



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Vold, overgrep og omsorgssvikt på sykehjem – når grensene blir utydelige

- Sykepleierens refleksjoner

Iris Lindasdatter-Rønning

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid, HEL-3961, mai 2022

Kuffertmerkelappene

Utenpå mitt liv
står merkelappene:

Bergen.

Askvold.

Slagnes.

Volda.

Oslo.

Trondheim.

Roma.

Moskva.

Kiljordet.

Hva er innenfor
disse merkelappene?

Hagerup (2015, s. 231)

Forord

Da jeg skrev min avsluttende oppgave på sykepleierutdanningen, var temaet ureflektert maktbruk i helsehjelp til eldre. Som sykepleierstudent hadde jeg sett og opplevd mange situasjoner jeg ikke kunne glemme. Mye oppfattet jeg nok som handlinger med hensikt til å hjelpe pasienter, men med uheldige og noen ganger skadelige konsekvenser. Andre tilfeller tenker jeg fortsatt på i dag. Jeg har periodevis fortsatt i samme spor og har de senere år deltatt i TryggEst, en nasjonal pilot med hensikt til å avdekke, forhindre og iverksette tiltak for risikoutsatte voksne som har opplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt (Bufdir, 2022). Denne oppgavens tematikk er på mange måter en naturlig utvikling i prosessen som startet for mange år siden.

Til informantene som delte sine tanker og erfaringer med meg. Som viste meg tillit og lot meg få ta del i deres livsverden. Mange takk for deres deltakelse. Uten dere hadde ikke denne studien blitt til. Mitt ønske er at dere leser teksten og kjenner dere igjen i samtalene og refleksjonene.

Til min familie. Floris, min kloke mann og største støttespiller. Uten din klokkeklare tro på mine akademiske ferdigheter, hadde prosessen med oppgaven vært uovervinnelig. *Onze liefde is voor altijd*. Til mine barn Olve, Falk og Linde. Dere måtte vente på bollebaking, søndagsturer og oppmerksomhet. Lenge. Men jeg håper jeg har vist dere at utholdenhet er viktig og at ambisjoner og drømmer kan være gode veivisere. Nå skal vi bake sammen igjen.

Til min veileder Marianne Eliassen, førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag. Takk for alle dine konstruktive tilbakemeldinger, vennlige tydelighet og skarpe akademiske blikk. Var det ikke for deg, ville jeg gått meg vill for lenge siden. Til min søster Ida, til Catrine og Klara. Deres spørsmål, diskusjoner og refleksjoner har vært verdifulle for meg. Dere hjelper meg til å se på ting med nye øyne og det setter jeg stor pris på. Til mine medstudenter. Dere er gull. Takk for en herlig, utfordrende og inkluderende studietid. Jeg håper jeg ikke må savne dere. Studieforløpet til Master i helsefaglig utviklingsarbeid har vært en investering i evnen til kritisk tenkning og akademisk mot. Takk til alle knallflinke forelesere som hjalp meg til å se “fjellet” som den representasjonen av virkeligheten det er.

Iris Lindasdatter-Rønning, Tromsø, 04.05.2022

Sammendrag

Denne kvalitative studien har undersøkt sykepleieres forståelser av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Og samtidig forsøkt å belyse hvordan sykepleierne forholder seg til og håndterer gråsonehendelser som oppstår på sykehjem. Bakgrunnen for dette har vært med utgangspunkt i en doktorgradsavhandling (Botngård, 2021), som blant annet konkluderte med at definisjonsutfordringer foreligger for alle de tre nevnte begrepene. Men denne studien ser også på innrammingen av begrepene i samfunnet generelt, der både utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, media og andre toneangivere, påvirker vår felles forståelse av dem. Hensikten har vært å vise frem et nyansert bilde av hvordan gråsonehendelser forstås, slik at det i fortsettelsen kan forskes videre på gode løsninger som fører til en åpnere refleksjon blant sykepleierne. Og gjennom dette, at forekomsten av gråsonehendelser på sikt kan reduseres.

Ved bruk av en semistrukturert intervjuguide, ble det gjennomført individuelle intervjuer med et strategisk utvalg av fem sykepleiere med erfaring fra sykehjem. Tematisk analyse ble benyttet for å abstrahere meningsbærende enheter om til kategorier. Dette ble gjort ved hjelp av beskrivelser hentet fra Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2018). Innholdsanalysen ble gjennomført med inspirasjon fra konstruktivistisk tenkning og teorigrunnet skriver seg fra sosiologi, sosialpsykologi og sykepleie. Analysen av tekstene fra intervjuene peker på et sammensatt utfordringsbilde. Der sykepleierens yrkesutøvelse ligger i et skjæringspunkt mellom lovgiving, økonomi, ressurstilgang, kompetanse og tolkning av sosiale, situerte begreper. Informantene viser til ulike forståelser av de sentrale begrepene; vold, overgrep og omsorgssvikt og forteller om hvordan disse begrepsforståelsene påvirker utøvelsen av helsehjelp, samt deres personlige og faglige identitet.

Drøftingen bruker Goffman (1968) sin teori om framing til å belyse hvordan begreper gjennom ulik innramming endrer sitt meningsinnhold. Fortolkningsalternativer rundt adferd knyttet til gråsonehendelser, forstås gjennom attribusjonsteori. Teori om stigma (Goffman, 1968), benyttes for å drøfte hvilke håndteringsmekanismer som kom til syne i datamaterialet. På bakgrunn av fortolkningen i drøftingen er det grunn til å tro at de sentrale begrepene i oppgaven ikke lar seg ramme inn av en enkelt definisjon. Men at vi likevel må fortsette å snakke om hvilke meninger de tillegges, slik at det får vokse frem en avstigmatiserende åpenhetskultur. Der vi kan ta avstand fra vold, overgrep og omsorgssvikt, samtidig som at sykepleieren som individ møter forståelse for sine utfordrende handlingsalternativer.

Abstract

This qualitative study has investigated nurses understanding of the concepts violence, abuse, and neglect. And at the same time tried to shed light on how nurses relate to, and handle incidents of inadequate care in nursing homes. The back drop of this paper has been the dissertation by Botngård (2021). In which it, among other aspects, concluded with the difficulties of defining the central concepts; violence, abuse, and neglect. This study however also investigates the framing of these terms in society at large. Where educational institutions, employers, media, and others, influence our shared understanding of them. The aim has been to show a nuanced understanding of inadequate care, and with it, the continued research to find viable solutions leading to a greater sense of openness among nurses. With the hopes of reducing the prevalence of inadequate care in the long term.

By using a semi-structured interview guide, five nurses with experience from working in nursing homes, were individually interviewed. Thematic analysis was used to abstract meaning from codes into themes. This was conducted with help from steps found in Johannessen et al. (2018). The analysis was performed using constructivism as an entry point. The theoretical basis derives from sociology, social psychology, and nursing. In summary the interviews points to a complex situation. Where the nursing profession dwells in an intersection between legislation, access to resources, knowledge, and the interpretation of socially situated conceptions. The participants show diversity in how these conceptions are given meaning. And narrates how these terms influence their professional practice, as well as their professional and personal identity.

The discussion provides Goffman's (1968) theory on framing as a way to understand how concepts, through diverse framing, changes their inherent meaning. Interpretive options as to how behavior concerning incidents of inadequate care can be understood, is seen in light of attribution theory. Coping mechanisms in regards to performing acts of inadequate care, were discussed using Goffman's (1968) theory on stigma. Based on the analysis and discussion, reasons can be found to suggest that central concepts of this paper are un-definable. But nevertheless, we should still strive to keep the discussion of their meaning open, so that a de-stigmatizing culture can grow. In where we distance ourselves from acts of violence, abuse, and neglect. All the while, still offering acceptance towards the challenging decisions that nurses face on a day-to-day basis.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstilling	3
1.2	Hensikt	4
1.3	Teori	4
1.3.1	Konstruktivisme	4
1.3.2	Framing	6
1.3.3	Attribusjonsteori	7
1.3.4	Stigma	8
2	Forskningsfeltet	10
3	Metode	12
3.1	Valg av metode	12
3.2	Dataproduksjon	13
3.3	Rekruttering og utvalg av deltakere	14
3.4	Gjennomføring av intervjuene	15
3.5	Datasikkerhet og lagring	17
3.6	Transkribering og analyse	17
3.7	Forskningsetiske overveielser	19
3.8	Metodekritikk/refleksivitet	20
4	Resultat: Sykepleierens refleksjoner – samtaler om et utfordrende landskap	22
4.1	Uklare grenser – vi har forskjellige erfaringer	22
4.1.1	Konstruerte begreper – vi snakker ikke om vold direkte	23
4.1.2	Fysisk vold – jeg håper at det ikke skjer, men	24
4.1.3	Psykisk vold – man kan ikke bare skjelle ut pasienter	26
4.2	Faktorer som avgjør – samme hendelse kan bety forskjellige ting	27
4.2.1	Intensjonen bak en handling – bare for å lette eget arbeid?	28
4.2.2	Konsekvensen av handlingen – pasienten ble redd	30

4.2.3	Om andre har gitt godkjenning – legen er jo den ansvarlige	31
4.3	Forklaringsmekanismer – jeg er den eneste sykepleieren på vakt	33
4.3.1	Når det er de andre som gjør det – assistenten har ikke lært det samme	34
4.3.2	Når det er en selv som gjør det – beltebruk var eneste løsning	36
4.4	Håndteringsmekanismer – du må nesten trøste deg selv.....	37
4.4.1	Integritetsproblem – jeg er jo ikke en voldelig sykepleier.....	38
4.4.2	Skyld og skam – mine feil kan jeg ikke snakke fritt om.....	39
5	Drøfting.....	41
5.1	Framing – hvordan kan gråsonhendelser forstås?	41
5.1.1	Sykepleiernes forståelse og innramming	42
5.1.2	Faktorer som påvirker forståelsen.....	46
5.2	Attribusjon og attribusjonsfeller – hvem gjør hva, og hvorfor?.....	49
5.2.1	Når det er andre som gjør det.....	49
5.2.2	Når det er en selv som gjør det	51
5.3	Stigma – å være en utstøtt	52
5.3.1	Stigma – slik det kom til syne hos sykepleierne	53
5.3.2	Hva kan stigma føre til.....	54
5.3.3	Sentrale aktører i prosessen med håndtering av stigma	55
5.4	Kliniske implikasjoner for praksis og videre forskning.....	57
6	Oppsummering.....	59
	Referanseliste.....	61
	Vedlegg 1 Godkjenning NSD	65
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakere.....	66
	Vedlegg 3 Intervjuguide	69
	Vedlegg 4 Konseptkart	70

1 Innledning

Pasienter på sykehjem utsettes jevnlig for overgrep, omsorgssvikt eller vold (Botngård, 2021). Selv om store internasjonale prevalensstudier mangler for å kunne tallfeste omfanget, vet vi at problemet er omfattende (Botngård, Eide, Mosqueda, Blekken & Malmedal, 2021). I studien «Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff» viste anonyme spørreundersøkelser at over 90% av sykepleiere som jobbet på sykehjem hadde observert kollegaer som utsatte pasienter for vold, overgrep eller omsorgssvikt. 87 % svarte også at de selv hadde utsatt pasienter for det samme (Malmedal, Ingebrigtsen & Saveman, 2009). Her er det nødvendig å presisere at hendelsene det i størst utstrekning meldes om, er hendelser av typen «inadequate care». Noe jeg oversetter til utilstrekkelig helsehjelp eller gråsonehendelser. Eksempler på slike situasjoner kan være at sykepleiere verbalt har uttrykt sinne ovenfor pasienten, holdt unna pasientens ringsnor, latt pasienter ligge ustelt og uvasket i seng, brukt skjellsord, tatt i bruk sengehest som fysisk stengsel, snakket nedsettende om pasienter i andres påhør eller unnlatt å gi hjelp innen rimelig tid.

Det finnes flere norske og internasjonale studier og organisasjoner som belyser de mulige skadevirkningene av at en utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt. WHO trekker blant annet frem isolasjon, psykiske senvirkninger og varige fysiske mén som sannsynlige konsekvenser. I WHO (2021) sin globale strategi og handlingsplan for aldring og helse, kommer det frem veiledende retningslinjer for å redusere utbredelsen av disse hendelsene. Mest fremtredende er tiltak for å avdekke omfanget med større sikkerhet, bygge samarbeid mellom stater og organisasjoner, samt heve kompetansenivået for helsepersonell (WHO, 2021). Også den norske regjeringen har satt fokus på og fremsatt klare forventninger om tiltak angående dette, i Stortingsmelding nr. 15 - *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Eldre er her nevnt som en særskilt del av befolkningen, med økt sårbarhet på liknende vis som barn (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I denne stortingsmeldingen, der rammen er «vold i nære relasjoner», defineres helseutøvere også som nære relasjoner. Særlig i de tilfeller at pasientene bor eller oppholder seg på institusjon, eller mottar helsehjelp i hjemmet. Barne- og likestillingsdepartementet har også inkludert eldre som mottar kommunale helsetjenester som et eget punkt, der både avdekking og oppfølging er sentrale prioriteter (Prop. 12 S 2016-2017).

I kjølvannet av at et norsk forskningsprosjekt hadde undersøkt utbredelsen av gråsonhendelser, vold, overgrep og omsorgssvikt, meldte lederen for Norsk Sykepleierforbund, Lill Sverresdatter-Larsen seg på i mediedebatten (Larsen, 2021). Med debattinnlegget «Det skal være trygt å være på sykehjem» la hun til en nyanse i innrammingen av fenomenene vold, overgrep og omsorgssvikt (Larsen, 2021). Slik jeg tolker henne kan det hende at uønskede hendelser oppstår både fordi helsepersonell har dårlige holdninger og mangler kunnskap. Men hun peker tydelig på at forutsetningene for å yte helsehjelp på sykehjem i dag, ikke er gode nok. Og at det er nettopp disse sviktende forutsetningene som ofte skaper situasjoner med vold, overgrep og omsorgssvikt. Også en av medforskerne bak forskningsprosjektet «Vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem» (NTNU, u.å.), uttalte seg til media og kritiserte hvordan funnene ble fremstilt (Rognli & Alnes, 2021). I artikkelen sier spesiallege og forsker Bjørn Lichtwarck at bruken av begrepet vold er meningsløs. Også spesialsykepleier og forsker Janne Myhre, tidligere fra samme forskergruppe, mener begrepsbruken i studiet samler alt for mange handlinger i sekkebetegnelsen «vold» (Rognli & Alnes, 2021).

Selv om forskning og faglitteratur peker på utfordringer rundt definisjoner av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt, har den norske stat likevel juridiske rammer som omfatter tematikken. Straffeloven (2005), kapittel 25, omhandler voldslovbrudd. Herunder er det flere paragrafer som legger føringer for hvilken straff som kan idømmes ved brudd på loven. Lengden og typen straff som kan idømmes er tydelig og klart avgrenset. Noen eksempler på straffbare handlinger er utøvelse av vold, kroppskrenkelse, trusler, skade, dødsfall og tvang (Straffeloven, 2005). Lovverket definerer lovbruddene som grove dersom de eksempelvis foregikk over tid, ble begått mot forsvarsløse personer, ble utøvd av noen med omsorg for offeret eller resulterte i permanent skade eller død (Straffeloven, 2005). Jeg finner ikke beskrevet i lovverket hva som spesifikt legges til grunn for innholdet i begrepene «vold», «tvang» og «krenkelser», kun beskrivelser av konsekvensene ved voldelige handlinger. Eksemplene er ikke uttømmende, men konsekvensene kunne blant annet være smerte, vansirelser, funksjonstap og tap av kroppsdeler (Straffeloven, 2005).

1.1 Problemstilling

Begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt er ladde og kan forstås i bred eller smal forstand. I sin ytterste konsekvens kan det være snakk om alvorlig vold, med døden til følge. Eller seksuelle overgrep og omsorgssvikt som er så omfattende at liv og helse settes i fare (Lillevik, 2019). I denne oppgaven ønsker jeg å sette søkelyset på den andre enden av skalaen, der disse begrepene befinner seg i gråsonen av hva som kan aksepteres eller kanskje til og med anses for normalt og påregnelig. Dette refererer jeg til som *gråsonhendelser* videre i oppgaven.

Dahl og Sørensen (2020) påpeker at ansatte som er alene og observerer det som Malmedal (2014) beskriver som utilstrekkelig helsehjelp, ofte blir usikre på hvordan de skal tolke det de så. I tillegg til at de ikke føler seg trygge på korrekt håndtering. Dersom flere ansatte observerte samme hendelse, var sjansen for at det ble rapportert noe større. Men det oppstår likevel usikkerhet også da. Helsepersonellet bortforklarer kanskje hendelsen med at kollegaen som regel er veldig omsorgsfull mot pasientene, maktbruken var nødvendig, pasienten kunne vært til fare for seg selv eller det oppstår en generell usikkerhet rundt om man faktisk så og oppfattet det samme (Dahl & Sørensen, 2020).

På bakgrunn av hva tidligere forskning peker på som nødvendige områder for nye studier (Botngård, 2021, s. 83) blir problemstillingen for prosjektet som følger:

«Forskning peker på store utfordringer med ufullstendige definisjoner av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Hvordan fortolker sykepleiere i sykehjemsinstitusjoner disse begrepene?»

For å komme nærmere et svar på problemstillingen har jeg også inkludert to forskningsspørsmål:

- Hvordan forklarer sykepleierne gråsonhendelser?
- Hvordan beskriver sykepleierne sine håndteringsmekanismer når gråsonhendelser oppstår?

1.2 Hensikt

Gjennom å utføre kvalitative intervju ønsker jeg at temaet kan vises frem i en mer nyansert innramming. Hensikten bak intervjuene er å få satt søkelyset på sykepleierens perspektiv og de mange utfordringene de møter gjennom sitt arbeid på sykehjem. Jeg håper at denne oppgaven kan tilby en dypere forståelse for hvordan disse begrepene forstås og hvorfor gråsonehendelsene oppstår. Og dermed senere kunne bygge videre på effektive tiltak som vil forhindre at pasienter utsettes for dette, i den utstrekning som foregår nå. På bakgrunn av at tilgjengelige studier ofte bygger på anonyme spørreskjemaundersøkelser, med sine fordeler og ulemper med hensyn på valg av metode, har jeg valgt en annen tilnærming til fenomenene. For på denne måten å se om det kan fremskaffe supplerende og/eller kontekstualiserende kunnskap.

1.3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere en oversikt over teorier og begreper som er sentrale i oppgaven. Konstruktivismen står i sentrum, som et premiss studien er gjennomført i lys av. Teorier om framing, attribusjon og stigma er brukt flere steder i studien og presenteres også i dette kapittelet. Begrepene i kjernen av oppgaven (vold, overgrep og omsorgssvikt) vil også belyses gjennom ulike definisjoner eller forståelser.

1.3.1 Konstruktivisme

Konstruktivismen er et vitenskapsteoretisk ståsted som kjennetegnes ved at den hevder vår kunnskap om verden vi lever i, er ulike konstruksjoner av virkeligheten. I dette ligger det at virkeligheten er konstruert, og dermed ikke har en målbar størrelse. Det relaterer jeg til informantene, når de forteller om sine individuelle tolkninger av kjernebegrepene i oppgaven. Der vold, overgrep og omsorgssvikt kan oppleves, men ikke måles og virkeligheten er et fenomen, heller enn et fast objekt (Justesen & Mik-Meyer, 2010).

Dersom virkeligheten er konstruert, spør konstruktivismen hvem som konstruerer den. Og innen konstruktivistisk tenking finnes det tre vanlige forslag. 1) Konstruktørene er «vanlige» mennesker, eks. deltakere i en studie. 2) Konstruktørene er forskere. 3) Konstruktørene er

epistemer og diskurser i samfunnet (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I denne oppgaven ligger forståelsen av konstruerte virkeligheter i en deling mellom vanlige mennesker og forskere. Forskere er også vanlige mennesker, men med en litt annen tilnærming til konstruksjonen av eksempelvis et datamateriale.

Et annet sentralt trekk ved konstruktivismen er i følge Justesen og Mik-Meyer (2010) at den søker å utfordre tatt-for-gittheter i samfunnet. Hvilke selvfølger kan vi finne og på hvilken måte kunne de sett annerledes ut, dersom vi gikk inn og så på dem i en annen kontekst? Til sist er det viktig å nevne at konstruktivismen gjennom konstruktivistisk analyse har til mål å av-selvfølgeliggjøre våre tatt-for-gittheter. Dette forstår jeg som en erkjennelse av at ingen fenomener eller begreper kan reduseres til kun en definisjon eller forståelse, fordi hele vår verden er kollektivt konstruert og dermed flytende, ustabil og foranderlig (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I tilknytning til denne oppgaven vil tatt-for-gitthetene som undersøkes, være informantenes internaliserte forståelser av både begrepsinnhold og årsaksforklaring for gråsonehendelser. For å se på fenomener og begreper i et konstruktivistisk lys må forskeren i følge Justesen og Mik-Meyer (2010) være bevisst på at alle analysegjensstander eller fenomener er kontingente, enten historisk eller sosialt betingede.

Begrepet *vold* har for eksempel mange forskjellige definisjoner og jeg legger frem to av dem i det følgende avsnittet.

«Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at handlingen skader, smerter eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutter å gjøre noe den vil» (Isdal, 2000, s. 7).

Slik jeg forstår Isdal (2000) i sitatet ovenfor, er det sentralt for voldsdefinisjonen at offeret gjør noe han ikke vil eller slutter å gjøre noe han vil gjøre. Mens definisjonen under fra World Health Organization (uå), gjengitt på norsk av Malmedal, Sandmoe og Ystgård (2019) har likhetstrekk, vektlegger det siste sitatet skade og lidelse som førende for definisjonen.

«En enkeltstående eller gjentatte handling(er) og mangel på riktige handlinger som oppstår i en relasjon der det er forventning om tillitt, og som forårsaker skader eller lidelser for en eldre person» (World Health Organization, uå) oversatt i (Malmedal et al., 2019, s. 90).

Felles for begge sitatene er at de skal være definisjoner av voldsbegrepet. Men slik jeg leser dem, innrammer de vold som en definisjon basert på konsekvenser av vagt definerte handlingsbegreper.

1.3.2 Framing

Begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt er verdiladde og dette kan føre til at mange vegrer seg for å bruke dem. Men et ord er i sin enkleste form bare en konstruert betydning, satt sammen av enkeltbokstaver. Det er mennesker som har gitt ordene innhold og mening. Goffman (1986) illustrerer dette gjennom teorien om framing. Han mener at innrammingen av et fenomen, en hendelse eller et begrep, direkte former vår mening om det. Goffman (1986) beskriver at vi bruker vårt primære rammeverk for å forstå verden. Innen det primære rammeverket skiller han mellom det naturlige og det sosiale rammeverket. Hvor det naturlige er et fenomen som bare er seg selv. For eksempel været. Det sosiale rammeverket er på den andre siden et konsept hvor vi tillegger noe mening. Det eksemplifiseres som vår oppfatning av en meteorolog som spår været. Goffman introduserer også begrepet laminationer inn i forståelsen av en innramming. Hvor laminationer er lagene eller filtrene som legges over et begrep eller et fenomen. Dette forstår jeg som konteksten de presenteres i. Innramming og kontekst som store påvirkere, kan illustreres gjennom et eksempel under fra nyhetsbildet.

Ved at ordet *overgrep* males med store bokstaver i nyhetsoverskrifter, skapt for å sende sjokkbølger gjennom leseren, skapes assosiasjoner til deres betydning. For eksempel artikkelen «Jeg er en overgriper» (Lundemo, 2022) fra Dagsavisen. Der bildet i artikkelen viser en eldre dame med hendene foran ansiktet. Ved å se på håpløsheten og avmakten som fremstilles i bildet og overskriften som er valgt, danner leseren seg en mening av innholdet. Overskriften og bildet rammer inn overgrepsbegrepet i en negativ kontekst, før innholdet er lest. Ved nærmere ettersyn oppfatter jeg at artikkelen i langt større grad handler om en frustrasjon over manglende kompetanse og svikt i personalressurser. Men det kommer ikke frem i artikkelens overskrift.

Til vanlig benyttes ofte teorien om framing opp mot massemedia, for å sikre at de overfører sitt budskap ut til samfunnet i henhold til de mål de har (Chong & Druckman, 2007). Men den er gyldig til bruk på mange andre områder. Vi innrammer hele tiden fenomener og begreper. Som i eksemplet over, er konteksten viktig for hvordan noe forstås. Når informantene i denne

oppgaven senere forteller om sin begrepsforståelse, gjør de det i konteksten av hvordan begrepene er innrammet i samfunnet i dag. Sosialt betingede fenomener som vold, overgrep og omsorgssvikt, har sjelden den samme innrammingen.

Begrepet *omsorgssvikt* handler i følge Dahl og Sørensen (2020) om at en person har helsemessige, primære eller andre behov, som ikke blir dekket. Det kan være behov for omsorg, hjelp til å ivareta egen integritet, hjelp til personlig hygiene, tilrettelegging av måltider og mye mer. Og omsorgssvikten kan være i det private hjem eller offentlig. Under offentlig omsorgssvikt bør spesielt nevnes utstrakt bruk av tvang i institusjoner. Dahl og Sørensen (2020) spesifiserer ikke en aldersgruppe for omsorgssvikt, men et raskt søk på nettet etter «hva er omsorgssvikt?» gir inntrykk av at omsorgssvikt er noe primært barn utsettes for (Google, 2022). Der de 30 første søketreffene utelukkende omhandlet barn som offer for, og foreldre som utøvere av omsorgssvikt. Innrammingen av begrepet gjennom aldersspesifikke overskrifter i media og søkemotorer legger dermed kanskje føringer for hva vi på individnivå til slutt velger å inkludere i begrepet.

1.3.3 Attribusjonsteori

Selv om definisjonene kan være mangfoldige og deres betydning uklar, har vi likevel ofte en indre oppfatning av når noe uakseptabelt har skjedd. For å forsøke å gi årsaksforklaringer til disse fenomenbaserte hendelsene, attribuerer vi. **Harold H. Kelley** (1921-2003) var en av de store amerikanske sosialpsykologene som forsket på og fremsatte teorier om blant annet interpersonlige forhold og attribusjon (American Psychological Association, 2002). Innen attribusjonsteori var han godt kjent for sin kovariasjonsmodell, som tok sikte på å forklare hvordan en person ville komme til å attribuere en bestemt adferd. Kelley var opptatt av å finne årsaker som kunne kaste lys på hvorfor vi velger *situasjonelle eller disposisjonelle forklaringer* på vår egen eller andres adferd (Kelley, 1973).

Attribusjon forklarer Kelley som vår spontane årsaksforklaring på hvordan vi selv, eller andre oppfører oss og handler. Dersom vi attribuerer om adferd observert hos andre, kalles det *interpersonlig* attribusjon. Handler det om egen adferd, kalles prosessen for *selvattribusjon*. Når vi attribuerer, sier Kelley (1973) at adferden tilskrives indre eller ytre årsaker – kausal attribusjon. Dersom jeg tror den andre handler ut ifra personlige egenskaper (sånn som de er),

er det snakk om disposisjonelle faktorer. Tror jeg den andre handler som den gjør på grunn av omstendigheter (utenfor deres kontroll), kalles det situasjonelle faktorer.

Et eksempel som kan illustrere attribusjon handler om overgrep. Begrepet *overgrep* kan i følge Dahl og Sørensen (2020) være seksuelle, økonomiske, menneskerettslige eller digitale. Brudd på menneskerettighetene vil ha glidende overganger mellom overgrep og omsorgssvikt. I en tenkt situasjon oppfatter jeg at en kollega forlater en døende pasient. Dette vil kunne defineres som et overgrep fordi alle mennesker har rett til trygghet og nødvendig helsehjelp (FN-sambandet, 2020/1948). Gir jeg situasjonen mening ved å tro at min kollega handlet slik fordi hun ikke ville være sammen med pasienten, attribuerer jeg årsaken til adferden som disposisjonell. Tror jeg hun forlot fordi hun hadde andre oppgaver som også var viktige, attribuerer jeg hendelsen som situasjonelt betinget. I motsatt tilfelle, at det var jeg som forlot situasjonen, viser Kelley et al. (2001) til at det er lett å gå i en attribusjonsfelle. Det vil si at når det handler om egen adferd, vil vi ofte tillegge situasjonelle faktorer størst vekt. Mens andres adferd lettere vil attribueres til disposisjonelle faktorer. Denne feilkilden kalles *attribusjonsbias*.

1.3.4 Stigma

I likhet med teorien om framing, benytter jeg også **Erving Goffman** (1922-1982) til å belyse hvordan deltakerne i studien forholder seg til skam og stigma. Goffman var en kanadiskfødt anerkjent sosiolog og sosialpsykolog, som var godt kjent for sine studier innen symbolsk interaksjonisme (Aakvaag, 2008). Et av Goffmans mest kjente verker er boken «Vårt rollespill til daglig» (Goffman, 1969/1992), som tar for seg sosiale situasjoner analysert med hjelp av begreper fra teateret (Aakvaag, 2008). Her presenteres leseren for de ulike rollene vi kan innta i forhold til hverandre og menneskets behov for *inntrykkskontroll*. Goffman beskriver at inntrykkskontroll er det viktigste virkemidlet vi nyttiggjør oss av, for å sikre at vår sosiale status opprettholdes. Han mener også at mennesker fremstår som flere versjoner av seg selv, for å opprettholde et ønsket inntrykk i andres øyne. Dette refererer han til som «front stage» og «back stage» (Goffman, 1969/1992). Den vi ønsker å være i en gitt situasjon er vår front stage-rolle og den vi er når lysene er slukket på teateret, er vår back stage-identitet. Men slik jeg forstår Goffman (1969/1992) er det alle våre front stage-roller som til sammen utgjør vår back stage-identitet. Målet med alt dette rollespillet er å vise oss frem fra vår beste side,

tilpasset den situasjonen vi befinner oss i. For dersom våre tilkortkommenheter avsløres, risikerer vi å føle skam gjennom et *synlig* eller *usynlig stigma* (Goffman, 1968, 1969/1992).

Et stigma kan oppstå dersom en person har visse karakteristikk (attributter) som skiller seg fra referansegruppen eller majoriteten. Et klassisk eksempel er en straffedømt person. Denne vil kanskje ikke bære et stigma i en kriminell gjeng, der flertallet er straffedømte. Men vil fort kunne føle seg stigmatisert ute blant dem som Goffman (1968) kaller «de normale». Men også innad i den kriminelle gjengen kan det finnes stigmatiserende type domfellelser, eller andre attributter som vil føre til et opplevd stigma. Videre hevder derfor Goffman at stigmaet ikke bor hos den stigmatiserte, eller observatørene. Men heller i forholdet mellom et attributt (religion/kriminalitet/uprofesjonalitet) og publikummet. Man er dermed kun stigmatisert i forhold til noen som ikke bærer stigmaet (Goffman, 1968).

I Goffmans bok «Stigma» (1968) mener jeg underoverskriften er av interesse for denne oppgaven; «notes on the management of spoiled identity». I overskriften forstår jeg at han undersøker håndteringsmekanismer for en ødelagt identitet. Hva skjer med personer som opplever at forventningene til deres sosiale identitet overstiger den faktiske sosiale identiteten? Goffman beskriver at mennesker antar hvordan deres fremtoning vil se ut i øynene på en annen. Og dersom vi tror denne andre vil dømme oss, opplever vi en av våre mest essensielle følelser; forlegenhet eller selv-skam. I denne oppgaven trekker jeg paralleller mellom den stigmatiserte og sykepleieren som ønsker å oppfattes som hjelperen, men plutselig får merkelappen «overgriper». Videre er det i følge Goffman (1968) ekstra viktig å ikke komme til kort i øynene på noen som ikke har samme utfordring. For å eksemplifisere mener Goffman at å bli dømt for latskap er verre i øynene på en vi oppfatter som en pådriver. Sjuskete adferd, hos de nøyaktige, løgn hos en som er ærlig eller voldelig hos en som er fredelig og så videre (Goffman, 1968).

Goffman (1968), beskriver forskjellen mellom å være *diskrediterbar* og *diskreditert*. I det første tilfellet eksisterer det et stigma, som andre ennå ikke kjenner til. Her ligger det en mulighet for at stigmaet oppdages og da vil bæreren av stigmaet bli diskreditert. Slik jeg oppfatter bruken av ordene handler diskreditert om å være svertet. Det plasseres en mistillit til individets personlighet og karakter (Goffman, 1968).

2 Forskningsfeltet

I et historisk perspektiv kan utbredelsen av vold late til å ha vært økende. Men når man studerer tallene og statistikken nøye, er det heller sannsynlig at vold er mindre utbredt nå i forhold til før, i følge Dwyer (2022). I alle fall om man legger dødstall med årsak i drap eller krig til grunn. I Dwyers bok stilles det spørsmålsteget til om vold igjen er på økende trend, eller om det er fokuset på vold som har økt så mye, at vi oppfatter det slik (Dwyer, 2022). Å telle vold på bakgrunn av drap og krig vil riktig nok ikke gi et nøyaktig bilde av utbredelsen sier Dwyer. Dette er fordi mange typer vold er vanskelig å måle og vold i nære relasjoner ikke rapporteres eller i beste fall underrapporteres grovt (Dwyer, 2022). Med dette kommer han inn på et av denne oppgavens omdreiningspunkter; hvordan forstår vi vold? I følge Dwyer har vi langt flere måter å forstå det på i dag, enn vi hadde for bare 50 år siden. Nye former for vold har kommet til og andre har blitt mindre synlige. Han teoretiserer over begrepet vold og sier det har sosiale, kulturelle, historiske og situerte betingelser, og dette er noe av det som gjør det så vanskelig for mennesker å bli enige om hvordan det skal måles (Dwyer, 2022).

Det later også til å være bred enighet både nasjonalt og internasjonalt om at vi vet for lite om omfanget rundt vold, overgrep og omsorgssvikt i sykehjem (Botngård, 2021; Malmedal et al., 2009; Myhre, Malmedal, Saga, Ostaszkiwicz & Nakrem, 2020; WHO, 2021) Ut over dette er det heller ikke kartlagt entydige årsaker til disse hendelsene. Vi vet dermed ikke nok om hvor ofte det skjer, hvorfor det skjer og heller ikke hvordan en endring med sikkerhet kan komme i stand. I avhandlingen «Elder abuse in Norwegian nursing homes: Prevalence and risk factors» påpeker Botngård (2021) at problemet med å sikre god data for prevalens er knyttet opp mot utfordringen som ligger i definisjonen av begrepene. Hun fremhever betydningen av at begrepene og målemetodene bør operasjonaliseres og innholdet i begrepene tydeliggjøres.

Myhre, Saga, Malmedal, Ostaszkiwicz og Nakrem (2020a) hevder det er store utfordringer med å oppdage vold, overgrep og omsorgssvikt på bakgrunn av hvordan ledere i sykehjem oppfatter problemet. I studien over fant de at ledere nærmest vurderte det som utenkelig at deres ansatte kunne begå slike handlinger og de fremstod mer opptatte av å forhindre vold mellom pasienter. I en annen studie av Myhre, Saga, Malmedal, Ostaszkiwicz og Nakrem (2020b), kom forskerne frem til at ledere i sykehjem hadde utfordringer med å håndtere oppfølging av vold, overgrep og omsorgssvikt. Herunder vanskeliggjorde manglende evalueringsverktøy jobben med oppfølging. En del av studiens konklusjon gikk også ut på at sykehjem må etterstrebe å være åpne institusjoner, uten fokus på skam og skyld. Fordi det

ikke bare er individene som kan holdes ansvarlig for slike gråsonhendelser, men langt på vei også deres komplekse arbeidshverdag (Myhre, Saga, et al., 2020b).

En internasjonal studie fant at det var flere demografiske og kulturelle faktorer som påvirket i hvor stor grad helsepersonellet var tilbøyelige til å akseptere vold, overgrep og omsorgssvikt (Cohen & Shinan-Altman, 2011). Der mente forskerne at blant annet sivilstatus som enslig, jobbstress og hvor nylig man hadde flyttet til landet man arbeidet i, var avgjørende. Det finnes flere internasjonale studier som har sett på tematikken vold, overgrep og omsorgssvikt. Og jeg kjenner til artikler fra både USA, Sveits, Japan og Ghana (Anyan, 2019; Blumenfeld Arens, Fierz & Zúñiga, 2017; Dong, 2016; Katsumata & Tsukada, 2020). At disse ikke benyttes i større utstrekning for å belyse noen av spørsmålene i studien, baserer seg på behovet for å ta ned kompleksiteten i oppgaven. Det er derfor hovedsakelig norsk forskning og norske forhold som presenteres. Dette er hensiktsmessig fordi innrammingen av begrepene er så kompleks i utgangspunktet og det vil finnes store forskjeller selv innad i kun en nasjon, mellom kommuner og helt ned på individnivå.

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for valg av metode, rekruttering av informanter, transkripsjon og analyse av datamaterialet, datasikkerhet og etiske overveielser.

Metodekritikk og refleksivitet omhandles også her.

3.1 Valg av metode

Forskning på vold, overgrep og omsorgssvikt begått mot eldre, er et felt i sin spede begynnelse (Botngård, 2021). Men det er allerede flere nasjonale og internasjonale studier som har sett på samme tematikk som denne oppgaven tar for seg. Ved hjelp av et vedlagt konseptkart (vedlegg 4) utarbeidet jeg søkeord for å gjøre innledende litteratursøk på feltet. Treffene jeg fikk, ble brukt til å samle bakgrunnsinformasjon om tematikken og om hensiktsmessige metoder. Artikkene jeg fant brukte hovedsakelig anonyme spørreundersøkelser som metode for datasamling. Dette gir mengdeinformasjon om temaet forskeren undersøker, men jeg mener det har både fordeler og ulemper. Ved at informanten ikke må gi seg til kjenne i datasamlingen, kan det ha den fordelen at det er enklere å svare så oppriktig som mulig på de spørsmål som stilles. På den andre siden vil et anonymt spørreskjema være dårligere egnet til å gi dybdeinformasjon om temaet som undersøkes (Polit & Beck, 2020).

På bakgrunn av at jeg var ute etter informantenes fortolkninger og erfaringer kunne jeg valgt kvalitative intervju med en *hermeneutisk* og, eller *fenomenologisk* tilnærming som metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kvalitative forskningsintervjuet egner seg godt som metode når forskeren er ute etter å forstå intervjupersonens livsverden i følge Kvale og Brinkmann (2009). *Konstruktivismen* som er mitt valgte vitenskapsteoretiske ståsted, har flere likhetstrekk med hermeneutikken og fenomenologien, gjennom at begge er ute etter fortolkninger (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Når jeg derfor posisjonerte meg konstruktivistisk i forhold til oppgaven var det på bakgrunn av det jeg oppfatter er konstruktivismens viktigste formål. Noe som er en erkjennelse av at ingen begreper, fenomener eller tatt-for-gittheter, fundamentalt sett bare har en enkelt definisjon (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Denne studien forsøker å forstå intervjuobjektets livsverden, men som forsker er jeg bevisst på det faktum at min rolle i dataproduksjonen også påvirker hva som

produseres og hvordan informantenes livsverden fortolkes. Jeg oppfatter ikke at deltakerne har en stabil, indre livsverden, som hermeneutisk, fenomenologisk tilnærming tilsier. Men heller et foranderlig sett av forståelser og meninger. Disse påvirkes av situasjonene som deltakerne befinner seg i, konteksten rundt begrepene vi utforsker og den nye forståelsen som dannes i meningsutveksling med andre (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Jeg gjennomfører en studie med tydelig konstruktivistisk perspektiv, men selve intervjuene baserer seg også på prinsipper inspirert av hermeneutikk og fenomenologi. Samtalen som foregår i denne metoden skiller seg fra vanlig dialog og interaksjon, ved at intervjueren på forhånd har en hensikt med spørsmålsstillingen og er klar over hvordan kvalitative spørsmål kan struktureres (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved at det kvalitative intervjuet har hentet inspirasjon fra konstruktivistisk tilnærming er det også viktig at jeg som intervjuer er bevisst på at det hovedsakelig er informantenes livsverden jeg er ute etter å undersøke. Samtidig som at også informantene påvirker meg og hvordan jeg fortolker det de sier (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2 Dataproduksjon

Designet for oppgavens metode er semistrukturerte intervjuguider, til bruk i individuelle intervjusituasjoner. Intervjuguiden er lagt ved oppgaven (vedlegg 3). Gjennom å ha en intervjuguide var min intensjon at jeg skulle få hjelp til å holde fokus på det jeg ønsket å undersøke, samtidig som jeg på forhånd hadde fått anledning til å tenke gjennom hensiktsmessige, åpne spørsmål. Målet var at informantene fikk snakke fritt, innenfor et avgrenset tema (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden fungerte også som en bevisstgjøring for min egen forforståelse, ved at spørsmålene reflekterte utfordringer jeg antok at sykepleierne stod i og kunne gjenkjenne.

Begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt er sterke ord, med stor kraft til å berøre informantene. Jeg antok derfor at det kunne være utfordrende for deltakerne å snakke om dem, dersom jeg gjennom spørsmålene la opp til at de skulle relatere begrepene til egen yrkesutøvelse. I intervjuguiden bygde jeg derfor opp noen generelle spørsmål, med hensikt til å finne ut hvordan informantene assosierte og relaterte begrepene. Men guiden var også satt sammen av fiktive casebeskrivelser som vi sammen kunne snakke om (casene ligger også i vedlegg 3). Dette grepet gjorde jeg fordi jeg antok det ville være enklere for informantene dersom det ikke lå en forventning om at de skulle utlevere seg selv. Men også fordi at noen

informanter kanskje ikke hadde erfaringer å relatere begrepene til. Gjennom fiktive caser var jeg sikrere på at vi fant tematikker å utforske sammen. Da jeg skrev ut casene brukte jeg fortellinger, egne opplevelser, nyhetssaker og offentliggjorte avvik som grunnlag. På denne måten forsøkte jeg å bygge realistiske caser, som ville treffe informantene og virke gjenkjennelige. Strukturen på casene var også bygd opp i et kontinuum fra det jeg antok var «mindre alvorlig» til «mer alvorlig». Dette gjorde jeg for å se om det var ulikheter i når informantene trakk opp demarkasjonslinjer mellom når begrepene ble bekreftet eller ikke.

3.3 Rekruttering og utvalg av deltakere

Til intervjuene i denne oppgaven planla jeg et strategisk utvalg av deltakere som var tenkt å passe til å besvare problemstillingen for oppgaven (Thagaard, 2013). Kriterier for deltakelse var at de hadde autorisasjon som sykepleier i Norge og jobbet eller nylig hadde jobbet i kliniske stillinger på sykehjem. På forhånd hadde jeg en antakelse om at innholdet på sykepleierutdanningen har endret seg. Jeg hadde derfor et ønske om variasjon i antall år i arbeidslivet og ulik tid medgått siden fullført grunnutdanning hos informantene. I invitasjonen og utvelgelsen av informanter la jeg ingen føringer for kjønnsfordeling eller geografisk tilhørighet innad i Norge.

For å rekruttere deltakere til prosjektet kontaktet jeg først enhetsledere for sykehjem for å innhente tillatelse til å kontakte deres avdelingsledere. Når dette var sikret, tok jeg kontakt med fag- og kvalitetskoordinatorer og avdelingsledere i sykehjem i norske kommuner. De fikk både skriftlig og muntlig informasjon om hensikten med studien og fikk muligheten til å stille oppklarende spørsmål rundt hva jeg planla. Deretter brukte jeg hovedsakelig avdelingsledere til å rekruttere 5 sykepleiere fra sykehjem i Norge. En generell invitasjon med samme informasjon som invitasjonsbrevene gikk også ut på sosiale medier. Dette mener jeg er hensiktsmessige rekrutteringsstrategier fordi deltakerne fikk anledning til å takke ja/nei uten opplevd press fra meg. Videre fikk sykepleierne som meldte interesse, tilsendt skriftlig informasjon om studien, med informasjon om retten til å trekke sitt samtykke når som helst i studien. Muntlig samtykke, uten opplysninger om navn eller arbeidssted ble innhentet og tatt opp på lydbånd for å forhindre innsamling av unødig mye sensitiv informasjon. Dette er i tråd med hva Kvale og Brinkmann (2009) skriver om informert samtykke til forskning.

Deltakerne i dette prosjektet var fem sykepleiere, fra forskjellige sykehjem. Fire hadde grunnutdanning i sykepleie og mellom ett-fem års erfaring med yrket. En hadde videreutdanning og mellom 10-15 års erfaring fra yrket. Begge kjønn er representert. I studiens fremstilling presenteres alle deltakerne med fiktive navn.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden november-desember 2021. Fordi jeg var ukjent med denne metodikken gjennomførte jeg først et prøveintervju med en bekjent som også er sykepleier. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra prøveintervjuet og gjennomlesing fra veileder, la jeg til et spørsmål i intervjuguiden. Guiden utviklet seg hele veien og nye underspørsmål kom til. Under det andre intervjuet fikk jeg råd fra deltakeren om å gå tilbake til det første spørsmålet hun ble stilt, fordi hennes mening hadde endret seg. Dette opplevde jeg at ga utfyllende svar på første spørsmål og ble derfor endret i guiden for de fremtidige intervjuene.

Under selve gjennomføringen forsøkte jeg å være bevisst på hvordan jeg selv deltok i samtalen. Blant annet var det utfordrende å ikke legge til egne referanser, eller hjelpe informantene til å avslutte setninger dersom de lette etter ord. Det ble også viktig for meg at jeg ikke lot min entusiasme for interessante utsagn ta over og dermed stille deltakerne i skyggen av sin egen fortelling. Jeg ventet derfor til informantene hadde avsluttet setninger eller fortellinger, før jeg stilte utdypende eller oppklarende spørsmål. Intensjonen var å motivere deltakerne, uten å hindre dem i sin fortelling. I guiden var spørsmålene formulert med så mange ord som var nødvendig for å få frem det jeg spurte om. Men i gjennomføringen opplevde jeg at jeg brukte langt flere hjelpeord i et forsøk på å ikke fremstå dømmende eller skråsikker. Ord som *kanskje*, *muligens*, *potensielt*, *litt* og *noe*, ble hensiktsmessige for meg for å få frem ydmykhet ovenfor informantenes erfaringer, følelser og tematikkens karakter.

Covid-19 pandemien hadde fortsatt stor innvirkning på muligheten for å møtes fysisk på tidspunktet for intervjuene. Dette medførte at jeg måtte gjøre om på den opprinnelige planen, der jeg ville gjennomføre semistrukturerte gruppeintervjuer. For å kunne utføre intervjuene i tråd med daværende retningslinjer for smittevern og hygiene, ble alle intervjuene gjennomført via digitale møterom. Bilde/video ble ikke tatt opp eller lagret, kun lyd. I utarbeidelsen av

prosjektskissen i forkant av oppstart, var ønsket at deltakerne skulle reflektere i grupper. Og digitale gruppeintervjuer var fortsatt en mulighet, selv under Covid-19. Men dette lot seg likevel ikke gjennomføre på bakgrunn av tilbakemeldinger fra ledere om ressursknapphet på sykepleiere i sykehjem under pandemien. Det viste seg vanskelig å koordinere flere sykepleiere til samtidige samtaler. Intervjuene ble derfor gjennomført individuelt, med vekt på fleksibilitet for informantenes tilgjengelighet. De fleste intervjuene foregikk når informantene ikke var på jobb. Fordi planen hadde vært å gjennomføre intervjuene i samme rom som deltakerne, måtte jeg tenke annerledes på grunn av vendingen med digitale intervjuer. Dette førte til at jeg valgte å bruke god tid på å gjøre meg kjent med teknologien, slik at dette ikke ble et forstyrrende element under gjennomføringen.

Under intervjuene benyttet jeg appen Nettskjema Diktafon (Universitetet i Oslo, 2022). Da hvert intervju startet, informerte jeg deltakerne om at diktafon ikke ville slås på før de godkjente det og at de når som helst kunne be om at den ble slått av. Før diktafon ble slått på, forklarte jeg at deltakerne aller først ville få spørsmål om muntlig samtykke. Dernest informasjon om hensikten med studien og gjentakelse av oppfordring om ikke å gi ut informasjon av sensitiv art, med tanke på taushetsplikt. De fikk også gjentatt sin rett til å trekke samtykke når som helst underveis eller i etterkant av intervjuet. Med forsikring om at deres intervju da ville bli slettet.

Alle intervjuene varte over 45 minutter. Av hensyn til maksbegrensning på opptak til diktafon ble alle intervjuene avbrutt ved 40 minutter, for umiddelbart å starte på nytt opptak.

Deltakerne ble gjort oppmerksomme på når jeg startet og stoppet diktafonen underveis i intervjuet. Det var kun en deltaker som ønsket en kort pause i løpet av samtalen. I tillegg til diktafon tok jeg egne notater i stikkordsform underveis i intervjuene, jamfør råd om dette i Johannessen et al. (2018). Notatene ble skrevet ned i aidentifisert form. Disse notatene var mine tanker som kom underveis i intervjuene, og de ble brukt som en forberedelse til neste intervju. Eksempelvis ved at en informant nevnte noe nytt og sentralt for tematikken og jeg vurderte det som hensiktsmessig, slik at det ble innlemmet i intervjuguiden. Mine notater inneholdt også observasjoner angående deltakernes kroppsspråk, fremtoning og atmosfære.

Ved avslutning av hvert intervju snakket jeg med informantene om hvordan deres opplevelse av å delta hadde vært. Jeg fortalte at for noen kunne det kanskje komme reaksjoner på tematikken i etterkant og informerte om et lavterskeltilbud for kommunalt ansatte, ved behov

for oppfølging. Råd om å gjennomføre debrief etter intervjuene kom fra Kvale og Brinkmann (2009), hvor hensikten med debrief også er å la deltakeren komme med avsluttende tanker og kommentarer. I etterkant av intervjuene ble jeg kontaktet av en deltaker, med ønske om å få kopi av intervjuguiden til bruk i refleksjonsarbeid på egen arbeidsplass.

3.5 Datasikkerhet og lagring

Etter råd fra veileder og rutiner ved UiT, brukte jeg en forhåndsbestemt app for lydopptak. Det var også opprettet et nettskjema hvor lydfilene ble overført direkte etter innspilling og lagret trygt (Universitetet i Oslo, 2022). Lydopptakene ble slettet når transkripsjonene var gjennomført. Selve transkripsjonene ble gjort i aidentifisert form. Det vil si at dersom noen av informantene ga ut informasjon om seg selv, arbeidsplass eller annen gjenkjennende data, ble disse ikke inkludert i det skriftlige materialet. Transkripsjonene ble lagret i Microsoft One Drive, med to-faktoraутentisering. Dette var tilstrekkelig på bakgrunn av at materialet ikke inneholdt personopplysninger om deltakere eller pasienter (Universitetet i Tromsø, 2022). Det ble også utarbeidet et risikoanalyse-skjema i samarbeid med veileder, i tråd med bestemmelser for datasikkerhet ved Universitetet i Tromsø (2022). Risikoanalysen ble godkjent av studieleder.

3.6 Transkribering og analyse

Når det gjelder gjennomføring av transkripsjonen valgte jeg å overføre alle ord, bokstaver, lyder og pauser til skriftspråk. I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil noe alltid gå tapt i prosessen med å overføre tale til skrift, fordi det ligger så mye informasjon og kontekst i den non-verbale kommunikasjonen. Derfor valgte jeg å inkludere så mye data som mulig i denne delen av arbeidet, med hensikt om å sikre transkripsjonenes troverdighet og pålitelighet i den utstrekning jeg evnet. Etter første runde med transkripsjon gikk jeg over intervjuene på nytt for å se om det var sammenheng i det som ble sagt. Jeg vasket deretter transkripsjonene for lyder i rommet og korte hjelpeord i forbindelse med små pauser.

For selve analysen av datamaterialet anbefalte Johannessen et al. (2018) tematisk analyse som en oversiktlig og god inngang for nye forskere. Dette innebar at jeg fulgte trinnene som beskrevet i Johannessen et al. (2018), med *forberedelser, koding, kategorisering* og

rapportering. I fasen med *forberedelse* avgjorde jeg at det ville være hensiktsmessig med fem intervjuer. Jeg antok at dette ville sørge for at jeg hadde nok datamateriale til å gjøre en analyse og drøfting av. Etter intervjuene spilte jeg av lydfilene flere ganger, uten at jeg hadde annet formål enn å bli kjent med innholdet. Etter transkribering leste jeg gjennom intervjuene, også i denne delen av prosessen var formålet å skaffe en oversikt over materialet (Johannessen et al., 2018).

Etter forberedelsen gikk analysen over i *koding*. Dette forstår jeg gjennom Johannessen et al. (2018) at handler om å fremheve viktige momenter i dataene. Gjennom hele prosessen med å kode og utkrystallisere tematikker fra datamaterialet, brukte jeg et databehandlingsprogram for kvalitative data som heter NVivo (Universitetet i Agder, 2018). I tillegg til å posisjonere meg selv innen et konstruktivistisk vitenskapsteoretisk ståsted i oppgaven, hadde jeg også en konstruktivistisk tilnærming i analysen av datamaterialet. Der det handlet om hvordan jeg tolket informantenes foranderlige fortolkning av fenomenene. Og hvordan et fenomen eller begrep kan endre betydning ut ifra konteksten det forstås i (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). For å kode innholdet i transkripsjonene, brukte jeg ett element fra en metode inspirert av Tjora (2017). Dette innebar at jeg kodet empirinært. Kodene jeg skrev ut baserte seg på hva informantene faktisk sa, og ikke hva jeg trodde de kanskje mente med et utsagn.

Jeg kodet datamaterialet i flere runder, der *kategorier* ble lagt til og fjernet igjen. For hver nye runde med koding opprettet jeg et nytt prosjekt i NVivo. Dette ga en oversikt over utviklingen i analyseprosessen. Jeg endte med totalt fem separate kodinger av materialet. Til slutt satt jeg igjen med kategoriene «stigma», «hvorfor gråsonehendelser skjer», «hva er gråsonehendelser», «refleksjon» og «makt». Kategoriene «refleksjon» og «makt» ble ikke inkludert videre i presentasjon av resultat av hensyn til oppgavens problemstilling.

Da kategoriene var på plass, gikk jeg i gang med siste steg i analyseprosessen.

Rapporteringen i følge Johannessen et al. (2018) er når kategoriene eller temaene presenteres som et resultat eller funn. Mine temaer presenteres i oppgavens kapittel 4. Her har jeg hatt til mål å legge frem temaene på en ryddig og oversiktlig måte, med logisk oppbygning i forhold til kronologien i intervjuene. I rapporteringen er det viktig at datamaterialet illustreres ved hjelp av eksempler (Johannessen et al., 2018). Jeg brukte derfor ingresser som en forberedelse

til temaet som ble presentert. Etterfulgt av sitater fra informantene for å belyse temaene og deretter min analyse av sitatene.

3.7 Forskningsetiske overveielser

Som forsker har jeg et ansvar for at mine undersøkelser ikke skal føre til uheldige eller skadelige konsekvenser for de som er involvert, jamfør Helsinkideklarasjonen (WMA General Assembly, 1964). Vold, overgrep og omsorgssvikt er tabubelagte emner. Dette kan medføre at deltakerne opplevde et generelt ubehag ved å snakke om det. Jeg var også bevisst på at mange i samfunnet har med seg erfaringer som kan gjøre dem spesielt sårbare for tematikken og jeg forsøkte å legge til rette for at det var tid, rom og anledning til en utfyllende debrief dersom jeg oppfattet at noen reagerte sterkt. Ut over dette hadde jeg på forhånd informert et lavterskeltilbud for kommunalt ansatte om mitt prosjekt og gitt dem informasjon om at jeg kunne komme til å referere deltakere til dem ved behov. Tilbudet om profesjonell oppfølging ble også forelagt informantene. Siden dette studiet forsket på et tabubelagt tematisk felt, opplevde jeg et stort ansvar overfor deltakernes ve og vel. Forskeren har også et ansvar for at ikke deltakere eventuelt re-traumatiseres, noe Kvale, Anderssen og Rygge (1997) beskriver som et moralsk foretagende. Jeg planla derfor å stoppe intervjuene dersom deltakerne fortalte om egen utsatthet med hensyn på vold, overgrep eller omsorgssvikt (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2021). Siden alle informantene var over 18 år og på forhånd hadde mottatt informasjon om studiens hensikt, antok jeg også at dersom de hadde store utfordringer ved å skulle snakke om tematikken, ville de ikke takket ja. For å sikre at ikke informantene skulle oppleve belastende konsekvenser i forbindelse med publisering av studien, ble alle intervjunotater og transkripsjoner gjort avidentifisert. Jeg fjernet eller omskrev gjenkjennende dialekter eller talemåter og referanser til geografiske steder. På denne måten ble informantenes konfidensialitet ytterligere beskyttet.

Siden prosjektet skulle inneholde lydfiler av ansatte og muntlig samtykke, var prosjektet godkjeningspliktig hos Norsk senter for forskningsdata (Norsk Senter for Forskningsdata, 2021). Før oppstart søkte jeg derfor NSD om godkjenning. Denne ligger som vedlegg 1 i oppgaven.

3.8 Metodekritikk/refleksivitet

Det vil finnes flere mulige ulemper rundt min tilnærming og valg av metode. Vold, overgrep og omsorgssvikt er fenomener som engasjerer meg sterkt. Dette betyr at jeg har med meg holdninger, antakelser, erfaringer og en forforståelse for temaet. På den ene siden er jeg klar over at kvalitativ forskning i seg selv betyr at mye av distansen blir borte og at jeg dermed inngår i dataproduksjonen, sammen med informantene (Kvale & Brinkmann, 2009). I den forbindelse mener jeg det vil være avgjørende at oppgaven hele veien er transparent på hva jeg som forsker bringer med inn i studien. For meg har det vært viktig å jobbe med en bevissthet rundt min egen nærhet til tematikken og yrket.

På en annen side mener Higginbottom, Pillay og Boadu (2013) at nettopp denne nærheten og gjensidige påvirkningen mellom deltaker og forsker er et godt utgangspunkt for å forstå at det alltid vil være snakk om flere sannheter. Og at kvalitative studier dermed passer godt til å beskrive sammenhenger mellom kultur og helserelatert adferd.

En annen utfordring vil kunne være at jeg ikke fikk tilgang til ærlige refleksjoner som kunne kommet dersom informantene var anonyme også ovenfor meg. Med dette mener jeg at sykepleierne muligens uttalte seg annerledes til meg, enn de ville gjort til noen de kjente og stolte på. Jeg refererer her til samme utfordring som også gjelder ved andre typer menneskelig interaksjoner, inkludert intervjuer og spørreundersøkelser, nemlig at vi alle gjerne vil fremstå best mulig (Goffman, 1969/1992). Dette blir ikke mindre aktuelt når en har et annet menneske som en forsker i nærheten, i motsetning til en anonym spørreundersøkelse. Likevel håper jeg at god informasjon på forhånd førte til at informantene klarte å slappe av og tillot seg å være ærlige, selv foran en person de ikke kjente. Casene som ble brukt i studien var som tidligere nevnt konstruerte. Dette hadde flere årsaker, men i lys av metodekritikk hadde det også sin betydning. Gjennom å snakke sammen om fiktive hendelser ønsket jeg at deltakerne skulle kunne føle på en viss distanse. På denne måten var det ikke nødvendig å ta utgangspunkt i egne erfaringer, men deltakerne kunne forholde seg til konstruerte caser de selv ikke eide noe ansvar for eller følte skam over. Og dermed klare å dele sannferdige refleksjoner. En ulempe kunne vært dersom casene ikke traff hos målgruppen og at de ikke klarte å kjenne dem igjen fra egen yrkespraksis.

En annen svakhet ved prosjektet gjelder den digitale gjennomføringen. Selv om jeg forsøkte å forberede meg godt på den tekniske delen, ble jeg aldri helt komfortabel med denne måten å føre en samtale på. Jeg var bevisst på å fremstå som jeg ville gjort under et fysisk intervju, men jeg kan ikke være sikker på om noe av min utilpasshet smittet over på informantene.

Med hensyn på denne studiens generaliserbarhet refererer jeg til Kvale og Brinkmann (2009, s. 289) sitt spørsmål; hvorfor må forskningen være generaliserbar? Svaret de tilbyr er en refleksjon rundt den uhensiktsmessige innrammingen av vitenskapelig kunnskap som en vedtatt og uforanderlig sannhet, med mål om å være universell. Noe som står i sterk kontrast til tilnærmingen jeg har valgt, der utgangspunktet er at våre forståelser alltid vil være gjenstand for endring. Men studien kan likevel tenkes å ha en analytisk generaliserbarhet, ved at den teoretiserer funnene og trekkene fra intervjuene. Og på denne måten gjøres deres tolkninger anvendbare for andre kontekster (Kvale & Brinkmann, 2009).

I tråd med konstruktivismen har jeg forsøkt å være klar over min forforståelse for tematikken. I starten av arbeidet skrev jeg derfor et refleksjonsnotat, der jeg redegjorde for hvilket datamateriale jeg antok ville komme ut av intervjuene. I notatet synliggjorde jeg også for meg selv hvilke erfaringer jeg har med begrepene, både av profesjonell og personlig karakter. Det var viktig at notatet ble skrevet før jeg hadde startet intervjuene, slik at den faktiske forforståelsen fikk komme frem. Underveis i prosessen var det også et poeng at jeg gjorde vurderinger som tillot meg å balansere mellom forsker og medkonstruktør i datamaterialet. Deltakernes fortellinger var viktigst, men mine innspill og spørsmål formet naturligvis svarene jeg fikk. Dersom andre spørsmål ble stilt, konteksten var annerledes eller intervjuene ble utført av en annen forsker, ville dataproduksjonen blitt en annen.

4 Resultat: Sykepleierens refleksjoner – samtaler om et utfordrende landskap

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvordan sykepleiere *fortolker* begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Samt deres *forklarings-* og *håndteringsmekanismer* med tanke på gråsonhendelser. For å nærme meg en analyse rundt dette har jeg tatt utgangspunkt i hva informantene sier vold, overgrep og omsorgssvikt er. Samt hvilke årsaker de peker på når slike hendelser oppstår, og påfølgende hvordan de forholder seg til dette på det private og profesjonelle plan i etterkant. Analysen er strukturert i forhold til de tre nevnte hovedkategoriene; begrepsoppfatning, årsaksforklaringer og håndteringsmekanismer. Analysen baserer seg videre på at sykepleierne har en mening om hva begrepsinnholdet er. At de har erfaringer med dette og kan si noe om hva de mener er årsaken er til at vold, overgrep og omsorgssvikt skjer i institusjon. Intervjuene bygger dels på sykepleiernes egne opplevelser, men også på dialog rundt hypotetiske tilfeller. Resultatet blir presentert med tilhørende underoverskrifter fra kodeprosessen og er skrevet sammen slik jeg har forstått informantenes utsagn.

4.1 Uklare grenser – vi har forskjellige erfaringer

I samtale med sykepleierne jeg intervjuet var det tydelig at grensene for hva de regnet for vold, overgrep og omsorgssvikt kunne oppleves utydelige og dynamiske. De var enige om at disse begrepene ikke nødvendigvis hadde noen konstant, ingen klare måleenheter og i mange tilfeller også forskjellig betydning. Sykepleierne mente årsaken til dette var på bakgrunn av flere faktorer, som for eksempel egen livserfaring, kultur, kompetanse og aktuell situasjon. Informantene ble oppfordret til å fortelle om deres egen oppfattelse av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. De ble også presentert for hypotetiske caser, der de kunne ta stilling til hvordan de ville definere hendelser og begreper.

I disse samtaler kom det frem at det i visse situasjoner var relativt enkelt å skulle avgjøre om en hendelse burde defineres som vold, overgrep eller omsorgssvikt. Mens det i andre tilfeller ble et gråsonespørsmål, som var utfordrende å være sikker på. Tilfellene de med størst enkelthet avgjorde, var da det var snakk om fysisk vold. Utøvelse av psykisk vold tilhørte oftere gråsonhendelser som de kunne være usikre på. Mens overgrep og omsorgssvikt også

tilhørte den noe vage begrepsavklaringen. Gjennom intervjuene ble jeg oppmerksom på at alle sykepleierne beskrev dette tematiske landskapet som en kontinuerlig vurderingsprosess. Dette innebar at en hendelse kunne defineres inn i et volds- overgrep- eller omsorgssviktbegrep i én situasjon, men ikke i en annen. Det jeg oppfattet at lå til grunn for denne flytende grenseoppgangen var den uavbrutte overveielser og risikovurderingen som sykepleierne hele tiden utførte i møter med pasienter. De henviste flere ganger til vurderingen som ble gjort med tanke på konsekvens av å gjøre noe, versus hvis de ikke gjorde noe. Dette kunne eksempelvis være ulike former for tiltak utført med tvang.

4.1.1 Konstruerte begreper – vi snakker ikke om vold direkte

Etter flere gjennomganger av datamaterialet ser jeg at begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt har mange fellestrekk i måten de blir beskrevet på. Konkrete hendelser som på ulike måter skrives inn eller ut av definisjonene av informantene. Men det som også ble klart for meg er at ingen av informantene har helt like definisjoner av begrepene og de trekker ulike veksler på hvordan begrepene forholder seg- og hører til hverandre. Flere har en oppfatning av at begrepene kan ha forskjellig meningsinnhold innen en og samme avdeling. Og dette knytter de opp til individuelle, kulturelle og kompetansemessige forhold hos helsepersonellet.

“Vold, overgrep og omsorgssvikt. Ja, altså man kan jo tenke at det jevnt over ikke er noe man opplever i en arbeidshverdag at skjer, men realiteten er jo at det det gjør det jo Og det er veldig viktig at alt helsepersonell hele tiden reflekterer over hva slags tilnærminger man har til pasienter og hvordan man utøver helsehjelpen. Det er jo veldig mange forskjellige måter å forstå begrepene på egentlig, og det er kollegaer som kanskje har veldig forskjellig oppfatningen av hva de begrepene betyr.”

Benedikte

Alle informantene sier noe om at dette ikke er ord eller begreper de er vant til å bruke i sin yrkeshverdag. På spørsmål om hva de erstatter dem med og på bakgrunn av hvordan de beskriver noen av hendelsene, oppfatter jeg at andre mindre negativt ladde ord blir brukt i stedet for.

«Jeg tror egentlig aldri at jeg har snakket om dette før, ikke sånn som vi har snakket om det nå og liksom brukt akkurat de ordene. Altså, vi snakker jo om det på morgenrapporten for eksempel, kanskje noen bruker ordet vold, men da er det bare hvis det er pasientene som har

vært voldelige. Ellers er det kanskje noen ganger at vi snakker om makt, men ikke direkte vold.»

Henni

I sitatet ovenfor forstår jeg at Henni, gjennom sin informantrolle, får snakke relativt fritt om begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Og kanskje i en utstrekning hun ikke har gjort tidligere. Det kan tenkes at kulturen i avdelingen ikke tillater at disse tolkningene og forståelsene får komme frem, annet enn gjennom samtale om hendelser utført av pasienter. Jeg tolket henne dit hen at hun opplevde det som lærerikt at begrepene ble snakket om på en direkte og utilsørt måte. Fra alle informantene satt jeg igjen med en opplevelse av at de følte lettelse over at begrepene ble brukt direkte, men uten tilknytning til evaluering eller moralisering av valg eller hendelser. Informantene uttrykte flere ganger at det gjorde godt å få sette ord på noe som ellers blir liggende i kroppen som ubearbeidede følelser. I sitatet kom det også frem at beskrivelsen av en voldshendelse, altså en pasient som hadde vært voldelig, var definerbart under begrepet vold.

4.1.2 Fysisk vold – jeg håper at det ikke skjer, men ...

I datamaterialet finner jeg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier for hva informantene definerer som vold. Men et fellestrekk for alle er at det går en klar grense dersom pasienten påføres skade, merker eller smerte. Når informantene snakker om slike hendelser er de bestemte på at de oppfatter det som fysisk vold. Sykepleierne nevner ulike former for vold, der noen fremheves som alvorlige og noen som mindre alvorlige. Og de skiller hovedsakelig mellom fysisk og psykisk vold. To av informantene trakk skillelinjen for vold ved at et personell hadde brukt fysisk makt ovenfor pasienten på en måte som medførte eller kunne medført skade.

“En gang som jeg husker veldig godt, var da en pasient med demens og angst hadde behov for å være nær personalet. I det pasienten reiste seg opp fra sofaen de satt på, så promptet han. Da reagerte en kollega med å si “fy faen” og dyttet pasienten bort. Pasienten fikk overbalanse og holdt på å falle. Og jeg husker det så godt for det var så utrolig uprofesjonelt å gjøre, og bare rope sånn til han. Også var det jo vold å dytte til pasienten Jeg måtte skrive avvik på det selvfølgelig, for det var jo en ting hvis min kollega bare hadde sagt “fy faen”, det er jo ugreit det også. Men når hun dyttet til pasienten så måtte jeg jo skrive avvik”

Hilde

Hilde beskriver en hendelse som tydelig viser hvor hun i denne situasjonen satte grensen for inklusjon i voldsbegrepet. Hun gir uttrykk for at nedsettende utsagn på ingen måte er greit, men at det i seg selv er ikke nok til å kalle det for vold. Da kollegaen fysisk berørte pasienten uten tilsynelatende å ha helsehjelp til hensikt, var dette grenseoverskridende for Hildes vedkommende. Her var det den fysiske handlingen som førte til at Hilde ikke kunne la hendelsen ligge, men vurderte at det var nødvendig med avviksoppfølging.

«Det er jo direkte vold, det at han fysisk blir reimet fast. Om det er løst eller stramt er han jo fortsatt fratatt makten over kroppen sin. Altså, det jeg tenker er at det er ingen grunn som er god nok til å reime fast armene. Det er ingen grunn i verden som er god nok til det.»

Benedikte

De fleste informantene reagerte tilsynelatende sterkt på en konstruert case, der pasienten fysisk ble hindret i å bevege seg. På spørsmål om hvordan de oppfattet denne tenkte situasjonen, forklarte de at det aldri ville være et sterkt nok årsaksgrunnlag for å reime fast hendene til en pasient. Ovenfor er Benedikte bestemt på at dette ville blitt definert inn som vold, selv om pasienten ikke opplever å bli påført smerte. I denne situasjonen oppfatter jeg at det er verdien om å ivareta pasientens rett til selvbestemmelse over egen kropp som settes på spill. Videre antar jeg at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, samt sykepleierutdanningen har vært med på å forme denne verdien hos informanten, der nettopp autonomi er et sentralt begrep og at dette er med på å gjøre det enkelt for Benedikte å avgjøre hvorvidt dette var vold eller ikke.

Gjennomgående for alle intervjuene var at ingen av informantene selv nevnte seksualisert vold som et alternativ innenfor voldsbegrepet. Men på direkte spørsmål kom alle inn på voldtekt i tilknytning til samtale om overgrepetsbegrepet, og da tilsvarende en type overgrep som hovedsakelig rammer barn, unge eller unge voksne.

«Forresten så er jo seksuelle overgrep helt klart også noe som kan skje, men da tenker jeg automatisk på incest og barn og de sakene fra barnehager. Det er mest barn ja, eller på fest for eksempel. I media synes jeg det virker som det er mest unge menn som kanskje er de som utfører voldtekter.»

Henni

Som Henni viser i sitatet, er det ikke nærliggende for henne å se på eldre som mulige offer for seksualisert vold. Hun assosierer denne formen for vold og overgrep til en mye yngre gruppe mennesker, som også kan befinne seg i sårbare posisjoner. Seksualisert vold og seksuelle

overgrep kan være vanskelig å få øye på. Utfordringer rundt definisjonsproblemer med mindre synlige former for vold var også noe informantene snakket om under intervjuene.

4.1.3 Psykisk vold – man kan ikke bare skjelle ut pasienter

I flere av intervjuene kom det frem at sykepleierne hadde opplevd å være i situasjoner hvor de var usikre på om en pasient hadde vært utsatt for vold. Eller om det de observerte var vold eller ikke. Informantene kom også inn på at det ville være vanskelig å oppdage skjult psykisk vold fordi de ofte er alene sammen med pasientene inne på lukkede rom. Flere uttrykte bekymring over dette og reflekterte rundt noen pasienters utfordrende adferd som et mulig tegn på at de var utsatt for psykisk vold. Dette kunne være i form av nedlatende tiltale, vage trusler og bruk av skjellsord.

Slik som Benedikte sier under, kan verbale utsagn vanskeligere defineres som vold. Informantene er tydelige på at det ikke er å anse for god sykepleie, men virker mindre trygge på å definere det inn eller ut av voldsbegrepet.

“Ja, det er nok kanskje litt vanskeligere å definere, men altså trakassering eller å være nedlatende, eller skjelle ut pasienter, eller ikke ha den tålmodigheten man bør ha med visse pasienter og det kan jo også absolutt anses som vold” Benedikte

Her tolker jeg Benediktes utsagn som at hun vurderer manglende tålmodighet inn i voldsbegrepet på bakgrunn av en forventning hun har til sine kollegaers kunnskap om den aktuelle pasientgruppen. Pasientene de jobber med har kjent svikt i kognitive ressurser. Og selv om manglende tålmodighet kanskje ikke alltid vil høre inn under begrepet psykisk vold, forstår jeg at hun her mener det vil være så i strid med det de kan om pasientgruppens behov for å bli hensyntatt, at hun potensielt definerer det som vold. Hun er likevel ikke uomtvistelig på dette punktet.

Når andre gråsonhendelser oppstår, fører det til mer usikkerhet blant informantene. Dette går igjen i alle intervjuene. Men med ulike grenseoppganger for den enkelte sykepleier. Noen mente for eksempel at det å stenge pasienten ute av det sosiale i en avdeling var psykisk vold. Mens en annen mente at dette godt kunne gjøres for en kortere periode, dersom det var for å beholde roen i avdelingen. Isolasjon ble av alle sykepleierne oppfattet som et sterkt inngripende tiltak i møte med en pasient. I det følgende sier Hilde noe om hvordan hun ville

tenkt dersom en pasient ble avskåret fra sosial deltakelse i en avdeling fordi han utagerte mot personalet

«Ja, det er litt vanskelig kanskje å svare på nøyaktig. Det er jo ikke greit å straffe beboeren for det de har gjort, men det må samtidig være lovt å sette grenser for hva som er greit og ikke, så den var litt vanskelig» Hilde

Fra dette utsagnet kan vi se at Hilde vektlegger sosial deltakelse for pasientene på sykehjem. Og utestengelse vil for henne bety at pasienten straffes for sin adferd. I dette eksemplet har intervjuet handlet om casen hvor den fiktive pasienten Per, har spyttet på en sykepleier. Slik jeg tolker Hilde, finner hun ingen direkte sammenheng mellom Pers handling, (å spytte) og sykepleierens konsekvens (å fjerne ham fra situasjonen). Samtidig kan hun relatere til sykepleierens behov for å holde stemningen i fellesarealer hyggelig, for ikke å uroe andre pasienter. Her forstår jeg at Hilde også kommer inn på et annet moment i prosessen med å avgjøre hvordan en hendelse defineres inn eller ut av volds-, overgreps- eller omsorgssviktbegrepene. Hun sier det ikke er greit å straffe en pasient. Og med straff tolker jeg henne til at hun ilegger en viss form for intensjonalitet i handlingen.

4.2 Faktorer som avgjør – samme hendelse kan bety forskjellige ting

Selv om alle informantene på generelt grunnlag kunne definere en hendelse inn eller ut av voldsbegrepet, var de også tydelige på at dette heller ikke var en uforanderlig vurdering. Det var flere faktorer som påvirket hvordan de i ettertid reflekterte over en situasjon. Blant annet var det viktig for dem å få klarhet i intensjonen bak en handling. Dersom en handling var drevet av helsepersonellens egeninteresse, ville de ikke gå god for at den var faglig nødvendig. Handlingen kunne derfor vurderes inn i volds-, overgreps- eller omsorgssviktbegrepene. Like viktig var det å avgjøre om en handling kunne føre til, eller førte til uheldige eller skadelige konsekvenser for pasienten. Alvorlighetsgraden av konsekvenser ved enten å utføre, eller å la være å utføre en handling, ble derfor også en viktig faktor i vurderingen. Den siste faktoren som var fremtredende i sykepleierens vurderinger, var om handlingen var godkjent eller beordret av andre. Herunder hadde stedlig ledelse, sykehjemslege og statsforvalter sentrale roller som autoriteter som kunne gi legitimitet til en handling. I de neste tre avsnittene vil jeg

ta for meg og eksemplifisere hvordan informantene beskrev disse tre faktorene som avgjørende for hvordan de tolket begrepene.

4.2.1 Intensjonen bak en handling – bare for å lette eget arbeid?

Den første faktoren jeg ble oppmerksom på, som kunne indikere hvordan en handling ville defineres, var intensjonen bak den. De fleste informantene kom inn på det ansvaret de opplever å være satt til å forvalte. Der for lite tiltak og intervensjon ovenfor en pasient, kunne være vel så ille som for mye tiltak eller inngripen. Fire av informantene vektla intensjonaliteten bak en handling. De var samstemte i at straff, hevn, sinne og frustrasjon noen ganger kunne være til stede når kollegaer tok avgjørelser relatert til pasientbehandling. Alle var klare på at deres utøvelse av yrket også fordret at de skulle handle til pasientens beste, selv om pasienten kanskje ikke hadde kognitive ressurser nok til å forstå det selv. Handlingene kunne for eksempel være fastholdelse for å forhindre fall, skjult medisinerings eller tvungent nedentil-stell ved urin/avføring.

“Det høres så voldsomt ut, men hvis det er til pasientens eget beste. Altså å forhindre skade. Da kan man bruke belte i rullestol. Og hvis det ikke er tvangsvedtak, så får de bare skrive det da.”

Henni

Her kommer Henni inn på velgjørenhetstanken bak en handling. Hun viser at handlingen som i en annen sammenheng kunne vært vurdert til et overgrep, blir en nødvendighet.

Fastholdelsen av pasienten er for hans eget beste, selv om han kanskje ikke er enig eller forstår situasjonen lengre. Både Henni og Benedikte brukte begrepet «velgjørenhet» i intervjuene. Det oppfatter jeg som en godkjent intensjon i deres forståelse av en handling. De kan stå inne for at et overgrep ikke nødvendigvis er det lenger, så lenge intensjonen er å ivareta pasienten.

“Det er på en måte overgrep og omsorgssvikt, kanskje begge deler. Når du skal mate pasientene og de spiser for lite. Det er mange som ikke klarer å gi uttrykk selv, med ord. Og da kjennes det ut som du tvinger i dem mat og drikke og at du utfører et overgrep for at du mater dem mot deres vilje, og du gjør det fordi du vet at de trenger det, men kroppen deres sier ifra, eller det er et helt tydelig et kroppsspråk som sier at de ikke vil ha.”

Rita

Rita reflekterte flere ganger rundt kompleksiteten hun oppfatter at ligger i velgjørenheten. Slik jeg forstår henne, er det noen ganger utfordrende å godkjenne en hendelse, selv om

intensjonaliteten er avklart. Hun opplever det vanskelig å skulle få pasientene til å spise, når kroppsspråket er tydelig på at de ikke vil ha. Her antar jeg at hun står ovenfor to verdier og det er vanskelig for henne å forene dem. På den ene siden mener hun det er viktig at sykepleiere ivaretar pasientenes selvbestemmelse. Men hun opplever også et ansvar om å sørge for at pasientene ikke blir underernærte eller dehydrerte. Hennes fysiologiske kunnskap om kroppen vektet derfor opp mot hennes kunnskap om autonomi og egenverd. I denne situasjonen lot Rita pasientens behov for væske og ernæring veie tyngre enn behovet for selvbestemmelse. Men hun sier at selv om valget er basert på en riktig intensjon, kan det likevel defineres som et overgrep.

Gjennom alle samtalene med informantene ble det nevnt flere tilfeller der deres kollegaers intensjoner ikke var aksepterte. Noen refererte for eksempel til bruk av tilbakeholdelse av leilighetsgrunner og utsatt hjelp til grunnleggende behov på grunn av kaffepauser. Eller fysiske stengsler med årsak i uvilje mot pasienter.

Rita var likevel den eneste av informantene som delte en refleksjon rundt svikt i egen intensjonalitet.

“En gang jeg skulle strekke på lakenet til pasienten så rykket jeg til i det, ganske hardt sånn at ja, at hun skvatt og hun ble redd. Det var ikke en behagelig situasjon for noen av oss kjente jeg, og etter å ha gått ut fra pasientrommet og skjønte jeg at det var mange ting som hadde samlet seg opp. Pluss at hun hadde ringt på alarmer så mange ganger og ja, jeg ble sint. Og det gikk ut over henne. Selv om jeg ikke gjorde henne noe fysisk, så rykket jeg i det lakenet hardere enn det jeg egentlig behøvde. Det var liksom ikke med omsorg, det var av irritasjon. Det jeg gjorde var stygt.”

Rita

Dette sitatet omhandler en situasjon der Rita forklarte seg sliten og trett i utgangspunktet. Hun var på nattevakt og pasienten i eksemplet hadde ringt på alarmer mange ganger i løpet av natten. Rita hadde flere ganger rettet på lakenet og til slutt hadde hun ikke mer tålmodighet igjen. Her er Rita tydelig når hun omtaler sin egen intensjonalitet i situasjonen. Hun beskriver at handlingen ikke var utført med omsorg, men med irritasjon. Slik jeg forstår henne, ville handlingen vært legitim dersom hun ikke var irritert i øyeblikket. Hun hadde altså ikke pasientens beste som mål med utførelsen, men handlingen ble et utløp for egne følelser. Siste setning i sitatet er tydelig på at Rita har gjort en vurdering på egen intensjon og kommet frem til at det ikke kunne forsvares. Videre er hun klar på at selv om hun ikke fysisk skadet pasienten, ble konsekvensen at hun opplevde pasienten som skremt eller redd.

4.2.2 Konsekvensen av handlingen – pasienten ble redd

Den andre faktoren som var avgjørende for hvordan en handling kunne bli definert, var konsekvensen den hadde for pasienten. Dette kunne både være konsekvens av en utført handling, eller konsekvens av at en handling ikke ble gjort. Flere av informantene tematiserte at fravær av synlige merker eller skade, ikke nødvendigvis var nok til å si at det ikke hadde oppstått en uheldig konsekvens. Dersom en pasient ble skremt eller mistet tillit til sykepleieren, var dette også å regne som negative konsekvenser.

Hvis en handling førte til negativ konsekvens for pasienten, kunne den ganske enkelt skrives inn som gråsoner for vold, overgrep eller omsorgssvikt. Men det var ikke like enkelt å skulle avgjøre dette hvis omfanget av konsekvensen var ukjent, eller vanskelig for sykepleierne å observere.

«Min kollega hadde vært sint på en pasient i avdelingen. Ikke ropt liksom, men vært mer sint enn jeg tenkte var nødvendig. Også da så jeg etterpå at pasienten ble litt stille. Jeg tror han ble redd kanskje, men det er vanskelig å vite. Han begynte jo ikke å gråte, eller sa i fra eller noe.»

Phillip

Phillip forteller om en hendelse han har observert. Der han opplevde usikkerhet rundt om pasienten ble redd eller ikke. Jeg tror denne usikkerheten gjorde det utfordrende for Phillip å skulle avgjøre om kollegaens måte å opptre på var definerbart i gråsonen av begrepene vold, overgrep eller omsorgssvikt. I situasjonen uttrykker han at det er vanskelig å fastslå om kollegaens handling fikk en konsekvens eller ikke. Phillip tolker pasientens stillhet som et tegn på at han kanskje ble redd, men siden redsel også er et konstruert begrep og et individuelt fenomen, blir definisjonsspørsmålet vanskelig for sykepleieren.

“Vold er jo et ganske voldsomt ord egentlig, men altså småting som for eksempel dårlig forflytningsteknikk som kanskje skaper et blåmerke eller sårne ting, det vil jeg jo si er noe som går under kategorien vold. Eller for at man kanskje er uaktsom og kanskje holdt for hardt eller dro for mye. Ikke sant, at man påfører pasienten smerte, eh, sårne små ting da.»

Benedikte

Ved synlige konsekvenser i form av skade, blåflekker eller merker ser det ut til at Benedikte plasserer en hendelse inn under voldsbegrepet. Hun beskriver dette som potensielt «småting», men viser likevel at konsekvensens synlighet, uavhengig av alvorlighetsgrad eller

størrelse, gjør at hendelsen kan defineres som vold. Hun knytter også den subjektive følelsen av smerte inn som et kriterium for plassering av hendelsen innen voldsfenomenet. Det fremkom ikke av samtalen hvor mye smerte hos pasienten som måtte til, eller på hvilken måte den måtte komme til uttrykk.

“Det er absolutt et like stort overgrep det å ikke stelle en pasient nedentil, dersom han eller hun går med en bleie full av avføring. Det kan jo føre til sår, infeksjon eller smerte hvis vi ikke gjør noe. Selv om det kanskje må bli med tvang da. Og det er nesten enda mer nødvendig hos kvinnelige pasienter, siden urinrøret er så nært endetarmsåpningen. Tenk bare selv hvor vondt det ville vært å gå med den avføringen i flere timer.” Hilde

Hilde og de fleste informantene nevnte spesifikt nedentilstell som et utfordrende tiltak ovenfor pasienter som motsatte seg det. Hilde har i dette sitatet vurdert situasjonen slik at unnlattelse av å gjøre noe, vil kunne føre til en større negativ konsekvens for pasienten. Hun viser til kunnskap om hygiene, fysiologi og mikrobiologi for å bygge det faglige fundamentet i sin avgjørelse. Her oppfatter jeg at Hilde også bruker empati for å hjelpe seg til å ta en beslutning om mulig bruk av tvang. I sitatet er det tydelig at hun kan forestille seg smerten som pasienten kan komme til å kjenne på og at dette er noe hun ønsker at pasienten ikke skal utsettes for.

Bruk av fagkunnskap og emosjonell kunnskap er noen av hjelpemidlene som sykepleierne benyttet seg av når de vurderte konsekvensen ved å utføre, eller la være å utføre en handling. Andre hjelpemidler de også hyppig refererte til, var bruk av tvangsvedtak og beslutninger tatt av andre.

4.2.3 Om andre har gitt godkjenning – legen er jo den ansvarlige

Den siste faktoren jeg oppfattet at var avgjørende for hvordan informantene definerte eller plasserte en hendelse, var om det forelå tvangsvedtak eller ikke. Vedtakene kunne være fattet av ansvarlig sykepleier, ledelse på institusjonen, sykehjemslege eller statsforvalter.

Informantene pekte på at tvangsvedtak kunne være et viktig hjelpemiddel for å sikre at avgjørelser var velbegrunnede. Men at vedtakene også kunne fungere som en slags snarvei, der man for raskt konkluderte med at bruk av tvang var eneste mulige løsning. To sykepleiere var tydelige på at en hendelse likevel kunne defineres inn som et overgrep, selv om

tvangsvedtak forelå. Men at man gjennom vedtaket hadde sikret seg at overgrepet ikke var til å unngå.

Det var kun en informant som mente det kunne være greit å reime fast hendene til en pasient. Men bare under forutsetningen av at en lege først måtte ha avgjort at det var nødvendig. De andre sykepleierne kunne ikke finne et hypotetisk belegg for dette. Her argumenterte de for at reimlegging aldri var et reelt alternativ og dersom man vurderte dette, var det egen faglig tilkortkommenhet eller uvilje til å se på andre tiltak som lå til grunn. Men alle var enige i at det i visse situasjoner var nødvendig å begrense pasienters generelle bevegelsesfrihet, for eksempel ved bruk av belte i rullestol. Her ble det med andre ord trukket opp et skille, der det å fysisk begrense pasientens bevegelse ut av rullestol, til en viss grad ble akseptert som nødvendig for å forhindre skade eller fall. Mens hindret bevegelse i hender ikke kunne forsvares ut ifra at de ikke kunne finne eksempler der dette ville være skadeforebyggende for pasienten.

«Ja, hvis det hadde vært alvorlig og sykehjemslegen hadde sagt at det var greit og skrevet tvangsvedtak på det, ja at det var så alvorlig, så er det greit å reime fast hendene. Men man skal prøve alle andre muligheter først.»

Phillip

Som Phillip beskriver i sitatet over, kunne han være enig i reimlegging av pasientens hender. Men bare dersom alle andre tiltak var utprøvd først og at et tvangsvedtak forelå. Dette forstår jeg som et uttrykk for at Phillip ikke automatisk ville gjennomført et slikt tiltak, uten selv å forsikre seg om at tilstrekkelige vurderinger var gjort opp mot ulempe/nytte-verdi for pasienten. Han viser også med utsagnet at det foreligger en respekt for avgjørelser tatt av den autoriteten som en sykehjemslege kan tenkes å inneha. Dette forstår jeg som en profesjonsautoritet i et hierarkisk system, på en institusjon med flere yrkesgrupper.

Informantene kunne gi eksempler på hvilke situasjoner der belte i rullestol ville vært påkrevet. Dette kunne være dersom pasienten hadde nedsatt innsikt i egen situasjon og mulig ville forsøke å forlate rullestolen uten hjelp, med fare for skade eller fall. I tilfeller der det forelå tvangsvedtak og at pasientens eget beste lå til grunn, definerte de ikke bruk av fysiske stengsler som tilhørende under volds- eller overgrepetsbegrepet.

«Og for meg personlig, så ville det ha gjort sånn at jeg følte at det jeg gjorde var greit. Det er kanskje litt rart å skulle forklare, men det er noe med at du har noen over deg som har sagt at de ser at dette er den eneste måten. For skal du ha et tvangsvedtak, så må du ha prøvd ut

forskjellige tiltak først men det gjør noe å vite at du har et vedtak, at det er en rettighet i at det du gjør får du lov til, selv om det er mot pasientens vilje»

Rita

Rita forteller om at et tvangsvedtak fra ledelsen kunne bidra til å forsvare en handling som hun selv oppfattet lå i grenseland for definisjonen av vold, overgrep eller omsorgssvikt. Et vedtak fra noen høyere i hierarkiet ble altså sett på som legitimerende for slike handlinger.

“Å holde tilbake en pasient i rullestolen med et magebelte er jo uansett et overgrep. Selv om vi har tvangsvedtak. For overgrepet bestemmes av pasienten, ikke sant. Det er jo hans opplevelse av et overgrep som er det viktige her. Han vil ikke dette her og vi har tatt fra han den makta til å råde over egen kropp. Men med et vedtak vet jeg at alle andre frivillige tiltak er prøvd ut først i hvert fall.”

Benedikte

Utøvelse av makt kan fortsatt forstås som et overgrep selv om et tvangsvedtak foreligger. Her kommer informanten inn på hvorfor det er viktig for henne å kunne støtte seg på et tvangsvedtak. Fordi som hun beskriver, trygger dette vedtaket henne på at det er riktig å gjennomføre et tiltak med tvang, selv om pasienten er uenig. Benedikte sier også at det ikke kun er helsepersonellens, legens eller lovverkets forståelse av overgrep som er viktig å ta høyde for. Hun påpeker at selv om en hendelse er diskutert og avgjort, kan det likevel hende at pasienten sitter med en annen oppfattelse av situasjonen. Jeg forstår informanten slik at hun mener pasientens opplevelse i denne situasjonen veier tyngre enn faglige vurderinger som er gjort. Oppsummert kan vi fortolke at sykepleierne gjerne ønsket å legitimere hendelsene ved at det var en velgjørende intensjon eller at de hadde fått godkjenning fra legen. Dersom de derimot ikke fant grunnlag for å legitimere hendelsen, opplevde de et behov for å finne andre forklaringsmekanismer for hendelsen.

4.3 Forklaringsmekanismer – jeg er den eneste sykepleieren på vakt

Dersom pasient, sykepleier eller lovverk definerte en hendelse inn i tematikken vold, overgrep eller omsorgssvikt, fantes det flere forklaringsmekanismer rundt årsakene. Ut ifra min tolkning av datamaterialet, delte sykepleierne årsakene grovt sett inn i to hovedkategorier. På den ene siden pekte de på mulige forklaringer hvis noen andre begikk handlinger i gråsonen av det akseptable. Og på den andre siden snakket de om hvilke forklaringer som kunne

foreligge om det var de selv som stod ansvarlige. En siste forklaringsmekanisme fant jeg at fungerte som en flytende overgang mellom «de andre som utfører» og «en selv som utfører». Det var i de tilfellene sykepleierne hadde utsagn som gikk på rammene for tjenestene de skulle utføre og ble derfor oppfattet som både internt og eksternt betinget.

4.3.1 Når det er de andre som gjør det – assistenten har ikke lært det samme

Gjennom samtalene med informantene fikk jeg tilgang til deres refleksjoner rundt hvilke årsaker de mener at foreligger når vold, overgrep eller omsorgssvikt oppstår. Vi snakket om både fiktive og reelle eksempler og deres forståelse av årsaken. Noe av det som ble trukket frem var viktigheten av å snakke samme fagspråk. Informantene forklarte at de opplevde fagspråket som unikt for hver enkelt faggruppe og at forskjeller mellom profesjonene kunne gjøre det utfordrende å snakke om de samme begrepene. Innen yrkesforskjeller påpekte de også at kunnskapsnivået spilte en stor rolle for om vold, overgrep eller omsorgssvikt var sannsynlige utfall eller ikke. Også utvikling av kultur og holdningssett i avdelingene, ble av flere informanter eksemplifisert. Disse disposisjonelle årsaksforklaringene var fremtredende når de snakket om hendelser som ikke angikk dem selv. Noen kom også inn på arbeidets følelsemessige krav og ga eksempler på kompleksiteten i det som kan hende når man over tid opplever emosjonell inkongruens på jobb. De ga tydelig uttrykk for at sykepleieryrket krevde mye av hele den ansatte og de refererte til utslitte følelser som en mulig årsaksforklaring for gråsonehendelser.

«Vi som sykepleiere skal ha med oss kunnskapen fra utdanningen når man jobber med personell som ja, kanskje ikke har de samme knaggene å henge ting på som vi har da. Når de ikke kan det samme som oss, kan det lettere skje sånne ugreie ting, for eksempel i stellesituasjoner. Og da er det viktig at vi er tilgjengelige og kan veilede og reflektere sammen med dem.»

Benedikte

For Benedikte var det viktig å være sitt ansvar bevisst i møte med annet helsepersonell, uten formell utdanning. Jeg forstod henne slik at når hun var på jobb sammen med assistenter, forsøkte hun å komme gråsonehendelser i forkjøpet. Det gjorde hun blant annet ved å veilede assistenter før de skulle inn til pasienter med kognitiv svikt. Ut ifra dette sitatet og dialogen med Benedikte, tror jeg sykepleiere kan føle på et ansvar for å lære opp sine ufaglærte

kolleger. Og jeg oppfatter at informanten føler på en bekymring når hun er på jobb sammen med få andre sykepleiere. Jeg antar at usikkerheten kommer av at hun føler seg utrygg på hvilket verdigrunnlag assistentene jobber ut fra. Benedikte viser at hun mener kunnskap og kompetanse kan virke forbyggende opp mot hendelser innenfor tematikken vold, overgrep og omsorgssvikt. På lik linje med at kunnskap og kompetanse vurderes som viktige momenter, sier informantene at kultur og holdninger også spiller en rolle.

«På en arbeidsplass i helsevesenet, så utvikler det seg jo en kultur, eller ukultur, for hva som er greit og ikke. Og dersom det er aksept, eller i alle fall ikke motstand mot å gjøre enkelte ting, så kan jeg forstå at man tror at det er greit å gjøre det.» Hilde

I datamaterialet finner jeg at tre av informantene satte ord på kultur og holdninger som viktige årsaker til gråsonehendelser. Hilde refererer i sitatet ovenfor til at det er ulikheter mellom to avdelinger i samme institusjon. Hun har fortalt at yrkessammensetningen og antallet ansatte er nokså likt. Ifølge Hilde, er alle på hennes avdeling opptatte av å diskutere alternative løsninger for å unngå gråsonehendelser. Mens den andre avdelingen fremstår som raskere til å iverksette bruk av tvang, i tilnærmingen til pasienten. Jeg tolker henne dit at hun vektlegger ulik kultur som en årsak til forskjellene. Jeg forstår med dette også at Hilde er opptatt av at alle har et medansvar for at den kulturen man ønsker, er den som får råde og utvikle seg på arbeidsplassen. I tilknytning til felles kultur som en årsak til gråsonehendelser, snakket informantene også om individuelle holdninger.

«For å si det sånn, det er enkelt å se hvem av mine kollegaer som er slitne av yrket. De kan for eksempel himle med øynene og si sånn -ja, nå ringer den pasienten på igjen, åh, gud hvor hun maser. Også er det jo ikke mas egentlig. Pasienten er kanskje engstelig, eller tørst, eller har vondt.» Hilde

Når informantene beskrev hva de trodde var årsaken til at andre kollegaer utførte gråsonehandlinger, pekte de på holdninger hos den enkelte som den mest sannsynlige forklaringen. Flere nevnte følelsesmessig utmattelse. At deres kollegaer hadde brukt seg opp i yrket og dermed ikke lenger evnet å sette seg inn i pasientens sted. Og i forlengelsen av det, arbeidet de på en måte som tillot gråsonene av vold, overgrep eller omsorgssvikt å finne sted. Hilde viser at hun tar avstand fra holdningen om «masete pasienter», ved at hun forsøker å lete etter forklaringen bak pasientens adferd. Jeg oppfatter at hun trekker noen av sine

kollegaers holdninger i tvil, ved at hun avviser deres påstand om mas. Når informantene snakket om årsaker til at de selv utførte gråsonehandlinger, dreide fokuset seg bort fra holdninger og kultur, over til system og rammevilkår.

4.3.2 Når det er en selv som gjør det – beltebruk var eneste løsning

Selv om det kun var en informant som eksemplifiserte egen svikt i intensjonalitet, var alle tydelige på at de hadde opplevd å stå ansvarlig for gråsonehendelser. Årsaksforklaringene handlet oppsummert om at de unngikk tvangsbruk så langt det lot seg gjøre. Og at dersom gråsonehendelser inntraff, var det systemet og rammene som hadde sviktet. De satte hovedsakelig søkelyset på situasjonelle årsaksforklaringer når gråsonehendelsene omhandlet dem selv.

«Med bemanningen vi har på avdelingen, skjer det ofte at pasientene ikke får hjelp i rimelig tid. En vakt var jeg og en assistent alene på jobb Det endte med at jeg hadde ansvar for medisiner og i tillegg måtte stille 80% av pasientene på avdelingen Da sier det seg selv at de måtte vente, de som jeg hadde ansvaret for å få stelt. Eller det var ikke mitt ansvar å få dem stelt. Det var vel heller det at assistenten ikke tok sitt ansvar, fordi hun ikke visste bedre. Da blir det noen som ligger med avføring lenger enn man skulle håpe. Og det blir noen som ikke får dusjet, fordi det ikke er nok folk til å hjelpe.»

Hilde

Noen av hendelsene som ble definert inn under begrepene vold, overgrep eller omsorgssvikt, kunne den enkelte sykepleier kjenne igjen fra egen yrkesutøvelse. Som Hilde sier, så hendte det at hennes pasienter ikke fikk hjelp innen rimelig tid, eller ikke fikk oppfylt grunnleggende behov. Men som eksemplet viser, forklarer Hilde dette med ytre omstendigheter. Rammene for tjenesten hun er satt til å utføre, samsvarer ikke med ressursene hun mener å ha behov for. I dette tilfellet ser jeg at Hilde påpeker at bemanningen er for lav, samtidig som at den tilgjengelige kompetansen ikke er tilstrekkelig. Dette fører til svikt i helsehjelpen, noe Hilde tydelig erkjenner ovenfor seg selv.

Sykepleierne jeg snakket med, fortalte at de hadde et sterkt ønske om å unngå gråsonhendelser. Dersom de likevel ikke var til å komme unna, ville de gjennom nøye vurderinger sikre at de ikke hadde andre alternativer.

«Noen følger bare tvangsvedtakene sånn som de er. Men jeg forsøker likevel alltid å gjøre en ny runde vurderinger i forkant av å velge tvang som tilnærming. Kanskje kan det unngås akkurat denne gangen.»

Rita

Informantene trakk sjelden egen intensjonalitet i tvil. Men gjennom sitatet fra Rita oppfatter jeg at hun mener kollegaene kanskje velger den enkle løsningen, ved å følge et tvangsvedtak som hun selv revurderer fra gang til gang. Gjennom Ritas gjentatte vurderinger av behovet for å følge tvangsvedtaket antar jeg at hun ikke finner andre handlingsalternativer, dersom hun velger å følge det. For som det kommer frem av hennes utsagn, er målet at tvangsbruken unngås. Gjennom samtalene forstod jeg at gråsonhendelsene noen ganger ikke var til å komme utenom. Når de likevel inntraff og informantene vurderte hendelsene til ikke å være legitime, oppstod et behov for å håndtere tanker og følelser knyttet til egen faglig og personlig utilstrekkelighet.

4.4 Håndteringsmekanismer – du må nesten trøste deg selv

I datamaterialet så jeg to tydelige tematikker informantene beskrev som vanskelige, dersom de selv hadde vært delaktige eller ansvarlige for illegitime gråsonhendelser. Slik jeg tolket dem havnet de i en indre konflikt, mellom hvem de oppfattet seg selv som og hvordan de fryktet at andre kunne oppfatte dem. Sykepleiernes fokus på yrkesetiske retningslinjer stod i sterk kontrast til hvordan de trodde de ville oppfattes dersom gråsonhendelser ble tatt opp. De tematiserte et integritetsproblem, ved at de ikke kjente seg igjen som overgripere eller voldsutøvere, selv om de noen ganger utførte handlinger de definerte som vold, overgrep eller omsorgssvikt. I tillegg var vanskelige følelser fremtredende i intervjuene. Alle snakket om dårlig samvittighet og noen av informantene tok også opp skamfølelsen og utfordringer rundt håndteringen av den.

4.4.1 Integritetsproblem – jeg er jo ikke en voldelig sykepleier

Alle informantene ble spurt om de kjente til saker fra medie- og nyhetsbildet, der sykepleiere ble knyttet opp til tematikken rundt vold, overgrep og omsorgssvikt. Noen hadde eksempler på saker de hadde lest eller hørt om, men felles for dem alle var at dette ikke ble snakket om på arbeidsplassen. De kunne gjenkjenne problematikken og relaterte utfordringene med gråsonhendelser til egen arbeidspraksis.

«Jeg er redd for at de andre vil se ned på meg eller tenke at jeg er en dårlig sykepleier hvis de visste. Jeg vet det ikke selv alltid. Hvorfor klarer noen å få alt gjort, men ikke jeg?» Benedikte

I en hektisk arbeidsdag preget av ressursknapphet, satte Benedikte ord på det jeg oppfatter som et underliggende integritetsproblem. I konteksten for dette sitatet ligger det at Benedikte er frustrert fordi hun ikke alltid rekker å utføre alle oppgavene sine i løpet av vekten. Hun må jevnlig bruke mild tvang for å nå gjennom alle stillene. Jeg tolker henne dit hen at hun er redd for at kollegaene vil tenke negativt om henne, dersom de var klar over dette. Hun trekker også sine evner i tvil, ved at hun uttrykker usikkerhet rundt egen kompetanse som sykepleier. Jeg antar informanten ser på seg selv som en som vil det beste for pasientene, men når gråsonhendelsene oppstår blir det uklart for henne hvordan hun skal definere seg selv. I dette utsagnet tror jeg informanten tenker at dette er en utfordring hun står relativt alene om, og at det derfor er vanskelig å dele sine erfaringer med andre.

«Jeg tenker det på en måte er litt godt å høre at det er en så høy prosentandel sykepleiere som sier de har opptrådt feil eller over grensen. Jeg tror de aller fleste sykepleiere har gjort ugreie ting mot pasientene og de 10- eller 20 prosentene som sier de ikke har gjort det, de tror jeg bare ikke er klar over at det er det de har gjort.» Hilde

Hilde virker å ha en annen forståelse av utbredelsen av gråsonproblematikken. Hun stiller seg bak tallene informantene ble presentert for. Og uttrykker lettelse over at det er så mange sykepleiere som erkjenner dette for seg selv. Av informantens utsagn forstår jeg at hun egentlig mener at alle sykepleiere på et tidspunkt har utført helsehjelp i en gråson. Og Hilde uttrykte større bekymring for de som ikke ville vedkjenne seg dette, for det betød ifølge henne at de ikke reflekterte over problemet. Ut ifra dette antar jeg Hilde ser på refleksjon som et virkemiddel for å komme videre fra uønskede arbeidsmetodikker. I motsetning til Hilde var

det flere informanter som fortalte at gråsonhendelsene var svært skambelagte og de var vanskelige å håndtere over tid.

4.4.2 Skyld og skam – mine feil kan jeg ikke snakke fritt om

Å skulle forene eget verdigrunnlag med historier om gråsonhendelser, var ikke enkelt for informantene. Dels fordi de opplevde et integritetsproblem, men også fordi det var en følelse av skam knyttet til hendelsene. Rita delte en erfaring med meg som hun ikke ellers kjente det var mulig å snakke om. På spørsmål om hvorfor Rita følte det var trygt å dele denne erfaringen under intervjuet, svarte hun slik:

«Jeg har aldri delt den historien med noen før, den om pasienten og lakenet. Men likevel så kjente jeg at det gikk an her og det tror jeg er utelukkende er anonymiteten sin skyld. Så det hadde mye å si. Det gjør at det blir mer komfortabelt, ikke så skummelt og man blir ikke så redd for at det kan komme konsekvenser av det i etterkant.» Rita

Jeg oppfattet at det var flere konsekvenser informanten bekymret seg for. Blant annet var hun redd for å miste respekt fra sine kollegaer. Bekymret for sitt profesjonelle rykte og muligheten for å bli sett ned på av sine kolleger. Ut fra samtalen forstod jeg det som at hun var skamfull over at hun hadde opptrådt på en utilstrekkelig måte ovenfor en pasient. Og at denne skammen var så sterk at hun ikke klarte å sette ord på den, med mindre anonymiteten var sikret. Hun kom senere inn på at denne erfaringen var blitt til et ubearbeidet tema, som hun hele tiden bar med seg i yrkesutøvelsen. Dette tolker jeg som et behov hos informanten til å finne trygge arenaer, der slike opplevelser kan deles. Som en konsekvens av denne tydelige og andre mindre tydelige gråsonhendelser, delte Rita av sine håndteringsmekanismer med meg.

«Man trøster jo seg selv. Lærer seg ting som man kan si til seg selv når det har blitt dårlige situasjoner. Sånn som at – jeg gjorde så godt jeg kunne, jeg er ikke en dårlig person, det var den eneste muligheten, og så videre. For hvis ikke, så spiser det deg opp og da klarer du ikke å jobbe lengre.» Rita

Sykepleieren ga uttrykk for at skambelagte hendelser og følelser ikke kunne deles med andre uten videre. Siden de likevel eksisterte og var vanskelige å forholde seg til, fortalte Rita og

andre informanter at de hadde laget, det jeg oppfatter som støtteerklæringer, til seg selv. Når gråsonhendelsene var et faktum, de ikke enkelt kunne legitimeres og heller ikke deles, ble de vanskelige. I sitatet ovenfor forstår jeg at Rita ikke vil klare å fortsette å stå i yrket som sykepleier, hvis hun ikke trøster seg selv og rasjonaliserer hendelsene. Hun beskriver skamfølelsen som så sterk at hun forestiller seg at den spiser henne opp. Dette antar jeg at er et uttrykk for at motivasjonen og gleden over yrket over tid vil avta, helt til det ikke er mulig å fortsette som sykepleier lengre.

5 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven har vært å utforske ulike forståelser av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Disse begrepene forstås av deltakerne som hendelser av udefinerbare størrelser og varierende karakter. Selv om jeg fikk tilgang til flere ulike tolkninger av fenomenene, pekte informantene også på noen sammenfallende forståelser. I den ene enden av skalaen mener de hendelsene er lovstridige, med potensiale for store helsemessige konsekvenser for de som utsettes for dem. Og i den andre enden av spekteret plasserer informantene gråsonehendelser, som er vage og vanskelige for dem å avgjøre legitimiteten av. For å nå hensikten med denne oppgaven er det viktig å belyse de forskjellige måtene sykepleiere tolker gråsonehendelsene på, både når det er andre som utfører dem og når det er en selv. Det er også essensielt at oppgaven tilbyr en økt forståelse av mekanismene som hindrer oss i å sette ord på gråsonehandlingene. Jeg vil i dette kapitlet legge frem min tolkning av datamaterialet ved hjelp av hensiktsmessige teorier innen framing, attribusjon og stigma. Samt gjøre bruk av relevant forskning, rapporter og faglitteratur.

5.1 Framing – hvordan kan gråsonehendelser forstås?

Jeg har undersøkt hvordan begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt kan forstås av sykepleiere på sykehjemsinstitusjon. Men for å bedre kunne tolke deres innramming av begrepene, er det også viktig å se dem i lys av konteksten de ble diskutert i.

Det har i de senere år vært et økende offentlig fokus på forebygging av vold, overgrep og omsorgssvikt mot sårbare eldre (Botngård & Malmedal, 2021; Justis- og beredskapsdepartementet, 2013; Prop. 12 S 2016-2017). I tillegg til dette finnes det skriftlige føringer for hva som kan forventes av sykepleierens yrkesutøvelse. I kapittel to av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det tydelig at sykepleieren både har et ansvar for å fremme helse og for å forebygge sykdom. I samme kapittel fremkommer det et like stort ansvar for å respektere pasientens integritet, fremme autonomi og beskytte pasienten mot krenkende handlinger og tvang (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-b). Norges lover har også nedfelt straffereaksjoner, dersom noen utsetter andre for vold, overgrep eller omsorgssvikt (Straffeloven, 2005). På den ene siden er det altså satt søkelys på forebygging, klare føringer for ansvar og utøvelse av sykepleie og formelle sanksjoner ved brudd på forventningene.

På den andre siden melder sykepleiere om sviktende forutsetninger i rammevilkår. Der grunnlaget for utøvelsen av god sykepleie ikke er godt nok til stede. Blant annet finnes det ingen bemanningsnorm for sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-a). Samtidig som en rapport utført av Menon Economics, på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund (Theie, Lind, Jenssen & Skogli, 2018) konkluderer med at vi allerede har fått svekket kvalitet på tjenestene grunnet ressursmangel.

I medie- og nyhetsbildet kan det til tider fremstå som om det flommer over av uheldige, uønskede eller ulovlige hendelser på sykehjem (Dimmen, Hoseth & Rostad, 2022; Larsen, 2021; Lundemo, 2022). Dette bidrar på sin måte til å skape et inntrykk av at omfanget er stort og i noen tilfeller fremstilles begrepene mer som sekkebetegnelser for å skape oppmerksomhet (Rognli & Alnes, 2021).

Nettopp i dette skjæringspunktet, mellom etikk, lesertall, budsjetter, ressurser, fagkunnskap og forventinger, er det sykepleierens yrkesutøvelse ligger. Begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt er sosiale fenomener, som ilegges mening og innrammes av den tiden og konteksten vi finner dem i. Informantenes og min forståelse av begrepene vil derfor være påvirket av denne konteksten.

5.1.1 Sykepleiernes forståelse og innramming

Sykepleierne jeg intervjuet hadde både sammenfallende og motstridende oppfatninger av gråsonhendelser. Da vi snakket om begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt, ga de eksempler på hvordan definisjonen endret seg ved tydelige eller vage hendelser. I starten av samtalene var alle klare på at hendelser som innbefattet vold, overgrep eller omsorgssvikt aldri måtte skje. Det ville være et brudd på sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer spesielt, og på lovverk generelt. Informantene innrammet til å begynne med gråsonhendelser som noe uetisk og ulovlig. Men etter hvert som vi kom dypere inn i tematikken, ble grensene mer utydelige også for sykepleierne. Om dette sier Goffman (1986) det ikke er uforventet at en måte å forstå et fenomen på, endrer seg ettersom nye innramminger kommer til.

Ord vi ikke bruker

Det første som stod tydelig for meg i analysen av intervjuene var at sykepleierne i stor grad unnlot å bruke begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt i sin arbeidshverdag. De omskrev

ofte begrepene til «innenfor/ikke innenfor» «lov/ikke lov» og «greit/ugreit». Dette skriver Isdal (2000) er en type skjebneforklaring av fenomenene. Når vi bytter ut tabubelagte ord, fører dette til en usynliggjøring av problemet. En prosess som godt kan foregå ubevisst, men som oppstår på grunn av det store ubehaget vi føler med å synliggjøre det. Dette kom også frem i intervjuene, der en av informantene forklarte at ordet vold som regel bare ble brukt dersom en pasient var ansvarlig for handlingen, og ikke en sykepleier. Gjennom denne usynliggjøringen sier Isdal (2000) videre at ved å unngå ubehaget, håper vi det ikke skjer. Dette sa også en av informantene da vi snakket om begrepene. Hun håpte at vold ikke forekom, men implisitt erkjente hun at det nok gjorde det likevel. Slik jeg tolker Goffman (1986) kan sykepleiernes manglende begrepsbruk også være en type innramming. Der fenomenet får sin framing gjennom det som ikke blir sagt. I eksemplet med utbytting av ord, gis begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt kanskje en ny betydning, ved at andre (mindre tabubelagte) ord benyttes.

Fysisk vold må aldri forekomme

Alle sykepleierne var enige om at eksempelvis slag, spark, fastholdelse og unødig bruk av tvang ikke kunne forsvares uansett foranledning. Goffman (1986) ville kanskje forklarte denne innrammingen med at filter, som fysiske handlinger forestiller her, får bli det som farger innrammingen og avgjør forståelsen blant sykepleierne. Om dette sier Isdal (2000, s. 37) at for de fleste mennesker er koblingen mellom smertefulle, fysiske handlinger og vold nærliggende. Sykepleierne oppfattet denne type handlinger som direkte vold og definerte det ikke som gråsonehendelser. Fysisk vold var dermed en kategori av vold der forståelsen fremstod som relativt lik for alle deltakerne. Dette kan handle om at fysisk vold er mer konkret og dermed oppfattes lettere av andre. Isdal (2000) peker på voldens synlighet som avgjørende for vår forståelse av den. Klassiske eksempler på voldsutøvelse i nyhetsbildet og scener fra krig, leder kanskje tankene og assosiasjonene over på voldsomme inntrykk eller skade. Det kan derfor tenkes at sykepleiernes tydelige forståelse av fysisk vold er påvirket av store, førende definisjoner i samfunnet. Der resultatet av volden nærmest er definisjonsgrunlaget, slik vi finner den i Isdal (2000, s. 7).

Goffman (1986) bruker teorien om framing til å forklare hvordan verden rundt oss er med på å forme vår oppfatning av et fenomen. Han bruker filter som et begrep for å forklare hvordan innrammingen blir seende ut. Med hensyn på informantenes innramming av vold som fysiske hendelser, kan det derfor også tenkes at denne forståelsen, eller innrammingen, er formet på

bakgrunn av vår felles, sosiale oppfatning av vold. Der samfunnets fremvisning av vold i media fungerer som et filter vi ser fenomenet gjennom. En annen tilnærming til denne forståelse av fysisk vold som lettere definerbar, kan skyldes avgrensningene vi har i rettssystemet. Slag, spark og unødig bruk av makt, kan enkelt føre til målbare konsekvenser for de som utsettes for det. Og dette har Straffeloven (2005) klare sanksjoner for, i form av bøter eller fengsel.

Psykisk vold skjer i det skjulte

Da informantene kom inn på psykisk vold som tema for begrepsforståelsen, ble fortolkningene mindre like. Noen mente dette kunne være å snakke nedsettende om og til pasienter, skjelle dem ut eller holde pasienter utenfor det sosiale i en avdeling. Andre igjen mente det var nok om sykepleieren ikke utviste tålmodighet ovenfor pasientgrupper med kognitiv svikt. Flere trodde det ville være vanskelig å oppdage psykisk vold, fordi den skjer i det skjulte. Dette støttes av Malmedal et al. (2019) som viser til at pasientene kan ha manglende evne til å si ifra selv, og at ansatte kanskje vet for lite om denne typen vold. I disse økende meningsforskjellene mener jeg den konstruktivistiske tilnærmingen kan gjøre seg gjeldende. Tilfeller med psykisk vold er mindre synlige i følge Isdal (2000). Noe som igjen kan gjøre vår felles forståelse av dem vagere. Innen konstruktivistisk tenkning ligger også fortolkning sentralt (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Når vi da, gjennom den psykiske voldens usynlighet har mindre tilgang til andres oppfatning av den, vil informantene kanskje i større grad fortolke betydningen basert på egne erfaringer. Der fenomener aldri kan reduseres til kun en enkelt definisjon. Dette sier Justesen og Mik-Meyer (2010) er fordi informantenes livsverden i konstruktivistisk tilnærming, er dynamisk og flytende. Dette forstår jeg som en måte å si at informantenes forståelse hele tiden er i endring. Basert på nye inntrykk, ny kunnskap eller situasjonsbetingede forståelser. Det var ikke bare psykisk vold som ble plassert i kategorien for lite synlig, eller usynlig vold. Også seksuelt motivert vold fremstod som lite synlig.

Uaktuell vold

Ingen av informantene kom selv inn på seksualisert vold som et alternativ i rekken av mulige voldshendelser på sykehjem. Men på bakgrunn av en utbredt oppfatning i samfunnet om at eldre ikke er seksuelt aktive, har seksuelle behov eller anses som attraktive (Ageing Equal, 2018), kan dette ha en sammenheng med informantenes forståelse. Denne innrammingen av seksualitet og seksuelt motivert vold delte antakeligvis den ene informanten, som sa at hun

trodde dette egentlig var et større problem med hensyn på barn og unge voksne. I lys av forskning gjort på dette feltet, hevder Jeary (2004) at samfunnet ikke klarer å beskytte eldre godt nok mot seksuelle overgrep. Videre forklarer studien at noen av årsakene til dette er helsepersonells manglende anerkjennelse av noen Eldres reduserte samtykkekompetanse. Og en generell motvilje mot å forholde seg til et tema som blir tabubelagt på to fronter – både seksuelle overgrep og Eldres seksuelle helse (Jeary, 2004). Ved at et fenomen ikke aktualiseres mener jeg at man gjennom Goffman (1986) sin teori om framing også kan argumentere for at det likevel innrammes. Ved at seksualisert vold forstås som uaktuell, rammes begrepet inn som noe som ikke skjer. Sykepleierne tok ikke denne formen for vold frem i lyset selv, noe som kan antyde at det for dem ikke var en mulighet. Det de derimot mente kunne være realistisk, var hendelser med innrammingen av overgrep.

Overgrep bør ikke skjje

I sykepleiernes fortolkning av overgrep kom det også frem ulike måter å ramme inn begrepet på. Flere eksempler omhandlet krenkelser av pasientens kroppslige integritet, for eksempel gjennom stell og medisinerer. Men også innskrenket mulighet til bevegelse, ved bruk av belter og reimer, ble lagt til kategorien overgrep. I det videre skiller overgrep seg fra innrammingen om vold. Der informantene var tydelige på at vold aldri måtte forekomme, kunne de finne aksepterte forklaringer på tilfeller der en handling kunne defineres som et overgrep. Men at det likevel var nødvendig å gjennomføre overgrepet. Pasienter med sterkt nedsatt innsikt i egen situasjon figurerte i eksemplene over aksepterte overgrep. Slik jeg forstår Goffman (1986) kan et tankesett bestå av flere innramminger samtidig. I forhold til sykepleiernes forståelse av overgrep er det ikke utenkelig at de innrammer flere begreper knyttet til verdier på samme tid. Eksempelvis kan det være en tankeramme om overgrep som noe som må unngås. Mens en annen innramming er viktigheten av å handle til det beste for pasienten. På denne måten må sykepleierne i lys av teorien om framing (Goffman, 1986) avgjøre hvilket verdsett de rangerer høyest i en situasjon der de eksempelvis vurderer å bruke belte i rullestol til en pasient. Gjennom rangering av verdsett havnet informantene ofte i situasjoner der pasienters grunnleggende behov ikke kunne bli møtt. Dette omtalte de som omsorgssvikt.

Omsorgssvikt er uunngåelig

Når informantene snakket om begrepet omsorgssvikt kom det frem at dette var hendelser de mente var vanlige på sykehjem. Noen gikk så langt som å si at de var et daglig

forekommende. Hendelsene de refererte til handlet ofte om grunnleggende behov hos pasienten, som ikke ble dekket. Og kunne være alt fra unnløst av tannstell, ikke tilbudt drikke, ikke tid til samtale med pasienten eller manglende oppfølging av ressursbevarende tiltak. Deres beskrivelse av gjentakende hendelser med omsorgssvikt finner bred støtte i forskningen (Botngård, 2021; Dahl & Sørensen, 2020; Sandmoe, Wentzel-Larsen & Hjemdal, 2017). Selv om informantene var enige om at omsorgssvikt burde unngås, pekte de på at dette i større grad ble styrt av rammevilkår for tjenesteutøvelsen. Slik jeg tolker informantene mener de ansvaret for omsorgssvikten i stor grad kan legges på beslutningstakere som tildeler økonomiske midler og ressurser. Informantene ga uttrykk for at denne tilkortkommenheten i egen yrkesutøvelse ikke var intensjonell og ikke var til å komme unna, så lenge bemanningen var for lav. Dette underbygges av rapporten utført av Theie et al. (2018), som konkluderte med at behovet for sykepleiere har gått opp og mangelen på kompetanse har økt. Til sammen har dette ført til en svekkelse av kvalitet, særlig innen den kommunale helsetjenesten. Denne typen innramming mener Chong og Druckman (2007) kan handle om at en innramming (mangel på sykepleiere), fører til en ny innramming (lav kvalitet på tjenesteutøvelsen). Som igjen fører til en tredje innramming, der sykepleierne til slutt mener omsorgssvikt er uunngåelig på sykehjem.

Etter å ha lyttet til, analysert og lest transkripsjonene av intervjuene, sitter jeg igjen med en oppfatning av at begrepsbruken var viktig for sykepleierne. De uttrykte på hvert sitt vis lettelse over åpenheten rundt temaet vi snakket om. Og deres forståelse og definisjon av begrepene utvidet og endret seg gjennom intervjuene, i tråd med teorien om framing. Der en innramming ikke nødvendigvis er og forblir den samme gjennom impulser fra ny kunnskap, forståelse eller påvirkning generelt (Goffman, 1986). Informantene tok også andre hensyn for å veilede dem i vurderingen av gråsonehendelsene. Disse hensynene presenteres som faktorer i neste avsnitt.

5.1.2 Faktorer som påvirker forståelsen

Under analysen av intervjuene la jeg merke til at en handling som informantene i utgangspunktet forstod som vold, overgrep eller omsorgssvikt, ikke alltid ble definert slik. Og handlinger som i seg selv ble oppfattet som legitime, likevel kunne ende ut med å bli tolket som illegitime. Dette er i seg selv et resultat som godt kan gjøres til gjenstand for diskusjon. I presentasjonen av intervjuene fremhevet jeg hvordan en av sykepleierne snakket om

dilemmaet ved å utføre en handling mot pasientens vilje, versus å følge pasientens signaler om å la være. Her tolket jeg at informanten mente handlingen (å mate pasienten med tvang) var illegitim, men siden pasienten hadde et fysiologisk behov for mat, ble handlingen akseptert likevel. En annen informant forklarte at til sist er det uansett pasientens oppfatning som avgjør. Og dermed ville handling på nytt blitt vurdert til å være et overgrep. Her forandres dermed innrammingen av samme begrep flere ganger i løpet av kort tid. Liknende eksempler gikk igjen flere ganger i samtalene. Men i datamaterialet identifiserte jeg tre faktorer som var med på å avgjøre hvordan en handling ble tolket: handlingens konsekvens for pasienten, intensjonaliteten bak en handling og andres godkjenning.

Da vi snakket om gråsonehendelser var sykepleierne tydelige på at handlinger som førte til smerte, merker, skade eller redsel hos pasienten ikke var legitime. På den ene siden rammet de inn gråsonehendelsene som vold, overgrep eller omsorgssvikt hvis det oppstod negative konsekvenser for pasienten. Dette er i tråd med konvensjonelle versjoner av voldstolkningen som finnes i §271-275 i Straffeloven (2005), der sanksjoner idømmes på grunnlag av blant annet hvor mye skade, smerte eller funksjonstap handlingen påførte offeret. I vurderingen av konsekvens tok sykepleierne også hensyn til positiv konsekvens, om handlingen førte til noe bra for pasienten. På den andre siden eksisterte det altså en positiv innramming av konsekvenser. Om positive og negative innramminger sier Goffman (1986) at de handler om å presentere et konsept på en slik måte at det formidler en verdivurdering (positiv eller negativ), som kanskje ikke umiddelbart er tydelig. På denne måten skapes det per definisjon et iboende bias. Ved å se på informantenes innramming med hensyn på konsekvenser, virker det som om hensiktsmessige konsekvenser for pasienten pakkes inn i innrammingen, slik at gråsonehendelsen kan forstås som akseptabel eller legitim. Dette forstår jeg som at sykepleierne mener et overgrep er et overgrep, med mindre det førte til noe bra for pasienten. For eksempel at pasienten fikk mat, som kroppen hadde behov for. Selv om dette ikke nødvendigvis var etter pasientens ønske.

I tillegg til konsekvensfaktoren var informantene opptatte av intensjonen bak en handling. Intensjonalitet kunne virke formildende, selv om utfallet for eksempel var smerte, skade eller redsel. Dersom sykepleieren hadde pasientens beste som mål, var ikke gråsonehendelser definert til å være like uakseptable. Faktorene fungerte dermed som verktøy for å avgjøre legitimiteten av en handling, og kan ses på som et sett av konsepter og teoretiske perspektiver i informantenes sosiale rammeverk (Goffman, 1986). Det sosiale rammeverket, sier Goffman, er vår måte å organisere fenomener på. Dette mener jeg kan bety at når sykepleierne står

ovenfor handlinger som i utgangspunktet fortolkes som vold, overgrep eller omsorgssvikt, ilegges de en annen forståelse ved at intensjonen utvider fortolkningen. På den andre siden kunne legitime handlinger vurderes til ikke å være akseptable, dersom utøveren hadde feil intensjon. Med feil intensjon forstod jeg at informantene la til grunn at sykepleierens personlige behov for å gjøre en handling, trumfet pasientens motstridende behov. For å illustrere, kunne dette være at sykepleieren hadde det travelt, med mange oppgaver. Og derfor ble pasientene på avdelingen lagt i seng for natten mye tidligere enn normalt.

Den siste faktoren av betydning som jeg la merke til, var andres godkjenning av en handling. I praksis kunne dette bety at en annen sykepleier, institusjonslegen, ledelsen eller statsforvalteren hadde legitimert en handling. Sykepleierne refererte ofte til tvangsvedtak med hensyn på hva som kunne skape aksept for gråsonehendelser. I flere tilfeller der tvangsvedtak var fattet og dokumentert, sa sykepleierne at handlingen i seg selv ikke var akseptabel. Men siden en objektiv vurdering var utført, kunne de ofte stille seg bak den. Det kan være en form for rasjonalisering, som Isdal (2000) beskriver som eksternalisering. Dette er en måte å legge årsaksforklaringen utenfor seg selv, slik at individet fraskriver seg ansvaret. Ved at en annen, med lik eller høyere autoritet, har gjort en vurdering er sykepleieren tryggere på gjennomføringen. Gjennom en ekstern godkjenning av en gråsonehandling, kan sykepleierne forklare sin deltakelse med ytre faktorer. I motsetning til om de måtte vurdere sin holdning til handlingsalternativene, kan sykepleierne nå si at de bare gjorde som de fikk beskjed om. Et annet moment ved andres godkjenning kan være behovet for å sikre at handlingen er juridisk godkjent. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-b) er som tidligere nevnt, klare på at pasienten skal beskyttes for krenkelser og tvang. Det samme er Straffelovens kapittel 25, som omhandler voldslovbrudd. Også der er krenkelser nevnt som straffbare overtredelser (Straffeloven, 2005). Ved at sykepleieren avgjør handling på bakgrunn av et eksternt fattet tvangsvedtak, kan det derfor argumenteres at gråsonehandlingens natur ikke nødvendigvis er avgjørende. Så lenge sykepleieren oppfatter at det judisielle hensynet er ivaretatt.

5.2 Attribusjon og attribusjonsfeller – hvem gjør hva, og hvorfor?

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på hvilke forklaringsalternativer deltakerne forteller om, i forbindelse med gråsonhendelser. I deres fremstilling av gråsonhendelser fikk jeg inntrykk av at de forklarte årsakene ulikt, avhengig av hvem som utførte dem. Denne forklaringsprosessen kaller Kelley (1967) for attribusjon. Og handler om hvordan vi spontant attribuerer (tildeler mening til) egen eller andres adferd.

5.2.1 Når det er andre som gjør det

Dersom en sykepleier observerte utilstrekkelig helsehjelp eller gråsonhendelser utført av en kollega, kunne de noen ganger attribuere dette likt som om de selv hadde gjort det. Men i datamaterialet fant jeg langt oftere at de forklarte dette på en annen måte. Kollegaer med dårlige holdninger, som manglet kunnskap, som ville ha lengre kaffepause eller som var slitne av yrket, var eksempler jeg fikk. Deres svikt i utøvelsen av helsehjelp ble dermed tilskrevet disposisjonelle faktorer, som skriver seg til individets identitet eller verdisyn, i langt større grad enn situasjonelle, som tilskriver omgivelsene og rammevilkårene mer ansvar for hendelsene (Kelley, 1967). Dette er en av attribusjonsfellene, eller attribusjonsbiasene som er vanlige å gjøre i følge Raaheim (2002). Denne biasen forklares ved hjelp av det Raaheim kaller aktør-observatør-effekten. Knyttet til deltakernes uttalelser er det tenkelig at de forklarer andres adferd og handlinger ut ifra disposisjonelle forhold, fordi individer er persepsjonelt dominerende. Kollegaen som utfører en handling, blir det sykepleieren legger merke til og ikke alle kontekstene rundt (Raaheim, 2002).

Under intervjuene pekte deltakerne flere ganger på andre yrkesgrupper, med mindre kompetanse, som de som ofte utførte gråsonehandlinger. Noe som ellers står i kontrast i til hva Cohen og Shinan-Altman (2011) fant om risiko for gråsonehandlinger. I sin studie fant de at mer utdanning var en risikofaktor for slike handlinger. På den andre siden av aktør-observatør-effekten påpeker Raaheim (2002) videre at effekten ikke alltid er gjeldende. Særlig har den potensiale til å svikte, dersom sykepleieren observerer adferden til en lavstatusperson. I dette tilfellet kan det være snakk om annet personell med lavere, eller ingen formell utdanning. Da vil adferd med negativt utfall tilskrives disposisjonelle faktorer, mens adferd med positivt utfall, legges på omstendighetene. I motsatt fall kan høystatuspersoner, som

leger, ledere eller kollegaer med en maktposisjon i avdelingen, forstås i mer positiv retning. Der positive utfall av en handling, forstås som et uttrykk for personens iboende evner, ferdigheter og verdier. Mens et negativt utfall attribueres som for en selv, ved at årsaken legges på ytre omstendigheter og dermed bortforklares (Raaheim, 2002). Denne måten å attribuere på kan handle om at sykepleierne har mindre tiltro til andre med lavere status (kompetanse). Dette kom informantene inn på når de snakket om manglende etikk-kunnskaper hos noen av sine ufaglærte kollegaer. En mulig måte og tolke dette på vil være at lavere utdanning forstås som lavere kjennskap til etikk og kan dermed føre til gråsonehendelser. Men som Cohen og Shinan-Altman (2011) poengterte, kunne økt utdanning føre til en større bevissthet rundt gråsonehandlinger. Og dermed ville disse sykepleierne svare bekreftende på spørsmål om de hadde utført slike handlinger, oftere enn kollegaer med lavere utdanning.

En annen forklaring på hvorfor gråsonehendelser utført av kollegaer oftere attribueres til disposisjonelle faktorer forklarer Kelley et al. (2001) er kognitiv bias. Også beskrevet som *den fundamentale attribusjonsfeil*. Relatert til resultatene fra denne studien foreslår jeg kognitiv bias som en mulig forklaringsmekanisme når sykepleierne spontant attribuerer, uten å ha tatt hele situasjonen i betraktning. Om dette sier Raaheim (2002) at vi ofte unnlater å ta med i attribusjonsprosessen at noen ganger er det situasjonen som skaper personen og ikke omvendt. Dette kom flere deltakere inn på i samtale. Der de refererte til pasienter som var aggressive og at denne uttrykksformen skapte en viss motreaksjon i dem selv og deres kollegaer. Men dersom det er en kollegas handling som skapes av situasjonen, har ikke sykepleieren mulighet til å kjenne på hvilke forventninger og påvirkning kollegaen opplever i øyeblikket, de kan kun observere dem utenifra.

I tillegg til dette sier Kelley (1973) at årsaken til vår attribusjon er en sammensatt prosess. Informantene kom ikke inn på hvorfor de forstod gråsonehandlinger hos kollegaer som disposisjonelt betinget. Men Kelley hevder vi attribuerer på bakgrunn av flere forhold. I det som kalles ko-variasjonsmodellen har vi *konsensus, konsistens og spesifisitet* til å hjelpe oss i avgjørelsen av indrestyr eller ytrestyrt årsaksforklaring. Dersom alle gjør det samme (gråsonehendelser) er konsensusen høy. Hvor typisk det er at andre gjør noe, avgjør konsistensen. Er det typisk at alle på avdelingen blir sittende når klokka ringer på pasientrommet, er det høy konsistens. Mens spesifisiteten avgjøres av hvor spesifikk handlingen er. Blir typisk alle sittende på alle klokkealarmer, eller gjelder det bare når visse pasienter ringer? Er både konsensus, konsistens og spesifisitet høy, attribuerer vi gjerne med

ytre årsaksforklaringer, «det er sånn vi må gjøre det hos oss fordi ...». Og dette forklarer Isdal (2000) er en form for normalisering, der grensene for gråsonhendelser over tid kan flyttes. Men dersom det bare er én eller noen få som blir sittende, hver gang og kun til visse pasienter, er forholdene lav konsensus, lav konsistens og høy spesifisitet. Dette sier Kelley (1973) havner inn under attribusjon til indre forhold. Sykepleieren tolker det slik at det er kollegaens verdigrunnlag eller holdning som førte til adferden. Denne måten å attribuere på skilte seg fra da informantene snakket om egen adferd.

5.2.2 Når det er en selv som gjør det

På den ene siden så jeg at når informantene snakket om gråsonhendelser de selv hadde vært ansvarlige for eller medvirket til, pekte de sjelden på indre årsaker. I de fleste eksemplene jeg fikk kjennskap til, forklarte de det med situasjonelle faktorer. De henviste for eksempel til ressursmangel, ansvar for pasientens beste eller akutte hendelser. Dette samsvarer med resultater man fant i studiet «Repairing a spoiled identity» (Wiley & Eskilson, 1981). Hvor det tydelig kom frem at ved egen svikt eller tilkortkommenhet, ville deltakeren attribuere dette til faktorer eller hendelser de ikke selv hadde makt over. Dette kan forstås som en måte å gjenopprette sitt eget selvbilde på, slik at hendelsen ikke lager bulker i personligheten. I Wiley og Eskilson (1981) sin artikkel brukes teorien om attribusjon sammen med Goffman (1969/1992) sin teori om interpersonlig samspill. Der de overlapper ved at selv-tjenelig attribusjon blir et virkemiddel for sykepleieren for å sikre at den faktiske sosiale statusen lever opp til den forventede sosiale statusen som sykepleieren har i avdelingen. Hensikten med en slik situasjonelt betinget attribusjon, blir dermed at sykepleieren, i tillegg til å beholde integriteten ovenfor seg selv, også gjør det han eller hun kan med tanke på å formilde eventuelle sosiale reaksjoner fra andre rundt (Wiley & Eskilson, 1981)

Da en informant fortalte om å være eneste sykepleier på vakt og at hennes ansvar og oppgaver nødvendigvis førte til at pasientene måtte vente lenge på helsehjelp, kan det på den andre siden være en ytrestyrt forklaring på gråsonhendelser. Denne formen for rettighetstenkning kaller Isdal (2000) for «den gode sak». Dersom sykepleieren begår gråsonehandlinger mot pasienter, kan de ofte lettere forsones seg med hendelsen i ettertid, ved at handlingen forklares med at det var til pasientens beste.

Det var imidlertid ikke alltid at gråsonehandlinger ble attribuert til situasjonelle faktorer. Som Rita og Benedikte var inne på, trakk de seg selv i tvil ved noen tilfeller. Benedikte lurte på om hun ikke var like god som sine kollegaer og Rita erkjente at hun hadde handlet feil. Hvorvidt sykepleieren heller vil velge disposisjonell attribusjon som forklaring på egen adferd, avhenger i stor grad av selvbildet mener Kelley (1973). Dersom sykepleieren ender opp med å utføre en gråsonehandling for første gang, eller om dette er noe som typisk skjer, er også viktige distinksjoner sier Raaheim (2002). I tilfellet med Benedikte kan jeg ikke vite noe om hennes selvbilde i utgangspunktet. Men det faktum at hun forteller om stadig å oppleve egen yrkesutøvelse som dårligere enn sine kollegaers, er i følge Raaheim (2002) en risikofaktor for at hun på sikt vil kunne utvikle et mer negativt selvbilde og ende opp med alltid å «ta skylden» for gråsonehandlinger som oppstår. Om hendelsene er typiske er dermed en faktor som påvirker sykepleieren til å attribuere hendelse på indrestyrte årsaker. Opplevtes årsaken til hendelsen i tillegg som kontrollerbar (at sykepleieren kunne velge mellom en gråsonehandling eller ikke), er det den andre faktoren som påvirker resultatet av attribusjonen (Kelley, 1973). Gjentatte opplevelser med tilkortkommenhet, hvor sykepleieren ender med å attribuere adferden til svikt i egne evner eller verdier, kan føre til at selvtiliten bygges ned og den negative attribusjonen også utvides til andre områder i livet. Dette kaller Wiley og Eskilson (1981) for en globalisering av attribusjonen. Ikke ulikt skam og stigma, vil global negativ attribusjon føre til psykologisk ubehag hos sykepleieren (Wiley & Eskilson, 1981).

5.3 Stigma – å være en utstøtt

På bakgrunn av intervjuene og informantenes refleksjoner, mener jeg at skam og stigma kanskje er de største barrierene for å komme videre i arbeidet mot en reduksjon av gråsonehandlinger. I vår natur ligger det innprentet et behov for å være en del av flokken. Og det har i størstedelen av menneskets historie vært en nødvendighet for overlevelse. Det er dermed ikke enkelt for oss å legge bort frykten for utestengelse (Goffman, 1968). I de tre påfølgende underkapitlene dreies drøftingen først inn på hvordan stigma kom til syne hos sykepleierne. Deretter hva stigma kan føre til for den enkelte. Og til sist en gjennomgang av hvilken rolle sentrale aktører spiller i håndteringen av stigma.

5.3.1 Stigma – slik det kom til syne hos sykepleierne

En gråsonehendelse som ikke er observert av andre, er et usynlig eller ukjent stigma for omverdenen (Goffman, 1986). Men den enkelte sykepleier vet gjennom sin vurdering av liknende hendelser og situasjoner om handlingen var legitim eller ikke (Isdal, 2000). Dette beskriver de med en ubehagelig følelse som blir sittende igjen i kroppen. En følelse de ikke klarer å bli kvitt uten videre. For å håndtere dette usynlige stigmaet må de derfor finne en måte å behandle stigmaet på. I samtale med sykepleierne så jeg at de hovedsakelig valgte å forholde seg til sitt stigma som en hemmelighet. De satte ikke ord på det til sine kollegaer eller ledelse i frykt for konsekvenser som utestengelse eller å bli behandlet annerledes. Slik jeg tolker Goffman (1986) har sykepleieren som bærer et stigma (for eksempel utøvelse av gråsonehendelser) to valg i møte med sine kollegaer, som tilsynelatende ikke har gjort det samme. Sykepleieren kan velge å være åpen og dele tilstedeværelsen av stigmaet, eller skjule det.

Flere av informantene delte eksempler med meg, der de selv hadde utført gråsonehendelser. Noen av disse hendelsene mente de man kunne snakke åpent om i avdelingen. Men det var kun snakk om hendelser som var vanlige og «skjedde med alle» ansatte. Eksempelvis å ikke kunne hjelpe en pasient innen rimelig tid. Andre gråsonehandlinger valgte de å holde for seg selv. Dersom sykepleieren velger å skjule sitt stigma, er han eller hun diskrediterbar, men ikke diskreditert sier Goffman (1968). Dette tror jeg kan handle om at så lenge ingen vet om stigmaet, og sykepleieren kun er diskrediterbar, kan han eller hun fortsette å interagere med andre som normalt. Men i det øyeblikket stigmaet blir kjent, og sykepleieren faktisk er diskreditert, fordrer dette en endring i den sosiale interaksjonen. Reaksjoner på stigmaet kan, av «de normale» som Goffman beskriver dem, oppfattes som en karakterbrist og sykepleieren risikerer blant annet sosial utestengelse (Scheff, 2000). Ved bruk av Goffman (1968) skjønner jeg at referansegruppen (kollegaene) ikke vil vedkjenne seg stigmaet (utøvelse av gråsonehendelser), og dermed må de selv ta avstand fra både sykepleieren og gråsonehandlingene, for å synliggjøre forskjellen mellom seg og den stigmatiserte.

I intervjuene var de fleste informantene klare på at selv om de hadde utført gråsonehandlinger mot pasienter, var dette sjelden noe de kunne ha forhindret. Fordi informantene gjentatte ganger kom tilbake til deres manglende ressurser for å forhindre slike hendelser, fikk jeg inntrykk av at det var viktig for dem å sikre at andre forstod utfordringen de stod i. Om dette sier Bos, Pryor, Reeder og Stutterheim (2013) at i hvor stor grad den stigmatiserte selv kan

sies å ha et ansvar for stigmaet, vil avgjøre hvordan publikummet reagerer. Det vil si at en hendelse med utilstrekkelig helsehjelp ville møtes med mer sympati fra kollegaer og andre, dersom sykepleieren selv ikke kunne holdes særlig ansvarlig for den. I motsatt fall, ved at sykepleieren kunne knyttes tett opp til ansvaret for handlingen, ville stigmaet kun øke i andres øyne.

Noen av informantene valgte å håndtere stigmaet ved å prøve å fjerne det. Det vil si at de forsøkte å unngå at det skulle skje på nytt. Selv om informantene var klare på at rammene for tjenesten ikke var tilstrekkelige, for å skulle utføre jobben sin på en god nok måte. Deres forklaring på rammevilkårene støttes blant annet av Theie et al. (2018) sin rapport om bemanning, kompetanse og kvalitet. Dette sier Goffman (1968) ikke er forenelig med å faktisk skulle fjerne stigmaet. Ved å forvente at sykepleierne skal gjøre jobben uten de nødvendige ressursene, ber man i realiteten den stigmatiserte om å mestre noe den ikke kan forventes å mestre. Goffman sammenlikner denne forventningen med å be en mann med lammelser om å gå. Det kan han naturligvis ikke mestre. Og dermed består stigmaet både for sykepleieren og mannen i Goffmans eksempel. Noe som fører til at den stigmatiserte sykepleieren kun står igjen med alternativet om å fortsette å skjule sitt stigma for andre, i håp om at det ikke skal bli avslørt.

5.3.2 Hva kan stigma føre til

På sikt kan stigma føre til skamfølelse (Bos et al., 2013). Som en av informantene kom inn på, visste hun at det hun hadde gjort var stygt og det var en handling hun skammet seg over. Den usynlig stigmatiserte sykepleieren står i fare for å utvikle et negativt selvbilde, samtidig med et betydelig psykologisk ubehag. Dette forklarer Bos et al. (2013) med belastningen av at sykepleieren kjenner til sitt eget stigma, samt muligheten for å bli diskreditert av sine kollegaer, dersom stigmaet blir kjent. Videre har Scheff (2000) framsatt en teori om at selvskam er den mest sentrale følelsen vi har. Den er sosialt betinget og opplevelsen av å skamme seg fører ofte til skam over egen skamfullhet. Utfra dette tenker jeg sykepleierens følelse av skam kan bli en nedadgående spiral, hvor skamfølelsen står så sterkt, at det på sikt vil bli ennå mer vanskelig å fri seg fra sitt stigma (Scheff, 2003).

Goffmans (1968) perspektiv på utfordringen med et usynlig stigma er at den faktiske sosiale identiteten, potensielt ikke lever opp til den forventede sosiale identiteten. Og dette skaper et

stort behov for å verne om videre hemmeligholdelse av stigmaet (Bos et al., 2013). Der hemmelighold av stigma er én måte å håndtere det på, sier Isdal (2000) at en annen tilnærming kan være at sykepleieren går aktivt inn for å glemme hendelsen som førte til stigmaet. Skamfølelsen er så sterk at sykepleieren velger å glemme, eller å ikke forsøke å huske hva som skjedde. For på denne måten å redusere de ubehagelige psykologiske effektene som skammen bringer med seg. Utfordringen med dette, mener Isdal (2000) kan være at sykepleieren ikke gir seg selv muligheten til å lære av hendelsen. Hva skjedde egentlig og hvorfor skjedde det? Hvordan kan man unngå at det skjer igjen? Disse spørsmålene forblir da ubesvarte, og sykepleieren risikerer å gjenta samme gråsonehandling på nytt.

Å skulle leve med et usynlig stigma kan også føre til andre typer adferd (Bos et al., 2013). Blant annet forklarer Bos et al. (2013) at den stigmatiserte sykepleieren kan forsøke å unngå situasjoner hvor stigmatisering er sannsynlig. Dette kan igjen tenkes å føre til nye utfordringer, dersom sykepleierne velger å unnlate å gå inn i situasjoner de er usikre på om kan håndteres, uten ny stigmatisering. Følelsesmessig frakopling fra egen identitet (og tilhørende stigma) er også en mulig konsekvens (Bos et al., 2013). I et slikt tilfelle vil sykepleieren forsøke å frigjøre seg fra sitt stigma gjennom å ta avstand til egen identitet. Dette kan være både en indre og ytre gjentakende uttalelse, hvor sykepleieren for eksempel sier han eller hun ikke vil vedkjenne seg andre som utfører utilstrekkelig helsehjelp. Selv om håndteringen av stigma kan virke som et ensomt arbeid, angår det mange sykepleiere basert på tallene om utøvelse av vold, overgrep og omsorgssvikt (Botngård, 2021; Dahl & Sørensen, 2020). Det kan derfor tenkes å være flere parter som har utbytte av å arbeide med forståelser av begrepet stigma.

5.3.3 Sentrale aktører i prosessen med håndtering av stigma

I intervjuene kom det frem at manglende bevissthet rundt innrammingen av begreper også skapte et tabu eller stigma. Begrepene var i stor grad fremmede for sykepleierne å bruke og de opplevde dem som belastende. En av informantene vegret seg å bruke dem, fordi hun syntes de var for «voldsomme».

I sin doktorgradsavhandling peker Botngård (2021) på behovet for å samkjøre ulike forståelser av begrepet «abusive acts». Et begrep jeg forstår som tilsvarende krenkende handlinger eller gråsonehandlinger på norsk. Botngård viser til nødvendigheten av at begrepet

også operasjonaliseres og at det utvikles gode kartleggings- og målemetoder. Men et like betydelig problem er hvordan utfordringene med kartlegging av vold, overgrep og omsorgssvikt innrammes (Botngård, 2021; Isdal, 2000; Myhre, Saga, et al., 2020a). På grunn av dette mener jeg derfor det hviler et ansvar på sykepleierutdanningen, arbeidsplassene, og media for at vi er bevisste på hvordan vi rammer inn begrepene og utfordringene. Slik at ikke begrepsbruken i seg selv blir en kilde til stigmatisering.

Informantene fortalte at begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt, omtrent ikke ble tematisert under deres utdanningsforløp. Fokuset var på sykepleieridealet og utøvelsen av best mulig helsehjelp. En nylig utdannet sykepleier fortalte at det eneste hun husket fra sykepleierutdanningen angående dette feltet, var et ensidig fokus på at det ikke måtte forekomme. Men som bemannings- og kvalitetsrapporten viser (Theie et al., 2018), er sykepleiernes arbeidsdag ofte preget av ressursmangel, vurderinger og avveininger. Der resultatet på en eller annen måte faller inn under gråsonebegrepet. Det er derfor ikke utenkelig at utdanningsinstitusjonene bør arbeide med å forberede studentene på den hverdagen de kommer til å møte, samtidig som de gis kunnskap og kompetanse til å håndtere utfordringene med gråsonehendelser. Som Bos et al. (2013) skriver om i sin artikkel, vil det være nødvendig at vi øker vår kunnskap rundt stigma generelt. Og på denne måten lærer oss å identifisere de forskjellige typene stigma som finnes, slik at vi bedre kan arbeide mot en reduksjon.

Videre ser jeg at informantene er tydelige på manglende oppfølging av gråsonetematikken på arbeidsplassen. Dette støttes av Myhre, Saga, et al. (2020a) som konkluderer med at ledelsen på de enkelte sykehjemmene ikke vet hvordan de skal gripe fatt i gråsoneproblematikken, eller mer uttalte hendelser av vold, overgrep og omsorgssvikt. I sin artikkel viser de at ledelsen er usikker på hvordan de best kan følge dette opp, for ikke å virke mistroiske til sine medarbeidere. Men gjennom at problematikken ikke settes ord på eller følges opp på arbeidsplassen, får vi igjen det Isdal (2000) refererer til som usynliggjøring. Med hensyn på stigmatisering kan sykepleierne oppleve at gråsonehandlinger ikke snakkes om og dermed tror de at de er alene om å utføre dem. Gjennom denne ensomhetsfølelsen skapes det dermed et stigmatiserende attributt mellom sykepleieren og «de andre» (Bos et al., 2013; Goffman, 1968). Derfor kan det finnes indikasjoner på at den enkelte kommune/sykehjem vil være tjent med å arbeide med avstigmatisering (Bos et al., 2013).

Også media spiller en rolle i stigmatiseringen av sykepleiere. Dette mener jeg Myhre og Lichtwarck gir gode eksempler på i nyhetsartikkelen der de problematiserer at bruken av

begrepene kan virke mot sin hensikt (Rognli & Alnes, 2021). Ved at media spiller opp stigmatiserende innramminger av fenomenene og sykepleierne som utøvere av vold, overgrep og omsorgssvikt, bidrar de til å opprettholde en kultur der hemmelighold, skam og stigma får større spillerom. I denne sammenhengen blir nyanserende innlegg som det Larsen (2021) skrev, viktige for å sette søkelys på flere forklaringer ut over sykepleieren som voldsutøver.

5.4 Kliniske implikasjoner for praksis og videre forskning

Hvordan vi skal forholde oss til begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt i praksis, har blitt aktualisert gjennom samtaler med sykepleierne i denne studien. Dette er begreper som har en plass innen det komplekse feltet som utøvelse av sykepleie er. Enten vi ønsker det eller ikke. Dette betyr at også andre arenaer utenom sykehjem, hvor sykepleie utøves, må finne sin forståelse av begrepene. Slik at det kan få vokse frem en balanse, der hverken uhensiktsmessig innramming, normalisering eller usynliggjøring skjer.

I tillegg til helsehjelp og sykepleie, er det flere andre praksiser som omgås disse begrepene. Lovverket som definerer sanksjoner, yrkesetiske retningslinjer som legger føringer for god praksis og utdanningsinstitusjonene som forbereder helsepersonell på klinisk arbeid, er bare noen eksempler. Men også politikere gjennom sin makt til å sette tematikker på dagsorden, er en gruppe i samfunnet som vil kunne tjene på en bevisst forståelse av gråsonehendelsers kompleksitet. Videre har flere forskere (Botngård, 2021; Myhre, Malmedal, et al., 2020) pekt på at for å få til en utvikling av dette forskningsfeltet, er det helt avgjørende at begreper og måleverktøy samsvarer med samfunnets forståelse av fenomenene. Denne oppfatningen kan også sies å være gyldig i all forskning, der formålet er å undersøke sosialt betingede fenomener eller konstruerte begreper.

Med visshet i at gråsonehendelser foregår på nær sagt alle norske sykehjem (Botngård, 2021; Malmedal, 2014) er det grunn til å tro at resultatene fra denne oppgaven kan brukes som et utgangspunkt for refleksjon for andre som ønsker å komme i gang med reduksjon av disse hendelsene. Den kan også leses av kliniske sykepleiere som kanskje kjenner seg igjen og blir motivert til å starte forbedringsarbeid i egen avdeling.

Men det er ikke bare sykepleiere på sykehjem som kan tenkes å stå i komplekse situasjoner, der gråsonehendelser oppstår. Også andre som jobber tett på pasienter vil kunne kjenne igjen

deler av tematikken. Jeg mener derfor at studien har relevans også for andre yrkesgrupper eller pasientgrupper. Som for eksempel helsefagarbeidere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, innen både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Pasientgruppen i denne oppgaven er ofte personer med svikt i flere og ulike funksjoner, blant annet kognitive. Men felles for dem er at de tilhører en gruppe som kalles risikoutsatte voksne (Dahl & Sørensen, 2020). Det er derfor ikke utenkelig at studien kan bidra til økt innsikt i problematikker for andre underkategorier av pasientgrupper som også defineres som risikoutsatte.

Under intervjuene med sykepleierne fikk jeg flere ganger tanker om at landskapet de beskrev, handlet vel så mye om etiske dilemmaer, som begrepsforståelse. Etiske implikasjoner og studier som undersøker begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt i lys av etikk, vil kunne være et naturlig steg videre. Men i den grad jeg oppfatter konstruktivismen som undersøkende til hvordan noe kan være, forstår jeg etikken som mer deskriptiv. Der den tar stilling til om noe var etisk eller uetisk på bakgrunn av hva som skjedde. Det var derfor nærliggende å utelukke etiske perspektiver i denne omgang.

Forskning og teorier på mekanismene bak skam og stigma har blitt benyttet i denne oppgaven, for å vise frem opplevelsene til sykepleierne. Som Bos et al. (2013) påpeker er ingen mennesker unntatt muligheten til å utsettes for stigmatisering. Dermed kan denne oppgavens søkelys på effektene av stigma hos den enkelte, tenkes å ha relevans for andre også. Særlig innen liknende profesjoner, hvor arbeidets art i seg selv krever mye av individet.

6 Oppsummering

Målet med denne oppgaven har vært å se på hvordan sykepleiere forstår begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt. Men også å undersøke hvordan de forklarer at slike gråsonhendelser oppstår og hvordan de forholder seg til dem. Studien har dermed tatt utgangspunkt i sykepleieperspektivet. Dette utelukker ikke viktigheten av å undersøke pasientperspektivet videre i andre studier. Men det som sykepleieperspektivet nettopp fanger opp, er at vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre ikke bare får følger for pasientene, men også for sykepleierne. Det skjer gjennom stigma, skam og belastende arbeidssituasjoner som igjen kan tenkes å få følger for rekruttering og bemanning.

Gjennom Botngård (2021) og Justesen og Mik-Meyer (2010) får vi kunnskap som tilsier at gråsonhendelser ikke nødvendigvis kan defineres likt over hele verden. Våre kulturelle og individuelle forskjeller er så store, at dersom vi fikk en definisjon som skulle være gjeldende for alle spørsmål om gråsonhendelser, ville dette aldri blitt rett for alle uansett. Resultatene fra denne studien peker på at det er desto mer viktig at vi er bevisst hvilke forståelser vi gir begrepene. Ved en slik tilnærming kan vi lettere gå i dialog med hverandre og drøfte hvilke betydninger disse begrepene bør ha og hva vi trenger for å komme dit.

Dette mener jeg informantene også viste gjennom sin personlige begrepsutvikling bare på den korte stunden et intervju varte. De startet ut med å peke på gråsonhendelser som brudd på lovverk, men endte med å inkludere hendelser av daglig karakter på sykehjemmene. Til å begynne med henviste de til vold, overgrep og omsorgssvikt som hendelser utført av helsepersonell med karakterbrister, men gikk over til å inkludere elementer av egen yrkesutøvelse inn i gråsonlandskapet.

Studien har også vist at sykepleierne som deltok, har flere likhetstrekk i hvordan fysisk vold kan innrammes gjennom fysiske handlinger, som smerter eller skader. Mens psykisk- og seksualisert vold får mer diffuse forklaringer. Og i noen tilfeller blir deres innramming at de er så vanskelige å oppdage at de forstås som usannsynlige. Overgrep og omsorgssvikt er fenomener som også forstås på flere måter. Fra noe som bør unngås, til noen ganger nødvendig og av og til uunngåelig.

Ulike måter å tildele adferd meninger, har vist at det ligger psykologiske mønstre på individnivå, som fører til at vi attribuerer gråsonhandlinger forskjellig. Hovedsakelig ligger

den største forskjellen mellom selv-utførte handlinger og observerte handlinger. Egen adferd forstås som regel gjennom situasjonelle årsaker, mens observert adferd i de fleste tilfeller forstås som disposisjonelt betinget (Kelley et al., 2001). Dette er viktig å ta med i arbeidet videre, dersom vi skal kunne jobbe med gode strategier for refleksjon rundt gråsonhendelser.

Selv om definisjonsspørsmålet kanskje ikke er oppnåelig i dag, er det likevel områder vi kan forbedre. Skam og stigma som barrierer for kommunikasjon og utvikling, er tematikker med stor mulighet for utvikling. Dette kan innebære nasjonale føringer og tyngre vekting i utdanningsforløp. Men kan også konkretiseres i den enkelte kommune/bydel og sykehjem, i form av rutiner for refleksjon. Eller gjennom fokus på å bygge trygge arbeidsplasser der ansatte har rom og veiledning til å få tillit til hverandre. Som Isdal (2000) også forklarer, et miljø der sykepleierne får anledning til å bygge en åpenhetskultur. Hvor vold, overgrep og omsorgssvikt er handlinger vi kollektivt og individuelt tar avstand fra. Men også en kultur hvor utfordringene som sykepleiere møter i sin arbeidshverdag, anerkjennes for sin kompleksitet.

Ved å gå tilbake til Goffmans (1968) beskrivelse av stigma, finner jeg at stigmaet oppstår når et fenomen eller et attributt, av et publikum ikke oppfattes som normalt. Dersom hyppigheten og tilstedeværelsen av gråsonhendelser ble løftet frem og innrammet på en mer konstruktiv måte, vil de kanskje ikke lenger være like unormale og dermed ikke oppleves som stigmatiserende for sykepleieren. På denne måten kan skammen rundt utøvelse av utilstrekkelig helsehjelp reduseres. Og vi kan begynne å arbeide med en reell reduksjon, gjennom at tematikken kan drøftes åpent. Men her vil det være viktig å ha Isdals (2000) ord med oss, slik at ikke åpenheten blir til en normalisering av vold, overgrep og omsorgssvikt. Hvor grensene for hva som er akseptabelt, flyttes eller viskes ut.

Referanseliste

- Ageing Equal. (2018). Ageism and sexuality. Hentet 21.04.2022 fra <https://ageing-equal.org/ageism-and-sexuality/>
- American Psychological Association. (2002, 08.2002). Eminent psychologists of the 20th century. Hentet fra <https://www.apa.org/monitor/julaug02/eminent>
- Anyan, C. (2019). *Elder Abuse and Neglect: Health Workers' Perception in Ghana*. NTNU.
- Blumenfeld Arens, O., Fierz, K. & Zúñiga, F. (2017). Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology*, 63(2), 169-179. 10.1159/000450787
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D. & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 1-9. 10.1080/01973533.2012.746147
- Botngård, A. (2021). *Elder abuse in Norwegian nursing homes: Prevalence and risk factors*. NTNU.
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L. & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 244-244. 10.1186/s12913-021-06227-4
- Botngård, A. & Malmedal, W. (2021). *Rapportering på voldshendelser på sykeheim*. Helse- og omsorgsdepartementet,. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/rapportering-pa-voldshendelser-pa-sykehjem/id2865991/>
- Chong, D. & Druckman, J. N. (2007). Framing Theory. *Annual review of political science*, 10(1), 103-126. 10.1146/annurev.polisci.10.072805.103054
- Cohen, M. & Shinan-Altman, S. (2011). A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes. *Int Psychogeriatr*, 23(8), 1213-1221. 10.1017/S1041610211000391
- Dahl, N. C. & Sørensen, D. (2020). *Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne : forebygging, avdekking og håndtering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2021, 16.12.2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Dimmen, S. D., Hoseth, B. & Rostad, I. L. (2022, 24.03.2022). Brøt loven: Brukte skjerf og laken for å binde fast eldre mann. Hentet fra <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/harstad-kommune-brukte-ulovlig-tvang-pa-sykehjemspasient-1.15903595>
- Dong, X. (2016). Elder Abuse in Nursing Homes: How Do We Advance the Field of Elder Justice? *Ann Intern Med*, 165(4), 288-289. 10.7326/M16-1161
- Dwyer, P. (2022). *Violence: A Very Short Introduction Violence*.
- FN-sambandet. (2020/1948, 21.12.2020). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity* (Pelican books). Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1969/1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik* (Risvik, K. og Risvik, K. Overs.). (Ny utg. utg. The presentation of self in everyday life). Oslo Pax (Opprinnelig utgitt 1969).
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Google. (2022). Hva er omsorgssvikt. Hentet 21.04.2022 fra https://www.google.com/search?q=hva+er+omsorgssvikt+&source=hp&ei=h1BhYsrTKdCIxc8PwayMGA&iflsig=AHkkrS4AAAAAYmFel_8-ctOhug_tVW6XPUg9ZMp72osu&ved=0ahUKEwiKs6m4lqX3AhVQRPEDHUEWAwMQ4dUDCAy&uact=5&oq=hva+er+omsorgssvikt+&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBQgAEIAEMgUIABCABDIGCAAQFhAeMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB46CAgAEIAEELEDOgsIABCABBCxAxCDAToUCC4QgAQQsQMgQwEQxwEQowIQ1AI6CAgAELEDEIMBOgUILhCABDoRCC4QgAQQsQMgQwEQxwEQrwE6CAguEIAEENQCOggILhCABBCxAzoICC4QsQMgQwE6CwguEIAEELEDENQCOgUIABCxAzoHCAAQgAQQClAAWJEaYI8faABwAHgAgAHSBogBnRCSAQYxNi42LTGYAQCgAQE&scient=gws-wiz
- Hagerup, I. (2015). *Samlede dikt*. Oslo: Aschehoug.
- Higginbottom, G. M. A., Pillay, J. J. & Boadu, N. Y. (2013). Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *Qualitative report*, 18(9), 1.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jeary, K. (2004). Sexual abuse of elderly people: would we rather not know the details? *The journal of adult protection*, 6(2), 21-30. 10.1108/14668203200400011
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzel.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner* (Meld. St. 15 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/?ch=1>
- Katsumata, A. A. & Tsukada, N. N. (2020). Comparing Elder and Child Abuse Prevention Approaches in Japan: Strategies for Reducing Elder Abuse. *Innovation in aging*, 4(Suppl 1), 46-46. 10.1093/geroni/igaa057.150
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *The American psychologist*, 28(2), 107-128. 10.1037/h0034225
- Kelley, H. H., Holmes, J. G., Kerr, N. L., Reis, H. T., Rusbult, C. E. & Van Lange, P. A. M. (2001). *An Atlas of Interpersonal Situations*. New York: New York: Cambridge University Press.
- Kvale, S., Anderssen, T. & Rygge, J. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interviews an introduction to qualitative research interviewing). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg. InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, L. S. (2021, 09.07.2021). Det skal være trygt å være på sykehjem. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/2021/07/det-skal-vaere-trygt-vaere-pa-sykehjem>

- Lillevik, O. G. (2019). Fenomenforståelse - vold i nære relasjoner. I O. G. Lillevik, J. S. Salamonsen & I. Nordhaug (Red.), *Vold i nære relasjoner - Diskurser og fenomenforståelse* (s. 13-23). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundemo, C. S. (2022, 24.03.2022). Jeg er en overgriper,. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/03/24/jeg-er-en-overgriper/>
- Malmedal, W. (2014). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B. I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci*, 23(2), 231-242. 10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x
- Malmedal, W., Sandmoe, A. & Ystgård, G. (2019). Når eldre utsettes for vold og overgrep. I O. G. Lillevik, J. S. Salamonsen & I. Nordhaug (Red.), *Vold i nære relasjoner* (s. 90-111). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Myhre, J., Malmedal, W. K., Saga, S., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020). Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qualitative study. *Journal of health organization and management*, 34(6), 655-671. 10.1108/JHOM-02-2020-0031
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020a). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 199-199. 10.1186/s12913-020-5047-4
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020b). React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 1111-1111. 10.1186/s12913-020-05969-x
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2021). NSD. Hentet 23.02.2021 fra <https://www.nsd.no>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-a). Det haster med et sykepleierløft. Hentet 21.04.2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleierloftet>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-b). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 21.04.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NTNU. (u.å.). Forskningsprosjekt Vold, overgrep og forsømmelser i sykehjem - En multimetodestudie om vold, overgrep og forsømmelser mot eldre pasienter i norske sykehjem. Hentet 21.04.2021 fra <https://www.ntnu.no/ism/vold-og-overgrep-i-sykehjem>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prop. 12 S 2016-2017. *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)*. Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>
- Rognli, T. & Alnes, E. (2021, 10.07.2021). Reagerer på svartmaling av norske sykehjem: - Manglende tannpuss er ikke vold. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/andre-forskere-reagerer-pa-ntnus-forskningsrapport-om-vold-mot-eldre-i-sykehjem-1.15569332>
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T. & Hjemdal, O. K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie*, (9/2017). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-overgrep-mot-eldre-personer-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie/>

- Scheff, T. J. (2000). Shame and the Social Bond: A Sociological Theory. *Sociological theory*, 18(1), 84-99. 10.1111/0735-2751.00089
- Scheff, T. J. (2003). Shame in Self and Society. *Symbolic interaction*, 26(2), 239-262. 10.1525/si.2003.26.2.239
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#KAPITTEL_2-10
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). Bemanning, kompetanse og kvalitet - status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hentet 21.04.2022 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sODVXAehmX7qfhnjCyRO0GFJRO4KgsG7Y9DvYF0CEXTm3Bksd0.pdf>
- Tjora, A. (2017, 24.01.2017). SDI: Stegvis-deduktiv induksjon og koding av kvalitative data,. Hentet 12.12.2021 fra <https://www.youtube.com/watch?v=V7kHfYV8H4>
- Universitetet i Agder. (2018, 20.12.2018). Bruk av NVivo i arbeid med kvalitative data,. Hentet fra <https://beta.uia.no/?p=2585>
- Universitetet i Oslo. (2022). Nettskjema. Hentet fra <https://nettskjema.no>
- Universitetet i Tromsø. (2022). Informasjonssikkerhet. Hentet fra https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#kapittel_639081
- WHO. (2021). Elder abuse. Hentet fra https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_3
- Wiley, M. G. & Eskilson, A. (1981). Repairing a Spoiled Identity: An Application of Attribution Theory. *Sociological focus (Kent, Ohio)*, 14(4), 321-330. 10.1080/00380237.1981.10570405
- WMA General Assembly. (1964). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*, . Helsinki. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Health Organization. (uå). Elder abuse. Hentet 21.04.2022 fra https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.

Vedlegg 1 Godkjenning NSD

Vurdering

 Skriv ut

Referansenummer

808322

Prosjekttittel

Sykepleieres tolkning av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Eliassen, marianne.eliasen@uit.no, tlf: 99709940

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Iris Lindasdatter-Rønning, ili019@uit.no, tlf: 40646746

Prosjektperiode

01.09.2021 - 04.05.2022

Vurdering (1)

07.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakere



UiT Norges arktiske universitet

Invitasjon til deltagelse i mastergradsprosjektet «Fortolkninger av begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt i sykehjem»

Kunne du tenke deg å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om hvordan begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt i sykehjem forstås? I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Den norske regjeringen har satt fokus på og fremsatt klare forventninger om tiltak angående vold, overgrep og omsorgssvikt knyttet opp mot eldre i Stortingsmelding nr. 15 - *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Eldre er her nevnt som en særskilt del av befolkningen, med økt sårbarhet. I denne stortingsmeldingen, der rammen er «vold i nære relasjoner», defineres helseutøvere også som nære relasjoner. Særlig i de tilfeller at pasientene bor eller oppholder seg på institusjon, eller mottar helsehjelp i hjemmet.

Det later til å være bred enighet både nasjonalt og internasjonalt om at vi vet for lite om omfanget rundt vold, overgrep og omsorgssvikt i sykehjem. Ut over dette er det heller ikke kartlagt entydige årsaker til disse hendelsene. Vi vet dermed ikke hvor ofte det skjer, hvorfor det skjer og heller ikke hvordan en endring med sikkerhet kan komme i stand. Forskning trekker frem de store utfordringene som finnes ved at det ikke eksisterer gode nok interne rutiner for varsling, samt at dersom slike hendelser observeres, er det likevel et fåtall ansatte som velger å gjøre noe med det. Og peker videre på at ansatte som ser dette ofte blir usikre på hvordan de skal tolke sine observasjoner.

Forskningsspørsmålet for studiet er: *«Vold, overgrep og omsorgssvikt er utbredt blant pasienter i sykehjem. Hvordan fortolker sykepleiere slike hendelser?»*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Iris Lindasdatter-Rønning

Mastergradsstudent i helsefaglig utviklingsarbeid Norges arktiske universitet (UiT)

Telefon: 40646746

Mail: ili019@post.uit.no

Prosjektansvarlig/ Veileder: Marianne Eliassen Førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag Norges arktiske universitet (UiT)

Telefon: 99709940

Mail: marianne.eliassen@uit.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du jobber som autorisert sykepleier i klinisk stilling ved en sykehjemsinstitusjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å gjøre individuelle intervju sykepleiere med ulik lengde på sin arbeidserfaring, som til daglig utfører klinisk arbeid i sykehjemsinstitusjon. Intervjuet vil foregå på egnet lokale på arbeidsplassen, eller digitalt. Deltakerne vil få opplest pasientcaser, som kan være basert på reelle hendelser og hypotetiske hendelser, eller en kombinasjon av disse. Etter at hver case er presentert, vil det stilles åpne spørsmål. Spørsmålene skal legge til rette for deltakernes egne refleksjoner og fortolkninger rundt tematikken. Intervjueren kan velge å stille oppklarende eller utdypende spørsmål underveis.

Intervjuet vil bli tatt opp på lyd og transkribert. Lengden på intervjuet vil kunne variere fra 1-3 timer. Dersom du opplever intervjuet belastende, vil du få tilbud om støtte fra HIA – Helse i arbeid.

Intervjuene gjennomføres i løpet av november 2021.

Ivaretagelse av taushetsplikt under intervjuet

Sykepleiere som deltar i studiet, vil ikke være fritatt fra hovedregel om taushetsplikt Jf. §21 i Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates. Dette kan for eksempel være kombinasjoner av alder, diagnoser og spesielle hendelser. Ettersom dette er bakgrunnsinformasjon som inngår i refleksjoner, minner vi derfor på at egne refleksjoner må anonymiseres slik at pasienter ikke kan identifiseres.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Ettersom intervjuet er eksplorerende vil du bli spurt ved endt intervju om du fortsatt samtykker til at intervjuet benyttes i studiet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Samtykkeskjema vil innhentes muntlig. Lydopptak vil lagres direkte i nettskjema, som er en sikker måte å lagre fortrolig data. Dette i henhold til *Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT*. Det vil utelukkende være student og prosjektansvarlig som har tilgang til datamaterialet i prosjektperioden.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger som er lagret på lydopptak vil bli behandlet anonymt i oppgaven og vil slettes innen mai 2022. I perioden frem til sletting vil transkriberte intervju lagres ved nettskjema, hvor alle personopplysninger er anonymisert. All data vil slettes ved innlevering av masteroppgaven som er 4. mai 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- - å få rettet personopplysninger om deg,
- - å få slettet personopplysninger om deg, og

- - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med ansvarlige for prosjektet eller vårt personvernforbund *Joakim Bakkevold* (77646322) personvernombud@uit.no.

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

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

Med vennlig hilsen

Iris Lindasdatter-Rønning Mastergradsstudent
Helsefaglig utviklingsarbeid UiT- Norges arktiske universitet

Marianne Eliassen
Prosjektansvarlig/ Veileder
Førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag UiT -Norges Arktiske Universitet

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide, semistrukturerte individuelle intervju

- Hvilke assosiasjoner får du når du hører begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt?
- Hvor tenker du at begrepenes hendelser kan finne sted og mellom hvem?

Presentasjon av case nr 1 (Per bor på sykehjem og har diagnosen langtkommet demens. Denne morgenen får han ikke helsehjelp innen rimelig tid, etter å ha brukt alarm for å tilkalle personalet. Avdelingen er underbemannet og en annen pasient har fått forverret helsetilstand)

1. På hvilken måte er dette en situasjon som du kan kjenne igjen fra egen hverdag?
2. Hva tenker du om situasjonen?

Presentasjon av case nr 2 (Sykepleier kommer inn til Per for å utføre morgenstell, men Per vil ikke samarbeide. Han klorer ansatte under stell. Helsepersonell reagerer med verbalt sinn og sier «fy faen»)

1. Har du sett eller hørt andre reagere på en liknende måte?
2. Synes du dette går inn under begrepet vold? Hvorfor/hvorfor ikke?

Presentasjon av case nr 3 (Per har på grunn av sin diagnose redusert innsikt i egen situasjon. Han sitter urolig i rullestol. Og har tidligere forsøkt å forlate rullestolen, med det til resultat at han nesten falt. Per holdes fast i stolen ved hjelp av et elastisk belte, med belteåpning i en utilgjengelig posisjon. Tvangsvedtak foreligger ikke)

1. Hvordan oppfatter du denne situasjonen?
2. Utdyping av casen: Per utagerer etterpå og spytter på sykepleieren som kommer bort til han. Sykepleieren reagerer med å snu rullestolen bort fra folk og vendt mot veggen. Hva tenker du om situasjonen nå?
3. Ny utdyping av casen: Sykepleier kommer bort og serverer kaffe. Per slår bort koppen, slik at den varme kaffen spruter på sykepleieren. Per sine hender blir deretter reimet lett til armlenet på rullestolen for å forhindre liknende hendelser.
4. På hvilken måte ville denne handlingen vært bedre dersom det forelå et tvangsvedtak?

- Det har vært en del medieoppslag med hensyn på denne tematikken vi har snakket om. Har du lagt merke til dette i det siste året? På hvilken måte har det eventuelt vært et samtaleemne på din arbeidsplass?
- Hvordan opplevde du denne samtalen? Hvordan har det vært å snakke om begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt og reelle/fiktive hendelser på denne måten?
- Har du noen utdypende refleksjoner angående begrepene vold, overgrep og omsorgssvikt nå når vi har snakket om dem en stund?

Vedlegg 4 Konseptkart

	Population	And	Phenomen of interest	And	Context	And	Population	Study design
OR	Sykepleiere	OR	holdninger	OR	vold	OR	eldre	
OR	nurses	OR	tilnærminger	OR	overgrep	OR	skrøpelige	
OR	Nursing	OR	kunnskap	OR	omsorgssvikt	OR	frail	
OR	Nursing home nurses	OR	kjennskap	OR	violence	OR	Frail elderly	
OR	Nursing home	OR	attitude	OR	neglect	OR	Vulnerable elderly	
OR		OR	perspective	OR	maltreatment	OR	aged	
OR		OR	position	OR	mistreatment	OR	elder	
OR		OR	standing	OR	abuse	OR	geriatric	
OR		OR	standpoint	OR	Physical abuse			
OR		OR	belief	OR	Elder abuse			
OR		OR	bias					
OR								
	Valgt bort				Valgt bort			
	Health care workers				Elder abuse in nursing homes			
	Community based nursing							
	Community health nursing							
	Health care professionals							
	Public health nursing							

Nordic countries

