

Kandidatnummer: 1529

**BSYBAC\_6**

# **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Omsorgstretthet blant sykepleiere



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 03.01.2023*

*Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

*Livet har visse grenser som livet med det andre mennesket setter. Grensene settes nettopp fordi det menneskelige liv i seg selv er strukturert og innholdsmessig bestemt, uavhengig av vår bearbeidelse.*

*Mennesket er ikke et grenseløst råstoff som først får skikkelse og form som kulturelt liv. Livet må ha en kulturell form, en den formen livet har i seg selv kan ikke alltid gjøres til kultur. Det skapte livs førkulturelle form er ikke vår prestasjon.*

*Moral og etikk er knyttet til de menneskelige relasjonene. I dem trer livsytringen frem. Livsytringene omfatter tjeneste, barmhjertighet, å gi og å tilgi, medfølelse, tillit, åpen tale og håp eller med andre ord det å vise nestekjærlighet. Vi er forbundet med hverandre med en fordring om å dra omsorg for det av den andres liv som forbundetheten prisgir oss.*

*Det er ut fra de relasjonene vi inngår i til hverandre i konkrete situasjoner, at den etiske fordring får sitt innhold ... vi skal være åpne og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som en vurderer tilstanden faglig. Medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapene når vi handler riktig og godt mot den andre.*

*Det faglige skjønnet har to hovedkomponenter; en følsom åpenhet som gjør at en ser appellen om livsmot i den andres lidelse, og det å bruke fagligheten for å kunne forstå og handle godt for og sammen med ham, å få frem pasientens fundamentale livssammenheng – vedkommende lidelses- og livshistorie. Det er gjennom dette at vi kan få livsmotet frem hos den andre!*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Å arbeide innenfor omsorg innebærer en risiko for å utvikle omsorgstretthet, et resultat av langvarig påkjenninger av stress relatert til omsorgsyirket. Sykepleiere er utsatt for omsorgstretthet grunnet arbeidsansvar, pasientinteraksjoner og personlige egenskaper. Fenomenet omsorgstretthet forekommer, det har fått lite fokus og vært et tema lagt i tabu. Denne oppgaven ønsket å belyse dette fenomenet, se på årsaksfaktorer, samt tiltak for å øke omsorgstilfredshet.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å finne litteratur og forskning som belyste temaet omsorgstretthet, og ga økt kunnskap og forståelse av fenomenet blant sykepleiere.

**Metode:** En litteraturstudie der 6 utvalgte kvantitative forskningsartikler ble analysert etter analyseringsmodellen til Friberg (2017). I tillegg er relevante artikler og faglitteratur anvendt. Alle artikler ble søkt opp i ORIA for fagfellellevurdering. I tillegg ble alle tidsskriftene der hver enkelt forskningsartikkel var publisert søkt opp på NSD – Register over vitenskapelige publiseringskanaler for å sjekke om tidsskriftet holdt nivå 1 eller 2.

**Resultat:** De utvalgte forskningsartiklene viser at omsorgstretthet er signifikant forbundet med sykepleiere som i sitt daglige virke må yte omsorg, empati og medfølelse for pasienter i sorg og lidelse. Stressfaktorer på arbeidsplassen kan bidra til utbrenthet og sekundært traumatisk stress. Negativ belastning privat påvirker også inn på sykepleierens arbeidshverdag. Risikofaktorer som dårlig arbeidsmiljø, økt ansvar, dårlig relasjon til kollegaer og turnusarbeid er med på å øke faren for økte nivåer av omsorgstretthet. Særlig utsatt er nyutdannede, kvinner, personell med høyere utdanning og de som tidligere har opplevd traumatiske lidelser. Eldre personell med økt erfaring rapporterer om lavere nivåer av omsorgstretthet, og høyere nivåer av omsorgstilfredshet. Økt omsorgstilfredshet ble også funnet hos sykepleiere som jobber med barn, de som arbeider på akutt/ intensivavdeling og de som har mestringsstrategier innarbeidet. Økte nivåer av omsorgstilfredshet var signifikant forbundet med lavere nivåer av omsorgstretthet. Omsorgstretthet er et fenomen som kan forekomme blant alle sykepleiere uavhengig av type profesjon, pasientgruppe eller avdeling. Utbrenthet og sekundært traumatisk stress er tilstander som må tas på alvor for å hindre videre utvikling til omsorgstretthet. Økte nivåer av omsorgstretthet er signifikant forbundet til økt turnover blant sykepleiere. For å bekjempe omsorgstretthet blant sykepleiere må det settes søkelys på individuelle, profesjonelle og organisatoriske faktorer. Den enkelte sykepleier må få opplæring i mestringsstrategier og egenomsorg, ansatte sammen må sørge for et godt arbeidsmiljø og kollegastøtte. Ledere må iverksette profesjonell ivaretagelse av sine medarbeidere og fremme positiv profesjonell livskvalitet. Organisasjonen må iverksette strategier for å ivareta personell og arbeidsplass i henhold til lov og retningslinjer, for å redusere turnover, begrense organisasjonskostnader og forbedre pasientbehandlingen.

**Nøkkelord:** omsorgstretthet, utbrenthet, sekundært traumatisk stress, omsorgstilfredshet og profesjonell livskvalitet.

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Begrepsavklaringer.....	7
1.3 Problemstilling .....	8
1.4 Hensikt .....	8
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	9
2.1 Omsorgsteori .....	9
2.1 Omsorgstretthet/ Compassion fatigue .....	10
2.4 Utbrenthet og Sekundært traumatisk stress .....	11
2.5 Omsorgstilfredshet/ Compassion satisfaction, CS .....	12
2.5 Profesjonell livskvalitet/ Professional quality of life ProQOL.....	14
2.5.1 <i>Professional Quality of Life Scale (ProQOL scale)</i> .....	14
<b>3.0 METODE</b> .....	15
3.1 Valg av metode.....	15
3.2 Litteratursøk .....	16
3.2.1 <i>Søkestrategier, søkeord og databaser</i> .....	16
3.3 Valg av artikler og presentasjon av artikler.....	17
3.4 Analyse.....	19
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	20
4.1 Fenomen og forekomst.....	20
4.1.1 <i>Sammenligning mellom nivå og gruppe</i> .....	20
4.1.2 <i>Kunnskap og alvorlighetsgrad</i> .....	21
4.1.3 <i>Turnover blant sykepleiere</i> .....	22
4.2 Risikofaktorer og stressfaktorer .....	22
4.2.1 <i>Empati og sorg</i> .....	22
4.2.3 <i>Jobbfaktorer</i> .....	23
4.3 Mestringsressurser og strategier .....	24
4.3.1 <i>Kvalitetsforbedringsprogram og egenomsorg</i> .....	24
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	25
5.1 Metodediskusjon .....	25
5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 <i>Omsorg og lidelse – å hjelpe til det gjør vondt</i> .....	26
5.2.2 <i>Risikofaktorer for omsorgstretthet</i> .....	27
5.2.3 <i>Demografi, profesjon og ansiennitet</i> .....	30

5.2.4 Profesjonelle og organisatoriske strategier .....	32
5.2.5 Selvivaretakelse, mestringsressurser og egenomsorg .....	33
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
6.1 Implikasjoner for praksis .....	37
<b>Referanseliste</b> .....	<b>38</b>
Vedlegg 1: Søkelogg .....	41
Vedlegg 2: Litteratormatrise .....	42

Antall ord: 7980

## 1.0 INNLEDNING

Arbeidsmiljøloven skal regulere et godt arbeidsmiljø for den enkelte arbeidstaker der arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4.1). Ansatte har også et ansvar til å medvirke til utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse- miljø- og sikkerhetsarbeid (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2-3). Dette må samtidig stå i samsvar med lovverket som helsepersonellet er underlagt der en skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidskarakter og situasjon (Helsepersonelloven, 2001, § 4)

Å forholde seg til mennesker i problematiske livssituasjoner er krevende, følelsesmessig sett. Slike situasjoner kan handle om å yte omsorg for terminalt syke, pasienter med smerter, eller pasienter som opplever sorg og tap. Sykepleieren må bruke seg selv, sin egen personlighet og egne følelser i samhandlingen mellom pasienten og pårørende. En sykepleier har med seg sine personlige ressurser i form av fysisk, følelsesmessig og mental kapasitet, i tillegg til kunnskap og ferdigheter inn i yrkeslivet (Kristoffersen et al, kap.1, 2005).

Hjelperens egne psykiske vansker eller reaksjoner har vært et stort tabu, det har i liten grad blitt snakket om, det har ikke vært tatt opp i undervisningen til helsearbeidere, og det har knapt nok blitt skrevet om i Norge (Isdal, 2018, s.19) Sykefraværet i Norge tredje kvartal 2022 er høyest innen helse- og omsorgstjenesten 7,8 % (ssb, 2022). Statistikken sier ingenting om årsaker, men en måte å tolke det på er at det å arbeide med mennesker er det meste helsefarlige arbeidet som finnes (Isdal, 2018, s.18).

Å jobbe innenfor omsorg innebærer en risiko for å utvikle omsorgstretthet. Det er høyst nødvendig at helsepersonell finner balansen mellom omsorg for pasienten og omsorg for seg selv. Å gjenkjenne fare for omsorgstretthet og hva en kan gjøre, kan styrke helsearbeidere i arbeid med pasienter. Ansvar for å forebygge omsorgstretthet ligger både på organisasjons- og individnivå (Sandanger, 2018).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudent har en lært å utøve sykepleiefaget på en faglig forsvarlig måte – det å gi helhetlig omsorg og sette pasientens behov først. Vi har lært og erfart at det å være en sykepleier innebærer å jobbe i et tverrfaglig miljø med krevende omsorgsoppgaver, avanserte prosedyrer, økt arbeidsbelastning, stressende arbeidsmiljø og turnusarbeid. Vi har lært å utøve sensibilitet og medfølelse – å se pasientens lidelse, vise empati, fremme håp og vise støtte i sorg. Alt dette i tillegg til faglig forsvarlig sykepleie i henhold til retningslinjer, prosedyrer og lovverk.

Men hva med sykepleierens egen helse og det å ivareta seg selv for å mestre yrket? Hvilke risikoer løper for den enkelte sykepleier som over tid innehar et yrke preget av tunge arbeidsoppgaver, høyt arbeidspress, stort ansvar og sterke inntrykk i møte med pasienter?

En hører om begreper som «møtt veggen» og «glasset ble fullt», vi erfarer at medarbeider slutter eller velger andre typer jobber. Vi hører også om dem som «brenner for yrket» og «står i jobben», de som er sterke og holder ut.

Begreper som utbrenthet og utmattelse er kjente fenomen, mens sekundært traumatisk stress og omsorgstretthet er relativt nye eller ukjente begrep. Omsorgstilfredshet er heller ikke et begrep som blir brukt i vårt daglige virke i helsetjenesten. Og begrepene blir ofte brukt om hverandre, feil eller i en annen betydning. Omsorgstretthet «compassion fatigue» var et uttrykk jeg tilfeldigvis kom over i et utenlandstidsskrift i forbindelse med helsearbeidere og utbrenthet. Et videre dypdykk viser at fenomenet forekommer, det har fått lite fokus og vært et tema lagt i tabu. I denne oppgaven fokuseres det først og fremst på omsorgstretthet, men det tas også med omsorgstilfredshet som er det omvendte fenomen. Det blir også tatt med individuelle og organisatoriske tiltak for å bekjempe omsorgstretthet, dette for å gi oppgaven sin fulle helhet omkring temaet.

## 1.2 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven settes det søkelys på omsorgstretthet – et begrep som også kalles medfølelsetretthet eller bare bruk av det engelske ordet compassion fatigue som jeg i oppgaven har valgt å forkortelsen til CF.

For å forstå CF må en også ta med subskalaene utbrenthet (burnout, forkortet til BO) og sekundært traumatisk stress (secondary traumatic stress, forkortet til STS).

Omsorgstilfredshet/ medlidenhetstilfredshet som på engelsk heter compassion satisfaction forkortes i oppgaven til CS.

I oppgaven nevnes også Profesjonell livskvalitet - Professional Quality of Life som forkortes til ProQOL. I oppgavens utvalgte forskningsartikler omtales ProQOL scale som er et spørreskjema for mål på CF, CS, BO og STS.

### 1.3 Problemstilling

***Omsorgstretthet blant sykepleiere – omsorgshjelpens bakside?***

### 1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven å få økt kunnskap om temaet omsorgstretthet blant sykepleiere.



## 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

*“Compassion is a feeling of deep sympathy and sorrow for another who is stricken by suffering or misfortune, accompanied by a strong desire to alleviate the pain and remove its cause”* Figley (1995)

“Compassion” er hjelperen i oss, det er vår empati, vårt personlige engasjement, vår involvering, vår kjærlighet til mennesker og vårt genuine ønske om å hjelpe, trøste, lindre og helbrede (Isdal, 2018 s. 133)

Omsorgstretthet (CF) ble først introdusert i forbindelse med studier av utbrenthet blant sykepleiere, men det ble aldri definert innenfor denne konteksten. Det har siden blitt vedtatt som et synonym for STS, som er fjernt fra den opprinnelige betydningen av begrepet (Coetzee & Klopper, 2010).

CF utvikler seg fra en tilstand av omsorgsubehag til omsorgsstress, og hvis den ikke utslettes i sine tidlige stadier kan det permanent endre sykepleierens medfølende evne. CF kan være skadelige for helsepersonellens mentale og fysiske helse, effektivitet og kvalitet på pasientomsorgen. Selv om mange studier undersøker CF blant sykepleiere, er det begrenset forskning på hvordan sykepleiere utvikler og adresserer CF. Sykepleiere har høy risiko for å utvikle CF grunnet arbeidsansvar, pasientinteraksjoner og personlige egenskaper (Bouchard, 2016).

### 2.1 Omsorgsteori

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskers liv og iboende verdighet. Sykepleiere skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Direkte inn i grunnleggende sykepleie og faglige betraktninger er Kari Martinsens omsorgstenkning relatert der omsorgstenkning har betydning for utøvelse av sykepleie. Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorgens fundamentale

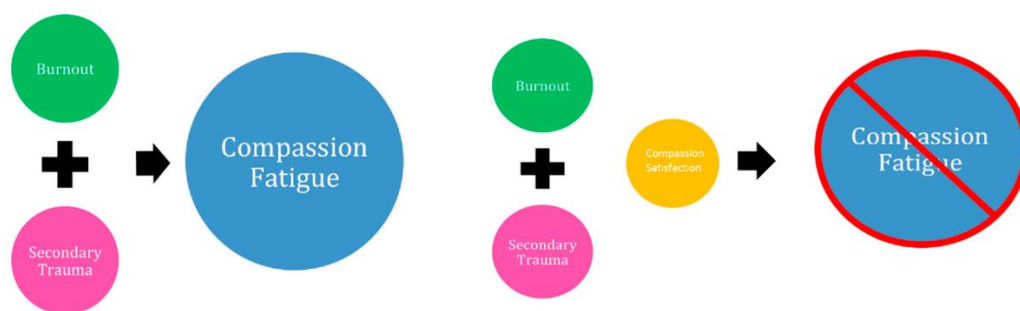
betydning er bundet i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre. Avhengigheten av andre trer særlig tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse, og funksjonshemming er til stede. Omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med utgangspunkt i avhengighet er og må omsorg være sykepleiens verdigrunnlag. Omsorg innebærer videre at omsorgsyteren ikke venter seg noen gjengjeld for omsorgsyttelsen (Kirkevold, 1998).

## 2.1 Omsorgstretthet/ Compassion fatigue

Omsorgstretthet/ compassion fatigue kan defineres som

*«en tilstand av utmattelse og dysfunksjon (biologisk, psykologisk og sosialt) som er et resultat av langvarig eksponering for andres lidelse. Compassion fatigue er en naturlig konsekvens over tid av å hjelpe, eller ønske å hjelpe personer som er traumatisert eller som lever i smerte.»* (Figley, 1995).

CF er noe som utvikler seg over tid etter gjentatte møter med lidelse. Det er en gradvis nedbrytning av vårt engasjement, vår involvering og vår empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å skulle hjelpe (Isdal, 2018, s. 131). CF kjennetegnes av utmattelse, sinne og irritabelhet, negativ mestringsadferd inkludert alkohol- og narkotikamisbruk, redusert evne til å føle sympati og empati, redusert følelse av arbeidsglede, økt sykefravær, og nedsatt evne til å ta beslutninger og omsorg for pasienter (Fiona Cocker, 2016). CF har blitt beskrevet som en konvergens av STS og BO, en tilstand av fysisk og mental utmattelse forårsaket av en utarmet evne til å håndtere ens daglige miljø (Middleton, 2015).



**Figur 1.** Compassion fatigue: konseptuell modell fra Middleton (2015). BO og STS er relatert til CF, men er to ulike utfall av eksponering. BO og STS oppstår fra separat mislykkede overlevelsesstrategier (BO fra en selvoppnåelsesrespons og STS fra redningsrespons). Deretter medfører STS og BO til CF dersom de nevnte symptomer ikke er mediert av et tredje viktige konsept for medfølelsestilfredshet (CS).

## 2.4 Utbrenthet og Sekundært traumatisk stress

Betegnelsen utbrenthet (BO) er omdiskutert og brukes om et spekter av slitenhetstilstander, fra de lette og forbigående til de mer kronisk pregede tretthetstilstandene. BO, slitenhet og utmattelse betegnes gjerne som et syndrom med fysisk og emosjonell utmattelse, redusert selvfølelse, sårbarhet og irritabilitet (Håkonsen, 2020, s 329).

Utbrenthet defineres ofte som en langvarig arbeidsrelatert stressreaksjon, som vanligvis gir både fysiske og psykiske plager. I mange tilfeller er dette et resultat av en prosess som har pågått i flere år, og som vanligvis begynner med tretthet, spenningstilstander og muskelsmerter. Utbrenthet er en normal reaksjon på stress, og ikke en egen diagnose. Det finnes ingen klar definisjon på hva utbrenthet er, derfor er det heller ikke mulig å si noe om hvor vanlig det er (Bang, 2013).

BO og sekundært traumatisk stress (STS) er begreper som overlapper hverandre, men der BO beskriver den behandlertrettheten som har å gjøre med hele spekteret av klientarbeid, fokuserer STS spesifikt på arbeidet med traumatiserte mennesker. (Bang, 2013, kap 4).

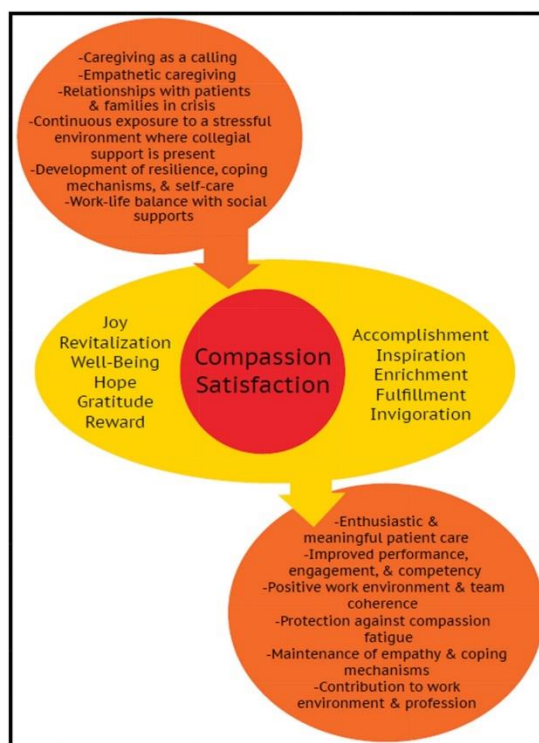
STS kan defineres som ”*naturlig og påfølgende atferd og følelser som resultat av kunnskap om traumatiserende hendelse(r) opplevd av en signifikant annen –resultatet er stress etter å ha hjulpet eller etter ønske om å hjelpe en traumatisert eller lidende person*” (Figley, 1995).

STS regnes som en normalreaksjon hos behandler etter langvarig arbeid med traumatiserte, men kan også oppstå spontant og uten forvarsel. Det dreier seg om psykiske og fysiske reaksjoner hos behandler som kan være parallelle til de reaksjoner som pasienten formidler, men mindre av omfang. Symptomene viser seg som generelle stress symptomer: søvnvansker, fordøyelsesproblemer, hodepine og høyt blodtrykk (Figley, 1995).

## 2.5 Omsorgstilfredshet/ Compassion satisfaction, CS

Der CF kan ses på de negative konsekvensene av å jobbe med mennesker i traume og lidelse, kan omsorgstilfredshet (CS) ses på som de positive konsekvensene av denne type jobb (Middleton, 2015).

*Omsorgstilfredshet er gleden du får av å hjelpe, positive følelser vi har for kollegaer og en god følelse som følge av evnen til å hjelpe og bidra. Omsorgstilfredshet oppstår når en finner mening og oppfyllelse i arbeidet. Omsorgstilfredshet er direkte motsatt av omsorgstretthet, og kan beskytte mot utbrenthet og sekundært traumatisk stress. Omsorgstilfredshet assosierte følelser inkluderer oppfyllelse, belønning, prestasjon, lykke, berikelse, inspirasjon, energi, takknemlighet og håp (Stamm, 2010).*

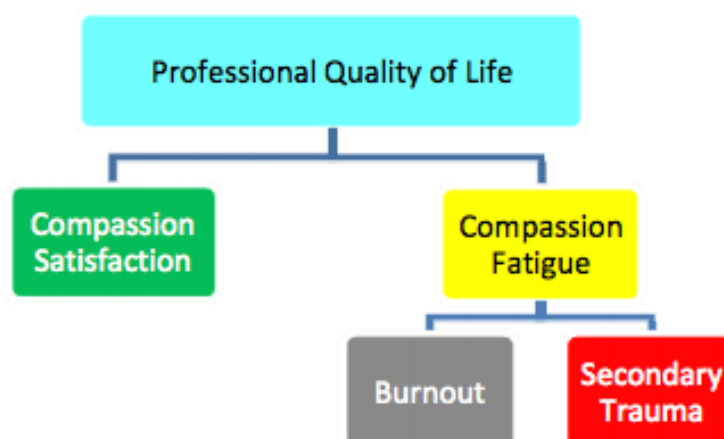


**Figur 2:** Konseptuell modell av omsorgstilfredshet fra Sacco et al (2018). Forutsetninger for utvikling av CS, klassifikasjoner av CS og resultatet av økte nivå CS.

6 forutsetninger må være på plass for at en sykepleier skal utvikle CS. Det første er ønske om å ha et omsorgsfullt forhold til pasienter og familier, denne relasjonen fører til fordeler for de involverte partene. Den andre antagelsen er at det å møte behovene til pasienter og pårørende resulterer i positive følelser, takknemlighet, oppfyllelse og en følelse av verdighet for sykepleieren. Deretter kan miljøet der omsorg oppstår, påvirke sykepleieren, spesielt i sammenheng med gjentatte eksponeringer for traumatiske hendelser. Et fjerde krav er en empatisk forbindelse med pasienter, noe som kan resultere i utvikling av medfølelse, altruisme, sympati og forståelse. Den femte antagelsen er også relatert til den empatiske sammenheng ved at denne sammenheng, når den kombineres med opplevd lidelse, kan føre til negative effekter for sykepleieren. Til slutt er det positive faktorer blant de negative sidene ved omsorg, men de positive aspektene er ikke lett å fastslå for sykepleieren (Sacco et al, 2018).

## 2.5 Profesjonell livskvalitet/ Professional quality of life ProQOL

Profesjonell livskvalitet (ProQOL) er den kvaliteten hver enkelt opplever av sin jobb som hjelper. Både positive og negative aspekter av jobben påvirker dette. ProQOL inkluderer to aspekter: Det positive (CS) og det negative (CF). CF deles så inn i to deler. Første del er utmattelse, frustrasjon, sinne og depresjon typisk for BO. STS er negative følelser drevet av frykt og jobbrelatert traume. Noen traumer kan være direkte (primære) traumer, i andre tilfeller kan det være en kombinasjon av både primært og sekundært traume. ProQOL er ment for enhver hjelper, deriblant helsepersonell å forstå de positive og negative aspektene ved å hjelpe de som opplever traumer og lidelse, kan forbedre din evne til å hjelpe dem og din evne til å holde din egen balanse (Stamm, 2010).



**Figur 3:** Profesjonell livskvalitet, positive og negative aspekter av jobbpåvirkning (Stamm, 2010)

### 2.5.1 Professional Quality of Life Scale (ProQOL scale)

Professional Quality of Life scale (ProQOL scale) er et vanlig mål på CF og CS i sykepleielitteraturen ProQOL scale er ment for bruk som et screeningverktøy for de positive og negative aspektene ved å jobbe innenfor et hjelpeyrke som sykepleie. For dette formål ser ProQOL scale på de to overordnede faktorer for CS og CF. ProQOL scale er et 30-punkts selvrangerings spørreskjema og er et tiltak som er ment å gi utøvere og forskere en indikasjon på en omsorgsfull profesjonell CS, CF, BO og STS (Heritage et al, 2018).

### 3.0 METODE

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Metode er et hjelpemiddel for best mulig belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt ved å samle inn data» (Dalland, 2017, s.53)*

#### 3.1 Valg av metode

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2017, s 53.).*

Denne oppgaven bygger på Fribergs (2017) metode som en integrativ litteraturstudie og for å besvare problemformuleringen som er satt er oppgaven bygget som en litteraturstudie. Det finnes ulike måter å utarbeide en litteraturoversikt på, eksempelvis allmenn litteraturoversikt og integrativ litteraturoversikt. Fellestrekkene ved disse metodene er at de skaper en oversikt over kunnskap innenfor et begrenset område, ved å anvende eksisterende forskning (Friberg, 2017, s. 141) Relevante vitenskapelige forskningsartikler av nyere dato er anvendt. 6 vitenskapelige artikler har blitt inkludert som datamateriale. I tillegg er andre relevante forskningsartikler også inkludert i både teoridel og diskusjonsdel for å gi oppgaven en mer helhetlig forståelse.

Denne oppgaven baserer seg på kvantitative forskningsartikler. Forskjellen på kvalitativ og kvantitativ metode ligger i måten man innhenter informasjon på. Kvalitativ metode handler om helhet og forståelse om det særegne i følelser og opplevelser, mens kvantitativ metode går ut på større mengde datainnsamling om det som lar seg tallfeste, det som er målbart (Dalland, 2017, s.54).

### 3.2 Litteratursøk

Ved litteratursøk ble det foretatt strategisk søk ved hjelp av PICO skjema i Ovid Medline, i tillegg til Oria.no for å se om det var norske studier på fagområdet (Vedlegg 1). Det var flere studier som omhandlet både omsorgstretthet og/eller omsorgstilfredshet, utbrenthet og sekundært traumatisk stress i kombinasjon med sykepleie. De aller fleste studier på dette fagfeltet er ifra relativt nyere tid, og det ble derfor mest hensiktsmessig å søke nyeste forskning innenfor 5 år (2017 – 2022). For å finne frem til vitenskapelige artikler ble det tatt utgangspunkt i IMRaD – modellen. Alle artikler ble søkt opp i ORIA for fagfelleevaluering. I tillegg ble alle tidsskriftene der hver enkelt forskningsartikkel var publisert søkt opp på NSD – Register over vitenskapelige publiseringskanaler for å sjekke om tidsskriftet holdt nivå 1 eller 2.

#### 3.2.1 Søkestrategier, søkeord og databaser

Søkeord, databaser og inklusjons- og eksklusjonskriterier etter relevante forskningsartikler er presentert i tabell under, søk både foretatt på norsk og engelsk.

Tabell 1: Systematisk litteratursøk i databaser.

<b>Databaser</b>	Ovid Medline, Oria
<b>Søkeord</b>	Nurs* Nurse, nurses, nursing Compassion fatigue Compassion satisfaction Sykepleie* Omsorgstretthet OR medfølesestretthet Omsorgstilfredshet OR medfølesestilfredshet
<b>Inklusjonskriterier</b>	All forskning relevant for problemstillingen Sykepleiere Fagfelleevaluert Skrevet i IMRaD struktur Tidsskrift nivåsatt av NSD nivå 1 eller 2 Kvalitativ forskning Antall deltakere > 50 deltakere Nyere forskning siste 5 år 2017 - 2022
<b>Eksklusjonskriterier</b>	Forskning som ikke var relevant for problemstillingen Annet helsepersonell uten sykepleiere inkludert i studiet Ikke fagfelleevaluert Ikke skrevet i IMRaD struktur Tidsskrift ikke nivåsatt av NSD



	<b>Fagartikler, Reviews</b> <b>Covid 19</b> <b>Kvantitativ forskning</b> <b>Antall deltakere &lt; 50</b>  <b>Forskning eldre enn 5 år</b>
<b>Forskningsdesign</b>	<b>Kvalitativ forskning</b>

### 3.3 Valg av artikler og presentasjon av artikler

Av 254 artikler funnet ble 92 forkastet ved hjelp av eksklusjonskriterier i selve søket: Review artikler (11), begrensning til siste 5 år (50), studier fra covid pandemi (27) og annet språk enn engelsk eller norske studier (3), og ikke forskningsartikkel (1). Resterende 162 studier ble gjennomgått, der 147 artikler ble ekskludert: ikke sykepleierfokus (20), annet ikke relevant fokus (19), fulgte ikke IMRaD struktur (32), intervensjoner/ alternative behandlinger (22), studie på scoringsverktøy (14), annet forskningsdesign (15), studie utført i naturkatastrofer (2), mindre enn 50 deltakere (9), ikke fagfellevurdert (9), og publisert i tidsskrift ikke nivå satt av NSD (5). Det ble ikke funnet noen relevante norske forskningsartikler i Oria som møtte inklusjonskriteriene. Resterende 15 forskningsartikler møtte inklusjonskriteriene for oppgaven, videre seleksjon ble foretatt ut ifra de som var mest relevante for min problemstilling (6). Helhetlig oversikt over valgte artikler er presentert i tabell 2.

**Tabell 2:** Oversikt over forskningsartikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Wells-English D, Giese J, Price J., 2019, Compassion Fatigue and Satisfaction: Influence on Turnover Among Oncology Nurses at an Urban Cancer Center	Omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og turnover.	Utforske forholdet mellom omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og turnover blant sykepleiere.	Sykepleiere	Kvantitativ tilnærming. 93 onkologiske sykepleiere ved et kreftsykehus deltok i spørreskjema der omsorgstretthet, sekundært traumatisk stress og utbrenthet ble målt ved hjelp av Professional Quality of Life Scale.
O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C., 2019, Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study.	Omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og arbeidseffektivitet	Undersøke om omsorgstretthet forårsaket av lidelse kan kompromittere individets velvære og redusere arbeidseffektiviteten.	Akutt sykepleiere	Kvantitativ tverrsnittundersøkelse ved hjelp av Professional Quality of life scale og åpne spørsmål. 86 sykepleiere fra 2 akuttmottak i Australia ble analysert.
Sullivan CE, King AR, Holdiness J, Durrell J, Roberts KK, Spencer C, Roberts J, Ogg SW, Moreland MW, Browne EK, Cartwright C, Crabtree VM, Baker JN, Brown M, Sykes A, Mandrell BN., 2019, Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses	Omsorgstretthet, utbrenthet, sekundært traumatisk stress, omsorgstilfredshet	Utvikle et evidensbasert omsorgstretthets program og evaluere dets innvirkning på sykepleierapportert utbrenthet, sekundært traumatisk stress og medfølelses tilfredshet,	Barnekreft Sykepleiere	Kvantitativ tilnærming. Kvalitetsforbedringsprogram gjennomført på 59 sykepleiere på en sengepost ved en pediatrik onkologisk avdeling, ved hjelp av Professional Quality of Life Scale.
Wijdenes KL, Badger TA, Sheppard KG., 2019, Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center	Omsorgstretthet	Evaluere forekomsten og alvorlighetsgraden av risiko for omsorgstretthet blant sykepleiere ansatt i et stort sykehussystem	Sykepleiere	Kvantitativ tilnærming. Identifisere forekomst og alvorlighetsgrad av risiko for omsorgstretthet blant et utvalg sykepleiere. Spørreskjema til 315 sykepleiere hvor Professional of Quality of Life scale ble brukt

Shi H, Shan B, Zheng J, Zhang Y, Zhang J, Hu X., 2022, Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue.	Empati og omsorgstretthet	Undersøke sammenhengen mellom empati, sorg og utvikling av omsorgstretthet.	Onkologiske sykepleiere	Tverrsnittundersøkelse. 794 kinesiske onkologiske sykepleiere ble inkludert. Undersøkelsen besto av blant annet Professional Quality of Life Scale.
Kartsonaki MG, Georgopoulos D, Kondili E, Nieri AS, Alevizaki A, Nyktari V, Papaioannou A., 2022, Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals.	Omsorgstretthet, utbrenthet, sekundært traumatisk stress og omsorgstilfredshet.	Undersøke forekomsten og faktorene som påvirker nivåene av sekundært traumatisk stress, omsorgstretthet, utbrenthet og omsorgstilfredshet av helsepersonell	Sykepleiere og helsearbeidere	Tverrsnittundersøkelse. Spørreskjema ved bruk av Professional Quality of Life Scale. 598 helsearbeidere, derav 358 sykepleiere.

### 3.4 Analyse

Friberg (2017) sin fremgangsmåte ble brukt ved analyse av utvalgte artikler. Friberg beskriver hvordan man gjennom analyse tar en helhet og gjør dem om til deler, som man så setter sammen til en ny helhet. Ved å lese gjennom artiklene flere ganger skaper man et utgangspunkt for å forstå innhold og sammenhenger. Videre ser man forskjeller og/ eller likheter i forhold til teoretisk tilnærming, metode, analyse, hensikt og resultat. Gjennom dette finner man helheten. Sammenligninger presenteres og tolkninger/ slutninger drar for å vise hvordan dataene henger sammen, og man skaper da en ny helhet. (Friberg, 2017, s.133).

Ved hjelp av Fribergs analyse ble artikler gjennomgått og analysert, for å finne både hovedtrekk og underkategorier. Dette svarte til denne oppgavens hensikt og problemstilling. Gjennom dette analysearbeidet ble det identifisert 3 hovedkategorier og 6 underkategorier som er presentert i en litteraturmatrise (tabell 3).

## 4.0 RESULTAT

Dette kapitlet tar for seg funnene fra artiklene, analysert og delt inn i 3 hovedkategorier og 6 underkategorier.

**Tabell 3:** Oversikt over forskningsartikler i hovedkategori og underkategori

Hovedkategori	Underkategori
Fenomen og forekomst	- sammenligning mellom nivå og gruppe - kunnskap og alvorlighetsgrad - turnover blant sykepleiere
Risikofaktorer og stressfaktorer	- empati og sorg - jobbfaktorer
Mestringsressurser og strategier	- Kvalitetsforbedringsprogram og egenomsorg

### 4.1 Fenomen og forekomst

#### 4.1.1 Sammenligning mellom nivå og gruppe

Studiet fra Kartsonaki et al (2022) inkluderte 598 deltakere, 127 menn (21,2 %) og 471 kvinner (78,8 %). Totalt 358 sykepleiere (59,9 %). Gjennomsnittsalderen 41,34 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring ifra sykehus var 14,84 år. 254 deltakere (42,5 %) arbeidet på akutt/intensiv avdeling, 344 deltakere (57,5 %) arbeidet på en ikke akutt/intensiv avdeling. Signifikant flere personer som arbeidet på en ikke akutt/intensiv avdeling hadde lavere utdanningsnivå (24,4 % versus 15,4 %), men hadde jobbet flere år på sykehuset sammenlignet med deltakere fra akutt/intensiv avdeling. Deltakere som arbeidet på akutt/intensiv avdeling hadde en rullende turnusplan (80,3 %) og opplevde minst en pasientdød i løpet av den siste måneden. Signifikant flere personer på en ikke akutt/intensiv avdeling deltok på stressreduksjonsøkter.

Funn fra Kartsonaki et al (2022) viste signifikant økte nivåer BO, STS og CF ved ikke akutt/intensiv avdelinger sammenlignet med akutt/intensiv ansatte, hos kvinner sammenlignet

med menn, hos sykepleiere sammenlignet med leger, og hos personell som tidligere hadde opplevd traumatiske hendelser. Generelt rapporterte 106 sykepleiere (29,6 %) om lave nivåer av BO, 251 sykepleiere (70,1 %) rapporterte om moderat nivåer av BO. 163 sykepleiere (45,5 %) rapporterte om lave nivåer av STS/CF, mens 194 sykepleiere (54,2 %) rapporterte om moderate nivåer av STS og CF. Økte nivåer av BO var assosiert med fagfolk i yngre alder og viste positiv korrelasjon med stress og omsorgstretthet. BO var også økt blant sykepleiere med høyere utdanning. Et sunt arbeidsmiljø reduserte nivå av BO. Når det gjelder nivå av CS var det generelt 278 sykepleiere (77,7 %) som rapporterte om moderate nivåer av CS, og 65 sykepleiere som rapporterte høye nivåer CS (18,2 %). Bare 15 sykepleiere opplevde lav CS i sin jobb. Ved sammenligning av ikke akutt/intensiv ansatte med akutt/intensiv ansatte, viste studiet en økning i lav CS for ikke akutt/intensiv ansatte (4,3 % versus 2,8 %). Deltakere som rapporterte om gode arbeidsforhold på jobb, hadde signifikant høyere CS enn dem som rapporterte om dårlige forhold. CS score ble funnet å ha en statistisk signifikant negativ korrelasjon med BO score, og en statistisk signifikant positiv korrelasjon med alder. CS var økt hos eldre fagfolk, for personell som hadde stressreduksjonsteknikker og blant fagfolk som jobbet med barn eller blanding barn/voksne. Rullende turnusplan og dårlige arbeidsforhold påvirket CS negativt.

#### *4.1.2 Kunnskap og alvorlighetsgrad*

Studiet fra Wijdenes et al (2019) fikk inkludert 315 sykepleiere i sin studie. 252 deltakere var kvinner (84 %), 189 var gift (62 %), 166 hadde en bachelorgrad i sykepleie (54,6 %). 225 var i alderen 25 – 54 år (74,2 %), Ca. 20 % (n = 61) hadde jobbet i sykehussystemet imellom 2 – 5 år, 63 deltakere hadde jobbet mer enn 25 år (20,8 %). 204 deltakere (67,3 %) hadde byttet jobb innen de siste 5 årene. 107 deltakere hadde de siste 6 månedene hatt 2 – 4 sykedager (35,2 %).

Funn fra Wijdenes et al (2019) viste at hele 46 % av sykepleierne rapporterte om moderat til høy CF. Blant sykepleiere som jobbet på intensivavdeling eller akuttmottak rapporterte 55 % (n=51) om moderat til høy BO, og bare 20 % hadde score som indikerte lave nivåer av stress. Lavest nivå BO ble funnet hos sykepleiere som jobbet i preoperativ/postanestesiavdeling eller operasjonsstue med 76 % (n= 12). Første ansettelses år var BO signifikant. I neste 2 – 5 år ble nivå av BO doblet, og økte nivåer av BO fortsatte til sykepleiere hadde ansettelsestid i 21 – 25

år. Tidligere erfaringer hadde ingen signifikant betydning. Studiet viste også en nedgang i CS score etter 2 – 5 års erfaring, og CS nådde sitt laveste punkt på 16 års ansettelse, nivået steg noe de påfølgende årene for så å falle igjen etter 25 år i tjeneste. Totalt rapporterte 1/3 om lav CS. 1/4 rapporterte om høy BO og STS. 10 % av deltakerne falt inn i den høyeste risikoprofilen for utvikling av BO, STS og CF. 6 % av deltakerne falt inn i den laveste risikokategorien. Risiko for CF var signifikant forbundet med antall års ansettelse, enhetsarbeid, jobbendring og bruk av sykedager.

#### *4.1.3 Turnover blant sykepleiere*

Studiet fra Wells- English et al (2019) fikk inkludert 93 sykepleiere av totalt 150 utvalgte (responsrate 62 %). Av deltakerne var 85 kvinner. 79 var fulltidsansatte. Gjennomsnittsalder for deltakere: 33,19. Gjennomsnitt total arbeidserfaring i måneder: 79,53.

Funn fra Wells-English et al (2019) viste at CF og CS ble funnet å være signifikant prediktivt for turnoverintensjonen. 92 sykepleiere viste gjennomsnittlige eller høye nivåer av CS, kun 1 sykepleier viste lav CS. Alle deltakende sykepleiere viste gjennomsnittlige eller lave nivåer av STS og gjennomsnittlige eller lave nivåer av BO. Ingen viste høye nivåer av hverken STS eller BO. CS var negativt korrelert med de to dimensjonene av CF, STS og BO var positivt korrelert med CS. Sykepleierne som rapporterte om høyere score på BO, hadde også høyere STS og turnoverintensjons score. Sykepleiere med høye tilfredshetscore rapporterte derimot lavere score på STS og BO.

## 4.2 Risikofaktorer og stressfaktorer

### *4.2.1 Empati og sorg*

Studiet fra Shi et al (2022) sendte ut spørreskjema til totalt 994 sykepleiere, 794 deltakere ble inkludert i studiet (svarprosent 79,8 %). Av deltakerne var det 780 kvinner.

Gjennomsnittsalder var 31, 57 år. Gjennomsnitt total arbeidserfaring i år: 10,26. 457 av deltakerne hadde en bachelor i sykepleie (57,6%). 247 av deltakerne hadde opplevd død i nærmeste familie, 547 hadde ikke opplevd død i sin nærmeste familie.

Funn fra Shi et al (2022) viste moderate nivåer av empati og sorg, og moderate nivåer av CF. Sykepleierne rapporterte om moderate til høye nivåer av STS. Empatisk bekymring var negativt relatert til BO. Sorg var positivt relatert til STS og BO. Sorg spilte en delvis formildende rolle mellom empati og STS. Funn viste at vedvarende eksponering for traumatiske hendelser kan føre til følelsesmessig utmattelse, som igjen kan være en mulig risiko for å utvikle sorg, den vanligste konsekvensene der sykepleier var sterkt involvert. Empati og sorg kan resultere i STS og CF.

#### *4.2.3 Jobbfaktorer*

Studiet ifra O`Callaghan et al (2019) inkluderte totalt 86 deltakere, deriblant 78 kvinner (91 %). 56 % av deltakerne var under 30 år, 16 % var i aldersgruppen 31 – 40 år og 16 % hadde alder > 41 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring i år: 10,2 (fra 1 – 48 års erfaring), gjennomsnittlig akuttmedisinsk erfaring i år: 7,0 (fra 1 – 41 års erfaring). 24 % av deltakerne hadde fulltidsjobb, 76 % hadde en deltidsjobb. 66 av deltakerne (77 %) hadde spesialisert videreutdanning eller kurs.

Funn fra O`Callaghan et al (2019) viste at 73,3 % av deltakende sykepleiere hadde en median score på CS, 26,7 % hadde en høy score SC, ingen hadde lav score SC. Det fleste hadde også en gjennomsnittlig score av CF målt i to egne subskalaer: 76,7 % hadde gjennomsnittlig nivåer av BO, ingen hadde høye nivåer. 1/3 av deltakerne rapporterte om stress. 31,4 % hadde lave nivåer av STS, 68,6 % hadde moderate nivåer av STS, Ingen hadde høye nivåer av STS. Studiet avdekket at det var seks ulike jobbfaktorer som bidro til stress: menneskelige ressurser, organisasjonen, jobbspesifikke komponenter, pasientblanding, faglige komponenter og personlige komponenter. Den mest ledende faktoren til CF var arbeidsbelastning. Dette kvantifiseres som den mest innflytelsesrike faktoren med over 1/3 av sykepleierne (37 %, n=33) som viktigste årsak til utmattelse. Dernest akutt pasientvolum (22,4 %, n=20) og voldelige pasienter (15,7 %, n=14).

## 4.3 Mestringsressurser og strategier

### 4.3.1 Kvalitetsforbedringsprogram og egenomsorg

Studiet fra Sullivan et al (2019) bestod av 59 deltakere, flest kvinner (n= 54) på en barnekreftavdeling. Majoriteten av deltakerne var i alder 20 – 29 år, hadde vært sykepleiere i mindre enn 5 år, hadde mindre enn 5 års erfaring. Demografiske karakteristika og endringer i ProQOL-score ble evaluert fra baseline og hver 2.måned. År som sykepleier, skiftarbeid, spesialisering og deltakelse i programmet var ikke korrelert med en endring i PROQOL-score.

Funn fra Sullivan et al (2019) viste at et evidensbasert omsorgstretthetsprogram bidro til at STS og BO poeng ble signifikant forbedret fra baseline til 4 måneder. Etter programgjennomføring var det å kunne tilpasse seg og ikke vende tilbake i gamle mønstre ikke signifikant korrelert med BO og STS. Samlet score på STS og BO ble minimalt forbedret over tid, imidlertid var antall rapporterte mal adaptive mestringsmekanismer økt noe som var positivt korrelert med BO og STS og negativt korrelert med CS.



## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

En styrke i litteraturbasert metode er at kunnskapen samles på samme plass, den blir dermed mer tilgjengelig (Friberg, 2017) og en trenger ikke deltakere dersom man analyserer ferdigstilt arbeid. En svakhet med denne type metode er at man bruker kun et fåtall med forskningsartikler. I seleksjonen av artikler var det flere som møtte inklusjonskriteriene for oppgavens hensikt og problemstilling, men ble valgt bort grunnet oppgavens begrensning i tid, ord og omfang.

Det ble brukt en database innen helsefag, som primært dekker sykepleierfaget. I tillegg ble det foretatt søk i en norsk database. Bruk av andre helsefaglige databaser i kombinasjon med andre søkeord, og utvidet tidsrom kunne avdekket flere eller andre relevante artikler. De 6 inkluderte studiene omfattet de aspektene av hovedtemaet som jeg ønsket å belyse i denne oppgaven. Til tross for at det er lite inkluderte forskningsartikler iht. oppgavens begrensning i ord, er styrken at forskningsartiklene er av nyere dato, sykepleiere er perspektivet, og at alle bruker samme screeningsverktøy for måling av CF. Jeg ønsket også ta inn forskning om det å forebygge CF og fremme CS, da dette har en relevans i min oppgave og især i diskusjonsdelen. Jeg har også valgt å trekke inn andre relevante forskningsartikler og fagartikler for å belyse temaet ytterligere. Gjennom bruk av analysemetoden presentert i Friberg (2017) ble artiklene satt sammen til en ny helhet. Ved gjennomgang ble artiklenes hensikt lest for å stadfeste relevans for oppgavens hensikt, de ble siden satt sammen til en ny helhet og kategorisert. Fribergs granskningsspørsmål for kvalitative studier ble brukt i kvalitetssikringen av utvalgte forskningsresultater. Engelsk er de facto språk for vitenskapelige artikler og brukes for å gi resultatene større rekkevidde (Friberg, 2017) og ved å skrive oppgaven på norsk kan elementer i oversettelsen ha preget tolkning og oppfattelse.

I denne oppgaven ble det brukt forskningsartiklene som har en kvantitativ tilnærming, og det var kvantitative forskningsartikler som besvarte best oppgavens problemstilling. De kvantitative metodene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter, i motsetning til kvalitativ metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s 54). Både kvantitative og kvalitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker,

grupper og institusjoner samhandler. Kvantitative metoder har den fordel at de gir data i form av målbare enheter. Kvantitative forskningsartikler kan sammenligne og analysere store data, de er også randomiserte, repeterbare og pålitelige.

Valg av forskningsartikler er tatt på et nøytralt grunnlag ettersom det er lite eller ingen erfaring og kjennskap fra dette temaet ifra praksis. Dette anses som en styrke da en ikke trekker inn sine egne forforståelser eller erfaringer, som kan påvirke resultatene.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven å få økt kunnskap om temaet omsorgstretthet blant sykepleiere og ved hjelp av funn fra 6 ulike forskningsartikler og sammen med teori og andre fag- og forskningsartikler vil dette besvare oppgavens problemstilling, og belyse/drøfte ulike sider.

### *5.2.1 Omsorg og lidelse – å hjelpe til det gjør vondt*

Kari Martinsen påpeker i sin omsorgsteori at omsorg innebærer at omsorgsyteren ikke venter seg noen gjengjeld for omsorgsyttelsen. Omsorg må være sykepleiers verdigrunnlag (Kirkevold, 1998). Dette relasjonelle begreper beskriver menneskets avhengighet til hverandre, men har en skjevfordelt ytelse med pasientbehovet i fokuset. Hva om omsorgens skjevhet kan gjøre at hjelperen selv trenger hjelp?

Sykepleie blir ofte sett på som synonymt med medfølelse og omsorgsfulle kvaliteter.

Medfølelse definert som et sterkt ønske om å lindre smerte eller fjerne årsak – dette er ofte en motivasjon for å studere sykepleie (O` Callaghan et al, 2019). Med omsorgens ytelse, følger også empati og medfølelse med. Sykepleiere skal opptre profesjonelle, tåle å stå i situasjoner og være tøffe. I flere kulturer anses personlige følelser som en svakhet og en ender opp med å holde følelsene for seg selv. Det å til daglig stå i lidelse og død, der manglende støtte og sorgmestring gjør det enda vanskeligere, kan over tid føre til CF. Vedvarende eksponering for traumatiske hendelser kan føre til følelsesmessig utmattelse og en dyp følelse av sorg. Sorg hadde en signifikant prediktiv effekt på STS og BO. (Shi et al, 2022) Den holdningen og

forståelsen som helsepersonell har ovenfor pasienten, bør helsepersonellet også ha ovenfor seg selv, fordi det er en stor risiko forbundet med å være i kontakt med andre menneskers traumer og tap over tid (Hagen, kap.11, 2021). Denne kulturen er lite innarbeidet i en sykepleieres hverdag der en skal være profesjonell. Men å se sine begrensninger og svakheter er nettopp det å være profesjonell, på lik linje som man ser på sine styrker og muligheter.

Wells- English et al (2019) viste i sin studie at sykepleiere som tilbyr støtte til pasienter og familie som håndterer følelsesmessig og fysiske belastende sykdommer, gjør at de blir konsekvent utsatt for en rekke stressorer og må utføre beslutningstaking i komplekse situasjoner. Et slikt miljø gir en høyere risiko for utvikling av CF og med et resultat at en velger å slutte i sitt virke. Sykepleiere som ikke er tilfreds i sine omsorgsroller, vil sannsynligvis oppleve mer følelse av BO og stress, og ha mer lyst til å slutte i sin profesjon.

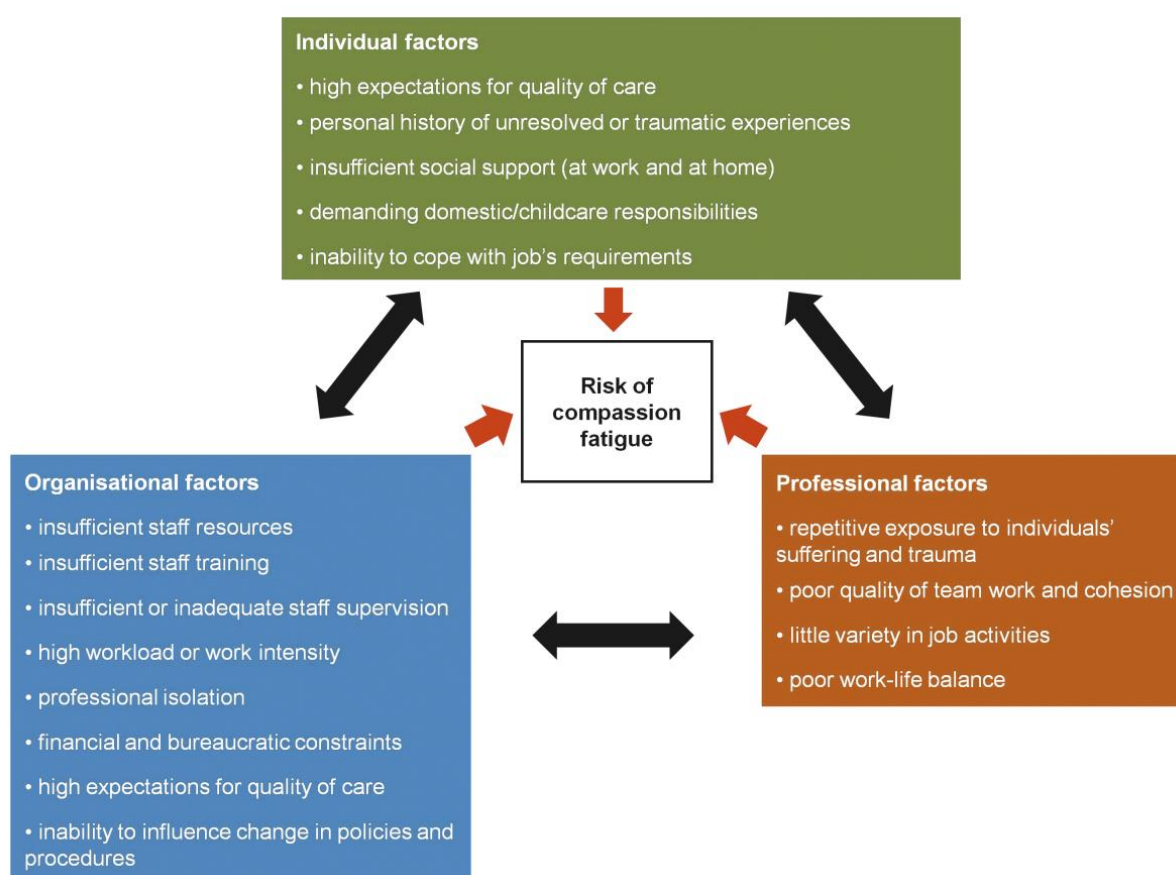
### *5.2.2 Risikofaktorer for omsorgstretthet*

Alle sykepleiere som er involvert i hjelpearbeid i møte med pasienters lidelser og død er i faresonen for å utvikle CF (Isdal, 2018, 18). Årsaksfaktorer er mange og komplekse, de er sammensatte og individuelle. De er som dråper fallende til et beger, som hver for seg sørger for at begerets volum fylles opp. Når ansvaret blir for stort, oppgavene for tunge, presset for høyt og de vonde historiene for mange, er risikoen høy for å utvikle CF. PTSD symptomer kan ene og alene utvikles pga. jobb, og ikke nødvendigvis bare når en blir utsatt for vold. Økte pasienter, økte arbeidsoppgaver, pasienter med mer sammensatte og komplekse problemstillinger. Dersom avdelingen i tillegg preges av dårlig organisering, er risikoen høy for å utvikle omsorgstretthet i større eller mindre grad (Vang, 2021).

Det er vanskelig å identifisere hvem som er i fare for CF, da flere risikofaktorer har blitt foreslått av klinikere og forskere uten klare bevis som viser deres årsakssammenheng med utviklingen av CF (Vu & Bodenmann, 2017). CF kan oppleves av alle typer helsepersonell som daglig utsettes for traumer og lidelser. Kartsonaki et al (2022) avdekket i sin studie at de mest fremtredende risikofaktorene var dårlig arbeidsmiljø, økt ansvar, dårlige relasjoner til kollegaer og turnusarbeid. Også det å bli tildelt arbeid på en avdeling mot sitt ønske, hadde en økt risiko for høyere CF nivå. Sykepleiere rapporterte om økt arbeidsbelastning, manglende følelse av kontroll, følelse av utilstrekkelighet, mangelfull konfliktløsning og dårlig sosiale

interaksjoner. Shi et al (2022) peker på at stor arbeidsbelastning, høy etterspørsel etter tjenestekvalitet, helsereform og høye krav. Yrkeskunnskap og ferdighetsopplæring er utilstrekkelig, ingen opplæring i å håndtere lidelse og død.

Vu & Bodenmann (2017) har i sin hypotese delt inn risikofaktorer for CF inn i tre hovedkategorier: Individuelle faktorer, Organisatoriske faktorer og profesjonelle faktorer (figur 4). Alle de ulike komponentene er risikofaktorer i seg selv for utviklingen av CF, dersom flere av komponentene er til stede økes faren betraktelig.



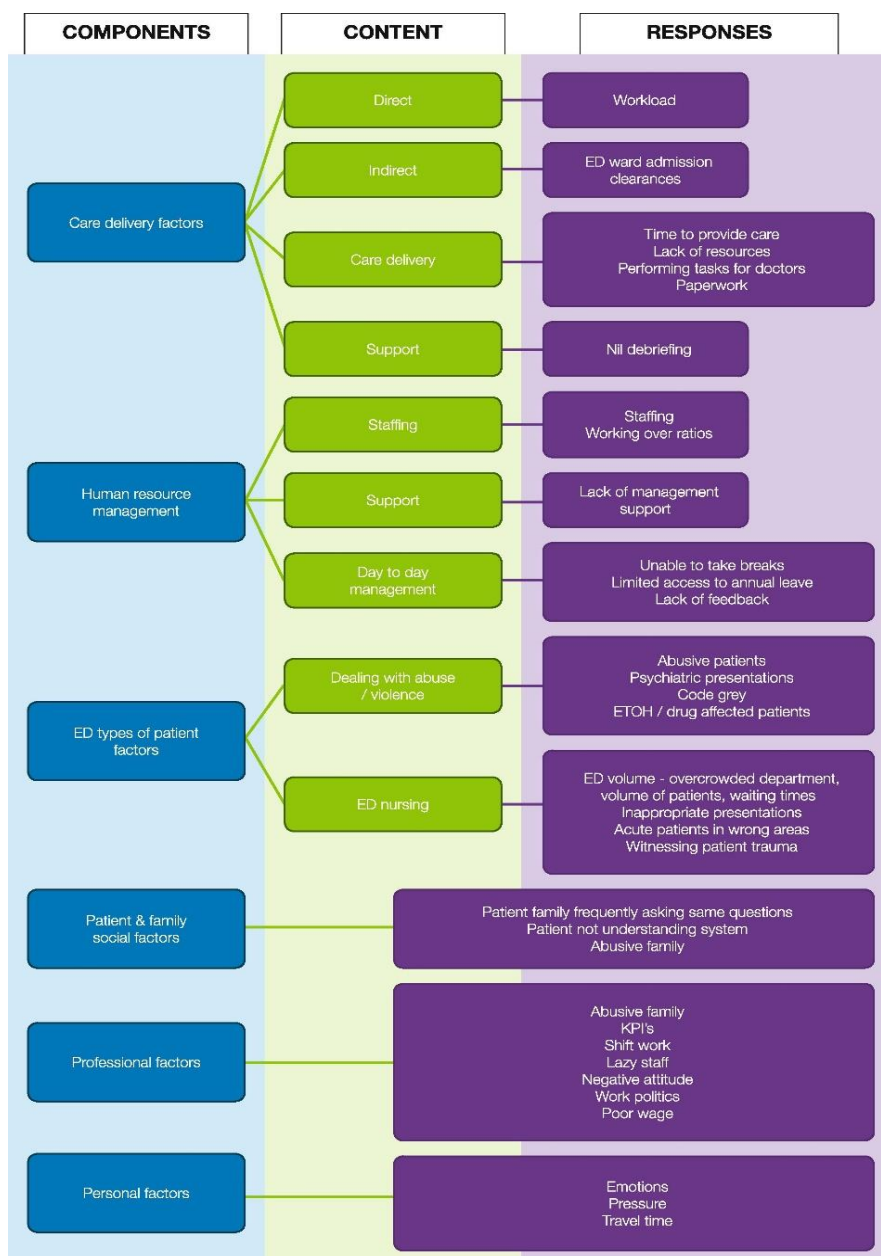
**Figur 4:** Hypotese forklaringsmodell for CF som viser organisatoriske, profesjonelle og individuelle faktorer som kan påvirke hverandre og påvirke risiko for CF. (Vu & Bodenmann, 2017).

Vu & Bodenmann (2017) påpeker at i ekstreme tilfeller kan stressfaktorer som separasjon fra familie, vanskelige levevilkår, kronisk eller økt følelse av fare, fysiske krav på jobb og grenser for effektivitet ha negative effekter på det følelsesmessige, psykiske og fysiske velvære. Sykepleiere som tidligere hadde opplevde traumatiske hendelser eller pågående personlige traumer gjorde dem enda mer utsatt for pasienters lidelser (Kartsonaki et al, 2022). Personlig lidelse/ traume gjenspeiler en selvorientert følelsesmessig respons, noe som

motiverer til unngåelse eller tilbaketrekning. Krav og opplevelser privat kan virke inn på yrkesutøvelse, og omvendt ved at arbeid kan innvirke negativt på sykepleierens ressurser privat, dette kan over tid kan medføre en betydelig risikofaktor for utvikling av CF (Shi et al, 2022). Helsepersonell får kurs i håndtering av pasienter, men det settes lite søkelys på opplæring av ivaretagelse av seg selv. For å forebygge, må en i første omgang bli bevisst på at CF er et reelt problem som må tas på alvor. En må kjenne til risikofaktorer og symptomer (Vang, 2021)

Et ytterligere dypdykk i individuelle faktorer som kan påvirke sykepleierens hverdag negativt er å se på alle de ulike komponentene i sin helhet som en sykepleier må håndtere i løpet av sin arbeidshverdag. O` Callaghan et al (2019) presenterer i sin studie ulike komponenter som fører til stressrespons hos sykepleiere (figur 5). De mest ledende faktorene var arbeidsbelastning, akutt pasientvolum og voldelige pasienter.

Studiet fra Sullivan et al (2019) avdekket også økt stress blant sykepleiere i ferier og høytid da det i disse periodene var en blanding av erfarne og uerfarne sykepleiere, ofte i kombinasjon med like høy arbeidsbelastning og pasientvolum.



**Figur 5:** Oversikt over stressfaktorer på jobb (O'Callaghan et al, 2019). Studiet avdekket at det var seks ulike jobbfaktorer som bidro til stress: menneskelige ressurser, organisasjonen, jobbspesifikke komponenter, pasientblanding, faglige komponenter og personlige komponenter

### 5.2.3 Demografi, profesjon og ansiennitet

Hvilken type sykepleier er mest utsatt for å utvikle CF? Teoretisk sett ville en tenke seg at de som arbeider med traume, lidelse og død daglig, og især ovenfor barn er de mest utsatte. Eller de sykepleierne som har jobbet i flere tiår og på den måten fylt opp sitt beger med opplevelser

og påkjenninger over lang tid? Studie fra Kartsonaki et al (2022) viste at sykepleiere som arbeidet med barn, eller blanding av voksne eller barn, hadde lavere nivåer av CF, sammenlignet med de som bare jobbet med voksne. Årsakssammenhengen kan skyldes at det å hjelpe unge pasienter er givende, og på den måten økes CS. Barns lidelser kan i de fleste tilfeller være mindre alvorlige sykdommer, og ha bedre prognoser. Det å derimot jobbe med alvorlig syke eldre pasienter med alvorlige kormorbiditeter og dårlig prognose fremkalte en følelse av nytteløshet, og økte dermed CF. Studiet fra Kartsonaki et al (2022) avdekket også at sykepleiere på en ikke akutt/intensiv avdeling hadde høyere funn av CF nivå sammenlignet med ansatte på akutt/intensiv. Årsaken her kan ligge i at ikke intuberte/sederte pasienter uttrykker smerte, frykt og forventninger, i motsetning til bevisstløse pasienter der sykepleier kan ha en følelsesmessig avstand.

Lave nivåer av CF var direkte relatert til økt alder, og eldre sykepleiepersonell rapporterte signifikant høyere verdier av CS (Kartsonaki et al, 2022; O'Callaghan et al, 2019). Eldre med flere års erfaring kan være mer selvbevisste om verdien av sitt arbeid. Tilfredshet er basert på å yte hjelp og har å gjøre med helsepersonellens individuelle egenskaper. Studiet fra Wijdenes et al (2019) avdekket at fra 2 – 5 år var det økt BO/STS nivå og vedvarte til 21 – 25 års erfaring. Funnet påpeker at allerede etter første ansettelses år beveger en sykepleier seg ut i risikozonen for å utvikle CF. Likeledes kunne en også i samme periode se en nedgang i CS nivå, og med sitt laveste punkt på 16 år, noe som kan ses i sammenheng med arbeidsbelastning og arbeidstretthet. Ved 21 – 25 års erfaring kunne en se en økning i CS og en reduksjon i CF. Funnene er dermed i omvendt proporsjon enn det som en kan tenke seg ville være logisk - at økt alder kan ses i sammenheng med økt arbeidstretthet. Et annet oppsiktsvekkende funn fra studiet til Kartsonaki et al (2022) var at sykepleiere med høy utdanning hadde økt risiko for høyere BO nivå, sannsynligvis grunnet høyere nivåer av forventning til jobbtilfredshet. Sykepleiere i yngre alder hadde også høye BO nivå, men disse var relatert til en annen faktor, de rapporterte om mindre kontroll over arbeidet sitt.

Sykepleiefaget er et kvinnedominerende yrke og i all forskning som er gjennomgått er majoriteten av sykepleiere kvinnelige sykepleiere. Gjennomgående funn er allikevel at kvinner hadde høyere nivå av CF enn mannlige sykepleiere. Mannlige sykepleiere står i samme type arbeid og arbeidsoppgaver, men rapporterer om mindre nivåer både på STS, BO og CF. Det hadde vært hensiktsmessig for studiene om det var tilnærmet lik balanse kjønnsmessig for å kunne stadfeste dette ytterligere. Men kvinner antas å ha en høyere

medmenneskelig ferdighet som empati, som er en nøkkelkomponent i CF (Kartsonaki et al, 2022). Det er også stor forskjell på sykepleiere versus leger i de utvalgte forskningsartiklene, der leger har lavere nivå av CF sammenlignet med sykepleiere. En årsakssammenheng kan være at sykepleiere er til stede med pasient og/eller pårørende jevnlig i løpet av arbeidsdagen, de utfører omsorg og kommunikasjon. På den måten får de en nærere og mer langvarig forhold til pasienter, og er dermed mer følsomme for lidelse, sammenlignet med leger som er innom i korte perioder.

#### *5.2.4 Profesjonelle og organisatoriske strategier*

Hva er konsekvensene dersom strategier ikke iverksettes for sykepleiere som viser nivåer av STS, BO eller CF? Og hvem har ansvaret for tiltak? Sykepleieren selv? Kollegaer? Ledelsen?

Arbeidsmiljøloven skal sørge for at arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig iht. arbeidstakerens fysiske og psykiske helse (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4.1) Arbeidssted har krav til systematiske helse- miljø, og sikkerhetsarbeid, herunder forebygging av arbeidsmiljø og sykefravær (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 3-1). Når sykefraværet i Norge er høyest innen helse- og omsorgstjenesten bør dette være et tydelig signal på at denne type tjeneste medfører en økt belastning for den enkelte arbeidstaker (ssb, 2022). Hva hvis sykestatistikken er et resultat av de reelle arbeidsbelastningene i ulike sektorer? At det mest krevende som finnes, er et daglig arbeid i kontakt med mennesker i lidelse og smerte? (Isdal, 2018, s.18).

Sykepleiere er en av yrkesgruppene det er høyest mangel på innen helse- og omsorgstjenestene og det er problemer med rekruttering av sykepleiere i dag. Mangelen på sykepleiere er sammensatt og følgende årsaksfaktorer er viktige: for lav utdanningskapasitet og/eller for liten rekruttering, høyt omfang av deltidsarbeid, tidlig avgang fra yrket, som kan henge sammen med fysiske og psykiske belastninger i yrket. I gjennomsnitt slutter hver 8. sykepleier årlig uten å begynne i ny stilling i helseforetaket (Helsedirektoratet, 2021). Pågående stress og følelse av BO kan bidra til jobbmisnøye og økt turnover blant sykepleiere. I tillegg til betydelig økonomiske byrder for institusjonene, øker en høy turnover bekymring for kvaliteten på pasientbehandlingen. Derfor vil investering i strategier for å redusere CF, øke CS, redusere turnover, begrense organisasjonskostnader og forbedre pasientbehandlingen (Wells- English et al, 2019).



Nyutdannede bør få veiledning gjennom utdanning, samarbeid og faglig utvikling (Sullivan et al, 2019). Det er svært hensiktsmessig å gripe inn med strategier allerede tidlig i arbeidsløpet, da studier har vist at BO og STS økte drastisk fra slutten av første året og de videre årene (Wijdenes et al). En er også avhengig av tilstrekkelig utdanning, opplæring og støtte ifra ledelsen eller profesjonelle aktører for å muliggjøre sin jobbfunksjon til tross for traumer og lidelser (O` Callaghan et al, 2019). Å sette søkelyset på en mer balansert ferdighetsblanding av erfarne/ uerfarne, samt ekstra støtte og anerkjennelse for å øke moralen. Ferieblanding, turnusplaner og erfaringer må være på lik linje som pasientbehandlingsplaner og behov for den enkelte høytid eller ferie (Sullivan et al, 2019).

Et sunt arbeidsmiljø reduserte nivå av BO og det bør iverksettes opplæring av sykepleieledere i å skape et sunt arbeidsmiljø (Kartsonaki et al, 2022). Ledere spiller en viktig rolle i å støtte sykepleiere, for endring i leder/ ledelse ble funnet å være en av truslene mot sykepleiernes CS. Helseorganisasjoner bør sette søkelys på å skape systemer som vil forbedre personalets velvære og redusere forekomsten av CF blant sykepleiere. Dette kan være å gi personalet generell trivselstrening som resiliensstrening. Ved å opprettholde sykepleierens fysiske og psykiske helse, vil det forbedre deres ytelse og forbedre kvaliteten på pasientutførelsen. (O` Callaghan et al, 2019).

Profesjonell ivaretagelse med fagfolk internt med tilstrekkelig kompetanse innenfor traumearbeid bør innføres på arbeidsplasser. Ledere må forstå hensikten med eller rammebetingelsene for profesjonell ivaretagelse. Det er lederens ansvar, og ikke den enkelte sykepleier preget av CF som skal bedømme om en slik hjelp trengs. Tilbudet må opplyses om og det må være lett tilgjengelig (Isdal, 2018, s. 245)

Oppsummert så må ansatte sørge for et godt arbeidsmiljø og kollegastøtte, ledere må sørge for god organisering av arbeidsplassen, sørge for profesjonelt hjelpetilbud og tilrettelegge slik at arbeidsdager blir gjennomførbare. Fagforeninger må sette CF på dagsorden og tilby kurs til de ansatte i tjenestene. Å forebygge CF er et felles ansvar (Vang, 2021).

#### *5.2.5 Selv ivaretagelse, mestringsressurser og egenomsorg*

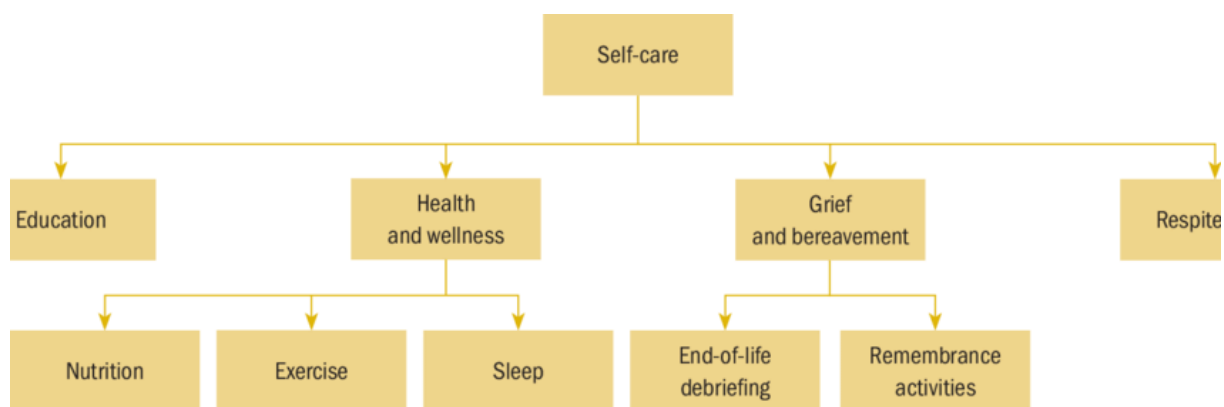
For å kunne gjøre en god jobb som sykepleier i hele yrkesperioden er det nødvendig med et godt arbeidsmiljø og en god arbeidshelse (Almvik & Vråle, 2019). Personlig motstandskraft

er et trekk som antas å fremme CS og beskytte mot CF (Sullivan et al, 2019). Tilpasningsevne var positivt korrelert med økt CS og negativt korrelert med STS og BO, og er dermed en beskyttende mekanisme. Sykepleierens evne til å mestre kan styrkes gjennom sosial, kollegial støtte og en infrastruktur som støtter tilbudet om kvalitet og positiv bekreftelse (O` Callaghan et al, 2019).

Sykepleiere må også gis tiltak for å lidelse og sorg som utdanning og opplæring, sosial støtte, et trygt arbeidsmiljø der en kan vise svakheter og uttrykke følelser. Sykepleiere med kognitiv empati kan behandle pasientsituasjoner rasjonelt. God empatievne kan bidra til å redusere CF, samtidig som den forbedrer CS (Shi et al, 2022). Personell som innehar stressreduksjonsteknikker til bruk i sin profesjon rapporterte om betraktelig bedre nivåer av CS, sammenlignet med sine kollegaer (Kartsonaki et al, 2022)

Arbeidshelse kan beskrives som en persons motstandskraft til å tåle negativt stress og store utfordringer. Sykepleiefaglig veiledning kan være et bidrag til utviklingen både av godt arbeidsmiljø og motstandskraft ved at kollegaer sammen reflekterer over utfordrende hendelser fra praksis og finner nye og bedre handlingsalternativer for liknende utfordringer (Almvik & Vråle, 2019).

Studiet fra Sullivan et al (2019) påpeker viktigheten av å fremme egenomsorg, og foreslår dette innarbeidet allerede i utdanningsløpet. Egenvurderinger for tilstedeværelsen av maladaptive mestring er praktiske måter som sykepleiere kan vurdere risiko for CF mens de utvikler egenomsorgsstrategier for å fremme adaptiv mestring og motstandskraft. Oversikt presentert i figur 6.



**Figur 6:** Forbedringsprogram med egenomsorg i fokus: Undervisning i emnet, trening, kosthold og søvn, sorgbearbeiding med debrief, og pusterom på avdeling (Sullivan et al, 2019)

Forbedringsprogrammet til Sullivan et al (2019) viste stor forbedring blant sykepleiere med nedgang i BO/STS og økt CS. Ved å implementere undervisningsmaterieil for å fremme egenomsorg, ble CF satt i fokus. Ernæringsstøtte fra klinisk profesjonelle, individuelle konsultasjoner, treningsopplegg, og mulighet for avkobling på egnet «pusterom» var tiltak utført på avdeling i arbeidstid. Det ble månedlig holdt minnestund for pasienter som hadde avgått med døden, med debrief og støttepersonell tilgjengelig. Studiet viste dog at for å opprettholde egenomsorgsstrategiene må dette settes søkelys på i det daglige, da studiet viste at de fleste hadde en tendens til å falle tilbake til gamle mønstre.

## 6.0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven var å få økt kunnskap om omsorgstretthet blant sykepleiere. I litteraturen er det lite bøker eller artikler om temaet, og begrenset med forskning. Av de forskningsartiklene som ble identifisert, konkluderer samtlige med at CF er et fenomen som er i aller høyeste grad er til stede og kan ramme alle typer profesjoner innenfor helsevesenet. Med andre ord så kan det ramme alle typer sykepleiere – uavhengig av arbeidssted og pasientklassifisering.

Samtlige studier, med støtte ifra litteraturen, påpeker at det å jobbe tett på pasienter (og deres pårørende), og ta del i deres lidelser og traumer påvirker sykepleieren både fysisk og mentalt. Arbeidsforhold, arbeidets art og personlige forhold er faktorer som kan påvirke CF. Ved en balansert tilværelse der en opplever tretthet i sitt arbeid, samtidig som man kjenner på mestring kan dette holde fenomenet i sjakk. Men dersom hjelperen møter på flere stressende faktorer, gjerne mer enn det den enkelte klarer å håndtere selv, kan vektskålen bli for skjev. Hvis vedkommende i tillegg har utfordringer privat, eller store omsorgsoppgaver i hjemmet, kan arbeidshverdagen bli ekstra tøff å håndtere.

For den enkelte sykepleier kan det å holde på sitt arbeid bli vanskelig i møte med økte stressfaktorer, jobben kan oppleves meningsløst og lite givende. Den enkelte kan oppleve tap av initiativ, empati og sympati, noe som kan være direkte truende for pasientsikkerheten. Resultatet over tid kan være utslitte sykepleiere som ikke lenger makter å stå i sin profesjon. Turnover blant sykepleiere kan ha en direkte årsakssammenheng med økt belastning på arbeidsplassen, som igjen kan føre til økonomiske byrder for helseforetaket og nedsatt kvalitet på pasientbehandlingen.

Tiltak må iverksettes både på et organisatorisk, profesjonelt og individuelt nivå i forebygging av CF. Det må settes søkelys på fenomenet, risikofaktorer og symptomer. Det må iverksettes utdanning, opplæring og forebyggende tiltak. Godt arbeidsmiljø, dyktige ledere, trygge kollegaer og god selvivaretakelse er strategier som kan hemme CF og fremme CS. For ved å fremme CS, vil en dette også påvirke sykepleierens egen ProQOL i en positiv retning, og en kan kjenne på glede, mestring og tilfredshet i sitt arbeid.

For omsorg som utøves det kan ha sin pris, en dyrebar pris som sykepleiere kan måtte ende opp med å betale dyrt for i form sin egen helse og sin profesjon, og det er det absolutt ingen

som applauderer dersom dette er medaljens bakside i hjelpearbeidet. Sykepleiere må forstå at det å sette grenser og se sine begrensninger, er å være profesjonell, så vel som å se sine styrker. For alle små ting kan resultere i den lille dråpen som til slutt får hele begeret til å renne over.

## 6.1 Implikasjoner for praksis

CF er for mange et nytt begrep, et ukjent fenomen, og som det kan være vanskelig å identifisere i en hektisk sykepleierhverdag for den enkelte, men også for kollegaer og ledere. En sykepleiers hverdag er preget av tidspress, pasientvolum, prosedyrer, samhandling, rutiner og alt dette skal kombineres med omsorg og pleie, håndtering av lidelse, tap og død. Å ta vare på seg selv midt oppi en slik arbeidstilværelse vil de fleste sykepleiere konkludere med ville være helt umulig. Å til stadighet sette andre foran seg selv, å yte den plikten og hjelpen som skal gis i henhold til sykepleierfagets normer kan gå på bekostning av en selv. Det å alltid gi og ikke kreve noe i gjengjeld er i sterk tråd med sykepleieteorier. Det å være tøff og stå i alt det vanskelige og traumatiserende, det å presse seg hardt når det koker som mest er kulturen som er opparbeidet. Men det kan være omsorgens pris der hjelperen kan ende opp med å måtte bøte for selv. Og resultatet kan bli at den profesjonen sykepleieren en gang valgte, blir det yrket en ser seg nødt til å fratrukke grunnet CF. Og i et samfunn med sykepleiermangel er dette ekstra kritisk.

Ved en omvendt proporsjonal vil økt CS medføre lavere sykefravær og i beste fall sørge for at sykepleiere faktisk blir i sine profesjoner. Det er dermed høyst nødvendig med tiltak for behandling og forebygging av nivåer av CF. Det burde være et krav implementert i alle helseforetak, for å drifte en arbeidsplass i henhold til lovverket, for å verdsette den ansattes helse, og sørge for at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Det å være bevisst på det som fremmer (og likeledes hemmer) tilfredshet i sykepleierens arbeidshverdag og har en positiv påvirkning på ens profesjonelle livskvalitet bør stå høyt på prioriteringslisten. Dette både for den enkelte sykepleier, men også for ledelse og organisasjon. Det må settes søkelys på å hjelpe hjelperen i et helsesystem der å hjelpe faktisk er det viktigste vi gjør. For som flyvertinner alltid opplyser om: ta på egen maske først, før du hjelper andre.

## Referanseliste

Almvik & Vråle. (2019, 18.Februar). *Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel*. Sykepleien.no. Lokalisert på [Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel \(sykepleien.no\)](#)

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2022-04-08-19). Lovdata. [Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven\) - Lovdata.](#)

Bang S. (2003) Rørt, rammet og rystet – faglig vekst gjennom veiledning (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bouchard L. (2019). Compassion Fatigue in Advanced Practice Registered Nurses: Why Don't We Know More? *Nurs Clin North Am*, 54(4), 625-637. doi: 10.1016/j.cnur.2019.08.002.

Cocker F, Joss N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 13(6), 618. doi: 10.3390/ijerph13060618.

Coetzee, S.K. and Klopper, H.C. (2010), Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12, 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Figley CR.(Red). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Routledge.

Friberg, F. (Red). (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Helsedirektoratet (2021). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – faglige og tjenestemessige behov*. (Fremtidige kompetansebehov III (NOU, 2020:2) Lokalisert på [Rekruttering og turnover for sykepleiere - Helsedirektoratet](#)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2022-12-20-115). Lovdata.

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Heritage B, Rees CS, Hegney DG. The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLoS One*, 13(2), 0193478. doi: 10.1371/journal.pone.0193478.

Håkonsen KM. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.

Kartsonaki MG, Georgopoulos D, Kondili E, Nieri AS, Alevizaki A, Nyktari V, Papaioannou A. Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals. *Nurs Crit Care*. 2022 Mar 21. doi: 10.1111/nicc.12769.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen NJ., Nortvedt F. & Skaug E. (2016). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

May Bente Hagen 2021, *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2 utg.). Universitetsforlaget Oslo.

Middleton, Jennifer. (2015). Addressing Secondary Trauma and Compassion Fatigue in Work with Older Veterans: An Ethical Imperative. *Journal of Geriatric Care Management*. 5.

O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*, 48, 100785. doi: 10.1016/j.ienj.2019.06.008

Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*. 35(4), 32-43. doi: 10.4037/ccn2015392.

Sandanger, H. (2020). *Bevissthet om signaler på omsorgstretthet*. Lokalisert på [Omsorg 2020](#)  
[Bevissthet om signaler på omsorgstretthet—side 3 \(fagbokforlaget.no\)](#)

Shi H, Shan B, Zheng J, Zhang Y, Zhang J, Hu X. Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue. *Psychooncology*, 31(5), 840-847. doi: 10.1002/pon.5875.

Stamm, B. H. (2010). *The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue)*. Pocatello, Lokalisert på: [ProQOL](#)

Statistisk Sentralbyrå (2022). Sykefravær. I *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet 20. Desember fra [Sykefravær \(ssb.no\)](#)

Sullivan CE, King AR, Holdiness J, Durrell J, Roberts KK, Spencer C, Roberts J, Ogg SW, Moreland MW, Browne EK, Cartwright C, Crabtree VM, Baker JN, Brown M, Sykes A, Mandrell BN. Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum*, 46(3), 338-347. doi: 10.1188/19.ONF.338-347.

Vang S. (2021, 8.april). *Vi må snakke om omsorgstretthet!* Lokalisert på: [Vi må snakke om omsorgstretthet! | Vernepleier](#).

Wells-English D, Giese J, Price J. Compassion Fatigue and Satisfaction: Influence on Turnover Among Oncology Nurses at an Urban Cancer Center. *Clin J Oncol Nurs*, 23(5), 487-493. doi: 10.1188/19.CJON.487-493.

Wijdenes KL, Badger TA, Sheppard KG. Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center. *J Nurs Adm*, 49(1), 19-23. doi: 10.1097/NNA.0000000000000702.

Vu, F. & Bodenmann, P. (2017). Preventing, managing and treating compassion fatigue. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 168, 224-231.



## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
03.11.22	Ovid Medline	(compassion fatigue and nurs*and compassion satisfaction).ti,hw,ab,kf	Fagfelle vurder t År 2017 - 2022	254	0	0	0
		Review.m_titl.		642426	0	0	0
		1 not 2		243	0	0	0
		Limit 3 to yr="2017-2022"		193	0	0	0
		Covid*.mp.		304108	0	0	0
		4 not 5		166	0	0	0
		Limit 6 to English language		163	0	0	0
		Limit 7 to journal article		162	147	15	6
04.11.22	oria.no – norske fagbibliotek	Sykepleie*					
		Compassion fatigue*OR omsorgstretthet*OR medfølelsetretthet		2	2	2	0

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn
Wells-English D, Giese J, Price J., 2019,	Compassion Fatigue and Satisfaction: Influence on Turnover Among Oncology Nurses at an Urban Cancer Center	Uforske forholdet mellom omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og turnover blant sykepleiere.	Sykepleiere	Kvantitativ tilnærming. 93 onkologiske sykepleiere ved et kreftsentert deltok i spørreskjema der omsorgstretthet, skundært traumatisk stress og utbrenthet ble målt ved hjelp av Professional Quality of Life Scale. Turnover ble bestemt av Turnover intention scale – 6.	254 deltakere (42,5 %) arbeidet på akutt/intensiv avdeling, 344 deltakere (57,5 %) arbeidet på en ikke akutt/intensiv. Gjennomsnittsalder for deltakere: 33,19. Gjennomsnitt total arbeidserfaring i måneder: 79,53.	Totalt lave nivåer rapportert blant utdannede redusert rapportert av CS-fagfolk for de barn/turnoverarbeid
O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C., 2019,	Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study.	Undersøke om omsorgstretthet forårsaket av lidelse kan kompromittere individets velvære og redusere arbeidseffektiviteten.	Akutt sykepleiere	kvantitativ tverrsnittundersøkelse ved hjelp av Professional Quality of life scale og åpne spørsmål. 86 sykepleiere fra 2 akuttmottak i Australia ble analysert.	Studiet inkluderte 86 deltakere, deriblant 78 kvinner (91 %). 56 % av deltakerne var under 30 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring i år: 10. Gjennomsnittlig akuttmedisinsk erfaring i år: 7,0. 66 av deltakerne (77 %) hadde spesialisert videreutdanning eller kurs innen akuttmedisin.	Studiet deltok en med hadde hadde gjenn 1/3 av om st nivåer avdek jobbf stress ressur jobbs pasier komp komp

Kandidatnummer: 1529

<p>Sullivan CE, King AR, Holdiness J, Durrell J, Roberts KK, Spencer C, Roberts J, Ogg SW, Moreland MW, Browne EK, Cartwright C, Crabtree VM, Baker JN, Brown M, Sykes A, Mandrell BN., 2019,</p>	<p>Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses</p>	<p>Utvikle et evidensbasert omsorgstretthets program og evaluere dets innvirkning på sykepleie rapportert utbrenthet, sekundært traumatisk stress og medfølelses tilfredshet, samt korrelerer faktorer for motstandskraft og håndterings adferd.</p>	<p>Barnekreft sykepleiere</p>	<p>Kvantitativ tilnærming. Kvalitetsforbedringsprogram gjennomført på 59 sykepleiere på en sengepost ved en pediatrik onkologisk avdeling. Validerte mål på omsorgstretthet og tilfredshet (Professional Quality of Life Scale), omsorgsmestring (Brief COPE) og resiliens (Connor Davidson resilience scale 2) ble evaluert i et preprogram, og fulgt opp etter 2, 4 og 6 mnd etter programmet</p>	<p>Studiet bestod av 59 deltakere, flest kvinner (n= 54) på en barnekreftavdelin g. Majoriteten av deltakerne var i alder 20 – 29 år, hadde vært sykepleiere i mindre enn 5 år, hadde mindre enn 5 års erfaring.</p>	<p>Studie evider omso bidro ble sig baselø progr det å ikke v mønns korrel Samle minim imidle rappo mestr som v BO og korrel</p>
<p>Wijdenes KL, Badger TA, Sheppard KG., 2019,</p>	<p>Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center</p>	<p>Evaluere forekomsten og alvorlighetsgraden av risiko for omsorgstretthet blant sykepleiere ansatt i et stort sykehussystem</p>	<p>Sykepleiere</p>	<p>Deskriptivt design. Identifisere 1.) forekomst og alvorlighetsgrad av risiko for omsorgstretthet blant et utvalg sykepleiere og 2.) forskjellene i demografisk kjennetegn korrelert med omsorgstretthet risiko. Spørreskjema til 315 sykepleiere hvor Professional of Quality of Life scale ble brukt for å fastsette risiko for omsorgstretthet.</p>	<p>Inkluderte 315 sykepleiere i sin studie. 252 deltakere var kvinner (84 %), 189 var gift (62 %), 166 hadde en bachelorgrad i sykepleie (54,6 %). 225 var i alderen 25 – 54 år (74,2 %), Ca. 20 % (n = 61) hadde jobbet i sykehussystemet imellom 2 – 5 år, 63 deltakere hadde jobbet mer enn 25 år (20,8 %). 204 deltakere (67,3 %) hadde byttet jobb innen de siste 5 årene. 107 deltakere hadde de siste 6 månedene hatt 2 – 4 sykedager (35,2 %).</p>	<p>46 % til høy som i stress første 25 års viste e samm rappo rappo STS. 1 inn i c risiko CF. Ri forbu anset jobbe syked</p>

Kandidatnummer: 1529

<p>Shi H, Shan B, Zheng J, Zhang Y, Zhang J, Hu X., 2022,</p>	<p>Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue.</p>	<p>Undersøke sammenhengen mellom empati, kummulativ sorg og utvikling av omsorgstretthet, evaluere sammenhengen mellom disse og verifisere rollen sorg som formidler i forholdet mellom empati og omsorgstretthet.</p>	<p>Onkologiske sykepleiere</p>	<p>Tverrsnittundersøkelse. 794 kinesiske onkologiske sykepleiere ble inkludert. Undersøkelsen besto av demografisk spørreskjema, Interpersonal Reactivity Index, Texas revised Inventory of Grief – present og Professional Quality of Life Scale.</p>	<p>794 deltakere ble inkludert i studiet, 780 kvinner. Gjennomsnittsalder er 31, 57 år. Gjennomsnitt total arbeidserfaring i år: 10,26.</p>	<p>Studie av emode Sykepleie mode STS. F ekspo hende følelse som i risiko ofte v konse var st sorg k</p>
<p>Kartsonaki MG, Georgopoulos D, Kondili E, Nieri AS, Alevizaki A, Nyktari V, Papaioannou A., 2022,</p>	<p>Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals.</p>	<p>Undersøke forekomsten og faktorene som påvirker nivåene av sekundært traumatisk stress, omsorgstretthet, utbrenthet og omsorgstilfredshet av helsepersonell som arbeider i voksne og pediatriske intensiv avdelinger, samt avdelinger som behandler pasienter med alvorlig sykdom.</p>	<p>Sykepleiere helsearbeidere</p>	<p>Tverrsnittundersøkelse. Spørreskjema ved bruk av Professional Quality of Life Scale. 598 helsearbeidere, derav 358 sykepleiere, som arbeidet på voksen/ barn intensiv, akutt-, onkologisk-, hematologisk-, og nevrokirurgisk avdelinger, hemodialyseenhet eller operasjonsavdeling. Studiet sammenlignet deltakere som arbeidet i intensiv/akutt avdelinger med deltakere som arbeidet i andre avdelinger.</p>	<p>Studiet inkluderte 598 deltakere, 127 menn (21,2 %) og 471 kvinner (78,8 %). Totalt 358 sykepleiere (59,9 %). Gjennomsnittsalderen 41,34 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring ifra sykehus var 14,84 år. 254 deltakere (42,5 %) arbeidet på akutt/intensiv avdeling, 344 deltakere (57,5 %) arbeidet på en ikke akutt/intensiv avdeling.</p>	<p>Økte hos p ikke a hos kv med r samm hos p hadde hende rappo CF, 54 mode BO ni yngre med h arbeid økte om m 18,2 % nivåer eldre stress for de barn/ turnu arbeid</p>