på alle spørreskjemaene brukt. Da den største andelen er kvinner, jobber to-delt turnus og pasientrelatert er det ikke gjort analyser i forhold til kjønn, arbeidstid og ledere - «vanlige» sykepleiere. Sivil status, selv om skjevfordelt er likevel beholdt i analysene.

Minimum score for samvittighetsstress blant deltagerne var 4 og maksimum score var 131, mean score 62,73. Samvittighetsstress med mean og SD for både delspørsmål A, hyppighet av opplevelser, delspørsmål B, intensitet av opplevelsene, og total sum for hvert spørsmål vises i tabell 5. Maksimal score for Samvittighetsstress er 250. Figur 5. viser frekvensfordeling totalscore samvittighetsstress.

For utbrenthet var minimum score 10 og maksimum 57, mean 26,87, se tabell 4. Figur 6 viser frekvensfordeling for totalscore utbrenthet. Utbrenthet med mean og SD vises i tabell 6.

Maksimal score for Bergen Burnout Indicator er 60.

## 5.2 Korrelasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet, Pearson's two-tailed test

Hvor ofte hender det at du ikke rekker å gi den pleien pasienten behøver? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Samvittighetsstresset sykepleierne kjente på i forhold til dette korrelerte signifikant med følelsen av å bli tvunget til å gi feil pleie (SS) og følelsen av ikke å strekke til (BBI),  $p = 0,001$ , følelsen av uforenlige krav i jobben  $p = 0,05$  (SS) og motløshet med tanke på å slutte i jobb  $p = 0,02$  (BBI).

Hender det at du er tvunget til å gi pleie som kjennes feil? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Her viste analysen at dette korrelerte med uforenlige krav i arbeidet  $p < 0,000$  (SS), følelsen av at det jeg gjør ikke er verdt noe  $p = 0,004$ , og ikke å strekke til  $p = 0,008$ , motløshet og tanken på å slutte  $p = 0,014$  (BBI) i tillegg til det å gi avkall på ambisjoner om god pleie  $p = 0,027$  (SS).

Hender det at du utsettes for krav i ditt arbeid som er uforenlige? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Analysen viste en signifikant korrelasjon med ikke å engasjere seg i problemer og behov til de som treffes gjennom arbeidet  $p = 0,001$ , forhåpninger til arbeid og egen innsats  $p = 0,002$  (BBI), pasienter som blir krenket  $p = 0,003$ , leve opp til andres forventninger  $p = 0,007$  (SS), følelsen av ikke å strekke til og motløshet med tanke på å slutte  $p = 0,011$ , er det jeg gjør verdt noe  $p = 0,026$ , og redusert kontakt med de andre på jobben  $p = 0,045$  (BBI).

Hender det at du blir vitne til at en pasient krenkes og/eller skades? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Dette korrelerte med redusert kontakt med andre på jobb  $p = 0,001$ , å engasjere seg i andre  $p = 0,003$ , dårlig søvn  $p = 0,010$  (BBI), ønsket om å bruke til med sine nærmeste  $p = 0,025$  (SS) og tidligere forhåpninger til egen arbeidsinnsats  $p = 0,037$  (BBI).

Hender det at du unnviker en pasient eller pårørende som har behov for hjelp eller støtte? Gir dette deg dårlig samvittighet?

På spørsmålet om unnvikelse av pasienter og pårørende var det å redusere kontakten med andre på jobb som hadde høyest korrelasjon med  $p = 0,002$  (BBI), deretter krevende privatliv  $p = 0,031$  (SS) og å engasjere seg i problemer og behov til de som treffes gjennom jobb (BBI).

Hender det at ditt privatliv er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på dine nærmeste som du skulle ønske? Gir dette deg dårlig samvittighet?

I forhold til ett krevende privatliv var det kun følelsen av ikke å strekke til som korrelerte,  $p = 0,016$  (BBI).

Hender det at ditt arbeid er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på dine nærmeste slik som du skulle ønske? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Svarene respondentene gav på dette spørsmålet korrelerte signifikant med alle punktene på utbrenthetsskjemaet i tillegg til opplevelsen av ikke å leve opp til andres forventninger på arbeidsinnsats  $p = 0,033$  (SS), og de resterende punktene hadde  $p$ -verdier under 0,01 nivå. Følelsen av ikke å strekke til, om følelsen av at det som gjøres har noe verdi, motløshet med tanke på å slutte, dårlig søvn, forhåpninger til egen arbeidsinnsats, engasjere seg i andre på jobb og trøtthet viste alle  $p < 0,000$ , hyppig irritert på jobb  $p = 0,003$ , redusere kontakten med andre på jobb  $p = 0,006$  og mistet interesse for andre som treffes gjennom jobb  $p = 0,028$  (BBI).

Hender det at du opplever at du ikke kan leve opp til andres forventninger på din arbeidsinnsats? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Dette korrelerte med å være så nedkjørt at de reduserte kontakten med de andre på jobb  $p = 0,046$ , irritasjon på jobben  $p = 0,029$  (BBI), gi avkall på ambisjoner om god pleie  $p = 0,027$  (SS), miste interessen for de som treffes gjennom jobben  $p = 0,018$ , følelse av å være trett på jobb  $p = 0,012$ , følelse av ikke å strekke til  $p = 0,011$ , motløs på jobb og tenker på å slutte  $p = 0,008$  og vanskelig for å engasjere seg i problemer og behov til de som treffes gjennom jobben  $p = 0,002$  (BBI).

Hender det at du gir avkall på dine ambisjoner om å gi god pleie? Gir dette deg dårlig samvittighet?

Følelsen av å gi avkall på ambisjoner om å gi god pleie korrelerte signifikant med spørsmålet om det de gjør hadde noe verdi  $p = 0,048$ , irritasjon på jobben  $p = 0,034$ , å engasjere seg i problemer og behov til de som møtes på jobb  $p = 0,029$ , motløshet og tanke på å slutte  $p = 0,013$ , og følelsen av ikke å strekke til  $p = 0,004$  (BBI).

### 5.3 Samvittighetsstress

Det sykepleierne i denne undersøkelsen hadde dårligst samvittighet for, (SS del B), var konflikten de følte i forhold til at jobben går utover familielivet, mean 4,02 (SD 1,32), liten tid til å utøve god pleie, mean 3,64 (SD 1,19) og uforenlige arbeidsmessige krav, mean 3,02 (SD 1,46). Mean totalsum på disse spørsmålene var også de med høyest score, se tabell 5 henholdsvis spørsmål 7, 1 og 3.

Aldersgruppene med høyest gjennomsnitt score for samvittighetsstress er de mellom 34 – 43 og 44 – 53 år for begge utvalgene, men i distriktskommunene var det de mellom 44 – 53 år som scoret høyest, mot de i gruppen 34 – 43 år i bykommunene.

*Tabell 4. Total Score Samvittighetsstress n = 44 og Utbrenthet n = 47*

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Samvittighetsstress	4	131	62,73	27,43
Bergen Burnout Indicator	10	57	26,87	11,62

Tabell 5. Deskriptiv Statistikk Samvittighetsstress med Total Score, Mean og Standard Avvik for Total n = 42, Distriktskommune n = 20 og Bykommune n = 22

	Total		Distriktskommune		Bykommune	
	Mean	Std. Avvik	Mean	Std. Avvik	Mean	Std. Avvik
1. Hvor ofte hender det at du ikke rekker å gi den pleien pasienten behøver?	2,81	1,02	2,85	0,99	2,77	1,07
Gir dette deg dårlig samvittighet?	3,64	1,19	3,90	1,02	3,41	1,30
Sum	11,07	5,98	11,60	5,81	10,59	6,22
2. Hender det at du er tvunget å gi pleie som kjennes feil?	1,67	1,03	1,90	1,02	1,45	1,01
Gir dette deg dårlig samvittighet?	2,81	1,73	3,10	1,65	2,55	1,79
Sum	5,83	4,83	6,85	5,14	4,91	4,45
3. Hender det at du utsettes for krav i ditt arbeid som er uforenlige?	2,31	1,20	2,40	1,31	2,23	1,11
Gir dette deg dårlig samvittighet?	3,02	1,46	3,10	1,48	2,95	1,46
Sum	8,14	6,33	8,90	6,87	7,45	5,89
4. Hender det at du blir vitne til at en pasient krenkes og/eller skades?	0,98	1,05	0,95	1,15	1,00	0,98
Gir dette deg dårlig samvittighet?	2,21	1,98	2,10	2,05	2,32	1,96
Sum	3,45	4,01	3,35	4,56	3,55	3,54
5. Hender det at du unnviker en pasient eller pårørende som har behov for hjelp eller støtte?	1,21	1,05	1,30	0,92	1,14	1,17
Gir dette deg dårlig samvittighet?	2,31	1,89	2,60	1,82	2,05	1,96
Sum	4,10	4,42	3,85	3,48	4,32	5,20
6. Hender det at ditt privatliv er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på ditt arbeid slik som du skulle ønske?	1,05	0,85	1,20	0,89	0,91	0,81
Gir dette deg dårlig samvittighet?	1,98	1,72	2,05	1,64	1,91	1,82
Sum	3,12	3,40	3,30	3,57	2,95	3,32
7. Hender det at arbeidet er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på dine nærmeste slik som du skulle ønske?	2,83	1,34	3,50	1,00	2,23	1,34
Gir dette deg dårlig samvittighet?	4,02	1,32	4,45	0,89	3,64	1,53
Sum	12,52	7,09	16,05	6,31	9,32	6,29
8. Hender det at du opplever at du ikke kan leve opp til andres forventninger på din arbeidsinnsats?	2,07	1,33	2,25	1,45	1,91	1,23
Gir dette deg dårlig samvittighet?	2,76	1,79	2,60	1,96	2,91	1,66
Sum	7,60	6,63	8,10	7,52	7,14	5,84
9. Hender det at du gir avkall på dine ambisjoner om å gi god pleie?	1,81	1,27	2,20	1,24	1,45	1,22
Gir dette deg dårlig samvittighet?	2,76	1,74	3,35	1,50	2,23	1,80
Sum	6,67	5,76	8,45	5,71	5,05	5,43
Total Score SS	62,50	28,03	70,45	24,47	55,27	29,62



Tabell 6. Deskriptiv Statistikk Bergen Burnout Indicator med Total Score, Mean og Standard Avvik for Utvalget n= 45, Distriktskommune n = 22 og Bykommune n = 23

	Total		Distriktskommune		Bykommune	
	Mean	Std. Avvik	Mean	Std. Avvik	Mean	Std. Avvik
1. Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til.	3,60	1,59	4,05	1,49	3,17	1,59
2. Jeg stiller stadig spørsmål ved om det jeg gjør er verdt noe.	2,93	1,62	3,18	1,62	2,70	1,61
3. Jeg er ofte motløs på arbeid og tenker derfor på å slutte i jobben.	2,56	1,56	2,82	1,62	2,30	1,49
4. Jeg blir hyppig irritert i jobben.	2,56	1,18	2,73	1,31	2,39	1,03
5. Ofte sover jeg dårlig p.g.a. forhold på jobben.	2,56	1,46	3,00	1,57	2,13	1,22
6. Da jeg begynte i min nåværende jobb hadde jeg større forhåpninger til arbeidet og min egen arbeidsinnsats enn det jeg har nå.	2,69	1,56	3,09	1,60	2,30	1,46
7. Jeg synes det er vanskelig å engasjere seg fullt ut i problemene og behovene til de jeg treffer gjennom arbeidet.	2,76	1,48	2,91	1,34	2,61	1,66
8. I det siste har jeg følt meg så nedkjørt at jeg har blitt tvunget til å redusere kontakten med de andre på jobben.	2,24	1,38	2,32	1,32	2,17	1,47
9. Jeg føler meg trett under arbeidsdagen.	2,98	1,39	3,32	1,39	2,65	1,34
10. Jeg opplever gradvis at jeg har mistet interessen for de mennesker jeg treffer gjennom jobben.	2,13	1,29	2,09	1,30	2,17	1,30
Total Score BBI	27,00	11,74	29,50	11,38	24,61	11,83

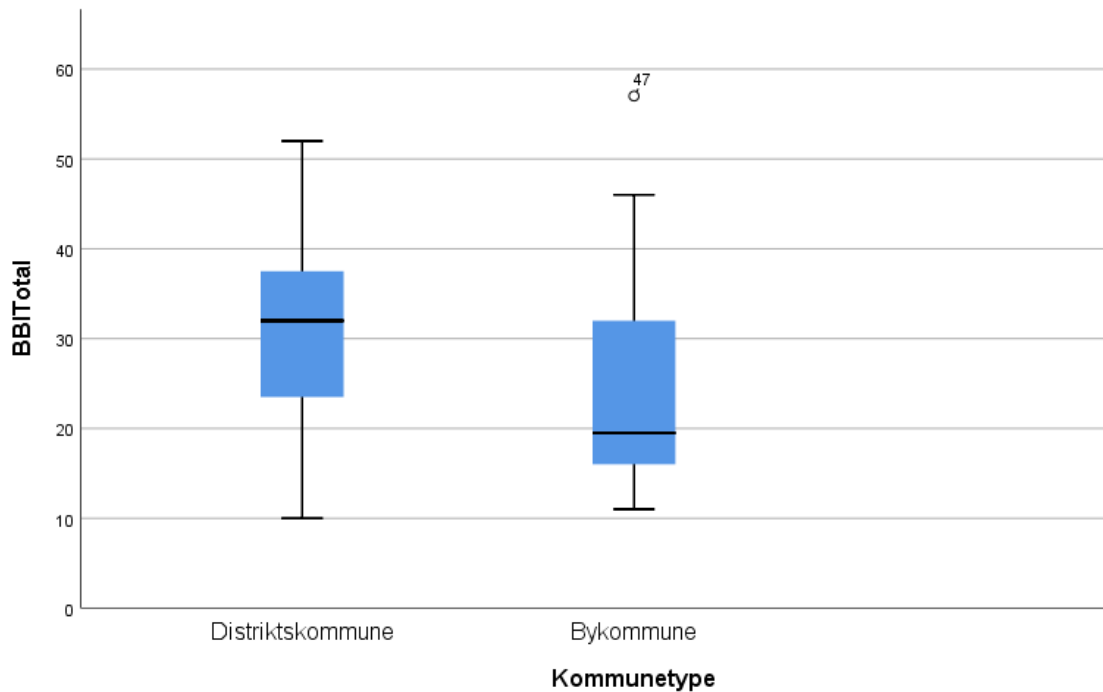
Tabell 7. Mann-Whitney U for Samvittighetsstress (SS) og Utbrenthet (BBI) i Forhold til Kommunetype

	SSTotal	BBITotal
Mann-Whitney U	151,50	132,50
Wilcoxon W	404,50	385,50
Z	-1,73	-2,21
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,084	0,027
a. Grouping Variable: Kommunetype		

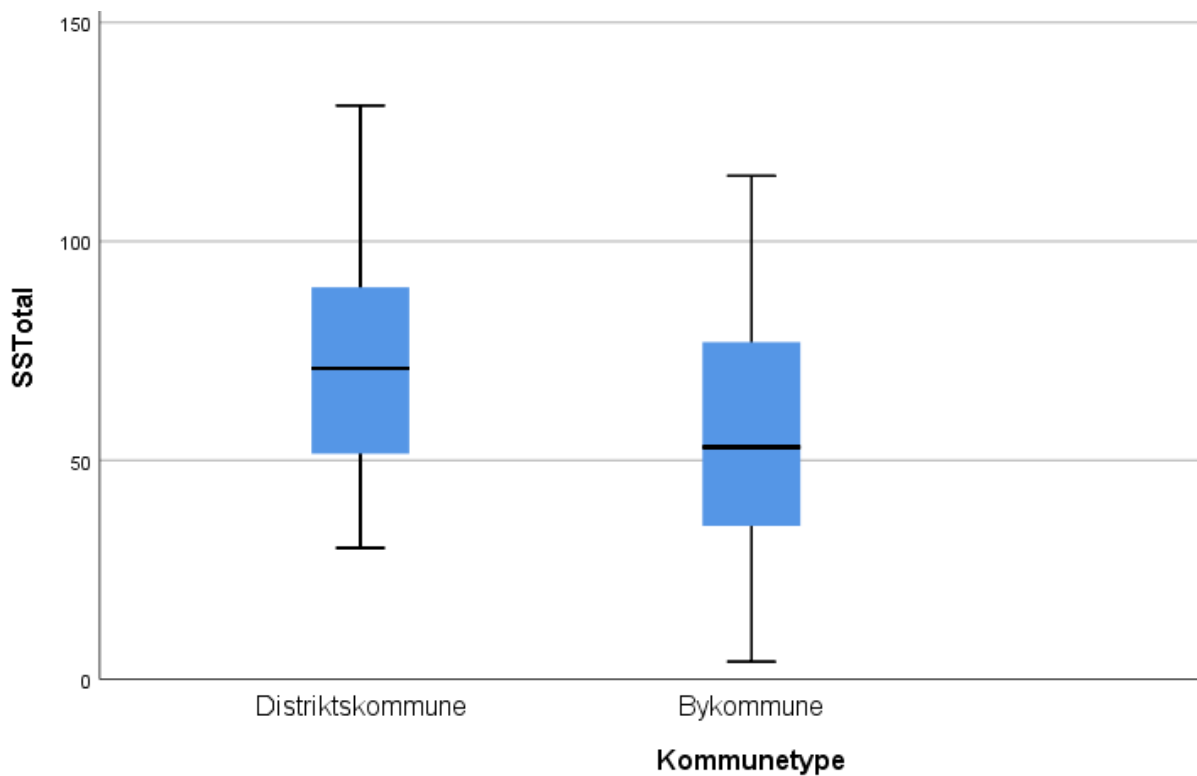
#### 5.4 Mann-Whitney U test

Mann-Whitney U testen viste en signifikant forskjell på utbrenthet i distriktskommune ( $Md = 32$ , og  $n = 20$ ) i forhold til bykommune ( $Md = 19,50$ , og  $n = 22$ )  $U = 132,50$ ,  $z = -2,206$ ,  $p = 0,027$ ,  $r = 0,3$  som gir en medium effekt (Pallant, 2013, p. 238), se tabell 7. Analysen viste at sykepleierne i distriktskommunene scoret høyest på alle spørsmål som gjelder utbrenthet bortsett fra opplevelsen av å miste interessen for de mennesker de treffer gjennom jobben. Her hadde sykepleierne i bykommunene høyest score, men det var ingen signifikant forskjell,  $p = 0,78$ . Sykepleierne i distriktskommunene hadde derimot en signifikant høyere følelse av ikke å strekke til, ( $Md = 4,00$ ,  $n = 22$ ) i forhold til bykommunene ( $Md = 3$ ,  $n = 23$ )  $U = 168,50$ ,  $z = -1,970$ ,  $p = 0,049$ ,  $r = 0,3$ , se tabell 6. Når det gjelder samvittighetsstress scoret sykepleierne fra bykommunene høyest på spørsmålet om de var vitne til at en pasient krenkes og/eller skades, men det var ingen signifikant forskjell,  $p = 0,54$ . På de resterende spørsmålene var det igjen sykepleierne fra distriktskommunene som hadde høyest score. Analysen viste en signifikant forskjell i opplevelsen av hvordan jobben påvirket familielivet til sykepleierne i distriktskommunene, ( $Md = 20$ ,  $n = 20$ ) i forhold til bykommunene ( $Md = 10$ ,  $n = 22$ ,)  $U = 100,50$ ,  $z = -3,044$   $p = 0,002$ ,  $r = 0,5$  hvilket gir en stor effekt, se tabell 5. På total samvittighetsstress viste Mann-Whitney U ( $Md = 71,00$ ,  $n = 20$ ) for distriktskommune og ( $Md = 53$  og  $n = 22$ ) for bykommune,  $U = 151,50$ ,  $z = -1,726$ ,  $p = 0,084$ ,  $r = 0,3$ , altså en forskjell, men ikke signifikant, se tabell 7. Forskjellene i svar på distrikts- og bykommune i forhold til både utbrenthet og samvittighetsstress vises i figur 5. og 6.

To respondenter oppgav at de jobbet i både i distrikts- og bykommune, disse er ikke tatt med i den aktuelle analysen.



Figur 5. Utbrenthet med median, range og øvre og nedre kvartiler i forhold til kommunetype,  $n = 47$ .



Figur 6. Samvittighetsstress median, range og øvre og nedre kvartiler i forhold til kommunetype,  $n = 44$ .

Aldersgruppen som scorer gjennomsnittlig høyest på utbrenthet er de mellom 44 – 53 år i distriktskommunene og den yngste gruppen, 24 – 33 år, i bykommunene. Ellers viser analysen en gjennomgående høyere score i utbrenthet blant sykepleierne i distriktskommunene for de resterende aldersgruppene, se figur 7 og 8. I forhold til utbrenthet er nivå av utilstrekkelighet høyest, noe lavere grad av emosjonell utslitthet og de scorer lavest på kynisme faktoren.

Alle spørsmålene i Bergen Burnout Indicator viste her en korrelasjon på  $p \leq 0,001$  i forhold til samvittighetsstress.

De faktorer som sykepleierne score høyest på i forhold til utbrenthet var følelsen av ikke å strekke til, mean 3,60 (SD 1,59), det å føle seg trett under arbeidsdagen, mean 2,98 (SD 1,39), og å stille spørsmål om det de gjør har noe verdi, mean 2,93 (SD 1,62). Dette er rekkefølgen for utvalget totalt og blant sykepleierne i distriktskommunene, se tabell 6 spørsmål 1, 9 og 2. Av disse faktorene går de to første inn under dimensjonen utilstrekkelighet og den siste under dimensjonen emosjonell utslitthet. Av de ulike dimensjonene viste analysene at sykepleierne i dette utvalget scoret høyest på utilstrekkelighet, mean 3,07, emosjonell utslitthet, mean 2,59 og lavest på kynisme, mean 2,51.

Medvirkende faktorer til samvittighetsstress er følelsen av utslitthet når sykepleierne opplever at jobben blir så krevende at den går ut over familien, mean 12,52 (SD 7,09), når de ikke rekker å gi pleie pasienten behøver, mean 11,07 (SD 5,98), og leve opp til andres forventninger, mean 7,60 (SD 6,63), se tabell 5, spørsmål 7, 1 og 8.

Kynismefaktorer i samvittighetsstress er å leve opp til andres forventninger, mean 7,60, (SD 6,63), og å gi avkall på ambisjoner om å gi god pleie, mean 6,67, (SD 5,76) se tabell 5 spørsmål 8 og 9. Total mean score for intensiteten («Gir dette deg dårlig samvittighet») på utslitthet her 3,5 og kynisme 2,9, tabell 5 (Glasberg, et al., 2007).

## 5.5 Analyser i forhold til bakgrunnsinformasjon

Analyse av bakgrunnsinformasjon viste at 55% av sykepleierne i denne undersøkelsen vurderer å slutte i nåværende jobb av grunner beskrevet i spørreskjemaene og det var flest i distriktskommunene som tenkte på å slutte, tabell 3. En sykepleier oppgav også at hun hadde søkt ny jobb. Figur 4 viser fordeling av aldersgruppering og kommunetype i forhold til vurdering om å slutte i nåværende jobb.

### 5.5.1 Regresjonsanalyse samvittighetsstress og bakgrunnsinformasjon

De som er mest påvirket av totalt samvittighetsstress er de yngste, de som har kortest ansiennitet, de som er gift og de som jobber i distriktskommuner.

Faktorer som bidrar til totalt opplevd samvittighetsstress for utvalget er alder i forhold til ikke rekke å gi pasienten pleie som behøves,  $p = 0,025$ , ansiennitet med tanke på å gi pleie som kjennes feil  $p = 0,002$  og uforenlige krav i arbeidet  $p = 0,004$ , sivil status og krevende privatliv  $p = 0,041$  og kommunetype og i forhold til en krevende jobb og ønsket om å bruke mer tid på familien  $p = 0,003$ . Det var de yngste som følte at de måtte gi avkall på sine ambisjoner om å gi god pleie  $p = 0,039$ . Ved første steg i regresjonsanalysen viste alder ett signifikansnivå på  $p = 0,039$ . Siste steg i analysen viste  $p = 0,051$ . Analysen er gjort igjen med kun det aktuelle spørsmålet og alder som gav samme resultat med  $p = 0,039$  og denne verdien er brukt videre.

På hyppigheten av samvittighetsstress svarte 26 % at de opplevde hver uke at de ikke rakk å gi pleien som behøves og 32 % oppgav at dette som et månedlig fenomen. Å gi pleie som kjennes feil var det bare 2 % som opplevde hver uke og 17 % som opplevde dette hver måned. På spørsmålet om uforenlige krav i arbeidet svarte 2 % at dette opplevde de daglig og 13 % ukentlig. Svært få opplevde at brukere ble skadet/krenket, 2 % ukentlig og 4 % månedlig. Femten prosent oppgav at de månedlig unnvek brukere som hadde behov for hjelp og støtte. Krevende privatliv som kunne gå ut over jobben oppgav 4 % at de opplevde månedlig. Konflikten mellom krevende jobb og tid til familien opplevde 4 % dette daglig og 32% ukentlig. Ikke å leve opp til andres forventninger var det 2 % som oppgav daglig og 6 % hver uke. Ett mindretall svarte at de gav avkall på ambisjoner om å gi god pleie, 2 % daglig og 6 % ukentlig.

Når det gjelder opplevd intensitet på samvittighetsstress (del spørsmål B), var det også de yngste som fikk mest dårlig samvittighet dersom de ikke rakk å gi hva de mente var best mulig pleie  $p = 0,029$ .

Det var en signifikant forskjell på opplevelsen av samvittighetsstress mellom de som hadde barn når det gjaldt det å gi pleie som kjennes feil,  $p = 0,012$  og det å unnvike pasienter og pårørende som har behov for hjelp eller støtte  $p = 0,027$ , sammenlignet med de som ikke hadde barn.

De som var gift hadde også ett mer krevende privatliv  $p = 0,023$  enn de som oppgav å være enslige.

Sykepleiere i distriktskommunene viste et signifikant høyere samvittighetsstress når det gjaldt konflikten mellom krevende jobb og prioritering av familie  $p = 0,044$  og å gi avkall på ambisjoner om å gi god pleie  $p = 0,045$  enn sine kolleger i bykommunene.

Regresjonsanalyse viser altså at faktorer som bidrar signifikant til samvittighetsstress i dette utvalget er alder, ansiennitet, sivil status og kommunetype, dette gjelder både sum for hvert spørsmål i spørreskjemaet og opplevd intensitet (spørsmål B).

I forhold til total opplevelse av samvittighetsstress og vurdering om å slutte i jobben viste regresjonsanalysen en signifikans på  $p = 0,001$ . De enkelte spørsmål med høyest signifikant korrelasjon her var «Hender det at ditt arbeid er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på dine nærmeste som du skulle ønske?»  $p = 0,000$  og «Hender det at du utsettes for krav i ditt arbeid som er uforenlige?»  $p = 0,002$ .

### 5.5.2 Regresjonsanalyse utbrenthet og bakgrunnsinformasjon

De faktorer som er fremtredende i forhold til utbrenthet og bakgrunnsinformasjonen er alder, kommunetype og videreutdanning.

De yngste hadde en følelse av ikke å strekke til,  $p = 0,019$ , var ofte motløs på arbeid og tenkte på å slutte,  $p = 0,013$ , hadde hatt større forhåpninger til arbeidet og egeninnsats da de begynte i nåværende jobb,  $p = 0,003$ . De syntes det var vanskelig å engasjere seg fullt ut i problemer og behov til mennesker de møter gjennom jobb,  $p = 0,004$ , og følte seg så nedkjørt at de ble tvunget til å redusere kontakten med de andre på jobb,  $p = 0,020$ . De yngste opplevde også at de gradvis mistet interessen for de mennesker de traff gjennom jobben,  $p = 0,006$ .

De som slet med søvn relatert til jobb var sykepleierne i distriktskommunene  $p = 0,031$ , disse hadde også hatt større forhåpninger til arbeid og egen arbeidsinnsats da de startet enn det de hadde da de svarte på spørreundersøkelsen  $p = 0,045$ .

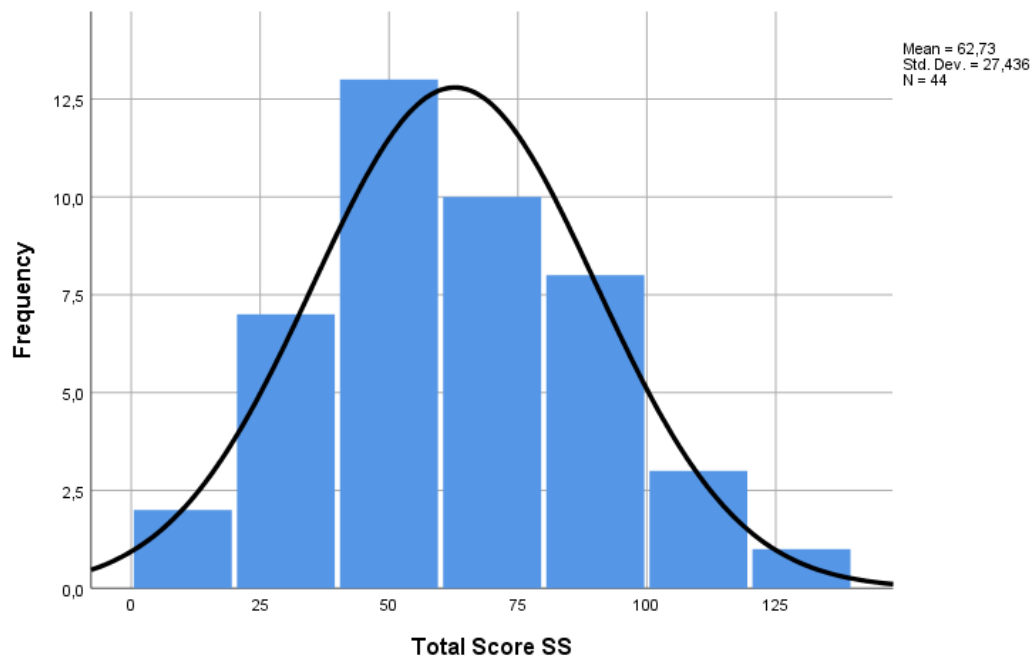
Sykepleierne med videreutdanning hadde tidligere hatt større forhåpninger til arbeidet og egen arbeidsinnsats enn hva de hadde nå,  $p = 0,036$ . De som ikke hadde videreutdanning var de som følte seg trøtt under arbeidsdagen  $p = 0,032$ .

Analysene viser her at faktorer som bidrar signifikant til utbrenthet for dette utvalget er alder, kommunetype og ingen videreutdanning.

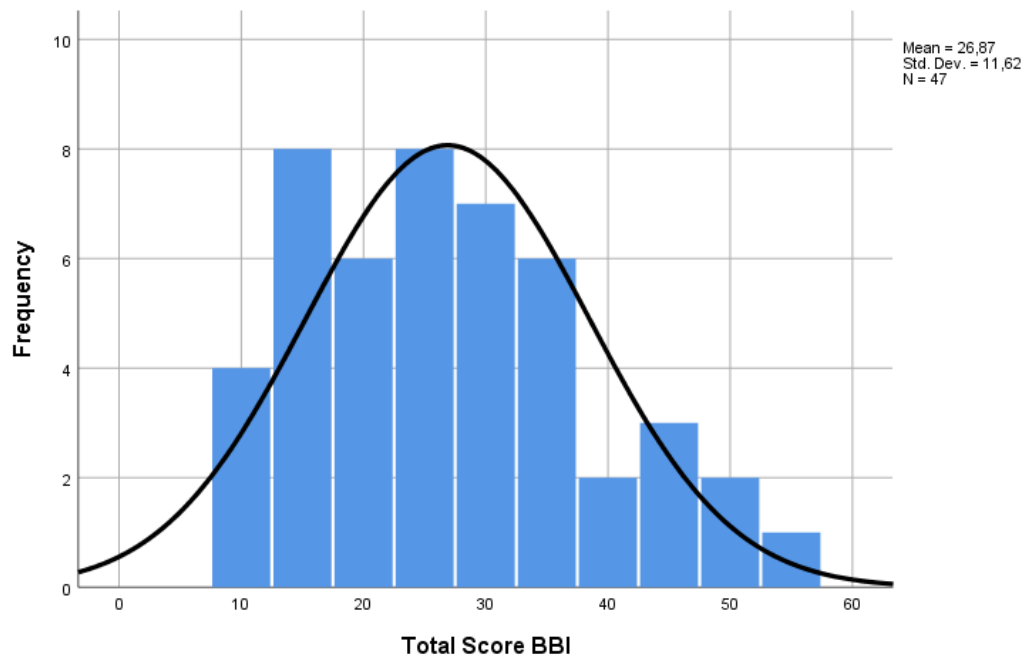
Det å ha vurdert å slutte korrelerte signifikant med utbrenthet  $p < 0,000$  og faktoren som her gav størst utslag var, ikke uventet, motløshet med tanke på å slutte,  $p = 0,007$ . I forhold til

totalopplevelsen av samvittighetsstress og vurdering på å slutte viste regresjonsanalysen  $p = 0,001$  og faktorene som skilte seg ut her var uforenlige krav i arbeidet  $p = 0,002$  og konflikten krevende arbeid som gikk ut over familielivet,  $p = 0,000$ .

Analysen viste stor korrelasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet dette for utvalget,  $p = 0,000$ .



Figur 7. Frekvensfordeling totalscore samvittighetsstress n = 44

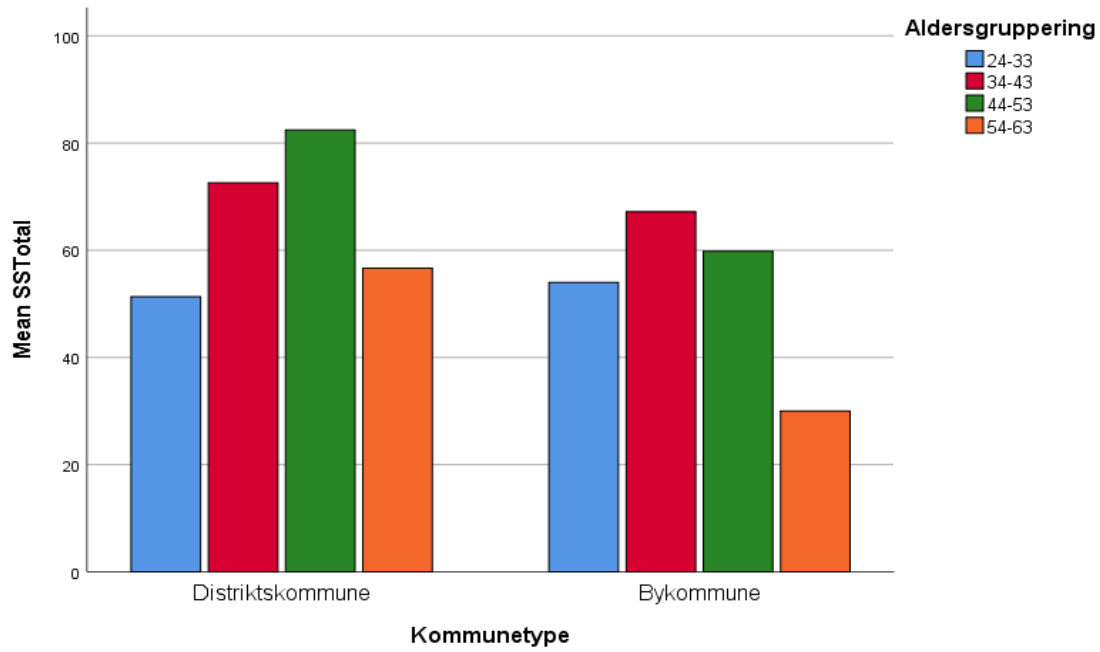


Figur 8. Frekvensfordeling totalscore utbrenthet  $n = 47$

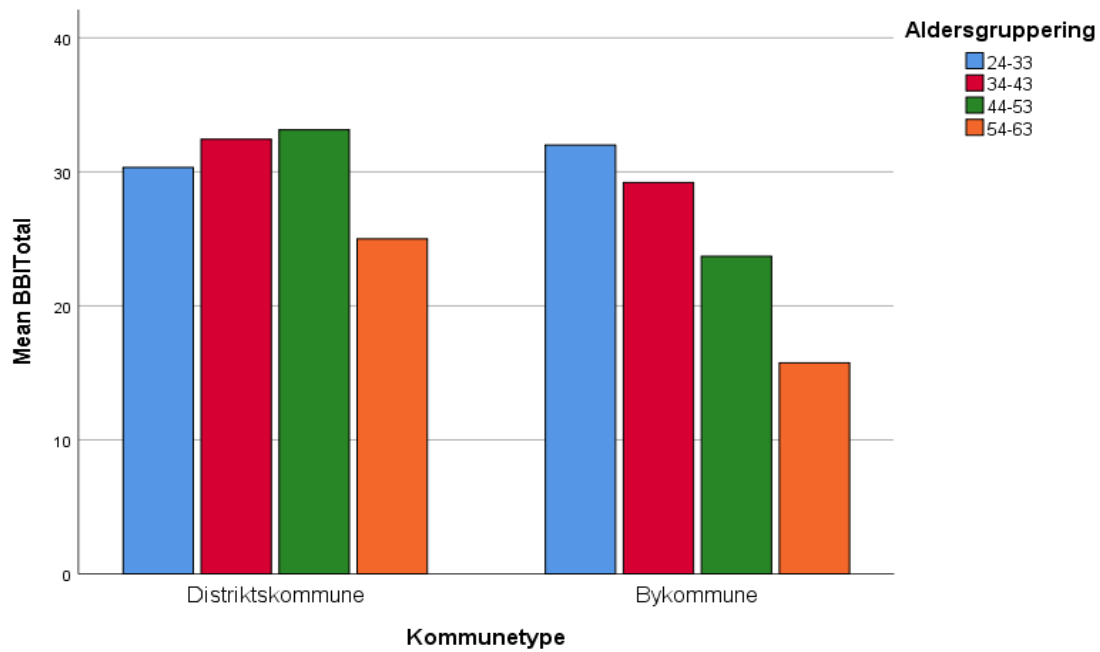
Tabell 8. Utvalgets fordeling i risikogruppene for utbrenthet  $n = 47$

	Fornøyd				Utbrent		
	Fantastisk tilfreds	Svært tilfreds	Tilfreds	Bør være litt observant	Grenseland til utbrent	Utbrent	Alvorlig utbrent
Score BBI	10-12	13-18	19-27	28-35	36-43	44-52	53-60
Antall respondenter	4	11	11	13	3	4	1





Figur 9. Gjennomsnittscore samvittighetsstress i forhold til kommunetype og aldersfordeling  $n = 45$



Figur 10. Gjennomsnittscore utbredhet i forhold til kommunetype og aldersgruppering  $n = 45$

## 6 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om sykepleiere i hjemmesykepleien påvirkes av samvittighetsstress og om det kan være en sammenheng mellom samvittighetsstress og utbrenthet. Det var også ønskelig å sammenligne by- eller distriktskommuner. Analysene viser at dette utvalget har en liten til moderat grad av både samvittighetsstress og utbrenthet, men at det er en signifikant større grad av utbrenthet i distriktskommuner enn i bykommuner. Studien viser også at alder, ansiennitet, sivil status og videreutdanning kan ha betydning for både samvittighetsstress og utbrenthet. I tillegg ses en signifikant korrelasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet for utvalget.

Korrelasjonen som er funnet mellom samvittighetsstress og utbrenthet samsvarer sterkt med andre studier (Glasberg, et al., 2007; Juthberg, et al., 2008).

Studien viser at sykepleierne i hjemmesykepleien opplever både samvittighetsstress og utbrenthet. Ved å se på maksimum scorer for samvittighetsstress var dette 131 for utvalget, mean 62,7, maksimum score for samvittighetsstress - spørreskjemaet er 225, men bare 9 % av utvalget scorer over 100. Dette er under middelerdien på samvittighetsstress-skjemaet. Utvalget påvirkes i mindre grad av samvittighetsstress enn utbrenthet, men noen av faktorene påvirker dem svært mye. For utbrenthet er maksimal score 60, mean score for utvalget var 26,87. Dette kan tyde på at selv en lav grad av samvittighetsstress kan føre til utbrenthet. Det som ser ut til å påvirke sykepleierne sterkt er enkelte faktorer av samvittighetsstress, da særlig konflikten jobb og familieliv, tid og følelsen av stadig å bli utsatt for uforenlige krav i jobben. På denne måten kan det tolkes som om sykepleierne blir påvirket av samvittighetsstress. Denne undersøkelsen viser at norske sykepleierne i hjemmesykepleien er mer påvirket av samvittighetsstress enn sykepleiere i både Finland og Sverige (Saarnio, et al., 2012; Juthberg, et al., 2008).

To uventet funn i studien var at de som hadde barn under 18 år viste en signifikant høyere grad av samvittighetsstress dersom de unnvek brukere eller pårørende som hadde behov for hjelp eller støtte og i forhold til å gi pleie som kjentes feil, enn de som ikke hadde barn. Dette er ikke beskrevet i andre studier, men en studie finsk studie fant at sykepleiere med to hjemmeboende barn scorer høyere på samvittighetsstress enn de med ett barn (Saarnio, et al., 2012).

De sykepleierne med lengst erfaring var også de som rapporterte lavest grad av både samvittighetsstress og utbrenthet.

Aldersfordeling av sykepleiere i utvalget er tilnærmet som aldersfordelingen på sykepleiere i Norge der det er en liten overvekt i aldersgruppen 35 - 49 år (Roksvaag & Texmon, 2012). Kjønnfordelingen i gjenspeiler kjønnfordeling i sykepleie internasjonalt (Woods, et al., 2014), men er litt lavere enn i Norge der 10% av sykepleierne i 2010 var menn (Roksvaag & Texmon, 2012).

## 6.1 Samvittighetsstress

Sykepleierne som jobber i distriktskommuner scoret høyere på samtlige spørsmål i samvittighetsstress i denne studien bortsett fra spørsmål 4 og 5. De er ikke så ofte vitne til at brukere krenkes og/eller skades og de unnviker heller ikke brukere eller pårørende som har behov for hjelp eller støtte, noe sykepleierne i bykommunene oppgir at de oftere gjør. De tre faktorene med høyest score på samvittighetsstress for utvalget er at arbeidet er så krevende at det går ut over familielivet, at de ikke rekker å gi den pleien som behøves og at de utsettes for krav i arbeidet de føler er uforenlige. Dette er også den rangert rekkefølgen hos sykepleierne i distriktskommunene. Sykepleierne i bykommunene oppgav samme tre faktorene som største trusselen for opplevelse av samvittighetsstress, men i en annen rekkefølge. Her var det at de ikke rakk å gi den pleien brukeren behøver som hadde høyest score, fulgt av krevende jobb i forhold til familie og at de utsettes for uforenlige krav i jobben. Svarene sykepleierne i bykommunene gav er i samsvar med den rekkefølgen utviklerne av spørreskjemaet fant da de konstruerte dette (Glasberg, et al., 2006). Det samme er også tilfelle i opplevelsen av hyppigheten og følelse av dårlig samvittighet. Respondentene svarer med relativt høy grad av dårlig samvittighet (delspørsmål B) på opplevelsen av samvittighetsstress selv om den opptrer sjelden (delspørsmål A). Dette er også funnet i andre studier (Woods, et al., 2014). På spørsmålet om respondentene opplevde at de ble utsatt for uforenlige krav i jobben svarte 48 % at dette var noe som skjedde mer/mindre enn 1 gang i halvåret. Likevel utløser dette en høy grad av dårlig samvittighet. Det samme gjelder spørsmålet om de er vitne til at brukere krenkes og/eller skades. Her oppgir en respondent at dette skjer ukentlig og to at de ser dette månedlig. De resterende 41 respondentene opplever dette sjeldnere, men det utløser samme høye grad av dårlig samvittighet. Dette viser at sykepleierne er svært sensitive overfor hvordan brukerne har det i forhold til den tjenesten de får og hva de som helsepersonell har anledning til å tilby av de tjenester brukerne har krav på. I studien vises dette ved at sykepleierne stadig har en opplevelse av ikke å ha nok tid til brukerne. Dette samsvarer ikke med hvordan lovgiver beskriver tjenesten med en helhetlig tilnærming med fokus på gode opplevelser, sikker og god kvalitet, ha kompetente ansatte, tilstrebe kontinuitet og være en

trygg og sikker tjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette er kvaliteten på tjenesten sykepleierne ønsker å levere. Sykepleierne er både etisk og moralsk bevisst og har en genuin interesse av at brukeren skal ha det bra, men de har en hverdag med et høyt tidspress, stor arbeidsbyrde og liten grad av utviklingsmuligheter. De har lav grad av medbestemmelse over sin arbeidshverdag da de får utdelt lister med brukere de skal til. Gapet mellom standarden sykepleierne ønsker å gi på tjenesten de utfører og faktisk yttjeneste kan slite på dem og føre til at de blir moralsk-mentalt utslitt. Dette kan i noen grad være selvpåført da de kan stille høyere krav til seg selv enn det brukerne gjør. Blir samvittighetsstress prisen som betales for å være etisk og moralsk bevisst? En stor del av sykepleierne oppgir at de ikke gir avkall på sine ambisjoner om å gi god pleie, men får i stor grad dårlig samvittighet dersom de gjør det. De ønsker å gi tjenester av høy kvalitet, selv med de trange rammene de jobber under.

### 6.1.1 Sivil status

Denne studien viser at sykepleiernes opplevelse av samvittighetsstress i distriktet er signifikant høyere enn i bykommunene når det gjelder konflikten mellom jobb og familie. Jobben blir så krevende at de ikke orker å bruke så mye tid på familien som de skulle ønsket. Andre studier viser imidlertid at en av grunnene for å jobbe i hjemmesykepleien er at dette i stor grad lar seg kombinere med familieliv (Anthony & Milone-Nuzzo, 2005). Respondentene i denne studien opplever ikke jobben som utpreget familievennlig. Dette samsvarer med studier som hevder at jobben i hjemmesykepleien kan påvirke familielivet negativt (Tourangeau, et al., 2014; Naruse, et al., 2012). Konflikten sykepleierne føler oppstår mellom familien og jobben kan oppleves som forstyrrende og belastende da jobben også blir en del av fritiden, bevisst eller ubevisst. Sykepleierne tar jobben med seg hjem og da kan det gå ut over familien ved at de ikke orker å engasjere seg slik de skulle ønske. Dette er også beskrevet i andre studier (Yamaguchi, et al., 2016; Matthiesen, 2000). Slikt stress kan over tid føre til følelsesmessig utslitthet som kan gå over til en kyniskhet både overfor brukere og kolleger (Naruse, et al., 2012; Maslach, et al., 2001). Til tross for at respondentene i denne studien rapporterte en viss grad av følelsesmessig utslitthet viser de lav grad av kynisme.

Sykepleierne i utvalget som oppgav å være enslig hadde et mindre krevende privatliv og mulig mindre opplevelse av samvittighetsstress i forhold til konflikten mellom jobb og familie. Her må andelen av utvalget tas i betraktning da kun 13 % oppgav å være enslige og da kan det være vanskelig å sammenligne.

### 6.1.2 Tid, uforenlige krav og kommunetype

Respondentene i denne studien oppgir mangel på tid og uforenlige krav i jobben som en annen utløsende faktor til samvittighetsstress og igjen er det sykepleierne i distriktskommunene som scorer høyest. Det var også en signifikant forskjell på sykepleierne i distriktet og byene når det gjaldt å gi avkall på egne ambisjoner om å gi god pleie. Mangel på tid og følelsen av uforenlige krav førte til at sykepleierne kjente seg tvunget til å gi pleie de oppfatter som feil for så gi avkall på ambisjoner om å gi god pleie, i tillegg til følelsen av å ikke leve opp til andres forventninger. Tilbakemelding fra en av kommunene var at sykepleierne ikke hadde tid til å svare på undersøkelsen og at dette var grunnen for lav deltagelse fra den aktuelle kommunen. Dette viser at følelsen av ikke å ha nok tid er framtrødende i hjemmesykepleien. Spørsmål 3 i Samvittighetsstress «Hender det at du utsettes for krav som er uforenlige?» var uklart for en av deltagerne. Kommentar her var «Skjønner ikke om du mener etisk eller tidsmessig». Dette kan tolkes som om både tidsmessige og etiske krav oppleves som uforenlige.

Kommunehelsetjenestelovens intensjon for hjemmesykepleiens arbeidsområder ser ut til å hindres, da rammene sykepleierne jobber under er for stramme, både i forhold til tid og økonomi. Sykepleierne opplever mangel på rammer som tillater dem å jobbe slik lovens hensikt tilsier. Forventningen fra loven, ledelsen, brukeren og seg selv kan ikke leves opp til i den arbeidshverdagen sykepleierne kjenner. Mangel på tid kan styrke opplevelsen av ikke å kunne gi pleie slik de ønsker den bør være og dette bekreftes i andre studier, både internasjonalt og nasjonalt (Wolf, et al., 2016; Strandås, et al., 2019). Ønsket om å gjøre det beste for brukeren gjør at sykepleierne ønsker å strekke seg for å gi det lille ekstra (Strandås, et al., 2019; Maslach & Leiter, 2016), men tiden strekker ikke til. Dette ønske sykepleieren har kan både være for brukerens og egen del, å få følelsen av å være til nytte, gjøre en forskjell og yte god pleie (Vinje & Mittelmark, 2008; Vinje & Mittelmark, 2007; Maslach & Leiter, 2016).

I forhold til tid kan det også nevnes at kjøretid mellom brukere ikke alltid blir tatt hensyn til i planlegging av bruker-listene sykepleierne får utdelt (Holm, 2017; Tourangeau, et al., 2014). Dette kan få store konsekvenser i distriktet når det er lange avstander mellom brukerne. Sykepleierne møtes daglig av krav til effektivitet som kan være motstridende til hva de mener er faglig etisk rett eller forsvarlig (Tønnessen, 2016; Vinje & Mittelmark, 2007; Strandås, et al., 2019). De ønsker å gjøre en jobb som er tilfredsstillende både for dem selv og bruker. Det kommer fram i studien at selv om frekvensen av opplevd samvittighetsstress er lav var

intensiteten på følt samvittighetsstress høy. Når kravet til effektivitet settes høyere enn brukerens behov vil sykepleierne slite med dårlig samvittighet (Kälvemark, et al., 2004; Sørli, et al., 2005; Tourangeau, et al., 2014; Maslach, et al., 2001). Dersom kjøretiden ikke blir tatt hensyn til i planleggingen av dagen vil dette kunne gjøre større utslag i distriktet enn i byen. I tillegg kan det oppstå uforutsette hendelser i løpet av dagen sykepleierne ikke har kontroll over som fører til at det oppstår forsinkelser. Da er det ikke rom for å gjøre det «lille ekstra» sykepleiere ofte ønsker, men kun utøve de nødvendige oppgavene før de må dra videre til neste bruker på listen. Uforutsette hendelser oppstår nok også i byen, men her kan det være lettere å ta seg inn da avstandene ikke er så store og mulighet for å få hjelp av noen i nærheten kan være større. Tidspresset sykepleierne i studien oppgir kan føre til at ambisjonsnivået om å gjøre en god nok jobb må senkes for å få dagen til å gå opp, dette bekreftes av andre studier (Wolf, et al., 2016; Sørli, et al., 2005) som hevder at dersom ikke sykepleierne opplever å få gi pleie av god kvalitet fører dette til økt grad av samvittighetsstress. Dette opplever sykepleierne også til en viss grad, og her er det en signifikant høyere forekomst blant sykepleierne i distriktet. Ett slikt følt tidspress kan hos sykepleierne føre til at de kan bli mentalt slitne. Tidspresset sykepleierne opplever kan påvirke omsorgen i forhold til at brukers behov der og da ikke kan tas hensyn til for da går det ut over tiden til neste bruker. Kvalitet på pleie og behovet brukeren har blir ikke møtt der og da, for det er bare vedtaks-behovet som skal utføres. Brukerens behov er ikke alltid statisk, de er mennesker og deres behov kan variere fra dag til dag som også vist i andre studier (Strandås, et al., 2019). Undersøkelser viser at sykepleierne ønsker å gi den hjelpen brukeren trenger der og da, men rammene de jobber under prioriterer arbeidslisten de har, ikke brukeren. Psykososiale behov prioriteres ikke da tiden går med til å dekke de grunnleggende behovene (ibid). Sykepleierne i denne studien opplever at hverken tiden de har hos bruker eller pleien de yter er tilfredsstillende sett ut fra deres syn. For å beskytte sine egne følelser kan dette føre til at de distansere seg fra brukerne og undertrykker medfølelsen de har. Dette er også faktorer som er beskrevet i litteraturen (Wolf, et al., 2016; Naruse, et al., 2012; Strandås, et al., 2019), likeså sykepleierens funksjon som brannslukkere (Norheim & Thoresen, 2015). Å være en brannslukker er ingen god følelse. Dette kan føre til at de føler seg tvunget til å gi pleie som kjennes feil, da ikke god nok ut fra egen standard, men her kan det være sykepleierne er for streng og stiller for høye krav til seg selv og den tjenesten de yter. Det er nødvendigvis ikke den jobben sykepleierne faktisk gjør som sliter på dem, men en stadig følelse av utilstrekkelighet, å tenke på alt de skulle eller burde ha gjort for brukeren, altså en mental trøtthet og/eller utslitthet, som tærer på dem. En stadig konflikt mellom å gjøre

en god jobb, en god nok eller en faglig forsvarlig jobb, sett ut fra sykepleiers synspunkt, kan slite på dem. Slik det ser ut for dette utvalget sliter de med å finne denne balansen da tiden ikke rekker til for å gi brukeren den pleien de ønsker. Likevel kan det være et sprik i sykepleiernes ambisjoner og brukers forventninger til hva tjenesten skal inneholde. For mottakeren av hjemmetjenesten og deres familier kan det være de små tingene, tryggheten i å vite at det kommer noen innom i løpet av dagen og den grunnleggende pleien, som betyr mest (Austin, 2012).

Sykepleierne i distriktskommunene opplevde altså jobben mer krevende enn sine kolleger i byen. Å jobbe som sykepleier i distriktet kan bety at du jobber i din egen kommune og kjenner brukerne privat. Dette kan være en mulig årsak til at sykepleierne i distriktet opplever høyere grad av samvittighetsstress. Rammene det jobbes under, ønsket om å gi pleie av god kvalitet, personlig involvering og følt forventning fra bruker kan føre til høyere grad av samvittighetsstress. Studien viste da også at sykepleierne i distriktskommunene var de som scoret lavest på ikke å miste interessen for de menneskene de treffer gjennom jobben, men de kjente også på en stadig følelse av ikke å strekke til. Som tidligere nevnt er aldringen størst i distriktet, det kan bety at brukerne ikke har familie i nærheten da barna kan ha flyttet og hjemmesykepleien er de eneste som er innom i løpet av uka. I bykommunene kan det være at brukerne har noen av sine pårørende i nærheten, i tillegg til at det er mindre sjanse for at sykepleierne kjenner brukeren på annen måte enn gjennom jobben. Det kan også være ett større tidspress i distriktet enn i byen da det er større avstander der. Et annet moment som kan tas i betraktning i forskjellen på opplevelsen av samvittighetsstress er at i distriktskommunene er valgmuligheter som sykepleier mer begrenset enn i bykommuner. Er det sykepleiere med samvittighetsstress som er på vei til å bli utbrent er det ikke like lett å bytte jobb i distriktet, da kan det være de må omskolere seg. Valget kan da bli å stå i jobb, kjenne på samvittighetsstresset, og finne mestringsstrategier for hvordan håndtere dette på best mulig måte, eventuelt ikke mestre disse følelsene på en god måte, og likevel bli i jobben.

### 6.1.3 Alder og ansiennitet

Denne studien viser at det er de eldste og de med lengst ansiennitet som viser en lavere grad av samvittighetsstress i forhold til faktorer som har med direkte brukerkontakt å gjøre. Det er også denne gruppen som oppgir at de i større grad ikke gir avkall på sine ambisjoner om å gi god pleie. Likevel, i dette utvalget scorer sykepleierne i distriktskommunene i aldersgruppen 54 – 63 høyere på samvittighetsstress enn de i gruppen 24 – 33 år. Aldersgruppen 54 – 63 år i bykommunene hadde en betydelig lavere grad av opplevd samvittighetsstress enn resten av

utvalget. Her var det aldersgruppen 34 – 43 som opplevde størst grad av samvittighetsstress. Der ses også at dersom sykepleierne ikke rakk å gi den pleien det var behov for, så viste dette at en signifikant større del av de yngste som fikk dårligst samvittighet. Det samme gjaldt i forhold til å gi pleie som kjennes feil og uforenlige krav i jobben. Her var det de med kortest ansiennitet som ble mest påvirket. Kan en av grunnen til dette være at det generelt er mer utfordrende for de unge når de møter en virkelighet som er annerledes enn hva de lærte under utdanningen og deres etisk-moralske overbevisning? Som studenter hadde de tid til brukerne, men i arbeidslivets realiteter møtes de av daglige krav til effektivisering og økonomi de oppfatter som uforenlige med god utøvelse av yrket. De eldre kan ha opparbeidet seg strategier for hvordan de kan takle dette stresset gjennom år med erfaring i yrket, selv om det er uenighet om dette, og med lengre fartstid i yrket kan de eldre ha lært seg til å skille mellom god pleie eller godt nok utført arbeid. Dette kan være med på å redusere samvittighetsstresset. De kan ha opparbeidet seg strategier for hvordan de kan leve med seg selv og sin samvittighet i hverdagen. Dette kan være noe de lærer seg og våger å bruke med høyere alder og mer erfaring. En finsk studie fant at det var de med høyest ansiennitet som hadde høyest nivå av samvittighetsstress i forhold til de med kortere erfaring (Saarnio, et al., 2012). Studier viser at alle sykepleierne kan utøve ulydighet mot systemet de jobber under dersom det kom brukeren til gode (Strandås, et al., 2019) og at sykepleierne er mer lojal mot brukeren enn mot regler da de har sin integritet hos denne (Sørli, et al., 2005; Strandås, et al., 2019). Det kan også være at de eldre følger sin samvittighet mer enn regler og arbeidslisten de har da de setter brukeren først (Kälvemark, et al., 2004; Norsk Sykepleierforbund, 2011) og «trikser det til» for å få dagen til å gå opp (Holm, 2017). I dette utvalget viste de eldste i distriktskommunene høyere grad av samvittighetsstress enn de yngste i begge kommunetyper, mens de eldste i bykommunene var de som viste lavest grad av samvittighetsstress. At det er motstridende meninger om samvittighetsstress påvirkes av alder er noe som klart vises i denne studien. Noen studier rapporterer at samvittighetsstress er størst hos de yngste (Woods, et al., 2014), noe som denne studien også viser, da særlig når det gjelder å ha dårlig tid. Andre forskere mener at det er de eldre som er mest sensitive for samvittighetsstress og takler det dårligere da de er mer etisk bevisst (Shoorideh, et al., 2014), mens denne studien viste at de eldste i bykommunene var de som var minst påvirket av samvittighetsstress. Det kan her se ut som at alder og ansiennitet for dette utvalget er inkonklusivt, men at faktoren kommunetype er av betydning, men her, som i resten av undersøkelsen, må også utvalgets størrelse og grad av samvittighetsstress tas med i betraktningen.



## 6.2 Utbrenthet

Studien viser at sykepleierne i distriktskommunene viser en signifikant høyere grad av utbrenthet enn i bykommunene, men den høyeste score på utbrenthet kom fra en ung sykepleier fra en bykommune. Faktorer med høy signifikans for utbrenthet i dette utvalget er alder, kommunetype og videreutdanning, følelsen av ikke å strekke til, følelsen av å være trøtt under arbeidsdagen og spørsmålet om det de gjør har noen verdi. Sykepleierne i distriktet var de som hadde hatt større forhåpninger til eget arbeidet og arbeidsinnsats, men er også de som oppgir at de ikke i samme grad som sykepleierne i bykommunene mister interessene for de de treffer gjennom jobben. I bykommunene var det også følelsen av ikke å strekke til høyest, fulgt av stadige spørsmål om jobben de gjør har noen verdi og at de var trøtt på under arbeidsdagen. I henhold til risikogrupperne viser studien at 55 % av sykepleierne i utvalget er fornøyd i jobben, 28 % er i gruppen der en bør være litt observant i forhold til utbrenthet, mens 17 % er i gruppene fra i grenseland til og alvorlig utbrent.

### 6.2.1 Alder og ansiennitet

Gjennomsnittscore på utbrenthet viste for distriktskommunene en liten stigning i forhold til aldersgruppene, men sank hos de eldste. I bykommunene var denne tendensen fallende. Her var det de yngste som viste høyest grad av utbrenthet og de eldste var de som scoret lavest. Dette utvalget viste at det i størst grad er de unge og de med lav ansiennitet som går med følelser av utilstrekkelighet og motløshet. De har hatt større forhåpninger til arbeidet og sin egen innsats og tenker på å slutte. De var nedkjørte og for å takle dette stresset vil de trekke seg unna, distansere seg fra de andre på jobb, og mister interessen for dem. Istedenfor å støtte seg på sine kolleger med mer erfaring, trakk de seg bort fra dem. Sykepleierne i undersøkelsen viste at de til en viss grad ikke orket å engasjere seg i menneskene de treffer gjennom jobben. God selvfølelse og merstringsevne gjør det lettere å gå på jobb (Yeatts, et al., 2018; Guo, et al., 2019). Fravær av disse; god selvfølelse og mestringssevne, kan føre til at sykepleierne sitter igjen med en følelse av at de ikke mestrer jobben og dette var ikke hva de utdannet seg til (Unruh, 2010) og distanserer seg fra andre (Unruh & Ream, 2010). Dersom utbrenthet oppleves som utfordringer i jobbhverdagen, noe som vises særlig blant sykepleierne i distriktskommunene, bør det snakkes om slik at de ikke holder følelsene sine for seg selv. Er dette vanskelig i en hverdag som oppleves hektisk hos hjemmesykepleierne? Har de tid i løpet av dagen til å prate med hverandre eller tar de lunsj alene i bilen på vei til neste bruker slik som en av respondentene oppgav. Drar de innom kontoret før de avslutter dagen eller kjører de rett hjem fra siste bruker? Dette er spørsmål som ikke kan svares på i

denne studien, men mangel på tid er en av faktorene sykepleierne har oppgitt som fører til samvittighetsstress og utbrenthet. Kollegastøtte er en viktig faktor for å redusere utbrenthet. Det er derfor viktig å treffe sine kollegaer daglig, både for faglige diskusjoner og å snakke om utfordringer ellers i jobbhverdagen. Studier viser at kunnskap finnes i kollegiet og her vises det til at sykepleierne finner stor støtte i sine kolleger (Tourangeau, et al., 2014; Ellenbecker, et al., 2006; Naruse, et al., 2012; Lynch, 1994; Norheim & Thoresen, 2015). Dette kan være særlig viktig for de unge som kan vokse på faglige diskusjoner med de som har mer erfaring. Her kan de lære både fag og mestingsstrategier for å holde ut i yrket. Bare ved å kunne sette ord på opplevelser kan ta brodden av dem, diskutere med sine kolleger og få høre at hvordan de opplever ulike situasjoner. I en travel hverdag kan støtte og ros fra kolleger hjelpe til med å komme gjennom dagen på en bedre måte. Åpenhet og støtte fra leder, kollegaer eller andre har en negativ virkning på både samvittighetsstress og utbrenthet (Dyo, et al., 2016; Rathert, et al., 2016; Elst, et al., 2016; Vidotti, et al., 2018). Dersom lunsjen tas i bilen på tur til neste bruker sier det seg at sykepleierne har en ensom jobb. Her kan det jo stilles spørsmål ved arbeidsmiljø i forhold til åpenhet og erkjennelse av både samvittighetsstress og utbrenthet. Kan et manglende engasjement føre til en ond sirkel? Sykepleierne reduserer kontakten med kolleger de til en viss grad har liten kontakt med fra før av grunnet organisering av tjenesten. Dette kan føre til en lavere grad av kollegastøtte. Studier viser at den uformelle kollegastøtten var den faktoren som hadde best effekt (Gustafsson, et al., 2010; Jackson, et al., 2018), samtalen som tas der og da, nødvendigvis ikke organisert med møtedag og klokkeslett. Dette kan bli vanskelig i en travel hverdag dersom de ikke får truffet hverandre. Sykepleierne i studien oppgav at de til en viss grad følte seg nedkjørt og reduserte kontakten med sine kolleger. Denne strategien er lite ideell i forhold til å bearbeide utbrenthet da kollegastøtte er en av faktorene som hjelper utbrenthet.

### 6.2.2 Kommunitype

Utvalget i denne studien er tilnærmet jevnt fordelt i henhold til kommunitype som gjør det egnet til å sammenligne. Det var overraskende at utbrenthet, søvnproblemer relatert til jobb og synkende forhåpninger til arbeid og egen arbeidsinnsats var signifikant høyere i distriktet enn i bykommunene. Opplevelsen av å være trøtt kan ha flere grunner. Det kan være at både den fysiske og mentale arbeidsbyrden gjør sykepleierne slitne, grunnet høyt press i forhold til å jobbe på akkord med seg selv i faktiske oppgaver, tidsperspektivet, og sin etisk- moralske samvittighet. Denne opplevelsen av å være følelsesmessig slitne er kjent fra omsorgsyrker

(Matthiesen, 2000; Maslach & Leiter, 2016). En annen grunn til at sykepleierne føler seg trøtt kan være så enkel som vaktbelastningen de har, da særlig overgangen fra kveldsvakt til dagvakt. Vaktbelastning kan være avgjørende for opplevelse av å være trøtt. De fleste av respondentene jobbet todelt turnus med dag og kveldsvakter og det kan være tungt å gå fra kveldsvakt for så å komme på tidlig vakt dagen etter. Dette er også beskrevet i andre studier (Vedaa, et al., 2017; Matthiesen, 2000). Får sykepleierne gjort jobbe innenfor estimert arbeidstid slik at de kommer seg hjem til rett tid? Det tar også tid å komme seg hjem fra jobb og tid for å få hentet seg inn igjen. Tankene på hva som har skjedd på jobb og om noe er glemt er ofte til stede i tillegg til at presset på å få nok søvn er stort. Erfaringsmessig sliter sykepleiere med å få sovet tilstrekkelig mellom kvelds- og dagvakter og karakteriserer dette som noe av det verste med turnus jobbing. Sykepleierne i distriktet kan være mer påvirket av personlige relasjoner til brukerne enn sykepleierne i bykommunene. Erfaringsmessig kan føre til høyere grad av utilfredshet, mental og fysisk utslitthet, dersom de opplever at de ikke får gjort jobben slik de gjerne ønsket at den skulle vært gjort. Det er ikke funnet litteratur som beskriver dette fenomenet. Tidsfaktoren som er beskrevet over har også betydning for utbrenthet da det hevdes at jo større tidspresset oppleves jo høyere er faren for å bli kynisk med påfølgende vanskeligheter med å gjøre en god jobb (Maslach, et al., 2001). Sykepleierne i studien kjenner på en relativt høy grad av utilstrekkelighet og særlig i distriktet og stiller seg oftere spørsmål om jobben de gjør har noen verdi. Dette samsvarer med hva andre sykepleiere i hjemmetjenesten forteller om, en stor mental og fysisk arbeidsbyrde (Norheim & Thoresen, 2015; Gautum, et al., 2016). Disse følelsene kan være slitsomt i lengden og føre til motløshet i forhold til jobben, noe som igjen kan føre til utbrenthet eller selektivt utbrente (Jackson, et al., 2018). De blir frustrert over jobben de ikke får gjort slik de ønsker, men ikke over sykepleie som fag, den opprinnelige tanken på hva sykepleie er, det de ønsker å etterleve i sitt daglige møte med brukeren. En stadig konflikt mellom å gjøre en jobb eller å gjøre jobben faglig forsvarlig, sett ut fra sykepleiers synspunkt, kan slite på dem. Litteraturen viser at sykepleierne ønsker å gjøre en jobb som er tilfredsstillende både for dem og brukeren (Kälvemark, et al., 2004; Sørli, et al., 2005; Tourangeau, et al., 2014). Denne studien viser at sykepleierne føler de ikke får gjort jobben sin på en så tilfredsstillende måte som de skulle ønsket, da særlig de som jobber i distriktet.

### 6.2.3 Videreutdannelse

Nær 50 % av de spurte hadde videreutdannelse av en eller annen grad, men dette viste ingen direkte effekt på utbrenthet. Respondentene oppgav at de i stor grad følte at de ikke strakk til,

var trette og stilte spørsmål om det de gjorde hadde noen verdi. De sykepleierne med videreutdanning hadde hatt større forhåpninger til arbeidet og egen arbeidsinnsats tidligere enn det de hadde nå, men var ikke så trøtte i løpet av arbeidsdagen som sine kollegaer uten videreutdanning. Det hevdes at videreutdanning kan være med å bufre utbrenthet, da sykepleiere med høy kompetanse og faglig selvfølelse takler stress bedre (Cao, et al., 2015), men dette ser ikke ut til å være av noe betydning for sykepleierne i dette utvalget. Her er det ikke noe stort skille mellom de med og uten videreutdanning. Litteraturen beskriver at sykepleiefaglig kunnskapspåfyll som kurs, internundervisning og videreutdanning rapporteres som viktig for sykepleierne i hjemmetjenesten (Tourangeau, et al., 2014; Ellenbecker, et al., 2006). Behovet for å holde seg oppdatert i hjemmesykepleien blir ikke mindre med tanke på stadig mer avansert behandling i hjemmet grunnet tidlig utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. De eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig og tilgang på sykehjemsplasser heller minker enn øker. Dagens hjemmesykepleiere kan møte både hjemmerespirator og annet avansert medisinsk-teknisk utstyr hos brukeren. Det kreves kunnskap og opplæring for å skape trygghet hos sykepleierne i møte med slikt utstyr. Dette medfører at behovet for faglig sterke og oppdaterte sykepleiere vil være viktig da brukerne av hjemmesykepleien er sykere nå enn de var før (Strandås, et al., 2019). Faglighet og kvalitet på tjenesten er også lovpålagt, men studier viser at hjemmesykepleien i Norge ikke fokuserer på faget sykepleie fordi grunnleggende behov hos brukeren prioriteres grunnet mangel på ressursene tid og økonomi (Norheim & Thoresen, 2015; Gautum, et al., 2016). Dersom ikke videreutdanning har noen direkte effekt på trivselen og/eller mestringsevne i jobben, bør det tilrettelegges for kunnskapspåfyll på andre måter da kunnskap skaper trygghet. Hvordan dette kan organiseres i travle hverdager bør være en prioritet for lederne å fokusere på, til gode for både brukerne og sykepleierne.

### 6.3 Vurdering av å slutte i jobben av grunner nevnt i spørreskjemaene

Denne studien viser at over 50 % av de spurte oppgav at de vurderte å slutte i jobben av grunner beskrevet i de to spørreskjemaene som ble brukt i undersøkelsen. Faktorer som her korrelerte signifikant med ønsket om å slutte var den totale opplevelsen av samvittighetsstress og utbrenthet. Dette samsvarer med andre studier som viser at det er sammenheng mellom samvittighetsstress, utbrenthet og vurdering av å slutte i jobben (Shoorideh, et al., 2014; Naruse, et al., 2012). Studien bekrefter funn fra annen forskning som viser at utbrenthet kan være en prediktor for ønsket om å slutte i jobben (Chang, et al., 2018; Shoorideh, et al., 2014). Sykepleierne i distriktet opplevde en høy grad av konflikt mellom familielivet og jobben. En

stadig følelse av ikke å strekke til hverken på jobb eller hjemme kan være belastende og tanken på å slutte i jobben kan vokse fram. Tilrettelegging med hensyn til familie kan være viktig for de yngre dersom de vurderer om de skal bli eller slutte i jobben. Ved å legge forhold til rette for at jobb og familie kan kombineres på en god måte kan de yngre lettere rekrutteres og beholdes slik det er beskrevet i andre studier (Naruse, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2016; Tourangeau, et al., 2014). Respondentene i denne undersøkelsen bekrefter altså at konflikten mellom jobben og familielivet påvirker dem i en slik grad at de ikke lenger ønsker å jobbe i hjemmesykepleien. Mangel på tid til å utføre pålagte oppgaver kan føre at de opplever å bli utsatt for uforenlige krav i jobben, både tidsmessige og etiske, som en av respondentene skrev. Jobben i hjemmesykepleien har stor variasjon og sykepleierne får brukt mye av faget daglig. Likevel kan det være ensomt og utfordrende da de ofte er alene og har dårlig tid. Tidsperspektivet og den utilfredsheten sykepleierne føler i forhold til oppgaver de ikke får gjort bekreftes også i andre studier. Lite tilgjengelige ressurser, tidspress og høye krav til jobben kan føre til utbrenthet med påfølgende tanker om å slutte i jobben (Naruse, et al., 2012; Gustafsson, et al., 2010; Yeatts, et al., 2018). Andre studier viser at tidspress, fysisk og mental arbeidsbyrde og stress er også faktorer som lettere påvirker yngre (Naruse, et al., 2012; Bratt & Gautun, 2018). Kollegastøtte viser seg også viktig i forebygging av utbrenthet. Det hevdes at arbeidsbyrden kan bufres ved kollegastøtte (Elst, et al., 2016).

De yngste og eldste i denne studien var tilnærmet likt fordelt med tanke på å slutte både i distrikts- og bykommunene. Det var sykepleierne i aldersgruppene 34 – 43 år og 44 – 53 år som hadde høyest andel av de som oppgav at de vurderte å slutte. Dette støtter opp om at alder kan være en usikker variabel i forhold til samvittighetsstress og utbrenthet.

Ledelsen kan påvirke sykepleieres tanke på å slutte. Støtte og gode tilbakemeldinger fra leder styrker mestringssevnen til sykepleiere og her er kvaliteten på tilbakemeldinger viktigere enn kvantitet (Ellenbecker, et al., 2006; Van Waeyenberg, et al., 2015). Tilrettelegging og gode tilbakemeldinger fra leder kan redusere stresset og øke mestringssevnen hos sykepleierne som da kan redusere ønsket om å slutte i jobben. Selv om undersøkelser viser at det er færre i hjemmesykepleien enn i sykehjem som ønsker å slutte jobben (Bratt & Gautun, 2018), viser denne undersøkelsen at over 50 % av respondentene vurderte å slutte, 68% av sykepleierne i distriktskommunene og 47% i bykommunene. Med tanke på at framskrivings-modeller viser at sykepleiemangelen i Norge vil øke de kommende år (Roksvaag & Texmon, 2012), samtidig som aldringen øker og, da mest i distriktet (Statistisk sentralbyrå, 2019), og sykepleierne ønsker å slutte i jobben kan dette skape utfordringer med tanke på forsvarlighet i tjenesten.

Sykepleierne rapporterer om tidspress, fysisk og mental arbeidsbyrde, følelse av ikke å strekke til, konflikt jobb og familie, dårlig søvn og motløshet som gir dem dårlig samvittighet og følelsen av utbrenthet. Dette er de sykepleierne som skal utføre lovpålagte tjenester av sikker og god kvalitet.

#### 6.4 Metodediskusjon

Litteraturen som er brukt i studien er for det meste internasjonal, noen land som norske forhold lettere kan sammenlignes med enn andre. Dette må tas i betraktning da det kan være store forskjeller i de enkelte land både når det gjelder arbeidsbetingelser, jobb- og familiekultur. Likevel kan det se ut som opplevelsen av samvittighetsstress og utbrenthet er en universell følelse som krysser både landegrenser, arbeidssted og yrker.

Spørreskjemaene som er brukt i studien er brukt i flere studier internasjonalt, men ikke sammen. Samvittighetsstress og utbrenthet har vært studert tidligere, men da med andre spørreskjema og ikke blant sykepleiere i hjemmesykepleie.

Begge skjemaene er faktoranalyserert hvilket viser stor «face validity», at de måler det de er tiltenkt.

Spørreskjemaet Samvittighetsstress er et reliabelt og validert verktøy.

Bergen Burnout Indicator er også et reliabelt og validert instrument. I tillegg til selve spørreskjemaet har forfatteren også delt fullskala versjonen inn i risikogrupper utfra oppnådd poengsum. Dette for å kartlegge i hvor stor fare respondenten er for å bli utbrent, men forfatterne presiserer at denne inndelingen må brukes med forsiktighet (Matthiesen, 2000, pp. 302-305). Basert på disse risikogruppene er det også laget en slik oversikt for utvalget i studien.

Denne studiens hensikt var å få kartlagt opplevelsen av samvittighetsstress og utbrenthet hos flest mulig i hjemmesykepleien og da er en tversnittstudie hensiktsmessig. En av farene med denne type studie er derimot at den er frivillig. Dette kan medføre at de som svarer er sykepleiere som ikke føler på samvittighetsstress og utbrenthet eller at de har en større grad av dette enn gjennomsnittet (Polit & Beck, 2017). Sett ut fra svarene respondentene har gitt er utvalgets svar tilnærmet normalfordelt. Dette styrker studiens reliabilitet.

Denne studien er gjort på en måte som lett kan kopieres.

Spørreskjemaene er selvrappporterende, og det kan være at respondentene ikke er helt ærlige. I denne undersøkelsen var det tre som ikke hadde svart på eller svart svært mangelfullt på deler av spørreskjemaet «Samvittighetsstress» uten at det vites hvorfor. Respondentene ble oppfordret til å ta kontakt dersom det hadde spørsmål til studien, men ingen henvendelser kom angående spørreskjemaene eller utfyllelsen av disse. Det har i to tilfeller kommet spørsmål til hvor svarene skulle leveres. Dette var informert om i kommunikasjon med de ulike personene som delte ut undersøkelsen. I ettertid ses det at dette nok kunne vært enda nøyere beskrevet og fulgt opp. Da det første spørsmålet kom ble det sendt ut informasjon på nytt, men de aller fleste hadde fått dette med seg ved førstegangs informasjon.

En annen utfordring med denne typer studier er om deltageren har lest informasjonsskrivet nøye nok. Flere spørreskjemaer ble ekskludert grunnet for kort tid i jobb i hjemmesykepleien. Ett av inklusjons kriteriene var at deltagerne skulle ha 60 % stilling eller mer. Stillingsstørrelse var ikke ett spørsmål på spørreskjemaet «Bakgrunnsinformasjon» slik at her kan det være avvik fra ønsket målgruppe.

Tidspunktet for undersøkelsen må også tas i betraktning. Denne ble utført like før sommerferien og dette kan ha påvirket svarene både i positiv og negativ retning. Jobben i hjemmesykepleien har andre utfordringer enn det er i sykehus. Den innebærer kjøreturer i all slags vær, i distriktskommunene kan det være lange og utfordrende kjøreturer vinterstid med mye vær, i bykommuner kan utfordringen være å finne parkeringsplass i kort avstand fra brukeren, noe som også kan være mer utfordrende vinterstid. Svarene ville kunne vært annerledes dersom undersøkelsen hadde vært gjort i en annen årstid.

Utvalget er jevnt fordelt når det gjelder by- og distriktskommune så dette gjør det mulig å sammenligne kommunetypene i forhold til samvittighetsstress og utbrenthet. I tillegg er de ulike bakgrunnsvariablene er tilnærmet likt fordelt. Dette styrker studiens validitet i henhold til sammenligning av by- og distriktskommune. Aldersgruppering innad i kommunetypene er også tilnærmet lik og svarene på begge spørreskjemaene er tilnærmet normalfordelt. Dette styrker studiens reliabilitet. Mennene i utvalget går inn i analysen uten å trekkes ut som egen gruppe. Dette kan føre til noe skjevfordeling av data da det har blitt rapportert i noen undersøkelser at det er en forskjell i opplevelse av samvittighetsstress og utbrenthet hos menn og kvinner. Selv om andelen menn er prosentvis representativ for yrket er antallet for lite til å bruke i analyser for å sammenligne kjønn.

Grunnet lite utvalg er standard avviket satt til 3 i regresjonsanalysen for å få med flest mulig. Dette kan gi seg utslag ved at ekstremverdier kan bli tatt med i analysen.

Generaliserbarheten i denne undersøkelsen må tas i betraktning av utvalgets størrelse. Ett annet moment som kan styrke generaliserbarheten er at utvalget er hentet fra fem ulike kommuner fra like mange fylker og at alle landsdeler er representert. Det kan likevel ikke utelukkes at resultatet ville vært annerledes dersom respondentene hadde kommet fra andre kommuner.

Dette er, etter forfatterens kjennskap, den første studien som undersøker samvittighetsstress og utbrenthet blant sykepleiere i hjemmesykepleien og dette gjør det vanskelig å sammenligne med andre studier. Studien belyser utfordringer som oppleves i hjemmesykepleien og samsvarer med andre studier om samvittighetsstress og utbrenthet innen helsetjenesten. Sykepleierne i dette utvalget oppgir faktorer som liten tid til å utøve pleie av god kvalitet, etiske utfordringer knyttet til dette som får dem til å stille spørsmål om jobben de gjør har noen verdi. Konflikten jobb – familieliv er også beskrevet i andre studier. Selv om dette er den første studien av slitt slag, bekreftes funn gjort i andre studier både i forhold til samvittighetsstress, utbrenthet og hjemmesykepleie. Dette ses på som en styrke i studien. Sammenligningen mellom distrikts- og bykommuner er ikke funnet i litteraturen så det kan se ut som dette også er den første studien som belyser forskjeller og likheter mellom disse.

Det er flere begrensninger som må tas i betraktning i denne studien. Først, dette er en tverrsnittsundersøkelse der dataene er samlet inn på et gitt tidspunkt, derfor kan det være usikkerhet i om variablene virkelig påvirker hverandre eller om det er andre årsaker som ligger til grunn for resultatet. Det andre er at spørreundersøkelsen var frivillig og kan derfor ha mistet mange, og det er en usikkerhet hvem som har deltatt med hensyn på opplevelse av samvittighetsstress og utbrenthet. For det tredje, spørreskjemaene er selvrappporterende og det kan være respondentene ikke er helt ærlige. For det fjerde, denne studien hadde liten oppslutning, noe som igjen gir liten statistisk styrke slik at det kan være vanskelig å generalisere funnene. Forfatterens kjennskap til metoden må også tas i betraktning, men de statistiske analysene og resultatdelen er kvalitetssjekket av statistiker.

## 6.5 Relevans for klinisk praksis

Denne studien belyser et område i sykepleien det ikke er forsket på, samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien. Med tanke på at kommunene sliter med å rekruttere sykepleiere til hjemmesykepleien viser undersøkelsen at mer enn halvparten av sykepleierne



vurderer å slutte og at denne andelen er størst i distriktet. Dette kan føre til enda større sykepleier mangel på sikt dersom de velger å slutte. I ett langsiktig perspektiv kan dette føre til et kompetanseshull i staben ved at kompetanse forsvinner ut med de som går av med pensjon slik at det vil være færre med høy faglig kompetanse innen hjemmesykepleie til å lære opp nyansatte. Funnene i denne studien støttes av tidligere forskning på området.

## 6.6 Forslag til videre forskning

I denne studien var det få menn. Det kunne være interessant å se om det er forskjell på menn og kvinners opplevelse av både samvittighetsstress og utbrenthet.

Det vil være behov for mer forskning på dette området for å få en dypere innsikt i samvittighetsstress og utbrenthet i hjemmesykepleien, gjerne med en kvalitativ tilnærming, da en slik dypere forståelse ikke oppnås med kvantitativ metode eller en langtidsstudie for å undersøke om eller hvordan samvittighetsstress og utbrenthet utvikler seg over tid.

## 7 Konklusjon

Sykepleierne er hardt presset i forhold til rammene de jobber under, men er etisk–moralsk bevisst og vil brukerens beste. Det ble funnet en sterk korrelasjon mellom samvittighetsstress og utbrenthet i denne undersøkelsen, men sykepleierne i hjemmesykepleien opplever liten til moderat grad av både samvittighetsstress, men selv om de er lite påvirket av dette stresset kan det se ut som det kan føre til utbrenthet. Dette vises ved at 45 % av sykepleierne er risikogrupperne for utbrenthet. Sykepleierne i distriktskommunene påvirkes signifikant mer av utbrenthet enn i bykommunene. Nivået av samvittighetsstress er også høyere i distriktskommunene. Sykepleierne mener i stor grad at jobben er så krevende at den går ut over familielivet. Mangel på tid til brukeren og uforenlige krav i jobben sliter på dem og skaper en følelse av utilstrekkelighet som gjør dem trøtte og oppgitt og de stiller spørsmål ved om jobben de gjør har noen verdi. Tanken på å slutte er størst blant sykepleierne i distriktskommunene. Dette kan bli en utordring for disse kommunene i framtiden da den eldre befolkningen øker i størst grad i distriktskommunene.

## 8 Referanser

- Anthony, A. & Milone-Nuzzo, P., 2005. Factors attracting and keeping nurses in home care. *Home Healthcare Nurse*, Issue 6, pp. 372-387.
- Antonovsky, A., 1987. *Helsens mysterium*. 1, 3. opplag 2014 ed. s.l.:Jossey-Bass Inc, Publishers, San Fransisco, and Jossey-Bass Ltd, London.
- Armstrong-Stassen, M. & Cameron, S. J., 2005. Concerns, satisfaction, and retention of Canadian community health nurses.. *Journal of Community Health Nursing*, pp. 181-194.
- Austin, W., 2012. Moral Distress and the Contemporary Plight of Health Professionals. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 24 03, Volume 24, pp. 27-38.
- Backteman-Erlanson, S., Padyab, M. & Brulin, C., 2012. Prevalence of burnout and associations with psychosocial work environment, physical strain and stress of conscience among Swedish female and male police personnel. *Police Practice and Research*, 25 10, Issue 6, pp. 491-505.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D., 2011. *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Clinical Care. A Thinking-in-Action Approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Berland, A. & Bentsen, S. B., 2017. Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*, p. 3734–3741.
- Bratt, C. & Gautun, H., 2018. Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing.. *Journal of nursing management*, 30 4.
- Brinchmann, B. S., 2016. Dydsetikk. In: B. S. Brinchmann, ed. *Etikk i sykepleien*. 4 ed. Oslo: Gyldendal Akademiske, pp. 131-146.
- Cao, X. et al., 2015. Effect of professional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: the mediator role of organisational commitment. *Journal of clinical nursing*, 24 10, pp. 2907-15.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L. & Diao, Y., 2015. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. *Journal of nursing management*, 03 03, pp. E77-86.

- Chang, H.-Y. et al., 2018. The impact of burnout on self-efficacy, outcome expectations, career interest and nurse turnover. 11, Issue 11, pp. 2555-2565.
- Chen, C.-C. & Cheng, S.-H., 2011. Better Continuity of Care Reduces Costs for Diabetic Patients. *The American Journal of Managed Care*, 11 06, Issue 6, pp. 420 - 427.
- Corley, M. C., 2002. Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda.. *Nursing Ethics*, 1 11, Issue 6, pp. 636-650.
- Dalmolin, G. d. L. et al., 2014. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Jan-Feb, 22(1), p. 35–42.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016. *www.etikkrom.no*. [Online] [Accessed 10 09 2018].
- de Vries, J. D. et al., 2016. Disentangling longitudinal relations between physical activity, work-related fatigue, and task demands. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1, Issue 1, p. 89–101.
- Dyo, M., Kalowes, P. & Devries, J., 2016. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, pp. 42-48.
- Eizenberg, M. M., Desivilya, H. S. & Hirschfeld, M. J., 2009. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 04, Issue 4, p. 885–892.
- Ellenbecker, C. H., Boylan, L. J. & Samia, L., 2006. What home healthcare nurses are saying about their jobs. *Home Healthcare Nurse*, 05, Issue 5, pp. 315-324.
- Ellenbecker, C. H. et al., 2008. Predictors of Home Healthcare Nurse Retention. *Journal of Nursing Scholarship*, Second quarter, pp. 151-160.
- Elst, T. V. et al., 2016. Job demands/resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, November–December, Issue 6, pp. 542-556.

- Feldt, T. et al., 2013. The 9-item Bergen Burnout Inventory: Factorial Validity Across Organizations and Measurements of Longitudinal Data. *Industrial Health*, 21 12, pp. 102 - 112.
- Field, A., 2005. *Discovering statistics using spss ( and sex and drugs and rock 'n' roll )*. London: Sage.
- Fjørtoft, A.-K., 2006. *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3 ed. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flynn, L., 2005. The importance of work environment: evidence-based strategies for enhancing nurse retention. *Home Healthcare Nurse*, 06, Issue 6, pp. 366-387.
- FN-Sambandet, United Nations Association of Norway, 2018. *FN-Sambandet*. [Online] Available at: <https://www.fn.no/Tema> [Accessed 17 09 2019].
- Fonn, M., 2016. Urovekkende at halvparten vurderer å slutte. *Sykepleien*, 16 08.
- Freudenberg, H. J., 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, Issue 1.
- Førde, R. & Aasland, O. G., 2013. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 25 06, pp. 1310 - 1314.
- Gautum, H., Øien, H. & Bratt, C., 2016. *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Gautun, H. & Syse, A., 2013. *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?*, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Gjevjon, E. R., 2009. *Kontinuitet i hjemmetjenesten – en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*, Gjøvik: s.n.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Inge, R. T. & Landmark, B. F., 2014. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 22 07, Issue 3, p. 553–563.

- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø. & Hellesø, R., 2013. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, p. 182–190.
- Glasberg, A.-L., 2007. *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience*. s.l.:Department of Nursing, Umeå University, Umeå, Sweden.
- Glasberg, A.-L. et al., 2006. Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 11, 13(6), pp. 633-648.
- Glasberg, A., Eriksson, S. & Norberg, A., 2007. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 01 02, Issue 4, p. 392–403.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. & Konarski, R., 1997. The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress*, Issue 3, pp. 267-278.
- Grimsmo, A., 2013. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?. *Sykepleien Forskning*, 18 05, 8(2), pp. 148-155.
- Guo, Y.-f. et al., 2019. The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: Findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28 02, Issue 3-4, pp. 499-508.
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G. & Norberg, A., 2010. Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study. *Nursing Ethics*, 01 01, Issue 1, pp. 23-38.
- Helmets, A.-K. B., 2019. Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten. *Sykepleien*, 24 10, Issue 5/19, pp. 30-33.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. *www.regjeringen.no*. [Online]  
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec3>
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *regjeringen.no*. [Online]  
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>  
[Accessed 2019].
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. *Lovdata*. [Online]  
Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02->

[63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](#)

[Accessed 18 06 2019].

Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Lovdata*. [Online]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

[Accessed 18 06 2019].

Henrich, N. J. et al., 2016. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Critical Care*, 10, pp. 57-62.

Hernæss, N., 2018. Har hatt over 200 fra hjemmesykepleien innom. *Sykepleien*, 18 01.

Higuchi, K. A. S., Christensen, A. & Terpstra, J., 2002. Challenges in home care practice: a decision-making perspective.. *Journal of community health nursing*, 4(19), pp. 225-236.

Hofstad, E., 2016. Åtte har sluttet hittil i år.. *Sykepleien*, 16 08.

Holm, S. G., 2017. *Knapt med tid i hjemmetjenesten - om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress.*, s.l.: NORD universitetet.

Jackson, J. et al., 2018. Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure.. *Intensive and Xritical Care Nursing*, 10, pp. 28-35.

Jameton, A., 1984. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. 1 ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H. & Van Der Zee, J., 1996. The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 8, Issue 4, pp. 407-421.

Jensen, A. & Ekorndrud, T., 2019. *Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway*. [Online]

Available at: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-institusjonsplassar-i-omsorgstenesta>

[Accessed 2019].

Jensen, V. R. et al., 2016. Høy turnover i Arendals hjemmetjeneste. *Sykepleien*, 31 08.

Johnson-Coyle, L. et al., 2016. Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, Issue 4, p. 27–36.

- Jones, C. D. et al., 2017. "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients.. *Journal of general internal medicine*, 13 Juli, pp. 1113-1121.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K., 2007. Perceptions of Conscience in Relation To Stress of Conscience. *Nursing Ethics*, 01 05, Issue 3, pp. 329-343.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K., 2008. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people.. *Journal of Clinical Nursing*, 07, Issue 14, pp. 1897-1906.
- Kandelman, N., Mazars, T. & Levy, A., 2018. Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 01, 27(1-2), pp. e147-e153.
- Kommunesektorens organisasjon, 2019. *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*, Oslo: KS, Kommunesektorens organisasjon.
- Kälvemark, S. et al., 2004. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 03, Issue 58, p. 1075–1084.
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H. & Börjesson, M., 2014. The Relationships of Change in Physical Activity with Change in Depression, Anxiety, and Burnout: A Longitudinal Study of Swedish Healthcare Workers. *Health Psychology*, 11, Issue 11, pp. 1309-1318..
- Lynch, S. A., 1994. Job satisfaction of home health nurses. *Home Healthcare Nurse*, 10, Issue 3, pp. 21-28.
- Mareš, J., 2016. Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt*, 09, Issue 3, pp. e137-e144.
- Maslach, C., 2003. *Burnout: The Cost of Caring*. 2 ed. Los Altos: ISHK.
- Maslach, C. & Leiter, M. P., 1997. *The Truth About Burnout How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. 1 ed. San Fransisco: Jossey-Brass Publishers.
- Maslach, C. & Leiter, M. P., 2016. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15 06, Volume 15, p. 103–111.
- Maslach, C., Schaufeli, W. S. & Michael, L. P., 2001. Job burnout. *Annual review of psychology*, Issue 52, pp. 397-422.



- Matthiesen, S. B., 2000. Ildsjeler brenner ikke evig - om utbrenthet i arbeidslivet. In: *Det gode arbeidsmiljø, krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, pp. 287-312.
- Naruse, T. et al., 2012. Relationship between perceived time pressure during visits and burnout among home visiting nurses in Japan. *Japan journal of nursing science*, 09 12, Issue 2, pp. 185-94.
- Neal, L. J. & Ellenbecker, C. H., 2004. The disappearing home care nurse: a research update on a national shortage. *Caring*, 23 3, pp. 20-23.
- Neal, L. J., 1999. Neal Theory of Home Health Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 09, Issue 3, pp. 251-252.
- Norheim, K. H. & Thoresen, L., 2015. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid?. *Sykepleien Forskning*, 16 03, pp. 14-22.
- Norsk Sykepleierforbund, 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Online] Available at: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [Accessed 20 05 2018].
- Pallant, J., 2013. *SPSS Survival Manual*. 5 ed. New York: McGraw-Hill.
- Pedersen, C., 2019. *Krise på UNN fordi kommunen ikke tar imot utskrivingsklare pasienter*, Tromsø: ITromsø.
- Polit, D. F. & Beck, C. T., 2017. *Nursing reasearch generating and assessing evidence for nursing practice*. Kindle edition ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ramsay, H., 2001. Conscience: Aquinas — With a hint of aristotle. *Sophia*, 12, Issue 2, p. 15–29.
- Rathert, C., May, D. R. & Chung, H. S., 2016. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies*, 01, pp. 39-49.
- Roksvaag, K. & Texmon, I., 2012. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*, Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway.
- Russell, D., Rosati, R. J., Rosenfeld, P. & Marren, J. M., 2011. *Journal For Healthcare Quality*, 18 11, Issue 6, pp. 33 - 39.

Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A., 2012. Stress of conscience among staff caring for older persons in Finland. *Nursing Ethics*, 1 02, Issue 1, pp. 104-115.

Salmela-Aro, K. et al., 2011. Bergen Burnout Inventory: reliability and validity among Finnish and Estonian managers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 08, Issue 84, p. 635–645.

Shoemake, A., 1994. Solutions to the home healthcare nursing shortage. *Home Healthcare Nurse*, 08, Issue 4, pp. 35-39.

Shoorideh, F. A., Tahereh, A., Yaghmaei, F. & Majd, H. A., 2014. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover.. *Nursing Ethics*, 06 19, Volume 22, p. 64–76.

Statistisk sentralbyrå, 2018. *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*, s.l.: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway.

Statistisk sentralbyrå, 2019. *Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway*. [Online] Available at: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen> [Accessed 20 05 2019].

Store norske leksikon, 2019. *snl.no*. [Online] Available at: <https://snl.no/>

Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T., 2019. Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Serv Res*, 14 02.

Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T., 2019. The nurse–patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 02, Issue 2, pp. 400-411.

Svendsen, L. F. H., 2018. *Store norske leksikon*. [Online] Available at: <https://snl.no/samvittighet> [Accessed 05 05 2019].

Sørli, V., Kihlgren, A. & Kihlgren, M., 2005. Meeting Ethical Challenges in Acute Nursing Care as Narrated by Registered Nurses. *Nursing Ethics*, 1 3, Volume 12, pp. 133-142.

Thørring, J., 2019. *Havari i helsevesenet*, Tromsø: s.n.

- Tourangeau, A. et al., 2014. Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*, November, Volume 8, pp. 1015-1026.
- Tønnessen, S., 2016. Prioriteringer i sykepleie. In: B. S. Brinchmann, ed. *Etikk i sykepleien*. s.l.:Gyldendal.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P., 2012. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?. *Sykepleien Forskning*, 03 10, pp. 280-285.
- Unruh, J. A., 2010. Moral Distress: A Living Nightmare. *Journal of Emergency Nursing*, 05, Volume 36, pp. 253-255.
- Unruh, J. A. & Ream, K. A., 2010. Moral Distress: A Living Nightmare. *Journal of Emergency Nursing*, 05, Issue 3, pp. 253-255.
- Van Waeyenberg, T., Decramer, A. & Anseel, F., 2015. Home nurses' turnover intentions: the impact of informal supervisory feedback and self-efficacy. *Journal of advanced nursing*, Issue 12, pp. 2867-78.
- Vedaa, Ø. et al., 2017. Short rest between shift intervals increases the risk of sick leave: a prospective registry study. *Occupational and Environmental Medicine*, 07, Issue 7, p. 496–501.
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M. J. Q. & Martins, T. J., 2018. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff.. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 09 08, pp. 1-10.
- Vinje, H. F. & Mittelmark, M. B., 2007. Job engagement's paradoxical role in nurse burnout. *Nursing and Health Sciences*, 27 April, pp. 107-111.
- Vinje, H. F. & Mittelmark, M. B., 2008. Community Nurses Who Thrive: The Critical Role of Job Engagement in the Face of Adversity. *Journal for Nurses in Staff Development*, September/Oktober, Volume 24, pp. 195-202.
- Wolf, L. A. et al., 2016. "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 01, Issue 1, pp. 37-46.
- Woods, M., Rodgers, V., Towers, A. & La Grow, S., 2014. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey.. *Nursing Ethics*, 07 08, Volume 22, p. 117–130.

World Medical Association, 2013. *www.wma.net*. [Online]  
Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>  
[Accessed 12 12 2018].

Xie, Z., Wang, A. & Chen, B., 2011. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai.. *Journal of Advanced Nursing*, 12 06, Issue 7, pp. 1537-1546.

Yamaguchi, Y., Inoue, T., Harada, H. & Oike, M., 2016. Job control, work-family balance and nurses' intention to leave their profession and organization: A comparative cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 12, Issue 64, pp. 52-62.

Yeatts, D. E. et al., 2018. Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 10, Issue 19 - 20, pp. 3652-3665.

Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G., 2012. Revalidation of the Perceptions of Conscience Questionnaire (PCQ) and the Stress of Conscience Questionnaire (SCQ). *Nursing Ethics*, 20 02, Volume 19, p. 220–232.

Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G., 2015. A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, p. 277–287.

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1. Økonomirapport fra en av kommunene i studien

#### **Økonomirapport X**

I dag offentliggjøres økonomirapport 2. For de som ikke er så kjent med systemet kjører vi månedlig rapportering på økonomi. De fleste går kun administrativt. Men to ganger i året er det en mer omfattende rapportering som går helt til kommunestyret med større reguleringer av budsjettet. Den rapporten som offentliggjøres viser status per 31. august, med prognoser ut året.

For helse og omsorg viser tallene at vi har klart å stoppe utgiftsveksten. I et år med stadig eldre befolkning og vekst i behovet for tjenester spesielt innenfor feltet psykisk helse/rus er det fint at vi har klart å holde driften på samme nivå som i fjor. Men samtidig er dette fremdeles et godt stykke over hva vi har i budsjett.

I tillegg er kommunens sparegris tømt (disposisjonsfondet). Dermed har vi ikke penger til å dekke opp et overforbruk. Det ligger derfor an til at det som vi måtte bruke av penger over budsjett i år vil bli trukket fra den allerede trange ramma til neste år. Vi er da i praksis i en situasjon der vi låner penger til drift, og der vi må betale ned lånet i 2020.

Dette er en uholdbar situasjon og sender oss i en negativ spiral som vi må klare å stoppe. Derfor er det, som nok de fleste har merket, et svært høyt press på å redusere kostnader så mye som overhodet mulig ut året. Målet er å redusere vårt budsjett-trekk for 2020 så mye som mulig.

Det iverksettes derfor en rekke innsparingstiltak som i hovedsak dreier seg om å redusere bruken av overtid, vikarer og ekstravakter. Det er dette som vi kaller «variable årsverk» som er vårt handlingsrom på kort sikt.

Informasjon om de forskjellige tiltakene vil komme igjennom seksjonsledere og enhetsledere.

#### **Utfordringer for 2020**

For månedene som kommer betyr dette at vi må gjøre vårt arbeid med færre folk. Noe som dessverre vil merkes, både for ansatte og for våre innbyggere. Vi vil ikke klare å opprettholde den kvaliteten vi har hatt på tjenestene til nå.

På sikt er dette ikke en holdbar situasjon. Skal vi klare å håndtere våre økonomiske utfordringer må vi redusere mengden av tjenester vi gir. Vi jobber nå med å se på hvordan vi kan få til en strammere prioritering i møte med økonomikravene for 2020.

Andre viktige tema for 2020 er boliger, bruk av teknologi og samarbeid med frivillige.

Dere vil få mer informasjon om dette om ikke så lenge.

#### **Endrings av seksjoner og organisering av vedtaksmyndighet.**

Parallelt med innsparingsarbeidet skal vi fullføre arbeidet med endring av seksjoner og ny innretning på organisering av vedtaksmyndighet. Som de fleste sikkert har fått med seg, slår vi sammen Seksjon

for hjemmetjenester og Seksjon for behandling og rehabilitering. Og vi flytter Enhet for psykisk helse og rus over i til Seksjon for velferd, arbeid og inkludering. Vi skal også flytte vedtaksmyndighet til seksjonsledernivået.

Dette er formodentlig den siste store endringen i organisasjonen på en stund. Legger ved den overordnede omstillingsplanen.

I forbindelse med denne omstillingen gjør vi fortløpende risikovurderinger av selve prosessen. Legger også ved denne risikovurderingen. Dersom noen ser andre former for risiko som det bør tas hensyn til er det bare å sende meg en e-post.

Det foregår også annet utviklingsarbeid. Men i den økonomiske situasjonen vi er i nå, skjer dette på sparebluss. Før vi klarer å få ned våre utgifter slik at vi går i økonomisk balanse vil vi ha problemer med å få satt av ressurser til å jobbe med den utviklingen som det er helt nødvendig for å møte framtida utfordringer.

Jeg skjønner at det er en god del frustrasjon hos ansatte som opplever at ressursene ikke strekker til. Jeg kan ikke gjøre så mye annet enn å oppfordre til å gjøre så godt dere kan. Dersom vi klarer å redusere vårt aktivitetsnivå fram mot neste år, vil det kunne gi oss det handlingsrommet vi trenger.

Med vennlig hilsen



Avdelingsdirektør

Avdeling for helse og omsorg, adm.

## Vedlegg 2. Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

### Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet

«I hvilken grad påvirkes sykepleiere i hjemmesykepleien av samvittighetsstress og kan samvittighetsstress medvirke til utbrenthet?»

Bakgrunn og formål med prosjektet.

I dagens samfunn blir en stadig økende andel av befolkningen eldre og mange ønsker å bli boende hjemme. Dette fører til en stor variasjon av brukere, problemstillinger og oppgaver sykepleiere i hjemmesykepleien møter til daglig. Det er gjort mye forskning både på samvittighetsstress og utbrenthet i forhold til helsepersonell på sykehus. Formålet med dette prosjektet er å se på om sykepleiere i hjemmesykepleien opplever samvittighetsstress og om dette kan medvirke til utbrenthet/følelsesmessig utmattelse.

Dette prosjektet er i forbindelse med en masteroppgave i klinisk sykepleie ved Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Gjøvik.

Hva innebærer deltagelse i prosjektet?

Du vil få tre spørreskjema å fylle ut. Det første heter Samvittighetsstress og har 9 spørsmål. Hvert spørsmål er delt i to med en A og B del, totalt 18 spørsmål. Det andre spørreskjemaet, BBI, omhandler utbrenthet og har 10 spørsmål. Med det siste skjemaet ønsker vi å vite litt mer om hvem du er. Det tar 15-20 minutter å svare på spørsmålene. Spørreskjemaene skal kun besvares en gang.

Hvem kan delta i prosjektet?

For å kunne delta i prosjektet må du være fast ansatt sykepleier og jobbet i hjemmesykepleien i 60 -100% stilling ett år eller mer. Du må kunne lese og forstå norsk.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Dette er en anonym spørreundersøkelse. Statistikere vil ha adgang til dine svar i forbindelse med analysering, men ikke hvor du jobber.

Prosjektet skal etter planen være avsluttet 30.12.2020, da vil alle papirer bli makulert.

Frivillig deltagelse.

Det er frivillig å delta i prosjektet og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du velger ikke å delta i prosjektet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Førsteamanuensis Bente Hamnes, [bente.hamnes@ntnu.no](mailto:bente.hamnes@ntnu.no), tlf. 92832549

Masterstudent Merete Risholm Haukebø, [mereterh@stud.ntnu.no](mailto:mereterh@stud.ntnu.no), tlf. 97109411

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD -Norsk senter for forskningsdata AS.

Mvh,

Merete Risholm Haukebø



## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

*«I hvilken grad påvirkes sykepleierne i  
hjemmesykepleien av samvittighetsstress i jobben og  
kan samvittighetsstress medvirke til utbrenthet?»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om sykepleiere i hjemmesykepleien opplever samvittighetsstress i sin hverdag og om samvittighetsstress kan medvirke til utbrenthet. I litteraturen beskrives moralsk stress som «en vet hva som er rett å gjøre, men institusjonelle begrensninger gjør det nesten umulig å gjøre det som er rett».

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med studien er å undersøke om moralsk stress / samvittighetsstress sykepleiere i hjemmesykepleien møter i hverdagen påvirker dem i en slik grad at de får dårlig samvittighet og står i fare for å bli utbrent. Spørreskjemaene som brukes er utviklet av norske og skandinaviske forskere og er brukt i flere vitenskapelige undersøkelser. Denne undersøkelsen er i forbindelse med en masteroppgave i klinisk sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Gjøvik. Flere kommuner deltar i studien.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

## Hvorfor får du spørsmål om å delta?

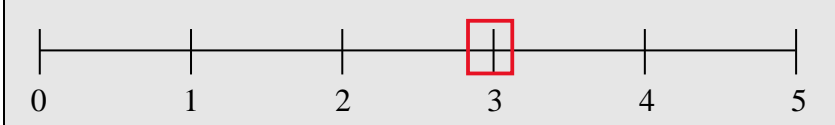
Alle fast ansatte sykepleierne som jobber 60% stilling eller mer i den kommunale hjemmesykepleien og som har jobbet der i mer enn ett år vil bli spurt om å delta i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut tre spørreskjema.

Dette vil ta deg 15-20 minutter.

Spørreskjemaet «**Samvittighetsstress**» inneholder 9 spørsmål. Hvert spørsmål er delt i en A og en B-del. Det omhandler situasjoner du kan møte i relasjon til bruker og i hvilken grad disse situasjonene gir deg dårlig samvittighet. I Del A settes det ring rundt tallet som du synes passer best for deg 0 = aldri - 5 = daglig. I del B krysser du av på linjen i hvor stor grad dette gir deg dårlig samvittighet.

Spørsmål 1		Skala
A) Hvor ofte hender det at du ikke rekker å gi den pleie pasienten behøver?		0 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørreskjemaet «**BBI**», Bergen Burnout Indicator, har 10 spørsmål om hvordan du har det på og i forhold til jobben.

Spørreskjemaet «**Bakgrunnsinformasjon**» inneholder spørsmål om hvilken bakgrunn du har.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger ikke å delta.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Ditt samtykke til deltagelsen vil være at du svarer på spørsmålene og returnerer svarene til avtalt sted.

Statistikere vil få tilgang til svarskjema.

Det vil ikke være mulig å kjenne seg igjen når materialet publiseres.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30 desember 2020. Etter dette vil alle skjema bli slettet.

Norsk senter for forskningsdata AS, NSD, og personvernombudet ved NTNU har godkjent prosjektet.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien ta kontakt med:

Masterstudent Merete Risholm Haukebø, [mereterh@stud.ntnu.no](mailto:mereterh@stud.ntnu.no),

tlf. 97109411

Førsteamanuensis Bente Hamnes, [bente.hamnes@ntnu.no](mailto:bente.hamnes@ntnu.no),  
tlf. 92832549

Vårt personvernombud Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no),  
tlf. 93079038

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller  
telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Bente Hamnes  
Merete R. Haukebø  
Prosjektansvarlig  
Masterstudent

(Veileder)

## Vedlegg 4. Forespørsel om og tillatelse for bruk av spørreskjemaet «Samvittighetsstress» og spørreskjemaet

Hei.

Jeg er student ved NTNU Gjøvik, Master i klinisk sykepleie. I denne forbindelsen ønsker jeg å skrive min masteroppgave om moralsk stress /etiske utfordringer og utbrenthet i hjemmesykepleie og fant artikkelen «Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire» der du stod som medforfatter. Dette er et spørreskjema jeg kunne tenke meg å bruke. Har forsøkt å kontakte Ann-Louise Glasberg uten hell. Ser at spørreskjemaet er brukt i en internasjonal undersøkelse, Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes—Across-sectional study. Her ble SCQ brukt på norsk. Vet du hvor jeg kan henvende meg for å få tillatelse og adgang til dette verktøyet.

Vennlig hilsen,

Merete Risholm Haukebø

Ishavsvegen 34

9010 TROMSØ

Hei, så hyggelig, Skal se etter den norske versjonen som jeg har utarbeidet og testet og sende linken til deg.

Kanskje i morgen?

Vennlig hilsen

Venke Sørлие

Professor

Tel: +47 452 34 002

Lovisenberg diakonale høgskole

[www.ldh.no](http://www.ldh.no) <<http://www.ldh.no/>>

Hei Merete,

Beklager, det har tatt tid! Men her er skjemaet som er oversatt til norsk av meg og anvendes i norsk forskning.

Lykke til med arbeidet ditt!

Vennlig hilsen

**Venke Sørлие**

Professor, Tel: +47 452 34 002, **Lovisenberg diakonale høgskole**

[www.ldh.no](http://www.ldh.no)

# Samvittighetsstress

Skalaen Samvittighetsstress består av 9 spørsmål med spørsmål A og B. For hvert spørsmål A ringer du inn det tallet som du anser stemmer best på deg. Anvend skalaen nedenfor for å velge hvor ofte dette skjer. For hvert spørsmål B grader med et kryss på linjen, hvor dårlig samvittighet dette gir deg.

<b>0</b>	<b>Aldri</b>
<b>1</b>	<b>Mindre enn 1g/halvår</b>
<b>2</b>	<b>Mer enn 1g/halvår</b>
<b>3</b>	<b>Hver måned</b>
<b>4</b>	<b>Hver uke</b>
<b>5</b>	<b>Daglig</b>

Spørsmål 1		Skala
C) Hvor ofte hender det at du ikke rekker å gi den pleie pasienten behøver?		0 1 2 3 4 5
D) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 2		Skala
A) Hender det at du er tvunget å gi pleie som kjennes feil?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 3		Skala
A) Hender det at du utsettes for krav i ditt arbeid som er uforenlige?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

<b>0</b>	<b>Aldri</b>
<b>1</b>	<b>Mindre enn 1g/halvår</b>
<b>2</b>	<b>Mer enn 1g/halvår</b>
<b>3</b>	<b>Hver måned</b>
<b>4</b>	<b>Hver uke</b>
<b>5</b>	<b>Daglig</b>

Spørsmål 4		Skala
A) Hender det at du blir vitne til at en pasient krenkes og/eller skades?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 5		Skala
A) Hender det at du unnviker en pasient eller pårørende som har behov for hjelp eller støtte?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 6		Skala
A) Hender det at ditt privatliv er så krevende at du ikke orker å brukes så mye tid på ditt arbeid slik som du skulle ønske?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

<b>0</b>	<b>Aldri</b>
<b>1</b>	<b>Mindre enn 1g/halvår</b>
<b>2</b>	<b>Mer enn 1g/halvår</b>
<b>3</b>	<b>Hver måned</b>
<b>4</b>	<b>Hver uke</b>
<b>5</b>	<b>Daglig</b>

Spørsmål 7		Skala
A) Hender det at arbeidet er så krevende at du ikke orker å bruke så mye tid på dine nærmeste slik som du skulle ønske?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 8		Skala
A) Hender det at du opplever at du ikke kan leve opp til andres forventninger på din arbeidsinnsats?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Spørsmål 9		Skala
A) Hender det at du gir avkall på dine ambisjoner om å gi god pleie?		0 1 2 3 4 5
B) Gir dette deg dårlig samvittighet?		
Nei, ikke i det hele tatt		Ja, gir meg mye dårlig samvittighet

Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13, 633-48.  
 Glasberg A.L., Eriksson S., Dahlqvist V., Lindahl E., Strandberg G., Söderberg A., Sörlie V. & Norberg A. (2006).



## Vedlegg 5. Forespørsel og tillatelse for bruk av «Bergen Burnout Indicator» og spørreskjemaet

Hei.

Jeg er student ved NTNU, Gjøvik, Master i klinisk sykepleie. I forbindelse med min masteroppgave 2019 ønsker jeg å bruke spørreskjemaet dere har utviklet. Planen er å gjøre en undersøkelse blant hjemmesykepleiere i Tromsø kommune om prioriteringer og om dette påvirker dem eller i hvilken grad det påvirker dem i ønsket om å bli i jobben.

Er det mulig å få tilgang til dette?

Mvh,



Merete Risholm Haukebø

Ishavsvegen 34

9010 TROMSØ

Hei

Jada, kan sende over. Se vedlegg.

VH

Stig Berge Matthiesen

## BBI

**INSTRUKSJON:** Kryss av ved hvert utsagn for det svaralternativ som best avspeiler deg selv og din arbeidssituasjon. Svar i hvert tilfelle slik du for tiden føler deg. Vær så ærlig og oppriktig som mulig.

	1	2	3	4	5	6
		Stort			Stort	
	Svært	sett	Litt	Litt	sett	Svært
	Uenig	uenig	uenig	enig	enig	enig
1 Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg stiller stadig spørsmål ved om det jeg gjør er verdt noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg er ofte motløs på arbeid og tenker derfor stadig på å slutte i jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg blir hyppig irritert i jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ofte sover jeg dårlig p.g.a forhold på jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Da jeg begynte i min nåværende jobb hadde jeg større forhåpninger til arbeidet og min egen arbeidsinnsats enn det jeg nå har	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Jeg synes det er vanskelig å engasjere seg fullt ut i problemene og behovene til de jeg treffer gjennom arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 I det siste har jeg følt meg så nedkjørt at jeg har blitt tvunget til å redusere kontakten med de andre på jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Jeg føler meg trett under arbeidsdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Jeg opplever at jeg gradvis har mistet interessen for de mennesker jeg treffer gjennom jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BBI-10, generell versjon © Matthiesen, Dyregrov & Notelaers, 2010**

Vedlegg 6. Bakgrunnsinformasjon

**BAKGRUNNSINFORMASJON OM DELTAGERNE**

Vennligst fyll inn dine opplysninger her.

Alder: \_\_\_\_\_ år

Kjønn: \_\_\_\_\_ Kvinne      \_\_\_\_\_ Mann

Sivil status: \_\_\_\_\_ Gift / Samboer      \_\_\_\_\_ Enslig

Antall barn under 18 år: \_\_\_\_\_

Annen omsorgsbelastning: \_\_\_\_\_

Hvor lenge har du jobbet ved ditt nåværende arbeidssted? \_\_\_\_\_ år      \_\_\_\_\_ måneder

Arbeidstid: \_\_\_\_\_ Dag/Kveld      \_\_\_\_\_ Natt

Er du leder? \_\_\_\_\_ Ja      \_\_\_\_\_ Nei

Videreutdanning innen sykepleie: \_\_\_\_\_ Ja      \_\_\_\_\_ Nei

Annen relevant utdanning: \_\_\_\_\_

Jobber du i en: \_\_\_\_\_ bykommune      \_\_\_\_\_ distriktskommune

Har du på noe tidspunkt vurdert å slutte i jobben du har nå av grunner beskrevet i spørreskjemaene:

\_\_\_\_\_ Ja      \_\_\_\_\_ Nei

## Vedlegg 7. Godkjenning fra NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 822219 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 11.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD. HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER? Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger. VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 8. Forespørsel for gjennomføring av forskningsprosjektet

Til personvernombudet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Forespørsel om å gjennomføre forskningsprosjektet

«I hvilken grad påvirkes sykepleiere i hjemmesykepleien av samvittighetsstress og kan samvittighetsstress medvirke til utbrenthet?»

Dette prosjektet er i forbindelse med en masteroppgave i klinisk sykepleie ved Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Gjøvik.

### **Bakgrunn og formål med prosjektet.**

I dagens samfunn blir en stadig økende andel av befolkningen eldre og mange ønsker å bli boende hjemme. Dette fører til en stor variasjon av brukere, problemstillinger og oppgaver sykepleiere i hjemmesykepleien møter til daglig. Det er gjort mye forskning både på samvittighetsstress og utbrenthet i forhold til helsepersonell på sykehus. Formålet med dette prosjektet er å se på om sykepleiere i hjemmesykepleien opplever samvittighetsstress og om dette kan medvirke til utbrenthet/følelsesmessig utmattelse.

### **Hva innebærer deltagelse i prosjektet?**

Undersøkelsen består av to spørreskjema som omhandler samvittighetsstress og utbrenthet. Det tredje skjemaet er bakgrunnsinformasjon om deltagerne. Det tar ca. 20 minutter å svare på spørsmålene. Spørreskjemaene skal kun besvares en gang. Prosjektet vil pågå vinter/vår 2019.

### **Hvem kan delta i prosjektet?**

Sykepleier som jobber fast i hjemmesykepleien i 60 -100% stilling i ett år eller mer kan delta. De må kunne lese og forstå norsk.

### **Hva skjer med informasjonen.**

Dette er en anonym spørreundersøkelse. Statistikere vil ha adgang til svarene i forbindelse med analysering, men ikke hvor den enkelte jobber. Dataene vil bli behandlet i SPSS med lisens fra NTNU på min private datamaskin.

Prosjektet skal etter planen være avsluttet 30.12.2020, da vil alle papirer bli makulert.

### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Førsteamanuensis Bente Hamnes, [bente.hamnes@ntnu.no](mailto:bente.hamnes@ntnu.no), tlf. 92832549

Masterstudent Merete Risholm Haukebø, [mereterh@stud.ntnu.no](mailto:mereterh@stud.ntnu.no), tlf. 97109411

Studien er meldt til og venter godkjenning av Personvernombudet for forskning, NSD -Norsk senter for forskningsdata AS.

Jeg vil med dette be om tillatelse for gjennomføring av prosjektet.

Vennlig hilsen

Merete Risholm Haukebø

Ishavsvegen 34

9010 TROMSØ

### **Vedlegg**

1. Prosjektplan
2. Informasjonsbrev
3. Spørreskjema «Samvittighetsstress»
4. Spørreskjema «Bergen Burnout Indicator»
5. Spørreskjema «Bakgrunnsinformasjon»

## Vedlegg 9. Godkjenning fra Personvernombud NTNU

Hei,

Jeg viser til din epost nedenfor, din epost av tirsdag og vår telefonsamtale nettopp.

Som nevnt i vår telefonsamtale anser jeg i likhet med NSD at undersøkelsen vil bli gjennomført anonymt.

Forutsatt at det ikke gjøres endringer som vil gjøre det mulig med direkte eller indirekte identifikasjon av deltakere, har jeg ingen innvendinger mot at undersøkelsen gjennomføres.

Jeg hatt en kort samtale med din veileder for gi uttrykk for at dette er et godt eksempel på hvordan man kan gjennomføre en anonym spørreundersøkelse. Lykke til med oppgaven og god påske!

Mvh

Thomas Helgesen  
Personvernombud  
NTNU

93079038

