

Lyden av fall

*– en kvalitativ studie av pleiepersonells
erfaringer med pasientfall i sykehus*

Nina Torsteinsen Johnsen



Masteroppgave i sykepleievitenskap

Institutt for helse og samfunn – avdeling for
sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

10. september 2012



Sammendrag



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Nina Torsteinsen Johnsen	Dato: 10.09.2012
Tittel og undertittel: Lyden av fall – en kvalitativ undersøkelse av pleiepersonells erfaring med pasientfall i sykehus og en metodologisk overveielse knyttet til betydningen av bilde for beskrivelse av kroppslig erfaring med pasientfall i sykehus.	
Sammendrag: Masteroppgaven består av to deler; en artikkel og en refleksjonsoppgave Formål: <i>Artikkel:</i> Hensikten med undersøkelsen er å øke innsikten hvordan pleiepersonell erfarer pasientfall. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Belyse den metodologiske overveielser knyttet til bildets betydning for beskrivelse av kroppslig erfaring med pasientfall i sykehus Litteraturgjennomgang: <i>Artikkel:</i> Det finns lite forskning om pleiepersonells erfaring med pasientfall i sykehus. Litteraturgjennomgangen viser behov for mer kunnskap på området. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Bruken av visuell verktøy er fremdeles undervurdert i forskning og uutnyttet som ressurs i sykepleieforskning. Bruken av bilde kan være hensiktsmessig verktøy for å få frem rikelig beskrivelse og verdifull innsikt. Metode: I <i>artikkelen</i> benyttes en kvalitativ, beskrivende design med individuelle intervju med sju pleiepersonell i et sykehus på Østlandet. For å illustrere deltakernes kroppslige erfaring utover det som kan uttrykkes i en samtale ble i tillegg bilde benyttet i datainnsamling. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett og analysert, basert på Kvale og Brinkmann. <i>Refleksjonsoppgaven</i> - Metodologien viser til bildets forhold til det teoretiske grunnlag av kroppens forståelse i et fenomenologisk perspektiv, kroppens erfaring med et fenomen og bruken av bilde som et verktøy på den ene siden og bildets betydning til å gi en annen beskrivelse av kroppslig erfaring med pasientfall enn ord alene på den andre siden. Funn: I <i>artikkelen</i> er det overordnede funnet lyden av fallet med to undertema som deltagerne erfarte dette på gjennom kroppslig reaksjon og sårbare følelser. <i>Refleksjonsoppgaven</i> - bildets betydning for beskrivelser av kroppslig erfaring gav større innsikt i hvordan et bilde kan berike beskrivelsene mer enn ord alene og en verdifull innsikt i kunnskapen hva pleiepersonell erfarer med pasientfall i sykehus. Konklusjon: <i>Artikkelen</i> - det et ønske at studiens funn vil kunne brukes i opplæring av nyansatte, veiledning knyttet til fallerfaring og videre forskning rundt erfaring med pasientfall på sykehus. <i>Refleksjonsoppgaven</i> – er et bidrag til videre inspirasjon til bruken av bilde som verktøy i sykepleieforskning.	
Nøkkelord: Pleiepersonells erfaring, sykehus, pasientfall, fotografi, intervju, fenomenologi, bilde	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Nina Torsteinsen Johnsen	Date: 10.09.2012
Title and subtitle: The sound of a fall - a qualitative study of nursing experience of patient falls in hospital and a methodology reflection on the importance of image description of bodily experience of patient falls in hospital.	
Abstract: The thesis consists of two parts: an article and an essay Purpose: The purpose of <i>the article</i> is to increase insight of how nurses in somatic hospitals experience patient falls. <i>The essay</i> – to illuminate methodology reflection on the importance of image description of bodily experience of patient falls in hospital. Literature review: <i>The article</i> - There is little research about how nurses experiences patient falls. The review indicates need for more knowledge in this field. <i>The essay</i> – the use of visual tools is still underestimated in science and untapped as a resource in nursing science. The use of image can be a appropriate tool to produce an ample description and valuable insights. Method: <i>The article</i> is based on a qualitative, descriptive design based on individual interviews with seven nurses in a hospital in the south of Norway. To illustrate the participants bodily experience more that can be express in a conversation, photography where used in data collation. The interviews were taped and transcribed verbatim and analyzed based on Kvale and Brinkmann. <i>The essay</i> – on one hand, the methodology using image in bodily understanding the eye of phenomenological perspective, experience of the body and image and on the other hand, the image`s significanse to describe bodlily experience to patient falls than words alone. Findings: <i>The article</i> - the overall found the sound of the fall with two sub – topics that participants experienced through bodily reaction and vulnerable feelings. <i>The essay</i> – the importance of image description of bodily experience gave major insight into how a picture can enrich the descriptions more than words alone and a valuable insight into the knowledge of nurses experience with patient falls in hospital. Conclusion: The aim of <i>the article</i> is a wish that these findings could be used in the training of new employees, guidance on case experience and further research into the experience of patient falls in hospitals. <i>The essay</i> – is a contribution to the further inspiration for the use of the image as a tool in nursing research.	
Key words: Nursing experience, falls, inpatient, photography, interview, phenomenology, image	

Forord

Når masteroppgaven nå snart skal leveres, har jeg et behov for å takke de involverte som har gjort denne oppgaven mulig å gjennomføre og bidratt på ulike vis.

EN STOR TAKK til de sju deltakerne som var villig til å gi av seg selv i en travel sykehusverden og bidro til å utvide forståelsen av hva pleiepersonell erfarer med pasientfall i sykehus med både fotografi og intervju. Takk til hver og en av dere!

Takk til sykehuset og avdelingen som sa seg villig til at jeg skulle få gjennomført denne undersøkelsen. Uten god hjelp fra avdelingssykepleier som gav meg tilgang på personalmøte for informasjon og hjelp meg å finne deltakere, hadde det vært mye tyngre å få gjennomført undersøkelsen.

Jeg vil også benytte anledningen til å takke for noen spennende og inspirerende år på Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, avdelingen for sykepleievitenskap. Takk til alle lærere og medstudenter som har løftet meg frem i mine valg med støtte, refleksjon og kritiske spørsmål.

Mine veileder, Elisabeth Fransson og Solveig Hauge, står selvsagt i en særstilling. Gjennom tålmodighet, gode innspill og oppmuntring, gav det meg inspirasjon til stadig å strekke meg lengre og dypere i materialet helt til det siste.

En stor og varm takk må rettes til mitt arbeidssted, Vestre Viken HF, Bærum sykehus, avdeling for geriatri, slag og rehabilitering, som har gav meg denne muligheten gjennom permisjon med lønn og støtte når det til tider opplevdes vanskelig. En ekstra takk til min kollega Anne Wergeland, som har bistått meg i siste fase før innlevering.

Takk til Norsk sykepleierforbund for utdanningsstipend.

Til slutt vil jeg rekke en stor takk til min familie, Kaj, Mari og John Eivind, som har vært viktige støttespillere på hjemmefronten med store og små bidrag for at min hverdag som student skulle bli lettere.

Innholdsfortegnelse

Del 1: Artikkel

Abstract	2
Bakgrunn	3
Problemstilling og hensikt.....	5
Teoretisk rammeverk.....	6
Metode.....	7
Rekruttering og utvalg.....	7
Intervju	8
Fotografi	8
Data - analyse	9
Etiske aspekter.....	10
Funn.....	10
Kroppslige reaksjoner	10
Sårbare følelser.....	12
Diskusjon.....	14
Metodediskusjon	17
Konklusjon	17
Referanser.....	18

Vedlegg 1 – Forfatterveileder for Vård i Norden

Del 2: Refleksjonsoppgave

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for tema	1
1.2	Presentasjon av den empiriske studien	2
1.2.1	Erfaring med å ta bilder selv	4
1.3	Hensikt med refleksjonsoppgaven.....	4
1.4	Oppbygning av refleksjonsoppgaven	4
2	Teoretiske perspektiver	5
2.1	Vår kropps forståelse i et fenomenologisk perspektiv.....	5
2.2	Kroppens erfaring med et fenomen	7
2.3	Bilde – et verktøy av betydning?	8
3	Drøfting	11
3.1	Synliggjøring av kroppens erfaring	11
3.2	Bilde som uttrykk for det usagte.....	14
3.3	Bilde som verktøy.....	17
4	Oppsummering	21
	Referanseliste	23
	Bilde 1 Kroppslige reaksjoner.....	12
	Bilde 2 Ansvarsfølelse	14
	Vedlegg 1 - Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	
	Vedlegg 2 - Forespørsel om tilgang på deltagere i sykehus	
	Vedlegg 3 - Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeerklæring	
	Vedlegg 4 - Intervjuguide	

Lyden av fall

*En kvalitativ undersøkelse av
pleiepersonells erfaring med pasientfall i
sykehus*

Del 1: Artikkel



Lyden av fall - En kvalitativ undersøkelse av pleiepersonells erfaring med pasientfall i sykehus

The sound of a fall - a qualitative study of nursing experience of patient falls in hospital

Abstract

Patient falls in acute care settings is a challenge for the nurse staff in somatic hospitals in Norway. Despite of this there is little research about on nurse's experience such falls. The purpose of the article is to increase insight of how nurses in somatic hospitals experience patient falls. The study is based on a qualitative, descriptive design based on individual interviews with seven nurses in a hospital in the south of Norway. To illustrate the participants bodily experience more that can be express in a conversation, photography where used in data collation. The interviews were taped and transcribed verbatim and analyzed based on Kvale and Brinkmann.

Findings: the overall found the sound of the fall with two sub – topics that participants experienced through bodily reaction and vulnerable feelings.

Conclusion: The sound did something to the participants. The body is set in a state of alert which provides bodily reaction. They shared experience with each other. Still it cannot take away the feeling of liability and inadequacy. Using photography contributed to broad descriptions of participant's bodily reaction and illuminated the participants experience with patient fall in another way than interview alone

Keywords: nurses experiences, inpatient, photography, sounds of fall, phenomenology

Bakgrunn

Pasientfall er et sikkerhetsproblem som helsemyndigheter i Europa ønsker å fokusere på (1,2,3). Ti prosent av alle hendelser som ble meldt inn til Helsetilsynet i Norge for året 2010, var relatert til fall som medførte betydelig skade (4). Mellom 2 – 12 % faller en til flere ganger i løpet av en innleggelse i sykehus (5). Fallene resulterer ofte i skader, lengre sykehusopphold og høyere kostnader for helsevesenet (6,7).

Fall som kan karakteriseres som tilfeldige, er vanskelig å forutse (vått gulv eller snuble over utstyr). Slike typer fall utgjør ca. 14 %, mens pasientfall hvor besvimelse er en årsak ligger på ca 8 %. Fall som kan forventes (ca. 78 %), skjer på grunn av risikofaktorer som tidligere fall, medisiner, mobilitet, intravenøst behandling og kognitiv svikt. Årsakene er ofte de samme som ved tilfeldige fall, men her skal sykepleiere kunne forvente at det kan skje (8). Pårørende har en klar formening om at sykehuset har et ansvar for pasientens sikkerhet. Når pasienter faller oppleves det som dårlig kvalitet på pleien (1). Forskningen har fokusert på forebyggende tiltak som helsepersonell kan benytte, gjennom utvikling av ulike screeningsverktøy og fallprogrammer. Likevel fortsetter pasienter å falle (2,9,10).

Når fall er så hyppig forekommende er det rimelig å anta at mange sykepleiere har erfaring med at pasienter faller. Et søk etter litteratur om sykepleieres erfaringer med fall viste at det er forsket lite på pleiepersonells erfaring med pasientfall i sykehus. Søk i databaser som Cinal, The Philosopher`s Index, og Pubmed med søkeordene fall, patient, photography, nurse og phenomenology viser at denne type forskningsbasert kunnskap er ikke funnet gjort i Norge per i dag. Internasjonalt ble det funnet to studier.

Turkoski, et al. (11) intervjuet 14 sykepleiere i en geritarisk rehabiliteringsavdeling på et sykehus i Ohio, USA. Målet var å få frem sykepleierens tanker rundt pasientfall på sykehus og identifisere hvilke strategier sykepleierne benyttet i sin kliniske praksis for å forebygge

pasientfall. De fant fire temaer som er essensielle. Tema 1- *hvorfor pasienter faller*, handlet om mental status, ønske om selvstendighet, ikke være til bry, medisiner og trøtthet eller kjedsomhet. Tema 2 - *identifisering av pasienter som er i risiko for å falle*, handlet om å kunne gjenkjenne spesifikke kjennetegn hos pasienter som rastløshet, å lytte til hva familien og andre kollegaer kunne fortelle og å kunne integrere spesifikke fagkunnskaper satt sammen med erfaringskunnskap. I tema 3- *forebygge pasientfall*, brukte sykepleierne ord som intuisjon, fornemmelse og sansning for å identifisere hvilken pasient som var i større risiko for å falle enn en annen. Det var en klar oppfatning at hovedansvaret lå hos sykepleieren. Tema 4 - *sykepleierens følelser rundt pasientfall*, handlet om sterke følelser som skyld, utilstrekkelighet og skam (burde ha visst). Sykepleierne opplevde fallene som forferdelige ("hva kunne jeg har gjort for å ha unngått fallet?"). Det fantes også elementer av anger ("noen blir sinte på pasienten men er egentlig sinte på seg selv"). En sykepleier reflekterte over at det ikke nødvendigvis handlet om å ikke bry seg, men manglende erfaring, forståelse for og kunnskaper om eldre mennesker. Sykepleierne som hadde spesialutdanning innen geriatri eller rehabilitering, rapporterte færre fall enn de andre deltagerne selv om det ikke gav signifikans.

Rush et. al. (2), undersøkte 15 akuttsykepleieres erfaringer med pasient fall i sykehus for å utforske meninger, perspektiver og erfaringer av akuttsykepleiernes relasjon til pasientfall. Det ble gjennomført intervju med sykepleiere fra kirurgisk avdeling. Det overordnede temaet som ble funnet, var å "kjenne pasienten som trygg". Dette innebar å kartlegge risikofaktorer, gjøre tiltak og informere pasient og pårørende om viktigheten av å be om hjelp. "Å kjenne pasienten som trygg", kunne meget lett gå fra å ha fått bekreftelse til å miste bekreftelsen på grunn av ulike hendelser som var ukontrollerbare. Når pasienten falt, opplevde sykepleierne dette som stressende, skremmende og de fikk en følelse av utilstrekkelighet. Et fall kunne skade pasienten og medføre ekstra arbeid i forhold til kontakt med lege, pårørende og ekstra

loggføring av fallrapport. Som pasientansvarlige sykepleiere, var de også redde for å bli saksøkt. Måten å forholde seg til dette på kom frem i fire ulike temaer: 1. *Fornektelse av ansvar*. Avdelinger med få fall mente de ikke hadde nok erfaring med fallrisiko og dette medførte at de ikke kunne forebygge fallet. For avdelinger med høy fallrate, var begrunnelsen at de hadde for mange av samme pasientgruppe. 2. *Selv ransakelse/reflekterende*. Når et fall skjedde uventet, prøvde sykepleieren å finne årsaken til hendelsen for å vurdere om fallet kunne vært unngått. Sykepleierne opplevde stort ansvar fordi de ikke hadde klart å forebygge fallet. 3. *Akseptere realiteten*. Særlig i avdelinger med høy fallrate, prøvde sykepleierne å unngå for stor emosjonell involvering i situasjonen ved å være objektiv og fokusere på de rutineoppgaver som forlanges etter et fall. 4. *Akseptering av fall*. Til tross for at sykepleieren hadde gjort alt i følge rutinene i forhold til risikovurdering og tiltak for å unngå fall, opplevde de at pasientene likevel falt som en ”del av livet”.

Problemstilling og hensikt

Det finnes lite kunnskap om hvordan pleiepersonell selv erfarer pasientfall internasjonalt og ingen studier ble funnet fra en norsk kontekst. Følgende problemstilling er derfor utviklet:

Hvordan erfarer pleiepersonell i Norge fall i sykehus?

Hensikten med denne undersøkelsen er å beskrive hvordan pleiepersonell erfarer fall i sykehus. Denne erfaringen kan gi et bidrag til større innsikt i et tema med lite kunnskap. I tillegg kan studien bidra til å belyse om erfaringer av pasientfall gjort i andre land kan sammenlignes med de erfaringer som er gjort her i Norge. Det er også et ønske om at undersøkelsen skal kunne brukes i opplæringen av nyansatte, veiledning knyttet til fallerfaringer, til refleksjon og til videre forskning rundt erfaring med pasientfall i sykehus.

Teoretisk rammeverk

Denne studien er inspirert av Merleau – Pontys bok «Kroppens fenomenologi». Å forstå verden slik kroppen erfarer den, er i følge Merleau – Ponty grunnet i vår forståelse av verden i den situasjonen vi står i og våre omgivelser (12). Pleiepersonell jobber i en hverdag som inkluderer nærhet til mennesker som er i en vanskelig livssituasjon, mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Sykepleie handler om å være i en verden sammen med pasienten, der man sammen erfarer alt fra familiære ting til komplekse utfordringer knyttet til overlevelse (13). Å forske i pleiepersonells erfaringer knyttet til fall handler derfor om både det ekstraordinære og det ordinære. Denne studien handler om hvordan alle typer pasientfall erfares og hvilken betydning det får for pleiepersonell. Dette medfører å ha fokus på fallet slik det blir erfart av hvert enkelt pleiepersonell individuelt.

Innenfor fenomenologi, betegner erfaring det forhold vi har til verdenen vi er engasjert i og hvordan vi henvender oss til den verdenen slik vi erfarer den. Som forsker må en stille seg slik at fenomener kan få vise seg slik de er. Å gå tilbake til fallet slik det ble erfart, betyr å innta en posisjon hvor fallopplevelsen kan vise seg for oss og bli forstått som et fenomen (14). Maurice Merleau – Ponty sammenligner tilnærmingen med et lys, hvor du ikke kan se lyset men ser hva det belyser. Uten lyset kan man ikke se noe (13). Kroppen kan aldri sees på som objektivt eller subjektivt, men fullbyrdes hvert øyeblikk i eksistensens bevegelse. Å knytte det fysiologiske og det psykiske sammen, gjør at kropp og psyke reintegreres i eksistensen og orienteres mot en verden. Ved å utforske deres verden knyttet til fallerfaring, kunn det være mulig å komme i dybden hos hver enkelt deltager. Merleau – Ponty forteller videre om det å være til stede sammen med andre uten avstand til fortiden, verden, kroppen og den andre. Fortiden vil for øvrig alltid være til stede som en kroppslig erindring som omslutes i nåtidens erfaring. Kroppen er bærer av væren – i – verden, som betyr å levende slutte seg til verden, i et bestemt miljø, å smelte sammen og å uavbrutt engasjere seg (12). Ved hjelp av Merleau –

Ponty forståelse av å være – i – verden, var det ønskelig å utforske hvordan pleiepersonalet uttrykte sin tilstedeværelse i miljøet gjennom sin egen erfaring.

I en sykepleiesammenheng har Benner og Wrubler beskrevet hvordan sykepleieren, ut fra en fenomenologisk fremgangsmåte forsøker å forstå en pasients egen subjektive mening om sin situasjon. Den ukjente konteksten i et sykehus kan føles opprivende og utrygt for pasienten. Sykepleieren kan ved å involvere seg, bli i stand til å mestre en situasjon som igjen kan skape en positiv forandring for pasienten (13).

Metode

Studien har en kvalitativ, beskrivende design med individuelle intervju med sykepleiere og hjelpepleiere. For å illustrere deltakernes kroppslige erfaring utover det som kan uttrykkes i en samtale ble i tillegg fotografi benyttet i datainnsamling. Intervju og bruken av fotografi blir gjort rede for under egne avsnitt.

Rekruttering og utvalg

Sju pleiepersonell fra et sykehus ved en medisinsk avdeling på Østlandet ble rekruttert gjennom snøball – metoden. Det vil si kollega oppmuntret den neste som de viste hadde erfart fall, til å melde seg til studien. Alle deltakerne hadde opplevd fall fra siste 14 dager til for noen år siden. Deltakerne ble rekruttert via muntlig informasjon på personalmøte to ganger i løpet av studiens varighet, i tillegg til skriftlig informasjon på oppslagstavle.

Avdelingssykepleier sa seg villig til å være kontaktperson. Sju gav samtykke, seks kvinner og en mann. Aldersfordelingen var fra 25 til 60 år. Erfaring som sykepleier eller hjelpepleier varierte fra nyutdannet til over 20 års erfaring.

Intervju

For å sikre gode beskrivelser av de kroppslige og følelsesmessige reaksjonene rundt pasientfall, var det utarbeidet en intervjuguide på forhånd med noen temaer som det var ønskelig å kartlegge. Åpningsspørsmålet til alle deltagerne var:

”Du har funnet frem til bilder som har gitt assosiasjoner til dine erfaringer med pasientfall.

Kan du plukke ut ett av bildene og si noe om hvilke erfaringer bildet fanger?

I denne studien skiftet det mellom deltakeren som ledet an og intervjueren som introduserte nytt tema. Innimellom ble det stilt oppfølgingsspørsmål. Med bakgrunn i Merleau – Ponty var det særlig interessant hvordan hver enkelt deltaker erfarte pasientfallet kroppslig. Når en deltaker for eksempel fortalte om lyden av fall og hvordan kroppen reagerte på denne lyden, ble oppfølgingsspørsmålet:

«Lyden av et fall? Kan du si noe mer om det? Hvor i kroppen kom reaksjonen?»

På denne måten ble det forsøkt å gå dypere og få en mer eksakt beskrivelse av deres kroppslige erfaringer. Intervjuene hadde en varighet fra ca.en halv time til en og en halv time og ble tatt opp på bånd. Etter informantenes ønske ble intervjuene foretatt på deltagerens egen arbeidsplass på dagtid, etter pasientenes middag. Dette var et tidpunkt som var minst belastenede for kollegaene på jobb. Intervjuene ble gjennomført mellom juni og november 2010.

Fotografi

Intensjonen med å bruke fotografi som en del av datainnsamlingen, var å belyse enda dypere deltagerens erfaring med pasientfall. Det var ønskelig at deltakerne skulle være frie til å velge hvilke motiver som var meningsfulle for dem (15) og som gav dem assosiasjoner til pasientfall. Hensikten med fotografiene var altså å få et så bredt bilde som mulig av hvilke

assosiasjoner og følelser som ble utløst når en pasient falt. Ved å ta bildene selv, ville de være utløsende for hukommelsen i intervjusituasjonen (16). Spesielt interessant var bilder som berørte kroppslige reaksjoner, som det ellers kan være vanskelig å sette ord på. Et digitalt kamera ble gjort tilgjengelig for dem og informasjon ble gitt om at bildene ikke nødvendigvis måtte tas inne i et sykehusmiljø. Videre ble det informert om at pasient, pårørende og besøkende ikke skulle tas med på bildene. Når det gjaldt kollegaer kunne ansikt sladdes slik at personen ikke ble gjenkjent.

Datainnsamlingen resulterte i et materiale på til sammen 95 transkriberte sider og 16 fotografier.

Data - analyse

Analysen startet med egne refleksjonsnotater som ble nedfelt rett etter hvert intervju. Notatene dannet utgangspunkt for refleksjon rundt intervjuprosessen og om det burde gjøres eventuelle endringer før neste intervju. En erfaring var viktigheten av at intervjuer var stille i løpet av samtalen og ikke bryte inn eller fortsette med andre spørsmål, selv om deltageren ble stille. Notatene ble også brukt i forkant av neste intervju som oppfriskning da det var avstand i tid fra første til siste intervju. Refleksjonsnotaene ble igjen sett på etter at analysedelen var gjort ferdig for å sikre at ingenting ble glemt.

Intervjuene ble transkribert ordrett og analysen er basert på Kvale og Brinkmann (17). Hvert intervju lyttet til flere ganger for å få en helhetlig forståelse. Neste steg ble å finne de naturlige meningsenhetene slik deltagerene uttrykte det. Videre ble det forsøkt lest så fordomsfritt som mulig for å finne uttrykte temaer som dominerte i meningsenhetene. Etter denne fasen ble materialet sett på i lys av studiens formål før de viktigste emnene ble bundet sammen i et beskrivende uttrykk. Alle sitater er anonymisert.

Etiske aspekter

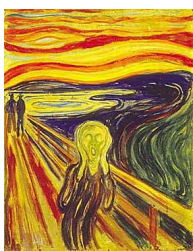
Deltakerne ble informert om at de kunne ta kontakt hvis de ønsket videre samtaler i etterkant av intervjuet, da temaet for undersøkelsen kunne bringe frem såre og vanskelige minner. Dette ble ikke aktuelt. Studien ble gjennomført i samsvar med etiske forskningsprinsipper (17). Studien ble godkjent av sykehusets ledelse og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Funn

Det overordnede funnet som beskrev pleiepersonells erfaring med pasientfall, var ”lyden av fall”. Måten deltagerne erfarte dette på kom frem gjennom to temaer:

- 1) Kroppslige reaksjoner. Deltagerne beskrev hvordan kroppen reagerte svært sterkt når de hørte fallet. Den forberedte seg på det ukjente og katastrofale. På den annen side beskrev deltagerne kroppens mye mildere reaksjon når andre kom og fortalte om pasientfall og man skjønnte av kroppsspråket at fallet ikke nødvendigvis hadde gitt skade. Deltagerne beskrev både indre og ytre reaksjoner.
- 2) Sårbare følelser. Deltagerne beskrev sine erfaringer i forhold til det som skjedde mellom en selv, pasient, kollegaer og pårørende. Hvordan følelsene kunne strekke seg fra det å holde avstand til hendelsene, til nærhet og forståelse av den andres situasjon.

Kroppslige reaksjoner



Lyden satte kroppen i alarmberedskap. Billedlig kom dette til uttrykk gjennom fotografi som ”Skriket” av Munch, eller en hjertestarter. Særlig var det lyden av fallet om natten de erfarte som mest belastende. Da var sensibiliteten ekstra stor. En deltager fortalte:

«Jeg har opplevd å høre denne lyden før og vet – har mange erfaringer av episoder som den lyden fester seg på».

Den kroppslige reaksjonen av lyden beskrev deltagerne ved at kroppen knøt seg automatisk. Deltagerne kunne kjenne de kroppslige reaksjonene som en knute i magen og som om halsen snørte seg sammen. Fotografisk ble reaksjonen assosiert med et søkk i en deig. Videre kjente deltagerne hjertet banke, pulsen økte og kinnene ble hektiske. En deltager fortalte hvordan kroppen forberedte seg for gjenoppliving:

”Når du hører et fall så blir det øyeblikkelig som akutt. Du kjenner at pulsen går opp og adrenalin blomstrer”.

Før en beveget seg raskt mot lyden var det flere av deltagerne som trakk pusten dypt og hadde mange tanker i hodet. Dette ble ofte etterfulgt av hodepine. Ellers i døgnet var avdelingen fylt med andre lyder og andre personer som hørte eller så fallet og kom for å si i fra. Den kroppslige reaksjonen fra deltakerne erfartes da ikke så katastrofepreget.

Lyden av fallet stod som en kontrast til mangelen på lyd fra pasienten. Flere av deltakerne kunne ikke huske noen lyd overhodet. Som en uttrykte:

«Det synes jeg er litt merkelig. Det er ut som de ligger veldig vondt men det er sjeldent de roper på hjelp, stønner eller gir lyd fra seg. De ligger bare tause.»

Den kroppslige reaksjonen endret seg fra de hørte fallet, fikk se og undersøke pasienten og frem til avklaring av eventuelt skadeomfang. Deltakerne uttrykte ulike reaksjoner med hensyn til hvordan kroppen reagerte i ettertid. Flere av deltagerne fortalte hvordan erfaring endret deres egen adferd:

«Jeg beholder roen mer. Før så jeg kanskje mer stresset ut, men med erfaring er den ikke så synlig. Selv om jeg da har den hjertebanken og nervene i magen, så når det ikke frem i utseende. Man jobber litt bedre».

De mer erfarne deltagerne brukte tidligere erfaringer i sin tilretteleggelse og sikring av nye pasienter. Dette var innarbeidet som en kroppslig refleks, hvor blant annet pasientens diagnose og kognitive tilstand fortalte dem hvem som måtte følges nøye. Likevel erfarte de også at pasienter falt. Hver hendelse gjorde at deltagerne endret sine egne rutiner rundt den enkelte pasient. Sterke reaksjoner ble beskrevet i tilfeller hvor pasientfallet hadde resultert i større skader eller der resultatet kunne ha vært fatalt. Ved å gjenfortelle hvordan de opplevde falløyeblikket erfarte deltagerne også at sansene som lukt, syn og hørsel ble påvirket, i tillegg til å oppleve samme indre reaksjoner, som hjertebank og pulsøkning. Deltagerne beskrev også om type gjentakende fall som ikke innebar noen form for fysisk skade. Det kunne som for eksempel være pasienter som hadde sklidd ned fra en stol eller ei seng eller fra toalettet. De kroppslige akutte reaksjonene hos deltagerne i forbindelse med fall uten skade, var de samme som reaksjonene ved tilfeller av fall med skade, men reaksjonene ble raskt nedtonet og avpasset situasjonen.

Sårbare følelser

Det var et klart budskap fra flere av deltagerne med hensyn til hvordan de uttrykte sine følelser:

«Vi har en yrkesstolthet, vi er ærekjære, vi har en samvittighet som gjør noe med oss følelsesmessig, at vi føler en utilstrekkelighet»

Deltagerne følte at de ikke gjorde en god nok jobb dersom et pasientfall skjedde på deres vakt. Følelser knyttet til en travel vakt, var en følelse av utilstrekkelighet, angst og skyldfølelse. De

følte at de hadde kommet til kort når de hørte den ekle lyden – DUNKET – og forsøkte raskt å lokalisere lyden og fikk en anelse av hvem som hadde falt. De følte angst for mulig skade og skyldfølelse for ikke ha passet godt nok på. Særlig om natten hvor bemanningen var lav var dette dunket belastende, da det var færre å spørre om hjelp til vurderinger.

Når fallet hadde hadde skjedd og man hadde gått gjennom det første reaksjonsmønsteret, ble fokuset overført fra seg selv til pasienten. Deltagerne kunne lett identifisere seg med pasientens sårbare situasjon, ved assosiasjoner til hvordan en selv ville ha reagert;

«Bildet av tårene er for smerter, frykt, redsel og engstelse som kan være for både pasienten og meg. Når jeg ser pasienter som faller så assosierer jeg med dem siden jeg har falt selv».



Ofte hadde de som falt kognitiv svikt og var lite mottakelig for instruksjon, som for eksempel å bruke ringesnor som hjelpemiddel. Følelsen av irritasjon kunne da dukke opp hos deltagerne. Dilemmaet for deltagerne var at de ofte kunne være i situasjoner med for få på jobb til å klare og følge opp alle pasientene som de visste var i faresonen. Flere kunne fortelle om gjentatte fall av en og samme pasient på samme vakt. Fotografisk ble det uttrykt i et bilde av flere master på linje. For noen var det godt å vite at en hadde fri i etterkant av et fall, for andre var det bare å krumme nakken og gå på neste vakt og prøve ikke å ta fallene innover seg:

«Man kunne hatt hyppigere tilsyn selvfølgelig, men man vet at i en travel hverdag så kan jeg ikke la det gå innover meg. Jeg kunne ha gjort det men da tror jeg man blir sliten»

I slike situasjoner med lav bemanning erfartes det sårt når pårørende uttrykte misnøye og oppgitthet når pasienter hadde falt og skadet seg. Negativ erfaring med pårørende gjorde at

deltagerne kunne grue seg til å møte pårørende etter et pasientfall. Erfaringsmessig ble deltagerne møtt med større forståelse fra pårørende når informasjon om mulig fallfare hos pasienten var gitt i en tidlig fase ved innleggesen.



Ansvar er et ord som deltagerne hentet frem som betydningsfullt i deres erfaring med pasientfall. Det ble lagt til grunn en forutsetning om at pasientene ikke skulle falle. En deltager uttrykte det slik:

«Det er vi som skal være sikringen. Vi skal passe på at pasienten får den oppfølgingen og den tryggheten de trenger. Hvis ikke den ene personen står der med det tauet og passer på, kan det fort gå galt om du faller ned».

Deltagerne reflekterte over sine egne uttalelser gjennom hele intervjuet. For en deltager kom det nye tanker rundt egen rolle i forhold til pårørende og sin egen sårbarhet etter et pasientfall. Deltagerne beskrev hvordan de på best mulig måte klarte å håndtere pasientfallene enten alene, ved å evaluere seg selv hva som kunne vært gjort annerledes, eller ved at de satt sammen med de som var på vakt for å få støtte og trøst i etterkant.

Diskusjon

Lyden av fallet er et essensielt funn i dette studiet. Lyden ga kroppslige reaksjoner som pleiepersonalet fikk til å belyse med sine rikholdige beskrivelser. Tidligere erfaringer med fall gjorde at kroppen reagerte hver gang på den samme lyden. I følge Merleau – Ponty husker kroppen. Dens hukommelse viser seg i uttrykk ut fra den spesifikke erfaringen kroppen besitter og reagerer aktivt på den neste erfaringen. Fortiden og nåtiden innkapsles i hverandre til et hele til enhver tid. På denne måten kunne deltagerne gjenkjenne de kroppslige reaksjonene når de hørte et nytt fall på grunn av tidligere erfaringer. Denne erfaringen med

lyden var både skremmende og stressende da pasientfall kunne ende med skader og i verste fall død, noe også tidligere studier kan bekrefte (2,11).

Det kan virke som om lyden erfartes på ulike nivå. Den direkte lyden gav utløp av sterke reaksjoner, som en kroppslig nærhet. Når fallet ble fortalt av andre, var de kroppslige reaksjonene mildere, som en kroppslig distanse. Synet av pasienten gav en kroppslig erkjennelse som begynte med en nærsansing og som gikk over i en mer ytre sansning dersom fallet ikke syntes på pasienten som katastrofalt (12).

Når fallet hadde skjedd erfarte deltagerne en skyldfølelse for ikke passet godt nok på med en følelse av utilstrekkelighet. Merleau – Ponty (12) uttrykker at et menneske ikke kan deles inn i en fysiologisk og en psykisk del, men at kroppen reagerer på en situasjon med både kropp og sjel. Turkoski, et al. (11) beskriver hvordan sykepleieren erfarte pasientfall som noe forferdelig som ikke skal skje. Ved bruk av et fotografi, kom det frem beskrivelser hvordan smerter og tårer fra egen erfaring med fall kunne gjenskapes hos pasienten. Deltagerne brukte sin egen kropps intelligens ved å reagere meningsfylt i situasjoner der kroppen tok i bruk gjenkjennelse og integrert gjenkallelse av tidligere erfaringer (13). Ved å forstå pasientens situasjon, var en i stand til å reagere meningsfylt med den videre handling som måtte skje. Den billedlige assosiasjon kunne ha vært med på å belyse erfaringen ennå dypere enn ved intervju alene.

Tid og ressurser nok til å kunne ivareta pasienten på en forsvarlig måte, kunne på enkelte vakter avvike. I studien uttrykte deltagerne følelser som stress men også irritasjon var en følelse de kjente på. Særlig overfor pasienter som ikke var i stand til å ta imot instruksjon selv om deltagerne viste den kognitive svikten handlet om sykdom og tilstand. I følge Merleau – Ponty lykkes kommunikasjon kun når det skjer en bekreftelse av den andre gjennom meg og av meg gjennom den andre (12). Når pasienten har problem med forståelsen, vanskeliggjør

dette kommunikasjonen og samspillet. Den sårbare følelsen over ikke strekke til, var det mange av deltagerne som kjente på. Måten å håndtere følelsene på ble å skape distanse ved ikke ta det innover seg. I andre studier ble slike følelser uttrykt som sinne og fornektelse av ansvar (11,2).

Etter som den kroppslige erfaringen ble mer etablert, skjedde det en endring. Kroppsspråket viste seg synlig i et stresset ansikt til et mer usynlige kroppslige uttrykk hvor stresset ikke vist i ansiktet og kroppen beholdt mer indre ro. Pleiernes kroppslige erfaring samsvarer med hvordan Merleau – Ponty (12) uttrykker denne erfaringen. Kroppen bebor rommet og tiden gjennom de tidligere bevegelser som innkapsles i nåtiden, slik den aktuelle stilling i ansikt eller kropp griper rekken av tidligere stillinger og omslutter hverandre. Benner og Wrubel (13) fremhever hvordan pleiepersonell jobber i en dynamisk praktisk menneskelig verden som er mer komplisert enn en teori kan fange. Erfaringens gjentakelse bringer frem det spesifikke i stedet for det typiske. Resultatet viser seg ved at pleien blir individualisert i stedet for standardisert og planleggingen foregriper i stedet for å følge forandringer. Den kroppslige erfaringen ble etter hvert som en kroppslig refleks, slik en deltager uttrykte det.

Beskrivelser av det ansvaret deltagerne erfarte, ble assosiert med et bilde hvor en klatrer i fjellveggen mens en annen står nede og sikrer. Deltageren brukte bildet for å få frem hvor betydningsfullt ansvaret følte. For det betydde mye for pleiepersonalet at pasientene ble ivaretatt og kjente ansvaret tyngte når et pasientfall skjedde. Deltagerne beskrev hvordan de hjalp hverandre med overføring av erfaring for å ta lærdom slik at neste fall kunne unngås (2,11). Samtidig kom det frem at de mer uerfarne ønsket seg mer skriftlig materiale å forholde seg til. I dag er mye praksisnær viten tilgjengelig via forskjellige databaser. Utfordringen er å finne tid i den travle hverdagen til å lete frem og tilegne seg denne kunnskapen. Benner og Wrubel (13) fremhever personalmøter og internundervisning som gode løsninger for faglige diskusjoner. På en annen side kan ikke fallproblematikk løses av pleiepersonell alene.

Kanskje må vi også stille spørsmål hva norsk helsesektor faktisk kan realisere uten å kreve at pleiepersonell strekker seg for langt og gjør seg selv personlig ansvarlige (18)?

Metodediskusjon

Intervjuene, transkribering og analysering ble gjennomført av en person. Dette var en svakhet i forhold til å kunne vært flere om sikre utsagn og analysens gyldighet. Derfor ble det viktig å be om utdypninger av svarene underveis i intervjuene. Lydbåndene ble lyttet til flere ganger for å bli best mulig kjent med innholdet og nyanser som kunne være viktig for betydningen av det som ble sagt. Alle relevante forhold ved studien ble diskutert med veileder og deler av transkriberingen og analysen ble gjennomgått i fellesskap.

Konklusjon

Studien avdekket at lyden av fall gjorde noe med pleiepersonalet. Kroppen ble satt i en alarmberedskap som igjen gav kroppslige reaksjoner. For å lette det indre trykket hos en selv og for å unngå at pasienten skulle komme i lignende situasjoner, delte de av sine erfaringer med hverandre. Likevel satt hver enkelt igjen med en følelse av ansvar som ingen klarte å legge fra seg. Det kom fram en sårbarhet i deres profesjonsutøvelse som gav en følelse av utilstrekkelighet. Bruk av fotografi som en del av datainnsamlingen, bidro til brede beskrivelser av deltageres kroppslige reaksjoner og har fått belyst deltageres erfaring med pasientfall på en annen måte enn ved intervju alene.

Det lave antallet deltagere i studien gjør det vanskelig å trekke noen konklusjoner ut over studiens kontekst. Studien viser at erfaringen med pasientfall i Norge kan sammenlignes med andre land. Studiens funn har bidratt til ny innsikt i temaet som kan gi grunnlag for refleksjon og veiledning.

Referanser

1. Oliver D, Healey F. Fall risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? Nursing Times. 2009;105:7:3.
2. Rush KL, Robey – Williams C, Patton LM, Chamberlain D, Bendyk H, Sparks T. Patient falls: acute care nurses`experience. J clin nurs. 2009;18(3):357-65.
3. <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender>. 2011 – 2013.
4. Rapport fra helsetilsynet 7/2011.
5. Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. JAGS. 2008;56:29-36.
6. Cumming RG, Sherrington C, Lord SR, Simpson JM, Vogler C, Cameron ID. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. BMJ. 2008;336(7647):758-60.
7. Pettersen R. Falltendens hos gamle. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002;122:631-4.
8. Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. AJIC. 2002;30(6):376-80.
9. Hektoen LF. Fallforebyggende tiltak: en økonomisk vurdering. Masteroppgave. 2007. Det medisinske fakultet/Institutt for helsefag. UIO.
10. Cameron IM, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1.Art.No.:CD005465.

11. Turkoski B, Pierce L, Schreck S, Salter J, Radziewicz R, Guhde J, Brady R. Clinical nursing judgment related to reducing the incidence of falls by elderly patients. *Rehabilitation nursing*. 1997, 22(3):124-130.
12. Merleau – Ponty M. *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax; 1994.
13. Benner P, Wrubel J. *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard; 2001.
14. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. *Reflective Lifeworld Research*, 2 editor. The authors and Studentlitteratur, 2008.
15. Hansen-Ketchum P, Myrick F. Photo methods for qualitative research in nursing: an ontological and epistemological perspective. *Nursing Philosophy*. 2008; 9(3):205-13.
16. Radley A, Taylor D. Remembering one's stay in hospital: a study in photography, recovery and forgetting. *Health*. 2003; 7(2):129-59.
17. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010.
18. Vike H, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R. *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.

Vedlegg 1 – Forfatterveileder for Vård i Norden

Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden

Innledning

Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål som er å fremme sykepleievitenskap og omvårdnadsforskning.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som refereebedømmes
- Andre artikler som pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie (tidligere benevnt utviklingsartikler) som vurderes av redaktør/redaksjonskomité.

Lengde og lay out:

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Short papers skal ikke overskride 2.500 ord inkludert abstract, figurer, tabeller og referanser (maksimum 10–15 referanser).

For artikler som inneholder omfattende tabeller og/eller figurer kan redaksjonen fastsette lavere grenser for antall ord.

Artikler skal skrives med dobbelt linjeavstand og skal pagineres.

Alle artikler refereebedømmes anonymt og skal derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Tabeller bør markeres i «roman numerals», figurer i «arabic numerals». Figurer og tabeller skal settes inn i teksten. Dersom dette ikke er mulig skal plassering i artikkelen angis.

Tvungen linjeskift skal bare brukes ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater skal tabulator brukes. Unngå orddeling.

Abstract: Engelskspråklig abstract skal foreligge. Dette skal ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3–5 søkeord (key words).

Overskrifter: Artikkelenes hovedtittel bør være kort i uthvet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

Referanser: Referanser angis etter Vancouver-systemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Eksempel

I tekst:

Nilsson m.fl. (1) anså at

I en svensk studie i

I referanselisten:

1. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:798–807.

Mer informasjon om Vancouver-systemet kan finnes på Internet: <http://www.icmje.org/index.html>

Forkortelser: Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

Oversending av artikler

Artikler skal sendes elektronisk via hjemmesiden www.vardnorden.org eller til marit.helgerud@sykepleierforbundet.no

Artikler skal sendes som ett dokument altså selve artikkelen inklusive abstract, figurer, tabeller o.a.

Medforfatterskap: Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere skal ha bidratt til:

- a) idé og design, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- c) endelig godkjenning av artikkel for publisasjon.

Eksklusivitet: Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

Eierskap: Dersom artikkelen er akseptert for publisering eller er publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publisasjon av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

Korrektur: Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrektoren bli sendt via redaksjonen for gjennomgang for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for å kontrollere at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

Kopier: Forfatteren mottar vanligvis gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får vanligvis tilsendt 1–2 eksemplarer.

J.fr. Vård i Nordens Guidelines på hjemmesiden www.vardinorden.org.

Vård i Norden – Guidelines

Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies

Guidelines for empirical research papers

Vård i Norden/Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies encourage authors to submit empirical research papers in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including abstract, tables, figures and references
- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion

The following organisation of the manuscript is required:

- Introduction that includes rationale, context and relevance of researched topic
- Background that includes a substantial and critical review of relevant literature, critical view of theory, concepts or conceptual model used and a conclusion that summarises the review in order to show the status of knowledge development in the chosen field/topic
- The Study organised preferably in the following order: Aim/s, Design/methodology, Sample/participants, Data collection, Reliability and validity issues, Data analysis and Ethical considerations
- Results/Findings should include findings on all research questions/hypothesis. In qualitative studies Findings and Discussion may be integrated.
- Discussion must be related to research questions, literature and theory. It is important to draw attention to new knowledge developed through the study. Discussion should include limitations if applicable.
- Conclusions are made on the basis of findings and adequacy of theoretical framework. Recommendations for practice and/or further research should be included. The Conclusion should not be a summary

Guidelines for Systematic Reviews

Vård i Norden encourage authors to submit systematic reviews in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including tables, figures, abstract and references.

- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion.

The following key components in the review process should be clearly stated:

- Purpose and review question
- Search strategies and criteria for inclusion
- Critically appraising of all included studies
- Methods used to combine studies
- Summary of findings

Recommendations supported by the data

Guidelines for short papers

Vård i Norden encourage authors to submit manuscripts to be reviewed as shorter papers. These papers are characterised by:

- Article length maximum 2.500 words, including abstract, tables, figures and references (10–15)
- One or two figures and/or tables
- Abstract shorter than 200 words with a maximum of four key words

This type of manuscripts should be used for reporting for example:

- Small scale studies/pilot studies/feasibility studies
- Case studies
- Quality improvement studies
- Implementation of research in clinical practice
- Testing of an intervention
- Methodological manuscripts

The following recommendations are required for the organisation of the manuscript (when applicable):

- Introduction with a brief summary of the literature
- Aim, methods, ethical considerations
- Results/findings
- A discussion relating the results to previous research
- Conclusions
- References

Lyden av fall

*En kvalitativ undersøkelse av
pleiepersonells erfaring med pasientfall i
sykehus*

*Metodologiske overveielser knyttet til bildets
betydning for beskrivelser av kroppslig
erfaring med pasientfall i sykehus*

Del 2: Refleksjonsoppgave



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for tema	1
1.2	Presentasjon av den empiriske studien	2
1.2.1	Erfaring med å ta bilder selv	4
1.3	Hensikt med refleksjonsoppgaven	4
1.4	Oppbygning av refleksjonsoppgaven	4
2	Teoretiske perspektiver	5
2.1	Vår kropps forståelse i et fenomenologisk perspektiv.....	5
2.2	Kroppens erfaring med et fenomen	7
2.3	Bilde – et verktøy av betydning?	8
3	Drøfting	11
3.1	Synliggjøring av kroppens erfaring	11
3.2	Bilde som uttrykk for det usagte.....	14
3.3	Bilde som verktøy.....	17
4	Oppsummering	21
	Referanseliste	23
	Bilde 1 Kroppslige reaksjoner.....	12
	Bilde 2 Ansvarsfølelse	14
	Vedlegg 1 - Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	
	Vedlegg 2 - Forespørsel om tilgang på deltagere i sykehus	
	Vedlegg 3 - Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeerklæring	
	Vedlegg 4 - Intervjuguide	

1 Innledning

I denne refleksjonsoppgaven drøftes betydningen av bilde for å få frem beskrivelser som berører kroppslig erfaringer, som det ellers kan være vanskelig å sette ord på. Dette kapitlet presenterer bakgrunn for tema, den empiriske studien og hensikt med oppgaven før videre oppbygning av oppgaven presenteres.

1.1 Bakgrunn for tema

Pasientfall er ikke et ukjent fenomen på sykehus. Mellom 2 – 12 % faller en til flere ganger i løpet av en innleggelse og resulterer ofte i skader, lengre sykehusopphold og høyere kostnader for helsevesenet (Coussement et. al., 2008; Cumming et. al., 2008; Pettersen, 2002). Når fall er så hyppig forekommende er det rimelig å anta at mange sykepleiere har erfaring med at pasienter faller. Et søk etter litteratur om sykepleieres erfaringer med fall i sykehus viste at det er forsket lite på pleiepersonells erfaring med pasientfall og hvilken kroppslig innvirkning og betydning slike hendelser har for pleiepersonalet.

Sykepleiere jobber i et kompleks arbeidsmiljø hvor kroppslige sanser er viktig. I praksis er vi avhengig av å oppfatte raske kroppslige endringer hos pasienten, kunne forstå betydningen av situasjonen den andre er i og engasjere seg for å forstå hvilke tiltak som hjelper og som gir veiledning for i den videre omsorg (Benner & Wrubel, 2001). Man kan si at observasjon og det ikke-tekstelige er sentral i sykepleierens fagutøvelse (Foss, 2011). Eksempelvis kan det være måten en pasient ytrer seg på som beskriver en forvirringstilstand. Nøyaktig hva observasjonen består av for å kunne begrunne hvorfor pasienten er i utvikling av en forvirringstilstand, er ikke alltid like lett for sykepleieren. Kunnskapen sitter i kroppen som en usynlig erkjennelse etter hvert som tidligere kunnskap og erfaring omkring fenomenet

etableres i kroppen. Denne tause kunnskap uttrykker Merleau – Ponty (1994) som den blinde mannen og hans stokk. Stokken er hans forlengede arm og kan ”se” landskapet han går i. Han er ikke lengre seg bevisst på stokken - kropp og stokk glir sammen til en enhet som ”er” hans kropp.

Med utgangspunkt i at pleiepersonell erfarer mange pasientfall, må man også kunne anta de kan ha en ubevisst kunnskap som de ikke er i stand til å beskrive ved samtale alene. Med et ønske om å forske rundt temaet pasientfall og pleiepersonells erfaring, begynte en tankeprosess på hvordan få tilgang til de kroppslige erfaringer og følelser som ble antatt at deltagerne kunne ha vansker med å sette ord på eller erindre fra situasjoner med pasientfall. Dermed dukket det opp en nysgjerrighet om eventuelt fotografi kunne brukes som en del av datainnsamlingen, hvor potensielle assosiasjoner av kroppslig erfaring og følelser kunne utgjøre et bakteppe for et intervju.

1.2 Presentasjon av den empiriske studien

Fotografi ble brukt som en del av datainnsamlingen til studien ” Lyden av fall – en kvalitativ studie av pleiepersonells erfaringer med pasientfall i sykehus”. Studiens hensikt er å beskrive hvordan pleiepersonell erfarer fall i sykehus i Norge. Datainnsamlingen ble gjennomført ved et somatisk sykehus på Østlandet hvor sju pleiepersonell ble rekruttert gjennom snøball – metoden. For å illustrere deltakernes kroppslige erfaring utover det som kan uttrykkes i en samtale ble i tillegg fotografi benyttet i datainnsamlingen. Deltakerne ble bedt om å ta bilder de assosierte med sin erfaring med pasientfall og som også kunne representere deres følelser. Datainnsamlingen resulterte i et materiale på til sammen 95 transkriberte sider og 16 bilder.

Problemstillingen i artikkelen var: *Hvordan erfarer pleiepersonell fall i sykehus?* Den inviterte til å innhente ulike individers brede erfaringer rundt et spesifikt fenomen med fokus

på kroppens erfaring. Med bakgrunn i fenomenologisk tankegang, var det særlig interessant hvordan hver enkelt deltaker erfarte pasientfallet kroppslig. Det var den levde, subjektive erfaringen som var i fokus.

Målet var å få frem betydningen av deltakerens erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden slik de erfarte den (Kvale og Brinkmann, 2010). Kvalitativ metode vil være naturlig å bruke hvor en søker å finne forståelse eller oppnå forklaring gjennom teksten i stedet fra teorien. Datainnsamling kan utføres på forskjellige måter, for eksempel ved å intervju individelt eller i gruppe, gjøre observasjoner eller bruk av visuelle verktøy (Richards & Morse, 2007). Studiens formål gav grunnlaget for individuell intervju da det var den unike erfaringen hos hver enkel deltaker som var ønsket. Å intervju i et fenomenologisk perspektiv, betyr å sette forhåndskunnskapen i parentes for å nå frem til en så fordomsfri beskrivelse av fenomenet som mulig (Kvale & Brinkmann, 2010).

Intensjonen med å bruke bilder som en del av datainnsamlingen, var ytterligere å utdype og belyse deltagerens erfaring med pasientfall. Bruk av foto kan være en valid og verdifullt verktøy i søken etter utvikling av kunnskap innenfor kvalitative studier og kan tjene som et symbolsk bilde av den levde erfaringen og beskrive erfaringen som opplevd (Close, 2007; Hagetorn, 1996). Et klart ønske i denne studien var at deltagerne skulle ta bildene selv, for å få frem den unike subjektive erfaringen hos hver enkelt. Deltagerne fikk derfor i oppgave å uttrykke sin kroppslige erfaring gjennom bilder før intervjuet ble gjennomført. Håpet var med dette å åpne opp for størst mulig frihet i deres assosiasjoner og følelser tilknyttet erfaring med pasientfall. På denne måten kunne deltagerne involveres i datainnsamlingen gjennom sine beskrivelser av bildene og formidle personlig innsikt i de erfaringene de ønsket å fortelle om. Ved hjelp av fotografi, kan bilde og ord sammen gi en bedre beskrivelse av en hendelse enn samtale alene (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008).

1.2.1 Erfaring med å ta bilder selv

I praksis endte det med fire som ikke tok bildene selv. For disse ble både opplevelse av liten kreativitet og tid en årsak til at jeg som forsker bidro til å ta bilder for dem. For i størst mulig grad å styrke deres delaktighet i meningen med bilde og sikre at bildene skulle være betydningsfulle for dem (Riley & Manias, 2004), ble bildene tatt etter inngående samtaler med den enkelte i forkant av intervjuet. Samtalen i forkant kan sees på som en form av et preintervju hvor deltager og forsker sammen har en utveksling av synspunkter om et tema som opptar dem begge (Kvale og Brinkmann, 2010).

1.3 Hensikt med refleksjonsoppgaven

Hensikten med refleksjonsoppgaven er å drøfte om bildet har hatt en betydning for den verbale beskrivelsen av erfaring med pasientfall. På bakgrunn av studien, ønsker jeg å løfte fram og tydeliggjøre metodologiske overveielser knyttet til bruken av bildes betydning for beskrivelser av kroppslig erfaring, gjennom følgende spørsmål:

Er et bilde i stand til å gi en annen beskrivelse av erfaringer med pasientfall enn ord alene?

1.4 Oppbygning av refleksjonsoppgaven

Videre i denne oppgaven vil det i kapittel to bli presentert teoretiske perspektiver som et bakteppe for videre drøfting. Den teoretiske bakgrunn er inspirert av kroppens forståelse i et fenomenologisk perspektiv, kroppens erfaring med et fenomen og bruken av bilde som et verktøy. I kapittel tre drøftes om bilde kan gi en annen beskrivelse av kroppslig erfaring. Kapitlet avsluttes med en kritisk refleksjon rundt bruken av bilde som verktøy i denne studien. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon.

2 Teoretiske perspektiver

Fenomenologi tar utgangspunkt i vår forståelse av verden grunnet i vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon (Merleau – Ponty, 1994). Å forske innenfor fenomenologi er spesielt nyttig dersom et fenomen er lite utforsket fra før. Målet er å forstå fullt ut den levde erfaringen og hvordan den viser seg ((Madjar & Walton, 1999; Polit & Beck, 2008). For noen ansees fenomenologi som en måte for forskeren å gi forståelse til meningen med fenomenet. Da ansees fenomenologi ikke som en metode men mer som en måte å skrive ut den levde erfaringen hvor funnene ikke kan forklare realiteten men bringer oss mer direkte i kontakt med verden (Richards & Morse, 2007). Merleau – Ponty (1999) beskriver den fenomenologiske verden ikke som en ren væren men som en mening hvor erfaringene er uløselig knyttet i hverandre. Dette skjer ved at erfaringer i fortid knyttes opp i erfaringer i nåtiden og danner en enhet gjennom den andres erfaring knyttet opp i min. Å forske på erfaringer i personens livsverden, ble derfor et naturlig utgangspunkt å bruke for å besvare problemstillingen i studien. I studien var målet å komme så nær som mulig den enkelte deltagers livsverden, deres erfaring med pasientfall i et sykehus. Å prøve finne meningen bak den levde erfaringen slik den erfartes på kroppen.

2.1 Vår kropps forståelse i et fenomenologisk perspektiv

Fenomenologi har røtter i en filosofisk tradisjon utviklet av Husserl og Heidegger. Målet er å utforske og forstå menneskets levde erfaring gjennom deres livsverden. Det å være-i-verden, kan forstås som det å undersøke essensen av et fenomen og hva meningen med den er, slik det blir erfart av mennesket i sin dagligdagse livserfaring (Polit & Beck, 2008). Ting er ting

slik vi erfarer det. Fenomenologi betegner relasjonen mellom oss og verden slik vi er engasjert i verden og erfarer den (Dalberg et. al, 2008).

Det er gjerne fire aspekter som fenomenologien interesserer seg for. Det er det levde rom, den levde kroppen, den levde tid og den levde menneskelige relasjon (Polit & Beck, 2008). I studien er det aspektet ved den levde kroppen som er i fokus. Problemstillingen i artikkelen: *Hvordan erfarer pleiepersonell fall i sykehus?* inviterer til å innhente ulike individers brede erfaringer rundt et spesifikt fenomen med fokus på kroppens erfaring.

Fenomenologen Maurice Merleau – Ponty, vil at vi skal se på kroppen som et hele, med kroppen som utgangspunkt for vår forståelse av verden. Den levde kroppen erfarer gjennom gjensidig relasjon med verden (den andre) og dette binder dem sammen. Å erfare sin egen kropp i en første persons perspektiv vil si å oppleve seg selv som sansende, persiperende, handlende, følende og talende. Hvordan vi oppnår forståelse, mener han skjer automatisk i det vi forholder oss til andre og i denne relasjonen bruker vi kroppen for å komme forståelsen av den andre nærmere ved at fortiden og nåtiden hele tiden innlemmes til en nåtid. Videre sier Merleau – Ponty at mennesket er et sansende vesen som har evne til å forestille seg i en nedfelt kroppslig erindring fra fortiden. Han beskriver kroppen som medfødt kompleks. Hver eneste kropp har sine egne innlærte handlingsmønstre og følelser som sammensmeltes i sin eksistens og erstatter fortiden med nåtidens eksistens.

Merleau – Ponty uttrykker det slik at mennesket er et selvfortolkende subjekt som erfarer verden med hele sin kropps bevissthet og ubevissthet. For eksempel vil det å betrakte en kjent gjenstand være som å bebo den og imøtekomme det som måtte gripe en, forstått ut fra det nye ståstedet. I følge Merleau - Ponty finnes det en tvetydighet i hvordan erfaring/opplevelse kan forstås på flere måter da kroppen både er subjektiv og objektiv. Egenkroppens intersubjektive

erfaring, er hva du selv erfarer, mens den objektive kroppen vises gjennom andres perspektiv (Langer, 1989).

For Merleau – Ponty er det å beskrive så presist og fullstendig som mulig, viktigere enn å forklare eller analysere. En slik fenomenologisk inspirert sykepleierforskning kan være viktig for å øke innsikten i den individuelle beskrivelsen av meningen med det levde liv i praksis og kan bringe frem ny og sammensatt forståelse (Earle, 2010).

2.2 Kroppens erfaring med et fenomen

For å kunne uttale oss om et fenomen, må erfaringen være etablert, noe som skjer kontinuerlig gjennom vår kropps tilstedeværelse i verden. Ved å være i verden opptar kroppen nye stimuli som vi sanser bevisst eller ubevisst og som til enhver tid omslutes av det forrige. Erfaringen gir en egen subjektiv erfaring av å se den andre, ikke som første persons erfaring men som å se seg selv utenfra i andre person (Merleau – Ponty, 1994). Erfaringen av å eksistere i verden er noe personen har, gjør og er som kropp (Johannessen, 2011). For å forstå andres erfaring, er det en nødvendighet å komme nær dem slik at deres håp bli vårt håp, deres smerte blir vår smerte. Ved ikke å detaljere det vi ønsker å undersøke, men høre, snakke, lese og skrive årvåkent, vil fenomenet få mulighet til å vise seg slik vi aldri har erfart tidligere (Madjar & Walton, 1999).

Benner & Wrubel (2001) beskriver den erfarne habituelle kroppen som en viktig mestringsressurs som yter fleksible og hurtige reaksjoner på komplekse situasjoner. Kroppens innlærte ferdigheter baserer seg på erfaringer mennesket har gjort seg i løpet av det levde liv. Det er den levde kroppens erfaring med pasientfall som studien beskriver slik den er levd og uttrykt gjennom kroppen. Å forstå kroppens tvetydighet, ved å erkjenne at kroppen både er synlig og seende, berørt og berørende. Ingen av delene kan redusere den andre da de er samtidig (Merleau – Ponty, 1999). Den nye erfaring innkapsles i de andre. Denne

fornyelsesprosessen gjør noe med innholdet i vår erfaringsverden, ikke dens struktur. I et fenomenologisk perspektiv vil stress, for eksempel, være et uunngåelig resultat av å leve i en verden hvor tingene betyr noe for en. Hva som regnes for stressende vil være avhengig av den enkelte persons bekymringer, anliggender, ferdigheter og vaner. For øvrig kan tiden som er til rådighet ikke forandres. (Benner & Wrubel, 2001).

Vår eksistens som både sansende og sanset etablerer en kommunikasjon fra en kropp til en annen. Merleau – Ponty (1999) brukte ofte kunsten for å eksemplifisere hvordan denne kommunikasjonen kunne uttrykke seg. Som maleriets språk, den tause stemme, hvor meningen gjennomtrenger bildet snarere enn bildet uttrykker meningen. Maleriets farger, dybde og former påtvinger oss våre sanser som et naturlig middel til kommunikasjon mellom mennesker.

2.3 Bilde – et verktøy av betydning?

Et verktøy for å synliggjøre våre sanser, ble for Collier & Collier (1986) å bruke kamera. De var foregangsforskere med sin bakgrunn i antropologien og forskning rundt miljø.

Kameraøyet rettes inn mot det du ønsker å forevige og samler et hele av det subjektet som er tenkt på en troverdig måte, men får i tillegg med seg omkringliggende elementer som til sammen danner et hele (Collier & Collier, 1986). I vår del av verden lever vi i en dominans av visuell teknologi som er blitt så vanlig i hverdagen, at bruken av fotografi og kamera, ikke så lett har vært ansett som egnet for vitenskapelig forskning (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008).

Fotografiet bygger på verdien av hva fotografiet kan gi av ny innsikt i og kunnskap om menneskelig erfaring gjennom å se og fortolke (Riley & Manias, 2004). Fotografi har blitt brukt på forskjellige måter for å få frem data på og stimulere til videre diskusjon (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008). Bildene kan komme fra forskeren, deltageren eller via arkiv og er

basert på en ide om å formidle noe gjennom et bilde ved å gjøre ens erfaringer synlige, som kan gi et unikt utbytte av empirisk data og innsikt i fenomener (Olliffe & Bottorff, 2007).

I sykepleierforskning er bruken av det visuelle verktøy en relativ ny ”oppgivelse” som startet for fullt rundt 1990. Video er den mest brukte i sykepleieforskningen. I observasjonsstudier er video brukt til refleksjon av egen opptreden i samspill med pasient, pårørende eller kollega/studenten eller å observere interaksjon av teknikker, hvor det visuelle skapes av forskeren. Fotografi har vært brukt mer som et kommunikasjonsmiddel mellom sykepleier, pasient og familie i dialogen for å utvikle kunnskap om menneskelig erfaring gjennom egen erfaring med sykdom eller øke forståelsen av en gruppes levde verden (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008; Foss & Kirkevold, 2008; Riley & Manias, 2004).

Kvalitative forskere har begynt å bruke bilder som et verktøy med fokus på en mer deltagende forskningsprosess hvor deltagerne tar bildene selv. Deltagerne finner det engasjerende og meningskapende å selv få ta bilder som betyr noe for dem (Close, 2007). Tanken er at bilder og det verbale sammen skaper nye data som kan gi en enda større og bredere innhenting av kunnskap enn samtale alene (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008; Gaskins & Fortè, 1995; Foss, 2011). Fotografi har også vist seg å være et verdifullt verktøy i flere sosiale forskningsoppgaver hvor detaljer har vært vanskelig å fange opp gjennom verbale beskrivelser eller andre tradisjonelle forsknings strategier. Bruken av fotografi er ansett å være en nyskapende fremgangsmåte for å forstå hvordan mennesker oppbevarer og håndterer helse relaterte utstyr i deres eget hjemmemiljø (Marquard et. al., 2006). Andre studier hvor fotografi er blitt utnyttet i en kompleks setting, har vært sykepleieaktiviteter i operasjonsstue hvor forskeren fant at foto bidro til å løfte frem det man tar for gitt, som sannsynlig ville ha blitt ubeskrevet ved intervju alene (Foss, 2011). Det visuelle verktøy i forskning er fremdeles undervurdert og har en relativ liten plass innen sykepleieforskningen (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008; Riley & Manias, 2004; Foss, 2011).

Bruk av bilde kan dermed være et verktøy for å fange opp og bevare minnet om dagligdagse hendelser som ellers kan bli mistet og tjene som et symbolsk bilde av vår menneskelige erfaring og viser verden som sett. Senere kan disse hendelsene bli hentet opp igjen ved refleksjon og diskusjoner (Hagetorn, 1996). På denne måten kan også et bilde være nyttige for forskningsprosessen ved å åpne opp for dypere elementer fra hukommelsen og stimulere til diskusjon (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008).

3 Drøfting

Møtet mellom det landskapet som befinner seg mellom teori og den empiriske delen vil utgjøre drøftingsdelen. Det vil si bildets forhold til det teoretiske grunnlag av kroppens forståelse i et fenomenologisk perspektiv, kroppens erfaring med et fenomen og bruken av bilde som et verktøy på den ene siden og bildets betydning til å gi en annen beskrivelse av kroppslig erfaring med pasientfall enn ord alene på den andre siden.

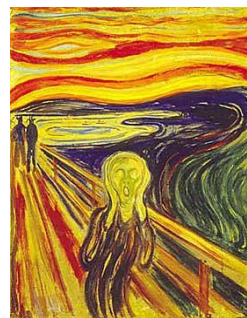
Drøftingen er inndelt i 3 områder; synliggjøring av kroppens erfaring, bilde som uttrykk for det usagte og til sist en kritisk refleksjon rundt bruken av bilde som verktøy i denne studien.

3.1 Synliggjøring av kroppens erfaring

Lyden av fallet var et essensielt funn i studien som gav pleiepersonalet assosiasjoner om sin egen kropps erfaring med dens reaksjoner både fysisk og følelsesmessig. En spesiell lyd som var gjenkjennbar for deltagerne etter tidligere erfaringer med samme lyd og fremkalte en kroppslig erindring under intervjuene. Et øyeblikks reaksjon. Følelser som raste gjennom kroppen. Et fall, noe som ikke skal skje! Kroppen som reagerer intuitivt etter innlærte handlingsmønstre. Følelser som sammensmeltes i eksistensen der og da (Merleay – Ponty, 1994).

Under samtalene kom det fram beskrivelser om synet av pasienten, lukten på rommet og hvordan hjertet begynte å dunke hardt. Å erfare sin egen kropp i en første persons perspektiv vil si å oppleve seg selv som sansende, persiperende, handlende, følende og talende. Når en erfaring først er etablert i kroppen, har kroppen en hukommelse som gir grunnlag for erindringer som lett kan hentes frem igjen (Merleay – Ponty, 1994). Særlig en av deltagerne

fikk til å beskrive sine kroppslige reaksjoner i det lyden av fallet traff henne i bilde 1. Hun så seg selv som det fremste mennesket som ikke ville høre, har hørt lyden før og vet hva som har skjedd før hun får bekreftet fallet. Kroppen som stivner i et taust skrik. Men også fargene hadde betydning. Opplevelsen av fargen i ansiktet som blir borte. De mørke fargene i bildet kunne overføres til det ansvar



Bilde 1 Kroppslige reaksjoner

hun hadde for pasienten på vekten og hvor tungt dette kjentes. Den røde fargen gav uttrykk for hjertebank i det hun også viste et fall kunne bety fare for skade på pasienten og i verste fall bety død. Merleau – Ponty uttrykker hvordan vi mennesker er et selvfortolkende subjekt som erfarer med hele sin kropps bevissthet og ubevissthet. Som det å betrakte en gjenstand er som å komme til å bebo den og fra der gripe an det som måtte møte en (Merleau-Ponty, 1994).

Ved bruk av bilde kan det altså oppstå en utveksling hvor både språk, kropp og materielle ting er involvert i hverandre (Radley & Taylor, 2003). Beskrivelsen hadde et så rikt innhold at det var lett å følge deltageren sin fortelling av den kroppslige erfaringen. Sammen med bilde, kroppsspråk og mimikk brukt i samtalen gav det hele en dypere innsikt i kroppens reaksjoner. Gjennom tolkning av språket ble bildet forståelig. Språket bruktes til å beskrive bildet og til å forstå betydningen av det komplekse bildet av kroppens reaksjoner og følelser. På den måten kunne bildet være hjelpelig til å uttrykke den rikelige beskrivelsen av den erfaringen med språk, som ellers kunne vært vanskelig å gi uttrykk for ved intervju alene (Sitvast et. al., 2008).

De kroppslige reaksjonene var et uttrykk på grunn av tidligere erfaringer. Flere av deltagerne kunne vise til den kroppslige stressituasjonen fallene skapte med hjertebank, hvordan adrenalinet ”bruste” i blodårene og ”kjente det i magen” som en klump som festet seg. En deltager brukte et bilde av en hjertestarter for å formidle verbalt hvordan deltageren gjorde seg klar til å agere på en eventuelt alvorlig situasjon for pasienten. Samtidig som det handlet

om å løpe til så raskt som mulig, handlet det også om å forberede seg for flere alternative syn som kunne møte dem og tiltak som måtte gjøres. Som en kroppslig refleks som gjentok seg hver gang en pasient falt. Benner & Wrubel (2001) beskriver den erfarne habituelle kroppen som bringer frem en mestringsressurs som yter fleksible og hurtige reaksjoner på en kompleks situasjon hvor kroppens innlærte ferdigheter baserer seg på erfaringer mennesket har gjort seg i løpet av det levde liv. Ved bruk av bilde, fikk deltagerne frem hvordan den kroppslige erfaringen med lyden av fallet kunne bringe frem ikke bare kroppslige reaksjoner men også formidle den tause gjennomgangen av mulige handlinger som måtte forberedes før møtet med pasienten (Marquard et. al., 2006; Foss, 2011). Man kan si for hvert fall kroppen erfarte, gav det en forberedelse inn mot en ny eller lignende situasjon.

For de mer uerfarne ble fallet mer stressende da de var usikre hvordan de skulle håndtere situasjonen. Natten var et vaktskift som var utfordrende for pleiepersonalet men særlig for den uerfarne. Få ansatte på jobb men ingen selvfølge at det var rolig på post. Ansvarert erfartes tyngende med få å dele oppgavene på når ny pasient måtte tas imot samtidig med flere våkne pasienter med behov hyppig tilsyn for å unngå fall. Bildet av en blekksprut symboliserer denne situasjonen som erfartes som uhåndterlig med et ønske om å kunne ha flere armer og et hode som kunne snus raskt for å ha mulighet for større kontroll. Det kom frem en følelse av ensomhet og utrygghet ovenfor alle vurderinger som måtte gjøres alene. Som uerfaren ble det en stressfull situasjon å stå i. Særlig med tanke om vurderingene kunne være feile og ende med fall og skade for pasienten. Ansvarert kunne virke som uforsvarlig på vakter hvor antall pasienter og oppgaver ikke harmoniserte med hverandre. For den mer erfarne kom det frem hvordan dette stresset etter hvert endret seg med en opplevelse av å jobbe bedre. Den kroppslige erfaringen gikk fra opplevelsen av at reaksjoner inne i kroppen var med et synlig stresset ansikt til et stress som ikke rakk frem til ansiktet lengre. For Merleau – Ponty er denne utviklingen av erfaring, noe som skjer kontinuerlig i vår tilstedeværelse i praksis

gjennom nye stimuli som vi sanser bevisst eller ubevisst og som til enhver tid omslutes av det forrige.

3.2 Bilde som uttrykk for det usagte

Erfaringer om fenomenet pasientfall ble oppfattet som et ”lite hyggelig ord” (deltagers ord), fremkalt av en uønsket hendelse og som ble assosiert med smerter og skade. Oliffe & Bottorff (2007), uttrykker viktigheten av å skape trygghet slik at deltageren kan trygt vise, forklare og samtale rundt sine bilder.

Under ett av intervjuene vises et bilde av et gråtende ansikt. Samtalen dreide seg både om pasienten og om deltageren selv. Ved å spørre hvem dette bildet var ment for, kom det fram en beskrivelse av erfaringen med kroppens tvetydighet. Gjennom sin egen subjektiv erfaring av redsel og smerte ved eget fall kunne deltageren formidle sin umiddelbare erfaring av den andres subjektivitet ved å se den andre, ikke som første persons erfaring men som å se seg selv utenfra i den andres person (Merleau-Ponty, 1994). Betydningen av det verbale får en ekstra dimensjon ved synet av bildet som forteller noe om den levdes erfaringen sin betydning i møtet med pasienten. Det vil si evnen til å sette seg inn i en situasjon og fra der være i stand til å imøtekomme den andres behov for hjelp og støtte (Benner & Wrubler, 2001).

Fallet utløste skyldfølelse og en følelse av utilstrekkelighet. Skyldfølelse for det synlige avviket for ikke å ha ivaretatt pasienten godt nok under sykehusoppholdet. Ansvaret for



ivaretakelsen av pasientene var viktig for pleiepersonalet. En deltager formidlet viktigheten gjennom et bilde som en metafor for hva ansvaret innholdt slik det ble oppfattet av deltageren. På samme måte som personen som står nede og

Bilde 2 Ansvarsfølelse

sikrer den andre som klatrer i fjellveggen, har pleiepersonalet et ansvar for å sikre pasienten slik at han ikke faller og skader seg. Det å tenke sikkerhet og gjøre tiltak er med på å gi trygghet for pasienten. Symbolikken i bildet skaper en mening og tydeliggjør innholdet i beskrivelsen av en erfaring hvor lite kunnskap kan være kjent (Hagetorn, 1996; Sitvast et. al., 2008).

Bildet viser en ønskesituasjon hvor en person ivaretar en annen. I et sykehus på en vanlig post, er arbeidsmiljøet som pleiepersonalet jobber under, uforutsigbare med stadige endringer som er ukontrollerbare. Når belastningen av ansvar ble for stort med for mange pasienter å passe på i forhold til de oppgaver som skulle ivaretas, gav et pasientfall ikke bare utslag i stress reaksjoner men også en følelse av utilstrekkelighet over ikke å ha gjort en god nok jobb. I en intervju prosess kan det derfor åpnes opp for et nytt perspektiv ved nettopp å samtale rundt et bilde (Nelson, 1996). Når pasientfallene ble til flere fall på samme vakt, ble overbelastningen så stor at flere valgte å distansere seg fra ansvaret og sin egen dårlige samvittighet. Å distansere seg for ellers ville de indre følelsene være for mye å bære med seg. Å finne balansen mellom nærhet og distanse når fallerfaringen skaper et følelsesmessig dilemma, er en viktig mestringsressurs som er avgjørende for å orke stå i yrket (Benner & Wrubler, 2001).

I sin masteroppgave har Johannessen (2011), vist hvordan billedskapning kan være i stand til å stimulere deltagerens ekspressivitet av fenomenet kroniske smerter, hvor indre følelser som var vanskelig å uttrykke ble gjenskap i et bilde. Deltagerens ekspressivitet muliggjøres ved at kroppen har en dobbel sansing som kan observere det ytre og det indre ved et bilde. Merleau – Ponty uttrykker hvordan et menneske kan gjennom persepsjon, fremtre i en virkelighet som viser seg. Denne virkelighet kan bæres frem ved hjelp av det indre visuelle bilde. Å skape et uttrykk i form av et bilde slik at de indre følelsene kunne komme til uttrykk og derfra gi inspirasjon til det verbale (Sitvast et. al., 2008). Det vil si bildene gav mulighet for å øke

innsikten i den individuelle beskrivelsen av meningen med fallerfaringen i praksis med på å stimulere til videre samtale rundt den virkelighet som viste seg ved fallerfaringen og dermed åpne opp for en ny og sammensatt forståelse (Earle, 2010).

Sykepleie er innebygd i en human kontekst hvor samtalen er viktig i forståelsen av de emosjonelle, åndelige og billedlige følelser pasientene gir uttrykk for (Hagedorn, 1996). På samme måte var det viktig å få til en samtale som gav mulighet å gi bildet det glimt av den levde erfaringen slik den var erfart og gjennom bildets symbol, åpne opp for deltagerens levde erfaring (Sitvast et. al., 2008). Den ubeviste erfaring er noe vi bærer med oss uten nødvendigvis å reflektere nøye over dette til en hver tid, men kroppen har hukommelse. Intervjuet gav rom for refleksjon og tid til å hente frem dypere elementer fra hukommelsen som stimulerte til beskrivelser som strakk seg ut over det konkrete bilde (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008). I denne studien var det særlig de fallene som kunne blitt katastrofale som gav sterke minner. Da kom det tydelige erindringer om de kroppslige sansene. Beskrivelser som deltageren kunne kjenne i kroppen bare ved å samtale om hendelsen. Bilde har skap erfaringens mening og gitt den eksistens. Meningen gjennomtrenger bildet snarer enn at bildet uttrykker meningen. Merleau – Ponty (1994) uttrykker hvordan ord er betinget av tanken. Besittelsen av språket er eksistensen av ”ordbilder” som er utalt som spor i oss. Det vil si at ordet utgjør et ytre tegn på en indre erkjennelse. Videre uttrykker Merleau – Ponty hvordan ordet og talen kan være tankens nærvær i den sanselige verden med dens symbol og kropp. Talen blir en gestus som kan gi betydning på en felles forståelses grunn. Som en følelse og følelsesuttrykk kan smilet i et ansikt uttrykke glede. Bildet er altså talende (Merleau – Ponty, 1999). Bildet kan med andre ord sammenlignes med verbal kommunikasjon, i det et bilde kan inneholde det samme potensialet med dets subjektivitet og fortolkninger som ord (Close, 2007).

3.3 Bilde som verktøy

Det var ingen lett oppgave deltagerne fikk med å ta bilder i tillegg til intervju. Å tenke åpent om erfaring og pasientfall kunne det være nærliggende å ta bilder fra sykehusmiljøet.

Tidligere studier (Turkoski et. al., 1997; Rush et. al., 2009) har beskrevet ulike temaer rundt den generelle fallerfaring sykepleiere har. Som eksempel er risikovurdering i forhold til medikamenter. Et bilde av et sedativ medikament ville da vært sannsynlig. Eller den ekstra loggføringen som kreves i etterkant av et fall, ville et bilde av et slikt dokument være naturlig. Utfordringen med å bruke bilder i forskning er den kompleksiteten med tanke på samtykke. Særlig med tanke på anonymitet i forhold til å ta bilder av andre mennesker eller annet som kan tilbakeføres direkte til en person (Close, 2007; Riley & Manias, 2004).

Målet var å få frem den kroppslige erfaringen med pasientfall i sykehus med bilder som kunne si noe om assosiasjoner og følelser med erfaringen ved pasientfall. Dette gav en helt annen utfordring til deltagerne i forhold til å finne motiver som kunne synliggjøre denne usynlige erfaringen i et bilde, men som også muliggjorde at bilder ikke måtte være fra sykehusmiljøet. Håpet var å åpne opp for en refleksjon rundt den kroppslige erfaringen før intervjuet.

Collier & Collier (1986) uttrykker at et bilde kan sammenlignes med en loggbok som ofte brukes i forskning, men som en spesifikk logg og ikke verbal, skriftlig logg. De samme forfatterne beskriver videre hvordan bildet med de omkringliggende elementer til sammen danner et hele ved at bildet samler og foreviger subjektet på en troverdig måte. Det vil si bildet i seg selv kunne brukes for å loggføre den kroppslige erfaringen. Bilde rammet inn den konkrete erfaringen men fikk med seg omkringliggende elementer. I intervjuet kunne bildet brukes som et verktøy for å hente frem minnet om den levde erfaringen som igjen kunne gi assosiasjoner til videre refleksjon.

Det å ta bilde selv ville dermed kunne oppleves som meningsskapende for deltagerne og den ekstra belastningen med å ta egne bilder erfares som engasjerende, slik studien til Close (2007) fant hos sine informanter. I flere av studiene hvor fotografi er brukt, er bilde brukt for å få frem erfaringer rundt egen sykdom. Ved å ta egne bilder kunne informantene gi beskrivelser av sin egen historie på sine premisser (Radley & Taylor, 2003). I denne studien var det over halvparten av deltagerne som ikke tok bildene selv med en begrunnelse i liten kreativitet og tid. I motsetning til å formidle egen erfaring omkring seg selv og egen sykdom, skulle deltagerne i denne studien beskrive egen erfaring rundt et fenomen som følte som en belastning både fysisk og følelsesmessig. Det kan diskuteres om det handlet om lite engasjement eller motstand for ubehag. I etterkant sitter en følelse av tidsaspektet og det å skulle engasjere seg fullt i sin egen fritid med fotografering, ble for krevende for den enkelte.

For de som tok bildene selv ble det gitt uttrykk for at det hadde vært en utfordring med å finne de "rette" bildene som kunne formidle innholdet av deres erfaring. Å bruke fotografi er en mer aktiv og påtrengende måte (Riley & Manias, 2004). Denne erfaringen gjorde meg ydmyk i forhold til den ekstra belastningen i en travel hverdag jeg utsatte deltakerne for ved å bruke bilder i tillegg til intervjuene. Samtidig var det en stor entusiasme å finne hos de som tok bildene selv. Måten de formidlet bildene inn i beskrivelsene rundt deres egen erfaring med pasientfall erfartes som om de mer deltagende i intervjuprosessen enn de som ikke tok bildene selv. Dette er samme type funn som er gjort fra tidligere studie (Close, 2007).

For de som ikke tok bildene selv ble det jeg som forsker som bidro til å ta bilder for dem. Bildene ble tatt etter inngående samtaler med den enkelte i forkant av intervjuet for å sikre delaktighet og følelse av eierskap til bildene i intervjuet. I en studie av Close (2007), tok ikke alle deltagerne bilder men forsker gjennomførte likevel intervjuene uten bilder. Dette valget kunne vært gjort i denne studien også. Man kan si under det som har vært kalt et preintervju i studien, var nettopp med hensikt å billedliggjøre deltagerens indre assosiasjoner slik de erfarte

fallet. Sykepleiefaget har sin styrke i det beskrivende (Foss, 2011) og for de som anså seg selv som lite kreativ ville det kanskje vært en fordel å beskrive sine indre bilder som løftet frem erfaringer i stedet for å ta bilde av noe konkret. De indre bilder som dukket opp ville sannsynligvis ikke kunne gjenskapes på et bilde så nøyaktig som fortalt i muntlig form. Likevel ble erfaringen at med hjelp til å reflektere rundt deres fallerfaring og hvilke følelser som dukket opp eller indre bilder som viste seg, var det lett å komme frem til hvilke motiver som kunne formidle deres fallerfaring. Collier & Collier (1986) uttrykker ved å rekonstruere historien, både tenker og kommuniserer vi på en måte fotografisk. Var det nettopp fordi pleiepersonalet har sin styrke i det beskrivende i sin fagutøvelse at jeg som forsker kunne være deres ”forlengende arm” i utførelsen med å ta bildene?

Selv om flere av deltagerne ikke tok bildene selv er det en klar formening at bildene har sin berettigelse og fant sin mening i den konteksten de ble valgt ut i. Gjennom refleksjon kom deltagerne frem til motiver de kjente tilhørte deres unike erfaring med pasientfallet. Et eksempel er en deltager som fikk flere bilder å velge blant ut fra erfaringen med flere fall på samme vakt. Bare ved å kaste et blikk på alternativene ble det klart hvilket bilde som gav mening for denne deltageren og som igjen ble hentet opp senere i intervjuet. Det gav en anerkjennelse på den jobben som var gjort på forhånd med å reflektere sammen slik at bildet ble deltagerens og ikke mitt som forsker.

Så kan det diskuteres hva ville kunnet kommet frem av beskrivelser om valget har blitt et annet bilde? Det samme vil måtte gjelde også de som tok bilder selv. Man kan si det finnes en bias eller begrensning i det at deltagerne selv fikk velge ut hvilke bilder de ønsket ta med seg i samtalen og ingen spørsmålstegn stilt ved de bilder som ble valgt bort. Hansen-Ketchum & Myrick (2008) understreker en problemstilling i at fokuset kan bevege seg fra kun å se på et bilde enn å stille spørsmålstegn på hva som ikke sees eller hvorfor bilder er valgt bort.

Deltagernes påvirkning av funn kan med andre ord ikke være sett på som allmenngyldige men sett i forhold til studiens kontekst og antall deltagere.

4 Oppsummering

Med egen bakgrunn i helsevesenet og erfaringen med pasientfall, var forforståelse av fenomenet en utfordring for ikke å fortolke og mistolke det sagte og bildets betydning slik deltageren så den. Som eksempel kan nevnes hvor deltakerne ikke tok bilder selv, var det vanskelig ikke å komme med forslag til mulige motiver. Å forske i en fenomenologisk tradisjon, er det viktig å forsøke å sette sine egne begreper i parentes og se tekstene slik de fremstår (Kvale & Brinkmann, 2010). I løpet av studiens forløp endret egen forforståelse av fenomenet seg til en større bevissthet slik at egne tanker ble satt mer i parentes for å oppnå maksimal åpenhet overfor hva deltagerne gav av beskrivelser.

Alle kritiske røster og spørsmål som har vært stilt om bruken av bilde i studien, har gitt mulighet å tenke nøye gjennom hvert steg i forskningsprosessen om riktigheten og viktigheten av bildets betydning for beskrivelser av kroppslige erfaringer med pasientfall i sykehus.

Å bruke bilde som et verktøy som en del av datainnsamling har vært morsomt og spennende. Det har budt på flere utfordringer men også ny læring. Ved å bruke bilde som verktøy har den kroppslig erfaring gitt en større innsikt i hvordan et bilde kan berike beskrivelsene enn ord alene. Gjennom refleksjon og forklaringer hva hvert enkelt bilde betydde for hver enkelt deltager, har bruken av bilde gitt en verdifull innsikt i kunnskapen om hva pleiepersonell erfarer med pasientfall i sykehus.

Ved å ha fokus på kroppslig erfaring kom beskrivelse lyden av fall som et overordnet tema for hvordan lyden skapte kroppslige reaksjoner og sårbare følelser. Kroppslige reaksjoner som synliggjøres gjennom beskrivelser av symbolikken i et bilde. Sårbare følelser som viser seg ved hjelp av et bilde og dens videre refleksjon ut over det konkrete bildet.

Utfordringen ligger i tilretteleggelse for tid og ressurser for pleiepersonell til å delta i studier hvor det kreves ekstra egeninnsats ved å skulle ta egne bilder utover det å skulle samtale i et intervju. Denne problematikken må overveies nøyer før neste prosjekt. Bruken av bilder er fortsatt et lite utforsket verktøy innen sykepleieforskning. Jeg håper at mitt bidrag med studien kan være til inspirasjon for den videre utvikling av å bruke bilde som et verktøy i sykepleieforskningen.

Referanseliste

Benner, P. & Wrubler, J. (2003). *Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sunhed og sygdom*. Danmark: Special-Trykkeriet Viborg a.s.

Close, H. (2007). *The use of photography as a qualitative research tool*. *Nurse Research*, 15 (1), 27-36.

Collier, J. & Collier, M. (1986). *Visual anthropology – photography as a research method*. New Mexico: University of New Mexico Press.

Coussement, J., De Paepe, L., Schwendimann, R., Denhaerynck, K., Dejaeger, E. & Milisen, K. (2008). *Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis*. *JAGS*, 56, 29-36.

Cumming, R.G., Sherrington, C., Lord, S.R., Simpson, J.M., Vogler, C. & Cameron, I.D. (2008). *Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital*. *BMJ*, 336(7647), 758-760.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Hungary: Studentlitteratur.

Earl, V. (2010). *Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing*. *Nursing Philosophy*, 11 (4), 286-296.

Foss, C. (2011). *Det visuelle i sygepleieforskningen – en liten utnyttet mulighet*. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3, 235-244.

Foss, C. & Kirkevold, M. (2008). *Unfolding the invisible of the visible: gendered constructions of patient participation*. *Nursing Inquiry*, 15 (4), 299-308.

Gaskins, S. & Fortè, L. (1995). *The meaning of hope: Implications for Nursing Practice and research*. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (3), 17-24.

Hagedorn, M. I. E. (1996). *Photography: an aesthetic technique for nursing inquiry*. *Mental Health Nursing*, 17, 517-527.

Hansen-Ketchum, P. & Myrick, F. (2008). *Photo methods for qualitative research in nursing: an ontological and epistemological perspective*. Nursing Philosophy, 9, 205-213.

Johannessen, T. E. B. (2011). *Ekspressivitet og smertehåndtering. Erfaring med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander*. Oslo: Masteroppgave. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langer, M. M. (1989). *Merleau - Ponty`s Phenomenology of perception: a guide and commentary*. USA: The Micnillan Press LTD.

Madjar I. & Walton, J. A. (1999). *Nursing and the experience of illness – phenomenology in practice*. USA: Routledge.

Marquard, J. L., Moen, A., Brennan, P. F. (2006). *Photographic data – an untapped resource to explore complex phenomena such as Health Information Management in the Household (HIMH)*. Stud Health Technol Inform, 122, 58-62.

Merleau – Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag AS.

Merleau – Ponty, M. (1999). *Om sprogets fænomenologi*. Danmark: Reproset.

Nelson, J. (1996). *Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer*. Advance in Nursing Science, 18 (3), 59-76.

Oliffe, J. L. & Bottorff, J. L. (2007). *Further than the eye can see? Photo Elicitation and Research with men*. Qual Health Res. 17; 850-858.

Pettersen, R. (2002). *Falltendens hos gamle*. Tidsskr Nor Lægeforen. 122, 631-634.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins.

Radley, A. & Taylor, D. (2003). *Remembering one`s stay in hospital: a study in photography, recovery and forgetting*. Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 7 (2), 129-159.

Richards, L. & Morse, J. M. (2007). *User`s gudie to Qualitative methods*. USA: Sage Publications, Inc.

Riley, R.G. & Manias, E. (2004). *The use of photography in clinical nursing practice and research: a literature review*. Journal of Advanced Nursing, 48 (4), 397-405.

Rush, K.L., Robey – Williams, C., Patton, L.M., Chamberlain, D., Bendyk, H. & Sparks, T. (2009). *Patient falls: acute care nurses`experience*. J Clin Nurs, 18(3), 357-365.

Sitvast, J.E, Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. & Lendemeijer, H.H.G.M (2008). *Photo stories, Ricoeur and experience from practice*. Advances in Nursing Science, 31 (3), 268-279.

Turkoski, B, Pierce, L., Schreck, S., Salter, J., Radziewicz, R., Guhde, J. & Brady, R. (1997). *Clinical nursing judgment related to reducing the incidence of falls by elderly patients*. Rehabilitation nursing, 22(3), 124-130.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Elisabeth Fransson
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 19.04.2010

Vår ref: 24122 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24122	<i>Pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykebus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Elisabeth Fransson</i>
Student	<i>Nina Torsteinsen Johnsen</i>

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

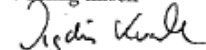
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nina Torsteinsen Johnsen, Tors vei 112, 3472 BØDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. lyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

24122

Prosjektet omfatter intervju med 6 sykepleiere/hjelpepleiere. Rekruttering og førstegangskontakt skjer i samarbeid med aktuell medisinsk avdeling på sykehuset.

Det gis skriftlig informasjon og samtykke for deltakelse er ensbetydende med aktiv deltakelse. Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet tilfredsstillende, men forutsetter at det opplyses om prosjektslutt, her 01.12.2011. Personvernombudet ber om at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Intervjuene tas opp på lydbånd som behandles elektronisk. Innsamlete opplysninger registreres på privat pc tilknyttet Internett. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.12.2011. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbånd makuleres.

Respondentene skal bruke fotografi som gir assosiasjoner til pasientfall, men det vil ikke bli tatt fotografi av hverken pasient, pårørende eller besøkende. For bilder av kollegaer eller andre personer vil ansiktet bli slettet.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for helse og samfunn
Postboks 1078 Blindern
0316 Oslo

Telefon: 22 84 53 00
Telefaks: 22 84 53 01
E-post: postmottak@medisin.uio.no
Nettadresse: www.med.uio.no

Dato: 12.05.10.
Deres ref.:
Vår ref.:

Vestre Viken HF
V/ Avdelingssjef May Bente Myrvold

FORESPØRSEL OM TILGANG PÅ DELTAGERE I SYKEHUS

Mitt navn er Nina T. Johnsen. Jeg er utdannet sykepleier og for tiden mastergradsstudent ved Institutt for helse og samfunn, seksjon for sykepleievitenskap, ved Universitetet i Oslo. Tema for min masteroppgave er å utforske pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykehus. Jeg ønsker i denne forbindelse å komme i kontakt med sykepleiere eller hjelpepleiere som i løpet av de siste ukene har erfart et pasientfall. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hva pasientfall gjør med pleiepersonell. Denne type forskningsbasert kunnskap er ikke funnet gjort i Norge per i dag.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Førsteamanuensis Elisabeth Fransson ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo er veileder på prosjektet.

Prosjektets tittel er: ” **Pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykehus**”

Data vil bli innhentet gjennom fotografi og intervjuer med 6 sykepleiere/hjelpepleiere.

Jeg har vært i kontakt med avdelingssykepleier Trude Norup på nevrologisk avdeling ved sykehuset Buskerud, som har stilt seg positiv til forskningsprosjektet. Av egen erfaring vil en nevrologisk avdeling ha mange pasienter som har stor risiko for fall. Håper på et positivt svar.

Med hilsen

Nina Torsteinsen Johnsen
Masterstudent

Vedlegg: Informasjonsskriv med samtykke – erklæring
Kopi: Elisabeth Fransson, UIO

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved UiO i tråd med UiOs reglement for elektronisk godkjenning.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for helse og samfunn

Postboks 1078 Blindern
0316 Oslo

Telefon: 22 84 53 00

Telefaks: 22 84 53 01

E-post: postmottak@medisin.uio.no

Nettadresse: www.med.uio.no

Forespørsel om å delta i studien "Pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykehus"

Mitt navn er Nina T. Johnsen. Jeg er utdannet sykepleier og for tiden mastergradsstudent ved Institutt for helse og samfunn, seksjon for sykepleievitenskap, ved Universitetet i Oslo. Tema for min masteroppgave er å utforske pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykehus. Jeg ønsker derfor å komme i kontakt med sykepleiere eller hjelpepleiere som i løpet av de siste ukene har erfart et pasientfall. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hva pasientfall gjør med pleiepersonell. Denne type forskningsbasert kunnskap er ikke funnet gjort i Norge per i dag. Studien er meldt til Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Førsteamanuensis Elisabeth Fransson er veileder på prosjektet.

Data vil bli innhentet gjennom fotografier og intervjuer. Du som deltar vil få tilgang til et digitalt kamera og står fritt til å ta bilder som gir assosiasjoner til pasientfallet. Særlig er jeg interessert i bilder som kan fortelle noe om det som ikke umiddelbart er så lett å si men som berører kroppslige reaksjoner. Alle bilder er for meg interessante og de trenger ikke å bli tatt i sykehusmiljøet. Pasient, pårørende eller besøkende skal imidlertid ikke tas bilde av. Når det gjelder kollegaer kan ansiktene sladdes slik at de ikke blir gjenkjent. Hensikten med fotografiene er å få et så bredt bilde som mulig av hvilke assosiasjoner og følelser som settes i sving når en pasient faller. Bildene du ønsker å ha med videre legger jeg inn på en egen forsknings - pc som kun jeg har tilgang til. Bildene slettes så fra kameraet. Du vil få bildene tilbake av meg. 1-3 bilder skal så velges av deg og disse bildene vil være utgangspunktet for intervjuet som følger i etterkant. De påfølgende intervjuene vil ha form av en samtale og finne sted på den enkeltes arbeidssted eller der det måtte være ønskelig. Hvert intervju vil vare ca. 1 ½ time, og vil bli tatt opp på lydbånd. Alt av informasjon som samles inn gjennom fotografi og intervju vil bli slettet etter prosjektslutt 01.12.2011.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Anonymiteten vil sikres ved at personer og steder ikke kan gjenkjennes. Resultatene fra studien vil bli presentert i undervisningssammenheng og i form av en artikkel. Bildene kan bli brukt som illustrasjoner. Deltagelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg. Dersom du er villig til og delta ber jeg deg underskrive vedlagte samtykke - erklæring og sende den i vedlagte fredigfrankerte konvolutt. Du kan også sende meg en e-post eller en sms på mobilen om ønsket deltagelse. Jeg vil så ta kontakt med deg for å avtale nærmere tidspunkt for levering av kamera og for intervjuet. Har du spørsmål, ønsker mer informasjon, ta gjerne kontakt med meg.

Med vennlig hilsen

Nina T. Johnsen
Masterstudent
E-mail: n.t.johnsen@studmed.uio.no
Mobil.: (+47)99270948

Elisabeth Fransson
Førsteamanuensis
Institutt for helse og samfunn

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved UiO i tråd med UiOs reglement for elektronisk godkjenning.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg er skriftlig og muntlig gjort kjent med studien ” **Pleiepersonells erfaringer av pasientfall i sykehus**” som skal gjennomføres av Nina T. Johnsen.

Jeg er kjent med at deltagelse i studien er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg ut uten at det vil medføre negative reaksjoner mot meg. Jeg er kjent med at alle data vil bli behandlet konfidensielt og anonymt.

Jeg er kjent med at funnene i studien vil bli benyttet i en masteroppgave og at funnene vil bli presentert i undervisningssammenheng og i form av artikkel i fagtidsskrift.

Jeg er kjent med at båndopptaker vil bli benyttet under samtalen, og at alt av informasjon som samles inn vil bli slettet etter prosjektslutt 01.12.2011.

På dette grunnlag sier jeg meg frivillig til å delta i studien.

Dato

Underskrift

Intervjuguide

Du har funnet frem til bilder som har gitt assosiasjoner til dine erfaringer med pasientfall – kan du plukke ut ett av bildene og si noe om hvilke erfaringer bildet fanger?

- Fortell om forholdet rundt fallet – situasjonen det skjedde i?
- Kan du si noe om følelsene og stemningen du erfarte?
- Hvordan kroppen din reagerte? hvor i kroppen kjente du det?
- Hva slags lukter forbandt du med fallet?
- Hva slags lyder? Hvem sine lyder? Var det lyder rundt deg eller i deg?
- Hva skjer med relasjonen til den som faller etterpå?
- Hva tenker du karakteriserer relasjonene mellom hjelpere og pårørende etter et fall?
- Hva gjør et pasientfall med relasjonene til andre ansatte?
- Hvordan er det å gå tilbake og gjenoppta ordinært arbeid med fallerfaringen?
- Snakker dere sammen om det i miljøet etterpå? (i hvilke settinger, med hvem)
- På hvilken måte snakkes det om fall på din avdeling?
- Kan man snakke for mye om fall før det blir for mye?
- Hvordan erfarer du relasjonen mellom deg og din nærmeste leder etter fallhendelsen?

Hvilket bilde vil du nå ta frem? – hva forteller dette bildet?

Det siste bildet – hva reflekterer dette bildet om dine erfaringer med pasientfallet?

Mulige fordypende spørsmål til hvert av de foregående punktene

- Kan du utdype dette litt mer?
- Kan du si noe mer om dette?
- Hva var det hos deg som gjorde at du reagerte?

Er det noe mer du har lyst til å fortelle meg?

Er det andre spørsmål du mener jeg burde ha spurt deg?

Hva er det viktigste for deg å få frem som du mener jeg bør formidle videre?