

# Masteroppgave

Psykisk helsearbeid

Mai 2021

Medfølelsens pris

Når det brister for den som bærer

«Hva er det modigste du noen  
gang har sagt?»  
spurte gutten.



«Hjelp,» sa hesten.

(Mackesy & Baardsen, 2020)

Kandidatnavn: 103

Emnekode: MAPSD5900

Antall ord: 14037

Antall studiepoeng: 30 stp.

Fakultetet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Oslo Metropolitan University

## **Sammendrag**

**Tittel; «Medfølelsens pris»**

### **Bakgrunn:**

Bakgrunn for studien er den økende tendensen til medfølelsestretthet som helsevesenet i Norge og resten av verden opplever, og ønsket om å forstå hvordan dette kan forebygges.

### **Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å gjøre en systematisk gjennomgang av eksisterende studier knyttet til medfølelsestretthet blant psykiatriske sykepleiere i kommunal helsetjeneste, og hvordan dette kan forebygges. Forhåpentligvis vil oppgaven også bidra til å belyse mulige kunnskapshull knyttet til tematikken. Å undersøke hvorvidt det finnes noen suksessfaktorer som kan forebygge medfølelsestretthet innenfor arbeidslivets rammer, vil være av interesse både på individ – og systemnivå.

### **Metode**

Litteraturstudie med systematisk tilnærming er valgt som metode. Søket er basert på tre databaser, med søkeordene «compassion fatigue», «community mental health nurses» og «prevent». Søkeordene ble etter hvert utvidet til også å gjelde «psychiatric nurses» og ordet «prevention». Søkebasene var Ovid PsycInfo, CINAHL og Ovid Medline. Valgene for oppgaven er begrunnet i avgrensningen og fortløpende gjennom oppgaven. Teoretisk er oppgaven forankret i teori knyttet til medfølelsestretthet. Metoden er basert på både kvalitative og kvantitative originale studier. Analysen er gjennomført i tråd med metodens tematiske analyse.

### **Resultat**

Funnene viser at for å forebygge medfølelsestretthet blant psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten må følgende faktorer eksistere; tilstrekkelig utdanning, kunnskap og kompetanse til yrket, til faget og til relasjonsarbeid, erfaring knyttet til omsorgsyirket, et godt arbeidsmiljø, gode arbeidsbetingelser og høy selvbevissthet.

Man bør ha et bevisst forhold til risikoen for å utvikle medfølelsestretthet dersom de faktorene funnene inkluderer, ikke er til stede.

### **Konklusjon**

Økt bevissthet knyttet til farene for å utvikle medfølelsestretthet kan bidra til å forebygge forekomsten og initiere tiltak som fremmer forebygging og tidlig behandlingen av medfølelsestretthet blant psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenester.

**Nøkkelbegreper;** medfølelsestretthet, psykiatriske sykepleiere, kommunehelsetjeneste

## **Abstract**

**Title;** «The cost of compassion»

### **Background;**

The background for the study is the increasing tendency towards compassion fatigue the health care system in Norway and many other countries and a desire to understand how this can be prevented.

### **Purpose**

The purpose of this study is a systematic review of studies related to compassion fatigue among psychiatric nurses in community health services, and how this can be prevented. Hopefully, the study will also be to shed light on any gaps of knowledge, related to the topic. Examining potential success factors within the frames of working life, which prevent compassion fatigue, will be of interest. Both on an individual and on a system level.

### **Methods**

A literature study with a systematic approach was selected as method. The search is used on three databases, with the keywords "compassion fatigue", "community mental health nurses" and "prevent". The keywords were expanded to also apply to "psychiatric nurses" and the word "prevention" The search bases were chosen to be Ovid PsycInfo, CINAHL and Ovid Medline. The choices made in the study were justified both in the demarcation and continuously through the study. Theoretically, the study is rooted in theory related to compassion fatigue. The method includes both qualitative and quantitative original studies. The analysis was carried out in line with the method's thematic analysis.

### **Results**

The findings of this study points to; to prevent compassion fatigue among psychiatric nurses in the community health service, the following factors must exist; adequate education, knowledge and expertise to the profession and to relations, experience with the caregiving profession, good working environment, good working conditions and high self-awareness

A higher perception of these factors is necessary to prevent or reduce the risk of developing compassion fatigue.

### **Conclusions**

By having a conscious perception of risk factors for developing compassion fatigue, its occurrence can better be prevented, and initiate early intervention of treatment of compassion fatigue among psychiatric nurses in community mental health services can be put in place.

**Key words;** compassion fatigue, psychiatric nurses, community mental health services.

## Forord

Det er med stor respekt for faget og for meg selv jeg leverer det jeg anser som en nødvendig påminnelse i hverdagen av at alle kan gå tom for indre motivasjon, omsorg og empatisk overskudd. Noen kan til og med bli syke av det. Det er med dette som bakgrunn at jeg ønsker å finne ut hvilke faktorer som ser ut til å forebygge medfølelsestretthet. Og kanskje ikke minst selv bli en del av en forebyggende metode, slik at vi og jeg kan yte omsorg i mange, mange år til, uten å gå tom.

For det er nettopp det som er risikoen ved omsorgsykker. Og da innebatter det alle yrker med menneskemøter. Det koster å produsere omsorg, det koster å gi omsorg, men hvis vi kan sørge for at det å opprettholde og å skape omsorg ikke blir en samfunnstrussel, har vi som samfunn funnet en gullnøkkel. Mitt bidrag til dette er denne oppgaven.

Det siste skoleåret på studiet ble vi en liten og ganske sammensveiset gruppe som skulle jobbe målrettet mot innleveringen av masteroppgaven. Det er derfor på sin plass å takke medstudentene og læreren som deltok og var opponenter underveis i utviklingen av ferdig resultat. Uten dere ville jeg fortsatt stått på start og undret meg over hvordan man startet arbeidet med en masteroppgave.

Det er på sin plass og samtidig nevne at jeg er fryktelig stolt over å ha klart å levere en masteroppgave i en svært krevende tid. Covid-19 har for alvor gjort sitt inntog og satt både følelser og fornuft i en dragkamp uten like. Det er krevende å skulle stå som trygg sykepleier i frontlinjen mot pandemiens konsekvenser på vår psykiske helse. På mange måter har masteroppgaven vært mitt pusterom. Da har jeg kunnet fokusere på noe annet enn alt det ukjente, skremmende og vonde Covid-19 fører med seg. Men at pandemien i seg selv er en utløsende faktor for medfølelsestretthet har jeg ingen vansker med å stadfeste, først som sist.

Som avslutning på fire år som deltidsstudent er jeg stolt og ydmyk når jeg leverer masteroppgaven min. Den ville det ikke blitt noe av uten min daværende leder Gro Kalvenes, som trodde på meg, støttet meg og gav meg rom for å studere og levere. Kollegaene mine har holdt ut utallige berg- og dalbaner av følelser, utbrudd og frustrasjon. Men stødig har de stått.

Takk til min engasjerende, rolige, kloke veileder Lars. Du er en inspirasjon for meg og for mange med meg.

Til Ida- du som alltid spør, som alltid undrer deg sammen med meg. Takk for interessen din, for hvordan du alltid er nysgjerrig på hvordan jeg har det.

Takk til Kari-Ann, for refleksjoner, støtte og oppmuntring. Og takk for utallige timer med latter, strev og raushet. Dreamteamet klarte det.

En spesiell takk til Anne-Line som alltid har tålt og fortsatt tåler meg. For alt du er, og alt du betyr for meg. Du har plukket meg opp, limt meg sammen, klappet meg på ryggen og sagt; «prøv igjen. Dette kan du.» Jeg skylder deg alt.

En egen takk til min lille flokk, KusineFine. De har gjennom fire år tålt avlysninger, sorger og tårer. De har holdt ut, holdt om og holdt av meg til tross for uendelig mange kvelder med skriving og lesing. De har heiet, bukket og neiet. Takk, til Elisabeth, Anne og Merete.

Til den evig optimistiske og motiverende Camilla. Uten deg ville jeg aldri kommet så langt som jeg har, verken med denne oppgaven eller selve livet. Takk for kjærlighet, støtte og kaffekopper i fleng.

Linn Tyra – den tydeligste, morsomste og definitivt mest unike heia gjengen samlet i et menneske. Takk for støtte, latter, oppmuntringer og forståelse. Du er en viktig medspiller for meg.

Så til familien min. De som tålmodig og trofast har korrekturlest, rettet, strøket, lagt til, diskutert og heiet på meg og mine oppgaver i 4 hele år, og i hele mitt liv. En uforbeholden takk for at dere alltid er her for meg. Jeg er takknemlig og rørt over støtten dere har vist meg. Dere er og vil alltid være en av mine største pådrivere for alt jeg gjør og foretar meg. Denne oppgaven er til dere- som bærer uten å briste, som løfter uten å knekke. Dere er alle sammen forbilder og mennesker til etterlevelse. Takk.

Jeg vil til slutt få takke min usannsynlig tålmodige samboer og forlovede, som gjennom tårer, svette og teknologiske kriser har bistått, hjulpet, roet og reflektert sammen med meg. Uten deg Stian ville jeg aldri klart det jeg gjør nå, levere masteroppgaven min. Du har rett og slett vært en bunnsolid havn for en frustrert student. Jeg hadde ikke klart dette uten deg. Evig takknemlig for den du er, det du gjør og alt du bidrar med.

Ydmyk, stolt og forhåpentligvis litt klokere,

Marit Søgård Bråten

## Innhold

1	Innledning.....	10
1.1	Valg av tema.....	10
1.2	Hensikt og formål.....	11
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
1.4	Avgrensninger.....	12
1.5	Begrepsavklaring.....	13
2	Tidligere forskning.....	13
2.1	Forskning på medfølelsetretthet.....	13
2.2	Forskningsfeltets ståsted.....	14
3	Teoretisk rammeverk.....	14
3.1	Medfølelsetretthet.....	14
3.2	Forebygging av medfølelsetretthet.....	16
3.3	Det humanistiske perspektivet.....	18
3.3.1	Hermeneutikk.....	19
3.3.2	Fenomenologi.....	20
4	Metode og materiale.....	21
4.1	Egen forforståelse.....	21
4.2	Valg av metode.....	22
4.3	Begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	23
4.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	24
4.5	Beskrivelse av søkestrategi.....	25
4.6	Seleksjonsprosess.....	27
4.7	Kritisk vurdering av inkluderte artikler.....	28
4.8	Presentasjon av inkluderte artikler.....	30
4.9	Etiske overveielser.....	34
4.10	Analyse av materialet.....	34
5	Funn.....	36
5.1	Utdanning og erfaring.....	36
5.2	Arbeidsmiljø.....	37
5.2.1	Kollegastøtte.....	37



5.2.2	Lederstøtte .....	37
5.2.3	Arbeidsmiljø .....	38
5.3	Arbeidsbetingelser .....	38
5.4	Pasientrelasjonen .....	38
5.5	Selvbevissthet .....	38
6	Diskusjonskapittel .....	39
6.1	Diskusjon av funn .....	39
6.1.1	Utdanning og erfaring .....	40
6.1.2	Arbeidsmiljø .....	42
6.1.3	Arbeidsbetingelser .....	44
6.1.4	Pasientrelasjonen .....	45
6.1.5	Selvbevissthet .....	46
6.2	Metodediskusjon .....	47
7	Oppsummering .....	49
8	Litteraturliste .....	51
9	Vedlegg 1 .....	53
10	Vedlegg 2 .....	57

## 1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg gå igjennom mitt valg av tema, forsøke å skissere oppgavens hensikt og formål på en ryddig og konkret måte. Jeg vil presentere oppgavens problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål. Til sist i kapitelet vil jeg avgrense oppgaven og avklare begreper.

### 1.1 Valg av tema

Når omsorg skal ytes, må den først forstås og omsettes til noe av betydning for mottakeren, enten fysisk eller psykisk. Når man en dag ikke forstår hvor man skal finne motet, vettet eller evnen til å gi noen andre omsorg, lider man kanskje av en tilstand som gjøre omsorg til noe negativt og ikke noe positivt. Man er i behov av å finne en måte som fornyer omsorgen som iboende ressurs hos mennesker med omsorgsyrker. Spesielt når kostnaden av den emosjonelle delingen er en varslet potensiell katastrofe.

Gjennom dette temaet ønsker jeg å rette lyset mot en konsekvens av den menneskelige egenskapen medfølelse. Under følger min begrunnelse for valg av medfølelsetretthet som tema;

#### *Mennesket*

Som utøvende psykiatrisk sykepleier i kommunal helsetjeneste kommer man stadig i kontakt med mennesker og kollegaer som opplever medfølelsetretthet gjennom sitt yrke. Personlig har jeg også erfart hva langvarig, gjentakende strekk av omsorgsstrikken kan føre til.

Mennesker som står tett på andres menneskers uhelse opplever i større grad at aksene for «antall år i yrke» krysser aksene for «medfølelsetretthet» tidligere og tidligere.

Det har derfor vært med stor interesse jeg har ønsket å undersøke hvilke konsekvenser det har for psykiatriske sykepleiere og hvilke tiltak som eksisterer i forebyggingen av medfølelsetretthet. Som masterstudent har jeg sett og lært at medfølelsetretthet og utbrenthet blir brukt om hverandre for å forklare prosessene der flere år som mottaker av andre menneskers uhelse, lidelse eller traumer ender med sykemeldinger og redusert mestring i arbeidet. (Bang & Nilsen, 2003) Og som det kommer frem her har min personlige erfaring med medfølelsetretthet gitt en ekstra inspirasjon til å velge dette temaet for masteroppgave.

Å stå i et opplevd spenn mellom ønske å hjelpe og å gi omsorg, og behovet for selv å få hjelp til å fylle på når glasset er tomt, er både krevende, utviklende og til tider ødeleggende. Ved å finne en modell eller en metode som forebygger medfølelsetretthet hos psykiatriske sykepleiere, som er overførbart til andre profesjoner, vil den enkelte og systemet den er en del

av spare både mennesket og systemet for de negative konsekvensene av å ha valgt yrke etter hjertet.

Valget av tema ble altså tatt på bakgrunn av både interessen for og erfaringene med medfølelsetretthet, og et brennende ønske om å bidra i forebyggingsarbeid mot det.

### *Systemet*

Videre kan man ikke komme unna det faktum at medfølelsetretthet er en mørk sky på solskinnshimmelen Norge. Stadig flere, stadig yngre psykiatriske sykepleiere opplever å bli preget og fanget i en lidelse så vanskelig å komme ut av at det altfor ofte ender i sykemelding og i omskolering. Prisen det koster å gi av seg selv blir stadig høyere, kravene til å levere mer, til mindre tid øker i takt med antall mennesker som strever med uhelse.

Derfor vil det være samfunnsnyttig å forsøke å finne nøkkelen til hvordan man kan forebygge medfølelsetretthet. I et kost-nytte aspekt vil det ikke bare spare penger, men kapasitet, krefter og kompetanse fra å gå til spille. Forebyggende arbeid har en lang vei å gå, men en ting er sikkert, den må gås et skritt av gangen, bygges stein på stein. Og forebygging starter ved at man erkjenner at medfølelsetretthet er en arbeidsrelatert lidelse.

Med forankring i ledelse og i system kan forebyggende arbeid bli et tellende aspekt ved arbeidsforholdet.

## **1.2 Hensikt og formål**

Å fremskaffe kunnskap om hva som utløser og hva som forebygger uhensiktsmessige konsekvenser hos mennesker som jobber tett på lidelse og mennesker som har opplevd ulike traumer. Hensikten er å rette fokus mot at medfølelsetretthet er en reel fare ved å inneha behandlerrollen og det kan synes som at risikoen øker i takt med antall menneskemøter som følelsemessig berører oss. Samtidig ha et håp om at denne oppgaven skal kunne bidra til å øke kvaliteten i og av tjenestene og deres utøvere som berøres av medfølelsetretthet.

Formålet med oppgaven er å si noe om hvordan man kan bruke kunnskapen om å forebygge medfølelsetretthet ute i kommunehelsetjenesten og å undersøke eksisterende kunnskapsgrunnlag gjennom publikasjoner. Videre å utforske hvordan forebyggingen av medfølelsetretthet hos psykiatriske sykepleiere i pasientnært arbeid praktiseres, innenfor de rammene kommunale psykiske helsetjeneste er underlagt. Jeg ønsker også å se medfølelsetretthet i lys av det humanistiske perspektivet, for å løfte medfølelsetretthet som en menneskelig kostnad av å bære andre menneskers lidelse, uhelse eller sorger på sine skuldre.

### **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Oppgavens problemstilling er;

*Hvordan forebygges medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten?*

Forskningsspørsmålene er;

*Hvilke faktorer synes viktig i forebygging av medfølelsestretthet blant psykiatriske sykepleiere?*

*Hvilke faktorer ved arbeidet øker risikoen for medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere?*

### **1.4 Avgrensninger**

Valget om å konsentrere meg om psykiatriske sykepleiere som gruppe skyldes at jeg ønsker å avgrense oppgaven mest mulig. Ved å inkludere flere yrkesgrupper vil søkematerialet bli overveldende, og det ville være vanskelig å få oppgaven avgrenset nok. Det oppleves som konkretiserende for oppgaven å snevre det inn til denne profesjonen. Ved å gjøres disse avgrensningene har jeg endt opp med et relativt snevert, men viktig felt å forske på. Som nevnt i kapitlet under vil det være et klokt grep å avgrense begrepene fremfor å bruke alle begrep som innebefatter en form for utbrenthet, utmattelse eller tomhetsfølelse. Dermed vil ikke fokuset ligge på teori eller forskning knyttet til utbrenthet, da dette kan knyttes til flere ting enn kun arbeidsrelatert medfølelsestretthet, som jeg skal undersøke.

Temaet berører både den enkelte ansatte som opplever det og systemet denne er en del av. Jeg har allikevel valgt å ikke ha stort fokus på systemnivå, men forsøke å ha tyngden av nysgjerrigheten på individnivå.

Derfor har jeg avgrenset oppgaven til å forske på begrepet medfølelsestretthet og vært tro mot avgrensningen knyttet til begrep. Jeg velger derfor bort begreper som viktimisering, sekundær traumatisering, Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) og andre beslektede og tilsynelatende sammenliknbare begrep. (Isdal, 2017)

Det synes også relevant å nevne at valgene jeg har tatt, som følge av avgrensningene jeg har benyttet meg av, er valg basert på lojaliteten knyttet opp mot metode, forskerrollen og som profesjon. Jeg har valgt å være tro mot metoden og dermed endt opp med dette produktet.

Det synes som naturlig å nevne i avgrensningen at jeg ikke har innlemmet eller undersøkt studier knyttet til medfølelsestretthet som følge av Covid-19 som startet i april 2020. Men det

føles naturlig å si noe om det, da min oppgave er utviklet og skrevet under pandemien. Covid-19 og dens konsekvenser for mennesker som jobber i førstelinjen kan tenkes å være av et slikt omfang at den vil og må være overveldende.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Medfølelsestretthet** er den direkte oversettelsen som benyttes for det engelske uttrykket «compassion fatigue». Medfølelsestretthet er definert som et syndrom som hjelpere er i risiko for å utvikle når de omgir seg med og arbeider med å hjelpe mennesker i psykisk smerte. Medfølelsestretthet brukes i denne oppgaven som et begrep for å beskrive den tilstanden hjelpere kan utvikle over tid ved særlig tyngende omsorgsyttelse, det være seg fysisk eller psykisk. (Todaro-Franceschi, 2013)

Det er mange uttrykk som kan beskrive det samme som medfølelsestretthet. Men samtlige uttrykk gir en forståelse for at syndromet er utviklet på bakgrunn av et traume. (Sutter, 2019) Sutter beskriver at i en verden der medfølelsestretthet eksisterer vil også behovet for systemer som forebygger, overvåker og behandler syndromet være til stede. Dette underbygger min avklaring om at compassion fatigue blir oversatt til medfølelsestretthet i denne oppgaven.

### Forebygge

Å forebygge er forklart av Stein Mikkelsen som en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. (Mikkelsen, 2000)

Videre er forebygge en form for arbeid og metode som retter seg mot å unngå utviklingen av negative konsekvenser, som medfølelsestretthet som følge av belastninger i arbeidets natur.

Forebygging kan foregå på individnivå og på systemnivå. I arbeidslivet er det mest naturlig at man tenker at forebygging ligger til systemnivå. Det er likevel viktig å ha med seg individets ansvar og egenskap i form av forebygging i eget liv og i sitt arbeidsliv.

## 2 Tidligere forskning

Både innenfor helsevesenet, men også andre yrkesprofesjoner har forsket på konsekvenser av medfølelsestretthet. Gjennom kapittel 2.1 og 2.2 vil jeg se på hva tidligere forskning sier om temaet. I kapittel 2.3 vil jeg forsøke å gjøre rede for hvor forskningsfeltet står i dag.

### 2.1 Forskning på medfølelsestretthet

Forskning knyttet til medfølelsestretthet startet på midten av 1970-årene. Det er en overvekt av studier der det forskes på sykepleiere. Interessen for behandlerpåvirkninger som tydelig stammer fra å jobbe med andre menneskers traumer har økt betraktelig de siste årene.

Konsekvensene av behandlerpåvirkninger omtales som *medfølelsestretthet*. (Bang & Nilsen, 2003, s. 44) Teorien viser til at det er flere uttrykk som beskriver samme fenomen; utbrenthet,

vikarierende traumatisering, sekundær viktimisering, compassion fatigue og sekundær traumatisering. Uttrykkene er allikevel ikke helt like fordi oppmerksomheten på endringsprosessen ligger på ulike plasser. (Bang & Nilsen, 2003, s. 209) Ordet medfølelsestretthet er dermed den norske betegnelsen på compassion fatigue. Teorien peker også på at ordet medfølelsestretthet oppleves som mer positivt enn for eksempel sekundær traumatisering. (Bang & Nilsen, 2003)

Dette forskningsfeltet er i stadig bevegelse og vekst. Medfølelsestretthet har blitt belyst bredere og bedre med årene gjennom forskning. Følelsen av å gå tom for omsorg, både for andre, men også for en selv, kan være voldsomt inngripende i et menneskes liv. Derfor ønsker man gjennom forskning å sette lyset på hvordan man kan forebygge, håndtere og behandle medfølelsestretthet. (Isdal, 2017)

## **2.2 Forskningsfeltets ståsted**

Etter en gjennomgang av eksisterende fagkunnskap og ny forskningskunnskap vises det tydelig at forskningsfeltet anser medfølelsestretthet som negative konsekvenser av menneskemøter vi som psykiatriske sykepleiere utsetter oss for gjennom arbeid med mennesker i kommunehelsetjenesten. Videre mener forskningsfeltet at den eksisterende forebyggingen ikke er tilstrekkelig, men samtidig ikke totalt fraværende.

Forskningsfeltet viser også at det hviler et altfor stort ansvar på den enkelte, fremfor systemet man jobber for. (Isdal, 2017) Forskningen viser at det er utviklet ulike modeller for forebygging av medfølelsestretthet, men at disse ikke nødvendigvis er innarbeidet i individ eller system. Forskningen mener at det gjenstår enda noe arbeid før forebygging av medfølelsestretthet kan kalles godt innarbeidet i systemet og for den enkelte.

## **3 Teoretisk rammeverk**

Kapitlet vil ta for seg litteratur og teori knyttet til det aktuelle temaet oppgaven dekker. Noe av litteraturen og teorien opererer med en form for overlapping av de ulike begrepene, men under dette kapitlet vil jeg forsøke å tydeliggjøre det begrepet jeg har i fokus; medfølelsestretthet. Kapitlet avsluttes med teori knyttet til det humanistiske perspektivet, hermeneutikk og fenomenologi. Dette skaper grunnlaget for hvilket perspektiv og gjennom hvilken metode jeg bruker når jeg skal tolke funnene.

### **3.1 Medfølelsestretthet**

Denne lidelsen blir ofte omtalt som kostnaden hjelperen bærer av å yte omsorg. Charles Figley er en velkjent professor som tidlig satte søkelys på hvordan hjelpere blir påvirket av møtet med traumatiserte mennesker. (Isdal, 2017, s. 116) Hans arbeid er verdenskjent og

anerkjent som fagkunnskap. Hans kunnskap har blitt omsatt til utallige bøker, kapitler, artikler og arbeider. Blant annet skriver han om hvordan det vil være nyttig med en form for systematisert oppmerksomhet knyttet til nettopp medfølelsestretthet hos mennesker som jobber i yrker som yter omsorg. (Figley, 2002)

I Isdals bok oversetter Per Isdal Figleys definisjon av medfølelsestretthet slik;

En tilstand av utmattelse og dysfunksjon (biologisk, psykologisk og sosialt) som er et resultat av langvarig eksponering for andres lidelse. Compassion fatigue er en naturlig konsekvens over tid av å hjelpe, eller ønske å hjelpe andre som er traumatisert eller som lever i smerte. (Isdal, 2017, s. 131)

Med denne definisjonen kommer også tidsperspektivet tydelig inn. Med denne definisjonen mener man at lidelsen utvikles etter gjentatte møter med andres lidelse. Som skissert mener Figley at medfølelsestretthet er prisen for å bry seg.

Medfølelsestretthet har mange måter å uttrykke seg på. Både psykisk og fysisk kan dette gi utslag hos den enkelte. Forandringene hos den enkelte kan omhandle endret verdensbilde, endring i forholdet til sin egen identitet, endring i grunnleggende tillit, ens forhold til åndelighet, et økende behov for system og kontroll, endret behov for intimitet, problemer med å fokusere og holde fokus og plager knyttet til arbeidet og møte med mennesker som strever med uhelse i ulik grad. (Bang & Nilsen, 2003, s. 45-57)

Medfølelsestretthet skildres i litteraturen også som en kostnad av arbeidet. Det vil si at det ofte foreligger god kjennskap til og kunnskap om at medfølelsestretthet kan og vil være en risiko hos mennesker som jobber med og i relasjoner. Derfor er det allikevel overraskende at det finnes beskrevet begrenset om hvilke forebyggende tiltak som finnes for nettopp dette. (Bang & Nilsen, 2003)

I en avhandling jeg kom over i forbindelse med min egen masteroppgave skrives det om forebyggende tiltak på arbeidsplassen. Opplevelsen av at skrevne tiltak ikke er det samme som de utførte, gir et dårlig grunnlag for forebygging. Refleksjon, samtaler med kollegaer, leder- og kollegastøtte, debrifing og veiledning synes ikke å være nok. (Viken, 2020) Selv om tiltak blir nedfelt følger det ikke alltid med ressurser eller tidsbruk til å gjennomføre dem. Derfor blir det også viktig at medfølelsestretthet blir et tydeligere ansvarsområde hos leder. (Gratland & Nergård, 2017)

Viktig ansees det også at mennesker som har valgt å utdanne seg til hjelpeyrker, er klar over risikoene de løper ved dette valget. Derfor er det med stor iver jeg ser at ulike utdanningsorganer setter et større fokus på dette i grunnutdanningene. (Varpen Unheim,

2020) Psykologer har et eget fag i sin utdanning som tar for seg risikoen ved og ulike måter å forebygge medfølelsetretthet.

Medfølelsetretthet er videre et syndrom som beskrives som en kronisk mangel på egenomsorg. (Todaro-Franceschi, 2013) Faglitteraturen peker på at sykepleiere som jobber med pasienter som ikke automatisk går tilbake til sitt fungerende nivå av velvære og helse, er i risikozonen for å utvikle medfølelsetretthet. Grad av pasientkontakt og mengde, sykepleierens alder og erfaring, faglig kompetanse, personlig nettverk og egne personlighetstrekk ligger som faktorer som kan avgjøre risikoen for medfølelsetretthet. (Bang & Nilsen, 2003, s. 68)

Medfølelsetretthet gir mange og sammensatte symptomer som nevnt tidligere. Depresjon, angst, skyldfølelse, følelse av håpløs- og hjelpeløshet, uro, mageproblemer, kvalme, konsentrasjonsvansker og kronisk utmattelse er bare noen av symptomene som nevnes. (Todaro-Franceschi, 2013, s. 89-90) Psykosomatiske symptomer er overrepresentert. Samtidig viser teorien at hjelperen ofte unnskylder symptomene og stadig håper det skal gå over av seg selv. Resultatet av dette er ofte langvarig fravær og i ytterste konsekvens oppsigelse som følge av opplevd medfølelsetretthet.

Symptomer på medfølelsetretthet kan arte seg på følgende måte i vårt yrkesliv ifølge Kyer; Lav arbeidsmoral, oppgaveunngåelse, detaljeoppheng, nedsatt motivasjon, fravær av initiativ, negativitet, manglende tro på arbeidets verdi, kollegiale konflikter, isolering fra kollegialt miljø og tap av selvtillit. (Kyer, 2016) Samtidig er det viktig å være bevisst på at disse symptomene på medfølelsetretthet kan være smittsomt. De kan også forandre måten kollegaer og leder ser på deg. Det kan derfor være avgjørende at man gjenkjenner symptomene for det det faktisk er og plasserer symptomene hos medfølelsetretthet (Isdal, 2017).

Per Isdal skriver i sin bok at medfølelsetretthet ikke bare rammer den enkelte, men også systemet. Han peker på at det finnes eksempler der hele arbeidsmiljø er preget av såkalt kollegial medfølelsetretthet. Disse arbeidsmiljøene preges av høyt fravær, av stor turn-over, personalkonflikter mellom ansatte, mistro og redusert tillitt til hverandre, klikker av personalet som sprer rykter og sladder, ledelsessinne, negativt pasientsyn, overforbruk av negative metoder i behandling, nedlatenhet og kynisme, samt spesifikt språkbruk. (Isdal, 2017)

### **3.2 Forebygging av medfølelsetretthet**

Når man jobber med mennesker er det ikke bare å snu seg rundt, fjerne seg fra situasjonen eller å slutte å gjøre det man er god på. Det handler tvert imot om å finne andre måter å fyll



opp beholdningen som stadig tømmes for omsorg. Det handler om å finne systemer og handlingsplaner som forebygger og gjør det mulig å jobbe lenge, med mennesker som trenger en. Gjennom teorien kommer det gjentatte ganger frem at for å forebygge at mennesker går tom for omsorg, medfølelse eller nysgjerrighet for mennesker må det foreligge noen tiltak. (Gratland & Nergård, 2017)

Debriefing, veiledning, refleksjon, kollega- og lederstøtte, formelle og uformelle samtaler, et arbeidsmiljø som har fokus på å bearbeide og bryte historier og situasjoner ned til erfaringer og vekke interesse for hvordan man kan håndtere neste situasjon bedre. Dette er alle tiltak som er beskrevet som preventive i møte med mennesker som har opplevd traumer, og som skal dele disse med behandleren sin. (Todaro-Franceschi, 2013)

Etter flere år i yrket kan man kjenne på at en av faktorene som medfører medfølelsetretthet er den stadig økende mangelen på gratifikasjon. Uten anerkjennelse, belønning i form av ord eller handlinger vil den enkelte ansatte gå på tomgang uten opplevelsen av meningsfullt arbeid. Det vil derfor være vesentlig at en del av lederansvaret blir nettopp gratifikasjon. Anerkjennelse, det å se den enkelte og å gi lederstøtte har vist seg å være en forebyggende faktor. (Bang & Nilsen, 2003) Selv om hele systemet i dag krever mer og mer av ledere må personalansvaret tas på dypeste alvor. Kost-nytte prinsippet driver ledere til tall-fokuserte og produksjonsbesatte mennesker, men midt imellom regnskap og rapporter står den ansatte og streber etter å bli sett. Ved å øke fokus på gratifikasjon vil man i større grad bidra til å forebygge medfølelsetretthet. (Todaro-Franceschi, 2013)

Det hviler et selvstendig ansvar og en rettighet til å gi beskjed om eller varsle om kritikkverdige forhold som påvirker den enkeltes arbeidssituasjon og den enkelte ansatte. Samtidig er arbeidsgivers plikter regulert i Arbeidsmiljøloven. (Arbeidsmiljøloven, 2005) Arbeidsgiver har et ansvar for å sørge for gode arbeidsforhold for den ansatte ved blant annet å sikre at arbeidstaker er sikret mot psykiske og fysiske konsekvenser. Arbeidsgiver skal legge tilrettelegge for individuelle tilpasninger i arbeidsforholdet basert på arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. (Isdal, 2017)

Litteraturen deler ansvaret inn i tre deler; arbeidsgivers ansvar, kollegialt ansvar og den enkeltes arbeidstakers ansvar. Arbeidsgiver plikter å holde seg oppdatert i forhold til kunnskap som sier noe om helserisikoen det er å jobbe med mennesker. (Isdal, 2017) Arbeidsgivere i Norge plikter å følge lovverk som regulerer forhold som påvirker vår helse. Som arbeidstid, rettigheter, permisjonsordninger, videreutdanning, ressursstyring og bedriftshelsetjenester for de ansatte. Noen grunnleggende faktorer for helse knyttet til dette er; Helse, Miljø og sikkerhet (HMS), arbeidsmengde, adekvat og tilstrekkelig kompetanse til

jobben man er satt til å gjøre, gratifikasjon, medbestemmelse og arbeidsoppgaver som oppleves som meningsfylte. (Isdal, 2017)

Det kollegiale ansvaret hviler på oss alle som kollegaer. Når man som arbeidstaker jobber i et arbeidsmiljø som er krevende og belastende forplikter vi oss til å være med å skape trygt og støttende kollegamiljø. Vi er i tillegg avhengig av kollegaene våre, som jobber tett på oss, til å se og tolke oss i sammenhengen vi er i. Nære kollegaer kan tidligere fange opp eventuelle endringer i en som man kanskje ikke evner å oppdage selv.

Sist, men kanskje viktigst er ansvaret vi bærer for oss selv. Vi plikter å legge merke til hva som skjer med oss. Vi som individ bør og skal ha kunnskap om de «usynlige» symptomene belastningene i arbeidet kan påføre oss. Uten den kunnskapen mister vi muligheten til å forebygge medfølelsestretthet ved å være bevisst. (Isdal, 2017)

I forebygging mot medfølelsestretthet gjentas viktigheten av selvbevissthet. Rothschild er en av de som peker på at kroppen vår er en meget viktig informasjonskilde til hvordan det står til med oss mentalt og fysisk. Hun mener at vi som mennesker må forsøke; å forstå hvordan kroppen din reagerer, å kjenne etter, å legge merke til hva som skjer i kroppen sin og legge merke til hva som skjer med kroppen din. (Rothschild & Rand, 2006)

Hun vektlegger at forebygging av medfølelsestretthet først og fremst handler om hvordan vi som individ kan påvirke og siden endre våre kroppslige reaksjoner. Å sette søkelyset på den kroppslige delen av forebyggingen vil være viktig. Det er i kroppen vår at nøkkelen for å endre og lære oss måter å koble fra kroppen fra belastningene ligger.

I arbeidet med å forebygge kommer det frem at man kan kjenne medfølelsestretthet på kroppen lenge før man forstår at det er det man lider av. Det betyr også at kollegaene dine har en god mulighet til tidlig intervensjon, der de kan forsøke å veilede deg som kollega på at du lider av symptomer som kan tyde på medfølelsestretthet. (Isdal, 2017)

### **3.3 Det humanistiske perspektivet**

Humanisme stammer fra en filosofisk og litterær bevegelse i Italia på slutten av 1500-tallet. Humanisme beskrives i litteraturen som en reaksjon mot samtidens ortodokse kristendom. Det beskrives også som en kompleks kulturbevegelse som med stor betydning påvirket synet på både vitenskapen, men også mennesket.

Humanistisk psykologi beskrives i pensum som en samlebetegnelse for ulike psykologiske teorier. Fellestrekket for teoriene er at de står i den humanistiske tradisjonen og disiplinen de fremholder er av filosofisk og ikke naturvitenskapelig betydning. Psykologien vektlegger ikke spesielt psykisk helse, men tar for seg og tematiserer allmennmenneskelige trekk som kan

være med å bidra til forståelsen av psykisk helse og ikke minst psykisk uhelse. (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009)

Den humanistiske tradisjonen har noen grunnleggende prinsipper. Disse er;

*Mennesket anses i prinsippet som fritt.* Det er fritt til å danne sin egen personlighet. Dette innebærer ansvarlighet i forhold til handlinger, vurderinger og hensikter. *Det finnes ingen absolutt sannhet om livet.* Mennesket er et bevisst og opplevende vesen som selv erfarer virkeligheten. Et menneskes erkjennelse og handlingsmuligheter utvides gjennom aktive undersøkelser og bearbeiding og ikke gjennom passiv registrering eller autoritær overbevisning. *Det finnes ingen absolutte verdier.* Et menneske er verken godt eller ondt. Det skaper sine egne verdier, og dets handlinger og tanker er følgelig målrettede og formålsbestemte. *Det er ikke gitt en felles og menneskelige natur.* Mennesket er et individ-udelelig og særegent- dette er det menneskelige kjennetegn. Slik sett blir forskjeller mellom mennesker mer interessante enn likheter. (Haugsgjerd et al., 2009, s. 240)

Humanismen fokuserer på at mennesket skal følge sin natur, ved enten å følge sin lyst eller bevisst unngå ubehag/ulyst. Videre erkjenner tradisjonen at mennesket er bundet til naturen gjennom menneskets ulike fysiske og biologiske betingelser.

### **3.3.1 Hermeneutikk**

Hermeneutikk er en teori som sikter på å forklare meningssammenhenger i en tekst. Wilhelm Dilthey (1833-1911) sørget for at man i de humanistiske fagene kunne benytte seg av hermeneutikken som en vitenskapelig metode. Disse humanistiske fagene mente Dilthey at måtte være forstående og ikke forklarende slik naturvitenskapene var.

Den humanistiske psykologien er inspirert av hermeneutikken ved å konsentrere seg om sammenhengen mellom tolkning og forståelse og mellom mening og handling.

Hermeneutikken baserer seg på at alle menneskers handlinger har en hensikt, og forsøker å forstå handlingens meningsinnhold subjektivt. Mennesket ansees som et handlende subjekt der handlingene er tillagt en mening. Alle menneskers handlinger oppfattes ikke som bevisste og intensjonale i hermeneutikken, handlingene kan også være av ubevisst karakter og følelsesmessige reaksjoner på ytre påvirkninger. (Haugsgjerd et al., 2009)

Hermeneutikken tillegger mennesket å være et språklig vesen. Hermeneutikeren hevder at mennesket fortolker og forstår verden subjektivt, og at fornuft og logikk er menneskets fremste erkjennelseskilde. Videre søker hermeneutikeren etter forståelse, som er grunnleggende for menneskets erkjennelse. Dagliglivets tillagte meninger i menneskets liv,

skaper grunnlag for forståelse. Dermed fremstår mennesket som et vesen med meninger, verdier og vilje. (Haugsgjerd et al., 2009)

### **3.3.2 Fenomenologi**

Fenomenologi kan forstås som en systematisk utforskning som sier noe om de ulike måtene å forstå virkeligheten på. Fenomenologi handler om våre forventninger til hva eller hvordan noe fremstår for oss. Det betyr at to mennesker kan oppleve det samme, men oppfatte det ulikt. Videre insisterer fenomenologien på at man ikke kan forstå mennesket eller deres erfaring kun gjennom objektive data. Fenomenologien prøver å forstå den andres *måte* å oppfatte virkeligheten på. (Wifstad, 2018)

En viktig foregangsmann i fenomenologien er René Descartes, som levde fra 1596 til 1630. Han levde i en tid der synet på hvordan man så på menneske og naturen gjennomgikk en dramatisk endring. Endringen lå i at gjennom middelalderen så man på samspillet mellom mennesket og naturen, som en form for organisme, som nærmest kontinuerlig. I opplysningstiden endret dette synet seg i en retning der man sammenliknet både natur og menneske med en maskin. Denne endringen ansees som det mekaniske paradigmet, som vokste frem i opplysningstiden. (Haugsgjerd et al., 2009)

Descartes hevdet at verden besto av materielle legemer som var styrt av mekanikkens lover. Men han skilte samtidig ut et meget vesentlig trekk hos mennesket, som skilte mennesket fra maskin, nemlig sjelen eller bevisstheten. Han tenkte seg et grunnleggende skille mellom kropp og sjel, begrunnet med at de besto av ulik substans. Nettopp dette kalles dualisme. At kroppen tilhørte materien og sjelen tilhørte ånden, mente Descartes at understreket at de måtte forskes på som ulike felt.

Edmund Husserl (1859-1938) fagfelt ble bevisstheten. Han mente at mennesker særpreg var bevisstheten og skiller mennesket fra dyr og planter. Han ansees som grunnleggeren av den filosofiske tradisjonen, fenomenologi. I fenomenologiens navn mente Husserl at det å studere fenomenet akkurat slik det viser seg, slik det er gitt, var viktigst. (Haugsgjerd et al., 2009)

Husserl utviklet i 1936 en fenomenologisk metode. Denne metoden er en særegen form for refleksjon. Refleksjonen handler om og istedenfor å konstruere bevisstheten om de ytre tingene, har fokus på hvordan disse tingene er gitt for vår bevissthet. (Haugsgjerd et al., 2009)

Andre filosofer har videreført fenomenologiske metoder og ideer. Filosofer som Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty har alle forsket og utforsket menneskets fremtredelsesformer og forskjellige menneskelige fenomener. Særegent for

fenomenologien er dens fokus på å komme direkte i kontakt med virkeligheten fremfor å skape tanker og ideer som så skal forankres i virkeligheten.

I sammenheng med medfølelsetretthet handler fenomenologien først og fremst om å forstå medfølelsetretthet som fenomen og tolke det i lys av de omkringliggende årsakene til fenomenet.

#### **4 Metode og materiale**

Dette kapitlet vil ta for seg metode og materiale. Forforståelse, valg av metode, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er lagt til grunn for utvalg av artikler, søkestrategien, utvalg, kildekritikk, presentasjon av inkluderte artikler og eventuelle etiske vurderinger som ligger til grunn for studiet mitt. Jeg vil også presentere analysen og analyseprosessen under dette kapitlet.

##### **4.1 Egen forforståelse**

Forforståelse er knyttet tett opp til personlige erfaringer, personlighet, interesser, profesjon og krever en høy grad av refleksjon hos den som skal forske. (Dalland, 2007) Malterud beskriver det som at forforståelsen vår er ryggsekken vi har med oss inn i prosjektet vårt. (Malterud, 2019) På den ene siden kan forforståelse være noe positivt, som gjør forskeren refleksiv og engasjert i og motivert for forskningen, mens på den andre siden kan den bidra til at man som forsker begynner studien med skyggelapper og snevert syn på fagfeltet. Sistnevnte kan være negativt med tanke på om forskeren ignorerer kunnskapsgrunnlaget i empirien. Da vil resultatene være upålitelige og grense til forfalsket resultat. (Malterud, 2019)

Min forforståelse handler om at jeg har jobbet og fortsatt jobber i et yrke som krever betydelig omsorg til andre fra meg. Jeg har de siste årene byttet jobb fra akuttpsykiatri til kommunal psykisk helsetjeneste. Det skiftet er basert på personlige erfaringer knyttet til medfølelsetretthet, som dreier seg om moralske dilemmaer. Det har selvsagt gitt meg et håp om personlig vinning å gjennomføre denne studien, i form av å finne frem til noe evidensbasert man kan benytte seg av som forebygger medfølelsetretthet. Med dette som bakteppe går jeg inn i litteraturstudiet vel vitende om at så godt som all forskning som skjer i dag og som har foregått til nå, er gjort av noen som vil finne det resultatet som passer dem best. Man kommer heller ikke unna å nevne at min forforståelse også innehar refleksjoner knyttet til det politiske spillet en studie er. Noen vil alltid tjene på det resultatet man finner, eller man finner det resultatet man tjener mest på.

Malterud beskriver forforståelse som en form for refleksivitet knyttet til sin egen forforståelse. Videre mener hun at for å ha denne refleksiviteten må man være oppmerksom

på følgende to ting; en refleksiv holdning til sin egen innflytelse på materialet, og lojalitet til meningsinnholdet i materialet. Man må være bevisst å ikke la egne holdninger styrke tolkningen. (Malterud, 2011)

Jeg mener selv at jeg har stor respekt for og forståelse for oppgavens tema, for valg av tema og for hvordan jeg skal og ønsker å behandle funnene eller fravær av funnene. Dette basert på at jeg er innforstått med at utgangspunktet for studien hviler i mitt personlige ønske om å forebygge medfølelsetretthet hos meg selv, hos kollegaer og kanskje til og med hos mennesker i andre sektorer eller yrker og profesjoner enn min egen.

Med dette som bakteppe har jeg forsøkt å formidle min egen forskerrolle knyttet til oppgaven. Med stor respekt for faget, for metoden og for andres arbeid, har jeg forsøkt å ha stor refleksivitet til temaet. (Aveyard, 2018)

## **4.2 Valg av metode**

Metoden jeg har valgt for å belyse problemstillingen er litteraturstudie med systematisk tilnærming. Dette designet tar systematisk for seg artikler som finnes på feltet som er aktuell for valgt tema. Metoden kan både være et utgangspunkt for en empirisk undersøkelse, men den systematiske gjennomgangen kan også være målet med selve studien. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 105) Denne typen studie egner seg godt når man ønsker å undersøke hvilken type kunnskap det finnes rundt et tema, samt å rette fokuset på de kunnskapshullene som trengs å fylles, knyttet til studiens tema. (Dalland, 2007)

Litteraturstudie med systematisk tilnærming baserer seg på en metode som beskriver en rekke kriterier som må være til stede før man kan kalle studien for nettopp dette. Kriteriene er satt til; valget av primærstudier skal gjøres systematisk og metode for utvalg er definert, studien har en tydelig problemstilling, søkestrategiene som er benyttet for å finne primærstudiene skal fremkomme sammen med inklusjons- og eksklusjonskriterier for egen studie må komme frem. Videre skal analysen av primærstudiens kvalitet vurderes i et analyseskjema. (Forsberg & Wengström, 2003)

Videre kan man tenke seg at en litteraturstudie med systematisk tilnærming samler eksisterende funn og skaper ny betydning i større sammenheng. Metoden beskrives som omfattende metode, der de strenge kravene må tilfredsstilles og ofte leder metoden til studier av høy kvalitet. (Aveyard, 2018) I den systematiske tilnærmingen legges det særlig vekt på en systematisk søkestrategi, implementeringen av denne i alle søk og at nettopp dette er grunnlaget for metoden.

Grunnlaget fører til at man som forsker må ta en rekke valg basert på hva som gir best svar på problemstillingen eller forskningsspørsmålene en har. Valget man fatter bestemmer hvilken type studier som skal inkluderes, hvilke søkeord som treffer best for temaet, viktige inklusjons- og eksklusjonskriterier som må beskrives godt. Det vil være av stor betydning å beskrive hvilke søkebaser man har benyttet og helt til slutt må man velge om man skal og eventuell hvilke manuelle søk man tar. (Aveyard, 2018)

En litteraturstudie er hermeneutisk av metode som følge av at den besvarer problemstillingen og/eller forskningsspørsmålene ved å fortolke andres studier på et konkret tema. Designet er deskriptivt ved at jeg som forsker søker å finne ut hvordan ting *er* og henger sammen og eksplorativt ved at jeg forsøker å skaffe meg innsikt i og kunnskap knyttet til et område jeg mener ikke er fullstendig kartlagt. (Thisted, 2010)

Som en forlengelse av avsnittet over ønsker jeg å gjenta problemstillingen hele oppgaven hviler på. Dette for ryddighetens skyld og oppgavens fremtoning.

Problemstillingen metoden skal utforske er følgende;

***Hvordan forebygges medfølelsetretthet hos psykiatriske sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten?***

Som nevnt i kapittel 1, underkapittel 1.3 *Problemstilling og forskningsspørsmål*, er det to forskningsspørsmål knyttet til den ovenforstående problemstillingen. Forskningsspørsmålene er som følger;

*Hvilke faktorer synes viktig i forebygging av medfølelsetretthet blant sykepleiere?*

*Hvilke faktorer ved arbeidet øker risikoen for medfølelsetretthet hos sykepleiere?*

**4.3 Begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Jeg har inkludert både kvalitative og kvantitative artikler i søket. De kvalitative studiene forsøker å forstå menneskenes erfaringer eller opplevelser knyttet til et bestemt tema eller fenomen, og søker å gi innsikt og forståelse konkret for dette. (Aveyard, 2018) Ved å inkludere kvantitative vil jeg få bredere innsikt i faktorer som påvirker medfølelsetretthet. Kvantitative artikler tar for seg sammenlikning av og forekomst av noe, presentert gjennom tall. (Aveyard, 2018) Ved å kombinere disse er jeg klar over at jeg benytter meg av to svært ulike forskningsmetoder, men allikevel mener jeg at ved å inkludere disse får jeg et bredere og tydeligere svar på oppgaven. Jeg presiserer at jeg er metodetro og finner ingen grunnlag for å ikke benytte meg av begge metodene. Selv om den ene artikkelen har fokus på

forekomst har jeg inkludert den, da funnene peker på faktorer som kan forebygge medfølelsetretthet.

Jeg har også ekskludert oversiktsartikler og metaanalyser, først og fremst fordi de ikke er primærstudier, men også fordi de kan være fallgruver for meg som forsker ved at de har andre mål for sine studier og dermed øker risikoen for at jeg overser informasjon som er vesentlig for meg i min forskning. (Støren, 2013) Dette betyr ikke at jeg ikke har funnet mye god inspirasjon, nøkkelord og skapt grunnlag for inklusjon- og eksklusjonskriterier ved å lese disse oversiktsartiklene og metaanalysene.

Valget om å inkludere både kvalitative og kvantitative studier ble truffet etter at jeg bestemte meg for at begge metodene for forskning kan belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene mine.

#### **4.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Internett gir oss i dag nærmest ubegrenset tilgang til informasjon vi søker, og noen ganger ikke søker. Derfor ble det tidlig i studien viktig å sette noen kriterier for hvilke artikler som skulle telles med og brukes som kunnskapsgrunnlag for oppgaven og ikke. (Dalland, 2007)

Det er gjennom disse kriteriene en kan identifisere hvilke studier som reelt gir svar på problemstillingen og utelukke de som ikke vil besvare forskningsspørsmålene. (Aveyard, 2018)

Gjennom å bruke PICO-skjema satte jeg søket i system og dette gav meg følgende kriterier for oppgaven;

##### **Inklusjonskriterier;**

- Artikler publisert etter 2004
- Kvalitative og kvantitative artikler som er empiriske primærstudier (originale studier)
- Artikler rettet spesifikt mot *forebygging* av medfølelsetretthet
- Artikler som er engelskspråklige
- Studier som er gjort i vestlige land: Europa, Australia, Canada og USA
- Artikler som omhandler medfølelsetretthet hos psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

##### **Eksklusjonskriterier;**

- Artikler som er publisert før 2004
- Metaanalyser, oversiktsartikler og artikler som er både kvalitative og kvantitative



- Artikler som omhandler spesifikt *behandling* av medfølelsestretthet
- Artikler som ikke er engelskspråklige
- Studier som er gjort i: Afrika eller Asia
- Artikler som omhandler andre profesjoner enn sykepleiere

#### **4.5 Beskrivelse av søkestrategi**

##### **Databaser**

I en litteraturstudie samler man litteratur fra flere, ulike kilder. Hovedkilden er allikevel databaser som tilbyr spesifikke, unike emner innenfor ulike forskningsfelt. Før man velger databaser er det derfor viktig å undersøke hvilke baser som tilbyr den informasjonen en søker. Informasjonen en søker har som formål å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene så godt som mulig. Etter digitalt møte med bibliotekar valgte jeg derfor følgende databaser; PsycInfo, CINAHL og Medline. Databasene inneholder referanser til sykepleie, psykologi, psykiatri og beslektede disipliner. Det betyr at for meg var det mest naturlig å velge disse tre som jeg føler dekker fagfeltet jeg forsker på. Jeg er klar over at jeg bevisst har benyttet meg av engelske søkebaser og engelskspråklige artikler. Dette velger jeg å si noe om, slik at leser forstår at det er et valg jeg har tatt.

Jeg ikke har benyttet databasen PubMed, men er klar over at dette kunne vært en aktuell database, da den dekker profesjon, fagfelt og fenomenet godt.

##### **Søkeord og søkestrategi**

Under søket mitt ble «compassion fatigue» på engelske og «medfølelestretthet» på norsk de aller viktigste og riktige ordet å benytte. Jeg gjorde et kjapt søk i starten av eksamensperioden, etter artikler som omhandler medfølelsestretthet og endte opp med godt over 1000 artikler som omhandlet nettopp dette.

Søkeordene kom på plass i skjemaet som følge av et utvalg av ord basert på problemstilling, nøkkelord som dukket opp gjennom test-søk i de ulike databasene, samt fra faglitteraturen knyttet til tema. Søkeordene ble også utarbeidet i samarbeid med veileder. For ordens skyld presenterer jeg søkeordene i et skjema, slik at det skal være oversiktlig for leser.

Søkestrategien for oppgaven ble gjort på bakgrunn av følgende søkeord/nøkkelord som beskrevet i PICO-skjemaet under (Helsebiblioteket, 2015) ;

Tittel/arbeidstittel på prosedyren; <i>Forebygging av medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjeneste</i>			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> <i>Hvordan forebygges medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten?</i>			
Er det aktuelt med søk på pasient- og pårørendeopplæring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/> X			
Hva slags type spørsmål er dette?  <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak <input checked="" type="checkbox"/> X		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/> X	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:  Psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):  Medfølelsestretthet	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:  Ikke aktuelt i dette studiet	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:  Forebygge
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problemet	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
Psychiatric Nurse Community mental health nurses	Compassion fatigue Compassion Burnout		Prevent Prevention

Søket ble trunkert. Søket ble gjennomført med *keywords*. Søket ble gjort fra disse kategoriene;

1. *Compassion fatigue, compassion burnout*
2. *Psychiatric Nurse, community mental health nurse*
3. *Prevent, prevention*

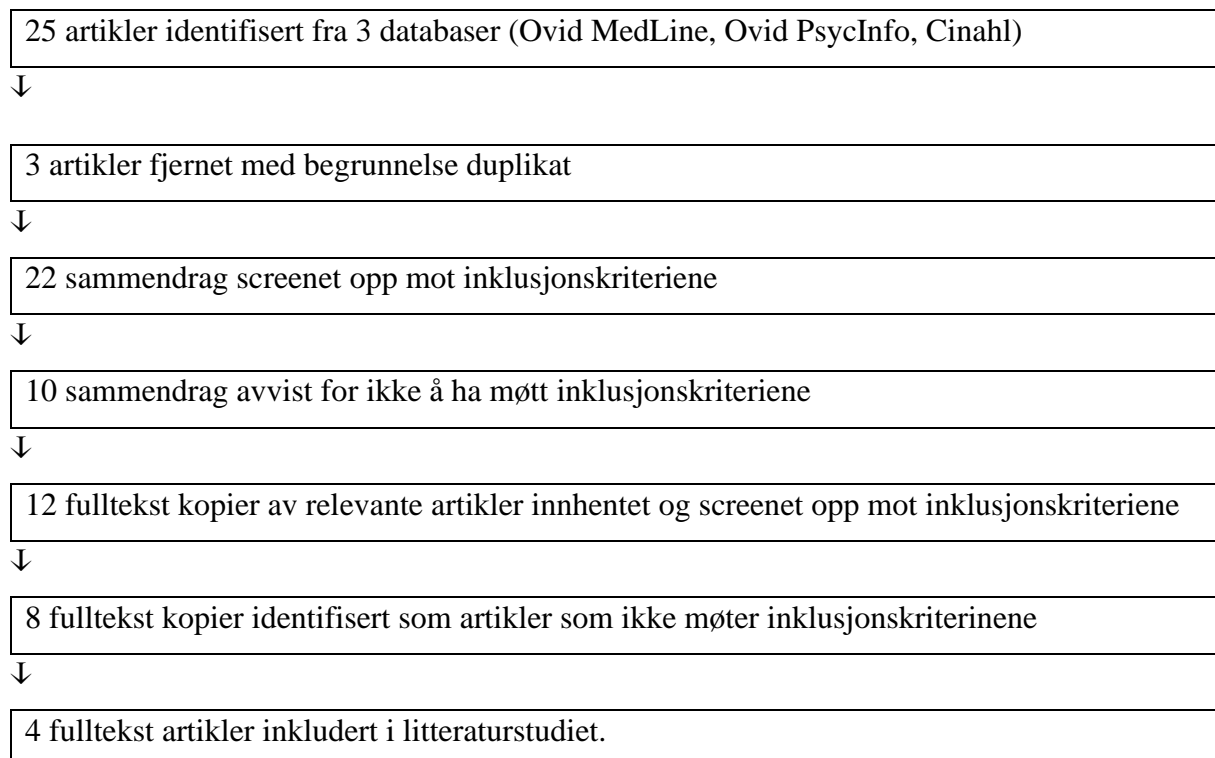
Tidlig i søkeprosessen ble det tydelig at kategori 3 gjorde søket begrenset. Derfor ble ikke kategori 3 vektlagt i søket i Cinahl eller PsychInfo, men ble benyttet i MedLine. Dette er et bevisst valg fra meg som forsker. Det samme er valget om å ikke benytte MeSH-termer.

Det ble søkt med OR innen hver kategori og benyttet AND mellom de tre kategoriene. Søkene ble begrenset med: *English, 2004-2020, research article*.

#### 4.6 Seleksjonsprosess

Etter søket var gjennomført satt jeg igjen med totalt 25 artikler som jeg mente kunne belyse min problemstilling. Av disse var 3 duplikater og 10 artikler ble avvist etter å ha gjennomgått sammendraget og funnet at ikke matchet inklusjonskriteriene. De resterende 12 artiklene ble lest i fulltekst hvorav 8 ikke møtte inklusjonskriteriene og dermed ble ekskludert. De resterende 4 artiklene ble godkjent og inkludert i studiet.

Illustrert gjennom flytskjema (Aveyard, 2018);



#### 4.7 Kritisk vurdering av inkluderte artikler

Før man starter på analysen er det i en systematisk litteraturstudie svært viktig at man som forsker gjør seg godt kjent med de inkluderte artiklene. Den kritiske vurderingen hver og en av artiklene må gjennomgå bidrar til at man som forsker oppnår en formidabel innsikt i den enkelte studien, samtidig som man blir klar over styrker og svakheter ved den. Ved kritisk vurdering dukker det opp enda en mulighet for at det dukker opp at en eller flere artikler allikevel ikke kan inkluderes. Kvalitativ forskning kjennetegnes av at den er både undersøkende og fortolkende, dette gjør arbeidet med å finne og bedømme styrker og svakheter sammensatt. (Aveyard, 2018) Kvantitativ forskning kjennetegnes ved at funn settes opp mot noe, måles eller telles i en spesiell form. Begge forskningsmetodene kan bidra til å belyse sentrale punkter i min oppgave.

Aveyard anbefaler en kritisk tenkning knyttet til all informasjon man finner i forbindelse med forskning. De kritiske punktene legger vekt på; **hvor** man fant informasjonen. Om det finnes på internett, i en anerkjent database eller om du fant den som sekundærkilde til noe annet. **Hva** man fant av informasjon og hva hovedfunnene i informasjonen er. **Hvordan** en som leser setter kvaliteten av informasjonen, **hvem** som har skrevet eller sagt det du finner samt **når** det du finner er skrevet eller sagt. (Aveyard, 2018, s. 108)

Da jeg kritisk gjennomgikk artiklene, brukte jeg denne malen for kritisk tenkning;

<b>Artikkelens navn;</b>	<b>Kritiske tanker knyttet til artikkelen;</b>
<i>Getting In and Getting Out Whole: Nurse-Patient Connections in the Psychiatric Setting</i>	
Hvor fant du informasjonen?	Studien ble funnet i database Ovid PsycInfo, via Oslo Metropolitan University, etter konkret søkestrategi. Publisert i Mental Health Nursing, 2013-01-01, Vol.34 (1), p.36-45 (Van Sant & Patterson, 2013)
Hva fant du- og hva er hovedfunnene?	Studiens funn viser at forkunnskap knyttet til risikoen for å utvikle medfølelsetretthet, kan forebygge utviklingen av medfølelsetretthet. Pasientrelasjons belastningsgrad er også avgjørende for å forebygge eller utvikle medfølelsetretthet.

Kvaliteten på informasjonen?	Kvaliteten på studiets funn er vurdert som god. Fagfellevurdert og publisert i Mental Health Nursing i 2013.
Hvem har skrevet eller sagt dette?	Judith E. Van Sant og Barbara J. Patterson er studiens forfattere.
Når ble det skrevet eller sagt?	2013 ble studiet publisert.

Denne prosessen førte frem til den kritiske vurderingen, siste kolonne, i tabellen som presenterer inkluderte artikler i neste kapitel. Dette ble gjort for hver av artiklene.

For å gjøre vurderingen så konkret og riktig som overhodet mulig er det hensiktsmessig å benytte seg av sjekklister. Jeg har benyttet meg av ulike sjekklister. De sjekklister jeg har benyttet er hentet fra Helsebiblioteket, etter tips fra bibliotekaren. (Helsebiblioteket, 2016) Denne sjekklisten har alle artiklene blitt sett opp mot og jeg har derfor etter egen skjønn, skaffet meg inngående og en betydelig forståelse for hver enkelt artikkel. Sjekklister jeg benyttet meg av hadde delt listene inn i 3 ulike deler; A; innledende vurdering, B; hva forteller resultatene? Og C; kan resultatene være til hjelp i praksis? Personlig synes jeg dette var gode verktøy for å sikre at artiklene eller studiene jeg har benyttet i oppgaven er «kvalitetssjekket». Og selv om sjekklister i hovedsak omhandler kvalitative studier har jeg som forsker tatt et selvstendig valg på at jeg har benyttet samme utgangspunkt for de kvantitative artiklene.

Det finnes utallige måter å anskaffe og benytte seg av lister, men etter en lengre samtale med bibliotekar falt valget på Helsebibliotekets sjekklister. (Helsebiblioteket, 2016)

I tillegg har jeg gjennomgått og benyttet meg av Aveyards anbefalinger knyttet til kritisk vurdering av inkluderte artikler, som nevnt over. (Aveyard, 2018, s. 108) Spesielt knyttet opp til vurderingen av de kvantitative artiklene. (Aveyard, 2018, s. 114)

Av de fire inkluderte artiklene har kun 1 av dem som helt spesifikt har skrevet at de ikke har noen forhold ved seg som påvirker habiliteten og validiteten til studien. Videre er det de to kvalitative studiene som tydelig har anerkjent sine forbindelser som eventuelt kan påvirke validiteten. Det fremkommer ingen åpenbare bakenforliggende sponsorer til noen av artiklene.

#### 4.8 Presentasjon av inkluderte artikler

<b>Researches &amp; Nationality:</b>	<b>Title:</b>	<b>Method, analysis &amp; recruited from:</b>	<b>Participants &amp; Gender and age:</b>	<b>Aim of study</b>	<b>Main Findings:</b>	<b>Critical appraisal:</b>
Van Sant, J.E., & Patterson, B J 2013 USA (Van Sant & Patterson, 2013)	Getting In and Getting Out Whole: Nurse-Patient Connections in the Psychiatric Setting	Method: Qualitative study. Participants observations, unstructured interactions, semi-structured interview. Analysis: text condensation. Recruited from: nurses from the community health system	Registered nurses; 2 male 10 female  No age mentioned	Evidence-based model of the process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric/mental health setting.	Knowledge about the risks of getting compassion fatigue or professional burnout lower the risk of development of it.  Nurses can and need to achieve safe and effective connections with patients' pain in the psychiatric setting.	Høy

<p>Taylor, B.&amp; Barling, J. 2004 Australia (Taylor &amp; Barling, 2004)</p>	<p>Identifying sources and effects of carer fatigue and bournout for mental health nurses: a qualitative approach</p>	<p>Method: qualittive study. Semi-stuctured interviews, Narratives. Analysis: thematic analysis procedure by computer. Recruited from: snowballing method of recruitment. By invitation.</p>	<p>Registered nurses; 5 male 15 female</p>	<p>Identify work-related problem to assist mental health nurses to locate the source ang effests of carer fatigue ang burnout, set up a dialogue between the participants and the identifies sources of stress in the workplace to adress the identifies problems, and make recommansations to the Helath Division of an Area Health Service to prevent og manage stressors in the practice of mantal health nursing.</p>	<p>Sources of stress Factors that reduce the risk og compassion fatigue and burnout</p>	<p>Høy</p>
--	---	--	--	---	---	------------

Researches & nationality	Title	Method, analysis & recruited from:	Participants & Gender and age:	Aim of study:	Main Findings:	Critical appraisal
Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. 2015 Hellas (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis & Katostaras, 2015)	Prevalence of Secondary Stress Among Psychiatric Nurses in Greece	Method: Quantitative. Questionnaire booklet.  Analysis: descriptive analysis.  Recruited: from 12 public hospitals in Athen.	295, but <b>174</b> after exclusion of non-completed samples. 52 male 122 female  Average age: 36,87 years	To investigate the prevalence of secondary traumatic stress/ compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in psychiatric nurses, and their risk factors.	Factors that impact the experience of compassion fatigue;  - Demographic and work related characteristics  - Professional quality of life  - Correlations between these two	Middels
Zerach, G., & Ben-Itzhak Shalev, T. 2015 Israel (Zerach & Shalev, 2015)	The relations between Violence Exposure, Posttraumatic Stress (PTSD) Symptoms,	Method: quantitative method. Using questionnaires and various cross-lists.	<b>90</b> 16 male 40 female participants (Israeli psychiatric nurses)  <b>106</b>	This study examined PTSD, ST and VG among Israeli psychiatric nurses who were compared to community nurses.	- Psychiatric nurses are an at-risk population for work-related stress residues.  - PN reported higher levels of both PTSD and ST symptoms, but	Høy



	<p>Secondary Traumatization (ST), Vicarious Post Traumatic Growth (VG) and Illness Attribution among Psychiatric nurses</p>	<p>Analysis: descriptive, comparative cross-sectional analysis.</p> <p>Recruited from: Two major Mental Health Centers and the public health nurse in the Israeli Ministry of health.</p>	<p>106 Female 0 Male participants (community nurses) Total: 196 participants</p>		<p>lower levels of VG dimensions of «new possibilities» and «personal strenght», as compares to community nurses.</p>	
--	---	---	--	--	---	--

#### **4.9 Ethiske overveielser**

Når man skal benytte seg av litteraturstudie som metode, tangeres ikke studien av særskilte etiske problemstillinger. Jeg har allikevel valgt å undersøke om de fire inkluderte artiklene i min oppgave har godkjenning av etisk komite. Det har alle fire artiklene. Jeg synes det er viktig å være tydelig på at jeg som forsker og menneske har et bevisst forhold til etikk.

Forskning knyttet til helse og medisin er underlagt strenge etiske retningslinjer som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte både deres helse og deres rettigheter.

Medisinsk forskning som innebærer at mennesket forskes på må kun gjennomføres dersom formålet er viktigere enn belastningen og den eventuelle risikoen som forskningen innebærer for det enkelte menneske. (Malterud, 2019)

Forskning knyttet til følelser, opplevelser eller andre sensitive menneskeerfaringer skal være velbegrunnet og alltid vise til at man har tatt høyde for de etiske aspektene ved forskningen. All forskning bør komme fra forventningen om å finne ny kunnskap. Dersom man har i tankene å utsette mennesker for unødvendig gjentakelse av det vi vet, må man gå gjennom nødvendigheten en gang til. Malterud skriver blant annet at ved et grundig forarbeid plasserer vi det planlagte prosjektet i en kunnskapsmessig sammenheng. Dersom man ser av litteratursøket sitt at temaet allerede er utfyllende belyst, bør man vurdere å gå videre med en annen problemstilling som trenger vår oppmerksomhet. (Malterud, 2019)

I litteraturstudier med systematisk tilnærming legges det til rette for å ikke skjule noe og metoden fremstår som etterprøvbart. Valgene jeg har foretatt meg ansees som akademisk nødvendige og jeg føler de er begrunnet godt underveis i oppgaven. I kapittel 5 har jeg forsøkt å være transparent i prosessen om hvordan jeg kom frem til mine hovedtemaer.

I diskusjonskapittelet har jeg valgt ut de temaene som jeg mener er viktig å belyse. Det betyr nødvendigvis også at jeg kan ha valgt bort noe annet for valget jeg har tatt. Det ville kunne blitt umulig å diskutere alle funnene dersom jeg ikke prioriterte. Samtidig betyr ikke det at temaene jeg valgte vekk er mindre viktige enn de jeg valgte.

#### **4.10 Analyse av materialet**

Det følgende kapitelet skal belyse selve analysemetoden, tematisk analyse, samt presentere selve analyseprosessen. Tematisk analyse er en analysemetode der man går rett til resultatene til hver enkelt artikkel og skisserer artikkelens temaer og/eller undertemaer. Disse temaene skal også oppsummeres med nøkkelord, som beskriver hovedinnholdet i hvert av temaene/undertemaene. Deretter må man finne ut hvilke av nøkkelordene som har likhetstrekk og dermed kan inngå i større temaer, som da blir hovedtemaer. Hovedtemaene

skal ha navn som formidler innholdet. Dette beskrives ytterligere i 4.10.2 Analyseprosessen. (Aveyard, 2018)

For å kunne beskrive studienes hovedfunn benyttet jeg meg av studienes egne hovedtemaer og undertemaer for resultater. Som dere ser i presentasjonen av funn har jeg benyttet meg av tabeller som tar for seg hver artikkel, artikkelens hovedtema, med påfølgende undertema. Deretter har jeg tatt for meg hvert enkelt tema/undertema og skrevet ned stikkord i ulike farger, som oppsummerer hvert tema. Jeg har oversatt alt i analysen til norsk, for å få et gjennomgående språk i oppgaven, selv om jeg har valgt engelskspråklige artikler.

Eksempelvis;

<p>Medfølelsestretthet (compassion fatigue)</p> <p><b>Forebygger;</b>          Kunnskap om; arbeidsoppgaver, arbeidets natur, lovverk, kollegastøtte, lederstøtte, rettigheter, forventninger          Rutiner som skaper forutsigbarhet, tydelighet og sikkerhet for den ansatte          Tydelig ledelse skaper gode grunnlag for at jobben som skal gjøres, blir gjort riktig.</p> <p><b>Utløser;</b>          Stressende hverdag som preges av uforutsigbarhet, usikkerhet og utrygghet          Følelser knyttet til relasjoner, arbeidsoppgaver eller privatlivet, som igjen påvirker arbeidet          Manglende ledelse som gir usikkerhet og utydelige retningslinjer          Manglende rutiner som skaper rom for avvik og følelsen av å ikke mestre eller å skade</p>	<p>Stikkord</p> <p><b>Forebygger;</b>          Rutiner/kunnskap          Lederstøtte          Selvbevissthet          refleksjon</p> <p><b>Utløser;</b>          Stress          Manglende rutiner/kunnskap          Fraværende ledelse</p>
---	---

Den fullstendige analyseprosessen av de 4 artiklene ligger som vedlegg til oppgaven, se - vedlegg 1. Det samme gjelder for prosessen med nøkkelord, se vedlegg 2.

Jeg startet analysen med å sette alle funn inn i tabell. Deretter skrev jeg inn og farget alle stikkordene til hver artikkel, etter fargene; utdanning og erfaring – blå, arbeidsmiljø – grønn, arbeidsbetingelser – lilla, pasientrelasjonen – gul og selvbevissthet- rød, som da er mine nøkkelord. Nøkkelordene ble så satt artikkel-vis inn i en tabell som skilte mellom forebygging og utløsning av medfølelsestretthet.

Eksempelvis;

Taylor, B.& Barling, J. (2004)	
Forebygger	Utløser
Kollegialt miljø	Ansettelsesforhold
Gratifikasjon	Økonomi
Tydelighet	Arbeidsmiljø
Ledelse	Mangel på ledelse
Trygghet	Utilstrekkelige ressurser
Rutiner	Strevsomme pasienter
Utdanning	Manglende samarbeid
	Begrensninger ved arbeidsplassen
	Stress

Jeg jobbet lenge med å sortere innholdet i funnene etter tema. Prosessen var krevende, og det ble gjort noen justeringer i temaer underveis. Det munnet ut i en oppsummering av funnene mine i kapitlet under.

## 5 Funn

Her kommer en presentasjon av funnene knyttet til forebygging av medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten.

Funnene fra artiklene viser at det å forebygge medfølelsestretthet er komplekst og i endring konstant. Funnene fra studiene jeg har inkludert vil bli presentert fortløpende. Det vil si at jeg presenterer funnene som både forebygger, men også utløser medfølelsestretthet under samme tema.

### 5.1 Utdanning og erfaring

Alle artiklene har utdanning og erfaring som en faktor i sin studie. Funnene kan tyde på at økt utdanning og lang erfaring er med på å forebygge medfølelsestretthet. Enkelte av funnene kan tyde på at det gjennom nedsatt kunnskap om og informasjon om nettopp medfølelsestretthet kan øke risikoen for nettopp det. Manglende utdanning i kombinasjon med kort erfaring er en risikofaktor man må ta med seg. Funnene beskriver denne kombinasjonen som en direkte utløsende faktor for medfølelsestretthet.

Funnene viser en økt risiko for medfølelsestretthet dersom både utdanning og erfaring er lave. Ved nedsatt kunnskap og kompetanse vil dette kunne bidra til økt risiko for fysisk og psykisk vold i yrket. Videre beskriver funnene at for å forebyggende medfølelsestretthet må kunnskap

og kompetanse om relasjonsbygging foreligge. Dette funnet kan man til dels også inkludere i temaet pasientrelasjonen, men siden kunnskapen og kompetansen knyttet til det ligger under teamet utdanning og erfaring er de inkludert her.

Studiens funn viser at i utdanning og erfaring ligger det en større forståelse for rollen en har som psykiatrisk sykepleier i den kommunale helsetjenesten. Kunnskap og kompetanse går igjen i funnene som viktige faktorer for å forebygge medfølelsetretthet.

Et av funnene viser at psykiatriske sykepleiere ansatt i kommunal helsetjeneste har en mindre risiko for medfølelsetretthet enn en psykiatrisk sykepleier ansatt på sykehusavdeling.

## **5.2 Arbeidsmiljø**

Dette temaet velger jeg å dele i tre undertema, for å synliggjøre funnene knyttet til kollegastøtte, lederstøtte og arbeidsmiljø hver for seg.

### **5.2.1 Kollegastøtte**

Under kollegastøtte gir funnene tydelige signaler om at opplevd kollegastøtte minsker risikoen for utvikling av medfølelsetretthet. Funnene viser at gjennom tilhørighet, debriefing, utveksling av kunnskap, kompetanse og erfaring, bygger man opp en større motstand. Kollegiale forhold av den positive arten bidrar til å forebygge. Mens mangelen av ovenforstående kan øke risikoen.

Funnene viser at kollegastøtte innebærer både samarbeid, støtte og veiledning. Samtidig innebærer det tilhørighet, samhold og egenverdi.

### **5.2.2 Lederstøtte**

Funnene knyttet til betydningen av lederstøtte er av betydning. Funnene viser at ved opplevd lederstøtte er rollen til den enkelte tydelig og avklart, den enkelte kan søke veiledning, debriefing og støtte hos leder og dermed forebygge medfølelsetretthet. En tydelig, tilstedeværende leder gir sine ansatte bedre vilkår for å mestre jobben.

Funnene signaliserer at ledelse har en stor betydning knyttet til opplevd mestring av jobb. Fravær av ledelse tyder på at de negative konsekvensene øker. Herunder leder som befinner seg langt unna virksomheten, utydelige rammer å jobbe i, utydelige rutiner eller manglende prosedyrer. En leder som søker å formane fremfor å veilede.

Leders tiltro til den ansatte i forhold til mestring av arbeidsoppgaver og utdanning spiller en rolle i lederstøtte-funnet.

### **5.2.3 Arbeidsmiljø**

Et arbeidsmiljø med stor grad av inkludering, støtte og motivering fremstår som et arbeidsmiljø som forebygger medfølelsestretthet. Videre sier funnene at betydningen av tilhørighet til et miljø, å få være en del av et fagmiljø veier positivt i arbeidet med å forebygge dette. Funnene viser en forskjell mellom å være ansatt på sykehus, kontra å være ansatt i kommunehelsetjenesten hva arbeidsmiljø gjelder.

Et arbeidsmiljø med anerkjennende, belønnende kultur vil forebygge medfølelsestretthet i større grad enn et arbeidsmiljø med mangel på gratifikasjon.

### **5.3 Arbeidsbetingelser**

Funnene fra studiene knyttet til arbeidsbetingelser er sammensatte. Av den grunn at det er ulike funn som sier noe om samme tema. Herunder; fast ansettelse eller vikariat, dagtidsarbeid eller turnusarbeid. Sykehus kontra kommunal helsetjeneste. Det å jobbe selvstendig kontra det å jobbe i team. Funnene tyder på at opplevelsen av å jobbe i team motvirker medfølelsestretthet.

Videre viser funnene at begrensninger ved arbeidsplassen og mangelfulle ressurser er med på å utløse medfølelsestretthet. Rutiner og prosedyrer er arbeidsbetingelser som er avgjørende. Dette bidrar til tydelighet og forståelse av rolle. Med tydelig rammeverk forstås arbeidet og ens egen rolle i dette bedre.

Funn knyttet til arbeidsbetingelsene viser at ved negative arbeidsbetingelser stiger risikoen for å utvikle medfølelsestretthet.

### **5.4 Pasientrelasjonen**

At alle pasientrelasjoner koster noe mentalt for den psykiatriske sykepleieren kan ingen av funnene benekte. Funnene knyttet til pasientrelasjoner viser at utdanning, erfaring, personlighet, arbeidsmiljø og opplevd selvbevissthet er avgjørende for om relasjonen er skadelig eller forebyggende. Gjentatte opplevelser med pasienter øker motstanden for skadelige konsekvenser. Kompetanse og erfaring er positive forebyggende faktorer i pasientrelasjonen. Videre viser funnene at ved å ha tilgjengelige kollegaer og/eller leder for å kunne snakke igjennom episoder eller relasjoner minsker risikoen for utvikling av medfølelsestretthet. Gjennom kollegial erfaringsutveksling øker den personlige tålegrensen, kompetansen og kunnskapen om pasientrelasjoner.

### **5.5 Selvbevissthet**

Funnene knyttet til selvbevissthet er mange og komplekse. Men i hovedsak handler det om at dersom man ikke er bevisst på de negative konsekvensene nedsatt selvbevissthet kan gi, er

risikoen for medfølelsestretthet til stede. Med selvbevissthet mener funnene at det innebærer blant annet å kjenne sine egne grenser både fysisk og psykisk. Funnene viser at å ha kunnskap og kompetanse knyttet til håndtering av stress, den enkelte psykiatriske sykepleierens personlighet, den enkeltes behov for å bli sett som menneske og som arbeidstaker, og hvordan den enkelte opplever gratifikasjon gjennom arbeidet bidrar til å redusere risikoen for å utvikle medfølelsestretthet.

Funnene viser en sammenheng mellom manglende selvbevissthet og utviklingen av medfølelsestretthet. Funnene viser til at summen av negative konsekvenser, psykisk som fysisk, aktivitet som søvn, er med på å skape grobunn for medfølelsestretthet.

I funnene er også hvordan den enkelte sykepleier ser på seg selv, med mestringstro, gratifikasjon, utvikling og muligheter beskrevet.

## **6 Diskusjonskapittel**

Dette kapittelet starter med diskusjon av funnene diskutert i lys av oppgavens hensikt og problemstilling, dernest skal jeg diskutere metoden jeg har valgt og dens styrker og begrensninger.

### **6.1 Diskusjon av funn**

Hensikten med denne oppgaven er undersøke hvordan kommunehelsetjenesten forebygger medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere. At medfølelsestretthet er en reel fare ved å inneha behandlerrollen og øker i takt med antall menneskemøter vi har som behandlere, blir tydeligere og tydeligere for hvert år jeg er i yrkeslivet.

Selvbevissthet, kunnskap og kompetanse om medfølelsestretthet står som sentrale hovedfunn i min studie. Disse faktorene må være til stede for at medfølelsestretthet blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten skal kunne forebygges. Gjennom tidlig kunnskap og oppmerksomhet knyttet til medfølelsestretthet som en risiko vil man i større grad kunne forebygge dette. Videre blir det tydelig at det også er andre viktige faktorer som avgjør om og i hvilken grad man opplever medfølelsestretthet.

Funnene fra de inkluderte artiklene som best belyser problemstillingen min er samlet i følgende temaer; utdanning og erfaring, kollega- og lederstøtte, arbeidsbetingelser, pasientrelasjon og selvbevissthet. Dette er presentert i kapittel 5.0. Her skal jeg gå igjennom hvert enkelt tema og presentere diskusjonen knyttet til det enkelte temaets funn.

Når jeg ser på funnene fra artiklene ser jeg at funnene er sammenfallende knyttet til de ulike temaene. Ingen store avvik å avdekke knyttet til «nøkkeltemaer». Selv studiet som er eldst vektlegger temaene på samme linje som de nyere studiene. Utvalget i de ulike artiklene

varierer, men ser ikke ut til å ha påvirket utfallet i stor grad. Det er dog en viktig observasjon å meddele at det fordeler seg likt mellom metoden for studiene jeg har undersøkt, hvor stort eller lite utvalget er.

Nasjonaliteten til studiene kan tyde på at det ikke lenger bare er en bestemt verdensdel som har undersøkt problemstillingen medfølelsetretthet, men at nå utføres det studier også i andre land enn de store foregangslandene. Studiene viser det samme nå, som da; at behovet for og utviklingen av modeller som virker forebyggende i møte med medfølelsetretthet ikke har blitt verken mindre eller fungerer optimalt.

### **6.1.1 Utdanning og erfaring**

Funnene i studien sammenfaller i den grad slik at det kan synes som om antall år med utdanning forebygger medfølelsetretthet ved at det gjennom flere ulike utdanninger, på ulike nivåer, bidrar til å være bevisst risikoen ved å utvikle dette. Det tyder på at det ved lengre utdanning skapes større kompetanse og mer kunnskap om medfølelsetretthet som en konsekvens av arbeidets natur, og dermed kan virke forebyggende mot medfølelsetretthet. Forkunnskap om profesjonen og yrket man velger virker til å være en faktor av forebygging. (Mangoulia et al., 2015)

Videre kan det tolkes som at ved lengre utdanning og erfaring knyttet til profesjonen, endrer oftere arbeidsforholdet seg til å bli færre arbeidstimer, dagtidsarbeid og sjeldnere helgebelastning. Dette kan synes å redusere og/eller forebygge medfølelsetretthet.

Gjennom studiet finner jeg også faktorer som tilsier at ved enkelte utdanninger er fokuset på kunnskap og kompetanse knyttet til medfølelsetretthet, stadig i utvikling. Det skal også nevnes at ønsket om å jobbe som sykepleier, som profesjon, kan være med å forbygge medfølelsetretthet hos psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Ved å ha det iboende ønske om å gi omsorg og være omsorgsyter har man muligens en større motstand i seg til å ikke i tilsvarende, skadelig grad utvikle medfølelsetretthet.

Et av funnene knyttet til utdanning og erfaring, viser at det er forebyggende for medfølelsetretthet å jobbe i kommunehelsetjenesten fremfor inne i spesialisthelsetjenesten. (Zerach & Shalev, 2015) Dette funnet kan være basert på flere faktorer, men jeg tolker funnet dithen at man i kommunehelsetjenesten blant annet ikke omfattes av de mest krevende og farlige pasientrelasjonene. Videre er dette funnet noe i strid med funnet som påpeker at teamjobbing motvirker medfølelsetretthet. (Mangoulia et al., 2015) Dette fordi man i kommunehelsetjenesten arbeider mer selvstendig og alene, enn inne på en sykehusavdeling. Kanskje er kommunens økonomiske tilstand av en slik karakter at de har dårligere betingelser for å sende personell til videreutdanning, enn staten. Kanskje har betydningen av et stort



faglig miljø og det å være en del av dette daglig, mer å si for forebygging av medfølelsestretthet enn vi ser ved første øyekast under dette temaet.

Erfaring gjennom årene skaper en motstand i en som kan være forebyggende i seg selv. Erfaring i menneskemøter, erfaring med relasjonskompetanse og erfaring med yrket gir en bedre forutsetning for at man bidrar selv til å forebygge medfølelsestretthet. Erfaring knyttes opp mot tilegnet kunnskap og kompetanse, gjennom å stå i, oppleve og reflektere over det i ettertid.

Samtidig vil det være nødvendig under dette avsnittet å nevne det faktum at det er nettopp erfaring, her oversatt til år i yrket, som gir risiko. Teorien er klar på at medfølelsestretthet er en direkte konsekvens av langvarig, altså over tid, utsettelse for andres lidelse. Dermed vil det altså si at selv med flere år som utøvende psykiatrisk sykepleier, øker risikoen for å utvikle medfølelsestretthet, selv om antall år er med på å redusere for det, dersom ikke kunnskap og kompetanse om det utvikles.

Teorien knyttet til tema vektlegger at tilgang til og tilstrekkelig kunnskap og kompetanse knyttet til medfølelsestretthet er et viktig og sterkt våpen i kampen mot det. Dersom man øker den enkeltes kunnskap og kompetanse om temaet vil man lettere kunne oppdage det før det får utvikle seg til å bli skadelig konsekvens av jobben.

Videre sees det som avgjørende at arbeidsplassen har rom for og søker å videreutdanne og videreutvikle fagkunnskap, fagkompetanse, rutiner og prosedyrer som omhandler medfølelsestretthet. Gjennom godt planarbeid kan medfølelsestretthet forebygges.

Et annet viktig funn er funnet som tilsier at erfaring knytter seg også til oss som individ. Det er ikke kun snakk om erfaring i form av antall år i yrket, eller som psykiatrisk sykepleier. Det er også erfaring i ens privatliv. Erfaring knyttet til emosjonelle hendelser som tap av noen man er glad i, konfliktfulle familierelasjoner, erfaring med familiær psykisk uhelse, erfaringer med egen psykisk uhelse, erfaringer med somatisk eller fysisk sykdom hos en selv eller noen som står en nær.

Disse erfaringene knytter seg i et vevd samspill med måten vi utfører jobben vår på, hvordan vi er som medmenneske, kollega og som ansatt. Det er derfor viktig for meg å understreke at selv med mange års erfaring i yrket, kan stå som dårligere stilt enn med noen års yrkeserfaring, men mange års personlig erfaring med belastninger. Personlige erfaringer med lidelse og belastninger øker altså motstanden i oss mot å utvikle medfølelsestretthet.

Hvem vi er som yrkesutøvende, bærer selvsagte preg av hvem og hvordan vi er som menneske. Derfor kan man driste seg til å tenke at gjennom egenerfaring øker også ens

bevissthet knyttet til medfølelsestretthet. Slik jeg tolker det er dette et viktig poeng i forebygging av medfølelsestretthet, å snakke om barrierene yrkesliv kontra privatlivet, med tanke på belastninger. Tenk om man kunne dra nytte av hverandres erfaringer og dermed unngå utviklingen av skadelige konsekvenser som medfølelsestretthet. (Van Sant & Patterson, 2013)

Når jeg som forsker setter funnene inn i et humanistisk perspektiv, tolker jeg utdanning og erfaring som faktorer som begge påvirker medfølelsestretthet i ulik retning. Enten positivt ved at den er til stede eller negativt i den forstand at den ikke er til stede. Når jeg forsøker å forstå medfølelsestretthet som resultat av manglende utdanning og erfaring, kan opplevelsen av å møte uforberedt eller dårlig utrustet i kampen mot medfølelsestretthet, være et viktig poeng jeg tar med meg. Videre betyr det at jeg må forstå det slik at medfølelsestretthet som følge av manglende utdanning og erfaring påvirker oss som menneske, både privat, i arbeidsliv og eget, indre følelsesliv.

### **6.1.2 Arbeidsmiljø**

Det å høre til, det å være en del av og det å bety noe i en sammenheng har stor forebyggende effekt på medfølelsestretthet. Å være en del av et miljø som anerkjenner risikoene ved arbeidet, som jobber med å reflektere og gjennomgå de vanskelige sidene av jobben, det kan være avgjørende i arbeidet med å forebygge.

Det å vite at andre har eller har hatt samme erfaringer, opplevelser eller refleksjoner rundt en situasjon kan være med å dempe de negative konsekvensene av arbeidet. Å ha opplevd kollegastøtte i arbeidet med emosjonelt belastende pasienter kan være nok i seg selv for å ikke skape skade. Funnene mine tyder på at det å ha en tilhørighet i et fellesskap, føle trygghet i en gruppe og vite at man har en «likemann» kan bidra til å øke motstanden mot og forebygge medfølelsestretthet. (Taylor & Barling, 2004)

Lederstøtte er en gjentagende faktor i funnene mine. Herunder nevnes tydelighet, klare rammer og avklarte forventninger. Lederstøtte i form av en-til-en samtaler, støtte i arbeidet og tilrettelegging der det måtte være nødvendig. Lederstøtte i form av tydelighet, rutiner og gode prosedyrer, opplevelsen av leder som ønsker å bidra i forebygging av medfølelsestretthet samt gratifikasjon, belønning og anerkjennelse for jobben man gjør er svært avgjørende i forebyggingsarbeidet. (Taylor & Barling, 2004; Van Sant & Patterson, 2013)

Nærhet til leder og en tilstedeværende leder har også en viktig plass i dette arbeidet. Med økt avstand til den daglige driften vil man vanskeligere som leder har oversikt og se faresignalene på samme måte som en tilstedeværende, nær leder vil kunne gjøre.

Og disse to tingene sammen utgjør selvsagt den største faktoren som kan utløse eller forebygge medfølelsestretthet, gjennom nettopp arbeidsmiljø. Som nevnt over er det å føle tilhørighet, være en del av og å bli sett og anerkjent for den jobben man gjør med på å skape rammer for et arbeidsmiljø, som forebygger medfølelsestretthet. (Taylor & Barling, 2004)

Det er ikke tvil om at mangelen på kollega- og lederstøtte skaper grobunn for utvikling av medfølelsestretthet. Mangelen på et godt arbeidsmiljø skaper muligheter for skadelig konsekvenser, knyttet til utøvelsen av omsorg. (Van Sant & Patterson, 2013)

Det vil være viktig for meg som forsker å her nevne at vi gjennom arbeidsmiljøloven, som nevnt i teorikapittelet, har noen arbeidsbetingelser og rettigheter som stiller oss som ansatte i en helt spesiell situasjon. Arbeidsmiljøet påvirkes av medfølelsestretthet og man skal som leder være observant i forhold til kollegial medfølelsestretthet. Med et inkluderende, levende og likeverdig arbeidsmiljø vil man som psykiatrisk sykepleier kjenne seg ivaretatt, sterkere og mer motstandsdyktig i møte med mennesker som kan gi uønskede konsekvenser i de emosjonelle ferdighetene våre.

Arbeidsmiljøets betydning i forebyggende henseende er stort og viktig. Som nevnt over kan et godt arbeidsmiljø bidra til en større motstand mot medfølelsestretthet. Dersom man er en del av et miljø som støtter, veileder og råder deg til gode avgjørelser for egen utvikling opprettholder man ønsket om å være en som bidrar inn i arbeidslivet og i nedslagsfeltet man er en del av. (Taylor & Barling, 2004)

Leders modeller for forebygging er like varierende som antall arbeidsplasser. Modellene har til fellestrekk å inneholde tiltak eller metoder som sørger for selvivaretagelse i kombinasjon med organisasjonsivaretagelse og kollegialivaretagelse. Balanse mellom organisatoriske og sosiale tiltak, variasjon av individ og systemtiltak viser nyttige resultater.

Medfølelsestretthet sett i et humanistisk perspektiv, knyttet opp til arbeidsmiljø er en spennende og ikke minst viktig refleksjon jeg ønsker å fremme. Gjennom å forsøke å forstå kompleksiteten og betydningen av arbeidsmiljø opp mot medfølelsestretthet skaper funnene min validitet i å være avgjørende for hvordan medfølelsestretthet fremstår for meg som forsker. Funnene forstås i det humanistiske perspektivets lys og jeg klarer da bedre å forstå viktigheten av arbeidsmiljø som faktor i arbeidet om å forebygge medfølelsestretthet.

Gjennom arbeidsmiljø vil vi som mennesker høste anerkjennelse, gratifikasjon og belønninger som alt er med på å øke vår egen oppfattelse av vår verdi, samt vår verdi som medarbeider og kollega.

### 6.1.3 Arbeidsbetingelser

Som et eget funn viser arbeidsbetingelser seg som avgjørende for forebyggingen av medfølelsestretthet. Under dette teamet har funnene pekt på faktorer som trygghet, rutiner, ansettelsesforhold, ressurser, økonomi og i hvilken form man jobber sammen eller individuelt. (Taylor & Barling, 2004)

Arbeidsbetingelser som kontrakt, fast ansatt, vikar, timebetalt eller fastlønn alle er med på å skape enten trygghet eller fravær av trygghet. Når man vet at man er økonomisk sikret, når man vet at man eier en stilling og man vet når og hvor man skal jobbe, så lenge man ønsker, synker sannsynligheten for å utvikle negative konsekvenser knyttet til yrket. Mange har startet sin karriere uten fast jobb, der man må «ta det man får», uten sikkerhet om mer jobb og tilstrekkelig lønn. Dette er faktorer som skaper grunnlag for negative konsekvenser, som medfølelsestretthet. Ettersom tiden går, erfaringer erverves og man har jobbet i feltet en stund, vil man kunne se at gode arbeidsbetingelser er med på å forebygge og motvirke medfølelsestretthet. Arbeidsbetingelsene vi har i Norge har som formål å sikre god helse til den enkelte. Men selv om lovverket ligger der, finnes det alltid en risiko for at belastningene av arbeids natur påvirker den enkelte. (Mangoulia et al., 2015)

Videre sier funnene også at dersom man opplever begrensninger ved arbeidsplassen, være seg plass, ressurser eller utstyr, vil dette være helt tydelige faresignal knyttet til utviklingen av medfølelsestretthet. Det handler også om at man som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten ikke føler at man får gjort god nok jobb, når man mangler noe for å utføre jobben skikkelig. Det er en påkjenning å stå i den skvisen over lengre tid, og føle at man gjør en halvveis god jobb. (Taylor & Barling, 2004)

Spesielt krevende er det når man som utøver står i en situasjon med konstant for få ressurser. Man mangler armer, bein og hoder for å kunne yte omsorg man kan stå inne for. Følelsen av å alltid gå på akkord med sine egne verdier og sitt moralske kompass, som følge av at man mangler ressurser, er en stor risikofaktor for utvikling av medfølelsestretthet. Det er hevet over enhver tvil at enhver som yter helsehjelp går i en daglig kamp om hvordan man skal løse antall pasienter, uten riktig antall hjelpere. Det å bli satt til en jobb uten riktig utstyr bærer med seg risiko for overbelastning hos den utøvende. Det gjelder for så vidt ikke bare for omsorgsgivende yrker, men i alle former for yrker som skal levere, produsere, skape eller utøve noe.

Funnene mine kan tyde på at man i større grad gjør så godt man kan, selv om det ikke nødvendigvis er godt nok. Man løser det på en eller annen måte, selv om det ikke er på den

måten man skulle ønske. Samtidig må man håpe på at det ikke skader pasientrelasjonen. Kontinuerlig skvis mellom trengende og hjelpende.

Funnene tilsier at ved trygge, tydelige rutiner for tjenesten skaper man motstand mot medfølelsetretthet. Dette kommer til uttrykk ved at rammer og rutiner skaper forutsigbarhet og skaper rom for å oppdage endringer fortløpende. Gjennom klare retningslinjer og følgetrader kan den enkelte oppleve at det er forutsigbart og trygt på jobb.

Arbeidsbetingelser fremstår som ganske konstante, enten eller faktorer. Men sett i et humanistisk perspektiv viser medfølelsetretthet seg som en konkret konsekvens av negative arbeidsbetingelser. Det kan forstås som at dersom man har dårlige arbeidsbetingelser er det gitt at risikoen for medfølelsetretthet øker. Dette kan være fordi man som menneske lever i en konstant utrygghet eller lider mentalt eller kroppslig under dårlige arbeidsbetingelser. Dette påvirker vår egen verdi og hvordan vi ser oss selv som verdifulle mennesker i en virkelighet, være seg samfunn, kollegialt arbeidsmiljø eller i personlig liv.

#### **6.1.4 Pasientrelasjonen**

Relasjonen vi skaper til pasienten har sin pris. Det som er avgjørende for om den er negativ eller positiv handler om relasjonskompetanse, relasjonskunnskap, erfaring og hvor bevisst en som psykiatrisk sykepleier er seg selv.

Pasientrelasjonen er sterkt knyttet til refleksiviteten vi har til den, om den er tappende eller påfyllende, om den er belastende eller befriende. Funnene peker på at belastende, strevsomme pasientrelasjoner oftere bidrar til utvikling av medfølelsetretthet. Relasjonsjobbing krever både refleksivitet, kunnskap om og erfaring med pasientgruppen. (Mangoulia et al., 2015)

Man vet av teorien at pasientrelasjoner i psykisk helsearbeid er belastende i en annen grad enn pasientrelasjoner i somatisk helsearbeid. Det finnes absolutt noen likhetstegn, men som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten oppleves nok pasientrelasjonen som tettere enn ved somatisk helsearbeid. Det kan jo være fordi den medmenneskelige prosessen mennesker imellom krever noe mer følelsesmessig av den som skal bære den psykiske smerten pasienten har. (Van Sant & Patterson, 2013)

Gode rutiner for debriefing, gjennomgang av situasjoner som har krevd mer enn forventet, kompliserte, vanskelige menneskemøter som på en eller annen måte oppleves belastende, bør og kan tilsynelatende se ut til at vi må ha, når vi jobber med pasienter og deres relasjoner.

Det å ha et arbeidsmiljø som setter forebyggende tiltak som refleksjonstid, kollegastøtte og samtaler på dagsorden kan bidra til at pasientrelasjoner oppleves mindre belastende, altså forebyggende mot medfølelsetretthet.

Pasientrelasjoner kan også være av positiv karakter. Noen relasjoner gir oss vekst og personlig mestring. Det er tydelig av funnene at det kommer frem både mestring, mestringstro og gratifikasjon i samspill med pasienter. Det er kanskje lettere å beskrive de krevende, belastende pasientrelasjonene. Men jeg opplever at mange snakker om gode, positive og rike pasientrelasjoner, som gir dem både styrke, tro og håp i jobben med mennesket. Det føles derfor viktig å beskrive det i dette avsnittet, også for å øke refleksjonen rundt at ikke alt må være negativt betont fordi man yter omsorg.

Under dette temaet forstår jeg medfølelsestretthet som en direkte konsekvens av gjentatte, belastende pasientrelasjoner. Enhver relasjon vi gjennom vårt arbeid er utsatt for, skaper en form for reaksjon inni oss. Den enten gir eller tar noe av det vi har skapt.

I det humanistiske perspektivet viser nettopp medfølelsestretthet seg som en negativt ladet konsekvens for vår psykiske og somatiske uhelse. Belastende og tyngende pasientrelasjoner fremstår som inngripende i vår egen evne til å skape og utøve omsorg, på en slik måte vi ønsker at det skal være noe godt. Gjennom å forsøke å tolke og forstå pasientrelasjonens verdi kan funnene i studien tyde på at særskilt skadelige pasientrelasjoner fremstå som en av vår tids største trussel i arbeidet med å forebygge medfølelsestretthet.

### **6.1.5 Selvbevissthet**

Funnene knyttet til selvbevissthet bærer preg av at personlige egenskaper iboende eller tillærte, er av betydning for den enkelte psykiatrisk sykepleieren. Godt selvbilde, stor selvtillit, løsningsorientert fokus, sterkt fokus på det som er godt for en selv, fysisk aktivitet, avkobling og avspenning er alle egenskaper eller egenaktiviteter som fremmer forebygging av medfølelsestretthet. (Zerach & Shalev, 2015)

Det å være klar på sine grenser, ha metoder for å redusere stress, evne til å beskytte seg selv og sitt følelsesliv og god kapasitet til egenomsorg går igjen som faktorer som forebygger.

Utviklingen av negative tanker, negativt stress, redusert funksjonstap, psykisk og/eller fysisk smerte bidrar til risiko for utvikling av medfølelsestretthet. (Zerach & Shalev, 2015)

Refleksjon om og for seg selv og sin rolle som utøvende hjelper, og hjelpen og veien videre kan være nyttige verktøy i forebygging mot medfølelsestretthet. Ved å øke refleksiviteten skaper man en aksept for at jeg og hvordan jeg handler påvirker meg og de rundt meg, privat og på jobb. Og gjennom refleksivitet kan man skape andre måter å tilnærme seg eller utføre hjelpen på. Refleksjon skaper utvikling, både personlig, men ikke minst som omsorgsutøver, fordi man ser etter andre løsninger eller andre måter å nå målet på. (Van Sant & Patterson, 2013)

Enkelte av funnene understreker at stressreducerende tiltak, som fysisk aktivitet, mindfulness eller yoga har utelukkende positive effekter i arbeidet med å forebygge medfølelsestretthet. Noen arbeidsplasser har avspenning og yoga som personaltilbud, på slutten av arbeidsuken for eksempel. Dette for å hindre at man som ansatt tar med seg siste ukes hendelser, menneskemøter eller negative erfaringer inn i helgen, inn i hjemmet sitt. (Van Sant & Patterson, 2013)

Andre tiltak som arbeidsgiver har som skal hjelpe den enkelte ansatte med å redusere negative effekter av jobben, synes å være et kjærkomment og etterlengtet tilbud hos mange ansatte. Tiltak som har som mål å redusere stress og ubehag knyttet til arbeidet, er med på å bygge opp ens egen selvbevissthet. Ved å øke fokuset på selvbevissthet kan man minimere risikoen for medfølelsestretthet.

Vi vet noe om kostnadene relasjoner til pasienter koster. Derfor må vi finne metoder og verktøy som fyller opp igjen omsorgslageret. Når omsorgen tar slutt, vil kan kjenne på en utilstrekkelighet, som igjen kan utvikle seg til medfølelsestretthet. Det skylder vi pasientene våre og forsøke å unngå, nettopp ved å ha fokus på selvbevisstheten vår, på måter å fylle på vår egen energi.

Selvbevissthet knyttet til vår egen kropp er og blir viktig, slik som teorien belyser. Gjennom å kjenne sin egen kropp, sitt eget reaksjonsmønster og sin egen psyke, vil man tidligere oppdage og iverksette tiltak for å unngå medfølelsestrettheten fra å få fotfeste.

Selvbevissthet sett i et humanistisk perspektiv gir oss en mulighet til å tolke og forstå hvordan man som psykiatrisk sykepleier finner seg selv i en situasjon der kropp og sjel er skadet av arbeidets natur. Gjennom det humanistiske perspektivet vektlegges konsekvenser som påvirker sjelelivet vårt. Jeg tolker nedsatt selvbevissthet som noe som påvirker sjelelivet vårt i stor grad negativt. Omfanget av konsekvensene er store for det enkelte menneske.

## **6.2 Metodediskusjon**

Jeg anser litteraturstudie med systematisk tilnærming som den metoden som kunne besvare problemstillingen best når jeg ikke hadde mulighet til å gjennomføre en fullstendig systematisk litteraturstudie. Tidlig i prosessen fant jeg ut at det ville bli omfattende og voldsomt for meg å velge en annen form for metode. Jeg var samtidig nysgjerrig på hva som allerede fantes av kunnskap og om denne kunne utvinnes til ny kunnskap om temaet.

Fordelen med en litteraturstudie er at det oftest finnes et stort utvalg artikler og allerede eksisterende fagkunnskap man kan benytte seg av i oppgaven. Det som kan ansees som en ulempe er at man fort kan feiltolke eller overse fagkunnskap som allerede finnes. Det finnes

også en annen fare ved å velge litteraturstudie, og det er faren for å ikke ha funnet frem til eller ikke ha tilgang til de mest aktuelle artiklene og faglitteraturen for å best mulig kunne diskutere den aktuelle problemstillingen. (Dalland, 2007)

Utarbeidelsen av inklusjons- og eksklusjonskriterier skjer vanligvis med utgangspunkt i noen, enkle punkter. Dernest fyller man på ettersom man blir kjent med materialet. Jeg startet ut med noen få punkter, fylte på med de som var relevante, i samråd med både bibliotekar og veileder. (Aveyard, 2018) Som en del av prosessen ble kriteriene gjennomgått flere ganger for at avgrensningen skulle gi best mulig grunnlag for å besvare både problemstillingen og forskerspørsmålene. Så kriteriene ble utarbeidet samtidig som avgrensningen tok form. Å skulle utarbeide kriteriene krevde at jeg satte meg inn i og gjennomgikk et større antall artikler, slik at jeg tok avgjørelsen om kriterier på riktig grunnlag. Kriteriene hjalp meg også å finne det jeg anser som riktig litteratur til mitt smale, men viktige forskningsfelt.

Bibliotekaren hjalp meg å ta valg knyttet til databaser. I min studie var det viktig å ha databaser som belyser fagområder som dekker medfølelsetrethet, slik som medisin, psykologi, sykepleie og helsefag. Jeg vet at det finnes mange andre, validerte databaser, men jeg valgte de jeg gjorde, basert på råd og veiledning, samt egen erfaring med tidligere databasesøk.

Jeg benyttet meg av sjekklister for å validere og kvalitetssikre artiklene jeg inkluderte. Dette betød mye for prosessen med å bli kjent med materialet. Min studie baserer seg på de 4 inkluderte artiklene. Gjennom min analyseprosess har jeg analysert andre forskeres funn og dermed kommet frem til mine temaer.

Synes også det er viktig å nevne at man som forsker skal være tro mot både metode, men også mot funnene. Det vil si at jeg har hele tiden hatt med meg at det ville være uhensiktsmessig å trikse til både funn og analyse av funnene, ettersom hva som kunne passe best. Det synes jo også med tanke på at jeg har få artikler i min oppgave til analyse. Dette fordi jeg var slavisk til kriteriene mine og dermed, etter reglene, ekskluderte de som ikke nådde opp til inklusjonskriteriene.

Jeg ser videre at i min diskusjonsdel har jeg vektlagt funnene som jeg opplever er essensen i studien, sammen med min forforståelse og tolkning av teorien. En annen forsker ville kanskje vektlagt annerledes enn meg, eller vektlagt andre funn enn meg.

Det kan alltid diskuteres om man kunne benyttet en annen metode, som ville belyst temaet på en annen måte. Men jeg står ved mitt valg og er sikker på at det var den beste metoden for meg, når jeg måtte velge metode. Jeg tror også at dersom jeg hadde valgt en annen metode,



ville jeg endt opp med en helt annen oppgave som ikke gav meg den nye kunnskapen jeg nå har og ønsker å bygge videre på.

Det kunne tenkes at det kunne være mer kunnskapsutvinnende å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av medfølelsestretthet blant psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det ville dog ha innebåret en helt annen form for oppgave, besvarelse og til og med konklusjon. Det betyr ikke at jeg ikke kan se nytten av en annen metode enn den jeg valgte.

Som siste punkt under metodediskusjonen ønsker jeg å nevne at jeg har helt siden oppstart av min masteroppgave hatt et bevisst og reflektert forhold til dette med forskning. Jeg personlig opplever at mange studier er såkalte bestillingsverk, at noen tjener på det man finner eller ikke finner. At forskning er preget av politikk og penger, synes jeg er viktig å formidle at jeg har forstått. At bestiller har en hensikt med studien og at resultatet skal tjene et formål.

## **7 Oppsummering**

For å oppsummere oppgaven finner jeg det nødvendig å beskrive de viktigste funnene og de viktigste konsekvensene av disse funnene. Videre ønsker jeg å oppsummere oppgaven så presist som mulig.

Funnene i denne studien viser at dersom faktorer som; tilstrekkelig utdanning, godt arbeidsmiljø, gode arbeidsbetingelser, tilstrekkelig kompetanse om pasientrelasjon og medfølelsestretthet, stor og inngående selvbevissthet bidrar til å forebygge medfølelsestretthet. Og åpenbart er fraværet av disse faktorene med på å øke risikoen for å utvikle det. Konsekvensene av funnene er tydelige; man må aldri slutte å formidle og videreutvikle metoder eller modeller som gjør at omsorg som gis, skaper ny omsorg. At omsorg blir en fornybar ressurs i oss mennesker. Og at vi gjennom dette kan stoppe den kontinuerlige lekkasjen av omsorg man opplever gjennom emosjonell deling.

Det blir gjennom funnene bekreftet hva som forebygger og hva som bidrar til potensielt å utløse medfølelsestretthet hos psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det blir tydelig for meg som forsker at kompetanse og kunnskap er første steg mot forebygging av en alvorlig konsekvens av menneskemøter vi har gjennom arbeidslivet vårt. Det fremstår for meg at også opplevelsen av tilhørighet, å ha et fagmiljø å lene seg til og en tydelig, tilstedeværende leder er gode forebyggingsverktøy i kampen mot medfølelsestretthet.

Det å stå opp for egen arbeidshverdag synes viktigere og viktigere. Å tillate seg å stille spørsmål ved hvordan enkelte oppgave løses, hvilke ressurser man egentlig har behov for å klare å uttrykke sine egne mentale og fysiske grenser for arbeidet, vil bidra til å redusere risikoen for å utvikle medfølelsestretthet. Økt refleksivitet blant mennesker har ingen

skadelige effekter. Gjennom å åpne for, snakke seg igjennom og til og med kanskje lære noe til neste gang, tror jeg på at dagens helsevesen vil skape sterkere motstand mot medfølelsetretthet.

Jeg tror at enhver sykepleier, et hvert menneske, hver dag jobber for å gjøre så godt man kan. Selv når pandemier, systemer eller kollegaer ødelegger opplevelsen av å være med å gjøre godt. Det er kanskje derfor at jeg synes det er urettferdig at man enda ikke har gode nok modeller til å forebygge noe som er en allmennkjent bivirkning av omsorg.

Spesielt interessant er det å se funnene i lys av det humanistiske perspektivet. Dette er et perspektiv som jeg som sykepleier er godt kjent med, både fra grunnutdanning, men også under videreutdanning. Profesjonen er godt forankret i den humanistiske psykologien og dens tradisjoner. Kanskje kan det være behov for å forstå medfølelsetretthet i et annet perspektiv, som i et psykiatrisk. Det er et av mange valg den fremtidig forsker må ta.

For psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten, håper jeg oppgaven kan gi motivasjon og gjenkjennbart håp i at kampen mot medfølelsetretthet er ikke tapt, den er mer aktuell nå enn noen gang.

Og mitt håp er at fremtidens forskere aldri slutter å utforske og videreutvikle de menneskelige mekanismene som gjør at den som bærer, ikke brister.

## 8 Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*  
(*arbeidsmiljøloven*) LOV-2020-06-19-69 Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8>
- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. Maidenhead: Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Bang, S. & Nilsen, L. (2003). *Rørt, rammet og rystet : faglig vekst gjennom veiledning* (Rørt, ramt og rystet). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (Helse- og sosialfag : høgskole, 4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue* (Brunne-Routledge psychosocial stress series).
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning / Christina Forsberg och Yvonne Wengström*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Også hjelperne kan bli traumatisert. *Sykepleien forskning* (Oslo)(63864), e-63864. doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.63864
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2015). Litteratursøk. Hentet 03.01 2020 fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/198945.cms>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekkliste for kvalitativ forskning. Hentet 18.01.2020 2020 fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold : om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kyer, B. D. (2016). *Surviving compassion fatigue : help for those who help others : the story, the mission and a gift : from a compassion fatigue survivor*. Columbus, Ohio: Gatekeeper Press.
- Mackesy, C. & Baardsen, K. (2020). *Gutten, muldvarpen, reven og hesten* (The boy, the mole, the fox and the horse). Oslo: Fontini forlag.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2019). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (1. versjon. utg.).

- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G. & Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(5), 333-338. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.001
- Mikkelsen, S. (2000). *Problemer og paradokser i forebyggende arbeid* (Høgskolen i Harstad skriftserie (trykt utg.), Bind 2000/11). Harstad: Høgskolen i Harstad.
- Rothschild, B. & Rand, M. L. (2006). *Help for the helper : the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: Norton.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Sutter, D. B. (2019). *The day i reached my tipping point*. FriesenPress.
- Taylor, B. & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *Int J Ment Health Nurs*, 13(2), 117-125. doi: 10.1111/j.1445-8330.2004.imntaylorb.doc.x
- Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Todaro-Franceschi, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing : enhancing professional quality of life*. New York: Springer.
- Van Sant, J. E. & Patterson, B. J. (2013). Getting In and Getting Out Whole: Nurse-Patient Connections in the Psychiatric Setting. *Issues Ment Health Nurs*, 34(1), 36-45. doi: 10.3109/01612840.2012.715321
- Varpen Unheim, J. (2020). Studentene lærer om helsesrisikoer med å jobbe i et hjelpeyrke. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 11. doi: 104220/sykepleiens.2020.82726
- Viken, J. K. (2020). Hvilke faktorer har betydning for å forebygge sekundærtraumatisering for helsepersonell som arbeider med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten? : UiT Norges arktiske universitet.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Zerach, G. & Shalev, T. B.-I. (2015). The Relations between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms, Secondary Traumatization, Vicarious Post Traumatic Growth and Illness Attribution among Psychiatric Nurses. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(3), 135-142. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.002

## 9 Vedlegg 1

<p><b>Forfatter:</b> Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., &amp; Katostaras, T. 2015</p>	<p>Kvantitativ studie</p>
<p><b>Hovedtemaer og undertemaer for artikkelen;</b></p>	<p><b>Stikkord;</b></p>
<p><b>Forebyggende faktorer for medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktorer som forebygger; færre arbeidstimer, lengre erfaring, høyere utdanning, erfaring med å ha mistet en de var glad i, færre pasienter på nattevakter, opplevelsen av god psykisk helse, opplevelsen av å jobbe i team, ville valgt sykepleie som profesjon og yrke igjen, liten helgebelastning,</li> </ul> <p><b>Utløsende faktorer for medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktorer som utløser; økonomisk stress, lavere utdanning, høyere andel arbeidstimer, kortere erfaring i yrket, opplevelsen av å ikke jobbe i team, opplevd psykisk uhelse, ikke ville velge sykepleie som profesjon og yrke igjen, ønske om å forlate arbeidsplassen, høy helgebelastning,</li> </ul>	<p>Forebygger;</p> <p>Erfaring</p> <p>Utdanning</p> <p>Teamjobbing</p> <p>Kollegialt miljø</p> <p>Relasjonsbelastning</p> <p>Avdeling</p> <p>Utløser;</p> <p>Stress</p> <p>Lite utdanning</p> <p>Økonomisk stress</p> <p>Følelsen av ikke-kollegialt miljø</p>

<b>Forfatter:</b> Taylor, B.& Barling, J. 2004	Kvalitativ studie
<b>Hovedtemaer og undertemaer for artikkelen;</b>	<b>Stikkord;</b>
<p><b>Forebygger medfølelsestretthet/profesjonell utbrenthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klare rammer og avklarte forventninger</li> <li>- Forkunnskap om yrket, gjennom utdanning.</li> <li>- Gratifikasjon, belønning, anerkjennelse fra kollegaer</li> <li>- Økt kunnskap om tilstanden, hos ansatte vel så ledelse</li> </ul>	<p>Forebygger;</p> <p>Kollegialt miljø</p> <p>Gratifikasjon</p> <p>Tydelighet</p> <p>Ledelse</p> <p>Trygghet</p> <p>Rutiner</p> <p>Utdanning</p>
<p><b>Utløser medfølelsestretthet/profesjonell utbrenthet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usikkerhet knyttet til ansettelse og opplevelsen av å bli forskjellsbehandlet, hva kontrakter angår. Unngår å ta sykedager, jakter vakter</li> <li>- utfordringer med ledelsen og systemet man er en del av. Peker på ukultur i systemet man er en del av. Makteløshet.</li> <li>- utfordringer knyttet til arbeidets natur. Mangle på tid, utaknemlighet, konstant bekymringer knyttet til pasienter, uforutsigbarhet, forventinger og krav, mangel på kontinuitet.</li> <li>- Utilstrekkelige ressurser og tjenester, tid, mennesker og tjenester.</li> <li>- utfordringer med leger. Uønsket eller ingen samarbeid knyttet til pasienter.</li> <li>- Sint og kriminelle pasienter.</li> <li>- Undervurdering av pasient- og sykepleiergruppen.</li> <li>- Fysiske og psykiske begrensninger ved arbeidsplassen</li> <li>- Kollegiale forhold og sidestilt vold (går horisontalt, ikke vertikalt).</li> </ul>	<p>Utløser;</p> <p>Ansettelsesforhold</p> <p>Økonomi</p> <p>Arbeidsmiljø</p> <p>Mangel på ledelse</p> <p>Utilstrekkelige ressurser</p> <p>Strevsomme pasienter</p> <p>Manglende samarbeid</p> <p>Begrensninger ved arbeidsplassen</p> <p>Stress</p>

<b>Forfatter:</b> Van Sant, J.E., & Patterson, B J. 2013	Kvalitativ studie
<b>Hovedtemaer og undertemaer for artikkelen;</b>	<b>Stikkord;</b>
<b>Forebygger medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uproblematisk relasjon til pasientene</li> <li>- Faktorer som fremmet den «gode relasjonen»</li> <li>- Selvbevissthet</li> <li>- Tilstrekkelig selvbeskyttelse</li> <li>- Debrifing</li> <li>- Refleksjon knyttet til situasjonen</li> <li>- Støtte og veiledning</li> <li>- Trening</li> <li>- Gråt</li> <li>- Mindfullness</li> <li>- Yoga</li> <li>- Stressutløsende aktiviteter</li> <li>- Tilstrekkelig søvn</li> </ul>	Forebygger; Refleksivitet knyttet til relasjoner Kunnskap om relasjonsbygging Selvbevissthet Vite sine grenser Lederstøtte Tilgang til debrifing Reduserer stress Kobler av Fysisk aktivitet
<b>Utløser medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanskelige relasjoner til pasientene</li> <li>- Faktorer som hemmet relasjonen og endret den til utfordrende</li> <li>- Redusert selvbevissthet</li> <li>- Selvskading i form av ikke-bearbeidede opplevelser</li> <li>- Energittappende relasjoner</li> <li>- Nedsatt funksjonsnivå som følge av konsekvenser av relasjoner, herunder søvnmangel, nedsatt egenomsorg, tristhet etc.</li> <li>- Skadelige konsekvenser som migrene, hodepine, emosjonell distansering, frykten for å måtte slutte som sykepleier, over-involvering</li> <li>- Lav selvbeskyttelse</li> </ul>	Utløser; Manglende selvbevissthet Følelsmessig tappende relasjoner Manglende mulighet til å beskytte seg og sitt følelsesliv Negative konsekvenser som fører til nedsatt egenomsorg Funksjonstap Depresjonssymptomer Psykisk smerte

<b>Forfatter:</b> Zerach, G., & Ben-Itzhak Shalev, T. 2015	Kvantitativ
<b>Hovedtemaer og undertemaer for artikkelen;</b>	<b>Stikkord;</b>
<b>Forebygger medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatt i kommunal helsetjeneste</li> <li>- Personlig styrke og nye muligheter</li> <li>- Gode personlige relasjoner</li> <li>- Positive livshendelser</li> <li>- Erfaring</li> <li>- «herding», jo mer man opplever det – jo mer tåler man det</li> <li>- Selvinnsikt og selvbevissthet</li> <li>- Utdanning og kursing i hvordan man forebygger dette</li> </ul>	Forebygger; Lavere risiko for psykisk og verbal vold Selvbilde Mestringstro Utvikling Løsningsorientering Selvbevissthet Forståelse
<b>Utløser medfølelsetretthet/profesjonell utbrenthet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatt ved sykehusavdeling</li> <li>- Negative livshendelser</li> <li>- Jobbrelatert vold</li> <li>- Nedsatt personlig styrke og mindre muligheter</li> <li>- Jobbrelatert stress</li> <li>- Stor empati</li> <li>- Emosjonell relasjoner til pasienter</li> <li>- Manglende ressurser på jobb</li> </ul>	Utløser; Høyere risiko for psykisk og verbal vold Stress Psykisk smerte Fysisk smerte Frykt Lavt selvbilde Lav mestringstro



## 10 Vedlegg 2

Alle stikkordene fordelt i temaene, etter farger

Utdanning og erfaring – blå

Arbeidsmiljø - grønn

Arbeidsbetingelser – lilla

Pasientrelasjonen – gul

Selvbevissthet- rød

Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015)	
Forebygger; Erfaring Utdanning Teamjobbing Kollegialt miljø Relasjonsbelastning Avdeling	Utløser; Lite utdanning Økonomisk stress Følelsen av ikke-kollegialt miljø

Taylor, B.& Barling, J. (2004)	
Forebygger; Kollegialt miljø Gratifikasjon Tydelighet Ledelse Trygghet Rutiner Utdanning	Utløser; Ansettelsesforhold Økonomi Arbeidsmiljø Mangel på ledelse Utilstrekkelige ressurser Strevsomme pasienter Manglende samarbeid Begrensninger ved arbeidsplassen Stress

Van Sant, J.E., & Patterson, B J. (2013)	
--	--

<p>Forebygger;</p> <p>Refleksivitet knyttet til relasjoner</p> <p>Kunnskap om relasjonsbygging</p> <p>Selvbevissthet</p> <p>Vite sine grenser</p> <p>Lederstøtte</p> <p>Tilgang til debrifing</p> <p>Reduserer stress</p> <p>Kobler av</p> <p>Fysisk aktivitet</p>	<p>Utløser;</p> <p>Manglende selvbevissthet</p> <p>Følelsesmessig tappende relasjoner</p> <p>Manglende mulighet til å beskytte seg og sitt følelsesliv</p> <p>Negative konsekvenser som fører til nedsatt egenomsorg</p> <p>Funksjonstap</p> <p>Depresjonssymptomer</p> <p>Psykisk smerte</p>
--	---

<p>Zerach, G., &amp; Ben-Itzhak Shalev, T. (2015)</p>	
<p>Forebygger;</p> <p>Å jobbe i kommunehelsetjeneste</p> <p>Selvbilde</p> <p>Mestringstro</p> <p>Utvikling</p> <p>Løsningsorientering</p> <p>Selvbevissthet</p> <p>Forståelse</p>	<p>Utløser;</p> <p>Å jobbe på sykehusavdeling</p> <p>Risiko for psykisk og verbal vold</p> <p>Stress</p> <p>Psykisk smerte</p> <p>Fysisk smerte</p> <p>Frykt</p> <p>Lavt selvbilde</p> <p>Lav mestringstro</p>