

# Omstilling i sykehjem og hjemmesykepleien under covid-19-pandemien

## Silje Birkeland Ege

Kreftsykepleier og kvalitetsutvikler  
Bjerkreim kommune

## Jonas Debesay

Førsteamanuensis  
Oslomet – storbyuniversitetet

Omstilling

Smittevern

Sykepleier

Beredskap

Pandemi

Sykepleien Forskning 2022;17(88651):e-88651  
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88651

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Sykepleieres evne til endring og omstilling ble satt på prøve da Norge og resten av verden sto overfor den omfattende covid-19-pandemien i 2020. Strenge smittevernregler ble innført, og helsetjenestene i kommunene fikk smittevern og -håndtering som hovedfokus. Siden sykepleierne er en av de største gruppene av helsepersonell var deres innsats viktig for at pandemihåndteringen skulle bli vellykket. Samtidig førte pandemien til flere endringer i arbeidsoppgaver, ansvarsområde og arbeidsmiljø.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med omstilling i sykehjem og hjemmesykepleien under covid-19-pandemien.

**Metode:** Vi benyttet kvalitativt design basert på to gruppeintervjuer med totalt ti sykepleiere som var ansatt i sykehjem og hjemmesykepleien. Begge gruppeintervjuene ble gjennomført i en mindre kommune i desember 2020 og februar 2021 under pandemien. Analysen av dataene er basert på Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultat:** Funnene i studien synliggjør bredden i sykepleiernes ansvar og funksjon under en pandemi. Funnene kan deles i tre hovedtemaer: 1) «Å være i kontinuerlig smitteberedskap», 2) «Sykepleieres opplevelse av særskilt ansvar for å hindre smitte», og 3) «Behov for struktur og informasjon i hverdagen». Sykepleierne viste at de hadde kapasitet og vilje til omstilling, og tok større ansvar i pandemien. Samtidig var de avhengig av tilstrekkelig informasjon, struktur og støtte i arbeidshverdagen.

**Konklusjon:** Studien viser at sykepleierne i kommunehelsetjenesten hadde kapasitet til omfattende omstillinger i pandemisituasjonen, med endringsvilje og pliktfølelse. Samtidig er gode beredskapsrutiner, oppdatert smittevernreglement og støtte fra kolleger og ledelse avgjørende for den enkelte sykepleierens håndtering, særlig når krisetilstanden strekker seg over tid. Kunnskap om sykepleiernes erfaringer kan være til hjelp når beredskap i fremtidige krisesituasjoner skal planlegges og organiseres, der sykepleiere spiller en nøkkelrolle for en vellykket håndtering.

Sykepleieres evne til endring og omstilling ble satt på prøve da Norge og resten av verden sto overfor den omfattende covid-19-pandemien i 2020 (1). Over natten ble smittevern og pandemi hovedprioritet i helsetjenesten da Norge stengte ned 12. mars 2020. Pandemien førte til verdensomspennende endringer av sykepleieres arbeidsoppgaver, ansvarsområde og arbeidstid. Situasjonen bidro til utrygghet som følge av mangel på smittevernutstyr og usikkerhet om korrekt bruk av smittevernutstyr (2–5).

Som en av de største gruppene av helsepersonell var sykepleiernes innsats en viktig faktor for en vellykket pandemihåndtering. Forskning i 2020 som omhandlet sykepleiere og covid-19, stammet hovedsakelig fra Asia og USA.

De fleste studiene hadde søkelyset på sykepleiere «i front», det vil si de som jobber på intensivavdelinger eller andre avdelinger med covid-19-pasienter. Studiene poengterer at denne sykepleiergruppen på grunn av sin funksjon og ansvarsområde er sårbar for psykiske ettervirkninger etter belastningen. Behovet for veiledning er betydelig. Uroen for å smitte andre var fremtredende, og studiene påpekte blant annet viktigheten av trygg og faglig ledelse samt god tilgang på smittevernutstyr og personell (4, 6–9).

Forskning fra Wuhan i Kina peker også på den store psykiske påkjenningen sykepleiere har hatt i den første fasen av covid-19-pandemien (10). En annen studie fra Australia viser til at de psykiske påkjenningene har bidratt til at sykepleiere har vurdert å forlate sykepleieryrket (11).

I Norge er det publisert få studier av sykepleiere i kommunehelsetjenesten knyttet til covid-19-pandemien. I oktober 2020 publiserte forskningsstiftelsen Sintef på vegne av Norsk Sykepleierforbund (NSF) en undersøkelse av norske sykepleieres erfaringer i den første tiden av pandemien (1).

Sintef utførte en nasjonal kartlegging ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse til alle medlemmene i NSF. Over 35 000 medlemmer deltok. I tillegg intervjuet de 35 sykepleiere. Funn fra undersøkelsen viser at sykepleiere har arbeidet mer, på nye steder og med andre oppgaver, de har opplevd økt belastning på arbeidsplassen og hatt redusert jobbtilfredshet under pandemien.

Kirkevold og medarbeidere (12) har utført studier på smittevern på sykehjem i Norge under covid-19-pandemien. De fant blant annet at det var utfordringer med gjenbruk av smittevernutstyr, vanskelig håndtering av avstandsregler til pasientene og varierte rutiner for opplæring av smittevern til ansatte.

Mye av forskningen rundt covid-19 og sykepleiere i 2020 dreide seg fortrinnsvis om spesialisthelsetjenesten. Derfor var det et økt behov for å utforske hvilke erfaringer og opplevelser sykepleiere i kommunehelsetjenesten hadde med covid-19-pandemien.

### ***Hensikten med studien***

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med omstilling i sykehjem og hjemmesykepleien under covid-19-pandemien. Vi undersøkte hvordan pandemien påvirket sykepleiernes endrede arbeidshverdag og håndtering av rutiner og arbeidsoppgaver.

### **Metode**

Denne studien er basert på gruppeintervjuer der hensikten var å få frem hva slags erfaringer og synspunkter sykepleiere hadde som ansatt i kommunehelsetjenesten under covid-19-pandemien. Hensikten med gruppeintervjuene var å fremme diskusjon og refleksjon (13) og utvikle kunnskap om sykepleieres kollektive holdninger til og erfaringer med den endrede arbeidshverdagen under covid-19 (14).

### ***Utvalg og intervjuer***

To gruppeintervjuer ble utført i en kommune på Sørvestlandet med innbyggertall under 5000. Første intervju ble utført med seks deltakere i desember 2020 og andre intervju med fire deltakere i februar 2021.

Hensikten var å rekruttere deltakere fra flere kommuner, men fordi avdelingene hadde strenge smittevernregler, var det ikke mulig å gjennomføre verken intervju med hyppigere intervall eller intervju i andre kommuner.

Vi benyttet et strategisk utvalg av sykepleiere som hadde variert bakgrunn med tanke på arbeidserfaring, alder (13, 15) og arbeidssted. Førsteforfatteren sendte ut skriftlig invitasjon med informasjon til totalt 15 sykepleiere, noe som er en hensiktsmessig størrelse for et kvalitativt utvalg (16).

Av dem hadde ti stykker mulighet til å delta på intervjuene. Vi foretok et andregangsintervju for å utdype funn og oppnå metning. Intervjuene fant sted i et eget lokale nær sykehjemmet og varte i henholdsvis 90 og 75 minutter. Førsteforfatteren utførte intervjuene og benyttet en semistrukturert intervjuguide som utgangspunkt.

Vi utarbeidet intervjuguiden på bakgrunn av tidligere studier og førsteforfatterens arbeidserfaring i kommunehelsetjenesten i en tidlig fase av pandemien. Intervjuguiden ble ikke fulgt kronologisk, men den fungerte som et utgangspunkt for samtale. Spørsmålene som vi stilte deltakerne, handlet blant annet om hvordan de opplevde pandemien, samt hvilke endringer den har medført i rutiner for og kompetanse om smittevernberedskap.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og vi tok notater skriftlig underveis. Førsteforfatteren er spesialsykepleier som arbeider pasientrettet og med fagutvikling i samme kommune som deltakerne, og treffer deltakerne jevnlig i arbeidssammenheng.

## **Analyse**

Analysen av gruppeintervjuene er basert på Malteruds systematiske tekstkondensering (17). Vi utførte den i fire trinn (se tabell 1). Vi leste det transkriberte materialet for å få et helhetsinntrykk og kunne utarbeide foreløpige temaer. Deretter ble de meningsbærende enhetene kategorisert i kodegrupper som dannet et utgangspunkt for kondensering. Kondensatet av tekstene dannet grunnlaget for temaer og undertemaer.

Da vi analyserte det transkriberte materialet, la vi særlig vekt på førsteforfatterens kjennskap til flere av intervjudeltakerne og mulig påvirkning på spørsmålsstillingen og utviklingen av temaer. For å skape nødvendig distanse til materialet hadde førsteforfatteren notert ned sin egen forståelse av situasjonen på deltakernes arbeidssted forut for intervjuene.

Hun hadde også utført litteraturgjennomgang på feltet og drøftet koding av materialet og utvikling av temaer med andreforfatteren. For å sikre funnenes pålitelighet drøftet vi eventuelle avvik eller alternative tolkninger til vi oppnådde konsensus.

**Tabell 1.** Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Kondensat	Undertema	Tema
<p>«Tror du ikke litt sånn i starten, så var det litt adrenalinkick nesten, der du tenkte at 'shit, nå må vi bare brette opp ermene og gjøre det vi kan'.» FG1, 40–45 år</p> <p>«Det blir som at en kommer til en ny kultur, rett og slett, at en skal finne sin plass, manøvrere seg og bli kjent.» FG1, 50–55 år</p>	Omstilling/ endring	I begynnelsen var alle motivert til å gjøre en innsats. Brette opp ermene og gjøre det vi kan. Vi måtte finne vår plass, manøvrere oss og bli kjent.	Endringsvillighet når det virkelig gjelder	Å være i kontinuerlig smitteberedskap
<p>«Jeg tenker at vi har en viktig rolle og skal dra dette lasset, og vi sitter jo på en annen kompetanse, men det er nok litt sånn at helsefagarbeidere og assistenter gjør som sykepleieren, og da er det viktig at en er oppdatert og forholder seg til smittevernet.» (FG2, 25–30 år)</p> <p>«Vi blir på en måte litt forbildene for de andre. Og det er jo litt farlig, fordi i dag er det hun som er sykepleier, da må vi bruke munnbind når vi gjør sånn [...]» FG1, 30–34</p>	Sykepleieres ansvar og rolle	Vi som sykepleiere har en viktig rolle og en annen kompetanse enn helsefagarbeidere og assistenter. Vi må være oppdatert på smittevern og fungerer som forbilder for de andre.	Forbilder for andre yrkesgrupper	Sykepleieres opplevelse av særskilt ansvar for å hindre smitte.
«Ja, og så går du inn med hansker og munnbind, så har pasienten hatt et fall. Ja vel, jeg skal bare ut og ta på frakken, sant? Da føler du jo at da ryker jo alt du har lært om hvordan du skal kle deg. Skal du ha på briller da? For det sa de ingenting om.» FG1, 35–40 år	Usikkerhet om rutiner	Jeg blir usikker på håndtering av rutiner og retningslinjer når dette ikke er i klartekst.	Stort informasjonsbehov	Behov for struktur og informasjon i hverdagen

## Etikk

Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 919371, godkjente studien og ga oss tillatelse til å innhente data i de to kommuneinstitusjonene. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien og signerte samtykkeskjema med mulighet for å trekke seg.

Deltakerne ble aidentifisert under transkripsjonen og ytterligere anonymisert i presentasjonen av resultatene. Vi bruker benevnelsen fokusgruppeintervjudeltaker (FG) med tilsvarende tall når vi viser til studiedeltakernes sitater.

## Resultater

De ti deltakerne i studien var kvinner i alderen 26 til 55 år. De hadde gjennomsnittlig 14 års arbeidserfaring som sykepleiere. Seks av deltakerne arbeidet på sykehjem og fire i hjemmesykepleien. Hovedfunnene i studien kan deles inn i tre temaer: «Å være i kontinuerlig smitteberedskap», «Sykepleieres opplevelse av særskilt ansvar for å hindre smitte» og «Behov for struktur og informasjon i hverdagen».

## **Å være i kontinuerlig smitteberedskap**

Da pandemien var et faktum og Norge stengte ned, ble det en stor omstilling for sykepleierne. Mangel på og sparing av smittevernutstyr i starten og streng deling i kohorter som skilte på hjemmesykepleien og sykehjem, sto i sterk kontrast til en hverdag med utstrakt samarbeid på tvers.

Hyppige endringer av retningslinjer og turnus som varte i en til to uker om gangen, skapte usikkerhet for sykepleierne. Men pandemisituasjonen førte også til et ønske om å bistå og være til hjelp i en alvorlig krise.

Uttrykk som «å brette opp ermene» og «hive seg rundt» ble brukt av flere sykepleiere da de beskrev den første tiden av nedstengingen. De fortalte om en stor vilje til å gi gode helsetjenester, men opplevde det som utfordrende at eldre, som den mest sårbare gruppen, fikk et redusert tilbud og mindre fysisk nærhet til andre mennesker enn tidligere.

## **«De fleste opplevde at de var i kontinuerlig smitteberedskap i påvente av et mulig utbrudd.»**

Flere av sykepleierne fortalte at de følte seg usikre på å håndtere smitte og rutiner. De fleste opplevde at de var i kontinuerlig smitteberedskap i påvente av et mulig utbrudd. En deltaker uttrykte det slik: «Da vi først hørte om korona, hadde vi jo ikke smitte i kommunen. Det har vi jo ikke hatt så mye av. Men at vi hele tiden må tenke og gjøre oss klar hvis ting skjer. Ja, at vi hele tiden må rigge oss for en situasjon med smitte» (FG1, 40–45 år).

Utover i pandemiforløpet stabiliserte arbeidstidene seg for de fleste. Inndelinger av avdelinger ble opprettholdt, og sykepleierne ventet seg til endrede arbeidsforhold og måter å jobbe på. Sykepleierne lærte seg å leve med usikkerhet i hverdagen og håndtere en situasjon med kontinuerlig beredskap. Avstand til andre og generelle smitterutiner ble innarbeidet, og sykepleierne reflekterte over hvor raskt de tilpasset seg en ny arbeidshverdag.

## **Sykepleieres opplevelse av særskilt ansvar for å hindre smitte**

Deltakerne beskrev at de oppfattet at deres funksjon som sykepleiere innvirket på hvordan smittehåndteringen på arbeidsplassen ble utført, særlig på kvelder og i helger da de ofte var den eneste sykepleieren på avdelingen.

Flere påpekte at ansvaret de hadde til vanlig, ble forsterket i pandemiforløpet, og den ene sykepleierens håndtering av rutiner på kvelder og i helger ble sett på som gjeldende for alle medarbeiderne. De trakk også frem at andre ansatte hadde forventninger om at sykepleierne skulle ha kontroll over og kunnskap om det meste under pandemien.

Sykepleierne hadde som oftest ansvaret for pasientene som skulle isoleres, og måtte passe på at andre fulgte rutinene. For noen av deltakerne ble dette ansvaret tyngende, spesielt hvis de selv kjente seg usikre på retningslinjer og rutiner. Andre fant litteraturen de hadde behov for, i permene på avdelingen og ba de ansatte om i tillegg å lese selv.

## **«Flere beskrev redselen for å bringe smitte til jobben som stor.»**

De fleste av deltakerne opplevde at de som sykepleiere også hadde et personlig ansvar privat. Flere beskrev redselen for å bringe smitte til jobben som stor. Sykepleierne ønsket ikke å bli beskyldt for å ha gjort noe som ikke var anbefalt, og som kunne føre til smittesituasjoner og i verste fall tap av menneskeliv. De var bevisst på hvor viktig deres funksjon som sykepleier var i samfunnet.

En deltaker beskrev det slik: «Det blir jo sånn belastning det også, for jeg kjenner jo på at jeg må holde meg frisk. Så det har gått på bekostning av alt mulig annet, at jeg har holdt meg i ro og ingen reising. Altså, du kutter ut det sosiale rundt deg for at du skal holde deg frisk for å være på jobb og ikke smitte pasientene du går til» (FG1, 45–50 år).

Kollegastøtte viste seg å ha betydning for at sykepleierne mestret ansvaret de hadde under pandemien. Flere ga uttrykk for at de hadde den beste støtten i hverandre, og at det var en «ring-en-venn-kultur» på arbeidsplassen. De beskrev at terskelen var lav for å kontakte hverandre når de hadde spørsmål om uklarheter.

De fleste hadde forståelse for at bemanningen var sårbar etter streng inndeling i kohorter for å redusere smittefaren. De kjente på et stort ansvar for ikke å belaste kolleger med sitt eget fravær.

### ***Behov for struktur og informasjon i hverdagen***

For at sykepleierne skulle kjenne seg trygge og ha følelsen av kontroll, var det viktig at endrede og nye retningslinjer ble oppdatert og gjort tilgjengelige. Deltakerne opplevde en varierende informasjonsflyt, noe dette sitatet tyder på: «Det er ganske mye du skal bla gjennom, og litt vanskelig å finne tilbake til. For noe er på pasientene, noe på pårørende, noe de har sendt SMS om, så er det rutiner for akutteamet, en lapp for hjemmesykepleien. Det er ganske mye forskjellig» (FG1, 35–40 år).

Mange av sykepleierne beskrev at det var utfordrende at andre yrkesgrupper ikke alltid fikk med seg all informasjon om endrede rutiner. Da kjente de på et ekstra ansvar for å påse riktig smittehåndtering for seg selv og kolleger på vakt. Særlig rutiner for besøkende ble hyppig endret og var vanskelige å holde styr på. Der det var tvil om retningslinjer, var det opp til sykepleieren å avgjøre.

Sykepleierne problematiserte det å bruke skjønn for å avklare retningslinjene, da alle vurderte dem ulikt. Denne utfordringen ble også eksemplifisert ved at de var usikker på bruk av for eksempel smittevernutstyr i stell, vurdering av avstand og definisjon av nærkontakt.

Sparing av smitteutstyr i starten av pandemien og følelsen av usikkerhet ved håndtering av pasienter med mistanke om covid-19 var også eksempler på situasjoner der sykepleierne hadde et ekstra stort behov for støtte og informasjon for å kjenne seg trygge.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med omstilling i sykehjem og hjemmesykepleien under covid-19-pandemien. Hovedfunnene synliggjør at selv om sykepleiere som yrkesgruppe har bred erfaring med endringer og omstillinger, utfordret pandemisituasjonen opplevelsen av å være i smitteberedskap over tid og forsterket deres endringsvilje og pliktfølelse.

Funnene viser at sykepleierne har kapasitet til omfattende omstilling i en krise, men beredskap og smitteplan, nok informasjon og støtte fra ledelsen og kolleger har avgjørende betydning for hvordan de håndterer krisen.

### ***Sykepleieres kapasitet i krise***

Funnene viser at sykepleierne var villig til å omstille seg raskt når det gjaldt både arbeidstid, arbeidssted og andre arbeidsoppgaver. Beskrivelsen av å «brette opp ermene» samsvarer godt med Sintefs rapport om at det var en generell holdning som sykepleiere i Norge hadde i begynnelsen av pandemien (1).

Undersøkelsen viste at omtrent en tredel av sykepleierne i Norge hadde opplevd endret arbeidstid relatert til covid-19. Selv om pandemien førte til en omveltning i arbeidshverdagen, ser det ut til at sykepleierne i studien var aksepterte og hadde forståelse for endringene og den usikkerheten de førte med seg. Forskning på influensa A (H1N1)-pandemien i 2009 viser også at sykepleiere i større grad aksepterer endret arbeidstid og merarbeid i en krisesituasjon (18).



Tilgang på smittevernutstyr når de trenger det, samt tilstrekkelig opplæring og øvelse er viktig for at sykepleiere skal håndtere situasjonen. Det har også vært avgjørende for at helsepersonell skal føle seg trygge i sammenliknbare situasjoner, slik som under ebolautbruddet i Sierra Leone i 2015 (19). Da var tilgangen på smittevernutstyr bedre og førte til betraktelig bedre sikkerhet for både pasienter og helsepersonell enn ved tidligere utbrudd i for eksempel Uganda (20).

Imidlertid viser vår studie at en slik radikal endring av arbeidsforhold over lengre tid også kan gi sykepleierne en følelse av å være i kontinuerlig beredskap i påvente av og i frykt for et mulig smitteutbrudd på arbeidsplassen.

De siste årene har sykepleierne i kommunehelsetjenesten fått utvidede og endrede oppgaver i takt med at stadig flere og sykere pasienter blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten (21, 22). I tillegg har mengden oppgaver som er overført til kommunehelsetjenesten, blitt ytterligere forsterket under covid-19-pandemien ved at sykehusene har prioritert sengeplasser til covid-19. (23).

## **«Pandemien legger ytterligere press på sykepleiernes arbeidshverdag og mulighet for å utøve god sykepleie.»**

Det har bidratt til at kommunene i større grad enn før må tilby helsetjenester til de sykeste og mest sårbare pasientene. Våre funn kan ses i lys av endringene som har preget kommunehelsetjenesten de siste årene, der sykepleiere stadig tilpasser seg nye endringer og samtidig må tilby pasientene et godt helsetjenestetilbud (24). Det er derfor tydelig at pandemien legger ytterligere press på sykepleiernes arbeidshverdag og mulighet for å utøve god sykepleie.

Som yrkesgruppe tok sykepleierne ansvaret for å hindre smitte på arbeidsplassen og følte seg som rollemodeller for andre ansatte. Det lå en forventning om at sykepleieren skulle ha kontroll og regien på smittehåndtering og rutiner.

Sykepleiere har fått global anerkjennelse og spilt en nøkkelrolle i pandemien som den største gruppen av helsepersonell (25, 26), og deres kompetanse innen infeksjonsforebygging, kritisk pleie, palliativ pleie og folkehelse har avgjørende betydning for pasienters reelle tilbud (25).

Sykepleieres tilpasningsdyktighet og avgjørende helsekompetanse kan derfor ha bidratt til at de har hatt en naturlig faglig autoritet og tatt ansvar under pandemien.

## **Behov for oppfølging over tid**

Under pandemien ble sykepleierne tillagt ekstra ansvar, spesielt på vakter det ikke var andre sykepleiere eller leder til stede. Det medførte at de automatisk opptrådte i en ledende funksjon overfor sine kolleger. Når de ikke følte seg fortløftelig med ledelsesansvaret, var kollegastøtte fra andre sykepleiere viktig for å kunne håndtere oppgaven.

Tidligere studier viser også hvor viktig det er med støttende arbeidsmiljø og teamfølelse for å fremme deling av erfaring og kunnskap blant sykepleiere (27, 28), ikke minst som motivasjon for å håndtere krisesituasjoner (29).

## **«Sykepleierne var avhengig av å forstå de ulike retningslinjene og rutinene for å føle seg trygge.»**

I intervjuene kom det tydelig frem at det var viktig med god og tilstrekkelig informasjon. Sykepleierne var avhengig av å forstå de ulike retningslinjene og rutinene for å føle seg trygge. Funn fra internasjonale studier om covid-19 og andre pandemier viser i denne sammenhengen at støtte fra ledelsen er viktig for at sykepleiere skal oppleve å ha kontroll (2, 3, 18–20).

Kirkevold og medarbeidere (12) viser også til at det var lite hensiktsmessig å overlate til det enkelte helsepersonellet å sette seg inn i smittehåndtering, og at obligatorisk opplæring var nødvendig. Andre studier viser at ledere som er sterkt til stede i krisesituasjoner, gir ansatte økt trygghet i å være «i felten» (30, 31).

I studien vår viste dette seg særlig aktuelt når det ikke var andre sykepleiere eller ledere på jobb, der den enkelte sykepleieren på vakt måtte ha eneansvaret for smittehåndteringen.

En kanadisk studie viser at etter utbrudd av sars i 2003 fikk helsepersonell negative langtidskonsekvenser som utbrenthet (32). Det mest overraskende i studien var at konsekvensene påvirket først og fremst helsepersonell som ikke arbeidet tett opp mot smittede. En mulig forklaring er at helsepersonell som er spesialutdannet til å være på intensivavdeling, har mer kunnskap og erfaring med tilsvarende situasjoner (32).

I lys av våre funn vil det være hensiktsmessig å høste erfaringer fra tidligere pandemier og utbrudd slik at institusjonsledelsen kan fange opp og forebygge uheldige konsekvenser av pandemien i kommunehelstjenesten. Et viktig tiltak i denne sammenhengen er å bruke erfarne sykepleiere aktivt i en støttefunksjon for mindre erfarne ansatte (31, 32).

Covid-19-pandemien har utvilsomt satt sykepleiere i kommunehelsetjenesten på prøve. Deres endringsvilje og pliktfølelse har trolig sammenheng med deres posisjon i helsetjenestens frontlinje, med stor bredde i ansvar og funksjon, men også med ansikt-til-ansikt-møter med enkeltpasienten (24).

Sykepleiere har vist at de har kapasitet til radikal omstilling, men at de er sårbare for konsekvensene av å være i beredskap over tid. Gode beredskapsrutiner, oppdaterte retningslinjer for smittehåndtering, sterk tilstedeværelse av ledere og støtte fra kolleger kan imidlertid være faktorer som har betydning for å forebygge uønskede langtidskonsekvenser av pandemien.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Førsteforfatteren gjennomførte gruppeintervjuene i egen kommune og kjente flere av deltakerne. En styrke i denne sammenhengen er at deltakerne følte seg trygge og delte informasjon som det ville vært vanskelig å få tilgang til for en ekstern forsker.

En svakhet kan imidlertid være at forfatteren hadde begrenset distanse til deltakernes opplevelser, og dermed overvurderte sykepleiernes utfordringer under pandemien. Samtidig ble datamaterialet og analyseprosessen utført i samarbeid med andreforfatteren, som ikke hadde noen tilknytning til studiekommunen. Det begrenset muligheten for skjev fremstilling av dataene.

Studien er utført i en mindre kommune med et lite fagmiljø, noe som kan problematiseres for resultatenes overføringsverdi til større kommuner. Imidlertid skal små kommuner kunne håndtere smitteutbrudd og tilby helsetjenester på samme nivå som større kommuner, og funnene om sykepleieres erfaringer i en liten kommune samsvarer med en nasjonal undersøkelse av sykepleiere i en tidlig fase av pandemien (1).

Gruppeintervju har fremmet diskusjon og refleksjon i gruppen. Samtidig ville dybdeintervju, eventuelt i kombinasjon med observasjon, kunne ha gitt mer utfyllende data og en bredere forståelse av atferden og kulturen på arbeidsplassen.

### **Konklusjon**

Studien viste at sykepleiere i kommunehelsetjenesten under covid-19-pandemien hadde kapasitet til omfattende omstilling. Med endringsvilje og pliktfølelse påtok de seg ekstra ansvar som følge av posisjonen deres i helsetjenestens frontlinje. Samtidig viste studien at det å være i smitteberedskap over tid har vært krevende for sykepleierne, som var opptatt av ikke å utgjøre en fare for sårbare pasienter.

Behovet for informasjon og struktur økte i takt med endringene og tydeliggjorde betydningen av tilgjengelig og oppdatert smittevernreglement. For at sykepleierne skulle håndtere det forsterkede ansvaret på en hensiktsmessig måte og oppleve trygghet, hadde de stort behov for støtte fra kolleger og ledere.

Kunnskap om sykepleieres erfaringer kan være til hjelp for å planlegge beredskap og organisere fremtidige krisesituasjoner der sykepleiere spiller en nøkkelrolle for en vellykket håndtering.

## Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Forskningslitteraturen som omhandler covid-19 og endringer i sykepleieres arbeidshverdag, har vært særlig rettet mot spesialisthelsetjenesten. Det foreligger få studier som utforsker hvilke erfaringer og opplevelser sykepleiere i Norge har knyttet til pandemien. Det finnes særlig lite forskning på hvordan de opplevde å få arbeidshverdagen endret i kommunehelsetjenesten.
- Vi gjennomførte gruppeintervjuer med sykepleiere i kommunehelsetjenesten.
- Studien gir viktig kunnskap om sykepleieres arbeidshverdag i covid-19-pandemien. Denne kunnskapen kan bidra til at sykehjem og hjemmesykepleien i små kommuner lærer av pandemien og oppdaterer sin kriseberedskap for fremtidige smitteutbrudd. I tillegg kan denne kunnskapen gjøre ledere mer bevisst på sykepleiernes behov for økt oppfølging og støtte i pandemihåndtering.

## Referanser

1. Melby L, Thaulow K, Lassemo E, Ose SO, Sintef. Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2020. Prosjektnr. 102023284. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sKH8UPyCe0Ja8acd5TKYOFcgykeFgXtDdIsNr6yPSSikR17Nls.PDF> (nedlastet 03.03.2022).

2. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R, et al. The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia: COVID-19 in Australian PHC. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020;52:5:553–63. DOI: [10.1111/jnu.12589](https://doi.org/10.1111/jnu.12589)

3. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(7):1553–60. DOI: [10.1111/jonm.13108](https://doi.org/10.1111/jonm.13108)
4. Yi X, Jamil NB, Gaik ITC, Fee LS. Community nursing services during the COVID-19 pandemic: the Singapore experience. *British Journal of Community Nursing*. 2020;25(8):390–5. DOI: [10.12968/bjcn.2020.25.8.390](https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.8.390)
5. Specht K, Primdahl J, Jensen HI, Elkjær M, Hoffmann E, Boye LK, et al. Frontline nurses' experiences of working in a COVID-19 ward – a qualitative study. *Nursing Open*. 2021;8(6). DOI: [10.1002/nop2.1013](https://doi.org/10.1002/nop2.1013)
6. Labrague LJ, Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(7):1653–61. DOI: doi: [10.1111/jonm.13121](https://doi.org/10.1111/jonm.13121)
7. Shahrour G, Dardas LA. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(7):1686–95. DOI: [10.1111/jonm.13124](https://doi.org/10.1111/jonm.13124)
8. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *International Journal of Emergency Medicine*. 2020;13(1):1–8. DOI: [10.1186/s12245-020-00299-5](https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5)
9. Xu H, Intrator O, Bowblis JR. Shortages of staff in nursing homes during the COVID-19 pandemic: What are the driving factors? *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(10):1371–7. DOI: [10.1016/j.jamda.2020.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.002)
10. Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, Xu H, et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nursing in Critical Care*. 2021;26(2):94–101. DOI: [10.1111/nicc.12528](https://doi.org/10.1111/nicc.12528)
11. Ashley C, James S, Williams A, Calma K, Mcinnes S, Mursa R, et al. The psychological well-being of primary healthcare nurses during COVID-19: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(9):3820–8. DOI: [10.1111/jan.14937](https://doi.org/10.1111/jan.14937)
12. Kirkevold Ø, Eriksen S, Lichtwarck B, Selbæk G. Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien. *Sykepleien Forskning*. 2020;15(81554):e-81554. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.81554](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.81554)

13. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
14. Johannesen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstract forlag; 2016.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
16. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
17. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
18. Honey M, Wang WYQ. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). Nurs Crit Care. 2013;18(2):63–9. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x)
19. Andertun S, Hörnsten Å, Hajdarevic S. Ebola virus disease: caring for patients in Sierra Leone – a qualitative study. J Adv Nurs. 2017;73(3):643–52. DOI: [10.1111/jan.13167](https://doi.org/10.1111/jan.13167)
20. Locsin RC, Matua AG. The lived experience of waiting-to-know: ebola at Mbarara, Uganda – hoping for life, anticipating death. J Adv Nurs. 2002;37(2):173–81. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2002.02069.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02069.x)
21. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
22. Killie PA, Debesay J. Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(2). DOI: [10.7557/14.4052](https://doi.org/10.7557/14.4052)
23. Førde R, Magelssen M, Heggstad AKT, Pedersen R. Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2020;6(1):1–4. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11)
24. Debesay J, Harsløf I, Rechel B, Vike H. Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. Soc Sci Med. 2014;119:74–80. DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.08.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.025)

25. Schwerdtle PN, Connell CJ, Lee S, Plummer V, Russo PL, Endacott R, et al. Nurse expertise: a critical resource in the COVID-19 pandemic response. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):49. DOI: [10.5334/aogh.2898](https://doi.org/10.5334/aogh.2898)
26. Verdens helseorganisasjon (WHO). Nurses and midwives critical for infection prevention and control. WHO; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-HIS-2020.6> (nedlastet 03.03.2022).
27. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Poghosyan L. Primary care practice environment and burnout among nurse practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*. 2021;17(2):157–62. DOI: [10.1016/j.nurpra.2020.11.009](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.009)
28. Røkholt G, Davidsen L-S, Johnsen HN, Hilli Y. Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2017;7(3):195–208. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03)
29. Villar RC, Nashwan AJ, Mathew RG, Mohamed AS, Munirathinam S, Abujaber AA, et al. The lived experiences of frontline nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Qatar: a qualitative study. *Nursing Open*. 2021;8(6):3516–26. DOI: [10.1002/nop2.901](https://doi.org/10.1002/nop2.901)
30. Poortaghi S, Shahmari M, Ghobadi A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: a content analysis study. *BMC Nurs*. 2021;20(27):2021. DOI: [10.1186/s12912-021-00546-x](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00546-x)
31. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. 2020;29(15–16):2742–50. DOI: [10.1111/jocn.15307](https://doi.org/10.1111/jocn.15307)
32. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924–32. DOI: [10.3201/eid1212.060584](https://doi.org/10.3201/eid1212.060584)

## FAGUTVIKLING

# Pandemien har økt omsorgsbyrden for

# mange pårørende til eldre

Under pandemien har dagaktivitetstilbud og sammenkomster for eldre vært avlyst og stengt. Eldre er blitt mer ensomme og isolerte, og belastningen på de pårørende har økt.

Eldre

Pårørende

Omsorg

Kvalitetsforbedring

Vi har ennå ikke sett alle ringvirkningene av nedstengningen av samfunnet etter 12. mars 2020 for de mest sårbare gruppene. Intervjuer med sykepleiere i hjemmetjenesten viser at de ansatte har gjort en stor innsats for å kompensere for fraværet av pårørende i form av ekstra hjemmebesøk, faste, stabile hjelpere og bruk av digitale hjelpemidler.

Men pårørendesamtaler viser det motsatte: De ansatte uteble, og de pårørende måtte «dra lasset alene». Hvordan påvirket det situasjonen til eldre og pårørende? Førte det til manglende omsorg, isolasjon og ensomhetsfølelse? Hva slags omprioriteringer ble gjort i eldreomsorgen under covid-19-utbruddet, og hvordan påvirket det de pårørendes situasjon i denne tiden?

## Helsepersonell måtte tenke nytt

Norge opplevde de mest inngripende tiltakene vi har hatt i fredstid fra 12. mars i fjor. De rammet alle, men utbruddet av koronaviruset rammet de eldre spesielt. Eldre over 65 år ble definert som en risikogruppe, og særlig utsatt var eldre med underliggende sykdommer.

For å beskytte de eldre og hindre smittespredning ble det iverksatt besøksforbud og -begrensninger, både for hjemmeboende og for dem på institusjon. Døende fikk ha noen få fra den nære familien til stede (1).

Statistikken viser at de som har dødd av koronaviruset, har hatt høy gjennomsnittsalder. Mediene hadde daglig sendinger som understreket alvorret i smittesituasjonen, der eldre personer og andre risikogrupper er de mest utsatte. Innslagene fra Norge og andre land må ha virket skremmende både for de eldre og for deres nære familie (2).



Fra Helsedirektoratet kom veilederen Koronavirus – beslutninger og anbefalinger, med råd til ansatte i eldreomsorgen om hvordan de skulle håndtere situasjonen for å forebygge smittespredning (3).

Helsepersonell ble derfor nødt til å tenke nytt og gjennomføre oppgaver på nye og uprøvde måter. Eldreomsorgen var intet unntak. Adgangskontroll og begrensninger for nærkontakt med eldre ble innført både på institusjoner og for hjemmeboende som mottar tjenester fra hjemmetjenesten.

Denne artikkelen bygger på intervjuer med ansatte i en distriktskommune, pårørendesamtaler med en leder på et pårørendesenter i en småby og et fokusgruppeintervju med fem pårørende. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Eldreomsorgen er her avgrenset til ansatte i hjemmetjenesten. Pårørende er nærstående til personer med demens.

## **Eldre er mer utsatt for covid-19**

I Norge er gjennomsnittsalderen 83 år for dem som dør av covid-19. Seksti prosent av disse bor på sykehjem eller i en annen kommunal pleie- og omsorgsinstitusjon (4).

## **«Deltidsstillinger i eldreomsorgen kan ha vært med på å forsterke koronakrisen.»**

Det er høyere dødelighet av covid-19 blant sykehjemsbeboere enn blant hjemmeboende eldre (5, 6). Forskning viser at sykdomsforløpet hos eldre over 70 år går raskere enn i andre aldersgrupper (7).

Organisasjoner som Fagforbundet hevder at deltidsstillinger i eldreomsorgen kan ha vært med på å forsterke koronakrisen, og at helsepersonell som arbeider deltid og på flere avdelinger, kan ha bidratt til å spre smitte (8). Nasjonalforeningen for folkehelsen finner i sin kartlegging at covid-19-nedstengningen har hatt en negativ innvirkning på 40 prosent av de demenssyke i sykehjem og i hjemmebasert omsorg (9).

## **De første ukene var det total besøksstans**

Regjeringen og smittevernmyndighetene har fortløpende lansert nasjonale smitteverntiltak for å håndtere utbruddet og begrense spredningen av viruset (4). Helsedirektoratets veileder Koronavirus – beslutninger og anbefalinger sa ikke at det skulle være total nedstengning, men adgangskontroll og alminnelig besøksstans i helse- og omsorgsinstitusjoner (3). Dagaktivitetstilbud, aktiviteter og sammenkomster ble avlyst og stengt.

Ut fra de intervjuene vi gjorde, så vi at da Norge stengte ned alle aktiviteter etter 12. mars, fikk hjemmesykepleien mange henvendelser fra pårørende som ikke torde å besøke sine eldre som planlagt. De pårørende var bekymret for hvordan de eldre skulle takle ensomheten, og de var redde for å smitte sine kjære.

Mange pårørende valgte derfor å holde seg hjemme eller å reise hjem, selv om de fortalte at det var et vanskelig valg å ta. Ifølge en undersøkelse utført av Røde Kors om eldre og ensomhet har en av tre eldre blitt mer ensomme det siste året (10).

Koronasituasjonen har ført til at eldre og pårørende er blitt mer ensomme. Besøksstans og reduserte hjemmetjenester førte til at eldre i risikozonen mistet sosial kontakt og omsorgstjenester fra kommunen og frivilligheten. I et av intervjuene fortalte en pårørende hvordan isolasjonen forsterket ensomheten og forverret vedkommendes livskvalitet og psykiske helse.

Fravær av sosial kontakt og omsorgstjenester forsterket ensomheten. En av de pårørende fortalte hvordan hun og ektefellen måtte klare seg selv i den første perioden. Det var total besøksstans de første ukene fra hjemmetjenestens side.

## **Kontakten ble begrenset**

Dagsentre og avlastningstilbud ble stengt ned den første tiden. De pårørende fikk også pålegg om strengere smittevern. Innføringen av regelen om to meters avstand medførte en forverring av både de eldres og de pårørendes helse. En pårørende fortalte i et intervju at mannen hennes følte seg sviktet når han ikke fikk klemme henne.

## **«De eldre og deres pårørende fikk et mindre antall ansatte å forholde seg til.»**

I veilederen fra Helsedirektoratet ble kommunene pålagt å sørge for tiltak som reduserte smitterisikoen for personer med demenssykdom som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester (3). Ansatte i hjemmetjenesten fortalte at for å redusere smitterisikoen var det kun et begrenset antall ansatte som fikk dra på hjemmebesøk til de hjemmeboende eldre.

De eldre og deres pårørende fikk dermed et mindre antall ansatte å forholde seg til. Det styrket relasjonen mellom den eldre, den pårørende og de ansatte i hjemmetjenesten ved at de ansatte tok del i de følelsesmessige bekymringene som de pårørende slet med.

## **Ensomme eldre ble ekstra sårbare**

Eldre hjemmeboende har varierende behov. Noen har ennå ektefellen boende hjemme hos seg, med tilbud om jevnlig avlastning. I samråd med de pårørende og ut fra kapasitet ble det innført ekstra hjemmebesøk for dem som så ut til å trenge det. Når de var hjemme, la de ansatte vekt på å bruke tiden fullt og helt på de eldre.

En av de pårørende forteller at det tok en måned før hjemmetjenesten kom på besøk. Da satt de hos ektefellen to timer per dag, slik at hun kunne dra ut, gå en tur eller dra på butikken. Da kjente hun seg helt utbrent.

Tjenestemottakere som bodde alene og ikke hadde nærstående i nærheten, ble ekstra sårbare i denne tiden. Noen hadde kun kontakt med tjenesteytere fra hjemmesykepleien. De ansatte forteller at de kjente på et ekstra ansvar for å dekke de sosiale behovene til disse tjenestemottakerne.

## **Tjenestene ble omprioritert i fravær av pårørende**

Smittesituasjonen tilsa at det å redusere smitte utenfra innebar å begrense antallet besøk. Det gjaldt både familiemedlemmer og andre nærstående.

Fraværet av pårørende preget mange eldre. De ansatte så hvor triste de ble da de eldre ikke fikk den daglige kontakten med sine kjære. Det forringet deres livskvalitet, uansett diagnose.

Nedstengningen påvirket sinnsstemningen til de eldre som ventet på besøk som ikke kom. For noen opplevdes det som et livstap som kan sammenliknes med det å miste noen. Det gjør noe med identiteten – en kritisk tilstand som forandrer sinnsstemningen og reduserer livskvaliteten.

For å kompensere for besøksforbud og de begrensningene de pårørende fikk, måtte helsepersonell tenke nytt og legge til rette for kommunikasjon med pårørende på andre måter.

De ansatte tok i bruk videosamtaler via nettbrett for at de eldre skulle kunne kommunisere med sine nærstående. Det ga nye løsninger for å opprettholde kontakt og minske savnet av familien de ikke kunne møte fysisk. Noen klarte å lære seg å bruke et nettbrett, mens andre ikke har kommet i gang med å lære seg å bruke digitale løsninger.

Nærvær av familie og den betydningen familien har for Eldres trivsel og livskvalitet, kan ikke understrekes nok. Det er en lærdom som det er viktig å ha bevissthet og kunnskap om i helse- og omsorgstjenesten.

## **Pårørende følte seg oversett**

Under nedstengningen ble situasjonen radikalt endret for de pårørende. Smittesituasjonen og tiltakene for å begrense smittespredningen påvirket de ansattes arbeidsoppgaver. Ansatte som hadde koordinerings- og informasjonsansvar, blant annet som demenskoordinator, ble i noen kommuner omdisponert til sykehjem og smittevernarbeid.

Det førte til at nødvendig informasjon som mange pårørende hadde behov for, ikke ble formidlet. Mange pårørende fikk ikke besøk av hjemmetjenesten eller muligheten til å benytte seg av kommunens avlastningstilbud de første ukene etter 12. mars. Andre pårørende forteller at de følte seg oversett av helsepersonell og opplevde å bli stående alene.

For noen var avlastningen fra hjemmetjenesten helt nødvendig for å ha ektefellen hjemme.

De pårørende hadde et stort behov for nødvendig informasjon, også om smittesituasjonen. De begrunner det med at hjemmesykepleierne virket mer opptatt av taushetsplikten. I intervjuene forteller de pårørende at de første ukene var en tung periode – både fysisk og psykisk.

## **«Nå fikk knapt et par personer være til stede på sykehjemmet dersom den eldre var døende.»**

En av de pårørende mener at hun satt med kunnskap som kunne ha bidratt til bedre helsehjelp både for henne selv og personen hun var pårørende til. Som pårørende kunne de ha bidratt med bedre helsehjelp om de i større grad var blitt involvert.

Mange følte seg helt alene med usikkerheten, ikke bare for ektefellen, men også for egen helse.

Andre problemstillinger de tok opp, var om døden skulle inntreffe. I mange familier i nord er det tradisjon med store gravferder, der familien ikke bare sørger, men også ærer livet til den som er borte. Det er vanlig at den eldre «sovner inn» med storfamilien rundt seg. Nå fikk knapt et par personer være til stede på sykehjemmet dersom den eldre var døende.

## **Ny teknologi fungerer ikke for alle**

Folkehelseinstituttets anbefaling (4) om at helsepersonell burde legge til rette for bruk av digitale kommunikasjonsverktøy der man kunne se hverandre, ble også fulgt opp for hjemmeboende og familiemedlemmer som bodde langt borte.

Mange pårørende syntes det var vanskelig å bruke ny teknologi. Som mange andre måtte også de lære seg å ta i bruk nye digitale verktøy. For dem som kunne bruke smarttelefoner og nettbrett, ble det vanskelig å uttrykke seg følelsesmessig via nett. Selv om videosamtaler var med på å minske savnet, var det fortsatt sårt for mange å se sine kjære uten å ha muligheten til for eksempel å gi dem en klem.

Men de pårørende forteller også om situasjoner og relasjoner der de ble lyttet til og anerkjent av ansatte i hjemmesykepleien. Det virket betryggende for de pårørende. Samtale og anerkjennelse fra helsepersonell smittet over på den hjelpetrengende, som dermed følte seg tryggere.

Manglende informasjon og anerkjennelse av de pårørende omsorgsrolle, samt bekymring rundt egen og ektefellens helsesituasjon og død, var problemstillinger som de pårørende tok opp i møter med pårørendesenteret.

## **Ansatte kan ikke erstatte familien**

Intervjuene med de pårørende viser at det ble satt i verk flere tiltak som skulle kompensere for de pårørendes kontaktbehov. Færre ansatte per pasient, og det at enkelte beboere ble fulgt ekstra tett opp, førte til at kvaliteten på relasjonen mellom den enkelte ansatte og den eldre ble styrket.

Det har vært hevdet at myndighetene ofret de gamle under koronasituasjonen (11). Våre intervjuer viser at det nødvendigvis ikke er slik fatt – i hvert fall ikke i mindre kommuner.

De omprioriteringene som ble gjort i eldreomsorgen etter 12. mars 2020, har likevel synliggjort at helsepersonell i eldreomsorgen har et forbedringspotensial innenfor de eksisterende rammene. De ble «tvunget» til å formidle tillit og respekt og til å spille på lag med brukerne (12).

Det å kreve flere ressurser, både økonomiske og personellmessige, er ikke hele løsningen. Det må også skje systemendringer. Gode relasjonsbånd ligger til grunn for den tryggheten som er nødvendig for å oppleve livskvalitet.

Ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester kan ikke fullt ut erstatte familien. Familien representerer stabile relasjoner over tid og skaper sammenheng i livet for den eldre.

Livskvaliteten bestemmes av våre relasjoner og våre livsholdninger. De stabile relasjonene åpner opp for de menneskelige verdiene og dypereliggende problemstillingene rundt usikkerhet, uro og redsel for døden som preget mange eldre og pårørende i denne tiden (13). Det at demenskoordinator ble omdisponert, og at pårørende ikke fikk besøke sine kjære, gjorde at de eldre ble enda mer alene.

Nedstengningen og omprioriteringene av de ansatte påvirket de pårørendes situasjon og omsorgsrolle på ulike måter. Familien er den største kilden til fellesskap og har stor betydning for trivselen til de eldre (14, 15). Det at pårørende fikk begrenset tilgang til å besøke sine nærstående, bidro til at mange eldre følte seg underernært på sosial kontakt.

## **Pandemien forsterket omsorgsbyrden**

De pårørende opplevde også en forsterket isolasjon og bekymring for egen helse. Intervjuene indikerte at de ikke hadde noen steder å kanalisere sin bekymring, men måtte bearbeide denne selv.

Det ligger mye ære i å klare det meste selv, også i egen familie. I enkelte familier handler det om å vise seg sterk og ikke klage unødvendig (16). I tillegg er det i noen kulturer knyttet mye skam til at et familiemedlem har fått demens (17). Da ties det som oftest om bekymringer som kan forårsake kroppslige plager eller sykdommer, og forsterker en allerede svekket helsesituasjon (18).

Belastningen for mange pårørende blir ikke noe mindre over tid (19, 20). I familiesituasjoner der pasienten er i den siste fasen av demensutviklingen, opplevde de pårørende hjemmesituasjonen som særlig belastende.

## **«Lovgivning alene er ikke nok for å styrke de pårørendes posisjon og innsats.»**

I noen tilfeller ble den demenssyke tilbudt midlertidig institusjonsopphold. Det reddet nok en del fra total kollaps, noe som viser at samspillet med omsorgstjenesten bidrar til at mange kan ha sine ektefeller med demenssykdom hjemme over lengre tid til tross for stor omsorgsbyrde (21).

Covid-19-utbruddet forsterket omsorgsbyrden for mange pårørende. Derfor er det på sin plass med et sterkere vern for pårørende i lovgivningen (22).

Men lovgivning alene er ikke nok for å styrke de pårørendes posisjon og innsats. Omsorgssystemet er, med sine oppgaver, organisering og arbeidsprosesser, forbundet med uforutsigbarhet og risiko som påvirker samspillet (23). Et godt samspill styrket de pårørendes omsorgsrolle, som igjen bidro til at de pårørende fikk støtte, veiledning og noen timers avlastning.

## Vi må ha beredskap for en ny krise

Under koronatiden har mye oppmerksomhet vært rettet mot de eldre som risikogruppe. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ha en beredskap for hvordan ansatte skal ivareta sårbare grupper. Fravær av omsorg fra tjenestene øker belastningen på de pårørende, som er en viktig brikke i omsorgskjeden.

Følgende tiltak bør være på plass ved en eventuell ny pandemi eller tilsvarende krise:

- Involvering, koordinering og samhandling med pårørende må stadfestes i en pårørendestrategi.
- Lavterskeltilbudene må være tilgjengelige i krise og pandemier.
- Brukeres og pårørendes tilgjengelighet til teknologi og nettverksressurser må kartlegges.

Ennå i dag er det strenge restriksjoner for besøk. Eldre er blitt mer ensomme og isolerte, og pårørende har fått økte omsorgsoppgaver og belastninger.

Men koronakrisen har også ført med seg noen positive ringvirkninger. Covid-19-utbruddet viste at ansatte i helse- og omsorgstjenesten har et forbedringspotensial i det helsefremmende arbeidet.

## Referanser

1. Bonde A. Samfunnet har latt de gamle møte døden alene. Morgenbladet. 2020. Tilgjengelig fra: <https://morgenbladet.no/aktuelt/2020/05/samfunnet-har-latt-mange-av-de-gamle-mote-doden-alene-skriver-aslak-bonde-som-selv> (nedlastet 20.07.2020).
2. Barstad S. Smittsomme sykehjem. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2020;6(3). Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/03/smittsomme\\_sykehjem](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/03/smittsomme_sykehjem) (nedlastet 16.03.2021).
3. Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus> (nedlastet 21.07.2020).
4. Folkehelseinstituttet. Fakta om viruset og sjukdommen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/koronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-omkoronavirus-koronavirus-2019-ncov/> (nedlastet 21.07.2020).

5. Helse- og omsorgsdepartementet. Informasjon om regelverk og anbefalinger – covid-19-utbruddet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Rundskriv I-5/2020. Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/rundskriv/rundskriv\\_i-5-2020\\_regelverk\\_anbefalinger\\_covid-19-utbruddet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/rundskriv/rundskriv_i-5-2020_regelverk_anbefalinger_covid-19-utbruddet.pdf) (nedlastet 21.07.2020).
6. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382(21):2005–11. DOI: [10.1056/NEJMoa2005412](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412)
7. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020;323(18):1775–6. DOI: [10.1001/jama.2020.4683](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683)
8. NTB. Fagforbundet mener deltidsstillinger på sykehjem kan ha forsterket koronakrisen. Fagbladet. 2020. Tilgjengelig fra:  
<https://fagbladet.no/nyheter/fagforbundet-mener-deltidsstillinger-pa-sykehjem-kan-ha-forsterket-koronakrisen-6.91.692087.ddbo50aob6> (nedlastet 23.06.2020).
9. Nasjonalforeningen for folkehelsen. Hun klarer ikke en stengning til. Rapport om demenssyke og koronasituasjonen. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen; 2020. Tilgjengelig fra:  
<https://nasjonalforeningen.no/contentassets/579559c5daod4d11a6ba989952396ba1/hun-klarar-ikke-en-stengning-til.pdf> (nedlastet 08.11.2020).
10. Norges Røde Kors. Ingen tid til omsorg? Eldreomsorgen slik vi møter den. Oslo: Norges Røde Kors; 2018. Rapport 2018. Tilgjengelig fra:  
<https://www.rodekors.no/contentassets/1606bc9ca71046cb97a1c1ffa91e4be6/ingen-tid-til-omsorg.eldreomsorgen-slik-vi-moter-den.-rapport-rode-kors-2018.pdf> (nedlastet 23.06.2020).
11. Heggstad AKT, Lereim-Sævareid TJ, Pedersen R, Førde R, Hellesø R. Ofrer vi de gamle? Dagbladet. 2020. Tilgjengelig fra:  
<https://www.dagbladet.no/kultur/ofrer-vi-de-gamle/72383679> (nedlastet 23.09.2020).
12. Kirkevold Ø, Eriksen S, Lichtwarck B, Selbæk G. Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien. Sykepleien Forskning. 2020. Tilgjengelig fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien> (nedlastet 20.07.2020).



13. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Rundskriv I-2/2016. Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48boa6of9bfo4acdada5b/run-dskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf> (nedlastet 22.09.2020).
15. Eide T, Eide H. Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
16. Minde GT. Å leve sin sjel. Helse og livskraft blant eldre kvinner i Nord-Troms. Bodø: Licentia forlag; 2010.
17. Minde GT. Kultursensitivitet i eldreomsorgen – med fokus på eldre fra samisk-læstadianske miljø [dr.philos.-avhandling]. Tromsø: UIT – Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag; under arbeid.
18. Kjellevold A. Hva er nytt i pårørendelovgivningen? Innlegg på pårørendekonferansen 17.–18. oktober 2018. Sandnes: Pårørendesenteret; 2018.
19. Weimand BM. Sammenvevde liv – å være pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse. Oslo: Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) og Erfaringskompetanse; 2013.
20. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og helse; 2005.
21. Rokstad AMM. Hva er demens. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe forlag; 2008. s. 27–45.
22. Regjeringens pårørendestrategi. Tilgjengelig fra:  
<https://nettsteder.regjeringen.no/parendestrategi/> (nedlastet 08.11.2020).
23. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Joint Commission Journal on Quality Improvement. 1993;19(10):424–47; discussion 448–52.

# Hvem tar ansvaret for sykepleieres helse og fysiske form?

Både politi- og sykepleieryrket krever at man er fysisk til stede og beredt til å takle yrkets utfordringer. I bare ett av dem er det tilrettelagt for at studenter og ansatte kan opprettholde en god fysisk helse.

Helsepersonell

Helse

«Kan du hjelpe meg med å få denne pasienten litt lenger opp i senga? Du er jo så sterk!»

Denne setningen har nok flere av oss hørt i løpet av sykepleierkarrieren. Det er mange ulike oppgaver som skal gjøres unna i arbeidshverdagen; sykepleiere sitter ikke mye stille.

Aktivitet er jo bra for oss, det er det stor enighet om blant forskerne (1). En aktiv jobb som sykepleier burde dermed være et stort pluss: Man får tjent penger til livets opphold, samtidig som man er fysisk aktiv. To fluer i en smekk.

**LES:** [#Sykepleierhelse – en overlevelsesguide](#)

Vi tror, dessverre, at det ikke er så enkelt. Covid-19-pandemien har vist hvor uvurderlige sykepleiere er for samfunnet; vi er jo regnet som samfunnskritisk personell (2). Har sykepleiere dermed en plikt til å opprettholde en god helse? Og i så fall, hvordan kan dette være utfordrende?

## Hva er egentlig «god helse»?

Hva er så god helse? Og hvilken rolle spiller fysisk aktivitet i «den gode helsen»? I henhold til teorien om salutogenese må helse ses på som et kontinuum fra total helse til total uhelse (3). Ulike stressorer påvirker helsen vår, som sykdom, dårlig oppvekstmiljø, livskriser og liknende.

Spørsmålet blir da om vi har de ressursene vi trenger, og klarer å bruke dem, for å takle disse stressorene. Dette avgjør hvor på kontinuumet vi befinner oss og dermed graden av helse eller uhelse. God fysisk form kan være en slik ressurs.

## **«Fysisk aktivitet bedrer blant annet hjerte- og karfunksjonen, noe som reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer.»**

Caspersen og medarbeidere (4) definerer fysisk aktivitet som kroppsbevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i økt energiforbruk. Forskning viser at fysisk aktivitet blant annet bedrer hjerte- og karfunksjonen, noe som reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer. Muskelfunksjonen utvikles, og beinmassen øker. Dette forebygger muskel- og skjelettlidelser og kan lindre symptomer hos for eksempel fibromyalgipasienter.

Immunforsvaret vil også ha nytte av fysisk aktivitet, såfremt aktivitetsnivået ikke blir skadelig høyt. Fysisk aktivitet påvirker også vår mentale kapasitet og brukes i dag i behandlingen av angst, depresjon og demenssykdommer (1, 5).

## **God helse er et felles ansvar**

Norske myndigheter ønsker at nordmenn skal ta vare på helsen sin. I mange år har befolkningen fått faglige råd om fysisk aktivitet (1).

Arbeidsgivere hjelper ofte til for at de ansatte skal nå myndighetenes aktivitetsmål. Ifølge arbeidsmiljøloven § 3-4 skal arbeidsgivere «vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne» (6). Dermed kan et mål om god helse være et felles samfunnsansvar snarere enn opp til hver enkelt.

## **«Kontorarbeidere som i stor grad styrer dagen selv, er de som har det beste tilbudet.»**

Mange bedrifter har tilrettelagt for trening i arbeidstiden. Da er det grunn til å tro at arbeidsgivere ser en nytteverdi av det. Yrkene med færrest arbeidsrelaterte helseplager har nemlig det beste treningstilbudet, ifølge SSBs statistikk (7).

Dessverre kan ikke dette fortelle oss om arbeidsrelaterte helseplager er et resultat av fysiske belastninger på jobb, fravær av treningstilbud, begge deler eller andre grunner. Kontorarbeidere som i stor grad styrer dagen selv, er de som har det beste tilbudet. Lærere og sykepleiere må på sin side være tilgjengelige for sine elever og pasienter mesteparten av arbeidshverdagen. Dette kan gjøre det vanskelig å gi dem et treningstilbud (7).

## **En aktiv jobb er ikke alltid bra for helsen**

Aktivitetshåndboken (1) er en nasjonal veileder for tilrettelegging og fremming av fysisk aktivitet. Helsetjenesten har et godt utgangspunkt for å bruke denne i pasientarbeidet. Store deler av befolkningen er i kontakt med helsetjenesten årlig, og enda viktigere: De har tillit til tjenesten. Men hva skjer med tilliten når helsepersonell har liten mulighet til å følge nasjonale råd som de selv oppmuntrer pasientene til å følge?

I en nasjonal rapport om folkehelse (8) kommer det frem at nærmere to tredeler av oss ikke er aktive nok. Som sykepleiere har vi en relativt aktiv hverdag, og fysisk aktivitet skal ha en positiv innvirkning på vår helse (4).

Så kan man spørre om en til tider stressende jobb har positiv innflytelse på helsen vår. Det er viktig å skille mellom det som bygger oss opp, og det som tærer på våre krefter. En aktiv jobb som sykepleier betyr ikke nødvendigvis at jobben er bare helsefremmende.

## **Henger gamle kjønnsstereotyper igjen?**

Sykepleiere har komplekse roller og regnes som uvurderlige for en velfungerende helsetjeneste (9). Det er fortsatt kvinnene som «styrer showet» (selv om menn har begynt å skjønne at sykepleie er tingen (10)). Sykepleierrollen har endret seg, men det har ikke det biologiske utgangspunktet. Hva skjer når et tidligere typisk kvinneyrke ikke er så «kvinnelig» lenger?

I rammeplanen for den nasjonale politiutdanningen står det at «[k]unnskap om utvikling og betydningen av eget fysisk prestasjonsnivå for å mestre yrkets krav inngår» (11, s. 6). For å være skikket til jobben krever altså utdanningen at politistudentene skal ta ansvar for egen fysisk form.

## **«Politiyrket har lenge vært mannsdominert, mens sykepleieryrket var og fortsatt er kvinnedominert.»**

Enkelte politiavdelinger har trening som en del av arbeidstiden, og dermed plikt til å trene. Andre avdelinger kan ha et tilbud om trening som de ansatte kan benytte seg av (Politiets Fellesforbund, personlig kommunikasjon 28.04.2020).

Både politiyrket og sykepleieryrket krever at man er fysisk til stede og beredt til å takle yrkets utfordringer. Begge disse yrkene regnes som samfunnskritiske (2), men i bare ett av dem er det et fokus på og tilrettelagt for at studenter og ansatte kan opprettholde en god fysisk helse.

Politiyrket har lenge vært mannsdominert, mens sykepleieryrket var og fortsatt er kvinnedominert (12). Henger tidligere tiders kjønnsstereotyper igjen? For å sitere Florence Nightingale:

«Likevel har ingen mann, selv ikke en lege, noen annen definisjon av en sykepleierske enn at hun skal være 'hengiven og lydig'. Denne definisjonen kunne ha passet like godt på en portør. Ja, den kan passe på en hest også. Den ville ikke passet på en politimann.» (13, s. 183)

Utvikling tar tid, og forestillinger kan henge igjen lenge. Likevel er dette sitatet hentet fra den moderne sykepleiens grunnlegger. En god fysisk form ble kanskje ikke ansett som relevant for «hengivne og lydige» sykepleiere som bare skulle utøve omsorg. Sykepleierrollen har endret seg siden den gang, men har forventninger til yrkesrollen blitt hengende igjen?

## **Overvekt og dårlig form koster dyrt**

I en travel hverdag er det lett å glemme hva det egentlig innebærer å være sykepleier. I Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer står det at «[s]ykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (14, punkt 2.1).

Omsorg for pasientenes helse er, naturlig nok, i fokus. Dette gjelder både i de norske og i flere andre lands retningslinjer (for eksempel USAs og Canadas). Sykepleiernes egen helse er ofte ikke nevnt.

Heldigvis er det, ved en nærmere titt på de engelske retningslinjene, grunn til å juble lite grann: Engelske sykepleiere og jordmødre skal «maintain the level of health you need to carry out your professional role» (16, punkt 20.9).

Det har blitt hevdet at dette punktet ble innlemmet i retningslinjene på grunn av overvekt og dårlig form blant helsepersonell i England (17). Donnelly (17) anslår at overvektig og dårlig trent helsepersonell koster det engelske helsevesenet 5 milliarder pund hvert år. Det er mye penger å bruke på ansatte som er i for dårlig form til å kunne gjøre jobben sin.

## **Generell fysisk form er viktigere enn kjønn**

Josephson og medarbeidere (18) fulgte rundt to tusen svenske sykepleiere over tre år for å identifisere grunner til sykefravær og oppsigelse. Mangel på omsorg for egen helse var en av tre hovedgrunner de avdekket. Er det mulig at høye forventninger og en travel hverdag ikke gir sykepleiere tid til å ta vare på seg selv og sin egen helse?

De kvinnedominerte yrkene er de yrkene med mest sykefravær, med sykepleiere på en god tredjeplass (19). Som Mastekaasa skriver (20), er det vanskelig å peke på bestemte grunner til hvorfor dette er tilfellet. Han peker på at det er faktorer utenfor både familie- og yrkesliv som har størst betydning for sykefraværet: biologiske faktorer, sosialisering i tidlig alder og hvordan menn og kvinner forholder seg til sykdom.

## **«Sykefravær blant sykepleiere er ikke nødvendigvis relatert til det å være kvinne i et krevende yrke.»**

Kvinnelige helsearbeidere som er i dårligere form enn sine kolleger, har en tendens til økt sykefravær av varighet lenger enn to uker sammenliknet med kolleger i bedre form (21). De fysiske utfordringene i arbeidshverdagen overgikk deres fysiske kapasitet. Liknende funn ble gjort hos mannlig militærpersonell i Finland (22).

Dermed er ikke sykefravær blant sykepleiere nødvendigvis relatert til det å være kvinne i et krevende yrke. Den generelle fysiske formen er viktig, uavhengig av om man er mann eller kvinne, i fysisk krevende yrker.

Sintef estimerte i 2016 at det samlede norske arbeidsrelaterte sykefraværet koster staten 8,2 milliarder kroner i året (23). Dette er mye penger, penger som kunne vært brukt til andre formål. Det var også dette Donnelly (17) pekte på: Den engelske staten må årlig bruke flere milliarder pund på overvektig helsepersonell.

Å bruke penger på tiltak for å forebygge kan koste staten mindre i det lange løp. Og året 2020 har til de grader vist hvorfor vi trenger helsepersonell som er klare for kamp.

## **Er vi beredt for fremtidens kriser?**

Et forutsett krisescenario har nå inntruffet. Likevel ble vi vel mildt sagt tatt litt på senga. Pandemier, som svartedauden og spanskesyken, har verden kommet seg gjennom før. Jorden er fortsatt godt befolket, og innbyggertallet øker (24).

Samtidig har covid-19-pandemien satt en støkk i mange. Var vi godt nok forberedt? Handlet vi i tide, eller var vi for sent ute? Det er ingen tvil om at covid-19 er den internasjonale helsetjenestens store avgangseksamen i nyere tid.

En økning i antallet eldre, den såkalte eldrebølgen, er en utvikling vi har visst om en stund. Mangel på sykehjemsplasser, omsorgsboliger og ikke minst sykepleiere er et sannsynlig scenario dersom utviklingen fortsetter slik det ser ut til nå.

## «Det er viktigere enn noen gang at verdens sykepleiere er *fit for fight*.»

Tall fra SSB viser at antallet personer i aldersgruppen 60–79 år økte med 164 000 mellom 2008 og 2018 (25). Når en av fem sykepleiere vil forsvinne fra helsetjenesten innen ti år etter endt utdanning (26), er dette et regnestykke som ikke vil gå opp.

Sykepleieres hverdag har umerkelig gått over i en slags stille unntakstilstand. Med en pandemi hengende over oss er det lov å påstå at situasjonen ikke har blitt særlig bedre. Det er viktigere enn noen gang at verdens sykepleiere er *fit for fight*. Er vi egentlig det?

### **Sykepleiernes behov kan ikke utsettes lenger**

Helsepersonell, som sykepleiere og særlig intensivsykepleiere, oppfordres til å holde seg friske fordi de er mangelvare. Sykepleiere landet over har også gitt uttrykk for at de ønsker å holde seg friske så de kan være i jobb. De er ikke bekymret for å bli syke; de er bekymret for hvilke konsekvenser det får for kollegaer og pasienter hvis de må være borte fra jobb (27).

Dette viser at det burde fokuseres mer på sykepleiernes egen helse, både på den enkelte arbeidsplass, men også i relevante retningslinjer. I ekstraordinære situasjoner hjelper det å være forberedt. Utstyr må på plass, men det må også personell. Uansett hverdag eller krisetid er en god helse nødvendig for å komme seg gjennom begge deler.

Hva blir så veien videre? Et etterlengtet jubileum skulle egentlig ha vært markert; det var faktisk sykepleiernes og jordmødrenes år i 2020, og 200 år siden Florence Nightingale ble født. En feiring kan alltid utsettes, pasientenes helse var viktigere denne gangen.

Sykepleiernes behov kan ikke utsettes i det uendelige heller. Det er på høy tid at hensynet til sykepleiernes egen helse også kommer på dagsordenen.

### **Referanser**

1. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet> (nedlastet 29.11.2019).

2. Regjeringen. Liste over kritiske samfunnsfunksjoner [internett]. Oslo: Regjeringen; [oppdatert 28.10.2020; sitert 06.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/liste-over-kritiske-samfunnsfunksjoner/id2695609/>
3. Espenes G, Lindström B. Salutogenese – et viktig steg for å forstå helse? I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. s. 26–38.
4. Caspersen C, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985 mars–april;100(2):126–31.
5. Fimland M, Woodhouse A, Vasseljen O, Gismervik S, Jacobsen H, Johnsen R. Kan fysisk aktivitet redusere sykefravær og syketrygding? Fysioterapeuten. 2013 august;7(13):18–23.
6. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (nedlastet 06.12.2020).
7. Revold M, With M. Best treningstilbud på jobben – til dem med minst helseplager [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 22.05.2017 [sitert 05.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/best-treningstilbud-pa-jobben-til-dem-med-minst-helseplager>
8. Hansen B, Andersen S, Steene-Johannessen J, Ekelund U, Nilsen A, Andersen I, et al. Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014–2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2367. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf?download=false> (nedlastet 06.12.2020).
9. Allen D. The invisible work of nurses. Hospitals, organization and healthcare. Oxfordshire: Routledge; 2015.
10. Samordna opptak. Søker- og opptaksstatistikk 2018 – sluttrapport. Oslo: Samordna opptak; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/sokertall-2018/index.html> (nedlastet 08.12.2020).



11. Justis- og beredskapsdepartementet. Rammeplan for Bachelor – politiutdanning. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2018. #18/O2128. Tilgjengelig fra: <https://www.politihogskolen.no/globalassets/for-studenter/regelverk-og-innholdet-i-bachelor/rammeplan-og-programplaner/rammeplan-bachelor-politiutdanning-2019.pdf> (nedlastet 06.12.2020).
12. Utdanning.no. Likestilling i norsk arbeidsliv [internett]. Oslo: Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret; [sitert 07.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://utdanning.no/likestilling>
13. Nightingale F. Notater om sykepleie: samlede utgaver. Oslo: Universitetsforlaget; 1997. Tilgjengelig fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010070508089?page=1](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010070508089?page=1) (nedlastet 06.12.2020).
14. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 06.12.2020).
15. Andrews H, Tierney S, Sees K. Needing permission: the experience of self-care and self-compassion in nursing: a constructivist grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* 2020 januar;101:103436.
16. NMC. The Code. Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates. London: Nursing and Midwifery Council; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf> (nedlastet 10.12.2020).
17. Donnelly L. Nurses told to shape up so they are fit enough to do their jobs. London: The Telegraph; 13. juni 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/06/13/nurses-told-shape-fit-enough-do-jobs/> (nedlastet 10.12.2020).
18. Josephson M, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L, Vingard E. The same factors influence job turnover and long spells of sick leave – a 3-year follow-up of Swedish nurses. *European Journal of Public Health.* 2008 august;18(4):380–5.
19. Bruer-Skarsbø Ø. Høyest fravær i kvinnedominerte yrker [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 28.06.2018 [sitert 11.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hoyest-sykefravaer-i-kvinnedominerte-yrker>

20. Mastekaasa A. Kvinner og sykefravær. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016 mai;19(2):125-47.
21. Rasmussen C, Andersen L, Clausen T, Strøyer J, Jørgensen M, Holtermann A. Physical capacity and risk for long-term sickness absence. A prospective cohort study among 8664 female health care workers. J Occup Environ Med. 2015 mai;57(5):526-30.
22. Kyrolainen H, Hakkinen K, Kautiainen H, Santtila M, Pihlainen K, Hakkinen A. Physical fitness, BMI and sickness absence in male military personnel. Occupational Medicine. 2008 juni;58(4):251-6.
23. Hem KG, Dahl Ø, Rohde T, Øren A. Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. Oslo: Sintef; 2016. SINTEF A27430. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-a27430-kostnader-ved-arbeidsrelaterte-sykdommer-og-skader.pdf> (nedlastet 06.12.2020).
24. Verdensbanken. Population, total [internett]. [oppdatert 2019, hentet 10.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
25. Wettergreen J, Ekornrud T, Abrahamsen D. Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 17.09.2019 [sitert 10.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
26. Skjøstad O, Hjemås G, Beyrer S. 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 25.08.2017 [sitert 06.12.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
27. Børstad J, Kringstad K. Sykepleiere kjenner på ansvaret for å holde seg friske. Oslo: NRK; 11. mars 2020. Tilgjengelig fra: [https://www.nrk.no/trondelag/koronaviruset\\_-sykepleiere-kjenner-pa-ansvaret-for-a-holde-seg-friske-1.14938357](https://www.nrk.no/trondelag/koronaviruset_-sykepleiere-kjenner-pa-ansvaret-for-a-holde-seg-friske-1.14938357) (nedlastet 06.12.2020).

#### FAGUTVIKLING

# Mangel på utstyr må ikke føre til endrede

# smittevernprosedyrer

Når smittevernprosedyrer blir endret på grunn av mangel på utstyr, øker faren for at helsepersonell og pasienter blir smittet av SARS CoV-2-viruset. Likevel har prosedyrer blitt endret under pandemien.

Covid-19

Smittevern

Anestesi

Intubasjon

*En covid-19-pasient skal akuttopereres. En anestesisykepleier og to anestesileger deltar ved intubasjonen. Det er varslet om mangel på smittevernutstyr, og kun den som utfører intubasjonen, har på seg åndedrettsvern – de andre har bare kirurgisk munnbind.*

*Etter vellykket intubasjon går akuttcallingen – det er hjertestans på lungeavdelingen. De blir enige om at anestesisykepleieren løper ut på denne. Pasienten som har hjertestans, er kjent lungesyk. Han ligger med ikke-invasiv ventilasjon (NIV) til vanlig og er innlagt på grunn av feber og økende respirasjonsbesvær. Etter denne hendelsen rekker anestesisykepleieren tilbake til pauserommet i operasjonsavdelingen for en pust i bakken.*

*Neste på programmet er en dame på 90 år som skal ha brukket lårhalsen, og må opereres. Anestesisykepleieren rekker også å gjennomføre anestesien til en 20 år gammel gutt som må operere et armbrudd, før arbeidsdagen er over.*

*Hjemme venter mann og tre barn. Privat følger de anbefalinger fra kommuneoverlegen, som tilsier at barn kan ha to, tre faste lekevenner. Etter ti dager begynner anestesisykepleieren å hoste ...*

## **Vi kan få en ny smittebølge**

Alle tiltak som har blitt iverksatt i forbindelse med SARS CoV-2-pandemien har vært rettet mot å begrense smitte. Dette har til nå vært svært vellykket. Den 7. mai kunne helsemyndighetene melde om et reproduksjonstall under 0,5 – noe som angir hvor mange nye smittede en gjennomsnittlig pasient gir opphav til i en befolkning uten immunitet og uten smitteverntiltak.

Sannsynligheten for en ny «bølge» av smittede er likevel stor. Folkehelseinstituttet anbefaler at kommuner og sykehus fortsatt planlegger for en epidemi som varer om lag et år og som på toppen medfører samtidig:

- 29 000–36 000 syke

- 1700–4500 på sykehus
- 600–1200 på intensivavdeling (1)

Folkehelseinstituttet regner med at minst 1 prosent av alle smittede vil ha behov for sykehusinnleggelse, og at rundt en firedel av disse vil ha behov for mekanisk pustehjelp.

## **Intubasjon innebærer høy smitterisiko**

Pasienter som er bærere av SARS CoV-2-viruset er smitteførende via dråpe- (2–4) eller luftsmitte (5, 6). Intubasjon er vist å innebære høy smitterisiko for den som intuberer (7–9).

Det er internasjonal konsensus om at antall personer til stede ved intubasjon skal begrenses, og at den som intuberer skal bruke fullt smittevernustyr: åndedrettsvern, langermet frakk, hette, briller/visir og skotrekk (10, 11).

## **Bruken av åndedrettsvern er varierende**

Likevel viser en kartlegging som Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gjennomført i 34 anestesiavdelinger nasjonalt (12), at bruken av åndedrettsvern er varierende. I kartleggingen oppgir 11,8 prosent at den som assisterer ved intubasjon kun bruker kirurgisk munnbind, mens dette gjelder for 35,3 prosent av annet personell på operasjonsstuen under intubasjon.

2,9 prosent av alt personell bruker overtrekk over sko, og 58,8 prosent bruker egne smittesko. Intubatør og assistent bruker hette og briller eller visir i 100 prosent av tilfellene, mens annet personell på operasjonsstuen under intubasjon bruker dette i 88,2 prosent av tilfellene.

## **«De radioaktive partiklene kunne registreres i hår, på udekket hud på halsen og ørene samt på skoene.»**

I en nylig publisert studie har man simulert en pasient med covid-19, ved hjelp av radioaktivt merket aerosol. Formålet var å kartlegge spredningen av virus ved hoste og under intubasjon.

Konklusjonen var at de radioaktive partiklene kunne registreres i hår, på udekket hud på halsen og ørene samt på skoene hos både intubatør og de to assistentene (13).

## **Hvilke prosedyrer genererer aerosoler?**

Folkehelseinstituttet var relativt tidlig ute med en kunnskapsoppsummering om aerosolgenererende prosedyrer som innebærer luftsmitte. Konsistente funn viser at det kan produseres aerosoler i forbindelse med intubering, trakeotomi, hjerte-lunge-redning og manuell ventilering.

Videre identifiserte de studier som tyder på at bronkoskopi, ikke-invasiv ventilering (NIV) og bruk av forstøver kan bidra til produksjon av aerosoler, men denne dokumentasjonen var svakere og mindre konsistent (14).

Ifølge en australsk konsensusrapport trekkes både hosting, nysing og forstøverbehandling frem som aerosolgenererende prosedyrer (10).

## **Hvordan forhindre smitte ved intubasjon?**

En studie av 202 pasienter med covid-19 som ble intubert i Wuhan, viste at ingen av de som intuberte ble smittet (15). Alle intubasjonene ble gjennomført av trente intubatører. Alle brukte åndedrettsvern (powered air-purifying respirator, PAPR), briller samt heldekkende beskyttelsesfrakker (inkludert hode og føtter) og doble hansker. De brukte N95/FFP3-masker med kirurgisk munnbind utenpå ved av- og påkledning av beskyttelsesutstyret. Av- og påkledning ble dobbeltkontrollert av en kollega.

Ifølge forfatterne råder det usikkerhet om hvorvidt en N95/FFP3 maske vil gi samme beskyttelse som PAPR. Videre påpeker de at risikoen for selv-smitte er stor ved avkledning av utstyr. Det anbefales derfor grundig opplæring og simulering i dette av spesialutdannet smittevernpersonell samt nøye overvåkning i prosessen (15).

## **«Alt personell i rommet skal bruke aerosolbeskyttende utstyr.»**

På et tidlig tidspunkt tok Anestesisykepleierne NSF kontakt med Norsk anesthesiologisk forening (NAF) for bistand til å utarbeide smittevernprosedyrer. NAF henviste da til den australske konsensusen (10), som også påpeker at alt personell i rommet både under og etter intubasjonen skal bruke aerosolbeskyttende utstyr.

Videre sier den australske konsensusen at ingen andre enn de som er involvert i intubasjonen skal være til stede når dette pågår, og at man skal tillate «tilstrekkelig tid» til at aerosolene har forduftet før annet personell kommer inn. Denne tiden avhenger av luftutvekslingen.

## Det finnes ulike masketyper

Munnbind beskytter mot sprut og dråpesmitte, ikke mot luftbåren smitte. For å beskytte seg mot luftbåren smitte må en derfor bruke åndedrettsvern. I de fleste situasjoner vil en filtrerende halvmaske gi god beskyttelse. Ved eksponering for luftbåren smitte skal det benyttes partikkelfilter klasse FFP3 (16).

### «I de fleste situasjoner vil en filtrerende halvmaske gi god beskyttelse.»

Åndedrettsvern brukes til beskyttelse mot luftbåren smitte, enten med filtrerende halvmaske eller med krafttilført (motordrevet) filtrerende utstyr med hjelm eller hette.

Åndedrettsvern av typen filtrerende halvmaske kan ikke benyttes av personer med skjegg eller dem som er ubarberte, da dette kan hindre god kontakt mellom åndedrettsvernet og ansiktet, ifølge Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst. Personer med skjegg og dem som er ubarberte, må bruke filtrerende utstyr med hjelm eller hette (16). Filtrerende ansiktsmasker finnes i tre klasser ut ifra grad av filtreringsevne/beskyttelse: FFP1, FFP2 og FFP3.

Filtrene deles i tre klasser: P1, P2 og P3, med krav til filtreringsevne og pustemotstand (NS-EN 143:2000/AC:2002).

**Tabell 1.** Filterklassifisering av filtrerende ansiktsmasker.

---

Filterklasse	Maksimal gjennomtrengning av filter ved luftstrøm på 95 l/min
P1	20 prosent
P2	6 prosent
P3	0,05 prosent

---

Tilordnet beskyttelsesfaktor (APF – assigned protection factor) defineres som «den beskyttelsen som det er realistisk at man kan oppnå på arbeidsplassen hos 95 prosent av brukere som har fått adekvat opplæring, får veiledning og tilsyn, og som bruker et korrekt tilpasset åndedrettsvern».

Tilordnet beskyttelsesfaktor for filtrerende åndedrettsvern er som vist i tabell 2.

**Tabell 2.** Tilordnet beskyttelsesfaktor for filtrerende åndedrettsvern.

Standard	Type åndedrettsvern	Klasse	Tilordnet beskyttelsesfaktor*
NS-EN 149	Filtrerende halvmaske	FFP1	4
		FFP2	10
		FFP3	20 – 30*

\*Kan variere fra land til land.  
(17, 18)

## Hva sier forskningen om masker?

En oppsummering av forskning på masker viser at allmenn bruk av masker kan være hensiktsmessig, spesielt med tanke på asymptotiske bærere av sykdommen. Helsepersonell anbefales her å bruke åndedrettsvern kontinuerlig på jobb, ved all kontakt med covid-19-pasienter (19).

En annen oppsummeringsartikkel har konkludert med manglende evidens for om munnbind og N95-åndedrettsvern gir samme virusbeskyttelse ved ikke-aerosolgenererende prosedyrer. Her konkluderer forfatterne med at det bør foretas en vurdering for å spare på N95-maskene til aerosolgenererende prosedyrer ved manglende tilgang (20).

Etter en henvendelse fra artikkelforfatteren til Folkehelseinstituttet oppgis følgende: «Det er bestemt å vurdere FFP2- og FFP3-masker som likestilte. Forskjellene er marginal, og riktig tilpasning er av mye større betydning. Vi har likevel valgt å nevne FFP3 før FFP2 i våre råd. Vi anbefaler i utgangspunktet ikke N95-masker, da disse ikke er godkjent i den europeiske standarden. Det er mulig de blir det, og de vil å så fall være tilsvarende FFP2-masker.»

## Prosedyrer blir endret på grunn av utstyrsmangel

Hele 70,6 prosent av respondentene i undersøkelsen til Anestesisykepleierne NSF oppga at smittevernprosedyrer hadde blitt endret med utgangspunkt i tilgang på smittevernutstyr og ikke basert på ny forskning eller nye nasjonale anbefalinger. Videre oppga 73,5 prosent at de har opplevd mangel på FFP3-masker, 29,4 prosent FFP2-masker, 50 prosent kirurgisk munnbind, 29,4 prosent smittefrakker, og 35,3 prosent desinfeksjonssprit.

**«Hele 70,6 prosent av respondentene i undersøkelsen oppga at smittevernprosedyrer hadde blitt endret.»**

Folkehelseinstituttet har kommet med egne anbefalinger for bruk av smittevernutstyr ved en mangelsituasjon samt råd for utvidet bruk og gjenbruk av utstyr (21). Her spesifiseres det for eksempel at det ikke er behov for å skifte munnbind, visir eller frakk mellom hver pasient ved prøvetaking av pasienter med mistanke om covid-19. Forutsetningen er at personellet ikke berører munnbind, øyebeskyttelse eller frakk og deretter berører pasienter, eller at frakken kommer i kontakt med pasienter under prøvetaking. Her anbefales også en gradvis «nedtrapping» av for eksempel maskebruk fra FFP3 til FFP2 til FFP1, når annet ikke er tilgjengelig, eller munnbind type I ved mangel på type II og III.

## **Utilstrekkelig beskyttelse øker smittefaren**

Enhver endring av smittevernprosedyrer med utgangspunkt i utstyrsmangel innebærer økt risiko for smitte.

I situasjonsbeskrivelsen innledningsvis vil anestesisykepleieren på grunn av utilstrekkelig beskyttelse kunne innebære smittefare. Hun kan ha dratt smitten med seg til lungeavdelingen og teamet rundt pasienten med hjertestans, til den gamle damen med hoftebrudd eller den unge mannen med armbrudd. Hun kan ha tatt viruset med seg hjem og medført risiko for sin familie, barnas venner og deres familie og venner igjen.

## **«SARS-CoV-2 smitter også i inkubasjonstiden samt hos smittede uten symptomer.»**

SARS-CoV-2 smitter også i inkubasjonstiden samt hos smittede uten symptomer (22–29). Forskning har vist til inkubasjonstider på fra 4 til 5,2 dager (23, 30, 31). Dette samsvarer med Verdens helseorganisasjon (WHO) som rapporterer 2 til 10 dager (32). Smittepotensialet ved ikke-påvist sykdom er stort.

Helsepersonell er i situasjoner med kjent smitte, de håndterer pasienter med påvist covid-19. I slike situasjoner er det viktig med nasjonale, evidensbaserte høyrisikoprosedyrer og at det legges en plan ved eventuell utstyrsknapphet. Prosedyrene må ikke endres på grunn av mangel på utstyr! Videre må helsepersonell sikres at de ikke kan pålegges å gjennomføre slike prosedyrer uten nødvendig beskyttelsesutstyr.

## **Referanser**

1. Folkehelseinstituttet. Ny risiko- og responsrapport om covid-19-epidemien 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/ny-risiko--og-responsrapport-om-covid-19-epidemien2/> (nedlastet 13.05.2020).



2. Zhonghua L, Xing B, Xue Z. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team; 2020. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/> (nedlastet 13.05.2020).
3. Yang W, Cao Q, Quin L. Clinical characteristics and imaging manifestations of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a multi-center study in Wenzhou city, Zhejiang, China. *J Infect.* 2020;80:388–93.
4. Tian S, Hu W, Niu L, Liu H, Xu S, Xiao S. Pulmonary pathology of early-phase 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in two patients with lung cancer. *J Thorac Oncol.* 2020.
5. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris D. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Eng J Med.* 2020.
6. Bourouiba L. Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: potential implications for reducing transmission of COVID-19. *JAMA.* 2020.
7. Zhonghua J, Hu H, Zhi X. Expert consensus on preventing nosocomial transmission during respiratory care for critically ill patients infected by 2019 novel coronavirus pneumonia. Respiratory Care Committee of Chinese Thoracic Society; 2020. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32077661/> (nedlastet 12.05.2020).
8. Zuo M, Huang Y, Ma W. Expert recommendations for tracheal intubation in critically ill patients with novel coronavirus disease 2019. *Chin Med Sci.* 2020.
9. Wax R, Christian M. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams for caring for novel coronavirus (2019-nCov) patients. *Can J Anaesth.* 2020.
10. Brewster D, Chrimes N, Thy B, et al. Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *Med J Austr.* 2020.
11. SIIARTI Airway Research Group and the European Airway Management Society. Airway management. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.esahq.org/esa-news/covid-19-airway-management/> (nedlastet 13.05.2020).
12. Leonardsen A. COVID-19 – en forvirringstilstand. *Dagens Medisin.* 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/08/covid-19--en-forvirringstilstand2/> (nedlastet 13.05.2020).

13. Feldman O, Meir M, Shavit D, Idelman R, Shavit I. Exposure to a surrogate measure of contamination from simulated patients by emergency department personnel wearing personal protective equipment. JAMA. 2020;e-pub ahead of print.
14. Norwegian Institute of Public Health. COVID-19 epidemic: Aerosol generating procedures in health care, and COVID-19. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/aerosol-generating-procedures-in-health-care-and-covid19-rapport-2020.pdf> (nedlastet 13.05.2020).
15. Wenlong Y, Wang T, Jiang B, Gao F, Wang L, Zheng H, et al. Emergency tracheal intubation in 202 patients with COVID-19 in Wuhan, China: lessons learnt and international expert recommendations. BJA. 2020.
16. Regionalt Kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst. Bruk av åndedrettsvern 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.infeksjonskontroll.no/forebygging/5779> (nedlastet 13.05.2020).
17. Oslo universitetssykehus. Bruk av åndedrettsvern ved luftsmitte 2020. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/21564/fields/23> (nedlastet 13.05.2020).
18. Standard Norge. NS-EN 149:2001+A1:2009 Åndedrettsvern – Filtrerende halvmasker til beskyttelse mot partikler – Krav, prøving, merking. 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.standard.no/no/Nettbutikk/produktkatalogen/Produktpresentasjon/?ProductID=388527> (nedlastet 13.05.2020).
19. MacIntyre C, Chughtai A. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. In J Nurs Stud. 2020.
20. Bartoszko J, Farooqi M, Alhazzani W, Loeb M. Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Influenza and other respiratory viruses. 2020.

21. Folkehelseinstituttet. Personlig beskyttelsesutstyr ved covid-19 ved en mangelsituasjon, inkludert råd om utvidet bruk og gjenbruk 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/personlig-beskyttelsesutstyr/#tiltak-for-aa-redusere-behov-for-beskyttelsesutstyr> (nedlastet 13.05.2020).
22. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med.* 2020;382(9): 872-4.
23. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382 (13): 1199-207.
24. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period. *J Infect Dis.* 2020.
25. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci.* 2020.
26. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA.* 2020.
27. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.* 2020;395 (10223): 514-23.
28. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med.* 2020;382 (10): 970-1.
29. Ki M. Epidemiologic characteristics of early cases with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) disease in Korea. *Epidemiol Health.* 2020;42(0): e2020007-0.
30. Pung R, Chiew CJ, Young BE, Chin S, Chen MI, Clapham HE, et al. Investigation of three clusters of COVID-19 in Singapore: implications for surveillance and response measures. *Lancet.* 2020.
31. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med.* 2020.

32. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation report – 7. WHO. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> (nedlastet 13.05.2020).

## FAGUTVIKLING

# Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien

Mange sykepleiere opplever at smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet og menneskelige hensyn. De forteller om en ledelse som har vært fraværende under pandemien.

Covid-19

Eldre

Sykehjem

Siden midten av mars har pasienter og ansatte i geriatrisk helsearbeid hatt en spesielt krevende hverdag. Pandemien covid-19 (SARS-CoV-2) førte til store endringer i helsetjenesten. De skrøpeligste eldre med multisykdom har høyest risiko for alvorlig sykdom og død ved smitte.

Tall fra Norge frem til 24. juni 2020 viser at om lag 87 prosent av meldte covid-19-assosierte dødsfall har vært i gruppen over 70 år (1). Det er også grunn til å tro at sykdomsforløpet hos eldre over 70 år utvikler seg raskere enn hos andre aldersgrupper (2).

Vi stiller derfor følgende spørsmål: Hvordan har det vært å jobbe med den mest sårbare og utsatte pasientgruppen med høyest forventet dødelighet i denne tiden? Hva erfarte sykepleierne som hadde ansvar for våre sykeste gamle?

## Studenter svarte på spørreskjema

Studenter ved en utdanning i geriatrisk vurderingskompetanse fortalte om erfaringer og bekymringer vedrørende covid-19. Vi spurte om de var villige til å dele sine erfaringer med oss via et spørreskjema der resultatene ville bli presentert i en fagartikkel. Spørreskjemaet ble lagt ut i læringsplattformen, og studenter som ønsket å delta, leverte sine svar anonymt i en egen mappe.

Det var 36 studenter i klassen, men frafallet de siste samlingene var betydelig fordi sykepleierne ikke fikk fri fra egen praksis for delta i undervisningen under pandemien. Tjueen sykepleiere som jobber i geriatrisk helsearbeid, og som samtidig fullfører en geriatrisk videreutdanning, svarte på et spørreskjema med åpne spørsmål.

I denne artikkelen formidler vi sykepleiernes erfaringer og refleksjoner om hvordan den første tiden etter pandemiutbruddet i Norge har preget deres arbeidshverdag og pasientenes tilbud om helsehjelp.

I diskusjonen fokuserer vi på hvordan vi kan forstå sykepleiernes svar, og hva vi trenger mer kunnskap om for å være bedre forberedt på en ny bølge av covid-19, eventuelt en ny epidemi eller pandemi med særlige konsekvenser for den syke gamle.

## **Sykepleierne er redde for å smitte andre**

Alle sykepleierne beskriver at de har tatt imot og ivaretatt pasienter med mistanke om covid-19-virus, men få har hatt pasienter med positiv test. Pasienter med symptomer behandles som smittebærere inntil negativt prøveresultat foreligger.

### **«Alle er svært bekymret for å være smittebærere.»**

Det er slående at ingen sier at de er redde for å bli smittet selv, men alle er svært bekymret for å være smittebærere. De er redde for å være den som bringer smitte videre til pasienter, venner og familie som er i risikogruppen. Derfor har mange lite kontakt med venner og familie samt har pålagt egne barn restriksjoner for å begrense smittefaren.

På grunn av pålagte smittevernregler og karantenerregler er et altoverveiende søkelys på smittevern, riktig bruk av smittevernutstyr, renhold og beredskap.

## **Hverdagen er endret etter covid-19**

Sykepleierne beskriver en hverdag der både rollen som arbeidstaker og profesjonsutøver utfordres og forandres. Ikke minst får endringene konsekvenser for pasientene og deres pårørende. Den endrede hverdagen etter introduksjonen av covid-19-viruset ser ut til å ha gjennomgått ulike faser:

Fase 1 handler om de første ukene og beskrives som en urolig tid der det meste er usikkert og kaotisk. Dagene er uforutsigbare og preges av raske endringer og uklare ansvars- og arbeidsforhold. Sykepleierne «bombarderes» med ny informasjon hver dag og ulike beskjeder fra dag til dag.

Informasjonen kommer ikke nødvendigvis fra egen institusjonsledelse.

Sykepleierne skaffer seg gjerne denne informasjonen på egen hånd. For å holde seg oppdatert følger de særlig NRK og nettsidene til Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet.

En sier følgende: «Det nye nå er at jeg starter dagen med frokost og siste nytt fra FHI og Helsedirektoratet.» De beskriver en prosess der rammer og forutsetninger for daglig drift raskt endrer seg, samtidig som de opplever pålegg om å følge direktiver uten mulighet til å påvirke. Hverdagen er preget av kontinuerlig omstilling, der en «veien blir til mens man går»-innstilling er helt nødvendig.

Når situasjonen roer seg, er de over i fase 2. Da er rutiner utarbeidet og arbeids- og ansvarsforhold mer avklart, oppgaver fordelt, tiltak iverksatt og turnus på plass. De beskriver seg selv som forberedt når endringer kommer. Fordi de har lært seg å leve med stadige endringer, er hverdagen mer forutsigbar.

Forventningen om og aksepten av stadig nye beskjeder er den nye hverdagen. Tidspunktet for overgangen til fase 2 varierer på de ulike arbeidsplassene, avhengig av når de har fått struktur og «orden» i organisasjonen.

I det følgende presenterer vi de endringene som sykepleierne beskriver har vært mest sentrale i prosessen. Vi viser dessuten hvilke konsekvenser endringene har medført for sykepleiere og pasienter.

## **Oppgaver og ansvar er forskjøvet**

De fleste sykepleierne beskriver at ansatte i administrative og ledende stillinger er pålagt hjemmekontor. Den digitale ledelsen er kun tilgjengelig på e-post og telefon, noe som medfører at «flere lederoppgaver delegeres til oss som er sykepleiere på arbeidsplassen». En sykepleier sier det slik:

«Ledere og andre som ikke jobber pasientrettet, fikk hjemmekontor. Det medførte en del merarbeid på oss i avdelingen for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen på en mer og mer isolert sykehjemsavdeling og redusere oppgaver i hjemmetjeneste og praktisk bistand.

**«Sykepleierne på avdelingen får nå ansvaret for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen.»**

Flere av oss sykepleiere ble ansvarlig for disse oppgavene. Samtidig skulle vi forberede oss på eventuell smitte med flytting og frigjøring av rom, planlegging av smittebil, kartlegging av smittevernutstyr, bestillinger, rutiner for smittevern ble gjort kjent, etablere lokalt testet team med opplæring av personell sammen med smittevernlegen.»

Sykepleierne på avdelingen får nå ansvaret for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen. Dermed beskriver de en forskyvning av både ledelsesoppgaver og ansvar.

## **Lokaler og arbeidsorganisering er endret**

Flere sykepleiere beskriver at bygninger må endres fysisk for å tilfredsstille de nye smittevernreglene. På kort tid blir avdelinger og andre lokaler omgjort til «koronamottak». Det bygges separate innganger, lages sluser og gjennomføres andre tiltak for å skille pasienter med mistanke om smitte fra pasienter uten mistanke om smitte.

De ansattes arbeidsorganisering endres for å redusere smitteoverføring. De beskriver endret turnus, innføring av 12,5 timers vakter samt begrensning av antall ansatte i samme rom til fem personer og med en til to meters avstand.

Flere beskriver at gruppeorganisering innføres, og noen steder blir de ansatte inndelt i separate team rundt pasienter som er smittet eller mistenkt smittet. Det innebærer også egen turnus, egen garderobe med mer for de ansatte i teamet. Den nye arbeidsorganiseringen utfordrer arbeidslivets normale normer, da regler knyttet til blant annet oppsigelse av turnus ikke blir overholdt.

## **Behovet for arbeidskraft har økt**

En konsekvens av smittevern, karantenerogler og flere arbeidsoppgaver er et større behov for arbeidskraft. Ansatte i deltidstillinger får økt stillingsprosent, andre blir pålagt merarbeid samt mer bruk av ekstravakter og assistenter.

En av sykepleierne fortalte dette: «Det har blitt overtid daglig for å sørge for bestilling av utstyr, klargjøring av rom og opplæring.» Behovet for å bruke assistenter skaper tidvis bekymring siden disse mangler helsefaglig kompetanse, særlig knyttet til smittevern.

## **Nye rutiner og planer er innført**

Alle beskriver at det innføres nye rutiner for å forhindre smittespredning. Det lages smittevernplan, beredskapsplan og ny organisasjonsplan. Det opprettes koronatelefon og vakt ved inngangen som hindrer uvedkommende tilgang til bygninger.

Det kan se ut til at sykepleierne på flere avdelinger er overlatt til seg selv for å finne kunnskapsgrunnlaget for nye rutiner, og at kunnskapsoppdateringen gjøres på fritiden.

Det ser ikke ut til at det er lederne som søker opp kunnskapsgrunnlaget og trekker konklusjoner om hva det konkret innebærer av endringer og tilpasninger. Derimot er det flere steder sykepleierne på avdelingene som må utvikle nye rutiner som er relevante for arbeidsplassen.

En sykepleier forklarer det slik: «Det er store ulikheter i rutiner for smittevern i hver enkelt avdeling i virksomheten, da det legges opp til at hver enkelt avdeling skal utarbeide sine egne rutiner.

Og med da et samtidig fravær av avdelingsledere [da disse har hjemmekontor], er det store forskjeller og avvik. Dette oppleves ikke greit.» Det er derfor ikke rart at flere beskriver at forskjellige avdelinger i kommunen innfører ulike rutiner og regler i starten, noe som skaper mye forvirring og usikkerhet.

## **Behovet for utstyr må dokumenteres**

Sykepleierne beskriver en varierende tilgang på nødvendig smittevernutstyr. Noen har mye, andre har lite, og noen har mangler. Enkelte beskriver at engangsutstyr brukes flere ganger, noe som vekker bekymring. Felles er imidlertid innføringen av ulike kontrollrutiner knyttet til bruk av utstyr.

En arbeidstaker pålegges dette ansvaret, oftest en sykepleier. Ansvaret innebærer å kartlegge behovet for utstyr samt kontrollere bruken av utstyr og bestille utstyr.

Samtidig skal det dokumenteres hvem som har behov for utstyr samt begrunnes hvilket utstyr de trenger og i hvilken mengde. Mange steder har de også en «krisesekk» med utstyr tilgjengelig.

## **Tjenestetilbud er redusert og endret**

Sykepleierne beskriver at tjenestetilbudet til pasientene er kraftig redusert. I hjemmesykepleien er antallet besøk redusert og tiden hos hver enkelt nedkortet. I tillegg forteller de om pasienter som ikke ønsker å opprettholde tilbudet de har vedtak om, grunnet smittefrykt.

Tilbudet om praktisk bistand er for mange falt bort eller har tatt «pause». Videre er tilbud om avlastning, rulleringsopphold, dagsenter og aktivitetssentre lukket. På sykehjem beskriver de at legetjenester er redusert, der konsultasjoner og legevisitt gjøres over telefon eller digitalt.



Sykepleierne beskriver at legene i større grad lytter til deres vurderinger og legger sykepleierens observasjoner og vurderinger til grunn for sine beslutninger om å endre den medisinske behandlingen.

Sykepleierne får dermed et større ansvar for systematisk observasjon, vurdering og dokumentasjon i komplekse pasientsituasjoner der pasienten er sårbar, og der små endringer i funksjon kan være første varsel om akutt sykdom eller akutt funksjonssvikt.

Slike observasjoner og vurderinger krever høy sykepleiefaglig kompetanse – en kompetanse som er mangelfull flere steder. De beskriver også at tiden til rapport i vaktskiftene er redusert til 15 minutter.

## **Pasientene er fortvilet og ensomme**

Flere sykepleiere beskriver at pasientene føler seg dobbelt utsatt; de er både gamle og syke. Noen pasienter i hjemmesykepleien er engstelige for smitte, de våger ikke å ta imot besøk og isolerer seg.

På sykehjem innebærer den endrede hverdagen at noen pasienter spiser alene, de sitter to meter fra hverandre, og ingen kommer på besøk. Pasientene opplever ensomhet og «å være på utsiden av sin egen familie». På sykehjem spør pasienter etter sine og forstår ikke hvorfor de ikke får besøk.

Pasienter er fortvilet og urolige, noen hallusinerer, og noen blir deliriske. På den ene siden beskriver sykepleierne at pasientene er redde, samtidig som de vil følge med og ser på nyheter – og da blir de enda mer urolige.

## **«Sykepleierne etterlyser et mer nyansert nyhetsbilde.»**

Sykepleierne opplever generelt at informasjonen til befolkningen gjennom TV og andre medier har vært overveldende og har inneholdt til dels mye negativ informasjon om eldre. Nærmest daglig har det vært informasjon om dødsfall blant eldre knyttet til covid-19.

Eldre er i risikogruppen, men lite av det som sendes, handler spesifikt om utfordringene med andre særegne symptomer og spesielle hensyn som må tas hos eldre med covid-19. Hva eldre selv ønsker, omtales i liten grad. Dette er en utfordring. Sykepleierne etterlyser et mer nyansert nyhetsbilde.

## Isolerte pasienter krever mer av sykepleierne

Sykepleierne beskriver at når pasientene er ensomme og isolert fra sin egen familie, får sykepleierne som profesjonelle omsorgsutøvere et utvidet ansvar i rollen sin. De gamle har behov for pårørende, men de pårørende er ikke der.

En sykepleier sier følgende: «Det var noe vi snakket en del om, og at vi ble deres sosiale kontakt, og vi fokuserer på at alle skal få tid til å bli sett, hørt og lyttet til mer nå enn vanlig.» Også pårørende har hatt større behov for kontakt med sykepleierne når de ikke har kunnet ha fysisk kontakt med de syke gamle.

Sykepleierne forteller imidlertid også rørende historier der pårørende har kjøpt Ipad, slik at de kan ha kontakt og snakke med den gamle digitalt, eller der pårørende dukker opp og «møter» den gamle gjennom vinduet. Det er emosjonelt, og det krever tilrettelegging fra sykepleierne.

Sykepleierne beskriver tiden med covid-19 som en spennende og utfordrende tid som har gjort noe med arbeidsfellesskapet. Alle vil bidra. Flere sier at de nå er en sammensveiset gjeng, og at de har mindre sykefravær. Samtidig ser de utfordringer og tenker at det ikke kan fortsette slik.

«Det er som vi har glemt den vanlige hverdagen», sier en av sykepleierne. Flere understreker at vi må snakke om de utfordringene som følger med konsekvensene av direktivene og påleggene som er iscenesatt i den hensikt å begrense smitteoverføring av covid-19.

## Diskusjon – hva kan gjøres?

Slik vi ser det, er det særlig nødvendig å løfte frem og diskutere konsekvensene som tiltakene har hatt for pasientene, og forskyvningen av oppgaver og ansvar til sykepleiere i frontlinjen under pandemien.

Når det gjelder konsekvensene tiltakene har hatt for pasientene, kan man lure på hva som har vært vanskeligst å leve med: smittetrusselen eller isoleringen? Hva har vi påført de mest sårbare pasientene med vårt ønske om å skåne dem fra smitteoverføring, og hva ville de skrøpeligste eldre selv valgt om de ble spurt?

Kan isolering, redusert tjenestetilbud, nye rutiner og uro ha bidratt til å utvikle ytterligere funksjonssvikt som eksempelvis ernæringsvikt og endret mental tilstand hos multisyke gamle, slik sykepleierne erfarer?

De sykeste eldre pasientene kan ha vage, diffuse og atypiske symptomer ved smitte av covid-19. De kan ha diaré, kvalme, hodepine eller utmattelse. I tillegg kan symptomer som akutt funksjonssvikt, akutt forvirring, forverring av kronisk sykdom og fall være de eneste symptomene på en infeksjonssykdom (3).

Det gjør det spesielt viktig å observere systematisk og kartlegge ved symptomfremvisning og funksjonsendring hos de skrøpeligste eldre.

## **Blir dokumentasjonen ivaretatt?**

Skrøpelige eldre i terminalfasen grunnet covid-19 kan oppleve dyspné, angst, høy feber og generell sykdomsfølelse (4). De er i tillegg ytterligere utsatt for delirium (5). Sykepleiernes erfaringer tilsier at det kan ha vært krevende og noen steder umulig å ivareta spesielle hensyn hos denne pasientgruppen på grunn av smittevern hensyn og økt belastning på personalet.

Det kan også raskt oppstå et dilemma knyttet til å vurdere når og om den skrøpelige gamle som blir akutt syk under en pandemi, skal legges inn på sykehus fra sykehjem eller hjemmesykepleien. Kliniske retningslinjer er i utgangspunktet vanskelige å følge når den gamle pasienten er multisyk (6).

Det kan se ut til å ha vært en (mis)oppfatning at eldre med akutt sykdom under covid-19 pandemien ikke skulle legges inn på sykehus, men få sin helsehjelp i kommunen (7).

Når sykepleiere forteller om økt arbeidspress, større ansvar og kortere rapporter, er det også grunn til å spørre om det har vært mulig å prioritere dokumentasjon av gjennomførte vurderinger, tiltak og evalueringer i den nye situasjonen? Slik dokumentasjon vil være spesielt viktig med tanke på covid-19 og varierende symptombilder, særlig hos eldre.

Sykepleierne forteller lite om utfordringer knyttet til dokumentasjon under pandemien, men vi vet at pasientdokumentasjonen i utgangspunktet kan være mangelfull hos denne pasientgruppen (8). Det er dermed liten grunn til å tro at økt ansvar og flere oppgaver har bidratt til å styrke dokumentasjonen under pandemien.

## **Oppgaveforskyvningen tredobles**

Sykepleierne forteller om oppgaveforskyvning fra både pårørende, ledere og leger. Under pandemien har de fått en utvidet «pårørendefunksjon», der de i større grad må ivareta psykososiale behov som pårørende ellers bidrar til å dekke.

Som profesjonell omsorgsarbeider er det en kunst å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp uten å være for privat eller personlig. Det har blitt mer utfordrende å finne en god balanse mellom nærhet og avstand i relasjonen.

Det er betenkelig når erfaringene tilsier at sykepleiernes egne oppgaver også har økt i omfang grunnet smittevern og nye tidkrevende rutiner. Erfaringene fra sykepleierne i vårt materiale tilsier tydelig at ansvaret for å vurdere pasienters helsetilstand har vært uavklart og ulikt i praksis.

## «Sykepleierne forteller om oppgaveforskyvning fra både pårørende, ledere og leger.»

Sykdomsbildet hos en eldre covid-19-pasient kan endre seg raskt og kompliseres av akutt lungesvikt, hjertesvikt, sepsis og eventuelt nyresvikt. Sykepleierne forteller ikke noe om hvorfor legene mange steder så til de eldre pasientene sjeldnere enn tidligere.

Pågangen hos fastlege og på poliklinikker har samtidig vært redusert under pandemien. Kunne eksempelvis noe av denne legeressursen vært benyttet på en annen måte for å ivareta de mest sårbare eldre? Kunne kommunen brukt sin styringsrett for å bidra til bedre helsehjelp?

Betydningen av en klar og trygg ledelse i slike unntakssituasjoner er godt dokumentert. Sykepleierne forteller videre om kolleger som har behov for å snakke om sin frykt. En sykepleier forteller derfor om hvor viktig det er å være synlige på avdelingen, svare på telefoner og være tilgjengelige på e-post 24/7. Disse oppgavene går åpenbart utover vanlig turnusarbeid.

## Kompetansebehovet har blitt større

Det kan se ut til at kompetansebehovet har blitt større under pandemien. Det gjelder både smittevern, sykdomsutvikling hos eldre og økt vurderingsansvar. Samtidig forteller sykepleierne om stor vilje til selv å fremskaffe nødvendig kunnskap.

Det er både beroligende og urovekkende. Beroligende fordi de selv ser behovet for ny kunnskap, men urovekkende fordi de forteller om en fraværende ledelse i denne sammenhengen og bruk av fritiden til å tilegne seg nødvendig kunnskap.

Sykepleierne har nå har fått flere oppgaver samtidig med større oppfølgingsansvar og redusert tilgjengelighet av medisinsk kompetanse. Da er det bekymringsfullt at de har fått mindre tid til å utveksle kunnskap til hverandre. I lys av eldre pasienter som en særlig utsatt pasientgruppe kan man spørre seg om ivaretagelsen av behovet for helsehjelp har vært forsvarlig.

Hva har vært viktige lederutfordringer, og hvordan kan disse løses for å bidra til en god klinisk ledelse i slike utfordrende perioder? Dette spørsmålet er viktig å besvare i fremtiden.

## **Smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet**

Det ser ut til at uttalelsen fra en sykepleier om at «min største bekymring har vært etiske problemer og faglig forsvarlighet» sammenfatter det faktumet at smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet og menneskelige hensyn, og at sykepleiere i frontlinjen må bære dette ansvaret i møte med syke gamle.

Paradoksalt nok har sykefraværet hos sykepleiere flere steder likevel vært lavt, og mange forteller om en opplevelse av spennende og utfordrende dager med omstilling og ny informasjon, og om en sammensveiset gjeng med kolleger som gjør sitt beste.

Oppsummert tyder mye på at sykepleiere har evnen og viljen til å bidra utover det som er deres ansvar når det er behov for det. En tilstedeværende ledelse er likevel helt nødvendig i unntakstilstander slik vi har opplevd med covid-19.

Ledelsen må sikre den daglige driften og en forsvarlig ansvarsfordeling. Slik kan sykepleiere frigjøre tid til å ivareta menneskelige hensyn, nye kunnskapsbaserte rutiner og faglig forsvarlighet i samsvar med pasientenes ønsker.

## **Referanser**

1. Folkehelseinstituttet. Statistikk om koronavirus og covid-19. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus> (nedlastet 24.06.2020).
2. Eriksen S, Grov E, Lichtwarck B, Holmefoss I, Bohn K, Myrstad C, et al. Behandling, omsorg og pleie for døende sykehjemspasienter med covid-19. Tidsskr Nor Legeforen. 2020;140(8). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0306](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0306)
3. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
4. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu s, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020;180(7):934-43. DOI: [10.1001/jamainternmed.2020.0994](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994)
5. Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. Delirium hos pasienter med covid-19. Tidsskr Nor Legeforen. 03.04.2020. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0264](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0264)

6. Grimsmo A, Løhre A, Røsstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018;36(2):152–60. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
7. Wyller TB. «Hvileskjær» i pandemien må brukes til bedre planlegging for de eldste. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2020;(8). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0325](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0325)
8. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wyller TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):645. DOI: [10.1186/s12913-017-2600-x](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x)