

MASTEROPPGAVE

Master i Sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling

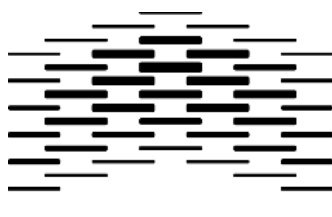
Mai 2016

Sykepleieres livskvalitet, jobbfornøydhets og planer om å skifte jobb

Ida Hellum Andresen

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Hovedveileder: Ellen Karine Grov

Medveileder: Thomas Hansen

Forord

Det er flere jeg vil benytte anledningen til å takke for all hjelp og veiledning under studiet og arbeidet med masteroppgaven. Takk til NOVA som ga meg muligheten til å bruke deres datamateriale i min masteroppgave. Og takk til medveileder Thomas Hansen fra NOVA som har bidratt med mange tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Høgskolen i Oslo og Akershus som ga meg muligheten til å ta en så spennende master. En stor takk vil jeg rette til min hovedveileder Ellen Karine Grov. Hun har sendt meg tilbakemeldinger, natt og dag, som har bidratt til refleksjon og tanker som har bedret min oppgave. Hun var alltid tilgjengelig når jeg satt litt fast, og kom alltid med oppløftende ord.

Som så mange før meg har sagt, kan det å jobbe med en individuell masteroppgave være ensomt. Jeg ønsker å takke alle mine flotte medstudenter, og spesielt Torunn. Takk for gode tilbakemeldinger på masterseminar, men mest av alt for oppmuntrende ord når jeg følte alt var litt håpløst.

Til slutt vil jeg takke min flotte samboer, snart mann, Christer. Han har bidratt med mye støtte og gode ord. Han har holdt ut med meg i de mange «motbakkene» det har vært gjennom dette masterstudiet, og gjort det mulig for meg å fullføre denne masteren på fulltid.

Ida Hellum Andresen

Oslo, mai 2016

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Norsk statistikk estimerer større behov for sykepleiere enn tilgangen til disse. Sykepleieres trivsel i jobben kan hindre at sykepleiere slutter. Formålet med artikkelen er å undersøke sykepleiernes fornøydhet med livet, jobbtilfredshet og sykepleiernes planer om å skifte jobb. Hensikten med refleksjonsoppgaven er å se nærmere på begrepene livskvalitet og arbeid, i tillegg til å presentere metodekritikk av studien. Perspektivene på livskvalitet og arbeid blir knyttet opp mot funnene i artikkelen.

Teoretisk rammeverk: Teoriene om livskvalitet, arbeid og «turnover» danner begrepsmessig ramme for studien.

Metode: Artikkelen er basert på data fra undersøkelsen Life cOurse, Gender and Generation (LOGG). Studien omfatter 478 sykepleiere, og en sammenligningsgruppe som består av 3714 ikke-sykepleiere med samme utdanningsnivå. Sammenligningsgruppen ble brukt for å måle forskjeller mellom de to yrkesgruppene for studiens utvalgte variabler. Assosiasjoner mellom arbeidsrelaterte variabler og *fornøydhet med livet*, *jobbformøydhet* og *planer om å skifte jobb*, ble målt ved bivariate og multivariate statistiske analyser.

Resultater: Artikkelen viste at sykepleierne har signifikant bedre *livskvalitet* og *jobbformøydhet* enn ikke-sykepleierne. Livskvalitet, her målt som *fornøydhet med livet*, hadde en signifikant assosiasjon med *lav alder*, *høy jobbformøydhet* og *autonomi*. Variabler assosiert med høy *jobbformøydhet* var *planer om å bli i jobben*, *autonomi*, *verdsettelse fra leder*, *varierte arbeidsoppgaver* og *lite stressende arbeidsmiljø*. Variablene *alder*, *masete kollegaer*, *vikariat* og *misfornøydhet med jobben* var signifikant assosiert med *planer om å skifte jobb*.

Konklusjon: Sykepleierne i denne studien rapporterte bedre livskvalitet og jobbformøydhet enn ikke-sykepleierne, noe som kan forklares med at de oppfatter jobben sin som meningsfull. Studier viser at det å øke tilhørighet til og fornøydheten med jobben hindrer «turnover», og er positivt for både sykepleierne og organisasjonen. Resultatene fra denne studien vil være spesielt viktig for sykepleiernes ledere, organisasjonen og for fagpolitiske aktører. I litteraturen defineres livskvalitet ulikt, og i forskning er det derfor nødvendig å avklare forståelsen av begrepet livskvalitet gjennom definisjon og operasjonalisering.

Nøkkelord: Sykepleiere, livskvalitet, fornøydhet med livet, fornøydhet med jobben, planer om å skifte jobb, turnover.

Abstract

Background and Aim: Statistics in Norway predict a larger demand than the supply of nurses. Nurses with a high job satisfaction can prevent them from leaving their job. The aim of the article was to examine associations between nurses' work and *satisfaction with life* (*SwL*) and -job (*SwJ*), and *intention to change job* (*IchJ*). In order to shed light on the results presented in the article, the paper highlights the concepts "quality of life" and "work", in addition to strength and limitations of the study. The perspectives of quality of life and work, are linked to the finding of the study.

Theoretical framework: Theories about quality of life, work and turnover form a conceptual framework for the study.

Method: The article is based on data from a Norwegian population-based survey, Life cCourse, Gender and Generation (LOGG) study from 2007, which had a cross-sectional design. The sample consisted of 478 nurses, and a comparison group of non-nurses (n=3,714), based on educational-corresponding occupations. Associations between sociodemographic and work-related variables and *SwL*, *SwJ* and *IchJ* were compared with use of bivariate and multivariate linear and logistic regression analyses.

Results: Nurses reported significantly higher *SwL* and *SwJ* than non-nurses. For nurses high *SwL* was significantly associated with *lower age*, *higher SwJ* and *appreciative leaders*. Significant predictors of higher *SwJ* were: *intention to stay in current job*; *autonomy*; *appreciative leader*; *less monotonous tasks* and *less stressful work*. *IchJ* was associated with *low age*, *nagging colleagues*, *temporary position* and *low SwJ*.

Conclusion: The findings of this study show that most nurses are satisfied both in their life and with their job. Regarding *intention to change job* there is no difference between *nurses* and *non-nurses*. As there is an increasing shortage of nurses, leaders have to shed light on factors that might reduce nurses' turnover. The leaders could use the results from this study to provide permanent positions, minimize nagging coworkers and uphold the nurses' satisfaction with their job. As quality of life is defined in various ways, research has to clarify the understanding of the concept in terms of exact definitions and operationalization.

Keywords: Nurses, quality of life, satisfaction with life, satisfaction with job, plans to change work, turnover.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|------------|
| Forord | I |
| Sammendrag | II |
| Abstract | III |
| Innholdsfortegnelse | IV |
| | |
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 2.0 LIVSKVALITET | 2 |
| 2.1 Historie | 3 |
| 2.2 Ulike perspektiver..... | 3 |
| 2.3 Måling av livskvalitet | 6 |
| 2.4 Oppsummering | 7 |
| 3.0 ARBEID | 9 |
| 3.1 Hvorfor er arbeid viktig? | 9 |
| 3.2 Sykepleiere og arbeid | 12 |
| 3.3 Arbeidsrelatert livskvalitet | 14 |
| 3.4 Oppsummering | 16 |
| 4.0 METODEKRITIKK | 17 |
| 4.1 Styrker og svakheter ved studien..... | 17 |
| 5.0 OPPSUMMERING | 20 |
| 6.0 LITTERATURLISTE | 22 |
| Artikkel: | 26 |
| Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet “Nordic Journal of Nursing reaserch” .. | 59 |
| Vedlegg 2: E-post med bekreftelse på innsendt artikkel | 61 |

1.0 INNLEDNING

Dette er en todelt masteroppgave bestående av en artikkel og en refleksjonsoppgave. Artikkelen presenteres som et publiserbart manuskript, utformet etter retningslinjene til tidsskriftet «Nordic Journal of Nursing Research». Studien, som artikkelen presenterer, er basert på data fra undersøkelsen Life cOurse, Gender and Generation (LOGG), som er gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Norges institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Arbeid (NOVA) i 2007. Dataene er brukt for å kartlegge om jobben til sykepleiere er assosiert med deres livskvalitet, jobbfornøydhets og om de har planer om å slutte i jobben sin.

Refleksjonsoppgaven omhandler hovedsakelig begrepsavklaringer og metodevurdering, spesielt utredning av begreper og teori som er benyttet i artikkelen, men som det ikke ble rom for å utdype der. Refleksjonsoppgaven er derfor ment å gi grundig og bred teoretisk og metodologisk forståelse for studien. Begrepet *livskvalitet* er et av resultatmålene i artikkelen. Det er ulike tradisjoner, betegnelser og forståelse for hva livskvalitetsbegrepet rommer (Spilker, 1996; The WHOQOL Group, 1998; Wilson & Cleary, 1995). Her vil begrepet bli diskutert i lys av de ulike definisjonene til Spilker (1996), Næss, Eriksen og Moum (2011), Barstad (2014), Gasper (2010) og Wahl og Hanestad (2007). Videre vil jeg redegjøre for min forståelse av begrepene arbeid og jobb, differensieringen mellom disse termene, men også en utdypning av arbeidets positive og negative påvirkning på arbeidstakeren. Disse avklaringene vil også bli relatert til hvordan livskvalitet, arbeid og jobbfornøydhets er definert i LOGG-studien. Avslutningsvis drøftes styrker og svakheter ved studien.

Artikkelen omhandler ulike aspekter ved sykepleieres arbeid som kan ha en assosiasjon med deres liv og selvrapporterte livskvalitet. I refleksjonsoppgaven inkluderes generell teori om arbeid, det å være i jobb og ulike faktorer som har en innvirkning på arbeidstakeren i jobbsammenheng. De teoretiske betraktningene vil knyttes opp mot sykepleiernes arbeidshverdag, og det som kjennetegner den. Artikkelen er korrekturlest av en autorisert oversetter, og er innsendt til «Nordic Journal of Nursing Research» hvor den gjennomgår anonym fagfelleevaluering (se vedlegg 2).

2.0 LIVSKVALITET

Livskvalitet er et begrep som blir brukt i mange forskjellige sammenhenger. Fra dagligtale til politikk og helsefag. Noen studier viser også at fagterminologien innenfor livskvalitetsområdet ikke er helt sammenfallende med hverdagsspråkets forståelser (Helsedirektoratet, 2015). Begrepet livskvalitet brukes om både subjektiv opplevelse og systemiske rammebetingelser eller levekår. Det er altså svært stor variasjon i måten å bruke uttrykket livskvalitet på. Den ulike bruken av ordet livskvalitet mellom de ulike fagområdene, som medisin, sykepleie og sosiologi, gjør at det trengs et rammeverk for at personer med ulik fagbakgrunn skal kunne forstå hverandre (Helsedirektoratet, 2015; Wahl & Hanestad, 2007). Siden livskvalitet er et begrep som kan vise til mange forskjellige aspekter, oppstår spørsmålet om hva det «egentlig» er.

Begrepet livskvalitet har vist seg å være vanskelig å konkretisere. En kan forstå begrepet som en relasjon til det gode liv. Men hva er det gode liv? Selv om det er vanskelig å gi et konkret svar, skal jeg videre i denne oppgaven presentere mulige forklaringer på begrepet og diskutere de ulike aspektene opp mot hverandre, først og fremst i et helsefaglig perspektiv.

«Quality of life» brukes ofte på engelsk om velvære generelt, og gjerne spesifikt om objektive livsbetingelser eller levekår. På norsk oversettes «quality of life» til livskvalitet, og dette begrepet brukes om både velvære generelt, og om den subjektiv opplevelse av å ha det godt (Helsedirektoratet, 2015). Taillefer, Dupuis, Roberge og LeMay (2003) konkluderte i en systematisk litteraturgjennomgang med at «quality of life»-begrepet, slik det brukes i en helsesammenheng, ikke er fullstendig utviklet. De fant at begrepet brukes om alt fra følelser til levekår, med andre ord fra det helt subjektive til det helt objektive. Det er imidlertid store forskjeller mellom fagområder. Mens sosiologien oftest bruker den subjektive forståelsen, brukes det i medisin vanligvis helserelatert livskvalitet, som ofte vurderer den objektive helse og funksjonsstatus. Denne bredden på et begrep øker sjansen for begrepsforvirring, samtidig viser bredden at livskvalitet omfatter mange aspekter av livet. Det foreligger foreløpig ingen systematiske studier av norsk begrepsbruk på dette feltet (Helsedirektoratet, 2015).

På norsk brukes det likevel noen ganger mer presise uttrykk, som subjektiv livskvalitet eller helserelatert-livskvalitet. Uttrykket subjektiv livskvalitet benyttes som oftest om subjektivt velvære (Helsedirektoratet, 2015), mens helserelatert-livskvalitet refererer ofte til sykdommer, symptomer og funksjonsstatus, slik Wilson og Cleary presenterer sin modell (Wilson & Cleary, 1995).

2.1 Historie

Vi har alltid vært opptatt av livets kvaliteter, likevel ble ikke livskvalitet som begrep nevnt før i 1920. Der bruker Pigou begrepet for første gang i en bok om økonomi og velferd. Velferdsfagene har brukt begrepet i forskning siden 1950-tallet (Helsedirektoratet, 2015; Rustøen, 2001). Interessen for livskvalitetsforskning innenfor medisin ble for alvor vekket på 1970-90 årene, mens for sykepleie kom interessen på 1980-90 tallet (Rustøen, 2001). Fra 7000 treff i medisinske databaser (PubMed) i 1990, til over 80.000 i 2007, omhandler disse mange ulike sykdomsgrupper og helsefaglige kontekster (Wahl & Hanestad, 2007). Ved søk i PubMed 12.05.16 gir «quality of life» 270.557 treff. Det er i dag mer akseptert å bruke livskvalitet som et alternativt resultatmål til overlevelse og som en kvalitetsindikator. Det gjelder både data om levekår og subjektiv livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015).

Det er ulike grunner til at stadig flere forsker på livskvalitet. En av årsakene til at livskvalitet har fått økt fokus, er den større andel eldre og flere med kroniske sykdommer. Det å ha et langt liv, betyr ikke at man nødvendigvis har et godt liv. Det har derfor vært gunstig å kartlegge og følge opp livskvaliteten deres. I tillegg fins det nå mange likeverdige behandlingsmetoder som behandler samme sykdom, og livskvalitet kan være et resultatmål for å velge den behandlingsformen med færrest bivirkninger. Man er i større grad enn før, opptatt av at pasientene skal oppleve behandlingen som god, og ikke bare at den kurerer (Wahl & Hanestad, 2007).

2.2 Ulike perspektiver

Det er imidlertid gjort flere forsøk på å konkretisere livskvalitet. Litteraturen viser at livskvalitet kan forstås som blant annet tilfredshet med livet, psykisk velvære, tilfredsstillelse av behov, funksjonsevne, selvrealisering, lykke, mening og helse (Wahl & Hanestad, 2007). Ulike forståelser reflekterer gjerne ulike fagområder. I det følgende presenteres noen måter å forstå livskvalitet på som kan illustrere dets mangfoldige betydning.

Selv om livskvalitetsbegrepet brukes i en rekke fagdisipliner og sammenhenger, foreligger ingen endelig konsensus om hva begrepet viser til. Likevel fins det mange definisjoner og ulike tolkninger av begrepet. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som «enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdisystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av» (The WHOQOL Group, 1998; Wahl & Hanestad, 2007, s. 31).

Denne definisjonen er vid og omfatter mye. Det bidrar til å styrke begrepsforvirringen når samme definisjon brukes om flere forskjellige måter å måle livskvalitet på. Det er derfor nødvendig å ha med en definisjon, med tilhørende operasjonalisering av begrepet for å unngå forvirring rundt begrepet, samtidig som det legitimerer valg av variabler.

Den norske psykologen Siri Næss har arbeidet mye med livskvalitet og begrepets betydning. Hun bruker en mye smalere og strengere avgrensning av begrepet. Hun forstår livskvalitet som det å oppleve livet som godt. Det omfatter både tilfredshet med livet, en kognitiv forståelse og affekt (følelsspill). Hun bruker uttrykkene livskvalitet, det å ha det godt og psykisk velvære som synonymer (Næss et al., 2011). Ved å bruke denne definisjonen er det ingen tvil om hva livskvalitet er, og hvilke verktøy som skal brukes for å måle det. Likevel kan man argumentere for at denne forståelsen er for smal, siden den ikke omfatter alle elementene som omhandler livskvalitet. Næss argumenterer med at i hennes definisjon er pasienten sin subjektive opplevelse og oppfattelse av livet, det som virkelig er livskvalitet, og ikke det objektive som for eksempel en sykdom eller dårlig helse (Næss et al., 2011).

Anders Barstad er en norsk sosiolog, som mener forskning på hvordan vi har det består av to deler. Det handler om den subjektive delen, i tillegg til en objektiv del. Han mener at det objektive omhandler ytre livsbetegnelser, og plasser dette innenfor levekårstradisjonen. Den subjektive delen omhandler psykisk velvære, og samsvarer med Næss sin definisjon (Barstad, 2014). Barstad sin todeling stemmer godt med WHO sin definisjon av velvære. WHO mener velværedefinisjonen består av en subjektiv dimensjon, hvor følelser, tilfredshet, og deres subjektive opplevelse av hvordan de har det, inngår. I den objektive dimensjonen finnes det Barstad omhandler som levekår, og omfatter blant annet arbeid, helse, utdanning, og miljø (WHO, 2013). Her ser vi at både Næss og Barstad mener et livskvalitet er en subjektiv opplevelse av velvære, og at dette samsvarer med WHO sin definisjon av velvære. Gasper (2010), på en annen side, mener velvære ofte brukes om subjektive opplevelser, og at livskvalitet brukes mer om rammene og konteksten rundt en opplevelse. Konteksten kan forstås som levekår. Denne måten å se på begrepene, er noe omvendt av både Næss og Barstad, siden de mener det er den subjektive velvære som er livskvalitet, ikke levekår. Dette synliggjør noe av begrepsforvirringen rundt livskvalitet, og også velvære-begrepet. Begge begrepene brukes i en vid forståelse, og bredden av begrepene gjør at de nesten fullstendig overlapper hverandre (Gasper, 2010).

Næss og Barstad bruker en smal definisjon av begrepet livskvalitet. Dette er det flere som er uenige i. Wahl og Hanestad (2007) mener at i tillegg til at livskvalitet er et begrep som uttrykker personens egen oppfatning av sin situasjon, dreier livskvalitet seg også om fysiske,

psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Det er et multidimensjonalt begrep, og dreier seg også om hvilke verdier, forventninger, mål og meninger man har i livet (Wahl & Hanestad, 2007). Wahl og Hanestad støtter seg til Bert Spilker sin oppdeling av begrepet livskvalitet (Spilker, 1996).

Bert Spilker er forsker og har spesialisert seg innen legemiddeløkonomi. Spilker sin definisjon av livskvalitet er av bredere karakter og omfatter mer enn kun psykisk velvære. Han ser på livskvalitet som et flerdimensjonalt begrep, og at begrepet omhandler ulike aspekter av ens liv. De ulike aspektene er satt inn i en pyramide. Spilker deler opp begrepet livskvalitet i tre deler: global livskvalitet, helserelatert livskvalitet og spesifikk livskvalitet. *Den globale livskvaliteten* tar for seg personens generelle tilfredshet og velvære knyttet til livet som helhet som omfatter materielle goder, helse, økonomi, bostatus, familieforhold, arbeid og utdanning. *Helserelatert livskvalitet* omhandler hvor tilfreds personen er med sin funksjonsevne, både psykisk, fysisk og sosialt. Den fysiske delen omhandler fysiske symptomer, bevegelse, styrke og utholdenhet. Psykiske aspekt ved dimensjonen omhandler ofte angst, depresjon, trøtthet og følelsesmessige problemer. De sosiale aspekter gjelder nettverk til familie og venner, og sosial omgang. *Spesifikk livskvalitet* er knyttet til spesifikke problemer som den enkelte personen eller gruppen opplever. Som for eksempel symptomer relatert til en spesiell sykdom, eller relatert til en spesifikk kontekst (Spilker, 1996). Ved bruk av Spilker sin definisjon kommer flere aspekter frem, og man må bruke flere verktøy for å få svar på den enkelte personens livskvalitet dersom man har som mål å dekke hele livskvalitetsbegrepet.

I tillegg til ulike forståelser rundt begrepet er det også ulike fagtradisjoner, som har ulike innfallsvinkler til begrepet livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007). Eksempelvis er det innen medisin og sykepleie vanlig å relatere livskvalitet til det Spilker kaller helserelatert livskvalitet, da det ofte omfatter helse og sykdom, eksempelvis slik Wilson og Cleary presenterer det i sin modell (Wilson & Cleary, 1995). Innen sosiologien er subjektivt opplevd velferd mest sentralt, og derfor brukes også livskvalitet om dette begrepet. Spilker omtaler dette som global livskvalitet. Innenfor psykologi er det ofte individets vekst og utvikling, og velvære som omtales som livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015), noe som kan inkluderes i alle tre perspektivene hos Spilker.

Selv om det er stor uenighet omkring definisjonene av livskvalitet, er det noen karakteristika ved livskvalitet som det er stor enighet om. Det gode liv handler om hva enkeltmennesket definerer som et godt liv for seg. Det søkes å nå personens egenvurdererte livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007), og selvrapporing er gullstandard metodisk når

fenomenet skal kartlegges. Med bakgrunn i de ulike forståelsene av livskvalitet, kan en si at livskvalitetsbegrepet kan bestå av mange ulike aspekter. Og en kan argumentere med at det, av den grunn, er grunnlag for at livskvalitet skal bestå av mange aspekter, siden livet består av mange aspekter.

2.3 Måling av livskvalitet

Når man skal måle et begrep må begrepet operasjonaliseres før det kan brukes i kvantitativ forskning. Å operasjonalisere betyr å gjøre et begrep om til målbar data, som senere kan brukes i den kvantitative forskningen (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010). Livskvalitet er et begrep det er forsket mye på, og det er derfor mange som allerede har operasjonalisert begrepet og lagd validerte psykometrisk testede instrumenter. Og i likhet med de ulike definisjonene av livskvalitetsbegrepet, er også operasjonaliseringen av begrepene forskjellige, og instrumentene måler forskjellige ting.

Spilker (1996) sin definisjon av livskvalitet er delt inn i tre nivåer. De ulike nivåene har hver for seg ulike instrumenter for å måle den enkelte type livskvalitet. Som en eksemplifisering i denne oppgaven, vil ulike standardiserte, psykometrisk testede instrumenter fremstilles, og linkes opp mot Spilker (1996) sine tre nivåer for livskvalitet.

Spesifikk livskvalitet er det nederste nivået til Spilker, og endrer seg med bakgrunn i hvilken gruppe som undersøkes. Det kan for eksempel omhandle verktøy som er spesielt tilpasset enkelte sykdommer, eller som måler et symptom en pasientgruppe er spesielt utsatt for å oppleve. To psykometriske validerte instrumenter er «Stroke Specific Quality of Life Scale» (SS-QOL) som måler livskvalitet spesifikt for slagrammede pasienter (Williams, Weinberger, Harris, Clark & Biller, 1999), og «Long Term Quality of Life-Breast Cancer» (LTQOL-BC), som måler livskvaliteten hos kvinnelige pasienter med brystkreft (Gordon & Siminoff, 2010). Samtidig kan det å måle grad av angst hos en pasientgruppe hvor opplevelse av angst er relevant, omtales som måling av spesifikk livskvalitet. Et validert verktøy når det gjelder måling av angst er «Hopkins Symptom Checklist» (HSC), som fins i flere lengder, hvorav den med 25 spørsmål (HSCL-25) er mest brukt (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974).

Når det gjelder det midterste nivået, helserelatert livskvalitet, omhandler ikke dette kun den fysiske helsen, men også den psykiske. Et velkjent og psykometrisk testet instrument for å måle dette er SF-36 eller kortformen SF-12. SF-36 er et instrument som tar for seg både mental og fysisk livskvalitet, og er utviklet til bruk for både friske og syke personer, og består av 36 (Ware Jr & Sherbourne, 1992) eller 12 spørsmål (Gandek et al., 1998). Et annet validert

skjema er EQ-5D. Skjemaet kartlegger også fysisk og psykisk livskvalitet, men er begrenset til kun fem ulike områder (Rabin & Charro, 2001).

Det øverste nivået på Spilker sin tolkning av begrepet livskvalitet er global livskvalitet. Også for global livskvalitet fins det flere validerte verktøy. En måte å registrere dette på, er å måle følelsspill, eller positiv og negativ affekt. «Positive and Negative Affect Scale» (PANAS) er et 20-ledds mål som måler emosjonell balanse, og enkeltpersonens subjektive velvære (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Et annen psykometrisk validert verktøy for å måle generell livskvalitet er «Satisfaction With Life-Scale» (SWLS). SWLS består av fem enkeltpørsmål som sammen lager en totalskår som kartlegger grad av fornøydhet med livet (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Og det er akkurat dette verktøyet som er brukt i LOGG-studien og som er presentert som mål for livskvalitet i artikkelen.

I den tilhørende artikkelen sammenstilles begrepet livskvalitet og fornøydhet med livet. Med bakgrunn i WHO (2013) sine definisjoner for livskvalitet og velvære, kan denne måten å operasjonalisere livskvalitet på, passe godt som mål for velvære. Det samme gjør Gasper (2010) sin definisjon. På en annen side er det å måle fornøydhet med livet noe som passer med Næss og Barstad sine definisjoner for livskvalitet (Barstad, 2014; Næss et al., 2011). Ved å se på Spilker sin brede definisjon, vil fornøydhet med livet komme under den øverste delen av pyramiden, global livskvalitet, som også samsvarer med Wahl og Hanestad sitt syn på begrepet (Spilker, 1996; Wahl & Hanestad, 2007). Livskvalitet er i LOGG-studien kartlagt gjennom instrumentet SWLS. Man kan på bakgrunn av diskusjonen i dette kapittelet forstå at denne måten å se på livskvalitet, ikke passer til alle de ulike definisjonene, og ikke nødvendigvis er den vanligste måten å måle livskvalitet på innen helsefag (Helsedirektoratet, 2015). Likevel kan man ved å bruke Næss, Barstad, Spilker og Wahl og Hanestad sine definisjoner, se at fornøydhet med livet og livskvalitet er to korresponderende og direkte overlappende begreper.

2.4 Oppsummering

Tilstedeværelsen av mange forskjellige definisjoner gjør det utfordrende å håndtere livskvalitetsbegrepet og forståelsen av tilfredshet med livet. Hvordan kan man vite at det som beskrives som livskvalitet i et sosiologitidsskrift er det samme begrepet som i et sykepleiertidsskrift? Videre kan det være vanskelig å avklare om begrepet viser til den samme opplevelsen eller fenomenet. Grensegangen mellom de ulike ordene er også problematisk. Hva er forskjellen på det å være tilfreds og det å være lykkelig? Og kan følelser differensieres

fra evalueringer? Dette er aspekter som problematiserer konkretiseringen av begrepet. Og så lenge det ikke er en endelig og klar definisjon, vil vi sannsynligvis ikke komme fram til en fagterminologi som er entydig (Helsedirektoratet, 2015). For å forhindre ytterligere forvirring rundt begrepet livskvalitet er det viktig å være presis og forklarende når man omtaler begrepet. Ved å operasjonalisere begrepet er det også lettere å finne relevante instrumenter som korresponderer til begrepsforståelsen. En beskrivelse av begrepsforståelsen og en operasjonalisering av begrepet, er derfor essensielt ved valg av instrumenter for å måle ett eller flere aspekter og dimensjoner ved livskvalitetsbegrepet.

3.0 ARBEID

Det å ha en jobb å gå til og å utføre et arbeid, kan både ha positive og negative konsekvenser for arbeidstakeren. Både arbeid og jobb brukes i dagligtalen relativt synonymt med hverandre, likevel vil begrepene i denne oppgaven differensieres. Arbeid er i større grad tilknyttet funksjonen, det å utføre eller gjøre et arbeid. Arbeid trenger ikke å være i sammenheng med at man har en jobb og får betalt, men kan også være frivillig eller arbeid man ikke får betalt for. Jobb, på den andre siden, er mer knyttet til stillingen, og handler i mindre grad om hvilke oppgaver som utføres. Samtidig vil begreper som er mye brukt, som jobbfornøydhet og jobbtrivsel, også brukes i sammenheng med arbeid da det antas å være overførbart til de som har et arbeid. I denne oppgaven er det ønskelig å beskrive hvordan arbeidet påvirker livet til arbeideren, og knytte det opp mot den påvirkningen en sykepleiers arbeid på jobben har for deres helse.

3.1 Hvorfor er arbeid viktig?

Livskvalitet og arbeid har en tett forbindelse, og det finnes indikasjoner på at det er deltagelse i arbeidslivet som gir goder (Lau, 2011). Det antas også at arbeidet har en stor innvirkning på den generelle tilfredsheten med livet (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000). Det å ha nok tid til å utføre arbeidet sitt, mulighet for egen, faglig utvikling og et faglig ledelsesengasjement har vist seg å være avgjørende for at arbeidet skal føre til arbeidsglede og motivasjon. Det å oppleve arbeidsglede kan føre til utvikling og bekreftelse for arbeidstakeren, øke kvalitet på arbeidet, samtidig som det øker produksjonen til virksomheten. Likevel finnes det forhold ved arbeidet som også gjør at en får en økt risiko for dårligere helse (Lau, 2011), som for eksempel når en opplever stress i arbeidet.

Stress er i utgangspunktet en normal fysiologisk reaksjon som kan være livsnødvendig. Milde former for stress kan ha positive konsekvenser, ved at det skaper utfordringer og variasjon, som er gunstig for god jobbtrivsel. Til kontrast kan langvarig og alvorlig stress være farlig for kroppen når den ikke får nok restitusjon, og gi alvorlige symptomer på emosjonell utbrenthet (burnout) og alvorlige mentale forstyrrelser (McVicar, 2003; Zangaro & Soeken, 2007). Stress kan komme av opplevelser i arbeidet, ofte knyttet til vanskelige etiske dilemmaer (Orvik, 2015). Det kan også relateres til den individuelle persepsjon av krav de har, og persepsjonen av deres kapasitet til å møte disse kravene. Et misforhold mellom disse faktorene fører til at terskelen for stress hos personen blir tøyd, og det trigger en stressrespons (McVicar, 2003; Orvik, 2015). Ofte knyttes problemene med

negativt stress til arbeidskrav og arbeidsforhold. Under faktoren arbeidskrav er tidspress og arbeidsmengde mest avgjørende (Demerouti et al., 2000). Arbeidstakerne opplever å ha for mange oppgaver og for lite tid, og arbeidsdagen føles hektisk. Under faktoren arbeidsforhold kommer lite variasjon i arbeidsoppgaver, lite tilbakemeldinger på arbeidet, lite deltagelse i beslutningsprosessen rundt sitt eget arbeid, mangel på økonomiske belønninger og lite sosial støtte, som er viktige faktorer til stress (Demerouti et al., 2000). Stress kan være en negativ konsekvens i seg selv, men langvarig stress kan også føre til utbrenthet (burnout). Burnout består ofte av tre dimensjoner: emosjonell utmattelse, depersonalisering i form av kynisme og emosjonell distansering, og redusert jobbyttelse (Orvik, 2015). Personer som opplever å bli utbrente opplever at entusiasmen forsvinner, og positive følelser og sympati, som ellers er drivkrefter ved arbeidet, blir borte. Det skjer en følelsesmessig avflatning, og det blir vanskeligere å ta del i andres opplevelser og følelser (Orvik, 2015). Det kan føre til dårlige arbeidsytelse og sykemelding. Det er derfor viktig å kartlegge faktorer i arbeidet som kan føre til stress, for å forhindre dette og holde folk i arbeid. Og her vet vi at ledelsen kan ha en stor påvirkning, da en god lederstil spiller en viktig rolle for å unngå burnout hos sykepleierne (Kanste, 2008).

Det er utviklet tre modeller som viser seg å ha stor innvirkning på arbeidslivets negative plager. «Krav-kontroll-modellen» hevder at en kombinasjon av lave beslutningsmuligheter og høye jobbkraav, sannsynligvis vil øke sjansen for stress, dårlig helse og lav jobbtillfredshet. Forskningsstudier tyder på det samme (McVicar, 2003; Orvik, 2015). Likevel er det noen som mener modellen mangler et ledd, og har lagt til sosial støtte, som et siste ledd i modellen. Med sosial støtte menes grad av tilgjengelighet, hjelpsomhet og sosial interaksjon med ledere og kollegaer på jobben. En norsk studie utført av «Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og helse» (NOA) har brukt «krav-kontroll-modellen», og den viser at kvinner i større grad opplever høyt arbeidstempo og høyere arbeidskrav enn menn, og er på bakgrunn av det mer utsatt for å oppleve negativt stress. Det er også sett en sammenheng mellom negativt jobbstress dersom de ikke selv kan bestemme når de skal ha lunsj og ikke kan bestemme eget arbeidstempo. Også her var kvinner mest utsatt. Det ble videre funnet at yrker som innebærer kontakt med kunder, klienter, elever og pasienter, opplever å ha minst kontroll på jobben. Resultatene viser også at ni av ti rapporterte at de opplevde sosial støtte fra kollegaer, som bidrar til å minske negativt stress (Lau, 2011).

Ved bruk av «jobbkrav-ressurs-modellen» er det også sett at jobbkrav kan ha en negativ innvirkning på arbeidstakernes velvære når jobbkravene blir for høye. Arbeidsressurser kan ha en negativ effekt, men kan også ha en positiv effekt. Det å oppleve å

ha nok ressurser fører til jobbengasjement. Dette kan igjen føre til et bedre psykososialt arbeidsmiljø og kan føre til en positiv spiral, med økt arbeidshelse som igjen resulterer i en følelse av økte ressurser (Torp, 2013). Denne positive og gode følelsen, kan igjen føre til økt velvære (Clausen, 2009). Det er derfor hovedsakelig jobberessurser som kan bidra til bedre arbeidshelse, og arbeid for å bedre arbeidstakernes arbeidshelse bør derfor i større grad omhandle dette enn å identifisere risikofaktorer (Torp, 2013). Arbeidshelse brukes i denne oppgaven som den helse som påvirkes av arbeidstakerens arbeid. Arbeidshelsen kan bedres ved å fremme gode sider ved arbeidet, eller ved å fjerne forhold som gir skade og sykdom (Bjørnstad, 2005).

Den tredje modellen for når arbeidslivet utvikler seg til noe negativt kalles «innsats-belønning-ubalanse-modellen». Den baserer seg på at utførelse av arbeid gjengjeldes med belønning. Belønning kan være i form av penger, men også gjennom verdsettelse og karrieremuligheter, inkludert jobbsikkerhet. Personer opplever stress når anstrengelsene man legger i arbeidet er i ubalanse med belønningen. En føler å få lite betalt for det arbeidet man legger ned. Ved bruk av «innsats-belønning-modellen» er de som er overengasjerte og middelaldrende menn, spesielt utsatt for å oppleve negativt stress (Lau, 2011).

Arbeidet kan føre til negative følelser og opplevelser, men det kan også føre til positive opplevelser og gjøre godt for de som er på jobben. Positive faktorer og prosessen på arbeidsplassen kan ha en stor positiv innvirkning på både arbeidsytelse, plan om å slutte i arbeidet (turnover) og arbeidstakerens velvære, og vil til slutt ha innvirkning på effektivitet og produktivitet på arbeidsplassen (Christensen, 2009). Det at arbeidet oppleves som noe positivt vil føre til bedre «arbeidsrelatert livskvalitet». De nordiske landene anses å ha kommet langt med tanke på å øke en god arbeidshelse. Dette bunner i en lang tradisjon med demokratisering av arbeidslivet, velfungerende bedriftshelsetjenester, godt samarbeid mellom arbeidstaker og –giver, og en god arbeidslivslov (Torp, 2013). To viktige faktorer for at arbeidet skal bli til noe positivt, og ikke noe negativt, er det å føle at arbeidet man gjør gir mening, og at man er en del av organisasjonen. Det å føle seg knyttet til og ønsker å bli værende i samme jobb, er forbundet med økt velvære, jobbytelse og deltagelse i fellesskapet på jobben, og lavere turnover. I tillegg har det å føle at arbeidet er givende og meningsfylt blitt satt i en positiv sammenheng med velvære og tro på egen mestringsevne, og korrelerer negativt med burnout (Clausen & Borg, 2009). I følge Wrzeniewski (2003) vil et meningsfylt arbeidsliv oppfylle arbeidstakerens behov for mening, verdi, effektivitet og egenverd, i tillegg til å bidra til individuelt velvære (Clausen, 2009).

3.2 Sykepleiere og arbeid

Studier viser at sykepleiere som slutter i jobben på grunn av for stort press og stress (Coomber & Barriball, 2007; Li, Galatsch, Siegrist, Müller & Hasselhorn, 2011), ofte har utført arbeid som ikke fyller kravene til deres standard av sykepleie, og de rapporterer bekymring for pasientsikkerheten (Hofstad, 2014). Jobbstress kan være skadelig for sykepleiere, og henger tett sammen med sykefravær, dårlig helse og dårlig bemanning (McVicar, 2003).

Forskning viser at det er en helsemessig risiko å jobbe i helse- og omsorgsykker. Sykepleiere opplever ofte vanskelige situasjoner og mange har en stressfull jobbhverdag. Dette gjør sykepleiere spesielt utsatt for fysiske, psykiske og sosiale helseproblemer (Goethals, Gastmans & de Casterlé, 2010). Sykepleiere har et stort ansvar for å yte et kvalitetsmessig godt arbeid, da de har ansvaret for livet til andre mennesker. Arbeidsoppgavene til sykepleierne har i det siste blitt mer preget av avanserte prosedyrer, men samtidig også økonomiske begrensninger. Dette gjør at sykepleiere ofte står i vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer (Goethals et al., 2010). Vi vet at det kan føre til moralsk press og stress, som igjen kan føre til lavere trivsel i arbeidet, økt turnover blant ansatte, fysiske og psykiske helseproblemer, sosiale problemer, burnout og at sykepleiere slutter i yrket (Adams, 2014; Goethals et al., 2010; Gutierrez, 2005; Peter, Lunardi & Macfarlane, 2004).

Studier viser at personalkapasiteten i helsetjenesten er for dårlig. Personalmangel fører til lavere jobbtrivsel for sykepleiere og lavere kvalitet på pleien de yter (Førde, Pedersen, Nortvedt & Aasland, 2006; Papastavrou, Andreou & Efstathiou, 2014). Politisk er det ofte et ønske å redusere kostnader, dette gjelder også i helsesektoren. Sykepleiere blir sett på som en kostnad og er derfor en post det forsøkes å spares inn på, som igjen fører til personellmangel (Vryonides, Papastavrou, Charalambous, Andreou & Merkouris, 2014). Helsesektoren er presset, og sykepleiere ønsker å gjøre det beste for pasientene sine (Skirbekk & Nortvedt, 2011; Vike, 2004). Likevel ser de at de ikke alltid får gitt helhetlig og god pleie og omsorg (Skirbekk & Nortvedt, 2011). Sykepleierne opplever at de ikke får utført en jobb uten å inngå kompromisser, som går på bekostning av kvaliteten på arbeidet de kunne ønske de kunne gitt. Dette påvirker helsearbeidernes selvbilde og integritet (Goethals et al., 2010; Gutierrez, 2005). Der hvor ansatte må kompromisse så mye med sin samvittighet at det kan skape uhelse, må integritet og en bedring av arbeidsmiljø tas på alvor (Orvik, 2015). Sykepleiere er den største gruppen av helsearbeidere, og deres arbeid har direkte konsekvenser for pasientpleien og kommunikasjonen med pasientene. En sykepleier som opplever mye stress

vil yte en pleie av dårligere kvalitet, som kan være direkte skadelig for pasientene (Coomber & Barriball, 2007).

Siden sykepleieryrket er stressfylt (Demerouti et al., 2000), står sykepleiere i mange utfordrende situasjoner der de opplever å måtte trosse egne verdier (Vike, 2004). Utvalgte faktorer som i stor grad kan føre til jobbstress, er høyt arbeidstempo, høy arbeidsbyrde, tidspress, krevende pasientkontakt, turnus arbeid, lav bemanning, konflikter på arbeidsplassen, mangel på belønning og liten klarhet i arbeidsoppgaver (Demerouti et al., 2000; Lau, 2011; McVicar, 2003; Orvik, 2015; Zangaro & Soeken, 2007). Sykepleiere blir stadig bedt om å gjøre mer uten tilførsel av nye ressurser. I tillegg spares det inn på kurs og annen faglig påfyll, dette grunnet stadige budsjettkutt. Sykepleiere opplever arbeidshverdagen som stressende og hektisk og denne arbeidsformen svekker personens motivasjon og skaper en grobunn for burnout blant sykepleiere (Demerouti et al., 2000; Orvik, 2015). Sykepleiere ses på som en yrkesgruppe som er spesielt utsatt for burnout. Det antas at burnout påvirker så mye som 25 % av alle sykepleiere (Demerouti et al., 2000), og de er på topp tre når det gjelder legemeldt sykefravær (Orvik, 2015). I tillegg er stress en av de største grunnene til at sykepleiere trives dårlig på jobb og at de ønsker å slutte (McVicar, 2015). Mangelen på sykepleiere og høy rate av sykepleiere som ønsker å si opp jobben sin, er bekymringsfullt (Isaksson Rø, Gude, Tyssen & Aasland, 2010).

Likevel viser en studie som sammenlignet ti europeiske land at norske sykepleiere rapporterer høyere jobbtrivsel og en mindre arbeidsbelastning enn kolleger i mange av de andre europeiske landene (Orvik, 2015). Norge hadde færrest pasienter per sykepleier av alle deltakerlandene (Heinen et al., 2013), dette kan tyde på at sykepleierbemanningen er god og gir et godt grunnlag for høy kvalitet i pasientomsorgen de yter, og for å oppleve en god arbeidshelse. Likevel viser flere andre studier et mer nyansert bilde av situasjonen, blant annet vises det til et økende produksjonspress (Demerouti et al., 2000; Orvik, 2015; Vryonides et al., 2014). En god bemanning er ikke kun nødvendig for å kunne gjennomføre den lovgivende forsvarlige pleien, men også en pleie med god kvalitet (Orvik, 2015).

Som nevnt tidligere i kapittelet kan arbeidet også ha en positiv effekt på livskvaliteten og arbeidsfornøydhets for arbeidstakere. Sykepleiere har et arbeid som også er preget av positive opplevelser og situasjoner. Det å ha en meningsfull jobb er vesentlig og har en stor innvirkning på om jobben oppleves som noe godt (Clausen & Borg, 2009). Og sykepleie er et yrke som anses som veldig meningsfylt og givende. Sykepleie har fra før det ble et eget fag blitt sett på som et kall. Og det hadde sin opprinnelse fra den kristne tro. De som arbeidet som sykepleiere var hovedsakelig diakonisser, og skulle utføre gode gjerninger uten egoistiske

motiv (Hvalvik, 2004). De fikk ingen betaling, men opplevde mening i det arbeidet de utførte. Etter hvert som sykepleieryrket gikk fra å være et kall for diakonissene til en egen vitenskap med bachelorgrad, har mange av arbeidsoppgavene, organiseringsformene og strukturene forandret seg. Likevel blir sykepleie også i dag betraktet som et yrke med mening – et yrke som gir mange positive opplevelser fra takknemlige pasienter. Det er også mulig at de som rekrutteres til sykepleieryrket i utgangspunktet har sterk indre motivasjon for å hjelpe andre. Det er vist at indre motivasjon kan føre til høyere jobbfornøydhets, økt jobbyttelse, positive holdninger til jobben, psykisk velvære, økt tilhørighet til organisasjonen og utholdenhet (Gagné & Deci, 2005). De som ønsker å bli sykepleiere har en sterkt indre motivasjon, eller kall, muligens større enn i andre yrker. Dette kan være en forklaring på funnene som er presentert i artikkelen, der det fremkommer bedre jobbfornøydhets og livskvalitet enn sammenlikningsyrkene.

Den andre faktoren som hadde størst innvirkning på om man opplevde jobben som positiv, var om man følte man hadde tilhørighet og var en del av arbeidsplassen. Det å ha et godt psykososialt fellesskap med kollegaene på arbeidsplassen er en stor del av dette. I artikkelen viser likevel funnene at kollegaene også kan oppfattes som masende og at stadige avbrytelser kan styrke sykepleiernes ønsker om å skifte jobb. Det å ha tilhørighet på arbeidsplassen er ikke spesielt for sykepleierne, og er i denne studien ikke forsket spesielt på. Derfor antas det at tilhørighet på arbeidsplassen kan variere mye mellom de forskjellige yrkene. En kan derfor ikke spesielt relatere dette på en positiv eller negativ måte til sykepleiergruppen.

3.3 Arbeidsrelatert livskvalitet

«Quality of working life» er et begrep som er kjent og brukt i forskning siden 1970-tallet, likevel er ikke dette et begrep som blir brukt på norsk. Videre vil «quality of working life» bli omtalt som arbeidsrelatert livskvalitet, og hva som ligger i dette begrepet vil bli beskrevet og diskutert opp mot studiens design.

Arbeidsrelatert livskvalitet er, i likhet med livskvalitets-begrepet generelt, et begrep som har mange forskjellige definisjoner. Begrepet har noen likheter med begrepet arbeidshelse, samtidig har det sin forskjell i at arbeidsrelatert livskvalitet omhandler kvaliteten på forholdet mellom arbeidstaker og det totale arbeidsmiljøet. Dette omhandler både det psykososiale arbeidsmiljøet, det tekniske ved arbeidet og de økonomiske vurderinger (Nanjundeswaraswamy & Swamy, 2013). Likevel er det store forskjeller på hva forskerne mener begrepet omfatter. I denne oppgaven vil perspektivet fra to forskningsgrupper,

presentert i to ulike artikler (Nanjundeswaraswamy & Swamy, 2013; Warr, Cook & Wall, 1979), gjengis og diskuteres.

Warr et al. (1979) mener arbeidsrelatert livskvalitet er et bredt begrep som omhandler mange ulike aspekter ved livet. De inkluderer involvering i arbeidet, indre jobb-motivasjon, lykke, selvrapportert angst, jobbfornøydhet, fornøydhet med livet, behov for annerkjennelse for den jobben en gjør, og spesielle faktorer ved jobben som er motiverende for arbeidstaker, i sin oppfattelse av hva begrepet består av. Nanjundeswaraswamy og Swamy (2013) inkluderer i sin studie arbeidsmiljø, psykososialt arbeidsmiljø, utvikling på arbeidsplassen, belønning, fasilitet, jobbfornøydhet, jobbtrygghet, autonomi og tilstrekkelig med ressurser. Her vises det at det er flere forskjellige faktorer som inkluderes i de ulike studiene. En av grunnene kan være at studiene som det refereres til, er gjennomført med langt tidsmessig sprik (1979 og 2013), og at definisjonen på arbeidsrelatert livskvalitet gjennomgikk forandringer etter 1980-tallet (Nanjundeswaraswamy & Swamy, 2013). Det synes relevant i min studie å observere jobbfornøydhet siden det er noe begge studiene anser som en del av en persons arbeidsrelaterte livskvalitet. Ved å bruke Spilker (1996) sin definisjon av livskvalitet vil arbeidsrelatert livskvalitet være en del av den øverste delen, den globale livskvaliteten, siden global livskvalitet også omhandler tilfredshet og velvære knyttet til arbeid. Ved å se på jobbfornøydhet på denne måten, kan arbeidsrelatert livskvalitet ses på som en del av livskvaliteten til en person. Høy jobbfornøydhet vil bidra til at en person rapporterer høyere livskvalitet. Dette resonnementet stemmer overens med resultatene fra denne studien. Der viste jobbfornøydhet å ha en positiv effekt på livskvaliteten til sykepleierne.

Ved å se på andre utenlandske studier som har undersøkt arbeidsrelatert livskvalitet har det her, i likhet med livskvalitet, også blitt brukt psykometriske testede instrumenter. Jobbfornøydhet er et felt innenfor arbeidsrelatert livskvalitet det er forsket mye på alene også, og det er flere validerte instrumenter for å måle dette. «Job satisfaction scale» (JSS) (Spector, 1985) er et instrument som er mye brukt uavhengig av yrke, «Index of Work Satisfaction» (IWS) er et psykometrisk testet instrument som er brukt og utviklet spesielt for sykepleiere (Stamps & Piedmonte, 1986). Et større verktøy som måler en større bredde av den arbeidsrelaterte livskvaliteten er «The Work-Related Quality of Life». Dette er mye brukt og er psykometrisk testet. Den består av seks underkategorier, som samlet måler grad av arbeidsrelatert livskvalitet. Den tar for seg både jobbfornøydhet, stress, generell velvære, arbeid-hjem forhold, arbeidsforhold og grad av kontroll på jobb (Van Laar, Edwards & Easton, 2007). I artikkelen ble det kun brukt et enkelt spørsmål for å måle jobbfornøydhet, dette er det sett at kan ha varierende grad av korrelasjon med de psykometrisk testede

instrumentene (Wanous, Reichers & Hudy, 1997). Når det gjelder arbeidsrelatert livskvalitet finnes det ingen instrumenter som er oversatt til norsk. Med bakgrunn i dette er det i LOGG-studien, presentert i artikkelen, brukt åtte enkeltspørsmål for å kartlegge hvordan jobben som sykepleier oppleves.

3.4 Oppsummering

Det å være i jobb kan oppleves som en byrde, men også som en glede. Det er de forskjellige faktorene ved arbeidet som har en innvirkning og påvirker hvordan man opplever det å ha en jobb. For sykepleiere er det mange faktorer som kan ha en negativ effekt på deres jobbfornøydhets, og innvirkning på deres livskvalitet (Borge, Martinsen, Hoffart & Larsen, 2003). De negative faktorene kan føre til fysiske og psykiske plager, spesielt burnout. Dette vil igjen ha en negativ effekt på deres fornøydhets med livet og jobben (Demerouti et al., 2000). Det er i denne refleksjonsoppgaven skrevet mest om de negative konsekvensene ved jobben for sykepleierne, og det har sin begrunnelse i at det er dette feltet som det er forsket mest på. Likevel er det funnet positive faktorer ved sykepleie som også har en stor innvirkning på livskvalitet og jobbtillfredshet. Spesielt det å oppleve at man gjør et meningsfylt arbeid hadde en positiv effekt. Opplevelsen av mening ved sykepleierket, kan synes å trumfe over de negative faktorene. Dette kan være med på å forklare funn i artikkelen som viser at sykepleierne opplever både å ha en høyere fornøydhets med livet og med jobben, enn sammenligningsgruppa.

4.0 METODEKRITIKK

4.1 Styrker og svakheter ved studien

LOGG-studien ble gjennomført som telefonintervju og spørreskjema. En styrke ved studien er den høye svarprosenten, på henholdsvis 60 % for telefonintevjuet og 73 % for spørreskjemaet. Dette anses som en god svarrespons, spesielt med tanke på den fallende svarresponsen på spørreundersøkelser den siste tiden (Johannessen et al., 2010).

LOGG-studien er en del av en internasjonal studie kalt «Generations and Gender Survey» (GGS), som omfatter over 20 land. De fleste spørsmålene i LOGG er derfor brukt i mange andre land, og har gjennomgått en psykometrisk kvalitetskontroll. Dette gir mulighet for komparative studier av landsforskjeller og gir en høy reliabilitet og er en styrke ved studien (Bjørshol, Høstmark & Lagerstrøm, 2010). I tillegg er spørsmål omkring fornøydhet med livet hentet fra en etablert og velbrukt skala (SWLS), som har vist seg å ha gode psykometriske egenskaper, noe som gir høy validitet og reliabilitet (Pavot et al., 1991). Samtidig er flere av variablene som er brukt, ikke psykometrisk testet. Når det gjelder fornøydhet med jobben, fins det validerte skalaer. I denne studien ble det kun brukt et enkeltspørsmål. Et enkeltspørsmål har generelt dårligere psykometriske egenskaper enn skalaer. I tillegg er enkeltspørsmål mer utsatt for sosialt ønskverdige svar, respondentene tenderer å svare at de er fornøyde, og dette gir liten variasjon. Bruk av kun enkeltspørsmål gjør det også vanskelig å sammenlikne denne studien med resultatene fra andre studier der standardiserte instrumenter er brukt, da det er mulig at variablene og instrumentene måler forskjellige aspekter. På en annen side ble dybdeintervjuer gjennomført for å styrke spørsmålenes utførelse, derav avklaring om at spørsmålene er forståelige, og for å gi en vurdering om hvordan respondentene oppfatter og kommer frem til et svar ved kartleggingen (Bjørshol et al., 2010). Dette styrker validiteten på spørsmålene og studien da det styrker sjansen for at spørsmålene faktisk spør om det som ønskes å undersøke (Johannessen et al., 2010).

Arbeidsstress er også et område hvor det er laget validerte skalaer som kan måle stress på arbeidsplassen. I denne studien ble det brukt ulike enkeltspørsmål og ikke et spesifikt, psykometrisk testet instrument, og ingen av spørsmålene i studien beskriver arbeidsstress direkte. Dette kan være en svakhet da stress er en velkjent faktor som har en stor påvirkning for både jobbforhold og om man ønsker å slutte i arbeidet (Coomber & Barriball, 2007; McVicar, 2015; Morrissy, Boman & Mergler, 2013). I tillegg er det også spesielt mye stress

for sykepleiere, og en skala med stress kunne gitt en dypere forståelse og høyere presisjon knyttet opp mot studiens mål og forskningsspørsmål. Det er riktignok en variabel som inkluderer om arbeidet er stressfylt og denne vil gi et lite bilde av hvordan stresset påvirker sykepleierne. Det hadde også vært interessant å kartlegge både burnout og indre motivasjon. Dette fordi burnout og indre motivasjon er fenomener som det er forsket en del på, og som har en stor sammenheng med sykepleiernes jobb, jobbfornøydhets og tilhørighet (Demerouti et al., 2000; Gagné & Deci, 2005).

Det er mange faktorer som påvirker de tre avhengige variablene som undersøkes i artikkelen. De variablene som er brukt i artikkelen gir *et* bilde av situasjonen, men ikke hele historien. Spesielt når det gjelder livskvalitet er det veldig mange forskjellige faktorer som spiller inn, det kan være alt fra helse, familie, økonomi og jobb. Derfor gir denne artikkelen kun et perspektiv, og da hvordan enkelte faktorer ved jobben påvirker sykepleiernes livskvalitet, fornøydhets med jobben og planer om å skifte jobb. Å kun ha med variabler som omhandlet arbeid var et valg, fordi vi ønsket å undersøke hva arbeidet gjør med sykepleierne. De variablene som var relevante fra LOGG-studien ble brukt.

Denne studien er bygget på data fra en tverrsnittstudie. Dette har sine begrensninger da en ikke kan se på årsakssammenhenger ved tverrsnittsdesign (Johannessen et al., 2010). Det er derfor på tide med flere longitudinelle studier omhandlende jobbfornøydhets og planer om å skifte jobb, noe blant annet Hayes et al. (2012) anbefaler.

Bruk av sammenligningsgruppe, hvor trekking av yrkesgrupper med tilsvarende utdanning som den sykepleiere har, og hvor kriteriene for trekkingen er fundert på internasjonale kriterier, må anses å være en styrke i denne studien. Siden vi vet at utdanning har en effekt på helse (Veenstra & Slagsvold, 2009), vil en yrkeslik sammenligningsgruppe av ikke-sykepleiere gi et spennende sammenlikningsperspektiv. Dessuten er bruk av sammenligningsgruppe en styrke da det er få studier som har et slikt forskningsdesign. Sammenlikning mellom disse yrkesgruppene vil gi større forståelse om sykepleierne er en gruppe som skiller seg ut, eller om funnene gjelder for de fleste med tilsvarende utdanning.

Studier om livskvalitet hos sykepleierne er lite forsket på. Det er forsket mye på sykepleiere og hvordan de har det på jobben, men få studier omhandler jobben og hvordan denne påvirker sykepleieres livskvalitet. Denne mangelen viser at dette er et felt som trenger mer forskning. Denne studien er et initiativ til videre forskning på dette temaet.

En annen faktor det er viktig å ha med seg når man ser på resultatene fra artikkelen, er at helse-Norge har gjennomgått en del forandring, hvorav den største har vært innføringen av St.med.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Den startet sin gjennomføring i 2012

(Omsorgsdepartementet, 2009), som betyr at LOGG-studien ble gjennomført før denne endringen (2007). Samhandlingsreformen kan ha ført til et større press på kommunene for å ha plass og behandlings- og oppfølgingstilbud til pasienter så fort de er ferdig behandlet på sykehus. Og dette synliggjør også at det kan være store forskjeller mellom ulike arbeidssteder for sykepleierne. Sykepleie er et allsidig yrke, med flere forskjellige arbeidsplattformer. Det er grunn til å tro at det er en forskjell mellom de som jobber på sykehjem, hjemmesykepleie, vanlig sykehusavdeling, spesialavdelinger, på boreplattformer, i militær tjeneste eller på legekontorer. Dette perspektivet vil ikke fremkomme i denne studien hvor alle sykepleiere ses under ett – som en gruppe.

En stor styrke ved studien er det høye antall respondenter. Dette gjør at det er mulig å gjennomføre flere avanserte statistiske analyser. Det å ha et stort utvalg og ha gjort flere avanserte analyser gjør at resultatene lettere kan generaliseres til populasjonen. Resultatene er mest sannsynlig generaliserbare til den norske sykepleierpopulasjonen. Det er flere begrensninger ved generalisering av studien til utlandet. Det er store forskjeller mellom ulike land når det gjelder hvordan helsevesenet er organisert. Det er store forskjeller når det gjelder organisatoriske og politiske strukturer. Det er forskjellige tradisjoner for hvordan utdanningen er, og hva som kalles sykepleiere. En studie utført i ni europeiske land viste at Norge var et av to land som kun hadde sykepleiere med bachelorgrad. I de andre landene ble også pleie- og tekniske yrker omtalt som sykepleiere (Aiken et al., 2014). Det er ulike tradisjoner for kjønnsfordeling innen sykepleie mellom ulike land. Mens det i Norge er ca. 10 % mannlige sykepleiere, mens det er rundt 25 % i Italia (Solbrække, Fransson & Heggen, 2012).

En annen fordel ved studien er at den består av data som brukt flere ganger tidligere i ulike studier. Ved å bruke et datasett som er brukt flere ganger, er sjansen større for at eventuelle feil-registreringer er rettet opp eller tatt ut av datasettet.

For å sikre en høyere kvalitet på analysene er alle variablene kontrollert med korrelasjon, ved bruk av Pearsons r . Dette for å unngå feil i analysene ved at to variabler måler det samme begrep eller fenomen (overlapp eller tautologi). I tillegg er alle signifikante variabler i de lineære regresjonene sjekket for om de har en kurvelineær sammenheng. Om resultatet hadde vært kurvelineært hadde resultatet hatt et topp eller bunnpunkt, og ikke en rett lineær sammenheng. Dermed ville det vært nødvendig med andre statistiske- og kontrollanalyser. Den logistiske regresjonen er testet med Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test, som kartlegger om modellen gir svar på det vi undersøker. I tillegg ble R^2 brukt for å se hvor mye den avhengige variabelen, ble forklart av de uavhengige (Johannessen et al., 2010; Pallant, 2013).

5.0 OPPSUMMERING

Denne delen av masteroppgaven er en refleksjonsoppgave til den tilhørende artikkelen. Et sentralt formål med oppgaven har vært å presentere en utdyping av teori som ikke fikk plass i artikkelen. Begrepet livskvalitet har blitt diskutert, med beskrivelse av ulike definisjoner og perspektiver. I artikkelen blir livskvalitet brukt synonymt med fornøydhetsnivå med livet. Denne måten å se på livskvalitet på, samsvarer med både Næss sin definisjon, og Spilker sitt øverste trinn på livskvalitetspyramiden. Selv om livskvalitet kan defineres på mange ulike måter, er hovedhensikten, som Wahl og Hanestad (2007) refererer, å måle det enkeltmennesket selv definerer som et godt liv. Det som er viktig når en bruker begrepet livskvalitet, er å forklare hva en selv forstår som livskvalitet og bruke kongruente variabler, indikatorer som dekker begrepet som ønskes studert. Dette for å unngå forvirring rundt hva som måles og hva som menes med begrepet.

I tillegg til å utrede begrepet livskvalitet, er det sett nærmere på arbeidets påvirkningsevne på arbeidstakere, og hva som er spesielt ved arbeidet til sykepleiere. Det er belyst arbeidets positive og negative innvirkning på arbeidsglede og helse. Sykepleiere er spesielt utsatt for stress og står derfor i særlig fare for nedsatt jobbfornøydhetsnivå og økt tilbøyelighet til å slutte i jobben, noe som er undersøkt i denne studien. Likevel viser resultatene fra artikkelen at sykepleierne hadde bedre fornøydhetsnivå med både livet og jobben enn sammenligningsgruppen. Dette kan forklares av at de oppfatter jobben sin som meningsfull. Det å oppleve at man gjør et meningsfylt arbeid er en av de største positive faktorene på arbeidsplassen. Samtidig er det vist at jobbfornøydhetsnivå har en sammenheng med livskvalitet, spesielt det som kalles arbeidsrelatert livskvalitet. Dette fremkommer også i flere studier, og resultatene fra denne studien samsvarer med disse funnene.

Studien har en styrke ved at datasettet er nasjonalt gjennomført og mye brukt, noe som fører til mindre sjans for feilinformasjon, høyere svarprosent og flere respondenter. Svakheten ved studien ligger i mangelen på validerte verktøy og mangelen på spørsmål omhandlende viktige temaer innen arbeid. Samtidig øker studien forståelsen av en tematikk det er gjort lite forskning på, spesielt i Norge.

At arbeidet til sykepleiere påvirker dem, er helt klart. Likevel viser funnene fra denne studien at sykepleiere er mer fornøyde med livet og jobben enn sammenliknbare yrkesgrupper. Med tanke på den forventede mangelen på sykepleiere de neste årene, er det å hindre sykepleiere fra å slutte i jobben som blir den viktigste faktoren å ta tak i for ledere i

helsetjenesten og for politiske initiativ til å beholde en fremtidig viktig yrkesgruppe. Resultatene fra artikkelen viser at det er nesten en tredjedel av både sykepleiere og sammenligningsgruppen som ønsker å skifte jobb. Dette viser at det ikke er et større antall sykepleiere som ønsker å skifte jobb enn personer som har tilsvarende utdanning. Men med allerede for få sykepleiere til fremtidig helsetjeneste, kan dette antallet være avgjørende. Derfor er det viktig for ledere å forbedre de faktorene som påvirker sykepleiernes ønske om å skifte jobb. Ved å tilby sykepleierne faste stillinger, forhindre masete kollegaer, øke deres jobbfornøydhet og at de føler seg som en del av organisasjonen, vil lederne øke sjansen for at sykepleierne blir i jobben. Tiltak og forandringer som styrker de ovennevnte forholdene, vil ha en positiv effekt på sykepleiernes livskvalitet og jobbfornøydhet.

6.0 LITTERATURLISTE

- Adams, L. Y. (2014). *Workplace Mental Health Manual for Nurse Managers*: Springer Publishing Company.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Lesaffre, E. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet : vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørnstad, O. (2005). Bedriftshelsetjenesten og helsearbeid i virksomheter. *Statens arbeidsmiljøinstitutt*, 6(2).
- Bjørshol, E., Høstmark, M. & Lagerstrøm, B. O. (2010). *Livsløp, generasjon og kjønn, LOGG 2007: dokumentasjonsrapport* (Bind 2010/19). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Hoffart, R.-A. & Larsen, S. (2003). Livskvalitet og psykisk helse hos sykepleiere – kurs for å forebygge utbrenthet. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 123(13-14), 1847-1848.
- Christensen, M. (2009). *Validation and test of central concepts in positive work and organizational psychology: The second report from the Nordic project Positive factors at work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Clausen, T. (2009). Are work-related experiences of positive affect associated with employee well-being and the quality of the psychosocial work environment? . I M. Christensen (Red.), *Validation and test of central concepts in positive work and organizational psychology: The second report from the Nordic project Positive factors at work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Clausen, T. & Borg, V. (2009). Organizational commitment and meaning at work I M. Christensen (Red.), *Validation and test of central concepts in positive work and organizational psychology: The second report from the Nordic project Positive factors at work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Coomber, B. & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 126(15), 1913-1916.
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., . . . Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gaspar, D. (2010). Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 351-360.
- Goethals, S., Gastmans, C. & de Casterlé, B. D. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 635-650.

- Gordon, N. H. & Siminoff, L. A. (2010). Measuring Quality of Life of Long-Term Breast Cancer Survivors: The Long Term Quality of Life–Breast Cancer (LTQOL-BC) Scale. *Journal of psychosocial oncology*, 28(6), 589-609.
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions Of Critical Care Nursing: DCCN*, 24(5), 229-241.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M., . . . Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184.
- Helsedirektoratet. (2015). *Well-being på norsk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofstad, E. (2014, 2.12). Sluttet i protest. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/reportasje/2014/10/sluttet-i-protest>
- Hvalvik, S. (2004). Om kallstanken og moderniseringen av sykepleien. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 6(2), 24-34.
- Isaksson Rø, K. E., Gude, T., Tyssen, R. & Aasland, O. G. (2010). A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Education And Counseling*, 78(2), 191-197.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kanste, O. (2008). The association between Leadership Behaviour and Burnout among Nursing Personnel in Health Care. *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(3), 4-8.
- Lau, B. (2011). Arbeid. I S. Næss, J. Eriksen, & T. Moum (Red.), *Livskvalitet : forskning om det gode liv* (s. 214-225). Bergen: Fagbokforl.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H. & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628-635.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- McVicar, A. (2015). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 112-136.
- Morrissy, L., Boman, P. & Mergler, A. (2013). Nursing a case of the blues: an examination of the role of depression in predicting job-related affective well-being in nurses. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(3), 158-168.
- Nanjundeswaraswamy, T. & Swamy, D. (2013). Quality of work life of employees in private technical institutions. *International journal for quality research*, 7(3), 3-14.
- Næss, S., Eriksen, J. & Moum, T. (2011). *Livskvalitet : forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforl.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2009). Samhandlingsreformen–Rett behandling–på rett sted–til rett tid. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.

- Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29(1), 3-25.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.
- Peter, E., Lunardi, V. L. & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 403-416.
- Rabin, R. & Charro, F. d. (2001). EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of medicine*, 33(5), 337-343.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet : en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skirbekk, H. & Nortvedt, P. (2011). Making a difference: a qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*, 19(1), 77-88.
- Solbrække, K. N., Fransson, E. & Heggen, K. (2012). Mannen og kallet: en kulturanalytisk studie av mannlige italienske sykepleiere og deres yrkesidentitet. *Sykepleien*, 7(4), 314-322.
- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American journal of community psychology*, 13(6), 693-713.
- Spilker, B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd. utg.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Stamps, P. L. & Piedmonte, E. B. (1986). Nurses and work satisfaction: An index for measurement. *The American Journal of Nursing*, 99(3), 16KK-16LL.
- Taillefer, M.-C., Dupuis, G., Roberge, M.-A. & LeMay, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2), 293-323.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser–og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidsskrift*, 90(6), 768-779.
- Van Laar, D., Edwards, J. A. & Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325-333.
- Veenstra, M. & Slagsvold, B. (2009). Helseatferd gjennom livsløpet: Hva betyr utdanning for vår helseatferd? *Samfunnsspeilet*, 23(1), 45-51.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser : den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P. & Merkouris, A. (2014). The ethical dimension of nursing care rationing A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing ethics*, 22(8), 881-900.
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet. I B. R. Hanestad, & E. Gjengedal (Red.), *Å leve med kronisk sykdom : en varig kursendring* (2. utg. utg., s. 29-39). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E. & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: how good are single-item measures? *Journal of applied Psychology*, 82(2), 247.
- Ware Jr, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Warr, P., Cook, J. & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of occupational psychology*, 52(2), 129-148.

- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070.
- WHO. (2013). *The European Health Report 2012: charting the way to well-being*.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O. & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.
- Wilson, I. B. & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.
- Zangaro, G. A. & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458.

Artikkel:

Words in the manuscript: 4312. Words in the abstract: 158. Number of tables: 5. Number of figures: 1.
Number of references: 37.

Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, and their intention to change jobs - a study based on the LOGG-data

Running head: Nurses' satisfaction with life and job, and their intention to change jobs

Ida Hellum Andresen, RN MNSc^{1*}, Thomas Hansen², PhD and Ellen Karine Grov¹, RN, MNSc, Dr.polit, PhD

¹ Oslo and Akershus University College of Applied Sciences,
Faculty of Health Sciences, Department of Nursing and Health Promotion
Post Office box 4, St. Olavs plass,
0130 Oslo, Norway

² Oslo and Akershus University College of Applied Sciences,
Norwegian Social Research - NOVA
Post Office box 4, St. Olavs plass,
0130 Oslo, Norway

*** Corresponding author:**

Phone: +47 67 23 50 00, cell phone +47 48 29 34 32

E-mail: ida.h.andresen@gmail.com

Abstract

Background: With the expected future nurse shortage we need knowledge on nurses' life and work situation.

Aim: To examine 498 nurses' satisfaction with life (*SwL*) and job (*SwJ*), and *intention to change job (IchJ)*, and compare this with a control group of non-nurses (n=3.714).

Methods: With data from a Norwegian population-based survey, we analysed associations between socio-demographic and work-related variables. In order to study *SwL*, *SwJ* and *IchJ* we performed bivariate and multivariate statistical analyses.

Findings: Nurses reported significantly higher *SwL* and *SwJ* than non-nurses. For nurses, high *SwL* was significantly associated with *lower age*, *higher SwJ* and *appreciative leaders*. Significant predictors of higher *SwJ* were: *intention to stay in current job*; *autonomy*; *appreciative leader*; *less monotonous tasks* and *less stressful work*. *IchJ* was associated with *low age*, *nagging colleagues*, *temporary position* and *low SwJ*.

Conclusion: Nurses report high *SwL* and *SwJ*; however, leaders should aim to promote permanent positions, and to minimize stressful work-conditions and nagging coworkers.

Keywords

Nurses, satisfaction with life, satisfaction with job, intention to change job, nurse turnover

Introduction

Population estimates predict that the number of elderly and persons with chronic diseases will continue to increase¹⁻⁴. People suffering from comorbidity and those in need of long-term follow-up require qualified health care personnel⁵, of which nurses make up the largest professional group⁶. However, it is well documented that there is a shortage of nurses⁷⁻¹⁰. In order to promote a higher recruitment of nurses, and higher work satisfaction and more stability among nurses, more research is needed on nurses' job satisfaction and the predictors thereof. Therefore, the well-documented shortage of nurses actualize a study on nurses' life and work situation. Statistics predict that Norway will face a huge increase in the demand for nursing professionals over the next 15 years, and that the gap between demand and supply will grow every year¹¹. A reasonable balance between the supply of and demand for nurses is important, not only in order to secure good quality of care for the patients, but also to prevent health problems among the nurses and prevent them from leaving their jobs.

From the perspective of the nurses, their leaders, the patients, and family caregivers, maintenance of good health and satisfaction among nurses is crucial. We expect that nurses who report a low quality of life (QOL), will, as those who report low satisfaction with their job, have a higher incidence of sick leave and retire earlier¹². It will be economically beneficial for the organizations in which the nurses work to maintain the nurses' job satisfaction¹³, as this may reduce turnover and burnout¹⁴. Patients, family caregivers, and

nursing colleagues will also benefit from a stable work force. Several studies reveal that nurses who report lower satisfaction with their job, provide lower quality care^{9, 15, 16}.

Nursing is a very stressful occupation^{9, 14}. Nurses today must manage tasks that doctors dealt with in the past¹. The workload is high, and the nurses experience stress when they have to leave tasks undone^{14, 17}; this may result in job dissatisfaction. Both stress and job dissatisfaction are associated with nurse turnover^{1, 14, 18}, which is a well-known problem among the nursing staff. Turnover in relation to job refers to changes in the staff: some leave and new employees begin. Turnover intentions, however, *intention to change job (IchJ)*, is considered an outcome of affective variables, while actual turnover also includes nurses retiring and leaving involuntarily. Turnover intention also measures what influences the nurses and makes them want to quit¹. A Norwegian study reveals that one in four nurses wants to leave the job⁵. The high turnover rate for nurses frequently results in a decrease in job satisfaction for the remaining nurses. Job satisfaction is a concept incorporating each of the nurses' subjective opinion on their "satisfaction with job" (*SwJ*). A study of Norwegian nurses found that more than one fifth of all the nurses reported to be somewhat or very dissatisfied with their job⁵.

Nursing is a stressful job, and nurses generally report being under constant pressure to provide better care with fewer resources. In light of this it is interesting to examine if and how various aspects of nurses' work situation impact their QOL. QOL is a complex and much discussed concept, which can be measured in many different ways. In this article, QOL

refers to subjective “satisfaction with life” (*SwL*). The measure for *SwL*, according to Spilker¹⁹, corresponds to the global QOL (GQOL), which refers to a person’s well-being or satisfaction in life.

Most reported studies have focused on the psychological health of nurses, and report a higher proportion of common psychological problems such as depression and anxiety among nurses compared with the general adult population^{20, 21}. Very few studies have focused on nurses’ GQOL, and to our knowledge, none have used data from Norway. The studies that have reported on QOL have presented health-related QOL (HRQOL), corresponding to the health perspective rather than global QOL¹⁹. One study from China reported that nurses have lower HRQOL than the general population²⁰. Due to the lack of studies on Norwegian nurses’ QOL, and the relationship between QOL, job satisfaction, and work situation, it is relevant and important to study this in a Norwegian context. The overall aim is therefore to examine nurses’ *SwL*, *SwJ* and *IchJ*. On this background, this study poses four research questions: 1) Is there a difference between nurses’ and non-nurses’ self-reported satisfaction with life (*SwL*), *satisfaction with job (SwJ)* and *intention to change job (IchJ)*? 2) To what degree is there an association between nurses’ *SwL* and various aspects of their work situation? 3) To what degree is there an association between nurses’ *SwJ* and aspects of their work situation? 4) To what degree is there an association between nurses’ *IchJ* and aspects of their work situation?

Methods

Data

We used data from a large, nationally representative survey called Life course, Gender and Generation (LOGG). The dataset is well documented and universally available in an easy-to-use format from www.nsd.no ²². The LOGG data are described in detail elsewhere ^{23, 24}. In short, 14,892 persons, 18–79 years old, were surveyed by a telephone interview and a postal questionnaire in the LOGG study during 2007/2008. The response rate was 61% (www.ssb.no/logg).

For this study, we selected participants who were employed and had answered the item “present occupation”. The occupations were categorised based on the International Classification of Occupations (ISCO-88) ²⁵. Our analytical sample comprises individuals in the groups “shorter academic, university education and technicians” and “academic occupations”. Nurses with a bachelor degree were included in the category “shorter academic, university education and technicians”, and specialist nurses, with longer education, were in the category of “academic occupations”. The latter group comprised 1,440 individuals, including 96 specialist nurses. The first group contained 2,752 persons, of whom 382 were registered nurses. The registered nurses and specialist nurses were combined into one group, *nurses*, consisting of 478 participants. The comparison group was a combination of the rest of the occupations in

the two main categories consisting of 3,714 persons, called *non-nurses*. For more details see figure 1 and documentation ²⁵.

Figure 1 approximately here

Variables

Satisfaction with life (SwL): The Satisfaction with Life Scale (SWLS) ²⁶ measures the subjective aspect of QOL. SWLS contained five items with response categories from “strongly agree” to “strongly disagree”. We constructed a total score, ranging from five to 25, where a higher score indicated higher *SwL*.

Satisfaction with job (SwJ): The *SwJ* variable is measured by a single item asking respondents to rate their satisfaction with their current job on a scale from 0 (“not satisfied at all”) to 10 (“completely satisfied”).

Staff turnover was measured by a question that asked respondents whether they *intended to change workplace* or start another business within the next three years (no=0, yes=1).

Independent variables

We controlled for various socio-demographic variables: *sex* (female=0, male=1), *age* (in years), and *income* (Norwegian kroner after tax). *Job position* was used as a dichotomized variable (0=permanent position, 1=temporary position). *Years in current job* refer to the number of years from the time of the interview to when they started their current job. *Weekly working hours* were measured in whole hours. The variable *working*

hours consisted of various shifts, and was dichotomized into “regular nightshifts” (1) and “other work hours” (0).

As described, the groups examined in this study were recoded from the question “current occupation”.

Evaluations of *work related characteristics* were registered on a four point Likert scale ranging from “not at all” to “to a great extent”, where a low score was positive. The characteristics were: *hectic and stressful, with little variation, data systems that were hard to learn, and irregular working hours. Work-related experiences* were coded the same way, but here a high score was considered a good work experience. These experiences were: *colleagues asked for advice, the leaders appreciated your work, you had the opportunity to learn new things, and you experienced autonomy in the job.*

Statistical analyses

Data were analysed by IBM using SPSS for PC, version 23. All the variables were tested for multicollinearity with the use of Pearson product-moment correlation coefficient, with no values over $r = 0.7$ ²⁷. Associations between independent variables and *SwL* as dependent variable were analysed with bivariate and multivariable linear regression analyses. The strength of associations was expressed as unstandardized beta (β) and t-value (t). The model was evaluated using adjusted R-square (Adjusted R^2). The same was done for the dependent variable *SwJ*. Associations between independent

variables and the dichotomous *IchJ* were analysed with bivariate and multivariable logistic regression analyses. The strength of associations was expressed as Odds Ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95% CI). The model was evaluated using Cox & Snell and Nagelkerke R-square. The level of significance was set at $p < 0.05$ and all tests were two-tailed. All the variables showing significant values in the linear regression were tested for curvilinearity, and the logistic regression had a non-significant Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test, which indicates support for the model ²⁷.

Ethics

The LOGG-study was conducted by Statistics Norway and met all the legally required regulations, the obligation to report, and was approved by the Norwegian Social Science Data Service (NSD), The Regional Committee for Medical Research Ethics (REK), and Norwegian Data Protection Authority. All participants in LOGG gave consent by completing the telephone interview. The data file used in this study was provided from NSD as an unidentifiable data file.

Results

Description of the groups

Comparison between the *nurses* and *non-nurses* showed several significant differences (see Table 1). There were more *females* among the nurses, and they had lower mean *income*. The *nurses* worked fewer *weekly hours*, but worked more

nightshifts. Regarding the work-related variables, *nurses* experienced more *hectic and stressful work*, more *irregular working hours*, and reported more often that *colleagues asked for advice*. They also experienced less *appreciation from the leader*, fewer *opportunities to learn new things*, and less *autonomy in the job* (Table 1).

Table 1 approximately here

Comparison between nurses and non-nurses

There is a significant difference in reported *SwL* between the two groups. The nurses had a mean score at 0.35 higher than the comparison group. *SwJ* and *IchJ* did not show significant differences in the bivariate analyses. In the multivariate analyses, all the independent variables were used as control variables. The effect of occupation remained significant for *SwL*, and became significant for *SwJ*, which means that the nurses have a greater *SwL* and *SwJ* than the comparison group of occupations with educational level corresponding to that of nurses. *IchJ* remained non-significant in the multivariate analysis.

Table 2 approximately here

Satisfaction with Life

In the bivariate analyses *low age*, *appreciation from your leader*, *the opportunity to learn new things*, *autonomy in the job*, *a high SwJ* and *no nightshifts* showed significant associations with higher *SwL*. In the multivariate regression analysis only

low age, high SwJ and autonomy in the job remained significantly associated with *SwL*. The adjusted R^2 was 8.4 % (Table 3).

Table 3 approximately here

Satisfaction with Job

In bivariate analyses *a less hectic and stressful work, variation in work tasks, appreciation from the leader, the opportunity to learn new things, autonomy in the job, high income, higher weekly work hours, intention to stay in current job and no night shifts* showed significant association with high *SwJ*. In the multivariate regression analysis, all effects remained significant except those of *opportunity to learn new things, income, weekly working hours and regular night work*. The adjusted R^2 was 30.7 % (Table 4).

Table 4 approximately here

Intention to change job

All independent variables except *data systems that are hard to learn, the opportunity to learn new things, weekly work hours and regular night work*, showed significant associations with *IchJ* in bivariate analyses. Multivariate analysis showed that *low age, low SwJ, nagging colleagues and temporary position* all were associated with the *IchJ*. The model explained between 31.5 % (Cox & Snell R-square) and 44.6 % (Nagelkerke R-square) of the dependent variable (Table 5).

Table 5 approximately here

Discussion

This study examined possible differences in *SwL*, *SwJ* and *IchJ* between *nurses* and a comparable group of *non-nurses*. Furthermore, it explored the effects of socio-demographic and work-related characteristics on the dependent variables and the role of these effects in explaining the nurses' *SwL*, *SwJ* and *IchJ*. Both *SwL* and *SwJ* showed significant differences between the two groups compared. Different work aspects revealed significant association for the three dependent variables investigated in this study, but we discovered variation between them. For *SwL*, experience of autonomy at work and *SwJ* showed significant relationships. For the *SwJ*, significant associations were revealed in both job characteristics and experiences. Regarding *IchJ*, *low age*, *temporary position*, *nagging coworkers* and *low SwJ* revealed significant associations.

In this study 30 % of the nurses reported an intention to change jobs. In another Norwegian study the percentage was 25 among nurses ¹⁰. Considering the higher mean age in this study, 42 versus 35 in Heinen, van Achterberg ¹⁰, we would expect less intention to change jobs in our sample of nurses with age above 42. Based on a study concluding that younger staff is more likely to have an intention to change jobs ²⁸, our study is contradictory in showing that with the highest mean age, the highest turnover affiliation.

Nursing is a meaningful occupation

When comparing the dependent variables between the two groups, no significant difference was found in the bivariate analyses regarding the variable *SwJ*. However, when we controlled for the other significant variables in a multivariate analysis, the difference became significant. Net of other factors, nurses reported higher *job satisfaction* than the comparison group. These findings might indicate that *SwJ* can be part of what makes the nurses more satisfied with their life as a whole. Nurses experience much suffering and death at work, and this may give nurses a different perspective on life and make them more appreciative of a life without illness than people that do not come that close to illness, death and grief. Also, nurses work with people and experience meaning and goodness directly from their hands-on tasks. This feedback and response from the patients and family caregivers may have a positive effect on their job satisfaction ²⁹.

Nurses' jobs influence their personal life

In the bivariate analyses, *SwL* was unrelated to the various work characteristics variables. However, three in four variables exploring the experiences at work were significant in the bivariate analyses. The multivariate analysis showed significant associations between *SwL* and the variables *age*, *SwJ* and *that you have autonomy in the job*. These results indicated that *SwL* was not dependent on the content of work tasks, as long as the person is satisfied and experiences autonomy. Work can promote both

positive and negative health³⁰. Results from our study indicate that nurses' jobs have a positive impact on the nurses' health, which in turn may increase their *SwJ*.

There are few studies that explore nurses' QOL, and none that have studied the global aspect (GQOL). Studies that have explored the HRQOL found that the presence of work stress resulted in burnout or personal strain and had a negative effect on nurses' HRQOL^{12, 17}. Presence of satisfactory work ability, on the other hand, had a positive effect on nurses' HRQOL³¹. Even so, at least in some countries, nurses' HRQOL was relatively low²⁰. This study showed that the nurses' GQOL was higher than that of the comparison group, which may be explained by a different interpretation and use of the QOL-concept, or that low HRQOL does not always influence GQOL to a large degree.

Monotonous and stressful work decreases nurses' job satisfaction

For *SwJ*, indicators of work characteristics and work experiences showed significant associations. Respectively, the variables *appreciative leader* and *autonomy in the job* showed significant associations. Additionally, the variables *a job environment with little variation in tasks* and *a hectic and stressful job* had a negative impact on *SwJ*. It is well known that work-related stress, as well as the quality of organizational factors more generally³², are strongly associated with *SwJ*¹⁸. These results support similar findings from a meta-analysis, which indicate that autonomy and stress are consistent predictors of *SwJ*⁹.

In this study, neither *age* nor *years in current job* were significantly associated with job satisfaction. In previous studies these aspects have been reported to have significant influence, and the explanation may relate to nurses' increase in salary based on their length of service ^{28, 32}. From this study, we have learned that *income* had no significant impact in the multivariate analysis for any of the dependent variables, although it was the most significant factor in a study performed in England ⁴. The results may indicate that there are great differences between countries. As with nurses' dissatisfaction with wages ^{7, 9}, income does not seem to be a top predictor of job satisfaction when other predictors are considered ^{9, 33}.

Temporary positions, nagging coworkers and low job satisfaction can increase nurse turnover

In the analyses of *IchJ*, three indicators of work characteristics turned out to be significant in the bivariate analyses. However, in the multivariate analysis none of these remained significant predictors of the inclination to change workplace.

A literature review showed that the way the work is organised, such as work demand, commitment, culture and work environment, are reasons for nurses quitting their current job ^{7, 34}, and that shift work increases the risk of leaving the job ^{10, 14}. Working shifts is often inherent to the nursing profession, and can perhaps decrease the nurses' job satisfaction, especially for those with family obligations. However, at the same time, shift work makes nurses' working hours more flexible, which in turn may

increase work satisfaction. This may explain the non-significant results from *irregular work hours* in this study.

The issues of leadership and stress have previously been highlighted as influencing nurse turnover ¹. In our study, a *hectic and stressful job* was not significant, which was a bit surprising as this has been found to be the case in many other studies on nurse turnover ¹⁴. As nursing jobs are described as hectic and stressful ¹⁴, these latter findings may no longer come as a surprise to nurses. These results may indicate an individual impact regarding whether stress influences the nurses negatively or not. Some nurses like to work in a stressful work environment; however, some nurses dislike a hectic workplace. The nursing leadership has been shown as a variable influencing nurse turnover. When the nurses' appreciated and valued their leaders, the leaders were more supportive and communicative, resulting in a stable staff of nurses who preferred to stay on in their present job ^{10, 33}. In this study we found that *if the leader appreciated you*, did not reveal significant associations with the nurses' *IchJ*. Since these two variables explained the *SwJ*, the findings may indicate that the independent variables have an indirect relation with the *IchJ* through *SwJ*.

In the multivariate analysis the variable *if colleagues ask for advice* was the only variable concerning at work experiences that had significant impact. With its negative outcome, meaning that colleagues often ask for advice, the nurses have a higher rate of *IchJ*. The finding was surprising, as studies have shown that colleagues constitute an

important factor in reducing nurse turnover^{7,10}. However, we may explain this finding as representing interruptions to work, and being asked for advice may not count as part of colleague support. As mentioned, one explanation may be that the nurses feel that their colleagues nag, and they might want to leave because of a disturbing work environment. Another explanation may be that the nurses that are used as consultants feel they are overqualified for the job. If the work does not provide challenges and the nurses feel overqualified, they are more likely to change jobs³⁵.

Having a *temporary position* may increase nurses' inclination to change jobs. Holding a permanent position is valued in itself; however, since a temporary position has an end date, the nurse constantly have to plan for a new job. In Norway, more than half of the recently graduated nurses have temporary positions, and most of them want a permanent position due to the advantage of the stability in workplace and income³⁶.

We expected that the frequency of nurses' *IchJ* would decrease with higher *age*. Previous studies have explained this finding by higher salaries and lower mobility of older highly experienced nurses, or the attrition of older nurses not matching the requirements of the demands in a new job²⁸.

Neither *gender* nor *working hours* had significant associations to whether the nurses intended to change their jobs. These results are contradictory with studies indicating that males and part-time workers are more likely to consider leaving their jobs and nursing^{10,35}.

Not surprisingly, the inclination to change work was strongly related to *SwJ*. A likely interpretation is that low *SwJ* makes people want to change jobs, rather than vice versa. The fact that low *SwJ* might lead to higher nurse turnover was expected and supported in many articles ^{14, 28, 33}.

Regular night work had no significant impact in the multivariate analysis for any of the dependent variables. This finding is at odds with previous studies, from Chan, Tam ⁷ literature review, showing that working nights has a negative impact on nurses' well-being, and might be associated with nurse turnover ⁷. In relation to the latter study, our findings represent a contradiction. An explanation may be that there are differences between countries, and differences in the nurses' working conditions, and the cultural and social context between countries ^{32, 34}. So far, nurses in Norway have been able to decide where they want to work, and working nights is frequently a choice. Additionally, the results from this study showed that the nurses are happy and pleased with their life, and the possible negative impact of working nights does not influence their overall satisfaction.

This study has examined different aspects of nurses' satisfaction and work life. Nurses' jobs affect them in many ways. Even though nurses have a stressful occupation, the findings in this study show that nurses are more satisfied with their life and jobs compared with a group of non-nurses with similar educational and occupational backgrounds. This study shows some of the work aspects that have revealed

associations to the nurses' *SwL*, *SwJ* and *IchJ*. Considering the expected shortage of nurses, and the fact that about 30 % of nurses report an intention to change jobs (table 1), the aspects that influence nurse turnover are of special interest and importance. Understanding the underlying causes of nurse turnover may provide those in leadership positions with an opportunity to address the issues and make appropriate changes ⁷. Nurse leaders should act with supportive leadership styles to improve the work environment; this can positively affect job satisfaction and hence nurse turnover ⁷. Efforts should be directed towards keeping employed nurses in their jobs as long as possible ³⁷. By doing so the nurses will do a better job, the quality of patient care will improve ³², and this will be economically beneficial for the health care organization ^{9, 13}.

Strength and limitations

The strength of this study is the use of a comparison group consisting of *non-nurses* holding the same educational level. An adequate comparison group gives a greater understanding of the nurses' satisfaction with their life and work. This is a cross-sectional study, which precludes reaching conclusions about causality. Longitudinal studies are therefore recommended. In addition, many factors may have a connection with the nurses' work. From the LOGG-data we have used relevant variables; we have not, however, used a complete set of parameters that may affect the nurses' life, satisfaction with life, and satisfaction with their job.

Implications for Leaders

Management at various health care facilities and nurse leaders will be able to use this study to improve some work aspects that may influence the nurses' job satisfaction level and reduce intentions to change jobs. The lack of permanent positions, the presence of nagging coworkers, and dissatisfaction with work are issues that need to be addressed. Interventions to improve these aspects may lead to a reduction in nurse turnover rates. To uphold and increase the nurses' satisfaction with their jobs the leaders must appreciate the workers and give them autonomy and variation at work as well as try to improve on a hectic and stressful work environment. Promoting higher satisfaction levels may also improve work performance, productivity, and in turn be economically beneficial for the health care organization, both in terms of personal costs and patient safety.

Conclusion

The findings from this study show that most nurses are satisfied both in their lives and with their jobs. Regarding *intention to change job* there is no difference when comparing nurses with other occupations with similar education. As the nurse shortage increases, leaders have to shed light on factors that might reduce nurse turnover. The leaders may take advice from the results from this study and provide more permanent positions, minimize the nagging from coworkers, and uphold the nurses' satisfaction

with their job. Addressing these issues and making appropriate changes will be economically beneficial for the health organizations.

Funding acknowledgement: The NorLAG and LOGG surveys are financed by the Research Council of Norway (grant nos. 149564 and 168373); Ministry of Health and Care Services; Ministry of Labour; Ministry of Children, Equality and Social Inclusion; Ministry of Local Government and Regional Development; Norwegian Social Research (NOVA); and Statistics Norway. The NorLAG and LOGG datasets are part of the ACCESS Life Course infrastructure project funded by the National Financing Initiative for Research Infrastructure at the Research Council of Norway (grant no. 195403) and by NOVA.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that there is no conflict of interest.

References:

1. Coomber B and Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of Nursing Studies*. 2007; 44: 297-314.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, 2013.
3. Trybou J, Germonpre S, Janssens H, et al. Job-Related Stress and Sickness Absence Among Belgian Nurses: A Prospective Study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014; 46: 292-301.
4. Ahmad N and Oranye NO. Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 582-91.
5. Kunnskapssenteret. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
6. Isaksson Rø KE, Gude T, Tyssen R and Aasland OG. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Education And Counseling*. 2010; 78: 191-7.
7. Chan ZCY, Tam WS, Lung MKY, Wong WY and Chau CW. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management*. 2013; 21: 605-13.
8. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, et al. Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49: 887-905.
9. Saber DA. Frontline registered nurse job satisfaction and predictors over three decades: a meta-analysis from 1980 to 2009. *Nursing Outlook*. 2014; 62: 402-14.
10. Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, et al. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50: 174-84.

11. Cappelen Å, Gjefsen H, Gjelsvik M, Holm I and Stølen NM. *Forecasting demand and supply of labour by education*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2013.
12. Wu S-Y, Li H-Y, Yang S-J, Zhu W and Wang X-R. The mediating and moderating role of personal strain and coping resource in the relationship between work stressor and quality of life among Chinese nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2012; 85: 35-43.
13. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J and Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of advanced nursing*. 2014; 70: 2703-12.
14. Morrissy L, Boman P and Mergler A. Nursing a case of the blues: an examination of the role of depression in predicting job-related affective well-being in nurses. *Issues In Mental Health Nursing*. 2013; 34: 158-68.
15. Papastavrou E, Andreou P and Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*. 2014; 29: 3-25.
16. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P and Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 2006; 126: 1913-6.
17. Wu S-Y, Li H-Y, Wang X-R, Yang S-J and Qiu H. A Comparison of the Effect of Work Stress on Burnout and Quality of Life Between Female Nurses and Female Doctors. *Archives of Environmental & Occupational Health*. 2011; 66: 193-200.
18. McVicar A. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of Nursing Management*. 2015; 24: 112-36.
19. Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
20. He M, Wang Q, Zhu S, et al. Health-related quality of life of doctors and nurses in China: findings based on the latest open-access data. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*. 2012; 21: 1727-30.

21. Letvak S, Ruhm CJ and McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*. 2012; 26: 177-82.
22. Lappegård T and Veenstra M. Life-course, generation and gender. LOGG 2007. *Field report of the Norwegian Generations and Gender Survey*. 2010.
23. Bjørshol E, Høstmark M and Lagerstrøm BO. *Livsløp, generasjon og kjønn, LOGG 2007: dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2010.
24. Brunborg H, Slagsvold B and Lappegård T. LOGG 2007—en stor undersøkelse om livsløp, generasjon og kjønn. *Samfunnsspeilet*. 2009; 23: 2-8.
25. SSB. Standard for yrkesklassifisering. Oslo-Kongsvinger 1998.
26. Pavot W, Diener E, Colvin CR and Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*. 1991; 57: 149-61.
27. Pallant J. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5th ed. Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press, 2013.
28. Gurková E, Soósová MS, Haroková S, Ziaková K, Serfelová R and Zamboriová M. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. *International Nursing Review*. 2013; 60: 112-21.
29. Clausen T and Borg V. Organizational commitment and meaning at work In: Christensen M, (ed.). *Validation and test of central concepts in positive work and organizational psychology: The second report from the Nordic project Positive factors at work*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2009.
30. Orvik A. *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2015.
31. Milosevic M, Golubic R, Knezevic B, Golubic K, Bubas M and Mustajbegovic J. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20: 2931-8.
32. Maqbali MAA. Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review: Mohammed Abdullah Al Maqbali describes a literature review that explored the reasons behind this critical issue in staff retention. *Nursing Management*. 2015; 22: 30-7.

33. Nei D, Snyder LA and Litwiller BJ. Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health care management review*. 2014; 40: 237-53.
34. Estry-Behar M, Van der Heijden BI, Fry C and Hasselhorn H-M. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing research*. 2010; 59: 166-77.
35. Flinkman M, Leino-Kilpi H and Salanterä S. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66: 1422-34.
36. NSF. Avgangsundersøkelse NSF 2014. Oslo
37. Li J, Galatsch M, Siegrist J, Müller BH and Hasselhorn HM. Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48: 628-35.

Table 1: Comparison on sociodemographic and work related variables between the *nurses* and *non-nurses*

| | Nurses (n=478) | Non-nurses (n=3714) | <i>p-value</i> |
|---|-----------------------|----------------------------|----------------|
| Sex (n, %) | | | <0.001 |
| Females | 423 (88.5) | 1878 (50.6) | |
| Males | 55 (11.5) | 1836 (49.4) | |
| Age (mean, SD) | 42.02 (10.97) | 42.68 (11.15) | 0.227 |
| Min. | 22 | 18 | |
| Max. | 67 | 67 | |
| Hectic and stressful work (n, %) | | | <0.001 |
| Not at all | 10 (2.1) | 133 (3.6) | |
| To a small extent | 62 (13.0) | 718 (19.4) | |
| To some extent | 246 (51.6) | 1896 (51.1) | |
| To a great extent | 159 (33.3) | 962 (25.9) | |
| Little variation in work tasks (n, %) | | | 0.205 |
| Not at all | 214 (44.8) | 1627 (43.9) | |
| To a small extent | 153 (32.0) | 1344 (36.2) | |
| To some extent | 75 (15.7) | 508 (13.7) | |
| To a great extent | 36 (7.5) | 230 (6.2) | |
| Data systems that are hard to learn (n, %) | | | 0.061 |
| Not at all | 179 (37.5) | 1392 (37.6) | |
| To a small extent | 178 (37.3) | 1283 (34.6) | |
| To some extent | 102 (21.4) | 774 (20.9) | |
| To a great extent | 18 (3.8) | 257 (6.9) | |
| Irregular working hours (n, %) | | | <0.001 |
| Not at all | 126 (26.4) | 1423 (38.3) | |
| To a small extent | 93 (19.5) | 1096 (29.5) | |
| To some extent | 93 (19.5) | 681 (18.4) | |
| To a great extent | 165 (34.6) | 511 (13.8) | |
| Colleagues ask you for advice (n, %) | | | 0.020 |
| Not at all | 6 (1.3) | 50 (1.4) | |
| To a small extent | 16 (3.4) | 219 (6.1) | |

| | | | |
|--|---------------------|-------------------|--------|
| To some extent | 205 (43.0) | 1673 (46.3) | |
| To a great extent | 250 (52.4) | 1672 (46.3) | |
| The leaders appreciate what you do (n, %) | | | 0.013 |
| Not at all | 7 (1.5) | 28 (0.8) | |
| To a small extent | 42 (8.9) | 200 (5.9) | |
| To some extent | 182 (38.4) | 1237 (36.3) | |
| To a great extent | 243 (51.3) | 1941 (57.0) | |
| You have the opportunities for learning new things (n, %) | | | <0.001 |
| Not at all | 4 (0.08) | 24 (0.1) | |
| To a small extent | 56 (11.7) | 291 (7.8) | |
| To some extent | 192 (41.2) | 1314 (35.4) | |
| To a great extent | 221 (46.2) | 2080 (56.1) | |
| You have autonomy in the job (n, %) | | | <0.001 |
| Not at all | 6 (1.3) | 24 (0.1) | |
| To a small extent | 53 (11.1) | 202 (5.4) | |
| To some extent | 246 (51.5) | 1260 (34.0) | |
| To a great extent | 173 (36.2) | 2222 (59.9) | |
| Permanent or temporary position (0=permanent) (n, %) | | | 0.130 |
| Permanent | 420 (88.4) | 3107 (90.6) | |
| Income NOK (mean, SD) | | | |
| | 277,312 (72,743) | 345,440 (190,513) | <0.001 |
| Min. | 5,000 | 5,000 | |
| Max. | 610,000 | 3,600,000 | |
| Weekly working hours mean (mean, SD) | | | |
| | 33.96 (8.94) | 40.35 (9.43) | <0.001 |
| Years in current job (mean, SD) | | | |
| | 9.15 (9.26) | 9.14 (9.85) | 0.981 |
| Min. | 0 | 0 | |
| Max. | 40 | 52 | |
| Night shift (n, %) | | | |

| | | | |
|--|----------|---------|--------|
| | 19 (4.0) | 3 (0.0) | <0.001 |
|--|----------|---------|--------|

Table 2: Bivariate and multivariate analyses of the three dependent variables when comparing *nurses vs. non-nurses*.

| Independent variable: | Bivariate analyses | | | Multivariable analyses: | | |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Linear regression: | | | | | | |
| <i>Satisfaction with life</i> | β | t | p-value | β | t | p-value |
| Occupation (Nurse=0) | -0.350 | -1.992 | 0.046 | -0.486 | -2.796 | 0.005 |
| Constant | | | | 15,762 | | <0.001 |
| <i>Satisfaction with job</i> | | | | | | |
| Occupation (Nurse=0) | -0.072 | -0.903 | 0.366 | -0.367 | -5.135 | <0.001 |
| Constant | | | | 6.069 | | <0.001 |
| Logistic regression: | | | | | | |
| <i>Intention to change job</i> | OR | 95 % CI | p | OR | 95 % | p |
| Occupation (Nurse=0) | 0.874 | 0.707-1.081 | 0.215 | 0.942 | 0.713-1.244 | 0.673 |
| Constant | | | | 145.073 | | <0.001 |

Table 3: Bivariate and multivariable linear regression analyses with *Satisfaction with life* as dependent variable

| Adjusted R2: 8.4 % | Bivariate analyses | | | Multivariable analysis: | | |
|---|--------------------|--------|------------|-------------------------|--------|------------|
| | β | t | p -value | β | t | p -value |
| Sex (0=females) | 0.260 | 0.509 | 0.611 | - | - | - |
| Age | -0.033 | -2.347 | 0.019 | -0.039 | -2.815 | 0.005 |
| Satisfaction with job | 0.379 | 3.676 | <0.001 | 0.242 | 2.182 | 0.030 |
| Intention to change job | -0.373 | -1.058 | 0.291 | - | - | - |
| Hectic and stressful work | -0.266 | -1.181 | 0.238 | - | - | - |
| Little variation in work tasks | -0.240 | -1.409 | 0.160 | - | - | - |
| Data systems that are hard to learn | -0.272 | -1.502 | 0.134 | - | - | - |
| Irregular working hours | -0.120 | -0.939 | 0.349 | - | - | - |
| Colleagues ask you for advice | 0.321 | 1.269 | 0.205 | - | - | - |
| The leaders appreciate what you do | 0.606 | 2.775 | 0.006 | 0.167 | -0.704 | 0.482 |
| Opportunities for learning new things | 0.818 | 3.712 | <0.001 | 0.369 | -1.541 | 0.124 |
| Autonomy in the job | 0.892 | 4.016 | <0.001 | 0.624 | -2.615 | 0.009 |
| Permanent or temporary position (0=permanent) | 0.752 | 1.487 | 0.138 | - | - | - |
| Income after taxes | <0.000 | 0.249 | 0.804 | - | - | - |
| Weekly work hours | -0.018 | -0.994 | 0.321 | - | - | - |
| Years in current job | -0.009 | -0.517 | 0.605 | - | - | - |
| Regular night work (0= other workhours) | -1.525 | -1.98 | 0.048 | -1.261 | -1.694 | 0.091 |
| Constant | | | | 16.873 | | <0.001 |

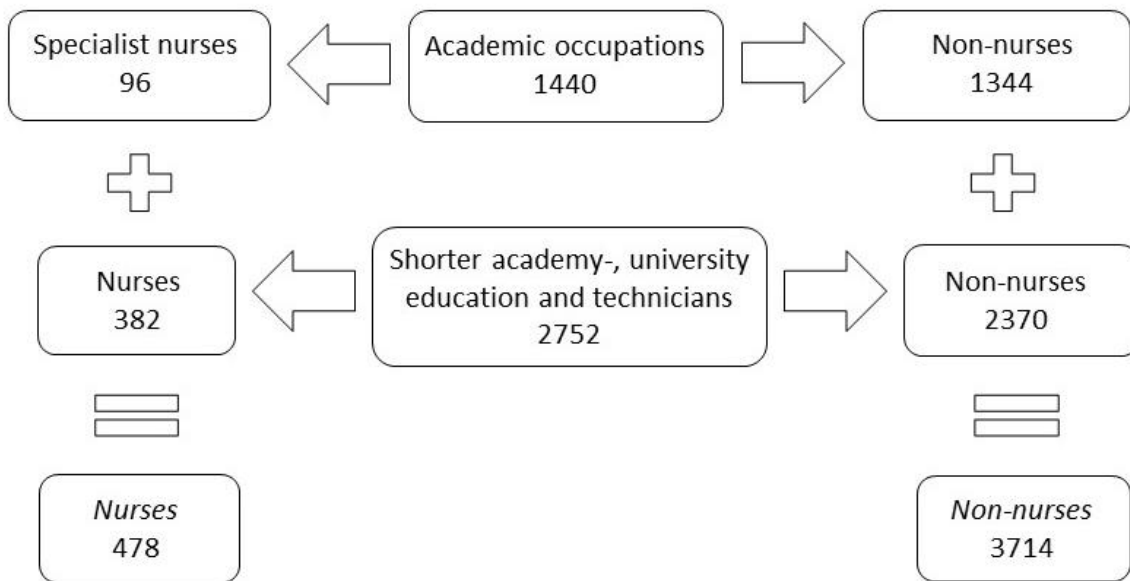
Table 4: Bivariate and multivariable linear regression analyses with *Satisfaction with job* as dependent variable

| Adjusted R2: 30.7 % | Bivariate analyses: | | | Multivariate analysis: | | |
|---|---------------------|--------|------------|------------------------|--------|------------|
| | β | t | p -value | β | t | p -value |
| Sex (0=females) | -0.130 | -0.576 | 0.565 | - | - | - |
| Age | 0.009 | 1.372 | 0.171 | - | - | - |
| Intention to change jobs (0=no) | -1.391 | -9.613 | <0.001 | -1.160 | -8.481 | <0.001 |
| Hectic and stressful work | -0.331 | -3.388 | 0.001 | -0.219 | -2.523 | 0.012 |
| Little variation in work tasks | -0.339 | -4.571 | <0.001 | -0.171 | -2.502 | 0.013 |
| Data systems that are hard to learn | -0.147 | -1.765 | 0.078 | - | - | - |
| Irregular working hours | -0.090 | -1.521 | 0.129 | - | - | - |
| Colleagues ask you for advice | 0.203 | 1.788 | 0.074 | - | - | - |
| The leaders appreciate what you do | 0.740 | 7.795 | <0.001 | 0.448 | 4.838 | <0.001 |
| Opportunities for learning new things | 0.567 | 5.852 | <0.001 | 0.160 | 1.669 | 0.096 |
| Autonomy in the job | 0.651 | 6.545 | <0.001 | 0.347 | 3.574 | <0.001 |
| Permanent or temporary position (0=permanent) | -0.037 | -0.168 | 0.867 | - | - | - |
| Income after taxes | <0.000 | 2.466 | 0.014 | <0.001 | -0.537 | 0.591 |
| Weekly work hours | 0.240 | 2.965 | 0.003 | 0.012 | 1.617 | 0.107 |
| Years in current job | 0.011 | 1.365 | 0.173 | - | - | - |
| Regular night work (0= other workhours) | -0.856 | -2.360 | 0.019 | -0.470 | -1.487 | 0.138 |
| Constant | | | | 6.383 | | <0,001 |

Table 5: Bivariate and multivariable logistic regression analyses with *intention to change job* as dependent variable.

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------|----------|-------------------------------|-------------|----------|
| Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit test: 0.492 | | | | | | |
| R2: 31.5-44.6 % | Bivariate analyses: | | | Multivariate analysis: | | |
| | OR | 95 % CI | p | OR | 95 % | p |
| Sex (0=females) | 1.880 | 1.052-3.361 | 0.033 | 1.993 | 0.969-4.100 | 0.061 |
| Age | 0.924 | 0.904-0.945 | <0.001 | 0.925 | 0.894-0.957 | <0.001 |
| Satisfaction with job | 0.526 | 0.447-0.619 | <0.001 | 0.476 | 0.390-0.582 | <0.001 |
| Hectic and stressful work | 1.403 | 1.053-1.869 | 0.021 | 1.229 | 0.848-1.782 | 0.276 |
| Little variation in work tasks | 1.374 | 1.115-1.692 | 0.003 | 1.262 | 0.952-1.673 | 0.106 |
| Data systems that are hard to learn | 0.824 | 0.648-1.048 | 0.115 | - | - | - |
| Irregular working hours | 1.299 | 1.095-1.540 | 0.003 | 1.136 | 0.908-1.421 | 0.264 |
| Colleagues ask you for advice | 1.403 | 1.001-1.966 | 0.049 | 2.272 | 1.403-3.679 | 0.001 |
| The leaders appreciate what you do | 0.746 | 0.568-0.981 | 0.036 | 1.170 | 0.801-1.709 | 0.418 |
| Opportunities for learning new things | 0.759 | 0.576-1.000 | 0.050 | - | - | - |
| Autonomy in the job | 0.734 | 0.550-0.979 | 0.036 | 1.077 | 0.721-1.611 | 0.716 |
| Permanent or temporary position (0=permanent) | 3.792 | 2.117-6.791 | <0.001 | 3.120 | 1.483-6.564 | 0.003 |
| Income after taxes | 1,000 | 1.000-1.000 | 0.045 | 1,000 | 1.000-1.000 | 0.841 |
| Week work hours | 1,000 | 0.978-1.023 | 0.990 | - | - | - |
| Years in current job | 0.926 | 0.889-0.954 | <0.001 | 0.984 | 0.941-1.028 | 0.467 |
| Regular night work (0= other workhours) | 2.181 | 0.866-5.491 | 0.098 | 1.909 | 0.576-6.344 | 0.291 |
| Constant | | | | 4.211 | | 0.001 |

Figure 1: Division of the two groups, *nurses* and *non-nurses*.



VEDLEGG 1: FORFATTERVEILEDNING FOR TIDSSKRIFTET

“NORDIC JOURNAL OF NURSING REASERCH”

Fullstendige retningslinjer for innsendelse finner på: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journal/nordic-journal-nursing-research#submission-guidelines>

9. Manuscript style

9.1 File types

Only electronic files conforming to the journal's guidelines will be accepted. Preferred formats for the text and tables of your manuscript are Word DOC, RTF, XLS. LaTeX files are also accepted. Please also refer to additional guideline on submitting artwork below.

9.2 Journal Style

Nordic Journal of Nursing Research conforms to the SAGE house style. [Click here](#) to review guidelines on SAGE UK House Style.

9.3 Reference Style

Nordic Journal of Nursing Research adheres to the SAGE Vancouver reference style. [Click here](#) to review the guidelines on SAGE Vancouver to ensure your manuscript conforms to this reference style.

If you use [EndNote](#) to manage references, download the SAGE Vancouver output file by following [this link](#) or access the EndNote Downloads page and search for 'SAGE Vancouver'. Save the ens. file to the appropriate folder (normally for Windows C:\Program Files\EndNote\Styles and for Mac OS X Harddrive:Applications:EndNote:Styles). Once you've done this, open EndNote and choose "Select Another Style..." from the dropdown menu in the menu bar; locate and choose this new style from the following screen.

9.4 Manuscript Preparation

The text should be double-spaced throughout and with a minimum of 3cm for left and right hand margins and 5cm at head and foot. Text should be standard 10 or 12 point.

9.4.1 Your Title, Keywords and Abstracts: Helping readers find your article online

The title, keywords and abstract are key to ensuring readers find your article online through online search engines such as Google. Please refer to the information and guidance on how best to title your article, write your abstract and select your keywords by visiting SAGE's Journal Author Gateway Guidelines on [How to Help Readers Find Your Article Online](#).

9.4.2 Corresponding Author Contact details

Provide full contact details for the corresponding author including email, mailing address and telephone numbers. Academic affiliations are required for all co-authors. These details should be presented separately to the main text of the article to facilitate anonymous peer review.

9.4.3 Guidelines for submitting artwork, figures and other graphics

For guidance on the preparation of illustrations, pictures and graphs in electronic format, please visit SAGE's [Manuscript Submission Guidelines](#).

Figures supplied in colour will appear in colour online regardless of whether or not these illustrations are reproduced in colour in the printed version. For specifically requested colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from SAGE after receipt of your accepted article.

9.4.4 Guidelines for submitting supplemental files

This journal is able to host approved supplemental materials online, alongside the full-text of articles. Supplemental files will be subjected to peer-review alongside the article. For more information please refer to SAGE's [Guidelines for Authors on Supplemental Files](#).

9.4.5 English Language Editing

Non-English speaking authors who would like to refine their use of language in their manuscripts might consider using a professional editing service. Visit [English Language Editing Services](#) on our Journal Author Gateway for further information.

VEDLEGG 2: E-POST MED BEKREFTELSE PÅ INNSENDT ARTIKKEL

From: lutzenkim@gmail.com
08-Apr-2016

Dear Miss Andresen:

Your manuscript entitled "Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, and their intention to change jobs - a study based on the LOGG-data" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Nordic Journal of Nursing Research.

Your manuscript ID is NJN-16-0022.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/njn> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/njn>.

Thank you for submitting your manuscript to Nordic Journal of Nursing Research.

Sincerely,
Nordic Journal of Nursing Research Editorial Office

From: njnr@sagepub.com
11-Apr-2016

NJN-16-0022 - Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, and their intention to change jobs - a study based on the LOGG-data

Dear Miss Andresen: Your manuscript will be processed for blind review. I would appreciate it if you could suggest, 2-3 persons with research competence in the area of your research.

Sincerely,
Professor Kim Lutzen
Nordic Journal of Nursing Research