

Som blåmärken i själen -

Sjukskötares upplevelser av medlidandetrötthet. En kvalitativ studie.

Tove Gustafsson

Avhandling för magisterexamen

Fakulteten för pedagogik och

välfärdsstudier

Hälsovetenskaper

Enheten för vårdvetenskap

Åbo Akademi

Vasa, 19.03.2021

ABSTRACT

ÅBO AKADEMI UNIVERSITY

Faculty of Education and Welfare Studies
Department of Caring Sciences

Author
Supervisor

Tove Gustafsson
PhD Jessica Hemberg

Master's Thesis

Compassion fatigue as bruises in the soul
– a qualitative study with nurses

CARING SCIENCE

Keywords

Compassion fatigue, compassion,
experience, fatigue, nurse

October 2020

Pages:

Appendices:

The aim of this study was to explore compassion fatigue experienced by nurses and how it affects them as persons and professionals. A qualitative explorative approach was used. The theoretical perspective of the study originates in the caritative theory by Katie Eriksson. The data comprised of texts from interviews with seven nurses in various nursing contexts. Content analysis by Graneheim and Lundman was conducted. Five themes were seen as result in the study. Compassion as a gift and a prerequisite for compassion fatigue, Compassion fatigue as exhausting the nurse as a professional and private person, Compassion fatigue as a crisis with potential valuable insights, Compassion fatigue can be handled by selfcare and focus on oneself, Compassion fatigue is affected by life itself and multifaceted factors. Compassion fatigue can be symbolized as bruises in the soul, hurtful but with time it can fade away. Though it leaves a sense of caution within the nurse, which can affect the suffering patient.

ABSTRAKT

ÅBO AKADEMI

Fakulteten för pedagogik och
välfärdsstudier
Enheten för vårdvetenskap

Författare
Handledare

Tove Gustafsson
HVD Jessica Hemberg

Magisteravhandling

Som blåmärken i själen – sjukskötares
upplevelser av medlidandetrötthet. En
kvalitativ studie.

VÅRDVETENSKAP

Sökord

Medlidandetrötthet, trötthet, sjukskötare,
upplevelser

Oktober 2020

Sidor:

Bilagor:

Syftet med denna studie var att utforska hur sjukskötare upplever medlidandetrötthet och hur det påverkar dem som personer och yrkesverksamma. En kvalitativ explorativ metod användes. Studiens teoretiska perspektiv grundar sig i den caritativa vårdteorin av Katie Eriksson. Datamaterialet bestod av texter från intervjuer med sju sjukskötare ur olika omvårdnadskontexter. Innehållsanalys utgående från Graneheim och Lundman genomfördes. Studien resulterade i fem teman: Medlidandet som en gåva och en förutsättning för medlidandetrötthet, Medlidandetröttheten dränerar sjukskötaren både som professionell och som privatperson, Medlidandetrötthet som en kris med potentiella värdefulla insikter, Medlidandetrötthet kan hanteras genom självvård och genom fokus på sig själv samt Medlidandetrötthet påverkas av livet i sig och av mångfacetterade faktorer. Medlidandetrötthet kan symboliseras som blåmärken i själen, något som gör ont, speciellt i sjukskötarens själ. Men med tiden kan medlidandetröttheten tona ut likt ett blåmärke som sakta bleknar. Trots att blåmärken försvinner pålir sjukskötaren mer vaksam och aktsam i fortsättningen vilket kan innebära att hans medlidande påverkas av den tidigare upplevda medlidandetröttheten.

FÖRORD

För två år sedan öppnade jag dörren till en ny era i mitt liv. Jag lämnade bakom mig nästan 20 år av kliniskt arbete. Inte ens i min vildaste fantasi hade jag kunnat tro hur mycket studierna skulle komma att ge mig. Dessa två år har varit en underbar oas i mitt liv. En paus men på samma gång också en verkligt intensiv tid av ny kunskap, reflektion och analys. Jag har haft förmånen att träffa många nya människor samtidigt som jag lärt känna en ny sida av mig själv. En sida jag kommer att lyssna allt mer till i fortsättningen.

Jag vill tacka alla mina informanter – det är en värdefull gåva att ha fått ta del av varenda en berättelse. Tack!

Mina barn Noel och My - ni är trygga i er själva och klarar er trots att jag varit drygt 400 km ifrån er eller i rummet bredvid, men totalt försjunken i mina egna tankar. Jag är så stolt över er två! Tack Jörgen för att du uppmuntrat mig att studera vidare. Ditt stöd har varit avgörande! Tack även till övrig familj och vänner för att ni fortfarande finns kvar trots att jag varit så disträ och avlägsen.

Ett speciellt tack till min handledare och medförfattare Jessica Hemberg för att du så tålmodigt stött mig i denna process, för att inte tala om all konkret hjälp Du gett mig. Det går inte att med ord beskriva hur tacksam jag är över ditt stöd!

”Att våga är att förlora fotfästet en stund, att inte våga är att förlora sig själv” (Sören Kierkegaard)

Mot nya äventyr,

19.3.2021

Tove Gustafsson

Innehållsförteckning

1	INLEDNING.....	1
2	TIDIGARE FORSKNING.....	2
2.1	Medlidandetrötthet som begrepp och teori.....	2
2.1.1	Begreppet medlidandetrötthet.....	3
2.1.2	Teorier om medlidandetrötthet.....	3
2.2	”The Cost of Caring”.....	4
2.2.1	Situationer som kan leda till medlidandetrötthet.....	5
2.2.2	Sociodemografiska orsaker.....	5
2.2.3	Orsaker relaterade till vårdaren som person.....	6
2.2.4	Arbetsplatsrelaterade orsaker.....	6
2.3	Symptom på medlidandetrötthet.....	7
2.4	Kan medlidandetrötthet mätas?.....	8
2.5	Behandling av medlidandetrötthet.....	9
2.6	Förebyggande av medlidandetrötthet.....	10
2.6.1	Interventioner för att minska medlidandetrötthet.....	10
2.6.2	Vad vårdaren själv kan göra i förebyggande syfte.....	11
2.6.3	Förebyggande på organisatorisk nivå.....	11
3	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	14
4	SYFTE.....	17
5	BESKRIVNING AV FORSKNINGSPROCESSEN.....	18
5.1	Design.....	18
5.2	Urval, deltagare och rekryteringsprocess.....	18
5.3	Datainsamling och material.....	18
5.4	Analys av data.....	19
6	ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR.....	21
7	RESULTAT.....	22
7.1	Medlidandet är en gåva och en förutsättning för medlidandetrötthet.....	22
7.2	Medlidandetrötthet dränerar sjukskötaren både som professionell och som privatperson.....	23
7.3	Medlidandetrötthet innebär en kris med potentiellt värdefulla insikter.....	25
7.4	Medlidandetrötthet kan hanteras genom självvård och fokus på en själv.....	26
7.5	Uppkomsten av medlidandetrötthet påverkas av livet i sig och mångfacetterade faktorer.....	26

8	DISKUSSION.....	27
9	METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	30
10	AVSLUTNING.....	31
	Litteratur.....	32

Bilaga 1. Rekryteringsannons

Bilaga 2. Ansökan om forskningsetiskt lov

Bilaga 3. Intervjuguide

1 Inledning

Respondentens magisteravhandling görs i form av en vetenskaplig artikel som skrivs i samarbete med handledaren Jessica Hemberg. Artikeln handlar om medlidandetrötthet och inkluderar respondentens empiriska undersökning om hur sjukskötare upplever medlidandetrötthet.

De positiva känslorna som utmynnar från att vårda och hjälpa någon kallas för medlidandetillfredställelse (compassion satisfaction). Tillfredställelsen utmanas ständigt av varierande krav på vårdaren och de känslomässiga kraven av att som vårdare ständigt vara utsatt för patienters lidande, oberoende av hur tillfredställande resultatet är, kan leda till medlidandetrötthet (compassion fatigue). (Sacco, Ciurzynski, Harvey & Ingersoll, 2015.) Sedan 1990-talet har det talats om denna form av utmattning och idag kan vi konstatera att dess verkan berör hela social- och hälsovårdssystemet och bidrar till vårdarbrist (Peters, 2018). Isdal (2017) refererar till Todaro-Franceschi (2013) som krasst konstaterar att kvaliteten på omsorg och vård idag inte räknas av de som beslutar om pengarna och att det är en risk för medlidandetrötthet. För att förstå vad medlidandetrötthet handlar om krävs förståelse för begreppet medlidande. Att vårda med medlidande och ha en medlidandepositiv attityd, speciellt på organisationsnivå, har konstaterats lindra lidande, förbättra hälsa samt förbättra vårdkvaliteten (Wiklund Gustin, 2017b).

“To live is to choose. But to choose well, you must know who you are and what you stand for, where you want to go and why you want to get there.” (Kofi Annan)

2 Tidigare forskning

En litteratursökning i databaserna Cinahl, Pubmed, PsychINFO och Finna gjordes under tiden november 2019 till maj 2020. Alla sökningar var booleska, genom att använda AND utökades sökningen att innehålla alla sökord (Polit & Beck, 2017). I den första sökningen i enbart Cinahl användes sökorden ”compassion fatigue” AND ”nursing” och innefattade förutom vetenskapliga artiklar även avhandlingar för doktorsgraden. I den andra sökningen i alla de tre ovannämnda databaserna användes sökorden ”compassion fatigue” AND ”nurs*”. Sökordet ”nurs” trunkerades, vilket betyder att det ger en bredare sökning då ordets rot används i alla dess olika former (Polit et al., 2017). Kravet var att sökorden skulle ingå i artikelns abstrakt, artiklarna skulle vara högst 10 år gamla, vara referentgranskade (peer review), ingå i vetenskaplig tidskrift och vara skrivna på engelska, finska eller svenska. Artiklarna inkluderades om fokus i artikeln var compassion fatigue, det var vårdpersonal som undersöktes och det inte var alldeles för specifika förhållanden (t.ex. militärsjukvård). Artiklarna exkluderades om fokus inte låg i compassion fatigue, om det handlade om närståendevårdare, volontärer, studerande, om abstraktet fattades eller träffen var en ”editorial” eller ”letter”. Kriteriet om maximiålder förändrades till fyra år (2016 eller nyare artiklar). Motiveringen är att vid tidpunkten för den kommande artikelns eventuella publicering är det önskvärt att inte hänvisa till äldre än fem år gamla källor. Det slutliga antalet artiklar som fanns tillgängliga och inkluderades i kapitlet om den tidigare forskningen är 45. I kapitlet om tidigare forskning finns några litteraturöversikter (Nolte, Downing, Temane & Gastings-Tolsma, 2017; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski & Smith-MacDonald, 2017; Wentzel & Brysiewicz, 2017) i vilka det högst ingår en gemensam studie. Ingen av de andra artiklarna som inkluderades i kapitlet om tidigare forskning ingår i litteraturöversikterna.

2.1 Medlidandetrötthet som begrepp och teori

På ett allmänt plan talas det om *empatitrötthet* eller *medkänslotrötthet* (Isdal, 2017), på finska *myötätuntouupumus* (Nissinen, 2012), men i denna avhandling används ordet *medlidandetrötthet*. Härefter redovisas utgående från tidigare forskning *medlidandetrötthet* som begrepp, vilka orsaker den har, vilka symptom den ger, hur den mäts, behandlas, kan leda till och hur den förebyggs. Till artikelns bakgrundskapitel valdes sedan några meningar per underrubrik ut för att hålla texten kort och koncis vilket är kutym i en vetenskaplig artikel (Oermann & Hays, 2019).

2.1.1 Begreppet medlidandetrötthet

Medlidandetrötthet är ett komplext begrepp som har modifierats under de senaste trettio åren. Medlidandetrötthet har sitt ursprung i vårdarens posttraumatiska stressyndrom och har också kallats sekundärtraumatisering. Genom Charles Figley formades begreppet till medlidandetrötthet (Sorenson, Bolick, Wright & Hamilton, 2017) men han lyfte fram fenomenet ur ett terapeutperspektiv (Figley, 1995). Carla Joinson definierade begreppet som en unik form av utmattning som drabbar personer i ett vårdyrke (Joinson, 1992).

Figleys klassiska definition på medlidandetrötthet från 1995 är följande:

”...ett tillstånd av utmattning och dysfunktion (biologisk, psykologisk och social) som är följden av långvarig exponering för andras lidanden. Compassion fatigue är en naturlig konsekvens av att under längre tid hjälpa eller önska att hjälpa personer som är traumatiserade eller som lever i smärta.” (Figley, 1995, s. 34.)

Enligt den begreppsanalys som Sorenson et al. (2017) utfört karaktäriseras medlidandetrötthet av en oförmåga att bearbeta den känslomässiga stressen som vård av lidande människor medför och att det handlar om en långvarig exponering. Det betyder alltså att vårdarnas önskan om att hjälpa inte minskar men engagemanget för patientens lidande bryts ned och leder till utmattning (Finley & Sheppard, 2017). Sinclair et al. (2017) förklarar utgående från en litteraturöversikt det som att medlidandet tar mer än det ger och att det till slut inte finns resurser för återhämtning hos vårdaren. Det som Sorenson et al. (2017) i begreppsanalysen hänvisar till att särskiljer medlidandetrötthet från andra närliggande termer (sekundärtraumatisering och utmattning eller burnout) är den abrupta uppkomsten av både fysiska och psykiska reaktioner som kulminerar i en minskning av den professionella förmågan till medlidande. Vid sekundärtraumatisering krävs nämligen inte att medlidandefaktorn finns med och vid utmattning (burnout) handlar det mera om den kumulativa effekten av olika stressorer som leder till gradvisa tecken på symptom. Burnout föregås ofta av det som kallas moralisk stress dvs. då vårdaren inte pga. organisatoriska inskränkningar kan vårda enligt de egna värderingarna.

2.1.2 Teorier om medlidandetrötthet

Coetzee och Laschinger (2017) undersökte de olika teorierna om medlidandetrötthet och kom fram till att alla bygger på Figleys teori från 1995. Teorin som Figley sedan uppdaterade år 2002 kan ses som en paradox – att förmågan till medlidande är det som även leder till medlidandetrötthet. Förutsättningen för

medlidande anses också vara teorins svaga sida. I teorin om sekundärtraumatisering av Valent från 1995 (med uppdatering 2002) är det centrala de kognitiva följderna som ansträngningarna som vårdaren utsätts för leder till. Svagheter i den här teorin anses vara att den inte förklarar skyddsmekanismen för utvecklandet av medlidandetrötthet. Teorin om professionell livskvalitet (ProQL) av Stamm från 2010 inkluderar både arbetsmiljön och vårdarens personliga kvaliteter i förklaringen till medlidandetrötthet. Att medlidandetrötthet i den här modellen förklaras som kombinationen av utmattning och sekundärtraumatisering anses vara dess största svaghet. Coetzee och Laschinger beskriver några begreppsöversikter till som alla bygger på de tre första teorierna. De summerar att alla teorier är kongruenta vad gäller att vård av patienter leder till både positiva och negativa resultat hos vårdaren, alla teorier stämmer även överens om vad som föranleder medlidandetrötthet. Det de har minst kongruens om gäller etiologin av medlidandetrötthet och dess utveckling men alla överensstämmer att det är en obalans mellan vårdarens resurser och kraven som stressen som uppstår av medlidandet medför. Författarna till litteraturoversikten bildade på basen av översikten en ny modell kallad CFM (compassion fatigue model), som hävdar att det inte är förmågan till medlidande som är orsaken till medlidandetröttheten utan bristen på resurser, frånvaro av positiv feedback samt den personliga reaktionen på nöd.

2.2 ”The Cost of Caring”

Förmåga att lida med och att använda sig själv som verktyg i arbetet samt att bibehålla lugnet i stressiga situationer är orsaker till att vårdare är utmärkta vårdare. Men samtidigt är det dessa egenskaper som gör alla vårdare utsatta för risken att insjukna i medlidandetrötthet om den emotionella stressen inte hanteras och den professionella gränsdragningen är luddig.

Figley (1995) konstruerade ett uttryck som blivit allmänt känt: *”the cost of caring”* dvs. priset man betalar för att man som vårdare lider med och med det avses att det som vårdare är svårt att undvika medlidandetrötthet i någon grad någonsin. Wiklund Gustin (2017a) menar att tecken på medlidandetrötthet skall tas som självskyddande strategier istället för tecken på sjukdom. Enligt henne är det viktigt att vårdaren förstår varför medlidande ibland gör ont och att det finns mycket utrymme för vårdare att vara mindre självkritiska och sänka ribban för det som är ”tillräckligt bra”. Hon menar att hjärnan reagerar på stress, oberoende om stressen kommer från för mycket arbete eller från känslan av att inte vara tillräckligt bra eller inte förmå lindra patientens lidande så som önskat. Den stressen upplever hjärnan som ett hot som i sin tur utlöser en reaktion (fight, flight eller freeze) och således kan

medlidandetrötthet ses som en naturlig reaktion i en situation där stressen är för hög jämfört med de resurser vårdaren för tillfället besitter. Dessa reaktioner kan ses som förvarningar som vårdaren själv men även kolleger, ledare och organisationen måste ta tag i så att de inte utvecklas till sjukdom (Isdal, 2017).

2.2.1 Situationer som kan leda till medlidandetrötthet

Situationer i arbetet som kan leda till medlidandetrötthet är enligt Yang och Kim (2016) bl.a. följande: osakligt bemötande från patienter eller deras familjer, patientens lidande, kollegers kränkande attityd gentemot patienter, då en patient dör, då återupplivning misslyckas eller då man själv eller någon kollega gör ett misstag. Medlidandetröttheten utlöstes hos sjukskötare verksamma inom onkologi i forskningen av Fukumori, Miyazaki, Takaba, Taniguchi och Asai (2020) av följande situationer: patientens fysiska mående försämras (symptom på sjukdomsprogression och sjukdomens framträdande hos patienten), patienten får dåliga nyheter (diagnos, återfall, sjukdomens framåtskridande, behandlingsavbrott), då behandlingen orsakar lidande (otillräcklig smärtlindring, utebliven effekt av behandling, bieffekter från behandlingen) eller då patienten erfar emotionell konflikt med de närstående (otillräckligt emotionellt stöd från närstående eller de avböjer patienten). Därtill hävdar samma forskare att vårdare vars strategi att hantera problem är emotionsfokuserad löper större risk för medlidandetrötthet än de vars strategi är fokuserad på problemlösning.

2.2.2 Sociodemografiska orsaker

I studien av Kelly och Lefton (2017) framkommer det att kvinnor lättare får medlidandetrötthet än män, det bestyrks även av litteraturöversikten av Sinclair et al., (2017) men det finns även motsatta resultat (Alharbi, Jackson & Usher, 2019; Jarrad, Hammad, Shawashi & Mahmoud (2018). De flesta studier påvisar att äldre och mer erfarna vårdare har lägre risk att bli medlidandetrötta jämfört med unga och oerfarna vårdare (Flanders, Hampton, Missi, Ipsan & Gruebbel, 2020; Jakimowich, Perry & Lewis, 2018; Kelly et al., 2017; Kolthoff & Hickman, 2017; O'Callaghan, Lam, Cant & Moss, 2020; Sinclair et al., 2017; Wentzel, Collins & Brysiewicz, 2019; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds & Su, 2017) men inte alla, motsatt resultat framkommer även (Alharbi et al., 2019; Ruiz-Fernandez, Perez-Garcia & Ortega-Galan, 2020; Yu, Jiang & Shen, 2016). I forskningen av Shahar, Asher och Natan (2019) spelar dock endast åldern roll och inte graden av erfarenhet från det specifika arbetsområdet. Utbildningsnivån visar likaså på ett samband till medlidandetrötthet och både Alharbi et al. (2019) och Jakimowich et al. (2018) konstaterar att en högre utbildningsnivå ökar risken för medlidandetrötthet. Endel studier påvisar att

vårdare som lever i äktenskap har högre risk för medlidandetrötthet än ogifta (Jarrad et al., 2018; Ruiz-Fernandez et al., 2020). Eventuella ekonomiska svårigheter hos vårdaren har enligt Wu et al. (2017) ett samband med medlidandetrötthet men inte i undersökningen av Jarrad et al. (2018).

2.2.3 Orsaker relaterade till vårdaren som person

Wu et al. (2017) hittar samband mellan hälsotillståndet och medlidandetrötthet hos amerikanska vårdare och menar att de med depression, PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) eller episoder av huvudvärk löper större risk att drabbas. Det stöds också av Zhang, Zhang, Han, Li och Wang (2018) som därtill räknar upp stress och ängslan som predisponerande faktorer för medlidandetrötthet. Risken att insjukna i medlidandetrötthet är högre om vårdarens personliga coping-strategier är undermåliga (Nolte et al., 2017; Yu et al., 2016) och graden av resiliens är låg (Tahghigi et al., 2019). Forskning av Chen et al. (2017) och Yu et al. (2016) påvisar att vissa personlighetsdrag (bl.a. överkänslighet, låg pliktkänsla, introversion) och problem med självkänslan har samband med medlidandetrötthet. Om sjukskötare ser sina tankar, känslor, minnen eller fysiska förnimmelser som felaktiga, dåliga eller otillåtna och av den anledningen försöker undngömma dem så finns det ett samband till högre risk för medlidandetrötthet (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a). Det har också visat sig att personer som är mer pessimistiska till sin natur eller är mycket självkritiska har större benägenhet att uppleva negativa känslor och känslotillstånd speciellt då de står framför utmaningar och det styrker Craigie et al. (2018) samt Durkin, Beaumont, Hollins Martin och Carson (2016) i sina forskningar. Duarte och Pinto-Gouveia (2017b) hittar ett samband mellan empatibaserad skuld-känsla och medlidandetrötthet. Det visar sig att om empatibaserad skuld-känsla av olika orsaker får orealistiska perspektiv kan det leda till falska antaganden om skuld (vårdaren bär skuld för ingen orsak) och det innebär en större risk för medlidandetrötthet. Enligt författarna handlar det delvis om att vårdarens negativa självorienterade känslor triggas av empatin som väcks av en annan människas lidande. En klar orsak till medlidandetrötthet hittar Wu et al. (2017) i om upplevelsen hos vårdaren är att hen är tvungen att offra av sina personliga och psykologiska behov för att tillgodose patientens omfattande behov.

2.2.4 Arbetsplatsrelaterade orsaker

Det framkommer i forskningen att medlidandetrötthet finns inom sjukvårdens alla områden (Wang et al., 2020) men det visar sig att de som arbetar med vård av kroniskt svårt sjuka och traumatiserade patienter har störst risk (Adimando, 2018; Arimon-Pages, Torres-Puig-Gros, Fernandez-Ortega & Canela-Soler,

2019; Fukumori et al., 2020; Sheppard, 2016; Wu et al., 2017;). Medlidandetrötthet förekommer hos dem som arbetar inom akutvård (Alharbi et al., 2019; Jakimowich et al., 2018; O'Callaghan et al., 2020), pediatrik (Flanders et al., 2020; Sheppard, 2016), intensivvård (Kelly et al., 2017) och psykiatri (Adimando, 2018; Jarrad et al., 2018) men det förekommer också i vård av äldre (Kolthoff et al., 2017) samt inom långvården (Sharar et al., 2019). Den pinfärska forskningen av Ruiz-Fernandez et al. (2020) omfattade vårdare i allmänhet dvs. inte från en specifik specialitet och resultatet påvisar att vårdare i primärvården har större risk för medlidandetrötthet jämfört med vårdare på sjukhus. De fann också att risken är högre i urbana miljöer jämfört med på mindre orter.

Kraven på hälso- och sjukvårdssystemet med bl.a. höga förväntningar från många olika håll, allt stramare tidsbegränsningar (Finley et al., 2017; Nolte et al., 2017; Sinclair et al., 2017; Wu et al., 2017), bristen på socialt stöd (Nolte et al., 2017) och känslan av otillräcklighet samt oförmåga att hantera patienters lidande leder till stress hos vårdare (Fukumori, Miyazaki, Takaba, Taniguchi & Asai, 2018; Sinclair et al., 2017). Mer detaljerade orsaker är hög arbetsbelastning (Finley et al., 2017; O'Callaghan et al., 2020; Sinclair et al., 2017; Steinheiser, 2018; Wu et al., 2017; Zhang et al., 2018), övertidsarbete (Sinclair et al., 2017; Wu et al., 2017), ständiga processförändringar, för låga bemanningsnivåer och resursbrist (O'Callaghan et al., 2020; Sinclair et al., 2017; Steinheiser, 2018), interpersonella arbetsrelationer, oklara arbetsroller, ständiga avbrott i arbetsrytmen och brist på kontroll (Sinclair et al., 2017). Ett otillräckligt ledarskap eller stöd från ledaren bidrar till risken för medlidandetrötthet (Steinheiser, 2018). Alharbi et al. (2019) kom fram till att korta skiften (under 12 timmar) ökar risken att drabbas av medlidandetrötthet och Ruiz-Fernandez et al. (2020) kom dessutom fram till att de som arbetar endast ett skifte (morgon, kväll eller natt) riskerar i högre grad att drabbas av medlidandetrötthet jämfört med de vars skiften roterar.

2.3 Symptom på medlidandetrötthet

Då medlidandetrötthet går över den hårfina gränsen att vara en normal reaktion till ett sjukligt tillstånd tar det sig såväl fysiska, psykiska som beteendemässiga uttryck. De fysiska symptomen kan bl.a. vara trötthet (Nolte et al., 2017), insomningssvårigheter och sömnlöshet (Adimando, 2018; Finley et al., 2017; Sinclair et al., 2017; Steinheiser, 2018; Zhang et al., 2018), huvudvärk (Adimando, 2018; Nolte et al., 2017; Sinclair et al., 2017; Steinheiser, 2018) samt nedsatt immunförsvar, psykosomatisering och hypokondri som Sinclair et al., (2017) i sin litteraturöversikt fann som ytterligare symptom. Tröttheten är både kroppslig och känslomässig (Wentzel et al., 2019). Måltidsvanorna kan försämrats endera så att

måltider lämnas bort eller att skräpmat hetsäts (Finley et al., 2017) och gastrointestinala problem förekommer också (Steinheiser, 2018).

De psykiska symptomen är många men frustration, ilska och oro (Steinheiser, 2018) är ofta förekommande. I litteraturöversikten av Sinclair et al. (2017) framkom därtill följande psykiska symptom: känslolöshet och minskad förmåga att känna medlidande eller sympati, social och relationell distansering, negativ självbild, förbittring, nedstämdhet eller depression, ångest, cynism, rädsla att arbeta med svåra patienter, känsla av professionell hjälplöshet, minskad arbetstillfredsställelse, ökad sårbarhet, irrationell rädsla, intimitetsproblem, hyperkänslighet inför känslstimuli samt hopplöshet.

Litteraturöversikterna av Nolte et al. (2017) och Sinclair et al. (2017) redogör för att bl.a. risk för ökat alkoholintag (eller andra substanser), ilska och irritabilitet, ansträngdhet i relationer, frånvaro, undvikande beteende (från vissa patienter) samt nedsatt förmåga till kliniska beslut är de beteendemässiga uttryck som medlidandetrötthet ger. I översikten av Sinclair et al. (2017) framkommer därtill något som kallas för ”tystnadsfeedback” då vårdaren tystar ner patienten genom att inte ta till sig av de behov patienten ger uttryck för eller genom att ösa sitt eget illamående över patienten. Bland sjukskötare i Jordanien fann man ett samband mellan ökad risk för medlidandetrötthet och användning av cigaretter, insomningstabletter, energidrycker, antidepressiva samt ångestdämpande läkemedel. Man fann däremot inte samband mellan ökad risk för medlidandetrötthet och ökat intag av alkohol eller droger. (Jarred et al., 2018.)

Symptom på medlidandetrötthet är inte bara betungande för vårdaren utan även för hela kollegiet och kan i värsta fall sprida sig på arbetsplatsen. En kollektiv medlidandetrötthet tar sig uttryck som hög sjukfrånvaro, hög personalomsättning, misstro och bristande förtroende, skvaller och ryktesspridning, ilska mot ledningen, negativ syn på patienterna, ökad användning av icke caritativa vårdmetoder och cynism. (Isdal, 2017.)

2.4 Kan medlidandetrötthet mätas?

Sinclair et al. (2017) redogör för de mätare som framkommer i litteraturöversikten, som omfattar artiklar mellan 1980 – 2016. De konstaterar att det finns en stor utmaning i att mäta medlidandetrötthet och orsaken är dels oklarheter i själva begreppet, dels begreppets relation till arbetsrelaterad stress som gör gränsdragningen svår. CFST (Compassion Fatigue Self Test) var den första mätaren på marknaden och

innehåller 40 punkter delade i två subskalor (medlidandetrötthet och burnout). Senare har den mätaren slipats till en mätare med 30 punkter som kallas CFS-R (Compassion fatigue Scale) och den finns dessutom som en kort version (CFS-R Short form) omfattande tio frågor. Den mätare som används mest är ProQOL (Professional Quality of Life Scale) som för tillfället utgörs av 30 punkter som mäter medlidandetillfredsställelse, burnout och sekundärtraumatisering (Sinclair et al., 2017) och är översatt till många språk (Kelly et al., 2017). I ProQOL utgörs medlidandetröttheten av de sammanslagna poängen för burnout och sekundärtraumatisering, vilket Steinheiser (2018) riktar kritik mot och anser att mätaren därför är för begränsad. ProQOL har använts i hundratals studier men den gör sig allra bäst vid upprepade mätningar och för att upptäcka förändringar t.ex. efter en intervention (Adimando, 2018).

2.5 Behandling av medlidandetrötthet

Det finns knapphändigt med forskning om behandlingsmetoder för medlidandetrötthet. En behandlingsmodell är ARP (Accelerated Recovery Program) (Sinclair et al., 2017). Programmet består av fem sessioner där tio punkter går igenom: identifiering av symptomen, igenkänning av faktorer som utlöser medlidandetröttheten, identifiering och frigörande av resurser, genomgång av personlig och professionell historia fram till presens, inläring av arbetsreducering, inläring av självbegränsningstekniker, kontraktsskrivning om personligt livsbejakande, förvandling av hinder till möjligheter, initiering av konfliktlösning och implementering av en uppföljningsplan för självvård (Isdal, 2017). En annan behandlingsmodell är åtta veckor lång och heter MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) som lär deltagarna att genom meditation och självmedvetenhet relaterat till de egna känslorna att hantera stress, smärta och krav från vardagen. En tredje modell baserar sig på att lära sig självreglera stress. (Sinclair et al., 2017.) En utmattning kräver dock alltid att kroppen får återhämta sig, vilket oftast kräver minskning av yttre och inre belastningar. Det krävs oftast sjukledighet och samtalsterapi. Vid lindrig medlidandetrötthet kan det räcka med små förändringar så som att ge sig själv lov att sänka ribban en aning, pausa oftare, lära sig avslappning och att låta svåra situationer ta sin tid. (Aulankoski & Lundahl, 2018.) En mera långvarig terapeutisk uppföljning och att förstå att varje terapeutiskt förlopp är unikt och utgår från huvudproblemet som kan vara arbetsförhållandena, patienterna eller vårdaren själv hävdar Isdal (2017) att behövs. Sjukskötare som själv erfarit medlidandetrötthet i undersökningen av Finley et al. (2017) understryker vikten av motion och sunt leverne som behandling av medlidandetrötthet.

2.6 Förebyggande av medlidandetrötthet

De flesta källor hävdar att medlidandetrötthet kan förebyggas (Isdal, 2017; Jakimowich et al., 2018; Kolthoff et al., 2017; Nolte et al., 2017; Sinclair et al. 2017; Wang et al., 2020; Wylde, Mahrer, Meyer & Gold, 2017) och att det är det viktigaste. Endel studier för fram att genom att öka medlidandetillfredställelsen (CS) så minskar risken för medlidandetrötthet (Duarte et al., 2017b; Durkin et al., 2016; Flanders et al., 2020; Kelly et al., 2017; Wang et al., 2020), medan en studie konstaterar att det inte har så stort samband (Arimon-Pages et al., 2019).

2.6.1 Interventioner för att minska medlidandetrötthet

Under de senaste femton åren har forskning kring olika interventioner för att minska medlidandetrötthet ökat. Wentzel et al. (2017) utförde en sammanfattande litteraturöversikt om interventioner (utförda fram till år 2015) vilka hade som syfte att förebygga medlidandetrötthet inom onkologisk vård. De konstaterar att forskningarna bestod av en mängd enskilda och utvärderade interventioner som dessutom ofta var pilotstudier, och av den orsaken ansågs forskningarna vara av låg kvalitet. Litteraturöversikten påvisar att två av de trettioen studierna som undersöktes, pålitligt rapporterade om minskning i medlidandetrötthet genom en intervention. Enligt författarna är det viktigt att interventionerna följs upp och av den orsaken uppmanar de forskare till longitudinella undersökningar gällande detta fenomen.

Kharatzadesh, Alavi, Mohammadi, Visentin och Cleary (2020) utförde en jämförande studie mellan två intensivvårdsavdelningar där den ena gruppen fick träning i reglering av känslor och där minskade medlidandetröttheten inte trots interventionen. Flanders et al., (2020) undersökte hur ett resiliensprogram (inkluderat utbildning om medlidandetrötthet och formella och informella sociala aktiviteter) påverkade sjukskötare på en intensivvårdsavdelning, och konstaterade att interventionen inte minskade på medlidandetröttheten men att medlidandetillfredställelsen istället steg, något som i sig kan skydda mot medlidandetrötthet. Till samma resultat kom Jakel et al. (2016) som jämförde ett resilienshöjande program via mobil-applikation med traditionellt sådant.

Några källor hänvisar till interventioner som visat sig ha en förebyggande inverkan på medlidandetrötthet och de presenteras närmare i kapitel 2.6.2 och 2.6.3.

2.6.2 Vad vårdaren själv kan göra i förebyggande syfte

Nolte et al. (2018) rekommenderar att interventionerna skall rikta sig till den individuella vårdaren och inte till arbetsgemenskapen. Att vårda sig själv är som vårdare viktigt för att balansera arbetet och privatlivet och det innebär motion (Chen et al., 2017; Nolte et al. 2017; Sinclair et al., 2017; Zhang et al., 2018), hälsosamt leverne, goda sociala relationer (Cetrano et al., 2017; Finley et al., 2017), att delta i aktiviteter som leder till avslappning och vitalisering (yoga, mindfulness, meditation) (Nolte et al., 2017; Sinclair et al., 2017; Zhang et al., 2018) samt tillräcklig och god sömn (Wang et al., 2020). Färdigheter i mindfulness, t.ex. att agera medvetet, icke-dömande och inte känsloreagera på direkten, visade sig i forskningen av Wylde et al. (2017) ha effekt i form av minskad medlidandetrötthet. De jämförde traditionell intervention med en mobilapplikation och konstaterade att det har effekt som en förebyggande faktor såvida vårdaren inte vid inledningen av interventionen visade tecken på medlidandetrötthet. Emotionell egenvård eller ”self-compassion” dvs. förmåga att vara mild mot sig själv under utmanande situationer eller att vända medlidandet till sig själv har visat sig skydda mot medlidandetrötthet (Duarte, Pinto- Gouveia & Cruz, 2016). Problemlösning som en hanteringsstrategi har visat sig förebygga medlidandetrötthet (Yang et al., 2016).

Adimando (2018) konstaterar att vårdpersonal har en stor kunskapslucka vad gäller medlidandetrötthet. I litteraturöversikten av Sinclair et al. (2017) rekommenderas det att det redan i vårdutbildningen borde fästas uppmärksamhet på medlidandetrötthet och ges studerande verktyg att möta de fysiska, psykiska och beteendemässiga kraven som vårdarbetet ger upphov till. Kunskap om olika strategier att hantera medlidandetrötthet och kunskap om emotionell egenvård har i litteraturöversikterna av Nolte et al. (2017) och Sinclair et al. (2018) visat sig förebygga medlidandetrötthet.

2.6.3 Förebyggande på organisatorisk nivå

Det får inte endast ligga på de enskilda vårdarnas axlar att bekämpa medlidandetrötthet utan arbetsplatsen och organisationen har en betydande roll. Arbetsgivaren bör anstränga sig i att medvetandegöra sin personal om medlidandetrötthet. En broschyr med information om medlidandetrötthet (definition, riskfaktorer, tecken och symptom, konsekvenser samt vilka resurser arbetsgivaren erbjuder i förebyggande form) har visat sig vara ett kostnadseffektivt sätt. Korta men återkommande utbildningstillfällen om medlidandetrötthet samt ”runda bordet” diskussioner av ad hoc art har också

varit effektiva. Vidare bör patienter med komplexa vårdbehov rotera bland personalen trots att det kan vara motsägande till kontinuitetstänkandet. (Nolte et al., 2017.)

Kollegialt stöd har visat sig vara viktigt i förebyggande syfte och kan innebära informella debriefingsituationer och handledning av kolleger (Cetrano et al., 2017; Finley et al., 2017; Nolte et al., 2017). Det har också visat sig vara viktigt att vårdare som arbetar i skiften har möjlighet att påverka sina arbetstider för att minska risken för medlidandetrötthet (Cetrano et al., 2017; Nolte et al., 2017). Alharbi et al. (2019) hävdar att längre skiften som sedan medför längre perioder av ledighet ökar resiliensen hos vårdaren och således förebygger medlidandetrötthet. Att ha strategier för att särskilja på professionsrollen och den personliga rollen är viktigt (Finley et al., 2017). Semester som är så pass lång att kropp och själ hinner koppla av är därtill viktigt (Finley et al., 2017; Zhang et al., 2018). Ett ledarskap där ledaren tydliggör syftet med arbetsuppgiften, agerar som förebild, uppmuntrar och stöder samt visar omtanke och uppskattning bidrar till en frisk arbetsmiljö och kan således förebygga medlidandetrötthet (Wu et al., 2017). En ledare som ger meningsfullt erkännande till medarbetarna har visat att vårdarnas tillfredsställelse ökar i den grad att det skyddar mot medlidandetrötthet (Kelly et al., 2017). En ledare som följer med hur medarbetarna agerar och mår är viktigt för att tidigt ingripa vid tecken på medlidandetrötthet (Nolte et al., 2017). Enligt Cetrano et al. (2017) är det viktigaste för att förebygga medlidandetrötthet att ergonomin är i skick och med det avses främst att tidspressen för vårdaren inte är för hög. Till ergonomin hör även att se till att resurserna i form av personal är tillräcklig (Nolte et al., 2017). Program som ökar de anställdas välbefinnande och vars syfte är att minska medlidandetrötthet genom kontinuerliga hälsoundersökningar, genom förebilder eller handledning av mentorer och personalutflykter framkommer i litteraturöversikterna av Nolte et al. (2017) och Sinclair et al. (2017) som effektiva. Men också att ha möjlighet att interagera med andra vårdare under formella program som erbjuder emotionellt stöd, t.ex. strukturerade stödgrupper, debriefing vid dödsfall och andra svåra kliniska situationer visar sig minska risken för medlidandetrötthet (Nolte et al., 2017; Sinclair et al., 2017). Forskningen av Zajac, Moran och Groh (2017) konstaterar dock att en systematisk debriefing i grupp efter dödsfall inte har signifikant verkan på medlidandetröttheten.

Adimando (2018) konstaterar att verktyg som kan användas under arbetsdagen för att lindra stress och avslappning har bra effekt. Till dessa verktyg hör bl.a. andningsövningar, dofter i pausrummet och kort paus utomhus. Korta andningsövningar i meditativt syfte visar sig ha bra effekt på vårdarnas

välbefinnande och de höjer medlidandetillfredställelsen och sänker risken för medlidandetrötthet i undersökningen av Hezewi (2016).

3 Teoretiska utgångspunkter

Som tidigare nämnts är det grundläggande att förstå medlidande ur ett vårdvetenskapligt perspektiv för att förstå medlidandetrötthet som fenomen. Som teoretisk referensram används synen på medlidande ur caring-traditionen och den caritativa vårdteorin.

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är varken sympati, empati eller inlevelseförmåga tillräckliga synonymer till medlidande eller ens tillräckliga för att beskriva det (Wiklund Gustin, 2017b). Medlidande eller ordet *medlidsam* har sitt ursprung i ömhet och betyder *öm, ömtålig, sorlig, arm, svår, usel*. *Öm* i sig ger ett uttryck för *smärtsam* och *känslig för smärta* och leder till *medlidsam* som ges betydelsen *känslig för andras smärta*. (Eriksson, 2018.) Norstedt Svensk ordbok ger medlidande följande betydelse: *känsla av smärta och bekymmer inför andras svårigheter* och samma källa ger som synonym orden *medkänsla* och *deltagande*. Enligt Svenska Akademiens ordbok betyder medlidande *förhållandet att en person lider eller känner smärta gemensamt med en annan person* och *deltagande känsla av sorg eller smärta som framkallas hos någon av någon annans lidande, sorg, motgång, olycka eller svårigheter*.

Inom den caritativa vårdteorin hör medlidande till grundbegreppen. Det betyder att begreppet får ett väsen, dvs. egenskaper, men där både ethos och kärnbegreppet är närvarande. (Wiklund Gustin, 2017b.) Kärnbegreppet lidande finns med i medlidandet bland annat genom en förståelse av lidandets drama och rörelsen i lidandet. Ethos genomsyrar medlidandet genom att vårdarens tanke, hand och hjärta vägleds av viljan att göra det goda i den konkreta situationen för den lidande människan. (Eriksson, 2018.) Medlidande innebär en känslighet för andras smärta eller lidande och leder till en etisk handling där vårdaren vågar ta ansvar för patienten. Medlidandet utgör källan till det sanna vårdandet och har sitt ursprung i ett etiskt urfenomen där människans egoism sätts åt sidan, både vad gäller tankar och handlingar. Medlidandet förmedlar känslan av bekräftelse, värdighet, tillhörighet och ömsesidighet till den vars lidande har placerat henne som värdelös utanför gemenskapen. Den lidande människan får tillåtelse att vara i sitt lidande, hon får tillåtelse att ha och uttrycka sina känslor utan att känna skam eller att vara till besvär. (Eriksson, 2018.) Patienter beskriver medlidandets kärna som att få av vårdarens tid och att bli sedd som person av vårdaren. Medlidande behöver inte nödvändigtvis alltid utmynna i en (teknisk) handling utan fokus ligger i närvaron och uppmärksamheten som behövs i den situationen, ett handlande i medlidande kan alltså innebära att ”bara vara” med och för patienten. Detta medför att

vårdaren uppmärksammar patientens behov i större grad. Målet med medlidande är heller inte endast att lindra lidande utan det kan även vara att främja hälsa. (Wiklund Gustin, 2017b.)

Medlidande förknippas som tidigare nämnts med etiken och det handlar långt om en etisk hållning hos vårdaren som förmedlar solidaritet, engagemang och tillgänglighet. Medlidande är således inte en explicit handling, ett känslomässigt tillstånd eller ett beteende utan en hållning hos vårdaren, ett genuint mod att låta den medfödda förmågan till medlidande vara närvarande. (Eriksson, 2018.) Saunders (2015) hävdar att medlidande ger uttryck för vårdarens karaktärsdrag och att medlidande därför är en dygd. Han påstår att förmågan till medlidande som en moralisk dygd varierar bland vårdare beroende på den individuella moraliska utvecklingen. Handlingen ursprungligen ur medlidandet kan ses som barmhärtig sådan eftersom vårdaren inte har en tanke på att själv vinna något av offrandet (Eriksson, 2018). Wiklund Gustin (2017b) konkretiserar tanken om offrandet till att vårdaren är tvungen att sätta sin egen bekvämlighet på spel, det krävs krafter att möta lidande och att vara i medlidandet och därtill att möta de egna känslorna som uppstår i situationen. Det krävs mod av vårdaren att närma sig ett lidande som kanske uttrycks genom smärta, förkrossning, förvirring, kval, apati, sorg, maktlöshet eller ilska eftersom medlidandet innebär att fullständigt uppslukas av den lidande människans villkor. Grunden för medlidande är att vårdaren är medveten om sin egen sårbarhet. Men inte bara medvetenhet räcker utan det krävs också bekräftelse, alltså förmåga att försonas med den egna sårbarheten och det egna lidandet. Självmedkänsla är alltså det första steget mot medlidande och innebär mest av allt en mänsklig uppfattning om sig själv. Självmedkänsla kan också utvecklas genom medveten närvaro, reflektion och av att ta del av patienters berättelse. Medlidandet kan ge vårdaren energi istället för att ta, och arbetet blir både meningsfullt och ändamålsenligt genom att lida med patienten. (Wiklund Gustin, 2017b.) Enligt Eriksson (2018) kan medlidandet hämmas av olika saker, bl.a. av vårdarens eget lidande.

Medlidande handlar således om både tanke och handling. Handlingsutrymmet är något som organisationen måste ombesörja. Handlingsutrymmet kan ses som både tillräckliga resurser och som en medlidandepositiv attityd. (Wiklund Gustin, 2017b.) Eftersom medlidande tar tid enligt Saunders (2015) ser han det som ett ansvar hos organisationens ledning att möjliggöra omständigheter som möjliggör medlidande. Det behövs även handledning för den enskilda vårdaren och en vårdkultur som ser medlidandet som centralt. Om organisationen anser att medlidandet tar för mycket tid och tär på resurserna så kan det kontrasteras med att förutom att medlidande lindrar lidande och främjar återhämtning och hälsa, så leder det även till förbättrad vårdkvalitet, något som gör att många organisationer idag tar

fasta på medlidande på ett positivt sätt. (Wiklund Gustin, 2017b.) Redan år 2007 beskrev Schantz hur vårdledare världen över vädjade om att vårdarna måste få vårda enligt sina värderingar, med hjärtat. Crawford, Brown, Kvangarsnes och Gilbert (2014) uppmärksammar det organisatoriska dilemmat att möjliggöra medlidande men ändå optimera resursanvändningen genom att föreslå att organisationens ledning stöder medlidande och gör det dubbelriktat. Det betyder att medlidandet tas i beaktande ur både patientens och personalens perspektiv genom att utrymmen, processer och resurser ses ur medlidandets perspektiv. Författarna utgår ifrån att gott föder gott – att genom att ledningen tänker ur ett medlidandeperspektiv möjliggör det att vårdarna kan lida med patienterna.

4 Syfte

Syftet med den empiriska studien är att få en djupare förståelse för hur sjukskötare upplever medlidandetrötthet med betoning på hur det påverkar sjukskötaren i professionen och som person.

5 Beskrivning av forskningsprocessen

Studien genomfördes som en kvalitativ studie med en induktiv ansats där resultaten presenteras i en engelskspråkig artikel som skickas till en internationell vetenskaplig tidskrift. Artikeln mottogs av och publiceras i *Nursing Ethics*.

5.1 Design

Valet av forskningsdesign styrs av studiens syfte (Polgar & Thomas, 2020). Enligt Henricson och Billhult (2017) har en kvalitativ forskningsdesign avsikten att studera erfarenheter av ett fenomen. Syftet med denna studie var att få förståelse för hur sjukskötaren upplever medlidandetrötthet och hur det påverkar sjukskötaren som person och professionell. En kvalitativ metod var således motiverad för denna studie.

5.2 Urval, deltagare och rekryteringsprocess

Enligt Henricson et al. (2017) är antalet informanter färre än i kvantitativa studier och att det därför vore viktigt att urvalet är så heterogent som möjligt. Det planerade antalet deltagare i denna studie var 6–8 och genomfördes med 7 informanter. Deltagarna var sjukskötare och hälsovårdare till sin utbildning och vid tidpunkten då de upplevde medlidandetrötthet var de i kliniskt patientarbete. Alla deltagare var kvinnor vars ålder varierade mellan 29 och 57 år. De representerade varierande kontexter, som exempel kan nämnas pediatrik, akutvård, specialistsjukvård, hemvård inom psykiatri och företagshälsovård. Arbetserfarenheten varierade mellan ett och 35 år. Enligt Henricson et al. (2017) är inte deltagarna slumpmässigt utvalda i en kvalitativ studie och ett av inklusionskriterierna i denna studie var att informanten hade erfarenhet av medlidandetrötthet. Urvalet baserade sig med andra ord på lämplighetsurval (Danielsson, 2017). Rekrytering till studien genomfördes via en flyer som publicerades på Facebook (personlig sida men även via Sjuksköterskeföreningen i Finland) och genom att skicka inbjudan med flyern som bilaga till samtliga grundvårdsenheter och företagshälsovårdsenheter i en region i södra Finland.

5.3 Datainsamling och material

Intervju, som enligt Polgar et al. (2020) är en diskussion människor emellan, är en lämplig datainsamlingsmetod då syftet är att fånga beskrivningar och upplevelser av ett fenomen (Danielsson, 2017). En semistrukturerad intervju gör inte intervjusituationen för styrd utan den kan anpassas så att svaren blir djupare, vid en semistrukturerad intervju används ofta en intervjuguide som stöd (Danielsson,

2017). Intervjuguiden för denna studie utformades med stöd av respondentens handledare och användes som stöd under intervjuerna (bilaga 3). Provintervjuer gjordes före den första riktiga intervjun. Målsättningen med provintervjun var att intervjuaren övade sig i att skapa en trygg och lugn atmosfär för deltagaren, övade sig att lyssna aktivt och föra anteckningar om non verbala uttryck samt övade sig i att hantera den tekniska utrustningen (Polit et al., 2017). Semistrukturerade intervjuer gjordes i maj 2020, intervjuerna tog mellan 35 och 90 minuter i anspråk och genomfördes utan missöden. En diktafon användes under intervjuerna för att bända in ljudet och enligt Polgar et al. (2020) är audioinspelning det säkraste sättet för en fullständig transkribering. Tre av intervjuerna skedde ansikte mot ansikte men pga. den rådande pandemin genomfördes resten som videointervjuer. Själva videointervjun spelades inte in utan endast ljudet från videointervjun bandades in med hjälp av diktafon. Deltagarna gav bakgrundsinformation endera skriftligt eller muntligt så att intervjuaren antecknade svaren i ett formulär. Det är normalt förfarande att samla in sociodemografisk information endera i början eller i slutet av intervjun (Polgar et al., 2020).

5.4 Analys av data

Intervjumaterialet omfattande 70 sidor text transkriberades av respondenten själv. Det är en fördel enligt Danielsson (2017) att intervjuaren utför transkriberingen eftersom det ger en upprepning av intervjuerna som kan leda till ökad förståelse. Idén med en överskådlig utskrift är också att underlätta analysarbetet (Polit et al., 2017). Enligt Elo och Kyngäs (2008) finns det många olika sätt att analysera data i en kvalitativ studie. I denna studie utfördes en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Enligt dem innehåller den kvalitativa innehållsanalysen olika delar för att behandla informationen. Summerat innefattar dessa delar att ur meningsbärande enheter som kondenseras och kodas för att delas in i subkategorier och kategorier, hitta teman som beskriver innebörden av data. Den här studien har en induktiv ansats eftersom analysen utgår från innehållet i intervjuerna, alltså erfarenheterna som deltagarna hämtar (Danielsson, 2017). Exempel på analysen ses i Bild 1.

Medlidandetröttheten gjorde sjukskötarens trött	Trötthet	Medlidandetrötthet är en annorlunda trötthet	Hälsan påverkas av medlidandetrötthet	Medlidandetrötthet tär på sjukskötarens som privatperson och som professionell
Trötthet som inte går över med sömn	Långvarig trötthet			
Långvarig trötthet som inte går över under en normal ledighet				
En annorlunda trötthet; grumlig, djup, svepande. Som att vara inne i ett moln eller trött av bakfylla	Djupare och annorlunda trötthet			
Medlidandetrötthet leder till att det sociala livet lider	Ensamhet	Medlidandetrötthet innebär social avstängning		
Medlidandetrötthet leder till att fjärma sig från aktiviteter	Orkeslöshet			
Medlidandetröttheten leder till att sjukskötarens drar sig från att kontakta folk				

Bild 1. Utdrag ur analysen.

6 Etiska frågeställningar

Vetenskaplig forskning anses vara etiskt godtagbar om god vetenskaplig praxis följs. Till det hör att data samlas in med en etiskt hållbar metod och att studien genomförs på ett vetenskapligt förutsatt sätt dvs. omsorgsfullt, noggrant och med tillförlitliga resultat som följd. (Forskningsetiska delegationen, 2012.) Den här studien har följt dessa riktlinjer i studiens alla skeden. Eftersom studiens syfte ämnade söka förståelse för hur en svår situation upplevs ansökte respondenten om etiskt lov av Åbo Akademi om att genomföra studien, vilket erhöles 14.5.2020. Då deltagarna meddelat intresse för medverkan i studien tilldelades de per e-post skriftlig information om studiens syfte, utformning och garanterad anonymitet. Deltagandet var frivilligt och innebar inga lockelser, hot eller tvång. Deltagarna undertecknade ett informerat samtycke. Dessa handlingar påvisar respekt för personen som deltar i studien och säkerställer deltagarnas frivillighet och självbestämmanderätt (Kjellström, 2017). Deltagarna fick när som helst under studiens gång avbryta deltagandet och respondenten informerade även om passligt stöd ifall intervjun upplevdes som betungande för deltagarna, därtill fick deltagarna respondentens kontaktuppgifter ifall det var något de ville tillägga eller radera från data efter intervjutillfället. Det här är något som kallas principen att göra gott där risker minimeras och konfidentialiteten skyddas (Kjellström, 2017). Deltagarna var inte respondentens nuvarande eller forna kolleger och inte heller närmare bekanta med respondenten dvs. det förelåg ingen risk för beroendeförhållande mellan respondenten och deltagarna. Detta för att skydda deltagarnas integritet och för att garantera autenticitet i svaren från dem (Kjellström, 2017). Vid transkriberingen kodades svaren så att endast intervjuaren känner till vem som gett vilket svar, medförfattaren har inte haft tillgång till information om informanterna.

7 Resultat

Resultatet i denna studie visade att medlidandetrötthet på en övergripande nivå kan förstås som att ha blåmärken i själen. Med blåmärken i själen avses att medlidandetröttheten är smärtsam, speciellt i sjukskötarens själ. Men med tiden kan medlidandetröttheten tona ut likt ett blåmärke som sakta bleknar. Trots att blåmärken försvinner blir sjukskötaren mer vaksam och aktsam i fortsättningen vilket kan innebära att hens medlidande påverkas av den tidigare upplevda medlidandetröttheten. Detta kan påverka möjligheten att lindra patientens lidande. Resultatet utmynnade i fem teman som visualiseras i bild 2 och beskrivs närmare i det följande.



Bild 2. Resultatet.

7.1 Medlidandet är en gåva och en förutsättning för medlidandetrötthet

Utifrån sjukskötarens utsagor kan förmågan till medlidande sägas vara en förutsättning för medlidandetrötthet. Det faktum att sjukskötaren berörs av patientens lidande gör att hen vill förstå och vårda. Så här sade en medverkande:

”Jag berörs så att man vill ju hjälpa till och man vill ju förstå och man vill stötta...” (P3)

Förmågan till medlidande är enligt sjukskötarna inget som hen lärt sig utan det ses som en begåvning som alltid funnits hos hen och som är en positiv egenskap hos sjukskötaren. En av de medverkande uttryckte sig så här:

”Förmåga till medlidande...eller gåva...en gåva eller en egenskap...som jag alltid haft” (P1)

Sjukskötarna beskrev också upplevelsen av att ständigt utsättas för situationer där det krävdes mycket medlidande och att denna kontinuerliga exponering så småningom ledde till medlidandetrötthet. En av de medverkande sade:

”Det kunde vara tre på en dag som kom på hälsogranskning och jag frågar första frågan ”hur mår du” så var det som att skruva på en kran...folk bryter liksom ihop...mottagningstiden räckte liksom aldrig till” (P4)

7.2 Medlidandetrötthet dränerar sjukskötaren både som professionell och som privatperson

Upplevd medlidandetrötthet sätter sina spår både på den professionella personen och på den privata personen. Gällande professionen upplever sjukskötarna medlidandetrötthet som att bli berövad på gåvan att lida med. Detta framkom som likgiltighet och att mötet med patienter kan kännas både oäkta och motbjudande. Medlidandetrötthet kan även skapa en oförmåga att bemöta en annan människa som lider, det kan bli svårt att ha tillgång till sina känslor inför den andra. En sjukskötare uttryckte det så här:

”Ännu mindre skulle jag varit kapabel att möta någon...känna någonting för någon annan...” (P1)

Medlidandetröttheten kan ge upphov till många olika slags känslor hos sjukskötaren både som professionell och som en privatperson. Främst handlar det om negativa känslor så som skuld, skam, sorg, irritation, otålighet, otillräcklighet och rädsla.

”Så det blev lite skamligt så där att jag själv blev så trött...Jag har haft jättedåligt samvete för den biten att jag tycker att det går ut över fel i livet [familjemedlemmarna]” (P4)

Så här berättar en deltagare om hur hen var tvungen att försöka uppehålla professionaliteten och klara av sitt arbete som sjukskötare:

"...Att man var tvungen att liksom hålla sig i skinnet och [för att lyckas] behandla den andra som patient" (P3)

En annan sjukskötare beskriver känslorna av otillräcklighet som uppkom av medlidandetröttheten:

"...Jag var ju inte värd att vara på jobb...att mina...patienter så dom liksom har ju inte förtjänat en så här dålig sjukskötare som jag är...som inte liksom orkar vara där och inte orkar bry sig och liksom måste fara hem...det var nog en liksom sorg liksom" (P2)

Resultatet påvisar att medlidandetrötthet påverkar hälsan. Medlidandetrötthet beskrivs som en djupgående trötthet som dränerar människan helt på energi och som leder till fysiska, psykiska och beteendemässiga problem. Så här uttryckte sig en medverkande:

"Det var en djupare trötthet...som liksom låg i själen...tyngde min själ" (P4)

Medlidandetröttheten gav exempelvis upphov till huvudvärk, illabefinnande i form av nervositet, ångest, gråtmildhet och en känsla av nöd. Tröttheten beskrivs som blytung, som hjärntrötthet och som en obalans samt trötthet som inte går om genom att sova.

"Den väldigt djupa tröttheten var som grunlig trötthet...liksom inne i huvudet...en dimmig trötthet en annorlunda trötthet...man är inne i ett sånt här moln i huvudet...som en baksmälla-trötthet men ännu mer grundlig..." (P3)

Vidare påverkas hälsan av medlidandetrötthet genom att den leder till ensamhet och orkeslöshet vilket även påverkar personens omgivning. Dessa känslor inom personen behövde bearbetas och få utlopp och därför fjärmade sig personen ofta från aktiviteter och lät känslorna leva ut i det egna hemmet eftersom det upplevdes tryggast. Samtliga deltagare berättar att medlidandetröttheten först tog sig uttryck på fritiden innan det blev för tungt så att arbetet påverkades. Det kan tyda på en hög arbetsmoral, den energi som sjukskötarna hade i sin medlidandetrötthet användes i första hand till att orka arbeta. Så här sade en av sjukskötarna:

"Medan du är på arbetet så klarar du att hålla det där...liksom hålla dej samman...men sen då arbetsdagen är slut så har man varit helt tom" (P3)

Medlidandetrötthet upplevs som förändringar i det professionella jaget vilket tar sig uttryck i att sjukskötaren skyddar sig från att känna medlidande genom att ta på sig en sköld, att känslor som uppstått i arbetet stängs in och att något saknas i professionen och vårdandet blir åtgärdscentrerat. En deltagare uttryckte det så här:

”Jag är lite som en slags folieklädd på något sätt att det studsar...det vad som sägs det når inte ända fram...till mig utan det studsar på något vis tillbaka” (P5)

Medlidandetröttheten har konsekvenser för professionen i form av ökad sjukfrånvaro, en av deltagarna uttrycker det så här:

”Jag har nog någon gång förstorat ett symptom som jag har känt just då till något större så att jag har kunnat ta några dagar ledigt när jag märkt att det här funkar inte just nu...barnen på lekis vet du så har jag kunnat grubbla i min ensamhet” (P6)

7.3 Medlidandetrötthet innebär en kris med potentiellt värdefulla insikter

Medlidandetrötthet innebär en kris för sjukskötaren, både vad gäller den professionella rollen och som privatperson. Sjukskötaren kan ifrågasätta huruvida medlidandetröttheten är ett för högt pris att betala för ett arbete och hen kan känna en stark oro inför framtiden. En medverkande uttryckte det på följande sätt:

”Så kan jag också fundera ibland är det [arbetet] värt...har det varit värt det [att bli medlidandetrött]?” (P7)

Erfarenheten av medlidandetrötthet kan medföra att sjukskötaren får nya insikter, lär sig självmedlidande och generellt leder den till en inre tillväxt som människa. Så här säger en av de medverkande:

”Det har ju ändå gjort mig mera...ödmjuk...jag måste faktiskt emellanåt stanna upp och försöka liksom lyssna på mig själv...” (P2)

En annan deltagare berättar att medlidandetröttheten gjorde att hen valde utvägen att byta bransch:

”Jag kom sen fram till att jag inte var på rätt plats liksom...som sjukskötare på fältet då...jag tror inte jag kommer att jobba som sjukskötare igen” (P2)

7.4 Medlidandetrötthet kan hanteras genom självvård och fokus på en själv

Sunda levnadsvanor, tid för reflektion, återhämtning och ett socialt nätverk är viktiga aspekter för att sjukskötaren inte skall hamna in i kronisk medlidandetrötthet. En balans mellan vila och motion och reflektion i form av informellt eller professionellt stöd samt en känsla av att det finns en djupare mening eller ett djupare syfte stöder sjukskötaren på vägen tillbaka från medlidandetröttheten. Så här beskriver en deltagare hur man kan hela sig med hjälp av självvård:

"Har det känts som man skulle ha blåmärken i själen men att det far bort med tiden då man tar hand om sig själv" (P3)

Att fokusera på sin inre övertygelse eller religiösa tro kan fungera som ett stöd för att orka hantera medlidandetröttheten. En medverkande berättar så här:

"Har ju en tro nog som jag upplever att har...har gjort...det att jag har klarat av att bära det och klarat av att möta dom här jättetunga känslorna själv och ändå fortsätta..." (P1)

7.5 Uppkomsten av medlidandetrötthet påverkas av livet i sig och mångfacetterade faktorer

Uppkomsten av medlidandetrötthet påverkas av vissa personlighetsdrag så som att man är en grubblare och en känslig människa. Medlidandetrötthet kan även lättare uppkomma ifall personen har väldigt höga krav på sig själv och därmed har svårigheter med att vara självförlåtande. Så här sade en av deltagarna:

"Jag är inte så hemskt bra liksom på att vara självförlåtande" (P2)

Även ifall det vid tidpunkten för uppkomsten av medlidandetrötthet fanns övriga faktorer i personens liv som tog mycket energi kunde det påverka uppkomsten av medlidandetrötthet. Bland annat påverkade det egna måendet, vantrivsel på orten eller de så kallade rusningsåren uppkomsten av medlidandetrötthet. Så här uttryckte en medverkande det:

"Jag själv mådde inte så bra...det hände så mycket kring den tiden att jag inte hann med" (P1)

Faktorer i arbetet kan också påverka uppkomsten av medlidandetrötthet. Ojämn fördelning av arbetsuppgifter, orättvisa och otillräckligt stöd är exempel på dylika faktorer som ledaren i ett kollegium kan påverka. En deltagare beskrev hur ett hårt arbetsklimat kan te sig:

”Känner du nånting [uppstår det känslor hos dej] så är du i fel bransch...det har jag ju också fått höra av min förra arbetsgivare” (P1)

Även otillräckligt stöd från kollegialt håll kan bidra till uppkomst av medlidandetrötthet. Så här sade en medverkande:

”Som jag nu kanske saknar att...har man en sån där känsla av vi-anda...det är ju också ett kollegialt stöd” (P5)

8 Diskussion

Syftet med denna studie var att få en djupare förståelse för hur medlidandetrötthet upplevs av sjukskötare och hur det påverkar sjukskötaren speciellt som person och i professionen. Analysen utmynnade i fem teman.

Den här studien kom fram till att *”Medlidandet är en gåva och en förutsättning för medlidandetrötthet”* och det innebär att förmågan till medlidande är något som krävs för att medlidandetrötthet skall uppstå. Det här går i linje med Figleys (2002) teori dvs. att förmågan till medlidande är grunden för medlidandetrötthet. Duarte et al. (2017a) hävdar att bortom en viss nivå av medlidande blir det en risk för medlidandetrötthet. Det första temat innefattar också att sjukskötarna ser förmågan till medlidande som en gåva och en medfödd egenskap framom en inlärd metod, vilket går i linje med den caritativa vårdteorin (Eriksson, 2018). Bond et al. (2018) konstaterar att ordet medlidande i sig syftar till ett naturligt karaktäristiskt attribut som inte kan läras ut men hävdar dock att det kan utvecklas genom upprepning av beteende som observeras i praktiken.

En annan upptäckt i denna studie är att *”Medlidandetrötthet dränerar sjukskötaren både som professionell och som privatperson”*. Medlidandetröttheten påverkar sjukskötarens förmåga till medlidande och vårdandet upplevs inte längre på samma sätt, sjukskötarna upplever det som att ha blivit berövade på gåvan att lida med. Det här går i linje med Dekesredy et al. (2019) och Finley et al. (2017) där det framkom att sjukskötare som upplevt medlidandetrötthet distanserade sig från patienter som de visste att behövde emotionellt stöd. Dekesredy et al. (2019) kom dessutom fram till att sjukskötarnas beteende blev tuffare och de var mera cyniska i sitt förhållningssätt, det hade blivit ett sätt för dem att skydda sig själva från känslosamma situationer. Samma fenomen hittas i denna studie där sjukskötare upplever medlidandetröttheten som att bära en sköld som skydd. Medlidandetrötthet upplevs i denna

studie ge upphov till många olika känslor, oftast negativa sådana. Sjuksköterna i denna studie upplevde sig otillräckliga och oäkta i mötet med den lidande patienten. Detta stöds av Finley et al. (2017) som konstaterade att sjuksköterna kände känslor av skuld över sin medlidandetrötthet. Duarte et al. (2017b) konstaterade att sjukskötare som undvek att konfrontera negativa känslor i större utsträckning riskerade bli medlidandetrötta.

Medlidandetrötthet kan ha konsekvenser för professionen (Arimon-Pages et al., 2019; Kelly et al., 2017). Enligt Kelly et al. (2017) hade en betydande del av sjuksköterna som upplevt medlidandetrötthet haft tankar på att byta bransch någon gång under sin karriär. Yang et al. (2016) däremot fann inget samband, varken direkt eller indirekt, mellan medlidandetrötthet och tanke om att byta arbetsplats eller bransch. Resultatet från denna studie påvisar att sjukskötare både byter bransch och har ökad frånvaro. Ökad frånvaro pga. medlidandetrötthet fann även Sinclair et al. (2017).

Den här studien visade att den ork och energi som fanns kvar då sjuksköterna var medlidandetrötta använde de i första hand till arbetet. De upplevde att de klarade av arbetsdagen men att fritiden påverkades av tröttheten. Detta ledde till avhållsamhet från aktiviteter med påföljden att det sociala livet blev lidande. Liknande fynd kom Finley et al. (2017) fram till, sjuksköterna i den studien upplevde att de efter en arbetsdag var så utmattade att de isolerade sig. Resultatet i denna studie påvisade även att sjuksköterna upplevde skuld över att familjen blev lidande av medlidandetröttheten. Detta stöds av både Dekesredy et al. (2019) och Wentzel et al. (2019) som kom fram till att medlidandetröttheten påverkade familjen negativt.

Den här studien avslöjade också att medlidandetröttheten påverkade sjuksköternas hälsa genom fysiska, psykiska och beteendemässiga problem. Tröttheten som sjuksköterna upplevde var ingen vanlig trötthet utan en djup och svepande trötthet som inte gick om med att sova. Nolte et al. (2017) kallade denna trötthet som att vara sliten och beskrev att tröttheten ledde till en tomhets känsla. Wentzel et al. (2019) beskriver tröttheten som inte bara fysisk utan som en känslotrötthet.

Ett annat resultat i den här studien är att *”Medlidandetrötthet innebär en kris med potentiellt värdefulla insikter”*. Denna kris påverkar sjukskötaren både i den professionella rollen och som privatperson. Sjuksköterna uttrycker tvivel om sin profession och känner oro inför framtiden. Några deltagare i studien hade haft tankar på att byta arbetsplats och några hade bytt bransch som följd av medlidandetröttheten.

Peters (2018) fann att medlidandetrötthet leder till tvivel vad gäller de egna värderingarna och tankar om att lämna vårddyrket. Fukumori et al. (2018) påvisade att sjukskötare som upplever medlidandetrötthet kan grubbla över varför de valt sjukskötyrket. Wentzel et al. (2019) konstaterar att med tiden blir sjukskötaren som varit medlidandetrött starkare, vilket stöder resultatet från denna studie där det framkommer att medlidandetröttheten kan ge nya erfarenheter och stöda en personlig tillväxt. En sjukskötare som erfarit medlidandetrötthet kan med andra ord lättare känna igen symptom och som Wiklund-Gustin (2017a) påstår är det nödvändigt att reagera på tidiga symptom på medlidandetrötthet och se dem som ett alarmsystem.

Resultatet i denna studie påvisar att *”Medlidandetrötthet kan hanteras genom självvård och fokus på en själv”* och belyser vad som hjälpt sjuksköterna tillbaka från medlidandetröttheten. Sunda levnadsvanor, tid att begrunda och återhämta sig och genom stöd från ett socialt nätverk har sjuksköterna tagit sig ur medlidandetröttheten. Nolte et al. (2017) beskriver bl.a. att motion, reflektion och sociala relationer hjälper vid återhämtningen men tar också fasta på ett andligt utlopp som hjälp. I denna studie framkommer också att en religiös tro kan utgöra ett stöd.

Den här studien visade att *”Uppkomsten av medlidandetrötthet påverkas av livet i sig och mångfacetterade faktorer”*. Resultatet är i samma linje som Durkin et al. (2016) som konstaterade att personer med högra krav på sig själv har svårt att vara självförlåtande och har därmed större risk för medlidandetrötthet. I denna studie framkommer att vissa personlighetsdrag kan vara potentiella orsaker till medlidandetrötthet. Craigie et al. (2016) pekar på explicit negativa personlighetsdrag som risk för medlidandetrötthet, medan resultatet från denna studie tyder på personlighetsdrag så som att vara en känslomänniska eller en grubblare. Duarte et al. (2016) hävdar att en tendens att vara självkritisk är en risk för medlidandetrötthet, vilket stöder resultatet från denna studie. Sjuksköterna i denna studie konstaterar att tidpunkten i livet och det egna måendet vid tillfället kan påverka uppkomsten av medlidandetrötthet. Detta stöds av Figley (1995) som talar om ”övriga livs krav” dvs. att medlidandetröttheten påverkas av andra krav som sjuksköteren för tillfället står under. Resultatet i denna studie pekar på faktorer i arbetsorganisationen och arbetsgemenskapen som möjliga orsaker till uppkomsten av medlidandetrötthet. Nolte et al. (2017) kom fram till att orsaker till medlidandetrötthet står att finna i arbetsmiljön. Både Chen et al. (2018) och Balinbin et al. (2020) poängterar att det krävs strategier som främjar de kollegiala relationerna. Istället för att släcka bränder är det skäl att ledningen satsar preventivt och proaktivt för att minska risken för medlidandetrötthet (Kolthoff et al., 2017).

Resultatet från denna studie påvisar att det kan råda ett hårt klimat på arbetsplatsen och det stöds av Brint (2017) som beskriver hur det på många arbetsplatser råder en stoisk kultur.

9 Metodologiska överväganden

En begränsning till denna studie kan vara det faktum att den omfattade endast kvinnliga deltagare, om det hade funnits manliga deltagare kan resultaten eventuellt ha skilt sig åt. För att stärka studiens trovärdighet har ett försök att svara på krav på tillförlitlighet, trovärdighet och överförbarhet gjorts. För att få trovärdighet i urvalet av deltagare hade alla deltagare upplevt medlidandetrötthet. Antalet deltagare anses vara tillräckligt för en kvalitativ studiedesign. De flesta av deltagarna hade betydande arbetserfarenhet. Trovärdighet i analysen har eftersträvats genom att belysa analysstegen genomgående och genom utdrag av analysen. Dessutom har dataanalysen genomförts i nära samarbete med medförfattaren, som är en erfaren forskare inom kvalitativa metoder. Författarna diskuterade och kom överens om de slutgiltiga teman. Beskrivande citat har använts för att svara på kraven på tillförlitlighet i resultatet. För att stärka tillförlitligheten har en strävan varit att ge en tydlig och omfattande beskrivning av det metodiska förfarandet. Målet med strävan efter trovärdighet var att få överförbara resultat som kan tillämpas inom alla social- och hälsovårdsområden.

10 Avslutning

Eftersom ett gap i litteraturen gällande upplevelserna av medlidandetrötthet konstaterats, fanns det behov för en studie om hur medlidandetrötthet upplevs och påverkar sjukskötarna. Senast publicerade forskning gällande upplevelser är från 2018 och med den takt som vårdverkligheten förändras finns det ett behov att undersöka hur sjukskötare idag upplever medlidandetrötthet och speciellt hur det påverkar hen i professionen men också som person. Det är också intressant med en inhemsk studie i detta ämne.

Enligt den här studien förutsätter medlidandetröttheten en förmåga till medlidande hos sjukskötaren och medlidande ses som ett naturligt attribut hos sjukskötaren men också som en gåva. Medlidandetröttheten innebär en kris för sjukskötaren både som person och som professionell. Medlidandetrötthet berövar sjukskötaren på gåvan att lida med och sätter märken på förmågan att lindra lidande. Sjukskötarens hälsa påverkas av medlidandetröttheten och tröttheten är inte bara fysisk utan även emotionell och social. Tröttheten tynger sjukskötarens själ. Fritiden påverkas främst eftersom sjukskötarens lägger all tillgänglig energi på arbetet men också familj och vänner påverkas negativt av medlidandetrötthet. Medlidandetrötthet ger upphov till negativa känslor så som skuld, skam och ilska och det får konsekvenser för både personen och professionen. Konsekvenserna innebär att mötet med patienten påverkas men också frånvaro och till och med byte av arbetsplats och bransch kan medlidandetröttheten leda till. Erfarenheten av medlidandetrötthet kan dock vändas till något positivt och bidra till personlig tillväxt. Orsaken till medlidandetrötthet står att finna i många olika faktorer, genom fokus på självvård kan sjukskötare komma ur det. Medlidandetrötthet beskrivs som att få blåmärken i själen, det är smärtsamt men med tiden bleknar det liksom blåmärken gör. Ett blåmärke lämnar dock en varsamhet hos sjukskötare som kan påverka framtida mötet med en lidande patient.

Studien har bidragit till en ökad förståelse för medlidandetröttheten som fenomen och kan hjälpa ledare att stöda medarbetare som drabbats. Kunskap om medlidandetrötthet är viktigt i förebyggande syfte (Adimando, 2018; Nolte et al., 2017; Sinclair et al., 2017) och resultatet från denna studie kan stöda den kunskapen. Denna studie kan ligga som grund för fortsatt forskning. I framtiden vore det intressant att undersöka om den rådande pandemin påverkat medlidandetröttheten hos sjukskötare och i så fall på vilket sätt.

Litteraturförteckning

Adimando, A. (2018). Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-care. An educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36 (4), 304 – 317.

Alharbi, J., Jackson, D. & Usher, K. (2019). Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Health Science*, 22, 20 – 27.

Arimon-Pages, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernandez-Ortega, P. & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicenter study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43.

Aulankoski, S. & Lundahl, M. (2018). *Voimat takaisin. Tietoa ja dialogia työuupumuksesta*. Helsinki: Duodecim.

Balinbin, C.B.V., Balatbat, K.T.R., Balayan, A.N.B., Balcueva, M.I.C., Balicat, M.G.B., Balidoy, T.A.S., Macindo, J.R.B. & Torres, G.C.S. (2020). Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 955–963.

Bond, C., Stacey, G., Field-Richards, S., Callaghan, P., Keeley, P., Lymn, J., Redsell, S. & Spiby, H. (2018). The concept of compassion within UK media-generated discourse: A corpus-informed analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3081–3090.

Brint, S. (2017). Obligated to care. A Personal Narrative of Compassion Fatigue in an Oncology Nurse. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 296 – 309.

Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., Manthorpe, J. & Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working

life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Services Research*, 17 (755), 2 – 11.

Chen, Y-P., Tsai, J-M., Lu, M-H., Lin, L-M., Lu, C-H & Wang, K-W.K. (2017). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1180 – 1188.

Coetzee, S.K. & Laschinger, H.K.S. (2017). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, 20, 4 – 15.

Craigie, M., Osseiran-Moisson, R., Hensworth, D., Aoun, S., Francis, K., Brown, J., Hegney, D. & Rees, C. (2018). The Influence of Trait-Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 88 – 97.

Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M. & Gilbert, P. (2014). The Design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3589 – 3599.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Dekeseredy, P., Kurtz Landy, C.M. & Sedney, C.L. (2019). An Exploration of Work Related Stressors Experienced by Rural Emergency Nurses. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 19(2).

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1 – 11.

Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017a). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114 – 121.

Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing research*, 35, 42 – 47.

Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C.J. & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109 – 114.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107 – 115.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden. Samlingsverk av Katie Eriksson.* Stockholm: Liber.

Eriksson, K. & Bergbom, I. (2017). Begrepp och begreppsbildning inom vårdvetenskap som disciplin. I: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Brunner/Mazel: Brunner-Routledge cop, New York.

Figley C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.

Finley, B.A. & Sheppard, K.G. (2017). Compassion fatigue. Exploring early-career oncology nurses' experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (3), E61 – E66.

Flanders, S., Hampton, D., Missi, P., Ipsan, C. & Gruebbel, C. (2020). Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 1 – 4.

Forskningsetiska delegationen, (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtad: 23.3.2020, från:

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Fukumori, T., Miyazaki, A., Takaba, C., Taniguchi, S. & Asai, M. (2018). Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: A qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue. *Psycho-Oncology*, 27, 620 – 625.

Fukumori, T., Miyazaki, A., Takaba, C., Taniguchi, S. & Asai, M. (2020), Traumatic Events Among Cancer Patients That Lead to Compassion Fatigue in Nurses: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(2), 254 – 260.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105 – 112.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hezewi, J.A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343 -350.

Isdal, P. (2017). *Medkänslans pris. Om sekundärtraumatisering, compassion fatigue och utbrändhet hos yrkesverksamma*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Jakimowich, S., Perry, L. & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31, 396 – 405.

Jakel, P., Kenney, J., Ludan, N., Miller, P.S., McNair, N., Matesic, E. (2016). Effects of the Use of the Provider Resilience Mobile Application in Reducing Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), 611 – 616.

Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T. & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry, 17*(13).

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 116 – 122.

Kelly, L.A. & Lefton, C. (2017). Effect of Meaningful Recognition on Critical Care Nurses' Compassion Fatigue. *American Journal of Critical Care, 26* (6), 438 – 444.

Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D. & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health sciences*.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kolthoff, K.L. & Hickman, S.E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*, 106 – 109.

Nissinen, L. (2012). *Rajansa kaikella. Miten estää myötätuntouupuminen?* Helsinki: Edita.

Nolte, A.GW., Downing, C., Temane, A. & Gastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4364 – 4378.

Norstedt svensk ordbok (u.å). Sökt 12.02.2020, från: <https://mot-kielikone.fi.ezproxy.vasa.abo.fi/mot/OBOAKA/netmot.exe?UI=sv80&dic=19>

O'Callaghan, E.L., Lam, L., Cant, R. & Moss, C. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International Emergency Nursing, 48*.

Oermann, M. H. & Hays, J.C. (2019). *Writing for Publication in Nursing*. Fourth Edition. New York: Springer Publishing Company.

Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum, 53*, 466 – 480.

Polgar, S. & Thomas, S. (2020). *Introduction to Research in the Health Sciences*. Seventh Edition. Elsevier.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Tenth Edition. Wolters Kluwer Health.

Ruiz- Fernandez, M.D., Perez-Garcia, E. & Ortega-Galan, A.M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.

Sacco, T.L., Ciurzynski, S.M., Harvey, M.E. & Ingersoll, G.L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35 (4), 32 – 42.

Saunders, J. (2015). Compassion. *Clinical Medicine*, 15 (2), 121 – 124.

Schantz, M.L. (2007). Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, (42), 2, 48 – 55.

Shahar, I., Asher, I. & Natan, B.M. (2019). Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nursing & Health Science*, 21, 291 – 296.

Sheppard, K. (2016). Compassion fatigue: Are you at risk? *American Nurse Today*, 11(1), 53 – 55.

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R. (2017). An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 557 – 563.

Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Applied Nursing Research*, 44, 97 – 99.

Svenska Akademiens Ordbok (u.å). Hittas: <https://www.saob.se/> Sökt: 12.02.2020

Tahghigi, M., Brown, J.A., Breen, L.J., Kane, R., Hegney, D. & Rees, C.S. (2019), A comparison of nurse shift workers' and non-shift workers' psychological functioning and resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 2570 – 2578.

Wang, J., Okolo, C.T.C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L. & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-Sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 102.

Wentzel, D. & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), E124 – E140.

Wentzel, D., Collins, A. & Brysiewicz, P. (2019). Describing compassion fatigue from the perspective of oncology nurses in Durban, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 24, Article number a1279

Wiklund Gustin, L. (2017a). Compassion for self and others as key aspects of well-being in changing times. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 427 – 433.

Wiklund Gustin, L. (2017b). Medlidande och ”compassion”. I: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wu, S., Sing-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G. & Su, Y. (2017). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing*, 43(4), E161 – E169.

Wylde, C., Mahrer, N.E., Meyer, R.M.L & Gold, J. I. (2017) Mindfulness for Novice Pediatric Nurses: Smartphone Application Versus Traditional Intervention. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 205 – 212.

Yang, Y.H. & Kim, J.K. (2016). Factors Influencing Turnover Intention in Clinical Nurses: Compassion fatigue, Coping, Social Support, and Job Satisfaction. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(5), 562 – 569.

Yu, H., Jiang, A. & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of nursing Studies*, 57, 28 -38.

Zajac, L.M., Moran, K.J. & Groh, C.J. (2017). Confronting Compassion Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(4), 446 – 453.

Zhang, Y-Y., Zhang, C., Han, X-R, Li, W. & Wang, Y-L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26).

Rekryteringsannons

Bilaga 1.



”Costs of caring” – då
medlidandet blir utmattande för
sjukskötaren.

Är du sjukskötare (eller med motsvarande utbildning) som någon gång blivit så trött av medlidandet att du kanske känt dej *sliten som människa, hopplös i att inge hopp, bedövad på känslor, känt skam över din privata lycka eller distanserat dig från emotionellt krävande patienter i rädsla av att bli totalt utmattad?*

Då har du antagligen upplevt medlidandetrötthet (kallas också för empatitrötthet och medkänslotrötthet). Medlidandetrötthet kan ses som en naturlig reaktion i en situation där stressen är för hög jämfört med de egna resurserna. Medlidandetrötthet innebär att din önskan om att hjälpa inte minskar men engagemanget för patientens lidande bryts ned och leder slutligen till utmattning.

Kan Du tänka dig att berätta om Dina upplevelser och erfarenheter i en individuell intervju (videointervju är också möjlig) med mig? I så fall - ta kontakt med mig för mera information. Jag skriver min magisteravhandling i vårdvetenskap vid Åbo Akademi om ämnet medlidandetrötthet.

Deltagandet är frivilligt, anonymt och Du binder dig inte till något om du kontaktar mig för mera information. *Kunskap om medlidandetrötthet är ett sätt att förebygga det och för att bidra till kunskapen behövs förståelse för hur medlidandetrötthet upplevs.* Din medverkan i denna studie är därför viktig.

Ring, skicka meddelande per sms/WhatsApp/messenger eller mejla mig.
Tove Gustafsson 040 57 46 887, tove.m.gustafsson@abo.fi”

Ekenäs, 14.4.2020

Anhållan om forskningsetiskt lov

Undertecknad ansöker härmed om tillstånd att under år 2020 få genomföra intervjuer med 6-10 sjukskötare (eller personer med motsvarande utbildning) som har upplevt medlidandetrötthet.

Undertecknad studerar till magister i hälsovetenskaper vid Åbo Akademi, fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier. Magisteravhandlingen i vårdvetenskap skrivs i form av en engelskspråkig vetenskaplig artikel i samarbete med handledare Jessica Hemberg. Målet är att artikeln publiceras i en internationell vetenskaplig tidskrift. Temat för artikeln är hur medlidandetrötthet upplevs av sjukskötaren och hur det påverkar hen i sin profession men också som person.

Artikeln består av en översikt av den rådande kunskapen gällande medlidandetrötthet och en empirisk del där sjukskötare intervjuas gällande de erfarenheter och upplevelser de har om den egna medlidandetröttheten.

Datansamlingsmetoden för den empiriska delen består av semistrukturerade intervjuer. Forskningsdeltagarna rekryteras dels genom flyers som publiceras på sociala medier, dels genom att rikta sig med informationsbrev till företagshälsovårdens enheter och primärvårdsvårdenheter i en stad i södra Finland. De sjukskötare som upplevt medlidandetrötthet och som är intresserade av att delta ombeds kontakta undertecknad på basen av de kontaktuppgifter som framgår ur flyers eller informationsbrev. De intresserade forskningsdeltagarna får efter det brev per e-post med inbjudan och närmare information om forskningen. Därefter är det upp till forskningsdeltagarna att själva bestämma om huruvida de vill medverka och de kontakter undertecknad ifall de ställer sig positiva till att delta i forskningen. Intervjuerna utförs enskilt och beräknas ta ca 60–90 minuter per deltagare. Intervjuerna bandas in. Allt ljud- och textmaterial behandlas konfidentiellt och ingen av forskningsdeltagarnas identitet avslöjas för andra än undertecknad och handledaren. Deltagandet i intervjun är frivilligt. Forskningsdeltagarna informeras om intervjuens genomförande och hur materialet används och förvaras och forskningsdeltagarna undertecknar ett informerat samtycke innan deltagandet i forskningen. Inger personregister bedöms behövas för denna studie, eftersom personerna inte kommer att kontaktas i efterskott. Etiken intar en mycket central roll i forskningen och den forskningsetiska delegationens riktlinjer för god vetenskaplig praxis¹ iaktas under processens alla skeden. Forskningsetiken är central speciellt under intervjuerna där forskningsdeltagarna ombeds berätta om eventuellt känsliga aspekter ur sitt liv. Medlidandetrötthet kan nämligen innebära en likgiltighet inför en annan människas lidande, att ha upplevt det kan orsaka känslor av skam och skuld då forskningsdeltagarna berättar om sina upplevelser. Ett etiskt förfaringssätt av undertecknad blir essentiellt för att inte skada eller orsaka psykisk olägenhet hos forskningsdeltagarna genom de frågor som ställs. Ett dylikt förfaringssätt innebär att bemöta forskningsdeltagarna med empati, respekt och genom att betona och beakta deras autonomi. Undertecknad har 20 års erfarenhet av kliniskt patientarbete och har arbetat en stor del inom palliativa vården där känsliga och existentiella frågor fått ta plats, därmed har undertecknad god beredskap att med varsamhet på grund av det känsliga temaområdet genomföra intervjuerna. Vid behov kan tilläggsinformation ges.

Högaktningsfullt,

Tove Gustafsson

Magisterstuderande, sjukskötare
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Enheten för vårdvetenskap
Åbo Akademi
Tfn 040- 5746887
tove.m.gustafsson@abo.fi

Handledare Jessica Hemberg

docent i vårdvetenskap
universitetslärare i vårdvetenskap
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Enheten för vårdvetenskap
Åbo Akademi
Tfn 050 – 3395688
jessica.hemberg@abo.fi

¹ Forskningsetiska delegationen, 2012, 2019

Intervjuguide – Medlidandetrötthet (Riktat till sjukskötare inom vården i Finland)

Huvudfokus: hur medlidandetrötthet upplevs och erfars av sjukskötare. Hur medlidandetrötthet påverkat sjukskötaren i sin profession och som person.

Muntlig information till forskningspersonen**Intervjun inleds:****Bakgrundsinformation i blanketten.**

1. **Kan du berätta hur du berörs av andras lidande?**
2. Vad **tänker du på** när du hör begreppet **medlidandetrötthet** (eller empatitrötthet eller medkänslotrötthet)?
3. Vill du berätta om dina **upplevelser om medlidandetrötthet**? Hur tog det sig **uttryck**? Har du varit på gränsen till utmattning eller rentav varit utmattad? Hur var det?
4. Kopplar du medlidandetröttheten till **någon specifik situation eller något visst sammanhang**?
5. Vilka **känslor gav medlidandetröttheten** upphov till hos dig?
6. Upplevde du **fysiska symptom**? Hurudana? Upplevde du **psykiska symptom**? Hurudana? **Förändrades ditt beteende** på något vis av medlidandetröttheten? Förändringar i privatlivet?
7. Vilka **känslor väcker det hos dig att du har haft symptom av medlidandetrötthet**?
8. Kände du någonsin en **oförmåga till medlidande**? Om ja, hur kändes det? Om inte, kan du förstå att en sådan situation kunde uppstå? Berätta mer!
9. De känslor du upplevde av medlidandetröttheten – hur **påverkade de** dig i arbetet? Påverkade de dig också som privatperson? På vilket sätt? Hur kändes det att de påverkade? Berätta!
10. Vilka **orsaker** tror du att hade betydelse för din medlidandetrötthet? **Arbetsplatsen**? Andra orsaker? Hur mycket anser du att **de andra kraven i livet** påverkar dig i din profession? **Kan du se samband mellan ditt liv i allmänhet och medlidandetröttheten**?
11. Har medlidandetröttheten **påverkat dig som sjukskötare**? På vilket sätt?
12. Har medlidandetröttheten **påverkat dig som person**? På vilket sätt?
13. Vad slags **hjälp fick du under tiden du var medlidandetrött**? Hur kom du ur det? Hur kändes det att inte få hjälp, att inte söka hjälp, den hjälp som du fick? Hade du någon att prata med? Gjorde du det, sökte du hjälp? Hade du kraft att prata om det?
14. Vad tror du kunde **ha underlättat för dig** att inte bli medlidandetrött? Vad skulle du önska(t) eller behöva(t)? Vad kunde hjälpt dig, organisatoriskt, personligt, utbildningsmässigt eller övrigt?
15. Funderade du (funderar) på att **byta arbetsplats eller att lämna yrket**? Om ja, vilka känslor väcker det i dig? På vilket sätt känns det annorlunda av bytet? Tänker du att du vill återgå till yrket? Vad måste vara annorlunda för att du skall återgå?

Avslutningsvis:

Hur skulle du **vilja sammanfatta det du sagt idag**?

Vad speciellt vill du lyfta fram om du bara skulle få **välja en sak att återge av allt** det som du sagt idag, vad skulle då vara det viktigaste att nämna?

TACK för tiden och för möjligheten att ha fått tagit del av dina tankar!