

En utforskende studie om uønskede hendelser på sykehjem

Linn Gammelsrød Evensen



Masteroppgave i Interdisiplinær helseforskning
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

14.05.2019

En utforskende studie om uønskede hendelser på sykehjem

© Linn Gammelsrød Evensen

2019

En utforskende studie om uønskede hendelser på sykehjem

Linn Gammelsrød Evensen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

I de siste årene har forskning vist at det forekommer uønskede hendelser, feil og inadekvate handlinger på sykehjem i Norge. Noen studier viser at det er en del underrapportering av disse hendelsene, og at det finnes barrierer som påvirker om man melder i fra eller ikke. Målet med denne studien er derfor å se nærmere på hva slags hendelser sykepleiere på sykehjem opplever som uønsket og hvordan de håndterer dette.

Datainnsamlingen er basert på individuelle dybdeintervjuer med syv sykepleiere fra fire sykehjem i Norge. Intervjuene har blitt analysert ved å bruke tematisk analyse. I studien legges det til grunn en forståelse hvor man antar at virkeligheten hele tiden konstrueres gjennom sosiale prosesser.

Tre temaer ble utviklet gjennom analyseprosessen. ”Hendelser som oppleves som uønsket” viser at hva som er uønskede hendelser ikke har en fast og entydig betydning, men at det bestemmes av situasjonen og relasjoner. ”Håndtering av dilemmaer og hendelser foregår på ulike nivåer” viser at forhandlinger om hendelsens status har konsekvenser for hvilket nivå man velger å håndtere en uønsket hendelse. ”Å si i fra kan få personlige omkostninger” omhandler at det å melde i fra enten direkte til en kollega eller skriftlig via avvikssystemet kan være upopulært, og at tidligere erfaring med å melde i fra kan påvirke hvordan man håndterer lignende hendelser senere.

Uønskede hendelser knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet deler seg i denne studien overordnet i to; hendelser som knyttes til brudd på prosedyrer, faglige og etiske retningslinjer og situasjoner hvor risikoen for uønskede hendelser oppstår på grunn arbeidspress, mangel på tid og støtte. Selv om sykepleierne i denne studien viser en stor grad av likheter mellom håndtering av hendelser som ble ansett som uønsket, kommer det også tydelig fram at det finnes glidende overganger som avhenger av ulike forhandlinger og vurderinger.

Abstract

In the last years, studies have shown that adverse events, errors and inadequate acts occur quite frequently in nursing homes in Norway. Some studies have also shown that these kind of incidents are only reported to a limited extent, and there is documented some barriers which affects such reporting. The aim of this study is to explore what kind of incidents nurses in nursing home experience as undesirable and how they handle these kind of incidents. Individual in-depth interviews were conducted with seven nurses from four different nursing homes in Norway. The interviews were analyzed by thematic analysis. The study was inspired by a theoretical understanding that people's "reality" is constructed through social process. Three themes were developed through the analysis. "Incidents which is experienced as undesirable" which illustrates that such events are not well-defined, but depends on how events are constructed in different situations and relations. "Dilemmas and incidents are handled at different levels" shows that status of the incidence and negotiations will affect at what level the incidence will be handled. "To blow the whistle may have personal consequences" illustrates that it is not always popular to confront a colleague with adverse events or report the incident in the reporting system. The experience nurses have with the reporting act can affect how they handle incidents in the future. Overall undesirable events related to quality and patient safety is divided into two in this study; incidents related to violations of procedures, professional and ethical guidelines and situations where the risk of unwanted incidents arises due to work pressure, lack of time and support. Although the nurses in this study show a high degree of similarity between the handling of events that were considered undesirable, it is also evident that there are sliding transitions that depend on various negotiations and assessments.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg mye. Foruten om en del frustrasjoner underveis har det gitt både verdifull innsikt, ideer, engasjement og nye bekjenskaper. Jeg valgte å skrive en oppgave om et felt jeg har interessert meg i. Likevel har arbeidet med denne oppgaven fått meg til å innse at dette er et felt med flere aspekter enn jeg trodde, og det har også gitt meg nye perspektiver som jeg vil ta med meg videre.

Først og fremst må jeg takke alle sykepleierne som stilte opp til intervju og som dermed delte sine erfaringer, engasjement og beskrivelser til meg. Dere gav meg et verdifullt datamateriale å bygge oppgaven på. Likeledes må jeg takke institusjonslederne på sykehjemmene som lot meg få gjennomføre dette prosjektet samt fagsykepleiere og avdelingsledere som var behjelpelige med å sette meg i kontakt med sykepleierne, og som lot de få gjennomføre intervjuene i en hektisk arbeidsdag.

Jeg må gi en stor takk til min veileder, Anne Marit Mengshoel for verdifulle og hyggelige veiledningstimer. Du har bidratt med faglige diskusjoner, innspill og engasjement til emnet og tekstmaterialet.

Til mine venner og familie, -takk for at dere har vist forståelse og støtte i en tid hvor jeg har vært lite tilgjengelig og i tider hvor jeg har vært frustrert. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid med dere framover.

Oslo, 14. mai 2019

Linn Gammelsrød Evensen

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem	4
1.3	Tidligere forskning fra sykehjem knyttet til krenkende handlinger, uønskede hendelser og barrierer til å melde i fra om slike hendelser	7
1.4	Hensikt med studien og forskningsspørsmål	10
2	Teoretisk rammeverk.....	11
2.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	11
2.2	Sykepleiens grunnforståelse om god og forsvarlig pleie.....	12
2.3	Kontekst og sykepleiepraksis	14
2.4	God og dårlig klinisk praksis.....	16
3	Metode.....	20
3.1	Kvalitativ metode	20
3.1.1	Individuelle dybdeintervjuer	20
3.1.2	Bruk av semi-strukturert intervjuguide og gjennomføring av intervju.....	21
3.2	Rekruttering	24
3.3	Utvalg	25
3.4	Forforståelse	27
3.5	Etiske betraktninger.....	29
3.6	Analyse	30
3.6.1	Transkribering	31
3.6.2	Tematisk analyse	32
3.6.3	Fremstilling av funn	36
4	Presentasjon av resultater	37
4.1	Hendelser som oppleves som uønsket.....	37
4.1.1	Ikke strekke til i forhold til det ønskede.....	37
4.1.2	Uheldige hendelser knyttet til manglende faglighet og støtte	40
4.1.3	Uønskede hendelser knyttet til brudd på prosedyrer	42
4.1.4	Hendelser som trosser etiske verdier.....	44
4.2	Håndtering av dilemmaer og uønskede hendelser foregår på ulike nivåer.....	45
4.2.1	Å kompensere og lære seg å leve med	46

4.2.2	De mindre alvorlige hendelsene ordnes internt.....	47
4.2.3	Hvis ikke det kan ordnes internt så involveres leder.....	49
4.2.4	Skriftlig via avvikssystemet	51
4.3	Å si i fra kan ha personlige omkostninger	54
4.3.1	Personlig risiko.....	54
4.3.2	Å bli tatt på alvor kan påvirke om man skriver avvik igjen.....	58
5	Diskusjon.....	61
5.1	Uønskede hendelser vurderes ut fra normer og idealer på ulike nivåer	62
5.2	Håndtering av uønskede hendelser avhenger av forhandlinger og vurderinger på ulike nivåer	64
5.3	Metodediskusjon.....	68
5.4	Konklusjon.....	70
	Litteraturliste	73
	Vedlegg	79

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Det er i dag et økende fokus på ulike feil, krenkelser og uønskede hendelser i helsetjenesten. Hendelser som har kunnet eller har fått uheldige konsekvenser for pasienter har foregått i all sin tid, noe som blant annet kan tilskrives at det er menneskelig å gjøre feil. Fokus på å identifisere potensielle risikofaktorer som kan forebygge uønskede hendelser ble likevel først og fremst satt på dagsordenen i etterkant av rapporten *To Err is Human* som ble utgitt av The Institute of Medicine i 1999 (Aase, 2010). I rapporten ble det anslått at av alle de som er innlagt på amerikanske sykehus årlig, så dør rundt 98000 mennesker som følge av uønskede hendelser (Aase, 2010, s. 24). I følge Aase (2010, s. 24) var denne rapporten starten på en bevegelse i USA som forplantet seg til Europa der det ble mer bevissthet og refleksjon i helsevesenet omkring pasientsikkerhet, og hvor man etter hvert begynte å sette i gang tiltak. I 2004 startet også Verdens Helseorganisasjon et program for å fremme pasientsikkerhet på et globalt nivå (WHO, 2004).

I Norge er det først og fremst legen Peter F. Hjort som har vært foregangsmann for å sette fokus på pasientsikkerhet. I 2003 la han blant annet frem et forslag til daværende helseminister Dagfinn Høybråten om et nasjonalt program for forebygging og håndtering av uheldige hendelser i helsetjenesten (Hjort, 2007). På bakgrunn av dette ble det i 2007 etablert et Nasjonalt senter for pasientsikkerhet som skulle samle kunnskap om uønskede hendelser i den hensikt at helsetjenesten, brukere og myndigheter kunne lære noe av feilene, og dermed foreslå tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten (Aase, 2010). Senere gav Hjort ut boken *Uheldige hendelser i helsetjenesten*, der målet i følge han selv var å få helsepersonell til å forstå at uheldige hendelser angår de og den fremtidige helsetjenesten, og at det derfor var viktig at også helsepersonell engasjerte seg for å skape en kultur for kvalitet og sikkerhet (Hjort, 2007, s. 16).

Siden den gang har det på nasjonalt nivå vært utviklet ulike strategier for å fremme kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. I det seneste pasientsikkerhetsprogrammet, *I trygge hender 24-7*, har det blitt jobbet med konkrete forbedringstiltak for å redusere pasientskader innenfor

utvalgte innsatsområder i ulike deler av helsetjenesten. Arbeidet ble avsluttet i 2018, og som en konsekvens ble en egen avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet etablert (Helsedirektoratet, 2019). Selv om Helsedirektoratet i dag har ansvar for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for pasientsikkerhet i de ulike sektorene av helsetjenesten, påpeker Braut og Holmboe (2018) at ansvar for etterlevelse av retningslinjene er en oppgave som ligger hos ledelsen i de ulike virksomhetene som yter helsetjenester.

Allerede i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984 ble det i § 3 framsatt et krav om at de som yter helsetjenester skulle sikre internkontroll i egen virksomhet (Braut & Holmboe, 2018, s. 54). Kravet om internkontroll har opp i gjennom årene blitt videreutviklet, og i 2016 ble den tidligere internkontrollforskriften fra 2003 erstattet av en forskrift om ledelse og kvalitet i helse –og omsorgstjenesten, -en forskrift som i høyere grad stiller krav om å utføre risikovurderinger, der virksomhetene blant annet selv skal gjennomgå uønskede hendelser (Braut & Holmboe, 2018). Det kommer blant annet fram i Forskrift om ledelse og kvalitet i helse –og omsorgstjenesten (2016, § 6-G) at virksomheten skal;

”Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.”

I de fleste helseforetak og kommuner finnes det i dag rutiner og systemer for å rapportere uønskede hendelser i egen virksomhet (Aase & Wiig, 2018, s. 102). I Helse –og omsorgstjenestesteloven (2011), som er gjeldende for kommunale tjenester, er dette nedfelt i § 4-2 som sier at;

”Enhver som yter helse –og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient –og brukersikkerhet.”

I følge Molven (2015, s. 279) spesifiserer ikke denne bestemmelsen hva som menes med kvalitet og pasientsikkerhet, men i forarbeidene til loven påpekes det at det stilles krav til at helsetjenesten sikter mot å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller

skade som følge av helsetjenester. Dette innebærer at det i selve sikkerhetsarbeidet som først og fremst handler om å unngå skade ikke inngår at man skal arbeide for at pasientene får de helsetjenestene de har krav på, men Molven (2015, s. 279) påpeker at dette gjør seg gjeldende i kvalitetsforbedringsarbeidet. Virksomhetene plikter gjennom Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016, § 6) å fange opp hendelser som kan gå utover kvaliteten på tjenestene eller sikkerheten til pasientene. Avvikssystem er et eksempel på en slik internkontroll. I følge Hofstad (2015) kan avvik sees på som uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre både pasientene og de ansatte et godt bo –og arbeidsmiljø. Hva som er et avvik vil derfor kunne være svært varierende, og kan omhandle alt fra fag, juss, etikk, administrering og organisering. Hofstad (2015) påpeker at det ikke finnes noen felles definisjon på avvik i helsetjenesten, noe som innebærer at kommuner, helseforetak, institusjoner og avdelinger har sine egne definisjoner basert på det som er nedfelt i det interne kvalitetssystemet og det som er gjeldende ut i fra forskrifter og lovverk. Dette har jeg selv fått erfare på ulike arbeidsplasser, alt fra avvikssystemer som foregår på papir hvor det er mer opp til den enkelte å vurdere og definere hva et avvik er til avvikssystemer som foregår på data der virksomheten har mer definerte rubrikker som sier noe hvilke områder det skal meldes i fra om.

I St. meld. nr 10 understreker Helse –og omsorgsdirektoratet (2012) viktigheten av at helsepersonells lojalitet først og fremst må ligge hos pasienten, og at det derfor er viktig at helsepersonell ytrer seg både internt og eksternt om utfordrende forhold i praksis slik at det skapes en åpenhet om kvaliteten på tjenestene. Videre uttrykker Helse –og omsorgsdepartementet (2012) i samme stortingsmelding at manglende kvalitetsstyring og kontroll påvirker pasientsikkerheten, og at det behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Åpenhet omfatter også den enkeltes ansattes rett til å ytre seg om forhold som oppleves kritikkverdige. Dette kan vi finne igjen i Arbeidsmiljølovens (2005) varslingsregler som trådte i kraft 1. Januar 2007, som gir arbeidstakere etter § 2A-1 og § 2A-2 rett til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen uten å bli utsatt for gjengjeldelse. I Helsepersonelloven (1999, § 17) gjør også helsepersonellens meldeplikt seg gjeldende;

”Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet.”

Plikten om å melde i fra til tilsynsmyndighetene innebærer riktignok at forholdet må være av

en slik art at det er store muligheter for at det kan ramme flere, og at det er stor fare for at pasienters helsetilstand kan forverres eller at pasienter påføres skade som følge av forholdene (Molven, 2015, s. 369). Slik sett kan det tenkes at plikten innebærer en større alvorlighetsgrad, enn det man finner i retten til å kunne varsle om kritikkverdige forhold. Videre utdyper Molven (2015, s. 370) at det ligger indirekte i loven at helsepersonell først bør ta opp problemet med arbeidsgiver så lenge det ikke er svært graverende eller grunn til å tro at forholdene vil bli tildekket. Dette finner man også igjen i Arbeidsmiljøloven (2005, § 2A-1) hvor det fremgår at varslersens fremgangsmåte skal være forsvarlig.

Til tross for at lovverket, både i tråd av Grunnloven (1814, § 100) og Arbeidsmiljøloven (2005, § 2A-1) strekker seg langt i forhold til helsepersonellens ytringsfrihet, vet vi i dag av forskningen at mange er vitne til uønskede hendelser som ikke meldes videre. Trygstad og Ødegård (2016) avdekket i sin spørreundersøkelse blant ansatte ved Oslo Universitetssykehus at halvparten av de som hadde vært vitne til et kritikkverdig forhold hadde unnlatt å varsle. Videre kom det i en studie blant ansatte på sykehjem fram at vurdering av alvorlighetsgrad var en vesentlig faktor for om de valgte å melde i fra om inadekvate handlinger utført mot pasienter (Malmedal, Hammervold & Saveman, 2009). Men hvor går så grensene for alvorlighet og hva skal til for å melde i fra i et avvikssystem? Et avvikssystem slik det fremkommer av loven innebærer at det skal både fange opp hendelser som kan bidra til kvalitetsforbedring, men også hendelser som handler om pasientsikkerhet. Skader eller potensielle skader er kanskje lettere å identifisere og melde i fra om enn det som omhandler kvalitet. For når vet man egentlig når pasientene ikke får de tjenestene de har krav på? Og hvor skal man legge listen for hva som kan aksepteres og ikke aksepteres når prinsipper om den ideelle helsetjenesten som er tillært under helseutdanninger står i kontrast til realiteten som fokuserer på effektivitet og målstyring?

1.2 Kvalitet og pasientsikkerhet på sykehjem

Kvalitet på tjenestene og sikkerhet i eldreomsorgen er noe som stadig vekk får en stor plass i den norske samfunnsdebatten. Overskrifter som; ”situasjonen i eldreomsorgen er alarmerende”, ”de eldre får uforsvarlig og uverdigg behandling” og ”kritikkverdige forhold i eldreomsorgen” er ikke sjelden å lese i medier. Slike overskrifter strider ikke bare i mot

helsevesenet sin oppgave om utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie, men også mot allmenne verdier som respekt og menneskeverd, og er trolig en av årsakene til at eldreomsorgen er gjenstand for debatt i det offentlige rom. I 2015 fikk også åpenhet om tjenestene i kommunehelsetjenesten et større fokus da to journalister i Adresseavisen ba om, og fikk innvilget innsyn i alle avviksmeldinger fra de siste tre årene i Trondheim kommune (Sved, 2015). Forespørsel ble også sendt til Bergen og Oslo, men her fikk journalistene avslag (Sved, 2015). Dette skapte debatt, og førte etter hvert til at Sykehjemsetaten i Oslo kommune la ut avvikene åpent slik at ikke bare journalistene, men også andre kunne få innsyn i avvikene som foregikk i eldreomsorgen. Senere gav også Tromsø kommune avisen Nordlys innsyn i sine avvik. Inga Marte Thorkildsen, daværende byråd for eldre-, helse –og sosialtjenester i Oslo, uttalte i en artikkel i Aftenposten at det var umulig å vite om de innrapporterte avvikene var mange eller få fordi det var første gang man fikk innsyn, og dermed ikke hadde noe å sammenligne med (Rogstad, 2015). Skal man tro noen av kommentarene som ligger under avvikene på Sykehjemsetaten i Oslo sin hjemmeside på Facebook, er de innmeldte avvikene bare en “dråpe i havet”. En av kommentarene fra en av de pårørende lød som følger; “Min mor var pasient på I denne perioden forekom det hendelser/avvik hele tiden. Disse er ikke registrert i avviksrapporten. Hvorfor? Fylkeslegen konkluderte med at ... brøt forsvarlighetskravet i loven”. Når Sykehjemsetaten svarer at de har lagt ut de avvikene de har, så påpeker pårørende at det må da være underrapportering. Videre påpeker Line Orlund, fylkesleder for Norsk Sykepleierforbund i Oslo i samme artikkel i Aftenposten at selv om avvikene tegner et dystert bilde av situasjonen på sykehjemmene, så er det positivt at avviksmeldingene er offentliggjort (Rogstad, 2015). Som et sidespor, men likevel interessant er det at avvikene er synliggjort, mens mange av svarene fra lederne, det vil si hvilke tiltak som er iverksatt, er sladdet bort i offentliggjøringen. Dette gjør at det er vanskelig å vite hvordan disse avvikene er håndtert i etterkant.

I Helse –og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2a) påpekes det at kommunene har et ansvar for å tilby opphold i sykehjem dersom dette etter en helse –og omsorgsfaglig vurdering er det eneste botilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse –og omsorgstjenester. Et sykehjem er derfor ikke bare et helsetilbud, men også et botilbud. I Norge bor rundt 40000 mennesker i sykehjem (Statistisk Sentralbyrå, 2018). I dag har rundt 80 % av pasienter på norske sykehjem en demenslidelse, gjerne kombinert med andre sykdommer og varierende grad av funksjonsnedsettelse (Cappelen, 2018). Pasienter på

sykehjem kan i følge Kirkevold (2014) anses som en sårbar gruppe fordi de er helt avhengige av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og personlige holdninger. Denne pasientgruppen er også mer utsatt for krenkelser av sin integritet fordi de i tråd av sin alderdom, sykdom eller funksjonssvikt ikke nødvendigvis har styrke eller evne til å stå i mot andres maktbruk (Kirkevold, 2014).

Hovedoppgaven til sykepleiere og annet helsepersonell er å sørge for at pasienter på sykehjem får dekket sine grunnleggende behov samtidig som de skal bidra til livskvalitet. En av de viktigste forusettningene for dette er at pasientene føler seg trygge og opplever verdighet, noe som innebærer at det må ligge i arbeidskulturen at særlig sårbare mennesker pasienter ikke utsettes for unødige krenkelser (Cappelen, 2018). Norge har i dag et komplekst lovverk som skal sikre de eldres rettigheter. Kvalitetsforskrift for pleie -og omsorgstjenestene (2003, § 1) har som formål;

”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.”

I Forskriften listes det opp flere punkter, blant annet sosial kontakt, tilpasset aktivitet, mulighet til å ivareta egenomsorg, hjelp til stell og pleie, tilpasset ernæring, nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg etter den enkeltes behov, verdig livsavslutning med mer (Kvalitetsforskrift for pleie –og omsorgstjenestene, 2003). 1. Januar 2011 trådte det også en ny forskrift i kraft, Verdighetsgarantiforskriften (2011, § 1 & § 2) som har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom i samsvar med den enkeltes individuelle behov. Det er altså et tydelig lovverk som sier noe om hvilke verdier som skal ligge til grunn for tjenestene på sykehjem, og det er også listet opp en rekke punkter som sier noe om hva tjenestene skal inneholde for at man skal nå disse målene. I følge Orvik (2015, s. 72) har Verdighetsgarantiforskriften bidratt til at verdighet har blitt en del av forsvarlighetskravet, og som dermed skal være en del kvalitetstenkningen på sykehjem.

Sykepleiere er en viktig yrkesgruppe som gjennom sitt arbeid skal være med å sørge for at pasienter på sykehjem opplever en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Sykepleiepraksis

har tradisjonelt hatt todelt ledelse; administrative sykepleierledere og faglige sykepleierledere (Pfeiffer, 2002). Denne inndelingen er ofte gjenkjennbar på sykehjem der sykepleiere gjerne innehar en rolle som gruppeleder for en avdeling eller som primærkontakt for en utvalgt gruppe pasienter. Mens den administrative lederen har det formelle ansvaret for sykepleietjenesten og medarbeidernes utviklingsmuligheter, har den faglige sykepleierlederen et selvstendig ansvar knyttet til sin faglige kompetanse samtidig som man skal støtte den administrative ledelsen (Pfeiffer, 2002, s. 4). Hovedsakelig skal sykepleiere som jobber i direkte kontakt med pasienter vurdere pasientenes behov for sykepleie og iverksette tiltak som trengs. Pfeiffer (2002, s. 7) påpeker at den faglige sykepleierlederen aldri alene kan sørge for at sykepleietiltak følges opp, noe som innebærer at oppgaver må delegeres til andre medarbeidere, og dermed får sykepleieren også i oppgave å følge opp medarbeidere. Denne kontrollfunksjonen har en dobbel funksjon, både kvalitetssikring av sykepleietjenesten og kartlegging av oppfølgingsbehov blant medarbeidere (Pfeiffer, 2002, s. 8). Dette underbygges også av Hauge (2014, s. 269) som påpeker at i det daglige arbeidet på sykehjem er det sykepleiere som har høyest kompetanse og som da får et ansvar for å vedlikeholde et fagmiljø og sørge for opplæring når dette er nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. En slik kontrollfunksjon er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011, pkt. 4.2) der det påpekes at sykepleieren har et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse –og omsorgsarbeidere. Pfeiffer (2002, s. 10) påpeker at sykepleiere på sykehjem så og si har denne faglige lederrollen permanent. En slik rolle innebærer at sykepleiere på sykehjem dermed er et bindeledd mellom medarbeidere og avdelingslederen. Som Pfeiffer (2002, s.11) påpeker skal man ikke bare lede andre medarbeidere, men man skal også sørge for et velfungerende samarbeid, samtidig som man skal støtte avdelingslederen i å realisere organisasjonens mål ved at pleieteamet yter god sykepleie.

1.3 Tidligere forskning fra sykehjem knyttet til krenkende handlinger, uønskede hendelser og barrierer til å melde i fra om slike hendelser

I en surveyundersøkelse blant sykepleiere på sykehjem fant Malmedal, Ingebrigtsen og Saveman (2009) ut at en høy andel har observert en kollega eller selv vært med på utføre

inadekvate, neglisjerende og fysiske handlinger overfor pasienter. Studien viser at slike handlinger kan være alt fra å snakke til pasientene på lite respektfulle måter, forlenge pleien lenger enn nødvendig, bruk av bleier framfor å følge pasientene på toalettet, være fysisk hardhendte og forhindre mat og drikke (Malmedal m.fl., 2009). Slike handlinger kan også gjenkjennes i Gjerberg, Førde, Pedersen og Bollig (2010) sin studie der det kommer fram at det forekommer at ansatte lurer medisiner i mat, tar opp sengehesten mot pasientens vilje og vasker pasienter mot eget ønske. Handlinger som med dette trosset pasientens autonomi og integritet, ble i følge de ansatte gjort for å oppfylle kravet om gi adekvat medisinsk behandling og omsorgsfull pleie (Gjerberg m.fl., 2010). Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2013) har sett nærmere på bruk av tvang i sykehjem, og gjennom flere fokusgruppeintervjuer uttaler personalet at de forsøker andre strategier før de iverksetter tvang for å kunne gi det de anser som tilstrekkelig helsehjelp. I følge informantene førte mangel på personell, manglende kompetanse og tid til at det likevel ble brukt unødvendig tvang, for eksempel ved at pasienter måtte bruke bleie fordi dette var tidsbesparende for personalet eller at pasienter ble gitt medisiner der personalet av tidligere erfaring visste at det å sitte sammen med pasientene kunne være like nyttig, men dette krevde tid og kompetanse (Gjerberg m.fl. 2013). Flere av informantene beskrev at arbeidssituasjonen påvirket muligheten deres til å bruke andre strategier for å unngå bruk av tvang (Gjerberg m.fl., 2013). I 2014 konkluderte Kjørholt, Sæther, Thorsnes og Utmelizde etter en gjennomgang av forskning, tilsyn og rapporter at det foregår grove krenkelser av grunnleggende menneskerettigheter i form av ulovlig tvang, mishandling og omsorgssvikt på sykehjem i Norge.

Slettebø m.fl. (2010) har sett nærmere på hvilke prioriteringer leger og sykepleiere på sykehjem står overfor i hverdagen. Gjennom intervjuene kommer det fram at mangel på tid og ressurser gjør at de ansatte prioriterer biologiske og medisinske behov framfor psykososiale, som for eksempel å sette seg ned og prate med pasientene eller ta de med ut på en tur (Slettebø, m.fl., 2010). Sykepleierne beskrev det som et dilemma der de befant seg mellom å sikre adekvat og omsorgsfull pleie til den enkelte samtidig som de skulle sikre lik tilgang til omsorg og sørge for konsekvent prioritering (Slettebø m.fl., 2010). Fordi sykepleierne selv måtte prioritere medisinske behov ble ofte andre oppgaver delegert til mindre kvalifiserte personell, mens de psykososiale behovene var noe som ble ansett som uadressert (Slettebø m.fl. 2010). Kälvemark m.fl. (2004) har forsket på moralsk stress blant helsepersonell og konkluderer med at dette er fenomen som blant annet oppstår fordi helsepersonell stadig vekk

havner i situasjoner der de opplever at de organisatoriske målene kommer i konflikt med målene for den enkelte pasient, noe som fører til at helsepersonellet opplever å ikke kunne ivareta alle parter. Gjerberg m.fl. (2013) konkluderte noe lignende i sin studie hvor det ble påpekt at ansatte på sykehjem står overfor mange etiske utfordringer, og hvis ikke disse blir håndtert, så vil de påvirke både kvaliteten på pleien, samtidig som det kan føre til stressfaktorer, både for de ansatte, pasientene og pårørende.

Den eksisterende forskningen, særlig norske studier, har i stor grad fokusert på å avdekke at ansatte på sykehjem står overfor mange etiske dilemmaer i hverdagen, og at det foregår uønskede hendelser på sykehjem. Likevel sier den lite om hvor grensene går før det meldes videre. En studie utført på svenske sykehjem viser derimot at de mest alvorlige uønskede hendelsene som ble rapportert omhandlet feil administrering av medisiner, fall, forsinket intervensjon når det gjaldt behandling og manglende sykepleie knyttet til dehydrering og underernæring (Andersson, Frank, Willman, Sandman & Hansebo, 2018).

En norsk studie fra sykehjem har sett på barrierer når det gjelder rapportering, og fant blant annet at mangel på tilbakemeldinger, manglende støtte, frykt for konflikter med kollegaer og eget syn på alvorlighetsgrad hadde sammenheng med om hendelser ble rapportert (Prang & Jelsness-Jørgensen, 2014). Det kom også fram i studien at det ikke var uvanlig at hendelser ble tatt opp direkte med kollegaer framfor å bli rapportert (Prang & Jelsness-Jørgensen, 2014). Dette samsvarer også med en studie fra Jones og Kelly (2014) som fant at rapportering var forbundet med noe negativt, og at informantene foretrakk å rapportere om hendelser muntlig framfor å dokumentere det skriftlig grunnet frykt for represalier fra arbeidsplassen. Når de ansatte sto overfor valget om de skulle rapportere eller ikke, så refererte de ikke til at etiske retningslinjer eller lovverk styrte avgjørelsen, men de stolte mer på sine personlige verdier og opplevelser (Jones & Kelly, 2014). Forskningen om rapportering kan altså tyde på at det er de mer alvorlige hendelsene som rapporteres, samtidig som at flere faktorer spiller inn når de står ovenfor valget om å rapportere eller ikke.

1.4 Hensikt med studien og forskningsspørsmål

Media og fag –og forskningskunnskap sørger for å holde oss løpende oppdatert om forholdene i norsk helsetjeneste. Det skal vi være glade fordi vi er tjent med en åpen og gjennomsiktig helsetjeneste. Men dersom det overordnede målet er å redusere feil, krenkelser og uønskede hendelser i helsetjenesten, trenger vi også kunnskap sett fra helsearbeidernes perspektiv.

Sykepleiere på sykehjem skal i følge lovverket og etiske retningslinjer utføre sitt arbeid faglig forsvarlig, yte omsorg og sørge for at pasienter opplever verdighet, samtidig som de skal melde i fra dersom kvaliteten og sikkerheten står på spill. Sett i lys av forskningen er det trolig ingen enkel oppgave å vurdere hva som ikke kan aksepteres, og ikke minst vurdere når det bør meldes videre i systemet. Hensikten med denne studien er å belyse kompleksiteten rundt det å vurdere egne og andres handlinger i møtet med en sårbar pasientgruppe, og se nærmere på hvilke situasjoner sykepleiere opplever som uønsket sett fra et faglig og etisk perspektiv, og hvordan dette håndteres. Det foreliggende arbeidet er derfor et forsøk på å se på dette fra sykepleiernes ståsted.

Prosjektet har til hensikt å besvare følgende problemstilling;

Hva slags hendelser opplever sykepleiere på sykehjem som uønsket, og hvordan håndterer de slike hendelser?

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverket som studien bygger på og som får betydning for analysen min. Innledningsvis vil jeg kort starte med å gjøre rede for det vitenskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for studien. Deretter vil jeg si noe sykepleiens grunnforståelse om god og forsvarlig pleie, kontekst og sykepleiepraksis og god og dårlig klinisk praksis.

2.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Masteroppgaven ble fra starten av inspirert av det sosialkonstruktivistiske perspektivet hvor man legger til grunn at virkeligheten ikke er entydig, men mangfoldig og under stadig forandring (Burr, 2003). Innenfor sosialkonstruktivismen antar man at virkeligheten hele tiden er konstruert gjennom sosiale prosesser. Berger og Luckmann (2000) ser på mennesket som et produkt av samfunnet, men også som skapere av samfunnet, noe som innebærer at mennesker og samfunnet påvirker hverandre og sammen skaper en virkelighet. Nært knyttet til disse samhandlingene står begrepene eksternalisering, objektivisering og internalisering. I følge Tjora (2018) kan eksternaliseringsfasen sees på som en ”markedsføring” av ny kunnskap der aktører søker å fremme sine synspunkter gjennom formelle eller uformelle former, og det skapes en ny virkelighet. Objektivisering innebærer derimot at de sosialt skapte strukturene endres til å bli til størrelser som tas for gitt, og dermed kan sies å bli objektive (Tjora, 2018). Videre påpeker (Berger & Luckmann, 2000, s. 136) at internaliseringsfasen inntreffer når medlemmene av en kultur ubevisst lærer seg disse ”objektive sannhetene” og gjør dem til sine egne. Begrepene som her nevnes er noen av sosialkonstruksjonismens kjennetegn, og sier noe om hvordan dette perspektivet ser på kunnskap, hvordan dette opprettholdes og videreføres. Litt mer overordnet kan man si at det er perspektiv der man betrakter menneskers virkelighetsforståelse som formet av de opplevelser de har og situasjonene de befinner seg i.

Ut i fra Berger og Luckmanns (2000) omtale av internalisering innenfor institusjonsbaserte sub-verdenener kan det å arbeide innenfor helsevesenet anses som en form for

sekundærsosialisering. Sekundærsosialisering innebærer at man tilegner seg et rollespesifikt ordforråd, noe som betyr at man ikke bare får et felles språk knyttet til kunnskap, strukturer og rutinearbeid, men man tilegner seg også disse områdenes underforståtte betydninger, vurderinger og følelsesmessige nyanser (Berger & Luckmann, 2000, s. 143). I følge Berger og Luckmann (2000) bygger sekundærsosialiseringen på den tidligere primærsosialiseringprosessen som har foregått forut for dette. Det innebærer at den bygges utenpå den allerede internaliserte verdenen, altså de objektive sannhetene om verden som vi allerede tar for gitt. For en sykepleier innebærer dette at denne nye kunnskapen man får gjennom utdanningen og som man erverver seg gjennom arbeid i en organisasjon/virksomhet bygges oppå den virkeligheten man allerede er en del av, det vil si som borger i et samfunn.

2.2 Sykepleiens grunnforståelse om god og forsvarlig pleie

Historisk sett viser faghistorien at sykepleiens kunnskapsgrunnlag har tre dimensjoner; klinisk observasjon, å se sykepleie som et håndverk med kliniske metoder samt hjelpe den syke til å gjenvinne sine krefter, forebygge sykdom, fremme helse og lindre (Nortvedt, 2008).

Den naturvitenskapelige kunnskapen bygger på fakta og er generaliserbar, og denne gir sykepleieren grunnlag for å kunne forklare pasienters problemer og ligger til grunn for tekniske sykepleieprosedyrer (Kim, 2007, s. 92). Det finnes altså noen overordnede normer for hva som er rett og galt i forhold til hvordan man skal utøve den kliniske biten av sykepleien. Men sykepleiens faglige ansvar har også noen moralske undertoner. I følge Nortvedt (2008, s. 125) handler dette om erfaringer i møte med andre mennesker, det dreier seg om å forstå andres situasjonsopplevelse som syke eller hjelpetrequende og om å bli berørt når etiske verdier i pasientbehandling og omsorg står på spill og er truet. Nært knyttet til dette er etikken som har en helt sentral dimensjon i sykepleieryrket.

De viktigste etiske prinsippene for sykepleien kom i 1978 når Tom Beauchamp og James Childress lanserte prinsippene; velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 96). Mens velgjørenhet-prinsippet handler om å gjøre det beste for pasienten, handler ikke skade-prinsippet om å beskytte pasienten mot dårlig praksis og

feilbehandling, samtidig som det viser til at man skal være varsom og yte omtanke i pleie og behandling (Nortvedt, 2016). Autonomi-prinsippet handler om at pasienter som er kompetente skal kunne bestemme over sin egen behandling og pleie. Rettferdighetsprinsippet innen sykepleie omhandler at alle pasienter har lik rett til omsorg (Nortvedt, 2016). Når man skal balansere etiske hensyn så brukes ofte disse prinsippene som en rettesnor. I de etiske retningslinjene for sykepleiere er etikken gjort mer eksplisitt, både i møte med egen profesjon, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet. Disse kan sies å være normative fordi de gir føringer på hva en sykepleier bør/skal eller ikke bør/skal gjøre. Samtidig gir heller ikke disse noe klart svar på hvordan man skal forene alle normene og idealene i praksis, og de kan også stå i motsetning til hverandre. Et femte prinsipp som også er gjeldende for sykepleiere er prinsippet om barmhjertighet. Den finner man igjen i det overordnede grunnlaget for sykepleie som er nedtegnet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011, s. 7);

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.”

Dette grunnlaget har nær sammenheng med nærhetsetikken som i følge Nortvedt (2016) forstår etikken som et erfaringsnært fenomen. Plikt og ansvar, respekt og omsorg er begreper med moralsk innhold, det er noe vi alle bruker og er fortrolige med, noe som innebærer at hva som er moralsk eller umoralsk, rett eller galt ikke bare tilhører teorien, men også er noe som er iboende i oss mennesker basert på den erfaringen vi har (Henriksen & Vetlesen, 2006). Det er erfaringer som skapes i sosialisering med andre mennesker. I følge Henriksen og Vetlesen (2006, s. 219) handler nærhetsetikken nettopp om våre moralske intuisjoner; det er begreper og prinsipper som er uløselig knyttet til vår erfaring med å være et menneske blant mennesker, noe som fører til at vi ikke kan tenke oss bort fra den moralske dimensjonen i møte med en annen. Dette underbygges også av Martinsen (2000, s. 79) hvor hun påpeker at sykepleieren står nær pasientens sårbarhet, noe vi kan kjenne oss igjen i som mennesker, og ved å erfare den andres menneskelighet kan vi verne mot inngrep som kan være krenkende. Å befinne seg i en situasjon med et annet menneske handler altså om å befinne seg i en moralsk situasjon, men dette betyr ikke nødvendigvis at vi opptrer moralsk godt, kjennetegnet er derimot at vi har valget mellom godt og dårlig (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 219). Ser

man tilbake på forskningen om hendelser i eldreomsorgen kan man velge å krenke en annen ved unnlattelsessynder, eller man kan unngå å gjøre dette. Ser man en annen gjøre dette, kan man velge å bryte inn eller ikke gjøre dette. Slike hendelser er ikke bare knyttet til faglige verdier og etiske verdier, men det er også knyttet til moral, noe vi har ideoende. I følge Henriksen og Vetlesen (2006, s. 223) kan derimot veien til umoral være brolagt med de beste hensikter; likegyldighet og overinvolvering i forhold til den andre kan være ledsaget av forsikringen om være til den andres beste. Et eksempel på dette kan være dersom en sykepleier tvinger en beboer til å stå opp kan det anses som en form for overgrep, men dersom man velger å la beboeren ligge kan det kalles forsømmelse. Det kan altså være en balansegang mellom manglende omsorg på den ene siden og undertrykkelse på den andre.

I følge Olsvold, Neumann og Thagaard (2016, s. 17) har kombinasjonen av teorier om omsorg, etikk og sykepleie ført til at norske sykepleieres selvforståelse i stor grad handler om et helhetlig omsorgsansvar for den enkelte pasient. Sett i lys av sykepleierens selvforståelse kan det tenkes at hva man opplever som uønsket og hvordan man håndterer dette ikke bare har forpliktelser som er knyttet til lovverk og faglig -og etisk yrkesutøvelse, men det er også nært knyttet til moral og møtet med den enkelte pasient i den gitte situasjon.

2.3 Kontekst og sykepleiepraksis

Som sykepleier går man inn praksishverdagen med en allerede internalisert kunnskap om hva denne rollen innebærer. Men som Slettebø (2009) påpeker så vil sykepleierrollen bli utformet i tråd med de forventninger samfunnet og omgivelsene har.

I følge Nortvedt (2008) handler ikke bare sykepleiens etikk om de grunnleggende møtene med mennesker. Det er også et politisk definert mandat, et samfunnsmandat om å hjelpe mennesket, sykt eller friskt, med å dra omsorg for seg selv, eller ved å kompensere for en slik omsorg der den mangler (Nortvedt, 2008, s. 124). Sykepleieren skal altså hjelpe mennesker for deres egen skyld, og ikke for sin egen del. Videre påpeker Nortvedt (2008, s. 124) at sykepleiere dermed har fått et politisk oppdrag av samfunnet med å ivareta viktige funksjoner i helsetjenesten, blant annet ved å gi medisinsk assistanse, forebygge sykdom og yte omsorg for det syke mennesker.

Helsevesenet er stadig i endring. Blant annet har pasienter fått flere rettigheter, jf. Pasientrettighetsloven (1999), Kvalitetsforskrift for pleie –og omsorgstjenestene (2003) og Verdighetsgarantiforskriften (2011). Fag –og forskning utvikler seg og er mer tilgjengelig, ikke bare for helsepersonell, men også for allmennheten. Nye reformer og krav kommer fra politisk hold, noe som fører til nye måter å organisere helsetjenesten på. Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 etter bestemmelser fra Stortinget har blant annet ført til endring i eldreomsorgen i Norge. Et av målene med denne reformen var å redusere etterspørselen etter unødvendige spesialisthelsetjenester ved at det ble overført flere oppgaver knyttet til medisinsk behandling og sykepleie til kommunene i landet (Helse –og omsorgsdepartementet, 2008). I følge Cappelen (2018) har denne reformen blant annet ført til at kommunene mottar pasienter med økende medisinske behov, noe som igjen har ført til at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt. Om ikke kompetansen er økt i takt med utfordringene, kan det tenkes at dette er med på å påvirke pasientsikkerheten.

Staten kan tenkes å ha to motstridende hensikter i helsevesenet. Den ene er organisere kvalitetsmessige gode, men også effektive tjenester, samtidig som man skal oppfylle alle rettighetene pasientene har krav på (Olsvold, Neumann & Thagaard, 2016). For å demme opp for det økende kapasitets –og ressursproblemet har man både i stat og kommune begrenset utgiftene ved å avgrense og omorganisere tjenester, samtidig som man har økt kontrollen med profesjonene (Olsvold, Neumann & Thagaard, 2016). For å nå statens klare mål om å både effektivisere, men samtidig opprettholde gode tjenester styrer i dag mange virksomheter med prinsipper fra New Public Management. I kommunesektoren har dette blant annet ført til en desentralisering der arbeidsoppgaver og ansvar er forskjøvet fra sentrale ledd til de avdelingene som leverer tjenestene. Vike (2004) påpeker at når ansatte får ansvar for innholdet og kvaliteten på tjenestene, uten å ha myndighet over arbeidsmengde og ressurser, så kan dette føre til at ansatte kan ha vanskelig for å etterleve den kvaliteten de mener pleien bør ha.

Slik sett kan det tenkes at helsepolitiske prioriteringer og organisatoriske strukturer som i økende grad har fokusert på økonomisk og effektive tjenester er med på å påvirke sykepleierrollen i praksis.

2.4 God og dårlig klinisk praksis

Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås som følge av helsetjenesteprosesser. I norsk sammenheng har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomført en kartlegging av begrepet pasientsikkerhet og henviser til følgende definisjon;

”Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme” (Saunes, Svensby, Mølsted & Thesen, 2010, s. 6).

Kvalitet og sikkerhet er ikke synonyme begreper, men pasientsikkerhet kan sees på som en viktig del av kvaliteten. Mens pasientsikkerhet i stor grad handler om å unngå skade, så retter kvalitet seg mot egenskaper og kjennetegn ved en tjeneste. Begrepet kvalitet aktualiserer dermed verdier og normer. I følge Orvik (2015) er verdier generelle, de handler om hva som er godt og vondt, og uttrykker idealer og mål. I NOU 2015:11 (2015, s. 30) kommer det fram at sentrale verdier i helse –og omsorgstjenesten blant annet handler om menneskeverd, respekt, rettsikkerhet, forsvarlighet, kvalitet, sikkerhet og medvirkning. Disse verdiene kan altså gjenkjennes fra lovverket og det sykepleiefaglige grunnlaget, og kan tenkes å være kjennetegn ved hvordan man ønsker at den norske helsetjenesten skal være. Men Orvik (2015) knytter også økonomi til begrepet verdi, fordi det også gir et uttrykk for prioriteringer. Det er altså knyttet noen spenninger til kvalitetsbegrepet fordi faglige idealer og økonomiske vurderinger ikke alltid går i samme retning (Orvik, 2015, s. 75). Kvalitet som verdi aktualiserer også begrepet norm, noe som kan sies å være veiledende regler for hvordan man skal eller bør handle for å realisere disse målene som er satt for helsetjenesten (Orvik, 2015, s. 75).

Den viktigste plikten sykepleiere, annet helsepersonell og virksomheter har overfor pasienter er plikten til å gi forsvarlig helsehjelp (Molven, 2015, s. 227). Denne plikten gjør seg gjeldende i Helsepersonelloven (1999, § 4) som sier;

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Hva som er å anse som faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp kan imidlertid være vanskelig å definere. I følge forarbeidene til forsvarlighetskravet (jmf. Ot prp nr 13 (1998-1999) punkt 2.5 forstås dette som en minstestandard til faglig arbeid (Molven, 2015, s. 229). Likevel påpeker Molven (2015, s. 229) at selv om dette gir uttrykk for en minstestandard i rettslig forstand, så forventes det at virksomheter og helsepersonell utøver et høyere ambisjonsnivå enn dette, selv om det kan være uklart hvor man skal sette standarden. For sykepleiere innebærer dette de skal innrette seg etter det som anses som god utøvelse av yrket. Hva omsorgsfull helsehjelp er derimot enda vanskeligere å spesifisere, men i følge Nortvedt (2008) bør man møte pasienter med empati og omtanke, og ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon. Hva som er å anse som faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie, må også sees i lys av annet lovverk, og i sykehjem gjør særlig Kvalitetsforskrift for pleie –og omsorgstjenestene. (2003) og Verdighetsgarantiforskriften (2011) seg gjeldende.

Forsvarlighet og god kvalitet henger sammen, men er ikke fullt ut det samme. Det uforsvarlige oppstår når det opptrer avvik fra god praksis slik at det utgjør en risiko eller fare for pasienten (Molven, 2015). I et medisinsk risikoperspektiv har det vært utbredt å skille den objektive (sanne) risikoen fra den subjektive personlige opplevde risikoen (NOU 2015:11, s. 37). Dette kan til dels gjenkjennes i begrepene som man bruker i pasientsikkerhetsarbeidet. I en nyere versjon av boken *Pasientsikkerhet* knytter Karina Aase seg til WHO sin definisjon når hun definerer uønskede hendelser som;

”En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter ved helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenestene. Uønskede hendelser kan være mulig å forebygge eller ikke” (WHO, 2005, oversatt av Aase, 2018, s. 16-17).

Videre beskrives en nestenhendelse som;

”En hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av tilfeldigheter eller fordi den blir forhindret fra å utvikle seg” (WHO, 2005, oversatt av Aase, 2018, s. 17).

Cappelen (2018) påpeker blant annet at uønskede hendelser man ønsker å minimere på sykehjem er feilmedisinering, infeksjoner, underernæring og fall. Selv om definisjonen her kan tenkes å søke etter en ”objektiv” virkelighet av hva uønskede hendelser er og i hvilken kontekst det foregår i, nemlig klinikken, så vil trolig også slike hendelser være knyttet til verdier fordi hendelser som er uønsket foregår i samhandling med andre mennesker. Man kan også spørre seg om klinisk behandling noen ganger kan være så kompleks at det kan være vanskelig å vite om skaden er oppstått som et resultat av selve behandlingen eller komplikasjonene. Dette gjør seg trolig gjeldende i eldreomsorgen hvor pasientgruppen ofte har et kompleks sykdomsbilde. Et eksempel fra forskningen på eldreomsorgen viser at mange pasienter på sykehjem må bruke bleie fordi knapphet på tid gjør at helsepersonell ofte ikke rekker å følge de på toalettet i tide. Tanken var kanskje først god ved å bruke det som en sikkerhet for å unngå uhell, men etter hvert blir det kanskje en vane der man også lener seg på at om uhellet skulle skje så har pasienten bleie. Men hva hvis pasienten en dag får en urinveisinfeksjon eller pasienten etter hvert ikke lenger innehar like stor kontroll over blærefunksjonen som tidligere. Gitt ut i fra definisjonen vil det trolig være vanskelig for meg som sykepleier å vurdere om dette er en konsekvens av den kliniske behandlingen, altså mangelfull pleie eller kanskje mangel på inntak av væske, eller om det er et resultat av alderdomsprosessen ved at de naturlige funksjonene begynner å svikte.

Jeg mener at kvalitet og pasientsikkerhet må sees i lys av den konteksten den hører til, og i denne oppgaven innebærer dette at hendelsene som blir beskrevet av sykepleierne er knyttet til et botilbud for sårbare mennesker der målet til helsepersonellet er å dekke deres grunnleggende behov, både fysiske og psykiske. Det faller utenfor mitt område å vurdere om hendelsene sykepleierne beskriver har ført til konsekvenser i form av skader for pasientene slik man snakker om i et overordnet pasientsikkerhetsperspektiv. Men dersom det forekommer hendelser som helsepersonell mener ikke burde ha skjedd, enten det handler om faglige normer for hva som anses som rett og galt eller det handler om etiske verdier for hva som er rett eller galt, så kan man vel likevel anse det som noe som er uønsket? Trolig er heller ikke alle hendelser målbart slik definisjonen om uønskede hendelser kan tenkes å vise til. Krenkende handlinger kan være et eksempel på dette. Når vet man om en krenkende handling har ført til skade for en annen?

Burr (2003) påpeker at det er gjennom sosiale prosesser at språk og kunnskap blir produsert. Det kan dermed tenkes at forståelsen vi har opprettholdes og utvikles i sosiale relasjoner, og sammen med kulturen og tiden vi lever i danner dette utgangspunkt for vårt syn og handlinger. I dette ligger det også at konstruksjoner av verden vil opprettholde visse mønstre når det gjelder sosiale handlinger, mens andre vil bli ekskludert. Derfor mener Burr (2003) at man innenfor sosialkonstruktivismen må være kritisk til selvfølgelig viten og utfordre seg selv med tanke på å forstå verden som noe objektivt. Dette vil også kunne gjelde for våre vurderinger av kvalitet av klinisk praksis. Hva som skal defineres som uakseptable forhold og hvordan vi snakker om dette er altså noe vi mennesker er med på å konstruere. Men som Justesen og Mik-Meyer påpeker vil ikke slike konstruksjoner være konstante da de vil kunne endre seg gjennom kulturelle, sosiale og historiske kontekster. I følge Thomassen (2006, s. 186) er det nettopp gjennom de diskursene som er virksomme i helse –og sosialfag, vår kunnskap og praksisene forbundet med den som gjør at man skaper en verden. Vi er altså sammen med samfunnet med på å skape en praksis der noe blir ansett som akseptabelt eller ikke akseptabelt.

Helsevesenet er komplekst og er stadig i endring. Dersom man skal forstå hva uønskede hendelser er og hvordan dette håndteres så legger jeg til grunn at dette ikke er noe som er konstant, og at det ikke er noe som kan forstås ut i fra en ”objektiv” sannhet. Uønskede hendelser og håndteringsprosesser bør forstås i lys av både den individuelle, kulturelle, sosiale og historiske konteksten den befinner seg. I denne oppgaven velger jeg derfor å se mer nyansert og komplekst på begrepet uønsket hendelse enn hva definisjonen viser til.

3 Metode

I følge Kvale og Brinkmann (2017, s. 140) betyr ordet metode å vise ”veien til målet”. I dette kapitlet vil jeg derfor presentere forskningsprosessen som ligger til grunn for resultatene i studien. Jeg vil innlede med å redegjøre for valg av kvalitativ metode og gjennomføringen av den før jeg sier noe om min egen for forståelse og etiske betraktninger omkring prosjektet. Avslutningsvis vil begrunne og redegjøre for analyseprosessen.

3.1 Kvalitativ metode

Hvilken metode som egner seg avhenger av problemstillingen. Kvalitative metoder kan brukes når man ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, motiver, forventninger og holdninger, noe som kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017, s. 31). I denne studien ble det valgt en kvalitativ tilnærming da studien har et utforskende formål ved å se nærmere på hva sykepleiere opplever som uønskede hendelser i arbeidshverdagen og hvordan de håndterer disse hendelsene.

En kvalitativ metode i denne sammenheng kan derfor gi mulighet til å forstå opplevelser, menneskelig adferd og årsaker til dette.

3.1.1 Individuelle dybdeintervjuer

I denne studien er det gjennomført individuelle dybdeintervjuer. Bakgrunnen for valg av dette handler både om sensitiviteten i tematikken, men også om at sykepleiere på sykehjem er i et mindretall, noe som gjorde at jeg anså det som vanskelig å samle flere sykepleiere til samme tid. Som tidligere nevnt er det teoretiske perspektivet sosial konstruktivisme. Når dette perspektivet brukes i forbindelse med et intervju er man derfor ute etter å studere hvordan informantene skaper mening eller hvordan de forstår sin virkelighet på bakgrunn av de erfaringene og opplevelsene de har (Tjora, 2017, s. 115). Dette innebærer at intervjuet dermed ikke bare handler om sykepleierne, men at intervjuet også brukes til å forstå sammenhenger utover sykepleierne som individer.

Et intervju har til hensikt å forstå verden ut fra informantens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 20). Gjennom intervjuet skaper informanten mening og forståelse om et bestemt tema som intervjueren har forhåndsbestemt. Likevel påpeker Kvale og Brinkmann (2017, s. 20) at selv i et intervju der informanten uttrykker sine meninger og erfaringer, så kommer man ikke utenom at informanten vil være påvirket av diskurser, maktrelasjoner og oppfatninger som bestemmer deres måte å uttrykke seg på og deres handlingsvalg. Omgivelsene har altså en påvirkningskraft på informantene, både i lys av hva de snakker om og hvordan det snakkes om. Et forskningsintervju må også forstås i lys av det samspillet som foregår mellom informanten og intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2017). Dette innebærer at det som har kommet fram i denne studien er en konstruert form for kunnskap, som har foregått i samspillet mellom sykepleierne og meg, noe som igjen vil bety at andre mennesker ville ha kunnet fått fram en annen type kunnskap. En intervjusituasjon må derfor sees som en konstruert setting, der formålet også er å besvare et forskningsspørsmål. Som Willig (2014, s. 29) uttrykker er et intervju en samtale mellom to mennesker der interaksjonen er med på å skape dataene som senere skal bli analysert. Likevel påpeker Tjora (2017, s. 31) at dette ikke innebærer at meninger og erfaringer som kommer fram i intervjuet ikke finnes uavhengig av intervjuet, men at måten de gjøres eksplisitte på, avhenger av møtet mellom informanten og den som intervjuer.

3.1.2 Bruk av semi-strukturert intervjuguide og gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene prøvde jeg ut intervjuguiden på noen venner som er sykepleiere og som har nåværende eller tidligere erfaring fra sykehjem. Det ble brukt båndopptaker slik at jeg også kunne få en følelse av hvordan det ville være å gjennomføre et intervju. Disse intervjuene må dog sies å være usystematiske der målet var å få hjelp til å strukturere intervjuguiden. Dette førte til at noen spørsmål ble endret og andre konkretisert. Data fra disse intervjuene er ikke en del av datamaterialet og ble slettet etter at de hadde oppnådd sitt formål.

En til en intervju kan føles skremmende, og det er derfor viktig å skape en trygg ramme for den som intervjues (Green & Thorogood, 2014). I og med at sykepleierne hadde fått anledning av arbeidsgiver til å gjennomføre intervjuet i arbeidstiden ble dette gjennomført på den enkeltes arbeidsplass, noe som også var i orden for sykepleierne. Det ble derfor avtalt

med hver enkelt om å finne et rom der vi kunne sitte uforstyrret med tanke på sensitiviteten av den informasjonen som ble delt.

Før intervjuene startet gjentok jeg tema for samtalene, bakgrunnen og formålet med studien. Det ble også sagt noe om hvordan datamaterialet ville analyseres for å forsøke og forhindre misforståelser i etterkant. Sykepleierne ble også gitt muligheten til å stille spørsmål i forkant av intervjuet dersom det var noe de ønsket oppklaring på. Videre ble det begrunnet nødvendigheten av å ta lydopptak samt hensikten med dette. Enkelte av sykepleierne synes det var noe ubehagelig å se båndopptageren, og den ble derfor lagt litt mindre synlig til for enkelte av sykepleierne, men nært nok til at det ikke ødela for lyd kvaliteten.

Selve intervjuet startet med noen introduksjonsspørsmål som jeg tenkte kunne være enkle for sykepleierne å svare på, samtidig som det kunne få samtalen litt i gang. Intervjuguiden hadde videre en semi-strukturert oppbygning, noe som innebar at det var noen forhåndsbestemte temaer tilknyttet forskningsspørsmålet som ble stilt til informantene (Green & Thorogood, 2014, s. 96). Målet var at spørsmålene skulle fungere som en trigger til å få sykepleierne til å snakke om sine erfaringer og tanker omkring uønskede hendelser og håndtering av dette. Jeg valgte å ha ferdig formulerte spørsmål, og under noen av disse hovedspørsmålene hadde jeg også et omformulert spørsmål dersom sykepleieren ikke forsto hva jeg mente med det første spørsmålet. Likevel vil det ved en slik tilnærming først og fremst være informantenes svar som bestemmer hva slags informasjon som produseres. Dette var noe av årsaken til at enkelte spørsmål i intervjuguiden fikk en annerledes ordlyd underveis i intervjuet samtidig som jeg valgte å gå mer i dybden på andre. I følge Tjora (2017) er fordelene ved dybdeintervjuer at man kan benytte åpne spørsmål som gir informantene mulighet til å gå i dybden der de har mye å fortelle, samtidig som det gir rom for intervjueren til å kunne godta digresjoner og også stille oppfølgingsspørsmål der man ser at dette er nødvendig. Det må også sies at dette falt seg noe naturlig, nettopp fordi det var vanskelig å følge intervjuguiden slavisk da sykepleierne var innom ulike temaer, litt om hverandre. Dette stilte krav til at jeg fulgte nøye med slik at jeg senere i intervjuguiden kunne følge opp det de hadde sagt tidligere. Intervjuguiden som ligger vedlagt danner grunnlaget for hvilke spørsmål som ble stilt til sykepleierne, men som nevnt ble ikke denne fulgt slavisk, og ordlyden endret seg noe underveis basert på de første intervjuene som ble gjort.

Kvale og Brinkmann (2017) påpeker at et intervju alltid vil bære preg av et asymmetrisk maktforhold nettopp fordi det ikke er en vanlig samtale, men en samtale der intervjueren definerer hvilke temaer det skal snakkes om og fordi det er en enveisdialog der informanten bes om å besvare spørsmål. For å forsøke å motvirke noe av dette forsøkte jeg å tilstrebe og løsrive meg noe fra intervjuguiden slik at sykepleierne ikke opplevde det som en ren utspørring, men ble gitt mulighet til å få tid til å reflektere og dele det som opplevdes som meningsfullt. Selv om jeg hadde penn og papir tilgjengelig, valgte jeg å ikke bruke dette i noen av intervjuene, da sykepleierne ville legge merke til dette, og det ville dermed kunne forstyrre intervjuet for begge parter. Derfor la jeg vekt på å stole på båndopptageren og min egen hukommelse underveis.

Guillemin og Heggen (2009) viser til at forskere som gjennomfører individuelle intervjuer må være varsomme på hvor langt informanter presses for informasjon noe som innebærer at man må balansere mellom å skaffe et rikt nok datamateriale samtidig som informanten skal ivaretas på en respektfull måte. Dette stilte krav til at jeg underveis måtte ta hensyn til hvordan sykepleierne reagerte på de aktuelle spørsmålene som ble stilt. Jeg forsøkte derfor å ha fokus på både det nonverbale og det verbale gjennom intervjuet. Og dette dannet igjen grunnlaget for når jeg synes det var aktuelt med oppfølgingsspørsmål og ikke. Ønsket mitt var å ikke presse sykepleierne for informasjon som hun eller han ville angre på å ha gitt i etterkant. Likevel må jeg erkjenne at det å være en novise på det å gjennomføre et intervju og det å spørre om sensitive temaer gjorde at dette ble en krevende balansegang nettopp fordi det er et tema som viste seg å ikke være så lett og snakke om av seg selv. Dette innebar at jeg ofte kom med oppfølgingsspørsmål underveis eller spurte om de kunne utdype det de hadde sagt ytterligere. Det er likevel viktig å påpeke at jeg ikke opplevde at de ikke ønsket å snakke om dette, men at det kanskje ikke var så lett for den enkelte å komme på situasjoner under intervjuet. Som flere av sykepleierne påpekte opplevde de mange dilemmaer i hverdagen, men flere synes det var mer problematisk å beskrive hendelser når man kom inn på begreper som kritikkverdig og uforsvarlig, rett og slett fordi disse begrepene er mer diffuse og fordi de for sykepleierne innebar en høy grad av alvorlighetsgrad. Jeg erfarte derfor at det å få de til og beskrive vanskelige situasjoner som de opplevde som uønsket og avvik var lettere.

Tjora (2017) påpeker også at en av utfordringene med intervjuer kan være at informantene forsøker å svare "riktig" på spørsmålene. Dette var også noe jeg støtte på, og det var en balansegang å prøve og få den enkelte sykepleier til å føle at det de sa var greit, da noen av de

var opptatte av om de svarte ”riktig” eller ”galt”. Derfor måtte jeg påpeke ved noen anledninger at det ikke var ”riktig” eller ”galt”, men at jeg var ute etter deres opplevelser og erfaringer omkring temaet.

Avslutningsvis i intervjuet hadde jeg en oppsummering der sykepleierne fikk mulighet til å tilføye dersom det var noe mer de ønsket å si om temaene. Dette ble også en mulighet for meg til å sikre at jeg hadde forstått de riktig. Etter at båndopptageren var tatt av valgte jeg også å spørre sykepleierne om de synes at intervjuet hadde gått greit for og sikre at de ikke hadde opplevd det som ubehagelig. Noe av debriefingen fortsatte også etter at båndopptageren var slått av, men dette er ikke inkludert som en del av datamaterialet. Det ble også avtalt at jeg kunne ta kontakt i analyseprosessen dersom det var noe jeg usikker på, samt at de kunne ta kontakt med meg om det skulle være noe. Dette har ikke blitt gjort av verken sykepleierne eller meg.

I følge Willig (2013, s. 30) varer normalt sett et semi-strukturert intervju mellom 40 minutter til 2 timer, avhengig av tema og informantens evne til å snakke om sine erfaringer og tanker omkring temaet. Da intervjuene foregikk på arbeidsplassen ble det satt en tidsramme på 1 time. Denne rammen hadde bakgrunn i intervjuguiden som jeg hadde prøvd ut på noen venner i forkant. Intervjuene i denne studien varte fra 45 til 65 minutter.

3.2 Rekruttering

Etter ønske Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og kvalitetssikringsutvalget ved avdeling for helsefag på Universitetet i Oslo (UIO) måtte prosjektet bli godkjent fra sykehjemmets øverste leder før rekrutteringen av sykepleierne kunne starte. I september 2017 sendte jeg derfor ut forespørsler til tre ulike sykehjem. Bakgrunn for valg av disse var tips jeg hadde fått av bekjente om ledere som trolig kunne være behjelpelige med å la et slikt prosjekt bli gjennomført på arbeidsplassen. Selv hadde jeg ingen forutsetninger for å vite noe om disse sykehjemmene i det jeg sendte mailer. Senere i rekrutteringen var det tilfeldige sykehjem som ble valgt i østlandsområdet, rett og slett ved å søke opp sykehjem i ulike kommuner på internett. De første sykehjemmene sendte jeg mail til en gang, da jeg som fersk var redd for å

kreve for mye av sykehjemets øverste leder sin tid. Etter hvert skjønnte jeg derimot at jeg måtte sende en mail nummer to da jeg innså at det ikke nødvendigvis var mangel på interesse, men travle hverdager som gjorde at jeg ikke fikk svar. Mail nummer to ble sendt med en til to ukers mellomrom etter at den første mailen ble sendt. Totalt endte jeg opp med å sende mail til tretten ulike sykehjem, hvor av fem ikke responderte og tre ikke hadde anledning til å fasilitere dette på daværende tidspunkt. Fem sykehjem gav tillatelse til at studien kunne bli gjennomført, men på det ene sykehjemmet var det ingen sykepleiere som ønsket å delta i studien. Rekrutteringen av sykehjem foregikk i fra september til desember 2017, mens selve intervjuene foregikk fra oktober 2017 til januar 2018.

Rekrutteringen på det enkelte sykehjem har enten foregått ved at jeg sendte mail til avdelingssykepleierne eller til fagsykepleier. Disse har så forespurt sykepleierne sine, og når noen gav sin tillatelse til å delta fikk jeg tilsendt navn, mailadresse og nummer til avdeling. Jeg valgte så å sende sykepleierne informasjons –og samtykkeskjema per mail samtidig som jeg skrev en mail der jeg påpekte frivilligheten. Svært få responderte på mailen, derfor ble ytterligere informasjon og avtale om intervju tatt per telefon. I og med at rekrutteringen foregikk via flere ledd var det svært viktig for meg å påpeke frivilligheten flere ganger da jeg selv ikke var til stede når sykepleierne ble spurt første gang.

Green og Thorogood (2014) påpeker at tilgang til informanter i helsevesenet kan ta tid og kan være utfordrende fordi helsepersonell jobber under tidspress. Dette var også noe jeg støtte på i prosessen. Derfor ble det underveis sendt en mail til NSD for å høre om mulighet for å rekruttere sykepleiere jeg kjente fra egen arbeidsplass. Dette fikk jeg anledning til, men det viste seg etter hvert at jeg klarte å skaffe sykepleiere hvor jeg klarte å unngå dette. Ønsket om å unngå å intervju noen jeg kjente godt eller jobbet med handlet både om at jeg var redd for at frivilligheten kunne oppleves som problematisk, samtidig som jeg tenkte at jeg selv var for integrert i egen arbeidsplass og dermed ville la dette prege meg i både intervju –og analyseprosessen.

3.3 Utvalg

I denne studien er det blitt intervjuet syv sykepleiere fra fire ulike sykehjem i østlandsområdet. Utvalget består av seks kvinner og en mann. Bakgrunn for valg av

informanter er at sykepleiere i tråd av sin profesjon er underlagt lover og yrkesetiske retningslinjer, samtidig som de har en nøkkelrolle på sykehjem for å ivareta den faglige kvaliteten og sikkerheten, og er et bindeledd mellom medarbeidere og avdelingslederen. Tanken ved å velge ut sykepleiere som informanter har derfor flere årsaker, og må også sees i sammenheng med den posisjonen de har på et sykehjem.

Utvalget i denne oppgaven må sies å være et tilgjengelighetsutvalg da jeg var avhengig av å finne sykepleiere som ønsket å være med. jeg har ikke kunnet styre hvem som har blitt spurt og hvordan de har blitt forespurt nettopp fordi det har foregått på arbeidsplassen via et mellomledd. Likevel har det blitt noe spredning både i alder og yrkeserfaring, sistnevnte fra 1 år til 30 års erfaring som sykepleier. De fleste hadde erfaring mellom 1 til 10 år som sykepleier, mens enkelte også hadde jobbet i eldreomsorgen før de var ferdigutdannet. Når det gjelder fordeling av kjønn var det ikke overraskende et flertall av kvinner som deltok i studien. Dette må sees i lys av at mannlige sykepleiere på sykehjem, som i resten av helsevesenet, er i et mindretall. Kuper, Lingard og Levinson (2008) viser til at det er vesentlig at datainnsamlingen er bred nok til å fange de mange aspektene ved et fenomen. Heterogenitet kan dermed være en fordel ved kvalitativ forskning da det kan bidra til variasjon i ulike synspunkter. Kjønnsmessig er ikke dette oppnådd, men alders –og erfaringsmessig er det noe mer spredt. Flere av sykepleierne kommer også fra ulike sykehjem.

Kunnskapsproduksjon ved kvalitative studier begrenser seg gjerne til et mindre utvalg enn ved kvantitative studier, nettopp fordi datainnsamlingen kan være tid –og ressurskrevende (Kvale & Brinkmann, 2017). I og med at dette er en masteroppgave må utvalgets størrelse først og fremst sees i lys av hva som ville la seg gjøre innenfor denne tidsrammen, og hva jeg klarte å skaffe av informanter. Malterud (2017) viser likevel til at kvalitative metoder kan produsere mye informasjon om fenomenet som studeres, selv i et lite utvalg, og på den måten kan analysen ha overførbarhet til tilsvarende situasjoner med et større utvalg.

3.4 Forforståelse

I følge Malterud (2017, s. 44-45) er forforståelsen den ryggsekken vi bærer med oss inn i et prosjekt, -en bagasje bestående av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av teoretisk referanseramme ved prosjektets innledning. Med sykepleierutdannelse og hovedsakelig jobberfaring fra sykehjem har jeg i denne studien møtt et felt der jeg har kjennskap til pasientgruppe, arbeidsoppgaver og hvilke dilemmaer man kan stå overfor i arbeidshverdagen.

Interessen for temaet som er valgt i denne oppgaven startet vel egentlig som en tilfældighet, i den forstand at det i løpet av det første året på studiet ble skrevet en del i media om ulike varslersaker i helsevesenet samtidig som Sissel C. Trygstad og Anne Mette Ødegård i 2016 kom med en rapportserie om varsling og ytring, blant annet fra Oslo universitetssykehus. Dette var noe jeg fant interessant. Som forberedelse til det forskningsforberedende kurset begynte jeg derfor å lese mer om rapporteringskultur, og tenkte at det kunne være interessant å se på dette i forbindelse med sykehjem fordi det ofte står skrevet om eldreomsorgen i nyhetsbildet, da gjerne når det har skjedd noe som ikke er bra. I disse sakene i media kom det ofte fram pasient –eller pårørendeperspektiv, men lite fra helsepersonell, ofte begrunnet med at det ville være brudd på taushetsplikten. Dette førte meg videre til å se mer på forskningen om eldreomsorgen som støttet oppunder at det forekom uønskede hendelser og var mange etiske dilemmaer på sykehjem. Da prosjektbeskrivelsen ble skrevet, må det sies at bagasjen min ikke lenger bare besto av min egen erfaring med uønskede hendelser, men også var preget av det jeg hadde lest underveis. Fra å ha hatt tatt ting litt for gitt når det gjaldt tanker om egen håndtering av uønskede hendelser i arbeidshverdagen, gikk jeg vel som et resultat av den ”nye” bagasjen inn i prosjektet med å tenke at dersom man skal få til en forbedring i eldreomsorgen så må helsepersonell si i fra når det oppstår hendelser som er uønsket slik at man kan lære. Og en av tankene jeg hadde var derfor at det å skrive avvik hyppigere kunne være en måte å gjøre dette på. Det skulle senere vise seg gjennom arbeidet med denne oppgaven at det ikke nødvendigvis er så enkelt.

Ved å studere et felt jeg har erfaring med vil jeg derfor ikke komme utenom min egen forforståelse, og det var derfor viktig at jeg gjorde meg noen tanker om dette i forkant, altså påminnte meg selv om at min erfaring ikke nødvendigvis er lik andres erfaring. Å være forsker i eget felt er i følge Malterud (2017) noe som kan gi både fordeler og ulemper. Utfordringen

var å gå tilstrekkelig åpent og eksplorerende ut i et felt jeg selv var kjent med samtidig som jeg bar med meg kunnskap som jeg hadde lest om temaet før oppstart av prosjektet. På den annen side kan det ha vært en fordel da jeg er kjent med sykepleiernes arbeidspraksis og dermed snakker samme ”språk” som sykepleierne som deltok, noe som kan ha ført til at sykepleierne har delt mer av sin hverdag enn hva de ville ha gjort til andre som ikke har samme innsikt i feltet. Det har derfor vært viktig for meg både før og underveis i prosessen å reflektere over min egen yrkesrolle og forskerrolle.

Både i intervjuprosessen og i analyseringen av dataene har det derfor vært viktig å balansere nærhet med distanse. Å ha kjennskap til feltet kan ha vært med på å gi meg en inngangsport og på den måten kan det også bidra til at det skapes en tillitt med sykepleierne. I intervjuprosessen merket jeg særlig dette med felles fagfelt i form av at det enkelte ganger ble respondert i slutten av et avsnitt med; ”du skjønner hva jeg mener” og ”du vet hvordan det er”. Dette la jeg særlig merke til under transkriberingen av de første intervjuene, og jeg prøvde derfor å være oppmerksom på dette senere ved å følge opp slike spørsmål og be de utdype hva de mente med dette ved blant annet å stille de spørsmål som; ”forstår jeg deg riktig?” eller ”kan du fortelle litt mer/utdype dette?”. I følge Malterud (2017) kan slike spørsmål være med på å sørge for at materialet på båndopptageren i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informant om den historien som skapes. Likevel ble dette en balansegang, for noen ting har man en felles forståelse av, og sykepleierne visste også at jeg hadde erfaring fra sykehjem. Jeg tenker også at dette var et tema som ikke var så lett å snakke om av seg selv og beskrive detaljert, så det var også viktig at jeg balanserte det med å være spørrende med å leve meg inn og gi uttrykk for at jeg hadde forståelse for dette.

Min forforståelse har også vært med på styre de veivalgene jeg har tatt, både når det gjelder valg av teoretisk perspektiv og valg av metode. Dette fordi jeg har ønsket å belyse at et slikt tema må forstås i en større kontekst, og ikke bare fra individnivå. Likeledes tenkte jeg i forkant at det ville være lite realistisk å klare og samle sykepleiere til å fokusgruppeintervju, nettopp fordi sykepleiere er i et mindretall på sykehjem og jeg anså det som vanskelig å skulle samle flere samtidig i arbeidstiden. Videre hadde jeg tanker om at det som skulle undersøkes var et sensitivt tema. Et fokusgruppeintervju ville derfor kunne skape en debatt på arbeidsplassen i etterkant som jeg ikke ville kunne se konsekvensene av, på godt og vondt.

Jeg kommer derfor ikke utenom at min forforståelse har påvirket både valg av tema, metode, utvalget og teoretisk perspektiv. Samtidig vil det også prege hva jeg har lagt vekt på i analyseringen, resultatfremstillingen og dermed også diskusjonen. Likevel skal det sies at jeg har vært bevisst på å ta utgangspunkt i det empiriske materialet når dataene er fremskrevet og ikke mine egne opplevelser. Materialet har også gitt meg en ny innsikt omkring temaet som jeg ikke var meg selv bevisst i forkant av prosjektstart.

3.5 Etiske betraktninger

Høsten 2017 ble det søkt til kvalitetssikringsutvalget, avdeling for helsefag ved UIO og NSD om tillatelse til å gå i gang med denne masteroppgaven. Begge søknadene ble godkjent, med noen kommentarer som ble tatt til etterretning. På bakgrunn av dette ble det også sendt en framleggelsesmelding til REK, men prosjektet ble ikke ansett som meldepliktig. Det er også søkt om to endringsmeldinger til NSD i etterkant av første søknad. Den første ble sendt 23.10.17 angående utvidelse av utvalget, og ble godkjent av NSD 02.11.18. Videre ble det søkt om endring av prosjektslutt 22.06.18, hvor NSD 26.06.18 godkjente ny prosjektslutt dato satt til 28.02.19. Godkjennelsen fra NSD til å gå i gang med prosjektet ligger ved som vedlegg.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2010, s. 27) påpeker viktigheten av at forskeren sikrer et informert og frivillig samtykke, og at det gis informasjon om at informantene kan stoppe et opptak eller få slettet materialet fram til publisering. Sykepleierne ble gitt informasjon om prosjektets overordnede formål og hovedtrekkene i designen samtidig som frivilligheten ble påpekt flere ganger, nettopp fordi rekrutteringsprosessen foregikk gjennom flere ledd. Denne informasjonen ble gitt muntlig og gjennom et skriftlig informasjonsskriv som den enkelte sykepleier fikk lese igjennom samt et samtykkeskjema de måtte skrive under på. Den enkelte sykepleier har også hatt mulighet til å kunne ta kontakt med meg i etterkant.

Det ble brukt lydopptak under intervjuene. Lydopptakene ble lagret sikkert på Universitetet i Oslo sitt område som er passordbeskyttet. Her ble også transkriberingen gjennomført og

lagret. Både navn og andre identifiserbare karakteristikker som for eksempel antall pasienter på avdeling, antall ansatte på de ulike vaktene, navn, datasystemer og lignende ble anonymisert underveis i transkriberingen. Jeg vil også påpeke at sykepleierne var todelt når det gjaldt å bruke ”beboer” eller ”pasient” som begrep, noen ganger ble det av de også brukt om hverandre. I resultatfremstillingen vil leseren se at det kun brukes ”pasient”. Dette har sin begrunnelse i at det anonymiserer sykepleierne ytterligere, men også fordi jeg har bemerket at i mesteparten av litteraturen som er brukt i denne studien så er begrepet ”pasient” brukt hyppigere enn ”beboer”. Dette har derfor også blitt gjort for å være mer konsekvent i språkbruken. I de senere fremstillingene i resultatdelen vil leseren se at sykepleierne har fått bokstaver framfor navn, og det har bakgrunn i at det kun er en mann som har deltatt i studien, noe som ville kunne ha ført til at han ville ha blitt identifisert av egen leder ved bruk av pseudonymer.

I følge Tjora (2017, s. 179) har vi et ansvar for å ikke stille informantene i et dårlig lys. Jeg har derfor vært nøye på å ikke bruke sitater som er tatt ut av kontekst og jeg har også valgt å gjøre disse mindre muntlige uten å endre meningsinnholdet, nettopp for å ivareta fremstillingen av den enkelte informant i resultatene.

Samtykkeskjemaene har blitt oppbevart i en låst skuff, adskilt fra kodenøkkelen. Lydfilene ble slettet og kodenøkkelen ble destruert når prosjektslutt forelå 28.02.19, og dette ble bekreftet til NSD 02.04.19 når de ba om en statusrapport. Transkriberingen og samtykkeskjemaene vil bli destruert etter at oppgaven er godkjent.

3.6 Analyse

I følge Green og Thorogood (2014) er målet med en analyse å utvikle en forståelse som ikke nødvendigvis er synlig for de som undersøkes, i og med at en i kvalitative studier ofte spør om ting som vi tar for gitt. Selv om det ikke er et mål i seg selv å samle like datasett fra informantene innenfor kvalitativ forskning vil likevel analysen ta utgangspunkt i å se etter likheter og overensstemmelser når et gjelder informantenes uttalelser (Green & Thorogood, 2014). Uansett hvordan man ser på materialet er målet både å reflektere over kompleksiteten av fenomenet som studeres og presentere de underliggende strukturene som kan si noe om

denne kompleksiteten (Green & Thorogood, 2014). Hensikten med analysen er altså å skape en oversikt for og se sammenhenger og mønstre i eget materiale.

3.6.1 Transkribering

Transkripsjoner er kort sagt dekontekstualiserte gjengivelser av en direkte intervjusamtale der kroppsspråk, stemmeleie og intonasjon går tapt (Kvale & Brinkmann, 2017). Likevel påpeker Kvale og Brinkmann (2017) at et materiale som er strukturert i tekstform er mer egnet for analyse, og det kan dermed sies at denne prosessen er starten på analysen.

Transkriberingen av intervjuene foregikk kort tid etter at de var gjennomført. Dette innebar at transkriberingen ikke bare var en måte å bli kjent med datamaterialet på, men det var også en læreprosess i forhold til neste intervju, både hvordan spørsmålene ble stilt, evne til tause øyeblikk og steder for oppfølgingsspørsmål. I følge Malterud (2017, s. 77) er de virkelige rådataene menneskers opplevelser i tid og rom av det som fant sted, og ikke i samhandlingen mellom informantene og forskeren som er en konstruert og avgrenset versjon for et bestemt formål. Dette innebærer at det i transkriberingen skjedde en ytterligere konstruksjon der tale ble til tekst. Det viktigste er i følge Malterud (2017) at skriftliggjøringen fanger opp samtalen i en form som best mulig formidler det som informanten vil meddele. Jeg valgte å transkribere det så og si direkte slik informantene uttalte seg, dog er det enkelte steder i datamaterialet der jeg valgte å redigere teksten forsiktig for å få mer sammenheng da det muntlige språket ikke egnet seg godt skriftlig. Blant annet valgte jeg å fjerne ord som; hmm, ehm, liksom og lignende der jeg anså de som overflødige eller ubetydelige. Dialekt og andre gjenkjennbare elementer som navn på sykehjemmet, antall ansatte på vakt, antall pasienter på avdelingen og lignende ble også fjernet under transkriberingen for å ivareta anonymiteten til den enkelte. Videre valgte jeg å merke stillhet (antall sekunder), latter og ironi i den transkriberte teksten slik at det skulle bli lettere for meg å gjenerindre situasjonen der historiene ble fortalt. Jeg har hovedsakelig tenkt at viktigheten av å fremstille sykepleierne på en god skriftlig måte vil få mer fokus i resultatfremstillingen, men likevel utgjør alle disse ovennevnte valgene at jeg allerede ved transkriberingen satte mitt preg på datamaterialet. Dog har jeg forsøkt så godt det lar seg gjøre å være disse valgene bevisst slik at alle intervjuene bærer preg av å ha blitt transkribert på denne måten.

3.6.2 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en metode for å identifisere, organisere og beskrive mønstre (temaer) i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Dette har altså gitt meg en mulighet til å oppsummere og organisere det sykepleierne snakket om. For å skape en oversikt og se sammenhenger i mitt eget datamateriale har jeg vært inspirert av Braun og Clarke (2006) sine anbefalte faser for tematisk analyse; bli godt kjent med datamaterialet, generere koder, lete etter temaer, revurdere temaene som er funnet og på nytt se om de virkelig støttes av kodene, definere og navngi temaene, og til slutt skrive fram resultatene. I følge Braun og Clarke (2006) er analysen å forstå som en dynamisk prosess der man beveger seg fram og tilbake i disse fasene. Selv om fasene i analysene har overlappet hverandre velger jeg likevel å dele det opp i litt underoverskrifter slik at det trolig blir lettere for leseren å følge meg i prosessen.

Bli kjent med datamaterialet

Den første delen av analyseprosessen handler om å gjøre seg godt kjent med sitt eget materiale (Braun og Clarke, 2006). For min del startet dette som tidligere nevnt allerede under transkriberingen. Her la jeg merke til noen mønstre i datamaterialet som vekket en interesse. Blant annet så jeg at begreper som jeg brukte i min intervjuguide ikke nødvendigvis var begreper som informantene brukte i særlig grad eller kjente seg igjen i. Dette førte til at noen av de tankene jeg hadde i forkant av prosjektet måtte legges litt til side, slik at jeg kunne forfølge det som de første informantene hadde sagt noe om i de resterende intervjuene.

Braun og Clarke (2016) understreker at dersom man har samlet materialet selv, vil man gå analysen i møte med noe kunnskap om materialet og også trolig noen interesser og tanker i forhold til hvordan man skal gripe det an. Dette var også tilfelle for meg når jeg begynte å lese igjennom datamaterialet første gang etter transkribering. Jeg valgte å ikke begynne med noen formell koding, men skrev likevel ned noen stikkord i datamaterialet som jeg tenkte kunne være relevant ved senere gjennomlesning. Ved første lesning forsøkte jeg også å åpne øynene mine litt mer på ny i forhold til hva sykepleierne faktisk hadde snakket om, og ikke bare søke etter spesifikke temaer som jeg visste var å finne i materialet. Jeg ønsket først og fremst å bli bedre kjent med datamaterialet og få en større oversikt.

Basert på spørsmålene og sykepleierens svar kan det sies at det er mye informasjon om ulike temaer å finne i datamaterialet. I følge Malterud (2017) skal vi i en kvalitativ studie bidra med noe som utvider eller utfordrer eksisterende kunnskap på feltet, noe som innebærer at man

derfor må prioritere tekst som kan bidra til ny utvikling. Selv om jeg i utgangspunktet ønsket en induktiv tilnærming til datamaterialet der koding og temaer ikke var forhåndsbestemt, kommer jeg ikke utenom at det ble en blanding mellom induktiv og deduktiv tilnærming i denne analyseprosessen. Dette fordi det jeg klarte å fange opp som meningsfylt som tidligere nevnt er preget av min forforståelse av feltet, både gjennom praksiserfaring og tidligere forskning, teoretisk perspektiv og problemstillingen som skulle besvares. Et eksempel på dette kan være hendelser som omhandler medisiner, min erfaring fra praksisfeltet er at dette er vanlig å melde i avvikssystemet, noe som også ble understøttet av sykepleiernes beskrivelser. Green og Thorogood (2014) underbygger at analysen aldri kan være helt deduktiv eller induktiv. Deduktiv fordi det er umulig å «angripe» dataene uten noen form for konsept fra teorier, opplevelser eller lesning som vil påvirke hvordan man leser datamaterialet. Induktiv fordi jeg har tatt utgangspunkt i datamaterialet.

Ved andre gjennomlesning valgte jeg for min egen del å sortere datamaterialet i form av stikkord og korte setninger under overskrifter med begreper fra intervjuguiden samt noen nye som jeg syntes passet inn. Dette gav meg en mulighet til å strukturere datamaterialet slik at jeg fikk mer oversikt over hva som var mer fremtredende, og det gav meg også en mulighet til å se hva deltagerne sa om temaer som vi allerede vet noe om fra tidligere gjennom annen forskning. Så dette var altså en måte for meg å se hva som kunne komme i forgrunn og bakgrunn i den videre delen av analysen. Til en viss grad var denne gjennomlesningen og struktureringen starten på det som senere skulle utvikle seg til å bli temaer og sub-temaer.

Generering av koder

Allerede i bli-kjent-fasen gjorde jeg meg noen tanker om at jeg ønsket å forfølge hvilke situasjoner som falt innenfor og utenfor når det gjelder å melde i fra. Dette innebar at jeg i den neste fasen av analysen valgte å fokusere på noen deler av materialet framfor noe annet. Disse delene av materialet ble ikke fysisk fjernet, men jeg nedprioriterte å kode materiale som ikke virket så relevant for å besvare den foreløpige problemstillingen. I følge Braun og Clarke (2016) handler koding om å organisere dataene inn i meningsfulle grupper. Slik jeg har forstått dette er koding en måte å dele datamaterialet opp i mindre enheter på. Kodingen startet først med penn og papir der jeg gikk igjennom hvert enkelt intervju som var transkribert. Her streket jeg under det jeg oppfattet som meningsfullt med tanke på å besvare

problemstillingen. Dette gav meg en mulighet til å strukturere og synliggjøre kodingen for meg selv.

Under arbeidet med kodingen har jeg forsøkt å kode så nært som mulig opp mot informantenes uttalelser, hvilket betyr at det er det de har sagt underveis i intervjuet som har blitt sortert. Dette har også vært en måte å motvirke min egen fortolkning i denne delen av analyseprosessen, da jeg fort kunne ha laget koder som var mer basert på min egen tolkning enn selve uttalelsene. Ved å kode nært opp mot hva deltagerne har sagt har det blitt skapt mange koder. Videre er datamaterialet som ble kodet en blanding av enkeltsetninger, deler av et avsnitt og hele avsnitt. Dette fordi jeg anså at ikke alt kunne stykkes helt opp med tanke på den konteksten de tilhører. Kodene som ble understreket i denne delen av prosessen ble senere lagt i et dokument. Deretter startet prosessen med å velge ut lignende koder, det vil si de som hadde lignende meningsinnhold og spre disse i nye dokumenter slik at de ble samlet og systematisert på en bedre måte.

Eksempler på koding;

Utdrag fra intervju	Kode	Sub-tema	Tema
”Jeg er åpen, men problemet er at jeg vil ikke angripe mine kollegaer og si at du kan ikke gjøre sånn og sånn. Jeg gir alltid to sjanser til å bli bedre. Når det ikke blir det så må jeg diskutere det med lederen min.”	”Jeg gir alltid to sjanser til å bli bedre.” ”Jeg gir alltid to sjanser til å bli bedre. Når det ikke blir det så må jeg diskutere det med lederen min.”	De mindre alvorlige hendelsene ordnes internt Hvis ikke det kan ordnes internt så involveres leder	Håndtering av dilemmaer og uønskede hendelser foregår på ulike nivåer
...I en periode så skrev vi jo avvik. Følte jo at det ble putt i en skuff. Det skjedde ingenting. Og så fikk vi et nytt datasystem som også sendte avviket, ikke bare til leder, men også til institusjonssjef. Da begynte det å skjer litt mer. Men jeg har skrevet ganske mange alvorlige avvik som det ikke har skjedd noen ting med. Så folk gir jo opp og folk slutter jo å skrive avvik. Det er veldig vanlig. Her hvor jeg jobber nå så skriver vi jo avvik. Og da skal leder ta opp avviket med den det gjelder.....	”Jeg har skrevet ganske mange alvorlige avvik som det ikke har skjedd noen ting med. Så folk gir jo opp og folk slutter jo å skrive avvik. Det er veldig vanlig”.	Å bli tatt på alvor kan påvirke om man skriver avvik igjen	Å si i fra kan ha personlige omkostninger

Temaer

I følge Willig (2013) er målet med temaene at de skal fortelle en historie ut i fra hva dataene omhandler. Et tema kan derfor sies å være en abstrakt merkelapp for koder som jeg kan argumentere for at er linket sammen og handler om det samme. Det fanger altså noe viktig i datamaterialet sett i sammenheng med forskningsspørsmålet. Det er viktig å huske på at koder og temaer er basert på min arbeidsprosess, og dermed hvordan jeg har forstått og lagd linker

mellom disse. Dette innebærer at dersom en annen ville sett igjennom datamaterialet så kan det hende at temaene og fokuset ville vært noe annerledes.

Gruppene som ble skapt i kodeprosessen har altså blitt utgangspunkt for temaene. Videre fikk disse temaene midlertidige navn. Deretter har det foregått en prosess hvor jeg har sett nærmere på kodene og temaene, noen koder har blitt flyttet hit og dit, andre har blitt utelatt, mens noen har kommet til underveis i prosessen. I forbindelse med dette har også temaer blitt slått sammen, mens andre har blitt delt opp og noen har blitt til sub-temaer. I arbeidet med temaene skapte jeg underveis tematiske kart, noe som synliggjorde prosessen for meg selv. Analyseprosessen har foregått over lang tid, og for hver omskriving har noen temaer kommet mer fram, mens andre ble mer usynlige.

Når temaene var skapt var det viktig for meg å se nærmere på hvilke temaer som dannet grunnlaget for materialet, hva som var meningen bak disse og om dette kunne settes inn i en større sammenheng. Braun og Clarke (2006) påpeker at det i denne delen av analyseprosessen vil være vesentlig å gå et skritt lenger i tolkningsprosessen ved å stille seg spørsmål som; hva betyr egentlig disse temaene? Hva er antagelsene bak temaene og hva kan være årsaken til det? Det er også i denne delen av prosessen at teori har hjulpet meg til forstå og tydeliggjøre mine analyser.

3.6.3 Fremstilling av funn

I arbeidet med en masteroppgave har man som i større forskningsprosjekter et etisk ansvar for ivaretagelse av informantene. Ved tematisk analyse kan det kritiseres at utsnitt fra ulike informanter løsriver fra sin opprinnelige sammenheng for og sammenlignes med hverandre. Likevel har jeg vært opptatt av å ikke tolke disse som noe annet enn den sammenhengen de opprinnelig kom i fra. I følge Malterud (2017) er det derfor viktig at resultatfremstillingen fremstilles slik at informantene vil kunne kjenne seg igjen i det som er skrevet. Likevel kommer man ikke utenom at resultatene er en sammenfatning av materialet, der resultatene er omformet til en analytisk tekst på et mer generelt nivå enn det den enkelte informant sa (Malterud, 2017). Og dette vil trolig også være gjeldende for sykepleierne i denne studien. Resultatene vil presenteres i temaer og sub-temaer, med påfølgende analytisk tekst som er min tolkning basert på sykepleiernes stemmer. For å underbygge denne tolkningen vil jeg referere til sitater fra sykepleierne som deltok i studien.

4 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra analysearbeidet som har til hensikt å besvare min problemstilling. Resultatene presenteres i tre hovedtemaer; ”Hendelser som oppleves som uønsket”, ”Håndtering av dilemmaer og uønskede hendelser foregår på ulike nivåer” og ”Å si i fra kan ha personlige omkostninger. De påfølgende undertemaene er; ”Ikke strekke til i forhold til det ønskede”, ”Uheldige hendelser knyttet til manglende faglighet og støtte”, ”Uønskede hendelser knyttet til brudd på prosedyrer”, ”Hendelser som trosser etiske verdier”, ”Å kompensere og lære seg å leve med”, ”De mindre alvorlige hendelsene ordnes internt”, ”Hvis ikke det kan ordnes internt så involveres leder”, ”Skriftlig via avvikssystemet”, ”Personlig risiko” og ”Å bli tatt på alvor kan påvirke om man skriver avvik igjen”.

4.1 Hendelser som oppleves som uønsket

Samtlige av sykepleierne i denne studien har ved tidligere eller nåværende arbeidsforhold opplevd hendelser som de mener strider i mot både faglig godt arbeid og etiske verdier. Selv om sykepleierne har opplevd ulike hendelser, og det er en variasjon, så handler det i stor grad om et felles fenomen.

4.1.1 Ikke strekke til i forhold til det ønskede

Arbeidspress og mangel på tid var noe sykepleierne i denne studien vektla når de snakket om hva de hadde opplevd som personlige dilemmaer i det daglige arbeidet. Når sykepleierne snakket om disse dilemmaene var ikke dette noe som ble beskrevet som uønskede hendelser, men som ble omtalt som vanskelig for de personlig fordi de ikke følte at de strakk til. Arbeidsdagene ble beskrevet som rutinepreget, der de på starten av vekten la en plan for dagen, der oppgavene ble fordelt slik de mente var mest hensiktsmessig både faglig og effektivitetsmessig for å komme i mål med dagens gjøremål. Oppgavefordeling i seg selv kunne bli et dilemma dersom sykepleierne så at teamet ikke hadde faglig kompetanse til å utføre oppgavene. I slike situasjoner havnet de i et dilemma der de ofte måtte velge mellom å

ta krevende pasienter selv og la andre pleiere gjøre lettere arbeid på avdelingen, mens de selv visste at dette ville kunne få konsekvenser for andre sykepleiefaglige oppgaver som lå og ventet. Flere beskrev at ujevn arbeidsfordeling over tid førte til at fast personale kunne bli slitne, og at dette til syvende og sist gikk ut over pasientene fordi man da gikk på akkord med seg selv.

Tidspress i forbindelse med stellesituasjon var nettopp noe som sykepleierne følte på i det daglige. Som flere beskrev, hadde de pasienter med komplekse behov, det være seg psykiske eller fysiske, noe som gjorde at sykepleierne følte på at dersom de skulle gjøre jobben godt, så ville det kreve tid. Det ble blant annet beskrevet hvordan tidspress for andre oppgaver som ventet kunne føre til at det kunne være vanskelig å gjennomføre stell der man lot pasientene bruke de ressursene de innehar, uten at man selv overtok i situasjonen fordi man visste at dette ville korte ned tiden på stellet. På den annen side visste de at ved å overta situasjonen ville de frata pasientene muligheten til å føle mestring og utøve den selvstendigheten de hadde evne til. Og den balansegangen var ikke alltid lett å få til selv om sykepleierne uttrykte at de prøvde så godt de kunne;

”Stellmessig, er vel den grensen for hvor mye man skal hjelpe kontra hvor mye hjelp de trenger. For vi vil ikke sykelliggjøre pasientene for mye, men de skal jo få den hjelp og pleien de trenger. Og det å motivere de uten å ta over for mye, for vi har en hektisk hverdag, og det er så lett å ta over situasjonen, men da hjelper du ikke pasienten. Da gjør du dem bare en bjørnetjeneste ved å gjøre dem mer dårlig. Så den grensen av å gi full hjelp, men ikke hjelpe for mye, det er et daglig dilemma.” (E)

Flere av sykepleierne opplevde ofte at når de var på vakt så var de alene som sykepleier på avdelingen. Dette ble sett på som veldig tilfredsstillende når de opplevde at nettopp deres observasjoner og kompetanse førte til at man fikk iverksatt tiltak som man så på som nødvendig. Men det ble også sett på som fortvilende fordi man ofte følte at man ikke strakk til, og ønsket flere faglærte på jobb som kunne være observante. Å være alene gjorde ikke bare at sykepleierne følte et ekstra ansvar for å være tilgjengelige for andre pleiere, men også en plikt overfor pasientene dersom det oppsto noe som krevde deres kompetanse. Selv om de alltid hadde en plan for dagen, så var det ikke uvanlig at det i løpet av arbeidsdagen oppsto uforutsette hendelser i arbeidet med syke mennesker på sykehjem. Det å kunne utføre et godt

morgenstell i seg selv kunne derfor være vanskelig å gjennomføre fordi man måtte prioritere andre pasienter selv om man i utgangspunktet var opptatt;

”Det som gjerne er vanskelig er når du er sykepleier og har ansvar. Og du har de stillene du skal ta. Hvis telefonen ringer så må du jo forlate hele tiden, altså hvis det er noe som er viktig, selvfølgelig, som det ofte er. Så du har ikke så god tid til å ta gode still, det er veldig forskjellig fra dag til dag. Men det kan jo være morgenstell jeg må forlate, røske opp sengehesten, og på en måte løpe fra, flere ganger. Så de har kanskje ikke min fulle oppmerksomhet alltid. Og det er ikke noe ålreit. Ikke for pasienten, og ikke for meg.” (A)

Å følge rutinene på avdelingen var noe som ble ansett som en nødvendighet for å få arbeidsoppgavene til å gå rundt. Samtidig var disse veldig tidkrevende, og flere uttrykte at alle arbeidsoppgavene som var pålagt, enten det gjaldt rutiner eller administrativt arbeid var noe som gjorde at de ofte måtte nedprioritere å være sammen med pasientene. Når en rutine var ferdig, så fortsatte en annen, noe som resulterte i at pasientene ble sittende mye alene i mellomtiden. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser var det lite rom for å få tid til ordentlige en til en samtaler med pasientene, og dette var noe som kom fram når sykepleierne ble spurt om det var noen grunnleggende behov hos pasientene som de følte at de ikke fikk dekket godt nok. Sosial omgang foregikk først og fremst i hektiske morgenstell, ved medisindeling eller i større grupper, gjerne ved måltider eller når aktivitetene hadde opplegg. Samtaler kunne bli sett på noe som var uforutsett i en allerede travel hverdag, og som ikke alltid var like lett å få tid til der og da fordi en slik prioritering, selv om de ønsket det, ville kunne få konsekvenser for oppfølging av andre pasienter eller for administrative oppgaver som hadde en tidsfrist. Flere kjente på en dårlig samvittighet for at de ikke hadde så god tid til å sette seg ned med pasientene å ha samtaler slik de ofte så at pasientene kunne ha behov for. En av sykepleierne uttalte;

”Man har jo mye å gjøre, og det er ofte vanskelig, man har disse dilemmaene, det dukker opp et eller annet, som man må prioritere. Selvfølgelig prioriterer man liv og helse, men det er ofte vanskelig og, altså man prioriterer jo det, hva skal man si, man burde kanskje prioritert noe annet om man ville valgt med hjertet. Men av og til så må man gjøre noe annet rett og slett, og bare gå og forlate pasienten. Så man kan ikke alltid bruke tid på det som virkelig trengs da kanskje, fordi at man har så mye papirarbeid.” (F)

Sykepleieren ble bedt om å utdype dette ytterligere;

”Ja, for eksempel dagen er snart slutt så må du gå og dokumentere, men så har jeg en som er blitt dårlig og sengeliggende, og kanskje trenger litt omsorg og pleie, en liten samtale, men så rekker jeg det ikke. Og jeg vet at neste mulighet for samtalen blir kanskje om 2-3 timer. Og det er sånn hele tiden, man må velge, tenke litt, okey, hva tar jeg først. Men jeg prøver egentlig å prioritere pasientene, prøver det, men det er ikke alltid det er lett.” (F)

I løpet av intervjuene ble begrepet bakvakt introdusert for meg. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser innebærer dette at du i tillegg til din egen avdeling har sykepleieransvar for en annen avdeling samtidig som du innehar de samme oppgavene som du ville hatt om det var en annen sykepleier på den andre avdelingen. I den forbindelse ble også tid nevnt som et dilemma fordi sykepleierne opplevde at dersom kompetansen deres trengtes et annet sted så ville det kunne få konsekvenser for tilbudet til pasientene på sin egen avdeling. Men bakvakt ble først og fremst beskrevet som noe som var vanskelig dersom de jobbet med mange ufaglærte. Det kom fram at flere kjente på en utrygghet dersom de opplevde at teamet de jobbet med på denne vekten ikke hadde god faglig kompetanse fordi de følte på et ansvar, ikke bare for pasientene, men også for de ansatte. Det ble også nevnt at det ble vanskelig å ha like god oversikt fordi ansvarsområdet ble utvidet på slike vakter;

”For meg er det veldig vanskelig når jeg kommer for eksempel på kveldene og blir satt med tre ekstravakter som ikke jobber fast der, og kanskje har bakvakt akkurat den dagen på en annen avdeling. Hvis det skjer noe akutt på den avdelingen så føler jeg ikke at jeg har kontroll, og føler ikke at det er trygt.” (D)

4.1.2 Uheldige hendelser knyttet til manglende faglighet og støtte

Når sykepleierne beskrev sin arbeidshverdag, var mange av hendelsene de opplevde som uønsket knyttet til manglende faglighet og støtte til å utføre oppgavene. Det kunne handle om alt fra faglige dilemmaer der de opplevde det som vanskelig å iverksette tiltak og hvor disse ikke ble gjennomført til hendelser som fikk større konsekvenser for pasientene. Å være bakvakt fremsto som noe som ikke var uvanlig. Flere påpekte at dersom de hadde et faglig sterkt team på vekten så var det stort sett ikke noe problem. Men noen hadde også svært

dårlige opplevelser med å være bakvakt når det var mangelfull kompetanse. For eksempel hadde en av sykepleierne dårlig erfaring med dette i arbeidet på nattevakter der det gjentatte ganger etter sykepleierens mening hadde foregått alvorlig tvang i forbindelse med medisinerings av en pasient. Som sykepleieren uttrykte var det ikke en enkel pasient å håndtere, men i følge sykepleieren kunne flere av hendelsene vært unngått dersom det hadde vært fagpersonale til stede som hadde visst hvordan man skulle ha håndtert pasienten;

”Jeg tenker veldig på han som vi tvangsmedisinerte på natt. Det er liksom den situasjonen som har brent seg fast. Helt forferdelig, jeg bare husker han så godt. Jeg kunne vel ikke gjort noe særlig annerledes, men det jeg prøvde var å be de som jobber der om å si i fra til meg før. Fordi når du som bakvakt hadde ansvar for nesten 100 pasienter, ventet de gjerne med å ringe til situasjonen var helt uholdbar. Og det er nok på grunn av at vi ikke fikk tatt tak i det tidligere at det ble så brutalt som det ble da. Og det skjedde jo mange ganger. Det var jo ikke bare en gang. Og det å kunne fortelle de at kan dere si i fra litt tidligere så vi slipper å være tre stykker til å holde og en til å sette en sprøyte. Vi snakket om det. Men når du står alene som sykepleier på natt med nesten bare ufaglærte og du prøver på en måte å få dem til å forstå, altså, det er en grunn til at jeg sluttet på natt på det stedet. Men det å få de jeg jobbet med til å forstå de tingene, og hva de skulle se etter før det utviklet seg, det ble jo ikke fulgt opp. I det hele tatt.” (A)

Hverdagen på sykehjem ble beskrevet som utfordrende fordi pasientene hadde komplekse sykdomsbilder. Dette gjaldt særlig for enkelte pasienter som var rammet av demens eller hadde andre former for psykiatriske diagnoser som krevde en annen tilnærming for å unngå at uønskede hendelser oppsto. I forbindelse med dette ble det uttrykt en frustrasjon over at man var for få fagfolk og at mange ansatte jobbet i små stillinger, noe som gjorde at det kunne være vanskelig å følge opp tiltak som var iverksatt for enkelte pasienter. Flere påpekte at dette gjorde at man tidvis kunne havne i situasjoner som kunne ha vært unngått fordi man ikke klarte å tolke signaler i forkant og dermed måtte håndtere de vanskelige situasjonene når de oppsto. Ofte følte sykepleierne selv at de kom til kort i oppfølgingen, både fordi de kunne føle seg alene om ansvaret dersom det ikke var annet personale til stede som klarte å stå i utfordringene, men også fordi de ikke hadde kapasitet til å kunne følge opp alt. Mangel på følelsen av støtte kunne også gjøre seg gjeldende dersom man ikke følte at problematikken ble tatt ordentlig på alvor av annet fagpersonell eller ledelse. En av sykepleierne beskrev;

”For meg har det vært kritikkverdig, eller for meg har de verste dilemmaene vært rundt psykiatrien. Pasienter som, du står på en måte og blir trakassert, rett og slett hver dag, og har skrevet tonnevis med avvik. Og at ingenting blir gjort, og at avdelingen ikke følger dagsplaner, grensesettinger man har satt opp fordi de rett og slett ikke vet hvordan de skal takle det. Kollegaer som har gjemt seg, i stedet for å støtte opp og være litt sånn ’mannesterk’ når det trengs. Fordi de ikke vet, og vært litt sånn oppgitt når jeg går og prøver å få litt råd og hjelp fra både leger og ledere, så er det ingen som gjør noe fordi...; ’Ja, ja, står på venteplass’, og så er det det samme som skjer hver eneste dag. Det er litt sånne grusomme ting man må igjennom. Man blir sliten.” (D)

Dårlig dokumentasjon kom også fram som et tema som kunne skape utfordringer. Ikke bare ble det referert til at dokumentasjon var lovpålagt, men også at dette var et viktig verktøy for å kunne følge utviklingen i pasientens tilstand. Mens noen påpekte at manglende oppfølging av pasientenes tiltaksplaner kunne være et resultat av de ansatte først og fremst prioriterte pasientene framfor å dokumentere, så var det andre som påpekte at språk og forståelse av systemet i seg selv vanskeliggjorde god dokumentasjon. Men det var først og fremst god oppfølging av pasientene som ble påpekt som vanskelig dersom det var mangelfull dokumentasjon. Ikke bare kunne det skape utfordringer med å ha ordentlig oversikt over pasientenes utvikling, men det kunne også føre til at pasienter fikk forsinket medisinsk behandling. Som en av sykepleierne uttalte;

”Det med hvordan ting er dokumentert kan være vanskelig. Når jeg kommer på legevisitten så står det kanskje et sted at såret ser sånn og sånn ut, eller at diuresen er grumsete og illeluktende, og så gjør det ikke det de fem neste dagene. Eller at en pasienten har hatt vondt en dag, og ikke de fem neste, men så viser seg etterpå at hun har hatt vondt de fem neste dagene også. Så det er også et av dilemmaene vi står i. Og det går utover oppfølgingen av pasientene, for da er det ikke alltid man kommer noen vei med legen. Når det ikke er dokumentert.” (D)

4.1.3 Uønskede hendelser knyttet til brudd på prosedyrer

Brudd på prosedyrer var noe samtlige sykepleiere hadde opplevd i løpet av arbeidskarrieren, enten ved å ha utført det selv, eller ved at de hadde oppdaget det i forbindelse med andres

utførelse av arbeid. Når det gjaldt brudd på prosedyrer kunne det omhandle alt fra at ansatte utførte stell på en utilfredsstillende måte, ikke hadde utført et sårstell etter gjeldende prosedyre, at pasienter i terminal fase ikke fikk fuktet munnen hyppig til hendelser som omhandlet det medikamentelle. Når det gjaldt brudd på prosedyrer anså de ofte at dette kunne handle om mangelfull kompetanse og dårlig opplæring, men det kunne også forekomme som et resultat av at det var at det mye å gjøre på avdelingen slik at konsentrasjonen ble svekket. I forbindelse med stellesituasjoner var det flere som hadde opplevd brudd med de hygieniske prinsippene de selv var opplært til under sykepleierutdannelsen, og som dermed ble oppfattet som noe som ikke var riktig i deres øyne. Det ble beskrevet hendelser der de hadde tatt kollegaer i å bruke kluten nedentil først, for så å bruke den samme kluten i ansiktet til pasienten. Men det kunne også være kollegaer de hadde observert som vasket pasienten nedentil der de hadde startet bak og dratt kluten framover. De sykepleierne som hadde opplevd dette påpekte at dette var noe de reagerte på, ikke bare fordi de anså det som et brudd på de hygieniske prinsippene og manglende velvære, men også fordi det potensielt sett kunne innebære en infeksjonsfare for pasientene som ble utsatt for dette. En av sykepleierne uttalte;

”Det er det vet du, igjen, ekstravakter og personale som ikke har god nok kompetanse kjenner ikke helt til den delen med hygiene, og hvordan et rom skal se ut etter en pasient. At det er på grunn av velvære, respekt, hygiene, de gjør kanskje ting de ville gjort hjemme, vet ikke. Og ikke bare det, jeg har tatt folk i å bruke samme klut nedentil, så i ansiktet. Sånne type ting, det er kanskje fordi mange som jobber her ikke har nok, god kompetanse sånn som det skulle ha vært altså.” (D)

Når det gjaldt brudd på prosedyrer var det først og fremst medisinske hendelser som sykepleierne la vekt på, og som fremsto som noe som ble oppdaget hyppigere enn andre brudd på prosedyrer. Det ble snakket lite om egne hendelser, men mer om hendelser de oppdaget som et resultat av andres arbeid. Som flere påpekte var det lettere å oppdage medisinske hendelser i etterkant av at det hadde inntruffet fordi det alltid var noen som overtok arbeidet etter en annen, mens det ved stellesituasjoner var mer tilfeldig om det ble oppdaget fordi man var avhengig av å være til stede i situasjonen når det skjedde. Når det gjaldt medisinske hendelser var det flere som opplevde dette jevnlig, mens andre kun var borti det innimellom. De beskrev hendelser der det var glemt å gi medisiner, pasienter som hadde fått medisiner som sto oppført som cave, pasienter som hadde fått for høye doser av et

medikament eller medisiner som ble gitt til feil pasienter. Selv om de medisinske hendelsene i følge sykepleierne ikke nødvendigvis fikk konsekvenser for pasientene, så anså de det som noe som var alvorlig fordi det potensielt sett kunne ha fått store konsekvenser. En av sykepleierne beskrev noen brudd på prosedyrer som var blitt oppdaget på en arbeidshelg;

”Jeg kan ta opp forrige helg. Da oppdaget jeg flere ting. Det ene var smertestillende, eller paracet som ble gitt til en pasient som hadde cave paracet. Og da viser det seg at den personen ikke en gang har sett i kardex, og da er det en ganske alvorlig feil. Sårstell som ikke er utført etter prosedyre, i det hele tatt, hvor man bare har funnet på noe selv når man har holdt på der. Pårørende som ikke har blitt ringt etter stygge fall.” (A)

4.1.4 Hendelser som trosser etiske verdier

Ut i fra sykepleiernes beskrivelser kom det fram at de var opptatt av at mennesker handler forskjellig i relasjoner med andre fordi man har en ulik bakgrunn og dermed et forskjellig verdigrunnlag. Likevel var det grenser for hva man kunne akseptere som ”normalen” når det gjaldt oppførsel. Når sykepleierne beskrev hva som havnet utenfor hva man så på som akseptabelt var det gjerne når det kom i strid med egne verdier og hva som ble ansett som god yrkesetikk. Dette trengte ikke være hendelser som kun omhandlet pasienter, men det kunne også være hendelser der det kun var personale involvert. Sykepleierne beskrev blant annet hendelser der ansatte hadde unnlatt å hjelpe pasienter som ba om hjelp, ansatte som kunne heve stemmen mot pasienter, eller det kunne være brudd på taushetsplikt der en ansatt kunne rope navnet i gangen til den pasienten som trengte hjelp til følge på toalettet. Noen beskrev også at de hadde vært vitne til kollegaer som hadde kranglet høylytt i gangen både foran pasienter og andre ansatte. En av sykepleierne uttalte;

”Og så kan det også være hvordan kollegaene snakker til pasientene på, noen ganger. Fordi vi har en del pasienter med demens og psykiatri. Og det kan bli litt slitsomt for mange, og da blir det heving av stemmen. Hvis pasienten har kommet og spurt om røyk ti ganger; Nei, nå er... ´ (hever stemmen).” (D)

Verdigrunnlaget til den enkelte kunne også bli utfordret i møte med den daglige organiseringen av arbeidsoppgavene. Det ble beskrevet hvordan rutiner kunne være med på å

skape en kultur der man raskest mulig skulle bli ferdig med sitt arbeid fordi nye oppgaver ventet. En av sykepleierne beskrev blant annet hvordan man kunne bli litt blind for dette i det hun beskrev en pasient som satt mye i gangen. Som sykepleieren uttalte kunne hun løpe forbi pasienten gjentatte ganger før det plutselig slo henne etter flere timer at pasienten fortsatt satt på samme sted. ”Små-tvang” var også et begrep som ble nevnt når det ble snakket om organiseringen. Flere påpekte at dette var dilemmaer man møtte i det daglige der det var vanskelig å kombinere rutiner opp mot pasientenes rett til autonomi. Selv om enkelte av sykepleierne reflekterte rundt dette i intervjuet så var de også tydelige på at slike hendelser over tid kunne bli ”normalen”, og de var også usikre på om alle klarte å se nyansene av slike hendelser. Dette kunne blant resultere i at pasienter ble fratatt sine muligheter til å bestemme over egen døgnrytme fordi det ikke passet inn i tidsskjemaet til de ansatte;

”De ansatte ser kanskje ikke alltid noe galt i det de gjør. For ting skal gå fort. Jeg tenker på de små tingene som å dra pasientene opp av sengen på morgenen, hvis de har lyst til å sove lenger, fordi at du skal bli ferdig med dine. Bare for å ta en ting som skjer hver dag. Og er det etisk riktig? Det er nok ikke noe du varsler om, men likevel, du møter jo de tingene hele tiden.” (A)

4.2 Håndtering av dilemmaer og uønskede hendelser foregår på ulike nivåer

Når sykepleierne var til stede eller oppdaget uønskede hendelser i etterkant ble deres egen vurdering av alvorlighetsgrad og totalvurderingen av situasjonen avgjørende for hvordan de valgte å håndtere hendelsen. Ut i fra intervjuene foregikk håndteringene hovedsakelig på fire forskjellige nivåer; lære seg å leve med det, ta det opp direkte og indirekte med kollegaene, diskutere det med lederen muntlig eller ved å skrive avvik.

4.2.1 Å kompensere og lære seg å leve med

Hendelser som var tilknyttet egne dilemmaer når det gjaldt arbeidspress og tidsbruk var noe som den enkelte stort sett lærte seg å leve med. Sykepleierne var inneforstått med at det måtte gjøres prioriteringer i en travel hverdag. Noe ble håndtert på egen hånd, mens andre dilemmaer ble håndtert sammen med kollegaer. Når det gjaldt egen følelse på mangel av kontroll så var dette noe som enkelte gjerne håndterte på egen hånd fordi det var en subjektiv opplevelse som ikke nødvendigvis var så enkel å prate med andre om. Da måtte det i tilfelle være med andre som kjente på det samme, eller det måtte være i etterkant når det faktisk hadde oppstått en situasjon som hadde fått konsekvenser. Når det gjaldt å håndtere hendelser med kollegaer kunne det blant annet være å omfordele oppgaver underveis dersom de så at de selv ikke fikk fullført det de hadde startet på. Likevel ble det påpekt at det ikke bare var sykepleiere, men også hele teamet som var rammet av tidspress, noe som resulterte i at de ikke ønsket å påføre andre flere oppgaver enn nødvendig. Flere beskrev derfor hvordan de tidvis kompenserte ved å effektivisere seg, unnlot å ta pause eller jobbet overtid dersom dette trengtes. Andre derimot hadde opp igjennom årene lært seg å sette begrensninger for dette og prøvde å fokusere på det man faktisk hadde fått til, og ikke alt man ikke fikk gjort. Her var det også et skille på sykepleierne der noen tok med seg jobben hjem, mens andre lot jobben være igjen på jobb. Likevel var det blant flere av sykepleierne ikke uvanlig å kjenne på en dårlig samvittighet i det daglige arbeidet, særlig når de opplevde å ikke ha tid til og prioritere å sette seg ned med pasientene og ha samtaler slik de så at de ofte kunne ha behov for. For noen var løsningen å unnskyldte seg for sin egen del med at sånn måtte det være fordi dersom man prioriterte enkeltindivider så ville dette kunne gå på bekostning av de andre pasientene. Andre løste dette ved å ta igjen for det tapte når de så at de hadde mulighet. Et par av sykepleierne uttalte;

”Man kjenner jo alltid på at man skulle ha gjort mer eller at man skulle hatt mer tid til å sette seg ned med pasientene. Men det er jo sånn den generelle hverdagen er på et sykehjem.” (G)

En annen sykepleier uttrykte;

”Hvis det er mye å gjøre, da er det bare å ’brette opp ermene’ og gjøre det du må, men da kan det hende at det blir litt overtid og mangel på pause.” (F)

4.2.2 De mindre alvorlige hendelsene ordnes internt

Å være sykepleier på sykehjem ble beskrevet som å ha en uformell lederrolle overfor andre kollegaer, både når det gjaldt å videreføre kunnskap, delegere oppgaver og ta ansvar dersom det forekom hendelser som var uønsket. I tråd av sin yrkesprofesjon og denne uformelle lederrollen var det flere som kom inn på at de selv kjente på et ansvar for å drive med opplæring av kollegaer. Noen av sykepleierne uttrykte at tidspresset gjorde at de ikke alltid klarte å være i forkant med undervisning og veiledning, og at de derfor kunne ha en forståelse for at uønskede hendelser oppsto. Dersom sykepleierne så hva som hadde gått galt, kunne akseptere hendelsen ut i fra alvorlighetsgrad og visste hvordan det kunne unngås på nytt så de ikke behovet for å rapportere hendelsen videre. Det var særlig hendelser som handlet om dårlig fagutøvelse, men som ble sett på som mindre alvorlig, 'små-tvang' eller kollegaers måte å snakke til pasientene på som sykepleierne fant det mer naturlig å håndtere direkte med den det gjaldt. Premissene som lå til grunn for slike valg var at det var naturlig å feile, og at hendelser måtte sees i lys av den konteksten det hadde skjedd i. For eksempel ble det påpekt at man kunne ikke forvente at verken faglærte og spesielt ikke ufaglærte skulle kunne alt, kanskje så de heller ikke nyansene i det de gjorde, og man kunne også ha forståelse for at kollegaer kunne få en 'utblåsning' overfor pasienter som var svært krevende. Til tross for dette var de opptatt av å påpeke at selv om de hadde forståelse for det, så betydde ikke det at man kunne godta det uten å gjøre noe med det. Å jobbe i team var også en naturlig del av hverdagen, noe som førte til at de i første omgang anså det som naturlig å løse det man kunne sammen med sine kollegaer framfor å involvere andre parter. Flertallet av sykepleierne uttrykte at de ville gi sine kollegaer muligheten til å forbedre seg og derfor var det å veilede og ta opp hendelser direkte noe som var naturlig for sykepleierne. Dette kunne være alt fra opplæring i datasystemet, veiledning i stell –og pleiesituasjoner til opplæring i en sårprosedyre. En av sykepleierne uttrykte;

"Så hvis det er den type ting som på en måte, det å snakke med dem og det å imøtekomme pasientene, å ta tak i, og kanskje bruke litt tvang, så prøver jeg å veilede dem først ja. Og snakke med dem. Og finne bedre løsninger sammen." (A)

En annen sykepleier uttalte noe lignende;

”Det kan jo være noen som for eksempel vasker pasientene, starter bak og drar kluten framover. Sånne ting. Jeg sier i fra. Og til de aller fleste kan jeg si det. Selv om man ikke har noe hierarki sånn sosialt, så har man jo likevel et hierarki faglig sett. Og så er man jo alene som sykepleier ofte, så jeg har jo en lederrolle. Og jeg har jo også ansvar for å si i fra hvis det skjer noen ting som ikke er greit, eller gjøres på en måte som det ikke skal gjøres på. Og da pleier jeg å si i fra der og da, men på en fin måte. Men hvis det kan vente så snakker jeg med vedkommende direkte i etterkant. Og det pleier vanligvis å gå bra. Det blir greit mottatt. Og folk skjønner hvorfor jeg sier i fra. Jeg er ikke ute etter å ta dem, men jeg vil bare at de skal vite at ting skal gjøres på best mulig og riktig måte.” (C)

Å unnlate å si i fra i slike tilfeller var for sykepleierne ikke et alternativ fordi de da brøt sin egen yrkesintegritet, og anså seg selv som delaktig hvis en slik hendelse skulle skje igjen. Samme sykepleier uttalte derfor videre;

”Hvis ikke utsetter jeg mine pasienter for infeksjonsfare. Pluss at, det er jo ikke bare den pasienten det gjelder, for da går de jo rundt og gjør det samme til alle de steder. Og kanskje på andre arbeidsplasser.” (C)

En tredje sykepleier uttalte;

”Jeg synes at kommunikasjon skal man ikke ha problemer med. Det skal være greit å prate om alt mulig, for alle kan feile. Jeg kan feile, hvem som helst. Så det er ikke sånn at det er veldig stress dersom noe ikke blir gjort på riktig måte, kanskje fordi du ikke visste hva som burde gjøres, eller fordi at det det var stress eller dårlig tid, eller dårlig bemanning. Så jeg synes at det er greit å bare si i fra, ‘okay, vet du hva, dette var ikke greit’, og igjen, hva kan vi gjøre med det. Slik at vi unngår at dette gjentar seg.” (F)

Å ta tak i hendelser på lavest mulig nivå, ble ikke bare beskrevet som naturlig på bakgrunn av ansvarsfølelsen sykepleierne hadde for sine pasienter og kollegaer, men også en måte å kunne kontrollere og effektivisere prosessen med å endre på det som hadde oppstått. Det fremsto som en mindre tidkrevende prosess fordi løsningene ville kunne komme raskere, ved at færre mennesker og nivåer ville bli involvert. Å håndtere det selv gav også sykepleierne en større mulighet til å kontrollere tilbakemeldingen til den enkelte eller avdelingen som helhet enn hva

de ville hatt mulighet til dersom leder hadde blitt involvert, enten muntlig eller via avvik. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser kan det tolkes dit at hendelser innenfor ”rimelighetens grenser” var noe som sykepleierne mente kunne være mer gunstig å håndtere internt. Det ble blant annet uttalt;

”Når det skjer noe her på avdelingen som ikke er greit for verken pasienter eller ansatte så løses det veldig mye internt først. Altså her på avdelingen, og ikke så mye høyere opp. Vi prøver å få fikset det her og nå og bli ferdig med det, i stedet for at det skal drive og drøye så lenge med det, skrive avvik så skal ditt og datt gjøres. Løse det her og nå, bli ferdig med det, sånn at det ikke skal være så mye oppstyr rundt det.” (E)

En annen sykepleier uttalte noe lignende;

”Det viktigste er jo å løse det på lavest mulige nivå, tenker jeg. Uansett hva det er. Fordi man må jo få fortgang i saken, i den aktuelle situasjonen, og få en klarhet i hva som har skjedd. Og så må man jo ta det opp med de det gjelder, og finne ut hva som kunne blitt gjort annerledes og hva som kan gjøres bedre neste gang.” (G)

4.2.3 Hvis ikke det kan ordnes internt så involveres leder

Når sykepleierne opplevde at de ikke kom i mål med veiledning av kollegaer, og hendelser hadde en tendens til å gjenta seg, eller at det å si i fra direkte kunne føre til konflikt med kollegaen, ble det påpekt at det var naturlig å involvere leder slik at en med mer myndighet også ble informert om hvilke utfordringer man sto overfor på avdelingen. Dette skjedde gjerne dersom samme person hadde gjentatt flere uønskede handlinger, det kunne være ulike handlinger, men hvor sykepleierne så et mønster i yrkesutøvelsen. Dersom sykepleierne ikke opplevde at kollegaer viste noen fremgang etter veiledning, så nådde man en grense for hva man selv kunne håndtere og delegerte dermed ansvaret videre i systemet. Slike hendelser kunne både handle om faglig kvalitet, men det kunne også handle om holdninger. En av sykepleierne uttalte;

”Hvis jeg sier i fra om det, og forklarer grundig hvorfor de ikke kan vaske på en slik måte, altså forklarer grundig, hvorfor du ikke kan gjøre sånn, hvorfor de må gjøre sånn, og det bare

fortsetter, så tenker jeg helt seriøst, da må jeg si i fra. Til lederen min, og ber hun/han enten ta en prat direkte eller at man tar et ekstravaktmøte hvor man har det som tema, hvis det er vanskelig, slik at det blir formidlet fra lederen.” (C)

En annen sykepleier uttalte noe lignende;

Jeg sier det noen ganger, det er min måte å gjøre det på at jeg snakker med de personlig. Og sier at du kan ikke gjøre det på den måten, jeg skal vise deg hvordan du skal gjøre det. ‘Si i fra til meg når du trenger hjelp, jeg skal komme, jeg skal hjelpe deg. Jeg skal forklare det til deg’. Men når jeg etter andre gang ikke ser noen framgang, så melder jeg fra om det til leder.” (B)

Leder kunne også bli involvert dersom det hadde oppstått hendelser som sykepleierne anså som alvorlige, men som kunne være vanskelige for de å skriftliggjøre i et avvik. Flere påpekte blant annet at mangel på omsorg eller uverdige handlinger var vanskelig skrive om fordi det ikke bare handlet om etiske retningslinjer, men også om egne verdier og normer. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser skulle avvik begrunnes faglig og de skulle være så objektive som mulig der synsing og personlige meninger skulle unngås. Det ble derfor uttalt at slike hendelser i mindre grad ble nedtegnet skriftlig fordi det var vanskelig å skille faglige verdier fra egne verdier, og det kunne være vanskelig å formulere seg uten at det ble personlig. For mange var det derfor lettere å ta opp slike hendelser med lederen muntlig fordi man da fikk muligheten til å forklare hendelsene i større grad enn hva avvikssystemet i følge sykepleierne gir mulighet til. En av sykepleierne beskrev;

”Det er jo lettere å skrive praktiske avvik, på en måte. Når det går litt inn i dybden på det med for eksempel verdighet, å se pasientene og imøtekomme dem, så er det mye vanskeligere å sammenfatte, for da, selv om avvikene ikke skal være personlige, så blir det personlig. Når du på en måte går inn og for eksempel skal skrive avvik i forhold til behandling av døende. Og det er litt sånn usikkert når det går på hvordan en på en måte gjør ting. For det er, ja, det er litt tøffere. Og det å kunne ordlegge seg riktig når det går da på hvordan pasientene blir behandlet, for eksempel, eller snakket til, eller holdt i. Det er vanskeligere å skrive syns jeg. Leder snakker jeg med uansett. Men det er kanskje litt vanskeligere å sammenfatte avviket på en god måte.” (A)

Dårlig samarbeid som hadde foregått over tid var også noe som gikk til leder. Her mente sykepleierne at dette lå innunder avdelingsleders mandat, og ikke ens eget. En av sykepleierne uttalte;

”Konflikter mellom kollegaer, det er vanskelig. Vi prøver å løse det mest internt med leder.”

(B)

Også vanskelig situasjoner med pårørende kunne oppstå, og dersom sykepleierne så at de ikke evnet å løse dette på egen hånd involverte de gjerne lederen, både for å informere om hva som foregikk, men også for å ha en tredjepart involvert med mer myndighet som forhåpentligvis kunne bidra til å løse situasjonen.

4.2.4 Skriftlig via avvikssystemet

Alle sykepleierne var kjent med og brukere av avvikssystemet på arbeidsplassen. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser er ikke avvik bare en måte å si i fra om noe som har skjedd eller ikke fungerer optimalt, men det er også et system der det kan dokumenteres skriftlig, og som sender dette videre i systemet. Sykepleierne beskrev det hovedsakelig som et system som skal sikre internkontroll og sørge for kvalitetssikring, både for pasienter og de ansatte som utfører arbeidet på sykehjemmet. Men det ble også sett på som et system der de ansatte skulle kunne lære av tidligere hendelser som hadde skjedd. Avvikssystemet var først og fremst et system som ble tatt i bruk dersom de anså hendelser som alvorlige eller dersom det omhandlet mer strukturelle hendelser som måtte tas opp på et høyere nivå. Når det gjaldt sistnevnte var det hovedsakelig bygget som helhet, dårlig kvalitet på maten, hjelpemidler som ikke fungerte eller utstyr som manglet. Avvik ble da sett på som den enkleste måten fordi problemet da ble sendt direkte til lederen som igjen formidlet dette videre til de som kunne endre på problemet.

Når det gjaldt hendelser knyttet til pasienter så ble det uttrykt at sykepleierne unngikk å skrive flere avvik enn nødvendig. Og det var først og fremst medisinske hendelser som ble dokumentert i avvikssystemet. Samtlige sykepleiere anså hendelser omkring det medisinske, enten det var gitt feil medikament, gitt feil dose eller medisiner ikke var blitt gitt, som alvorlige hendelser. Ut i fra sykepleiernes uttalelser gikk stort sett slike hendelser fint, men

det var en selvfølge å dokumentere dette som et avvik fordi det potensielt kunne fått større eller mindre konsekvenser for beboerne. Til tross for at det ble skrevet avvik var flere av sykepleierne opptatt av å ta det opp muntlig med kollegaen i forkant slik at det også ble tatt muntlig. Flere var også opptatt av at de hadde forståelse for at medisinske feil forekom fordi det kunne være mangel på tid, noe som gjorde at man ikke fikk konsentrert seg optimalt under medisinutdeling. Andre påpekte også at det tidvis var medisinutdelere som ble gitt et ansvar de normalt sett ikke pleide å ha, og at det dermed var mer sannsynlig for at feil kunne oppstå fordi de ikke hadde like god oversikt som en sykepleier som drev med det i det daglige ville ha hatt. En av sykepleierne var tydelig på at kunne handle om mangel på trygghet og at det kanskje ikke var nok med et oppdateringskurs annet hvert år når dette ikke var en oppgave de hadde i det daglige arbeidet, men kun innimellom. En av sykepleierne uttalte;

”Hvis du kommer en dag, og ser at det ikke ble gitt medisiner i går, så er det jo sånne ting du må skrive avvik på fordi det er medisinsk. Ja, jeg får egentlig ikke sagt det noe bedre enn at det er et medisinsk grunnlag. Som er viktig for pasienten. Og grunnen til at man ikke bare tar det opp muntlig er jo fordi at man må forstå at det ikke bør skje igjen.” (G)

En annen sykepleier uttalte;

”I det siste har det skjedd veldig mye avvik i forhold til medisiner og at kollegene har gitt feil medisiner til pasienter. Og det kan bli store konsekvenser ut av det. Det er en av tingene jeg skriver avvik på, men jeg tar det jo selvfølgelig først og fremst med personen det gjelder for å gjøre det på en respektfull måte og for at de skal skjønne hva som er feil. Likevel sier jeg klart i fra at jeg skriver det avviket.” (D)

Av intervjuene kommer det tydelig fram at brudd på klare mål, rutiner eller prosedyrer fremsto som lettere å dokumentere i et avvik enn andre typer hendelser. Konkrete hendelser ble sett på noe som noe objektivt, og noe som krevde lite subjektive vurderinger. For eksempel ble fall blant pasienter ansett som en uønsket hendelse selv om det ikke nødvendigvis var noen som var skyld i dette. Likevel var dette noe som det var automatikk i å skrive avvik om. For noen var det også naturlig å skrive om nesten-fall, selv om de som refererte til dette var mer sprikende i om dette skulle dokumenteres eller ikke. Også

medisinske avvik ble sett på som noe som krevde en objektiv vurdering. Som en av sykepleierne uttalte i den forbindelse;

”Ja, det er mye mer konkret og det jo veldig sånn objektivt. Altså, pasienten fikk ikke den medisinen han skulle ha, det jo veldig innlysende at det er feil. Men om noen snakker til en pasient på en annen måte enn jeg ville ha gjort, så er det litt sånn, det er sikkert noen som syns at jeg er altfor sånn (lager omsorgsstemme), som kanskje tenker at hun trenger litt grenser. Men altså, man aksepterer jo litt forskjellige stil, men jeg tenker at når man kjenner at sånn går det ikke an å snakke til en pasient, da tenker jeg at da er det ikke greit. Hvis man reagerer på det, helt instinktivt.” (C)

Dersom kollegaer var blitt veiledet gjentatte ganger i hvordan et stell skulle utføres eller hvordan man kan unngå å bruke tvang, men hendelsene fortsatte selv etter at leder var informert muntlig, var dette også noe som kunne utvikle seg til å bli et avvik. Selv om hendelsen i seg selv kunne være vanskelig å beskrive konkret kunne sykepleierne da i avviket lene seg på at det var veiledet gjentatte ganger slik at man hadde noe konkret å vise til. Som en av sykepleierne uttalte;

”Fortsetter det så er det klart at da skriver jeg avvik. Og det har jeg også skrevet i flere avvik, at det på en måte, det her er gjentagende. Og det har allerede blitt tatt opp og veiledet i. Men det er vanskeligere, mye vanskeligere å skrive avvik på de type ting. Enn feil med medisiner og sånt.” (A)

Å gå underbemannet flere dager på rad var også noe som ble nevnt som noe som kunne bli dokumentert i et avvik. Særlig gjaldt dette hvis sykepleierne opplevde dette som en bevisst handling fra lederen sin for å spare penger ved å unngå å leie inn en vikar. I en travel hverdag med mye rutiner var det å gå underbemannet avgjørende for hva de rakk å utføre av oppgaver. Avviket ble derfor ikke bare brukt som en måte å skriftliggjøre konsekvensene, men også for å signalisere til de som har mulighet til å endre på forholdet at dette får en betydning for det tilbudet de ansatte kan gi til sine pasienter. En av sykepleierne uttrykte;

”En dag er okey, men når det er to eller tre dager underbemannet så rekker vi ikke å dusje med bare ... personer på jobb. Da må vi skrive avvik. Da får vi ikke gjort oppgavene som vi

skal gjøre. Og vi skriver avvik dersom vi ikke kan utføre en type aktivitet til pasientene når vi bare er ... på jobb. Eller hvis en pasient ikke blir stelt før klokken 12, men som vanligvis pleier å stå opp tidligere, kanskje klokken 10. Da skriver vi avvik. Det må vi gjøre.” (B)

Det ble også nevnt at dersom pasientene burde hatt et mer passende faglig og et bedre botilbud enn hva avdelingen kunne tilby så måtte de ofte bruke avvik som et virkemiddel for å synliggjøre at avdelingen ikke hadde kompetanse til å håndtere disse pasientene. Dette ble gjerne brukt dersom avdelingen hadde mislyktes i sine forsøk på å håndtere de faglige dilemmaene på avdelingsnivå sammen med kollegaer og lege. Slike avvik trengte ikke bare omhandle mangel på kompetanse og det faglige tilbudet pasientene fikk, men det kunne også omhandle helse, miljø og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Også utstrakt bruk av tvang over tid uten at det forelå tvangsvedtak var også noe som ble ansett som alvorlig, og som sykepleierne så seg pliktig til å nedtegne skriftlig. Som en av sykepleierne uttalte;

”Avviker jeg har skrevet har egentlig også vært i forhold til pasienter som har psykiatriske diagnoser som egentlig ikke burde ha vært her, som har vært aggressive på avdelinger og egentlig har kollegaene vært veldig redde for pasientene, så alt det der med grensesetting og sånne ting som en psykiatrispasient trenger har bare forduftet fordi folk ikke kan det. Så da ble det litt avvik.” (D)

4.3 Å si i fra kan ha personlige omkostninger

Å ta opp uønskede hendelser var noe som falt mange av sykepleierne naturlig fordi det var en av måtene å endre forholdene på. Flere hadde erfaring med at det kunne være ubehagelig, både i arbeidsmiljøet, men også i møte med lederen. Og for enkelte kunne dette ha betydning for hvordan man håndterte lignende hendelser senere.

4.3.1 Personlig risiko

Når uønskede hendelser ble tatt opp, enten direkte med en kollega, ved å melde i fra til leder eller via avvik, så kom det fram i intervjuene at det var svært individuelt hvordan slike

hendelser ble mottatt av den andre parten. Mange hadde erfaringer med at dette stort sett gikk fint og at den motsatte parten skjønnte hvorfor det ble tatt opp, mens andre kunne ta det svært personlig. Selv om det var fokus på at feil kunne skje alle, og at man helst ikke ville fordele noen skyld, så man samtidig at det likevel var en risiko for dette ville skje som et resultat av at feilen eller hendelsen som hadde oppstått måtte plasseres et sted. Og dette var gjerne hos kollegaen som hadde utført handlingen. Dette kunne skape en risiko for ubehag både for en selv og arbeidsmiljøet dersom kollegaen tok seg nær av det som ble tatt opp. Flere brukte begrepet upopulært når de refererte til det å melde i fra om kollegaer sine handlinger. Ved bruk av avvik var det særlig et ønske om å få fram systemfeilene som kunne ligge bak, men også her var det noen som måtte ha utført en feil for at problematikken skulle komme fram i lyset. Ved avvik var det derfor ikke uvanlig å unnskyldte seg i forkant eller få den som hadde utført handlingen til å skrive avvik på seg selv. Ikke bare ble dette ansett som en erkjennelse av den som hadde utført handlingen, men det ble også en måte for andre å slippe byrden med og skrive avvik på en kollega;

”For meg skal det ikke være så veldig ille før jeg gjør noe med det og tar det opp. Og det er kanskje ikke så populært heller, blant kollegaer og sånt, men jeg er veldig, jeg føler jo at jeg er pasientenes stemme utad. Og jeg tar tak i det tidlig. Om det på en måte gjelder medisiner eller stell, ting som er galt eller holdninger. Det er ikke for å være slem, og det er ikke noe personlig, jeg sier det til kollegaene mine. Men det er utrolig viktig at vi må ta tak i det tidlig. Vi kan ikke la alle situasjoner bare sture og gå, og så håpe på at det ordner seg.” (A)

En annen sykepleier uttalte noe lignende;

”Jeg har ikke hatt noen problemer med å skrive avvik, men jeg vet at noen av mine kollegaer har hatt problemer med det fordi de er redd for å såre noen. Men før jeg skriver avviket, så sier jeg litt i fra, unnskylder meg litt da, det gjør jeg; ´dette må vi gjøre på grunn av det og det, og det skjønner du håper jeg, og det er viktig for det er ikke personlig, du må ikke ta det personlig, men det er bare for at vi skal være flinkere og være obs på det´. Så ja, jeg unnskylder meg litt da, det gjør jeg.” (D)

Videre ble det uttalt;

”Veldig mange tror det er personlig, de tar det personlig. De forstår ikke at det er en større greie med det da. Men da kan det være alt altså. Fra medisiner til hygiene. Så i det siste har jeg lagt merke til at folk motiverer hverandre til å skrive avvik på seg selv.” (D)

Når det gjaldt å konfrontere en kollega direkte ble det også nevnt at tidligere erfaring kunne påvirke hvordan man håndterte dette ved en senere anledning. Det ble nevnt av flere at det var personavhengig om man valgte å si i fra direkte eller ikke. En av sykepleierne fortalte hvordan hun hadde opplevd at en tidligere kollega hadde blitt fornærmet og dermed begynte å følge ekstra med på henne for å se om hun gjorde noen feil. Hun nevnte også at det på et tidspunkt hadde ført til konflikt der medisinsk oppfølging av en pasient ikke ble utført på bakgrunn av dette. Sykepleieren opplevde det derfor som vanskelig å konfrontere kollegaer direkte, og valgte heller å ta opp hendelser som potensielt sett kunne skjedd med flere i et større forum slik at det ble fokus på saken og ikke på personen. En annen sykepleier hadde også erfaring med at noen tok det så personlig at det ble mer naturlig å involvere lederen slik at en med mer myndighet fikk mulighet til å endre på forholdene. Dette var altså strategier som ble tatt i bruk for å minimere risikoen for konflikt;

”Ja, det som kan gjøre det vanskelig er faktisk de enkeltpersonene som tar ting personlig, og som tar det som et personangrep når du sier i fra om ting. Jeg gjør det, men som sagt, i stedet for at jeg tar det direkte med dem, som jeg egentlig ville ha gjort, så tar jeg det med lederen. Og det er ikke sladring, det er rett og slett enklere at hun/han tar det.” (C)

Selv om flestparten av sykepleierne uttrykte at de hadde en god dialog med sin leder, ble det av noen påpekt at de enten selv hadde opplevd eller opplevde at de hørte i arbeidsmiljøet at det ble snakket om en frykt for hvordan lederen mottok avvik. Det å skrive ett avvik kunne for enkelte innebære en personlig risiko for frykten for å bli innkalt av leder hvor man ville måtte kunne stå til rette og forklare hvorfor avviket ble skrevet. Irettesettelse var et begrep som ble brukt av noen av sykepleierne. Dette kunne skape en usikkerhet i vurderingen ved om man skulle skrive et avvik eller ikke fordi man ikke visste hvordan avviket ble mottatt av lederen. Noen av sykepleierne påpekte derfor mer enn andre at de ikke skrev flere avvik enn det de mente var helt nødvendig fordi de ikke ønsket å sette seg i en posisjon som kunne skade de selv. Som en av sykepleierne uttrykte;

”Det er mange som er redd for å skrive mange avvik og bli innkalt av lederen hvor de blir spurt om hvorfor de har skrevet det.” (B)

En annen sykepleier uttalte noe lignende;

”Det spørs hva slags type avvik det er. Hvis det er noe som går på HMS, på personale eller pasienter, ikke minst medisnavvik og sånne ting, da skriver jeg avvik. Men det er fortsatt skummelt for du vet jo aldri om det blir tatt godt i mot eller ikke.” (E)

En av sykepleierne satt også fokus på at enkelte kommuner har valgt å gjøre avviksmeldinger offentlige for allmennheten. Selv om avviksmeldingene i det offentlige er anonymisert kan man likevel se hvilke sykehjem som har de ulike avvikene. Sykepleieren uttrykte at som en konsekvens av dette så gjorde flere på arbeidsplassen seg i større grad enn tidligere avveininger om hendelser kunne løses internt framfor og dokumenteres som et avvik. Som sykepleieren påpekte ble dette for enkelte en ytterligere belastning fordi det ikke bare lenger var et avvik som ble holdt internt på sykehjemmet, men de ble også synlige for omverdenen, og det kunne skape en frykt for at man satte institusjonen i et dårlig lys i offentligheten. Sykepleieren påpekte også at terskelen for å skrive avvik har en individuell barriere og uttrykte at noen skriver for mye mens andre skriver for lite. Dette var noe som gav seg til kjenne hos flere av sykepleierne, at det er ingen klar enighet om hva som faktisk er et avvik, og dermed hvor grensene går for hva som er rett og galt. Som sykepleieren uttalte;

”Når det kommer til å melde avvik da, sånn som man gjør via et sånt system så er det ganske høy terskel føler jeg, før man skal skrive et avvik. Det skal løses veldig mye her først, og hvis det ikke kan løses på avdelingen, da kan vi ta det litt videre. Men det er jo fordi at det er så mye fokus på disse avviksmeldingene, i media og sånne ting, hvor mange avviksmeldinger hvert sykehjem har, og det gjør at folk blir litt redd for å skrive. Det er liksom sånn; `Jeg tørr ikke å skrive avvik` fordi at man er litt sånn redd for at det skal gå tilbake på en selv, kanskje på en negativ måte. Det er det ansatte føler litt på da. Og det å trå over den terskelen for å skrive avvik, den er litt større for noen enn for andre. Noen skriver kanskje for mye avvik, andre kanskje for lite. Men det er en terskel å tråkke over, for folk er redde for å skrive avvik. Ikke minst når du hører hvor mye avvik blir så innmari satt fokus på i media når de skal snakke om sykehjem, for de avviksmeldingene, de er jo offentlige.” (E)

4.3.2 Å bli tatt på alvor kan påvirke om man skriver avvik igjen

Meldeplikten som flere av sykepleierne følte seg forpliktet til var med på å skape en forventning om at de som mottar avviket er forpliktet til å gjøre noe med det. Noen av sykepleierne hadde god erfaring med at det som ble meldt ble tatt raskt tak i av leder, da særlig hvis det gjaldt noe som var konkret, for eksempel endring av legemiddelrutiner på et medisinerom hvor kun en mindre gruppe ansatte var involvert. Andre hadde ikke like gode erfaringer med at avvik fikk noen betydning til det bedre. Noen av sykepleierne uttrykte i den anledning at tidligere mottagelse av et avvik ville kunne være med på å påvirke om man skrev lignende avvik igjen ved en senere anledning. Dersom man utsatte seg for en potensiell risiko for å bli mislikt i arbeidsmiljøet ved å skrive et avvik ble det påpekt viktigheten av å oppleve støtte fra leder. Ved mangel på støtte ville det som flere uttalte bli en avveining om det var verdt å skrive avviket dersom problematikken likevel ikke ble tatt tak i og man i tillegg utsatte seg for å kunne bli mislikt av kollegaer. En av sykepleierne uttalte;

”Etter at det er meldt til leder er det ingenting som skjer. Ingenting, ingen forandring. Det fortsetter som før. Skal jeg da utsette meg for å bli mer urolig ved å diskutere det igjen med den personen det gjaldt? Eller skal jeg bli den overvåkende, som vi kaller heksa, som sier ‘nei, nei, gjør sånn og sånn’. Eller skal jeg bare la det være? Men når noen ser hvordan andre jobber, gjør du det samme, det sprer seg rundt. De andre tar etter, når han eller hun kan, hvorfor kan ikke jeg. Det sprer seg veldig fort. Og det er ikke bra for ryktet til sykehjemmet.” (B)

En annen sykepleier uttalte også noe lignende;

”Nå er jo jeg nesten den eneste som skriver avvik på min avdeling. Men jeg synes det er viktig å snakke om, vi må jo finne en løsning på ting. Det er ikke noe poeng i å skrive avvik eller ta den kjipe jobben med å gjøre det og bli gjort upopulær hvis ikke det blir gjort noen ting med da. Og det blir det hos oss nå, vi har en bra leder som tar tak i tingene her. Men folk tar det utrolig personlig.” (A)

Sykepleierne uttrykte at når de først tok i bruk avvikssystemet så var det ofte fordi hendelsene ble ansett som alvorlige eller fordi de ikke selv evnet å endre på forholdene som hadde oppstått. Likevel var det flere som hadde opplevd at det de hadde ansett som alvorlig ikke ble

tatt på alvor av nærmeste leder. Dette gav for flere en opplevelse av at det ble ”glemt” og at det ikke ble synliggjort hva som hadde skjedd i etterkant. Og nettopp synliggjøring av avvik på avdelingsnivå var et ønske for flere av sykepleierne. Et par av sykepleierne var delaktige i kvalitetsutvalgsmøter jevnlig, der en fra hver avdeling på sykehjemmet møtte opp og tok opp avvikene som var blitt skrevet. Ellers ble avvik stort sett tatt opp med den enkelte som hadde fått et avvik på seg som en bevisstgjøring på hva som hadde skjedd. Likevel var det et par sykepleiere som etterlyste mer åpenhet om avvik fra lederens side på avdelingsnivå. Dette for å skape åpenhet, og for at flere kunne ta lærdom av hendelser som hadde skjedd. Flere av sykepleierne påpekte at de selv måtte være aktive for å få svar på hva som skjedde videre med avviket. For noen skapte dette en usikkerhet om hvordan avviket var blitt håndtert. Mens det for andre førte til at avvikssystemet ikke ble så aktivt brukt nettopp fordi de ikke hadde så god erfaring med at det førte til noen endringer og dermed fikk liten praktisk betydning for avdelingen. Som en av sykepleierne uttrykte;

”Jeg tror nok i forhold til det med å varsle og det med å skrive avvik og sånt så er det veldig mange som ikke gjør det. Fordi at det ikke blir tatt alvorlig. Eller på en måte... Det gjøres ikke noe med. Så folk gir jo opp og folk slutter jo å skrive avvik. Det er veldig vanlig. At de på en måte, hva er vitsen å bruke tid på og skrive avvik når det ikke blir tatt alvorlig.” (A)

Noen av sykepleierne uttrykte at dersom de opplevde at lignende hendelser som de tidligere hadde skrevet avvik på ikke hadde ført til bedring, så ble det en avveining om hva som skulle prioriteres. Tiden de visste ville gå med til å skrive et avvik ble derfor veid opp mot tiden som de ville miste med pasientene. Flere uttrykte at alvorlighetsgraden ble helt avgjørende for om det var verdt å bruke tid på å dokumentere avvik dersom de følte at det ikke ble tatt på alvor. Som en av sykepleierne uttalte;

”Jeg gidder av og til ikke å sitte og skrive avvik fordi jeg ser ingen endring, ingen effekt. Det er bare for å skrive. I de siste årene tror jeg bare jeg har skrevet to avvik. Personalet skriver avvik, men ofte så er det sånn; ‘hvorforskal jeg skrive avvik når det ikke skjer noen endring, det skjer ingenting’. Det er bare på papiret, det statistiske som kommer på slutten av året. Hvilke sykehjem som har de ulike type avvikene. Det er bare statistikk. Men vi ser ingen forskjell, ingen endring her i forhold til avvikene. Det skjer for eksempel når vi skriver på maten, da kommer avviket litt videre, utenfor sykehjemmet, men det som gjelder her, avvik på

sykehjemmet, der skjer det ingen endring, ingenting i det hele tatt. Derfor er det mange som ikke skriver avvik.” (B)

Videre uttalte sykepleieren;

”Det blir bare et kort svar fra leder og så er det ferdig. Du blir vant med det, så du gidder ikke å åpne ... (avvikssystemet) og skrive. Hvorfor skal jeg bruke tid på det? Det er bedre at jeg sitter og tar en kopp kaffe med pasientene og snakker med de. Men selvfølgelig når det er litt mer konflikter mellom ansatte som går utover pasientene, da må jeg skrive. Uansett om jeg melder det til leder så må jeg skrive avvik. Men da må det bli skikkelig alvorlig tenker jeg.” (B)

5 Diskusjon

Sykepleiere på sykehjem opplever mange forhold som uønskede. Det knyttet seg til enkelthendelser som brudd på faglige normer der blant annet stell og sår ikke ble stelt etter gjeldende prosedyrer eller der det hadde skjedd feil i forbindelse med medisintdeling. Uønskede hendelser kunne også omhandle brudd på etiske normer der pasienter kunne bli krenket ved at ansatte kunne heve stemmen eller ved å unnlate å hjelpe pasientene. Det ble også nevnt at mangel på tid kunne gjøre det vanskelig å dekke de psykososiale behovene til pasientene. Men det kunne også være knyttet til andre organisatoriske rammer som kunne øke risikoen for at noe uønsket kan oppstå. Ved stor bruk av mindre faglært personell opplevde flere av sykepleierne at det var vanskeligere å ha full oversikt, noe som kunne føre til manglende observasjoner og dermed forsinket medisinsk oppfølging. I og med at disse uønskede hendelsene knytter seg til enn rekke ulike hendelser, så ble det i praksis også håndtert på ulike måter. Hendelsene som i følge sykepleierne innebar en høy alvorlighetsgrad, gjerne feil i forbindelse med medisiner ble gjerne nedskrevet som avvik, mens brudd på stelling- og sårprosedyrer gjerne ble håndtert direkte med den det gjaldt ved opplæring. Brudd på etiske normer ble også gjerne knyttet til håndtering med den enkelte, men kunne også utvikle seg til å bli håndtert med leder dersom det ble knyttet til vedvarende holdninger. Når det gjaldt å arbeide innenfor rammer som økte risikoen for at noe uønsket kunne oppstå var det ikke uvanlig at dette var noe som sykepleierne lærte seg å leve med, og som i mindre grad ble adressert før det oppsto en uønsket hendelse. Selv om det kan synes som at sykepleierne har funnet ulike måter å håndtere uønskede hendelser på i praksis, så innebærer ikke dette at det er en enkel sak da det blant annet gjøres vurderinger knyttet til alvorlighetsgrad, om det anses som meldepliktig, kollegiale relasjoner og tidligere erfaring med å håndtere lignende hendelser.

5.1 Uønskede hendelser vurderes ut fra normer og idealer på ulike nivåer

I studien kommer det fram at hva sykepleiere anser som uønskede hendelser favner et bredt område. Uønskede hendelser knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet deler seg i denne studien overordnet i to; hendelser som knyttes til brudd på prosedyrer, faglige og etiske retningslinjer og situasjoner hvor risikoen for uønskede hendelser oppstår på grunn arbeidspress, mangel på tid og støtte. Det siste ses på som en pågående risiko for at hendelser som er uønsket kan oppstå.

Nært knyttet til hva de opplevde som uønsket faglig sett, var brudd på prosedyrer. Dette kunne handle om hvordan et stell foregikk, sårprosedyrer som ikke ble fulgt opp til feil i forhold til medisiner. Felles for disse hendelsene var at sykepleierne knyttet det til mer ”objektive hendelser”, der man enten fulgte en prosedyre eller ikke gjorde dette. Dette kan tenkes å være nært knyttet til tankegangen om medisinsk risiko i et systemperspektiv, men også knyttet til sykepleierens naturvitenskapelige kunnskap om hva som potensielt sett kan føre til en forverring av pasienters helsetilstand, eller potensielt sett kan føre til en medisinsk skade for en pasient.

Når det gjaldt brudd på hva de mente var etisk riktig, kunne dette omhandle uheldig allmenn oppførsel som kunne føre til at pasienter ble krenket. Nært knyttet til disse hendelsene var hvordan pasientene ble snakket til og unnlattelse av å hjelpe pasienter som ba om hjelp. Ut i fra sykepleiernes beskrivelser kan det virke som at når man reagerte instinktivt på oppførsel så var dette nært knyttet til egne moralske intuisjoner. Men brudd på etikk kunne også gjøre seg gjeldende i stellesituasjoner der det kunne bli brukt ”små-tvang”. I så henseende kom det fram at det ikke var uvanlig at pasientenes autonomi når det gjaldt å bestemme egen døgnrytme kunne bli tilsidesatt grunnet personalets rutiner. Hjort (2007) påpeker nettopp at systemer alltid skaper sin egen kultur, og at en kultur utvikler seg og endrer seg når man over tid er utsatt for arbeidspress. Dette kan i følge Hjort (2007) føre til at den opprinnelige og ønskelige kulturen endrer seg ved at helsepersonell finner ”snarveier” for å klare arbeidsoppgavene, noe som fører til at sikkerheten til pasientene reduseres. Trolig er det ikke

uvanlig å bli noe ”blind” for hvordan rutinene kan overstyre sykepleiefaglige etiske prinsipper, noe et par av sykepleierne var inne på.

Mange av hendelsene som omhandlet brudd på faglige og etiske normer, ble i stor grad knyttet til at man i arbeidshverdagen var utsatt for tids –og arbeidspress, noe som igjen økte dersom det var mindre faglærte på jobb eller man var underbemannet. Dette ble av sykepleierne beskrevet som dilemmaer som stort sett var der hele tiden, og ut i fra deres beskrivelser så viste det seg at disse dilemmaene var med på å øke risikoen for at hendelser som var uønsket oppsto. Blant annet kom det fram at manglende faglig støtte kunne føre til at man ikke fikk fulgt opp pasienter med psykiske utfordringer på en god måte eller at det oppsto unødvendig bruk av tvang. Nært knyttet til tids –og arbeidspress var også dilemmaer der sykepleierne opplevde å ikke kunne yte helhetlig omsorg for den enkelte pasient, noe som med idealet som sykepleiere er opplært til under sin utdanning. Dette er i tråd med tidligere studier som viser at idealet om helhetlig omsorg avviker fra realiteten som sykepleiere møter på i arbeidslivet (Olsvold, 2010). Selv om dette ofte omtales som et ideal, så viser likevel sykepleierne i denne studien at dette idealet ikke bare fører til at de havner i krysspress, men det fører også til konsekvenser for pasientene. Blant annet kom det fram at tidspresset gjør at man tidvis må avvike fra å la pasientene bruke sine ressurser i stellesituasjon, noe som over tid kan føre til at de mister sine funksjoner. Men det kom også fram at det å være alene sykepleier på vakt kan føre til at man må avbryte en stellesituasjon, at man må forlate en pasient som trenger omsorg eller at man opplever å ikke få dekket de psykososiale behovene godt nok. Dette kan tenkes å være uheldig for pasienter som er i en sårbar situasjon. Orvik (2015, s. 71) påpeker nettopp at kombinasjonen av manglende kompetanse og dårlig organisering kan utgjøre en sikkerhetsrisiko i seg selv, og at bemanningen ikke bare kan være avgjørende for faglig kvalitet og pasientsikkerhet, men også for arbeidsvilkårene til helsepersonell og deres integritet. Videre underbygger Reason (2000) at tidspres, underbemanning og bruk av ufaglærte kan skape forhold som gjør det mer sannsynlig at aktive feil oppstår, det vil si feil som skjer i direkte tilknytning til pasientrettet arbeid. Dette kan tenkes å ha nær sammenheng med flere av de uønskede hendelse som sykepleierne refererte til.

Uønskede hendelser slik sykepleierne i denne studien beskriver det favner et bredt område. Det avhenger ikke bare av hva man anser at slike hendelser er på et systemnivå, men det

konstrueres også i sammenheng med de organisatoriske rammene man jobber under og de faglige og etiske verdiene som man prøver å etterleve.

5.2 Håndtering av uønskede hendelser avhenger av forhandlinger og vurderinger på ulike nivåer

Det kan virke som at det fra et medisinsk perspektiv finnes noen normer for hva som skal meldes i fra om i det interne meldesystemet, noe som sykepleierne tilsynelatende hadde en stor enighet om. Nært knyttet til disse hendelsene var at de i utgangspunktet ble ansett som ”objektive”, noe som innebar at det i mindre grad foregikk forhandlinger knyttet til alvorlighetsgrad og til hvordan dette skulle håndteres. Det virket som at dette ble tatt mer for gitt. Blant annet kom det fram at medisinske hendelser og fall ble ansett som noe som var meldepliktig. Utover dette var det mer varierende når det gjaldt hva slags uønskede hendelser som havnet i avvikssystemet. Det ble av flere av sykepleierne påpekt at det ikke var uvanlig ha forskjellig terskel for å melde i fra i avvikssystemet på avdelingen. Dette kan tenkes å ha sammenheng med hvordan man ser på hendelsen, men også med hvilken erfaring man har fra tidligere med å melde i fra om uønskede hendelser.

Andre hendelser som sykepleierne beskrev at kunne gå til avvik var på underbemanning der man begrunnet avvikene med konsekvensene det fikk for pasientene, manglende faglig tilbud til pasienter som hadde psykiske utfordringer, manglende rapportering til pårørende etter stygge fall og bruk av tvang. Men det kunne også være feil på bygget, dårlig kvalitet på mat og hjelpemidler som ikke fungerte. Sistnevnte endte opp som avvik fordi sykepleierne selv ikke hadde mulighet til å endre på forholdene. Ut i fra beskrivelsene var det ikke uvanlig at hendelser som de normalt sett ordnet opp direkte med kollegaer også kunne ende opp som et avvik på sikt. Dette var gjerne dersom man så gjentakende adferd som de mente førte til brudd på faglige og etiske retningslinjer. Sykepleierne var opptatt av at avvikene skulle synliggjøre hvilke konsekvenser det fikk eller kunne ha fått for pasientene. Dette var ikke alltid så lett når det gjaldt brudd på etiske retningslinjer fordi det kunne være vanskelig å beskrive ”objektivt” hva det førte til for pasienten. Når hendelser dermed omhandlet for eksempel bruk av ”små-tvang” over tid fortalte en av sykepleierne at hun i avviket la vekt på

at hun hadde forsøkt å rette på forholdet ved å veilede. På den måten kom det noe håndfast fram i avviket, i og med at resten av avviket kunne være mer vanskelig å beskrive på en ”objektiv” måte. En slik beskrivelse av avvikssystemet og det som kommer fram kan gjenkjennes av Vincent (2010) som påpeker at meldesystemer ofte er standardiserte der hendelser som rapporteres gjerne skal ha bakgrunn i kliniske konsekvenser. Videre viser Waring og Curie (2011) til at det kan være vanskelig å oppdage, kode og dele informasjon om hendelser som er skapt i sosiale relasjoner gjennom systemer som fokuserer på tydelig og håndgripelig informasjon. På den måten kan det tenkes at enkelte hendelser som blir ansett som uønsket, blant annet krenkelser hvor de moralske intuisjonene spiller inn, naturlig faller utenfor meldesystemet fordi det kan være vanskelig å formulere i skriftlig form.

En annen årsak til at flere av hendelsene som ble ansett som uønsket ikke havnet i avvikssystemet var at sykepleierne i denne studien var opptatt av å ivareta sitt faglige ansvar for å drive med veiledning og opplæring. Ikke bare ble dette beskrevet som et ansvar de hadde i lys av sin rolle, noe som kan tenkes å være en del av sykepleierens identitet, tillært gjennom utdanningen, men det ble også sett på som en måte å ivareta kollegaer på. Mangel på tid var nært knyttet opp mot dette temaet, og det ble av flere påpekt at de ikke alltid rakk å være i forkant med god opplæring før en uønsket hendelse oppsto. Slike hendelser knyttet seg ofte til sykepleiefaglige prosedyrer som blant annet kunne omhandle mangelfull kunnskap om stell og pleie, det kunne være sårprosedyrer eller opplæring i dokumentasjonssystemet. Dersom sykepleierne så hva de kunne gjøre og hvordan problemet kunne løses, så var det nærliggende for sykepleierne å løse dette med sine kollegaer før andre ble involvert. Dette samsvarer med Pfeiffer, Manser og Wehner (2010) som påpeker tendensen til at helsepersonell ikke ser hensikten med å rapportere hendelser dersom man kan diskutere og lære av hendelsen sammen med kollegaer. Dette innebærer ikke at hendelser knyttet til mangel på faglig kvalitet ikke ble meldt videre, men at sykepleierne brukte sitt skjønn når de vurderte om det var hensiktsmessig å melde i fra om slike hendelser. Nært knyttet til dette var også hvilken situasjon hendelsen skjedde i. Hadde hendelsen foregått i en situasjon der mangel på tid, stress eller dårlig bemanning var tilknyttet problemet kunne sykepleierne ha mer forståelse for at det hadde skjedd. Det kan synes som at sykepleierne har en høy terskel for å ordne opp i hendelser tilknyttet manglende faglighet med sine kollegaer så lenge disse er innenfor ”rimelighetens grenser”.

Dersom sykepleierne så at kollegaer gikk over streken når det gjaldt oppførsel var dette nærliggende å ta opp direkte med den det gjaldt. Slike hendelser kunne være knyttet til å heve stemmen til pasienter, unngå å hjelpe, bruk av unødvendig tvang eller det kunne være at kollegaer kranglet med hverandre foran pasienter. Igjen ble konteksten en viktig del av vurderingen for hvordan dette best mulig ble håndtert. Det ble blant annet uttrykt en forståelse for at en kollega kunne ”sprekke” dersom en pasient hadde spurt om det samme for tiende gang hvis det foregikk i en setting der det var travelt på avdelingen. Men dersom man tidligere hadde opplevd at det å påpeke adferd til direkte til kollegaer fikk konsekvenser for en selv ved at kollegaen ble irritert var det flere som påpekte at holdninger gjerne kunne diskuteres med leder muntlig om det var snakk om gjentakende dårlig adferd.

Mangel på tid og arbeidspress gjorde at sykepleierne opplevde dilemmaer knyttet til å utføre de sykepleiefaglige oppgavene og ivareta de psykososiale behovene til pasientene på en tilfredsstillende måte. Selv om sykepleierne reflekterte rundt at dette fikk konsekvenser for kvaliteten for eget arbeid, og at det kunne innebære en risiko for at uønskede hendelser kunne oppstå så kom det i liten grad fram av intervjuene at det å arbeide i en ”risikosone” i seg selv var noe som ble meldt i avvikssystemet. Et par av sykepleierne fortalte at de tidligere hadde skrevet avvik på blant annet underbemanning, med begrunnelse i at det fikk konsekvenser for pasientene i form av at det ikke ble gjennomført dusjinger, at pasientene ikke fikk stått opp til vanlig tid eller at det ikke ble gjennomført aktiviteter. Men når man så at slike avvik som omhandlet organisatoriske rammer ikke førte til noen forbedring, så beskrev disse sykepleierne at det ikke var uvanlig at man sluttet å skrive slike avvik. Det kan virke som at tids – og arbeidspress var noe sykepleierne lærte seg å leve med, og at det var mer vanlig å synliggjøre de uønskede hendelser tilknyttet til dette når det først oppsto noe som de mente var alvorlig.

Idealene om å utøve god pleie og omsorg til den enkelte var noe sykepleierne prøvde å etterleve så godt de kunne. Men der noen av sykepleierne prøvde å kompensere ved ”å ta igjen” blant annet omsorgsarbeidet ved mulighet, unngikk pause og kjente på en dårlig samvittighet for det de ikke rakk så var det andre som fokuserte mer på tjenestene til flertallet og innfant seg med at man ikke fikk til alt man ønsket i hverdagen. Hvordan man håndterer hendelser knyttet til blant annet mangel på omsorg for den enkelte må derfor sees i lys av hvordan sykepleiere forstår og balanserer idealer og realitet. Som Olsvold (2016) påpeker skal

ikke sykepleiere bare representere sin egen profesjon i arbeidet, men også de helsepolitiske prioriteringene og styringsideologiene som til enhver tid innvirker på organisering og drift av tjenestene. Hva som er godt og dårlig springer ut i fra normer, og sykepleierne fanges tilsynelatende i en hverdag der man skal forsøke å få normer knyttet til egen profesjon til å samsvare med realiteten. Dette innebærer at man ofte tilpasser seg og gjør så godt man kan. Det kan virke som at det er lettere å fylle normene for en organisasjon framfor profesjon. Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Bakken (2002) påpeker at et av problemene i helsevesenet er at de lovfestede rettighetene til pasientene er lite realiserbare, og de som opplever dette gapet mest er de som jobber nærmest pasientene. Ofte vil helsepersonell gjøre det de kan for å tette gapet, noe som innebærer sykepleierens følelse av utilstrekkelighet representerer en internalisering av et organisatorisk problem (Vike m.fl. 2002). Dersom sykepleierne over tid føler at de kommer til kort til det de mener er faglig forsvarlig, vil de stå i fare for å slite seg ut eller gå til andre arbeidsplasser. På sikt kan dette tenkes å være uheldig for pasientene. En av sykepleierne i denne studien henviste nettopp til at det å gå på tvers av det hun mente var faglig forsvarlig på en tidligere arbeidsplass hadde ført til at hun hadde sluttet. Dette understøttes av Gautun, Øien og Bratt (2016) som i sin surveystudie med 5000 sykepleiere fra hjemmetjenesten og sykehjem fant at halvparten ønsker å slutte. Sykepleierne refererte blant annet til at tidspress og underbemanning førte til manglende kvalitet på tjenestene, noe som førte til at de følte seg overarbeidet og ofte opplevde at de gikk på akkord med det de mente var faglig forsvarlig (Gautun m.fl., 2016).

Selv om sykepleierne i denne studien viser en stor grad av likheter mellom håndtering av hendelser som ble ansett som uønsket, kommer det også tydelig fram at det finnes glidende overganger, samt at det ikke alltid håndteres likt fordi forhandlingene baseres på tidligere erfaring. Når det gjaldt avvik var det flere av sykepleierne som viste til at de i mindre grad meldte i fra dersom de tidligere hadde opplevd at avvikene, slik de så det, ikke ble tatt alvorlig av leder eller at det ikke førte til noen endringer for praksisfeltet. Dette samsvarer med Prang og Jelsness-Jørgensen (2016) som i studie fant at mangel på konstruktive tilbakemeldinger og uklare utfall kunne være en barriere for å melde i fra. De fleste sykepleierne i denne studien snakket lite om at de var redd for represalier når de meldte i fra om uønskede hendelser, enten direkte til kollegaer, leder eller ved å skrive avvik. De vektla pasientens behov, sin plikt og ansvar for å ta tak i hendelser som ikke burde forekomme igjen. Likevel kom det fram at enkelte hadde opplevd at det ikke alltid var like hyggelig å si i fra.

Noen beskrev det som upopulært, mens andre beskrev det som vanskelig å påpeke overfor en annen at det var utført en handling som ikke var akseptabel. Derfor var det ikke uvanlig at man fant nye håndteringsstrategier.

Sett i lys av hvordan sykepleierne håndterer ulike uønskede hendelser, så det kan det tenkes at avvikssystemet bare er en måte å drive med pasientsikkerhetsarbeid på. Sykepleierne i denne studien viser at mye av kvalitets –og sikkerhetsarbeidet foregår på ”gulvet”.

5.3 Metodediskusjon

I denne studien ble det brukt individuelle dybdeintervjuer, noe som har gitt meg en mulighet til å få en innsikt i sykepleiernes erfaringer med fenomenet som jeg har ønsket å forstå. Hvor vidt jeg har klart å få fram sykepleiernes erfaringer avhenger blant annet av om jeg har lyktes med å få frem deres erfaringer i intervjusituasjonen. Jeg tok utgangspunkt i en intervjuguide der det viste seg at alle ikke var så kjent med noen av begrepene jeg brukte. Dette var særlig knyttet til uforsvarlig og kritikkverdige, som flere påpekte at de anså som begreper der det forelå svært alvorlige forhold, og dette var ikke nødvendigvis noe de selv kjente seg igjen i fra egen praksishverdag. På bakgrunn av dette reformulerte jeg spørsmålene i intervjuguiden underveis. Dette vil for leseren ikke fremkomme av intervjuguiden fordi det foregikk i den gitte situasjonen. Men felles var at jeg søkte å komme fram til en forståelse av hva sykepleierne opplever som uønsket og hvordan de håndterer dette. Det har derfor vært viktig for meg å forsøke og synliggjøre ”veien jeg har gått” slik at leseren skal kunne se fremgangsmåten og forstå prosessen som har ledet fram til mine resultater, gjennom å være så transparent som mulig.

Variasjonsbredde i gir mulighet for å beskrive flere nyanser av samme fenomen, noe som gjør at et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan representere bedre informasjonsstyrke og skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte (Malterud, 2017, s. 59). I denne studien var det et ønske om å få noe spredning i både alder, antall år som sykepleier og kjønn, og dette har det til en viss grad også blitt. De er også rekruttert fra ulike sykehjem, noe som innebærer at de kommer fra ulike arbeidskulturer. Til tross for at det er en del felles når det gjelder temaet, så er det likevel en del variasjoner når det gjelder eksempler

de har kommet med fra praksishverdagen. Dette har dermed gitt meg et nyansert og rikt datamateriale å arbeide med, noe som kan tenkes å være en styrke i forhold til kvalitet. På den annen side må dette sees på som et tilgjengelighetsutvalg, og det er vanskelig å vite om en annen form for rekruttering kunne ha ført til andre resultater.

Analysen har foregått ved å ta i bruk tematisk analyse, noe som har gitt meg en mulighet til identifisere, organisere og beskrive mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Ved å kode og tematisere vil likevel noe ha gått tapt, noe som innebærer at en annen ville ha kunnet vektlagt andre perspektiver på fenomenet i en resultatfremstilling. Jeg har søkt etter å en induktiv tilnærming til datamaterialet, likevel kommer jeg ikke utenom at min forforståelse har påvirket hva som har fremstått som viktig for meg. For å utfordre refleksiviteten under analyseprosessen har jeg hatt jevnlig diskusjoner med veileder, noe som har utfordret mine tanker om både koding og temaer. Og gjennom dette arbeidet har min forståelse av materialet utviklet seg over en lengre periode. Til tross for dette er det viktig å påpeke at min tolkning av datamaterialet bare er en måte å forstå dette fenomenet på. Gjennom diskusjoner med veileder og støtten fra teorien tror jeg at mine resultater og tolkning gir en plausibel måte til å forstå hva slags hendelser sykepleiere på sykehjem opplever som uønsket og hvordan de håndterer disse hendelsene. Overførbarhet er en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet på, og sier noe om at funnene på en eller annen måte kan gi ny innsikt som andre kan dra nytte av (Malterud, 2017, s. 66). Jeg tror sykepleiere på sykehjem vil kunne kjenne seg igjen i mye av det som blir beskrevet i denne oppgaven, noe som gjør at oppgaven til dels har en overførbarhet til dette feltet. Overførbarhet til andre deler av sektoren vil trolig være mindre gjeldende fordi både oppbygningen og fokusområder på et sykehus kontra et sykehjem er svært forskjellig. Likevel tror jeg at også disse sykepleiere vil kunne kjenne seg igjen i at det er knyttet en viss enighet til de ”objektive hendelsene”. Det kan også tenkes at sykepleiere i andre deler av sektoren vil knytte uønskede hendelser opp mot hva som er faglige normer for god sykepleie. Men hva dette kan være på mer detaljnivå vil sannsynligvis variere avhengig av den konteksten det skjer i. Det er også trolig at det er overførbart at måten det håndteres på ikke alltid vil være likt på detaljnivå, men overordnet sett vil avgjørelsene skje gjennom forhandlinger og vurderinger av mange ulike forhold.

5.4 Konklusjon

Uønskede hendelser knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet deler seg i denne studien overordnet i to; hendelser som knyttes til brudd på prosedyrer, faglige og etiske retningslinjer og situasjoner hvor risikoen for uønskede hendelser oppstår på grunn arbeidspress, mangel på tid og støtte. Hvordan sykepleierne ser på hva som er uønsket knytter seg både til lovverk og interne retningslinjer i organisasjonen, men er også nært knyttet til fag og etikk som er en integrert del av sykepleierrollen. Dette gjør at sykepleiere trolig ser på hendelser som er uønsket i en bredere forstand enn hva man gjør på organisasjons –og systemnivå. Det er ikke bare knyttet til hendelser som kan føre til risiko for å gi en klinisk skade, men det handler også om å ivareta mennesker som helhet.

Hvordan man håndterer uønskede hendelser avhenger av ulike forhandlinger og vurderinger av ulike forhold. I denne studien kom fram at de objektive hendelsene som sykepleierne så på som alvorlig var mer vanlig å nedtegne i avvikssystemet. Dette hadde sin bakgrunn i at enkelte hendelser knyttet til brudd på etikk blant annet ikke var så lett å skriftliggjøre. Samtidig var sykepleierne opptatt av å ivareta sine kollegaer, derfor var det ikke uvanlig at en del hendelser knyttet til brudd på faglige normer ble håndtert gjennom opplæring og veiledning. Selv om sykepleierne i denne studien viser en stor grad av likheter mellom håndtering av hendelser som ble ansett som uønsket, kommer det også tydelig fram at det finnes glidende overganger, samt at det ikke alltid håndteres likt fordi forhandlingene baseres på tidligere erfaring.

Det kan virke som at intuitive handlingsmønstre i sammenheng med kollegiale bindinger gjøre at sykepleiere forebygger og avverger en del uønskede situasjoner uten at dette kommer fram i et avvikssystem. Sykepleiere er opptatt av pasienters beste, men adapterer seg trolig de rammene en organisasjon styrer innenfor. På kort sikt innebærer dette at de tar ansvar for kvalitet –og pasientsikkerhetsarbeidet, men på lang sikt kan dette føre til at de blir bærere av organisasjonens risikostyring.

Veien videre

Sykepleieres erfaringer med uønskede hendelser og håndtering av dette på sykehjem er et lite utforsket tema. En annen vei til mer kunnskap kan være ved å gjennomføre gruppeintervju hvor man kan se mer på hvordan fenomenet konstrueres i en arbeidskultur eller ved å gjennomføre en feltstudie. I denne studien ble det ikke inkludert ufaglærte eller hjelpepleiere, som per i dag utgjør en stor del av arbeidsgruppen på sykehjem. Dette er også arbeidsgrupper som trolig er mer sammen med pasientene i det daglige enn hva sykepleierne er fordi de driver med en del administrativt arbeid. Å se nærmere på hvilke erfaringer ufaglærte eller hjelpepleiere har med uønskede hendelser og håndtering av dette ville derfor vært interessant fordi det kanskje kunne gitt noen andre perspektiver på fenomenet.

Litteraturliste

- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. ML., Sandman, P-O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 354-362. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/jocn.13914>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. *Den samfunnsskapte virkelighet*. Overs. F. Wiik. Bergen: Fagbokforlaget, 2000. Overs. av *The Social Construction of reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday, 1966.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org.10.1191/1478088706qp063oa>
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet – dagens strukturer. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg., s. 49-63). Oslo: Universitetsforlaget.
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism*. London: Routledge.
- Cappelen, K. (2018). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg., s. 89-100). Oslo: Universitetsforlaget.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2009, 9. desember). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. (NOVA Rapport 6/16). Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf
- Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71(4), 677-684. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. <https://doi.org/10.1177/0969733012473012>

- Green, J. & Thorogood, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (3. utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Guillemin, M. & Heggen, K. (2009). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *Medicine Health Care and Philosophy*, 12(3), 291-299. <https://doi.10.1007/s11019-008-9165-8>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukelien, H. & Wyller, T. B. (2017). Når alle gode krefter drar i feil retning. I: H. Haukelien, & T. B. Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk – det finnes løsninger* (s. 11-17). Oslo: Dreyers Forlag.
- Helsedirektoratet (2019, 9. april). I trygge hender 24-7 og pasientsikkerhetsprogrammet. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Helse –og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse –og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse –og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse –og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse –og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynsloven. (2017). Lov om statlig tilsyn med helse –og omsorgstjenesten (LOV-2017-12-15-107). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven>
- Henriksen, J-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære, -tenke –og faktabok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hofstad, E. (2015, 12. mars). Liten nytte av å melde avvik. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nyttan-av-melde>

- Jones, A. & Kelly, D. (2014). Whistle-blowing and workplace culture in older peoples' care: qualitative insights from the healthcare and social care workforce. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 986-1002. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12137>
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative Research Methods in Organisation Studies*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Kälvemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00279-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00279-X)
- Kim, H. S. (2007). Sykepleieutøvelsen. I T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1* (3. utg., s. 87-94). Oslo: Akribe.
- Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 94-105). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjørholt, E. S., Sæther, M. L., Thorsnes, I. E. & Utmelizde, I. (2014). *Temarapport: Menneskerettigheter i norske sykehjem*. UIO: Norsk senter for menneskerettigheter, Det juridiske fakultet. Hentet fra <http://www.jus.uio.no/smr/om/aktuelt/arrangementer/2015/mr-sykehjem.pdf>
- Kuper, A., Lingard, L. & Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *British Journal of Medicine*, 337(7671), 687-692. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1035>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Overs. T.M. Anderssen og J. Rygge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017. Overs. av *InterView: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc, 2009.
- Kvalitetsforskrift for pleie –og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet og pleie i helse –og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B-I. (2009). To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 744-750. <https://doi.org/10.1177/1403494809340485>
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes - as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.^[1] Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse – og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Olsvold, N. (2016). Omsorg for helheten – en sosiologisk analyse av sykepleierens usynlige arbeid i sykehusorganisasjonen. I C. B. Neumann, N. Olsvold & T. Thagaard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (s. 31-50). Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsvold, N., Neumann, C. B. & Thagaard, T. (2016). Omsorg som sosialt fenomen, forskningsfelt og velferdstjeneste. I C. B. Neumann, N. Olsvold & T. Thagaard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (s. 11-27) Bergen: Fagbokforlaget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm.
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder – Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pfeiffer, Y., Manser, T. & Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 1-10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030445>
- Prang, I. W. & Jelsness-Jørgensen, L-P. (2014). Should I report? A qualitative study of barriers to incident reporting among nurses working in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 35(6), 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.07.003>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *The British Medical Journal (The BMJ)*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rogstad, I. L. (2015, 9. desember). Pleiere rapporterte om 4531 avvik ved sykehjem i Oslo. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/L6J1/Pleiere-rapporterte-om-4531-avvik-ved-sykehjem-i-Oslo>

- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Notat, mai 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nordtvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 15. juni). Omsorgstenester. Hentet fra <https://www.ssb.no/pleie/>
- Sved, R. (2015, 2. oktober). Nytt innsyn gir ny innsikt. Hentet fra https://kommunal-rapport.no/debatt/nytt_innsyn_gir_ny_innsikt
- Sykehjemsetaten i Oslo kommune. (2016, 1. juli). Offentlige avvik. Hentet fra <https://www.facebook.com/sykehjemsetaten/posts/vi-har-lagt-ut-alle-avvik-for-kommunale-og-private-sykehjem-for-arene-2013-2014-/1082355305169547/>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2018). Sosialkonstruktivisme. I A. Tjora (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 2. Mai 2019 fra <https://snl.no/sosialkonstruktivisme>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trygstad, S. C. & Ødegård, A. M. (2016). *Ytringsbetingelser og varsling i Oslo universitetssykehus* (Fafø-rapport 32/2016). Hentet fra <https://www.fafø.no/images/pub/2016/20594.pdf>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2011). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell.

- Waring, J. & Currie, G. (2011). The politics of learning: The dilemma for Patient Safety. I E. Rowley & J. Waring (Red.), *A socio-cultural perspective on patient safety* (s. 133-150). Surrey: Ashgate Publishing.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). Berkshire: Open University Press.
- World Health Organization. (2004). *World alliance for patient safety. Forward programme 2005*. Hentet fra https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet* (s. 17-29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. (2018). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg., s. 15-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2010). Skape og opprettholde et lærende helsevesen? I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet* (s. 59-73). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg., s. 101-115). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Anne Marit Mengshoel
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 21.09.2017

Vår ref: 55660 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55660	<i>En utforskende studie om håndtering av kritikkverdige forhold på sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Marit Mengshoel</i>
Student	<i>Linn Gammelsrød Evensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Marianne Høgetveit Myhren

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88 / asne.halskau@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linn Gammelsrød Evensen, l.g.evensen@studmed.uio.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55660

Hensikten med denne studien er å belyse kompleksiteten rundt det å vurdere egne og andres handlinger i møtet med en sårbar pasientgruppe med følgende problemstilling; Hva anser sykepleiere på sykehjem som kritikkverdige forhold, og hvordan håndterer de slike situasjoner sett opp mot varslingsplikten?

Utvalget består av sykepleiere som jobber på sykehjem. Informanter hentes fra andre arbeidsplasser enn masterstudent selv er tilknyttet. Data samles inn via personlige intervju.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må presiseres at informanter kan trekke seg når som helst og ikke bare fram til at data inngår i publikasjoner/analyser. Publikasjon skal i følge denne meldingen uansett ikke inneholde personopplysninger om noen av informantene. Videre ber vi om at det klargjøres at i tillegg til at lydopptak slettes, så vil øvrige datamateriale som transkripsjoner og koblingsnøkkel anonymiseres innen 31.08.2018.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet.

Vi anbefaler at de involverte sykehjemmene godkjenner studien.

Intervjuguiden legger ikke opp til å innhente opplysninger om tredjeperson i form av for eksempel informasjon om de ulike institusjonenes ledelse. Intervjuguiden fokuserer på informantenes opplevelser av ulike sider ved arbeidsforholdet, og legger opp til en generell innfallsvinkel. Gitt studiens fokus og design, tar personvernombudet allikevel høyde for at det i noen tilfeller vil kunne framkomme opplysninger om tredjepersoner. Det skal i så fall kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Vi gjør oppmerksom på at masterstudent i utgangspunktet har informasjonsplikt ovenfor tredjeperson. Personvernombudet legger til grunn at tredjeperson, så langt det lar seg gjøre, får informasjon om prosjektet og mulighet til å reservere seg. Informasjon kan eksempelvis gis via informant muntlig eller skriftlig. Dersom det i noen tilfeller skulle vise seg uforholdsmessig vanskelig/utilrådelig å informere tredjeperson, kan masterstudent unntas fra informasjonsplikten. Personvernombudet foreslår også at masterstudent oppfordrer informanten til å omtale andre i så lite identifiserende grad som mulig/nødvendig.

Forventet prosjektslutt er 31.08.2018, jf. informasjonsskriv. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres og lydopptak slettes.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som

f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Intervjuguide

Kan du fortelle litt om hvordan arbeidsoppgaver du har i løpet av en dag?

- Eventuelt hvilke rutiner har dere?
- Hvordan opplever du disse rutinene?

Hva opplever du som meningsfullt i jobbsammenheng?

Kan du beskrive noen situasjoner eller dilemmaer relatert til pleie og behandling av pasienter som du opplever som vanskelige i det daglige arbeidet på sykehjemmet?

- Oppklaring ved behov: Ut i fra de arbeidsoppgavene du nettopp nevnte, er det noe du opplever som vanskelig ifht å dekke pasientenes behov?
- Hva er det med disse situasjonene som gjør at det blir vanskelig?

Er det noen vanskelige situasjoner eller dilemmaer som er der hele tiden?

- Kan du gi noen eksempler?
- Hvilke avveininger/vurderinger gjør du deg i disse situasjonene?

Hva gjør du dersom du opplever en vanskelig situasjon eller et dilemma som du ikke aksepterer/opplever som uønsket?

- Kan du gi noen eksempler på disse situasjonene?

Hvordan skiller situasjonene du tidligere har beskrevet seg fra situasjoner som du mener bør meldes i fra om?

- Kan du gi noen eksempler på situasjoner du har meldt fra om?
- Hva legger du vekt på i vurderingen?

Hvordan er det tilrettelagt på arbeidsplassen din i forhold til å melde i fra eller varsle?

- Skjer det muntlig eller skriftlig?
- Brukes avvik som en måte å varsle på?

Har du noen gang opplevd en situasjon som du har opplevd som uforsvarlig eller kritikkverdig?

- Kan du si noe om hva det handlet om?
- Hva gjorde du i den aktuelle situasjonen?

Vet du om det finnes noen retningslinjer eller rutiner på arbeidsplassen som kan hjelpe deg med å vurdere alvorlighetsgraden i de situasjonene du tidligere har beskrevet som vanskelige?

Hvilken kunnskap benytter du deg selv av når du vurderer alvorlighetsgrad i vanskelige situasjoner, eventuelt uforsvarlige eller kritikkverdige forhold?

- Er det noe som kan hjelpe deg med å vurdere alvorlighetsgraden?

Hva gjør det med deg å stå i pasientsituasjoner som du opplever som vanskelige/uønskede?

Er det noe som gjør det vanskelig for deg å melde i fra dersom du avdekker noe som er uønsket, evt et uforsvarlig eller kritikkverdig forhold?

- Hvis ja, kan du fortelle litt om dette?
- Har det noen påvirkning på hvordan håndterer en lignende situasjon senere?

Er det noe du tenker at vi ikke har snakket om i de foregående spørsmålene som du tenker er vesentlig for dette temaet?

Oppsummering av intervjuet

- Har jeg forstått deg riktig (ta utgangspunkt i det du er usikker på)
- Hvordan syns dette var?