

Kandidatnr 10003 & 10013

Compassion fatigue blant fysioterapeuter i Norge: En kvalitativ intervjustudie

Compassion Fatigue Among Physical Therapists in Norway: A Qualitative Study of Interviews

Bacheloroppgave i HFYS3007, FT18

Januar 2021

Kandidatnr 10003 & 10013

Compassion fatigue blant fysioterapeuter i Norge: En kvalitativ intervjustudie

Compassion Fatigue Among Physical Therapists in Norway: A Qualitative Study of Interviews

Bacheloroppgave i HFYS3007, FT18
Januar 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

*“We cannot walk through water without getting wet.
We cannot do this work without being affected by it”.*
(Remen, 2006)

Sammendrag

Tittel: Compassion fatigue blant fysioterapeuter i Norge: en kvalitativ intervjustudie.

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å undersøke om fysioterapeuter i Norge opplever compassion fatigue.

Metode: Kvalitativ intervjustudie med innhenting av data fra forskningsintervju av tre fysioterapeuter med klinisk erfaring. Intervjuene ble utført over digital plattform, med en referent som skrev ned det som ble sagt. Deretter ble datamaterialet analysert og det mest relevante ble inkludert i studien.

Resultat: Resultatene viser at en av informantene har opplevd tilstanden compassion fatigue, mens de to andre informantene har opplevd deler av det.

Konklusjon: Basert på oppgaven kan en konkludere med at compassion fatigue er et mulig problem blant fysioterapeuter i Norge. For å si noe sikkert om omfanget og behovet for kunnskapsøking på temaet, må det imidlertid forskes videre på dette emnet. Dersom compassion fatigue er gjeldene for fysioterapeuter, bør både NFF og institusjonene som utdanner fysioterapeuter vurdere å sette lys på tematikken i form av kurs og undervisning i hvordan håndtere psykososiale belastninger.

Abstract

Title: Compassion Fatigue Among Physical Therapists in Norway: A Qualitative Study of Interviews

Aim: The purpose of this thesis is to evaluate if physical therapists in Norway experience the state compassion fatigue.

Method: Qualitative study of interviews with recollection of data from research-interviews of three physical therapists with clinical experience. The interviews were conducted digitally, with a scribe writing down the conversation. Afterwards, the material was analysed, and the most relevant parts included in this thesis.

Results: The results show that one of the informants has experienced compassion fatigue, while the two other informants has experienced some form of the condition.

Conclusion: Based on this thesis, one can conclude that compassion fatigue is a possible issue among physical therapists in Norway. To be sure of the scope and need for more knowledge on the topic, more research is required. If compassion fatigue is prevalent among physical therapists, both NFF and the institutions educating physical therapists should consider an increase in courses and curriculum regarding handling of psychosocial burdens.

Innholdsfortegnelse

1.0	<u>Innledning</u>	5
2.0	<u>Teori</u>	6
2.1	<u>Compassion fatigue</u>	6
2.2	<u>Fysioterapeuter</u>	7
2.3	<u>Andre sentrale begrep</u>	7
2.4	<u>Forekomst – Hvem har compassion fatigue?</u>	8
2.5	<u>Ulike typer belastninger</u>	10
2.6	<u>Empatiens nevrofysiologi</u>	11
2.7	<u>Hvem er mest utsatt?</u>	12
2.8	<u>Kort om debriefing</u>	13
3.0	<u>Metode</u>	13
3.1	<u>Utvalg og rekruttering</u>	14
3.2	<u>Analyseprosessen</u>	15
3.3	<u>Etiske vurderinger</u>	15
3.4	<u>Metodekritikk</u>	16
4.0	<u>Resultat</u>	17
4.1	<u>Nyutdannet vs erfaren</u>	18
4.2	<u>Debriefing</u>	19
4.3	<u>Opplevelse av egne belastninger</u>	20
4.4	<u>Kunnskap om CF</u>	22
5.0	<u>Diskusjon</u>	23
5.1	<u>Erfaring</u>	23
5.2	<u>Debriefing</u>	25
5.3	<u>Belastninger</u>	26
5.4	<u>Kunnskap om CF</u>	28
6.0	<u>Konklusjon</u>	29
7.0	<u>Referanseliste</u>	30
8.0	<u>Vedlegg</u>	34

1.0 Innledning

Fysioterapiyrket kan by på gleder og berikelser, som å møte mange spennende mennesker og å være en del av deres reise på veien til bedre helse og mestring. Dette er et av mange eksempler på positive aspekter ved å være fysioterapeut. Men hva med de negative? Fysioterapeuter blir stadig vitne til pasienters smerter, lidelser og sterke historier. Ikke alle pasienter blir friske heller. Hvordan blir fysioterapeuter påvirket av dette? Er det en kostnad i det å hjelpe?

På fysioterapistudiet blir studenter stadig minnet på å heve benken og passe på arbeidsstillingen slik at man holder ut en hel karriere. Dette begrunnes med at mange små, unødvendige fysiske belastninger over tid, kan føre til overbelastning og at man ikke holder ut i jobben. Men hva med mange små, uadresserte psykiske belastninger? Vil ikke det også kunne føre til at man ikke holder ut? Arbeidsmiljøloven (2005) sier at arbeidstakere skal beskyttes mot uheldig psykososial belastning som følge av kontakt med andre. Blir dette overholdt? Vårt inntrykk – gjennom utdanningen, praksisperioder og deltidsjobb – er at fysioterapeuters emosjonelle belastninger, blir lite undervist om og tatt hensyn til på arbeidsplassene. Stemmer dette? Disse spørsmålene startet en tankeprosess som ga forløp til temaet i denne bacheloroppgaven; compassion fatigue blant fysioterapeuter.

Compassion fatigue er en tilstand som skyldes den gradvise påvirkningen og slitasjen fra det å jobbe med mennesker og lidelse over tid, og kan omtales som “the negative cost of caring” (Figley, 1995). Dette åpner opp for at det er en bakside av den samme egenskapen, compassion, som beriker. Compassion fatigue er et relativt nytt begrep, og er lite forsket på vedrørende fysioterapeuter. Dermed ønsker vi i denne oppgaven å finne ut om fysioterapeuter i Norge opplever compassion fatigue.

2.0 Teori

2.1 Compassion fatigue

Oppgaven tar utgangspunkt i psykologspesialist og psykoterapeut Per Isdal sin forståelse av begrepet compassion fatigue (CF), ut ifra boken *Smittet av vold – om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene* (2017). CF omtales på norsk som “omsorgstretthet”, “medfølelsetretthet” og “empatiutbrenthet”, men det finnes ingen konsensus om en god oversettelse (Isdal, 2017). Derfor benytter vi begrepet compassion fatigue. Isdal (2017, s. 146) oversetter den amerikanske psykologen Charles Figleys definisjon av begrepet som:

“Compassion fatigue beskriver den gradvise påvirkningen og slitasjen fra det å jobbe med mennesker og lidelse.”

Figley (1995) sammenligner CF “the negative cost of caring”, og Isdal (2017) beskriver det som en gradvis nedbryting av engasjement, involvering og empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å skulle hjelpe. CF er ikke en diagnose, men en tilstand. Hvis man ikke ivaretar seg selv i yrker der man jobber med mennesker i lidelse, kan det gå ut over både en selv og kvaliteten i behandlingen. (Isdal, 2017)

Videre er CF en tilstand av utmattelse og nevrofysiologisk dysfunksjon, som kan komme til uttrykk biologisk, psykologisk og sosialt, grunnet langvarig eksponering for andres lidelse. (Isdal, 2017) Å lytte til pasienters historier om frykt, smerte og lidelse, kan føre til at man selv føler på lignende frykt, smerte og lidelse – simpelthen fordi man bryr seg (Figley, 1995). Uten at man merker det kan disse følelsene etter hvert oppfattes som ens egne. “Å ikke bli påvirket av et medmenneskes lidelse er i sin natur umenneskelig” forklarer Isdal. En naturlig konsekvens av empati er altså at man lar seg påvirke av andre. (Isdal, 2017)

CF trigges av en naturlig og essensiell respons på å lette andres smerte og lidelse, men kan resultere i dårligere helsehjelp (Devi, D’Souza & Maniarasan, 2020). Yrkesutøvere med CF viser gjerne symptomer som lav arbeidsmoral, irritabilitet, synkende motivasjon, liten tro på at arbeidet er nyttig, tilbaketrekning fra kolleger og unngåelse av oppgaver de har jobbet med før (Isdal, 2017). Devi et al. (2020) konkluderer med at CF er et viktig konsept som bør inkluderes i fysioterapeututdanningen.

2.2 Fysioterapeuter

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell som bl.a. behandler og/eller forebygger skader og sykdommer som gir smerte og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet.

Fagutøvelsen baseres på en kroppslig og verbal samhandlingssituasjon. Fysioterapeuter ønsker å få en helhetlig forståelse av pasientens plager og hva han eller hun ønsker hjelp til. For å oppnå dette må tillit og trygghet ligge i bunn. (Norsk fysioterapeutforbund, 2015)

I utdanningen lærer fysioterapeuter det pedagogiske aspektet av å hjelpe. Pensumboken “Helsepedagogikk” (Tveiten, 2016) beskriver virkemidler for å oppnå et tillitsfullt forhold. Å utøve helsetjeneste av høy kvalitet forutsetter god kommunikasjon mellom fysioterapeut og pasient. Selve grunnlaget for god kommunikasjon er evnen til å lytte. Fysioterapeuter bør være aktive lyttere og forholde seg aktivt til det som blir uttrykt. Aktiv lytting innebærer å oppfatte både verbale og ikke-verbale uttrykk. Videre knytter man det den andre sier, til seg selv og egne opplevelser, for å leve seg inn i det pasienten forteller. (Tveiten, 2016) Dette betyr at det kreves empati for å være en aktiv lytter, da empati kan defineres som å bli beveget av og føle med andre mennesker. Empati er nødvendig for å forstå pasienten og pasientens plager, slik at man kan yte god helsehjelp. Kontinuerlig praktisering av empati kan imidlertid tappe en for krefter og føre til CF. (Isdal, 2017)

2.3 Andre sentrale begrep

Compassion

For å forstå hva CF er, må man også forstå hva det er som svekkes, nemlig compassion (Isdal, 2017). Compassion kan oversettes til norsk som medfølelse, medlidenhet eller barmhjertighet (Svenkerud & Aarflot, 2008), og kan beskrives som en følelse av sympati og sorg overfor andres lidelse, samt et ønske om å hjelpe (Cambridge Dictionary, 2020).

Compassion er personlig engasjement, empati og det genuine ønsket om å hjelpe, trøste, lindre og helbrede (Isdal, 2017).

Sekundærtraumatisk stress

Det finnes flere begrep som beskriver symptomer ved for store psykososiale belastninger, og ofte blir de feilaktig brukt om hverandre. Ett av disse begrepene er sekundærtraumatisk stress. Sekundærtraumatisering er forbeholdt hjelpere som jobber med traumatiserte pasienter. (Isdal, 2017) Selv om compassion fatigue og sekundærtraumatisk stress blir omtalt om hverandre i litteraturen, mener Zhang, Zhang, Han, Li & Wang (2018) at konseptene burde forskes på som forskjellige tilstander med ulike årsaker, symptomer og behandlinger. Sekundærtraumatisk stress er ifølge Isdal (2017) ikke det samme som CF, men en belastning, som i samspill med utbrenthet og det å hjelpe kan inngå i CF.

Utbrenthet

Utbrenthet kan som nevnt spille en rolle for utvikling av CF (Isdal, 2017). Dette kommer til syne i en meta-studie basert på elleve studier med mer enn 4000 sykepleiere. Studien viser en stor assosiasjon mellom utbrenthet og CF ($r = 0.59$). (Zhang et al., 2018).

Norsk helseinformatikk definerer utbrenthet som “langvarig arbeidsrelatert stressreaksjon, som vanligvis gir både psykiske og fysiske plager. [...] Utbrenthet er en normal reaksjon på stress, og ikke en egen diagnose”. (Kvam, 2020) Isdal (2017) forklarer utbrenthet som en reaksjon på å ikke kunne utføre jobben som følge av rammevilkårene. Altså ikke belastning som følge av selve pasientmøtene, men forhold som antall pasienter, dårlig tid, ensidig arbeid, dårlig oppfølging fra ledelsen og mangel på kompetanse. Belastning i form av utbrenthet vil spille inn på effekten av andre psykososiale belastninger, og dermed øke risikoen for CF. (Isdal, 2017)

2.4 Forekomst – Hvem har compassion fatigue?

Det finnes relativt få studier på CF og fysioterapeuter. Dette blir bekreftet av Sorenson, Bolick, Wright & Hamilton (2016). De konkluderer med at det er nødvendig med mer forskning for å vurdere hvorvidt CF gjør seg gjeldende hos et bredere spekter av helsearbeidere – herunder fysioterapeuter. De kom også frem til at definisjonen og bruken av termen CF har utviklet seg, og at det er nødvendig med en grundig analyse av konseptet. Dermed er det vanskelig å si noe sikkert om forekomsten av CF blant fysioterapeuter.

Devi et al. (2020) har riktignok nylig utført en studie på CF blant 545 fysioterapeuter i India. Studien kom frem til at blant fysioterapeuter med 0-10 års erfaring hadde 17-18 % høy grad av CF, og blant fysioterapeuter med 10 års erfaring eller mer var det 10-13 % med høy grad av CF. Videre tok studien for seg fysioterapeuter med henholdsvis bachelor- og mastergrad, og viser til at det var flere med høy grad av CF blant de med bachelorgrad. (Devi et al., 2020).

CF er, som nevnt, ikke en diagnose, men en tilstand som kan forårsake en rekke ulike symptomer og plager. Symptomer på CF kan uttrykkes i varierende grad, og man kan fungere greit i jobb og privat – en stund. (Isdal, 2017) Faktisk mener Mathieu (2012) at de som er utbrent, traumatisert og opplever fatigue tenderer å jobbe mer og hardere. Symptomer på CF, som for eksempel kontinuerlig sympatikusaktivering, kan etter hvert oppleves som normalt. Denne prosessen skjer så gradvis at man etter hvert ikke lengre enser at man blir påvirket. Det kan være mange som har symptomer på CF uten at de er klar over det. Etter en tilstrekkelig lang periode med slike påkjenninger, selv om de er blitt så normaliserte at man tror alt er som det skal være, sier kroppen til slutt tydelig ifra. Det kan oppleves som at man plutselig “møter veggen” og ikke lenger makter å gå på jobb. (Isdal, 2017)

Ifølge Isdal (2017) står de som har møtt veggen som følge av CF i stor fare for å bli feildiagnostisert. Symptomene kan fort bli forvekslet med symptomene på depresjon og angstproblematikk. Isdal belyser at feildiagnostiseringen er problematisk da behandlingen av angst og depresjon vil være å komme gradvis tilbake til samme jobb. Det å *ikke* gjøre endringer eller bytte jobb, som vil være hensiktsmessig ved CF, vil gjøre at symptomene gradvis kommer tilbake eller blir verre, påstår han. (Isdal, 2017)

Helse- og sosialtjenesten er den yrkesretningen med desidert høyest prosentandel legerklærte sykemeldinger. I 2. kvartal av 2020 var hele 7,5 % av ansatte i helse- og sosialtjenesten sykemeldt. Dette er 1,4 % høyere enn yrkene med nest høyest sykefravær, og mer enn dobbelt så høyt som de som har administrative jobber. Sykemeldingsprosenten har ligget stabilt på over 7 siden våren 2016. (NAV, 2020) Statistikken sier riktignok ikke noe om i hvor stor grad compassion fatigue er årsak til sykefraværet. Likevel påpeker Isdal (2017) at statistikken sier noe om at det å jobbe med mennesker er det mest helsefarlige arbeidet som finnes.

Det finnes også indikasjoner på at CF ikke får særlig oppmerksomhet blant yrkesaktive fysioterapeuter. Under *Arbeidsmiljø* og *Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet*, skriver

Norsk Fysioterapeutforbund på nettsiden sin at arbeidstakers integritet og verdighet skal ivaretas, og at trakassering skal fordømmes. Men psykososiale faktorer som følge av belastningen pasientmøtene bringer, nevnes ikke. I arbeidsmiljølovens § 4-3 «**Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet**» (2005), står det: «Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre». Med utgangspunkt i Isdals (2017) definisjon, er uheldig psykososial belastning som følge av kontakt med andre, den største risikofaktoren for CF, og bør dermed tas hensyn til.

2.5 Ulike typer belastninger

Når man jobber med mennesker, utsettes man for en rekke inntrykk. Ofte skiller man mellom daglige og mer ekstreme inntrykk. Daglige inntrykk venner man seg til, mens ekstreme inntrykk legger man merke til. Hva som er daglige inntrykk og ekstreme inntrykk avhenger av hvor man jobber. For noen arbeidstakere kan inntrykk som andre anser som ekstreme, være daglige. En fysioterapeut som jobber på en intensivavdeling ved et sykehus kan møte andre belastninger enn en kommunefysioterapeut. Isdal (2017) påstår at det daglige kan være langt farligere på lengre sikt enn de ekstreme inntrykkene. Dette argumenterer han for ved at det man merker godt, det ekstreme, er lettere å forholde seg til psykologisk enn det man merker som diffust, det daglige.

Som hjelper kan man bli utsatt for ulike typer belastninger. Strukturelle og sosiologiske belastninger innebærer å bli eksponert for forhold som i sin natur er umenneskelige. Dette kan bl.a. være forhold som undertrykkelse, fattigdom, naturkatastrofer og krig. Direkte belastninger er hendelser og handlinger som hjelperen blir direkte utsatt for og kan ofte registreres i ulike skadeskjemaer. Da er det snakk om vold, trusler, krenkelser, grenseoverskridelser, seksuell trakassering osv. Indirekte belastninger er alt man opplever, mottar og tar inn i møte med klientenes lidelse, smerte og problemer. Som hjelper blir man vitne til klientens lidelse og dette gjør noe med hjelperne, mener Isdal. Både direkte og indirekte belastninger inngår i CF. (Isdal, 2017)

Relasjon kan ha stor betydning for i hvilken grad man blir påvirket av andres lidelse. Som fysioterapeut har man en relasjon til pasienten. Nærmere kontakt med pasienten, øker sannsynligheten for at blir man påvirket. Det vil være forskjell på om man møter en pasient én gang, eller om man følger pasienten over flere måneder eller år. Enda sterkere vil det være dersom man personlig kjenner pasienten fra før. Ifølge enkel traume-psykologi har også

personlig historie og livssituasjon stor betydning for i hvilken grad man lar seg påvirke, og dermed ha betydning for hvordan en håndterer jobbelastninger. (Isdal, 2017)

2.6 Empatiens neurofysiologi

For å forstå virkningsmekanismene bak CF, må man se nærmere på hva som skjer i nervesystemet. Mennesker blir påvirket av hverandre (Isdal, 2017). Stolorow og Atwood (1992, i Isdal, 2017) mener at gjensidig påvirkning mellom terapeut og pasient er en kontinuerlig prosess. Rotschild (2006, i Isdal, 2017) beskriver at man blir påvirket i møte med andre ved å kopiere hverandres ansiktsuttrykk og holdning. Dette skjer ubevisst og spontant. Når man kopierer den andres ansiktsuttrykk assosiert med visse følelser, kan begge oppleve den samme følelsen. Fra et evolusjonsperspektiv er denne speilingen nødvendig for å sikre læring, sosiale bånd og overlevelse. (Isdal, 2017)

Vi har 300 millioner speilnevroner i hjernen (Isdal, 2017). To italienske forskere oppdaget ved en tilfeldighet på midten av 90-tallet, at de samme hjernenevronene som aktiveres under spesifikke handlinger også aktiveres når man observerer en annen utføre samme handling (Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti, 1996). Vi har bl.a. speilnevroner for pust, puls og hjertefrekvens, men også ansiktsuttrykk, kroppsholdning, taletempo, stemmeleie, kroppsbevegelser, hodevinkel, blick og følelsesuttrykk som tårer (Isdal, 2017). Speilnevroner kan kalles det biologiske grunnlaget for menneskers evne til å føle med, gjenkjenne tilstander og intensjoner hos andre. Dette utgjør ifølge Gallese & Umiltà (2006) det nevralt grunnlaget for empati.

Isdal (2017) skriver at belastninger påvirker en, mens belastninger over tid forandrer en. Når man gjennom pasienter møter signaler om fare, stress og lidelse, får man en stressreaksjon (Isdal, 2017). En stressreaksjon innebærer aktivering av det sympatiske nervesystemet. Dette fører til ikke-viljestyrte fysiologiske forandringer som økt puls og blodtrykk, hemmet fordøyelse, spente muskler og skjerpet oppmerksomhet (Sand, Sjaastad & Haug, 2016). Emosjonelt stress er en vanlig reaksjon, og ikke skadelig hvis man får avveksling ved å koble inn det parasympatiske nervesystemet (Isdal, 2017). Som fysioterapeut går man ofte rett fra ett pasientmøte til et annet, og får ikke nødvendigvis tid til å roe seg imellom. Hvis inntrykkene har vært sterke, kan sympatikus-reaksjonene også være aktive en stund etter endt pasientmøte. Kroppslig overaktivering kan over tid føre til at man blir overbelastet. Dette kan

resultere i belastningssymptomer som slitenhet og utmattelse, økt blodtrykk, muskelsmerter, konsentrasjon- og søvnvansker og problemer med følelsesregulering. (Isdal, 2017)

2.7 Hvem er mest utsatt?

Ifølge Bush (2009) har alle hjelpere risiko for å utvikle emosjonell utbrenthet på grunn av arbeidet. Hun henviser til Stamm (1999) som advarer mot at man som hjelper i starten av karrieren kan ha en illusjon om at man er beskyttet mot den smerte og sorg pasienter opplever på grunn av utdanningen og uniformen. Man kan tro at trening fra utdanningsløpet og praksis vil hjelpe til å beholde balanse og objektivitet. (Bush, 2009) Isdal (2017) viser til at særlig tre faktorer påvirker i hvilken grad man blir aktivert emosjonelt og fysiologisk i yrkeslivet; kompetanse, erfaring og habituering.

Kompetanse har betydning for hvilken grad man blir påvirket av arbeidet. Økt kompetanse gir trygghet, noe som kan virke inn ved at man tåler mer og reagerer mildere. (Isdal, 2017).

Erfaring er en annen form for kompetanse (Isdal, 2017), der man oppnår kunnskap om håndtering ved å ha vært i lignende situasjoner tidligere (Teigen, 2020). Isdal (2017, s. 10) påstår at “uerfarne hjelpere er de som sannsynligvis blir sterkest emosjonelt og fysiologisk aktivert”. Videre hevder han at dersom hjelperen har lignende erfaringer som pasientenes, åpner dette gamle sår og kan øke risiko for å utvikle CF. Påstanden støttes av Figley (1995) og Bang (2003). Disse er imidlertid tydelige på det ambivalente aspektet ved å ha personlige erfaringer med i arbeidet. På en side antas det at man er særlig sårbar for negativ påvirkning. På en annen side kan de samme personlige erfaringene utgjøre en ressurs, særlig med tanke på å forstå pasientene og deres behov. (Isdal, 2017)

Habituering er prosessen der fysiologiske reaksjoner på sansestimuli forminskes ved repetering (Malt, 2020). Med andre ord vil man gradvis tilvenne seg det man opplever ofte. Når man først er habituert, må det et sterkere sansestimulus til for at man reagerer.

Mennesket er evolusjonsmessig utstyrt med denne tilvenningen for å lære og utvikle seg.

Habituering kan altså være funksjonelt og, i mange sammenhenger, fordelaktig. Habituering bidrar til å forklare hvordan vi venner oss til daglige inntrykk. At fysioterapeuter venner seg til å håndtere pasienters lidelse kan være fordelaktig fordi man da greier å utføre jobben med ro og faglighet. Habituering kan imidlertid bli problematisk dersom man blir mindre følsom i jobben og tar det videre med seg i privatlivet. (Isdal, 2017)

2.8 Kort om debriefing

Debriefing er en samtalemetode man kan bruke etter en dramatisk hendelse, for å forebygge utvikling av negative, psykiske senfølger (Malt, 2019). Debriefing innebærer deling og bearbeiding av sterke inntrykk ved å sette ord på spesifikke opplevelser og følelser. Dette er ifølge Isdal (2017) viktig tiltak mot CF og andre belastningskonsekvenser. Det er viktig å skille mellom debriefing og klaging. Klaging er i motsetning til debriefing ikke en konkret beskrivelse av hvor følelsene kommer fra, men en depressiv eller aggressiv reaksjon på belastninger. Debriefing vil etter Isdals erfaring vekke medfølelse, mens klaging vil vekke sinne og frustrasjon. Dette kan enten føre til at man tar avstand til den klagende, eller at man tar det til seg og selv begynner å klage. Sistnevnte kan føre til kollektivt negativt miljø, som igjen forsterker virkningen av belastningene og øker risikoen for utbrenthet og sykefravær. Debriefing og klaging er altså to forskjellige måter å håndtere belastninger på. (Isdal, 2017)

3.0 Metode

I dette kapittelet beskriver vi metoden vi har benyttet i vår studie. Kvalitativ metode i form av intervju er godt egnet for å skaffe informasjon om hvordan personer opplever sin livssituasjon, og hvordan de forstår sine erfaringer (Thagaard, 2011). Vi er ute etter fysioterapeuters subjektive opplevelser av psykososiale helsefaktorer på arbeidsplassen, for å få svar på om fenomenet compassion fatigue gjelder for fysioterapeuter. Vi poengterer at funnene i denne oppgaven ikke er representative for alle norske fysioterapeuter, men det gir et dypdykk i tre fysioterapeuters opplevelser av fenomenet.

En annen grunn til at vi valgte denne metoden er manglende litteraturen om temaet. Skal vi ha mulighet til å besvare det vi lurer på, må vi skaffe datamateriale selv. Vårt mål er ikke å videreutvikle konseptet ut fra teori, men å empirisk belyse om fysioterapeuter opplever CF. Derfor valgte vi å bruke et kvalitativt design med dybdeintervju som innsamlingsmetode i denne oppgaven.

Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide vi hadde utformet i forkant (se vedlegg 1). Det ble tatt høyde for at informantene kunne svare utdypende på det de syntes var viktig å få frem. Vi begynte med oppvarmingsspørsmål som ikke krevde stor grad av refleksjon, da det er en naturlig måte å starte en samtale med en fremmed på. Dette gjorde vi for å bygge tillit og ro før vi begynte på mer personlige spørsmål. (Tjora, 2017) Videre hadde vi

refleksjonsspørsmål under fire forskjellige temaer, med potensielle oppfølgingsspørsmål avhengig av svarene. Da ble det rom for informanten å snakke en del fritt, men samtidig sikret vi refleksjon rundt de spørsmålene vi anså det som viktigst å få svar på.

I tillegg til intervju, benyttet vi det standardiserte spørreskjemaet ProQOL5 (se vedlegg 2). Dette fikk informantene utdelt i forkant av intervjuet. Den norske utgaven vi benytter, er oversatt av Lauvrud ved St. Olavs hospital HF. Resultatet av testen gir indikasjon på om informanten har lav, moderat eller høy grad av compassion satisfaction, utbrenthet og sekundærtraumatisk stress. Ifølge testen er utbrenthet og sekundærtraumatisk stress to elementer av compassion fatigue, og dermed vil resultatene si noe om grad av CF. (The Center for Victims of Torture, 2012). Det er interessant for oss å vite i hvilken grad informantene viser tegn til CF i forkant av intervjuet. Slik fikk vi innledningsvis en oppfatning av informantene, og kunne dermed bruke mer tid på utdypende spørsmål under intervjuet.

3.1 Utvalg og rekruttering

Inklusjonskriteriene var fysioterapeuter med klinisk erfaring som i større eller mindre grad har følt psykososial belastning. Å rekruttere intervjuobjekt som har slitt eller sliter med følger av emosjonelle belastninger i jobben, kan være vanskelig, da dette er svært personlig, og muligens nærgående tematikk. (Thagaard, 2011). I vår seleksjon av informanter, benyttet vi en *strategisk fremgangsmåte*, preget av tilgjengelighetsprinsippet og elementer fra “snøballteknikken”.

Tilgjengelighetsutvalg er at valg av informanter skjer ut fra hvem forskeren har tilgjengelig. Snøballteknikken er at man får kjennskap til flere kvalifiserte informanter via én informant. (Thagaard, 2011) Antallet informanter ble satt til tre grunnet studiens begrensede omfang og tidsramme. En av informantene trakk seg midtveis, som medførte at vi måtte anskaffe en ny.

3.2 Analyseprosessen

For å sikre systematisk og overkommelig gjennomføring av analyseprosessen, valgte vi å gå ut fra metoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018). Vi delte dermed inn analyseprosessen i flere steg, som beskrives nedenfor.

I første trinn skaffet vi oss et helhetsbilde av materialet. Vi leste gjennom intervjuene hver for oss, og noterte mulige tema.

I neste steg diskuterte vi de foreløpige temaene og drøftet hvordan disse kunne belyse problemstillingen. Her var det en fordel å være to, slik at vi fikk øye på flere detaljer i teksten. Vi valgte ut 4-6 tema som danner grunnlag for kodegrupper og disse danner sorteringsgrunnlag for meningsbærende enheter. Temaene ble justert underveis ved at aktivt arbeid med materialet ga innspill og nye ideer. (Malterud, 2018)

Videre rekontekstualiserte vi teksten og formidlet hva materialet forteller om forskjellige sider av vår problemstilling (Malterud, 2018). Vi validerte funnene ved å kryssjekke de mot helheten i transkripsjonen.

3.3 Etiske vurderinger

Etiske aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet bør ligge til grunn i samhandlingen med alle typer kontaktpersoner i forbindelse med forskning (Tjora, 2017). Behandling og oppbevaring av personopplysninger stiller krav til bl.a. kryptering av lydopptak (Fjeldvær, 2018). I stedet for å bruke tid på opplæring på slikt utstyr, valgte vi å bruke en referent som kunne skrive ned det som ble sagt. I tråd med retningslinjene for bachelorskriving ved NTNU, sendte vi meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Fjeldvær, 2018). Klarsignal fra NSD innebærer en godkjenning av de personvernmessige sidene ved prosjektet.

Fysioterapeuten som hjalp oss med rekrutteringen spurte de potensielle informantene om de kunne tenke seg å delta i studiet. Vi fikk ikke kontaktinformasjonen før informantene hadde takket ja. Dette var for å hindre at vi fikk tilgang til personopplysninger før informantene hadde gitt samtykke til deltakelse.

3.4 Metodekritikk

Selv om vi mener dybdeintervju som metode var et godt valg for denne oppgaven, har metoden svakheter. For det første har vi som bachelorstudenter lite erfaring med gjennomføring av intervju og den tilhørende analyseprosessen.

Antall intervjuobjekter kan også være en svakhet. Tre intervjuobjekter er ikke nok til å gi et valid svar på hvor utbredt CF er blant fysioterapeuter i Norge. Likevel kan et dypere innblikk i noen få opplevelser, gi oss en indikasjon på hvordan fysioterapeuter har det.

Et tredje punkt, som kan ses både som en svakhet og en fordel, er at svarene vi får ved denne metoden er subjektive. Svakheten er at informantens subjektive opplevelse ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av den reelle situasjonen. Fordelen er at det er dette vi ønsker å belyse i vår oppgave. Vi ønsker å belyse hvordan fysioterapeuter opplever å bli påvirket av pasientmøter.

En annen svakhet ved intervju som metode er at noen ganger kan informasjon i skjæringspunktet mellom talespråk og skriftspråk gå tapt. Elementer som kroppsspråk, toneleie, stemmetempo og ironi kan være utfordrende å overføre til skriftspråk. Derfor er rekontekstualisering i analyseprosessen viktig fordi dette sørger for at informantenes meninger og observasjoner kommer frem (Malterud, 2018). Vi er klar over at vi som forskere avgjør hvilken informasjon som blir brukt, basert på vår oppfatning og tolkning. Denne svakheten reduserer vi ved å la intervjuobjektene få innsyn i vår transkriberte versjon av aktuelle uttalelser.

Lite teori på CF blant fysioterapeuter har ført til at vi i stor grad har forholdt oss til Isdal. Han har igjen brukt en god del primærkilder, men disse har vært vanskelig å anskaffe da de ikke har vært tilgjengelige på biblioteker og databaser.

4.0 Resultat

Studiens funn kommer fra informantenes opplevelser av og erfaringer fra fysioterapiyrket. Vi inkluderer de funnene vi mener er mest relevante og hensiktsmessige for oppgaven. I tillegg presenterer vi resultatene fra ProQOL5-testen. Informantene i teksten omtales som Informant 1, 2 og 3. Informant 1 og 2 arbeider som psykomotoriske fysioterapeuter, mens informant 3 jobber som kommunal fysioterapeut i en liten bygd. Informant 1 og 2 har vært yrkesaktive fysioterapeuter i ca. 25 år og informant 3 i mer enn 40 år.

Tabell 1: Resultat av ProQOL5

Bemerk at informantene har svart ut ifra de siste 30 dager. Resultatene vil derfor ikke inkludere store deler av yrkeskarrieren.

	Informant 1	Informant 2	Informant 3
Grad av Compassion Satisfaction (CS)	Moderat (35 p) ¹	Moderat (34 p)	Høy (50 p)
Grad av Utbrenthet	Moderat (27 p)	Moderat (25 p)	Lav (20 p)
Grad av Sekundærtraumatisk stress (STS)	Moderat (23 p)	Lav (15 p)	Lav (17 p)

Informant 3 har høy grad av CS, som indikerer høyere tilfredshet i opplevelsen av å gjøre en god jobb. De to andre informantene skårer moderat, som tyder på at de verken er helt fornøyde eller har fremtredende problemer som følge av jobben. Informant 3 skårer lavt på utbrenthet, som viser en sannsynlig god opplevelse av egen innsats og effektivitet i arbeidet. En høy grad her kan reflektere en altfor høy arbeidsmengde, følelse av håpløshet eller et ikke-støttende arbeidsmiljø. Informant 1 og 2 skårer moderat, noe som kan tyde på at de opplever en viss grad av ovennevnte faktorer. Utbrenthet og STS er, som tidligere nevnt, to ulike komponenter i CF. Grad av STS sier noe om informantens arbeidsrelaterte, sekundære eksponering for ekstreme eller traumatisk stressende hendelser. Her skårer både informant 2 og 3 lavt, mens informant 1 skårer moderat. Den moderate skåren kan indikere at informanten muligens opplever vansker knyttet til andres traumer eller lidelser. Det er viktig å poengtere

¹ P = poengsum: <22 = lav, 23-41 = moderat, >42 = høy.

at høy skår ikke nødvendigvis betyr at man har et problem, men heller indikerer at man trenger å undersøke hva man føler når det kommer til arbeidet og arbeidsforholdene.

Resten av funnene som presenteres kommer fra dybdeintervjuene, og er strukturert under forskjellige underoverskrifter ut ifra hvilke tema informantene uttalte seg om.

4.1 Nyutdannet vs. erfaren

Med mange års erfaring har man også fått litt avstand til det å være nyutdannet, og samtlige informanter sier at erfaring er en fordel.

Informant 1 forteller at hun var mer et medmenneske som nyutdannet og at hun nå har et mer faglig blikk.

“Som nyutdannet kan man ingenting. Jeg husker å ha gitt på for fullt i min egen naivitet. Da var jeg enda litt mer grenseløst involvert i pasientene. Nå har jeg mer faglige øyne i møte med pasientene, men er fortsatt engasjert.”

Informanten forteller også at hun hadde en naiv tro på at hun kunne hjelpe alle. Nå har hun en økt forståelse for hvilke pasienter som kan hjelpes og ikke. Hun sier at man blir flinkere på mønstergjenkjenning etter å ha hatt mange pasienter, og at dette er en mer behagelig måte å jobbe på.

Som nyutdannet følte informant 3 i likhet med de andre informantene at hun forsto alt, kunne alt og skulle gjøre alt. Nå føler også hun seg tryggere i fysioterapeutrollen, og forteller at det er en stor del av henne.

“Man er jo både fysioterapeut og privatperson, men jeg vil si at fysioterapeuten i meg er mest fremtredende. [...] Jeg har det i ryggraden. Ser jeg noen som går på gata som hinker, tenker jeg; er det hofte eller kne?”

Belastninger gikk mer innpå henne da hun var nyutdannet, forteller informanten videre. I tillegg var hun dårligere til å si ifra når det ble for mye. Hun begrunner dette med at hun tenkte: “Jeg har klart det før, da må jeg vel klare det nå også. Jeg må tåle såpass”. Det hendte at hun gråt foran pasienter, og da følte hun at hun dummet seg ut og ble flau. Det hender at hun gråter nå også, men nå vet hun at de fleste forstår.

Informant 2 forteller også at hun som mer erfaren fysioterapeut har større aksept for at hun ikke kan fikse alt. “Jo eldre man blir, jo mer skjønner man at man ikke vet alt. Folk blir ikke skeptiske, de blir bare tryggere av at man er ærlig.”

Kort tid etter fullført utdanning jobbet informanten på en palliativ avdeling. Dette ble veldig tungt, og hun gråt ofte i bilen på vei hjem fra jobb. Hun forteller videre at hun ikke hadde så mange å snakke med på den tiden. I dag ville hun ha satt det raskere i perspektiv, sier hun. På spørsmål om å utdype hvordan perspektivet har forandret seg, svarer hun slik:

“Det er ikke sånn at jeg synes det er bedre at folk skal dø i dag. Men jeg tenker mer at alt jeg gjør denne dagen gjør det bedre for pasienten. Flere av pasientene går bort. Jeg kan ikke redde liv, men jeg kan gjøre det litt bedre der og da, og være medmenneske heller enn noen som kan fikse noe.”

4.2 Debriefing

To av tre informanter svarer at det blir praktisert debriefing på arbeidsplassen i form av spontane samtaler med kolleger. Den ene har i tillegg strukturerte debriefing-møter innimellom, og den andre har tidvis strukturerte etiske refleksjonsmøter.

Informant 2 som ikke har noen form for debriefing, mener at kollegaene nok hadde tatt henne imot hvis hun banket på døra med behov for å snakke om opplevelsene sine, men at det ikke er noe som blir praktisert. “Vi gjør det ikke”, sier hun.

“Det går opp for meg mens vi snakker nå at vi ikke har tilrettelagt for debriefing. Vi burde kanskje ta et ansvar for det selv òg,”

At det ikke er fokus på debriefing synes hun er litt skammelig å si. Det er åpenhet for å snakke faglig med kollegaene, men de ønsker å holde lunsjen lystbetont for å koble av. De jobber ikke flere om samme pasient. Hvis det er noe som plager henne eller hun har behov for å snakke med noen, snakker hun pasientanonymisert med folk utenfor jobben, slik som sin ektemann og andre fysioterapeutvenner.

Informant 1 forteller at de er flinke til å stikke innom kontoret når de har tid til å slå av en prat. Hun mener det er viktigere at det er lav terskel for å snakke om følelsene sine til kollegaene der og da, enn å ha formelle møter. Videre poengterer hun følgende:

“Jeg synes det er lettere å debriefe rundt en pasient når man jobber tverrfaglig og flere kjenner samme pasient, både når det gjelder egne reaksjoner, og med tanke på det som hjelper pasienten videre”.

Informant 3 forteller at de har et åpent miljø for å snakke ut om følelser og opplevelser med kollegaer, men at det er opp til hver enkelt å ta initiativ. Videre forteller informanten at de ikke har en formell form for debriefing, men strukturerte etiske refleksjonsmøter som de forsøker å ha på personalmøtene annenhver uke. Vanligvis blir det lite tid, og da blir

refleksjonsdelen nedprioritert. På spørsmål om det blir tatt opp følelser på disse møtene, svarer informanten at det kun blir snakket om faktiske hendelser og ikke følelser.

Informant 1 forteller om sin forrige arbeidsplass, der hun mener at det var for mye fokus på å vise følelser. Der kom kollegaene hennes med det hun betegner som sutrende utsagn som: “vi har så mye å gjøre” og “alt er belastende”. Når man velger å jobbe med mennesker, blir det vanskelig, forteller hun. Man får aldri hjulpet alle. Hun poengterer at mange mennesker har det vondt, og at det er en del av livet. “Det må være rom for å debriefe, men ikke lag en sannhet om at dette er en spesielt belastende jobb.”

Videre poengterer hun at det er langt flere pluser enn minuser med det å jobbe som fysioterapeut. Det er veldig givende å bidra og hjelpe mennesker, og man opplever mange fine møter og historier, forteller hun.

4.3 Opplevelse av egne belastninger

To av informantene har selv opplevd å “møte veggen” som følge av for store belastninger over tid. Den ene ble sykmeldt og den andre tok ut egenmelding. Den siste har ikke gjort noen av delene, men justert jobbmengden når hun har kjent at det er blitt for mye. På grunn av videreutdanningen innen psykomotorisk fysioterapi har hun flere verktøy som hun bruker på seg selv for å lytte til kroppen. Hun belyser riktignok at mange kanskje ikke er flinke nok til å kjenne etter før det renner over.

Informant 1 forteller at det å slutte med driftstilskudd var det største tiltaket hun har gjort, da det ble mindre slitsomt.

“Det er mangel på resultater på driftsavtaler. Dette gir en følelse av at man er mislykket som terapeut. Man føler seg brukt, brukt som omsorgsperson, brukt som søppelbøtte.”

Informanten forteller at hun nå synes det er lettere å ha medfølelse til svært traumatiske hendelser enn daglig klaging. Videre sier hun at det har noe å si *hvordan* det blir presentert. Hun opplever f.eks. at noen pasienter er oppgitte og fokuserer mer på smertene i stedet for å ta tak i problemet og gjennomføre tiltakene hun anbefaler. Når hun opplever slik klaging, kjenner hun seg irritert. “Å hele tiden være den sterke for de svake synes jeg kan være slitsomt i lengden.”

I liket med informant 1, nevner informant 3 at relasjon til pasientene kan være belastende. Informant 3 jobber i en liten bygd og mener det er en større påkjenning enn å jobbe som fysioterapeut i en by. “Her på bygda kommer man nærmere inn på folk, og alle kjenner alle”. Videre forteller hun at hun ofte møter pasienter på butikken etter arbeidstid, og at de har en forventning til at hun skal være profesjonell også da. Når de beretter om nye plager og vansker etter en lang arbeidsdag, er man ikke alltid beredt på å gi et profesjonelt svar, sier hun.

“De fleste ganger går det greit, men hvis du selv er litt sliten og lei deg, og det der kommer, så må du passe på å ikke bryte ut i gråt.”

Informant 2 forteller at hun synes historiene er det mest belastende med å være fysioterapeut. Noen ganger er hun blitt nærmest uvel av å lytte til svært sterke historier. Informanten nevner at hun har pasienter over en lengre tidsperiode og at det hender det tar flere år før de åpner seg. Videre forteller hun at hun kjenner på oppgitthet når noen forteller om oppvekst med elendige kår. Hun forteller at hun da kjenner på smerten og blir veldig preget av det. Hun synes også det er en stor påkjenning når noen eksempelvis forteller om overgrep, for så at klokka går mot slutten av timen og hun må “kaste de ut”.

“Det koster å ta inn alle inntrykk, men også en gave å få komme innpå mennesker en ellers aldri ville møtt”.

Spesielt én hendelse fikk følelsesbegeret til å renne over for informant 2. Dette skjedde etter at hun hadde jobbet med kreftpasienter i mange år. Da ble en av hennes nærmeste rammet av kreft, og omstendighetene gjorde at denne personen ble informantens pasient. Rundt samme tid spurte en annen pasient hvordan det gikk med *henne*. Da begynte hun å gråte foran pasienten, forteller hun.

“Det var en ekkel følelse å ikke klare å holde tilbake tårene. Jeg følte på en skam, jeg ble skamfull.”

Etter dette ble hun sykmeldt og tok etter hvert videreutdanning. Dette var et viktig grep for hennes egen del. Videre forteller hun at hun ikke skammer seg nå lenger, og at hun ikke ville vært episoden foruten. På spørsmål om hvorfor, svarer hun at hun nå vet hvor grensen går og at det er lettere å forstå andre som har møtt grensen.

“Kroppen hvisker tanker i øret. Jeg har kjent på når kroppen går fra å gi deg tips til den virkelig sier stopp. Jeg har kjent på den grensen.”

Informanten reflekterer over at hun burde ha kjent på signalene før denne hendelsen, da hun hadde lite ork og hodepine. Likevel er det vanskelig å vite hva som er normalt og ikke, poengterer hun. “Man tåler som menneske veldig mye en kort tid, men tåler kanskje ikke like

mye over en lengre periode.” Hun forteller at hun etter videreutdanningen gjorde viktige grep i form av å sette opp timeplanen slik at det ikke ble for mange like caser eller tunge pasienter etter hverandre.

Informant 3 har også kjent at kroppen sa stopp. Hun forteller at hun har møtt veggen flere ganger i løpet av karrieren. For en del år siden begynte også hun å gråte i forbindelse med et pasientmøte med en kreftsyk pasient. Dette var like etter at hennes mor var gått bort.

En annen gang, i forbindelse med at det hadde blitt for mye, tok informanten ut egenmelding på oppfordring fra legen. “Det var snakk om depresjonsskjema”, forteller hun. Dette var da barna som tidligere hadde tatt mye tid og oppmerksomhet nå hadde blitt voksne. Da fikk hun mer tid til å tenke og lande, forklarer hun. I den forbindelse dro hun til hytta og var der alene i åtte dager. Det kommer frem at hun mener hun kanskje burde ha vært der lengre, men at legen sa hun burde begynne å jobbe igjen. Hun sa seg enig i det da hun ikke følte seg syk, men bare ville “lade opp batteriene”. I tillegg oppgir informanten at hun har nådd bunnen flere ganger, og at det har vært verst det siste året. Dette resulterte også i uttak av egenmelding.

4.4 Kunnskap om CF

Kun én av informantene hadde hørt om begrepet CF før denne studien, og hun påpeker at hun trolig hadde misforstått begrepet. Underveis i intervjuene kommer det frem at samtlige informanter mener kunnskap om CF er relevant for fysioterapeuter, og informant 3 mener det burde være et tema i utdanningen. Begrunnelsen som gikk igjen, var at man da kan få bedre kunnskap om *når* man bør ta grep og endre en jobbsituasjon før det går utover helsa.

Informant 2 beskriver det videre som at man da kan bli bedre rustet til å ta bevisste valg og “komme seg ut av hamsterhjulet”. På spørsmål om hun tror hun selv har hatt noen grad av CF, svarer hun at hun nå ser at hun definitivt har hatt det, men kanskje mindre i dag enn de første 10 årene i yrket. Ved samme spørsmål svarer informant 1 “jeg føler jeg har smakt noe på det selv”.

5.0 Diskusjon

Hovedresultatet i denne studien er at de tre fysioterapeutene som ble intervjuet har opplevd komponenter som inngår i CF. I dette kapittelet diskuteres funnene fra resultatdelen opp mot teori og problemstilling.

Både det at uheldige belastninger ikke nevnes på NFFs nettsider og at to av informantene var ukjente med begrepet CF, kan være representativt for hvor lite fokus det har hos fysioterapeuter i dag. At informantene ikke er godt kjent med hva begrepet innebærer, gjør det utfordrende å forske på og å konkludere mot problemstillingen. Det er mulig at informantene har svart mer på aspekter rundt utbrenthet, og ikke gitt konkrete svar på hvor stor grad av CF de potensielt har eller har hatt. Likevel må det nevnes at det kan dras linjer mellom det informantene forteller og tegn på CF, selv om de selv ikke er fullt innforstått med begrepet.

5.1 Erfaring

De tre informantene i denne studien har mye erfaring og kjennskap til det å være praktiserende fysioterapeuter. Dermed kan man si at de er godt egnet for å uttale seg om temaet CF og fysioterapeuter.

Informantene er alle klare på at det er fordelaktig å ha erfaring, både mtp. at man får et mer faglig blikk og at man blir tryggere på seg selv. Erfaring er som nevnt en faktor i yrkeslivet som påvirker i hvilken grad man blir aktivert emosjonelt og fysiologisk (Isdal, 2017). Informant 1 nevner at hun ga på for fullt i sin egen naivitet i troen på at hun kunne hjelpe alle. Denne grenseløse involveringen i møte med pasienter, kan ha sin kostnad. Ut ifra et nevrofysiologisk perspektiv, er det å være involvert i en pasient at man setter seg inn i situasjonen ved å gjenkjenne tilstander og være empatisk. Etter hvert kan disse følelsene oppfattes som ens egne. Grenseløs involvering kan tolkes som at man ikke har grenser for hvor langt man strekker seg følelsesmessig for pasienten. Kontinuerlig praktisering av empati kan imidlertid tappe en for krefter. Dette kan knyttes opp mot Isdals (2017) påstand om at uerfarne hjelpere blir sterkest aktivert, og dermed har størst fare for å bli utsatt for overbelastning. I tillegg viser en studie at det er flere med høy grad av CF blant nyutdannede fysioterapeuter enn blant de med mer enn 10 års erfaring (Devi et al., 2020). Ut ifra dette kan det hevdes at det å være nyutdannet gir større risiko for CF.

Isdals (2017) påstand om at man som nyutdannet opplever belastninger sterkere trenger ikke å bety at nyutdannede har størst risiko for å utvikle CF. Tvert imot kan man slutte å merke belastningene pga. normaliseringsprosessen, og dermed øke risikoen for å utvikle CF senere i karrieren, da summen av belastningene blir større. Denne habitueringen er en annen faktor som har betydning for hvilken grad man blir påvirket av arbeidet. Det er først i de senere årene at to av informantene “møtte veggen” og tok ut henholdsvis sykmelding og egenmelding. Selv om de påstår at de ble mer påvirket og grenseløst involvert i pasientene som nyutdannede, tyder dette på at de også blir berørt av pasientene etter mer erfaring. Det kan tenkes at informantene er mer sårbare nå som erfarne, enn som nyutdannet, siden summen av belastningene har blitt større og de nå arbeider nærmere toleransegrensen sin.

På den andre siden skriver Bush (2009) om hvordan mange nyutdannede kan ha en forestilling om at man er beskyttet mot belastninger gjennom utdanningen. Hvis dette viser seg å ikke stemme når man kommer ut i arbeidslivet, kan det gå innpå en psykologisk ved at man må endre dette virkelighetsbildet. Utviklingen av CF består av gradvise forandringer som man nesten ikke enser før det blir for mye, og som man kanskje ikke er bevisst. Trolig er det vanskelig å være bevisst noe, når man ikke har kunnskapen man trenger på området (Isdal, 2017). Flere av informantene snakker om at de etter erfaring utvikler en større aksept for at man ikke kan fikse alt, og at det er greit å vise følelser. Dette kan reflektere et endret virkelighetsbilde. Videre kan dette støtte påstanden om at fysioterapeuter er mer sårbare for å utvikle CF som nyutdannet.

At informant 1 forteller at hun som nyutdannet ga på for fullt og var mer grenseløst involvert i pasientene sine, er ikke så rart når man på utdanningen lærer at det er nettopp empati og det å være en aktiv lytter som kreves for å yte god helsehjelp (Tveiten, 2016). Når litteraturen hevder at empati må til for å yte god helsehjelp, vil nok de fleste nyutdannede med ønske om å bli gode fysioterapeuter praktisere dette. Informant 3 skulle i likhet med informant 1 “gjøre alt” som nyutdannet og var dårligere til å si ifra når det ble for mye for henne, noe som tyder på at også hun ga på for fullt. En kan dermed anta at fysioterapeuter ikke blir tilstrekkelig forberedt på konsekvensene av kontinuerlig praktisering av empati.

Et annet viktig aspekt angående sårbarhet for å utvikle CF, er om man har opplevd lignende erfaringer som pasientene. Informant 3 fortalte om en hendelse like etter at hennes mor var gått bort, der hun gråt da hun skulle ha en kreftsyk pasient. Flere fagpersoner (Figley, 1995; Bang, 2003; Isdal, 2017) hevder at dette kan åpne gamle sår og øke risiko for å utvikle CF.

Denne påstanden støttes av informantens utsagn, da denne opplevelsen ble knyttet opp mot personlig erfaring og det ble for mye for henne. Å identifisere seg med pasienter kan være nyttig for å forstå pasienten, men overidentifisering kan derimot bli emosjonelt belastende der og da, og noen ganger i lengre tid. En kan dermed anta at pasienters historie og hjelperes tidligere erfaringer kan ha betydning for belastningsgrad.

Informant 2 oppgir også en lignende episode, men der rant begeret over som følge av nær relasjon til pasient. Jo større relasjon man har til en pasient, jo mer blir man påvirket. (Isdal, 2017) Informant 3 nevnte at hun tror det er mer belastende å være fysioterapeut i en liten bygd enn i en stor by, da “alle kjenner alle”. Pasientene kan være bekjente, og ha en forventning til at hun skal være fysioterapeut også på fritiden. Å ikke kunne tre ut av yrkesrollen når man er ferdig med arbeidsdagen, gir flere pasientmøter og en større sum av lytting til menneskers smerter og lidelser. Når man på denne måten ikke får tid til å slippe opp vil det gi mer emosjonelt stress og være helsefarlig i lengden (Isdal, 2017). Ut ifra informantens utsagn kan en anta at stor relasjon til pasienter øker risikoen for overbelastning og CF.

Livssituasjonen kan påvirke i hvilken grad man lar seg påvirke av psykososiale belastninger på jobben, ifølge teori om traume-psykologi (Isdal, 2017). Informant 2 og 3 ble begge overvældet av pasientmøter på tidspunktet det hadde skjedd dramatiske hendelser i privatlivet. Et annet poeng informant 3 dro frem, er at dette også skjedde i en periode i livet da barna nylig var blitt voksne, hverdagene var blitt roligere og det ble mer tid til å tenke. Hennes privatliv var dermed nylig blitt endret. Informant 2 var også i omtrentlig samme alder da hun ble sykmeldt. Det kan tenkes at kontekstuelle endringer som følge av overgangsfasen i livet gjør en mer sårbar for psykososiale belastninger både på arbeidsplassen og i privatlivet.

5.2 Debriefing

Informant 1 og 3 fortalte at de opplever lav terskel for å debriefe og snakke om følelser overfor kollegaer. Videre fortalte informant 1 at det er lettere å debriefe rundt en pasient når man jobber tverrfaglig, siden flere kjenner samme pasient. Imidlertid jobber mange fysioterapeuter alene om pasientene sine. På arbeidsplassen hos informant 2 ble det ikke praktisert debriefing. Hun debriefer med andre utenom jobben når hun har behov for det. Dette kan være dårligere egnet mtp. at en må begrense hva en kan si både om pasienten og situasjonen, noe som gjør at en ikke kan fortelle fritt om egne opplevelser. Forskjellige

praksiser av hvordan en håndterer fysioterapeuters belastninger kan gi forskjellige utfall og ulik risiko for å utvikle CF. Dermed kan en anta at det på enkelte arbeidsplasser er større risiko for å utvikle CF enn på andre.

Et argument for at det på enkelte arbeidsplasser er større risiko for å utvikle CF, kan være ugunstig håndtering av belastninger. Informant 1 fortalte at på hennes tidligere arbeidsplass syntes hun det nesten var for mye snakk om følelser og belastninger, slik at det opplevdes som sutring. Dette kan tyde på at denne arbeidsplassen hadde et kollektivt negativt miljø der det normale var å sutre eller klage. Debriefing kan vekke medfølelse og være konstruktiv, mens klaging kan vekke sinne og misnøye. I eksempelet ser man klaging generere klaging og dårlig miljø. Informanten selv tok avstand fra det klagende miljøet og valgte å bytte arbeidsplass. Å snakke om følelser og opplevelser kan minske risikoen for å utvikle CF, men det må gjøres på en nyttig og ikke skadelig måte. Dette kan tyde på at det er behov for fokus på forebyggende tiltak, iallfall på noen arbeidsplasser.

5.3 Belastninger

Ingen av informantene viser til høy grad av CF de siste 30 dager, likevel kommer det frem noen historier om påkjenninger som følge av pasientmøter fra tidligere. Dette viser at det kan være mange fysioterapeuter som har opplevd tunge belastninger eller for stor påkjenning over tid, uten at det blir avdekket av ProQOL-skalaen.

Informant 1 påpeker at det ikke bør lages en sannhet om at fysioterapi er en spesielt belastende jobb, og det kan se ut til at informantene har klart seg godt til tross for belastninger i yrkeslivet. Eksempelvis jobber samtlige fremdeles som klinisk praktiserende fysioterapeuter etter mer enn henholdsvis 20 og 40 år. En årsak kan være at de har tatt konkrete grep som har endret arbeidshverdagen. Informant 1 sluttet å arbeide med driftstilskudd og tenker over signaler fra egen kropp, og informant 2 tok videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi. Dette kan være en grunn til at informantene tilsynelatende har klart seg godt i yrket og ikke strevd med CF.

Samtidig forteller informant 3 at det har vært verst det siste året. Isdal (2017) skriver om feildiagnostisering der CF blir forvekslet med depresjon og/eller angst. Hos informant 3 tok legen frem et depresjonsskjema og oppfordret til raskt å komme tilbake i jobb. Hvis informanten hadde CF, ville tiltaket kun ha hjulpet kortsiktig dersom man ikke gjorde

endringer i jobben. Noe som kan tyde på at informanten led av CF er at hun har “møtt veggen” mange ganger, og at det bare er blitt verre med tiden. På den andre siden har informant 1 og 2 byttet jobb og gjort endringer på de nåværende arbeidsplassene, og har det mindre slitsomt nå enn i de første arbeidsårene. Ut ifra dette kan det tenkes at informant 3 har blitt feildiagnostisert med depresjon for de jobbrelevante vanskene hun har hatt, og dermed ikke gjort de mest hensiktsmessige tiltakene.

Informant 2 forteller at også hun har “møtt veggen”. Det mest belastende med å være fysioterapeut, er å lytte til historiene. Noen ganger blir hun nærmest uvel av å lytte til svært sterke historier. Dette er et eksempel på aktivering av speilnevroner. Pasienten forteller sin historie, og fysioterapeuten får som følge av dette en kroppslig reaksjon. Dette viser også at det å sette seg inn i andres lidelse kan være belastende. Hun er riktignok den eneste av informantene som direkte forteller at hun har hatt CF, men informant 1 forteller at hun “har smakt noe på det”. Ut ifra dette kan en tolke at faktorer som går direkte på samhandling mellom fysioterapeut og pasient er belastende, og dermed at CF er aktuelt for fysioterapeuter.

Ser man nærmere på hva som er belastende med pasienters historier, annet enn speilnevronenes virkning, er Informant 1 sitt utsagn interessant. Hun viser til at det har noe å si *hvordan* historiene blir presentert. Dette eksemplifiserer hun med at en del pasienter er oppgitte og fokuserte på smertene fremfor å ta tak i problemet og gjennomføre tiltak. Slikt negativt fokus fra pasienter kan muligens bli belastende over tid, og dessuten kan lite fremgang hos pasienter føre til opplevelse av lite mestring også hos fysioterapeuten, noe informantene nevnte preget henne da hun drev med driftsavtale. Videre forteller hun at det er lettere å føle med svært traumatiske hendelser i stedet for daglig klaging, der hun heller føler seg irritert. Denne irritasjonen kan være et hint om at opplevelsene er belastende. Dette styrkes av Isdals teori (2017) om at daglige inntrykk er farlige på sikt, siden det er vanskeligere å forholde seg til psykologisk. Ut ifra dette bør man som fysioterapeut være bevisst måten historier blir presentert og kjenne etter hvordan man har det etter endt pasientmøte, da daglig klaging kan være belastende.

5.4 Kunnskap om CF

Kompetanse har betydning for hvilken grad man blir påvirket av krevende situasjoner i arbeidet. Jo mer kompetanse, jo mer trygghet, som igjen virker inn ved at man tåler mer og reagerer mildere. (Isdal, 2017) På denne måten kan man si at kunnskap om CF er forebyggende ved at man lærer å kjenne igjen symptomer for så å gjøre endringer i arbeidslivet eller tankesett. Derfor er det interessant å vite hvor stor forståelse informantene har om temaet. Selv om kun én av informantene hadde hørt om begrepet CF før, kommer det frem at de to psykomotoriske fysioterapeutene har reflektert over psykososiale belastninger i livet. I tillegg til å lytte til kroppen har de tatt konkrete grep for å endre arbeidssituasjonen når de har kjent at det er blitt for mye. Informant 1 sluttet eksempelvis å jobbe med driftstilskudd da hun kjente at det ble for slitsomt, og informant 2 endret timeplanen slik at hun fikk større variasjon i dagen.

Informantene mente at kunnskap om CF er relevant for fysioterapeuter. Informant 3 mente at CF burde være tema i utdanningen. Dette stemmer overens med Devi et al. (2020) sin konklusjon med at CF bør inkluderes i fysioterapeututdanningen. Undervisning om psykososiale belastninger i fysioterapeututdanningen kan være en god idé, særlig med tanke på at kompetanse er en påvirkelig faktor. På denne måten kan man ruste nye fysioterapeuter til å håndtere arbeidsbelastninger bedre.

Den informanten som hadde hørt om begrepet CF før, påpekte at hun trolig hadde misforstått begrepet. Sorensen et al. (2016) poengterte at det er behov for en grundig analyse av konseptet. Ulike forståelser av samme terminologi kan være en utfordring. For det første kan det gi feil tall på hvor mange og hvem som lider av CF, og for det andre kan det gi utfordringer for videre forskning, mtp. prognose, behandling og forebyggende faktorer. Manglende konseptualisering av fenomenet CF kan altså være en svakhet i denne oppgaven.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke om fysioterapeuter i Norge opplever CF. Funnene viser at informantene har opplevd komponenter som inngår i tilstanden. Informantene våre var imidlertid ikke godt kjent med begrepet CF før intervjuene, og det er derfor en mulighet for at de har svart mer i retning av faktorer som inngår i begrepet utbrenthet, som for eksempel belastende rammevilkår. Samtidig er utbrenthet en viktig komponent i CF. I tillegg viser funnene at også andre faktorer enn rammevilkår har vært belastende for informantene, som f.eks. å lytte til pasienters historier. Dette går direkte på det å være vitne til og lytte til andre menneskers plager og historier; altså å vise medfølelse og dermed bli påvirket av andre. En av våre informanter mener dessuten hun har hatt CF tidligere, en annen mener å ha “smakt på det” og den tredje har muligens blitt feildiagnostisert med depresjon i stedet for CF. Sistnevnte fortalte at hun har “møtt veggen” flere ganger og at det har blitt verre med årene.

Et interessant poeng er at når CF via intervjuene ble satt fokus på, ble alle informantene klare over at de enten hadde opplevd CF eller komponenter som er definert som deler av tilstanden. En gjennomgående holdning blant informantene ble dermed at det er nødvendig med mer kunnskap om temaet. Dersom flere fysioterapeuter i Norge opplever CF i større eller mindre grad, er det kanskje nærliggende for NFF som interesseorganisasjon å ha mer fokus på problemet, for eksempel via kurs for sine medlemmer. Videre kunne det være en tanke at institusjonene som utdanner fysioterapeuter bør vurdere å sette lys på tematikken og innføre undervisning i hvordan å håndtere psykososiale belastninger. Ut ifra funnene våre kan en anta at CF er et mulig problem blant fysioterapeuter i Norge, men for å si noe sikkert om omfanget og behovet for kunnskapsøking, må det forskes videre på dette emnet.

Videre vil det være interessant å kartlegge faktorer som kan forebygge CF, både på individ- og samfunnsnivå. Studien avdekket at faktorer som å kjenne etter, være bevisst og gjøre endringer i jobbsammenheng kan være forebyggende faktorer. I tillegg hadde det vært spennende å undersøke nærmere hvilke andre tiltak enn debriefing man kan bruke for å forebygge CF.

[ODQuvFM7ovT~tt7GbkOFD7ujCvzwtAGGmziIUIrN9y-rwsnJ1DYZ5~FGc3BP4QFTSrpUB5007HssMDPe0uHgvA~vkqho55MkfLTPGn~0tOheVDQ-MOiHwRWnFkwrTtDf6Au3nZVx963-F0wGTMKfA2QMfBf7chkUNVbHPIB11binZ3s21XbiiAD55ob8HlfjaTpyt6Coq3jyn37M3h93Dk-q1Fpa9UyXtY5OLRKXQLIKCUgR44dYPsoysiBhYWq0L16ofJw0P-UyQ6jk-b0CtFefmQJxcj2a0OkfOuveQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://odquvfm7ovt~tt7gbkofd7ujcvzwtaggmziIUIrN9y-rwsnJ1DYZ5~FGc3BP4QFTSrpUB5007HssMDPe0uHgvA~vkqho55MkfLTPGn~0tOheVDQ-MOiHwRWnFkwrTtDf6Au3nZVx963-F0wGTMKfA2QMfBf7chkUNVbHPIB11binZ3s21XbiiAD55ob8HlfjaTpyt6Coq3jyn37M3h93Dk-q1Fpa9UyXtY5OLRKXQLIKCUgR44dYPsoysiBhYWq0L16ofJw0P-UyQ6jk-b0CtFefmQJxcj2a0OkfOuveQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Isdal, P. (2017). *Smittet av Vold*. Bergen: Fagbokforlaget

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=d6e6bbd2-9824-48ce-af3c-23265117dc33%40sdc-v-sessmgr03>

Kvam, M. (2020, 30. april). Utbrenthet. I *Norsk Helseinformatikk*. Hentet fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/?hp=true>

Malt, U. (2019, 14. oktober). Debriefing. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/debriefing>

Malt, U. (2019, 30. juli). Tilvenning. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/tilvenning>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook*. New York: Routledge.

NAV. (2020, 2. september). Sykefraværstatistikk. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

Norsk fysioterapeutforbund. (2020, 7. august). Arbeidsmiljø. Hentet fra <https://fysio.no/ForbundsforSiden/Jus-arbeidsliv/Ansatt-og-arbeidsvilkaar/Arbeidsmiljoe>

Norsk fysioterapeutforbund. (2015, 12. januar). Hva er fysioterapi. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi>

Potter, P., Deshields T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., Chen, L. (2013) Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*, 40(2) 180-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23448743/>

Remen, N. (2006). *Kitchen Table Wisdom: Stories That Heal*. New York: Deckle Edge.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Haug, E. (2016). *Menneskets fysiologi* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction* (2. Utg.). London: Sage.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12229>

Svenkerud, H. & Aarlot, A. H. (2008). *Engelsk ordbok* (utg. 4). Oslo: Cappelen Damm.

Teigen, K. H. (2020, 6. april). Erfaring. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/erfaring>

Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

The Center for Victims of Torture. (2012, 21. mars). The ProQol Measure In English and Non-English Translations. Hentet fra https://proqol.org/ProQol_Test.html

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

Universitets- og høyskoleloven. (2005). Lov om universiteter og høyskoler. (LOV-2005-04-01-15). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-04-01-15>

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).

https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2018/06290/Determinants_of_compassion_satisfaction,.10.aspx

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1- intervjuguide:

Intervjuguide

Spørsmål til intervju.

1. Har du hørt om Compassion fatigue før?
2. Hvordan følte det å svare på spørreskjemaet?

Åpningsspørsmål

1. Hvilken aldersgruppe er du i?
2. Hvilken type arbeidsplass jobber/jobbet du på?
3. Hvor lenge har du vært yrkesaktiv?

Rammevilkår (utbrenthet)

1. Når starter og slutter arbeidsdagen?
2. Hva tenker du om rammevilkårene i jobben – nok tid med pasienter, antall pasienter pr/dag, ledelsen og variasjon i arbeidet?

Fysioterapirollen

4. Hvordan vil du beskrive en typisk fysioterapeut?
5. Hvordan vil du kort beskrive deg som person?

- Arbeidsplassen og kollegers forståelse

Kan du beskrive hvordan arbeidsplassen har fokusert eller ikke fokusert på belastninger som følge av pasientmøter?

1. På hvilken måte?
2. Har arbeidsplassen lagt til rette for debriefing?

3. Opplever du at kolleger seg imellom snakker om påvirkning av pasientmøter?
4. Opplever du at det er rom for å vise reaksjoner fra pasientmøter blant kollegaer og leder?

• Symptomer og egen forståelse

Kan du beskrive din opplevelse av å jobbe som fysioterapeut? Kan du si noe om de påkjenningene du opplever?

1. Har du opplevd å bli berørt av pasienter?
2. Hva kjente du i så fall på av følelser og/eller kroppslige reaksjoner?
3. På hvilken måte har jobben påvirket deg som privatperson?
4. Har du noen gang kjent at det er blitt for mye, slik at du har blitt sykmeldt eller sagt opp noen gang?

Hvis du tenker tilbake til når du var nyutdannet – hvordan vil du sammenligne den fysioterapeuten med den du er i dag?

1. Stikkord: Med tanke på iver, glede av arbeidet, mestringsfølelse, empati for pasienter, overskudd i hverdagen, frustrasjon og slitenhetsfølelse.

• Bevissthet og kunnskap rundt psykososiale belastninger (compassion fatigue)

Tror du CF er gjeldende for fysioterapeuter?

1. Opplever du at du selv har noen grad av CF?
2. Hvilken kunnskap har du om psykososiale helserisikoer som fysioterapeut?
3. Tror du noen andre ved din arbeidsplass sliter som følge av påkjenninger fra pasientmøter?
4. Skulle du ønske at du hadde visst mer om symptomene på CF før.?
5. Hva tror du bevissthet og åpenhet rundt psykososiale belastninger hadde ført til?
6. Tror du kunnskap om psykososiale belastninger er relevant for fysioterapeuter?

Sluttspørsmål

1. Er det noe ang. temaet du vil legge til?

Vedlegg 2, PROQOL 5

Yrkeslivskvalitet (PROQOL – V):

Når du yter omsorg for mennesker, har du direkte kontakt med deres liv. Din omsorg for dem du hjelper, kan påvirke deg både på positive og negative måter. Nedenfor finner du noen påstander om erfaringer fra omsorgsyrker, både positive og negative. Vurder hver av påstandene i forhold til din nåværende arbeidssituasjon. Velg svar som beskriver hvor ofte du opplevde disse tingene i de siste 30 dagene.

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
1. Jeg er glad					
2. Jeg fordyper meg i mer enn en av dem jeg hjelper om gangen					
3. Jeg kjenner tilfredsstillelse ved å kunne hjelpe de jeg har omsorg for					
4. Jeg føler meg knyttet til andre mennesker					
5. Jeg skvetter veldig av uventede lyder					
6. Jeg kjenner meg oppkvikkert etter å ha jobbet med dem jeg hjelper					
7. Jeg finner det vanskelig med å skille privatlivet fra yrkeslivet som omsorgsgiver					
8. Jeg er ikke så effektiv på jobb fordi jeg mister søvn over omsorgsmottakers traumatiske opplevelser					
9. Jeg tror at jeg kan ha blitt påvirket av omsorgsmottakerens traumatiske stress					
10. Jeg føler meg fanget av mitt arbeid som omsorgsgiver					
11. På grunn av jobben min har jeg følt meg "nervøs" i forhold til forskjellige ting					
12. Jeg liker arbeidet mitt som omsorgsyter					
13. Jeg føler meg deprimert på grunn av omsorgsmottakers traumatiske opplevelser					
14. Jeg føler det som om jeg opplever traumene til noen jeg har hjulpet					
15. Jeg har et syn på livet som hjelper meg					
16. Jeg er fornøyd med hvordan jeg er i stand til å holde tritt med faglig oppdateringer					
17. Jeg er den personen jeg alltid ønsket å bli					
18. Arbeidet mitt gir meg en tilfreds følelse					
19. Jeg føler meg utslitt på grunn av mitt arbeid som omsorgsyter					
20. Jeg har gode tanker og følelser om de jeg hjelper og hvordan jeg kunne hjelpe dem					
21. Jeg føler meg overveldet fordi min arbeidsmengde virker endeløs					
22. Jeg tror jeg kan utgjøre en "forskjell" gjennom mitt arbeid.					
23. Jeg unngår visse aktiviteter eller situasjoner fordi de minner meg på de skremmende opplevelsene mennesker jeg jobber med har opplevd					
24. Jeg er stolt av det jeg kan gjøre for å hjelpe					

25.	Som et resultat av mitt arbeid har jeg inngripende, skremmende tanker					
26.	Jeg føler meg fastlåst av systemet					
27.	Jeg har tanker om at jeg er "vellykket" som omsorgsgiver					
28.	Jeg kan ikke gjenkalle viktige deler av arbeidet mitt med traumatiserte ofre					
29.	Jeg er en meget omsorgsfull person					
30.	Jeg er glad for at jeg valgte å gjøre denne jobben					

© B. Hudnall Stamm, 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).
 /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Norwegian translation: C.Lauvrud, St.Olavs University Hospital, Forensic Dep. Brøset, Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry (2010).

Vedlegg 3, Samtykkeskjema:

Vil du delta i forskningsprosjektet “*Compassion fatigue blant fysioterapeuter*”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse psykososiale belastninger blant fysioterapeuter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette intervjuprosjektet skal brukes til en bacheloroppgave. Formålet med prosjektet er å belyse psykososiale belastninger blant fysioterapeuter som følge av pasientmøter over tid. Risikofaktorene ved å jobbe med pasienter er i den senere tid kommet i lyset, men ennå mangler det både forskning og kunnskap på området og det finnes svært lite dokumentasjon med fokus på fysioterapeuter. Derfor ønsker vi å gå mer i dybden på gjeldende område ved å intervjuer minst tre fysioterapeuter som har opplevd å bli påvirket av jobben, i større eller mindre grad.

Noen sentrale forskningsspørsmål:

- Har arbeidsplassen lagt til rette for debriefing?
- Er det åpenhet rundt reaksjoner fra pasientmøter blant kolleger og leder?
- Er det tilstrekkelig kunnskap om psykososiale helserisikoer?
- Er denne problemstillingen i det hele tatt relevant for fysioterapeuter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Program for fysioterapi ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved MH fakultetet ved NTNU er ansvarlig for prosjektet. Vår veileder er Jorunn Louise Grong.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du utfyller inklusjonskriteriene til å delta i studien, fordi du er utdannet fysioterapeut og har erfaring fra klinisk arbeid.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette å svare på et spørreskjema og å delta i et intervju. Spørreskjemaet vil bli utdelt i forkant av intervjuet, og tar ca. 10 min. å besvare. Intervjuet tar ca. 60 min, og vil foregå over en trygg digital plattform. Det som blir sagt vil bli skrevet ned, og du vil bli anonymisert. Dine svar og sitater som blir brukt i bacheloroppgaven, vil du få mulighet til å lese over og endre før bacheloren ferdigstilles.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dine rettigheter

Du har rett til innsyn, retting og sletting av opplysninger fra deg. I tillegg har du rett til å be om dataportabilitet/kopi. Du kan klage til datatilsynet. Se link for mer informasjon:

<https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/lover-og-regler/>

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som får tilgang til opplysningene, er to bachelorstudenter, én referent og én veileder ved utdanningen “Program for fysioterapiutdanning” ved NTNU.

Tiltak for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene:

- Navnet og kontaktopplysningene dine erstattes med et fiktivt navn.
- Det vil ikke bli tatt opptak av intervjuet.
- Opplysningene oppbevares kun på kodelåst datamaskin.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Intervjumaterialet blir slettet innen prosjektslutt 04.01.21.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Program for fysioterapiutdanning ved NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *NTNU ved Program for fysioterapiutdanning* ved Jorunn Louise Grong, jorunn.l.grong@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, personvernombud@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

(Veileder)

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet compassion fatigue blant fysioterapeuter, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å svare på spørreskjemaet
- å delta i Intervju
- at anonymisert transkribering av spørreskjemaet og intervjuet blir brukt til bacheloroppgave

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

