

# Når arbejdet udmætter

En litteraturbaseret og kvalitativ undersøgelse af omsorgstræthed som fænomen i den danske ældrepleje



Sara Lei Sparre, Anders Winkler, Laura Skifter Andersen og  
Maya Flensburg Jensen

**VIVE**

*Når arbejdet udmatter – En litteraturbaseret og kvalitativ undersøgelse af omsorgstræthed som fænomen i den danske ældrepleje*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-264-5

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302552

Finansiering: Sundhedsstyrelsen, Videnscenter for Værdig Ældrepleje

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

*Når arbejdet udmatter* præsenterer resultaterne af en undersøgelse af fænomenet omsorgstræthed i ældreplejen baseret på et litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse blandt ledere og medarbejdere. Formålet er at indkredse fænomenet omsorgstræthed, herunder hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Sara Lei Sparre, analytiker Anders Winkler, videnskabelig assistent Laura Skifter Andersen og forsker Maya Flensborg Jensen. Sara Lei Sparre har været projektleder og har udført litteraturstudie, interviews, analyse og rapportskrivning. Anders Winkler har udført litteraturstudie, interviews og bidraget til analyse og rapportskrivning. Laura Skifter Andersen har assisteret ved interviews og bidraget til analyse og rapportskrivning. Maya Flensborg Jensen har udført interviews og bidraget til analyse og rapportskrivning.

Vi vil gerne takke de medarbejdere og ledere på plejehjem og i hjemmeplejen i fire kommuner og hos to private leverandører, som har taget sig tid til at fortælle om både givende og svære oplevelser og vilkår i ældreplejen. Jeres bidrag udgør fundamentet for denne undersøgelse. Desuden vil vi gerne takke de to eksterne reviewere, som har bidraget til en skarpere fremstilling af undersøgelsens resultater.

Rapporten er finansieret af Videnscenter for Værdig Ældrepleje – Sundhedsstyrelsen.

*Lisbeth Pedersen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	6
-----------------	---

---

Afrapportering	12
----------------	----

---

1	Indledning	13
1.1	Baggrund	13
1.2	Formål	14
1.3	Begrebsovervejelser	15
1.4	Undersøgelsesdesign	15
1.5	Læsevejledning	17

---

2	Omsorgstræthed i litteraturen	19
2.1	Omsorgstræthed og relaterede begreber	20
2.2	Indkredsning af fænomenet omsorgstræthed	29
2.3	Tegn på omsorgstræthed	31
2.4	Risikofaktorer	34
2.5	Håndtering og forebyggelse	37
2.6	Opsamling	42

---

3	Mødet med 'omsorgstræthed' i praksis	44
3.1	Forståelse og brug af betegnelsen 'omsorgstræthed' i praksis	45
3.2	Fra betegnelse til indhold: omsorgstræthed i rapporten	47

---

4	Tegn på omsorgstræthed	50
4.1	Situationsbestemt eller eskalerende?	51
4.2	Fysiske tegn	53
4.3	Følelsesmæssige og kognitive tegn	53
4.4	Adfærdsmæssige tegn	55
4.5	Opsamling	58

---

5	Risikofaktorer	59
5.1	Organisatoriske rammer og arbejdsvilkår	61
5.2	Borgernes tilstand og adfærd	65
5.3	Pårørendes forventninger og adfærd	68
5.4	Medarbejderne og deres tilgang til arbejdet	70
5.5	Opsamling	76

---

6	Håndtering og forebyggelse	78
6.1	Individuelt	79
6.2	Mellem kollegaer	82
6.3	Mellem leder og medarbejder	85
6.4	På arbejdspladsen	88
6.5	På samfundsmæssigt og politisk niveau	93
6.6	Opsamling	97

---

7	Konklusion	100
---	------------	-----

---

	Dokumentation	103
--	---------------	-----

---

8	Metode	104
8.1	Metodedesign	104
8.2	Litteraturstudiet	105
8.3	Interviewundersøgelsen	109

---

	Litteratur	112
--	------------	-----

---

	Bilag 1 Litteraturstudiets primære publikationer	117
--	--	-----

---

# Hovedresultater

Ældreplejen i Danmark er i disse år udfordret af forgæves rekrutteringer, højt sygefravær og fastholdelsesproblemer. Samtidig har ældre borgere på både plejehjem og i hjemmeplejen stadig mere komplekse sygdomsbilleder, hvilket stiller høje faglige og menneskelige krav til personalet. For nogle medarbejdere bidrager disse omstændigheder til oplevelser af udmattelse og utilstrækkelighed – eller hvad mange beskriver som en særlig form for træthed.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af fænomenet 'omsorgstræthed' blandt ledere og medarbejdere i ældreplejen. En kerneantagelse i undersøgelsen er, at omsorgstræthed kan være en ramme for og nøgle til at undersøge og komme nærmere i forhold til en forståelse af denne træthed og de negative konsekvenser, den kan have for medarbejdere og deres arbejde som fagprofessionelle.

Formålet med rapporten er således at indkredse, hvordan fænomenet omsorgstræthed kan forstås i en dansk ældreplejekontekst. Rapporten præsenterer erfaringer med omsorgstræthed og perspektiver på, hvordan fænomenet opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed.

## Centrale dimensioner af omsorgstræthed som fænomen

Omsorgstræthed fremstår som et komplekst og multidimensionelt fænomen i litteraturen såvel som i praksis. Det er blandt andet uklart, hvordan begrebet defineres og afgrænses fra relaterede begreber. På baggrund af vores viden om ældreplejen i Danmark og store begrebslige overlap primært med *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* har vi i vores indkredsning og forståelse af omsorgstræthed i ældreplejen inkluderet indholdsmæssige aspekter fra netop disse tre begreber.

Rapporten præsenterer fire centrale dimensioner af fænomenet omsorgstræthed baseret hovedsageligt på viden fra litteraturstudiet:

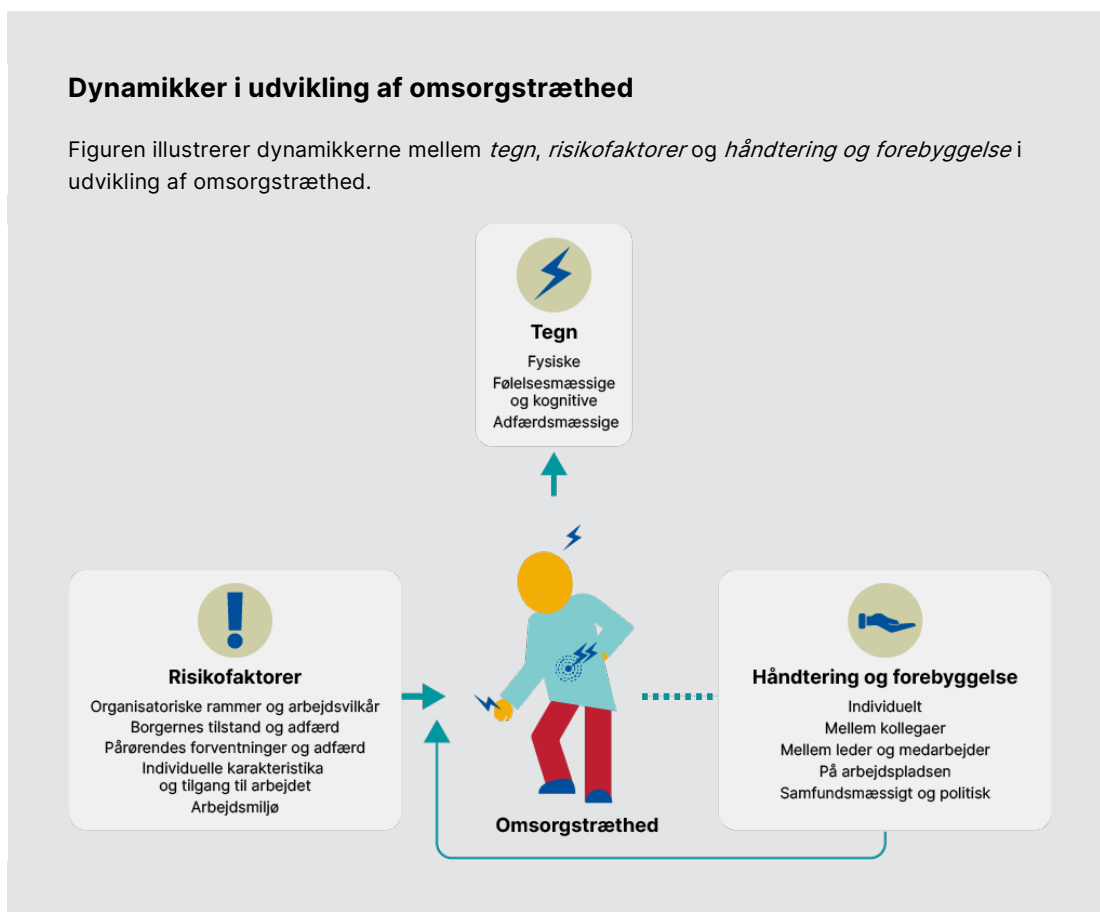
- **Relationer:** Omsorgstræthed opstår gennem og har konsekvenser for forholdet til andre mennesker.
- **Tid og udvikling:** Omsorgstræthed udvikler sig oftest gradvist og akkumuleres over tid.

- **Tegn:** Omsorgstræthed kan vise sig både fysisk, følelsesmæssigt, kognitivt og adfærdsmæssigt.
- **Risikofaktorer:** Omsorgstræthed kan opstå på baggrund af mange og ofte flere risikofaktorer relateret til organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, borgere og pårørende, tilgange til arbejdet og individuelle forhold samt kollegaer og arbejdsmiljø.

De fire dimensioner udgør rammen for, hvordan fænomenet er indkredset og yderligere udforsket i den empiriske undersøgelse, hvor de fire dimensioner ligeledes afspejler sig i interviewmaterialet.

## Dynamikker i udvikling af omsorgstræthed

Omsorgstræthed er et relationelt og progressivt fænomen, hvis udvikling er kendetegnet ved et komplekst samspil mellem *tegn*, *risikofaktorer* og *håndtering og forebyggelse*.



Figuren ovenfor illustrerer, at en række *risikofaktorer* er forbundet med fænomenet omsorgstræthed, som kan vise sig gennem ét eller flere *tegn*. Figuren illustrerer ligeledes, at en række *håndterings- og forebyggelsesstrategier* kan afværge, at risikofaktorerne udvikler sig til eller forværrer omsorgstræthed. Figuren er baseret på litteraturstudiet og videreudviklet med resultaterne fra interviewundersøgelsen.

I det følgende præsenterer vi de væsentligste aspekter og resultater vedrørende *tegn, risikofaktorer* samt *håndtering og forebyggelse*, som den empiriske undersøgelse viser, er relateret til fænomenet omsorgstræthed i en dansk ældreplejekontekst.

## **De mest udbredte tegn på omsorgstræthed: udmattelse, humørændringer og distancering**

Mange af interviewpersonerne i undersøgelsen har kendskab til eller har selv oplevet enkelte eller flere af både de fysiske, følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige tegn, der kan relateres til omsorgstræthed. Det er forskelligt, hvor meget omsorgstræthed fylder på de ti arbejdspladser i undersøgelsen, men overordnet set synes omsorgstræthed at dukke op i perioder hos nogle af medarbejderne.

Omsorgstræthed viser sig ifølge interviewpersonerne ofte først i privatlivet og kan komme til udtryk i kortvarige situationsafhængige reaktioner eller som mere langvarige tilstande, som i værste fald kan udvikle sig til psykiske lidelser som stress og depression eller forråede adfærdsmønstre. Generelt peger interviewundersøgelsen på følgende:

- De mest udbredte *fysiske tegn* er udmattelse og intens træthed, søvnproblemer, kvalme, åndedrætsbesvær og hjertebanken.
- De mest udbredte *følelsesmæssige og kognitive tegn* er humørændringer såsom hyppigere vrede, irritation, frustration og grådlibilitet. I enkelte tilfælde kan omsorgstræthed udvikle sig til psykiske lidelser som stress og depression.
- *Adfærdsmæssigt* viser omsorgstræthed sig ofte ved, at medarbejderen trækker sig fra relationer både på arbejdspladsen og i privatlivet. Desuden påvirker det medarbejdernes arbejdsindsats ved, at de enten yder ekstraordinært meget eller kun leverer det minimale. Endelig kan omsorgstræthed vise sig gennem øget distancering over for borgere i form af ligegyldighed og hårdere sprogbrug.



## Oplevelsen af utilstrækkelighed er den største risikofaktor

*Arbejdsrelaterede* vilkår såvel som *personlige og private* omstændigheder udgør ifølge interviewpersonerne risikofaktorer i forhold til udvikling af omsorgstræthed blandt medarbejdere i ældreplejen. Den største risikofaktor synes at være oplevelsen af utilstrækkelighed relateret til en kombination af udfordrende organisatoriske rammer og arbejdsvilkår og svære relationer med borgere og pårørende.

*Arbejdsrelaterede* vilkår forbundet med etiske og moralske dilemmaer øger risikoen for at føle sig utilstrækkelig og kan på sigt føre til omsorgstræthed. Oplevelsen af utilstrækkelighed kan opstå ved kombinationen af udfordrende organisatoriske rammer og arbejdsvilkår på den ene side og stadig flere ældre borgere med komplekse sygdomsbilleder på den anden. Personalemangel, tidsknaphed, organisationsændringer, dokumentation og digitalisering stiller store krav til personalets omstillingsparathed og digitale og administrative færdigheder. Samtidig mødes medarbejdere af stadig højere sundhedsfaglige og menneskelige krav grundet komplekse og uforudsigelige situationer med ældre borgere, som ud over somatiske sygdomme lider af kognitive funktionsnedsættelser og psykiske sygdomme. Endelig oplever nogle medarbejdere i undersøgelsen nogle pårørendes adfærd som nedladende, anklagende, mistroisk eller sågar truende, hvilket kan være en ekstra stressfaktor, som bidrager til oplevelser af utilstrækkelighed eller sågar frygt.

De *personlige og private* omstændigheder, der ifølge interviewpersonerne udgør en særlig risikofaktor, er overengagement og følelsesmæssig overinvolvement. Disse forbindes bl.a. med manglende selvomsorg og skelnen mellem arbejde og privatliv. Nogle medarbejdere er ifølge interviewpersonerne desuden særligt udsatte for omsorgstræthed. Det gælder helt unge medarbejdere med begrænset erfaring og personlig ballast, særligt hvis de også har psykiske eller sociale udfordringer. Ældre og mere erfarne medarbejdere kan imidlertid også være i risikogruppen. Nogle ældre medarbejdere kan opleve utilstrækkelighed i forhold til at have nok tid og overskud til borgerne, fordi de er uddannede og har arbejdet under et andet system med færre kognitivt svækkede borgere og mindre fokus på tidsstyring, dokumentation og digitalisering. Endelig kan omstændigheder i medarbejdernes privatliv, såsom sygdom, dødsfald og børn med psykiatriske diagnoser, være risikofaktorer.

## Håndtering og forebyggelse starter på arbejdspladsen

Undersøgelsen viser, at omsorgstræthed kan håndteres og forebygges på mange niveauer – individuelt, mellem kollegaer, mellem leder og medarbejder, på den konkrete arbejdsplads, i organisationen mere generelt og på samfundsmæssigt og politisk niveau.

Særligt håndteringsstrategier og forebyggelsesmetoder på arbejdsplads- og organisationsniveau fremhæves som væsentlige af ledere og medarbejdere i interviewundersøgelsen. For det første understreges betydningen af et støttende og anerkendende arbejdsmiljø. Både ad hoc-sparring i hverdagen i tilfælde af tvivl og ubehagelige oplevelser, og at ledelsen faciliterer og skaber rum til kollegial sparring og støtte mellem medarbejdere, vil ifølge interviewpersonerne bidrage til bedre håndtering og forebyggelse af omsorgstræthed.

For det andet anses adgang til supervision, faglig opkvalificering og efteruddannelse som forebyggende for omsorgstræthed, herunder særligt i forbindelse med demenssygdomme og borgeres uforudsigelige og udadreagerende adfærd.

For det tredje fremhæver interviewpersonerne betydningen af en stabil, synlig og tilgængelig ledelse, som kender de enkelte medarbejdere og er tæt på pleje- og omsorgsarbejdet. En sådan leder vil kunne opfange problemer og mistriksel tidligt og dermed mindske eller helt forebygge, at medarbejdere udvikler omsorgstræthed. Det kan være ved at skabe mere variation i medarbejderens arbejdsopgaver, lave omrokeringer i forhold til ansvaret for bestemte borgere eller ved at imødekomme medarbejderes behov for ændrede arbejdstider i svære perioder.

Endelig har personalegruppens sammensætning ifølge interviewpersonerne betydning. En større andel faglærte og fastansatte medarbejdere vil mindske risikoen for omsorgstræthed, da mange ufaglærte medarbejdere og vikarer øger arbejdsbelastningen for faglærte og fastansatte medarbejdere.

Litteraturen – og i mindre grad interviewpersonerne – påpeger desuden, at den enkelte medarbejder selv har et medansvar for at forebygge eller mindske risikoen for omsorgstræthed ved at sætte klare grænser mellem arbejds- og privatliv samt at opøve selvindsigt og kendskab til egne faresignaler og følelsseshåndtering.

## Fakta om undersøgelsen

Det er Videnscenter for Værdig Ældrepleje – Sundhedsstyrelsen, der har rekvireret og finansieret rapporten.

Undersøgelsen er baseret på:

1. Et afgrænset litteraturstudie af dansk og international forsknings- og faglitteratur.
2. En kvalitativ interviewundersøgelse blandt 9 ledere og 45 medarbejdere på fire kommunale plejehjem, i fire kommunale hjemmeplejegrupper og hos to private udbydere af hjemmepleje.

Rapportens fund er et resultat af en eksplorativ tilgang og en kontinuerlig dialog mellem litteraturstudiet og den empiriske undersøgelse.

# > Afrapportering

# 1 Indledning

*Vi skal tale højt og åbent om, at det er en kompleks verden, hvor man føler sig utilstrækkelig. Det er undervurderet, hvor svært det er. (Leder, plejehjem)*

Sådan lyder opfordringen fra en plejehjemsleder. Ældreplejen i Danmark er i disse år udfordret af personalemangel og højt sygefravær, samtidig med at de ældre borgere på plejehjem og i hjemmeplejen har stadig mere komplekse sygdomsbilleder. Der stilles således større krav til medarbejdernes faglige viden, relationelle kompetencer og administrative færdigheder. Samlet set udfordrer disse omstændigheder omsorgsarbejdet som praksis og faglighed, hvilket kan resultere i oplevelser af udmattelse og utilstrækkelighed. Eller som en medarbejder udtrykker det: *"Man bliver træt af, at man ikke kan yde det, man gerne vil."*

En kerneantagelse bag denne rapport er, at 'omsorgstræthed' kan være en ramme og nøgle til at undersøge og komme nærmere en forståelse af denne træthed og oplevelse af utilstrækkelighed. Der har ikke tidligere været systematiske undersøgelser af omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark. På baggrund af et litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse kommer denne rapport med et bud på, hvordan omsorgstræthed som fænomen kan forstås inden for en dansk ældreplejekontekst, herunder hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed.

## 1.1 Baggrund

Ældreplejen i Danmark er i disse og de kommende år udfordret af mangel på uddannet og faglært sundhedspersonale, særligt sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Det skyldes bl.a., at en betydelig andel af medarbejderne forlader faget efter en årrække. Nogle videreuddanner sig, men en stor del vælger også helt at forlade sektoren. Blandt medarbejdere uddannet i perioden 2010-2016 er kun omkring 60 % af social- og sundhedsassistenterne og omkring 35 % af social- og sundhedshjælperne beskæftiget inden for det offentlige sundheds-, ældre- og socialområde 10 år efter endt uddannelse. For sygeplejersker uddannet i samme periode gælder det, at omkring 72 % stadig er beskæftiget inden for sektoren efter 10 år (Finansministeriet et al. 2020).

En stor andel af medarbejderne arbejder desuden på deltid. Nedsat arbejdstid er mest udbredt i stillingskategorierne social- og sundhedsassistent og social-

og sundhedshjælper i kommunerne, hvor 74-83 er % ansat på nedsat tid. Men også sygeplejersker ansat i kommunerne arbejder i gennemsnit færre timer end sygeplejersker ansat i regionerne. Endelig er sygefraværet blandt sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i den kommunale ældrepleje ca. 2-3 procentpoint højere end gennemsnittet for alle kommunalt ansatte (Larsen & Jakobsen 2022).

Samlet indikerer disse tal nogle omstændigheder, som udfordrer fuldtidsbeskæftigelse og et helt arbejdsliv inden for ældreområdet. En tidligere VIVE-rapport påpeger bl.a. tidspres, uforudsigelighed, personalemangel, manglende supervision samt vrede, ulykkelige og udadreagerende borgere som værende hæmmende for relationsarbejdet med de ældre borgere og deres pårørende og dermed som medvirkende faktorer til at dræne og udtrætte medarbejdere (Grøn et al. 2023). Det gør omsorgstræthed til et aktuelt emne at undersøge.

Videnscenter for Værdig Ældrepleje, Sundhedsstyrelsen, har for at opnå en større indsigt i, hvad denne træthed består i, bedt VIVE om at undersøge omsorgstræthed som fænomenet i den danske ældrepleje. Denne rapport fokuserer dermed eksplicit på, hvordan fænomenet kan forstås, hvordan og hvorfor medarbejdere kan blive omsorgstrætte, og hvordan omsorgstræthed håndteres og forsøges forebygget på forskellige arbejdspladser i hjemmeplejen og på plejehjem. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at fænomenet omsorgstræthed hænger uløseligt sammen med relationsarbejdets dobbelthed, dvs. hvordan arbejdet med mennesker i fx ældreplejen – afhængigt af konteksten, situationen og personen – kan være både givende og udmattende og dermed også både beskyttende og udløsende i forhold til omsorgstræthed. Der er derfor også stor variation på tværs af arbejdspladser og medarbejdere i undersøgelsen i, hvorvidt og i hvilket omfang medarbejdere og ledere ser og/eller oplever tegn på omsorgstræthed.

## 1.2 Formål

Formålet med projektet er at undersøge fænomenet omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark. Projektets specifikke formål er todelt:

1. at indkredse begrebet omsorgstræthed og undersøge, hvordan det kan bruges til at forstå den oplevelse af træthed og følelsesmæssig udmattelse, som medarbejdere i ældreplejen kan opleve.
2. at generere viden om, hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark.

Som vi vil udfolde i Afsnit 1.4, anvendes både et litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse til at adressere disse to formål. Som vi understreger i Afsnit 1.3 og udfolder i Kapitel 2 og 3, har fænomenet omsorgstræthed dog vist sig svært at indkredse og generere entydig viden om både i litteraturen og i praksis.

## 1.3 Begrebsovervejelser

Undersøgelsen af fænomenet omsorgstræthed har fra begyndelsen været udfordret af uklare definitioner og interviewpersonernes manglende kendskab til begrebet omsorgstræthed. For det første er der i forskningslitteraturen stor definitorisk variation af omsorgstræthedsbegrebet samt et stort overlap mellem dette begreb og relaterede begreber som fx *udbrændthed*, *sekundær traumatisk stress* og *moralsk stress*. Omsorgstræthed fremstår således som et komplekst og multidimensionelt fænomen, der kan være svært at indfange og afgrænse klart. For det andet blev det i forbindelse med interviewundersøgelsen hurtigt klart, at begrebet omsorgstræthed er så godt som ukendt blandt de interviewede ledere og medarbejdere i ældreplejen. Tilmed blev begrebet mødt med forbehold og modvilje blandt mange af interviewpersonerne.

Vi har i denne rapport forsøgt at være så tydelige som muligt omkring vores forståelse og brug af begrebet, og vi har på opfordring af Videnscenter for Værdig Ældrepleje fra starten været opmærksomme på relaterede begreber. Omsorgstræthed undersøges som et fænomen snarere end et begreb. Som det fremgår af de følgende kapitler (særligt Kapitel 2 og 3), har vi på baggrund af en inkluderende og bred forståelse bestræbt os på at gå så åbent og eksplorativt til værks som muligt og anskue omsorgstræthed som et fænomen kendetegnet ved nogle gennemgående dimensioner og dynamikker.

## 1.4 Undersøgellesdesign

Undersøgelsen af omsorgstræthed i ældreplejen er baseret på et afgrænset litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse gennemført i perioden marts til juni 2023.

*Litteraturstudiet* har undersøgt omsorgstræthed (på engelsk *compassion fatigue*) og relaterede fænomener som udbrændthed, sekundær traumatisering, moralsk stress og forråelse i og uden for ældreplejen i relevante forskningsartikler, rapporter og fagbøger, herunder kvalitative og kvantitative empiriske studier samt litteraturstudier og begrebsafklarende studier. Studierne om-

handler primært sundhedsfaglige medarbejdere i Europa og Nordamerika. Litteraturstudiet inkluderer 33 publikationer udgivet i perioden 1984-2023 med hovedvægt på studier udgivet i perioden 2013-2023 (se Afsnit 8.2 for nærmere præcisering af spredning og udvælgelseskriterier). Formålet har været at opnå en grundlæggende indsigt i viden og diskussioner vedrørende definitioner, oplevelser og tegn, risikofaktorer samt håndtering og forebyggelse for at kunne understøtte og kvalificere den empiriske undersøgelse og forståelsen af fænomenet omsorgstræthed bedst muligt.

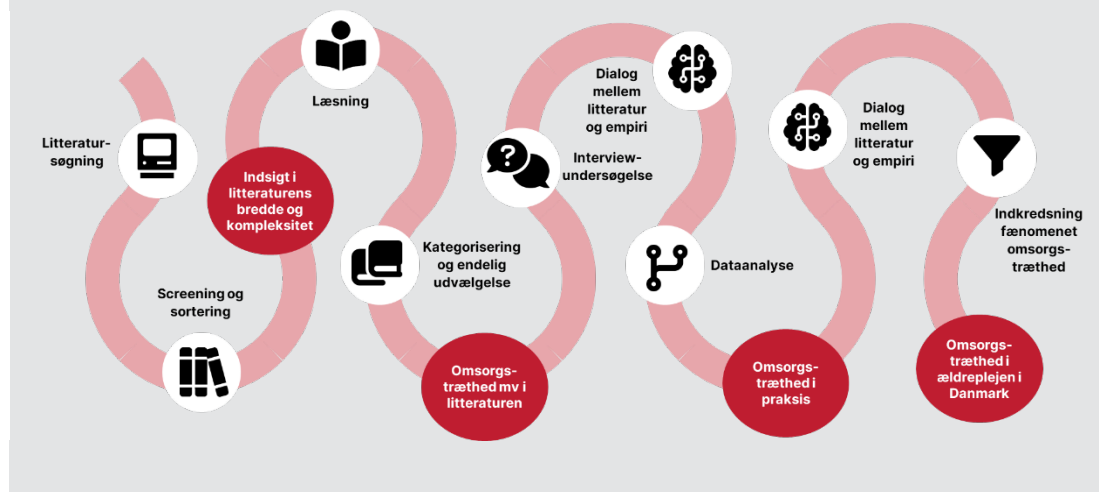
*Den kvalitative interviewundersøgelse* har med afsæt i indsigter fra litteraturstudiet undersøgt, hvordan omsorgstræthed forstås, opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed i ældreplejen. Interviewundersøgelsen er baseret på 54 kvalitative, semistrukturerede interviews med ledere og medarbejdere på fire kommunale plejehjem, i fire kommunale hjemmeplejegrupper og hos to private udbydere af hjemmepleje. Kommuner og private leverandører er udvalgt på baggrund af geografisk spredning og med deltagelse af både mindre og større kommuner, og interviewpersonerne inkluderer sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte medarbejdere samt tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter (se Afsnit 8.3 for nærmere præcisering af interviewundersøgelsens design, udførelse og dataanalyse).

Undersøgelsen af fænomenet omsorgstræthed i ældreplejen er eksplorativ. Fænomenet er blevet belyst gennem triangulering, dvs. en sideløbende udforskning og dialog på tværs af litteraturstudiet og den empiriske interviewundersøgelse, hvor delundersøgelserne løbende er blevet tilpasset på baggrund af ny erhvervede indsigter og i dialog med Videnscenter for Værdig Ældrepleje (se modellen i Figur 1.1 og Kapitel 8).



**Figur 1.1 Triangulering mellem litteraturstudie og interviewundersøgelse**

Figuren illustrerer, hvordan fænomenet omsorgstræthed er belyst gennem en triangulering, dvs. sideløbende udforskning og dialog på tværs af litteraturstudiet og den empiriske interviewundersøgelse.



## 1.5 Læsevejledning



Rapporten er bygget op omkring syv kapitler foruden det indledende Kapitel 1.

Kapitel 2 omhandler, hvordan omsorgstræthed som begreb og fænomen forstås og defineres i forskningslitteraturen. Kapitlet indkredser en bred og åben forståelse af omsorgstræthed, som udgør grundlaget for, hvordan vi har tilgået omsorgstræthed som fænomen i den empiriske undersøgelse og den efterfølgende analyse.

Kapitel 3 omhandler de metodiske og analytiske overvejelser om mødet med omsorgstræthed i praksis. Kapitlet skitserer, hvordan vi har tilgået den empiriske undersøgelse og efterfølgende analyse med udgangspunkt i en bred og åben forståelse af omsorgstræthed som fænomen.

Kapitel 4 omhandler tegnene på omsorgstræthed. Kapitlet undersøger de forskelligartede måder, hvorpå omsorgstræthed kan opleves og vise sig i ældreplejen i Danmark.

Kapitel 5 omhandler risikofaktorerne. Kapitlet undersøger de forskelligartede faktorer, der alene eller i kombination potentielt kan bidrage til udviklingen af omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark.

Kapitel 6 omhandler håndtering og forebyggelse af omsorgstræthed. Kapitlet undersøger medarbejdere og leders oplevelser med og overvejelser om, hvordan omsorgstræthed i ældreplejen kan håndteres og forebygges.

Kapitel 7 opsummerer analyseresultaterne fra de øvrige kapitler og udgør en afsluttende konklusion på rapporten.

Kapitel 8 omhandler undersøgelsens metodiske design, fremgangsmåde og overvejelser.

## 2 Omsorgstræthed i litteraturen

Formålet med dette kapitel er at indkredse, hvordan omsorgstræthed bredt forstås og defineres i forskningslitteraturen. På baggrund af litteraturstudiet, eksisterende viden om den danske ældrepleje og indsigter fra den empiriske undersøgelse har vi valgt også at inddrage dele af litteraturen om *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* i analysen. Foruden store begrebslige overlap og kontekstmæssig relevans var der for interviewpersonerne også en klar resonans med de nævnte begreber, hvorfor de er særdeles relevante at inddrage i analysen.

I litteraturen fremstår omsorgstræthed som et komplekst og multidimensionelt fænomen. Som begreb er omsorgstræthed gennem tiden blevet defineret på forskellige måder, og omsorgstræthed forekommer at være et fænomen, der kan være svært at indfange og afgrænse klart. Hvad omsorgstræthed *er*, hvad der udløser det, hvordan det kommer til udtryk, og hvordan man kan forebygge og håndtere det, fremstår således uklart på tværs af litteraturen.

Litteraturen om omsorgstræthed er endvidere kendetegnet ved begrebets tætte forbindelse til en række andre begreber, herunder *udbrændthed*, *sekundær traumatisk stress*, *vikarierende traumatisering*, *modoverføring* og *moralsk stress*. Det fremstår uklart, hvordan omsorgstræthed præcist adskiller sig fra disse relaterede begreber, eftersom der findes forskellige definitioner af både omsorgstræthed og de relaterede begreber. Hvorvidt en given tilstand bedst kan betegnes som et tilfælde af omsorgstræthed, udbrændthed eller noget helt tredje, kan således være et kompliceret analytisk spørgsmål.

I det følgende vil vi først indkredse begrebet omsorgstræthed som det bredt forstås og defineres i forskningslitteraturen. Med tanke på undersøgelsens kontekst vil i Afsnit 2.1 kort skitsere, hvorledes nogle af de relaterede begreber kan siges at være mere relevante at inddrage end andre. I forlængelse heraf vil vi begrunde inddragelsen af begreberne *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* i analysen. Herefter vil vi kort redegøre for, hvordan disse begreber bredt forstås og defineres i forskningslitteraturen.

Dernæst vil vi i Afsnit 2.2 på tværs af forskningslitteraturen identificere en række centrale, tværgående dimensioner, som karakteriserer omsorgstræthed. Disse er 1) relationer, 2) tid og udvikling, 3) tegn og 4) risikofaktorer. De identificerede dimensioner udgør grundlaget for den forståelse af omsorgstræthed, som har bidraget med viden til den empiriske undersøgelse og efterfølgende analyse af fænomenet. Afsnittene suppleres med figurer, som illustrerer og bidrager til en forståelse af omsorgstræthedsbegrebets tætte forbindelse og overlap med øvrige begreber i litteraturen samt fænomenets dynamik og kompleksitet.

Slutteligt vil vi på baggrund af de udvalgte publikationer redegøre for de forskellige mulige tegn på omsorgstræthed (Afsnit 2.3), de udløsende faktorer eller risikofaktorer (Afsnit 2.4) og de mangfoldige bud på, hvorledes omsorgstræthed kan forebygges og håndteres (Afsnit 2.5).

## Boks 2.1 Hovedpointer

### Kapitlet peger på følgende væsentlige pointer vedrørende omsorgstræthed i litteraturen:

- Litteraturen afspejler multiple og divergerende definitioner af begrebet *omsorgstræthed* samt overlap med andre begreber, der alle henviser til en belastningstilstand opstået som følge af empatisk involvering i omsorgsrelationer.
- På baggrund af den gennemgåede litteratur og viden om ældreplejen vurderes de største begrebslige og indholdsmæssige overlap at være med *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse*.
- Omsorgstræthed fremstår i litteraturen som et komplekst og multidimensionelt fænomen kendetegnet ved *relationer*, *tid og udvikling*, *tegn* og *risikofaktorer* som tværgående dimensioner.

## 2.1 Omsorgstræthed og relaterede begreber

Den afsøgte litteratur om omsorgstræthed spænder bredt og rummer såvel begrebsafklarende studier som kvantitative og kvalitative empiriske studier blandt forskellige grupper af fagprofessionelle på tværs af sektorer og fra forskellige lande og verdensdele. Overordnet set er litteraturen kendetegnet ved en klar overvægt af studier fra en nordisk og nordamerikansk kontekst samt ved en stor andel af kvantitative og survey-baserede studier. Siden begrebets fremkomst i 1990'erne er der udgivet adskillige studier af omsorgstræthed, hvoraf en stor andel omhandler omsorgstræthed blandt medarbejdere inden for sundhedsfaglige og plejegyvendende professioner (Coetzee & Laschinger 2017). Ifølge Coetzee og Laschinger (2017) opnåede begrebet i slutningen af 1990'erne en sådan popularitet, at det i den internationale forskningslitteratur blev brugt som erstatning og synonym for nærmest ethvert tænkeligt udfald af arbejdsrelateret stress inden for sundhedsfagene.

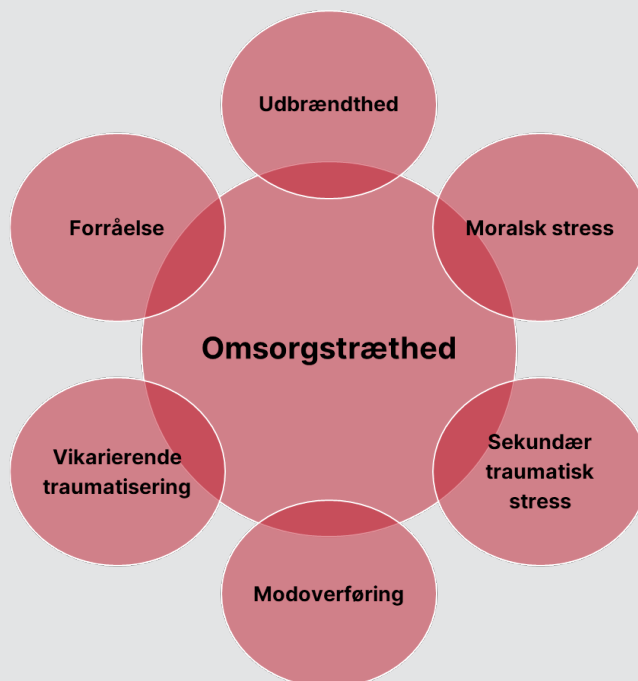
Oprindeligt blev begrebet *compassion fatigue* (oversat til *omsorgstræthed* på dansk) introduceret af sygeplejersken Carol Joinson i 1992 til at beskrive, hvordan sygeplejersker i en akutmodtagelse tilsyneladende havde 'mistet evnen til at pleje' (Joinson 1992 i Coetzee & Klopper 2010). Joinson gav ikke en formel definition af begrebet, og i stedet blev det videreudviklet af psykologen Charles Figley i 1995 (Joinson 1992 i Coetzee & Klopper 2010). I forbindelse med sit arbejde med traumatiserede veteraner fra Vietnamkrigen anså Figley begrebet som et bedre alternativ til at beskrive fænomenet *sekundær traumatisering* blandt professionelle, der arbejder med traumatiserede mennesker (Figley 1995). Figley (1995) definerede omsorgstræthed som "*en tilstand af udmattelse og dysfunktion (biologisk, psykologisk og social), som er resultatet af langvarig eksponering for andres lidelse (...) og en naturlig konsekvens af over tid at hjælpe eller at ønske at hjælpe personer, som er traumatiserede, eller som lever i smerte*" (Figley 1995 i Isdal 2018).

### **Begrebslig uklarhed og mange definitioner af omsorgstræthed**

Forskere har løbende gjort opmærksom på, at omsorgstræthed i litteraturen er blevet brugt synonymt med og i relation til begreber såsom udbrændthed, vikarierende traumatisering, sekundær traumatisk stress, moralsk stress og modoverføring (Najjar et al. 2009; Coetzee & Klopper 2010; Sabo 2011; Jenkins & Warren 2012; Lynch & Lobo 2012; Ledoux 2015; Coetzee & Laschinger 2017; Nolte et al. 2017; Pehlivan & Güner 2018; Todaro-Franceschi 2019: 84). På forskellig vis beskriver litteraturen visse definatoriske, årsagsmæssige og symptomatiske overlap mellem omsorgstræthed og fænomener, som førnævnte begreber referer til. Bredt forstået refererer alle begreberne til en belastningstilstand, der kan opstå som følge af empatisk involvering i omsorgsrelationer med andre. I litteraturen findes der således multiple og divergerende definitioner af omsorgstræthed, der på forskellig vis læner sig op ad en eller flere af de førnævnte fænomener (Lynch & Lobo 2012; Nolte et al. 2017). Figur 2.1 illustrerer de relaterede fænomener og begrebslige overlap med omsorgstræthed på baggrund af indsigterne fra litteraturstudiet.

## Figur 2.1 Overlap mellem omsorgstræthed og relaterede begreber

Figuren illustrerer, at der er indholdsmæssige overlap mellem begrebet udbændthed og en række relaterede begreber. Fænomenerne, som begreberne refererer til, kan alle opstå i arbejdsrelaterede omsorgsrelationer, udvikle sig gradvist og akkumuleres over tid, vise sig ved lignende fysiske, følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige tegn, og opstå og forværres ved tilstedeværelse af mange af de samme risikofaktorer.



Litteraturen afspejler uklarhed omkring omsorgstræthedens ontologi såvel som ætiologi (Ledoux 2015), dvs. omkring, hvad omsorgstræthed *er* (og ikke er), og hvordan og hvorfor fænomenet opstår. Den begrebslige uklarhed har udfordret empiriske studier og resulteret i konceptuelle, teoretiske og metodologiske begrænsninger i litteraturen om omsorgstræthed (Najjar et al. 2009; Sabo 2011; Ledoux 2015; Coetzee & Laschinger 2017). Eksempelvis har forskningen endnu ikke været i stand til entydigt og præcist at differentiere mellem omsorgstræthed, udbændthed og forskellige traumatiske stresstilstande og ej heller beskrive, hvordan de beskrevne fænomener indbyrdes påvirker udviklingen og fremkomsten af hinanden (Najjar et al. 2009; Sabo 2011).

Empati og evnen til at kunne indgå empatisk i omsorgsrelationer med andre har dog siden begrebets fremkomst været anset som et centralt element i forståelsen af omsorgstræthed (Sabo 2011). Ikke desto mindre er spørgsmålet om empatiens rolle, herunder årsag-virkningsforholdet mellem empati og omsorgstræthed, et af de største stridspunkter i den teoretiske forståelse af omsorgstræthed (Sabo 2011; Ledoux 2015; Coetzee & Laschinger 2017). Sabo (2011) påpeger, at Figley (1995) oprindeligt anså evnen til empatisk involvering

som en forudsætning og udløsende faktor for omsorgstræthed. Sabo argumenterer imidlertid for, at Figley hermed overså empatiens simultane potenti-ale som en beskyttende faktor, da den samtidig kan føre til omsorgsglæde. Som følge af diskussioner om empatiens rolle har nogle forskere endda argu-menteret for, at omsorgstræthed i stedet burde omdøbes til *empathic distress fatigue* (kan oversættes til dansk som *empatisk belastningstræthed*) (Klimecki & Singer 2011; Hofmeyer et al. 2020). Med den alternative begrebsliggørelse søger de at fremhæve empatiens dobbelte rolle som en både potentiel udlø- sende og beskyttende faktor i forhold til følelsesmæssig udmattelse.

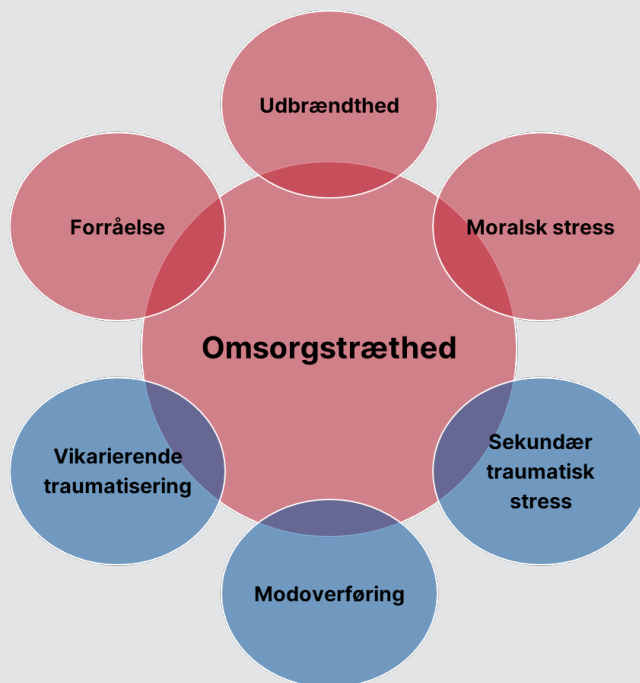
### **Inddragelse begreberne udbrændthed, moralsk stress og forråelse**

Som nævnt sættes omsorgstræthed i litteraturen ofte i forbindelse med en række andre begreber. I det følgende vil vi argumentere for, hvorfor nogle re- laterede begreber er mere relevante at inddrage i denne analyse end andre, og herunder vil vi begrunde inddragelsen af begreberne *udbrændthed*, *mo- ralsk stress* og *forråelse* og udeladelsen af begreberne *sekundær traumatisk stress*, *vikarierende traumatisering* og *modoverføring* i analysen. Nedenstå- ende Figur 2.2 illustrerer, hvilke af de relaterede begreber vi hhv. inkluderer i og ekskluderer fra analysen og hvorfor.

## Figur 2.2 Valg og fravalg af relaterede begreber

Figuren illustrerer, at ikke alle de seks relaterede begreber er inkluderet i indkredsningen og forståelsen af fænomenet omsorgstræthed.

Begreberne *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* er inkluderet, fordi de muliggør et analytisk fokus på organisatoriske faktorer og etiske dilemmaer som risikofaktorer og på forrået adfærd som tegn. Begreberne *vikarierende traumatisering*, *modoverføring* og *sekundær traumatisk stress* er ekskluderet grundet deres primære fokus på traumer og terapeutiske relationer.



Vurderingen af begrebernes relevans hviler på metodisk triangulering og et løbende samspil mellem litteraturstudiet og den empiriske undersøgelse (jf. Afsnit 8.1). For det første kan der på baggrund af litteraturstudiet siges at være begrebslige overlap mellem omsorgstræthed på den ene side og *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* på den anden. Tilmed er der i forskellig grad og på forskellig vis ligheder mellem, hvad vi betegner som tegnene på og risikofaktorerne for de nævnte fænomener (se Afsnit 2.2). For det andet viser den empiriske undersøgelse, at der for flere interviewpersoner er resonans med netop disse tre nævnte begreber – flere henviste til disse tre begreber i forbindelse med udlægningen af deres egne oplevelser med og forståelser af arbejdet i ældreplejen. For det tredje kan udbrændthed, moralsk stress og forråelse bruges til at rette en analytisk opmærksomhed mod aspekter, som omsorgstræthedsbegrebet kun svagt belyser, men som på baggrund af eksisterende viden om ældreplejen i Danmark forekommer at være af stor relevans for undersøgelsen. Ovenstående begrundelser udfoldes i det følgende med udgangspunkt i hvert begreb.



## *Udbrændthed*

Udbrændthed (på engelsk, *burnout*) kan overordnet beskrives som en kumulativ stress, der relaterer sig til arbejdsmiljøet (Steinheiser 2018), og som udvikler sig gradvist i forbindelse med interaktion med arbejdspladsen (Todaro-Franceschi 2019: 124), eksempelvis som følge af langvarig eller kronisk stresspåvirkning (Aldaz 2019 i Døssing et al. 2021). Som tilstand kan udbrændthed siges at være karakteriseret af en gradvis nedbrydning af engagementet i arbejdet såvel som af et gradvist fysisk og følelsesmæssig 'kollaps' (Hunt et al. 2017; Sinclair et al. 2017). I litteraturen er der dog stor variation i, hvordan udbrændthed defineres, hvad der siges at føre til det, og hvordan det kan forebygges og modvirkes (Todaro-Franceschi 2019: 124; Døssing et al. 2021).

Den dominerende forståelse af udbrændthed i litteraturen baserer sig på Maslach (1993, 1998), der beskriver det som et multidimensionelt fænomen karakteriseret ved tre grundlæggende elementer: 1) følelsesmæssig udmattelse, 2) depersonalisering og frakobling fra jobbet samt 3) en følelse af ikke at kunne præstere tilstrækkeligt og gøre en forskel (jf. Maslach 1998; Sabo 2011; Døssing et al. 2021). De mest anvendte spørgeskemaer til undersøgelse af udbrændthed er hhv. Maslach Burnout Inventory (MBI) og Copenhagen Burnout Inventory (CBI), hvor sidstnævnte skelner mellem hhv. personlig, arbejdsrelateret og klient-relateret udbrændthed (Quist & Bach 2009).

Generelt er der store definatoriske, årsagsmæssige og symptomatiske ligheder mellem omsorgstræthed og udbrændthed, eksempelvis omkring tilstanden af følelsesmæssig udmattelse og den begrænsede omsorgskapacitet. Hvor omsorgstræthed er et relationelt fænomen, der opstår i forbindelse med relationer til andre, eksempelvis omsorgsrelationer i arbejdsregi, kan udbrændthed derimod siges at opstå som følge af en mere generel utilfredshed med arbejdslivet (Todaro-Franceschi 2019). Dette kan relatere sig til forskellige og ofte sammenfaldende faktorer, eksempelvis omhandlende arbejdspress, arbejdsmiljø, virksomhedskultur og relationer til andre i forbindelse med arbejdet. I tråd med Todaro-Franceschi fremhæver flere således, at udbrændthed i højere grad end omsorgstræthed bør forstås som værende forbundet med det samlede arbejdsmiljø og generelle stressfaktorer på arbejdspladsen (Isdahl 2018: 153; Cavanagh et al. 2019: 659).

I litteraturen såvel som i den empiriske undersøgelse fremgår det, at medarbejdere i ældreplejen kan opleve udfordringer forbundet med eksempelvis minutøs tidsstyring, manglende medbestemmelse i tilrettelæggelsen af egne opgaver, forringede rammer for opgaveløsningen og en stigende kompleksitet i borgernes behov (se også Larsen & Jakobsen 2022; Topholm & Kjellberg 2022; Kjellberg et al. 2023; Kjellberg & Topholm 2023). For analytisk også at kunne tage højde for, hvordan organisatoriske faktorer kan have en betydning for medarbejderes oplevelser af følelsesmæssig udmattelse og begrænset omsorgskapacitet vil vi derfor inddrage *udbrændthed* i analysen. Dette gør vi

blandt andet med inspiration fra Døssing et al. (2021), hvis studie af udbrændthed blandt medarbejdere på plejehjem er både kontekst- og emnemæssigt tæt på vores undersøgelse.

### *Moralsk stress*

Moralsk stress (på engelsk, *moral distress*) beskrives ofte som en negativ psykologisk oplevelse, der følger af moralsk udfordrende situationer, hvor individer på baggrund af oplevede forhindringer føler sig tvunget eller nødsaget til at deltage i praksisser, der opfattes som moralske forseelser eller som stridende mod individets egen etik, integritet eller værdier (Jameton 1984; Campbell et al. 2016; Nikunlaakso et al. 2022; Bøgeskov 2022; Vaaben et al. 2023). På tværs af litteraturen findes der imidlertid ikke en entydig definition af begrebet, som blev introduceret af Andrew Jameton i 1984.

Der er dog ifølge Vaaben, Olesen og Gylling (2023) bred enighed i litteraturen om, at moralsk stress udfolder sig i to faser. Først opstår en indledende stress ved det tidspunkt, hvor den fagprofessionelle overvejer, om en potentiel handling er ønskværdig og etisk forsvarlig. Senere opstår en reaktiv stress som følge af, at den fagprofessionelle bliver fastholdt i tilbagevendende moralske overvejelser om handlingen samt et følelsesmæssigt pres forbundet med ikke at kunne 'løse' situationen eller ikke have indflydelse på, om den opstår igen (Vaaben et al. 2023).

På tværs af litteraturen er der forskellige perspektiver på forholdet mellem begreberne moralsk stress og omsorgstræthed. I litteraturen forstås oplevelsen af moralsk stress af nogle som en form for belastning, der over tid kan føre til omsorgstræthed, mens andre omvendt betragter omsorgstræthed som en form for moralsk stress (Todaro-Franceschi 2019: 100; Forster 2009 i Marshman et al. 2022; Nikunlaakso et al. 2022). Selvom moralsk stress kan siges at føre til omsorgstræthed, påpeger andre, at det ikke desto mindre er en separat oplevelse, der adskiller sig fra oplevelsen af omsorgstræthed (Pehlivan & Güner 2018).

Trods uenigheden om begrebernes indbyrdes relation kan forståelsen af moralsk stress dog udvide forståelsen af kompleksiteten i, hvad der kan siges at føre til fagprofessionelles oplevelse af følelsesmæssig udmattelse og oplevelsen af ikke at slå til i relation til deres arbejde med andre mennesker. I litteraturen såvel som den empiriske undersøgelse fremgår det, at medarbejdere i ældreplejen kan opleve udfordringer med modsatrettede krav, eksempelvis ved på den ene side at skulle yde borgernær og personcentreret omsorg og på den anden side at skulle følge et travlt og minutiøst tilrettelagt dagsprogram ud fra standardiserede ydelser (Vaaben et al. 2023). Medarbejdere i ældreplejen kan også opleve udfordringer med at have et begrænset rum til

faglige skøn i borgerkontakten, og herunder at føle sig reduceret fra fagprofessionelle til praktiske leverandører af ydelser (Topholm & Kjellberg 2022). Endvidere kan medarbejdere i ældreplejen opleve udfordringer med, at borgere ikke altid bliver bevilget en hjælp, der modsvarer deres reelle behov (Topholm & Kjellberg 2022). Sådanne oplevelser med svære prioriteringer og faglige og etiske dilemmaer kan være personligt såvel som fagligt stressende (Topholm & Kjellberg 2022).

For at kunne udvide vores analytiske opmærksomhed på, hvorledes etiske aspekter ved omsorgsarbejde kan spille en rolle i udviklingen af følelsesmæssig udmattelse, vil vi derfor inddrage begrebet *moralsk stress* i analysen. Vi inddrager begrebet blandt andet med inspiration fra Vaaben, Olesen og Gylling (2023), hvis studie af moralsk stress i ældreplejen er både metodisk, kontekstmæssigt og emnemæssigt tæt på vores undersøgelse.

### *Forråelse*

Forråelse (på engelsk, *brutalization*) beskriver overordnet, hvorledes fagprofessionelle, der arbejder med andre mennesker, over tid risikerer at blive tiltagende rå, brutale og kyniske i deres tanker, reaktionsmønstre og personlighedsstruktur, og eksempelvis ender med at ydmyge, true, ignorere eller svigte de mennesker, de er ansat til at yde omsorg for (Birkmose 2013: 15). Som begreb har forråelse ikke samme niveau af international anerkendelse eller forskningsmæssig udbredelse som eksempelvis omsorgstræthed (Bøgeskov 2022), og det bruges primært i en dansk kontekst. Begrebet kendes særligt fra psykologen Dorthe Birkmose (2013), der beskriver forråelse som resultatet af en ubevidst psykologisk overlevelsesstrategi, der fremkommer i situationer, hvor medarbejdere føler sig afmægtige og på uhensigtsmæssig vis forsøger at genvinde følelsen af kontrol. Eftersom forråelse opstår på grund af magt, kan forråelse ifølge Birkmose afhjælpes og forebygges ved en øget faglighed og et højere refleksionsniveau på organisatorisk, ledelsesmæssigt og individuelt plan.

Overlappet mellem forråelse og omsorgstræthed består i, at begge fænomener kan indebære en gradvis og tiltagende distancering, depersonalisering og tiltagende kynisme i tanke og handling. Trods overlap er der ikke desto mindre væsentlige årsagsmæssige og symptomatiske forskelle mellem de to. For det første har forråelse ikke samme analytiske og empiriske bredde som eksempelvis omsorgstræthed og udbrændthed, idet forråelse først og fremmest kan siges at være ét ud af mange tegn på fænomenet omsorgstræthed. For det andet er forråelse til forskel fra omsorgstræthed et udpræget psykologisk begreb, og fænomenets fremkomst forklares ved et komplekst samspil mellem socialpsykologiske og intra-psykiske faktorer, herunder med vægt på elementer af selvbedrag, forsvarsmekanismer, manglende refleksion og gruppedynamikker. Ikke desto mindre kan Birkmoses forståelse af forråelse være med til

at nuancere forståelsen af kompleksiteten i, hvordan en begrænset omsorgskapacitet kan opstå og ikke mindst give sig udslag, eksempelvis gennem forrået adfærd. Begrebet *forråelse* inddrages dermed i analysen.

### **Udeladelse af begreberne sekundær traumatisk stress, vikarierende traumatisering og modoverføring.**

Dele af litteraturen om omsorgstræthed omtaler endvidere tre øvrige begreber, hhv. *sekundær traumatisk stress*, *vikarierende traumatisering* og *modoverføring*, omend i varierende grad. Særligt førstnævnte omtales i store dele af litteraturen, eksempelvis af Figley (1995), der anser sekundær traumatisk stress og omsorgstræthed som refererende til det samme fænomen.

På baggrund af litteraturstudiet såvel som den empiriske undersøgelse forekommer *sekundær traumatisk stress*, *vikarierende traumatisering* og *modoverføring* dog at være mindre relevante at inddrage i analysen. Trods delvise begrebslige overlap med omsorgstræthed adskiller begreberne sig på en række væsentlige punkter af stor betydning for deres potentielle analytiske bidrag, særligt når undersøgelsens kontekst tages i betragtning. For det første er de tre begreber fremkommet i en specifik psykologisk og terapeutisk kontekst, særligt inden for det socialfaglige område, og de rummer alle et udtalt fokus på tilstedeværelsen af traumer og/eller på terapeutisk bearbejdning af traumer. Selvom der naturligvis kan være borgere i ældreplejen med traumatiske oplevelser tæt inde på livet, er aktiv terapeutisk bearbejdning af traumer ikke hovedformålet i den danske ældrepleje. For det andet har der for interviewpersonerne ikke været resonans med begreberne, og ingen af interviewpersonerne har henvist til dem i forbindelse med udlægningen af deres egne oplevelser med og forståelser af arbejdet i ældreplejen.

De tre begreber udelades derfor af indeværende analyse, hvilket i det følgende begrundes yderligere med udgangspunkt i hvert begreb.

#### *Sekundær traumatisk stress*

Figley (1995) har defineret sekundær traumatisk stress (på engelsk, *secondary traumatic stress*) som "... de naturligt opstående adfærdsformer og følelser som følger af at få indblik i en traumatisk hændelse, som et nærtstående menneske har oplevet – den stress som følger af at hjælpe eller at ville hjælpe et traumatiseret eller lidende menneske" (Figley 1995 i Isdahl 2018: 121).

Ifølge Figley (1995) er symptomerne på sekundært traumatisk stresssyndrom (STSD) næsten identiske med posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Forskellen består dog i, at STSD ikke resulterer fra førstehåndsoplevelser, men derimod andenhåndsoplevelser med traumatiske hændelser. Sekundær traumatisk stress har et udtalt fokus på visheden om et andet menneskes traume

(Lynch & Lobo 2012), og det kan siges primært at opstå i 'mødet med mennesket og traumer' (Isdahl 2018), og som følge af eksponering for andres traumer og fortællinger herom (Coetzee & Laschinger 2017). Trods den ofte synonyme brug af begreberne omsorgstræthed og sekundær traumatisk stress synes det eksplicitte fokus på tilstedeværelsen af traumer og traumatisk påvirkning at adskille begrebet fra fænomenet omsorgstræthed.

#### *Vikarierende traumatisering*

Begrebet vikarierende traumatisering (på engelsk, *vicarious traumatization*) blev i 1995 introduceret af Pearlman og Mac Ian (1995) og senere defineret som "... den akkumulerede påvirkning af at arbejde med traumatiserede klienter og til forstyrrelsen af terapeutens følelser, kognitive skemaer, erindringer, selvværd og/eller tryghedsfølelse" (Hernandez, Engstrom & Gangsei 2010 i Isdahl 2018). Vikarierende traumatisering henviser til fundamentale forandringer i den professionelle selv, herunder af livssyn og grundlæggende kognitive skemaer som følge af at have indgået i en terapeutisk relation med en traumatiseret klient (Sabo 2011). Trods den synonyme brug af begrebet med omsorgstræthed synes det udtalte fokus på tilstedeværelsen af en terapeutisk relation såvel som aktiv bearbejdning af traumer ved vikarierende traumatisering at adskille sig fra fænomenet omsorgstræthed.

#### *Modoverføring*

Begrebet modoverføring (på engelsk, *countertransference*) strammer fra Freuds psykoanalyse og psykodynamiske terapi (Figley 1995). Bredt forstået beskriver det terapeuters følelsesmæssige reaktioner på deres klienter og deres fortællinger (Isdahl 2018). Andre har defineret modoverføring som en proces, hvor terapeuter ser sig selv i en klient, 'overidentificerer' sig med en klient eller tilfredsstiller egne behov gennem en klient (Corey 1991 i Figley 1995). Trods delvise overlap mellem anvendelsen af begreberne modoverføring og omsorgstræthed, synes det udtalte fokus på tilstedeværelsen af en terapeutisk relation såvel som aktiv bearbejdning af følelser ved modoverføring at adskille sig fra omsorgstræthed.

## **2.2 Indkredsning af fænomenet omsorgstræthed**

Begrebet omsorgstræthed i litteraturen er, som det fremgår af foregående afsnit, komplekst, uklart defineret og delvist overlappende med andre relaterede begreber, der også er præget af en vis begrebslig uklarhed. I det følgende vil vi med forbehold for litteraturens begrebslige uklarhed indkredse en forståelse af omsorgstræthed, som skal understøtte den empiriske undersøgelse af omsorgstræthed som fænomen i en dansk ældreplejekontekst. En snæver og

entydig afgrænsning vil imidlertid være på bekostning af nogle af de mange perspektiver og nuancer, der nævnes i litteraturen. For at kunne bevare en høj grad af empirisk nysgerrighed og analytisk følsomhed over for fænomenets kompleksitet i praksis beror vores indkredsning derfor på en bred og åben forståelse af omsorgstræthed.

Først og fremmest har vi kondenseret og syntetiseret en række centrale dimensioner på tværs af litteraturen om omsorgstræthed og de relaterede begreber *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse*. Tilsammen kan omsorgstræthed, udbrændthed og moralsk stress siges at udgøre tre forskellige perspektiver på den træthed og følelsesmæssige udmattelse, som vi ser i ældreplejen. Begrebet *forråelse* bidrager til forståelsen af kompleksiteten i, hvordan en begrænset omsorgskapacitet kan opstå og ikke mindst give sig udslag i forrået adfærd. De tværgående dimensioner relaterer sig til, hvordan træthed og følelsesmæssig udmattelse forbundet med omsorgsarbejde kan indkredses og forstås. Vi indkredser omsorgstræthed som fænomen på baggrund af disse fire dimensioner:

- **Relationer:** På tværs af litteraturen fremstår omsorgstræthed relationel i sin natur, da den opstår gennem og har konsekvenser for forholdet til andre (Todaro-Franceschi 2019: 5).
- **Tid og udvikling:** På tværs af litteraturen fremstår omsorgstræthed som et progressivt fænomen med et væsentligt kumulativt og tidsligt aspekt. Omsorgstræthed kan udvikle sig gradvist og akkumuleres over tid, om end med stor individuel variation i måden den udvikler sig på<sup>1</sup> (Coetzee & Klopper 2010; Jenkins & Warren 2012; Coetzee & Laschinger 2017; Marshman et al. 2022).
- **Tegn:** På tværs af litteraturen fremstår omsorgstræthed som et fænomen, der kan vise sig på mange måder og med stor individuel variation (Lynch & Lobo 2012), hvad der i litteraturen ofte betegnes som *symptomer*. For at undgå kliniske og medicinske associationer vil vi i denne rapport imidlertid benytte betegnelsen *tegn*. Tegn på omsorgstræthed kan være fysiske, følelsesmæssige og kognitive samt adfærdsmæssige, og de kan blive flere såvel som forværres over tid (Ledoux 2015; Sinclair et al. 2017).
- **Risikofaktorer:** På tværs af litteraturen fremstår omsorgstræthed som et fænomen, der kan opstå af mange forskellige grunde og ofte på baggrund af en kombination af faktorer. Litteraturen anlægger ofte et kausalt

---

<sup>1</sup> Ifølge Coetzee & Klopper (2010) kan tilstanden endda siges at udvikle sig fra et indledende 'omsorgs-ubehag', over til 'omsorgsstress' og endelig til decideret 'omsorgstræthed'. Dele af litteraturen, begyndende med Figley (1995), beskriver dog også muligheden for, at omsorgstræthed kan opstå 'pludseligt' og uden synlige, forudgående tegn (Figley 1995: 12; Najjar et al. 2009: 271; Pehlivan & Güner 2018: 130; Todaro-Franceschi 2019: 85). Ud fra denne forståelse kan mennesker således akut opleve at have nået et 'mætningspunkt', hvorefter omsorgstræthed som tilstand sætter ind. I princippet behøver de to opfattelser af hhv. den gradvise og den pludselige fremkomst af omsorgstræthed ikke at være gensidigt udelukkende. Begge kan siges at være resultatet af en gradvis og kumulativ proces, om end processen ved den pludselige fremkomst ikke har givet sig nogle synlige udslag.

fokus på *årsager* til omsorgstræthed, men med tanke på fænomenets kompleksitet og den begrebslige uklarhed vil vi i stedet anlægge et åbent og dynamisk fokus på *risikofaktorer*. En risikofaktor er et vilkår eller en omstændighed, hvis tilstedeværelse potentielt kan være, men ikke nødvendigvis er, udslagsgivende for udvikling af omsorgstræthed. På baggrund af litteraturstudiet kan mulige risikofaktorer for udviklingen af omsorgstræthed kategoriseres som relateret til hhv. 1) organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, 2) borgere og pårørende, 3) tilgange til arbejdet og individuelle forhold samt 4) kollegaer og arbejdsmiljø. Der er imidlertid stor individuel variation i forhold til, hvad der bidrager til, at et menneske udvikler omsorgstræthed (Sabo 2011).

De fire dimensioner udgør rammen for, hvordan vi har indkredset og er kommet nærmere en forståelse af fænomenet omsorgstræthed på tværs af litteraturen om omsorgstræthed, udbrændthed, moralsk stress og forråelse.

I det følgende vil vi på baggrund af litteraturstudiet opsummere væsentlig viden og indsigter om *tegn, risikofaktorer og håndtering og forebyggelse* for at undersøge, hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til omsorgstræthed i en dansk ældreplejekontekst. *Relationer og tid og udvikling* er grundlæggende tværgående dimensioner uløseligt forbundet med og således indirekte afspejlet i de følgende kapitler om *tegn, risikofaktorer og håndtering og forebyggelse*.

## 2.3 Tegn på omsorgstræthed

Den brede og omfangsrige litteratur om omsorgstræthed rummer mange beskrivelser af mulige tegn på omsorgstræthed, og hvordan tilstanden kommer til udtryk. At forsøge at lave en komplet og udtømmende liste over dem alle ville ifølge Lynch og Lobo (2012) være en tidskrævende hvis ikke umulig opgave, eftersom tegnene på omsorgstræthed både er særdeles mangfoldige og endvidere kan variere fra person til person. Ifølge Figley omfatter tegn på omsorgstræthed alle symptomer, der er forbundet med fysisk og psykologisk udmattelse og dysfunktion (Lynch & Lobo 2012). En vigtig pointe fra litteraturen er, at tegnene qua omsorgstræthedens tidslige og kumulative karakter kan blive flere over tid, såvel som at de enkelte tegn gradvist kan udvikle sig og forværres over tid (Ledoux 2015).

I det følgende vil vi beskrive de mest gennemgående tegn hos det enkelte individ, der i den gennemgåede litteratur relateres til omsorgstræthed og/eller et eller flere af de beslægtede begreber. Med henblik på analytisk klarhed vil

vi i det følgende gruppere tegnene i hhv. *fysiske, følelsesmæssige og kognitive* samt *adfærdsmæssige* tegn, en skelnen som også Sinclair et al. (2017) arbejder med.

### **Fysiske tegn på omsorgstræthed**

Blandt de fysiske tegn på omsorgstræthed nævnes først og fremmest en tilstand af træthed og udmattelse (Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022). Den fysiske udmattelse beskrives som værende af en særlig omfangsrig karakter, eftersom den påvirkede synes helt drænet for energi på en måde, der ikke aftager efter søvn (Gustafsson & Hemberg 2022). Endvidere nævnes fysiske tegn i form af smerter og gener, eksempelvis ved en øget forekomst af hovedpine eller ubehag i mave-tarmregionen (Grønkjær 2013; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Steinheiser 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Endelig nævnes vægtudsving, søvnbesvær og en generel svækkelse af immunforsvaret (Sinclair et al. 2017; Peters 2018).

### **Følelsesmæssige og kognitive tegn på omsorgstræthed**

Blandt de følelsesmæssige og kognitive tegn på omsorgstræthed nævnes først og fremmest en tilstand af følelsesmæssig udmattelse og mental træthed, herunder 'hjernetræthed' (Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Steinheiser 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Som tilstand kan omsorgstræthed komme følelsesmæssigt til udtryk ved en øget forekomst og intensitet af følelser såsom skyld, skam, angst, frygt, hjælpeløshed, håbløshed, utilstrækkelighed, depression og isolation (Melvin 2012; Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Hunt et al. 2017; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Steinheiser 2018; Gustafsson & Hemberg 2022).

Endvidere kan omsorgstræthed give sig udslag i følelsesmæssig distancering, problemer med intimitet og problemer med at have adgang til egne følelser (Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022). Omsorgstræthed kan således vise sig ved en tiltagende apati og ligegyldighed hos den påvirkede grundet en stigende ufølsomhed og kynisme samt en nedsat evne til empati og sympati (Melvin 2012; Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022). Omvendt kan omsorgstræthed også vise sig ved hypersensibilitet, øget personlig sårbarhed, reduceret evne til at håndtere stress samt en reduceret evne til at interagere med lidende personer (Ledoux 2015; Nolte et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022).

Endelig kan den påvirkede opleve et generelt tab af selvtillid, en reduceret arbejdsglæde og en manglende tro på, at arbejdet er nyttigt (Grønkjær 2013; Kyer 2016 i Isdahl 2018; Sinclair et al. 2017). Fagprofessionelle kan ved omsorgstræthed opleve at være blevet frataget 'medfølelsens gave', og mødet



med borgere kan opleves som værende ikke-autentisk og endda frastødende (Gustafsson & Hemberg 2022).

### **Adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed**

Blandt de adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed nævnes først og fremmest en række tegn, der relaterer sig til den påvirkedes generelle adfærd på arbejdspladsen og i privatlivet. Generelt kan tilstanden give sig udslag i en øget irritabilitet og vrede opførsel (Gustafsson & Hemberg 2022) samt øget forekomst af følelsesudbrud i privatlivet og et øget stof- og alkoholindtag (Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022).

I litteraturen nævnes også en række adfærdsmæssige tegn, der relaterer sig til den påvirkedes adfærd som medarbejder, eksempelvis i form af faldende motivation, lav arbejdsmoral, øget sygefravær, øget forekomst af fejl og en lavere kvalitet i det udførte arbejde (Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Kyer 2016 i Isdahl 2018; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022). Herudover nævnes også hæmmede beslutningskompetencer, en øget optagethed af detaljer og en øget forekomst af personalekonflikter som mulige adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed (Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Kyer 2016 i Isdahl 2018; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Endvidere kan en stigende grad af undvigende adfærd, fx tilbagetrækning fra kollegaer og forsøg på at undgå opgaver (Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Kyer 2016 i Isdahl 2018; Sinclair et al. 2017; Nolte et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022).

Omsorgstræthed kan også påvirke relationerne til borgere og patienter. Her nævnes generelle relationelle udfordringer som følge af en kompromitteret omsorgsevne, hvilket eksempelvis kan vise sig gennem et handlingscentreret fokus på omsorg som en teknisk løsning af praktiske opgaver (Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Omsorgstræthed kan også give sig udslag ved undvigelsesadfærd, eksempelvis ved at undgå borgere, at henvise borgere med svære udfordringer til kollegaer eller at undgå følelsesmæssigt krævende situationer ved hurtigt at lukke ned for borgere, som prøver at starte samtaler om svære emner (Grønkjær 2013; Ledoux 2015; Kyer 2016 i Isdahl 2018; Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022).

Som følge af de følelsesmæssige og kognitive tegn på omsorgstræthed, såsom tiltagende distancering, apati og kynisme, kan tilstanden adfærdsmæssigt også give sig udslag i en ligegyldighed hos den professionelle i dennes omgang med borgere (Bøgeskov 2022). Inspireret af Birkmoses (2013) begreb *forråelse*, hvis relation til omsorgstræthed uddybes i Afsnit 2.1 og 2.2, kan tiltagende depersonalisering som følge af omsorgstræthed over tid føre til en

råhed og brutalitet i tanke såvel som i handling. Adfærdsmæssigt kan omsorgstræthed tænkes over tid at udvikle sig til decideret *forråelse*, herunder give sig udslag i forråede handlinger med elementer af aggression såvel som en grov fysisk og psykisk væremåde over for borgere.

Blandt de adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed nævnes også en række tegn, der relaterer sig til balancen mellem arbejde og privatliv. Her nævnes eksempelvis problemer med at adskille det personlige og det professionelle liv og udfordringer med at dyrke og udvikle ikke-arbejdsrelaterede aspekter af livet (Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022).

## 2.4 Risikofaktorer

Der er i litteraturen forskellige opfattelser af, hvorfor og hvordan omsorgstræthed opstår (Ledoux 2015). Indledningsvis skal det fremhæves, at det at være eksponeret for fx følelsesmæssige belastninger ikke er ensbetydende med, at man uundgåeligt vil udvikle eller vise tegn på omsorgstræthed (Sabo 2011). Fagprofessionelle oplever deres arbejde forskelligt, og trods de mange indsigter fra litteraturen, gives der ikke noget klart svar på, hvorfor nogle fagprofessionelle ligefrem kan opleve at få omsorgsglæde ud af arbejde, som for andre til fører til omsorgstræthed (Sabo 2011).

Overordnet kan det dog med inspiration fra Marshman, Hansen og Munro (2022) siges, at udviklingen af omsorgstræthed kan blive påvirket af både arbejdsrelaterede, private og personlige faktorer, der relaterer sig til omstændigheder i den enkeltes liv, eksempelvis individuelle psykologiske forhold (Marshman et al. 2022). En bred og overordnet forståelse af de mulige udløsende faktorer gives også af Coetzee og Laschinger (2017), der argumenterer for, at litteraturen ofte fremhæver spørgsmål om hhv. 1) eksponering for belastninger, 2) brug af selvet ved empatisk involvering i kontakt med borgere og 3) balancering af ressourcer som centrale elementer.

I litteraturen anlægges der forskellige perspektiver på spørgsmålet om, hvordan omsorgstræthed opstår. Dele af litteraturen anvender et udpræget medicinsk sprog og omtaler tilstandens *ætiologi* og anlægger herunder et kausalt fokus på 'årsagerne' (*causes*) til tilstanden. Andre dele af litteraturen anlægger et mindre kausalt fokus på spørgsmålet ved at omtale, hvilke 'forudgående elementer' (*antecedents*) der har været til stede forud for tilstanden og har bevirket dens fremkomst.

Vi anlægges i denne undersøgelse et bredt og åbent perspektiv på spørgsmålet om, hvordan og hvorfor tilstanden opstår. En væsentlig pointe fra litteraturen er, at der kan være stor individuel variation i, hvilke forhold der bidrager til,

at en fagprofessionel udvikler og oplever omsorgstræthed. Fremfor at udarbejde en entydig kausal forklaringsmodel vil vi derimod behandle spørgsmålet om tilstandens fremkomst ud fra et risikofaktor-perspektiv. En *risikofaktor* skal betragtes som et forhold, hvis tilstedeværelse potentielt kan være – men ikke nødvendigvis er – udslagsgivende for udviklingen af omsorgstræthed.

I det følgende vil vi beskrive litteraturens bud på mulige risikofaktorer. Med henblik på analytisk klarhed har vi valgt at gruppere de nævnte faktorer efter, hvorvidt de relaterer sig til hhv. *organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, borgere og pårørende, tilgang til arbejdet og individuelle forhold* eller *kollegaer og arbejdsmiljø*.

### **Organisatoriske rammer og arbejdsvilkår**

I relation til organisering og arbejdsvilkår nævnes ofte en øget arbejdsbyrde og en oplevelse af tidsknaphed, tidspres, ressourcemangel og lav bemandingsgrad som mulige risikofaktorer (Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Steinheiser 2018; Døssing et al. 2021; Nikunlaakso et al. 2022; Gustafsson & Hemberg 2022; Sohn Jensen 2023). Herunder kan en oplevelse af ulige fordeling af arbejdsopgaver og af at have mange lange vagter i træk også potentielt bidrage til udviklingen af omsorgstræthed (Gustafsson & Hemberg 2022). Derudover kan det at være kontinuerligt eksponeret for svære situationer og konflikter i relation til borgeres lovbestemte selvbestemmelsesret og øget tidsknaphed og arbejdspress være en risikofaktor (Sohn Jensen 2023).

Oplevelser med stigende krav, uoverensstemmelser mellem egne færdigheder og oplevede krav samt en større kompleksitet i arbejdsopgaverne, eksempelvis med tværprofessionelt samarbejde kan også potentielt være udslagsgivende for udviklingen af omsorgstræthed (Sohn Jensen 2023). Endvidere kan en generel oplevelse af mangel på kontrol og indflydelse på eget arbejde være en mulig risikofaktor (Sohn Jensen 2023), herunder at være eksponeret for omstruktureringer og omorganiseringer i arbejdet eller at opleve uforudsigelighed og uafklarede roller i arbejdet som følge af procesforandringer (Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022; Sohn Jensen 2023).

Slutteligt kan begrænsede muligheder for professionel udvikling, utilstrækkeligt lederskab eller mangelfuld ledelsesmæssig støtte også være risikofaktorer (Nolte et al. 2017; Steinheiser 2018), herunder at føle sig nødsaget til at skjule, undertrykke eller negligere følelser trods høje følelsesmæssige krav (Harrad & Sulla 2018; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Steinheiser 2018; Døssing et al. 2021; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022; Sohn Jensen 2023).

## **Borgere og pårørende**

I relation til fagprofessionelles kontakt med borgere og pårørende nævnes ofte de høje følelsesmæssige krav, der er forbundet med empatisk involvering over lang tid, som en mulig risikofaktor for omsorgstræthed. At indgå i kontinuerlige og ofte intense relationer med borgere med fysiske og/eller psykiske lidelser, og hvis tilstand gradvist forværres, kan potentielt bidrage til udviklingen af omsorgstræthed (Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Steinheiser 2018; Gustafsson & Hemberg 2022; Ådland et al. 2022). Det samme gælder høj eksponering for følelsesmæssige konflikter eller svære situationer, eksempelvis ved hyppigt at skulle overlevere 'dårlige nyheder' eller at være eksponeret for dødsfald eller mislykkede genoplivelser (Gustafsson & Hemberg 2022).

At opleve fysisk og psykisk vold fra borgere eller at opleve uvenlig og fordomsfuld opførsel fra borgere og pårørende kan også potentielt være udslagsgivende for udviklingen af omsorgstræthed (Harrad & Sulla 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Endvidere kan risikofaktorer være oplevelser af ikke at kunne imødekomme pårørendes forventninger (Nolte et al. 2017; Sohn Jensen 2023) eller udfordrende relationer til og konflikter med pårørende (Harrad & Sulla 2018, Nikunlaakso et al. 2022).

Endelig kan egne fejl i arbejdet eller kollegaers eventuelle grove opførsel over for borgere potentielt bidrage til udviklingen af omsorgstræthed (Gustafsson & Hemberg 2022).

## **Tilgange til arbejdet og individuelle forhold**

I relation til den fagprofessionelles egen væremåde og tilgang til arbejdet nævnes egne høje krav og tendens til perfektionisme (Nikunlaakso et al. 2022; Sohn Jensen 2023) såvel som manglende selvomsorg og utilstrækkelig skelnen mellem arbejde og privatliv (Nolte et al. 2017; Høgsted 2021; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022; Sohn Jensen 2023) som mulige risikofaktorer. Andre risikofaktorer er følelsesstyrede strategier for håndtering af svære situationer og en tendens til følelsesmæssig overinvolvering (Nolte et al. 2017; Høgsted 2021; Sohn Jensen 2023).

Dele af litteraturen beskriver, hvorledes visse medarbejdergrupper kan siges at være særligt udsatte for at opleve omsorgstræthed, særligt yngre og mindre erfarne medarbejdere samt medarbejdere med andet modersmål end dansk, sidstnævnte fordi de kan opleve større følelsesmæssig udmattelse som følge af diskrimination, racisme og mobning (Sinclair et al. 2017; Døssing et al. 2021; Gustafsson & Hemberg 2022). Udfordrende omstændigheder i privatlivet, eksempelvis relateret til egen sundhedstilstand, utilfredshed med bopæl

eller en travl hverdag med små børn, kan desuden dræne den fagprofessionelle for energi og dermed være en risikofaktor (Nolte et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022).

### **Kollegaer og arbejdsmiljø**

I relation til kollegaer og arbejdsmiljø nævnes en negativ og konfliktfuld stemning, dårligt samarbejde mellem kollegaer, begrænset faglig og social støtte fra kollegaer samt hyppige etiske dilemmaer i forhold til egne moralske værdier som mulige risikofaktorer i forhold til omsorgstræthed (Nolte et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022; Sohn Jensen 2023).

## **2.5 Håndtering og forebyggelse**

Litteraturen giver flere, men ingen entydige bud på, hvordan omsorgstræthed kan forebygges og håndteres, hvis den opstår (Marshman et al. 2022). Ifølge Ledoux (2015) begrænses sådanne overvejelser netop af, at der i litteraturen er forskellige opfattelser af, hvad omsorgstræthed *er*, og hvorfor den opstår. I det følgende vil vi skitsere litteraturens mange forskellige forslag til måder, hvorpå omsorgstræthed kan håndteres og forebygges. På tværs af litteraturen synes der at være enighed om tilstedeværelsen af to overordnede niveauer for mulig håndtering og forebyggelse, som relaterer sig til hhv. den enkelte medarbejder og arbejdspladsen som helhed. Med henblik på analytisk klarhed vil vi derfor skelne mellem håndtering og forebyggelse på et *individuel* niveau og et *organisatorisk og ledelsesmæssigt* niveau.

### **Håndtering og forebyggelse på individuelt niveau**

Store dele af litteraturen beskriver, hvorledes forhold omkring den enkelte medarbejder, herunder medarbejderens niveau af følelsesmæssig selvindsigt og selvomsorg, evnen til følelsesregulering såvel som evnen til at vedligeholde grænsen mellem arbejdsliv og privatliv, har stor betydning for udviklingen af omsorgstræthed. Dele af litteraturen fremhæver i denne forbindelse øget alder og erfaring hos den enkelte medarbejder som en mulig beskyttende faktor ud fra præmissen om, at øget alder og erfaringer kan føre til en forbedring af ovenstående kompetencer. Ifølge Nolte et al. (2017) er effektiv håndtering og forebyggelse af omsorgstræthed således kendetegnet ved strategier for øget opmærksomhed, selvpleje og selvomsorg. At kunne mestre følelsesmæssigt krævende situationer og at have en følelse af kontrol over egen adfærd kan ifølge Nolte et al. (2017) potentielt mindske risikoen for at udvikle omsorgstræthed.

På tværs af litteraturen om forebyggelse på et individuelt niveau identificerer vi fire gennemgående elementer, der omhandler hhv. *selvindsigt*, *følelsesregulering*, *selvomsorg* og *work-life-balance*.

### *Selvindsigt*

I litteraturen nævnes det flere steder, hvorledes den enkelte medarbejder kan arbejde med at træne selvindsigt (se fx Peters 2018) og eksempelvis lægge mærke til kropslige reaktioner i forbindelse med belastninger for derved at forstå, hvordan og hvorfor vedkommendes krop reagerer på belastninger (Isdahl 2018). I denne forbindelse fremhæver andre, hvorledes den enkelte medarbejder både har et ansvar for at være opmærksom på sig selv, eksempelvis i forhold til selvskabt overinvolvering, og være ærlig og melde klart ud ved udfordringer (Høgsted 2021).

### *Følelsesregulering*

Litteraturen behandler endvidere, hvorledes den enkelte medarbejder kan øve sig i følelsesmæssig selvregulering i forbindelse med empatisk involvering (Hunt et al. 2017), eksempelvis ved at differentiere mellem andres lidelse og den lidelse, medarbejderen oplever gennem sin empatiske involvering (Klimecki & Singer 2011), eller som Høgsted (2021) formulerer det: øve sig i at føle *med* og ikke *som* den anden.

### *Selvomsorg*

En stor del af litteraturen fremhæver vigtigheden af at fremme medarbejderens selvmedfølelse og selvomsorg. I denne forbindelse rummer litteraturen eksempelvis forslag om at føre en sund livsstil med motion, gode søvnvaner, sund kost og tid til hvile og afslapning (Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Gustafsson & Hemberg 2022). Litteraturen foreslår også at træne selvmedfølelse og selvomsorg (Melvin 2012; Isdahl 2018; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022), eksempelvis ved at deltage i afslapningsfremmende aktiviteter såsom yoga, mindfulness og åndedrætsøvelser (Melvin 2012). Endvidere anbefales det at have støttende sociale relationer, at vedligeholde sociale relationer ved siden af arbejdet og at søge hjælp, råd og vejledning ved behov (Nolte et al. 2017; Peters 2018; Høgsted 2021; Gustafsson & Hemberg 2022).

### *Work-life-balance*

En stor del af litteraturen fremhæver endvidere vigtigheden af at sætte grænser og opretholde en balance mellem arbejdsliv og privatliv. Litteraturen rummer således forslag om at sætte professionelle grænser i arbejdet, at arbejde med strategier for at skelne og opdele personlige og professionelle roller og at

sikre klare overgange mellem arbejde og fritid (Melvin 2012; Nolte et al. 2017; Peters 2018; Høgsted 2021; Gustafsson & Hemberg 2022; Marshman et al. 2022).

### **Håndtering og forebyggelse på organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau**

Store dele af litteraturen beskriver endvidere, hvorledes forskellige organisatoriske og ledelsesmæssige forhold og tiltag kan have bidrag til at håndtere og forebygge af omsorgstræthed. På tværs af litteraturen identificerer vi en række gennemgående elementer, der omhandler *viden og uddannelse, supervision og vejledning, opgavefordeling og tidsstyring, kollegial og ledelsesmæssig støtte, ledelse samt sorghåndtering.*

#### *Viden og uddannelse*

Generelt fremhæver litteraturen kompetenceudvikling og øget vidensniveau hos medarbejderne som potentielt forebyggende elementer, samt hvorledes den enkelte arbejdsplads eller organisation har et ansvar for at sikre, facilitere og understøtte, at medarbejderen tilegner sig den relevante viden og de væsentligste kompetencer. Litteraturen rummer forslag om at udbrede viden og træne kompetencer med det formål at øge medarbejdernes ressourcer i bred forstand (Hunt et al. 2017) og dermed ruste dem bedre til at kunne håndtere omsorgsarbejdets fysiske, adfærdsmæssige og psykologiske krav (Isdahl 2018).

Mere specifikt fremhæves et behov for at udbrede viden om omsorgstræthed som fænomen med særlig fokus på, hvordan fænomenet opstår og kan håndteres og forebygges (Nolte et al. 2017; Peters 2018; Gustafsson & Hemberg 2022). Eksempelvis fremhæver Klimecki & Singer (2011) vigtigheden af at udbrede viden om 'empatiens to veje', herunder om skellet mellem egne og andres følelser samt risikoen for følelsessmitte (Klimecki & Singer 2011 i Coetzee & Laschinger 2017).

I dele af litteraturen er der endvidere et bredt fokus på organisationens ansvar for at øge medarbejderes generelle faglige vidensniveau for at ruste dem til bedre at kunne håndtere omsorgsarbejdets påvirkning samt forebygge afmagt og uhensigtsmæssige reaktioner såsom forråelse eller overinvolvering (Birkesmose 2013; Høgsted 2021). Harrad og Sullas studie (2018) er her blandt de mest relevante i forhold til en ældreplejekontekst, idet de fremhæver vigtigheden af at opkvalificere sygeplejersker i forhold til viden om patienters komplekse behov og sygdomsbilleder, eksempelvis om demenssygdomme (Harrad & Sullas 2018).

Store dele af litteraturen fremhæver desuden vigtigheden af at understøtte medarbejdernes kompetenceudvikling i forbindelse med håndtering af følelsesmæssigt krævende situationer, herunder viden om og værktøjer til stresshåndtering, selvomsorg, robusthed, selvrefleksion over forventningerne til arbejdet og egen indsats, følelsesregulering samt bearbejdning af følelser og oplevelser (Hunt et al. 2017; Isdahl 2018; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Harrad & Sulla 2018; Peters 2018; Høgsted 2021; Nikunlaakso et al. 2022; Sohn Jensen 2023).

### *Supervision og vejledning*

Særligt i faglitteraturen fremhæves det, hvorledes supervision og vejledning kan bidrage til at forebygge omsorgstræthed. Den enkelte arbejdsplads bør sikre tilgængelighed af individuel eller gruppebaseret supervision, vejledning eller konsultationer med professionelle (Birkmose 2013; Isdahl 2018; Høgsted 2021).

### *Opgavefordeling og tidsstyring*

Forhold omkring opgavefordeling, sammensætning af arbejdsopgaver og tidsstyring kan have betydning for udviklingen af omsorgstræthed. I litteraturen fremhæves det, hvorledes den enkelte arbejdsplads har et ansvar for at sikre pauser og tid til refleksion såvel som variation og rotation i arbejdsopgaver og arbejdstider (Birkmose 2013; Gustafsson & Hemberg 2022). Endvidere fremhæves vigtigheden af en høj opgavebevidsthed, dvs. tydelighed om ansvarsområder, rollefordeling og rammerne for opgaveløsningen samt at registrere belastninger og lave handleplaner herfor (Høgsted 2021). Endelig er et forslag at ændre på rigide tidsbegrænsninger, når det gælder interaktioner med borgere (Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017).

### *Kollegial støtte*

Store dele af litteraturen fremhæver vigtigheden af et godt arbejdsmiljø og tilstedeværelsen af kollegial støtte (Hunt et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Parola et al. 2018; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022). Flere foreslår eksempelvis, at den enkelte arbejdsplads aktivt bør understøtte formel og uformel kollegial støtte og anerkendelse, eksempelvis ved at facilitere deling og udveksling af viden, erfaringer og oplevelser (Parola et al. 2018; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022). Nogle foreslår hertil at arbejde med koncepter for erfaringsdeling og ydelse af følelsesmæssig støtte såsom 'lejrblåsmøder' (Isdahl 2018) eller 'fiskerbænken' (Høgsted 2021). Andre foreslår at skemalægge kollegial støtte ved at sætte tid af til hhv. følelsesmæssig, feedbackorienteret, faglig og praktisk støtte (Sinclair et al. 2017; Høgsted 2021). Endelig foreslår andre systematisk at facilitere værdimæssige diskussioner blandt medarbejderne (Ådland et al. 2022).



I litteraturen nævnes det også, at arbejdspladser generelt bør sikre muligheder for kollegial debriefing og herunder arbejde med konstruktiv dialog for at undgå et 'klagekor' (Isdahl 2018) eller en 'brokkultur' (Høgsted 2021), hvor negative følelser smitter af og præger det kollegiale miljø som helhed (Isdahl 2018; Nolte et al. 2017; Sinclair et al. 2017; Høgsted 2021). Isdahl (2018) fremhæver eksempelvis vigtigheden af, at kollegaer deler reaktioner, oplevelser, følelser og informationer på en sådan måde, at de ikke overvælder hinanden. Isdahl henviser til Mathieu (2012: i Isdahl 2018), der til forebyggelse af negativ 'følelssmitte' mellem kollegaer har udarbejdet en model for 'low impact debriefing'. Høgsted foreslår i tråd med dette at arbejde med vagtordninger for debriefing og 'ventilering', hvor skiftende medarbejdere i faste intervaller står til rådighed for at lytte til og sparre med kollegaer om svære oplevelser, hvilket skal forebygge eventuel 'overdosering' af enkelte medarbejdere (Høgsted 2021). Endvidere foreslår Høgsted mentorordninger og buddyordninger for nye medarbejdere (Høgsted 2021). Høgsted fremhæver generelt vigtigheden af at understøtte og facilitere god kommunikation samt at sikre anvendelsen af et professionelt sprogbrug og et reflekteret brug af sort humor. (Høgsted 2021). Sort humor kan have en positiv effekt for medarbejderne som en måde at håndtere svære følelser og bearbejde krævende situationer. Omvendt kan den, hvis den misforstås, potentielt bidrage til distancering og depersonalisering i forhold til de borgere, humoren omhandler (Høgsted 2021).

#### *Ledelsesmæssig støtte*

Litteraturen fremhæver desuden vigtigheden af 'god ledelse', 'faglig ledelse' og 'ledelsesmæssig støtte' i forhold til at håndtere og forebygge omsorgstræthed (Birkemose 2013; Hunt et al. 2017; Isdahl 2018; Nolte et al. 2017; Parola et al. 2018; Todaro-Franceschi 2019; Døssing et al. 2021; Høgsted 2021; Gustafsson & Hemberg 2022; Nikunlaakso et al. 2022). Særligt i forskningsartiklerne er der imidlertid en tendens til, at det ikke ekspliciteres, hvad 'god ledelse', 'faglig ledelse' eller 'ledelsesmæssig støtte' konkret består i. De mest konkrete ledelsesmæssige anbefalinger kommer fra faglitteraturen. Eksempelvis foreslår Isdahl (2018: 211) at arbejde med 'omsorgsledelse' ud fra en model for, hvordan forældre kan tage vare på deres børns behov, mens Todaro-Franceschi (2019: 227) foreslår en ledelsesmæssig tilgang med fokus på at kultivere en kollektiv bevidsthed og fællesskabsfølelse blandt medarbejderne omkring et fælles mål om at yde omsorg og pleje af høj kvalitet. Blandt de mest konkrete anbefalinger finder vi Parola et al. (2018), som foreslår, at ledere bør anerkende medarbejdere for deres indsats for at gøre en forskel, uanset hvad udfaldet af deres indsats måtte være, mens Mathieu (2012: i Isdahl 2018) foreslår at ledere bør være rollemodeller i forhold til at opretholde en balance mellem arbejde og privatliv (Mathieu 2012 i Isdahl 2018).

### *Sorghåndtering*

Dele af litteraturen fokuserer på arbejdspladser, hvor fagprofessionelle i deres arbejde vil opleve, at borgere går bort. Hertil fremhæves vigtigheden af, at arbejdspladsen sætter tid af til medarbejdernes sorghåndtering, eksempelvis ved at tillade eller direkte opfordre til, at medarbejdere deltager i ritualer, eksempelvis begravelser eller mindeceremonier, hvilket kan hjælpe dem med at rumme og bearbejde svære følelser (Harrad & Sulla 2018; Ådland et al. 2022).

## 2.6 Opsamling

Litteraturstudiet viser, at begrebet omsorgstræthed bruges på mange forskellige måder, i forskellige sektorer og på baggrund af forskellige videnskabsteoretiske traditioner. Der er derfor stor begrebslig uklarhed om, hvad der menes med omsorgstræthed, og hvilke empiriske fænomener begrebet refererer til. Omsorgstræthed som begreb bliver desuden ofte sat i forbindelse med en række øvrige og delvist overlappende begreber. Vi har valgt at inkludere udvalgt litteratur vedrørende *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse*, idet de tre begreber sammen med begrebet *omsorgstræthed* kan siges at udgøre forskellige perspektiver på den træthed og følelsesmæssige udmattelse, som vi ser i ældreplejen. Begrebet *forråelse* bidrager derudover til forståelsen af kompleksiteten i, hvordan en begrænset omsorgskapacitet kan opstå og ikke mindst give sig udslag i forrået adfærd.

Med udgangspunkt i den udvalgte litteratur om omsorgstræthed, udbrændthed, moralsk stress og forråelse og på baggrund af løbende dialog med interviewmaterialet foreslår vi således en åben og bred forståelse af fænomenet omsorgstræthed, kendetegnet ved fire gennemgående dimensioner relateret til 1) relationer, 2) tid og udvikling, 3) tegn og 4) risikofaktorer.

Først og fremmest fremstår omsorgstræthed som et *relationelt* og *progressivt* fænomen. Omsorgstræthed opstår gennem og har konsekvenser for forholdet til andre og kan udvikle sig gradvist og akkumuleres over tid. Omsorgstræthed er desuden dynamisk og person- og kontekstafhængigt, idet der kan være stor individuel variation i, hvordan fænomenet kommer til udtryk, og hvad der bidrager til dets udvikling. Omsorgstræthed kan vise sig gennem forskellige fysiske, følelsesmæssige og kognitive samt adfærdsmæssige *tegn*, eksempelvis som fysisk træthed, følelsesmæssig udmattelse og/eller undvigende adfærd. *Risikofaktorer*, som kan være medvirkende til udvikling af omsorgstræthed, relaterer sig til organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, borgeres og pårørendes adfærd, tilgange til arbejdet og individuelle forhold samt kollegaer og arbejdsmiljø. Eksempelvis kan borgere med komplekse behov, oplevet tidsknaphed, manglende kollegial og ledelsesmæssig støtte samt begrænset selvomsorg være mulige risikofaktorer.

Litteraturen skelner generelt mellem et individuelt og et organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau, når det kommer til *håndtering og forebyggelse* af omsorgstræthed. Eksempelvis kan individuelt arbejde med strategier målrettet følelsesregulering, selvindsigt, selvomsorg og work-life-balance bidrage til at forebygge og håndtere omsorgstræthed på et individuelt niveau. Tilsvarende kan tiltag vedrørende efteruddannelse, en øget bevidsthed omkring, hvordan opgaver fordeles, og arbejdet tidsstyres, samt social og faglig støtte bidrage til at forebygge og håndtere omsorgstræthed på et organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau.

Litteraturstudiets tilvejebringelse af en åben og bred forståelse af omsorgstræthed funderet på fire gennemgående dimensioner udgør grundlaget for vores tilgang til undersøgelsen af omsorgstræthed som fænomen i en dansk ældreplejekontekst. I det følgende vil vi redegøre for de metodiske og analytiske overvejelser om mødet med begrebet omsorgstræthed i praksis.

# 3 Mødet med 'omsorgstræthed' i praksis

At undersøge et fænomen som omsorgstræthed, hvis betegnelse i praksis er enten ukendt, uklar eller sågar en provokation, kræver en åben og eksplorativ tilgang. Hverken ledere eller medarbejdere på de ti arbejdspladser i undersøgelsen anvendte omsorgstræthed som betegnelse for negative konsekvenser af at arbejde i ældreplejen. I interviewene har vi derfor været nysgerrige på deres forståelser og definitioner, og vi har anlagt en åben tilgang, hvor vi har spurgt ind til både gode og svære oplevelser.

Det lyder næsten samstemmende på tværs af medarbejdergrupper, at det bedste ved arbejdet i ældreplejen er oplevelsen af *"at gøre en forskel"* for de ældre borgere og deres pårørende. Det kan være alt fra lidt ekstra tid til at snakke, læse højt, gå en tur eller gøre lidt mere ud af måltidet til at lykkes med at få en borger på benene igen efter en behandling eller at skabe en god afslutning på livet for både borger og pårørende – trods travlhed. Som én af medarbejderne udtrykker det, så *"lykkes de hver dag med et eller andet"*.

Imidlertid kan omsorgsarbejdet og arbejdet med *gøre en forskel* være udfordrende og til tider udmattende. Det er der mange årsager til, hvilket vi kommer nærmere ind på i Kapitel 5. Interviewmaterialet afspejler, at mange medarbejdere har oplevet fysiske, følelsesmæssige, kognitive og indimellem også adfærdsmæssige tegn på at have overskredet egen kapacitet. Det er imidlertid meget forskelligt, hvad de mener, er den rette betegnelse for denne oplevelse. Det vil sige, om fx udbrændthed, omsorgstræthed eller stress er ord, som har resonans hos dem.

I dette kapitel vil vi redegøre for, hvordan ledere og medarbejdere i interviewundersøgelsen dels reagerede på omsorgstræthed som begreb og dels beskrev fænomenet med egne ord (Afsnit 3.1). Dernæst vil vi på baggrund af interviewpersonernes møde med det fænomen, vi her betegner omsorgstræthed, og indsigter fra litteraturstudiet redegøre for og illustrere rapportens tilgang til en undersøgelse af omsorgstræthed i praksis (Afsnit 3.2).

**Kapitlet peger på følgende væsentlige pointer vedrørende mødet med omsorgstræthed i praksis:**

- For de interviewede medarbejdere og ledere i ældreplejen er begrebet omsorgstræthed et ukendt og uklart begreb, der ikke benyttes i praksis. I stedet bruges ord som *træt, presset, slidt, stresset, udmattet, overbelastet* eller *udbrændt*.
- Mange interviewpersoner udtrykte forbeholdenhed eller modvilje mod begrebet omsorgstræthed, som for dem konnoterer, at de er trætte af at yde omsorg. De er imidlertid ikke trætte af at yde omsorg, men af arbejdsbetingelser, som udfordrer omsorgsarbejdet og relationerne til borgerne.
- Der er dog i høj grad resonans mellem de indholdsmæssige aspekter af omsorgstræthed og den træthed, udbrændthed og udmattelse, som medarbejderne i undersøgelsen i praksis oplever.

### **3.1 Forståelse og brug af betegnelsen 'omsorgstræthed' i praksis**

I interviewene definerede vi indledningsvist omsorgstræthed bredt som en tilstand af udmattelse eller udbrændthed, som kan gøre det svært at indgå i omsorgsfulde relationer. Vi beskrev desuden omsorgstræthed som et fænomen, som mange medarbejdere i ældreplejen oplever på et eller andet tidspunkt i deres arbejdsliv.

De færreste havde stiftet bekendtskab med begrebet omsorgstræthed før, og med få undtagelser blev begrebet mødt med forbehold og ofte også modvilje blandt ledere og på tværs af medarbejdergrupper i både hjemmeplejen og på plejehjem. En social- og sundhedsassistent på et plejehjem formulerede det således:

*Jeg synes, at det er et forkert ord, fordi træt af omsorg i forhold til hvad? For jeg elsker mit arbejde, og jeg er ikke træt af det. (Social- og sundhedsassistent, plejehjem)*

Mens nogle interviewpersoner således ikke anså omsorgstræthed som den rette betegnelse, blev andre direkte provokerede af begrebet. Dette gjaldt blandt andet en arbejdsmiljørepræsentant på et plejehjem, fordi omsorgstræthed ifølge hende konnoterer, at det er omsorgen, der er det negative og det, medarbejderne er trætte af:

*Jeg kender slet ikke [ordet, red.] omsorgstræthed. Det må være noget af det nye, de har fundet på. De ord, de finder på... Jeg kan se, at det dækker noget, men for mig lyder det negativt. Det lyder, som om vi er trætte af at være her. Der er ikke nogen, der fatter en hat af, hvad vi snakker om. (Arbejdsmiljørepræsentant, plejehjem)*

Selvom de fleste således ikke anså begrebet omsorgstræthed som den rigtige betegnelse, var der bred enighed om, at arbejdet og arbejdsbetingelserne i ældreplejen kan føre til en form for træthed, udmattelse eller udbrændthed, som udfordrer relationen til og omsorgen for både borgere, deres pårørende og kollegaer på arbejdspladsen.

Nogle af lederne var lidt mere åbne over for begrebet, idet de associerede det med de psykiske belastninger, af én leder omtalt som det "slid på sjæl og psyke", som et arbejde i et omsorgsfag kan medføre. Men også blandt lederne oplevede vi forbehold over for begrebet. Ligesom på medarbejdersiden bestod modstanden i, at de i begrebet læste en forståelse af, at medarbejdere er trætte af deres kerneopgave, nemlig at yde omsorg. En leder af et plejehjem formulerede det således:

*Jeg vil helst ikke bruge det. Man er ikke træt af at give omsorg, for det er derfor, vi er her. Helt grundlæggende. Vi er trætte af alle de ting, der forhindrer os i at give den omsorg. (Leder, plejehjem)*

En af lederne havde også en yderligere bekymring, nemlig at selve begrebet kan bidrage til en u hensigtsmæssig forandring mod, at flere medarbejdere omtaler sig selv som omsorgstrætte, uden at det nødvendigvis altid er tilfældet – med andre ord at der opstår en fortælling om, at man som medarbejder er omsorgstræt:

*Jeg tror, at man skal passe på med at bruge meget energi på begrebet omsorgstræthed over for personalegrupper, fordi man også skal passe på, man ikke opfinder noget, der ikke findes for alle. Hvis der er meget fokus på noget, så kan det blive et narrativ, at man er omsorgstræt, selvom det ikke har været et problem inden. (Leder, hjemmeplejen)*

Lederen sammenligner en sådan mulig udvikling med udviklingen i, hvordan medarbejdere taler om at have travlt, uden at hun som leder direkte kan genkende billedet af travlhed.

Generelt brugte og foretrak både ledere og medarbejdere andre ord og begreber om det at være følelsesmæssigt udmattet i relation til udførelsen af omsorgsarbejdet. De mest almindelige udtryk var at være *træt*, *presset*, *slidt*, *stresset*, *udmattet*, *overbelastet* eller *udbrændt*. En social- og sundhedshjælper på et plejehjem formulerede det således:

*Vi bruger mest ordet 'træt'. Ikke de der mediespundne ord. Ikke endnu. Når det kommer mere op i medierne, kommer det sikkert også her. Ligesom de andre juhu-ord, der dukker op. Lige nu taler vi mest om træthed, at vi er pressede og har travlt. Udbrændthed, måske. Ikke omsorgstræthed.* (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)

Udbrændthed var således det fagbegreb, som hyppigst blev brugt blandt medarbejderne. Som redegjort for i Kapitel 2 baserer vi vores forståelse af og tilgang til fænomenet omsorgstræthed på elementer fra litteraturen blandt andet omhandlende udbrændthed. Således er der – trods skepsis omkring og modstand mod begrebet omsorgstræthed – en høj grad af resonans mellem vores forståelse af fænomenet omsorgstræthed og interviewpersonernes oplevelser i praksis.

## 3.2 Fra betegnelse til indhold: omsorgstræthed i rapporten

De interviewede ledere og medarbejdere i ældreplejen var, som ovenstående viser, ikke begejstrede for begrebet *omsorgstræthed*. Når vi går analytisk til udtalelserne (se også de følgende kapitler), kan vi imidlertid konstatere, at det i højere grad lader til at være selve begrebet omsorgstræthed, som respondenterne tog afstand fra, mens selve de indholdsmæssige dimensioner og karakteristika, der er relateret til forståelsen af omsorgstræthed og beslægtede begreber, i vidt omfang vækker resonans.

Flere fremhævede, at *trætheden* i forbindelse med deres arbejde hænger sammen med en *begrænsning* af muligheden for at yde den omsorg, de gerne vil og ser som deres opgave. Dette illustreres blandt andet i følgende udtalelse:

*Folk bliver trætte af, at man ikke kan gøre det arbejde, man gerne vil. Man er følelsesmæssigt involveret. Man ønsker dem den bedste*

*behandling, men det kan man ikke give dem. Man bliver træt af, at man ikke kan yde det, man gerne vil.* (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)

'Trætheden' er således tæt forbundet med de forskellige vilkår og omstændigheder – strukturelle, organisatoriske, mellem menneskelige og personlige – som afholder personalet fra eller begrænser dem i at yde den omsorg, som de gerne vil.

I Kapitel 2 præsenterede vi på baggrund af litteraturstudiet fire dimensioner, som danner rammen for vores forståelse af fænomenet omsorgstræthed, herunder relationer, tid og udvikling, tegn og risikofaktorer. I kort form kan de fire aspekter af fænomenet omsorgstræthed beskrives som følgende:

- **Relationer:** Omsorgstræthed opstår gennem og har konsekvenser for forholdet til andre mennesker.
- **Tid og udvikling:** Omsorgstræthed udvikler sig oftest gradvist og akkumuleres over tid.
- **Tegn:** Omsorgstræthed kan vise sig både fysisk, følelsesmæssigt og kognitivt samt adfærdsmæssigt.
- **Risikofaktorer:** Omsorgstræthed kan opstå på baggrund af mange og ofte flere risikofaktorer relateret til organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, borgere og pårørende, tilgange til arbejdet og individuelle forhold og/eller kollegaer og arbejdsmiljø.

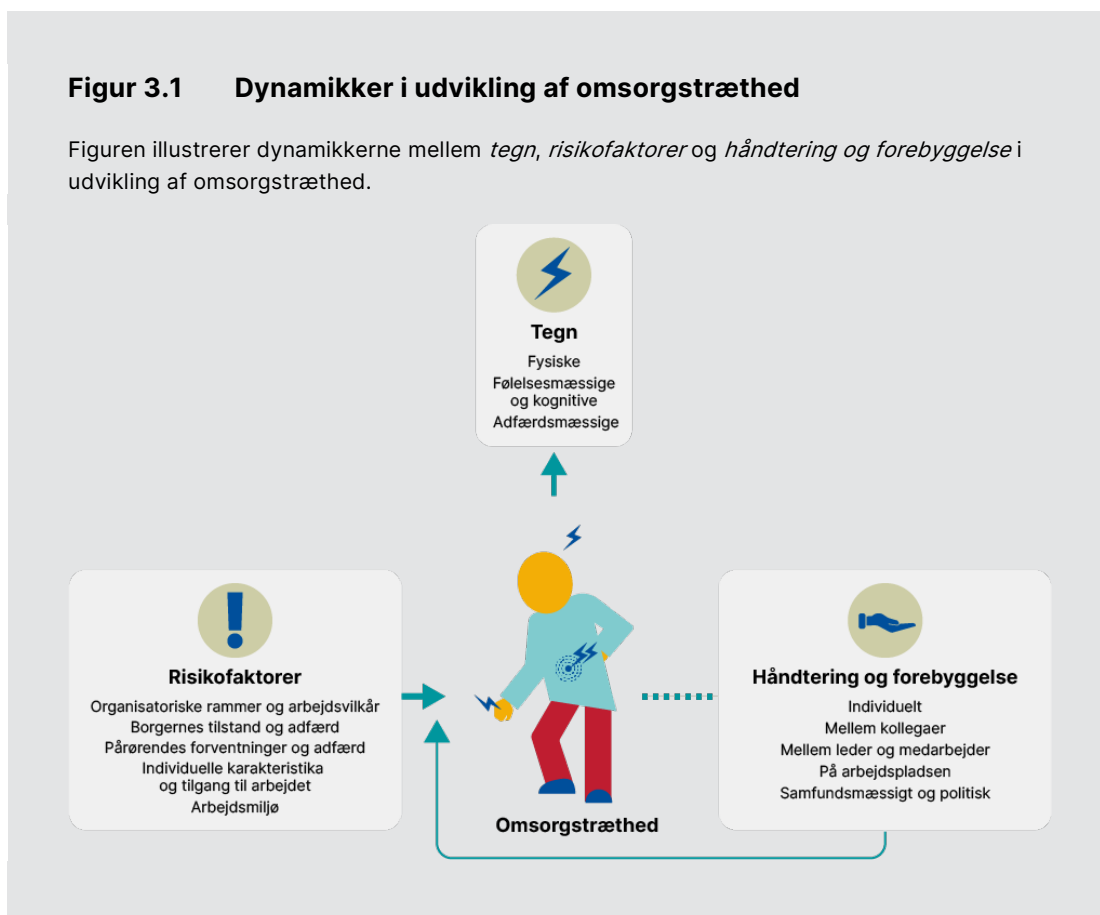
I de følgende kapitler kommer vi nærmere en forståelse af fænomenet omsorgstræthed i en dansk ældreplejekontekst. Formålet er at undersøge, hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til omsorgstræthed. Vi fokuserer derfor på *tegn* (hvordan omsorgstræthed giver sig udslag og kommer til udtryk), *risikofaktorer* (hvilke forhold der medvirker til omsorgstræthed) og *håndtering og forebyggelse* (hvordan omsorgstræthed i praksis håndteres og forestilles håndteret og forebygget).

Figur 3.1 illustrerer dynamikkerne mellem *tegn*, *risikofaktorer* og *håndtering og forebyggelse* i udvikling af omsorgstræthed. Figuren er baseret på litteraturstudiet og videreudviklet med resultaterne fra interviewundersøgelsen.



### Figur 3.1 Dynamikker i udvikling af omsorgstræthed

Figuren illustrerer dynamikkerne mellem *tegn*, *risikofaktorer* og *håndtering og forebyggelse* i udvikling af omsorgstræthed.



*Relationer* samt *tid og udvikling* er grundlæggende tværgående dimensioner, der er uløseligt forbundet med fænomenet omsorgstræthed og således indirekte er afspejlet i de følgende kapitler om *tegn*, *risikofaktorer* og *håndtering og forebyggelse*. Analysen er baseret på en eksplorativ undersøgelse af, hvordan fænomenet omsorgstræthed opleves indefra af ledere og medarbejdere, og hvilke tanker de har gjort sig og observationer de har gjort vedrørende fænomenet i sin helhed.

## 4 Tegn på omsorgstræthed

Formålet med dette kapitel er at zoome ind på, hvordan omsorgstræthed som fænomen kan opleves og vise sig. Vi betegner dette som *tegn* på omsorgstræthed. I Afsnit 2.2 præsenterede vi en oversigt over mange af de tegn, der nævnes på tværs af den gennemgåede litteratur. I dette kapitel præsenterer vi medarbejderes og lederes egne oplevelser af og perspektiver på, hvordan omsorgstræthed kan vise sig i ældreplejen.

Der er forskel på, hvor meget omsorgstræthed fylder på de ti arbejdspladser i undersøgelsen, men overordnet set afspejler interviewmaterialet, at de fleste af arbejdspladserne har eller har haft medarbejdere, som udviste tegn på omsorgstræthed. Disse tegn på omsorgstræthed kan i tråd med litteraturstudiet med fordel inddeles i hhv. fysiske, følelsesmæssige og kognitive samt adfærdsmæssige tegn.

Kapitlet er således inddelt i hhv. fysiske tegn (Afsnit 4.2), følelsesmæssige og kognitive tegn (Afsnit 4.3) og adfærdsmæssige tegn (Afsnit 4.4). Vi rammesætter desuden indledningsvist i Afsnit 4.1, hvordan og hvornår disse tegn på forskellig vis kan opstå og vise sig.

**Kapitlet peger på følgende væsentlige pointer vedrørende tegn på omsorgstræthed i ældreplejen baseret på interviewundersøgelsen:**

- Interviewpersonerne oplever, at intens træthed, søvnproblemer, kvalme, hjertebanken, åndedrætsbesvær og sågar forhøjet blodtryk kan være fysiske tegn på omsorgstræthed.
- Følelsesmæssige og kognitive tegn på omsorgstræthed kan ifølge interviewpersonerne være vrede, frustration og/eller grådlibilitet. Der er desuden enkelte eksempler på psykiske lidelser som stress og depression som tegn på omsorgstræthed.
- Adfærdsmæssige tegn kan være øget distancering, herunder handlingsorienteret frem for personcentreret omsorg, ligegyldighed og hårdt sprogbrug over for borgere og kollegaer. Andre tegn kan være nedsat omhyggelighed, undgåelse af arbejdsopgaver og sygefravær.
- Tegn på omsorgstræthed kan vise sig i særligt pressede perioder og kan fortage sig, når arbejdspresset aftager. Ofte viser tegn på omsorgstræthed sig i privatlivet, før det bliver synligt i arbejdslivet.

## 4.1 Situationsbestemt eller eskalerende?

Tegn på omsorgstræthed viser sig på forskellig vis på tværs af materialet. I tråd med den gennemgåede litteratur peger interviewpersonerne på, at tegnene både kan være *situationsbestemte*, fx noget, der kan opstå i relation til specifikke borgere (og samtidig være fraværende i relation til andre borgere), og udtryk for en kumulativ og eskalerende proces, der udvikles og forværres over en længere periode, dvs. en form for mere permanent *tilstand*. En længere periode med belastning kan både bevirke, at tegn på omsorgstræthed viser sig gradvist, men også at medarbejderen uden forvarsel pludselig udviser voldsomme fysiske, følelsesmæssige, kognitive og/eller adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed i mødet med en specifik borger.

Blandt interviewpersonerne i denne undersøgelse nævner enkelte, at de oplever, at omsorgstræthed opbygges over længere tid og gradvist akkumuleres. En social- og sundhedsassistent forklarer:

*Det, at der sker noget en dag pludseligt, det er vi vant til. (...) Når det er over nogle dage, over længere tid, så kan vi ikke. Vi har kun én hjerne og ét hjerte. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

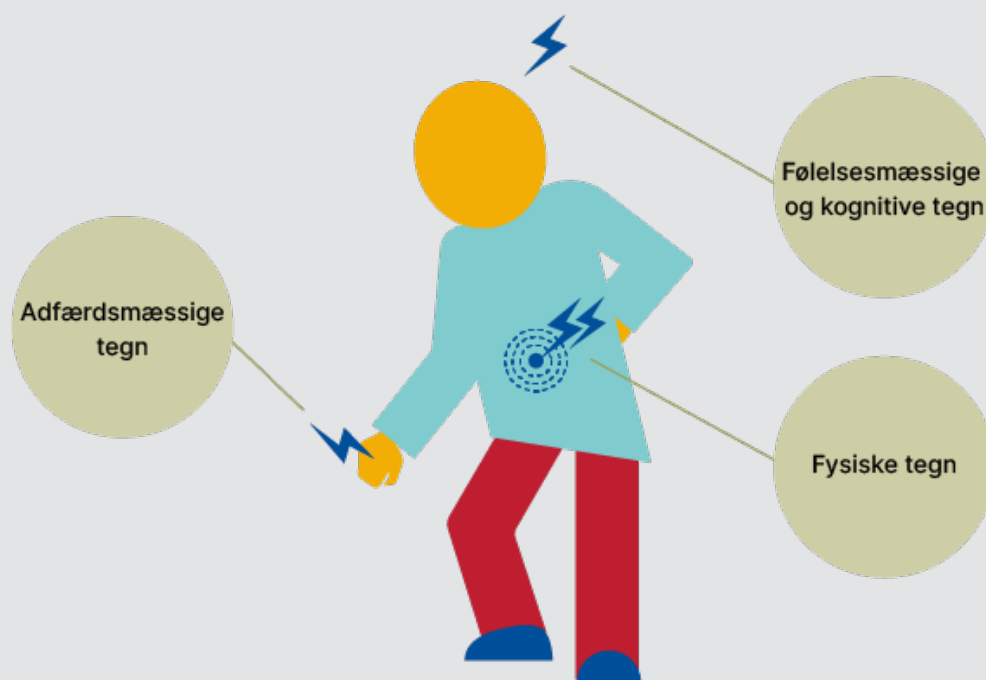
Flertallet af de medarbejdere i ældreplejen, vi har været i kontakt med, oplever dog, at omsorgstrætheden kommer til udtryk i perioder, der er særligt pressede, men også at det fortager sig igen, når arbejdspresset aftager:

*Jeg oplever det ikke på den brede bane. Det er ikke sådan, at jeg ser folk knække. Jeg har set kollegaer, hvor kravene fra beboere og pårørende har været så store over lang tid, at omsorgen bliver mindre, og tonen bliver hårdere. Jeg oplever tit, at det er der i en periode. Hvis man så har nogle gode kollegaer, så går det over igen. Man skal se det som nogle faser. (Arbejds miljørepræsentant, plejehjem)*

En sygeplejerske uddyber imidlertid også, at det typisk er de pressede perioder, som man husker bedst, hvorfor de kan virke længere eller mere hyppige, end de reelt er.

#### **Figur 4.1 Tegn på omsorgstræthed**

Figuren illustrerer, hvordan omsorgstræthed kan vise sig som fysiske, følelsesmæssige og kognitive samt adfærdsmæssige tegn.



## 4.2 Fysiske tegn

Som præsenteret i Afsnit 3.1 fortæller flere ansatte i ældreplejen, at de ikke benytter begrebet omsorgstræthed, men i stedet benytter den bredere betegnelse *træthed* om den udmattelse, de oplever i forbindelse med deres omsorgsarbejde. Fysisk udmattelse og træthed er således et af de tegn på omsorgstræthed, der hyppigt nævnes blandt interviewpersonerne. Det kan både være en træthed, som opleves periodevis, og en mere konstant, daglig træthed. Derudover beskrives denne træthed af flere medarbejdere som meget intens:

*Jeg har oplevet en træthed, hvor man nærmest falder i søvn midt i det hele. Når man kommer hjem, så går man lige i brædderne. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

Andre medarbejdere oplever ikke problemer med træthed og øget behov for søvn, men derimod søvnbesvær. Nogle fortæller, at arbejdet fylder så meget, at det i perioder er det sidste de tænker på, inden de falder i søvn, og det første de tænker på, når de vågner.

Andre fortæller om fysiske symptomer såsom kvalme, åndedrætsbesvær eller hjertebanken. En medarbejder i hjemmeplejen fortæller om en situation på arbejde:

*Undervejs på vagten tog jeg mit blodtryk. Det var tårnhøjt, og det endte med, at jeg skulle hentes i ambulance. Jeg havde ikke tid til at mærke efter [hvordan jeg har det, red.] på arbejde. Jeg er i nuet på arbejde, der skal arbejdes. Jeg ville ønske, at den her plan ikke var så presset. (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)*

Kvinden, som fortæller dette, var i forvejen opmærksom på blodtryk og hjertebanken efter aftale med sin læge, men oplevede, at hendes blodtryk forværredes så drastisk, at hun måtte hentes med ambulance, mens hun var på arbejde. Som hun understreger i citatet, mener hun, at det blandt andet skyldes, at hun ikke har tid til at være opmærksom på sit fysiske velbefindende, mens hun arbejder.

## 4.3 Følelsesmæssige og kognitive tegn

Mange medarbejdere i interviewundersøgelsen fortæller, at de har oplevet kortere eller længerevarende perioder, hvor deres humør ændres mærkbart i negativ retning. Det er fx perioder, hvor de har oplevet at være vrede, irritable, frustrerede, eller kede af det, eller hvor de er mere grådabile generelt eller i

relation til specifikke borgere. Flere fortæller, at de oplever, at disse følelser er mere hyppige end ellers, når arbejdet er *for meget* og *for voldsomt*. En social- og sundhedshjælper beskriver det således:

*Jeg har også siddet hjemme og grædt rigtig mange gange. Jeg gør det først, når jeg kommer hjem. Jeg gør det ikke på min arbejdsplads. Ja, det er hårdt nogle gange. Vi skal jo altid være professionelle, men når man har fået to lussinger oven i hinanden, og man så vender sig [mod borgeren, red.] og siger 'nu skal du godt nok stoppe!' Men det må vi jo ikke. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

Social- og sundhedshjælperen fortæller her om, hvordan arbejdet kan være følelsesmæssigt udfordrende, men at hun samtidig tænker, at hun skal forholde sig professionelt og skjule, hvis hun bliver ked af det, vred eller irriteret. Nogle gange kommer hun dog til i afmagt at tale for hårdt til borgerne, selvom hun ved, at det bør hun ikke.

Andre medarbejdere fortæller, at de i perioder med omsorgstræthed oplever, at deres lyst til at arbejde mindskes, og at de mangler overskud både på arbejdet og i privatlivet. En ufaglært medarbejder, der arbejder på plejehjem, fortæller, at selvom hun har korte arbejdsdage, og selvom hun efterhånden kender både arbejdspladsen og borgerne på plejehjemmet, har hun ikke lyst til at tage på arbejde:

*Det er mest dagen inden, hvor jeg tænker: 'Jeg gider ikke på arbejde i morgen'. Det er ikke, fordi det er svært at stå tidligt op om morgenen, og jeg har ofte tidligt fri, så dagene er ikke så lange. Alligevel magter jeg det ikke. Det er helt fjollet. (Ufaglært medarbejder, plejehjem)*

Hun uddyber yderligere, at arbejdet til tider tærer på hendes energi i en grad, så hun må aflyse private aftaler, da hun ikke har overskud til at være sammen med andre efter arbejde.

Enkelte af de interviewpersoner, vi har været i kontakt med, har oplevet, at omsorgsarbejdet i ældreplejen har påvirket dem i så høj grad, at det har ført til psykiske lidelser såsom stress og depression. En social- og sundhedsassistent beskriver, hvordan hun i en periode var meget påvirket af sit arbejde:

*Jeg har været nede med stress tidligere. Der var jeg væk fra mit arbejde i halvandet år. Jeg var så afladet, at jeg ikke kunne rejse mig for mine egne børn. Jeg troede ikke, jeg ville komme tilbage til hjemmeplejen igen. (...) Dengang græd jeg hele vejen på vej til arbejde. Jeg blev suicidal og ønskede ikke at leve. Jeg troede ikke,*

*jeg kom tilbage. (...) Det påvirker mig stadig. Hver gang jeg taler om det, bliver jeg berørt. Man kan komme så langt ud, at man bliver træt. (...) Jeg kunne mærke det flere år efter. Jeg huskede virkelig dårligt. Jeg måtte læse meget for at lære at huske igen.* (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)

Denne medarbejder fortæller, at hun efterfølgende søgte et job uden for ældreplejen, da hun ikke ønskede at vende tilbage til de vilkår, som hun oplevede, udløste symptomer på stress og depression. Alligevel er hun sidenhen vendt tilbage til hjemmeplejen. Til trods for at hun efterfølgende har videreuddannet sig med det formål at forebygge, at noget lignende sker igen, fortæller hun, at hun eller hendes familie alligevel nogle gange oplever, at hun har begyndende tegn på depression – også selvom hun er meget opmærksom på at passe på sig selv.

I sidste ende kan disse negative følelsesmæssige og kognitive reaktioner derfor medføre, at nogle medarbejdere sygemelder sig. Det kan være enkelte sygdomme, når medarbejderen oplever at have minimalt overskud til at yde omsorg. Men i materialet er der også eksempler på, at negative følelsesmæssige og kognitive reaktioner har udviklet sig til deciderede psykiske lidelser og dermed har ført til længerevarende sygemeldinger. Et stigende antal sygemeldinger i en medarbejdergruppe kan dermed være et tegn på aktuelle problemstillinger vedrørende omsorgstræthed.

## 4.4 Adfærdsmæssige tegn

Flere af de adspurgte ansatte i både hjemmeplejen og på plejehjemmene har oplevet adfærdsmæssige tegn, der kan relateres til omsorgstræthed, både personligt og hos kollegaer. Enkelte har oplevet, at de eller kollegaer i en periode yder ekstraordinært meget, eller at de har problemer med at slippe arbejdsopgaverne, når de har fri. For eksempel fortæller en ansat på et af plejehjemmene, at en kollega jævnligt ringer og tjekker op på, om *”der er styr på det”*, når den pågældende kollega har fri. Interviewmaterialet afspejler dog, at omsorgstræthed i de fleste tilfælde viser sig ved, at en medarbejder i en periode yder væsentligt mindre end forventet. Det kan helt konkret observeres ved, at opgaver ikke længere bliver udført, og at medarbejdere *”springer over, hvor gærdet er lavest”* – eksempelvis ved ikke at bære skraldet ud, at undlade at gøre bækkenstolen ren eller lade borgerens tøj ligge *”smidt på gulvet”*. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen beskriver selv en periode med omsorgstræthed således:

*Min omhyggelighed forsvandt. Hvis der var lidt krummer på bordet – pyt. Hvis hun havde en plet på bukserne – det er jo ikke noget,*

*hun dør af. Fagligt set er det vigtigt for mig – når man ikke er udbrændt, træt, slidt – at der ikke er pletter på bukserne. (...) Men det skulle bare overstås til sidst. Den tilgang, jeg ellers har, hvor man møder borgerne, hvor de er, var mindre vigtig. (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)*

Omsorgstrætheden kan derfor medføre en ligegyldighed over for arbejdets kvalitet, så medarbejderne ikke leverer den omsorg, de almindeligvis efterstræber. Medarbejderne beskriver, hvordan dette fx kan vise sig ved, at de gør et minimum af, hvad der kræves, og opgaveløsningen udvikler sig til at være handlings- og opgavecentreret frem for personcentreret. Fokus er på at afslutte arbejdsopgaven – og i sidste ende arbejdsdagen – hurtigst og nemmest muligt. En medarbejder i hjemmeplejen fortæller:

*Jeg har haft stress to gange, så i perioden op til, der var det mindre vigtigt, om borgeren havde en dårlig dag, for jeg skulle bare blive færdig, for jeg skulle hjem. (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)*

I nogle tilfælde kan omsorgstræthed derfor føre til, at en medarbejder bevidst "overhører", hvad en borger beder om, eller "overser" en borgers behov, hvis den pågældende medarbejder ikke har overskud til at yde omsorg i situationen.

I forlængelse af de tidligere nævnte følelsesmæssige tegn på omsorgstræthed kan en medarbejders vrede, frustration eller irritation også vise sig gennem sprogbrug og adfærd. Internt kollegialt opleves det, at kollegaers "lunte er kortere". Disse medarbejdere opleves som vrissende og negative, hvilket kan medføre, at der nemmere kan opstå gnidninger i medarbejdergruppen. Flere nævner, at "tonen bliver mere hård", og at stemmeføringen bliver højere og mere bestemt, når overskuddet bliver mindre. Ifølge en social- og sundhedshjælper oplevede hun en svær periode således:

*Jeg var ikke bange for at gå på arbejde, men jeg var nervøs. Er det i dag, der sker noget? Sker det for mine kollegaer? Kommer mine beboere til skade? Der var slåskampe på plejehjemmet mellem beboere. Vi kunne ikke håndtere det. Mit hoved kunne ikke mere. Jeg var træt. Jeg snerrede af alt og alle. Jeg var udkørt. Det gik ud over familie og arbejde. Jeg snerrede af kollegaer, også af beboere til sidst. Jeg følte ikke, jeg havde overskuddet til det. Jeg kunne ikke mit arbejde til sidst. (Social- og sundhedshjælper, hjemmeplejen)*

Citatet understreger, at den hårdere tone og skarpere kommunikation ikke blot er internt blandt medarbejdere, men også kan influere på, hvordan der



kommunikeres med borgerne. I andre tilfælde oplever nogle interviewpersoner, at kollegaer taler hen over hovedet på borgeren frem for at tale direkte til borgeren, hvis de er pressede i arbejdet. Ifølge en medarbejder bevirker det, at *"borgeren bliver en opgave, ikke et menneske"*.

At snerre ad en borger eller at ignorere eller tale hen over hovedet på en borger kan forstås som en begyndende forrået adfærd, hvor fagprofessionelle, der arbejder med andre mennesker, over tid risikerer at blive tiltagende rå, brutale og kyniske i deres tanker og reaktionsmåder (Birkmose 2013: 15). Som også citatet illustrerer, er det en form for psykologisk overlevelsesstrategi, fordi medarbejderen oplever at være afmægtig og på en uhensigtsmæssig måde derfor søger at genvinde en følelse af kontrol (Birkmose 2013).

Andre igen oplever, at de selv eller kollegaer distancerer sig fra sociale relationer, såvel på arbejdspladsen som i privatlivet, hvis de i en periode oplever omsorgstræthed. Hvis overskuddet til omsorg er minimalt, *"lukker de af"* for at skulle forholde sig til så få mennesker og arbejdsopgaver som muligt, som en sygeplejerske på et plejehjem formulerede det. En sygeplejerske på et andet plejehjem beskriver sit eget reaktionsmønster sådan:

*De dage, man er i underskud og ikke har meget og give af, så går det nok mest ud over mine kollegaer. Jeg bliver stille. Jeg inviterer ikke til dialog. Jeg passer mig selv, hvis jeg ikke har meget at give af. Jeg er her, hvis de har behov, men ellers sysler jeg selv med ting. (Sygeplejerske, plejehjem)*

Sygeplejersken, der fortæller dette, beskriver yderligere, at hun *"lukker ned"* over for kollegaer og familie for derimod at kunne give den smule overskud, hun har, til borgerne. Det går imidlertid ud over hendes energiniveau, når hun har fri. Hun konstaterer, at det til tider kan føles uretfærdigt, når hun *"giver alt"* på arbejde og derfor ikke har noget at give af, når hun er hjemme ved sin egen familie.

Adskillige andre interviewpersoner peger også på, at den omsorg, man yder i ældreplejen ligner om den omsorg, man giver sin familie og omgangskreds. Flere nævner derfor, at det påvirker deres overskud til omsorg i privatlivet, hvis de oplever omsorgstræthed på arbejdet. Således oplever flere, at adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed i nogle tilfælde først viser sig i privatlivet – eksempelvis gennem manglende overskud til praktiske opgaver såvel som aktiviteter med familie og venner.

## 4.5 Opsamling

I den gennemgåede litteratur opsummeres en række af fysiske, følelsesmæssige og kognitive samt adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed. Dette kapitel kongruerer med mange af de tegn på omsorgstræthed i litteraturen, men kapitlet bidrager yderligere med praksisnære eksempler på, hvordan det kommer til udtryk i dagligdagen i den danske ældrepleje.

Afsnit 4.2 præsenterer de fysiske tegn på omsorgstræthed, som interviewpersonerne har oplevet. Mest dominerende er oplevelsen af udmattelse og intens træthed, men også søvnproblemer opleves som et tegn på omsorgstræthed. Derudover peger flere på kvalme, åndedrætsbesvær og hjertebanken. Én medarbejder oplevede sågar, at hendes blodtryk steg i perioder med meget pres på. I både litteraturen og i denne undersøgelses empiri er der færrest eksempler på fysiske tegn på omsorgstræthed.

Afsnit 4.3 omhandler følelsesmæssige og kognitive tegn på omsorgstræthed. Interviewpersonerne oplever særligt humørændringer såsom hyppigere vrede, frustrationer, irritationer og grådlabilitet. I de værste tilfælde kan det udvikle sig til psykiske lidelser som stress og depression.

Adfærdsmæssige tegn på omsorgstræthed præsenteres i Afsnit 4.4. Ifølge interviewpersonerne yder omsorgstrætte medarbejdere enten ekstraordinært meget eller mindst muligt. Hyppigst er det, at omsorgstrætte medarbejdere er mindre omhyggelige og udviser en grad af ligegyldighed over for borgeren og for arbejdet, bl.a. ved at 'overse' krummer på bordet og 'overhøre', når en borger beder om hjælp. Det manglende relationelle overskud kan også vise sig i tiltagende indesluttethed samt hårdere kommunikation og sprogbrug over for kollegaer og borgere.

Generelt kan det konkluderes, at selvom begrebet omsorgstræthed blev mødt med forbehold og endda modvilje af mange interviewpersoner, så viser interviewmaterialet, at de har kendskab til eller selv har oplevet mange af de tegn, som kan forbindes med fænomenet omsorgstræthed. Desuden demonstrerer kapitlet, hvordan mange interviewpersoner oplever, at tegn på omsorgstræthed dukker op i særligt pressede perioder og kan fortage sig, når arbejdspresset er aftager, og at mange af tegnene først kommer til udtryk i privatlivet.

## 5 Risikofaktorer

Formålet med dette kapitel er at identificere og belyse de forskelligartede faktorer, som interviewpersonerne oplever, kan føre til omsorgstræthed. Som der er redegjort for i Kapitel 2, har vi har valgt at betegne disse *risikofaktorer* frem for *årsager* eller *udløsende faktorer*, da det både kvalitativt og kvantitativt er svært at påvise, hvilken adfærd og hvilke oplevelser eller vilkår der direkte udløser omsorgstræthed. Betydningen af de enkelte faktorer, medarbejderne møder i deres arbejdsliv, vil afhænge af den konkrete kontekst og samspillet mellem arbejdspladsrelaterede, private og individuelle forhold. Imidlertid kan vi med baggrund i interviewpersonernes erfaringer og iagttagelser pege på faktorer, som bidrager til at gøre arbejdet i ældreplejen særligt udfordrende, og som for nogle har udløst fx følelsesudbrud, indesluttethed, sygdom og fravær. Eksempelvis kan arbejdet med en døende borger eller borgere med demens være givende og skabe arbejdsglæde og faglig udvikling for nogle medarbejdere, mens det for andre medarbejdere, fx uden den nødvendige faglige og kollegiale støtte, vil kunne lede til omsorgstræthed.

Kapitlet er organiseret i fire underafsnit, som afspejler fundene af fire typer af risikofaktorer på baggrund af interviewundersøgelsen, herunder *organisatoriske rammer og vilkår* (Afsnit 5.1), *borgernes tilstand og adfærd* (Afsnit 5.2), *pårørendes forventninger og adfærd* (Afsnit 5.3) samt *medarbejderne og deres tilgang til arbejdet* (Afsnit 5.4). Med få undtagelser er der en høj grad af kongruens mellem resultaterne i litteraturstudiet og interviewundersøgelsen, hvorfor kapitlet kan siges at bidrage med konkrete eksempler og erfaringer til de meget overordnede indsigter fra litteraturen, samtidig med at det placerer fænomenet i en samtidig dansk ældreplejesammenhæng.

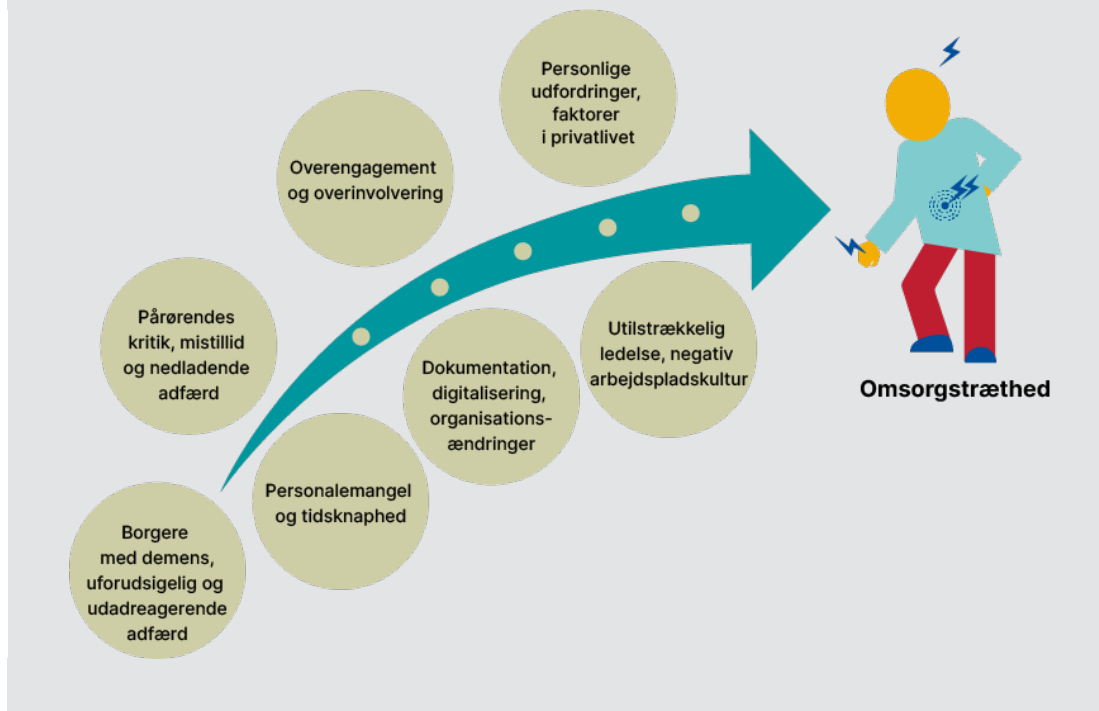
**Kapitlet peger på følgende væsentlige pointer vedrørende risikofaktorer for omsorgstræthed i ældreplejen baseret på interviewundersøgelsen:**

- Udfordrende organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, såsom personale- og ressourcemangel, tidspres, omstændelige bureaukratiske og administrative arbejdsgange, omorganiseringer og dårlig ledelse presser ifølge interviewpersonerne medarbejderne og kan sammen med svære relationer til borgere og pårørende lede til oplevelser af utilstrækkelighed, moralsk stress og omsorgstræthed.
- Modstand, uforudsigelig og udadreagerende adfærd hos borgere med psykiske lidelser udfordrer omsorgs- og relationsarbejdet og er en risikofaktor for omsorgstræthed. Den største belastning er ifølge interviewpersonerne vrede samt verbalt nedladende og i nogle tilfælde voldelig adfærd relateret til fx en demenssygdom.
- Svære relationer med pårørende, hvis adfærd opleves som nedladende, anklagende, mistroisk eller sågar truende, kan medføre oplevelser af utilstrækkelighed og frygt, hvilket anses som en ekstra stressfaktor i hverdagen.
- Medarbejderes overengagement og følelsesmæssige overinvolvering i arbejdet og borgerne kan lede til omsorgstræthed. Særligt udsatte er helt unge medarbejdere, ældre medarbejdere trænet under andre arbejdsbetingelser og medarbejdere med psykiske lidelser og udfordrende vilkår i privatlivet.
- Ledere i ældreplejen kan også være i risiko for at udvikle omsorgstræthed, særligt i forbindelse med overengagement og ansvarsfølelse over for arbejdspladsen og personalet.

Nedenstående model illustrerer og opsummerer de forskellige risikofaktorer i forhold til udvikling af omsorgstræthed.

**Figur 5.1 Risikofaktorer i forhold til udvikling af omsorgstræthed**

Figuren illustrerer de forskellige risikofaktorer, som alene eller i kombination kan medvirke til udvikling af omsorgstræthed.



## 5.1 Organisatoriske rammer og arbejdsvilkår

Betydningen af organisatoriske rammer og arbejdsvilkår for medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde fylder mest i interviewmaterialet. Næsten alle medarbejdere peger på strukturelle og organisatoriske aspekter som personale- og ressourcemangel, administration og arbejdsgange, omstruktureringer og organisationsændringer samt dårlig ledelse som risikofaktorer i forhold til at udvikle stress og omsorgstræthed. Helt centralt er her en oplevelse af utilstrækkelighed, og hvad der kan betegnes som *moralsk stress* (se også Afsnit 2.1). Moralsk stress kan forstås som en negativ psykologisk oplevelse, der følger af moralsk udfordrende og uønskede situationer, hvor individer på baggrund af oplevede forhindringer føler sig tvunget eller nødsaget til at deltage i praksisser, der opfattes som moralske forseelser eller som stridende med individets egen etik, integritet eller værdier (Jameton 1984; Campbell et al. 2016; Nikunlaakso et al. 2022; Bøgeskov 2022; Vaaben et al. 2023). Resurse-mæssige eller institutionelle begrænsninger fremhæves oftest som forhindringer for at handle moralsk rigtigt (Jameton 1984).

## Personalemangel og tidsknaphed

Personalemangel og/eller oplevet lav bemandingsgrad, hvad enten det skyldes rekrutteringsudfordringer eller en lavere normering, fremhæves af næsten alle adspurgte medarbejdere som en risikofaktor. Relateret til dette er hyppig udskiftning og en stor andel ufaglærte medarbejdere og vikarer i personalegruppen. Når arbejdspladser er nødsaget til at køre med nødberedskab og med få erfarne og faglærte medarbejdere på arbejde giver det ifølge interviewpersonerne ekstra travlhed og arbejdspress for alle samt ekstra fagligt ansvar for de faste, faglærte medarbejdere. Dette kan lede til stress og sygdomsrelaterede problemer, hvilket yderligere øger presset på de tilbageværende. En sygeplejerske på et plejehjem beskriver udviklingen således:

*Jeg har oplevelsen af, at det ikke bliver bedre. Der bliver skåret mere. Det er sværere at nå, og borgerne bliver mere komplekse. Der stilles større krav til os fra borgere, pårørende og til dokumentation. Der kommer hele tiden noget ovenpå, og vi bliver færre mennesker. Hvordan skal man nogensinde klare det? Man kan høre på sine veninder, at de har tid til at spise frokost. Her er det lidt slavearbejde. (Sygeplejerske, plejehjem)*

Relateret til dette er oplevelsen af tidsknaphed, som fremhæves af næsten alle medarbejdere i undersøgelsen. Flere interviewpersoner ansat både på plejehjem og i hjemmeplejen betegner vilkårene som præget af "minuttyranni", "tidsstyring" eller "kassetænkning". Medarbejdernes tid til at udføre de konkrete opgaver, særligt når det gælder pleje og praktiske opgaver, er bundet op på ældreplejens ressourcestyringssystem. En medarbejder ved hjemmeplejen påpeger, at hun finder det svært at forstå rationale bag tidsangivelserne:

*Om natten får du 15 minutter til toilet, om dagen får du 10 minutter, om aftenen får du 5 minutter. Alle ydelser er mindst om aftenen. Det er mærkeligt. Om aftenen er de [borgerne, red.] trætte og har ikke energi. Jeg er nysgerrig på, hvordan de har vurderet den forskel. (Arbejds miljørepræsentant, hjemmeplejen)*

Minutangivelserne resulterer i et konstant fokus på tid, som i nogle tilfælde kan gøre det svært at efterkomme borgerens aktuelle behov i situationen uden skred i tidsplanen. Derfor står personalet ofte i situationer, hvor de skal prioritere og vurdere, hvilke opgaver der haster mest. Samtidig betyder det, at de ikke må udføre opgaver, der ikke står i ydelseskataloger, såsom adgang til e-Boks for borgere uden behjælpelige pårørende. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen udtrykker her klart, hvad hun mener om dette system og måden at arbejde med tid:

*Hvis vi ikke skal blive omsorgstrætte, skal vi se på, at vi skal have den tid, vi skal have. Nu kigger man på ydelser. Det kan man ikke. Vi*

*skal se på, hvad der skal til for, at de [borgerne, red.] får, hvad de skal have. Ikke minutt tyranni. Der bliver hele tiden skruet lidt [ned, red.]. Nu er der skruet så meget, at vi ikke kan forsvare det, vi gør.*  
(Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)

At der hele tiden bliver "skruet lidt [ned, red.]" henviser til, at besparelser i driften ofte kommer til udtryk ved, at der allokeres mindre tid til den enkelte opgave, fx et bad eller et toiletbesøg. En leder i hjemmeplejen formulerer det lidt anderledes, men betydningen er den samme: "Vi har ikke økonomi til, at driften kan fungere på en god måde." Det er især en problemstilling, der fylder i hjemmeplejen, hvor plejepersonalets kørelister – dvs. medarbejdernes individuelle planer for, hvilke og hvor mange borgere de skal besøge på en dag – i høj grad sætter rammerne for arbejdet. Her betyder færre minutter pr. besøg, at opgaverne skal udføres hurtigere, og at medarbejderne derfor ofte oplever, at de må gå på kompromis med omsorgen og plejen. Dette gælder dog også i en vis udstrækning på plejehjemmene, hvor normeringen er bundet op på resourcesystemet og særligt plejepersonalet arbejder efter tidsangivelser. Som også social- og sundhedsassistenten udtrykker det ovenfor, oplever mange, at de ikke altid kan stå inde for opgaveløsningen. Dette bidrager til en oplevelse af utilstrækkelighed og måske endda moralsk stress.

### **Arbejdsgange, dokumentation og digitalisering**

Unødigt bureaukratiske arbejdsgange og den stadig mere omfattende dokumentation og digitalisering er aspekter, som mange ledere og medarbejdere fremhæver som risikofaktorer. Flere italesætter dette som "krav oppefra", der tager tid fra det mere borgernære arbejde. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen fortæller blandt andet, at hun søgte væk fra en tidligere stilling, fordi arbejdsgangene var for omstændelige og bureaukratiske, idet de bl.a. skulle ansøge visitationen om selv de allermindste ting.

I ældreplejens bevillingssystem er der ikke afsat tid til ansøgning og dokumentation, når medarbejdere har behov for ekstra tid til opgaver, fx i forbindelse med en borger, hvis tilstand pludselig forringes. Derfor er medarbejderne nødsaget til at "låne tid" fra andre borgere til at ansøge og dokumentere (Vaaben et al. 2023), hvilket gør, at de ofte har mindre tid til at udføre de mere borgernære opgaver. Dokumentation bliver af mange nævnt som omstændelig og krævende. En arbejdsmiljørepræsentant på et plejehjem udtrykte sit synspunkt i forhold til den stadig mere omfattende og detaljerede dokumentationspraksis:

*Det handler om kravene oppefra. (...) Men det er for meget. Vi skal gå så meget i dybden med alting frem for at fokusere på omsorg for borgeren. Digitalisering betyder, at vi skal alt muligt. Hver uge kører et emne – helbredsoplysninger, udskillelse af urinveje, alt muligt.*

*Det kører i én uendelighed. Der er mere dokumentation. Det her er krævende, og det tager tiden fra borgerne. Nogle gange sidder man med iPad'en foran borgeren. Det er ikke fair, at der ikke er tid til, at man kan trække sig tilbage. Fokus retter sig væk fra borgeren. (Arbejdsmiljørepræsentant, plejehjem)*

Som interviewpersonen fremhæver, er selve dokumentationen og de mange krav til medarbejdernes faglige viden krævende, men den største udfordring for medarbejderne er, at de omstændelige arbejdsgange "tager tiden fra borgerne". En anden medarbejder siger det på en lidt anden måde, men betydningen er den samme: "Det sociale i SOSU [social og sundhed, red.] er der ikke længet". Risikoen for at udvikle omsorgstræthed bliver altså her tæt forbundet med en oplevelse af utilstrækkelighed og at svigte borgeren på det relationelle plan. Flere formulerer det i retning af følgende:

*Mange krav og ingen tid til at leve op til dem. Jeg følte ikke, at jeg kunne yde den omsorg, jeg ville. Jeg følte, at jeg svigtede. (Social- og sundhedshjælper, hjemmeplejen)*

Igen ser vi, hvordan tidsknaphed og "kravene oppesfra" om at prioritere fx dokumentation leder til moralsk stress, dvs. moralsk udfordrende og uønskede situationer.

### **Ændringer i arbejdsopgaver, omorganiseringer og utilstrækkelig ledelse**

Ændringer i arbejdsopgaver, omorganiseringer og dårlig ledelse fremhæves ligeledes som risikofaktorer. Det kan være hyppige og pludselige ændringer i vagtplaner og kørelister, som medarbejderne først bliver bekendt med, når de møder ind og dermed ikke har indflydelse på. Flere medarbejdere særligt i hjemmeplejen fremhæver, at sådanne ændringer kan gøre arbejdsdagen mere uforudsigelig og tidskrævende, hvilket kan gøre det endnu sværere at løse opgaverne på den normerede tid.

Mere omfattende ændringer, såsom omorganiseringer og ledelsesudskiftning fremhæves ligeledes af flere af medarbejderne. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen beskriver ikke mindre end fire omorganiseringer af hjemmeplejegrupperne og dermed også ledelsen i løbet af de 6 år, hun var ansat i sin foregående stilling. Dette er ifølge hende den største risikofaktor i forhold til at "blive træt".

*Dårlig ledelse. Omstruktureringer og ændringer hele tiden. Det er aldrig til medarbejdernes fordel. Det er det, jeg oplever som den største grund til, at man bliver træt. (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)*



En anden interviewperson fortalte om, hvordan seks lederskift på 3 år var én af årsagerne til, at hun opsagde sin tidligere stilling. Også en leder fortæller, hvordan en nylig større omorganisering fik flere social- og sundhedsmedarbejdere og hovedparten af sygeplejerskerne i et af distrikterne til at søge væk, hvilket yderligere øgede arbejdspresset på de tilbageværende.

Endvidere peger mange medarbejdere på dårlig eller utilstrækkelig ledelse som noget, der kan bidrage til omsorgstræthed. Dette indbefatter især manglende anerkendelse af medarbejdernes ekstra indsats og manglende lydhørhed over for og handlen på kritik og ændringsforslag. Mange af de adspurgte medarbejdere ønsker eller har søgt hen mod arbejdspladser, hvor de har mere indflydelse på opgaver og arbejds gange.

## 5.2 Borgernes tilstand og adfærd

I litteraturen forbindes særligt palliative forløb og dødsfald med en øget risiko for omsorgstræthed. Det er imidlertid ikke det, der fylder i interviewmaterialet. I stedet beskrives palliation og *"det at være med på den sidste rejse"* bl.a. som *"en af de fineste opgaver"*. Derimod understreger medarbejdere og ledere, at udviklingen på både plejehjem og i hjemmeplejen de senere år er gået mod stadig flere ældre borgere med komplekse sygdomsbilleder, og at det særligt er denne udvikling, der belaster. Personalet forventes at kunne yde hjælp og omsorg til borgere, som ud over somatiske sygdomme og fysiske funktionsnedsættelser også har kognitive funktionsnedsættelser og psykiske lidelser og sygdomme. Dette udfordrer ifølge interviewpersonerne relationsarbejdet.

Flere medarbejdere oplever, at det er svært at danne relationer til borgerne, hvis borgeren ikke længere kan kommunikere sprogligt eller deltage i sociale aktiviteter. Desuden oplever nogle medarbejdere i relationen til specifikke borgere fagligt utilstrækkelighed, dvs. at de ikke har den fornødne viden og de nødvendige redskaber til at hjælpe borgeren på den bedste vis. Andre igen oplever, at det kan være svært at nå i mål selv med små ting, fordi borgerne yder modstand mod den hjælp, der tilbydes. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen forklarer:

*Vi støder ofte på, at vi ikke får lov til at lave ting i hjemmet. Det giver ikke energi, hvis man virkelig prøver at lave relationsarbejde og det mislykkes. (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)*

Demens og andre psykiske sygdomme, som påvirker borgernes adfærd over for hinanden og personalet, beskrives som noget af det sværeste ved relationsarbejdet. Medarbejderne er bevidste om, at særligt borgere med demens

har brug for tid og ro, men travlhed gør ofte, at de ikke kan tilbyde netop disse borgere den fornødne hjælp og omsorg:

*Jeg skal løbe hurtigere. Der er ikke nogen til at yde den omsorg og ro, som der er behov for. Vores beboere har brug for faste og trygge rammer. De har ikke brug for, at man løber rundt som en skål spaghetti. Hvis roen ikke er der, kører beboerne op. Det er ikke godt for dem. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

Borgere med psykiske lidelser og sygdomme kræver ofte mere tid og overskud, da deres adfærd og behov kan være mere uforudsigelige. Uforudsigeligheden kan komme til udtryk i, hvad personalet oplever som grænseoverskridende og ubehagelig adfærd. Flest interviewpersoner fremhæver her borgere, som skælder ud og/eller udtrykker sig i nedladende ord og vendinger. Dette synes lige udbredt på plejehjem og i hjemmeplejen og for alle medarbejdergrupper. En social- og sundhedshjælper hos en privat udbyder af hjemmepleje udtaler:

*Nogle kan køre på én psykisk – at vi ikke duer til noget og ikke kan finde ud af nogen ting. At mine kollegaer er meget bedre. Så prøver jeg jo at snakke med dem, men det er ikke altid nemt. Det kan godt påvirke mig følelsesmæssigt. (Social- og sundhedshjælper, hjemmeplejen)*

Social- og sundhedshjælperen oplever, at denne type borgere har en tendens til at nedgøre hende i sammenligning med hendes kollegaer. Flere ledere peger også på, at splittende adfærd, dvs. hvor borgerne spiller medarbejdere ud mod hinanden ved til andre medarbejdere at omtale dem som dårligere til deres arbejde, er en problemstilling, der belaster medarbejderne. Andre grænseoverskridende og ubehagelige oplevelser omfatter borgere, som krænker medarbejdere seksuelt gennem berøring eller ved behandle dem som "tjenestefolk og ikke ligeværdige mennesker", som en leder i hjemmeplejen formulerer det.

Ovenstående eksempler kan betegnes som en form for psykisk vold mod medarbejdere, dvs. måder "en person kan skade, skræmme, krænke, styre og dominere andre ved hjælp af en bagvedliggende magt eller trussel" (Social- og Boligstyrelsen 2018). Sådant psykisk belastende adfærd fremhæves af flere af interviewpersonerne som dråben, der kan få bægeret til at flyde over. En sygeplejerske på et plejehjem beskriver i det følgende situationen for plejepersonalet set med hendes øjne:

*Jeg fornemmer, at personalet bliver udtømt. Vi har beboere, som qua deres demens eller kognitive funktion kræver stort overskud. Hvis en beboer kalder én grimme ting, og man skal kunne rumme*

*det. Hvordan skal man tale med en, der taler grimt? Så kommer man til en, som er udadreagerende. Så kommer man til en, som ikke vil være med til noget. Så til sidst har man ikke mere at give af. Ikke mere overskud. Ikke mere smil. Ikke mere ind ad det ene øre og ud ad det andet. (Sygeplejerske, plejehjem)*

Ud over psykisk vold beskrives fysisk udadreagerende adfærd, såsom borgere, der slår, spytter eller kaster ting efter personalet, som et tiltagende problem særligt på plejehjemmene. Ifølge en social- og sundhedshjælper ansat på det samme plejehjem som sygeplejersken i ovenstående citat er situationen særlig svær i én af afdelingerne. Hun beskriver i det følgende, hvordan hendes arbejdsdag startede den dag, hvor interviewet fandt sted:

*Vi har det voldsomt på første sal. Vi bliver spyttet på, råbt og skregget af og slået hver dag. I dag starter jeg 2 minutter i 7. Jeg siger 'god morgen' og slukker fjernsynet. Så starter han med at råbe og skrike. To minutter inden min arbejdsdag starter. Så skal jeg ind til en, der slår. Så skal jeg hen til en, der bliver vred og er dement. Han kaster med rollatoren på døren eller efter mig, hvis jeg ikke flytter mig. Og jeg må ikke lukke døren, men det bliver jeg nødt til, hvis jeg ikke vil slås ned. Så ja, jeg bliver træt. Også psykisk. De bliver mere og mere syge i dag, end de blev for 15-20 år siden. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

Sygeplejersken og social- og sundhedshjælperen beskriver således de forskellige former for ubehagelige og ofte uforudsigelige adfærdsmønstre, som personalet kan risikere at skulle håndtere. Ifølge interviewpersonerne skyldes adfærden ofte psykiske lidelser og sygdomme eller i nogle tilfælde alkoholmisbrug, og interviewmaterialet afspejler, at udfordringerne umiddelbart er størst på plejehjemmene. På de fleste arbejdspladser i undersøgelsen synes fysisk voldelig adfærd dog at høre til sjældenhederne. Men det hænder.

Flere medarbejdere beskriver det som *stressende* hele tiden at skulle forsøge at forudsige, hvad der venter hos den næste borger. Det kan desuden dræne for energi og påvirke selvtilliden, hvis man som medarbejder har de samme borgere med verbalt nedladende eller fysisk udadreagerende adfærd over længere tid. På plejehjemmene er en yderligere faktor, at det kan være svært at tage de få minutters pause fra borgerne, der ind imellem er brug for. En social- og sundhedshjælper formulerer det således:

*Det er hårdt for os, særligt psykisk. Vi har 29 minutters pause, hvis arbejdet tillader det. Vi er på hele tiden. Vi har brug for et rum at sidde i, hvor der ikke er borgere. Men de sidder på vores kontorer. Vi skal passe på dem. De følger efter os. Vi kan ikke lukke hjerne og hjerte i 5 minutter. Så skal vi lukke os ind på toilettet og lade som*

*om vi skal tisse. Det er psykisk hårdt. Vi kan godt klare det. Men man bliver da træt.* (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)

I hjemmeplejen er det anderledes, dels fordi andelen af borgere med svær demens er mindre, og dels fordi medarbejderne ofte naturligt får en lille pause mellem hvert besøg grundet transporttiden mellem hjemmene. Imidlertid kan den yderligere udfordring her være, at medarbejderen på egen hånd må håndtere, hvis en borger udviser verbalt nedladende, krænkende eller sågar voldelig adfærd.

Det er tydeligt i interviewmaterialet, at særligt ufaglærte og uerfarne medarbejdere har det særligt svært med borgere med demens og/eller uadærlig adfærd. Det tyder imidlertid også på, at mange ledere forsøger at placere de borgere, der opleves som 'tungest', hos de mere erfarne og fagligt dygtige medarbejdere. Men en arbejdsmiljørepræsentant har også måttet erkende, at der også er grænser for, hvad fagligt dygtige medarbejdere kan klare:

*Hun er fagligt dygtig. Hun er så dygtig, at hun har fået en tung borger, som trak hende væk fra hendes egne borgere. Det brød hun sammen over – ikke at have sin egne borgere. Fordi jeg sad med planerne, kunne jeg redde den med det samme. Det har jeg oplevet for nylig. Det gik op for mig, at hun tager det, der er. Hun har været her så længe. Men for pokker. Hun er også blevet 60. Hun har altid været den, der altid kunne magte det.* (Arbejdsmiljørepræsentant, hjemmeplejen)

### **5.3 Pårørendes forventninger og adfærd**

Der er stor forskel på, hvor meget pårørende er til stede og involverer sig i den hjælp, pleje og omsorg, deres ældre familiemedlem modtager fra kommunen eller en privat leverandør. Blandt dem, som er engagerede og aktive, er der tilmed stor forskel på deres tilgang til og opførsel over for medarbejderne. De fleste pårørende er ifølge interviewpersonerne venlige, forstående og opsatte på at samarbejde. Imidlertid udviser nogle pårørende ifølge interviewpersonerne mistroisk, kritisk, anklagende og/eller nedladende adfærd over for personalet. Dette kan skyldes en kombination af den stress og afmagt, som følger af at se en nærtstående syg og svækket, og 'urealistiske' forventninger til plejen.

Personalet oplever jævnligt, at pårørende lader deres frustrationer over situationen gå ud over en medarbejder. En social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen kommer i et hjem, hvor hun hver dag mentalt må forberede sig på at træde ind ad døren:

*Når begge biler er i indkørslen, så får man hovedpine. Man kan se, at manden [den pårørende, red.] er hjemme. Hvad kommer man ind til? Skal man svines til? Græder hun? Det er et følelsesmæssigt hjem. Hun har mange følelser, men hun kommer ikke ud med det. I stedet bliver hun sur på os, og så bliver han sur. Det er hårdt. En stor eksplosion. (...) Jeg kommer ind, mens han smører madpakke. Jeg venter på, at han er færdig. Han siger, at han er klar til en rigtig arbejdsdag. Han sagde 'ja, nogen af os har et rigtigt arbejdet i stedet for sådan en loppetjans'. Jeg kunne have sagt alt muligt. Det valgte jeg at overhøre. Trak på skuldrene. Vi står i det lidt for ofte.*  
(Social- og sundhedshjælper, hjemmeplejen)

I dette hjem opfører både borger og pårørende sig ifølge interviewpersonen nedladende over for hende og hendes kollegaer, og hun beskriver arbejdet i hjemmet som "hårdt" og som noget, der giver hende fysisk ubehag i form af hovedpine.

Pårørende kan desuden stille, hvad interviewpersonerne anser for at være helt urealistiske krav til hjælpen og plejen. Det handler ofte om, at de ikke synes, at medarbejderne er nok til stede, eller at borgeren ikke er i tøjjet, når de kommer på besøg. Ifølge interviewpersonerne skyldes det bl.a. pårørendes manglende forståelse for systemet og de vilkår, medarbejdere i ældreplejen arbejder under.

Nogle medarbejdere har også mødt kritik og mistillid i forhold til deres vurderinger og faglighed. Her kan det være svært, når rammer og travlhed gør, at de ind imellem overser ting. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen forklarer:

*De forventer, at vi har styr på, at borgeren skal andre ting. At vi ser, at han taber sig. Vi bør se det, men vi er så fokuserede på den konkrete opgave, at der ikke er tid til andet. De har en forventning om, at vi ser alt i hjemmet, men det er rammerne ikke til – at vi ser det og griber det, inden det går galt.* (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)

Ubehagelige oplevelser med pårørende er for mange en "ekstra stressfaktor", og nogle fortæller, at de indimellem er nervøse eller bange for, hvad en pårørende kan finde på. Om de "giver en skideballe" på stedet eller ringer ind på kontoret for at klage. Kritik, mistillid og klager kan føre til oplevelser af utilstrækkelighed. En social- og sundhedsassistent på et plejehjem siger:

*De må gerne tage fat i os, men det er mere, at det ikke er godt nok, selvom man ved, at man gør sit bedste. Det kan være hårdt i længden.* (Social- og sundhedsassistent, plejehjem)

Indimellem fører pårørendes kritik og mistillid til overvågning, og/eller at de pårørende truer med at lave opslag på Facebook eller gå til dagspressen med deres kritik. Særligt på plejehjem har nogle medarbejdere i undersøgelsen oplevet, at pårørende er gået til medierne. En af medarbejderne beskriver sin oplevelse således:

*Jeg blev bedt om at hjælpe i lejligheden, fordi folk [de andre medarbejdere, red.] var bange. Familien var meget slemme. De stod vagt uden for døren. De tog tøj med afføring med hjem. De betalte ikke for vask, men fortalte aviserne, at vi ikke vaskede det. De sagde, vi lagde det ind i skabet. Jeg var oppe og hjælpe. Jeg var ikke bange for dem. Jeg bad dem om at gå ud, når jeg var der.* (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)

Her er det tydeligt, at selvom denne medarbejder siger, at hun ikke var bange, så var der på arbejdspladsen som helhed en frygt for, hvad disse pårørende kunne finde på. Ifølge flere af medarbejderne på stedet overvågede og kritiserede disse pårørende gentagne gange medarbejdernes arbejde, og på et tidspunkt gik de til medierne. Flere ledere fortæller, at de mange mediasager fra særligt plejehjem har gjort, at medarbejderne føler sig overvågede og er bange for at lave fejl, fordi det er blevet mere almindeligt at true med at lægge billeder på Facebook eller gå til fx TV 2.

Samlet set kan pårørendes kritik, mistillid samt anklagende og nedladende adfærd bidrage til oplevelser af utilstrækkelighed og sågar frygt, og at medarbejderne har svært ved at lægge arbejdet fra sig, når de har fri.

## **5.4 Medarbejderne og deres tilgang til arbejdet**

Medarbejdernes individuelle karakteristika, tilgang til arbejdet og omstændigheder i deres privatliv kan ligeledes udgøre risikofaktorer i forhold til at udvikle omsorgstræthed. Medarbejdernes alder og erfaring fremhæves som af betydning for deres udsathed. Generelt peger både medarbejdere og ledere imidlertid på, at medarbejdernes tilgang til arbejdet ofte er af større betydning. De mest udsatte er dels de, som altid påtager sig ekstraopgaver og mentalt eller konkret tager arbejdet med hjem, og dels de, som har tendens til at involvere sig meget følelsesmæssigt i borgernes situation. Andre betydnings-

fulde risikofaktorer er en udpræget "brokkultur" (Høgsted 2021) på arbejdspladsen, hvor negative følelser præger og smitter af på det kollegiale miljø, og udfordrende omstændigheder i medarbejdernes privatliv.

### **Alder og erfaring**

Litteraturen peger på yngre og mindre erfarne medarbejdere samt medarbejdere med et andet modersmål end majoritetssproget som særligt udsatte for at udvikle omsorgstræthed (Sinclair et al. 2017; Døssing et al. 2021; Gustafsson & Hemberg 2022). En nyere VIVE-undersøgelse (Ibsen 2022) viser desuden, at andelen af sårbare elever og elever med særlige behov optaget på social- og sundhedsuddannelserne er stigende. Skolerne i undersøgelsen oplever, at en del elever mangler modenhed, egenomsorg eller sprogkunderskaber, og at særligt de unge elever kan have skæve forventninger til arbejdet med ældre borgere.

Interviewene bekræfter, at helt unge medarbejdere er en særlig udsat gruppe. Flere interviewpersoner fremhæver teenagere og unge med psykiske og sociale udfordringer. "Sårbare generationer" af unge med diagnoser og "noget i bagagen" er betegnelser for medarbejdere, som ifølge flere interviewpersoner er i risikogruppen for at udvikle omsorgstræthed, fordi de ikke anses at have tilstrækkelig personlig ballast eller at være i balance.

Imidlertid anser flere af interviewpersonerne desuden nogle af deres ældre kollegaer som særligt udsatte for at udvikle omsorgstræthed. En social- og sundhedsassistent på et plejehjem berettede om nogle af sine ældre kollegaer:

*Jeg har set kollegaer, som tidligere var verdens bedste kollegaer. Nu kan jeg ikke genkende dem. Det handler ikke om corona, men om, at de er udbrændte. De har set en anden verden, og hvordan det er gået ned. Jeg føler ikke, at de giver den samme omsorg. (...) De kan ikke altid følge med. De møder ind og er stressede. De starter med at se, hvor mange der er væk. De er negative og kigger frem i planen og kan ikke overskue det. I stedet for at gå i gang [med arbejdet, red.]. De tænker ikke. De bruger tiden forkert. De er så ramte og trætte. De brokker sig ikke, men de er trætte i hovedet. De kender en anden tid. De kan huske de gode dage, hvor man kunne sætte sig. Jeg tror, at de kan sammenligne, og så rammer det hårdere. (Social- og sundhedsassistent, plejehjem)*

Lignende betragtninger hører vi fra flere andre, herunder både ledere, tillidsrepræsentanter og medarbejdere. I ovenstående citat synes det primært at være tidspresset, der gør udslaget. Flere interviewpersoner fremhæver desuden ændringerne i borgernes tilstand samt digitalisering, dokumentationskrav

og generelt indførelsen af nye systemer som bud på årsager til, at ældre kollegaer er mere udsatte for at blive omsorgstrætte. En tillidsrepræsentant på et plejehjem formulerer det således:

*De har måske svært ved alle de nye ting, der sker. Der er en udvikling i vores journalsystemer, hvor alting skal dokumenteres, og hele tiden kommer der nye ting fra ledelsen og myndighederne. Nogle tænker måske: 'Hvorfor kan vi ikke bare få lov til at passe vores beboere?' (Tillidsrepræsentant, plejehjem)*

Interviewpersoner, der har været i faget i mange år, fortæller også selv om oplevelsen af, hvordan ældreplejen har ændret sig. En social- og sundhedshjælper på et plejehjem, der omtaler sig selv som "en af de gamle", fortæller:

*Når jeg tænker tilbage, bliver jeg omsorgstræt. Når vi passede ældre og syge førhen – deres sygdomshistorik er lavet om nu. Vi er alt for få medarbejdere. Vi har ikke tid til beboerne. De er blevet mere syge. Mere demente, mere psykisk syge. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

### **Overengagement**

Overengagement kan ligeledes være en risikofaktor. Flere af de interviewede ledere inddeler overordnet set deres medarbejdere i tre grupper: de altid meget engagerede og hårdtarbejdende; de, som primært fokuserer på arbejdstider og løn; og så en mere eller mindre afgrænset midtergruppe. Den første gruppe er ifølge både ledere og mange medarbejdere i størst risiko for at udvikle omsorgstræthed. Disse medarbejdere tager ofte ekstravagter, melder sig på banen i forhold til særligt udfordrende borgere og/eller møder tidligere ind eller bliver længere, hvis de vurderer, at det er nødvendigt. Denne tilgang til arbejdet kan udvikle sig til en risikofaktor, hvis den kommer til udtryk i form af overengagement. En social- og sundhedsassistent på et plejehjem har følgende betragtninger om, hvordan engagement kan glide over i overengagement:

*Det kan være hende med de 37 timer, som tager ekstra vagter, men pludselig bliver det for meget. Man gør det i en god mening. Man kommer hos de udfordrende borgere, når det ikke er muligt at rykke rundt. Dem, som altid er på arbejde og aldrig er syge. (Social- og sundhedsassistent, plejehjem)*

Overengagement kan ifølge flere interviewpersoner skyldes perfektionisme og/eller idealisme. En medarbejder i hjemmeplejen siger om sig selv:



*Jeg er opdraget til at skulle arbejde, til jeg segner. Jeg stopper ikke, før opgaven er løst. Jeg giver, giver, giver – fysisk, psykisk og socialt. (Arbejds miljørepræsentant, hjemmeplejen)*

Ifølge en af lederne kan særligt nyuddannede social- og sundhedsassistenter have tendens til en "høj grad af idealisme", som udfordres af travlhed og kompleksitet på arbejdspladsen:

*Helt nye assistenter kan møde ind med en høj grad af idealisme, hvor de tror, at de kan redde verden. Og så bliver de ramt af arbejdspressen og kompleksiteten. Når du pludselig står på egne ben, så bliver dine idealistiske mål ramt. (Leder, plejehjem)*

Ofte har disse medarbejdere også svært ved at slippe arbejdet i fritiden. Flere betegner det som, at de "tager arbejdet med hjem", ved at de mentalt stadig overvejer løsninger eller kommer til at tvivle på deres håndtering af konkrete opgaver, og endda i deres fritid ringer eller skriver til en kollega for at tjekke op. Risikoen er, at arbejde og fritid flyder så meget sammen, at medarbejderne ikke får den nødvendige hvile og mentale distance. Dette kan så gå ud over familielivet, hvilket kan øge belastningen yderligere (se Afsnit 4.3).

Selvom denne rapport primært omhandler omsorgstræthed blandt de medarbejdere i ældreplejen, der befinder sig i den direkte borgerkontakt, peger vores empiriske undersøgelse ligeledes på risikofaktorer for at udvikle omsorgstræthed blandt ældreplejens ledere, særligt i relation til overengagement. Flere ledere oplever at føle et stort ansvar for arbejdspladsen og personalet. De fortalte, at de i perioder oplever magtesløshed, træthed og følelsesmæssig udmattelse. En leder fortalte eksempelvis om følelsen af utilstrækkelighed og bedrøvelse, når en medarbejder må sygemeldes på grund af arbejdsrelateret stress, og hvordan det smerter hende, når hun ikke har set det komme. En anden leder beskrev det således:

*Vi er så meget på. Vi kan ikke slukke telefonen. Jeg har et godt forhold til medarbejderne. Der er 80-90 medarbejdere, og de tænker alle, at de er den eneste, der forstyrrer mig. Vi gør meget ud af strukturerne, men alligevel ringer de uden for de aftalte tidsrum og melder sig syge. Jeg har også et liv. De vil gerne fortælle noget hele tiden. (...) Man bruger sig selv meget, og man gider ikke meget, når man har fri. Jeg er i hvert fald meget mindre social nu, end jeg var, inden jeg blev leder. (Leder, plejehjem)*

Relationsarbejdet for ledere i ældreplejen gælder i særlig grad relationerne til medarbejderne, og lederne oplever, at både personalets arbejdsrelaterede og personlige udfordringer kan påvirke følelsesmæssigt.

## Følelsesmæssig overinvolvering

En relateret risikofaktor, som ligeledes handler om medarbejderes tilgang til arbejdet, er følelsesmæssig overinvolvering. Følelsesmæssig overinvolvering vedrører selve relationen til borgeren frem for arbejdsmængden. Omsorgs- og relationsarbejde er på én og samme tid følelsesmæssigt givende og udmattende. Det er der bred enighed om blandt interviewpersonerne. Ifølge både ledere og medarbejdere bør der dog være en grænse for, hvor meget medarbejderen engagerer sig følelsesmæssigt i borgerens situation. En leder i hjemmeplejen beskrev de overvejelser og bekymringer, hun ind i mellem har:

*Nogle gange overvejer man som leder, om de brænder så meget for det, at det er personligt og ikke professionelt. Det kan bidrage til omsorgstræthed. Hvis man bliver for engageret personligt. Nogle går gennem ild og vand for borgerne. Borgerne kan forvente, at medarbejderen fx møder ind før, fordi borgeren skal på hospitalet. Nogle er så involverede, at de ikke stiller spørgsmålstegn ved det. Det kan også være en medarbejder, som er engageret i borgerens sociale situation, så medarbejderen skriver til forskellige instanser for at få ting igennem til borgeren. (Leder, hjemmeplejen)*

Ifølge denne leder kommer nogle medarbejdere så tæt på en eller flere borgere, at de føler et ansvar for at påtage sig opgaver, som ellers ligger uden for deres portefølje. En anden leder beskriver det som at blive "lullet ind i et hjem" forstået som, at medarbejderen langsomt overtager borgerens syn på deres behov for hjælp og omsorg, uagtet om dette er i overensstemmelse med fx det faglige krav om en rehabiliterende tilgang. Sagt med andre ord kan en medarbejder komme til at hjælpe borgeren med opgaver, som borgeren er vurderet til selv at kunne klare, fordi medarbejderen er blevet for følelsesmæssigt involveret i relationen. I andre tilfælde kan medarbejdere blive involveret i uenigheder og konflikter i borgerens familie, hvor det for nogle kan være svært at bevare den professionelle distance.

Endnu sværere kan det være, hvis medarbejdere ikke kan holde den nødvendige distance til borgernes følelsesmæssige problemer. En arbejdsmiljørepræsentant i hjemmeplejen beskriver her, hvordan hun ind imellem ser, at nogle medarbejdere, særligt i aftenvagten, kan have svært ved at slippe borgernes frygt og bekymring:

*Aftenvagterne er der, hvor spørgsmålene dukker op. Vi ved ikke, hvad vi skal svare. (...) Når jeg kommer ved en borger og skal hjælpe hende, så kan jeg tage bekymringen fra borgeren med resten af dagen og også i mine fridage. Hvis jeg ikke passer på. Vi er meget forskellige. Nogle skubber borgerens problemer lidt væk, hvis de ikke skal på arbejde. Andre tager det med hjem. Hvis man*

*tager alle borgere med hjem, så slider det. Det gør nogen. Det kan man ikke tænde og slukke for.* (Arbejdsmiljørepræsentant, hjemmeplejen)

Ifølge arbejdsmiljørepræsentanten kan nogle medarbejdere have svært ved at "tænde og slukke" for den følelsesmæssige påvirkning borgerens problemer har på dem, hvad der i litteraturen betegnes som den følelsesmæssige selvregulering i forbindelse med empatisk involvering (Hunt et al. 2017).

### **Negativt arbejdsmiljø**

Udviklingen af et socialt negativt arbejdsmiljø på arbejdspladsen kan ligeledes påvirke medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde og dermed være en risikofaktor i forhold til udvikling af omsorgstræthed. Nogle interviewpersoner peger på tendenser i medarbejdergruppen til dagligt at brokke sig over fx besparelser, tidspres, bureaukrati eller "*besværlige borgere*". En social- og sundhedshjælper på et plejehjem oplever selv at blive "*drænet*" og "*sortseende*", når en sådan kultur får lov til at udvikle sig:

*Hvis man er i et negativt miljø og fokuserer på det, der ikke virker – selvfølgelig skal det adresseres og løses, men hvis man sovser rundt i det, så bliver man drænet. Så bliver man negativ og sortseende, og så bliver det svært at komme videre. Det er svært at yde omsorg, hvis du selv kommer og er mørk i sindet. Det gør en forskel. Hvis kollegaer forstærker det, så kan man gå og brokke sig sammen.* (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)

Et negativt socialt arbejdsmiljø, refereret til som et 'klagekor' (Isdahl 2018) eller en 'brokkultur' (Høgsted 2021), hvor negative følelser smitter gennem overdosering af oplevelser med fokus på alt det negative, kan således være både et tegn på omsorgstræthed (se Afsnit 4.3) og kan bidrage til, at medarbejderne udvikler omsorgstræthed.

### **Faktorer i privatlivet**

Udfordringer i privatlivet er ligeledes en risikofaktor i forhold til omsorgstræthed. Medarbejdere med små børn anses af interviewpersonerne som mere udsatte, fordi de skal yde omsorg mere eller mindre døgnet rundt og derfor ofte må tilsidesætte egne behov for at lade op. Konflikter med teenagebørn eller problemer i ægteskabet fremhæves af interviewpersonerne ligeledes som risikofaktorer.

Sværest er det dog for medarbejdere, som har sygdom eller dødsfald i den nærmeste familie. Det kan være kronisk sygdom eller kræftdiagnoser. Desuden fremhæver flere interviewpersoner, at det at have børn med psykiatriske

diagnoser som særligt udfordrende. En medarbejder berettede fx om, hvordan det kræver ekstra overskud hjemme, da hun har en søn med ADHD:

*Jeg er alene med en dreng med ADHD, hvor jeg også skal være på, når jeg kommer hjem. Det er ikke altid, man har overskud til det. Jeg har valgt faget af lyst, men jeg kan nok ikke blive ved med at holde i det. (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)*

Denne medarbejder oplever, at arbejdet påvirker hendes overskud derhjemme og til hendes søn. Derfor er hun i tvivl om, hvorvidt hun kan blive ved med at "holde til" arbejdet i ældreplejen.

Generelt lyder det samstemmende fra ledere og medarbejdere, at udfordringer i privatlivet er en væsentlig faktor i forhold til udvikling af omsorgstræthed. De anser det som nødvendigt i et omsorgsfag som deres at kunne adskille arbejdsliv og privatliv. Lige som arbejdsrelaterede problematikker ikke skal fylde meget i fritiden, er interviewpersonerne enige om, at medarbejdere med udfordringer på hjemmefronten er i større risiko for at udvikle omsorgstræthed.

## 5.5 Opsamling

I lighed med litteraturen fremhæver interviewpersonerne både arbejdsrelaterede faktorer og personlige og private omstændigheder som risikofaktorer i forhold til at udvikle omsorgstræthed. Der er overordnet set et stort sammenfald mellem resultaterne af hhv. litteraturstudiet og interviewundersøgelsen.

Organisatoriske rammer og arbejdsvilkår fylder mest i interviewmaterialet. I Afsnit 5.1 viser vi, hvordan personalemangel, personaleudskiftning samt tidsknaphed, og hvad flere interviewpersoner betegner som "minuttyranni", presser medarbejderne på både plejehjem og i hjemmeplejen og resulterer i, at de oplever ikke at slå til fagligt og menneskeligt i arbejdet med de ældre borgere. Denne oplevelse af utilstrækkelighed, og hvad der kan betegnes som moralsk stress, er en risikofaktor. Oplevelser af utilstrækkelighed og moralsk stress kan ligeledes opstå, når medarbejdere må efterleve de stadig større krav fagligt, administrativt og digitalt særligt i forbindelse med dokumentation. Endelig peger mange på ændringer i arbejdsopgaver, omorganiseringer og ledelsens manglende lydhørhed og støtte til faglig udvikling som risikofaktorer.

Afsnit 5.2 præsenterer de aspekter ved de ældre borgeres tilstand og adfærd, som interviewpersonerne fremhævede som de største risikofaktorer i forhold til at udvikle omsorgstræthed. Både ledere og medarbejdere pegede på den

stadig større andel af borgere med psykiske sygdomme og lidelser, idet borgernes modstand og uforudsigelige adfærd udfordrer omsorgs- og relationsarbejdet. Ifølge interviewpersonerne er den største belastning den vrede, verbalt nedladende og i nogle tilfælde fysisk udadreagerende adfærd, som kan være resultatet af fx en demenssygdom. Sådanne situationer risikerer at dræne medarbejderne for energi og påvirke deres selvtillid, hvilket er en risikofaktor i forhold til omsorgstræthed. Til forskel fra litteraturen oplevede medarbejderne imidlertid ikke palliative forløb og døden som en risikofaktor. Uoverensstemmelsen mellem fundene i litteraturstudiet og interviewundersøgelsen skyldes muligvis, at der i ældreplejen i Danmark automatisk afsættes mere tid og flere ressourcer, når en borger vurderes at være palliativ.

Nogle pårørendes forventninger og adfærd blev i tråd med litteraturstudiet ligeledes fremhævet som en risikofaktor. I afsnit 5.3 viser vi, hvordan kritik, mistillid, anklagende og/eller nedladende adfærd er en ekstra stressfaktor og kan lede til en følelse af usikkerhed og utilstrækkelighed hos medarbejderen. Et stigende problem er desuden pårørendes overvågning og trusler med at gå til medierne med deres kritik, hvilket yderligere bidrager til oplevelser af utilstrækkelighed og sågar frygt, og at medarbejderne har svært ved at lægge arbejdet fra sig, når de har fri.

Afsnit 5.4 peger på medarbejdernes individuelle karakteristika, tilgang til arbejdet og omstændigheder i deres privatliv som yderligere risikofaktorer. Mens litteraturen fremhæver unge og mindre erfarne medarbejdere som mest udsatte, peger vores undersøgelse ligeledes på ældre medarbejdere. Ældre medarbejdere har arbejdet under et andet system med mindre fokus på tidsstyring, dokumentation og digitalisering, og både nogle af medarbejderne selv og deres ledere og kollegaer påpeger, at de sammenlignet med yngre medarbejdere oplever at have mindre tid og overskud til borgerne. Helt unge medarbejdere, særligt medarbejdere med psykiske diagnoser, anses dog også som særligt udsatte. Særligt udsatte er også overengagerede medarbejdere, som grundet perfektionisme og/eller idealisme altid yder en ekstra indsats og tager overvejelser og arbejdsopgaver med hjem. Også ledelsen kan være overengageret eller opleve en stor ansvarsfølelse, hvilket kan være en risikofaktor i forhold til udvikling af omsorgstræthed. Medarbejdere, som i for høj grad involverer sig følelsesmæssigt i borgernes situation og følelser, og som i deres opgaveløsning dermed ikke formår at bevare den nødvendige professionelle distance, er ligeledes i risiko. Både overengagement og overinvolvering kan, som også litteraturen fremhæver, lede til manglende selvomsorg og manglende evne til at skelne mellem arbejde og privatliv. Desuden kan en negativ arbejdspladskultur være en medvirkende faktor i forhold til udvikling af omsorgstræthed. Endelig viser afsnittet, hvordan også personlige karakteristika og omstændigheder i medarbejdernes privatliv, såsom sygdom, dødsfald og børn med psykiatriske diagnoser, har betydning for risikoen for omsorgstræthed.

## 6 Håndtering og forebyggelse

Formålet med dette kapitel er at belyse medarbejderes og lederes egne oplevelser med og perspektiver på, hvordan omsorgstræthed i ældreplejen kan håndteres og forebygges. Som nævnt i Afsnit 2.5 mangler der entydig viden i litteraturen om, hvordan omsorgstræthed og udbrændthed blandt personale på plejehjem i Danmark kan mindskes eller forebygges (se bl.a. Døssing et al. 2021). Ikke desto mindre rummer den gennemgåede litteratur mange forskellige forslag på hhv. et individuelt og et organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau. Dette kapitel tager udgangspunkt i, og bygger ovenpå, denne viden fra litteraturstudiet. Dels belyses de tiltag og håndteringsstrategier, som de interviewede medarbejdere og ledere har gjort brug af i konkrete situationer. Dels belyses interviewpersonernes forslag og ønsker til, hvordan omsorgstræthed mere fremadrettet kan håndteres og forebygges.

Interviewpersonernes oplevelser, strategier og forslag præsenteres i fem mindre delafsnit, som afspejler fem forskellige niveauer for håndtering og forebyggelse. I Afsnit 6.1 præsenteres, hvordan medarbejderen på individuelt niveau kan forebygge omsorgstræthed. Afsnit 6.2 omhandler, hvordan det kollegiale arbejdsmiljø har betydning for den enkelte medarbejders arbejds- og omsorgsglæde og dermed kan bidrage til at forebygge og håndtere omsorgstræthed. Afsnit 6.3 beskæftiger sig udelukkende med, hvordan ledelsens relationelle arbejde med den enkelte medarbejder og den samlede medarbejdergruppe spiller en rolle i håndtering og forebyggelse. I Afsnit 6.4 præsenteres de organisatoriske rammer og arbejdsvilkår på arbejdspladsniveau, der kan bidrage til bedre at håndtere og modvirke omsorgstræthed. Afsnit 6.5 belyser, hvad interviewpersonerne oplever, kan gøre en forskel i forebyggelsen af omsorgstræthed på et bredere samfundsmæssigt og politisk niveau.

**Kapitlet peger på følgende væsentlige pointer håndtering og forebyggelse af omsorgstræthed baseret på interviewundersøgelsen:**

- På det individuelle niveau kan omsorgstræthed mindskes gennem grænsedragning mellem privatliv og arbejdsliv samt gennem medarbejderens kendskab til egne personlige grænser.
- På det kollegiale niveau kan et åbent og tillidsfuldt arbejdsmiljø kendetegnet ved gensidig sparring, støtte og forståelse i svære situationer bidrage til at modvirke omsorgstræthed. Generelt oplever interviewpersonerne, at et positivt og anerkendende kollegialt fællesskab øger arbejdsglæden.
- Omsorgstræthed kan mindskes ved, at ledelsen lytter og forsøger at imødekomme den enkelte medarbejders individuelle behov. En synlig og tilgængelig ledelse, som kender medarbejderne, kan desuden bidrage til at modvirke omsorgstræthed blandt medarbejderne.
- På arbejdspladsniveau vægtes muligheden for fleksibilitet i vagtplanen samt omrokering og variation i opgaverne højt. Derudover foreslås øget opkvalificering af medarbejdere fra ufaglærte til faglærte medarbejdere samt adgang til supervision og efteruddannelse. Særligt faglig viden om demenssygdomme kan bidrage til færre oplevelser af utilstrækkelighed og dermed modvirke omsorgstræthed.
- På politisk- og samfundsniveau efterspørges mere tid til den enkelte borger. Forskellige projekter og dokumentations- og digitaliseringskrav kan fjerne fokus fra borgeren og kerneopgaven. Derudover fremhæves opprioritering af uddannelserne, så fagligt niveau matcher dagligdagens behov, samt anerkendelse af og respekt for SOSU-faget.

## 6.1 Individuelt

Som nævnt i Afsnit 2.5 peger litteraturen på, at den enkelte medarbejder har et (med)ansvar for at forebygge eller mindske risikoen for omsorgstræthed ved for eksempel at kende til egne grænser og lave en klar grænsedragning mellem privatliv og arbejdsliv (Melvin 2012; Nolte et al. 2017; Sinclair et al.

2017). Interviewpersonerne i denne undersøgelse peger ligeledes på vigtigheden af ikke at "tage arbejdet med hjem", når man har fri (se også Afsnit 5.4). Flere medarbejdere understreger imidlertid, at det kan være svært, særligt når man er nyuddannet og endnu ikke har meget erfaring. Grænsedragningen mellem privatlivet og arbejdslivet beskrives sjældent som konkrete tiltag af interviewpersonerne, men i stedet med vendinger såsom, at medarbejdere skal "lade arbejdet ligge", "parkere arbejdet" eller at "tage uniformen af" efter arbejde. En social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen fortæller dog om en konkret metode, hun anvender for at holde tanker om arbejdet adskilt fra privatlivet:

*I: Jeg er bevidst om, at når jeg kører fra arbejde, er det vigtigt ikke at tage det med. Når det popper op hjemme, skriver man det på en seddel og tjekker op i morgen. Der er andre, der har ansvar, når jeg ikke er der. Ellers kører man træt.*

*A: Har du strategier for, hvordan man ikke tager det med hjem?*

*I: Det er svært, næsten umuligt. Jeg skriver ned, hvis der er noget. Så lægger jeg det ind til mit arbejdstøj. Så er det klar. Ellers bliver jeg træt, allerede inden jeg møder ind. (Social- sundhedsassistent, hjemmeplejen)*

Andre medarbejdere fortæller, at de nemmere kan lægge arbejdet fra sig, når de har fri ved at fokusere på, at de har løst deres opgaver i løbet af arbejdsdagen, og at de har videregivet eventuelle uløste opgaver til kollegaer. Tillid til, at kollegaer overtager arbejdet, når man går fra arbejdspladsen, og at borgerne derfor har en konstant adgang til hjælp, beskrives således som noget, der kan give den enkelte medarbejder tryghed og en følelse af ikke stå alene med ansvaret for borgeren.

I et arbejde, som kan være følelsesmæssigt krævende, og hvor man som medarbejder bruger sig selv, understreger flere, at det også er vigtigt at kende sig selv og sine egne grænser – eller at lære det. En medarbejder fortalte, at hun tidligere var på en arbejdsplads, hvor hun gav sig selv 100 % i arbejdet, hvilket blev på bekostning af, hvordan hun havde det, når hun havde fri. Hun fortæller – tydeligt berørt:

*Jeg fik hjælp, fordi jeg følte mig så utilstrækkelig. Det eneste sted, jeg endte med at fungere, var på arbejdet, fordi jeg følte det var det eneste sted, jeg kunne give alt. Det endte med, at jeg skulle lære at sige fra og lære at dosere mig selv. Man burde i det her fag få tilbudt samtaler med nogen, der engang imellem spurgte ind til, om du havde behov for at snakke om noget. (Arbejdsmiljørepræsentant, plejehjem)*



Selvindsigt og viden om egne grænser er derfor vigtigt for, at den enkelte medarbejder undgår at give for meget af sig selv i arbejdet. Derfor understreger en leder i hjemmeplejen, at arbejdet med den enkeltes selvindsigt og en større viden om psykisk belastning bør have ligeså stor bevågenhed som det fysiske arbejdsmiljø. Det fremhæves også i litteraturen, at en vigtig del af forebyggelsen af omsorgstræthed er, at individer lærer sig selv og egne tanke- og handlemønstre at kende (se fx Isdahl 2018). Lederen i vores undersøgelse understreger dog, at en del af ansvaret for, at medarbejdere trænes i selvindsigt og risici for psykiske overbelastninger, ligger hos ledelsen og organisationen.

Medarbejderen nævnt ovenfor endte med at opsige sit job for at undgå følelsen af utilstrækkelighed i arbejdet og i privatlivet. Flere andre interviewpersoner nævner også opsigelse og jobskifte som en måde, hvorpå omsorgstræthed, udbrændthed og stress kan modvirkes på det individuelle niveau. Da nogle medarbejdere benytter en arbejdsmæssig "luftforandring" som en håndteringsstrategi mod omsorgstræthed, bevirker det, at disse medarbejdere ikke fastholdes på arbejdspladsen. En arbejdsmiljørepræsentant fortæller fx, hvordan hun ofte har skiftet job og branche for at passe på sig selv:

*Jeg har været on and off i forhold til arbejdet som social- og sundhedshjælper. Jeg har skåret helt fra og taget en bachelor i human ernæring. Det var ikke den vej, jeg skulle, så nu jeg er tilbage i hjemmeplejen. Så blev jeg møt igen, så jeg hoppede over og arbejdede på et lager, det var fysisk hårdt arbejde. Jeg kom så tilbage til hjemmeplejen for 3 år siden igen. Jeg kan lide at arbejde med mennesker, men som alle andre bliver jeg møt. Jeg kan lide mit arbejde, men mange faktorer spiller ind, som gør, at man synes, det bare er noget lort. (Arbejdsmiljørepræsentant, hjemmeplejen)*

Der er desuden eksempler på medarbejdere, som har videreuddannet sig til fx social- og sundhedsassistent for at få et afbræk, og fordi omsorgstrætheden for dem udsprang af en oplevelse af at komme til kort fagligt i relationsarbejdet (se Afsnit 5.2). Enkelte medarbejdere fortæller også, at de oplever at kunne lade op ved for eksempel at komme ud i naturen, hvor de oplever at finde ro og få fornyet energi.

Ifølge Isdahl (2018) er modvirkning af kronisk fysiologiske overaktivering det vigtigste element i forebyggelsen af omsorgstræthed og øvrige belastningstilstande. Mødet med andre mennesker, som er i smerte, i sorg eller er fortvivlede, medfører aktivering af menneskets empatiske evne, hvilket kan indebære en samtidig aktivering af kroppens 'alarmberedskab' i form af øget puls og blodtryk samt skærpet opmærksomhed. Hvis en arbejdsdag ikke giver tid og plads til at falde ned og slappe af, men tværtimod indebærer, at medarbej-

dere går fra den ene borger til den anden uden pause, kan det føre til en kronisk overaktivering af kroppen, der øger risikoen for at udvikle flere og værre belastningssymptomer (Isdahl 2018).

## 6.2 Mellem kollegaer

Alle medarbejdergrupperne, som vi har været i kontakt med, understreger, at gode kollegaer er væsentlige for håndteringen og forebyggelsen af omsorgstræthed. Her fremhæver de blandt andet mulighed for sparring og hjælp samt vigtigheden af et åbent, tillidsfuldt og positivt arbejdsmiljø.

### Kollegial sparring og hjælp

Mange medarbejdere fortæller, at det at kunne søge sparring, hjælp eller blot at kunne læsse af og dele oplevelser med kollegaer på arbejdspladsen er vigtigt. Både ansatte på plejehjem og ved hjemmeplejen påpeger dette, men det er i særdeleshed tydeligt blandt de ansatte i hjemmeplejen. Her arbejder medarbejderne efter individuelle kørelister og står derfor – som oftest – alene med opgaverne. Imidlertid er det ikke alene hjælpen til konkrete opgaver, som kollegaskab bidrager med. Det kan også blot være muligheden for at tale med nogen om særlige oplevelser eller situationer. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen uddyber det således:

*Så bruger jeg mine kollegaer til at læsse af på. Det bruger vi meget. Før arbejdede jeg som ene sygeplejerske. Der kom jeg hjem, var træt på en anden måde. Jeg havde ingen samarbejdspartnere at læsse af på eller være social med. Man kan få det sagt og smidt af vejen. Det kan opløfte ens dag.* (Sygeplejerske, hjemmesygeplejen)

Det handler derfor ikke udelukkende om muligheden for at få sparring, men også blot at kunne lufte sine frustrationer for andre, der kan sætte sig ind i, hvordan arbejdet i ældreplejen er. Medarbejdernes mulighed for at læsse af og tale med kollegaer er derfor vigtig, da flere også fremhæver, at det af forskellige årsager kan være svært at dele med familie eller omgangskreds. For det første har man som ansat tavshedspligt. For det andet oplever nogle, at deres omgangskreds "ikke helt kan forstå det, når man ikke arbejder med det". Andre igen bor alene og har derfor ikke et bagland, de kan vende arbejdsdagen med derhjemme.

### Fokus på et åbent og tillidsfuldt arbejdsmiljø

At kunne tale med kollegaer om arbejdet med borgerne eller om egne følelser i arbejdet kræver, ifølge interviewpersonerne, et arbejdsmiljø, hvor det er tilladt

at bede om hjælp, hvor der er åbenhed og tillid internt, og hvor medarbejderne tør at dele deres oplevelser. Det er derfor noget, som flere arbejdspladser arbejder aktivt med, eksempelvis i form af mentorforløb eller 'skytsengle', hvor nye kollegaer kan gå til en mere erfaren kollega og sætte ord på det, de oplever eller bekymrer sig om. Både ledere og medarbejdere peger imidlertid på, at det til tider kan være svært – særligt hvis man befinder sig på en arbejdsplads, hvor det ikke er kutyme at dele problemer eller bekymringer:

*Det er et levn fra, da folk ikke havde tillid til hinanden, og det at man bad om hjælp, var et svaghedstegn. Men vi skal have fokus på, at det ikke er et svaghedstegn. Det handler om hjælp til borgerne.*  
(Leder, plejehjem)

En enkelt af de interviewpersoner, vi har været i kontakt med, oplever imidlertid på sin arbejdsplads en forventning om, at ansatte i ældreplejen bør kunne rumme alle borgere, hvorfor hun ikke deler problemer med sine kollegaer, hvis hun oplever, at noget i arbejdet er hårdt. Hun mener, at man ved, hvad man går ind til, når man vælger uddannelsen, og at omsorgstræthed derfor nogle steder kan opleves som et tabu.

Andre medarbejdere beskriver at være i et arbejdsmiljø, hvor det er accepteret at italesætte problemer eller følelser, fordi arbejdet ældreplejen handler om mennesker, der har det svært:

*Det er altid tilladt at græde. Der sker så mange ting, det handler om mennesker. Vi har mange, der bliver kede af det i forskellige situationer – hvis borgerne dør, slår sig, brækker et ben.* (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)

Flere medarbejdere nævner også, at de selv spørger ind til kollegaer, hvis de virker trætte eller stille. En social- og sundhedshjælper i hjemmeplejen beskriver det således: "Vi er gode til at hjælpe, lytte. Man får ikke lov til at gå i sin egen boble og blive træt af det hele". Andre fortæller, at de reagerer på kollegaers adfærd, hvis de oplever, at den ændrer sig, eller hvis en medarbejder agerer uhensigtsmæssigt over for en borger, fx ved at ignorere en borgers henvendelse eller tale hårdt til en borger. Dette ligger i forlængelse af Høgstedts (2021) opfordring til at betragte forebyggelse af belastningstilstande som en 'holdsport', der ikke blot kræver individuel, men også kollegial og ledelsesmæssig opmærksomhed og handling.

Imidlertid er det ikke i alle tilfælde muligt for kollegaer at reagere på, hvad de anser for uhensigtsmæssig adfærd over for en borger. En social- og sundhedsassistent på et plejehjem fortæller om krænkende adfærd hos kollegaer "Ja, selvfølgelig har jeg [oplevet, red.] det. Ellers løj jeg. Jeg har også sagt det. Jeg har også ignoreret det. Det afhænger af situationer". Endvidere oplever

nogle medarbejdere det som grænseoverskridende at skulle konfrontere eller irrettesætte, hvad de oplever som kollegaers uhensigtsmæssige – eller ligefrem forråede – adfærd.

Kollegaers tiltro og tillid til, at de enkelte medarbejdere hver især gør deres arbejde, så godt de kan, fremhæves også som væsentligt for et åbent og trygt arbejdsmiljø. Ifølge en social- og sundhedshjælper, der arbejder på et plejehjem, er det vigtigt for hende, at hendes kollegaer forstår, hvorfor hun til tider ikke når de opgaver, hun ideelt set bør nå. Grundet sygdom på afdelingen er nogle vagter underbemandede, og hun forklarer, hvor svært det er, at hun ofte er alene på afdelingen med vikarer. Hun uddyber:

*Lige nu kan vi ikke gøre noget andet end at arbejde. Men vi ved, vi alle har det på samme måde. Så kan det være nemmere at vide, at alle har det sådan. Aftenvagterne kan bære over, for de ved, jeg har været alene. De er ikke trætte af mig, fordi de tror, at jeg ikke laver noget. Man mødes med, at de mærker én og er samme sted. Det gør noget. (Social- og sundhedshjælper, plejehjem)*

### **Fokus på et positivt arbejdsmiljø**

En positiv og åben stemning på arbejdspladsen er noget, både medarbejdere og ledere lægger vægt på, da både positivitet og negativitet internt i en arbejdsgruppe kan 'smitte' (Høgsted 2021). For eksempel fortæller en arbejdsmiljørepræsentant, at hun oplever stor forskel på, om medarbejderne møder positive ind om morgenen og siger godmorgen, eller om de "mukker" og er negative fra dagens begyndelse. Hun understreger, at det gør en positiv forskel, når dagen starter godt, og uddyber, at medarbejdere, som har en dårlig dag eller er trætte, bør melde det ud i gruppen, så de ikke påvirker stemningen negativt.

Flere arbejdspladser arbejder derfor direkte med at opbygge et positivt arbejdsmiljø, hvor man deler de gode eller sjove historier og fremhæver det positive i hverdagen, da det kan medvirke til at skabe eller fremme arbejdsglæde og modvirke et negativt arbejdsmiljø med fokus på *brok* (se Afsnit 5.4). En medarbejder fortæller fx, at lederen i hendes hjemmeplejegruppe hver fredag skriver en mail til medarbejderne om, hvordan ugen er gået samt en "solstråle-historie" fra ugens løb, hvilket er med til at bidrage til en positiv tilgang til arbejdet. En arbejdsmiljørepræsentant ved et plejehjem peger også på, at det er væsentligt, at medarbejderne generelt støtter hinanden og taler hinanden op. Hun forklarer:

*Vi har fokus på at dele, at vi oplever gode ting og italesætter det. Vi skal være gode til at rose hinanden, for det er ikke altid borgerne, som gør det. Vi skal rose os selv. Vi får det ikke fra borgerne altid.*

*Også det med, at der er rum for at sige ting, der er svært eller skal gøres anderledes. Det hjælper. Så man ikke går med det selv, så det eskaleres. Så undgår vi mange situationer. (Arbejdsmiljørepræsentant, plejehjem)*

Derudover peger særligt medarbejdere på, at det også er vigtigt at opbygge et socialt fællesskab uden om de faglige og praktiske arbejdsopgaver, så medarbejderne kender hinanden bedre. Et bedre kendskab til kollegaerne bidrager både med arbejdsglæde generelt og gør, at det bliver nemmere at sparre med andre kollegaer, hvis man kender dem i forvejen. Det kan eksempelvis være i form af sommerfester og julefrokoster. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen understreger, at blot fælles frokoster bidrager positivt. Derved får man et bredere kendskab på tværs af forskellige arbejdsgrupper – og eventuelt fagligheder – som kan medvirke til et bedre samarbejde på arbejdspladsen.

## 6.3 Mellem leder og medarbejder

Både medarbejdere og ledere peger på, at også ledelsen spiller en stor rolle, hvad angår håndtering og forebyggelse af omsorgstræthed blandt medarbejderne. Det gælder dels, hvordan arbejdspladsen som organisation styres, og dels, hvordan lederen arbejder relationelt med både den enkelte medarbejder og den større medarbejdergruppe.

### En lydhør ledelse

Medarbejderne lægger særligt vægt på, at lederen er tilgængelig, lytter til eventuelle problemer og hjælper med at give vejledning, når de oplever at have behov for det:

*Jeg bruger vores leder meget, når det stiger mig til hovedet. Hun er en rigtig god sparringspartner, så man kan få parkeret nogle ting og nogle gange få luft for nogle ting. (Sygeplejerske, plejehjem)*

En sygeplejerske i hjemmesygeplejen understreger, at hun er bevidst om, at ledelsen er underlagt regler og rammer, som de skal overholde, men at det ligeså meget handler om, at ledelsen er lydhør, tilstedeværende og taler pænt til medarbejderne.

Flere ledere understreger imidlertid selv, at det ikke blot handler om at være lydhør, men også at handle på og efter bedste evne at imødekomme medarbejdernes behov, både i arbejdslivet og i forhold til at skabe den bedste work-

life-balance. Det er en vej til at forebygge omsorgstræthed ifølge en leder fra en privat hjemmeplejegruppe:

*Skal man ikke arbejde hver anden weekend? Vil du gerne skifte mellem dag og aften? Hvad skal der til i deres hverdag? Det skal vi lytte til. Være imødekommende over for personlige planer – hvis de skal til bryllup i en arbejdsweekend. (...) De gør meget for, at det her fungerer. De skal også have hjælp den anden vej. (Teamleder, hjemmeplejen)*

En plejehjemsleder fortæller også, at hun aktivt arbejder på at tilpasse medarbejdernes arbejdsplaner til den enkelte medarbejder og dennes behov. Hun nævner som eksempel en situation, hvor en social- og sundhedsassistent, der nærmede sig efterløn, ønskede at sygemelde sig i en længere periode. Medarbejderen havde ondt i maven og søvnbesvær, da hun oplevede ængstelighed i forbindelse med sin rolle som ansvarlig i akutopgaver hos borgere, som hun ikke havde forudgående kendskab til. I stedet for blot at efterkomme medarbejderens ønske om en sygemelding fandt den pågældende leder en mere holdbar løsning for begge parter, så medarbejderen forblev i arbejde, men samtidig fik den ro, hun havde brug for. Løsningen blev derfor en aftale om, at medarbejderen bibeholdt sin assistentløn men varetog opgaver som social- og sundhedshjælper ved borgere, hun ikke havde forudgående kendskab til. Lederen uddyber yderligere:

*Jeg er kreativ. Det afhænger af situationen. Nogle har brug for at møde en halv time senere og gå en halv time før, for eksempel pga. børn. Så er det det, vi gør. Der er mange muligheder. Fridage. Jeg har én i denne uge med et sygt barn. Barnet var så sygt, at det ikke var nok med 2 dage. Hun skulle bruge noget ferie, men så byttede vi rundt, så hun arbejder i weekenden i stedet. (Leder, plejehjem)*

Ved at ledelsen tilgodeser det, der er muligt inden for de givne rammer, føler medarbejderne sig hørt, og de føler, at deres problemer og udfordringer bliver taget alvorligt. Det har betydning for både medarbejdernes arbejdsglæde og for deres lyst til at yde en ekstra hjælp den anden vej.

### **En synlig og nær ledelse**

Det handler dog ikke blot om at imødekomme medarbejdernes udtalte ønsker eller behov, men også at fange tingene i opløbet, så det ikke udvikler sig til større problemer. For at forebygge eksempelvis sygemeldinger er det vigtigt, at lederen kender de enkelte medarbejdere:

*Jeg kender den enkelte medarbejder. Det er vigtigt. Jeg skal have lov til at komme med på den rejse for medarbejderen. Hvis folk går*

*ned med stress som fuldtidssygemelding, så er det svært at forebygge, så skal man reparere.* (Leder, hjemmeplejen)

Når lederen har kendskab til sine ansatte, er det nemmere at observere ændringer i den enkelte medarbejders humør eller adfærd og derved opfangning, som medarbejderen ikke nødvendigvis selv kommer til ledelsen med. Derudover betyder det, at det er sværere for den enkelte medarbejder at "putte sig". En anden leder understreger, at kendskabet til de ansatte er væsentligt for ledelsens forståelse af, hvad der sker i organisationen generelt. Uden en fornemmelse af, hvad der rører sig for den enkelte, ved hun ikke, hvad der er behov for i organisationen generelt.

En synlig, tilstedeværende og nær ledelse beskrives derfor som væsentligt for at fremme omsorgsglæde og forebygge omsorgstræthed. En plejehjemsleder fortæller, hvordan hun arbejder for at være synlig i dagligdagen og for bedst muligt at kunne aflaste sine medarbejdere, når de har travlt:

*Jeg er på afdelingerne, går rundt, siger godmorgen. Når det er presset, og de mangler, så... Vi har virkelig været pressede nu her, vi mangler måske tre mand. Så tager jeg hovedtelefonen, så de ikke forstyrres. Så laver jeg morgenmad til borgerne. Vores planlægger er social- og sundhedshjælper, så kan hun også hjælpe med et par borgere. Jeg forsøger at aflaste. Hvis vi ikke kan bemande aftenvagten, så bliver jeg i vagtskiftet, så jeg kan sige, at jeg ikke kan finde den manglende mand, men at vi har lavet aftensmad, så de ikke skal bruge tid på det.* (Leder, plejehjem)

På et af plejehjemmene i undersøgelsen er der kommet en ny leder inden for de seneste år. En af medarbejderne fortalte, at den nye leder er "på gulvet" i højere grad end tidligere ledere, hvilket betyder, at medarbejderne føler sig set i dagligdagen.

Ledere i hjemmeplejen kan ikke på samme måde være "på gulvet" eller "i huset", da medarbejdergruppen er udkørende. Derfor kan det være sværere at observere medarbejderne i løbet af arbejdsdagen. En hjemmeplejeleder fortæller derfor, at hun benytter en trivselsapp, hvor medarbejderne dagligt skal registrere deres trivsel, så lederen kan følge med i, hvordan det går. Hun uddyber, at trivselsappen også har den fordel, at nogle medarbejdere har nemmere ved at registrere svære perioder fremfor at skulle fortælle det direkte til ledelsen. Lederen fortæller yderligere, at hun også benytter appen til at observere, om nogle vagter har været særligt hårde, så hun kan anerkende medarbejdernes gode arbejde i sådanne tilfælde. Hun lægger generelt vægt på at anerkende og rose medarbejderne, da hun ved, at mange har "en følelse af, at de ikke gør det godt nok", og derved arbejder hun også for at modvirke de ansattes eventuelle følelse af utilstrækkelighed.

Da ledelsen – og relationen mellem leder og medarbejder – er væsentlig for håndteringen og begrænsningen af omsorgstræthed, understreger særligt medarbejderne, at en stabil ledelse er vigtig. Mange af de interviewpersoner, vi har været i kontakt med, fortæller, at de gennem deres arbejdsliv har oplevet en stor udskiftning af ledere. Det medfører, at det kan være svært at opbygge tillid til ledelsen eller kende den enkelte leder, hvilket også kan skabe en fornemmelse af ustabilitet blandt medarbejderne.

## 6.4 På arbejdspladsen

Ud over de mere konkrete relationer mellem ledelse og medarbejdere kan organisatoriske rammer og arbejdsvilkår på den enkelte arbejdsplads også bidrage til at modvirke omsorgstræthed. Her peger medarbejdere på aspekter som fleksibilitet i vagtplanen, balance i sammensætningen af personalegruppen, sprogbrug, interne møder samt mulighed for supervision og eksterne kurser.

### Fleksibilitet i vagtplanlægningen

Både ledere og i særlig grad medarbejdere nævner især betydningen af fleksibilitet i forhold til vagtplanerne og muligheden for, at medarbejderne kan afløse hinanden. Dette flugter med Høgsteds (2021) pointe om, at arbejdspladser har et organisatorisk og ledelsesmæssigt ansvar for at sikre en hensigtsmæssig fordeling og variation i arbejdsopgaverne, således at svære opgaver ikke koncentrerer sig omkring de samme medarbejdere. Som beskrevet i afsnit 5.2 opleves nogle borgere som særligt komplekse og derfor i nogle tilfælde som "svære", hvorfor det kan være særligt nødvendigt at fordele disse borgere og aflaste hinanden:

*Så kan de [medarbejderne, red.] få perioder, hvor de ikke kommer der [ved specifikke borgere, red.], hvis de efterspørger det. Jeg forsøger at imødekomme det, så de holder pauser, hvis de ikke kan mere. Folk skifter lidt mellem at være på landet og i byen. Også i forhold til arbejdsmiljø og for at opleve noget andet. Jeg oplever heller ikke, at kollegaerne ser ned på det. De forstår det. (Leder, hjemmeplejen)*

Citatet peger også på, at "luftforandring" generelt kan bidrage positivt, hvis en medarbejder i en periode er træt. Eksempelvis fortæller lederen i den pågældende hjemmeplejegruppe, at køretiden er kortere i byen end på landet, hvorfor hun vægter, at de ansatte skiftes til at køre landruterne, hvor de får længere køretid mellem de enkelte besøg.



Selvom det kan være en fordel med kontinuitet i vagtplanen og faste borgere, da medarbejderne derfor kender den enkelte borger bedre – og at borgeren omvendt også kender medarbejderen – kan der være tilfælde, hvor medarbejderen har brug for "en pause". En social- og sundhedsassistent foreslår derfor, at man ved borgere, der opleves som svære at hjælpe, ikke blot rokerer rundt i medarbejdergruppen, da det vil "sende problemet videre". I stedet argumenterer hun for, at man med fordel kan lave mindre teams, der arbejder sammen om den enkelte borger, og som derfor kan sparre internt i forhold til løsninger og håndteringsstrategier.

### **Balance mellem faglærte og ufaglærte, fastansatte og vikarer**

Også medarbejdergruppens faglige sammensætning og balancen mellem hhv. faglærte og ufaglærte samt fastansatte og vikarer anses som er stor betydning. En nyligt udgivet VIVE-rapport viser, at der siden 2018 har været en stor stigning i brugen af eksterne vikarer, særligt i hjemmeplejen (Topholm et al. 2023). Rapporten peger på, at det faste personale oplever dette som en udfordring, både for både kvaliteten i plejen, men også for egen trivsel. Samme oplevelse italesættes blandt både ledere og medarbejdere, som vi har været i kontakt med:

*Der skal være flere faste medarbejdere, så bliver det godt for alle, og man mindsker omsorgstræthed, fordi når der er nok medarbejdere, så er programmet godt for alle. (...) Vikarer er både godt og skidt. De koster mange ressourcer, men de hjælper os, når vi har behov. Men hvis vi kunne få flere unge mennesker i uddannelse, kan det være, vi ikke behøver vikarer, for så er der flere faste.*  
(Ufaglært medarbejder, hjemmeplejen)

Citatet understreger, at vikarer kan være nødvendige, når der ikke er tilstrækkeligt personale, men at det kan mindske omsorgstræthed, hvis flere er fastansatte. For mange vikarer kan opleves som belastende for det faste personale, da vikarer, som ikke kender distriktet, arbejdsgangene og borgerne, kan have behov for ekstra hjælp.

Mange interviewpersoner efterspørger desuden en større andel faglærte frem for ufaglærte medarbejdere:

*Vi mangler uddannet personale. Det tærer på de uddannede. Der er borgere, hvor der kun må komme faglærte. Det tærer på os, for så får vi alle de svære opgaver. Ufaglærte er selvfølgelig bedre end ingenting. (...) Der er ufaglærte hver dag. Der er lette borgere, de kan bære det. Men i perioder har der været ligeså mange – eller flere – ufaglærte end faglærte. Så bliver det hårdt for de faglærte, for de*

*får alle de tunge borgere. (Arbejdsmiljørepræsentant, hjemmeplejen)*

Arbejdsmiljørepræsentanten påpeger her den iboende risiko for, at fordelingen af de "tunge" eller "svære" borgere bliver skæv, når der er mange ufaglærte i medarbejdergruppen. En leder i hjemmeplejen understreger også, at arbejdsopgavernes kompleksitet i hjemmeplejen overstiger ufaglærte medarbejders kompetenceniveau, hvorfor hun sigter mod kun at ansætte ufaglærte afløsere med en særlig interesse for faget. Samtidig påpeger hun, at for mange ufaglærte medarbejdere inden for ældreplejen kan sende et forkert signal om, at faglærte medarbejdere kan erstattes med ufaglærte medarbejdere, hvilket ifølge hende er demotiverende for det uddannede personale. Hun argumenterer derfor for, at det er vigtigt at anerkende det faglærte personale og deres arbejde specifikt.

### **Anerkendende sprogbrug**

Som beskrevet i afsnittet om forebyggelse af omsorgstræthed mellem kollegaer er et positivt og anerkendende arbejdsmiljø væsentligt. Her har arbejdspladsen som organisation også betydning, da det kræver implementering og vedligeholdelse af en positiv kultur. Flere ledere fortæller, at de for eksempel arbejder aktivt med sprogbrug på arbejdspladsen:

*Vi har haft et projekt om sprog og sprogbrug – at få italesat, hvad det betyder, hvordan man taler til og om hinanden. Er det negativt eller positivt? Hvad er årsagerne til at tale negativt? Hvad gør det ved arbejdsmiljøet? Det er vigtigt, at der ikke er nogen, der har ondt i maven. (...) Inden 2020 var der et andet arbejdsmiljø. Tonen kunne være hård. Vores elever kunne ikke lide at være her. Vi blev enige om, at der skulle gøres noget ved det. Vi startede med at italesætte arbejdsmiljø, og har brugt meget tid på det. (Leder, hjemmeplejen)*

Arbejdet med positivt sprogbrug handler ikke blot om, hvordan man taler til og om andre kollegaer, men også om, hvordan borgerne omtales. For eksempel kan en særlig omtale af specifikke borgere påvirke andre medarbejders indstilling til denne borger. Derfor er det væsentligt, at ledelsen på arbejdspladsen også medvirker til at opbygge og opretholde en kultur, hvor borgerne ikke omtales som problemer, men som en faglig udfordring. En social- og sundhedsassistent fra en hjemmeleje gruppe fortæller, at der i hendes gruppe er blevet arbejdet meget med positivt sprogbrug. Hun fortæller om lederen:

*Hun arbejder også på, at vi skal rose og anerkende hinanden. Som jeg sagde, hvis der ligger noget tøj på gulvet, skal jeg ikke tænke, det er trælst. Jeg skal tænke, at det har været en hård vagt og*

*spørge, om hun [kollegaen. Red.] er o.k. Vi skal ikke trampe hinanden ned. Vi skal tænke omvendt. Vi skal hjælpe og støtte hinanden.*  
(Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)

Grundtanken i en sådan kulturændring handler derfor ikke udelukkende om, hvordan de ansatte omtaler kollegaer og borgere – hvordan de taler kan også påvirke, hvordan de tænker. Dette er i tråd med Birkmoses (2013) pointe om reflekteret sprogbrug: at negativt sprogbrug om borgere og kollegaer, eller ureflekteret brug af ironi og sort humor, over tid kan påvirke medarbejdere i tanke og handling på en måde, der øger graden af distancering og depersonalisering og dermed risikoen for forråelse.

### **Møder og kollegial sparring**

Ud over den mere uformelle sparring medarbejderne imellem (se Afsnit 6.2) efterlyser medarbejdere både på plejehjem og i hjemmeplejen møder med fokus på kollegial sparring i forhold til faglige problemstillinger med borgere og trivsel på arbejdspladsen generelt. En social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen fortæller, at hun kunne ønske sig trivselsmøder, ideelt set en gang om ugen. Hun beskriver det således:

*Møder, hvor man må fortælle, hvordan man har det i en gruppe [hun former cirkel/lukket kreds med armene, red.]. Der har vi tidligere brugt hinanden meget. Hvor man kunne fortælle, hvordan man har det. Hvor man ikke skal være flov. Næsten alle har noget. Vi har haft det, men har det ikke mere. (...) Vi fik luft for, hvordan vi havde det. (...) Lederen behøver ikke være med. Ellers har man svært ved at fortælle ting. En referent samler op, for så er der ikke sat ord på, hvem der siger hvad. Så er det nemmere at snakke om.* (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)

De fælles møder kan yderligere bidrage til, at de enkelte medarbejdere føler tilhørsforhold til arbejdsgruppen og samhørighed med kollegaerne. Eksempelvis fortæller en ufaglært medarbejder i hjemmeplejen, at hun ikke er inviteret med til møderne på afdelingen, hvilket ifølge hende er *”ubehageligt”* og skaber *”en distance mellem faglærte og ufaglærte”*. Møderne kan derfor både bidrage med adgang til relevante informationer og mulighed for sparring, men også med en fornemmelse af et tilhørsforhold til personalegruppen.

### **Supervision, efteruddannelse og kurser**

Supervision, efteruddannelse og kurser for det ansatte personale beskrives som noget, der kan benyttes til at opkvalificere både det faglærte og det ufaglærte personale, så de bedre kan håndtere de udfordringer, de møder. Supervision skal her forstås som sessioner, som faciliteres af en (intern eller

ekstern) supervisor med det formål, at medarbejdere kan dele og bearbejde svære situationer eller dilemmaer, gerne over et længerevarende forløb (Sundhedsstyrelsen 2023). En leder i hjemmeplejen fortæller fx, at de for nyligt har haft en borger med demens, der havde en seksualiserende adfærd. Derfor kontaktede lederen en demenskoordinator og arrangerede supervision for at forebygge problemet, inden det eskalerede.

Flere ansatte, både faglærte og ufaglærte, efterspørger specifikt viden om og uddannelse i demens, da det til tider kan fylde meget i arbejdet med ældrepleje. Derudover nævner en ung ufaglært medarbejder også et generelt behov for mere viden om og introduktion til de borgere, hun arbejder med:

*Så kommer man ind til én, og man hører, han er skrap – at hvis man glemmer noget, så er hele hans dag ødelagt. Man ved ingenting. Men der er ikke tid til, at jeg skal være andenmand første gang. Det giver meget, at man lige bliver briefet inden. Bare dét gør helt vildt meget. Det er meget den der tvivl, fordi man ikke er udlært. Jeg ved ikke, om det gør ondt på hende. Jeg ved ikke, om jeg burde lade være. Eller ved dem, der er sjofle: Mener han det? Hvordan skal jeg reagere på det? Hvad skal jeg sige? (Ufaglært medarbejder, plejehjem)*

Hun fortæller, at hvis hun kender borgeren, opleves det ikke som et problem. Det er særligt en udfordring ved nye og ”tunge” borgere, som hun ikke kender, og hvor hun ikke har den tilstrækkelige faglige viden. Hun foreslår derfor, at ufaglærte medarbejdere i begyndelsen følges med faglærte medarbejdere ved de komplekse borgere, så man ”oplæres til” til den enkelte borger.

En plejehjemsleder argumenterer også for, at en opkvalificering af personalets viden om særligt demenssygdomme og andre psykiske sygdomme vil kunne bidrage positivt og potentielt modvirke omsorgstræthed:

*Når man har borgere med en sygdom, som gør, at de reagerer på en særlig måde, så skal personalet undervises i, hvorfor de reagerer, som de gør. Det er, fordi de har en sygdom. Man skal have en forståelse af, hvorfor det her menneske reagerer, som det gør. Så tror jeg, man nemmere kan undgå at blive over- eller underinvolveret, fordi man har en forståelse for det. (Leder, hjemmeplejen)*

Denne og andre ledere i undersøgelsen påpeger, at når en medarbejder har den rigtige faglige viden til at forstå, hvorfor en borger fx er udadreagerende, mindskes risikoen for, at medarbejderen bliver presset på sin faglighed og sit generelle overskud og energiniveau. Medarbejderen vil derimod have faglig viden og redskaber til at håndtere situationen og yde den rette hjælp under

disse omstændigheder, hvilket også kan forhindre både følelsesmæssig overinvolvering og det modsatte, nemlig distancering. Derfor efterspørger både ledere og medarbejdere tilbud om supervision, kurser og efteruddannelse, særligt i forhold til egen trivsel og borgeres psykiske sygdomme. Dette kan bidrage positivt til medarbejdernes håndtering af de problemstillinger og udfordringer, de møder. En generel styrkelse af medarbejderens viden om demens og redskaber til at håndtere situationerne bedst muligt vil ifølge interviewpersonerne bidrage til en bedre opgaveløsning og dermed også mindske eller forebygge oplevelser af utilstrækkelighed.

Disse iagttagelser ligger i tråd med fundene i litteraturen, som generelt fremhæver vigtigheden af viden, supervision og efteruddannelse i forbindelse med forebyggelse af omsorgstræthed, eftersom medarbejderes følelse af at have den tilstrækkelige viden og de rette redskaber til at håndtere og mestre situationer i relation til arbejdet har stor betydning for hvordan de oplever deres arbejde. Blandt andet fremhæver Birkmose (2013), at faglig opkvalificering og et øget refleksionsniveau hos den enkelte medarbejder er den bedste måde at forebygge forråelse på, eftersom uhensigtsmæssige, forråede handlinger opstår som følge af en følelse af afmagt og mangel på kontrol.

## 6.5 På samfundsmæssigt og politisk niveau

Det sidste delafsnit i dette kapitel omhandler, hvordan medarbejdere og ledere i ældreplejen vurderer, at omsorgstræthed kan forebygges eller mindskes på et bredere samfundsmæssigt og politisk niveau.

### Mere tid til borgeren

Som beskrevet i Afsnit 5.1 oplever medarbejderne i ældreplejen ofte, at de ikke har tilstrækkelig tid til den enkelte borger, hvilket påvirker deres arbejdes kvalitet og deres arbejdsglæde negativt. Dette kan i sidste endelig medvirke til moralsk stress og omsorgstræthed. Ansatte inden for hjemmeplejen italesætter det ofte som et behov for *"mere tid"*, da rammerne for tidsstyringen opleves som rigide, uflexible og som *"tidstyranni"*. Blandt de adspurgte medarbejdere på plejehjemmene omtales behovet i stedet som en efterspørgsel efter en højere normering på den enkelte arbejdsplads. Selvom det italesættes forskelligt, er ønsket på tværs af plejehjem og hjemmepleje det samme: mere tid til den enkelte borger. Alle de faggrupper, vi har været i kontakt med, italesætter, at det vil kunne mindske eller forebygge omsorgstræthed. Arbejdsmiljørepræsentanten på et plejehjem foreslår derfor, at personer med en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet overtager nogle af de praktiske opgaver som opvask og sengetøjskift:

*Vi er både VVS-mænd og køkkendamer. Vi skal være flere, så vi også får succeshistorier. (...) Jeg skal ikke bruge 3 timer i køkkenet på opvask. Der kan ansættes nogen til at vaske op – førtidspensionister. Det er ikke mit job. Så kan jeg gå med nogen i centret. For køkkenet kan ikke vente – vi skal også have porcelæn til middag. Mange har ikke arbejde. Der kan komme nogle herop. Jeg skal nok sætte dem i gang. Skifte sengetøj. Jeg siger ikke, de skal være uddannede. Vi kan få én i køkkenet fra 7 til 13. Så er jeg ikke så træt, hvis det er sådan. Lige nu skal jeg nå alle borgerne, men også køkkenet. (Arbejdsmiljørepræsentant, plejehjem)*

En leder i hjemmeplejen peger imidlertid på, at det ikke blot handler om mere tid og flere medarbejdere, men også prioriteringen af de midler, der allerede er til rådighed. Hun fortæller om en, ifølge hende, forkert prioritering af midler:

*De kedelige ting i hverdagen er der ikke tid til. De sjove ting prioriteres, for det ser godt ud på de sociale medier. Det er ødelæggende for os. Her havde vi et arrangement for de nye pensionister med bobler og symfoniorkesteret. Jeg var ved at skribe. Alle dem i ældreboligerne blev ikke inviteret. De sad i kørestol. De inviterede kun nye pensionister. Det er ikke et projekt at bruge penge på, når der ikke er penge til os og vores uddannelse. Så bliver jeg træt. Jeg kan ikke gøre så meget for at udvikle og uddanne mine medarbejdere. (Leder, hjemmeplejen)*

Ifølge denne leder oplever hun, at økonomiske midler bruges på "påfuglefjer", som ser godt ud på sociale medier, men understreger, at de midler, der er til rådighed, i stedet bør prioriteres på projekter, der kommer flertallet af borgere eller medarbejdere til gode i hverdagen.

### **Fokus på 'arbejdet på gulvet'**

Særligt ledere, både ved hjemmeplejen og på plejehjem, peger også på, at de ansatte har brug for ro til at udføre arbejdet "på gulvet" uden for mange forstyrrelser udefra, såsom forskellige projekter, nye initiativer og tiltagende kontrol, som tager de ansattes tid og fokus. Flere fortæller, at de oplever, at rammer og vilkår, der fastsættes udefra, ikke nødvendigvis er tilpasset hverdagen og de behov, der er i praksis. Når der søsættes nye tiltag og projekter, som medarbejderne oplever, ikke passer til deres arbejde i ældreplejen, kan det virke frustrerende for en personalegruppe, der allerede i forvejen føler sig presset. En leder fortæller for eksempel, at det, hun betegner "fluebenspleje", bør mindskes:

*Vores vigtigste udfordring er måden at arbejde på. Fluebenspleje kalder jeg det: hvor man kun ser ydelsen frem for borgeren. Du ender med at levere en ydelse uden sammenhæng. Man skal så kigge på en anden måde at gøre det på. Jeg tror ikke på frisættelse. Det bekymrer mig også, når politikere snakker om noget, de faktisk ikke kan definere. Husk at anerkende kerneopgaven. Det kan ikke løses med lister over det hele. Vi skal hjælpe medarbejderen til at agere med borgeren efter deres individuelle behov og give medarbejderen redskaber til at handle derefter uden alt for rigide rammer. (Leder, hjemmeplejen)*

Lederen efterspørger således, at medarbejderen klædes på til at løse opgaven bedst muligt med fokus på borgerens individuelle behov og med mindre fokus på at krydse opgaver af i forhold til et ydelseskatalog. En anden leder i hjemmeplejen forklarer, at de mange nye ord, begreber og projekter, som ikke når at bundfælde sig i medarbejdernes hverdag, yderligere forårsager, at de ansatte i ældreplejen bliver pressede.

### **Bedre uddannelser og efteruddannelser**

Prioritering af uddannelserne og muligheden for efteruddannelse er også et emne, som medarbejdere på tværs af alle faggrupper og uddannelsesniveauer efterspørger. Bedre uddannelse og videreuddannelse vil ifølge interviewpersonerne bidrage til, at flere søger ind på uddannelserne, og at flere af de uddannede får mulighed for at opkvalificere deres faglige viden. En social- og sundhedsassistent anser optagelseskravene til uddannelserne som for lave, hvilket betyder, at personer, som ifølge hende ikke er egnede til at skulle arbejde i ældreplejen, alligevel kommer ud på arbejdsmarkedet:

*Der bør være krav til de mennesker, som kan komme ind. SOSU-skolerne er for alle – også nogle gange dem, kommunerne ikke kan få i arbejde. Der er nogle gode, men der er også nogle, som ikke er egnede til at arbejde med mennesker. (...) Uddannelserne skal gøres attraktive. De, der brænder for det og passer deres skole. Kan se, at de, der ikke gør det, skal nok få samme titel, for de skubbes gennem uddannelserne. Det er ikke værdigt. (Social- og sundhedsassistent, plejehjem)*

Social- og sundhedsassistenten argumenterer for, at det går ud over både borgerne og de fremtidige arbejdspladser og kollegaer, hvis personer, der ikke egner sig til at arbejde med mennesker i ældreplejen "skubbes gennem uddannelserne". Derudover opleves det som demotiverende for de elever og medarbejdere, der er engagerede i arbejdet og i uddannelsen.

I Afsnit 5.2 præsenterede vi, hvordan flere medarbejdere oplever, at borgerne over de seneste år har fået mere komplekse sygdomsbilleder. Demens og andre psykiske sygdomme kan resultere i modstand og udadreagerende adfærd, hvilket for medarbejderen er en risikofaktor i forhold til omsorgstræthed. En måde, hvorpå medarbejderne kan forbedre opgaveløsningen og dermed oplevelsen af de mere komplekse forløb, er ifølge flere interviewpersoner opkvalificering af de ansattes kompetencer gennem fx undervisning i demens eller andre psykiske lidelser (se også Afsnit 6.4). En social- og sundhedshjælper oplever det som frustrerende, at uddannelserne i hendes øjne ikke ruste hende til de omstændigheder, hun møder i praksis, og at hun desuden ikke har mulighed for at opkvalificere sin faglighed:

*Vi bliver glemt. Vi bliver sparet på. På plejehjemmet bliver de [borgerne, red.] tungere. Demente, syge. Der er altid noget oven i. Vi skal have mere uddannelse i det, så vi kan blive bedre til vores arbejde. Vi er ikke rustet til det. Vi kan ikke håndtere det.* (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)

En anden social- og sundhedshjælper peger også på, at det er problematisk, at der ikke er tilstrækkeligt gode muligheder for at videreudanne sig til assistent. Hun fortæller, at hun gerne vil uddannes til assistent, men at det ikke er muligt, da det har for store økonomiske omkostninger for hende at skulle gå fra almindelig løn til elevløn.

### **Anerkendelse af og forståelse for faget**

Ledere og medarbejdere efterspørger desuden en større anerkendelse af deres fag og arbejde. Borgeres og pårørendes eventuelle negative tilgang og manglende forståelse for omsorgsarbejdets vilkår kan, som vi viser i Afsnit 5.2 og 5.3, være en risikofaktor i forhold til omsorgstræthed. Som en arbejdsmiljørepræsentant fortæller: *"Jeg ville også blive demotiveret, hvis mit job hver dag blev negligeret."*

Arbejdet i ældreplejen kræver specifikke kompetencer, men flere ansatte oplever, at dette ikke anerkendes, og at deres arbejdsopgaver forventes at kunne løses af ufaglærte medarbejdere. Dette understreges også af en tidligere VIVE-rapport, der omhandler social- og sundhedsfagernes image og imageudfordringer (Lauritzen et al. 2022). Rapporten viser blandt andet, at ansatte og elever oplever, at faget har et negativt omdømme i medier og deres omgivelser, mens et positivt image er fremherskende blandt social- og sundhedsmedarbejderne selv. En social- og sundhedshjælper i vores undersøgelse udtrykker det således:

*Vi har med mennesker at gøre. Vi står med et liv i hænderne. Det får jeg tit at vide-- at jeg er professionel røvvasker. Jeg gad godt, at*



*det blev talt op. At vi blev set og hørt. (Social- og sundhedsassistent, hjemmeplejen)*

Også adskillige ledere understreger, at deres personale fortjener mere anerkendelse, end de reelt får. I ældreplejen arbejder de ansatte med mennesker, og de skal derfor være omstillingsparate, da forholdene hurtigt kan ændres. Samtidig arbejder de med borgere, som eksempelvis pludseligt kan gå bort, hvilket personalet også skal kunne rumme. En leder fortæller:

*Jeg har en borger på 104 år. Hun flyttede ind med sin mand, hun har været pensionist i mere end 40 år. Vi har fire medarbejdere, som har arbejdet med hende mellem 20 og 40 år. Den dag hun ikke er her, skal de op dagen efter og fungere almindeligt. De har kendt hende hele deres liv. Det er fint. Det kan de godt. Men de skal have anerkendelsen for det, for de er ude for livsændrende vilkår for alle de familier, som de rører ved. (Leder, hjemmeplejen)*

Med dette eksempel understreger lederen, hvordan arbejdet med ældre borgere kan være udfordrende og krævende, herunder også følelsesmæssigt krævende. Da det er et vilkår, der ikke kan ændres, er det er særligt vigtigt, at der er forståelse for og anerkendelse af disse forhold i ældreplejen.

## 6.6 Opsamling

Dette kapitel har undersøgt, hvordan omsorgstræthed i ældreplejen ifølge interviewpersonerne kan håndteres og forebygges. Kapitlet belyser dels konkrete tiltag og håndteringsstrategier baseret på interviewpersonernes egne erfaringer og dels deres forslag og ønsker til, hvordan omsorgstræthed fremadrettet kan forebygges.

Kapitlets fem delafsnit belyser håndtering og forebyggelse på fem niveauer: individuelt af medarbejderen, mellem kollegaer, mellem leder og medarbejdere, på arbejdspladsen og på samfundsmæssigt og politisk niveau. Inddelingen adskiller sig fra den gennemgåede litteratur, hvor der enten skelnes mellem to systematiske niveauer (et individuelt og et organisatorisk/ledelsesmæssigt), eller hvor inddelingen er baseret på temaer, der går på tværs af de forskellige niveauer. Dette kapitels opbygning anskueliggør, at de mulige håndteringsstrategier og forebyggelsesmetoder kan findes på flere end to niveauer.

Afsnit 6.1 belyser, hvordan den individuelle medarbejder forebygger omsorgstræthed, og hvordan medarbejderen håndterer omsorgstræthed, hvis hun op-

lever tegn på fænomenet. Her lægger interviewpersonerne i tråd med litteraturen vægt på behovet for, at den ansatte sætter klare grænser mellem arbejdsliv og privatliv. Blandt interviewpersonerne beskrives det oftest gennem vage og forholdsvis normative udsagn, hvorimod det i litteraturen italesættes som konkrete strategier eller professionelle kompetencer, der skal opøves og arbejdes aktivt med. Litteraturen beskriver bl.a., hvordan individet aktivt bør opøve selvindsigt og kendskab til egne faresignaler, samt hvordan undervisning i og faglighed omkring personlige kendetegn på omsorgstræthed og udbrændthed kan bidrage til fagligt baseret håndtering af egne følelser. Mens nogle få medarbejdere vælger at styrke deres faglighed gennem videreuddannelse til fx social- og sundhedsassistent, nævner betydeligt flere, hvad der kan betegnes som, mere ad hoc og mindre 'faglige' håndteringsstrategier, såsom at forlade arbejdspladsen eller ældreplejen for en periode. Overordnet set er individuel håndtering og forebyggelse et af de niveauer, der uddybes mindst blandt interviewpersonerne.

Afsnit 6.2 omhandler interne kollegiale forhold. Interviewpersonerne lægger stor vægt på vigtigheden kollegial sparring og støtte samt muligheden for at aflaste og dele frustrationer med andre, som kender til de konkrete arbejdsforhold, hvilket også flugter med indsigterne fra den gennemgåede litteratur. Undersøgelsens interviewpersoner understreger, at et åbent, anerkendende og tillidsfuldt miljø, hvor det er acceptabelt at dele sine følelser og at begå fejl, modvirker omsorgstræthed i modsætning til en arbejdspladskultur præget af brok, eller hvor behov for sparring og støtte, anses som et tegn på svaghed. Mere konkret – og ligeledes med afsæt i indsigter fra Kapitel 4 – kan det yderligere argumenteres, at en øget opmærksomhed på begyndende tegn på omsorgstræthed, såsom manglende omhyggelighed eller tendens til indesluttethed hos kollegaer, samt opfordringer blandt medarbejdere om at sætte ord på svære oplevelser og dermed aftabusere emnet, vil bidrage til at forebygge omsorgstræthed.

I Afsnit 6.3 viser vi, hvilken betydning ledelsens arbejde i relation til medarbejderne opleves at have for arbejdsglæden og forebyggelsen af omsorgstræthed. I den gennemgåede litteratur lægges der særligt vægt på to aspekter, herunder at ledelsen understøtter og faciliterer kollegial støtte, god kommunikation og et anerkendende arbejdsmiljø, og at ledelsen understøtter faglig udvikling og læring på arbejdspladsen. Begge dele opleves som væsentlige af de interviewpersoner, vi har været i kontakt med. Derudover lægger særligt medarbejderne vægt på vigtigheden af, at ledelsen er lyttende og tilgængelig, mens særligt lederne også nævner betydningen af at efterkomme medarbejdernes ønsker og så vidt muligt tilpasse arbejdsplanerne til den enkelte medarbejders individuelle behov. Derudover kan en synlig ledelse, som kender medarbejderne, og som er tæt på omsorgs- og plejearbejdet, potentielt opfange ting i opløbet, inden problemerne vokser. Endelig fremhæves stabilitet

på ledelsesniveau som væsentlig, da for mange ledelsesskift kan øge omsorgstrætheden blandt medarbejderne.

Afsnit 6.4 fokuserer på håndtering og forebyggelse på organisatorisk niveau på den enkelte arbejdsplads. I tråd med dele af litteraturen lægger interviewpersonerne særligt vægt på blandt andet fleksibilitet i vagtplanerne, mulighed for omrokeringer samt variation i den enkeltes arbejdsopgaver. Interviewpersonerne påpegede herudover behovet for flere faglærte og fastansatte medarbejdere, da for mange ufaglærte medarbejdere og vikarer kan øge arbejdsbelastningen for de faglærte og fastansatte. I såvel litteraturen som i denne undersøgelses empiri understreges også vigtigheden af at have adgang til supervision, faglig opkvalificering og efteruddannelse. I interviewundersøgelsen påpegede både ledere og medarbejdere, at viden om demenssygdomme, herunder forståelse af tegn på mistvivsel og redskaber til at håndtere eventuelle svære situationer, vil bidrage til en bedre forståelse og opgaveløsning. Dette kan potentielt mindske medarbejdernes oplevelser af utilstrækkelighed og risikoen for både overinvolvering og distancering. Litteraturen lægger desuden bl.a. vægt på undervisning i selve begrebet omsorgstræthed, men dette italesættes ikke af medarbejdere og ledere i denne undersøgelse. I stedet fortalte flere om en modvilje mod for mange nye projekter og begreber, der fjerner fokus fra kerneopgaven.

I Afsnit 6.5 behandles de faktorer, der på politisk og samfundsmæssigt plan kan bidrage til at mindske omsorgstræthed. Dette behandles ikke i den gennemgåede litteratur, som udelukkende fokuserer på interventioner på individuelt og ledelsesmæssigt/organisatorisk niveau. Interviewpersonerne i denne undersøgelse fremhæver imidlertid særligt et ønske om mere tid i vagtplanen i hjemmeplejen og bedre normering på plejehjem for at få bedre tid til den enkelte borger. Flere påpeger også et behov for, at rammerne og de økonomiske prioriteringer er tilpasset den hverdag, som er i praksis. Mange medarbejdere oplever, at opgaverne i ældreplejen er blevet mere komplekse, hvorfor der efterspørger, at niveauet på uddannelserne følger med og tilpasses behovene i dag. Endelig understreger både ledere og medarbejdere i høj grad vigtigheden af, at deres fag og deres arbejde anerkendes, samt at der udvises forståelse for de forhold, som ansatte i ældreplejen arbejder i til hverdag.

## 7 Konklusion

Rapporten er baseret på et litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse af omsorgstræthed som fænomen i ældreplejen. Litteraturstudiet er afgrænset til nyere dansk- og engelsksproget forsknings- og faglitteratur om omsorgstræthed og andre relaterede fænomener blandt social- og sundhedsmedarbejdere i og uden for ældreplejen. Den kvalitative interviewundersøgelse består af 54 semistrukturerede interviews med ledere og medarbejdere fordelt på fire kommunale plejehjem, fire kommunale hjemmeplejegrupper og to private hjemmeplejegrupper på tværs af hele landet.

Undersøgelsens specifikke formål har været 1) at indkredse begrebet omsorgstræthed og undersøge, hvordan det kan bruges til at forstå den oplevelse af træthed og følelsesmæssig udmattelse, som medarbejdere i ældreplejen kan opleve, og 2) at generere viden om, hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed i ældreplejen i Danmark.

På baggrund af litteraturstudiet kan omsorgstræthed beskrives som et komplekst og multidimensionelt fænomen. Litteraturen er præget af stor begrebslig uklarhed om, hvad der menes med omsorgstræthed, og hvilke empiriske fænomener begrebet refererer til. Desuden sættes omsorgstræthed i forbindelse med en række øvrige og delvist overlappende begreber. Vi har valgt at inkludere udvalgt litteratur vedrørende *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse*, idet de tre begreber sammen med begrebet *omsorgstræthed* kan siges at udgøre forskellige perspektiver på den træthed og følelsesmæssige udmattelse, som vi ser i ældreplejen. Baseret på litteraturstudiet og løbende dialog med interviewmaterialet præsenterer denne rapport en åben og bred forståelse af omsorgstræthed kendetegnet ved fire gennemgående dimensioner: 1) omsorgstræthed opstår gennem og har konsekvenser for forholdet til andre mennesker, 2) omsorgstræthed udvikler sig ofte gradvist og akkumuleres over tid, 3) omsorgstræthed kan vise sig både fysisk, følelsesmæssigt, kognitivt og adfærdsmæssigt, og 4) omsorgstræthed kan opstå på baggrund af mange og ofte flere samtidige risikofaktorer relateret til organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, borgere og pårørende, individuelle karakteristika, tilgange til arbejdet og/eller kollegaer og arbejdsmiljø.

For medarbejdere og ledere i ældreplejen er omsorgstræthed et ukendt og uklart *begreb*, der ikke benyttes i praksis. Flere udtrykte en direkte modvilje mod begrebet, som for dem konnoterer, at de er trætte af at yde omsorg. Imidlertid er de, som mange udtrykker det, ikke trætte af at yde omsorg. Derimod er de trætte af arbejdsbetingelser, som udfordrer omsorgsarbejdet og relationerne til borgerne. Der var imidlertid i høj grad resonans mellem de indholdsmæssige aspekter af omsorgstræthed og den træthed, udbrændthed og

udmattelse, som interviewpersonerne i undersøgelsen fortalte om. Til at beskrive deres oplevelser brugte interviewpersonerne ord som *træt, presset, slidt, stresset, udmattet, overbelastet* eller *udbrændt*.

Omsorgstræthed som fænomen kan vise sig på mange måder, hvad der i litteraturen ofte betegnes som symptomer. For at undgå kliniske og medicinske associationer benytter vi i denne rapport betegnelsen *tegn*. Tegn på omsorgstræthed kan både være kortvarige og situationsbestemte, fx i relation til specifikke borgere eller særligt pressede perioder, og udtryk for en kumulativ og eskalerende proces, der udvikles og forværres over en længere periode til en mere permanent *tilstand*, der i værste fald kan udvikle sig til psykiske lidelser som stress, depression og forråelse. Ofte viser tegn på omsorgstræthed sig i privatlivet, før de bliver synlige i arbejdslivet.

Fysiske *tegn* på omsorgstræthed blandt interviewpersonerne er udmattelse og intens træthed, søvnproblemer, kvalme, åndedrætsbesvær, hjertebanken og i et enkelt tilfælde forhøjet blodtryk. Følelsesmæssigt og kognitivt kan omsorgstræthed vise sig i humørændringer såsom hyppigere vrede, frustration, irritation og grådlabilitet. Adfærdsmæssigt kan omsorgstræthed afspejle sig i medarbejderens arbejdsindsats ved, at medarbejderen enten yder ekstraordinært meget eller kun leverer det minimale. Et andet vigtigt tegn er, at medarbejderen gradvist trækker sig mere og mere fra relationer både på arbejdspladsen og privat. Over for borgerne viser omsorgstræthed sig ved nedsat omhyggelighed i opgaveløsningen og/eller ved, at medarbejderen udviser ligegyldighed og distance-ring ved bl.a. at tale hen over hovedet på borgeren eller mere eller mindre bevidst undlader at se borgerens behov. Overengagement såvel som distancering og undvigelse kan således være tegn på omsorgstræthed.

Omsorgstræthed som fænomen kan opstå af mange forskellige grunde og ofte på baggrund af en kombination af faktorer. Grundet fænomenets kompleksitet har vi anlagt et åbent og dynamisk fokus på *risikofaktorer*. En risikofaktor er et vilkår eller en omstændighed, hvis tilstedeværelse potentielt, men ikke nødvendigvis, kan være udslagsgivende for udvikling af omsorgstræthed. Interviewundersøgelsen viser, at arbejdsrelaterede forhold såvel som personlige omstændigheder kan være risikofaktorer.

Organisatoriske rammer og arbejdsvilkår, såsom personale- og ressourcemangel, tidspres, øgede krav om digitalisering og dokumentation samt omorganiseringer og utilstrækkelig ledelse, fremhæves som risikofaktorer. Desuden oplever medarbejderne, at borgernes stadig mere komplekse sygdomsbilleder, herunder kognitive funktionsnedsættelser og psykiske lidelser, i stigende grad leder til ubehagelige og svære situationer. Det udfordrer relationsarbejdet og udmatter personalet, at de i stigende grad oplever at blive konfronteret med borgeres modstand, nedladende verbale udsagn eller i sjældnere tilfælde fysisk udadreagerende adfærd. Oveni kommer svære relationer med pårørende,

hvis adfærd til tider opleves som nedladende, anklagende, mistroisk eller sågar truende. Kombinationen af udfordrende organisatoriske rammer og arbejdsvilkår og svære relationer med borgere og pårørende presser medarbejderne og kan lede til oplevelser af utilstrækkelighed, moralsk stress og omsorgstræthed.

På baggrund af denne undersøgelse synes der imidlertid at være forskel på, hvor stor risiko den enkelte medarbejder har for at udvikle omsorgstræthed. Hvad der for én medarbejder kan være givende, skabe arbejdsglæde og faglig udvikling, kan for en anden opleves som en næsten uoverstigelig opgave. Dette hænger bl.a. sammen med den enkelte medarbejders faglige viden og tilgang til arbejdet, herunder om vedkommende har tendens til overengagement og følelsesmæssig overinvolvering. Særligt udsatte er helt unge medarbejdere, ældre medarbejdere trænet under andre arbejdsbetingelser og medarbejdere med psykiske lidelser og udfordrende omstændigheder i privatlivet.

*Håndtering og forebyggelse* af omsorgstræthed kan foregå på flere forskellige niveauer. Den enkelte medarbejder kan ifølge litteraturen selv forebygge omsorgstræthed, men i praksis italesættes og uddybes det individuelle niveau kun i begrænset omfang i interviewundersøgelsen. I stedet lægges der særligt vægt på forebyggelse og håndtering på den konkrete arbejdsplads og i den bredere organisation, hvor både kollegaer og ledelse anses som havende et ansvar.

Undersøgelsens interviewpersoner understreger, at et åbent, anerkendende og tillidsfuldt miljø, hvor det er accepteret at dele sine følelser og at begå fejl, og hvor medarbejdere og ledere har opmærksomhed på begyndende tegn på omsorgstræthed, kan mindske eller sågar forebygge omsorgstræthed. Ledelsen har her et ansvar for at skabe gode rammer for kollegial sparring og et støttende og anerkende arbejdsmiljø. Desuden kan en stabil, synlig og tilgængelig ledelse, som kender medarbejderne og deres arbejdsopgaver, ifølge interviewpersonerne opfange problemer og mistrivsel tidligt og dermed mindske eller helt forebygge, at de udvikler omsorgstræthed.



# Dokumentation

# 8 Metode

I undersøgelsen af fænomenet omsorgstræthed i ældreplejen har VIVE gennemført et afgrænset litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse. I det følgende beskriver vi det metodiske grundlag for undersøgelsen.

## 8.1 Metodedesign

Undersøgelsen er baseret på et todelt metodedesign:

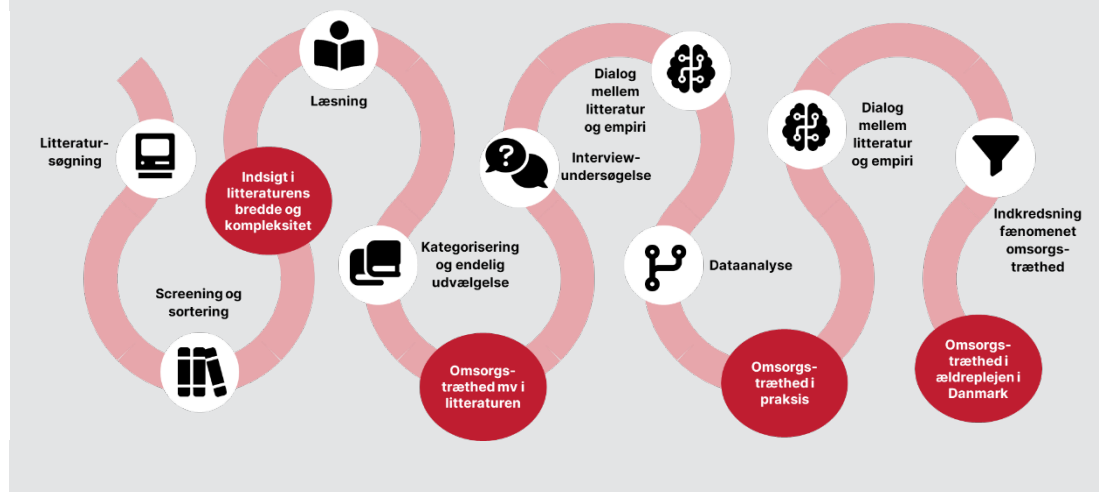
1. Et afgrænset litteraturstudie af nyere dansk- og engelsksproget forskningslitteratur og anden faglitteratur om omsorgstræthed (på engelsk *compassion fatigue*) og relaterede fænomener såsom udbrændthed, moralsk stress og forråelse blandt social- og sundhedsmedarbejdere i og uden for ældreplejen.
2. En kvalitativ interviewundersøgelse blandt medarbejdere og ledere på plejehjem og i hjemmeplejen i fire danske kommuner og i to private udbydere af hjemmepleje.

Undersøgelsen af fænomenet omsorgstræthed i ældreplejen er belyst gennem triangulering mellem litteraturstudiet og den empiriske interviewundersøgelse. Det gælder ikke mindst i indkredsningen af fænomenet omsorgstræthed, som har taget udgangspunkt i en bred og eksplorativ tilgang til både begrebet og fænomenet i litteraturen og interviewundersøgelsen for derefter at bevæge sig frem og tilbage mellem indsigter fra de to delstudier. Trianguleringen har blandt andet betydet, at forståelsen af fænomenet trækker på relaterede begreber som udbrændthed, moralsk stress og forråelse (se Afsnit 2.1, 2.2 og 8.2 for mere om dette). Den overordnede fremgangsmåde i undersøgelsen er illustreret i Figur 8.1.



**Figur 8.1 Triangulering mellem litteraturstudie og interviewundersøgelse**

Figuren illustrerer, hvordan fænomenet omsorgstræthed er belyst gennem en triangulering, dvs. sideløbende udforskning og dialog på tværs af litteraturstudiet og den empiriske interviewundersøgelse.



## 8.2 Litteraturstudiet

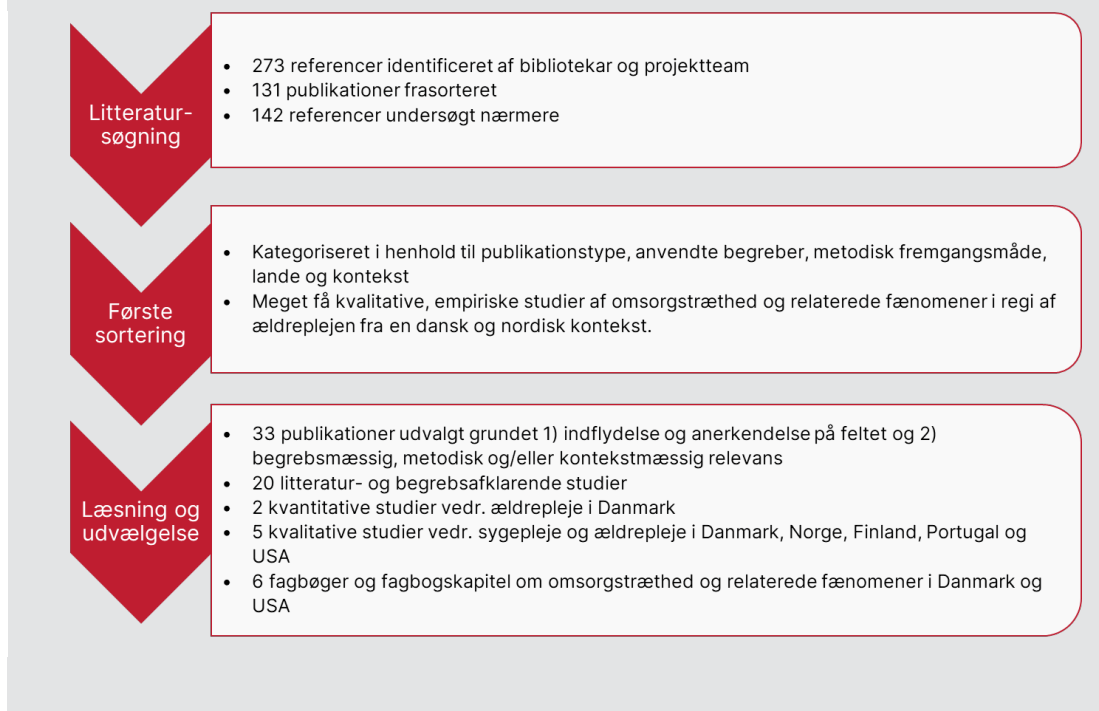
### Fremgangsmåde og udvælgelse

Litteraturstudiet er baseret på en bred og eksplorativ søgning på dansk, engelsk, norsk og svensk af alle publikationstyper i danske og nordiske biblioteks- og forskningsdatabaser<sup>2</sup> samt relevante hjemmesider<sup>3</sup> udgivet i perioden 2013-2023. De afsøgte emneord er omsorgstræthed, empatiudmattelse, empatitræthed, sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering, udbrændthed, forråelse og følelsesmæssig udmattelse. Disse søgeord er endvidere kombineret med søgeord såsom ældrepleje, hjemmepleje, hjemmehjælp, hjemmesygepleje og plejehjem.

<sup>2</sup> Databaserne inkluderer Netpunkt, NORA, Orla, Cristin, DIVA, Libris, SwePub, Medline, PsycInfo og Cinahl.

<sup>3</sup> Hjemmesider inkluderer UC Syd Professionshøjskole (forskning i alle professionshøjskoler er søgt via NORA), Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Institut for Belastningspsykologi, Center for Arbejdslivsforskning, Social-, Bolig- og Ældreministeriet, FOA, Dansk Sygeplejeråd, Videnscenter for Værdig Ældrepleje og Kommunernes Landsforening.

**Figur 8.2 Fremgangsmåde og udvælgelse i litteraturstudiet**



På baggrund af den indledende søgning blev i alt 251 relevante publikationer identificeret af en bibliotekar fra VIVE, mens yderligere 22 publikationer blev identificeret af projektgruppen, herunder relevante publikationer udgivet tidligere end 2013.

I den indledende screening af de identificerede publikationer blev 104 frasorteret på baggrund af enten at være bacheloropgaver eller kandidatspecialer og/eller at være skrevet på svensk eller norsk.

Efterfølgende gennemgik projektgruppen titler og abstracts på de tilbageværende 169 publikationer, som blev kategoriseret i henhold til publikationstype, metodisk design, anvendte begreber samt kontekst og tematisk fokus. Herunder var fokuset på, hvilke lande de empiriske studier var foretaget i, hvorvidt de berørte ældreplejen, og om de omhandlede specifikke faggrupper.

På baggrund af gennemgangen og kategoriseringen blev 11 publikationer frasorteret, da de blev identificeret som værende ikke relevante eller utilgængelige. Yderligere blev 4 publikationer frasorteret på baggrund af et overlappende indhold med andre inkluderede publikationer af samme forfattere. Endvidere blev 12 kortere formidlingsartikler fra fagblade og øvrige medier frasorteret.

De resterende 142 publikationer var samlet set kendetegnet ved følgende karakteristika i forhold til publikationstype, anvendte begreber, metodisk fremgangsmåde og kontekst:

#### *Publikationstype*

- En klar overvægt af forskningsartikler fra videnskabelige tidsskrifter
- En lille andel af fagbøger om omsorgstræthed og relaterede fænomener i en dansk kontekst
- En lille andel af rapporter om resultater fra forskningsprojekter.

#### *Anvendte begreber*

- En klar overvægt af studier omhandlende omsorgstræthed og eller udbrændthed
- En relativt lille andel af studier omhandlende moralsk stress og sekundær traumatisk stress.

#### *Metodisk fremgangsmåde for forskningsartiklerne*

- En lille andel af kvalitative, empiriske studier af omsorgstræthed, hvilket Ledoux (2015) også finder.
- En relativt stor andel af publikationer med karakter af litteraturgenemgange og begrebsafklarende studier.
- En klar overvægt af kvantitative, survey-baserede studier af omsorgstræthed og udbrændthed. De fleste benytter skalaen Professional Quality of Life Scale (ProQOL), som i litteraturen er et af de mest benyttede redskaber til at måle omsorgstræthed og udbrændthed blandt medarbejdere i forskellige arbejdsmæssige kontekster (Ledoux 2015). Skalaen har dog ikke status af et diagnostisk redskab (Cavanagh et al. 2019), og ifølge Sinclair et al. (2017) er der store begrænsninger ved brugen af skalaen i kvantitative, kliniske studier. I denne forbindelse opfordrer andre derfor til fortolkningsmæssig forsigtighed i forhold til skalaen (Bride et al. 2007).

#### *Lande og kontekst*

- En klar overvægt af studier fra en nordamerikansk eller europæisk kontekst, særligt USA og Sverige
- En stor andel af studier af omsorgstræthed og relaterede fænomener i regi af sundhedssektoren, særligt blandt sygeplejersker

- En lille andel af studier af omsorgstræthed og relaterede fænomener i regi af ældreplejen.

Samlet set fremgår det af litteraturstudiet, at der er et yderst begrænset antal kvalitative, empiriske studier af omsorgstræthed og relaterede fænomener i regi af ældreplejen i en dansk og nordisk kontekst. Ud af det samlede materiale på 142 publikationer blev 33 identificeret som værende særligt relevante for undersøgelsen, og de blev efterfølgende gennemgået. De 33 særligt relevante publikationer er udvalgt på baggrund af 1) deres indflydelse og anerkendelse på feltet og af, at de 2) begrebsmæssigt, metodisk og/eller kontekstmæssigt ligger tættest op ad nærværende undersøgelse. På baggrund af analytiske overvejelser valgte vi jf. Kapitel 2 også at inddrage dele af litteraturen om begreberne *udbrændthed*, *moralsk stress* og *forråelse* i analysen, hvorfor der også er udvalgt litteratur, der anvender disse begreber.

I forhold til den udvalgte litteratur er der primært tale om forskningsartikler, men også enkelte fagbøger og forskningsrapporter. De udvalgte publikationer kan opdeles efter, på hvilke områder de er relevante for denne undersøgelse:

#### *Litteratur- og begrebsafklarende studier*

- 11 begrebsafklarende studier af omsorgstræthed
- 9 litteraturstudier, herunder 5 om omsorgstræthed, 3 om udbrændthed og 1 om moralsk stress.

#### *Kvantitative studier*

- 2 forskningsrapporter om kvantitative studier af udbrændthed blandt medarbejdere i hhv. ældreplejen og i hjemmeplejen i Danmark.

#### *Kvalitative studier*

- 5 kvalitative studier, herunder 3 om omsorgstræthed, 1 om moralsk stress og 1 om beboeres bortgang på plejehjem.

#### *Fagbøger*

- 6 fagbøger eller fagbogskapitler om omsorgstræthed og eller relaterede fænomener i en dansk kontekst eller amerikansk kontekst.

Disse 33 publikationer danner i varierende grad baggrund for indsigterne fra litteraturstudiet. For referencerne til de udvalgte publikationer henvises til bilag 1.

Efter udvælgelsen gennemgik vi systematisk de 33 publikationer med det formål at indkredse omsorgstræthed som fænomen og begreb, og herunder dets forhold til øvrige, relaterede fænomener og begreber.

For hver enkelt publikation fokuserede vi på at afdække den begrebslige definition og forståelse af omsorgstræthed og eller relaterede fænomener. Herunder fokuserede vi på publikationernes beskrivelser af, hvad omsorgstræthed og eller relaterede fænomener er, hvordan og hvorfor de opstår, hvordan de kommer til udtryk, samt hvordan man kan forebygge og håndtere dem. Den endelige indkredsning af omsorgstræthed som fænomen er udarbejdet ved at identificere en række gennemgående på tværs af den samlede litteratur.

Gennem litteraturstudiet identificerede vi endvidere en række ældre publikationer, som enten introducerede eller var toneangivende for udbredelsen af omsorgstræthedsbegrebet såvel som af relaterede begreber, og listen rummer således også referencer til de 'originale' publikationer, som nævnes i litteraturstudiet. Herunder nævnes Andrew Jameton (1984), der introducerede begrebet moralsk stress (Jameton 2017), Carla Joinson (1992), der introducerede begrebet omsorgstræthed, Charles Figley (1995), der definerede og udbredte kendskabet til omsorgstræthed og sekundær traumatisering, Laurie Anne Pearlman og Paula Mac Ian (1995), der introducerede begrebet vikarierende traumatisering, og Christina Maslach (1993, 1998), hvis definition og forståelse af udbrændthed blev dominerende.

## 8.3 Interviewundersøgelsen

Interviewundersøgelsen er baseret på 54 kvalitative, semistrukturerede interviews med ledere og medarbejdere i fire kommuner og hos to private udbydere af hjemmepleje.

Grundet emnets potentielle ømtålelighed og politiske bevågenhed offentliggøres hverken kommunernes eller arbejdspladsernes navne i rapporten. Sundhedsstyrelsen er blevet oplyst om de deltagende kommuner, men ikke om de konkrete arbejdspladser i undersøgelsen.

### **Deltagende kommuner, arbejdspladser og informanter**

Kommuner og private leverandører er udvalgt på baggrund af geografisk spredning og med deltagelse af både mindre og større kommuner. Projektgruppen kontaktede kommunernes ældrechefer, som efterfølgende tog kontakt ledere af plejecentre og hjemmeplejegrupper. I alle de fire kommuner og hos de to private leverandører har der været interesse for at deltage i projek-

tet. Det har imidlertid været et kriterium, at de deltagende arbejdspladser inden for de seneste 2 år ikke har medvirket i et forløb med Sundhedsstyrelsen/Videnscenter for Værdig Ældrepleje på baggrund af alvorlige påtaler i forbindelse med tilsyn.

På hver arbejdsplads er der tilstræbt at gennemføre interview med en leder, en tillids- eller arbejdsmiljørepræsentant og en repræsentant for hver medarbejdergruppe. I alt er der gennemført interviews med 9 ledere, 8 tillids- eller arbejdsmiljørepræsentanter, 9 sygeplejersker, 9 social- og sundhedsassistenter, 12 social- og sundhedshjælpere og 7 ufaglærte medarbejdere.

## **Interviews**

Interviewene er gennemført som fysiske individuelle, semistrukturerede interviews af 45-60 minutters varighed på interviewpersonernes arbejdsplads. Fokusgruppe- og gruppeinterviews blev fra starten fravalgt grundet spørgsmålenes personlige karakter og vigtigheden af at skabe et trygt rum til at dele eventuelle svære oplevelser og overvejelser.

Som indledning til hvert interview præsenterede interviewerens omsorgstræthed som en problemstilling, som mange i ældreplejen oplever eller vil opleve i løbet af deres arbejdsliv, og det blev understreget, at formålet med undersøgelsen ikke er at dømme eller udstille kommuner, arbejdspladser eller medarbejdere, men derimod at få en så nuanceret og praksisnær forståelse som muligt af, hvordan omsorgstræthed opleves og håndteres i praksis, samt hvilke forhold der hhv. modvirker og medvirker til forekomsten af omsorgstræthed.

For yderligere at skabe et trygt samtalerum, og fordi mange af interviewpersonerne ikke kendte begrebet 'omsorgstræthed' (se Afsnit 3.1), indledtes hvert interview med, at interviewerens redegjorde for undersøgelsens foreløbige arbejdsdefinition af omsorgstræthed som 'en tilstand af udmattelse eller udbrændthed, som kan gøre det svært at indgå i omsorgsfulde relationer – og som noget, mange medarbejdere vil opleve på et eller andet tidspunkt i deres arbejdsliv'. Særligt i interviewene med de forskellige medarbejdergrupper var vi opmærksomme på at bevare en åben eksplorativ tilgang og give plads til både positive og negative sider af oplevelser af arbejdet i ældreplejen.

Interviewene er gennemført på baggrund af tre forskellige interviewguides til ledere, tillids- og arbejdsmarkedsrepræsentanter og medarbejdere, som er udarbejdet på baggrund af indsigter fra litteraturstudiet. De tre interviewguides blev afprøvet på én arbejdsplads, hvorefter de alle blev revideret en smule.

Interviewguiderne til ledere og tillids- og arbejdsmarkedsrepræsentanter havde fokus på interviewpersonernes oplevelser af og syn på arbejdspladsen

og medarbejdergruppen som helhed. Spørgsmålene afsøgte følgende emner: 1) arbejdsmiljøet generelt, 2) omfang af og eksempler på omsorgstræthed blandt medarbejdere (og evt. ledere), 3) årsager til omsorgstræthed, 4) omsorgstræthed specifikt i ældreplejen, 5) omsorgstræthed og medarbejdergrupper, 6) håndtering og italesættelse af omsorgstræthed, udbrændthed og forråelse på arbejdspladsen og i organisationen og 7) praksis, ønsker og ideer til forebyggelse af omsorgstræthed.

Interviewguiden til medarbejdere fokuserede både på interviewpersonens egne eventuelle erfaringer med omsorgstræthed samt oplevelser af og syn på omsorgstræthed på arbejdspladsen og eventuelle tidligere arbejdspladser. Spørgsmålene afsøgte følgende emner: 1) gode og svære sider ved arbejdet i ældreplejen, 2) lidelse, døden og 'svære borgere', 3) moralske dilemmaer i arbejdet, 4) omsorgstræthed personligt og på arbejdspladsen, 5) årsager til omsorgstræthed, 6) omsorgstræthed specifikt i ældreplejen, 7) omsorgstræthed og medarbejdergrupper, 8) håndtering og italesættelse af omsorgstræthed, udbrændthed og forråelse på arbejdspladsen og 9) praksis, ønsker og ideer til forebyggelse af omsorgstræthed.

### **Databehandling**

Alle interviews er optaget på lydfil med interviewpersonernes samtykke. Der er efterfølgende udarbejdet et referat efter hvert interview. Referaterne indeholder så vidt muligt den interviewedes egne ord og formuleringer.

Interviewreferaterne er herefter kodet og organiseret på baggrund af dels overordnede temaer som 'begrebsforståelser', 'symptomer og tegn', 'risikofaktorer', 'håndtering' og 'begrænsning og forebyggelse' samt relaterede temaer som 'omsorgsglæde'. Efterfølgende er materialet yderligere kodet og analyseret på baggrund af relevante undertemaer.

Ledere og medarbejdere, som optræder i interviewreferater og efterfølgende i beskrivelser og citater i rapporten er anonymiserede, så de ikke kan genkendes af den almindelige læser.

# Litteratur

- Birkmose, D. (2013). *Når gode mennesker handler ondt: Tabuet om forråelse*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Bride, B.E., Radey, M. & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue, *Clinical Social Work Journal*, Vol. 35, s. 155-163.
- Bøgeskov, B.O. (2022). Moralsk stress, omsorgstræthed og forråelse. I: Falch, L. & Bøgeskov, B.O. (red). *Etik i sygeplejen: Grundbog i teori og praksis*, s. 238-249. København: FADL.
- Campbell, S.M., Ulrich, C.M. & Grady, C. (2016). A broader understanding of moral distress, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 16(2), s. 2-9.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J.R., Page, S., Mitchell, I. & Doig, C.J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis, *Nursing Ethics*, Vol. 27(3), s. 639-665.
- Coetzee, S.K. & Klopper, H.C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis, *Nursing and Health Sciences*, Vol. 12(2), s. 235-243.
- Coetzee, S.K. & Laschinger, H.K.S. (2017). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review, *Nursing and Health Sciences*, Vol. 20(4), s. 4-15.
- Døssing, A., Svendsen, C.T. & Ankersen, P.V. (2021). *Supervision på plejecentre i Kolding Kommune: Evalueringsrapport*. Aarhus: Forskningscenter for ledelse, organisation og samfund (FLOS), VIA University College.
- Figley, C.R. (red.) (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York: Routledge.
- Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, KL, & Danske Regioner (2020). *Veje til flere hænder: Task force om social- og sundhedsmedarbejdere*. København: Finansministeriet.
- Grøn, L., Skifter Andersen, L., Boisen Andersen, D. & Flensborg Jensen, M.C. (2023). *"Uden relationer kommer vi ingen vegne": Relationsarbejde som*



*grundvilkår og faglighed i ældreplejen*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Grønkjær, L.L. (2013). Nurses experiences of stress and burnout: a literature review, *Klinisk Sygepleje*, Vol. 27(1), s. 15-26.
- Gustafsson, T. & Hemberg, J. (2022). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses, *Nursing Ethics*, Vol. 29(1), s. 157-170.
- Harrad, R. & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly, *Acta Biomed for Health Professions*, Vol. 89(7), s. 60-69.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K. & Taylor, R. (2020). Contesting the term 'compassion fatigue': Integrating findings from social neuroscience and self-care research, *Collegian*, Vol. 27(2), s. 232-237.
- Hunt, P.A., Denieffe, S. & Gooney, M. (2017). Burnout and its relation to empathy in nursing. A review of the literature. *Journal of Research in Nursing*. Vol. 22(1-2), s. 7-22.
- Høgsted, R. (2021). *Grundbog i belastningspsykologi: Forebyggelse af primær og sekundær traumatisering ved psykisk krævende arbejde*. 4. udg. København: Forlaget Ictus.
- Ibsen, J. T. (2022). *Støtte til fastholdelse af sårbare SOSU-elever: Erfaringer og perspektiver fra SOSU-elever og professionelle omkring eleverne i København*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Isdahl, P. (2018). *Medfølelsens pris: Når professionelle hjælpere har brug for hjælp*. 1. udg. København: Akademisk Forlag.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jameton, A. (2017). What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care, *AMA Journal of Ethics*, Vol. 19(6), s. 617-628.
- Jenkins, B. & Warren, N. (2012). Compassion fatigue and effects upon critical care nurses, *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 35(4), s. 388-395.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue, *Nursing*, Vol. 22(4), s. 116-120.

- Kjellberg, P.K, Buch, M.S. & Anderberg, E.M. (2023). *Nærhed i omsorg: Evaluering af seks kommunale udviklingsprojekter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjellberg, P.K. & Topholm, E.H.E (2023). *Organisering af BUM-modellen på ældreområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Klimecki, O. & Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. I: Oakley, B., Knafo, G., Madhavan, G. & Wilson, D.S. (red.). *Pathological Altruism*, s. 368-384. Oxford: Oxford University Press.
- Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lauritzen, H. H., Jensen, M. C. F., Kjer, M. G. & Mikuta, M. I. (2022). *Analyse af social- og sundhedsuddannelsernes image og imageudfordringer: Rekruttering til og fastholdelse i social- og sundhedsfagene*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: Understanding compassion, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 71(9), s. 2041-2050.
- Lynch, S.H. & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: A Wilsonian concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68(9), s. 2125-2134.
- Marshman, C., Hansen, A. & Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 29(4), s. 529-543.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective: I: Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (red.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, s. 19-32. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. I: Cooper, C.L. (red.). *Theories of Organizational Stress*, s. 68-85. Oxford: Oxford University Press.
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook*, New York: Routledge

- Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring the dying? *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 18(12), s. 606-611.
- Najjar, N., Dawis, L.W., Beck-Coon, K. & Doebbeling, C.C. (2009). Compassion Fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers, *Journal of Health Psychology*, Vol. 14(2), s. 267-277.
- Nikunlaakso, R., Selander, K., Weiste, E., Korkiangas, E., Paavolainen, M., Koivisto, T. & Laitinen, J. (2022). Understanding moral distress among eldercare workers: A scoping review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19(15), 1-14.
- Nolte, A.G.W., Downing, C., Temane, A. & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 26(23-24), s. 4364-4378.
- Parola, V., Coelho, A., Sandgren, A., Fernandes, O. & Apostolo, J. (2018). Caring in palliative care: A phenomenological study of nurses' lived experiences, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Vol. 20(2), s. 180-186.
- Pearlman, L.A & Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26(6), s. 558-565.
- Pehlivan, T. & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and the unknown, *Journal of Psychiatric Nursing*, Vol. 9(2), s. 129-134.
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. Vol. 53(4), s. 466-480.
- Quist, H.G. & Back, E. (2009). *PUMA – Projekt Udbrændthed, Motivation og Arbejdsglæde: Slutrapport*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Sabo, B.M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue, *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 16(1), s. 1-11.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 69, 9-24.

- Social- og Boligstyrelsen (2018). *Psykisk vold*. Tilgået 20.09.2023:  
<https://sbst.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/viden-om-vold/typer-af-vold/psykisk-vold>
- Sohn Jensen, A.M. (2023). *Omsorgstræthed: Syv forebyggende principper*. København: Akademisk Forlag.
- Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research, *Applied Nursing Research*, Vol. 44, s. 97-99.
- Sundhedsstyrelsen (2023). *Forebyggelse af omsorgstræthed og forråelse i ældreplejen: Inspirationsmateriale*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Todaro-Franceschi, V. (2019). *Compassion Fatigue and Burnout in Nursing: Enhancing Professional Quality of Life*. 2. udg. New York: Springer Publishing Company.
- Topholm, E.H.E. & Kjellberg, P.K. (2022). *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation of revisitation*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Topholm, E.H.E., Holt, H., Houlberg, K., Pedersen, L.B., Haulund Jensen, K., Darger, M. & Horne Fischer, R. (2023). *Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet: Udviklingen i vikarudgifter, erfaringer med brugen af eksterne vikarer og vikarernes oplevelser*. VIVE: Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vaaben, N., Olesen, K.G. & Gylling, M. (2023). Should I stay or should I go? Moralsk stress som push-faktor i politi, folkeskole og ældrepleje, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Vol. 25(1), 10-27.
- Ådland, A.K., Gripsrud, B.K., Lavik, M.H. & Ramvi, E. (2022). "They Stay With You": Nursing home staff's emotional experiences of being in a close relationship with a resident in long-term care who died, *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 40(2), s. 108-122.

## Bilag 1 Litteraturstudiets primære publikationer

1. Birkmose, D. (2013). *Når gode mennesker handler ondt: Tabuet om forræelse*. Odense: Odense Universitetsforlag.
2. Bøgeskov, B.O. (2022). Moralsk stress, omsorgstræthed og forræelse. I: Falch, L. & Bøgeskov, B.O. (red). *Etik i sygeplejen: Grundbog i teori og praksis*, s. 238-249. København: FADL.
3. Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J.R., Page, S., Mitchell, I. & Doig, C.J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis, *Nursing Ethics*, Vol. 27(3), s. 639-665.
4. Coetzee, S.K. & Klopper, H.C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis, *Nursing and Health Sciences*, Vol. 12(2), s. 235-243.
5. Coetzee, S.K. & Laschinger, H.K.S. (2017). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review, *Nursing and Health Sciences*, Vol. 20(4), s. 4-15.
6. Døssing, A., Svendsen, C.T. & Ankersen, P.V. (2021). *Supervision på plejecentre i Kolding Kommune: Evalueringsrapport*. Aarhus: Forskningscenter for ledelse, organisation og samfund (FLOS), VIA University College.
7. Grønkjær, L.L. (2013). Nurses experiences of stress and burnout: a literature review, *Klinisk Sygepleje*, Vol. 27(1), s. 15-26.
8. Gustafsson, T. & Hemberg, J. (2022). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses, *Nursing Ethics*, Vol. 29(1), s. 157-170.
9. Harrad, R. & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly, *Acta Biomed for Health Professions*, Vol. 89(7), s. 60-69.
10. Hofmeyer, A., Kennedy, K. & Taylor, R. (2020). Contesting the term 'compassion fatigue': Integrating findings from social neuroscience and self-care research, *Collegian*, Vol. 27(2), s. 232-237.
11. Hunt, P.A., Denieffe, S. & Gooney, M. (2017). Burnout and its relation to empathy in nursing. A review of the literature. *Journal of Research in Nursing*. Vol. 22(1-2), s. 7-22.
12. Høgsted, R. (2021). *Grundbog i belastningspsykologi: Forebyggelse af primær og sekundær traumatisering ved psykisk krævende arbejde*. 4. udg. København: Forlaget Ictus.
13. Isdahl, P. (2018). *Medfølelsens pris: Når professionelle hjælpere har brug for hjælp*. 1. udg. København: Akademisk Forlag.

14. Jenkins, B. & Warren, N. (2012). Compassion fatigue and effects upon critical care nurses, *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 35(4), s. 388-395.
15. Klimecki, O. & Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscienc. I: Oakley, B., Knafo, G., Madhavan, G. & Wilson, D.S. (red.). *Pathological Altruism*, s. 368-384. Oxford: Oxford University Press.
16. Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: Understanding compassion, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 71(9), s. 2041-2050.
17. Lynch, S.H. & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: A Wilsonian concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68(9), s. 2125-2134.
18. Marshman, C., Hansen, A. & Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 29(4), s. 529-543.
19. Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring the dying? *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 18(12), s. 606-611.
20. Najjar, N., Dawis, L.W., Beck-Coon, K. & Doebbeling, C.C. (2009). Compassion Fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers, *Journal of Health Psychology*, Vol. 14(2), s. 267-277.
21. Nikunlaakso, R., Selander, K., Weiste, E., Korkeangas, E., Paavolainen, M., Koivisto, T. & Laitinen, J. (2022). Understanding moral distress among eldercare workers: A scoping review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19(15), 1-14.
22. Nolte, A.G.W., Downing, C., Temane, A. & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 26(23-24), s. 4364-4378.
23. Parola, V., Coelho, A., Sandgren, A., Fernandes, O. & Apostolo, J. (2018). Caring in palliative care: A phenomenological study of nurses' lived experiences, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Vol. 20(2), s. 180-186.
24. Pehlivan, T. & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and the unknown, *Journal of Psychiatric Nursing*, Vol. 9(2), s. 129-134.
25. Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. Vol. 53(4), s. 466-480.
26. Quist, H.G. & Back, E. (2009). *PUMA – Projekt Udbrændthed, Motivation og Arbejdsglæde: Slutrapport*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

27. Sabo, B.M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue, *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 16(1), s. 1-11.
28. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 69, 9-24.
29. Sohn Jensen, A.M. (2023). *Omsorgstræthed: Syv forebyggende principper*. København: Akademisk Forlag.
30. Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research, *Applied Nursing Research*, Vol. 44, s. 97-99.
31. Todaro-Franceschi, V. (2019). *Compassion Fatigue and Burnout in Nursing: Enhancing Professional Quality of Life*. 2. udg. New York: Springer Publishing Company.
32. Vaaben, N., Olesen, K.G. & Gylling, M. (2023). Should I stay or should I go? Moralsk stress som push-faktor i politi, folkeskole og ældrepleje, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Vol. 25(1), 10-27.
33. Ådland, A.K., Gripsrud, B.K., Lavik, M.H. & Ramvi, E. (2022). "They Stay With You": Nursing home staff's emotional experiences of being in a close relationship with a resident in long-term care who died, *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 40(2), s. 108-122.

**VIVÉ**