

Det er uakseptabelt, men menneskelig å feile

Om hvordan helsepersonell opplever feil i pasientbehandlingen

Ellen Vander Elst



Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

Avdeling for Helse og Idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2010

NORSK SAMMENDRAG	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	7
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN/ PROBLEMMOMRÅDE.....	10
1.2 AKTUELLE BEGREPER	13
1.3 KOLLEGASTØTTE (KSO).....	13
1.4 ARBEIDSMILJØLOVEN	14
1.5 FORSKRIFT OM KVALITET I PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE.....	14
1.6 HENSIKT	15
1.7 FORSKNINGSPØRSMÅL	15
2. TEORI	16
2.1 HELSE OG ARBEID.....	16
2.2 LOKALSAMFUNNET.....	18
2.3 HELSEFREMMEDE LOKALSAMFUNN.....	20
2.4 PSYKISK BELASTNING	21
3. METODE	23
3.1 VITENSKAPSSYN	23
3.2 MENNESKESYN OG VERDISYN.....	24
3.3 KVALITATIV TILNÆRMINGSMETODE	24
3.3.1 <i>Fenomenologisk hermeneutisk perspektiv</i>	24
3.3.2 <i>Fokusgruppeintervju</i>	26
3.4 INNSAMLING AV DATA	28
3.4.1 <i>Utvalg</i>	28
3.4.2 <i>Gjennomføring</i>	29

3.5	ANALYSE	30
3.5.1	<i>Analysemetode</i>	31
3.6	VALIDITET	32
4.	RESULTATER MED DISKUSJON	35
4.1	INFORMANTENES ARBEIDSSTED	38
4.1.1	<i>Arbeid og melderutiner</i>	38
4.1.2	<i>Konsekvenser for pasienter</i>	43
4.1.3	<i>Konsekvenser for involvert personale</i>	46
4.1.4	<i>Følger av tidspress</i>	52
4.1.5	<i>Holdninger</i>	57
4.2	PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	62
4.2.1	<i>Lokalsamfunnet</i>	62
4.2.2	<i>Ivaretagelse</i>	68
4.2.3	<i>Kommunikasjon</i>	73
4.3	OPPSUMMERING	78
5.	KONKLUSJON	80
5.1	OPPSUMMERT DISKUSJON	80
5.2	UNDERSØKELSEN VISER	81
5.3	IMPLIKASJONER	81
6.	ETISKE OVERVEIELSER	83
7.	LITTERATURLISTE	84

Forord

”Den som våger, risikerer å miste fotfestet for en stund.

Den som ikke våger, risikerer å miste seg selv” (Søren Kierkegaard).

Å vedkjenne seg feil og mangler vekker tillit og skaper vekst. Med visjoner og verdier når vi lenger fram, men underveis trenger vi undervisning, veiledning og støtte. Det fikk jeg, og slik ble denne oppgaven virkelighet.

Min takk går til familien min, som har vist meg uforbeholden tillit og til informantene med deres virksomhetsleder, som ga meg fritt leide inn i deres hverdag.

Takk også til lærere og medstudenter ved Masterutdanningen i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, for verdifull undervisning og samarbeid, og til Bibliotekene i Hedmark og Vestfold, et forbilde på imøtekommenhet. En spesiell takk rettes til førsteamanuensis Eivind Åsrum Skille, veilederen som åpnet de riktige dørene underveis til vitenskapelig nivå.

Norsk sammendrag

Helsepersonell som gjør feil eller involveres i uheldige hendelser i sitt arbeid, kan få psykiske reaksjoner etterpå, ifølge vitenskapelige litteratur. Lover og forskrifter gir mange pålegg som er vanskelig å gjennomføre, og ansatte som trenger lovbestemt beskyttelse, får ikke alltid den hjelpen de trenger, men opplever taushet og unngåelse av temaet ”feil” på arbeidsplassen.

Oppgaven bygger på funn fra en kvalitativ intervjuanalyse med sykepleiere på sykehjem. Som metode for datainnhenting er det benyttet fokusgruppeintervju i to møter som gav empiriske funn om sykepleiernes opplevelser. Analysen er foretatt med metode etter Giorgi og fortolket ut fra fenomenologisk hermeneutisk perspektiv.

Forskeren har bioingeniørfaglig erfaring med avvikshåndtering. På informantenes arbeidssted problematiseres avvikshåndteringen av ulike holdninger til arbeidsoppgaver og setter ansatte under press. Feil av etisk karakter oppfattes som svært viktige, men fanges ikke godt nok opp i systemet og er problematisk å håndtere.

Informantene forteller om sterke følelsesmessige reaksjoner etter uhell. Skyldfølelse også over hendelser de selv ikke har skyld i, kan oppstå og uttrykkes i spørsmålet: ”Var det ikke noe jeg kunne ha gjort for å forhindre det som skjedde”? Selvbebreidelse og frykt for nye feil sitter igjen i lang tid, og de er redde for å tape anseelse og skade selvbildet.

Informantene har fått verdifull støtte fra arbeidsstedet ved feil og uhell, men påpeker at ivaretagelse av den som har gjort feil, kan bli tilfeldig. Det er ikke noe system for oppfølging eller samtale rundt uheldige hendelser med den eller de som er blitt involvert.

Funnene er drøftet i forhold til aktuell litteratur, og forskeren har knyttet empiriske funn opp mot psykososialt arbeidsmiljø forstått som lokalsamfunn med evne til ivaretagelse. Her finnes verdier, omsorg og vilje, men ressursene begrenses av tid og holdningsendringer i samfunn og kultur. Informantene ønsker et ”refleksjonsrom” med åpenhet rundt temaet ”feil”, for forebygging av psykisk sykdom for helsearbeidere under press.

Validiteten vurderes som god, vurdert etter datainnsamling, utvalg og analyse.

Funnene kan få betydning for utarbeidelse av rutiner for ivaretagelse av helsepersonell som uforvarende involveres i feil i pasientbehandlingen.

Engelsk sammendrag (abstract)

According to scientific research health care personnel who make errors or are involved in adverse events at work can often experience psychological problems. Rules and regulations are complicated and difficult to follow. Employees who need legal protection do not always receive the care they need, but are met with silence and the subject “errors” is avoided.

This report is based on data obtained from two focus group qualitative interviews which provided empirical findings based on nurses personal experiences by their work in a nursing home. The analysis follows the principles of Giorgi and is interpreted from a phenomenological hermeneutic perspective.

As a medical laboratory technician, the researcher has professional experience relating to error registration system. At the informants’ workplace the handling of errors are made more difficult by different opinions about working operations and place the employees under pressure. Errors of an ethical nature are considered being of great importance, but are not well enough revealed by the error registration system and are problematic to handle.

The informants’ experiences reveal strong emotional reactions after negative events. Feelings of guilt from errors, even when they were not responsible, may occur as expressed in the question: “Was there not something I could have done to prevent what happened”? Self blame and the fear of making new errors remain for a long time and they are afraid of losing respect and damage to their self esteem.

These informants have received valuable support from colleagues and leaders at work, but point out the support might be coincidental. There is no follow up system or discussion with those involved.

The overall results are discussed in relation to the current literature available. The researcher has linked the empirical findings to psychosocial work environment regarded as a local community with the capability of support. Here one finds values, care, and will, but resources are limited by time constraint as well as changing attitudes in society and culture. The informants wish for “a room of reflection” with openness to consider the subject “errors” in an effort to prevent psychological problems for health personnel under pressure.

The validity of the interviews is considered as acceptable, regarding the collection of data, selection of informants, and method of analysis.

The conclusions can be of value in future expansion of caretaking routines for health personnel involved in unintended events in patients' care.

1. Innledning

Arbeidslivet i vårt samfunn preges av endringer, omorganiseringer, nye krav til faglig kvalitet og økonomisk lønnsomhet. I pasientbehandlingen stilles det stadig strengere krav til dokumentasjon, kvalitetssikring og juridisk forsvarlighet.

Helsearbeideres egne forventninger, prestisjefag og intern konkurranse kan skape frykt for ikke å mestre arbeidsoppgavene eller komme i skade for å gjøre feil.

Pasientenes bevissthetsnivå er også endret, og mange har kunnskap om egen sykdom og forventer effektiv behandling uten uhell. Men selv om de fleste helsearbeidere forsøker å utføre sine arbeidsoppgaver korrekt, forekommer det feil og uhell i pasientbehandlingen. Denne erkjennelsen skaper frykt som kan true eller redusere ansattes psykiske helse, hindre arbeidsglede og skape risiko for feil.

Store deler av offentlige utgifter brukes til å dekke skader og feil i pasientbehandlingen, både i form av ekstra behandling, forlenget sykefravær, uføretrygd, ekstra omkostninger for pasientene og pasientskadeerstatning. De samlede økonomiske konsekvensene av pasientskader antas å ligge rundt 2 milliarder kr. årlig i Norge (Hjort, 2007).

Kostnader som ikke kan måles, har også betydning på mange plan, men vises ikke i undersøkelsene over kostnader forbundet med feil. Både pasienter og landets øvrige befolkning kan få svekket tillit til helsevesenet. Ubegag for pasientene med forlenget sykdom og frustrasjon for helsepersonell over ikke å være i stand til å utføre gode helsetjenester, er viktige forhold ved feil i pasientbehandlingen (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Undersøkelser viser hva slags helsepersonell som begår medisinske feil og skader: Leger, tannleger, sykepleiere, psykologer, hjelpepleiere osv (Syse, 2000). Alle disse yrkesgruppene kan risikere å møte administrative reaksjoner, erstatningskrav eller strafferettslig ansvar og kan bli uthengt i media som ”farlige personer”. Imidlertid har media en viktig funksjon ved innsyn og informasjonsformidling om helsevesenet som betydningsfull institusjon i samfunnet.

Trygge møteplasser mellom ulike involverte parter er en forutsetning for åpen kommunikasjon rundt feil og uhell, med gjensidig respekterende forhold for den enkeltes perspektiv.

Trygdeutgiftene i velferdssamfunnet gjør det nødvendig å overvåke folkehelse og påvirkningsfaktorer for ansattes arbeidsevne. Kunnskap om hvordan helsefremmende og forebyggende faktorer kan settes i virksomhet, kan redusere sykefravær. Helsefremmende faktorer kan være trivselsforhold på arbeidssstedet som fremmer psykisk helse. Forebyggende faktorer kan være tiltak som reduserer moralsk stress hos helsepersonell.

Denne studien fremkaller kunnskap som kan motvirke redusert arbeidsevne etter uhell ved bedre ivaretagelse av helsepersonell involvert i belastende hendelser.

I alle typer virksomhet er det en naturlig forekomst av feil og forbedringsområder. Undersøkelser av forholdene rundt disse er nødvendig for å skape utvikling, vekst og resultater. Likevel er feil som gir menneskelig skade, uakseptabelt, og ressurser må brukes for å redusere risiko for pasientskader i helsevesenet.

Undersøkelser av feilenes etiologi og karakter vil ikke utdypes i denne undersøkelsen. Mange viktige områder som lovgivning, juridiske forhold, organisasjonsteori og faglig medisinsk kunnskap blir bare overflatisk behandlet pga begrensninger i tid og oppgavens omfang.

Hovedfokus i oppgaven er psykisk helsetilstand hos helsepersonell som involveres i feil og uhell i pasientbehandlingen. Det er dette denne undersøkelsen handler om.

1.1 Bakgrunn/ problemområde

Helsepersonell består av personale med ulikt utdanningsnivå. Sammenlignet med andre yrkesgrupper er helsepersonell en av de yrkesgrupper som har høyest andel samlet utdannelse og mest pliktoppfyllende personale. Å gjøre feil kan oppleves svært belastende for velkvalifiserte og pliktoppfyllende helsearbeidere i deres forhold til seg selv som kompetente fagpersoner. De er ikke nødvendigvis dårlige mennesker, og løsningen er ikke å bli kvitt

”råtne epler”, slik man hadde tendens til å tenke tidligere. Nå har vi erkjent at selv den beste kan gjøre feil, men man mangler åpenhet og vilje til å sette lys på temaet. Diskusjonen om feil i pasientomsorgen ser ut til å foregå bak lukkede dører, hvis den finner sted i det hele tatt (Kohn, et al., 2000).

Forskning i USA viser at 34 % av unge leger opplevde minst én alvorlig hendelse i løpet av 3 år. Hendelsene førte til dårligere livskvalitet, depresjon og redusert empati som resulterte i dårlig håndtering av pasienter og pårørende, og risikoen for nye hendelser økte (Hjort, 2007).

Breivik (2000) sier at det er lett å forklare en ”feil” eller et uheldig utfall som en beklagelig hendelse som vanskelig kunne unngås eller en individfeil som ikke vil gjenta seg. Det er imidlertid nødvendig å undersøke om det bak disse avvikene skjuler seg en systemfeil som lett kan rettes. Her er det nødvendig med forskning for å finne forbedringsområder.

Pasientskadeerstatning kan gjøres på objektivt grunnlag der et helseforetak kan bli ilagt bøter ved feil på systemnivå. Dermed behøver ingen å føle den personlige belastningen ved å ha gjort en feil (Syse, 2000). Plasserer vi mer enn det som rettmessig hører hjemme på systemnivå, kan det imidlertid virke som en ansvarsfraskrivelse, og nødvendige forbedringer i pasientbehandlingen kan utebli.

I en undersøkelse utført blant medisinstudenter og leger, sier 71 % av legene at de har gjort feil som kunne ha fått konsekvenser. Studentene er tyngt av tanken på å gjøre feil, og 76 % av dem hadde vurdert å slutte studiet av denne grunn. Legene mener de helt sikkert vil støtte og hjelpe kollegaer som har gjort feil, men mangler et system for ivaretagelse (Paulsen & Brattebø, 2006).

Schelbred (2004) har gjort en kvalitativ intervju-undersøkelse av sykepleiere etter feilmedisinering av pasienter. Hun fant tydelig redusert psykisk helse hos informantene, sammen med et klart ønske om åpenhet og mulighet for samtale rundt hendelsen. Mange hadde kollegaer som opptrådte støttende, men de fleste opplevde taushet rundt hendelsen. Dette skapte ytterligere forverret psykisk helse i form av forvirring og usikkerhet.

De medisinske laboratoriene utfører undersøkelser og analyser av prøvemateriale fra pasienter, en virksomhet som utgjør forskerens bioingeniørfaglige bakgrunn og innebærer kunnskap om prosedyrer, kvalitetssikringssystem og avvikshåndtering. Tidspress og

varierende motivasjon for å melde næruhell og ”småting” også i denne sektoren kan imidlertid medføre en viss underrapportering, og holdningene til registrering av feil i laboratoriene kan være overførbare til andre virksomheter.

Laboratoriearbeid foregår ofte i tverrfaglige team, der den enes innsats er betinget av den andres. Nettverk bygget på gjensidig anerkjennelse, åpenhet og humor har tradisjonelt vært viktige beskyttelsesfaktorer for personalet. I takt med samfunnsendringene de siste tiårene er det imidlertid innført individuelle lønnsordninger, flere spesialstillinger og færre team. Konkurransen og motsetninger mellom kollegaer kan svekke teamene og hemme arbeidsglede og produktivitet. Feil og uhell kan bli virkemiddel for å fremstå bedre enn kollegaer som gjør feil.

I avviksmeldingene oppgis ofte ”menneskelig svikt” som mulig årsak til feil. Dette vide begrepet kan romme alt fra mangel på konsentrasjon i øyeblikket til psykisk ubalanse eller uhelse av alvorligere karakter.

Håndtering av feil, avvik eller utilsiktet hendelse har konsekvenser både for ansattes psykiske helse, pasientsikkerhet, kvalitet på tjenestene, tillit til helsevesenet og samfunnet. For mens det ansees som menneskelig å feile, har vi nulltoleranse overfor feil i pasientbehandlingen. Dette motsetningspunktet er en del av hverdagen for helsepersonell.

Ivaretagelse av de ansatte kan bli tilfeldig, etter hvem som er på jobb da hendelsen inntreffer, hvem som får kjennskap til episoden, om lederen involveres og om den som har gjort feil, møtes av åpenhet og tillit. Slike faktorer kan ha betydning for omfanget av psykisk belastning for helsearbeidere.

Denne undersøkelsen inneholder empiriske data om ansattes opplevelser rundt uheldige hendelser fortalt av helsearbeidere selv, analysert med vitenskapelige metoder og knyttet sammen med anerkjent teori og eksisterende forskning. Som informanter er det benyttet sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten ved et større sykehjem.

1.2 Aktuelle begreper

Syse (2000) sier at det byr på problemer å avgrense begrepet ”feil”. Det har forskjellig bruksområde juridisk, medisinsk, matematisk, leksikalt og i vanlig språkbruk.

I norsk litteratur bruker Hjort (2004) betegnelsen ”uheldig hendelse” som nøytralt begrep, istedenfor ord som ”feil” eller ”tabbe” som kan peke ut skyldnere. På engelsk brukes en rekke forskjellige betegnelser, der ”error” ligner vårt norske ”feil” som brukes om en plan som mislykkes pga feil i utførelse eller riktig utførelse av en feilaktig plan. Det kan også bety feil i handling eller utelatelse av en ønsket handling (Hjort, 2007).

I denne oppgaven skal ikke meningsinnholdet i ”feil” eller ”utilsiktet hendelse” begrenses, for at informantene skal få legge sin egen forståelse i begrepet, se kapittel 3 og 4.

I litteraturen betegnes mottakere av helsehjelp som pasient, bruker, beboer eller klient. Disse betegnelsene brukte også informantene i undersøkelsen vekselvis, og forskeren har brukt dem tilsvarende. Likeledes brukes han/hun vilkårlig.

Helsepersonell involvert i utilsiktede hendelser, kalles gjerne ”*the second victim*”, og det finnes gode beskrivelser av konsekvenser for den enkelte, særlig for leger (Hjort, 2007). De opplever hendelsen som svært belastende og får liten støtte. Hjort konkluderer med at arbeidet med uheldige hendelser er avgjørende for å bygge en god kultur i helsetjenesten.

Om forholdene rundt helsepersonell og uheldige belastninger i arbeidet finnes det programmer, prosjekter og lover, som presenteres i 1.3. og 1.4. Kvaliteten på pleie og omsorgstjenester reguleres i forskrift som er vist i 1.5.

1.3 Kollegastøtte (KSO)

Et prøveprosjekt med innføring av kollegastøtte ved et av landets sykehus er blitt utviklet som et helseforebyggende tiltak i samarbeid med professor Bjørklund ved Universitetet i Oslo og sykehusets bedriftshelsetjeneste. De ansatte valgte 20 kollegastøtteri som fikk

opplæring og oppfølging for å tilby støtte til kollegaer ved behov etter belastende hendelse for ivaretagelse både på individnivå og organisasjonsnivå.

Effekten av KSO-prosjektet er studert av Carlson (2006) i en kvantitativ spørreundersøkelse blant ansatte, men ga ikke signifikant forskjell mellom helsetilstanden hos ansatte ved avdelingen med KSO sammenlignet med kontrollavdeling uten KSO. Han antyder årsaker ved valg av metode eller forhold rundt implementeringen av ordningen og foreslår en kvalitativ fremtidig undersøkelse av KSO-prosjektet.

1.4 Arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven skal beskytte arbeidstakere mot uheldig påvirkning og pålegger arbeidsgiver ansvar for arbeidstakernes velferd. I § 1 defineres lovens formål som ”å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger og å bidra til et inkluderende arbeidsliv”. Det stilles distinkte krav til det psykososiale arbeidsmiljøet i § 4, som ivaretagelse av ansattes integritet og verdighet, beskyttelse mot trakassering, utilbørlig opptreden og uheldige belastninger i kontakt med andre så langt som mulig (Arbeidsmiljøloven, 2010).

Disse områdene i Arbeidsmiljøloven har betydning for helsepersonell som opplever seg involvert i uheldige hendelser i arbeidet.

1.5 Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene skal tjenestemottakerne få ivarett grunnleggende behov med respekt for selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Helse og Omsorgsdepartementet, 2003). Sykepleierne har ansvar for at forskriften følges.

Sykepleiere utfører mange ansvarsfulle arbeidsoppgaver. Avviksmeldingssystemet og klager fra pasienter og pårørende setter lys på feil og uhell, og rutiner for håndtering er utarbeidet.

Det er høyt arbeidspress i sykehjemmene, der også hensynet til de pårørende spiller en betydningsfull rolle. Negativ medieomtale har i de senere år rammet sykehjemspersonalet sterkt, noe som oppleves urettferdig og stigmatiserende.

1.6 Hensikt

Formålet med undersøkelsen er å skaffe kunnskap om hvordan sykepleiere opplever å være involvert i uheldige hendelser. Belastende hendelser kan bearbeides ved støtte fra arbeidsstedet, og undersøkelsen vil også belyse hvordan ressursene i det psykososiale arbeidsmiljøet benyttes.

1.7 Forskningsspørsmål

Hvordan opplever sykepleiere å være involvert i uheldige hendelser i sitt arbeid? Hvordan blir ansatte involvert i uhell ivaretatt på arbeidsplassen?

Spørsmålene vil imøtekommes med aktuell teori som bakgrunn for denne kvalitative intervjuundersøkelsen i kapittel 2. Det gjøres rede for vitenskapssyn, menneskesyn og valg av metode for datainnhenting og analyse i kapittel 3. Resultatene av intervju-undersøkelsen oppsummeres i kapittel 4, med drøftelser i forhold til aktuell litteratur. Konklusjonen presenteres i kapittel 5.

2. Teori

I det følgende presenteres litteratur om folkehelse, psykisk helse og psykisk belastning hos helsearbeidere. Av forskningslitteratur er det funnet flere undersøkelser om medisinske feil, forekomst og årsaksforhold, og noen beskrivelser av de involvertes opplevelser. Disse beskrivelsene leder oppmerksomheten mot det psykososiale arbeidsmiljøet, et tema som knyttes til teori om lokalsamfunn.

Det er brukt søkeord som medical error, mishaps, self blame, colleague, care, adverse event, health personel, nurses i databaser som Ovid og Embase.

2.1 Helse og arbeid

Verdens Helseorganisasjon har utarbeidet en tusenårsstrategi, ”Helse 21”, med vekt på like rettigheter og plikter for alle, uttrykt i et program med tydelig helsefremmende og forebyggende profil for region Europa. Dokumentet kan benyttes som etisk rammeverk i beslutningsprosesser på alle nivå. Også arbeidslivet omtales i ”Helse 21”, der stressende arbeidsmengde og jobbusikkerhet nevnes spesielt som risikofaktorer for ansattes helse. Kostnadseffektive helsetjenester kan oppnås uten store investeringer ved å styrke det overordnede helsesystemet og spisse fokus på folkehelseprogram og pasientomsorg (WHO, 1998).

WHO definerer helse som noe mer enn fravær av sykdom: ”En tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosial velvære”. Individets psykiske helse har betydning for å oppnå god, helhetlig helse. Hver fjerde person vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og 450 mill. mennesker har en psykisk lidelse i dag. Det satses derfor bredt for å redusere forekomst av psykiske lidelser ved bl.a. helsefremmende og forebyggende tiltak. Psykisk sykdom er årsak til store deler av sykefravær og tap av produktivitet fra både pasient og pårørende. Forebyggende tiltak er mest effektive når de settes inn før symptomer får utvikle seg. Det

kostnadseffektive aspektet ved de forebyggende tiltakene er betydningsfullt i helsepolitisk sammenheng (WHO, 2002).

Psykisk sykdom har også i Norge økt i omfang og er den mest brukte diagnosen hos allmennleger. Av alle som får sin diagnose hos fastlegen, får 12 % diagnosen ”psykisk lidelse”, og denne betegnelsen omfatter angst, depresjon, livskriser og psykoser, fastsatt etter pasientenes egen opplevelse av å ha et vesentlig problem. Av alle med diagnose ”psykisk lidelse” er 39 % i den beste arbeidsaktive alderen, 25-44 år. Sammen med muskel- og skjelettlidelser og noen kreftformer øker forekomst av psykisk betingede plager i omfang, særlig blant unge mennesker. Disse lidelsene er blant hovedårsakene til sykefravær og uføretrygd (Statistisk Sentralbyrå, 2005).

Norge oppfattes som et av verdens beste land å bo i, men har samtidig økt forekomst av psykisk sykdom. Helse- og Omsorgsdepartementet utarbeider regelmessig nasjonale helse rapporter som ledd i overvåkingen av befolkningens helsesituasjon, et viktig bakgrunnsmateriale for helsepolitiske avgjørelser. Arbeidsgivere er pålagt å følge lover og retningslinjer fra Arbeidstilsynet for å ivareta ansattes arbeidshelse. Arbeidsulykker og yrkessykdommer skal hindres, og Arbeidstilsynet fører kontroll med ordninger som HMS (helse, miljø, sikkerhet), internkontroll og kvalitetssikring. Mens tilsynet tidligere i hovedsak var rettet mot fysiske skader i fabrikker og industribedrifter, er i dag tilsynet endret i takt med arbeidslivet og retter seg i større grad mot psykososiale og organisatoriske forhold (Mæland, 2009).

Arbeidet med HMS er kritisert for ensidig fokus på tekniske løsninger. ”Helse handler ikke bare om teknikk, men også om hvordan verdier synliggjøres, ivaretas og realiseres. Dette er ubenyttet potensiale for å stimulere til helsefremmende endringsprosesser” (Ausland, Hauge, & Andvig, 2006, s. 278).

I arbeidsmiljølovens § 4 omtales krav til arbeidsmiljøet. Tiltak rettet mot fysiske forhold ser ut til å lykkes og er relativt lett å håndtere, mens vi mangler virksomme grep for forbedring av det psykososiale arbeidsmiljøet (Hem, 2006). Lovens § 4 er nevnt i kapittel 1.4. Tydelige kvalitetskrav stilles til det psykososiale arbeidsmiljøet, men hvordan skal kravene etterleves, måles, kontrolleres og håndteres?

Høy grad av sysselsetting i Norge innebærer at mange mennesker tilbringer mye av sin tid på arbeidsplassen, hvor trivsel får konsekvenser for psykiske helse. Det er en overordnet målsetting at alle skal ha en plass i arbeidslivet, også de som har en kronisk sykdom, varig eller forbigående funksjonsnedsettelse eller har vært utenfor arbeidslivet i en periode.

Hvordan ulike mennesker ordner seg i passende samfunn med hverandre, utarbeider målsettinger, lover og regler kommer til uttrykk i teori om lokalsamfunn.

2.2 Lokalsamfunnet

Den tyske sosiologen Tønnies (Tønnies & Harris, 2001) har fremstilt to fundamentalt forskjellige modeller for forståelse av et samfunn og menneskelig, sosial organisering. Menneskelig vilje kan bygge opp positive eller negative relasjoner som består i å beskytte hverandre eller ødelegge hverandre. De positive relasjonene innebærer balanse mellom enhet og mangfold (engelsk: "unity and diversity"). Samfunn består av mange slags relasjoner avhengig av hva slags samfunn medlemmene knyttes sammen i, intimt og familiært eller markedsorientert, som uttrykkes i det tyske *Gemeinschaft* og *Gesellschaft* (engelsk: "community and civil society").

"Gemeinschaft forstås som et organisk fellesskap bundet sammen av historie, vennskap, tradisjoner og felles eierskap. Identitetsutvikling fremmer kollektiv bevissthet og tilhørighet på tross av individuelle ulikheter. Et typisk eksempel kan være samfunn på små steder bestående av familier som har kjent hverandre og samhandlet i generasjoner med bånd som ivaretar og forplikter.

"Gesellschaft består av mennesker integrert i et mekanisk fellesskap bygget på egen interesse og identitetstilknytning som fremmer selvbevissthet. Tilknytningen styrkes ved ulikhet, fordi egenskapene skal dekke forskjellige funksjoner. Markedsorienterte selskaper, firmaer og arbeidsplasser vil være typiske eksempler.

I vår tid har samfunnsendringer ført til færre "Gesellschaft", og økonomiske krav har fremtvunget flere "Gesellschaft", men i mange virksomheter kan man likevel finne elementer av begge typer.

Bjørnerud (1996) snakker om betydningen av ”det sosiale kittet” eller ordene som forener, når kommunepolitikk skal planlegges helsefremmende. Positive ord, opplevelse som deles og dialog rundt livskvalitet er viktige byggesteiner i det usynlige bindingsverket mellom medarbeidere, innbyggere og brukere. Han sier vi bruker for liten tid i kommuneplanleggingen på å definere grunnleggende verdier som ligger bak de positive ordene og kan forene fag og kompetanse med visjoner og felles målsetting.

Larsen (1996) har studert en velfungerende kommune med godt fellesskap hvor det stilles krav for å motta midler og legges vekt på at innbyggerne får være med og gi. Det er alltid viktig å bety noe for noen, men for de mest utsatte samfunnsgruppene kan fellesskapets anerkjennelse og respekt bidra til overgang fra trygd til arbeid.

Det sosiale nettverket i et samfunn har fått betegnelsen *sosial kapital*, i motsetning til fysisk kapital eller fysisk utstyr, og human kapital som er utdanning og faglig kompetanse. Putnam (2001) viser til sosial kapital som noe av bakgrunnsstoffet i verdiene *frihet, likhet og brorskap* fra den franske revolusjon og utviklingen av demokratiet, basert på gjensidighet og trofasthet.

I viktige samfunnsbegivenheter fremstår ledere som forkjempere for idéer og visjoner. Disse personene har egenskaper som kan gi oppslutning og sterke bevegelser eller levedyktige arbeidsplasser, og historien er full av slike *sosiale entreprenører*. En sosial entreprenør er en sosial, markedsorientert person med nyskapende løsninger på viktige samfunnsproblemer, ifølge Ingstad (2009). Med vekt på økonomisk lønnsomhet sammen med sosial verdiskapning er samfunnet arena for systemendring med hjelp av sosiale entreprenører. Som eksempel nevnes Fredrikke Marie Quam som stiftet Norske Kvinners Sanitetsforening i 1896, og nobelprisvinner Mohammad Yunus.

Sosialt entreprenørskap kan defineres som bærekraftig økonomisk aktivitet, og Bøhmer (2009) kaller tida vi lever i ”den bærekraftige alderen”, fordi all aktivitet må være bærekraftig for å bli konkurransedyktig. I det private næringslivet er det relativt lett å identifisere utro tjenere, ulønnsomme foretak eller motivere til ekstra innsats. Det kan innføres premiering og effektivitetsmål for å opprettholde økonomisk lønnsomhet, noe som er vanskeligere i offentlig virksomhet.

Sosiale entreprenører er viktige og dyktige ledere med stor betydning for oppbygningen av det psykososiale arbeidsmiljøet i bedriftene. Holdninger og verdiene lederne utviser påvirker de ansattes holdninger til hverandre. En leder besitter en maktposisjon som kan utnyttes positivt eller negativt og fremme helse og produktivitet eller skape motsetninger og hemme vekst.

Et samfunn kan være inkluderende for noen og ekskluderende for andre og dermed representere en grense der noen faller utenfor. Grensesamfunnet er beskrevet av Drevdahl (2002) i artikkelen ”Home and Border”, med eksempel fra et sosialkontor der ansatte plasserte brukerne i grupper og foretrakk den ene gruppen framfor den andre. De fant stadig nye, negative beskrivelser på personer som tilhørte gruppen de mislikte, fordi de syntes denne gruppen var mer krevende i forhold til tjenestene.

En arbeidsplass kan betraktes som et lokalsamfunn, med relativt sterk følelse av samhørighet (Hummelvoll, 2004). Begrepet samfunn plasseres i kjernen av personlig identitet, politikk og aksjon. Omsorg i et lokalsamfunn retter seg mot individet, gruppen eller samfunnet som sådan (Hummelvoll, 2009).

Arbeidsplassen som ivaretagende lokalsamfunn kan være en helsefremmende, forebyggende, lett tilgjengelig og gratis ressurs for ansatte ved belastninger, men som utnyttes i varierende grad.

2.3 Helsefremmende lokalsamfunn

En stadig voksende andel forskning viser at sosial kapital har salutogen effekt på både enkeltindivider, kommunenivå og landsbasis. Engasjement i lokalsamfunn hjelper oss til å være sunne, velstående og kloke. Uansett hvem vi er, vil det være vanskelig å leve uten sosial kapital (Putnam, 2001).

Beskyttelsesfaktorene i et lokalsamfunn kan defineres som sosialt nettverk, arbeid og sysselsetting og opplevelse av meningssammenheng i livet. De kan forsterke identitetsfølelse og selvfølelse, med betydning for fysisk og psykisk helse. Risikofaktorer kan være negative

hendelser og belastninger i den enkeltes liv som utfordrer personens evne til mestring (Hummelvoll, 2004).

Et samfunn har ulike begrensinger, som geografisk lokalisasjon, interesser, tilhørighet eller tilknytning. Samfunnet forstås som det sosialt integrerte fellesskapet som utgjør "livsverden" for dem som er med i det. Fellesskap med godt nettverk kan forebygge ensomhet og traumer, myndiggjøre mennesker til deltakelse i beslutningsprosesser, lokalisere og navngi problemer ut ifra sine egne perspektiver. Opplevelse av mening i tilværelsen kan være et av de viktigste elementene i fellesskapet (Kogstad, 2009).

Et godt psykososialt arbeidsmiljø kan innholde betydelig sosial kapital med beskyttelsesfaktorer som gjensidighet og støtte. Samhandling og felles anstrengelser mot et samlende mål kan være motivasjonsfaktorer for de ansatte. Risikofaktorer kan være konkurranse om viktige posisjoner, for mange eller vanskelige arbeidsoppgaver eller splittende hendelser som rammer ulikt. Taushet i vanskelige situasjoner kan medføre usikkerhet og tilbaketrekning og true psykisk helse for den som opplever seg utenfor fellesskapet.

2.4 Psykisk belastning

Helsepersonell arbeider under mange forskjellige belastninger, hvor feil og uhell er én type. Engh (2003) har gjort funn i sin hovedoppgave som klassifiserer rundt 10 % presumptivt friske sykehusansatte som syke, selv om de er på jobb! (Leger er unntatt i undersøkelsen).

Schelbred (2004) har gjort en undersøkelse av sykepleiere involvert i feilmedisinering av pasienter. De opplevde hendelsen som traumatisk, også i tilfeller der pasienten ikke fikk varig skade. I sin undersøkelse fant hun endret selvbilde, mistillit til egen kompetanse, selvmordstanker og varig, redusert helsetilstand som førte til uføretrygd.

Funnene er forenlige med litteratur om psykisk helse ved belastninger som psykisk krise, traumatisk krise eller akutt belastningslidelse. En psykisk krise kan defineres som en situasjon der tidligere innlærte erfarings- og reaksjonsmønstre ikke strekker til for å mestre den oppståtte situasjonen. Tilstanden kan være forbigående og føre til vekst eller bli

langvarig og behandlingstrengende. En traumatisk krise kan oppstå ved tap, krenkelse, katastrofe eller skrekkopplevelse. Private tap eller krenkelser som andre ikke kjenner til eller mangler forutsetning for å forstå, kan skape ny krenkelse og forverring. Akutt belastningslidelse kan fremkalle en forbigående sjokkreaksjon (Snoek & Engedal, 2000).

Den valgte litteraturen belyser omstendigheter rundt uheldige hendelser, foruten hendelsen i seg selv. Helse i samfunnsperspektiv fra globalt til kommunenivå er nevnt, med vekt på lokalsamfunnets beskyttelses- og risikofaktorer i forhold til ivaretagelse. Til slutt er helsepersonells mulige belastninger relatert til litteratur om psykisk lidelse. Hovedtrekkene i benyttet litteratur vil utdypes sammen med resultatene i kapittel 4 og konklusjon i kapittel 5. Men først vil det gjøres rede for valg av metode, vitenskapssyn og forforståelse i kapittel 3, sammen med metodeteori.

3. Metode

Tidligere undersøkelser om lignende tema er gjort kvantitativt eller med kvalitativt spørreskjema. I denne undersøkelsen var det ønskelig å hente fram sensitivt materiale ved gruppedynamikk i en relativt homogen gruppe med personer som kjente hverandre fra før, sykepleiere ansatt på det samme arbeidsstedet. Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju er derfor valgt som metode for datainnsamling.

Fokusgruppeintervju kan brukes som eneste datainnsamlingsmetode i et forskningsprosjekt, som her. Metoden kan også brukes som supplement i større undersøkelser eller kombineres med flere metoder i deltakende observasjon eller individuelle intervjuer (Morgan, 1997).

3.1 Vitenskapssyn

Problemstillingen befinner seg i spenningen mellom to forskjellige vitenskapelige perspektiver, det biomedisinske og det humanistiske. Biomedisinsk syn springer direkte ut fra den naturvitenskapelige, tradisjonelle vitenskapen hvor det legges vekt på medikamentell behandling og diagnostikk ut ifra påviste verdier. Effekten av medikamenter og behandlingsmetoder er undersøkt ved kvantitative metoder som forutsetter en viss lovmessighet. Sosiologisk vitenskap undersøkes med humanistisk perspektiv hvor det ikke finnes noen lovmessighet eller kausalitet som regulerer det sosiale liv (Thornquist, 2008).

Informantene i denne undersøkelsen arbeider i sykehjem underlagt kommunehelsetjenesten, der medikamentell behandling går hånd i hånd med ivaretagelse av respekt og menneskeverd, fremtredende verdier i det humanistiske perspektivet. Deres hverdag blir en møteplass for begge vitenskapssyn, som er nødvendig i dagens forskning. Tilnærmingen i denne undersøkelsen beskrives nærmere i 3.3.1.

3.2 Menneskesyn og verdisyn

Ifølge et kristent-humanistisk menneskesyn har mennesket en ukrenkelig verdi som gjelder ubetinget og konstant og utgjør grunntanken bak idealer om likestilling, menneskerettigheter og beskyttelse av menneskeverd (Henriksen & Vetlesen, 2000).

Erkjennelse av synd, feil eller lovbrudd skal ikke redusere menneskets verdi, men åpne for nødvendige tiltak og gjenopprettelse. Det er menneskelig å feile, men hendelsen fordrer aksjon og handling.

3.3 Kvalitativ tilnæringsmetode

Kvalitativ forskning har brakt verdifull kunnskap om psykiske forhold opp på vitenskapelig nivå. ”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 43). Psykiske reaksjoner ved belastning kan være forhold i de ansattes dagligliv som denne undersøkelsen skal belyse. Kvalitative undersøkelser skaper kunnskap om subjektets opplevelser uttrykt i språklig kommunikasjon og kan utføres både i individuelle intervjuer og i grupper.

3.3.1 Fenomenologisk hermeneutisk perspektiv

Det er brukt fenomenologisk hermeneutisk tilnærming i analysearbeidet. Oppmerksomheten i fenomenologisk tenkning retter seg mot verden slik den oppleves for subjektet, som her er ansatte involvert i utilsiktet hendelse. Fenomener som beskrives slik de oppleves, må fortolkes hermeneutisk for å gi forståelse og mening. Man ser etter meningsbærende enheter som fortolkes ved plassering i ny sammenheng i kategorier. Nyere retninger i hermeneutikk vedrører ontologisk perspektiv, eksistensielle vilkår ved det å være menneske og overskrider avstanden mellom det erkjennende subjekt og verden (Thornquist, 2008). Arbeidet til sykepleierne i undersøkelsen vedrører liv og død hos sårbare mennesker, og kunnskap om dette frembringes i undersøkelsen.

Fokusgruppeintervjuer kan hente fram kunnskap om ens livsverden, slik den enkelte opplever den. Moderne samfunn består av en rekke institusjoner som styres av formelle regelverk, myndighetenes anbefalinger, lover og regler, en systemverden. Den har sin egen autonomi uavhengig av enkeltpersoners livsverden. Eriksson (2007) antyder fare for tingliggjøring av brukere og enkeltmennesker i systemverdenens instrumentelle objektivitet, der man lett kan både manipuleres og byttes ut. Fenomenologien setter søkelys på livsverden, slik den oppleves for den enkelte.

Det kan være vanskelig å skille mellom individfeil og systemfeil, og begrepet ”menneskelig svikt” er upresist. I høyrisikovirksomheter har man forsøkt å gjøre alle rutiner så sikre at det ikke skal være mulig å gjøre en menneskelig feil. Når det likevel skjer, kalles det ofte systemsvikt, fordi systemet burde fanget opp den menneskelige feilen. Dette kan se ut som ansvarsfraskrivelse eller uvilje mot nærmere undersøkelse av feil begått av ansatte, noe som kan hindre forbedringsmuligheter. Forskning ut fra fenomenologisk perspektiv kan frembringe verdifull kunnskap om livsverden for personer involvert i feil.

Som nevnt har det vært vanlig å betrakte helsepersonell involvert i feil som ”råtne epler” man må fjerne. I dag er ikke dette noen akseptert holdning, men utstøting eller usynliggjøring etter uskrevne lover og holdninger som ikke kommuniseres i språk, kan finne sted der instrumentalisering og tingliggjøring får dominere det psykososiale arbeidsmiljø. Fenomenologisk undersøkelse kan avdekke skjulte negative krefter i arbeidsmiljøet.

I fenomenologisk hermeneutisk perspektiv er det viktig å holde sin forforståelse tilbake, men for å gjøre det, må den først erkjennes og uttrykkes i språk. I denne undersøkelsen er forforståelsen uttrykt under 3.5.1. Van Manen (1998) sier at vårt problem er at vi vet for mye. Vi har ikke bare forforståelse, men også sunn fornuftsviten, gjetninger som preger oss allerede før vi har formulert fenomener og logiske spørsmål, som må holdes tilbake i det som Husserl har kalt ”bracketing” som betyr ”å sette i parentes”. Men Van Manen (1998) mener, som Gadamer (2001), at dette er umulig, fordi forforståelsen kan springe ut ifra opplevelser som hele tiden ligger bak våre tanker og har påvirket valg av undersøkelsestema. Van Manen anbefaler å bruke forforståelsen aktivt ved å holde den fram og studere den opp imot seg selv. I hans pedagogiske fenomenologi legges det vekt på å beskrive opplevelser, måten vi opplever ting på, fordi fenomenologi begynner med livsverden.

Datamaterialet fra intervjuer må fortolkes eller utlegges for å gi mening i større sammenheng. I tolkningen oppstår det en erkjennelsesprosess som utvider vår selvforståelse, slik at spenningen mellom teksten og leseren oppløses. Dette kaller Gadamer (2001) en horisontsammensmeltning. Han sier at fortolkeren ”tjener” teksten og trekker seg tilbake fra egen posisjon for å tre inn i kommunikasjonen mellom leseren og språket, der språket kan representere en bro eller et hinder.

I analysearbeidet i denne undersøkelsen er det forsøkt å beholde utsagnene så uforandret som mulig ved fenomenologisk fortetting, før forsiktig fortolkning ved plassering i kategorier. Fortolkning foregår egentlig i to nivåer; først fra deltakerne til forskeren, men umiddelbart også mellom deltakerne seg imellom, når de trer inn i hverandres forståelsesverden og sammen skaper ny kunnskap fra eget erfaringsgrunnlag. Forutsetningen for denne prosessen er evnen til å uttrykke tanker og opplevelser i verbal, språklig kommunikasjon, slik det fremheves av sosialfilosofen Habermas og flere andre hermeneutikere (Thornquist, 2008).

3.3.2 Fokusgruppeintervju

Kvalitativ forskning er velegnet til å fremskaffe kunnskap om følelser knyttet til spesielle opplevelser som kan være sensitivt materiale, slik problemstillingen etterspør.

Fokusgruppeintervju har spesielt god evne til å fremskaffe kunnskap om sensitivt materiale, som utnyttes her. Felles refleksjon kan øke utbyttet, gi deltakerne eiendomsfølelse til produktet og styrke fellesskapet. Posisjon som medforskere passer godt til denne gruppen sykepleiere med lang erfaring.

Analyse med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming og bevisst forforståelse virker hensiktsmessig for det empiriske materialet og kan tilføre ny kunnskap.

Metoden representerer eksplorativ forskning rundt et fokusert tema og har mange styrker, både ved å være en kvalitativ tilnærming og å skape møteplasser for erfaringsutveksling (Morgan, 1998).

Typisk for fokusgruppeintervju er en bred, åpen, ikke-styrende tilnærming med løs form og relativt fri ordveksling med rom for mange synspunkter, uten nødvendigvis å finne en løsning eller komme til felles enighet om noe. Metoden kan utforske nye områder og skaffe

ny kunnskap, også om følsomme tema, særlig hvis gruppesamspillet er godt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Hummelvoll (2003) beskriver metoden som en refleksiv prosess som kombinerer gruppedynamiske elementer med kvalitativ forskningsmetode. Den kan brukes blant både brukere og ansatte, som i handlingsorientert forskningssamarbeid. Deltakerne får status som medforskere, og deres erfaringsbaserte kunnskap verdsettes høyt. Metoden er velegnet til å utforske menneskelige oppfatninger, erfaringer, ønskemål og vanskeligheter, eller når man ønsker en dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle temaer.

Malterud (2003) sier at gruppeintervjuene kan mobilisere assosiasjoner og fantasi ved dynamikken i gruppen, og kan gi mye materiale sammenlignet med individuelle intervjuer. Men gruppedynamikken kan også stenge av for avvikende synspunkter eller hindre opplysninger om følsomme eller intime tema. Det er viktig at moderator (forskeren) sørger for realistiske forventninger i forkant og god styring i gruppeintervjuet, slik at alle får si sin mening og at fokus på temaet beholdes. Metoden er særlig velegnet for innsamling av data i et miljø der mange mennesker samhandler og er for eksempel brukt til arbeidsmedisinsk forskning om årsaker til sykefravær. Gruppene kan bestå av 5-8 informanter ledet av moderator i møter på 1-2 timer og bør settes sammen så homogent som mulig, fordi vi søker felles erfaringsgrunnlag. Ved å bruke flere grupper om samme tema, vil validiteten i undersøkelsen styrkes.

Fokusgrupper kan også brukes sammen med andre metoder i større forskningsopplegg for at de ansatte skal bli tryggere i arbeidet, endre holdninger og øke kunnskapsnivået.

I PHIL-prosjektet, som er forkortelse for forskningsprosjektet «*Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet*», ble det brukt flerstegsfokusgrupper, en metode hvor samme gruppe undersøker et tema gjennom flere møter. Granskningen har større ro, som er gunstig for nyansering og videreutvikling av temaet, idet metoden gir rom for refleksjon og ny observasjon i handling mellom møtene. Gruppefølelsen øker, og kunnskapsdannelsen blir dypere og bredere (Hummelvoll, 2007).

I undersøkelsen som presenteres her, tillot ikke tidsrammene mer enn to møter i en fokusgruppe. Datamaterialet ble rikt nok til videre analyse, men man kunne også tenkt seg et

aksjonsforskningsprosjekt av lengre varighet med flerstegsfokusgrupper over samme tema i samarbeid med ledelsen på arbeidsstedet (Hummelvoll, 2007; Ottosen, 2007).

Alternativt kunne undersøkelsen blitt gjennomført ved individuelt intervju, som er mer tidkrevende for forskeren, men kan gi dypere kunnskapsmateriale. Samtalen kan få et mer privat preg, og innholdet blir ikke tilgjengelig for arbeidssted eller kollegaer. Praktisk sett kan det være lettere å organisere enkeltsamtaler enn å samle en gruppe. Men ved lederens hjelp ble organiseringen av gruppesamlingene i denne undersøkelsen uproblematisk, og ved god gruppedynamikk oppsto det trygghet for sensitivt materiale, slik metodelitteraturen beskriver.

3.4 Innsamling av data

3.4.1 Utvalg

De mest belastede personene involvert i uhell og feil, er ikke med i denne undersøkelsen, fordi de vanskelig ville kunne lokaliseres. Det ville også være etisk betenkelig å etterspørre deres historie uten å tilby hjelp. Intervju-undersøkelsen er derfor foretatt med arbeidsaktive helsearbeidere med overveiende positive opplevelser å fortelle om.

I utgangspunktet var det ønskelig å intervju sykepleiere og bioingeniører ansatt i somatiske sykehusavdelinger i to fokusgrupper. Tanken var at dette personalet kunne ha rik erfaringskunnskap om forhold rundt feil og uhell, og det ble gjort forespørsel hos avdelingsledere ved et større sykehus. En avdelingsleder avviste forespørselen umiddelbart, fordi de allerede hadde igangsatt lignende prosjekter. Ved to andre avdelinger var lederne positive og ønsket besøk for nærmere informasjon, men bare 1-2 informanter meldte seg, til tross for gjentatte purringer via ledelsen. Man kan reflektere over mulige årsaker, som vegring mot temaet, press i dagliglivet, generelt negativ holdning til prosjekter eller forskning. Til slutt ble undersøkelsen presentert for lederen ved et sykehjem i

kommunehelsetjenesten, hvor det ble møtt med velvilje og åpne dører videre i organisasjonen.

Informanter i undersøkelsen har derfor blitt 7 sykepleiere fra sykehjem.

Rekrutteringen ble utført av arbeidsstedets leder, som kontaktet mulige deltakere fra flere avdelinger, inviterte dem til undersøkelsen og gav tillatelse til møter i arbeidstiden.

Siden deltakerne ble rekruttert ved lederen, kan de ha følt seg presset til å delta. Frivillighet og anledning til å trekke seg ble derfor gjentatt før det første intervjuet startet. Alle valgte å delta og undertegnet samtykkeskjemaet.

Utvalget representerer en relativt homogen gruppe, sykepleiere med lang erfaring ansatt på forskjellige avdelinger med ulike pasientgrupper. En har vært på samme avdeling bestandig, resten har jobbet flere steder. To kommer fra andre land.

Arbeidsstedet der informantene arbeider, er ikke noe tidligere arbeidssted for forskeren, men kjent gjennom private relasjoner, som ikke er benyttet i undersøkelsen. Kun én av informantene var bekjent av forskeren fra før.

Forberedelser til intervjuguide ble gjort, med innledning, ni hovedspørsmål og avslutning. For hvert av spørsmålene ble det listet opp mulige svar, for forskerens avkryssing. Intervjuguiden følger vedlagt, vedlegg 1.

Forforståelsen i denne undersøkelsen dreier seg om betydningen av støttende psykososialt arbeidsmiljø i belastende situasjoner, som feil eller uhell. Det var forventet at noen av informantene hadde opplevd støtte og omsorg, mens andre ville fortelle om hendelser forbigått i taushet. (Se 3.3.1.)

3.4.2 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i to møter med 5 dager imellom, som planlagt. Den første gangen var det 5 deltakere, hvorav 4 også kom til det andre møtet, i tillegg til 2 nye. Til sammen ble dette 7 sykepleiere, og 4 av dem deltok på begge møtene.

I undersøkelsen ble det brukt en ko-moderator eller forskningsassistent som ikke kjente prosjektet eller forskeren fra før. Hun var tilknyttet arbeidsstedet, men tilhørte en annen yrkesgruppe og hadde andre arbeidsoppgaver.

Møterom på deltakernes arbeidssted ble benyttet til intervjuene, et lyst og hyggelig rom som var kjent område for alle. Forsker og assistent serverte kaffe og friskt vann med hjembakst og noen fargerike servietter.

Forskeren ønsket velkommen, takket for deltakelsen og gjorde rede for sin bakgrunn. Så ble assistenten og hennes oppgaver presentert, og skriftlig og muntlig orientering om undersøkelsens formål ble gitt. Forskningsetiske retningslinjer og rett til å trekke seg, foruten taushetsplikt også i gruppen, ble understreket.

Deltakerne kjente hverandre fra før, og intervjuet ble åpnet med en historie om et uhell fra forskerens laboratoriepraksis. Spørsmålene fra intervjuguiden ble benyttet som utgangspunkt, med noen justeringer og oppfølgingsspørsmål.

Det var en lett stemning i begge møtene, hvor praten fløt godt. Innimellom var det også pauser med stillhet, tunge sukk, spontan latter, medfølelse ytringer, opprørte utrop og naturlig blikkontakt.

3.5 Analyse

Analysearbeidet er gjort deskriptivt med respekt for det empiriske innholdet og informantenes intensjon. Malterud (2003) sier at analysen skal bygge bro mellom materialet av rådata og resultatet ved fortolkning og sammenfatning. For at empiriske data skal kunne bli vitenskapelig kunnskap, må materialet lede fram til nye beskrivelser med flere nyanser og større bredde enn den gamle kunnskapen. Beskrivelsene i denne undersøkelsen er vurdert i forhold til problemstillingen og utgjør dokumentasjonen på det vitenskapelige materialet, slik Malterud anbefaler.

3.5.1 Analysemetode

Transkriberingen er gjort manuelt av forskeren, med nøyaktighet ned til fyllordnivå, dvs. ord som altså, så, og, ja, kanskje, kan være noe varierende gjengitt.

Analysen er foretatt i 5 trinn med fenomenologisk basert meningsfortetting etter Giorgi, slik den er presentert hos Kvale og Brinkmann (2009):

1. Gjennomlesning av 35 sider transkribert materiale. Hovedtrekkene i materiale kom til syne for nærmere bearbeidelse.
2. Meningsbærende enheter ble identifisert. Utsagnene ble forkortet (fortettet), men språklig form og innhold forble uforandret.
3. Utsagnene med meningsytringer ble etter hvert samlet i to hovedkategorier og åtte underkategorier, etter sammenligninger og omplasseringer. Dette arbeidet ble gjort ved å klippe ut utsagnene og finne ut hvilken kategori de passet i. Det ble fem underkategorier i den ene hovedkategorien og tre i den andre. Begrepene som brukes i beskrivelse av underkategoriene, kalles koder og kan oppstå fra språkbruken i det opprinnelige materialet eller fra forskerens forforståelse eller teoretiske referanseramme. Avklaring viser at noen koder stammer fra spørsmålene i intervjuet, mens andre kommer fra informantene og representerer ny kunnskap.
4. Meningsenhetene ble vurdert i forhold til problemstillingen. Noen utsagn hadde faglig eller irrelevant innhold og ble utelatt i videre arbeid.
5. Utsagnene ble bundet sammen til nye deskriptive utsagn, fremdeles med informantenes språkform og tilbakeholdt forforståelse.

I analysen er det viktig å beholde nærhet til det empiriske materialet og bevare utsagnene best mulig, og det legges spesiell tyngde i å utvikle analysen passende i forhold til informantene og deres intensjoner, samspill og undertoner. Tema i kategorier og underkategorier betegnes med koder som skal antyde ny retning for sammensetning av datamaterialet. For at kodene skal være lettere å plassere riktig, anbefaler Charmaz (2009) å feste memo-lapper med noen karakteristiske stikkord til kodene.

Utsagnene fra informantene i denne undersøkelsen fremsto klart og sammenhengende, og det oppstod en naturlig nærhet til materialet i analysearbeidet. Noen av utsagnene kunne passe i flere kategorier. De ble revurdert i forhold til transkripsjonsmaterialet for å hente tilbake informantenes intensjon bak utsagnene, før endelig plassering.

I den videre induktive prosessen er forforståelsen holdt tilbake, men danner likevel bakgrunn for fortolkning ved valg av sammenheng i kategorier. Gadamer (2010) sier at enhver utlegging av tekst innebærer å fremheve noe framfor noe annet. Teksten må oversettes til vårt språk, settes inn i vår helhet av mening, som blir en fortolkning, en overføring av informantenes utsagn i tekst til en sammenheng ut ifra meningen uttrykt i problemstillingen.

Beskrivelsene er flere enn forventet, fordi begrepet ”feil” med hensikt ikke var avgrenset i spørsmålguiden. Informantene beskrev sterkest følelsesmessige reaksjoner rundt situasjoner som ikke hadde kommet med i undersøkelsen hvis begrepet ”feil” hadde vært avgrenset. Dette utdypes i kapittel 4.1. Informasjonen svarer til problemstillingens første del.

I problemstillingens andre del, om ivaretagelse, spente informasjonen fra deltakerne ganske vidt og vedrørte det psykososiale arbeidsmiljøet. Dette ble verdifull kunnskap i en ny sammenheng som belyses nærmere i forhold til litteratur om lokalsamfunn, se kapittel 4.2.

Som introduksjon til kapittel 4 vises en oversikt over hovedkategorier, underkategorier og koder i én tabell og noen av utsagnene fra informantene i en annen. Det empiriske materialet og forskerens kommentarer presenteres etterfulgt av diskusjon i forhold til eksisterende litteratur.

3.6 Validitet

Etter forskerens vurdering er den interne validiteten god, basert på sannhetsverdien i det empiriske datamaterialet.

Fokusgruppeintervju ble utført i to møter, der informantene i det første møtet bekreftet oppsummeringen fra det første, en kvalitetssikring som styrker den interne validiteten.

Det ble gjort opptak med MP3-spiller, som hadde god nok kvalitet til å skille stemmer, variasjon i toneleie, registrere sukk og smålatter, også for informanter som snakket lavt eller satt lengst unna.

I begge møtene med informantene var det en vennlig, god stemning. Spørsmålene ble raskt oppfattet, og svarene kom relativt presist og fritt. Informantene kjente hverandre godt, men jobbet ikke sammen til daglig (ett unntak). Noen svar var annerledes enn forventet, selv om de sannsynligvis forsto hva forskeren ønsket å høre. For eksempel svarte de at nærhell var småting de ordnet raskt opp i, selv om det ble spurt etter belastende følelser rundt nærhell. De taltale hverandre respektfullt, også ved uenighet, og uttrykte dette på en uproblematisk måte. Ved misnøye med kollegaers arbeidsutførelse som er tatt opp med ledelsen, sa noen at det har blitt bedre, mens andre sa at det ikke hadde skjedd noe. Et annet eksempel er spørsmålet om ledes mulighet til å ivareta ansatte ved uhell, der de også svarte forskjellig.

Disse forhold tyder på at informantene følte tilstrekkelig trygghet til å svare sant og forskjellig fra hverandre eller forskerens forventning, som styrker intern validitet.

Krüeger (1998) anbefaler valg av assistent som er forskjellig fra forskeren mht demografi, språk, erfaring og organisering og som er opptatt av temaet for undersøkelsen. Samtidig skal hun ikke delta i diskusjonen eller vise sterke følelser i intervjuene.

Forskningsassistenten i denne undersøkelsen tilfredsstilte anbefalingene og gjorde noen praktiske oppgaver i tillegg. Hennes deltakelse og personlige kvalifikasjoner har etter forskerens mening bidratt til å skape trygghet og åpenhet.

Etter gruppemøtene hadde forsker og assistent et eget møte, der de gjennomgikk transkripsjonen og deres felles notater, spesielt med tanke på non-verbalt språk. Assistentens observasjoner samsvarte godt med forskerens, og verbal- og non-verbal kommunikasjon hadde god overensstemmelse.

Forskningsassistenten bemerket at enkelte av informantene kan ha vært tilbakeholdende med visse typer informasjon av usikkerhet omkring hennes rolle, fordi hun jobber nær ledelsen på arbeidstedet. Forskeren kunne bekrefte assistentens observasjoner, det var et par deltakere som var mindre aktive i intervjuet. De andres aktivitet sørget likevel for at materialet ble rikt, slik at validiteten ikke ble forringet.

Krüeger (1998) anbefaler pilottesting av spørsmålene på forhånd, for å sikre seg at informantene forstår det samme som forskeren med de anvendte ord og uttrykk. Tidligere ble dette gjort skriftlig, men nå legges det vekt på hvordan formuleringene lyder og oppfattes muntlig.

Pilottesting av spørsmål til denne undersøkelsen ble gjort med muntlig framstilling av intervjuguiden overfor en kompetansepersone som kjenner informantenes arbeidsoppgaver, og skriftlig til 4 sykepleiere med tilsvarende arbeid, men annet arbeidssted. Deres tilbakemeldinger ble tatt til følge.

Forforståelsen er definert og skal ikke ha påvirket utformingen av utsagnene.

Ekstern validitet kan være begrenset av utvalget og rekrutteringen som er kommentert under 3.4.1. og 3.4.2. Dette er typisk for kvalitativ forskning, hvor overføringsverdien må vurderes i forhold til utvalget.

Etter forskerens mening frembringer datamaterialet kunnskap i overensstemmelse med aktuell litteratur, som refererer til undersøkelser med andre utvalg. Ekstern validitet oppfattes som akseptabel eller antydningvis god, og resultatene kan tenkes å ha overføringsverdi til andre virksomheter også utenfor helsevesenet.

For å sikre ekstern validitet i denne undersøkelsen kunne man komplettert prosjektet med et tilsvarende fokusgruppeintervju i tillegg, der utvalget var annerledes, for eksempel sykepleiere i somatiske eller psykiatriske avdelinger eller, som nevnt, bioingeniører. Dette var ikke mulig pga. tidsrammer og nevnte vanskeligheter med å rekruttere informanter derfra.

4. Resultater med diskusjon

Det empiriske datamaterialet er analysert og rekontekstualisert i to hovedkategorier og åtte underkategorier, med koder som viser innholdet i temaene for hver underkategori, slik oversikten viser i tabell 1.

Eksempler på informantenes utsagn analysert i separate underkategorier er vist i tabell 2.

Tabell 1:

Oversikt over kategorier, underkategorier og koder

<i>Hovedkategori 4.1 Informantenes arbeidssted</i>				
<i>underkategori</i>	<i>koder</i>			
4.1.1 Arbeid og melderutiner	etikk	feil, klage, skade	erkjennelse, sladring	misbruk, makt
4.1.2 Konsekvenser pasienter	avvik	uhell, krenkelser	ulykker, død	
4.1.3 Konsekvenser personale	følelser	humor	oppgitthet, avmakt	risiko
4.1.4 Følger av tidspress	økt feilforekomst	underrapportering av avvik	press	lederklamme, -støtte
4.1.5 Holdninger	pirk, sunn fornuft	varsling	personalets verdier	personal- tilpasning
<i>Hovedkategori 4.2 Psykososialt arbeidsmiljø</i>				
<i>underkategori</i>	<i>koder</i>			
4.2.1 Lokalsamfunnet	trivsel, identitet, felles mål	handlinger i strid med målsetning	grense, motsetninger	splittelse
4.2.2 Ivaretagelse	støtte	lederens rolle	mangel på støtte	skjulte feil
4.2.3 Kommunikasjon	å kommunisere	samhandling	forsvar og konflikt	IA-bedrift

Den første hovedkategorien med fem underkategorier viser aktuelle faktiske forhold rundt ansvar og håndtering av feil i informantenes hverdag. Denne informasjonen danner bakgrunn for den andre hovedkategorien med tre underkategorier, som kan fremstå som svaret på behovene som uttrykkes i første del.

Tabell 2:

Eksempler med informantenes utsagn fra hver av de åtte underkategoriene:

<i>Fortettet utsagn</i>	<i>Kategori</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Kode</i>
”Mange av våre beboere kan ikke si ifra om de har fått medisinen sin eller ikke”	informantenes arbeidssted	4.1.1 arbeid og melderutiner	etikk
”Medisin ble gitt til feil pasient”	informantenes arbeidssted	4.1.2 konsekvenser for pasient	avvik
Feil: ”Hvis en ikke er trygg på seg selv, kan man få seg en knekk”	informantenes arbeidssted	4.1.3 konsekvenser for personale	risiko
”Det er en tablett for mye eller lite i dosetten”	informantenes arbeidssted	4.1.4 følger av tidspress	under- rapportering
”En sykepleier fikk fritak fra de mest krevende vaktene”	informantenes arbeidssted	4.1.5 holdninger	personal- tilpasning
”Nattpersonalet ser ikke på meg som en kollega”	PSA-miljø	4.2.1 lokalsamfunnet	grense/ mot- setninger
”Jeg fikk fantastisk god oppfølging fra lederen, kollegaer og alle”	PSA-miljø	4.2.2 ivaretagelse	lederens rolle
”Nå har jeg jobbet her i 20 år, og da ...”	PSA-miljø	4.2.3 kommunikasjon	forsvar og konflikt

4.1 Informantenes arbeidssted

Denne hovedkategorien beskriver personalets opplevelser rundt feil og uhell med gjeldende bestemmelser, ansvar, rapportering og kvalitetskrav. Dette er informasjon som belyser informantenes livsverden.

4.1.1 Arbeid og melderutiner

Forskjellige yrkesgrupper samarbeider, og alle prøver å gjøre jobben så godt som mulig. Det finnes likevel en viss forekomst av avvik, oppfattet bredt som feil, forglemmelser, misforståelser, ulike oppfatninger, uheldige handlingsvalg i pressede situasjoner, dårlig samhandling mellom enkeltpersoner og lignende. I intervjuet fremsto alle disse avvikene som feil, fordi de har eller kunne ha fått konsekvenser for beboerne, og de vil derfor omhandles nærmere.

Etikk

Sykepleierne i dette fokusgruppeintervjuet er bevisste på at deres pasienter tilhører en gruppe som skal behandles med tydelig respekt og verdighet. Svekket fysisk og psykisk helse, behandling med mange medikamenter, foruten alderdomssvekkelse, kompliserer vurderingen av beboernes helsetilstand. Ansvaret for autonomi, verdighet og mest mulig medvirkning må for en stor del ivaretas av personalet. Én av informantene i undersøkelsen sier: ”Mange av våre beboere kan ikke selv si ifra hvordan de har det eller om de har fått medisinen sin eller ikke”.

Sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter samarbeider og er gjensidig avhengig av hverandre. Sykepleierne har det faglige ansvaret og kontakter lege ved behov. De synes de har et daglig større ansvar enn sykepleiere på sykehus, der de er del av et større team: ”På sykehjem står sykepleier alene med mer ansvar”!

Hos sykehjemspasienter kommer menneskets ukrenkelig verdi tydelig til uttrykk. Ufrivillig og direkte blottstilles de eldres skjørhet, avhengighet og dødelighet (Henriksen & Vetlesen, 2000). Å sørge for at denne verdibevisstheten ytrer seg i praktisk handling, så vel som i prinsipielle holdninger, blir en daglig utfordring for helsepersonell. Sykepleierne er spesielt oppmerksomme på beboernes verdighet og blir opprørte ved krenkende situasjoner.

Etiske aspekter kommer til uttrykk ved gjensidig samarbeid med andre yrkesgrupper og det daglige ansvar. Det er ikke alle ansatte som har fått opplæring i etikk, og sykepleierne må besørge etterlevelse av etiske prinsipper også for de ufaglærte. Avveininger knyttet til faglige avgjørelser må foretas etter prinsippet om å ikke skade og å gjøre godt (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Feil, klage, skade

Informantene sier at håndteringen av regelrette avvik som for eksempel medisnavvik, er uproblematisk og fungerer greit. De tror det har hjulpet å skrive avvik, for det er færre feil nå. Deres oppfatning av typiske avvik er medisin gitt til feil pasient eller administrert på feil måte. Vanligvis er dette uproblematisk, men feil med fatalt utfall har forekommet. De forteller: ”Medisinen ble gitt til pasient A istedenfor til B”. Det er vanligvis ikke sterke medisiner her, så de mener at det ikke har store konsekvenser.

De har også administrert medisin på feil måte, for eksempel en tablett sup-paracet ble satt vaginalt og en stikkpille med papiret på. Medisinering foregår ved utdeling fra dosetter, der det kan være feil antall tabletter. Da henter de det som mangler, eller fjerner det som er til overs uten å skrive avvik, for feilen er rettet opp uten konsekvenser. Hvis det gjelder antibiotika med feil antall tabletter, er de usikre på om doseringen blir riktig.

De nevner en hendelse med antipsykotika til feil pasient med virkning for pasienten. ”Han sov og var slapp også dagen etter, men det var ikke farlig”, forteller sykepleieren. Avvik ble skrevet.

Sykepleierne rapporterer utilfredsstillende utført arbeid hvis det har konsekvenser for pasientene. Et typisk eksempel på dette er beboere som ikke blir skiftet på om natten.

Sykepleierne skal også rapportere alvorlig skade på pasienter. Rutinene rundt dette virker klare når det gjelder opplagte situasjoner. Men andre er uklart definert og blir gjennomført forskjellig, som for eksempel stadige fall for beboere med sviktende balanse eller aktivitet uten tilsyn om natten.

Avvik kan avdekke svake punkter i rutiner og tvinge fram forebyggende tiltak. Mange praktiske løsninger som ikke lar seg uttrykke i detalj i prosedyrene, kommer i stand etter ulykker ved rapportering og gjennomgang av hendelsen.

I litteraturen finner vi undersøkelser som omhandler registrering av feil og avvik begått av leger. Disse deles opp i kategorier og årsakssammenhenger etter alvorlighetsgrad og virksomhetstype. Når det gjelder å melde feil begått av kollegaer, peker Bjørklund og Einarsen (2006) på dannelsen av mulige allianser og usagte avtaler om gjensidig beskyttelse av hverandre mot uheldig omtale, som kan gå på bekostning av hensynet til fellesskapet og meldingsrutiner.

I en artikkel påpeker Reason (1995) likheter mellom feil og uhell i luftfartsverket, atomkraftindustrien og helsevesenet. Det finnes to nivåer i arbeidet med registreringen av feil og uhell: Forhold for helsepersonell som arbeidet ”in the sharp end” i pasientbehandlingen og forhold som ligger på det organisatoriske plan. Arbeidsforholdene hos utsatt helsepersonell karakteriseres ved bl.a. flere informasjonskilder, utilstrekkelig definerte mål, tidspress, avansert teknologi og komplekse og ofte forvirrende menneske-maskin-handlinger. Det finnes dessuten mange aktører med forskjellige prioriteringer og interesser ved virksomheten. Aktivitetene foregår i komplekse samhandlinger som inkluderer flere forskjellige yrkesgrupper på det organisatoriske plan. Denne bakgrunnen er av stor betydning for forståelsen av feilenes etiologi og utarbeidelse av effektive tiltak.

Forfatteren refererer til helsepersonell i intensivavdelinger som ”the sharp end”, men hans budskap har relevans også i eldreomsorgen. Utilstrekkelig definerte mål kan være problematisk i avvikshåndteringen, hvis de ansatte ikke er sikre på hva som skal meldes. Det finnes flere grader og vurderingsmuligheter, som informantene gjentar: ”Det kommer an på”.

Endringer i behandlingsrutiner i teknisk retning har skapt en rekke menneske-maskin-handlinger også på sykehjemmene, og det forekommer feil med teknisk utstyr som kan få alvorlige konsekvenser. På det organisatoriske plan har det foregått store endringer i de senere år. Det stilles nye krav til produktivitet, og ledere må vise måloppnåelse for å beholde sine stillinger.

Hyppe endringer kan skape motstridende holdninger og usikkerhet om hva som er riktig utførelse. Personalet kan ha ulike motiver og holdninger både i praktisk arbeid og på organisatorisk nivå. Dette får konsekvenser for avvikshåndtering som rører ved forskjellige oppfatninger og avdekker nettopp det man ønsker å skjule.

Det blir problematisk for sykepleierne å rapportere feil fra kollegaer, spesielt når enkelte fastholder sin arbeidsmåte, og flere rapporter eller klager vil øke splittelsen i personalgruppen. I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det ”dersom interessekonflikter oppstår mellom kollegaer i forbindelse med løsningen av en oppgave, skal hensynet til pasientens liv og helse alltid prioriteres” (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Dette er i tråd med sykepleiernes vurdering av konsekvenser for beboerne som det viktigste.

Erkjennelse og ”sladring”

Det er vanskelig å innrømme både egne og andres feil og fremsette en klage på en kollega: ”Det er verre enn å ta selvkritikk for noe”! sier en av sykepleierne. ”Det er mye vanskeligere”! fortsetter en annen. Flere hensyn blir satt opp imot hverandre: ”Vedkommende er sårbar”! sier sykepleierne.

Ved klage på kollegaers arbeid tar lederen samtaler med den det gjelder. Her kan det være delte meninger og vanskelige diskusjoner, for den som blir utsatt for kritikk, vil i noen tilfelle forsvare sin arbeidsutførelse: ”Det er subjektivt, de synes de gjør en bra jobb”! En annen fortsetter: ”Uten selvinnsett er det vanskelig å forbedre seg”!

Erkjennelse av feil betinges av mange faktorer. En trygg indre identitet tillater en å beholde selvbildet på tross av erkjent feil. En trygg ytre identitet vil ikke true tilknytningen til fellesskapet ved innrømmelse av feil, og et trygt arbeidsmiljø ivaretar den som erkjenner en feil eller uheldig hendelse. Dette utdypes nærmere under 4.2.

Det er problematisk å klage på en kollegas arbeidsutførelse, både etisk, faglig og sosialt. I tillegg kan sykepleierne være i tvil om hva som er riktig utførelse, fordi det finnes uklart skille mellom rett og galt.

Misbruk og makt

Personalet har mulighet til å utnytte pasienter, bruke makt eller misbruke dem. Et oppslag i nyhetene tidligere blir nevnt: ”Det var en som hadde plassert kamera på rommet til moren sin, på et sykehjem, fordi at hun trodde at mora ble slått. Og det viste seg jo å være riktig”! forteller en av sykepleierne.

Slike hendelser representerer maktmisbruk på det groveste. Det viser pasientgruppens utsatte stilling, de pårørendes betydning og konsekvensen av mediaoppslag. Også ved mindre alvorlige tilfeller er det viktig å si ifra: ”Det er personer som mener de gjør en god jobb, men beboeren klager gang på gang”, forteller én av informantene. Omsorgsvikt er også avvik, men må rapporteres på en annen måte.

Den nevnte hendelsen fra media er et rystende eksempel på hvordan relasjonen mellom pleier og pasient kan misbrukes. Det viser seg at mange eldre blir utsatt for vold, både fysisk og psykisk, men også økonomisk av ansatte, familie eller andre nære personer (Vern for eldre, 2010). I USA har frivillige organisasjoner og International Network for the Prevention of Elder Abuse, INPEA, tatt initiativ til en oppfordring til FN om å danne en egen konvensjon for å fremme eldres menneskerettigheter (INPEA, 2010).

I vårt samfunn finnes det mange ensomme, gamle personer som misbrukes eller behandles dårlig uten at noen får vite om det, fordi det er spesielt krenkende når det utføres av en av de nærmeste. Lojalitetskonflikt og skam blandes med angst og skyldfølelse med negativ virkning for psykisk helse. Det nevnte tiltaket kan være viktig også for eldre i Norge.

I vår kultur setter vi individualisme og uavhengighet høyt. Hjelpeapparatet kan representere et maktsystem, som hjelpetrengende blir avhengig av. I relasjonen mellom pleier og hjelper tilstrebes likeverdighet, men maktbalansen er likevel asymmetrisk. Selvbildet endres ved avhengighet av andres hjelp, og man underlegges et system med makt, rutiner og tendens til oppdragende holdninger (Vatne, 1998). Helsepersonell på alle nivå trenger kompetanse for å ivareta verdighet og utvise respekt overfor sine brukere.

Et sykehjem er del av et større samfunnssystem som representerer faglig autoritet, men hvor makt kan skjules og komme til uttrykk overfor sårbare personer. Handlinger og holdninger kan være tilsynelatende velmente, men hindre medvirkning. Uttrykk som ”Jeg gjør bare jobben min” brukes som unnskyldning. Med ureflekterte holdninger til verdier kan strukturell makt legaliseres under behovet for effektivitet, og uenighet kan avfeies med ”slik gjør vi det her” (Stang, 2006).

Dårlig utført arbeid kan være en type feil som uttrykker makt. Holdninger som ikke endres, men forsvares, kan være bevisst bruk av makt for å kontrollere egen arbeidssituasjon. Personalet kan komme til å demonstrere begrensninger i hva som tolereres og ikke tolereres

av oppførsel fra beboerne, begrunnet med at de har mye å gjøre. Det kan være hensiktsmessig å studere maktstrukturer på arbeidssstedet.

4.1.2 Konsekvenser for pasienter

Avvik

De fleste småfeil rettes opp før de får konsekvenser. ”Hvis det mangler en tablett, så går du og henter en og legger oppi”, sier de om medisintdeling fra dosetter. Er det for sent å rette opp feilen, forårsaker det oftest lite eller ingen skade. ”Den typen feil vi gjør, får ingen spesiell følge som er dramatisk, om du tar dosen eller får den i etterkant når man oppdager det”, forteller de.

Det er vanskelig å skaffe kunnskap om mulig ubehag eller virkninger av feil dosert medikament i denne pasientgruppen. ”De fleste opppe hos oss, kan ikke si ifra at de ikke har fått medisinen sin til morgenen”, forklarer én av sykepleierne.

Men de følger ekstra nøye med beboere som har fått feilaktig medikasjon. ”Det har hendt jeg har ringt til legevakten”, sier én. ”Jeg sjekket opp all medisinen i felleskatalogen”, sier en annen om en hendelse.

Pasientene er sårbare og skjøre på mange forskjellige områder. Selv småfeil som mangel på en smertestillende tablett av og til kan gi smerter og ubehag som ingen oppfatter. Noen medisiner skal gis helt regelmessig med angitt nøyaktig dose og klokkeslett (for eksempel parkinsonmedisin). Når det mangler en tablett ved medisintdelingen, kan man ikke vite om tabletten er gitt tidligere eller er glemt å legge oppi dosetten. Ved å hente tabletten som mangler, kan det være at beboeren får dobbel dose. Det er et avkryssingssystem som viser at medisinen er gitt, men dette blir ikke alltid fulgt. Dosering av medisiner kan derfor bli uregelmessig, med konsekvenser avhengig av type medisin.

Sykepleierne sier at de ikke er sikre på konsekvensene av feil dosering med antibiotika. Akutt forverring av en livstruende infeksjon kan oppstå ved for lav dosering. En ikke-livstruende infeksjon vil kunne opprettholdes over tid eller videreutvikle seg til alvorlig omfang ved for lav dosering. Manglende bedring kan feiltolkes som valg av feil preparat og forårsake seponering og overgang til et annet preparat. Hos sykehjemspasienter er det ofte

vanskelig å finne bakteriell årsak til infeksjon, og uten antibiotika-resistensbestemmelse velges bredspektrede, kostbare medikamenter som kan skade miljøet ved utvikling av antibiotikaresistens. (Opplysninger fra egen praksis på bakteriologisk laboratorium ved diagnostikk av infeksjonssykdommer).

Uhell, krenkelse

Relativt ofte forekommer det skader som sår og skrammer etter fall. ”Disse ustøe beboerne som vil opp og gå, så detter de litt, noen ganger hver dag. Uønsket hendelse”? spør sykepleieren. De måtte hatt bemanning med en ansatt til hver beboer for å forhindre all forekomst av fall og uhell.

Sårhet og kroniske soppinfeksjoner nedentil kan oppstå når skift ikke er foretatt i tide. Det er en uverdigg situasjon som også dyr skal beskyttes mot. Informantene betegner slike situasjoner som mishandling eller overgrep.

Det kan være krenkende å bli tiltalt på en ubehagelig måte. Informantene forteller: ”Noen beboere gruer seg til natta når de får vite hvilken nattevakt som skal komme”!

Noen føler at de ikke blir hørt eller opplever seg tiltalt utilbørlig, med grov språkbruk eller uvennlig stemme. Vedkommende ansatt kan svare med å si at det er beboeren som er vanskelig.

Det er for få ansatte på jobb til å forhindre fall og skrammer for beboerne. Det er viktig å opprettholde så mye som mulig av funksjonalitet og fysisk bevegelse. Over tid vil likevel beboernes helse svekkes, og fall og ulykker kan være hendelser som betyr begynnelsen på avslutningen av livet. Dette gjelder utallige dagligdagse funksjoner som er tidkrevende for personalet å overvåke.

Beboerne er ofte redde for å falle. Foruten smerter og sår ved fall påvirkes de av frykt for nye fall, nederlag ved manglende mestring og skam ved å forulykke i andres påsyn. Den psykiske belastningen ved uhell og ulykker er betydelig.

Oppgaver som informantene synes blir slurvete eller utilfredsstillende utført, kan gi uhag for beboerne. Ved manglende skift om natten, kan huden bli sår, og dårlig hygiene nedentil kan øke risiko for urinveisinfeksjoner eller soppinfeksjoner som er vanskelig å behandle. Slike

uverdige situasjoner påvirker de pårørende, som kan være uvant med stell og pleie. Beboerne kan føle skam ved lukt og ubehag, og tilliten til både arbeidsstedet og samfunnet kan svekkes.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleierne skal melde ifra eller varsle når pasienter utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold og skal ikke hindres av lojalitet til arbeidsstedet (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Informantene påpeker konsekvensene for pasientene, og noen av dem rapporterer slike hendelser som utilfredsstillende jobbutførelse, men de føler seg usikre på håndteringen.

Pasienter som opplever uverdige eller skremmende situasjoner, kan få psykiske reaksjoner som depresjon, mismot, stress eller følelse av skam. Måten de tiltales på er viktig for å opprettholde respekt og følelse av verdi som menneske. Enkelte ansatte har ikke oppnådd en god samtaleform med pasientene, og samarbeidet mellom pasient og pleier kan være problematisk. Personalet må bygge opp en god samarbeidsrelasjon som ikke skader eller krenker beboernes integritet. Sykepleierne oppfatter respektløs tiltale eller negativ omtale som krenkende, men har litt forskjellig oppfatning om hvordan det skal meldes, noteres i rapporten eller tas opp med lederen. Er de usikre, blir det ikke meldt.

Ulykker, død

En av informantene forteller: ”En beboer i rullestol slo hodet da rullestolen veltet. Vedkommende døde noen uker etterpå”. Beboeren hadde alvorlig sykdom, men ennå mange funksjoner intakt da ulykken skjedde. Etterpå fikk hun tydelig nedsatt livskvalitet fram til slutten. En annen sykepleier forteller: ”En pasient fikk pusteproblemer og måtte akuttinnlegges etter en feil med apparatur. Alle trodde det ville ende fatalt, men pasienten greide seg”.

Det er små marginer i eldreomsorgen, og små feil som knapt nok ville ha noen virkning på friske mennesker, kan få alvorlige følger for sykehjemsbeboerne. Alvorlige hendelser skjer av og til og oppleves dramatisk av alle. Foruten skaden i seg selv blir pasientene lett engstelige når det oppstår ulykker. ”Å bli undersøkt på legevakten eller akuttinnlagt kan være svært skremmende for denne pasientgruppen, de blir utrygge og engstelige når noe plutselig inntreffer og de kommer utenfor sine vante omgivelser”, forteller informantene. Det kan

oppstå panikk ved ambulanser, sirener, løpende, ukjente mennesker med raske bevegelse og høye stemmer. For beboerne på sykehjem kan det være en skrekkopplevelse.

En av sykepleierne har opplevd fatal feilmedisinering. ”Jeg satte 1 ml morfin på en terminal pasient, som døde mens jeg satt der”, forteller hun. Dette hendte på et annet arbeidssted for mange år siden da hun var nyutdannet. Hun satte medikamentet etter legens anvisning.

Fatale konsekvenser av feil er dramatiske, men skjer heldigvis sjelden. Sykepleieren som fortalte om sin hendelse med feil dose morfin, vet ikke om hun hjalp pasienten eller skadet ham. Det gjaldt en terminal pasient, og det gikk mot slutten. Et uhell kan forkorte den siste tiden, og ingen vet om dette var til pasientens beste eller ikke. Likevel ble det et eksempel på feilmedisinering.

I USA dør minst 44.000 pasienter årlig som følge av feil. Mange av disse dødsfallene kunne ha vært unngått ved bedre rutiner (Kohn, et al., 2000).

4.1.3 Konsekvenser for involvert personale

Følelser

En av informantene forteller om en assistent som hadde gitt feil medikament til en pasient og reagerte slik: ”Hun ble helt knust, livredd, hun trodde hun hadde tatt livet av noen, og hun kommer til å huske det hele sitt liv”, forteller sykepleieren som måtte melde avviket.

Sykepleiere kan bli følelsesmessig involvert ved å rapportere ulykker og uhell som andre har forårsaket. Ulykken med rullestol endte dramatisk, fordi bremsene ikke var ordentlig festet, og sykepleieren som tilfeldigvis kom forbi, ble involvert: ”Jeg så at det skjedde og måtte rapportere det. Det var ikke min skyld, men jeg følte det ”på meg”. Jeg var bunnfortvilt”, forteller hun.

En annen sykepleier forteller om en dramatisk situasjon som endte godt, men pasienten måtte akuttinnlegges. Hun var ansvarlig for en feil med utstyret som forårsaket hendelsen, og ble først helt følelseslammet, i sjokk og etter hvert full av selvbekreftelse. Hjelpen fra arbeidsstedet hadde avgjørende betydning for hele hennes fremtidige yrkesutøvelse.

De beskriver overveldende reaksjoner, skyldfølelse og fortvilelse over ikke å kunne gjøre noe for å hindre skade eller rette opp igjen en feil når det først har skjedd noe.

Etter ulykken med rullestolbrukeren forteller sykepleieren hvordan hun tenkte på denne episoden i lang tid: ”Jeg gikk gjennom episoden mange ganger og lurte på om jeg kunne unngått uhellet. Det er sånt som henger i”.

De betrakter helt unge eller nyutdannet personale som spesielt sårbare, men har også eksempler på sterke reaksjoner hos rutinerne pleiere.

De tror ikke at en sykemelding etter en alvorlig episode nødvendigvis hjelper, men tvert imot kan gjøre det vanskeligere eller helt umulig å komme tilbake, særlig hvis man er borte lenge. Hvis man derimot klarer å stå i det, kommer man ovenpå igjen.

I Schelbreds (2004) undersøkelse opplevde sykepleierne involvert i feilmedisineringen hendelsen som traumatisk. De fikk sterke reaksjoner, selv om pasienten ikke fikk varig skade. Psykisk helsetilstand ble redusert ved usikkerhet, endret selvbilde, mistillit til seg selv som sykepleier og noen fikk selvmordstanker. Disse tilstandene kunne være forbigående, langvarig eller varig, redusert helsetilstand som endte med uføretrygd. Det viste seg også at sykepleierne følte skyld rettet mot pasientene, pårørende, kollegaene og det systemet de selv var en del av, som hadde tillatt feilen å inntreffe.

Dette er sterke følelser som stemmer overens med reaksjonene informantene i denne undersøkelsen forteller om.

Paulsen og Brattebø (2006) sier viser til en undersøkelse blant norske medisinstudenter som viser at de er redde for å gjøre feil.

Informantene sier at deres opplevelser har skapt frykt for å gjøre feil igjen, ikke bare for sin egen del, men også frykt for at kollegaene vil gjøre feil.

Frykt er en følelse som påvirker psykisk helse negativt og kan redusere arbeidsglede og produktivitet, foruten livskvalitet generelt. Det krever personlig styrke å lære seg å håndtere denne frykten, slik at den blir en påminnelse om betydningen av kvalitet på helsetjenester, istedenfor en ødeleggende følelse. Det krever også personlig styrke, høy arbeidsmoral og faglig integritet å erkjenne egen feil. Øyeblikket da det går opp for den ansatte at hun uforskyldt har forårsaket en feil, kan oppleves som krise eller katastrofe med tilsvarende symptomer. Omfanget vil til enhver tid betinges av samspillet mellom mange ytre og indre faktorer, individuelle ulikheter og sårbarhet. I den akutte fasen trenger personen omsorg og

pleie i trygge omgivelser av personer hun kjenner godt, ikke nødvendigvis profesjonelle hjelpere (Snoek & Engedal, 2000).

Foruten den psykiske belastningen med overveldende tanker og følelser, kan personalet også oppleve et etisk dilemma ved avgjørelsen om å rapportere feil eller ikke. De må vurdere institusjonsstrukturen, personalsituasjonen, arbeidsmengden og relasjonene med pasienter og kollegaer. Deres personlige verdisystem kan bli satt opp mot utdanning og formaliteter. Skal de rapportere en feil som ikke har konsekvenser for pasienter, men som innebærer en risiko for dem selv (Arndt, 1994)?

Det kan være fristende å ty til lettvinne løsninger og la feil passere i stillhet, særlig når feilen ikke har konsekvenser for pasientene. Feil begått av kollega fra en annen yrkesgruppe utfordrer også tverrfagligheten når det kommer til avviksmelding og kan føre til konflikter. Særlig høyt utdannet personell med faglig identitet dypt integrert i sin personlighet kan komme i klem mellom flere hensyn. Med helsesøstre som eksempel påpeker Hem (2006) hvordan selvbildet kommer i press ved tverrfaglig samarbeid, hvis de presses til å gå på akkord med eget fag. Informantene snakker om dårlig jobbutførelse av personer som selv synes de gjør arbeidet godt nok.

For å melde egne feil forutsettes det erkjennelse hos den ansvarlige personen. Erkjennelse av feil griper dypt inn i selvbildet (Førde, 2000), integritet, moralsk og etisk oppfatning, sosial stilling og psykisk helsetilstand. Informantene vet at feil berører vårt selvbilde. Alle ønsker å gjøre en god jobb, men når de likevel gjør en feil, rammer det deres egne forventninger og selvrespekt. Mange feil blir aldri kjent, og de som blir kjent, drøftes kort og glemmes. Den som har forårsaket feilen er med i diskusjonen så lenge saken er aktuell. Men vedkommende kan trekke seg tilbake før hennes selvrespekt er gjenopprettet hvis ingen tar ansvar for oppfølging over tid.

Tilbaketrekning er en forsvarsmekanisme som trer i kraft når man opplever seg presset, og dermed reduseres muligheten for bearbeidelse og støtte fra kollegaer, og risiko for skadet psykisk helse øker.

Humor

Når det gjelder småting og tabber de selv har gjort, er humor og selvironi en god overlevelsesmekanisme. ”Jeg har selvironi, det er en forsvarsmekanisme, det er en måte å overleve på i det gamet her”, sier en av informantene. Det er greit å le av egne feil, men å spøke om andres feil derimot, gjør de ikke. ”Hvis noen andre har gjort noe som har gått hardt inn på dem, så tuller jeg ikke med det! Det går en grense”, fortsetter hun.

De andre sier at kommentarer om andres feil kan virke som mobbing, selv om det ikke er ment sånn, og at dette foregår mange steder. ”Vedkommende er kanskje med på spøken, tilsynelatende! Så er det kanskje ikke så greit allikevel”, sier de.

En morsom kommentar eller en god latter kan avværpe uheldig forløp i mange situasjoner og virke forløsende. Slik kan vanskelige tema ufarliggjøres, og avstanden mellom enkeltpersoner viskes ut.

Det kognitive aspektet ved humor er undersøkt i hovedoppgaven om helse hos sykehusansatte. Resultatene er noe usikre, men viser sannsynlig positiv effekt på ansattes helse (Engh, 2003).

Men informantene i denne undersøkelsen nevner en fare ved humor rundt feil og tabber, som kommentarer om feil begått av andre eller å ha det morsomt på andres bekostning. Et uhell kan ramme personer involvert i konflikter som kollegaene ikke kjenner til. Uforvarende eller med hensikt kan kommentarer ment som spøk skjerpe konfliktnivået og såre utsatte personer. Informantene sier at bruk av humor i forbindelse med feil og uhell kan oppleves som mobbing. Åpen erkjennelse av egne feil eller tabber gjør personen ekstra sårbar.

Bjørklund og Einarsen (2006) omtaler konflikter på arbeidsplassen og sier at mange av dem foregår i det skjulte. Uten at noen andre oppfatter det, kan enkeltpersoner føle seg ertet, mobbet, utestengt, isolert. Dette kan være en alvorlig subjektiv opplevelse for den det gjelder, der andre tror det dreier seg om uskyldig spøk. Konflikter og mobbing i arbeidslivet kan forekomme bl.a. mellom kollegaer, pleier-pasient, lærer-elev eller leder-kollega i alle yrkesgrener.

Oppgittethet, avmakt

Når klage på dårlig jobbutførelse er løftet til ledernivå uten resultat, er de usikre på hva de kan gjøre, for de kan ikke akseptere at ”slurv” går utover pasientene: ”Man blir oppgitt, for det er vanskelig å gjøre noe med”. Sterke følelser av oppgittethet og avmakt oppstår. Hendelsene gjentas, klage formidles, men problemet fortsetter år etter år. Sykepleierne mangler handlingsverktøy.

Alle uhell og feil som gir skade på pasienter, har innvirkning på sykepleierne. Uavhengig av deres skyld eller medvirkning rører det ved både fag, yrkesetikk og personlig integritet.

Klage over utilfredsstillende utført arbeid kan være en belastning for alle, både den som rapporterer og den som ikke gjør jobben sin godt nok i andres øyne. Konflikter rundt spørsmål om hvordan arbeidet skal utføres kan være utarmende for alle parter, og negative holdninger kan lett spre seg og true arbeidsmiljøet. Informantene føler avmakt og er oppgitte over situasjonen som ikke ser ut til å få noen løsning, og passivitet blir resultatet. Avmakt bygger ikke opp miljøet på arbeidsplassen, men kan bryte det ned.

Utilbørlig oppførsel av personale kan være tegn på manglende mestring. Belastningen i hjelpeyrkene må balanseres med hvile, mest mulig overskudd og god kommunikasjon med pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2001). Forfatterne refererer til en rekke studier som har vist at vanskelige mellommenneskelige konflikter på jobb kan påvirke humør, trivsel og helse. Langvarig mobbing kan gi store fysiske og psykiske helseproblemer.

Utilbørlig oppførsel som uttrykk for stress eller manglende mestring, er ubehagelig. Stress over mestringsnivået kan redusere psykisk helsetilstand og jobbtilfredshet. Personer som stadig utsettes for kritikk som de oppfatter som urettferdig, kan oppleve seg mobbet og få redusert psykisk helse.

Risiko

Informantene erkjenner en viss frykt for å ”tape ansikt” i forhold til både kollegaer og egne forventninger. En av dem sier: ”Hvis vi er trygge på oss sjøl og hverandre, går det greit. Men hvis ikke, kan det bli vanskelig, og man kan man få seg en knekk”. Med skadet selvbilde er det en naturlig reaksjon å trekke seg unna. Vedkommende blir svært sårbar.

Flere av sykepleierne som har fortalt om sine dramatiske opplevelser, vurderte om de kunne fortsette å jobbe som sykepleiere etter hendelsen, og om de skulle levere eller ville bli fratatt autorisasjonen.

Ved klagesaker tror sykepleierne at de kan bli fratatt autorisasjonen relativt lett og i alle fall lettere enn legene.

Den da nyutdannede sykepleieren som satte 1 ml morfin, gjorde det etter legens forordning. ”Pasienten var terminal og hadde bedt om å få snakke med presten. Jeg så hvordan det gikk og følte meg maktesløs, og presten kom ikke. Så jeg satt der og bad Fader Vår. Det er over 20 år siden, og det skjedde ikke i Norge. Ingen snakket om det etterpå”, forteller hun. Denne hendelsen har hun tenkt på mange ganger. Hun forestiller seg at hun kunne ha havnet i fengsel.

Informantene nevner frykt for å tape ansikt eller anseelse på arbeidssstedet og et skadet selvbilde.

Jenkins (2004) sier at den ytre identiteten i fellesskapet på arbeidsplassen bekrefter vår identitet, mens riktige arbeidsoppgaver bekrefter vår kompetanse. Den ytre identiteten bygger opp den indre, og begge skades når selvbildet trues. Hvis posisjonen på arbeidsplassen er i fare ved at kollegaer og leder ikke opptrer støttende, men omgir hendelsen med taushet, kan den involverte oppleve psykisk sykdom i forhold til selvbildet.

Førde (2000) henviser til en intervjuundersøkelse blant pediaterer hvor 70 % av de spurte opplever av og til eller ofte risiko for klage som belastende.

Informantene forteller om frykt for å gjøre feil. Og når de har gjort feil, er de redde for å miste autorisasjonen som sykepleier eller havne i fengsel. Førdes informanter er redde for klage, og press fra media sammen med krav til dokumentasjon og kvalitet kan være skremmende for helsearbeidere.

Samtidig er det i enkelte tilfeller nødvendig å frata helsepersonell autorisasjonen etter alvorlige feil. I media hører vi om leger som flytter til nabolandet og fortsetter sin yrkespraksis etter alvorlig pasientskade og fratatt autorisasjon, som ikke er oppdaget ved ansettelsen. Flere grove brudd på regler for god yrkesutøvelse er etter hvert oppdaget og har medført inndragelse av autorisasjon.

Sykepleiernes arbeid er forbundet med en viss risiko. De har pasientens liv mellom sine hender og balanserer i et skjørt område mellom liv og død. De minste feil kan få alvorlige konsekvenser, og spørsmål om aktiv dødshjelp ligger nær, også ved vurdering av konsekvenser etter uhell. Bevissthet rundt deres plikt til å redde liv og diskusjoner om vanskelige etiske tema er nødvendig for å opprettholde god yrkesmoral.

Sykepleieren i undersøkelsen kan ha medvirket til aktiv dødshjelp. Hun var i tvil om dosen var riktig mens hun satte medikamentet, men det var legens forordning, og pasienten hadde mye smerter som det var vanskelig å lindre. Autanasi var overhode ikke hennes hensikt, men hun fikk skyldfølelse, fordi hun uforvarende kom til å handle i strid med etiske retningslinjer om å redde liv.

Sykepleiernes etiske regler er formulert i fire grunnleggende ansvarsområder: "Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Behovet for sykepleie er universelt og bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder retten til liv, til verdighet og til å bli behandlet med respekt". Arbeidet skal være etisk og juridisk ansvarlig, og sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkelsers og skal ikke bidra til aktiv dødshjelp, autanasi, eller hjelpe pasienten til å begå selvmord (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

4.1.4 Følger av tidspress

Økt forekomst av feil

Feil kan lett skje under tidspress, noe de har eksempel på fra samme dag ved medisintdeling, da en assistent ga medisin til feil pasient. Ved vaktskifte, spesielt i helgene skjer det lett feil og misforståelser rundt oppgaver de ikke har rukket å gjøre, som nestemann på vakt tror er gjort. Det blir skrevet beskjed eller sagt ifra ved rapport, men lapper kan forsvinne og beskjeder kan bli glemt, og dermed skjer det et uhell.

Det hender at medisintdeling blir utført av ikke-faglært personale, selv om det er imot reglene, fordi tiden blir for knapp for autorisert personale. Sykepleierne blir ansvarlige når assistenter gjør feil.

Reason (1995) påpeker tidspress som medvirkende årsak til menneskelig svikt. Helsevesenet er en av flere risikoutsatte systemer der ikke lenger tekniske, men menneskelige årsaker representerer en trussel for pasientsikkerheten.

Dette stemmer med informantenes beskrivelser om medisnavvik, håndtering av uautorisert personale som gjør feil, informasjon som ikke kommer fram, beskjeder på avveier, forglemmelser og misforståelser. Det er også en uheldig kombinasjon av tidspress og høy grad av ufaglært personale, der personlig egnethet har stor betydning.

Underrapportering av avvik

Alle er enige om at det er mange avvik som ikke blir meldt, både småting uten umiddelbar betydning og mer alvorlige feil som rettes opp i all stillhet. Medisnavvik ved feil i dosetter oppdages stadig, men man har ikke tid til å skrive avvik på det. Skulle de meldt alt som var avvik, ville det gått mye tid hver dag bare til avviksmeldinger, forteller de, og synes de har langt viktigere ting å gjøre. De må prioritere det viktigste, det som har direkte betydning for pasientene. Ideelt sett skulle alle typer feil/avvik/uhell/dårlig jobbutførelse vært registrert, men de ansatte arbeider under tidspress og må beholder pasientfokus i første rekke. De sier at de melder feil som har konsekvenser for pasientene.

Hensikten med å melde nær-uhell uten følge for pasienten er å treffe tiltak som hindrer ulykke ved senere anledning. Reason sier at feil som vedrører pasientsikkerheten, kan skje på alle plan. Avgjørelser tatt på høyere hold kan skape arbeidsforhold som kan fremkalle individuelle feil eller krenkelsers. Latente feil eller nærhell er til stede lenge før en ulykke finner sted og er således viktig bidrag i avvikshåndteringen (Reason, 1995).

Underrapportering er problematisk i alle sammenhenger. Det som ikke blir meldt, kan forbli en faresituasjon helt til ulykken rammer. Ikke bare nærhell, men mange faktiske feil som oppfattes som et hendelig uhell, blir aldri gjenstand for risikovurdering eller forbedringstiltak. Men informantene har ikke tid og oppfatter meldesystemet som tungvint og uvant. Slik vurderte også informantene i en skotsk undersøkelse som viser at de støttet rapportunntakelse i visse tilfeller, som småfeil, éngangshendelser, ikke pasientskade, ikke noe som fortsatt pågår og lignende. I slike tilfeller unngår de skade for seg selv eller kollegaer. Det konkluderes med at feil kan resultere i forbedringer, men disse kommer dessverre oftest i gang etter at pasientene er blitt utsatt for risiko eller skade (Arndt, 1994).

Når det gjelder tidspress kombinert med endringer og nye oppgaver som ansatte ikke er komfortable med, kan det oppstå vegring. Dette gjør implementeringen vanskelig, og nye rutiner kan få dårlig oppslutning. Dessuten kan ansatte føle motvilje mot bestemmelser som kommer ovenfra uten forankring i deres erfaringsverden. Helsemyndighetenes innføring av avvikssystemet kan ha utfordret demokratiske verdier og ansattes medbestemmelsesrett på arbeidstedet, med manglende oppslutning som resultat.

Det er tidligere nevnt en kollegastøtteordning som kalles KSO. I evalueringen av denne spør Carlson (2006) om det er tatt tilstrekkelig hensyn til demokratiske verdier som grunnlag for planlagt endring i prosessen rundt implementeringen av ordningen.

Manglende medvirkning i implementeringen av avvikssystemet kan være en av årsakene til underrapportering. Den menneskelige vurderingen av hva som er riktig ressursbruk til enhver tid, har konsekvenser for gjennomføringen av avvikshåndteringen.

I en artikkel sier Reason (2000, s. 769) om menneskelig svikt:

”We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work”.

Nye systemer kunne ha blitt innført som et prosjekt med aksjonsforskning som metode, bygget opp som et samarbeid mellom leg og lerd, eller forskere og brukere, når de ønsker forbedring av et definert målområde, sier Hem (2006). Demokratiske prosesser er nødvendig for bred deltakelse, der ansatte deltar i forskningsprosessen ved dialog og får et eierforhold til produktet. Hauger og Arntzen (2006) sier at utviklingsarbeid må forankres i organisasjonen ved forståelse og medvirkning, ellers vil ny kunnskap lett kunne ”kapsles inn”.

Manglende oppslutning om myndighetenes bestemmelser er spill av tid for de som har utarbeidet bestemmelsene og vil ikke gi forventede resultater. Når tida er knapp, må den brukes riktig.

Press

Administrative sykepleieroppgaver er vanskelig å få gjort innenfor tidsrammene, men ingen andre kan gjøre dem, og øvrig personale kjenner ikke til disse oppgavene. Sykepleierne har

dårlig samvittighet når disse oppgavene må gå foran direkte pasientrelaterte oppgaver og ønsker aksept for sin tidsbruk.

De ønsker mer tid sammen med pasientene til samtale, nærvær og hjelp til å finne ro og trygghet uten medikamenter.

En kollega som hadde en vanskelig hjemmesituasjon, følte at hun ikke klarte jobben og ble sykmeldt. ”Jobben er jo det eneste du kan sykemelde deg fra”, sier en av sykepleierne.

Informantene hevder at helsepersonell trenger god psykisk helse for å mestre alle hverdagens utfordringer.

Vi ser at sykepleierne arbeider i skjæringspunktet mellom ressurser i tid og pålagte oppgaver med egen yrkesmoral. En sykepleier i Norsk Sykepleierforbunds råd for sykepleieetikk har skrevet en kronikk i lokalavisen i Grimstad om moralsk stress. Hun sier at rammene sykepleierne arbeider under, ikke tillater dem å utøve riktige etiske handlingsvalg. Dette er særlig aktuelt der mange pasienter trenger hjelp, mens bemanningen er lav. Dermed oppstår moralsk stress, som er helsefarlig både for pasienter og ansatte ” (Kjølrsrud, 2010).

Informantene har påpekt at tiden ikke strekker til, at de ofte er alene på vakt og må prioritere bort oppgaver de ikke rekker.

Kronikkforfatteren fortsetter med å peke på dårlig samvittighet og følelse av skam når idealene om god pleie ikke blir oppfylt. Og dermed føler også pasientene skyld og skam ved å trenge så mye hjelp. De prøver å ikke være til bry og være ”flinke” pasienter! En sykehjemspasient skal ha sagt til sin datter: ”Jeg dør så fort jeg kan. Men jeg kan ikke klare det fortere”. Det er altså pasienter som prøver å ta ansvar for pleierne, ”den omvendte fordring”.

Løgstrup (2000) sier at møtet mellom to mennesker i sin opprinnelighet fordrer tillit og velgjørenhet. Pasienten blottstiller sitt hjelpebehov og er sårbar allerede før den fordrede handlingen inntreffer. Når pleieren av en eller annen grunn ikke innfrir fordringen og hjelpen uteblir, vil pasienten forsøke å forsvare seg og sin blottstillelse ved å finne årsaker eller betegnelser på pleieren som flytter oppmerksomheten bort fra den blottstilte sårbarheten som nå har to nivå, å behøve hjelp og ha gitt behovet til kjenne uten å bli imøtekommet. I kronikken om ”den omvendte fordring” har pasienten funnet travelheten hos pleierne som

forklaring på den manglende hjelpen. Dermed rettes oppmerksomheten mot travelheten istedenfor mot blottstillelsen hos den hjelpetrequende.

Sykepleierne prøver å imøtekomme behovene for beboere som sier ifra, så vel som for dem som ikke kan si ifra. Men det er også noen som ikke vil si ifra, fordi det føles nedverdiggende å be om hjelp. Ofte står pleierne mellom flere arbeidsoppgaver samtidig og må be noen om å vente. Dette er imot den hippokratiske ed, som består i ikke-skade-prinsippet: ”Jeg skal avholde meg fra alle skadelige, uhederlige og umoralske handlinger, det være seg overfor menn og kvinner, fribårne og slaver” (Universitetet i Oslo, 2010). En pasient som må vente, kan lide eller føle skade, og sykepleierne utsettes for faglig og moralsk stress daglig.

Lederklemme, -støtte

Informantene sier at lederne har mye å gjøre. På spørsmål om ivaretagelse fra lederne sier de at det er litt forskjellig hvordan lederne forholder seg. Arbeidsstedet har flere avdelinger, hver med sin leder, som av og til bytter avdelinger og ansvarsoppgaver. Informantene har arbeidet under flere ledere med ulik arbeidsmåte, men alle har mye å gjøre. Likevel er flere informanter klare i sine svar: ”Min leder legger fra seg det hun har, hvis det er noe personlig med noen, ivaretagelse av personalet går foran annet”!

Personalet synes det er helt naturlig å støtte hverandre når noe skjer, men har sjelden noen ekstra tid til oppfølging og bearbeidelse av hendelsen.

Informantene sier at lederne har mange oppgaver og stort press. Ledere må vise til resultater for å beholde sin stilling og har økonomiske rammer de må holde seg innenfor. Lover og systemer tar plassen for naturlige møteprosesser mellom leddene i organisasjonen, og en flink leder får ofte flere oppgaver som belønning. I det offentlige er mellomlederne ofte rekruttert nedenfra, dyktige fagpersoner med lederegenskaper. I lederrollen kan de presses mellom livsverden og systemverden. Forhold tilhørende den livsverdenen de selv kjenner og kommer fra, skal forsvares i systemverden der lederne blir gjort resultatansvarlige. Psykisk press hos ledere er også en belastning i helsevesenet.

Informantene ville gjerne støtte hverandre bedre hvis de hadde hatt tid, når lederne ikke gjør det.

I intervjuundersøkelsen som Førde (2000) henviser til, avslører 26 pediatere mangel på rom for deling av personlige opplevelser, følelser, usikkerhet i pasientbehandlingen og overveldende krav til kunnskap.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver ansvaret for arbeidstakerne ved full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 2010).

Refleksjon rundt vanskelige situasjoner og mulighet for å bearbeide følelser etterlyses. Ledere er rollemodeller for de ansatte. Når ledere bruker tid til samtale og støtte, legaliseres tidsbruk til å støtte hverandre. I mangel på dette ”refleksjonsrommet” kan sykemelding bli løsningen. Dette er ikke lønnsomt for samfunnet.

4.1.5 Holdninger

Helsevesenet har ikke lenger for vane å lete etter syndebukker, og det er greit å si ifra om feil eller oppgaver vi ikke har fått til. ”Slik var det ikke før”, sier sykepleierne. Assistentene er flinke til å spørre hvis de er usikre, istedenfor å gjøre feil. Det er bred aksept for å erkjenne feil og forglemmelser.

Pirk, sunn fornuft

Informantene innrømmer at ikke alle avvik blir meldt. Avviksmelding om de enkleste feilene, som dosettfeil med milde preparater, oppleves som unødvendig. Sykepleierne bruker sunn fornuft og er nøye med det de oppfatter som betydningsfullt for pasientene.

Det er ikke bestandig man oppfatter at noe er avvik, og dermed blir det heller ikke meldt. Dessuten oppleves det litt nytt og tungvint, de er ikke vant til det.

”Pasientenes opplevelse er viktigere enn en dosettfeil”, sier de og skiller klart mellom feil som rettes umiddelbart og feil som medfører skade på pasienten. Blir de behandlet uverdigg eller utsatt for unøddig lidelse, skapes det sterke følelser.

Alle medisnavvik skal meldes, men det er ikke gjennomførbart, så det gjøres etter vurdering med sunn fornuft, ut ifra følger for pasient. Slik fanges i all fall de alvorligste feilene opp. Men hvordan vurderer man følgene for en pasient som ikke selv kan si hvordan han har det?

Fall skal rapporteres, men hva med å snuble, komme borti, gli uten synlig skade på pasient? Manglende skift om natten er avvik, men hvis det nettopp har skjedd og ikke oppdages før dagpersonalet begynner med morgenstellet, er det også avvik?

Det finnes en rekke uklarheter om hva som er avvik, og sykepleierne sier at det er umulig å melde alt som skulle vært meldt, innenfor tidsrammene de har til rådighet.

Helsemyndighetenes pålegg må være praktisk gjennomførbart. En av sykepleierne i intervjuene sier nettopp at det er tungvint og uvant for dem å skrive avvik. Har man forsøkt å tilpasse systemet til dem som skal bruke det?

Varsling

Misnøye med kollegaers jobbutførelse må rapporteres til leder. Alvorlige lovbrudd eller maktmisbruk skal varsles til helsemyndigheter ved ledelsen.

Ubehag eller grov tiltale av pasienter skal heller ikke aksepteres: ” Da ville jeg ha skrevet rapport”, sier en sykepleier bestemt. ”Det må være rom for å ta det opp, og man kan snakke generelt hvis man ikke ønsker å ta en person i det offentlige rommet. Hvordan vil vi ha det? Hvordan opplever pasienten her det på dagen, på natten, på kvelden, i vaktskiftet”? spør én av de andre.

Ut ifra de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleierne varsle når pasientene utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold, uavhengig av lojalitet til arbeidsstedet. Ved varsling har sykepleierne rett til støtte fra kollegaer og arbeidsgiver. I opplagte tilfeller kan dette være uproblematisk, men verre er det når spørsmålet om riktig jobbutførelse er uavklart.

I resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2009 sier så mye som en av tre ansatte at de blir møtt med uvilje fra ledelsen hvis de kommer med kritiske synspunkter på arbeidsforholdene (Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Medieoppslag viser at varslere som sier ifra om kritikkverdige forhold vedrørende fag eller organisatoriske forhold, opplever gjengjeldelse. Det er derfor tilført et punkt i Arbeidsmiljøloven om vern av varslere, § 2-4 fastsetter arbeidstakeres rett til varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten. § 2-5 verner varslere mot gjengjeldelse.

Sverige har en tilsvarende lovgivning, med navn etter to modige kvinner som varslet om kritikkverdige forhold for pasienter: Lex Sarah, etter en sykepleier som het Sarah og arbeidet i eldreomsorgen og lex Maria, etter sykepleier Maria med daglig arbeid på sykehus (Socialstyrelsen, 2010).

Personalets verdier

Informantene synes det er naturlig å støtte den som har gjort feil, for de vet at alle gjør så godt de kan. Noen av dem har også selv opplevd betydningen av støtten fra kollegaer. De ønsker bedre tid til å ta vare på hverandre. En av informantene sier at de burde være flinkere til å ta vare på hverandre, ”det gjelder våre verdier”, sier hun.

Det er ikke lett å fungere like godt bestandig, å være i stand til å yte omsorg upåvirket av egen livssituasjon. Alle kan oppleve perioder i livet da de er mer sårbare eller utsettes for store påkjenninger, men arbeidsoppgavene justeres ikke, de er som før. Dette kan ha innvirkning på kvaliteten på arbeid og forekomst av feil. En kollega av informantene ble sykmeldt fordi hun hadde for stort press hjemme og følte at hun ikke mestret jobben i tillegg, en måte å ivareta egen helse og hindre mulighet for feil og uhell.

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer pålegger dem å sette seg inn i arbeidsstedets mål og verdier og å støtte kollegaer, slik informantene fastholder. Mange arbeidssteder har utformet verdier som springer ut ifra et felles grunnlag som vi skal utdype i neste kapittel, 4.2. Psykososialt arbeidsmiljø.

Hummelvoll (2006) påpeker verdigrunnlaget i dagens helsevesen, som ofte er godt formulert, men som ikke kommer til noen konkret anvendelse. Selv om verdier er idealistiske uttrykk for intensjoner vi ikke klarer å innfri innenfor de gitte rammer, kan de fremstå som moralsk kraft og være den rettesnor som arbeidsplanene måles etter. Han hevder videre at det synes å eksistere en forventning til at ansatte skal fremstå som ufeilbarlige. Ansatte trenger ydmykhet i sitt arbeid og må få være tilstede med sin feilbarlighet som menneske for å fremstå som sanne og ekte personer. Ydmykhet kommer til uttrykk ved erkjennelse av feil og tabber, og kan fremme kultur for åpenhet og tillit, istedenfor å stjele energi ved å forsøke å leve opp til en urealistisk forestilling om ufeilbarlighet.

Informantene ønsker åpenhet rundt feil for å få anledning til å være vanlige mennesker, fordi det er menneskelig å feile. Med åpenhet kan de etterleve sine verdier om å ta vare på hverandre.

Bjørnerud (1996) snakker om betydningen av ”det sosiale kittet” eller ordene som forener når kommunepolitikk skal planlegges helsefremmende. Positive ord, fellesopplevelser og dialog rundt livskvalitet er viktige byggesteiner i det usynlige bindingsverket mellom medarbeidere, innbyggere og brukere. Han sier at vi bruker for liten tid i kommuneplanleggingen på å definere grunnleggende verdier bak de ord som kan forene fag og kompetanse med visjoner og felles målsetting.

Arbeidsstedet til informantene har valgt verdiene *respekt, samarbeid, kompetanse og kreativitet* som grunnlag for virksomheten. Dette er verdier som gjenspeiler både etiske holdninger og faglig kvalitet. Men hvilken funksjon har de i det daglige liv? Hvordan kan de påvirke tjenestene?

Personaltilpasning

Siden menneskelig svikt er årsak til noen av feilene vi gjør, og vi ikke kan være i like god form bestandig, nevner informantene enkelte dager hvor de kanskje burde vært hjemme fra jobb. En sykepleier forteller om dagen etter en dramatisk hendelse hjemme, da hun likevel var på jobb. Litt fortumlet stod hun og skulle lage suppe, men den ble mislykket, fordi hun gjorde feil. Hun prøvde igjen, men gjentok samme feilen. En annen sykepleier fortsetter med å fortelle om hvordan hun bare gikk rundt og ”surra fælt” da mannen var alvorlig syk og innlagt på sykehus. En tredje sykepleier har også en spesiell dag i friskt minne, da datteren hennes skulle føde. Det var vanskelig å konsentrere seg, men ingen av dem hadde vurdert å bli hjemme. ”Du tenker bare at du skal på jobb i dag”! sier en av dem.

Slike dager kunne det lett ha skjedd feil.

De nevner en sykepleier som søkte fritak fra en spesielt krevende type vakter, fordi hun ikke syntes hun mestret dem. Dette kan ha hindret forekomst av utilsiktede hendelser.

Informantene sier at de går på jobb selv om de føler seg dårlig noen ganger. Det er vanskelig å skaffe vikarer, og de som kommer, er ikke alltid like flinke, og lederne har annet å gjøre enn å ringe rundt for å skaffe folk.

For høyt sykenærvær kan øke mulighet for feil i arbeidet og forårsake utbrenthet og slitasjesykdommer. På mange arbeidssteder må noen ansatte gjøre det andre ikke greier i tillegg til egne arbeidsoppgaver. Spørsmålet om mestring av ulike arbeidsoppgaver kan være problematisk å håndtere.

Dalgard et al. (2009) har undersøkt forholdet mellom krav og mestring i arbeidslivet i en sammenligningsstudie med 11 års intervall. Den viser at høye krav og opplevd høy grad av mestring er helsefremmende for psykologisk vekst, i motsetning til høye krav kombinert med lav mestringsopplevelse, som er verst for psykisk helse.

Ansatte har krav på tilpasninger på arbeidsplassen, slik at de kan fortsette å arbeide på tross av kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse. På enkelte arbeidssteder med høy gjennomsnittsalder kan det være vanskelig for en personalleder å imøtekomme behov for ulike tilpasninger for personalet uten at det går utover resten av personalet.

På den annen side er det nettopp her mulighetene for et langt yrkesaktivt liv ligger. Mange ønsker å jobbe så lenge som mulig og trives på jobben og vil kunne fungere med noen få tilpasninger.

Myndighetene overvåker arbeidsmiljøet i landet vårt kontinuerlig. I rapporten fra Arbeidsmiljøundersøkelsen 2006 understrekes betydningen av arbeidsmiljøet: ”Et negativt arbeidsmiljø kan være en faktor som gjør at noen presses ut av arbeidslivet eller får svekket helse, med de ringvirkningene det har. Motsatt kan et positivt arbeidsmiljø medvirke til en lang yrkeskarriere og ha positiv innvirkning på helsen” (Statistisk Sentralbyrå, 2006).

Kreativ sammensetning av ansatte i team kan gjøres slik at den enes svakhet fylles ut av den andres styrke. Hvis alle beskyttes og ivaretas, kan arbeidslivet blomstre når enhver får jobbe med sin evne. Men det fordrer respekt for ulik arbeidsevne, ulik livssituasjon og bevissthet rundt verdier.

Personalet på en arbeidsplass består av levende mennesker, et materiale i kontinuerlig endring som både utfordrer og gir vekst. Dette skaper spenning i arbeidsplassenes psykososiale arbeidsmiljø.

4.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Arbeidet er den første opprinnelige årsaken til at menneskene på en arbeidsplass befinner seg der. Utover valg av yrke og arbeidsplass kan de ansatte være ulike i alder, kjønn, etnisitet, religion, interesser, politisk syn, holdninger osv. Men ved å arbeide sammen oppstår en delaktighet som forplikter og forener.

4.2.1 Lokalsamfunnet

Trivsel, identitet og felles mål

En arbeidsplass med mange ansatte kan betraktes som et fellesskap i likhet med lokalsamfunn samlet rundt felles oppgaver. Informantene i undersøkelsen er integrert i fellesskapet gjennom mange års samarbeid, bare én av informantene er relativt nyansatt. De sier at de trives godt, at miljøet er fint og stabilt med lav turn-over. Den nyeste av dem, som kommer fra et annet land, sier: ”Jeg veldig trives bra her, det er viktig. Kollegaene hjelper meg når jeg har problemer eller spørsmål, også med språket”.

Identiteten som helsepersonell og spesielt sykepleier er sterk. Forbindelsen til arbeidsstedet ved profesjonelt engasjement gjennom mange år blir for mange et sterkt holdepunkt, og yrkestittelen blir en integrert del av personligheten. Trivsel og trygghet gir sterk arbeidshelse, og i kombinasjon med opplevelse av mening kan man også være en trygg omsorgsperson hjemme.

En av sykepleierne med krevende familiesituasjon, sier det er godt å komme på jobb: ”Jobben er mitt fristed. Her er det pasientene mine og meg. Jeg synes det er helt deilig”. Hun opplever mening i det hun gjør på begge steder og får bruke seg selv og sin kompetanse i et yrke hun selv har valgt, samtidig med rollen som omsorgsperson hjemme. På denne måten kan hun tåle store belastninger. Informanten fortsetter: ”Jobben er min identitet”.

Bekreftelse på egen identitet kan oppnås ved sosial kontakt, slik som lokalsamfunn kan gi. Opplevelse av mening og sammenheng i arbeidet er viktig for utholdenhet og yteevne.

På arbeidsstedet finnes det også andre yrkesgrupper som sykepleierne samarbeider med, som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter. De arbeider for det samme overordnede

målet, den daglige omsorgen for beboerne. Så lenge personalet handler i samsvar med dette målet, opplever de seg inkludert i fellesskapet.

Informantene fremstiller arbeidsstedet som et trygt og godt fellesskap samlet om det samme målet, hvor det er godt for dem å jobbe, og arbeidet gir overskudd til oppgavene hjemme og bekrefter deres identitet.

Thuen (2006, s. 109) beskriver en situasjon der en kvinne etter samlivsbrudd opplevde en rekke belastninger, og følte at nettopp da trengte hun jobben sin mer enn noensinne. ”Når alt raknet på hjemmebane, fremsto jobben som det eneste stabile og forutsigbare i livet hennes”. Dette bekrefter informantens ord om jobben som fristed. Selv om arbeidet består i omsorg for andre mennesker, og pliktene hjemme også består i omsorgsarbeid, oppleves de to arenaene likevel forskjellig. De bruker sine ressurser på ulik måte, blir sliten på ulik måte og opplever sin ytelse på den ene arenaen som en forutsetning for den andre.

Men er det slik for alle, og kan noen ha det slik i ubegrenset tid?

Etter poengteringen i kapittel 3 om utvalget i undersøkelsen, er informantene blant dem som fortsatt er i arbeid, på samme arbeidsplass med arbeidsevne intakt og kanskje en sterk psykisk helse. Men det finnes også personer utenfor arbeidslivet med redusert arbeidsevne. Deres stemme høres ikke i denne undersøkelsen.

Antonovsky (1996) har presentert teori om salutogenese som helsefremmende modell med begrepet ”Sense of Coherence”. Dette innebærer opplevelse av mening og sammenheng i det som skjer og trygghet for at nødvendige verktøy for å håndtere hendelsen, er tilgjengelige. I vår tid kan ”Sense of Coherence” være betydningen av konsistens, balanse og deltakelse i refleksjonsprosesser rundt feil og beslutninger. Slike opplevelser skapes av den enkeltes sosiale posisjon, ens kultur og type arbeid, også husarbeid, familiestruktur, samt andre faktorer.

Opplevelse av mening og sammenheng i tilværelsen kan være en av flere årsaker til at informanten i undersøkelsen ser ut til å ha høy grad av mestring. Hun opplever også en trygg identitet i forhold til jobben, med en tittel og et yrke som folk flest møter med aktelse og respekt, og som kan gi en sikker posisjon i arbeidslivet.

Bevissthet rundt vår identitet har betydning for psykisk helse. Jenkins (2004) omtaler utvikling av identitet som en tosidig prosess, individuelt og i gruppefelleskap, i konstant bevegelse. Vår identitet kan også endres etter vår død ved minner og ettermæle. Kollektiv og ytre identitet har betydning for utvikling av den indre identiteten. Mange hverdagssituasjoner bidrar til å bekrefte eller benekte vår identitet. For å avklare individets tilhørighet i et kollektiv, må vi fastslå likheter og forskjeller sammenlignet med de andre i kollektivet. Selv om vi har mye til felles, kan vi også være individuelt forskjellige. En del av vår identitet beror på egnethet med tanke på kompetanse og *hva vi er*, i motsetning til *hvem vi er* med betydning for opplevelse av aksept.

Sykepleieres jobbidentitet knyttet til mestring og opplevelse av mening i arbeidet virker samlende og styrker trivselen. Men samhold og tilknytning i dagens samfunn er i endring, og uhell kan påvirke kollektiv identitet.

Samfunnsendringer i mer individualiserende retning har konsekvenser for oppbygningen av identitet hos medlemmene. Grupper med personer som før styrket sin identitet ved bekreftende speiling, eksisterer ikke lenger i samme grad. Hem (2006) sier at spørsmålet om egen identitet i større grad er overlatt til den enkelte, som må finne seg selv og tegne sitt eget speilbilde.

Handlinger i strid med målsetning

Problematikken rundt feil reiser spørsmål om arbeidsoppgaver som ikke er utført i tråd med målsetningen om beboernes beste. Informantene forteller om beboere som føler seg overkjørt eller ikke blir tatt på alvor med sine henvendelser. De blir ikke skiftet på, fordi nattevaktene ikke hadde tid eller ikke ville vekke beboere som sov eller har oversett behovet.

Informantene blir oppbrakte når dette skjer: ”Skaden har skjedd, pasienten har vært våt i 4-5 timer, det er uverdige, og jeg får ikke rettet opp skaden”, sier én av dem.

Dette er handlinger utført i strid med målsetningen.

Bjørklund (1994) kaller samhandlinger mellom minst to personer for menneske-menneske-systemer i motsetning til menneske-maskin-systemer. Handlingene i det førstnevnte systemet er påvirket av det vår kollega gjør og vise versa. Positive relasjoner utvikles i samsvar med intensjonene om et godt arbeidsmiljø innenfor for helse, sikkerhet og produktivitet, hvis slik

gjensidig interaksjon opprettholdes over tid og er rettet mot *et felles mål*. Arbeidsoppgavene krever *forpliktende samarbeid og løsninger basert på egne erfaringer*. Forpliktende samarbeid rundt et felles mål skaper lojalitet og dynamikk. Handler noen i strid med gruppens interesser, kan det over tid utvikles konflikter og psykososiale problemer. Løsninger basert på egne erfaringer legger gruppens etablerte kunnskap til grunn for kvalitetsstandarder på tilfredsstillende utført arbeid.

Vi ser at kvalitetsnivået bestemmes av gruppens erfaringer, slik informantene fremhever som problematisk. De som gjør en dårlig jobb, har en annen oppfatning, de synes de gjør en bra jobb ut ifra et annet erfaringsgrunnlag. Derfor blir den samlede kvaliteten på omsorg redusert.

Med henvisning til sivil luftfart omtaler Bjørklund treningstiltak for å hindre belastende hendelser, der handlinger basert på skjønn og dømmekraft inngår.

Mange situasjoner i pleie og omsorg må vurderes etter skjønn og dømmekraft. Pleierne vurderer pasientene individuelt, observerer deres behov og imøtekommer dem etter egen vurdering basert på egne erfaringer. Hvis ikke felles målsetning er klart definert og et basisgrunnlag for egne vurderinger er implementert, kan kvaliteten på tjenestene variere etter hvem som er på jobb til enhver tid.

Slik kan menneske-menneske-systemene skape dårlige og gode yrkesutøvere, og arbeidsinnsatsen få konsekvenser for fellesskapstilhørigheten. Noen av de ansatte kan falle utenfor, slik informantene forteller om.

Grense, motsetninger

Sykepleierne sier: ”Den som har valgt dette yrket og skal ta seg av pasienter, må være hyggelig mot dem også om natten”! De mener kvaliteten på tjenestene skal være like god døgnet rundt. Men noen av nattevaktene mener at det skal være ro om natten, ikke sengeskipt og samtaler.

Informantene formidler fellesskapets holdninger til målsetningen. Hvis handlinger i strid med målsetningen gjentas over tid og blir utført av samme person, bekreftes en holdning som skiller seg fra fellesskapet, og disse nattevaktene vil etter hvert befinne seg i utkanten av eller helt utenfor fellesskapet. Å bli isolert fra det sosiale fellesskapet kan være truende for

psykisk helse. Dette kan forstyrre arbeidsro og trivsel, kreve energi i forsøk på å skape løsninger og sette personalet opp imot hverandre. Arbeidsevne og effektivitet for flere enn de som er direkte involvert, berøres. Man kan ikke akseptere dårlig jobbutførelse overfor mennesker i en sårbar situasjon for å redde fellesskapet.

Samfunnet på arbeidsplassen er basert på rasjonelle forbindelser for å oppnå visse mål, nemlig utførelse av de pålagte arbeidsoppgavene, som tilsvarer den tyske betegnelsen "Gesellschaft", samfunn i firmaer, aksjeselskap osv. (Tèonnies & Harris, 2001). En annen type samfunn kalles "Gemeinschaft", basert på intimitet og verdier, og samler mennesker med egenskaper vedrørende indre identitet. Arbeidsplass-samfunn er et fellesskap av mennesker med forskjellig yrke som dekker behovet arbeidsoppgavene skaper.

Informantene forteller om tilknytning til fellesskapet i form av elementer som finnes i begge samfunnstyper. I utgangspunktet er arbeidsplassen en samling av personer med forskjellige egenskaper rekruttert for å gjøre en jobb, "Gesellschaft". Men identitetstilknytningen, det følelsesmessige engasjementet i pasientomsorgen og ønsket om å støtte hverandre er elementer typiske for "Gemeinschaft".

Alle typer samfunn beveges av dem som deltar i det og vil endres samtidig med individene, både i sammensetning og individuelt. Det etableres grenser, og deltakerne plasseres på den ene eller den andre siden i en kontinuerlig prosess med en viss maktutøvelse. Grensesamfunnet er beskrevet av Drevdahl (2002) med betegnelsen "Home and Border".

Vi ser at personale som i utgangspunktet befinner seg innenfor grensen ved å være helsepersonell med pasientomsorg som arbeidsoppgave, kan komme til å krysse grensen og havne utenfor ved å utøve utilstrekkelig omsorg. Når en nattevakt mener at natten skal forløpe uten noen form for aktivitet, kan det være eksempel på Bjørklunds poengterte handlinger basert på skjønn og dømmekraft, som vanskelig kan trenes i forsøk på å forebygge uheldige hendelser. Nattevaktens oppfatning strider imot dagpersonalets, og det oppstår en grense som plasserer noen av personalet utenfor fellesskapet. Ulik faglig vurdering er blitt en risikofaktor i lokalsamfunnet på arbeidsplassen.

Splittelse

De påpeker at disse situasjonene påvirker arbeidsmiljøet negativt: ”Det går utover holdninger og skaper konflikter”! Når forbedring uteblir også etter samtale med ledelsen, oppstår det motsetninger i personalgruppen som ødelegger for samarbeid og arbeidsglede, og de sier: ”Nattpersonalet ser ikke på meg som en kollega”! De er redd situasjonen utvikler seg til å bli slik at ”dagpersonalet får ordne med sine greier, så tar nattpersonalet sitt”!

Motsetningene som oppstår, fremstiller nattpersonalet som annerledes, og de tillegges en annen innstilling til arbeidet enn dagpersonalet: ”De har ikke ansvar på tvers av døgnet”! sier en sykepleier om disse nattevaktene. ”Vi har ikke samme mål”! fortsetter en annen.

Utsagnene viser hvordan misnøye med kollegaers arbeidsutførelse belaster fellesskapet og plasserer deltakerne innenfor eller utenfor.

Det vil være naturlig å forsøke å finne støtte for egne vurderinger hos kollegaer. De nærmeste for en nattevakt som opplever seg skjøvet ut, vil være de andre nattevaktene. Noen av disse vil dele samme syn, ta stilling sammen med den uheldige og selv oppleve seg på feil side av grensen. Det skapes allianser i fellesskapet, som Bjørklund og Einarsen (2006) påpeker som grunnlag for mulige konflikter.

Jenkins (2004) nevner at mange hverdagssituasjoner bidrar til å bekrefte eller benekte vår identitet, og at dette ikke nødvendigvis føles behagelig. En nattevakt på samme arbeidssted vil kunne defineres utenfor fellesskapet bare ved sin identitet som nattevakt.

Putnam (2001) omtaler sosiale endringer de siste ti-årene. Samfunnene var kjennetegnet med sosial kapital i form av samhold og støtte, men er nå endret til krav om individualisering og selvhevdelse. At en nattevakt fastholder sitt syn på arbeidsoppgavene om natten, kan være konsekvens av samfunnsendringer med større vekt på personlig erfaring og identitet i forhold til yrke. Putnam sier at sosial kapital kan ha negative krefter ved å skape utrygghet for den som opplever seg utenfor fellesskapet. Det oppstår krefter og press i nettverket som tvinger en person til å gjøre noe skadelig som vedkommende ellers ikke ville ha gjort.

Marginaliserte personer under press i allianse med likestilte, kan i situasjoner som undersøkelsen omhandler, opptre som lite samarbeidsvillige og vise motvilje overfor endring. Slik oppstår det et motsetningsforhold til kollegaer og ledelse, og marginalisert

personale kan fremstå som mindre sympatiske personer, slik forfatteren beskriver, ved krefter og press i nettverket. Nattevaktens adferd er endret og deres psykiske helse er blitt berørt.

Informantene representerer gruppen som får beholde sin plass innenfor grensen i lokalsamfunnet. De får ansvaret for at motsetningene i de ansattes vurderinger ikke skal gå utover pasientene. I noen grad uttrykker de forståelse for nattevaktens synspunkter ut ifra deres situasjon, alene på hver sin avdeling og uten andre ansatte til å dele oppgaver og vurderinger med. Likevel fastholder de pasientperspektivet som viktigst og kommer ufrivillig i motsetningsforhold til enkelte kollegaer. Dagpersonalet har også fått sin psykiske helse berørt.

4.2.2 Ivaretakelse

Støtte

Informantene er klare på betydningen av ivaretakelse når uhell eller feil har skjedd. ”Hvordan det går med den som har gjort en feil, kommer an på hvordan de blir ivaretatt. Den som vedkjenner seg feil, må bli tatt godt imot”, sier de.

Informantene er omsorgsarbeidere med naturlig vilje til støtte for den som har gjort feil og konsekvensene for vedkommendes helse og arbeidsevne. ”Vi må ha en god håndtering for at hun skal kunne fortsette i jobben”, sier en av dem om en kollega som hadde gjort feil.

Ivaretakelse innebærer aktivering av menneskelige ressurser som empati, vennlighet, delaktighet, forståelse og nærhet. Dette er hjelpemidler vi bærer med oss som medmennesker uten ekstrakostnader.

Putnams (2001) beskrivelser av samfunnsendringer fra kollektiv tenkning til individualisme innebærer økt yrkesaktiv befolkningsandel. Men det er imidlertid ikke vitenskapelig påvist at sosial tilknytning på arbeidsplassen har økt, og relasjonene på arbeidsstedet viser seg å være enkle og fornøyelige, ikke dypt støttende.

Informantenes gjennomsnittsalder er relativt høy. De har opplevd etterkrigstidens ivaretakende dugnadssamfunn som er i ferd med å svekkes, slik Putnam påpeker.

I vårt land har vi høy arbeidsaktivitet i befolkningen, slik at flere enn før tilbringer mer tid enn før på jobb. Mindre tid med venner og familie kan ha betydning for psykisk helse. Omorganisering og nedbemanning har skapt usikre ansettelsesforhold, og relasjonene på arbeidsplassen kan bli kortvarige. Jobbusikkerhet og redusert støtte fra kollegaer er risikofaktorer i lokalsamfunnet på arbeidsplassen.

I vurderingen av den sosiale kapitalen i et lokalsamfunn blir det viktig å undersøke hvordan de positive effektene kan styrkes og de negative kan reduseres, for at personalet på arbeidsplassen kan opprettholde god psykisk helse ved belastninger.

Motivet for medlemmenes engasjement i fellesskapet kommer ikke alltid av dugnadsånd slik som før, men kan være fra egen nytte (Putnam, 2001). Selvheldelse er viktig i vår tid og kan engasjere sterke stemmer som hevder sin rett til jobbutførelse etter egen vurdering, slik informantene har beskrevet.

Lederens rolle

En av sykepleierne har fortalt om en alvorlig hendelse som endte med akuttinnleggelse for pasienten. Tydelig berørt har hun fortalt hvordan hun nærmest ble følelsesmessig lamslått, men lederen hadde god kunnskap om krisehåndtering. Med tett oppfølging fra både kollegaer og avdelingsleder ble nettverket brukt til bearbeidelse av hendelsen. Det viktigste var hjelpen fra arbeidsstedet, spesielt fra lederen. Hun visste hva som skulle gjøres, tok ansvar og brukte tid også utenfor arbeidstiden. ”Det var av helt avgjørende betydning”, sier informantene.

Støtten bekreftet hennes verdi som menneske og sykepleier, da hun opplevde seg verdiløs, skamfull og skyldig. Avdelingslederens innsats var en tillitserklæring og anerkjennelse på tross av hendelsen.

Sykepleieren som fortalte om fallulykken med rullestolbrukeren, fikk skyldfølelse uten å være skyld i ulykken, ved spørsmålet om hun kunne ha gjort noe for å forhindre hendelsen. Også denne sykepleieren fikk god støtte av kollegaer og spesielt lederen, som oppfattet selvbebreidelsen og visste at hun var sårbar som nyutdannet sykepleier.

Informantene forteller om betydningsfull støtte når det gjelder, særlig fra deres nærmeste ledere. Riktig støtte gitt på riktig måte ble avgjørende for deres psykiske helse. Men ledere

har mange oppgaver og er ikke alltid til stede på avdelingene. Informantene sier at ledere også ofte bytter avdeling, slik at de ikke kjenner de ansatte så godt, og omsorgen for personalet varierer, men noen ledere legger alt annet til side når en av de ansatte trenger støtte. Ledere med personalansvar har ansvar for personalet i vanskelige situasjoner. Arbeidsmiljøloven fastslår at personalet skal vernes mot uheldig belastning. Likevel sier informantene at det ikke finnes noen prosedyre for ivaretagelse, og at støtte fra ledere er forskjellig.

En undersøkelse av sykehusansattes helse viser at støtte fra overordnede og kollegaer reduserer de ansattes helseplager (Engh, 2003).

En leder fremstår som en rollemodell for andre og legger føring for handlemåter i viktige situasjoner. Når lederen engasjerer seg, er det fordi oppgaven er viktig. Ansattes helse vedrører deres arbeidsevne og har betydning for både personen selv, arbeidsstedet og samfunnet for øvrig. Når lederen tar en ansatt under beskyttelse, kan andre følger opp med kollegial støtte. Ledernes holdninger er en viktig beskyttelsesfaktor.

Lederne kan kalles arbeidsplassens sosiale entreprenører, som er sosiale markedsorienterte personer med nyskapende løsninger på problemene (Ingstad, 2009). Arbeidsplassen blir deres arena for å bygge det psykososiale miljøet slik at lønnsom virksomhet kan vokse.

Arbeidsplasser som leverer helsetjenester med høy kvalitet og beskytter ansattes helse kan betraktes som lønnsomme virksomheter ved økt effektivitet og besparelse av trygdeutgifter. Informantene forteller om beskyttelse med avgjørende betydning for dem.

Vi lever i ”den bærekraftige alderen”, og bare bærekraftige virksomheter er konkurransedyktige. I det private næringslivet er det lettere å stimulere til økt innsats, identifisere utro tjenere eller gjøre endringer. Dette er vanskeligere i offentlig virksomhet, der organisasjonen er stor og kompleks, prosesser foregår i det skjulte og tilhører i større grad systemverden (Bøhmer, 2009).

Det offentlige skal ha plass for alle slags arbeidstakere, og det kan være en illusjon at hvem som helst kan utføre omsorgstjenester. Omsorg krever spesielle egenskaper som ikke alle har eller kan lære. Noen egner seg bedre til andre virksomheter. Men ledere i det offentlige har ikke anledning til å bli kvitt ”utro tjenere” som forfatteren sier. Informantene forteller om

ledernes dilemma overfor arbeidstakere som ikke endrer sine rutiner selv om de gir redusert kvalitet på tjenestene. Lederne mangler handlingsalternativer.

Dalen (2009) etterlyser sosialt engasjement og visjoner med kraft hos dagens ledere, istedenfor reproduksjon av gamle systemer. Det kan hende krav om økonomisk lønnsomhet og komplekse forordninger har tatt plassen for disse verdiene. I det store offentlige systemet kan det være mindre rom for visjonære ledere med skaperkraft og energi enn før i tiden, spesielt når de mangler løsningsmuligheter i konflikter.

Mangel på støtte

Informantene forteller om betydningsfull støtte. Men noen ganger ser det ikke ut til at omsorgen fra kollegaene er tilstrekkelig for den som har gjort en feil. Mennesker kan være i sårbare faser når vanskelighetene på jobben inntreffer. Hvordan man kommer gjennom en uheldig hendelse vil være avhengig av flere forhold som påvirker oss samtidig.

En av informantene forteller om en ansatt som sluttet i jobb etter en forglemmelse med utstyr, som resulterte i fall med brudd, redusert helsetilstand og senere død. Den ansatte som var skyld i forglemmelsen, ble fryktelig lei seg, og de andre prøvde å ta vare på henne, men hun sluttet på sykehjemmet etter kort tid og begynte i annen type arbeid.

Kanskje ville hun skiftet yrke uavhengig av hendelsen som ble avgjørende for hennes valg. Vi vet aldri alt om andre menneskers tanker og følelser. Kanskje hun ble skremt av hendelsen og tilhører gruppen personer som ikke har noen stemme i denne undersøkelsen.

Sykepleierne har erfaringer med å støtte andre og selv bli støttet. De sier likevel at enkelte kan bli overlatt til seg selv med vanskelige tanker etter et uhell, for det finnes ingen prosedyre rundt bearbeidelse av hendelser. Vaktordninger kan føre til at den som kjenner til hendelsen, har fri dagen etter, og den som har gjort feil, blir den eneste som vet hva som skjedde. Kollegial støtte er betinget av at noen vet om hendelsen og er til stede.

Uhell kan skje uten at lederen får vite det, og støtten hun kunne ha gitt, uteblir. Man kan ikke forvente at arbeidstakere selv kommer for å be om hjelp når temaet feil er sensitivt og kan avsløre inkompetanse. Ansatte kan ha gode grunner til å vegre seg for kontakt med lederen. Vi vet at anseelse hos ledelsen er viktig for de fleste, og ledere ønsker dyktige ansatte som ikke gjør feil. Muligheten for sanksjoner er til stede, en risikofaktor når lederen involveres.

Vernetjenesten skal påse at arbeidsmiljøloven blir fulgt, men erfaring som verneombud har vist at loven har formuleringer som ikke passer i helsevesenet og tolkningsmuligheter som vanskeliggjør dens anvendelse (Mæland, 2009). Ansatte kan lett bli overlatt til seg selv etter en alvorlig hendelse, til tross for lovpålegg og nødvendige ressurser i form av sosial kapital til stede på arbeidsplassen.

Flere av respondentene i Schelbreds (2004) undersøkelse fortalte om kollegaenes støtte som fikk avgjørende betydning for dem. Men de fleste opplevde taushet og unngåelse av feilmedisineringen som tema, med stor usikkerhet og forvirring som følge.

Støtte fra kollegaer er grunntanken i prøveprosjektet med kollegastøtteordning (KSO). Kollegastøtter med taushetsplikt opprettes på hver avdeling som et supplement til lederens funksjoner (Carlson, 2006). En slik ordning vil kunne sikre ivaretagelse, men lederen bør etter forskerens mening ikke fratras ansvaret for de ansattes helse. Kollagastøtten må derfor være en medspiller og talsperson som kan gjøre veien til ledelsen lettere å gå.

Skjulte feil

Det skjer mange uheldige hendelser og feil som ingen vet om. Det krever mot å vedkjenne seg feil og tabber, og bare et psykososialt arbeidsmiljø fundamentert på trygghet og åpenhet kan invitere til avsløring av feil og tabber som helsearbeidere ikke er stolte av.

Informantene peker på sydebukkmentaliteten i helsevesenet og innrømmer at de er redde for å ”tabbe seg ut”, og at det koster noe å innrømme feil.

Informantene i undersøkelsen holder fast ved at feil ikke skal skje, men vedgår at det skjer likevel. De har vanligvis ikke anledning til å reflektere over slike hendelser, og de ønsker seg anledning til å stoppe opp i hverdagen for å skape rom for åpenhet, slik at det kunne bli lettere å innrømme feil. De er sikre på at mange feil aldri blir snakket om.

I kriser som oppstår i en belastende situasjon, fremstår mennesket som det skjøre og dødelige vesenet det egentlig er. Uten nødvendig omsorg i kriser kan psykisk sykdom oppstå og arbeidsevnen trues. Siden arbeidsevnen er en forutsetning for deltakelse i fellesskapet på arbeidsplassen og henger sammen med selvrealisering og økonomisk trygghet, trues store deler av personens tilværelse.

4.2.3 Kommunikasjon

Å kommunisere

Informantene forteller at mange assistenter uten faglig kunnskap er redde for å gjøre feil, men spør når de er usikre. Åpenhet og tillit tillater kommunikasjon av usikkerhet, istedenfor å gjøre feil.

En sykepleier nevner vanskelige, faglige avgjørelser som kan diskuteres med andre sykepleiere. ”Jeg kan spørre lederen min eller en kollega om det er riktig vurdert eller hva hun synes. Og jeg er veldig glad for at jeg har en leder jeg kan snakke med. Det er nok lederen min som holder meg i balanse i forhold til vurderinger jeg går og lur på”. Hun peker på hvordan vanskelige spørsmål kan ligge og gnage til vi får løftet det opp til kommunikativt nivå. Åpen kommunikasjon fremmer forbedring, ivaretagelse og mestring.

Deltakerne i undersøkelsen sier det er best å si ifra selv, istedenfor at andre oppdager feilen og sier det. Ved å velge sin kommunikasjonsmåte beholder den ansatte kontrollen med hvilke ord som brukes og hvordan hendelsen skal forstås.

Humor og bemerkninger ment som spøk kan oppleves sårende. En av dem som har opplevd en tabbe og blitt ivaretatt, sier at det aldri ble brukt imot henne etterpå, verken i form av gjengjeldelse eller ironiske bemerkninger.

Kommentarer om egen person vedrører kontroll med hvordan budskap formidles, til hvem og når. De fleste vil selv bestemme om uhellet skal omtales fritt og spøkefullt eller i form av selvironi eller galgenhumor. Et utsagn kan lyde helt annerledes fra egen munn enn fra en annen person for den som omtales.

God kommunikasjon er konfliktforebyggende, et viktig arbeid som krever menneskelige ressurser. Ledere angir tonen, men det kan være nødvendig med kollegastøtter, konfliktforebyggere og kommunikasjonskompetent personale i tillegg. Alle ansatte har ansvar for å bygge opp en god kommunikasjon.

I den travle hverdagen mangler informantene møteplasser for refleksjon rundt feil, uhell, misnøye med andres jobb eller eget moralsk stress. Også legene i undersøkelsen gjengitt i Tidsskriftet for Den norske legeförening mener at de helt sikkert vil støtte og hjelpe

kollegaer som har gjort feil, men mangler et system for ivaretagelse (Paulsen & Brattebø, 2006). Pediatrene som omtales av Førde (2000) avslører også mangel på rom for å dele personlige opplevelser.

Kommunikasjonen som foregår i dagliglivet er spesifikk for hvert enkelt lokalsamfunn. Hvert arbeidssted har sin kultur, sine usagte regler og sitt ”stammespråk” utviklet av de som har bygget opp fellesskapet. Det kan foregå skjult kommunikasjon og finnes usagte regler som ansatte først merker når de brytes. Det kan være nyttig å undersøke kommunikasjonen i eget psykososialt arbeidsmiljø for å skape bevissthet rundt gode og dårlige sider.

I Arbeidsmiljøundersøkelsen fra 2006 påpekes vanskeligheter med måling av kvalitet på det psykososiale arbeidsmiljøet. Det legges vekt på krav, forventning, medvirkning, mestring, sosialt samspill med kollegaer og konflikt med mobbing og trakassering (Statistisk Sentralbyrå, 2006). Dette er forhold som kommuniseres på arbeidsplassen ved samhandlinger og uttrykk i daglige gjøremål.

De som har gjort noe galt, kan føle behov for soning for å gjenopprette sin posisjon, i samsvar med prinsippene i vårt rettssamfunn. Åpen gjennomgang av hendelsen kan være en slik soning og gjenopprette selvtillit og kollegaenes aktelse, slik sykepleierne i Schelbreds (2004) undersøkelse ønsker seg. Kommunikasjon med årsaksvurdering og diskusjon om forbedringstiltak er en ønsket form for soning som informantene etterlyser.

Putnam påpeker nye former for kommunikasjon med elektroniske media, annerledes enn et fysisk møte. Teknisk sett begrenser den seg til språk i korte koder eller beskjedform uten dybde, og man kan avslutte kontakten når som helst. Også i arbeidslivet kommuniseres det elektronisk, selv om mottageren sitter i kontoret ved siden av. Valg av den knappeste kommunikasjonsformen fjerner naturlige møteplasser og mulighet til å vise følelsesmessige reaksjoner. Levinas omtaler nærhet mellom mennesker som ”appellen fra ansiktet”, hvor det fysiske møtet forplikter til velgjørenhet mot den andre (Henriksen & Vetlesen, 2000).

Etter forskerens mening vil redusert kommunikasjonskompetanse kunne øke mulighet for feil og misforståelser. Samtale kan ha terapeutisk betydning, og møter mellom mennesker i krise kan være vendepunktet for bedring. Kommunikasjon mellom motparter i en konflikt kan skape vekst og nye løsninger. De som arbeider med mennesker, må våge å stille seg

tilgjengelig for andres historier. Hendelsene som førte til feil, har sine forhistorier med kunnskap om feilens etiologi.

Samhandling

Informantene i undersøkelsen har pekt på kommunikasjonen med nattevaktene som problematisk, fordi de har ulik arbeidstid og ikke treffer hverandre på jobb. De treffer kanskje ingen andre heller: ”De går alene nattevakt”! Blir det for mye å gjøre, skal de tilkalle sykepleier felles på alle avdelinger, men vanligvis har ikke nattevaktene noen å samhandle med.

Dag- og nattpersonale deler arbeidsoppgaver og stiller de samme pasientene på det samme arbeidsstedet, uten å møte hverandre i samhandling. ”Jeg vet egentlig ikke riktig hvordan hun har det på jobb, fordi jeg aldri jobber sammen med henne”, sier en informant om den manglende kontakten med nattevakten.

Dette kan være noe av årsaken til ulik arbeidsutførelse.

På én av avdelingene har natt- og dagpersonalet begynt med faste fellesmøter, der de kan utveksle erfaringer og se helheten på avdelingen. Av og til møtes de også utenfor jobb til hyggelige samvær for å bli bedre kjent, forteller en sykepleier.

Samhandling med pasientene er en del av personalets faglige utdanning. Likevel kan det oppstå misunnelse i personalgruppen. Sykepleieren forteller: ”På et annet arbeidssted hadde vi en ung, alvorlig syk pasient som sa at han ikke fungerte så godt sammen med enkelte personer i personalgruppa. Hvordan kunne han unngå å få disse inn til seg? spurte han. Og så måtte jeg forklare det i personalgruppen og fikk se hvordan folk liksom opplevde det helt personlig. Det var litt skremmende”!

Personalet trenger spesiell samhandlingskompetanse og kan ha viktig personlige egenskaper for god samhandling eller mangle det. Uavhengig av utdanningsnivå kan de mangle kunnskap om betydningen av respekt og samarbeid. Faglige holdninger har endret seg i de senere år, hvor innføring av brukermedvirkning og fokus på pasientenes autonomi har tatt plassen for autoritær yrkesutøvelse. Ikke alt utdannet personalet har implementert dette i sin yrkesutøvelse.

Informantene sier at relasjonene med beboerne kan være vanskelig å bygge opp, noe som kommer til uttrykk ved stell og personlig hygiene. Personalet tilstreber oppgavefordeling med valgmuligheter, slik at stellet utføres av personer som beboerne trives sammen med.

Samarbeid er en av verdiene arbeidsstedet har valgt som kjerneverdier. Putnam (2001) beskriver sosial kapital nettopp som evnen til å støtte, involvere, bygge et gjensidig forhold *sammen med noen*. For å oppnå tilfredsstillende samarbeid er kommunikasjon i åpent psykososialt miljø nødvendig.

Forsvar og konflikt

Ved uenighet i personalgruppen forsøker sykepleierne å komme til enighet med vedkommende ved dialog, men opplever at den andre forsvare seg: ”Nå har jeg jobbet som pleier her i 20 år, og da...” Ikke alle har like stor åpenhet, trygghet og selvinnsikt til å kunne diskutere samhandlingsspørsmål og blir sinte, lei seg eller såret. Diskusjonen blir formålsløs, og sykepleierne må finne andre løsninger for å omgå problematiske situasjoner.

Feil kan tas opp i generelle beskjeder uten å nevne hvem som har gjort feilen, i forsøk på å unngå opprivende konflikter. Men da kan det hende at alle, unntatt den det gjelder, tar til seg kritikken. Handlingsmåten kan oppfattes som feig, og mennesker bli ”tingliggjort” eller avhumanisert ved generalisert eller uklare kommunikasjon.

Jenkins (2004) sier at vår identitet som menneske står i fare for tingliggjøring ved fremmedgjørende kommunikasjon, som reduserer motparten i en konflikt til ”ting” som vi ikke behøver å forholde oss til.

Uenighet som ikke løses i dialog, kan utvikle seg videre til konflikt, slik informantene forteller. De som kritiseres for dårlig jobbutførelse, har også en tilknytning og identitet til fellesskapet å forsvare og blir marginalisert i forsøk på kommunikasjon som ikke fører fram.

Så mye som en av ti ansatte opplever konflikter i arbeidslivet, særlig sykepleiere og pedagoger. Nesten tre av ti får sjelden eller aldri tilbakemelding fra overordnede på arbeidsstedet om hvordan de utfører jobben sin, ifølge Levekårsundersøkelsen 2009 (Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Det er nødvendig å påpeke dårlig utført arbeid for å sikre kvaliteten på tjenestene, mens nødvendigheten av positive tilbakemeldinger er mindre tydelig. Gode og riktige tilbakemeldinger er en viktig sosial kapital som bygger opp arbeidsmoral og psykososialt arbeidsmiljø.

Eide og Eide (2001) sier at det kan oppstå konflikter i alle slags mellommenneskelige forhold. De dreier seg oftest om forskjeller, som ulike interesser, hensyn, ønsker, behov eller verdier, slik denne undersøkelsen viser.

Det er viktig å fremholde muligheten for forbedring, vekst og fremgang som konsekvens av godt konflikthåndtering. Et visst konfliktnivå kan være sunt uttrykk for et ekte psykososialt arbeidsmiljø med rom for ulikhet og meningsutveksling. Samarbeidet om en god avvikshåndtering kan lette konflikter og virke samlende, men det kan også bli en plogspiss for personer som ønsker å skade andre for selv å fremstå i bedre lys.

Bjørklund og Einarsen (2006) sier at det kan oppstå allianser og tettere kontakt mellom personer med like synspunkter som støtte, istedenfor direkte kontakt med motparten. Slik kan det utvikles negative fordommer og økende motsetninger, der motpartens feil blir store og ens egne svakheter små. Frontene kan forsterkes, slik at man synes man har med en vanskelig person å gjøre, og saken er ikke lenger saksorientert, men personorientert. Ved ytterligere eskalering kan konflikten bli altoverskyggende med ensidig fokus på å vinne saken. Det tapes stor mengde energi, og den som opplever seg som den tapende part, vil kunne oppleve et skadet selvbilde og redusert helse.

Informantene sier at alle forsøk på løsning av konflikten mislykkes, også omplassering og overgang til andre funksjoner. Dette stemmer med litteratur av Reason (1995), som sier at tiltak som innebærer sanksjoner eller avstraffelser overfor utsatt helsepersonell, har liten eller ingen effekt, særlig overfor personer med lang erfaring.

Mange års tilegnet kunnskap hos utsatt personell kan bli satt opp mot en yngre leders eller sykepleiers kompetanse og oppleves som urettferdig. Konflikter som består i ulik oppfatning av oppgavene, kan raskt endre seg til å gjelde ”spesielle personer”.

Eksterne bedrifter tilbyr assistanse ved konflikthåndtering, og enkeltpersoner kan gå til lege for å bearbeide belastninger. Arbeidssteder tilknyttet bedriftshelsetjeneste kan få profesjonell

hjelp derfra, men mange arbeidststeder ønsker å løse problemene selv, og kun de alvorligste situasjoner blir vanligvis henvist eksternt.

IA-bedrift

I det offentlige arbeidslivet er oppsigelse av personale kun mulig ved lovbrudd. Arbeidsstedet er en IA-bedrift med forpliktelser overfor ansatte som ikke så lett finner annet arbeid.

Informantene i undersøkelsen sier at de som jobber med mennesker, må tilfredsstillende visse krav: ”Vi må stille krav til oppførsel i denne jobben. Det må være grenser for hva vi kan si eller gjøre”. De refererer til dårlig jobbutførelse som omtalt, og lurer på hva som skal til for å bli oppsagt! ”I hvilke yrker kan man tillate seg å gjøre en dårlig jobb?” spør de.

Mange offentlige etater er IA-bedrifter, med målsetning om sysselsetning for alle. Hvordan kan arbeidsplassen ivareta faglig forsvarlighet og samtidig ivareta personale som ikke utfører arbeidet tilfredsstillende? Kan hvem som helst yte omsorg og utføre pleie? Er det en realistisk målsetting at alle kan jobbe?

I den nye IA-avtalen vektlegges forebyggende HMS-arbeid sterkere enn før, med økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne som delmål (Arbeids- og Sosialdepartementet, 2010). Etter forskerens mening er dette en fin målsetting, men større toleranse for variert funksjonsnivå i arbeidslivet må tilstrebes, slik at disse personene ikke blir konfliktmateriale, men får hjelp til å finne rett plass i arbeidslivet.

De som alltid er på jobb og gjør det som andre får dispensasjon fra, skal også ivaretas for å forebygge utbrenthet. Det krever sosial kapital å opprettholde trivsel og helse, sammen med god pasientomsorg i arbeidslivet med plass for alle.

4.3 Oppsummering

Oppgaven presenterer prosjekt, aktuell forskrift om helsetjenester og lovpålagt ansvar for arbeidsgiver, nevnt i 1.3, 1.4 og 1.5. Avvikssystemet skal fange opp alle brudd på regler og

forskrifter, men etterleves ulikt. Nær-uhell og avvik uten konsekvenser meldes ikke, og utilfredsstillende utført arbeid med viktige etiske aspekter er problematisk å forholde seg til. Konsekvenser av feil og uhell for pasienter kan være alvorlige og berører personalets psykiske helse i stor grad.

Arbeidet innebærer risiko på mange nivåer, også konflikter. Helsepersonell pålegges mange oppgaver, tilsynelatende uten tilstrekkelig medvirkning og tid til utførelse, med dilemmaer og moralsk stress som følge.

Verdier er uttrykt, men brukes ikke aktivt som målesnor i arbeidet. Arbeidsplassen er et lokalsamfunn med identitetsutvikling og tilknytning som beskyttelsesfaktor. Arbeidsoppgaver utføres etter egne erfaringer, skjønn og dømmekraft, som vurderes ulikt og kan splitte personalgruppen, en risikofaktor i lokalsamfunnet.

Alle ønsker å støtte kollegaer som har gjort feil, som griper dypt inn i selvbildet og gjør personen sårbar. Men kommunikasjon og samhandling er avhengig av fysiske møteplasser, og en arena for dialog rundt feil og utvikling av bedre rutiner etterlyses

Konflikter kan problematiseres av IA-målsetningen, som skal inkludere flest mulig i arbeidslivet.

Krav om kvalitet og faglig forsvarlighet sammen med inkludering av arbeidstakere uten nødvendige egenskaper virker uforenlig. Det kan stilles spørsmål om lovene som skal beskytte arbeidstakere, er i stand til å beskytter riktige personer. Verdier og vilje til ivaretagelse er til stede på arbeidssstedet, men har ingen arena for anvendelse.

Informantene i undersøkelsen tilkjenner arbeid i spenningsfeltet mellom flere motstridende lover i helsetjenesten. Empiriske funn er verifisert med aktuell, vitenskapelig litteratur.

5. Konklusjon

5.1 Oppsummert diskusjon

Undersøkelsen bekrefter teori om belastninger for helsepersonell som involveres i feil og uhell i sitt arbeid og antyder mulig sammenheng med sykefravær. Forekomst av feil sammen med økt press skaper større behov for åpenhet og refleksjon i fellesskapet på arbeidsplassen.

Lover og regelverk på alle nivå legger føring for helsefremmende arbeidsplasser og pålegger arbeidsgiver ansvar for ivaretagelse av ansatte ved ulike belastninger. Avvikshåndtering og lov om helsetjenester skal sikre kvalitet i pasientbehandling og tilstrebe reduksjon av feil, men undersøkelsen viser at mulighet for etterlevelse begrenses av tid, og implementering av systemet kan være ufullstendig. Feil i form av dårlig jobbutførelse fremstår som svært betydningsfullt for informantene. Dette er etisk uforsvarlige handlinger som ikke har noen åpenbar plass i avvikssystemet.

Hvordan psykisk helse belastes i arbeidslivet og hvordan kvalitet på psykososialt arbeidsmiljø kan måles, er uklart sammenlignet med fysisk helse og fysisk arbeidsmiljø, og rutiner for ivaretagelse av ansatte virker tilfeldig. Forsøksordning med kollegastøtteordning kan tenkes å møte dette behovet.

Fellesskapet i team på arbeidsplassen til informantene har mange likheter med teori om lokalsamfunn. Det finnes beskyttelsesfaktorer som kan utnyttes ved støtte til ansatte, men også risikofaktorer som kan øke forekomst av feil og avvik og belaste ansatte. Ledere står i en nøkkelposisjon og kan betegnes som ”sosiale entreprenører” i det psykososiale arbeidsmiljøet, der demokratiske verdier og felles visjoner uttrykkes i praktisk handling. Intensjonen bak IA-bedrifter kan bli problematisk når pasientomsorgen krever spesiell egnethet som ikke alle ansatte har.

5.2 Undersøkelsen viser

Problematikk rundt feil og uhell synliggjør svake sider ved psykososialt arbeidsmiljø i dagens samfunn med betydning for ansattes helse og fremtidige arbeidsevne. Menneskelige ressurser for ivaretagelse ved belastninger er til stede, men kan utnyttes bedre.

Forskningsspørsmålene med konklusjon:

Hvordan opplever sykepleiere å være involvert i uheldige hendelser i sitt arbeid?

Informantene har beskrevet sterke følelser, risiko og innvirkning på selvbildet, som samsvarer med tidligere undersøkelser og litteratur.

Hvordan blir ansatte involvert i uhell ivaretatt på arbeidsplassen?

Informantene i denne undersøkelsen har opplevd god og riktig ivaretagelse. Andre kan ha fått utilstrekkelig støtte, og informantene påpeker mangel på en fast ordning. Mange feil foregår i det skjulte, og de ønsker seg et forum for refleksjon rundt feil og uhell for å skape åpenhet og gi hverandre bedre støtte.

Undersøkelsen viser ny kunnskap om sammenheng mellom psykisk helse hos ansatte ved belastninger og det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsstedet. Avvikssystemet fanger ikke opp alle slags feil, fordi begrepene defineres forskjellig, basert på skjønn og dømmekraft. Bevisstheten rundt etiske krav til omsorg varierer hos personalet og kan forårsake feil og konflikter.

5.3 Implikasjoner

I praksis kan kunnskap fra undersøkelsen føre til bedre tilpasning og økt etterlevelse av myndighetenes pålegg (som Arbeidsmiljøloven og avvikssystemet). Større vekt på demokratiske verdier ved gjennomføring av endringer vil kunne gi bedre forankring og oppslutning om vedtakene. Et godt psykososialt arbeidsmiljø er helsefremmende for ansattes arbeidshelse og utnyttes ved opprettelse av et ”refleksjonsrom” rundt vanskelige hendelser.

Implikasjon for videre forskning

Kvalitative undersøkelser av psykososialt arbeidsmiljø vil gi kunnskap om virksomme faktorer på aktuelt arbeidssted. Et større aksjonsforskningsprosjekt med flerstegs fokusgrupper kombinert med undervisning om aktuelle emner kan gi verdifull kunnskap og endring på arbeidsstedet.

6. Ethiske overveielser

Gjeldende forskningsetiske bestemmelser er fulgt:

Etter avklaring fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), som er personvernombud for forskning, behøves ikke meldeskjema, fordi mulig gjenkjennbare opplysninger ikke lagres elektronisk.

Taushetsplikt og anonymisering ble garantert både skriftlig og muntlig. Habilitet og mulig gjenkjenubarhet er vurdert og gjort rede for. Rett til å trekke seg og nødvendig informasjon er gitt både skriftlig og muntlig til alle informanter, vedlegg 2. Skriftlig samtykke er innhentet, vedlegg 3.

Deltakerne har litt forskjellig språk og talemåte. I gjengivelse og sitater er disse skrevet om til vanlig bokmålsform. Andre opplysninger som kunne tenkes å være gjenkjennbare, er utelatt.

Oppbevaring av identitetsbærende materiale er gjort iht. forskrifter, utilgjengelig for uvedkommende. Destruksjon vil foretas etter at eksamensensur for oppgaven er falt.

7. Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic modell as a theory to guide health promotion. *Health promotion international, Oxford University Press Vol. 11, no.1.*
- Arbeids- og Sosialdepartementet. (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2010-2013.*
- Arbeidsmiljøloven. (2010). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*
- Arndt, M. (1994). Nurses medication errors. *Journal of Advanced Nursing, 19, 519-526.*
- Ausland, L. H., Hauge, H. A., & Andvig, E. (2006). Kan etterutdanning bidra til mer helsefremmende arbeidsplasser? En metode for utvikling av ”skreddersømstudier”. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fagbokforlaget.*
- Bjørklund, R., & Einarsen, S. (2006). Alvorlige arbeidskonflikter og familieliv. I A. Roness & S. B. Matthiesen (Red.), *I klem eller balanse: Bergen Fagbokforlaget.*
- Bjørklund, R. A. (1994). *Arbeidspsykologi: Menneske-menneske systemer og menneske-maskin systemer.* (ISSN: 0801-7794 Serie HD 1047/94 FoU).
- Bjørnerud, M. (1996). Fra nikking til handling, om hvordan skape ringer i vann. I M. Thovsen (Red.), *Fra nikking til handling. Helsefremmende arbeid i levende lokalsamfunn: Kommuneforlaget AS Oslo.*
- Breivik, E. B. (2000). Norsk pasientskadeerstatning. Reparering av skader og forebygging av feil. I A. Syse, R. Førde & O. H. Førde (Red.), *Medisinske feil: Gyldendal.*
- Bøhmer, J. (2009). Mer enn profitt. Sosialt entreprenørskap i afrikansk perspektiv. I B. Schei & E. Rønnevig (Red.), *Vilje til endring. Sosialt Entreprenørskap på norsk: Mother Courage.*
- Carlson, E. A. (2006). *Evaluering av et prøveprosjekt med kollegastøtte ved sykehus. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Oslo.*
- Charmaz, K. (2009). *Constructing Grounded Theory: Sage publications.*
- Dalen, H. (2009). Du ser det ikke før du tror det. I B. Schei & E. Rønnevig (Red.), *Vilje til endring. Sosialt Entreprenørskap på norsk: Mother Courage.*
- Dalgard, O. S., Sørensen, T., Sandanger, I., Nygård, J. F., Svensson, E., & Rea, D. L. (2009). Job demands, job control, and mental health in an 11 year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work and stress, Vol.23, No.3, July-September, 284-296.*
- Drevdahl, D. J. (2002). Home and Border: The contradictions of community. *Advanced nursing Science, 24(3), 8-20.*
- Eide, H., & Eide, T. (2001). *Kommunikasjon i relasjoner: Gyldendal Norsk Forlag.*
- Engh, S. B. (2003). *Arbeidshelse på sykehus: Helse, sosial støtte og humor blant sykehusansatte. Hovedfagsoppgave Universitetet i Oslo.*
- Eriksson, B. G. (2007). Livsvärld och systemvärld. I G. Beston, L. Borge, B. G. Eriksson, J. S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen (Red.), *Handlingsorientert forsknings samarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet» (PHIL) Rapport nr. 1-Høgskolen i Hedmark*
- Førde, R. (2000). Den kollegiale kulturen og medisinske feil. I A. Syse, R. Førde & O. H. Førde (Red.), *Medisinske feil: Gyldendal.*
- Gadamer, H. G. (2001). *Tekst og fortolkning i Hermeneutisk lesebok. Oslo: Spartacus.*

- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode*: Pax Forlag.
- Hauger, B., & Arntzen, A. (2006). Brukermedvirkning som ideal og mulighet. Om bruk av dialogkonferanse som metode i det helsefremmende arbeidet. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*: Fagbokforlaget.
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Forskrift nr.66*.
- Hem, H. E. (2006). Aksjonsforskning. Forskning til nytte i møte med velferdssamfunnets hovedutfordringer. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*: Fagbokforlaget.
- Henriksen, J. O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse*: Gyldendal Akademisk.
- Hjort, P. F. (2004). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering*.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten*: Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2003). Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*: Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2006). Verdiundersøkende samtaler i lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, Vol.3. Nr.2*.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju. I G. Beston, L. Borge, B. G. Eriksson, J. S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen (Red.), *Handlingsorientert forskningssamarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet» (PHIL) Rapport nr. 1-Høgskolen i Hedmark*.
- Hummelvoll, J. K. (2009, 25.11.). [Psykisk helse, lidelse og sykdom].
- Ingstad, E. S. L. (2009). Sosialt entreprenørskap - en klargjøring av begrepet. I B. Schei & E. Rønnevig (Red.), *Vilje til endring. Sosialt Entreprenørskap på norsk*: Mother Courage.
- INPEA. (2010). *UN Convention on the Rights of Older Persons*. New York: International Network for the Prevention of Elder Abuse, Lokalisert på www.inpea.net.
- Jenkins, J. (2004). *Social identity*: Routledge London.
- Kjølsrud, E. S. (2010). Moralsk stress og ansvar. [Kronikk]. *Grimstad Adressetidende*.
- Kogstad, R. (2009, 12.11.). [Ressursmobiliserende arbeidsformer i lokalsamfunnet].
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human. Building a safer health system. I I. o. Medicine (Red.). Washington D.C.: National Academy Press, USA
- Krüeger, R. A. (1998). *Moderating focus groups* (Vol. 4): Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal.
- Larsen, E. (1996). Jakten på Flora-tenkningen. I M. Thovsen (Red.), *Fra nikking til handling. Helsefremmende arbeid i levende lokalsamfunn*: Kommuneforlaget AS Oslo.
- Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske fordring*: J.C.Cappelens Forlag.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*: Sage publications, Thousand Oaks, California.
- Morgan, D. L. (1998). *The focus group guidebook* (Vol. 1): Sage Publications.
- Mæland, J. G. (2009). *Forebyggende helsearbeid I teori og praksis*: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer*.
- Ottosen, E. (2007). Å opprettholde bevisstheten om prosjektet. I G. Beston, L. Borge, B. G. Eriksson, J. S. Holte, J. K. Hummelvoll & A. Ottosen (Red.), *Handlingsorientert*

- forskningsssamarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet» (PHIL) Rapport nr. 1-Høgskolen i Hedmark.*
- Paulsen, P. M. E., & Brattebø, G. (2006). Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 16, 24.aug.:126, 2129-2132.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone*: Simon & Schuster, New York.
- Reason, J. (1995). *Understanding adverse events: Human factors: Quality of health care.*
- Reason, J. (2000). Education and debate. Human error: models and management. *British medical journal*, 320, 768-770.
- Schelbred, A. B. (2004). *Sykepleiere og alvorlig feilmedisineringer. Hvordan opplever sykepleiere det å gjøre en alvorlig feilmedisinering av pasienter?* Hovedoppgave. Universitetet i Oslo, .
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2000). *Psykiatri*: Akribe Forlag.
- Socialstyrelsen. (2010). *Lex Sarah og Lex Maria*. Lokalisert på www.socialstyrelsen.se.
- Stang, I. (2006). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og ”empowerment-tenkningens” relevans for ansatte i velferdstaten. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*: Fagbokforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå. (2005). Helse, Allmennlegetjenesten.
- Statistisk Sentralbyrå. (2006). Arbeidsmiljøundersøkelsen.
- Statistisk Sentralbyrå. (2010). Levekårsundersøkelsen 2009.
- Syse, A. (2000). Medisinske feil – begrepsbruk, perspektiver og utsyn. I A. Syse, R. Førde & O. H. Førde (Red.), *Medisinske feil*: Gyldendal.
- Tönnies, F., & Harris, J. (2001). *Gemeinschaft und Gesellschaft*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*: Fagbokforlaget.
- Thuen, F. (2006). Samlivsproblemer og jobben. I A. Roness & S. B. Matthiesen (Red.), *I klem eller balanse*: Bergen Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo. (2010). Lokalisert 28.6.10, på <http://www.ifi.uio.no/in166/foiler/leikny-etikk/tsld008.htm>
- Van Manen, M. (1998). *Researching Lived Experience: human science for an action sensitive pedagogy*: The Althouse Press.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*: Fagbokforlaget.
- Vern for eldre. (2010). *Nasjonal kontakttelefon*. Lokalisert 24.6.10, på www.vernforeldre.no
- WHO. (1998). *Health 21. European Health for All Series; No.5*. Lokalisert, på http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf
- WHO. (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Lokalisert 02.06.2010, på http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf

Vedlegg 1

Intervjuguide

Velkommen, presentasjon av forsker og assistent

Samtykkeskjema, informasjon

Presentasjon av deltakerne

Ice-breaker – en ”typisk meg”-historie

Åpne spørsmål med stikkord for mulige svar

Hvilke holdninger har dere på deres avdeling til uheldige hendelser?

Åpenhet

Konkurransen om å være flinkest

Irritasjon

Tabbekvote

Hva tenker du selv om slike hendelser?

Press for å gjøre alt riktig

Er jeg god nok?

Stress

Fortell om en alvorlig hendelse du har hørt om. Hvordan gikk det med den/de involverte?

Var borte fra jobben noen dager

Fikk andre oppgaver

Slutta her

Vi visste ingenting, hun bare forsvant liksom

Lederen snakket visst med henne

Hun var ikke helt god

Jeg ville ha støtta henne hvis jeg hadde vært der

Tror dere de fleste avvik blir meldt?

Tungvint å skrive avviksmeldinger

Meldes bare hvis feilen kunne fått konsekvenser

Hensikt med avvik?

Det skjer jo ingenting likevel

Har ikke tid

Er feil og avvik det samme?

Kan være det samme, ikke alltid
Feil kan være tabber vi retter opp med det samme
Avvik registreres hvis det er avvik fra prosedyre

Hva gjør du når du oppdager et avvik? Hvordan oppleves det å være den som oppdager en feil?

Ubehagelig
Heksejakt på den skyldige
Kan være konfliktfyllt
Må rettes opp
Kan gjøres i stillhet
Meldes bare hvis rutiner bør endres

Hvordan er det å oppdage at en kollega har gjort en feil, sammenlignet med når du selv har gjort noe feil?

Kollegaer kan godt gjøre småfeil, men ikke jeg
Vil være best
Ikke tape ansikt
Ødelegger opplevelsen av mestring
Blir irritert hvis det er samme person mange ganger
Noen sitter og prater og gjør slurvfeil som andre må rette opp
Jeg får nedtur
Føler meg helt utafør
Kanskje de andre ser ned på meg, vender meg ryggen?

Er opplevelsen den samme om det forårsaker skade eller ikke?

Litt ille i alle fall
Vi vet vel ikke alltid om konsekvensene
Nei, uten skade på pasient er småfeil og tabber noe vi må leve med
Jeg husker en gang jeg gjorde noe veldig galt
Det skjer også feil som vi aldri finner ut av

Hvordan oppleves nesten-uhell?

Nesten-uhell er et varsko om noe som ikke skal skje
Nesten-uhell skjer hele tida, ikke noe å bry seg med

*Oppsummering**Hvordan har deltakerne opplevd samlingen?**Takk for verdifullt bidrag**Velkommen til neste gang**Notere nye tanker i mellomtida*

Vedlegg 2

Informasjon vedrørende studien:

Hvordan påvirkes psykisk helse hos ansatte involvert i utilsiktet hendelse?

MÅL:

Hensikten med studien er å belyse følelsesmessige reaksjoner hos helsepersonell involvert i uhell i sitt arbeid. Om mulig kan undersøkelsen bidra til bedre ivaretagelse av ansatte ved belastende hendelser.

Du er invitert til å delta i undersøkelsen.

METODE:

Studien vil utføres ved hjelp av et gruppeintervju med to møter med varighet 1-2 timer hver gang. Det vil bli enkel servering, men du får ingen godtgjørelse for deltakelsen.

ETIKK:

Deltakelse er frivillig, og du kan trekke deg fra undersøkelsen når som helst.

Alle i gruppen har taushetsplikt.

Intervjuet vil tas opp på båndspiller, som skrives ut og analyseres av forskeren. Materialet anonymiseres og oppbevares utilgjengelig for alle andre. Etterpå vil materialet bli destruert.

Studien vil inngå i en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid og kan senere bli publisert.

Vedlagt følger et skjema om informert samtykke. Du bes undertegne og returnere dette til nedenstående snarest om du vil delta. Bruk gjerne vedlagte frankerte svarconvolutt.

Med hilsen

Ellen Vander Elst (bioingeniør/mastergradsstudent i psykisk helsearbeid)

ellen.vander@c2i.net (mobiltlf.nr. 41300821)

Adr.: Sagglovavn.4, 3140 Nøtterøy.

Vedlegg 3

*Aktivt informert samtykke
til å delta i studien om psykisk helse
hos ansatte involvert i utilsiktet hendelse*

Jeg er informert om studien og deltar frivillig.

Når som helst og uten å oppgi grunn kan jeg trekke meg fra undersøkelsen.

.....
Sted og dato

.....
Underskrift