



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# EMPATISK UTMATTNING HOS INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERS KOR UNDER EN PÅGÅENDE COVID-19 PANDEMI

**Författare:**  
**Samuel Possnert**  
**Baback Rahmani**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning intensivvård OM5530
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Åsa Axelsson

Titel svensk:	Empatisk utmattning hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående covid-19 pandemi
Titel engelsk:	Compassion fatigue amongst critical care nurses during an ongoing covid-19 pandemic
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning intensivvård/OM5530
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Åsa Axelsson
Nyckelord:	Empati, empatisk utmattning, covid-19, intensivvård, intensivvårdssjuksköterskor, medkänsligtillfredsställelse, pandemi, utbrändhet

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Den krävande intensivvårdsmiljön utsätter intensivvårdssjuksköterskor för en hög stress och graden av utbrändhet hos intensivvårdssjuksköterskor är högre än annan vård- och omsorgspersonal. Indirekt exponering till trauma i dessa miljöer kopplat med utbrändhet och minskad tillfredsställelse från empatiskt arbete kan bidra till empatisk utmattning med konsekvenser för personalens hälsa och patientvården. Covid-19 pandemin har utmanat den moderna intensivvården och specialistsjuksköterskor i frontlinjen har belastats med högre arbetsbördor, med ökade risker för empatisk utmattning som följd.

**Syfte:** Att undersöka graden av empatisk utmattning hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående Covid-19 pandemi och jämföra resultatet med tidigare studier.

**Metod:** Studiedesign var en enkätstudie med ett Google forms webb-formulär baserat på självskattningsinstrumentet *Professional Quality of Life Scale*. Det består av tre delskalor, som på svenska benämns *medkänsligtillfredsställelse*, *empatisk utmattning* och *utbrändhet*. Deltagare i studien var 47 intensivvårdssjuksköterskor från Central IVA och Neurologi IVA på Sahlgrenska sjukhuset samt IVA på Mölndals sjukhus. Dataanalys genomfördes med hjälp av SPSS.

**Resultat:** Föreliggande resultat jämfördes med referensdata från 30 studier med sammanlagt 5612 respondenter med skilda professioner inom vård och omsorg. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde observeras vid jämförelse med dessa referensdata för delskalorna *medkänsligtillfredsställelse* och *utbrändhet*. Däremot var medelvärdet signifikant högre för de 47 IVA sjuksköterskorna beträffande delskalan *empatisk utmattning* ( $p < 0,00001$ ).

**Slutsats:** Bortfallet i studien är stort vilket medför problem för generalisering. Den relativt stora skillnaden i *empatisk utmattning* i jämförelse med referensdata indikerar dock att detta bör uppmärksammas vidare i fortsatt forskning om effekterna på arbetsmiljön bland IVA personal under Covid-19 pandemin.

**Nyckelord:** Empati, empatisk utmattning, covid-19, intensivvård, intensivvårdssjuksköterskor, medkänsligtillfredsställelse, pandemi, ställföreträdande traumatisering, utbrändhet

## Abstract

**Background:** The demanding critical care environment exposes critical care nurses to a higher level of stress and the degree of burnout in critical care nurses is higher than other care and nursing staff. Indirect exposure to trauma in these environments coupled with burnout and reduced satisfaction from empathic work can contribute to compassion fatigue with consequences for staff health and patient care. The Covid-19 pandemic has challenged modern critical care and specialist nurses on the front lines have been burdened with higher workloads, with increased risks of developing compassion fatigue as a result.

**Aim:** To measure the degree of compassion fatigue in critical care nurses during an ongoing covid-19 pandemic and compare the results with earlier studies.

**Method:** Study Design was a survey study using a Google Forms web-survey based on the *Professional Quality of Life Scale* self-assessment tool. It consists of three subscales, namely *compassion satisfaction*, *compassion fatigue*, and *burnout*. Participants in the study were 47 intensive care nurses from the Central ICU and Neurology ICU at Sahlgrenska Hospital and ICU at Mölndal Hospital. Data analysis was performed using SPSS.

**Results:** The presented results were compared with reference data from 30 studies with a total of 5612 respondents with different professions in healthcare. No statistically significant differences could be observed when compared with reference data for the subscale *compassion satisfaction* and *burnout*. On the other hand, the mean value was significantly higher for the 47 ICU nurses regarding the subscale *compassion fatigue* ( $p < 0.00001$ ).

**Conclusion:** The dropout rate in the study is large, which causes problems for generalization. However, the relatively large difference in *compassion fatigue*, when compared with reference data, indicates that this should be further noted in future research regarding the effects of the work environment on ICU staff during the Covid-19 pandemic.

**Key words:** burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, covid-19, critical care, critical care nurses, empathy, pandemic, secondary traumatic stress

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1 Empatisk utmattning.....	1
2.2 Intensivvårdssjuksköterskor .....	2
2.3 Professional Quality of Life Scale.....	4
2.4 Covid-19 .....	4
2.5 Problemformulering.....	5
2.6 Syfte.....	6
3. Metod .....	6
3.1 Design.....	6
3.2 Mätinstrument.....	6
3.3 Urval och Utskick .....	7
3.4 Dataanalys .....	7
3.5 Etiska överväganden.....	8
4. Resultat.....	9
4.1 Demografisk data.....	9
4.2 Empatisk utmattning, medkänslotillfredsställelse och utbrändhet .....	9
4.3 Jämförelse med referensdata .....	12
5. Diskussion .....	13
5.1 Metoddiskussion.....	13
5.2 Resultatdiskussion .....	14
5.3 Slutsats och implikationer .....	16
Referenslista .....	17

*Bilaga 1. Frågeformulär*

*Bilaga 2. Forskningspersonsinformation (FPI)*

*Bilaga 3. Tillåtelse att använda Professional Quality of Life Scale v 5.0 (ProQOL).*

# 1. Inledning

Den krävande intensivvårdsmiljön utsätter sjuksköterskor för en hög stress (Shahar, Asher, & Ben Natan, 2019). Intensivvårdssjuksköterskan behandlar och vårdar några av de sköraste patienterna med de mest utmanande sjukdomstillstånden (Jakimowicz, Perry, & Lewis, 2017; Milligan & Almomani, 2020; van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, & Nijkamp, 2015). Arbetet utförs ofta i en stressfylld och kaotisk miljö där noggrann monitorering, rätt behandling och snabba bedömningar kan vara avgörande för patienternas överlevnad. Stress är i en sådan miljö vanligt förekommande och kan bland annat bidra till empatisk utmattning (compassion fatigue, CF) hos vårdpersonalen (Shahar et al., 2019).

Empatisk utmattning kan enkelt förklaras som den negativa konsekvens som kan uppstå hos de som vårdar andra personer som genomgår någon form av trauma. Genom denna kontakt finns en risk att den som hjälper drabbas av liknande symtom som de som de vårdar (Figley, 1995). Studier har visat att CF kan ha negativa konsekvenser för både vården av patienter och personal. Flera studier visar på de risker och negativa effekter som det kan ha på såväl intensivvårdssjuksköterskor som verksamhet, patienter och anhöriga (Aslan, Erci, & Pekince, 2021; Milligan & Almomani, 2020; Shahar et al., 2019). CF innebär förutom ett nedsatt välbefinnande hos vårdpersonalen även en ökad risk för sjukskrivning, ökad risk för att fel begås liksom sänker effektiviteten i verksamheten (Adimando, 2018; Jakimowicz et al., 2017; Milligan & Almomani, 2020).

Under Covid-19 pandemin har vården varit under hög belastning och effekterna har och är fortfarande globala (Ruiz-Fernández et al., 2020). Inte minst hos intensivvårdspersonal, som redan uppvisar en högre nivå av CF jämfört med andra vårdyrken, kan konsekvenserna av pandemin varit än mer påtagliga (Kelly, 2017; Ruiz-Fernández et al., 2020; Sacco, Ciurzynski, Harvey, & Ingersoll, 2015).

## 2. Bakgrund

### 2.1 Empatisk utmattning

Begreppet CF är inte ett nytt begrepp trots att det genom tiderna skiftat i definition och namn. Det finns beskrivet hur det identifierades hos sjuksköterskor redan på 1950-talet (Milligan & Almomani, 2020). Det fick emellertid ett verkligt genomslag under 1990-talet då det i en mer bred betydelse undersöktes, analyserades och beskrevs (Milligan & Almomani, 2020). Begreppet *compassion fatigue* myntades av sjuksköterskan Carla Joinson 1992 och har tidigare beskrivits med namn såsom *vicarious traumatization* och *secondary traumatic stress* (Joinson, 1992; Sacco et al., 2015). På svenska har *compassion fatigue* översatts till *empatitrötthet*, *emotionell utmattning* eller *ställföreträdande traumatisering*. Författarna väljer att i detta arbete konsekvent använda uttrycket *empatisk utmattning* som översättning.

Med utbrändhet (burnout, BO) menas främst en reaktion till följd av en hög och långvarig stressnivå från arbetslivet och/eller andra livsomständigheter. CF syftar mer till de följder som kan uppstå inom yrken som innebär ett empatiskt engagemang (Kelly, 2017; Ruiz-Fernández et al., 2020; Sacco et al., 2015).

Figley (1995) beskriver hur terapeuter och vårdare kan utveckla traumasymtom som liknar de symtom som patienterna de vårdar har. Han lanserade begreppet *secondary traumatic stress* med symtom som liknar de som vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). CF kan sammanfattas som beteenden och känslor som uppstår ur vetskapen om traumatiska händelser som en annan människa har eller har haft. Denna vetskap resulterar i en stress som beskrivs som en naturlig och ofrånkomlig konsekvens av att hjälpa eller vilja hjälpa en traumatiserad eller lidande person (Bourassa, 2009; Bush, 2009; Figley, 1995; Sabo, 2006). Joinson (1992) beskrev att det hos empatiska och omtänksamma personer finns en särskild risk att absorbera stressen som en patient upplever. CF hos vårdpersonal karaktäriseras av emotionell och fysisk utmattning under eller efter att ha behandlat döende eller kritiskt sjuka. Detta kan leda till desensivering som i sin tur har en negativ effekt på individens förmåga att känna empati för framtida patienter (Milligan & Almomani, 2020).

Med CF beskrivs de successivt tilltagande symtom av slitage på en hjälparens förmåga att känna engagemang och förmåga att bry sig om sina patienter (Holm, 2009). Begreppet har senare utvecklats till att inkludera alla former av hjälparens yrken och kan mätas genom att se på sambandet mellan BO och CF när det ställs emot CS (Kelly, 2017; Ruiz-Fernández et al., 2020; Sacco et al., 2015).

Balansen mellan påfrestning och belöning inom vårdyrken kallas med andra ord för graden av medkänslotillfredsställelse (compassion satisfaction, CS) och innebär upplevelsen av den positiva belöning som uppstår från att hjälpa någon annan (Fahey & Glasofer, 2016; Sacco et al., 2015). CS har ett samband med upplevd CF, då minskning innebär att riskfaktorerna för att utveckla CF blir mer påtagliga (Fumis, Junqueira Amarante, de Fátima Nascimento, & Vieira Junior, 2017) Det har visat sig att låg CS, dålig sömnkvalitet och ett stort antal arbetstimmar bidrar till en ökad grad av CF (Wang et al., 2020).

## 2.2 Intensivvårdssjuksköterskor

Intensivvårdsavdelningar (IVA) har funnits i över 50 år. Specialisering inom intensivvård har därefter successivt utvecklats i takt med en globalt ökad livslängd och populationsökning (Aitken, Marshall, & Chaboyer, 2019). Intensivvården är en högteknologisk miljö som kräver en unik kompetens. Specialistsjuksköterskor inom detta område arbetar aktivt med en högre vårdnivå och förebygger sjukdom hos akut sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ. Arbetet innefattar även vård i livets slutskede och akut vård. Intensivvårdssjuksköterskor ska ha kompetensen att självständigt kunna prioritera och ha beredskapen att agera i komplexa och avancerade omvårdnadssituationer. Detta ställer höga krav på intensivvårdssjuksköterskan som

måste utvecklas i takt med att den högteknologiskt krävande arbetsmiljön ökar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2021).

Vården idag är person- och familjecentrerad. Även inom intensivvård med sin kritiska karaktär är behovet av stöd från anhöriga stort. Detta innebär vidare ett ökat behov av ett etiskt förhållningssätt och empatiskt engagemang (Holm, 2001; Newell & Jordan, 2015; Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2021; Sabo, 2006). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor står det att en sjuksköterska *”ska kommunicera med patienter, närstående, medarbetare och andra i teamet på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt”* (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 7). För specialistsjuksköterskor med inriktning mot intensivvård beskrivs det hur *”intensivvårdssjuksköterskan ska stödja, informera och involvera närstående i patientvården med ett etiskt förhållningssätt bemöta och tillvarata patientens och närståendes behov och resurser vid kritisk sjukdom”* (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2021, s. 5).

En empatisk förmåga beskrivs vara grunden för att vårdpersonal ska kunna kommunicera med sina patienter på ett optimalt sätt (Baranowsky, 2002; Bellet & Maloney, 1991). Den empatiska förmågan, grad av känslighet och det empatiska engagemanget är en förutsättning för att kunna utföra en god omvårdnad (Figley, 1995). Intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för att vård och behandling sker enligt personcentrerade etiska principer där patientens autonomi, integritet och värdighet bevaras (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2021). Även då det är en del av specialistsjuksköterskans arbete att erbjuda ett empatiskt bemötande mot patient och anhöriga, så finns det dock få råd och vägledning om hur detta utförs på ett konkret och i längden hållbart sätt (Bellet & Maloney, 1991).

Det kan dock ha sitt pris med ett stort empatiskt engagemang och stor medkänsla. Personer som dagligen tvingas ta del av andras ångest, smärta och lidande kan på sikt uppleva liknande känslor (Figley, 1995). Särskilt om detta sker utan bekräftelse eller särskild stöttning. Inom sjukvården kan sjuksköterskor som kommer för nära och själva riskerar att drabbas av patientens svåra upplevelser få en försämrad förmåga att kunna hjälpa och stötta patienten (Holm, 2001). Långvarig exponering till emotionellt utmanande scenarion, etiska dilemman, påfrestande arbetsmiljö kan leda till BO och vad man kallar CF (Jakimowicz, Perry, & Lewis, 2018; Milligan & Almomani, 2020). Tillstånd av det här slaget har även visat sig vara relaterat till ökat substansberoende, depression och suicid (Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016).

Intensivvårdssjuksköterskor har en hög andel rapporterade fall av BO och är mer exponerad för dödsfall och svårt trauma, riskfaktorer som är associerade med CF (Colville et al., 2017; Jakimowicz et al., 2017; Milligan & Almomani, 2020; van Mol et al., 2015). Ökade nivåer av stress kan också vara utmärkande för IVA personal då de ofta förväntas ha större medicinsk kompetens samtidigt som de utsätts för större etiska dilemman samt medicinska behov hos patienterna (Jakimowicz et al., 2018; Milligan & Almomani, 2020; van Mol et al., 2015). Andra riskfaktorer som är vanliga inom intensivvård och som kan bidra till CF är långa arbetspass,

stressig arbetsmiljö och svårhanterliga patienter och även anhöriga (Maiden, Georges, & Connelly, 2011).

Inom intensivvårdsverksamheter associeras CF och BO med minskad vårdkvalitet och patienttillfredsställelse samtidigt som det bidrar till att medicinska misstag, och vårdskador (Rothenberger, 2017). Dessa effekter kan i sin tur påverka verksamhetens ekonomi genom ökade vårdkostnader (Fahey & Glasofer, 2016; Maiden et al., 2011). Bland de som utvecklar CF och ändå stannar kvar inom yrket ökar även sannolikheten att utveckla symtom som kan liknas vid PTSD, som exempelvis orkeslöshet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter och irritabilitet (Jenkins & Warren, 2012; Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009; Thusini, 2020). Den högteknologiska utrustningen samt den begränsade patientmedverkan inom intensivvård kan ytterligare bidra till vad Jakimowicz et al. (2018) och Mealer et al. (2009) kallar 'depersonalisation' av patienten, det vill säga att patienten reduceras till ett biologiskt system. Följden blir motsatsen till personcentrering med minskad empati och medkänsla mot patienterna som följd.

### 2.3 Professional Quality of Life Scale

Frågeformuläret *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) är ett frågeformulär framtaget för att mäta nivån av CF och CS (Stamm, 2010). ProQOL används i stor utsträckning globalt för att mäta CF och CS med över 100 000 vetenskapliga artiklar publicerade och har varit i användning sen 1995. ProQOL är inte ett diagnostiskt instrument det vill säga ingen officiell diagnos kan erhållas från resultatet av ett genomfört test. Syftet som testet kan uppfylla är dock att lyfta och synliggöra tendenser som kan vara relaterat till ett nedsatt välbefinnande som vid starka indikationer kan föranleda en diagnostisk procedur (Stamm, 2010).

Frågeformuläret består av frågor som är uppdelade i tre delskalor som mäter dimensionerna BO, CF och CS. Förutom poängen på de tre delskalorna, finns också klassificeringar i delskalorna från låg till högt. Höga poäng på CS är förknippat med minskade depressionssymtom och ångest, medan höga poäng på BO och CF är relaterat till ökade depressionssymtom och ångest (De La Rosa, Webb-Murphy, Fesperman, & Johnston, 2018; Stamm, 2010).

### 2.4 Covid-19

Sjukdomen Covid-19 orsakas av viruset SARS-2. Utbrottet anses ha startat i den kinesiska staden Wuhan och spred sig därifrån till hela världen. Den 11 mars 2020 meddelade World Health Organization (WHO) att virusspridningen klassades som en pandemi (Ghebreyesus, 2020).

Covid-19 pandemin har utvecklats till att bli en av de mest signifikanta hälsoriskerna i modern tid (Ruiz-Fernández et al., 2020). Vårdpersonal har drabbats hårt av pandemin relaterat till en kraftigt ökad arbetsbörda med bland annat aktiverade krisavtal och förlängda arbetstider (Chen et al., 2021; Franza, Basta, Pellegrino, Solomita, & Fasano, 2020). Att arbeta under sådana pressade omständigheter, med begränsade resurser och hög stressnivå som pandemin medfört,



kan ha kraftigt negativa konsekvenser för vårdpersonalens hälsa och bland intensivvårdspersonal, som står på frontlinjen för arbetet under pandemin ökar riskerna för personalen att utveckla allvarliga former av CF och BO (Franza et al., 2020; Ruiz-Fernández et al., 2020).

Tillgången av skyddsutrustning, förebyggande strategier och arbetsbörda är essentiellt för upplevelsen av arbetspress hos vårdpersonal (Tolomiczenko et al., 2005; Wahlster et al., 2021). Förutom brist på intensivvårdsplatser uppstod under pandemins utbrott även en brist på ventilatorer. Äldre manuella ventilatorer som flera av intensivvårdspersonalen var osäkra på att hantera var tvungna att tas i bruk. Hårda prioriteringar för vilka som skulle få ventilatorbehandling tillämpades under de mest pressade perioderna då inte de tillgängliga ventilatorerna räckte till antalet ventilatorkrävande patienter (Truog, Mitchell, & Daley, 2020).

Under pandemin, då anhöriga varit helt utestängda från intensivvårdsavdelningarna, har en ytterligare barriär lagts gentemot de anhörigas möjlighet att greppa den intensivvårdade närståendes situation. Dessa förhållanden gör det även svårt för anhöriga att kunna ta nödvändiga beslut å sin närståendes vägnar (Montauk & Kuhl, 2020). Anhöriga får inte heller möjlighet att ta farväl av sina närstående, vilket kan leda till komplicerad sorg och trauma (LeRoy, Robles, Kilpela, & Garcini, 2020). Detta innebär även en stress för intensivvårdspersonalen då det i praktiken blir de som tar farväl av de döende patienterna (El-Hage et al., 2020).

Intensivvårdssjuksköterskor har under covid-19 pandemin uppvisat en stor flexibilitet i sina arbetsuppgifter och sin förmåga att dela sina specialistkunskaper i utplärande av ovana kollegor. Att inte kunna följa de inarbetade rutinerna, i kombination med osäkerhet och oklarhet kring det nya viruset, har inneburit en påtaglig stress hos intensivvårdssjuksköterskor (Thusini, 2020). Faktorer som visat sig vara skyddande mot att utveckla symtom på stress är utarbetade copingstrategier, framförhållning, en trosuppfattning, ett aktivt sökande efter emotionellt stöd, positivt tänkande liksom distraktionsförmåga, närheten till fysisk aktivitet och ett bra ledarskap (Blanc et al., 2021; Jakimowicz et al., 2018; Monroe, 2020; Ogińska-Bulik, 2014). Det är inte alla personer som upplever enbart negativa konsekvenser efter trauma. Begreppet "posttraumatisk växt" syftar till de positiva sidor som personer som genomgått trauma kan uppleva så som: en positivt förändrad världsuppfattning, omvärdering av relationer och en stärkt självuppfattning (Kira et al., 2018).

## 2.5 Problemformulering

Tidigare forskning visar på att förekomsten av CF är större hos intensivvårdspersonal i jämförelse med andra vårdinstanser. Intensivvårdssjuksköterskorna hör till den vårdpersonal som drabbats hårdast av covid-19 pandemin, med en stor eskalering av antal patienter, förändrade rutiner, nya ovana kollegor liksom aktiverade krisavtal med förlängda arbetstider och övertidsarbete. Dessa faktorer kan antas bidra till att öka risken att utveckla CF men endast ett fåtal studier har presenterats där förekomsten av CF mätts under den pågående pandemin.

Att mäta förekomsten av CF hos intensivvårdssjuksköterskor kan uppmärksamma och belysa fenomenet samt möjliggöra att förebyggande strategier kan upprättas. Det kan resultera i ett bättre välbefinnande hos vårdpersonal samt patient och anhöriga, minska risken för sjukskrivning, minska risken för att fel begås och öka effektiviteten i verksamheten. Därför är syftet med denna studie att mäta graden av CF hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående covid-19 pandemi samt jämföra resultatet med tidigare studier som genomförts.

## 2.6 Syfte

Att undersöka graden av CF hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående covid-19 pandemi och jämföra resultatet med tidigare studier.

# 3. Metod

## 3.1 Design

Studien är en tvärsnittsstudie baserad på det standardiserade frågeformuläret Professional Quality of Life Scale, version 5 (ProQOL), utvecklat av Stamm (2010) och översatt till svenska av Gerge (2011). Beroende på att frågeformuläret mäter på förhand definierade dimensioner av upplevelser med bestämda svarsskalor kan forskningsansatsen betraktas som deduktiv (Polit & Beck, 2021b). Redovisningen sker huvudsakligen genom beskrivande statistik i form av tabeller och diagram.

## 3.2 Mätinstrument

Den svenska versionen av ProQOL anpassades fråga för fråga till Google Forms utan att ändra frågeformulering och svarsskala (se bilaga 1). Frågor om könstillhörighet, ålder och yrkeserfarenhet (som allmänsjuksköterska och intensivvårdssjuksköterska) lades till. Formuläret pilottestades av handledare innan utskick.

Instrumentet består av tre delskalor (dimensioner) som mäter CS, BO och CF. Alla tre dimensionerna mäts genom summering av 10 frågor vardera. Hela instrumentet består således av 30 frågor. Svarsskalorna för alla frågor är femgradiga Likertskalor med alternativ från 'aldrig' till 'mycket ofta' (se bilaga 1). Svartalternativen graderas från 1 till 5. Siffrornas innebörd beskrivs i formuläret som: 1=Aldrig 2=Sällan 3=Ibland 4=Ofta 5=Mycket ofta. Internt bortfall (om respondenten missat att svara på en eller flera frågor inom respektive delskala) behandlades genom det så kallade halvskalkriteriet (Fayers & Machin, 2016). Det innebär att om respondenten besvarat hälften eller färre av frågorna inom en delskala anges det som 'missing' för hela delskalan. Om respondenten svarat på fler än hälften, men inte samtliga, beräknas ett medelvärde av de besvarade som extrapoleras till fullsvar. För övriga erhålls skalpoäng genom oviktad summering. Minsta möjliga poäng för respektive delskala blir då 10 poäng och maximalt möjliga blir 50 poäng. Klassificeringar i delskalorna summeras som låg förekomst (22 poäng eller mindre), medel (23 till 41 poäng) och hög (42 poäng eller mer).

Poängsättningen är gjord så att hög poäng på dimension CS innebär en positiv upplevelse av hög CS medan höga poäng på dimensionerna BO och CF innebär negativa upplevelser i form av BO och CF.

Instrumentet är fritt att använda så länge inga ändringar av frågor görs. Användare uppmanas dock att göra en formell ansökan till upphavsorganisationen 'The Center for Victims of Torture' ([www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org)). Detta har också gjorts varvid ett godkännande togs emot (se bilaga 3).

Reliabilitet enligt Cronbach's alpha har beräknats till 0.88 för CS, 0.75 för BO och 0.81 för CF. Dessa beräkningar finns presenterat i (Stamm, 2010). Referensdata finns presenterat i De La Rosa et al. (2018).

### 3.3 Urval och Utskick

För att få tillåtelse att skicka ut frågeformuläret till verksamheterna togs först kontakt med vårdenhetschefer på samtliga intensivvårdsavdelningar inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Avdelningarna som tillfrågades för deltagande kontaktades genom mail med information om examensarbetet samt bifogad information från institutionen. Vårdenhetschefer som visade intresse för vårt examensarbete, vidarebefordrade i sin tur vår förfrågan till ansvariga verksamhetschefer, vilka förutom ovanstående information också fick ta del av godkänd forskningspersonsinformation (FPI, se bilaga 2). De verksamhetschefer som gav sitt medgivande intygade godkännande av att få genomföra examensarbetet genom bekräftelsemail. Innan datainsamlingen kunde påbörjas försäkrade sig författarna även att examensarbetet godkändes av Etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, att erforderliga forskningsetiska överväganden gjorts samt risk-nytta analys formulerats. Denna information skickades i sin tur till medgivande verksamhetschefer. Av de tillfrågade avdelningarna var Central IVA (CIVA), Neurologi IVA (NIVA) och IVA Mölndals sjukhus (IVA SU/M) positiva till att delta i studien. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara legitimerade intensivvårdssjuksköterskor och så ledes urvalet bekvämlighetsurval. Det totala antalet anställda intensivvårdssjuksköterskor på dessa arbetsplatser uppgick vid utskicket till 202 personer.

Därefter kontaktades enhetscheferna för att assistera med utskick av frågeformuläret till samtliga aktuella medarbetare genom sin tillgång till mailadresser. Dessa gruppmail innehöll standardiserad information om studien, FPI samt tillhörande länk till frågeformuläret. Sändlistor samt namn var därmed helt anonyma för författarna till uppsatsen. Svaren på det webbaserade frågeformuläret var också det helt avidentifierat och återfördes automatiskt till författarna. Deltagarna fick två veckor att svara på frågeformuläret. Påminnelser skickades ut fem dagar, respektive åtta dagar efter första utskick och sköttes av respektive vårdenhetschefer.

### 3.4 Dataanalys

Googles webbenkät ger svaren i form av ett Excelark. Detta konverterades till SPSS (v 27.0) där de statistiska analyserna gjordes. Resultatet presenteras i huvudsak som beskrivande

statistik. Jämförande tester inom undersökningsgruppen gjordes icke-parametriskt med Mann Whitney för kontinuerliga data och Chi<sup>2</sup>/Fischer för kategoriska data. De jämförande testerna med referensdata presenterade av De La Rosa et al. (2018) gjordes emellertid parametriskt med t-test då enbart medelvärden, standardavvikelser och n presenterades i denna studie (se Tabell 4).

### 3.5 Etiska överväganden

Tillstånd att genomföra datainsamling godkändes av Etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Deltagarna informerades genom en utformad FPI som följer etikprövningsmyndighetens mall för FPI. Frågeformuläret besvarades elektroniskt och svaren inkom oidentifierat direkt till författarna utan behov av avkodade sändlistor. Detta säkrar även anonymiteten hos deltagarna då resultaten inte går att spåra till försökspersonerna. Detta säkrade ett upprätthållande av personuppgiftslagen (SFS, 1998:204). Deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde när som helst avsluta studien utan att behöva uppge en anledning.

En potentiell risk med den valda studien var att frågorna i frågeformuläret skulle kunna få svårhanterliga känslor att uppstå. Författarna bedömde denna risk som minimal då det endast rörde sig om en frivillig enkätstudie. Kontaktuppgifter till författare inkluderades i FPI:n så att deltagarna hade möjlighet att ta kontakt om obehag skulle uppstå under deltagandet av studien. En annan risk var att studien genomfördes under en pågående pandemi som innebar en pressad vårdssituation där en enkät som önskades besvaras kunde utgöra ytterligare en stressfaktor. Deltagandet i studien kunde dock när som helst avbrytas.

Nyttan med studien är att ett uppmärksammande av CF underlättar att kunna hantera och förebygga eventuella effekter av fenomenet inom den aktuella verksamheten. Detta kan få den positiva effekten på verksamheten med ett bättre mående hos personal, bättre vård och omvårdnad gentemot patient och anhöriga liksom minskad sjukfrånvaro.

## 4. Resultat

### 4.1 Demografisk data

Enkäten nådde ut till totalt 202 deltagare. Av dessa var det 47 som svarade, det vill säga en svarsfrekvens på 23,3 procent.

Deltagarnas ålder varierade mellan 28 år och 65 år med en medelålder 46 år. Antalet kvinnliga deltagare var 38 (82,6 procent) antalet män var 8 (17,4 procent). Medelvärdet antalet år som allmänsjuksköterska var 9,66 år (SD 8,021 år) och intensivvårdssjuksköterska 13,88 år (SD 11,445 år) (se Tabell 1).

Tabell 1. Demografisk data. Ålder och arbetslivserfarenhet (n=47).

	Ålder	Arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterska	Arbetslivserfarenhet som IVA-sjuksköterska
Medelvärde	46,28	9,66	13,88
Median	45,50	6,00	10,00
Standardavvikelse	10,674	8,021	11,445
Minimum	28	1	1
Maximum	65	35	40

### 4.2 Empatisk utmattning, medkänslotillfredsställelse och utbrändhet

Tabell 2 visar medelvärden, standardavvikelser och min/max för de tre delskalorna. Tabell 3 visar andelarna som ligger inom respektive klassifikationsgrupp (låg, moderat och hög). Figurerna 1–3 visar fördelningarna för de tre delskalorna. Tabell 3 visar att ca 98 procent av respondenternas poäng på delskalan CS var i kategorierna hög och moderat (28 procent hög). I delskalorna BO och CF var samtliga svar i kategorierna låg och moderat. 51 procent av svaren låg i kategorin låg BO och 68 procent i kategorin låg CF. Figur 3 visar dock att fördelningen i CF var dock ganska skev, vilket innebär att trots en majoritet med låga värden, fanns det en minoritet av respondenterna som låg relativt högt i denna delskala.

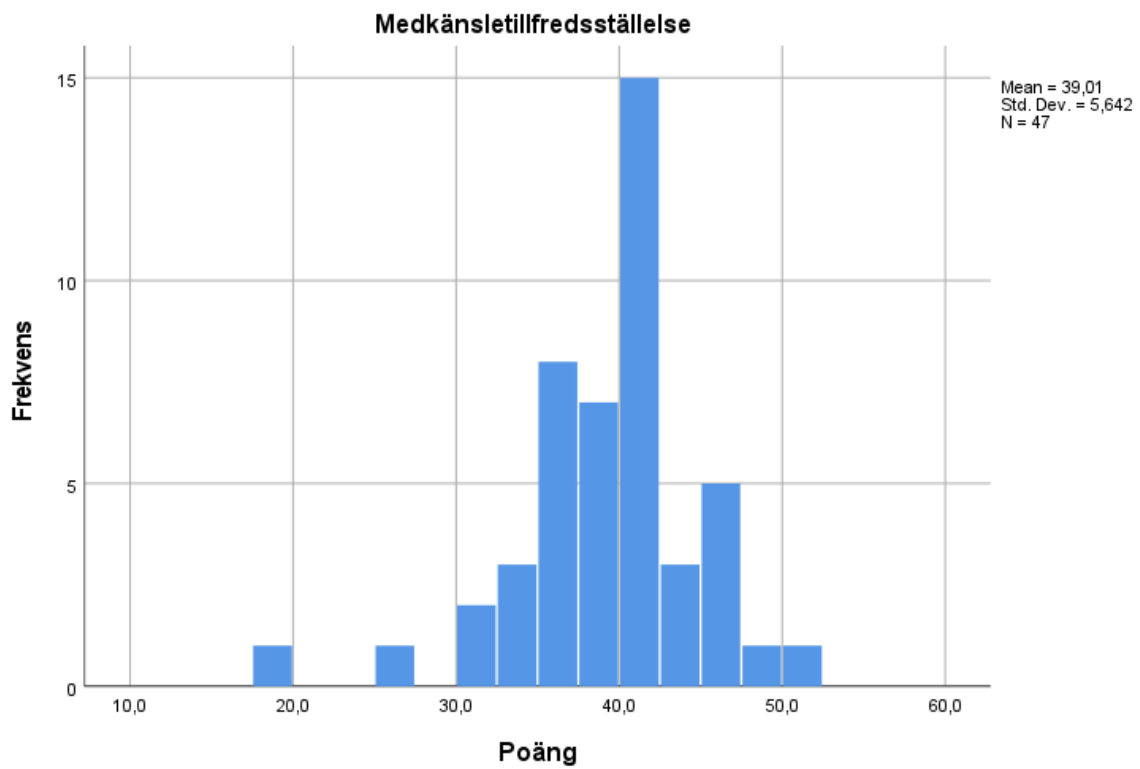
Tabell 2. Medelvärde, standardavvikelse och min/max för de tre delskalorna (n=47).

	Medkänslighetstillfredsställelse	Utbrändhet	Empatisk utmattning
Medelvärde	39,007	22,258	21,274
Median	40,0	22,0	20,0
Standardavvikelse	5,6417	5,7701	6,2029
Minimum	19	11	13
Maximum	50	37	39

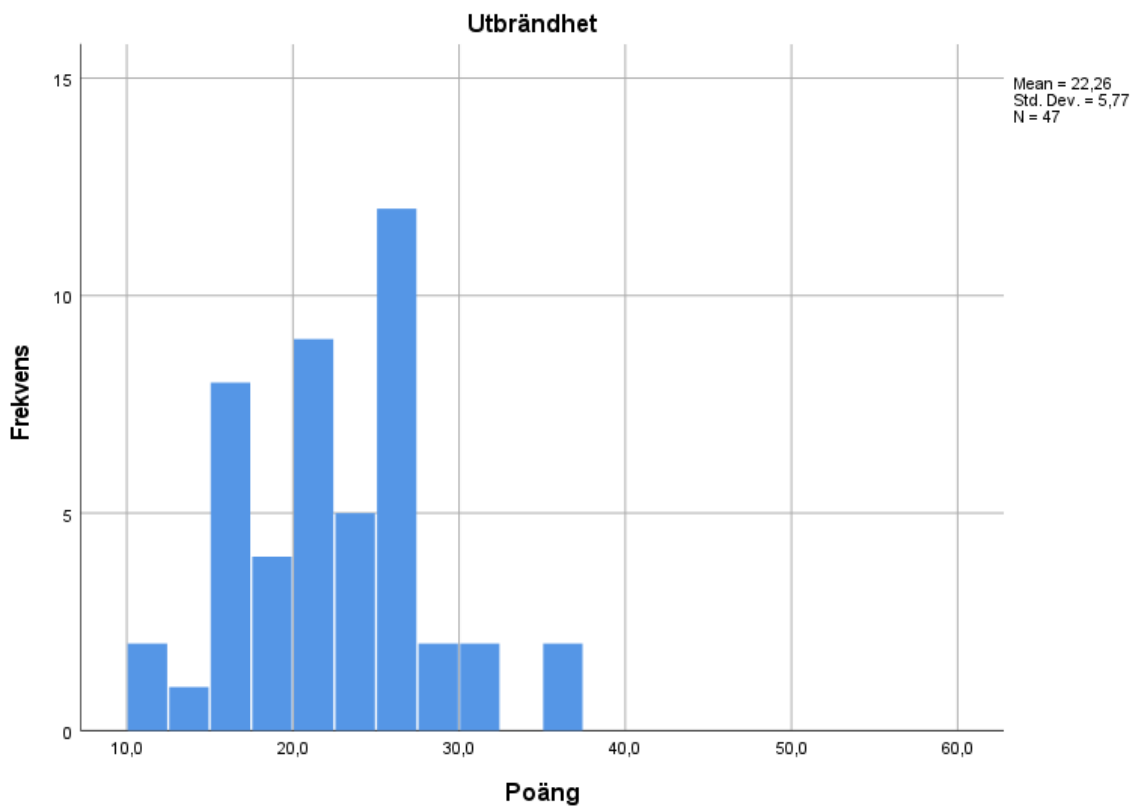
Tabell 3. Sammanställning av poäng hög, medel (moderat) och låg. (n = 47)

		Medkänslighetstillfredsställelse (%)	Utbrändhet (%)	Empatisk utmattning (%)
Valid percent	låg (<=22)	2,1	51,1	68,1
	moderat (23–41)	68,1	48,9	31,9
	hög (42=>)	29,8	0	0

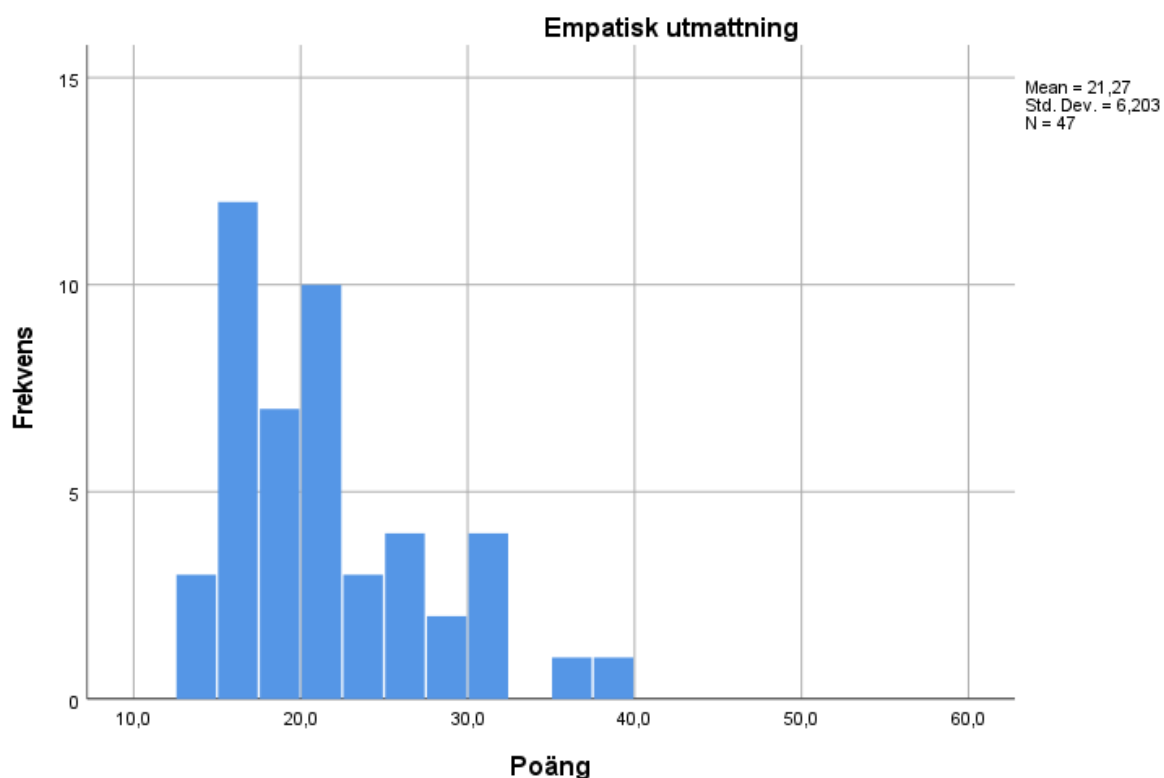
Figur 1. Histogram över poäng för delskalan 'medkänsligtillfredsställelse'



Figur 2. Histogram över poäng för delskalan 'utbrändhet'



Figur 3. Histogram över poäng för delskalan 'empatisk utmattning'



Vid en jämförande analys kunde inte några statistiskt signifikanta skillnader i skattningarna observeras för vare sig kön, ålder eller yrkeserfarenheter.

### 4.3 Jämförelse med referensdata

Resultat från studien jämfördes med referensdata (De La Rosa et al., 2018) från ett urval av 5612 respondenter av deltagare från olika vård- och omsorgsyrken. Ett independent t-test utfördes mot referensdata som visade på en stor skillnad i kategorin CF där deltagarna från vår studie fick betydligt högre poäng (se Tabell 4).

Tabell 4. Jämförelse med referensdata från 'Professional Quality of Life Normative benchmarks' (De La Rosa et al., 2018) (n= 5612) och föreliggande studie (n=47). Test av statistisk signifikans gjordes med t-test.

	Professional Quality of Life Normative Benchmarks M (SD)	Aktuell studie M (SD)	p-values
Medkänslotillfredsställelse	37,7 (6,5)	39,01 (5,65)	0,12
Utbrändhet	22,8 (5,4)	22,26 (5,77)	0,528
Empatisk utmattning	16,7 (5,7)	21,27 (6,20)	<0,00001



## 5. Diskussion

### 5.1 Metoddiskussion

Då ett vedertaget mätinstrument användes till studien kan data som utmätts bedömas hålla en god reliabilitet och vara av god kvalitet (Polit & Beck, 2021c). Instrumentet testades i det digitala formatet innan genomförande av studien för att bekräfta att utformning och struktur var korrekt gentemot ursprungsformat (Polit & Beck, 2021a). På ett fåtal frågor hade deltagarna missat att svara. Dessa har hanterats genom det så kallade halvskalekriteriet (Fayers & Machin, 2016).

Då författarna i digitaliseringen av enkäten valde att använda Google forms utan inloggning så fanns risken att deltagarna kunde fylla i enkäten ett flertal gånger. Fördelen med en webbenkät utan inloggning var en enklare tillgång med en antagen större svarsfrekvens då deltagarna inte behövde logga in med ett konto. Författarna tydliggjorde dock i formuläret att varje deltagare endast skulle fylla i formuläret en gång. Författarna valde även att inte göra frågorna obligatoriska med tanken att personer kunde uppleva det känsligt med vissa frågor, detta kan ha bidragit till de antal obesvarade frågor i ett fåtal av de ifyllda enkäterna. Två påminnelser vid fasta tidpunkter skickades ut för att öka svarsfrekvensen. För att nå ett större urval och öka svarsfrekvensen ytterligare hade ett annat medium än maillistor kunnat användas som till exempel facebookgrupper.

Som referens till studiens resultat användes förutom ProOQL-manualens (Stamm, 2010) även en sammanställning av ett stort antal studier som använt ProQOL som mätinstrument (De La Rosa et al., 2018).

I De La Rosas (2018) studie har variationer i gränsvärden på de olika dimensionerna till skillnad från Stamm (2010) som har samma värden för låg, medel, hög över de tre olika dimensionerna. De La Rosa et al. (2018) menar att Stamms (2010) representation av låg, medel och hög kanske inte är helt pålitlig eftersom representationen av normativa data inte är relativ till nivåerna av rapporterad CF, CS och BO. Om resultatet i vår studie skulle använda sig av samma gränsvärden som De La Rosa et al. (2018) så skulle deltagarna dock ha högt inom rapporterad CF och fortsatt samma gruppering på nivåer av BO och CS. Detta stämmer med nivåerna på intensivvårdssjuksköterskor i De La Rosas (2018) studie med undantag för CF som är högre i vår studie. Stickprovet i De La Rosas studie är också mycket större i jämförelse med vår och små absoluta skillnader kan då bli statistiskt signifikanta. Eftersom vår jämförelse involverar data från olika yrkeskategorier inom vård och omsorg kanske resultatet ej är helt representativt för yrkesgruppen intensivvårdssjuksköterskor.

Barn IVA (BIVA) liksom Neonatal IVA (Neo-IVA) valde att inte delta i studien med motiveringen att de upplevt sig minimalt drabbade av den pågående pandemin och därför inte skulle vara intressanta utifrån studiens syfte. Dessutom var dessa avdelningar aktiva med en pågående flytt. Från avdelningarna Thorax IVA (TIVA) och IVA Östra sjukhuset (IVA SU/Ö)

erhölls inget svar. Bortfallet från framför allt IVA SU/Ö kan ha påverkat resultatet och därmed validiteten för studien då det framför allt varit där patienter med Covid-19 behandlats och därmed den personalgrupp som i högst grad varit påverkad av pandemin. Detta med antagandet att de hårdast drabbade individerna och verksamheterna som IVA SU/Ö valt att avstå från deltagande relaterat till hög arbetsbelastning och förhöjd stressnivå. Även på de intensivvårdsavdelningar som inte direkt exponerats för patienter med Covid-19 har personalgruppen indirekt påverkats av pandemin genom förändrade omständigheter relaterat till restriktioner med bland annat besöksförbud för anhöriga (El-Hage et al., 2020; LeRoy et al., 2020; Montauk & Kuhl, 2020) och tillfälliga omplaceringar för att förstärka Covid-19 IVA (Thusini, 2020).

Representativiteten för studien är låg relaterat till antalet deltagare. Vid en webbenkätstudie är ett bortfall på 50 procent ett godtagbart resultat (Polit & Beck, 2021a). Då denna studie har en svarsfrekvens på 23,3 procent kan resultatet inte räknas som godtagbart och fynden därmed inte heller generaliserbara eller överförbara. Då studien krävde ett etiskt godkännande innan genomförandet minskade tiden för studiens utförande. Detta kan ha påverkat resultatet då det i kombination med lång svarstid från verksamheter påverkade den möjliga tidsramen för studien till två veckor. Det kan även antas att de intensivvårdssjuksköterskor som är allvarligt drabbade av CF har en mindre motivation och ork att besvara en enkät och kan därför finnas överrepresenterade bland de icke besvarade enkäterna.

## 5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att de undersökta deltagarna, trots omständigheterna med en pågående pandemi, har medelhöga upplevelser av CS och samtidigt låga värden inom BO och CF.

Utifrån medias rapportering om överbelastad IVA personal, i kombination med studier som bekräftar en ansträngd situation för intensivvårdspersonal (Chen et al., 2021; Franza et al., 2020), antog författarna högre värden för BO och CF liksom lägre för CS och studieresultatet var därför överraskande.

I jämförelse med referensdata från De La Rosa et al. (2018) visar resultatet av föreliggande studie en högre nivå av CF, men trots detta är resultatet fortfarande skattat som 'lågt' med frågeformulärets gränsvärden. Fördelningen av svaren på denna dimension var dock skev, vilket kan tolkas som att majoriteten har låga värden, men att det finns en minoritet med relativt höga värden (se Figur 3).

Tidigare studier som baserats på ProQOL har inte lyckats identifiera och lyfta fram några övertygande faktorer som kan förutse utvecklandet av CF (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019). En anledning till de skilda resultaten från olika studier kan vara de skilda miljöer och förutsättningar intensivvårdsavdelningar har i olika länder och under annorlunda kontext vilket gör det svårt att jämföra data från olika studier.

Arbetslivserfarenheten för deltagarna var relativt hög med en medelarbetslivserfarenhet på 9,66 år som allmänsjuksköterska och 13,88 år som intensivvårdssjuksköterska. Det kan ha påverkat resultatet i en positiv riktning, då studier visar att nyexaminerade sjuksköterskor som ännu inte hunnit etablera en professionell yrkesroll är extra utsatta för att drabbas av CF (Bush, 2009; Kelly, 2017). Representationen av kön var ojämnt fördelad med en majoritet av kvinnliga deltagare. Detta kan påverka resultatet eftersom det kan finnas variationer i svar mellan de olika könen (Linzer et al., 2002). Dock visar studier på BO att det inte skiljer sig markant mellan de olika könen (Adekola, 2010; Purvanova & Muros, 2010). Författarna kan dock inte avgöra om den är representativ utifrån könsfördelningen på de aktuella avdelningarna och inte heller om det är generaliserbart.

Ett antagande kring det relativt goda resultaten i denna studie kan vara att vårdpersonalen under pandemin inte har behövt hantera och stötta anhöriga, vilket kan ha lett till att det för personalen kunnat vara enklare att distansera sig till patienterna och sina egna upplevelser. Det finns dock studier som visar på hur frånvaron av anhöriga har varit påfrestande för intensivvårdspersonalen, då de upplevt att de i frånvaron av anhöriga har fått rollen att ta avsked av patienterna, liksom att de har varit svårare att förklara för anhöriga om allvaret kring patienterna då det råder besöksförbud (LeRoy et al., 2020). Andra faktorer som kan ha gett ett falskt positivt resultat är patienters uppskattning i kombination med medias uppmärksammande och allmänhetens lovord kring intensivvårdssjuksköterskornas arbete i pandemins epicentrum, som i sin tur kan ha haft en positiv effekt på välbefinnandet hos intensivvårdssjuksköterskorna (Zhang et al., 2020)

Det har framkommit att sjuksköterskor med höga värden av CF inte kan erbjuda ett fullgott empatiskt stöd till patienter (Bourassa, 2009; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Figley, 1995). Denna påverkan har en inverkan på omhändertagandet av patienter, anhöriga, medarbetare och verksamhet. Det är därför viktigt att identifiera och förebygga riskerna med det empatiska arbetet (Kelly, 2017). Intensivvårdssjuksköterskor som drabbas av de negativa aspekterna av det empatiska arbetet kan inte utföra det arbete som anges i intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2021)

Hög nivå av empatiskt affektivitet kan utgöra en risk för utvecklandet av CF, medan förmågan till självmedkänsla kan verka som en skyddande faktor. Att utbilda personal i att utveckla självomhändertagande och självmedkänsla kan förebygga CF och BO (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016)

Uppmärksammandet av de olika faktorer som omfattar ProQOL kan genom studien verka i ett förebyggande syfte. Faktorer som upprättande av copingstrategier, uppmanande till fysisk- och utomhusaktivitet, handledning liksom att säkerställa ett bra ledarskap för verksamheterna (Al Barmawi et al., 2019; Alharbi et al., 2019; Jakimowicz et al., 2018; Ogińska-Bulik, 2014). Ett förebyggande arbete skulle kunna komma att gagna både intensivvårdssjuksköterskorna,

patienterna liksom verksamheterna genom att skapa en hälsosammare och mer stöttande arbetsmiljö (Al Barmawi et al., 2019).

Även om CF inte är ett nytt fenomen (Milligan & Almomani, 2020), är omfattningen av studier inriktade mot intensivvårdssjuksköterskor fortfarande förhållandevis få och behovet för fler och mer omfattande studier finns (Kelly, 2017; Vann & Coyer, 2014)

Då den pågående Covid-19 pandemin är under modern tid helt unik i omfattning, karaktär och konsekvenser, så finns det tydliga begränsningar med att hänvisa till tidigare forskning varför behovet av flera och longitudinella studier behövs för att få en bild av pandemins konsekvenser på såväl lång som kort sikt (Chen et al., 2021)

### 5.3 Slutsats och implikationer

Den aktuella studien visar på skillnader i CF i jämförelse med referensdata, dock fortsatt skattat som 'lågt'. Studien visar dock inte på någon markant skillnad i CF, CS eller BO hos intensivvårdssjuksköterskor under den pågående Covid-19 pandemin. Fördelningen av data var något skev, med en minoritet som angav negativa resultat, vilket kan tolkas som att ett litet antal intensivvårdssjuksköterskor är särskilt utsatta. Det positiva resultatet kan vara en konsekvens av att urvalet bestod till mestadels av intensivvårdssjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet, då tidigare studier har visat att det framför allt är yngre, oerfarna, som drabbas hårdast av CF. En annan bidragande faktor till resultatet är att IVA SU/Ö, som hanterat mest Covid-19 patienter, valt att inte delta i studien. Då bortfallet var stort och svarsfrekvensen för studien var låg så kan inte resultatet betraktas som generaliserbart.

Även då studien inte visade på oroväckande värden kan uppmärksammandet av aspekterna CF, CS och BO inom de deltagande enheterna vara av värde. Detta resulterar i ett synliggörande av de nämnda aspekterna och verka förebyggande mot utvecklande av CF och BO liksom stärkande av den positiva delen av det empatiska arbetet, det vill säga CS.

Vidare studier behövs för att undersöka effekterna av Covid-19 pandemin på nivån av CF, BO och CS hos intensivvårdssjuksköterskor över en längre tid.

## Referenslista

- Adekola, B. (2010). Gender differences in the experience of work burnout among university staff. *African Journal of Business Management*, 4, 886-889.
- Adimando, A. (2018). Preventing and alleviating compassion fatigue through self-care: An educational workshop for nurses. *J Holist Nurs*, 36(4), 304-317. doi: 10.1177/0898010117721581
- Aitken, L., Marshall, A., & Chaboyer, W. (2019). Scope of Critical Care Practice. I L. Aitken, A. Marshall & W. Chaboyer (Red.), *ACCCN's critical care nursing* (Fjärde uppl., s. 1-19): Chatswood, NSW: Elsevier.
- Al Barmawi, M. A., Subih, M., Salameh, O., Sayyah Yousef Sayyah, N., Shoqirat, N., & Abdel-Azeez Eid Abu Jebbeh, R. (2019). Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav*, 9(4), e01264. doi: 10.1002/brb3.1264
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Med J*, 40(11), 1087-1097. doi: 10.15537/smj.2019.11.24569
- Aslan, H., Erci, B., & Pekince, H. (2021). Relationship Between Compassion Fatigue in Nurses, and Work-Related Stress and the Meaning of Life. *J Relig Health*, 1-13. doi: 10.1007/s10943-020-01142-0
- Baranowsky, A. B. (2002). The silencing response in clinical practice: On the road to dialogue. New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. *JAMA*, 266(13), 1831-1832. doi: 10.1001/jama.1991.03470130111039
- Blanc, J., Briggs, A. Q., Seixas, A. A., Reid, M., Jean-Louis, G., & Pandi-Perumal, S. R. (2021). Addressing psychological resilience during the coronavirus disease 2019 pandemic: a rapid review. *Curr Opin Psychiatry*, 34(1), 29-35. doi: 10.1097/yco.0000000000000665
- Bourassa, D. B. (2009). Compassion fatigue and the adult protective services social worker. *J Gerontol Soc Work*, 52(3), 215-229. doi: 10.1080/01634370802609296
- Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24-28. doi: 10.1188/09.ONF.24-28
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Nurs*, 30(1), 102-116. doi: 10.1111/inm.12796
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., . . . Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatr Crit Care Med*, 18(7), e267-e273. doi: 10.1097/pcc.0000000000001179
- De La Rosa, G. M., Webb-Murphy, J. A., Fesperman, S. F., & Johnston, S. L. (2018). Professional Quality of Life Normative Benchmarks. *Psychol Trauma*, 10(2), 225-228. doi: 10.1037/tra0000263
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>

- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 60, 1-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., . . . Aouizerate, B. (2020). [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *Encephale*, 46(3s), S73-s80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008
- Fahey, D. M., & Glasofer, A. (2016). An inverse relationship: Compassion satisfaction, compassion fatigue, and critical care nurses. *Nursing2020 Critical Care*, 11(5).
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: the assessment, analysis, and reporting of patient-reported outcomes* (Third edition. uppl.): John Wiley & Sons Inc.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatr Danub*, 32(Suppl 1), 10-14.
- Fumis, R. R. L., Junqueira Amarante, G. A., de Fátima Nascimento, A., & Vieira Junior, J. M. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Annals of intensive care*, 7(1), 71-71. doi: 10.1186/s13613-017-0293-2
- Gerge, A. (2011). Skattningsformulär PROQOL. Hämtad 2021-03-11, från [https://proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_Swedish.pdf](https://proqol.org/uploads/ProQOL_5_Swedish.pdf)
- Ghebreyesus, T. A. (2020). A year without precedent: WHO's Covid -19 response. . Hämtad 2021-03-11, från <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>
- Holm, U. (2001). *Empati - att förstå andra människors känslor*. Finland: Natur och kultur.
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll, om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken*. Finland: Natur och Kultur.
- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2017). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Aust Crit Care*, 31(6), 396-405. doi: 10.1016/j.aucc.2017.10.003
- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *J Clin Nurs*, 27(7-8), 1599-1611. doi: 10.1111/jocn.14231
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q*, 35(4), 388-395. doi: 10.1097/CNQ.0b013e318268fe09
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
- Kelly, Lesly A. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care*, 26(6), 438-444. doi: 10.4037/ajcc2017471
- Kira, I. A., Shuwiekh, H., Kucharska, J., Fawzi, M., Ashby, J. S., Omidy, A. Z., . . . Lewandowski, L. (2018). Trauma proliferation and stress generation (TPSG) dynamics and their implications for clinical science. *Am J Orthopsychiatry*, 88(5), 582-596. doi: 10.1037/ort0000304
- LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychol Trauma*, 12(S1), S98-s99. doi: 10.1037/tra0000818

- Linzer, M., McMurray, J. E., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E., & de Haes, H. C. (2002). Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *J Am Med Womens Assoc (1972)*, *57*(4), 191-193.
- Maiden, J., Georges, J. M., & Connelly, C. D. (2011). Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*, *30*(6), 339-345. doi: 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, *26*(12), 1118-1126. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20631>
- Milligan, F., & Almomani, E. (2020). Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. *British Journal of Nursing*, *29*(15), 874-879. doi: 10.12968/bjon.2020.29.15.874
- Monroe, M. (2020). The relationship between critical care work environment and professional quality of life. *American Journal of Critical Care*, *29*(2), 145-149. doi: 10.4037/ajcc2020406
- Montauk, T. R., & Kuhl, E. A. (2020). COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychol Trauma*, *12*(S1), S96-s97. doi: 10.1037/tra0000839
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Crit Care Med*, *44*(7), 1414-1421. doi: 10.1097/ccm.0000000000001885
- Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, *13*(1), 76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072
- Ogińska-Bulik, N. (2014). [The role of coping strategies in posttraumatic growth in medical rescue workers]. *Med Pr*, *65*(2), 209-217.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021a). Data Collection in Quantitative Research. I D. F. Polit & C. T. Beck (Red.), *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Elfte uppl., s. 278-309). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021b). Key Concepts and Steps in Qualitative and Quantitative Research. I D. F. Polit & C. T. Beck (Red.), *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Elfte uppl., s. 42-63). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021c). Measurement and Data Quality. I D. F. Polit & C. T. Beck (Red.), *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Elfte uppl., s. 310-340). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Purvanova, R., & Muros, J. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, *77*, 168-185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2021). Kompetensbeskrivning avancerad nivå - Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. Hämtad 2021-03-11, från <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-intensivvard>
- Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*, *60*(6), 567-576. doi: 10.1097/dcr.0000000000000844
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán Á, M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the

- COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*, 29(21-22), 4321-4330. doi: 10.1111/jocn.15469
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract*, 12(3), 136-142. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-44. doi: 10.4037/ccn2015392
- SFS. (1998:204). *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Shahar, I., Asher, I., & Ben Natan, M. (2019). Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nursing & health sciences*, 21(3), 291-296.
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd edition. Hämtad 2021-03-11, från <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2021-03-11, från <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>
- Thusini, S. (2020). Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: a story of resilience. *Br J Nurs*, 29(21), 1232-1236. doi: 10.12968/bjon.2020.29.21.1232
- Tolomiczenko, G. S., Kahan, M., Ricci, M., Strathern, L., Jeney, C., Patterson, K., & Wilson, L. (2005). SARS: coping with the impact at a community hospital. *J Adv Nurs*, 50(1), 101-110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03366.x
- Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*, 382(21), 1973-1975. doi: 10.1056/NEJMp2005689
- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*, 10(8), e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955
- Vann, A., & Coyer, F. (2014). Exploring compassion fatigue: How does compassion fatigue affect the intensive care nurse? *Australian critical care*, 27(1), 46-46. doi: 10.1016/j.aucc.2013.10.012
- Wahlster, S., Sharma, M., Lewis, A. K., Patel, P. V., Hartog, C. S., Jannotta, G., . . . Creutzfeldt, C. J. (2021). The Coronavirus Disease 2019 Pandemic's Effect on Critical Care Resources and Health-Care Providers: A Global Survey. *Chest*, 159(2), 619-633. doi: 10.1016/j.chest.2020.09.070
- Wang, J., Okoli, C. T. C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 102, 103472. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103472
- Zhang, Y., Wei, L., Li, H., Pan, Y., Wang, J., Li, Q., . . . Wei, H. (2020). The Psychological Change Process of Frontline Nurses Caring for Patients with COVID-19 during Its Outbreak. *Issues Ment Health Nurs*, 41(6), 525-530. doi: 10.1080/01612840.2020.1752865



Bilaga 1. Frågeformulär

<https://forms.gle/nxza4LJnY1e3Paay6>

## **Empatisk utmattning hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående covid-19 pandemi**

Skattningsformuläret PROQOL (PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE) för att bedöma professionell livskvalitet till svenska av Anna Gerge 2011.

I det följande kommer ibland orden "hjälpa" eller "hjälpande" att stå inom klamrar. Det beror på att det ser ut så i det engelskspråkiga originalet. Tanken är att du kan sätta in det ord som passar bäst för dig i förhållande till ditt uppdrag.

När du [hjälp] människor har du direktkontakt med deras liv. Som du kanske har märkt, kan din medkänsla för dem som du [hjälp] påverka dig både positivt och negativt. Nedan följer några frågor om dina erfarenheter, både positiva och de negativa, som [hjälp]. Ta ställning till var och en av följande frågor om dig själv och din aktuella arbetssituation.

Välj den siffra som stämmer bäst med hur ofta du upplevt dessa saker under de senaste 30 dagarna.

1 = Aldrig    2 = Sällan    3 = Ibland    4 = Ofta    5 = Mycket ofta

© B. Hudnall Stamm, 2009. Professionell livskvalitet: medkänsligtillfredsställelse och empatiutmattning, version 5 (ProQOL).

Det tar högst 10–15 minuter att fylla i enkäten. Notera att enkäten får endast besvaras en gång per deltagare. När frågorna är besvarade tryck på "skicka" längst ner på sidan så att dina svar registreras.

Era svar är värdefulla för kunskapen om vilka konsekvenser pandemin kan ha för dig som stått i 'frontlinjen'.

© Copyright 2019. The Center for Victims of Torture ([www.cvt.org](http://www.cvt.org)). All rights reserved.  
[www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org)

**Kön:**

**Ålder:**

**Arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterska (svara i antal år):**

**Arbetslivserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska (svara i antal år):**

- \_\_\_\_\_ 1. Jag är glad.
- \_\_\_\_\_ 2. Jag är mentalt upptagen av fler än en av de personer jag [hjälp]er].
- \_\_\_\_\_ 3. Jag känner glädje över att kunna [hjälp]a människor.
- \_\_\_\_\_ 4. Jag känner samhörighet med andra.
- \_\_\_\_\_ 5. Jag rycker till och reagerar starkt på oväntade ljud.
- \_\_\_\_\_ 6. Jag känner mig stärkt efter att ha arbetat med dem jag [hjälp]er].
- \_\_\_\_\_ 7. Jag har svårt att skilja mitt personliga liv från mitt liv som [hjälp]are].
- \_\_\_\_\_ 8. Jag är inte så produktiv på jobbet eftersom jag har svårt att sova på grund av de traumatiska upplevelser en av de personer som jag [hjälp]er] har haft.
- \_\_\_\_\_ 9. Jag tror att jag kanske har påverkats av den traumatiska stress de jag [hjälp]er] har upplevt.
- \_\_\_\_\_ 10. Jag känner mig som fångad i en fälla i mitt arbete som [hjälp]are].
- \_\_\_\_\_ 11. På grund av mitt [hjälp]ande] yrke, har jag kommit "på kant" med människor om olika saker.
- \_\_\_\_\_ 12. Jag gillar mitt arbete som [hjälp]are].
- \_\_\_\_\_ 13. Jag känner mig nedstämd på grund av de traumatiska upplevelser de människor jag [hjälp]er] har haft.
- \_\_\_\_\_ 14. Det känns som om jag upplever det trauma som någon som jag har [hjälp]t] har haft.
- \_\_\_\_\_ 15. Jag har värderingar som ger mig kraft.
- \_\_\_\_\_ 16. Jag är nöjd med hur jag kan hänga med i kunskapsutvecklingen inom mitt område.
- \_\_\_\_\_ 17. Jag är den jag alltid velat vara.
- \_\_\_\_\_ 18. Mitt arbete får mig att känna mig nöjd.
- \_\_\_\_\_ 19. Jag känner mig sliten på grund av mitt arbete som [hjälp]are].
- \_\_\_\_\_ 20. Jag känner mig nöjd och tänker med glädje på de jag [hjälp]er], och hur jag kan hjälpa dem.
- \_\_\_\_\_ 21. Jag känner mig överväldigad eftersom min arbetsbelastning verkar oöverskådlig.
- \_\_\_\_\_ 22. Jag tror att jag kan göra en skillnad genom mitt arbete.
- \_\_\_\_\_ 23. Jag undviker vissa verksamheter eller situationer för att de påminner mig om skrämmande upplevelser som de människor jag [hjälp]er] har haft.
- \_\_\_\_\_ 24. Jag är stolt över vad jag kan göra för att [hjälp]a].
- \_\_\_\_\_ 25. Mitt [hjälp]ande] gör att jag har påträngande och skrämmande tankar.
- \_\_\_\_\_ 26. Det känns som att jag "kört fast" pga. systemet.
- \_\_\_\_\_ 27. Jag tänker att jag är en framgångsrik [hjälp]are].
- \_\_\_\_\_ 28. Det finns viktiga delar av mitt arbete med traumatiserade människor som jag inte kommer ihåg.
- \_\_\_\_\_ 29. Jag är en väldigt omtänksam person.
- \_\_\_\_\_ 30. Jag är glad att jag har valt det här arbetet.



## INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

### **Empatisk utmattning hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående Covid-19 pandemi**

### **Information till forskningspersonerna**

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete på magisternivå. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Om du vill delta, klicka på länken nedan som tar dig till undersökningen. Genom att göra detta ger du oss medgivande om att du vill delta och att vi får behandla dina svar som vi beskrivit. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande.

<https://forms.gle/nxza4LJnY1e3Paay6>

### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Empatitrotthet är ett fenomen med symtom som liknas vid posttraumatisk stress. Intensivvårdssjuksköterskor löper större risk att utveckla empatitrotthet och pandemin har inneburit en stor påfrestning med risk för utbrändhet och empatisk utmattning. Syftet med studien är att mäta nivån av empatitrotthet hos intensivvårdssjuksköterskor under en pågående pandemi. Distributionen av detta formulär är godkänt av din verksamhetschef som har valt ut kandidater för att delta.

Forskningshuvudman för projektet är Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, vid Göteborgs universitet. Detta är ett examensarbete på magisternivå som kommer att presenteras i form av en D-uppsats.

### **Hur går studien till?**

Studien är en webbaserad enkätundersökning där du får svara på ett antal frågor som berör empatitrotthet. Enkäten är framtagen ur Professional Quality of Life Scale med svensk översättning. Dina svar kommer att vara anonyma för samtliga, även för forskarna och kan inte spåras till ditt namn. Enkäten innehåller 30 frågor och tar 10–15 minuter att besvara. Det finns inga korrekta eller fel svar men för att vi ska kunna använda dina svar fullt ut bör du försöka besvara alla frågor. Enkäten får bara besvaras en gång per deltagare.

### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

En del människor kan uppleva vissa frågor som obehagliga. Det är viktigt att du vet att du närsomhelst kan avbryta ditt deltagande i studien.

### **Vad händer med mina uppgifter?**

Dina svar kommer att avidentifieras och dina resultat kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Göteborgs universitet har ett dataskyddsbud som du kan nå via e-post: [dataskydd@gu.se](mailto:dataskydd@gu.se), eller telefon: 031-786 00 00. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Resultaten av studien kan komma att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser, <https://gupea.ub.gu.se/> och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Den som vill ta del utav studiens resultat kan kontakta författarna, Samuel Possnert ([guspossnsa@student.gu.se](mailto:guspossnsa@student.gu.se)), alternativt Baback Rahmani ([gusrahmba@student.gu.se](mailto:gusrahmba@student.gu.se)). Du har också möjlighet att få mer detaljerad information om syftet med undersökningen efter det att den är slut.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet genom att inte skicka in enkäten. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Vid frågor får ni gärna hör av er till författarna.

### **Ansvariga för studien**

Detta är ett magisterarbete inom ramen för utbildning inom specialistsjuksköterskeprogrammet. Författare för studien är:

Leg. Ssk. Samuel Possnert, [guspossnsa@student.gu.se](mailto:guspossnsa@student.gu.se), studerande specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning IVA, Göteborgs Universitet

Leg. Ssk. Baback Rahmani, [gusrahmba@student.gu.se](mailto:gusrahmba@student.gu.se), studerande specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning IVA, Göteborgs Universitet

Handledare är docent Lars-Olof Persson, [lars.persson@fhs.gu.se](mailto:lars.persson@fhs.gu.se)

### *Bilaga 3. Tillåtelse att använda Professional Quality of Life Scale v 5.0 (ProQOL).*

## Permission to Use the ProQOL

Thank you for your interest in using the Professional Quality of Life Measure (ProQOL). Please share the following information with us to obtain permission to use the measure:

Please provide your contact information:

**Email Address**

samuel.possnert@hotmail.com

**Name**

Samuel

**Organization Name, if applicable**

Sahlgrenska academy

**Country**

Sweden

**Please tell us briefly about your project:**

We are writing our master in the intensivare specialization för nurses.

We wish to use the PROQOL-form as an web-form to be filled by ICU-nurses of the ICU-units in Gothenburg to evaluate the effect on Compassion fatigue from ongoing pandemic amongst ICU nurses.

**What is the population you will be using the ProQOL with?**

See above.

**In what language/s do you plan to use the ProQOL?**

Listed here are the languages in which the ProQOL is currently available (see [https://proqol.org/ProQol\\_Test.html](https://proqol.org/ProQol_Test.html)). If you wish to use a language not listed here, please select "Other" and specify which language/s.

Swedish

The ProQOL measure may be freely copied and used, without individualized permission from the ProQOL office, as long as:

You credit The Center for Victims of Torture and provide a link to [www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org);

It is not sold; and

No changes are made, other than creating or using a translation, and/or replacing "[helper]" with a more specific term such as "nurse."

**Note that the following situations are acceptable:**

You can reformat the ProQOL, including putting it in a virtual format

You can use the ProQOL as part of work you are paid to do, such as at a training: you just cannot sell the measure itself

Does your use of the ProQOL abide by the three criteria listed above? (If yes, you are free to use the ProQOL immediately upon submitting this form. If not, the ProQOL office will be in contact in order to establish your permission to use the measure.)

Yes

Thank you for your interest in the ProQOL! We hope that you find it useful. You will receive an email from the ProQOL office that records your answers to these questions and provides your permission to use the ProQOL.

We invite any comments from you about the ProQOL and the experience of using it at [proqol@cvt.org](mailto:proqol@cvt.org). Please also contact us if you have any questions about using the ProQOL, even if you noted them on this form. Note that unfortunately, our capacity is quite limited so we may not be able to respond to your note: however, we greatly appreciate your engagement.