

Covid-19: Hva påvirket arbeidsforholdene på en teststasjon?

Til tross for utfordringer som smitteangst, sosial isolasjon og høy arbeidsbelastning trivdes de ansatte godt på teststasjonen.

Julie Grande Kristiansen

Sykepleier

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Linda Rahman

Sykepleier

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Beate André

Sykepleier og førsteamanuensis

Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Eva Rinnan

Seniorrådgiver

Kommunedirektørens fagstab, Trondheim kommune

Teststasjon

Smitte

Stress

Arbeidsmiljø

Sykepleien 2022;110(88240):e-88240

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88240

Hovedbudskap

Flere faktorer påvirket arbeidsforholdene til helsepersonell som jobbet med testing under covid-19-pandemien: angst for smitte, sosial isolasjon, tilstedeværende ledelse, opplæring, arbeidsmiljø, høy arbeidsbelastning og åpen kommunikasjon. Til tross for en del utfordringer trivdes informantene godt på arbeidsplassen. De opplevde at jobben var meningsfull på grunn av den store samfunnsnyttens den innebar.

Covid-19-pandemiens store omfang har ført til utfordringer for helsepersonell. Pandemien spredde seg raskt til hele verden og rammet mange mennesker. Den presset kapasiteten til et allerede presset helsevesen (1).

Helsevesenets innsats måtte systematiseres og skaleres opp lokalt for å stanse videre smitte så raskt som mulig blant annet ved hjelp av omfattende testing for å identifisere smittede personer.

Teststasjoner for covid-19 ble opprettet for å øke testkapasiteten. Ansatte ble omdisponert fra andre enheter i kommunen for å sikre rask rekruttering til stasjonene (2).

Positive faktorer har dominert

Ny forskning viser at helsepersonell som arbeidet med pandemien, opplevde stress og mentale utfordringer (1). Det er også registrert høyere forekomst av covid-19-smitte blant helsepersonell enn i den øvrige befolkningen (3).

Vi undersøkte hvordan helsepersonell som har arbeidet på teststasjoner for covid-19, har opplevd situasjonen. Selv om de har følt på usikkerhet og høy arbeidsbelastning, har de positive faktorene vært dominerende. De har vært fornøyd med arbeidsplassen og sitter igjen med en følelse av at de har gjort en viktig jobb for samfunnet.

På denne bakgrunnen ønsket vi å utforske følgende problemstilling: Hva påvirket arbeidsforholdene på en teststasjon for covid-19?

Metode

Bakgrunnen for artikkelen er et prosjekt som to bachelorstudenter gjennomførte ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og en teststasjon for covid-19. Vi gjennomførte datainnsamlingen i mars 2021.

Vi valgte en kvalitativ tilnærming siden det er hensiktsmessig når man skal undersøke menneskelig samhandling (4). Kvalitativ metode benyttes når man ønsker å fange opp meninger og opplevelser som det ikke er mulig å tallfeste eller måle (5).

Gjennomføring av intervju

Vi gjennomførte intervjuer via Google Zoom. Utvalget besto av fire personer som har jobbet heltid på en teststasjon for covid-19 i mer enn seks måneder. Alle informantene var kvinner. Halvparten av dem var yngre enn 40 år, og halvparten var eldre enn 50.

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer med ett individuelt intervju for hver informant. I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med tre temaer. Ved å stille åpne spørsmål kunne informantene snakke fritt, og det ga oss muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål underveis.

Analyse

Vi transkriberte hvert intervju kort tid etter at intervjuet fant sted (5). Deretter foretok vi en analyse gjennom systematisk tekstkondensering (4). Den sammensatte betydningen organiserte vi i nye beskrivelser i en ferdig tabell (5).

Etiske overveielser

Informantene fikk muntlig informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene og samtykket til å delta. De ble informert om at deltakelse var anonymt og frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst.

All informasjon behandlet vi konfidensielt ved å anonymisere informantene og nummerere dem som informant 1-4. Vi forsikret dem om at ingen informasjon vi fikk gjennom intervjuene, skulle brukes til noe annet enn dette prosjektet.

Resultater

Resultatene inneholder tre kategorier og elleve underkategorier, som presenteres i tabell 1.

Tabell 1. Kategorier og underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Stressforhold	Økt usikkerhet i begynnelsen Frykt for å bli smittet Begrenset sosialt liv Bekymring rundt nyansatte
Arbeidsforhold	Åpen og direkte kommunikasjon blant ansatte Høy trivsel på arbeidsplassen Følelse av å være samfunnsnyttig
Organisasjonsforhold	Periodevis stor arbeidsbelastning God håndtering av pandemien Tilstedeværende ledelse

Stressforhold

Informantene fortalte at de var usikre i begynnelsen av pandemien og ansettelsen på grunn av frykten for å bli smittet. Usikkerheten gikk gradvis over da fikk mer kompetanse, kontroll og trygghet i arbeidet: «Jeg var redd for å bli smittet i starten. Rutinene ble bedre, og jeg har fått økt kompetanse. Det ble etter hvert en av de tryggeste plassene å jobbe på» (informant 1).

«Informantene fortalte at pandemien i kombinasjon med arbeidsplassen begrenset deres sosiale liv.»

De fleste informantene fortalte at de var bekymret da det ble ansatt nye kolleger. Noen hadde tillit til at ledelsen sørget for god opplæring av de nyansatte. Flere fortalte at det ble gjort en vurdering av om de nye kollegene var egnet til å arbeide med smittevern.

«Den største bekymringen har vært nye kolleger som må ha opplæring i smittevern. Når nye kommer på opplæring, gjøres det en vurdering om vedkommende kan håndtere smittevern, og mestrer det» (informant 1).

Informantene fortalte at pandemien i kombinasjon med arbeidsplassen begrenset deres sosiale liv. Flere informanter isolerte seg sosialt i frykt for å være smittet og smitte kollegaer. Det var krevende for dem: «Jeg har blitt veldig avstumpet sosialt i frykt for å ta med meg smitte på jobben. Jeg begynner å bli drittlei av å isolere meg på grunn av jobben jeg har» (informant 3).

Arbeidsforhold

Informantene fortalte om åpen og direkte kommunikasjon på arbeidsplassen. De fleste satte pris på at kolleger passet på hverandre når det gjaldt smittevern.

Noen av dem fortalte at de opplevde at åpenheten gikk for langt, og følte seg til tider hakket på av kolleger. Det skyldtes stress og dårlig tid på jobben: «Det var en periode jeg ble for mye hakket på av en kollega. Konflikten gikk på arbeidsoppgaver. Jeg tror konflikten og kommunikasjonen var mye blandet med stress og dårlig tid» (informant 2).

Informantene fortalte at arbeidsmiljøet og arbeidsmoralen var bra. De fortalte at ansettelsen var frivillig. De følte at jobben de gjorde, var samfunnsnyttig og givende.

Engasjementet ble større ved følelsen av å gjøre en viktig jobb for samfunnet: «Jeg føler meg sliten på en god måte etter jobb. Jeg synes jobben er givende og samfunnsnyttig. Det er godt å bidra. Kanskje det står om oss i historiebøkene om noen år» (informant 3).

Organisasjonsforhold

Arbeidsbelastningen har til tider vært stor. I perioder med høyt smittetrykk var det varierende arbeidstider og overtidsarbeid. Informantene oppga at overtidsarbeid var frivillig: «Vi gikk elleve timers skift og jobbet seks dager i uka på det verste. Det her var i jula når alle dro hjem for å kose seg og se på tegnefilm. Det er ikke standard, det var for å ta unna toppene» (informant 3).

«Alle ble hørt og tatt på alvor av ledelsen.»

Informantene fortalte at ledelsen på arbeidsplassen var tilstedeværende. Noen informanter fortalte at ledelsen var den beste de hadde hatt, og at ansatte alltid var i fokus.

Alle ble hørt og tatt på alvor av ledelsen: «Arbeidsplassen har en av de beste ledelsene jeg har vært borti. De ansatte er fokuset til ledelsen og prøver å løse alle utfordringer vi møter» (informant 1).

Likevel fortalte noen informanter at de ikke fikk tilfredsstillende opplæring. Den var kortvarig, og de følte seg kastet ut i arbeidet: «Jeg synes ikke jeg fikk god nok opplæring i begynnelsen. Jeg gjennomførte et digitalt kurs på nettet før jeg begynte, og deretter en opplæringsdag på jobb hvor halve dagen var opplæring, og resten måtte jeg jobbe selvstendig» (informant 2).

Diskusjon

Informantene var redd for smitte

Funn fra våre intervjuer står i kontrast til forskning som viser høy forekomst av psykiske problemer hos helsepersonell under en pandemi (1). Informantene vi intervjuet fortalte likevel om usikkerhet i begynnelsen av pandemien og ansettelsen. Usikkerheten var primært knyttet til frykten for å bli smittet selv.

Frykten kan bunne i tilgang på ressurser og pandemiens uforutsigbarhet ettersom den kom brått på hele verden. Funnene viser at negative følelser hos de ansatte gikk over da de fikk kompetanse og en følelse av kontroll i arbeidet sitt.

En annen stressfaktor hos de ansatte var nytilsatte. Informantene fortalte at de var usikre på om de nye mestret arbeidet med smittevern. Det kan tenkes at usikkerheten skyldtes manglende opplæring da de selv begynte. God opplæring er en beskyttende faktor mot stress under arbeidet i en pandemi (1).

Stress er en subjektiv følelse

Informantene følte på stor redsel, skam og konsekvenser dersom de skulle være smittet og var på jobb. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere må ivareta miljøhensyn og vise ansvarsbevissthet (6). Det fører til at helsepersonell føler på et større ansvar for å følge de nasjonale retningslinjene om å begrense sosial kontakt.

Verdens helseorganisasjon (WHO) belyser på den andre siden viktigheten av at helsepersonell opprettholder kontakt med familie og venner under en pandemi (7).

Yrkesrelatert stress oppstår når det stilles høyere krav i arbeidet enn individet behersker. Dersom stressterskelen overskrides, utløses stressrespons (8–9). Funnene våre viser at ansatte har vært utsatt for mange stressfaktorer, men det kan tenkes at beskyttende faktorer mot stress har vært dominerende.

Stress er en subjektiv følelse, og kilder på teststasjonen kan derfor være vanskelig å identifisere (8). Teststasjonen er en aktiv arbeidsplass med høye krav til de ansatte. Informantene oppga likevel at de følte kontroll og støtte i sitt arbeid. Ut fra krav-kontroll-modellen fører denne kombinasjonen til positiv utvikling og vekst hos ansatte (8).

Arbeidet var kognitivt krevende

Samhandling på en arbeidsplass med høyt tempo stiller høye relasjonelle krav til de ansatte (10). Informantene fortalte om et ugunstig arbeidsmiljø med smittede pasienter samt høyt arbeidspress og strenge krav til smittevernrutiner.

Arbeidet var kognitivt krevende fordi de ansatte måtte være konsentrert til enhver tid for å unngå feil med smittevernrutiner. Summen av disse jobbkravene kan føre til en helsereduserende prosess dersom ansatte på teststasjonen ikke klarer å imøtekomme arbeidskravene (11).

«Informantene i prosjektet følte seg samfunnsnyttige i jobben.»

Samarbeid på arbeidsplassen, muligheter for å lære og en opplevelse av at jobben er meningsfull, har betydning for arbeidsmotivasjonen (12). Informantene i prosjektet følte seg samfunnsnyttige i jobben, og engasjementet på arbeidsplassen steg når de utførte arbeid med høy nytteverdi.

Helsepersonell ønsker å arbeide med covid-19 fordi det fører til hengivenhet, takknemlighet og profesjonelt ansvar. De har opplevd stor støtte fra samfunnet under pandemien og angir at de vil føle stolthet når pandemien er over (13).

Det var åpen kommunikasjon mellom de ansatte

Helsepersonells arbeid har daglig blitt synliggjort i mediene gjennom smittetall og pandemiens omfang. Søkelyset på helsepersonell har vært enormt; blant annet ble det arrangert en felles applaus for deres innsats (14).

Oppmerksomheten kan gjøre at de føler seg ekstra viktige og sett og derfor ønsker å bidra. Informantene i dette prosjektet ble frivillig rekruttert til teststasjonen. Det står i kontrast til forskning fra andre land, hvor helsepersonell har blitt beordret til å arbeide med covid-19 (13).

Funnene våre viser at det har vært åpen og direkte kommunikasjon mellom de ansatte på teststasjonen. Tidligere forskning viser at direkte kommunikasjon er en beskyttende faktor mot stress under arbeid med en pandemi, og ineffektiv kommunikasjon er en risikofaktor (1, s. 9).

Våre intervjuer viser også at direkte kommunikasjon ved noen tilfeller førte til konflikt mellom medarbeidere. Kommunikasjon under stress kan være utfordrende, og blant annet kritikk, aksept og empati blir redusert (15). Det kan være en forklaring på at åpen og direkte kommunikasjon kan ha både positive og negative virkninger.

Støtte fra kollegaer har stor betydning

Informantene våre hevdet at teststasjonen hadde et godt arbeidsmiljø fra dag én. Annen forskning viser at sosial støtte er en beskyttende faktor mot stress under arbeid med en pandemi (1, 15).

Forskning støtter viktigheten av støtte fra kolleger, spesielt under en pandemi (6, 16). Funnet om at helsepersonell på teststasjonene isolerte seg sosialt utenom arbeidstiden, gjør at den sosiale støtten på arbeidsplassen er desto viktigere.

Tidligere forskning viser at opplevelsen av å få støtte fra arbeidskolleger har stor betydning for arbeidsprestasjonen (13, 15). Det kan derfor tenkes at det gode arbeidsmiljøet har lettet på mange stressfaktorer helsepersonell var utsatt for på teststasjonen.

Informantene følte seg sett av ledelsen

Selv midt i en skremmende global pandemi er kjerneaspekter ved arbeidsplassens funksjon, tillit, kommunikasjon og samarbeid fortsatt relevante. Organisasjoner som er i stand til å opprettholde disse aspektene, kan redusere mange av de andre stressfaktorene (17).

Forskning viser at støtte fra organisasjonen og ledelsen er en viktig beskyttende faktor under arbeid med en pandemi (1). Informantene i vårt prosjekt var veldig fornøyd med ledelsen på arbeidsplassen og følte at de ble tatt på alvor når de fortalte om utfordringer.

De følte seg sett og opplevde at lederne var engasjerte, dyktige og løsningsorienterte. Mangel på deltakelse i beslutninger og fraværende ledelse kan føre til lavt engasjement blant ansatte (8).

Hvis ledelsen legger vekt på faktorer som planlegging, redusert arbeidsbelastning og godt arbeidsmiljø, blir arbeidsplassen bedre rustet til å møte utfordringer og uventede endringer (15). Det kan være årsaken til at teststasjonen vi arbeidet med i vårt prosjekt, har mestret covid-19-situasjonen godt.

Ledere og ansatte er ulikt involvert i målstyringsprosessene, og det er rimelig å anta at dersom ansatte har en sterk skepsis til målstyringsregimet, kan det smitte over til synet på ledelsen (18).

På teststasjonen kan det se ut til at ledelsen har lyktes i å oversette organisasjonens mål til oppgaver som gir mening for de ansatte, slik at de fikk begrepsfestet innholdet i arbeidet med pandemien.

Opplæringen var ikke god nok

Til tross for at informantene mente at det var god ledelse, oppga de fleste at opplæringen ikke var tilfredsstillende. Forskning viser at god nok opplæring er en beskyttende faktor mot stress under arbeid i en pandemi (1).

Følelsen av for dårlig opplæring kan være en årsak til at helsepersonell følte på usikkerhet i begynnelsen av arbeidet. Informantene nevnte at angsten gikk over da de fikk økt kompetanse.

Arbeidsmiljøloven krever at arbeidsgiveren gjennomfører opplæring for ansatte (19). Hva som er god nok og tilfredsstillende opplæring, er likevel et definisjonsspørsmål og en individuell oppfatning.

«Våre intervjuer viser at det i perioder var høy arbeidsbelastning.»

Våre intervjuer viser at det i perioder var stor arbeidsbelastning. Høy arbeidsmengde, overtidsarbeid og tidspress fører til følelsesmessig utmattelse hos helsepersonell (8).

Informantene ga uttrykk for at det var mye overtidsarbeid i perioder med økt smittetrykk, men at overtidsarbeid var frivillig. Å arbeide elleve timer seks dager i uken er belastende, men det kan tenkes at de ansatte var villig til å gjøre det på grunn av nytteverdien av arbeidet.

Konklusjon

Vårt prosjektet viser at flere faktorer påvirket arbeidsforholdene til helsepersonell som jobbet med testing under covid-19-pandemien. Blant funnene er angst for smitte, sosial isolasjon, tilstedeværende ledelse, opplæring, arbeidsmiljø, høy arbeidsbelastning og åpen kommunikasjon.

På tross av en del utfordringer trivdes informantene godt på arbeidsplassen og opplevde jobben som veldig meningsfull på grunn av den store samfunnsnyttens den innebar. Det ser ut til at kommunen lyktes med å etablere et godt arbeidsmiljø på en helt ny arbeidsplass med helsepersonell som tidligere ikke hadde jobbet sammen.

Det vil i fremtiden være viktig å undersøke beskyttende faktorer mot stress på arbeidsplasser med høyt arbeidstempo, både generelt og under en pandemi.

Vårt arbeid med dette prosjektet viser at et godt arbeidsmiljø og en tilstedeværende ledelse gjør at helsepersonell trives i jobben, selv under ekstremt høy arbeidsbelastning. Det vil også være viktig å undersøke ettervirkninger hos helsepersonell når arbeidet med denne pandemien er over.

Referanser

1. De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, De Buck E. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): a rapid systematic review. PLoS ONE. 2020;15(12):e0244052. DOI: [10.1371/journal.pone.0244052](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052)
2. Guldvog B, Husøy S. Bruk av personellressurser ved TISK. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Bruk%20av%20personellressurser%20ved%20TISK.PDF> (nedlastet 20.05.2021).
3. Myrstad M. Koronasmitte i førstelinjen. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2021;(3). DOI: [10.4045/tidsskr.21.0076](https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0076)
4. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2002;122:2468–72.
5. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
6. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer. Oslo: NSF; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-o/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 23.04.2021).
7. Helsebiblioteket. Koronavirus og psykisk helse: råd til helsepersonell, befolkning og andre fra WHO. Oslo: Helsebiblioteket; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/koronavirus-og-psykisk-helse-rad-til-helsepersonell-befolkning-og-andre-fra-who> (nedlastet 28.04.2021).
8. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. JAN – Leading Global Nursing Research. 2003;44(6):633–42. DOI: [10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x](https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x)
9. Arbeidstilsynet. Stress. Oslo: Arbeidstilsynet; u.å. Tilgjengelig fra: <https://arbeidstilsynet.no/tema/stress> (nedlastet 03.05.2021).
10. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2015.

11. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22(3):309–28. DOI: [10.1108/02683940710733115](https://doi.org/10.1108/02683940710733115)
12. Ahlstedt C, Lindvall CE, Holmström IK, Athlin ÅM. What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *Int J Nurs Stud*. 2019;89:32–8. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008)
13. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020;48(6):592–8. DOI: [10.1016/j.ajic.2020.03.018](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018)
14. Fiske E. Klapping er fint, men sykepleiere trenger mer enn et «takk». *Sykepleien*. 20.03.2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/03/klapping-er-fint-men-sykepleiere-trenger-mer-enn-et-takk> (nedlastet 28.04.2021).
15. André B, Frigstad SA, Nøst TH, Sjøvold E. Exploring nursing staff's communication in stressful and non-stressful situations. *J Nurs Manag*. 2015;24(2):175–82. DOI: [10.1111/jonm.12319](https://doi.org/10.1111/jonm.12319)
16. Helsebiblioteket. Slik kan du støtte medarbeidere og kolleger under covid-19 pandemien (Helsedirektoratet). Oslo: Psyknytt; 26.05.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-kan-du-stotte-medarbeidere-og-kolleger-under-covid-19-pandemien-helsedirektoratet> (nedlastet 04.05.2021).
17. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse reports of stressful situations during the COVID-19 Pandemic: qualitative analysis og survey responses. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8126. DOI: [10.3390/ijerph17218126](https://doi.org/10.3390/ijerph17218126)
18. Heen H, Salomon RH. *Varme konflikter i arbeidslivet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.
19. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (nedlastet 26.01.2022).

DEBATT

– Sykepleiere utsettes for smitte hver eneste dag, men får ikke nok lønn for strevet

– I disse dager er hele verden i koronaens vold, og nok en gang står sykepleiere og andre helsearbeidere i første rekke. Likevel kan man skyte en hvit pinn etter høyere lønn, skriver innleggsforfatteren.

Nina Melfald

Pensjonist og tidligere operasjonssykepleier og faglærer

Covid-19

Koronavirus

sykepleiermangel

Da jeg gikk på sykepleierhøyskolen i 60-årene, lærte vi om tuberkulosen – hvordan sykdommen herjet og hvor mange som døde. Den rammet alle slags mennesker – gamle, unge, menn og kvinner.

Smittefaren var stor, og flere sykepleiere døde mens de var i arbeid på sykehusene. Men en vaksine ble forsket frem, noe som gjorde slutt på tuberkulosens herjinger. Etter det trodde man ikke at nye epidemier/pandemier igjen ville oppstå.

Smittetallene øker

Men så kom hiv og aids. Dette var virus som skapte stor frykt på sykehusene blant helsepersonell.

Etter hvert som man fikk større kunnskap om viruset, viste det seg at det ikke var så smittsomt som fryktet dersom man tok sine forholdsregler. I dag regnes sykdommen mer som en kronisk tilstand enn en dødelig sykdom. Senere kom ebola, men ikke til vår del av verden, og per i dag er den så godt som utryddet.

«Over en million mennesker er døde, og rundt 43 millioner smittet.»

I disse dager er hele verden i koronaens vold. Over én million mennesker er døde, og rundt 43 millioner smittet, og tallene bare øker.

Sykepleiere dør

I første rekke står nok en gang sykepleierne og andre helsearbeidere.

Sykepleierne står nå på døgnet rundt. Det er de som er tettest på koronapasientene. I disse dager er det enorme utfordringer med covid-19-viruset i hele USA, de fleste land i Sør-Amerika, Afrika, Pakistan, India og Israel. Land i Europa er også sterkt rammet, blant annet England, Frankrike, Spania, Italia, Portugal, Belgia, Nederland, Sverige, Irland og mange flere.

Klarer ikke beskytte helsepersonell

Hver dag utsettes sykepleiere for covid-19-viruset og alle de farene som følger med – som smitte, infeksjoner og psykiske plager. Og tusenvis av helsearbeidere rundt om i verden dør av viruset. Man klarer med andre ord ikke å beskytte sykepleierne og helsearbeidere godt nok under pandemien.

Utrolig nok sliter helsepersonell med å få tilstrekkelig med smittevernustyr, og det psykiske presset fører til sykdom, fravær og utbrenthet.

I Norge er det i dag få innlagte koronapasienter på sykehus, og godt er det. Likevel er sykehus og sykepleierne fortsatt i beredskap om pandemien igjen vil øke i styrke. Da vil også behovet for respiratorbehandling øke.

Får ikke lønn for strevet

I Norge og i andre land har helsepersonellets innsats blitt møtt med applaus og klappsalver, noe som aldri har skjedd før.

Og utrolig nok, så ble det fra flere hold sagt at sykepleierne nå må få bedre betalt. Det var en skam at lønnen var så dårlig. Det var den gang. Nå er det ingen som klapper, og høyere lønn kan man skyte en hvit pinn etter. Hverdagen er tilbake, og i høstens lønnsoppgjør er det foreslått en lønnsøkning på 1,7 prosent.

«Vi mangler 6000 sykepleiere, og eldrebølgen – vet vi – er rett rundt hjørnet ...»

Sykepleierne når lønnstoppen etter 10 år. Etter det står det stille for både opprykk og ansiennitet med lønn deretter.

Mange slutter og begynner i annet arbeid. Sykehusene mister med dette verdifull kompetanse og kunnskap, og per i dag mangler vi 6000 sykepleiere.

Dette er et tall som bare vil øke, og eldrebølgen – vet vi – er rett rundt hjørnet ...

I skrivende stund øker smittefaren i Norge, og flere er igjen lagt inn på sykehus. Noen pasienter ligger også i respirator, og pandemien herjer fortsatt.

Innlegget ble først publisert i Telemarksavisa.

FAGUTVIKLING

Gode smittevernprosedyrer må følges – både nå og etter pandemien

Smitteverntiltakene i forbindelse med covid-19 er i ferd med å glippe. Det samme skjedde etter svineinfluensaen. Hvordan kan vi klare å opprettholde et godt smittevern?

Forebygging

Smitte

Infeksjon

Helsetjeneste

Covid-19

For noe som føles som en liten evighet siden, trakk jeg inn et eksempel i undervisningen min om forskning for studenter ved videreutdanningene i akutt-, anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie. Formålet var å påpeke at man ikke kan generalisere én hendelse til å gjelde alle:

En pasient kom inn med ambulanse fra en trafikkulykke, med en blødende skade i hodet, som var dekket med en kompress. Kompressen falt av idet ambulanspersonellet trillet forbi en sykepleier i gangen. Sykepleieren bøyd seg ned, plukket opp kompressen fra gulvet og plasserte den tilbake over såret.

Den overflatiske, generaliserende «konklusjonen» min var at «alle sykepleiere på aktuelle sykehus er elendige på smittevern». Denne påstanden vekket, heldigvis, sterke reaksjoner, som jo også var formålet. Men eksemplet var dessverre reelt.

Samfunnet har blitt gjenåpnet etter den første bølgen av koronapandemien. Mennesker samles i større grupper, og noen går rett forbi håndspritene i butikkene. Egne erfaringer og tilbakemeldinger fra kolleger, pasienter og pårørende indikerer en sviktende etterlevelse av smittevernprosedyrer i helsetjenesten.

Infeksjoner kan unngås i helsetjenesten

For helsepersonell har smitteverntiltak i stor grad vært rettet mot å unngå helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) for pasientene. HAI er infeksjoner som personer får mens de mottar behandling for andre tilstander. Slike infeksjoner forårsaker store medisinske, økonomiske og personlige belastninger, og i verste fall dødsfall (1).

I dagens pandemisituasjon har viktigheten av smittevern blitt aktualisert på nytt. Vern mot smitte angår alle, fra pasienter til helsepersonell eller omvendt, fra pasienter eller helsepersonell til andre utenfor helsetjenesten, eller fra person til person generelt i samfunnet.

«Vern mot smitte angår alle.»

Prevalensundersøkelser som ble gjennomført ved norske helseinstitusjoner i 2016, viste at henholdsvis 4,7 prosent av pasientene ved norske sykehus og 5,4 prosent av sykehjemspasientene hadde en eller flere helsetjenesteassosierte infeksjoner på undersøkelsesdagen (2, 3). Slike infeksjoner kunne vært unngått ved å etterleve smittevernprosedyrer.

Etterlevelsen av smittevern er forskjellig

Forskning viser til forskjeller mellom ulike profesjoner når det gjelder etterlevelse av og kunnskap om standard forholdsregler og smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (4-7).

Et eksempel fra min egen forskning viser for eksempel at operasjonssykepleiere har bedre kjennskap til smittevernprosedyrer under operasjon enn både anestesipersonell og kirurger (7).

I en annen studie fant forskere at leger i mindre grad iverksatte smitteforebyggende tiltak og også anga lavere risiko for smitte enn sykepleiere (5).

«Manglende etterlevelse av håndhygieneprosedyrer er et universelt problem.»

Cutter og Jordan viser i sin studie at tidsmangel, økonomiske hensyn og det at beskyttelsesutstyr ikke er tilgjengelig, oppgis som årsaker til at helsepersonell ikke følger smittevernprosedyrer (4).

Håndhygiene er et av de mest effektive smitteverntiltakene. En oppsummeringsartikkel fra 2015 med 96 studier viser til en median etterlevelse av prosedyrer for håndhygiene på 40 prosent.

Etterlevelsen var lavere på intensivavdelinger (30–40 prosent) enn på andre sykehusavdelinger (50–60 prosent), lavere blant leger (32 prosent) enn sykepleiere (48 prosent) og lavere før (21 prosent) enn etter (47 prosent) pasientkontakt. Konklusjonen var at manglende etterlevelse av håndhygieneprosedyrer er et universelt problem (8).

«Pasientnært arbeid» tolkes ulikt

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) skal helsepersonell utføre håndhygiene

- før de tar på en pasient
- etter rene eller aseptiske prosedyrer
- etter å ha vært utsatt for kroppsvæsker eller risiko for dette
- etter å ha tatt på en pasient, og
- etter å ha berørt pasientens omgivelser (9).

«Pasientens omgivelser» inkluderer pasientens hud samt overflater pasienten berører eller er i direkte kontakt med, som sengegjerde, nattbord, sengetøy, infusjonsslanger eller annet medisinsk utstyr.

Videre inkluderer de overflater som helsepersonell berører ofte mens de utøver pleie eller behandling av pasienter, som monitorer eller knapper (10).

Tolkningen av hva som er «pasientnært» eller «pasientens omgivelser», varierer blant helsepersonell og smittevernekspert. Ulike tolkninger kan igjen føre til manglende smitteverntiltak når det faktisk er nødvendig.

I studien til Bogdanovic og medarbeidere fant de at smitteverntiltak var basert på «intuisjon» og «helhetsvurdering». Det som helsepersonell og eksperter var 100 prosent enige om angående smitterisiko, var gjenstander som hyppig er i direkte kontakt med pasienten, som seng og sengetøy.

Gjenstander som PC, helsepersonellets mobiltelefon eller papirdokumenter ble ikke ansett som pasientnære. Mobile gjenstander ble dermed ansett å ha lav risiko for smitte, til tross for at de innebærer høy risiko for smitte nettopp fordi de transporteres fra sted til sted (11).

Godt smittevern bryter smittekjeden

Smittekjeden omfatter smittestoff–smittekilde–utgangsport–smittevei–inngangsport–smittemottaker (12). Smitteverntiltak kan iverksettes for å bryte hvert ledd av kjeden for å forhindre smitte.

Det mest fryktede smittestoffet per august 2020 er SARS-CoV-2, koronaviruset som kan medføre utvikling av sykdommen covid-19.

I forbindelse med dagens koronapandemi utarbeider Folkehelseinstituttet evidensbaserte nasjonale anbefalinger ikke bare til helsepersonell, men til hele befolkningen. Anbefalingene når det gjelder håndhygiene er følgende:

- Vask hendene ofte og grundig med såpe og vann, særlig etter hosting eller nysing, etter toalettbesøk, før tilbereding av mat, før måltider, etter kontakt med dyr og ellers ved synlig skitne hender. Det anbefales å vaske hendene når man kommer hjem etter å ha vært ute blant folk.
- Hånddesinfeksjonsmiddel eller håndsprit med minst 70 prosent alkohol virker mot koronaviruset og er et godt alternativ dersom håndvask ikke er mulig. Hvis hendene er synlig skitne eller våte, har hånddesinfeksjon redusert effekt. Da bør hendene i stedet rengjøres med såpe og vann.
- Smitteoverføring via hender med hansker skjer på samme måte som for hender uten hansker. Derfor anbefales ikke rutinemessig bruk av engangshansker.
- Unngå å ta deg i ansiktet. Da hindrer du indirekte kontaktsmitte fra hendene til øyne, munn og luftveier (13).

Fornektes smitterisikoen i helsevesenet?

Forskning viser at helsepersonell med fingerringe, inkludert glatte giftringe, har økt forekomst av mulige sykdomsfremkallende bakterier på hendene. Armbåndsur vanskeliggjør god håndhygiene, og helsepersonell med armbåndsur har langt høyere forekomst av bakterier på hendene enn helsepersonell uten armbåndsur.

Bruk av armbåndsur fører derfor til en økt risiko for overføring av mikroorganismer (14). Likevel ble både ringe og armbåndsur hyppig observert på helsepersonell – i hvert fall før pandemien.

«Vaskes hender før og etter bruk? Rengjøres telefonen?»

Mobiltelefoner, både private og jobbrelaterte, er hyppig brukt i helsetjenesten i dag. Flere studier viser at mobiltelefoner er mulige faktorer for smittespredning og spredning av fryktede antibiotikaresistente patogener (15–17).

Likevel har de fleste blant helsepersonell (og pasienter eller pårørende) mobiltelefonen kontinuerlig i umiddelbar nærhet og i hyppig bruk. Vaskes hender før og etter bruk? Rengjøres telefonen?

Mye er usikkert med covid-19

Det vanskelige med koronaviruset er at alle ledd i smittekjeden har vært nye og ukjente. Hva innebærer smittefare? Hvilke tiltak er effektive og/eller nødvendige? Hva er trygt eller ikke trygt? Forskere har forsøkt å identifisere likhetstrekk med tidligere koronavirus, men det finnes ikke sikre likheter.

Ny forskning publiseres fortløpende, nye anbefalinger knyttet til smittevern introduseres internasjonalt og nasjonalt. Stadige endringer i informasjon og i hvordan man skal forholde seg, skaper mye utrygghet både blant helsepersonell og i befolkningen som helhet.

Først var det to meters avstand som gjaldt – så en. Først anbefaltes ikke munnbind, så anbefales det kanskje likevel. I tillegg råder usikkerhet om tilgangen på smittevernutstyr for helsepersonell. Dette er en situasjon vi alle vil huske – garantert! Også fordi den har fått så store konsekvenser for livene våre.

Hvordan blir det etter pandemien?

I forbindelse med svineinfluensaen i 2009 var det mange som gikk til innkjøp av hånddesinfeksjon, og automater ble utplassert på offentlige arenaer.

Det var stor oppmerksomhet på håndhygiene og smitteforebyggende tiltak – mye lik dagens situasjon, om enn i mindre skala. Likevel var dette tiltak som tilsynelatende «forsvant» da krisen var over.

Jeg synes å ane en tendens til at det samme er i ferd med å skje både under og etter covid-19. Gatene var tomme i starten. Idet barnehagene åpnet, var gatene igjen fulle. Da det ble åpnet for servering på utesteder, var også disse igjen fulle. Meteren mellom mennesker er blitt kortere.

Stadig flere går rett forbi håndspriten som er utplassert i butikkene. Mange steder er spriten også fjernet, eller det fylles ikke på om flasken er tom. Hvordan kan vi sikre at ikke det samme skjer innen helsetjenesten?

«Vi har utstrakt kunnskap om smitteverntiltak, men følger i varierende grad smittevernprosedyrene.»

De tiltakene som iverksettes i forbindelse med epidemier eller pandemier, er også viktige for å forebygge smitte og infeksjoner i normalsituasjoner.

Vi har utstrakt kunnskap om smitteverntiltak, men følger i varierende grad smittevernprosedyrene. Covid-19-krisen burde ha gitt oss en vekker som medfører varige endringer i smittevernatferd også i fremtiden.

Likevel ser vi at de forebyggende tiltakene er i ferd med å glippe – til tross for at risikoen for smitte fremdeles i aller høyeste grad er til stede.

Tiltakene for å hindre smitte er enkle – og kan redde liv.

Referanser

1. U.S. Department of Health and Human Services. Health care-associated infections. Rockville, Maryland: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2020. Tilgjengelig fra: <https://health.gov/our-work/health-care-quality/health-care-associated-infections> (nedlastet 21.04.2020).
2. Folkehelseinstituttet. Sykehjem: Helsetjenesteassosierte infeksjoner og bruk av antibiotika høsten 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/contentassets/c46b31b21f9241cea8e9d8a5793b60f2/pr evalens-av-infeksjoner-og-antibiotikabruk-i-sykehjem-hosten-2016.pdf> (nedlastet 21.04.2020).
3. Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2016. Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens håndhygienedag. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/nois-msis-verdens-handhygienedag/arsrapport-2016-om-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-antibiotikaresistens-msis-og-verdens-handhygienedag_15.11.2017_med-omslag.pdf (nedlastet 21.04.2020)
4. Cutter J, Jordan S. Inter-professional differences in compliance with standard precautions in operating theatres: a multi-site, mixed methods study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(8):953–68.
5. Stein A, Makarawo T, Ahmad M. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect.* 2003;54(1):68–73.

6. Tavolacci M, Ladner J, Bailly L, Merle V, Pitrou I, Czernichow P. Prevention of nosocomial infection and standard precautions: knowledge and source of information among healthcare students. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(7):642-7.
7. Leonardsen AC, Johansen R. Smitteforebyggende tiltak peroperativt. *Sykepleien Forskning.* 2014;4(9):340-47.
8. Erasmus V, Daha T, Brug H, Richardus J. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(3):283-94.
9. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care. Genève: WHO; 2009. Tilgjengelig fra:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=1CEF1CA793962074BECBADFEEEE4B564?sequence=1 (nedlastet 21.04.2020).
10. Pittet D, Allegranzi B, Sax H. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis.* 2006;6(10):641-52.
11. Bogdanovic J, Petralito S, Passerini S, Sax H, Manser T, Clack L. Exploring healthcare providers' mental models of the infection prevention «patient zone»- a concept mapping study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control.* 2019;8(138).
12. Akselsen P, Elstrøm P. Smittevern i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
13. Folkehelseinstituttet. Håndhygiene, hostehygiene, bruk av munnbind, rengjøring og klesvask. Råd og informasjon til befolkningen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/renhold-og-hygiene/> (nedlastet 21.04.2020).
14. Folkehelseinstituttet. Håndhygieneveilederen. Generelt om håndhygiene og huden på hendene. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/om-handhygiene/temakapitler/> (nedlastet 21.04.2020).

15. Debnath T, Bhowmik S, Islam T, Chowdhury MMH. Presence of multidrug-resistant bacteria on mobile phones of healthcare workers accelerates the spread of nosocomial infection and regarded as a threat to public health in Bangladesh. *J Microsc Ultrastruct.* 2018;6(3):165–69.
16. Ulger F, Dilek A, Esen S, Sunbul M, Leblebicioglu H. Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature. *J Infect Dev Ctries.* 2015;9(10):1046–53.
17. Bodena D, Teklemariam Z, Balakrishnan S, Tesfa T. Bacterial contamination of mobile phones of health professionals in Eastern Ethiopia: antimicrobial susceptibility and associated factors. *Tropical Medicine and Health.* 2019;47(15).

FAGUTVIKLING

Covid-19-pasienter med senvirkninger trenger spesialisert rehabilitering

Gjennom rehabilitering får pasientene ny og tilrettelagt kunnskap. De føler seg tryggere og kan håndtere hverdagen på en ny måte.

Covid-19

Rehabilitering

Mestring

Fatigue

Endring

SARS-CoV-2-viruset ble første gang identifisert i januar 2020 og forårsaker sykdommen covid-19 (1). I Norge har 328 713 personer testet positivt for SARS-CoV-2 per 15. desember 2021 (2). Andelen pasienter som opplever senvirkninger etter covid-19 uavhengig av sykdomsforløp, er i varierende grad kartlagt.

Forskning internasjonalt rapporterer at 10–33 prosent av pasientene kan oppleve langvarig sykdom (3). En studie av ikke-sykehusinnlagte pasienter i Norge viser at 33–47 prosent opplevde symptomer 1,5–6 måneder etter covid-19 (4).

Helsedirektoratet anbefaler rehabilitering etter covid-19 når pasienten har vedvarende funksjonsproblemer, uavhengig av alvorlighetsgraden av sykdomsforløpet (5). Ved LHL-sykehuset Gardermoen har 301 pasienter per 13. desember 2021 vært til rehabilitering på grunn av senvirkninger, hvorav 52,8 prosent er menn. Gjennomsnittsalderen er 54,3 år, og 18,9 prosent er 40 år eller yngre.

I denne artikkelen beskriver jeg erfaringer vi som sykepleiere ved LHL-sykehuset Gardermoen har gjort gjennom å rehabilitere pasienter etter covid-19. Artikkelen fokuserer på hva pasientene opplever som utfordringer, og hvordan sykepleierne jobber for å møte utfordringene og bidra til å rehabilitere pasientene tilbake til en hverdag uten vedvarende funksjonsproblemer.

Pasientene har vedvarende symptomer etter covid-19

Vi har som sykepleiere erfart at pasientene som kommer til rehabilitering etter covid-19, sliter med et komplekst bilde av både fysiske, psykiske og kognitive symptomer. Tabell 1 viser de ulike symptomene som kan være vedvarende etter covid-19 (4, 6–11).

Naidu og medarbeidere finner i tillegg en sannsynlig sammenheng mellom psykisk belastning og vedvarende fysiske symptomer og en mindre sannsynlighet for å klare å komme helt tilbake i jobb (12).

Symptomene medvirker til langvarig sykefravær og samfunnsøkonomiske konsekvenser (3). I tillegg til symptomer relatert til covid-19 har noen pasienter symptomer knyttet til komorbiditeter og/eller senskader som er knyttet til intensivbehandlingen (13).

Tabell 1. Symptomer etter covid-19 inndelt etter funksjonsområder

Kommunikasjon/sanser/psykisk	Åndedrett/sirkulasjon	Ernæring/væske/eliminering	Aktivitet/funksjonsstatus/smerte/søvn/hvile/velvære
Problemer med hukommelse Problemer med konsentrasjon/fokus Opplevelse av «hjernetåke»	Pusteproblemer, kortpustethet, dyspné Smerter / brennende følelse i lungene og trachea Hoste, slimproduksjon, sår hals Rennende nese	Tap av matlyst	Muskelsvakhet
Tinnitus Øreverk Øyeproblemer	Brystsmerter Opplevelse av stramninger i brystet Ubehag i brystet Svimmelhet	Endringer i luktesans Endringer i smak	Leddsmarter Muskelsmerter Hodepine
Depresjon Angst PTSD	Hjertebank Økt hvilepuls	Kvalme Magesmerter	Søvnvansker (Insomnia)
Nedsatt livskvalitet	Forhøyet kroppstemperatur Svetting, hetetokter	Diaré	Ekstrem tretthet (utmattelse/fatigue)

Kilder: (4, 6–11)

Pasientene hadde utfordringer i hverdagen før rehabiliteringen

Pasientene som kommer til rehabilitering ved LHL-sykehuset, forteller at de har opplevd begrensninger på mange områder samtidig. De uttrykker at de kjenner på stress, tankekjør og bekymringer, uvisshet og usikkerhet. De opplever at symptomene gjør hverdagen uforutsigbar og vanskelig å planlegge.

Pasientene forteller om et stort fall i det å gå fra full jobb til at kroppen ikke fungerer, og de ikke klarer å jobbe. I tillegg forteller de at det er vanskelig for andre å forstå hvordan de har det, og at de kan bli mistrodd, da de ser friske ut. De kan oppleve press blant annet fra arbeidsgiveren siden det er vanskelig å forutsi lengden på sykmeldingen.

I og med at covid-19 er en ny sykdom, uttrykker pasientene at de ikke vet hva de kan forvente av bedring, eller hvor lang tid det kommer til å ta.

Rehabilitering krever helhetlig tankegang og tverrfaglighet

Helsedirektoratet skriver i sin veileder om SARS-CoV-2 at rehabilitering anbefales tidlig for intensivinnlagte, og at det bør vurderes etter mildt eller moderat sykdomsforløp der symptomer vanskeliggjør jobbing og deltakelse i hverdagsaktiviteter fire uker etter sykdomsdebuten (5). Et helhetlig perspektiv er viktig i rehabiliteringen med tanke på kompleksiteten av de fysiske, psykiske og kognitive utfordringene (5, 13–14).

På LHL-sykehuset Gardermoen har pasientene god nytte av et tett tverrfaglig samarbeid med lang erfaring og kompetanse innen spesialisert rehabilitering. Mange av problemstillingene i det komplekse bildet etter covid-19 er kjent for det tverrfaglige teamet gjennom vår bakgrunn fra å rehabilitere hjerte- og lungepasienter.

Det tverrfaglige teamet består av sykepleier og hjelpepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, sosionom og psykolog, og rehabiliteringen inkluderer også mulighet for utredning (15).

Sykepleieren har ulike oppgaver i oppfølgingen

Ved innkomst gjennomfører sykepleieren en helhetlig kartleggingsamtale med pasientene. Sykepleieren tar utgangspunkt i de ulike funksjonsområdene, og samtalen inkluderer hvilke symptomer pasientene kjenner på, og hvilke utfordringer de sliter med.

Pasientene setter selv mål for oppholdet og den påfølgende tiden hjemme ut ifra hva som er viktig for dem, slik Helsedirektoratets veileder for rehabilitering anbefaler (16). Sykepleieren oppretter en tverrfaglig rehabiliteringsplan med utgangspunkt i målene.

«Vi som sykepleiere har erfart at progresjonen er rask, og at pasientene blir selvhjulpne i løpet av de fire ukene de er på rehabilitering.»

Sykepleieren har også ansvar for å gjennomføre seks minutters gangtest. Testen gir mål på opplevd tungpust, maksimal ganglengde samt utvikling i oksygenmetning og puls over seks minutters gange på flatt underlag, hvilket reflekterer funksjonell kapasitet i dagliglivets aktiviteter (17).

Noen pasienter kommer direkte til rehabiliteringen fra sykehus etter langvarig sengeleie. De dårligste pasientene har i begynnelsen behov for praktisk tilrettelegging i forbindelse med blant annet personlig hygiene og måltider. Noen trenger ganghjelpemidler initialt.

Vi som sykepleiere har imidlertid erfart at progresjonen er rask, og at pasientene blir selvhjulpne i løpet av de fire ukene de er på rehabilitering. Pasienter forteller oss om følelsen av å ikke få pustet godt nok, og/eller de opplever tungpust selv ved lette anstrengelser. Forskning viser at pasienter som har hatt et alvorlig forløp av covid-19, kan ha nedsatt gassdiffusjon og endringer på lungene (9, 11).

Pasientene har behov for veiledning

Sykepleieren gir opplæring i oksygenutstyr og -bruk hvis pasienten har behov for oksygentilskudd. Ved underliggende lungesykdom underviser sykepleieren i bruk av inhalasjonsmedisiner og mestring av forverringer. Ved mistanke om uhensiktsmessig pustemønster kartlegger sykepleieren eller fysioterapeuten hyperventilering ved hjelp av Nijmegen Questionnaire (18).

Pasienter kan ved hyperventilering oppleve tungpust, svimmelhet og stramninger i brystet. I tillegg er det en kjent assosiasjon mellom hyperventilering og psykisk stress og angst (19). Både de nevnte fysiske symptomene og psykisk påvirkning er kjent etter covid-19 (se tabell 1).

Ved en skår på 20 eller høyere på Nijmegen Questionnaire (20) gjennomgår sykepleieren informasjon relatert til hyperventilering med pasienten inkludert veiledning i pusteteknikk og teknikker for avspenning.

Dagene på rehabiliteringen starter med at sykepleiere og pasienter samles på morgenmøte med status for dagen og mulighet for å ta opp spørsmål. Sykepleieren observerer pasientens utfordringer innen de ulike funksjonsområdene gjennom dagen og iverksetter tiltak.

Vi som sykepleiere opplever i tillegg at pasientene i stor grad har behov for støttesamtaler og veiledning, og sykepleieren har regelmessige samtaler med pasienten. Pasienten tilbys også mulighet til å inkludere pårørende i en samtale i løpet av oppholdet.

I tillegg til individuelle avtaler inneholder rehabiliteringen undervisninger, treningsøkter og samtalegrupper. Organisatorisk er pasientene delt i team på 15 pasienter med eget personell i de ulike faggruppene tilknyttet det enkelte teamet.

Pasientene har ulike samtalegrupper og støttesamtaler

Vår erfaring er at samtaler utgjør en viktig del av rehabiliteringen. For mange av pasientene er samtaler avgjørende for at de klarer å komme seg videre i livet og tilbake til hverdagen.

Samtalene mellom sykepleieren og pasienten handler om å bearbeide, å få verktøy for bedre å kunne mestre en annerledes hverdag og å formidle håp. Pasientene øver på å sortere bekymringer og uro og å lære seg å leve med en endret hverdag med foreløpige begrensninger.

«Pasientene får øve seg på å sortere bekymringer og uro og å lære seg å leve med en endret hverdag med foreløpige begrensninger.»

De gir uttrykk for at de vil mye mer enn hva kroppen klarer å gjennomføre, og i mange tilfeller opplever vi at samtalene handler om en mental justering med tanke på hva kroppen aksepterer.

De samme temaene går igjen i samtalegruppene og i de individuelle samtalene mellom sykepleieren og pasienten. Samtalegruppene blir ledet av to sykepleiere. Det er totalt fire grupper à 45–60 minutter med et fastsatt tema.

I tillegg har andre faggrupper samtalegrupper med andre temaer. Primærsykepleieren avtaler støttesamtaler med pasienten etter behov. Jeg gjennomgår innholdet i samtalegruppene i det følgende.

Pasientene utveksler erfaringer med covid-19

Våre pasienter forteller at utveksling av erfaringer med å ha hatt covid-19 har stor verdi for dem. Selv om forløpene har vært ulike, både med og uten sykehusinnleggelse, ser vi at pasientene har behov for å dele erfaringene med andre som har kjent sykdommen på kroppen.

De har kjent på skammen over å ha fått covid-19, ensomheten i å bli rammet av sykdommen og redselen for å bli alvorlig syk. Noen av pasientene sliter med minnene etter intensiv- og respiratorbehandling.

For andre skaper følelsen av utmattelse, nedsatt hukommelse og de ulike fysiske symptomene mye usikkerhet, fortvilelse og engstelse. Vi som sykepleiere opplever stadig at pasientene trekker et lettelsens sukk over å få vite at utfordringene ikke bare gjelder dem.

Covid-19 er fortsatt såpass nytt at pasientene ikke vet hva de kan forvente etter å ha gjennomgått sykdommen. De sier at formen kan svinge fra dag til dag. De kan dele erfaringer rundt opplevelsen av å ikke strekke til og ikke klare å leve opp til verken sine egne eller andres krav og forventninger.

Pasientene forteller om manglende forståelse for begrensningene de opplever, og at de kjenner seg ensomme i kampen om å få hverdagen til å fungere. De kjenner også på usikkerhet for hvordan livet blir videre, og hvordan livskvaliteten vil bli når de ikke vet hva fremtiden bringer.

Sykepleieren og pasienten ser på mestringsstrategier

Vi erfarer at bevisstgjøring rundt energiregnskap er essensielt for mange av dem som sliter med senvirkninger etter covid-19. Pasientene gir uttrykk for at de forventer at de skal klare det samme som før, men at det fører til gjentatte opplevelser av nederlag. I denne samtalegruppen legger sykepleierne vekt på at det er viktig med prioriteringer, og vi ser sammen med pasientene på mulige mestringsstrategier i jobben med å komme videre i livet.

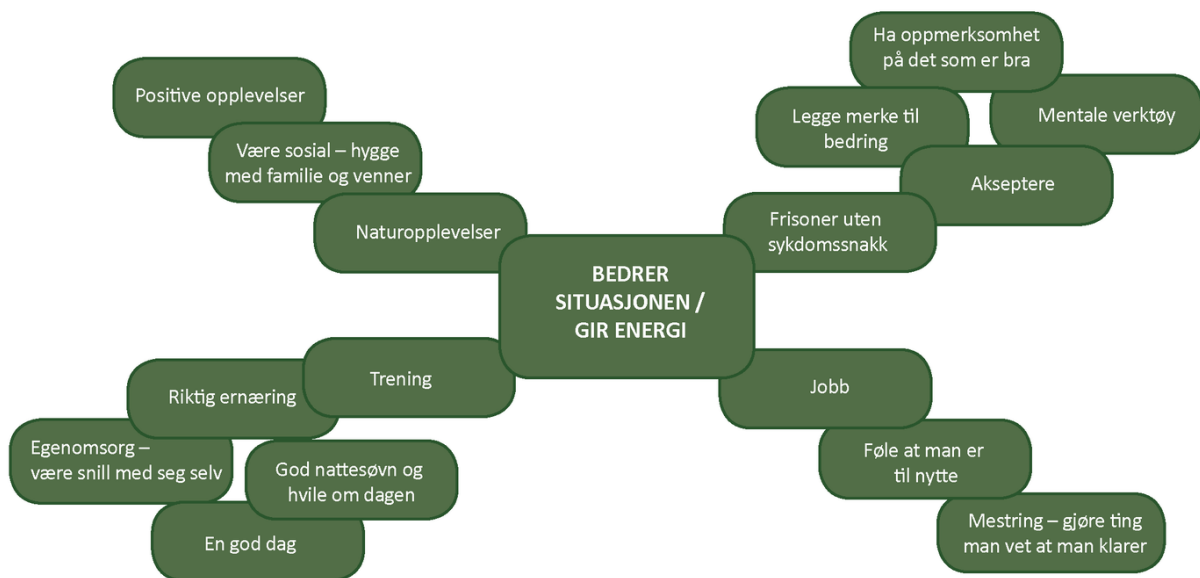
Vi fokuserer på balansen mellom aktivitet og hvile og at hverdagen er slik at det skapes et overskudd i kroppen fremfor gjentatte nederlag. Vi ønsker å gi en økt forståelse for energiregnskap som gjør at pasientene opplever at de tar kontroll over sitt eget liv, og dermed opplever økt trygghet.

«Sykepleieren hjelper pasientene til å bli bevisst på hva som gir og tapper energi hos den enkelte.»

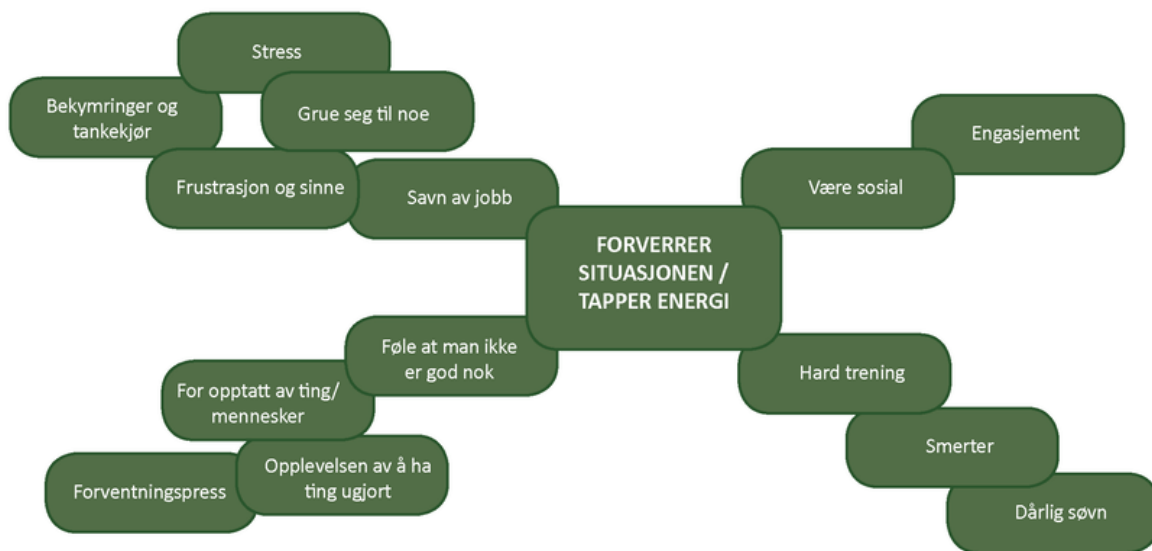
I samtalegruppen benytter vi flere av elementene som oppslagsverket UpToDate anbefaler under behandling av vedvarende symptomer etter covid-19 (10). Sykepleieren hjelper pasientene til å bli bevisst på hva som gir og tapper energi hos den enkelte. Sykepleieren ber pasientene tenke igjennom hva som bedrer og forverrer situasjonen (figur 1 og 2).

Når på døgnet opplever pasientene at de fungerer best, og hva er viktigst for dem å prioritere i hverdagen når noe må prioriteres bort eller omprioriteres? Vi erfarer at det å gjøre positive ting kan bli negativt for pasientene hvis det ikke er nok hvile mellom aktivitetene. Hva er ting de må gjøre, hva bør de gjøre, og hva har de lyst til å gjøre?

Figur 1. Pasientopplevelser: Hva bedrer situasjonen og gir energi?



Figur 2. Pasientopplevelser: Hva forverrer situasjonen og tapper energi?



Sykepleieren snakker om viktigheten av å ha en plan, finne balansen, tenke grensesetting og å tette energilekkasjene i hverdagen. I samtalegruppen bruker vi blant annet Skje-teorien (se faktaboks nedenfor) til å forklare energiregnskapet (21).

Vi opplever at mestringen ligger i bevisstheten om og forståelsen av hva pasientene trenger å endre i sin egen hverdag for at den skal fungere bedre. Energiregnskapet blir et verktøy for bedre stressmestring og håndtering av livet, som brått ble endret på grunn av sykdommen.

«The Spoon Theory»

Hvis du antar at du starter dagen din med ti skjeer, hvor hver skje representerer energien du bruker på ett daglig gjøremål, hvordan ville dagen din sett ut?

- 1 SKJE: Stå opp og gå ut av senga.
- 1 SKJE: Dusje og stelle seg.
- 1 SKJE: Kle på seg.
- 1 SKJE: Lage frokost.
- 1 SKJE: Gå til bussen eller til bilen.

Nå har du brukt opp halvparten av skjeene dine, og dagen har så vidt begynt. Hva gjør du nå? Hvordan skal du fordele resten av skjeene slik at du kommer deg igjennom dagen uten å bli utmattet? Du kan «låne» skjeer fra dagen etter, men da kan du måtte betale for det i dagene etterpå. Å ha en slik konkret metafor for hvordan det føles å være utmattet, kan hjelpe både de rundt deg og deg selv med å forstå hvordan sykdommen påvirker livet ditt.

Kilde: Norsk Revmatikerforbund

Pasientene kan kjenne på lavere egenverdi

Samtalegruppen om verdi og selvfølelse tar utgangspunkt i at endringer og erfaringer påvirker oss som mennesker, og hvordan vi oppfatter oss selv og føler oss (22).

Pasientene på rehabiliteringen har opplevd ulike endringer etter covid-19, slik som endret helse og fravær fra jobb og sosial deltakelse, hvilket igjen har påvirket hvordan de ser på seg selv. De forteller at de opplever at de ikke kjenner seg selv igjen, og de kan kjenne på lavere egenverdi når de ikke klarer det samme som før.

Selvfølelse handler om opplevelsen av å være verdt noe i egne øyne uavhengig av prestasjoner, altså en aksepterende innstilling til seg selv (22). En god selvfølelse bidrar til økt tro på egen mestring, mens ulike reaksjoner som sinne, nedstemthet, negative tanker og bekymring for fremtiden kan bidra til opplevelsen av å ikke mestre.

Sykepleieren utfordrer pasientene til å tenke igjennom hva som får frem det beste i dem, hva som motiverer dem mest, og hvordan de kan påvirke sin egen selvfølelse. Pasientene kan først diskutere temaene to og to og deretter i plenum i samtalegruppen, slik at det blir best mulig refleksjon og samtale om temaet. Vi avslutter gjerne gruppen med en avspenningsøvelse.

Hvordan blir veien videre?

I denne samtalegruppen reflekterer sykepleieren og pasientene sammen rundt hvilken hverdag pasientene ønsker å komme tilbake til, og hvordan de kan fortsette prosessen de har kommet i gang med på rehabiliteringen.

Pasientene trenger i varierende grad å håndtere utmattelse og fysiske symptomer når de kommer hjem. De ønsker å komme tilbake til en hverdag som fungerer, men tidsaspektet og veien for å komme dit kan fortatt være usikker. Sykepleieren oppfordrer pasientene til å sette ord på forventninger til seg selv og fra andre. Hvordan ønsker de å forholde seg til familie, venner og jobb?

«Pasientene jobber med å justere tankegangen og sine egne forventninger til det kroppen faktisk klarer.»

Vi ser gjentatte ganger at pasienter har som mål å jobbe 100 prosent rett etter rehabiliteringsoppholdet, men at de selv justerer målet underveis, setter seg delmål og har et lengre perspektiv på rehabiliteringen enn bare rehabiliteringsoppholdet.

Pasientene jobber med å justere tankegangen og sine egne forventninger til det kroppen faktisk klarer. Vi snakker om at senvirkninger etter covid-19 kan ta tid, og at det er viktig å erkjenne at det er vanskelig nå, men samtidig er det håp. Tidsperspektiv, tilpasninger og trygging er viktige stikkord (14). Vi hjelper pasientene til å se det større bildet, ikke bare fra dag til dag.

Rehabiliteringen er viktig for pasientene

Vi har erfart at pasientene synes det har vært godt å bli møtt av et helhetlig tenkende, tverrfaglig team som har gjort individuelle tilpasninger, og har erfaring fra kompleks rehabilitering. Ulike former for tester og hjelp til å legge vekk stress, tankekjør og bekymringer har vært viktig for pasientene.

Rehabiliteringsoppholdet har gjort at pasientene har kunnet konsentrere seg om å komme tilbake til hverdagslivet uten alle de andre rollene de har hjemme. Pasientene opplever at fastlåste mønstre er mulig å endre.

De opplever at uforutsigbarhet, uvisshet og usikkerhet gradvis er erstattet av en realistisk forventning, trygghet og verktøy til å håndtere hverdagen videre med tanke på at noe av uforutsigbarheten fortsatt kan være der.

Selv om pasientene ikke nødvendigvis vet hvor lang tid det tar å komme tilbake til hverdagen slik den var før covid-19, uttrykker de at de vet mer om hva de kan gjøre, og hvordan de kan håndtere livet for å jobbe i retning av den hverdagen de ønsker å ha. De forteller at det også har vært viktig for dem å dele erfaringer, møte andre i samme situasjon og samtale med andre som forstår dem.

Oppsummering

Vi som sykepleiere ser at pasientene har behov for spesialisert rehabilitering etter covid-19, da de har et komplekst bilde når det gjelder senvirkninger. Gjennom rehabiliteringen erfarer vi at pasientene får ny kunnskap, og de får jobbet med å endre tankegangen og vaner i en tilrettelagt hverdag.

Vi ser at pasientene opplever økt trygghet og har fått en basis for å håndtere hverdagen på en ny måte. Rehabilitering tar imidlertid tid, og endringene som pasientene har startet under oppholdet, må de vedlikeholde etter utreise.

Erfaringen er at pasientene ved utreise er godt motivert for å fortsette endringene som er påbegynt, og de gir uttrykk for økt livskvalitet og håp om en bedre hverdag.

En stor takk til Berit Skollerud og Liv Hasund Eid for viktige bidrag fra klinisk arbeid med pasientgruppen og gjennomlesning av artikkelen.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet (FHI). Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1> (nedlastet 11.08.2021).
2. Folkehelseinstituttet (FHI). Statistikk om koronavirus og covid-19. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/> (nedlastet 15.12.2021).
3. Lindholm E, Tønnesen TI. Langvarig syk etter covid-19. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2020;(14). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0753](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0753)
4. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. Persistent symptoms 1.5–6 months after COVID-19 in non-hospitalised subjects: a population-based cohort study. Thorax. 2021;76(4):405–7.
5. Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Kapittel 11. Rehabilitering etter covid-19. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus> (nedlastet 09.05.2021).

6. National Health Services UK. Long-term effects of coronavirus (long COVID). National Health Services UK; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/long-term-effects-of-coronavirus-long-covid/> (nedlastet 15.04.2021).
7. Goërtz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, Vaes AW, Meys R, Machado FVC, et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res.* 2020;6(4):00542.
8. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Group ftGAC-P-ACS. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-5.
9. Lerum TV, Aaløkken TM, Brønstad E, Aarli B, Ikdahl E, Lund KMA, et al. Dyspnoea, lung function and CT findings three months after hospital admission for COVID-19. *Eur Respir J.* 2021;57(4):2003448.
10. UpToDate. Patient education: recovery after COVID-19 (basics). UpToDate; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/recovery-after-covid-19-the-basics?search=rehabilitation%20post-covid&source=search_result&selectedTitle=17~150 (nedlastet 26.04.2021).
11. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet.* 2021;397(10270):220-32.
12. Naidu SB, Shah AJ, Saigal A, Smith C, Brill SE, Goldring J, et al. The high mental health burden of «Long COVID» and its association with on-going physical and respiratory symptoms in all adults discharged from hospital. *Eur Respir J.* 2021;57(6):2004364.
13. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med.* 2020;54(16):949-59.
14. Helsedirektoratet. Webinar 8: rehabilitering etter covid-19. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/kurs-og-opplaering/rehabilitering-kurs-og-webinarer/webinarer-om-rehabilitering-etter-covid-19> (nedlastet 11.08.2021)

15. LHL-sykehuset Gardermoen. Rehabilitering – for hjerte- og lungepasienter. Jessheim: LHL-sykehuset Gardermoen; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/gardermoen/rehabilitering/> (nedlastet 28.05.2021).
16. Helsedirektoratet. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering> (nedlastet 31.05.2021).
17. American Thoracic Society. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(1):111–7.
18. van Dixhoorn J, Duivenvoorden HJ. Efficacy of Nijmegen Questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. J Psychosom Res. 1985;29(2):199–206.
19. Schwartzstein RM, Richards J, Edlow JA, Roy-Byrne PP. Hyperventilation syndrome in adults. UpToDate; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/hyperventilation-syndrome-in-adults?search=hyperventilation&source=search_result&selectedTitle=1~150 (nedlastet 10.06.2021).
20. Azizmohammad LM, Masaebi F, Abedi M, Mohseni N, Fakharian A. The optimal cut-off score of the Nijmegen Questionnaire for diagnosing hyperventilation syndrome using a bayesian model in the absence of a gold standard. Galen Med J. 2020;9:e1738.
21. Norsk Revmatikerforbund. Når de rundt deg ikke forstår. Oslo: Norsk Revmatikerforbund; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.revmatiker.no/nar-de-rundt-deg-ikke-forstar/> (nedlastet 26.08.2021).
22. Onlinepsykologene. Selvfølelse. Onlinepsykologene; 2021. Tilgjengelig fra: <https://onlinepsykologene.no/vanlige-psykiske-plager/selvfoelse/> (nedlastet 26.08.2021).

LEDER SYKEPLEIEN

– Tusen takk, alle sykepleiere!

– 2021 er på hell. Og det er tid for et lite tilbakeblikk. Men først og fremst er det tid for en stor takk til alle landets sykepleiere og andre helsearbeidere som har gitt alt i nok et annerledes år i Helse-Norge, skriver Sykepleiens redaktør.

Anne Hafstad

Ansvarlig redaktør

Sykepleien

.....

Aldri har jeg blitt mer glad over en kåring eller pris som da Dagbladets lesere i år kåret landets sykepleiere til «Årets navn». Mer fortjent enn dette blir det rett og slett ikke. I konkurranse med kjendiser, idrettshelter og en NATO-sjef er det sykepleierne avisens lesere stemmer frem.

Det er så fortjent. Og det viser at hele befolkningen virkelig ser og anerkjenner den jobben sykepleiere – over hele landet – gjør hver eneste dag. Hvert minutt. Hver time. Hver natt. Hver kveld.

Hver dag er sykepleierne der for pasientene og deres pårørende, det være seg små korte øyeblikk, eller langvarige relasjoner mellom sykepleier og pasient. Møter mellom profesjonelle sykepleiere og sårbare pasienter finner sted hele tiden. Det er møter som setter spor og som gjør en forskjell i mange menneskers liv.

Alle har bidratt

Pandemien gir sykepleiere et ansikt for absolutt alle. Mediene har flommet over av reportasjer fra intensivavdelinger med alvorlig syke covid-19-pasienter og intensivsykepleiere i smittevernutstyr som gir assosiasjoner til romferder snarere enn til god omsorg og menneskelig nærhet.

Vi har sett intensivsykepleiere gråte på TV fordi de er så slitne. Vi har sett sykepleiere i sykehjem og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene strekke seg langt og lengre enn langt for at alle som trenger pleie og omsorg, skulle få det.

Vi har sett sykepleiere drive smittesporing. Og vi har sett pensjonerte sykepleiere ta frem gamle kunster og bruke tiden på vaksinestasjoner. De har utsatt planene for pensjonisttilværelsen for å bistå.

«Mange unge sliter mer enn vanlig når samfunnet stenger ned.»

Jeg kunne fortsette i det uendelige. Jeg kunne nevnt alle sykepleierne som i større eller mindre grad har satt egne liv på vent for å bidra på sin måte i arbeidet med pandemien.

Vi må ikke glemme alle sykepleierne som ikke har vært direkte involvert i pandemiarbeidet. Også de har gjort en imponerende innsats. For når store deler av helsetjenestens ressurser allokeres til krisehåndtering over lang tid, er det krevende å samtidig gi alle andre et godt tilbud.

Folk får kreft, hjerteinfarkt, brekker benet og føder barn også under pandemien. Ikke minst vet vi at mange unge sliter mer enn vanlig når samfunnet stenger ned. Samtidig beordres helsesykepleiere til smittearbeid. Det gir krevende arbeidsdager og prioriteringer for sykepleiere over hele landet.

Hyllest med bismak

Mange vil si at hederen sykepleierne nå får, har en bismak. Det hjelper ikke med heiarop eller folkets hyllest. Det blir ikke flere sykepleiere av det. Det får ikke en eneste sliten sykepleier til å bli. Det lokker ikke en eneste en av dem som har funnet seg noe annet å gjøre tilbake. Og det fører neppe til at flere ønsker å bli sykepleiere fremover.

Selvsagt gjør det ikke det. Men, det gjør godt å vite at folk flest, eller vanlige folk som det heter nå, verdsetter sykepleierne høyest av alle. Den karamellen skal alle dere som har stått i front og tatt støyten over lang tid, suge på en stund.

Vi vet alle hva som skal til. Høyere lønn. Bedre bemanning. Bedre oppgavedeling. Flere heltidsstillinger. En rekke kompetansetiltak. Økt utdanningskapasitet. Det må til. Så enkelt er det.

Det mangler 7000 sykepleiere i dag. Antallet er estimert til svimlende 28 000 i 2035. Det har vært varslet. Igjen og igjen. Gjennom mange år, men særlig etter at pandemien til fulle har vist at sykepleiere og også annet kvalifisert helsepersonell er helt avgjørende når helseberedskapen utfordres slik vi har sett siden mars 2020.

Roper høyt – lite skjer

Det er all grunn til å spørre om det er tatt høyde for store pandemier når beredskapsplaner lages. Og det er grunn til å spørre om tiltakene som er iverksatt gjennom snart to år har vært riktige, for omfattende, for lite omfattende og igangsatt på riktig tidspunkt. Vi må ikke slutte å stille kritiske spørsmål selv om vi står i en krevende pandemi.

«Uten sykepleiere kneler helsetjenesten enten det er en pandemi eller ikke.»

Av og til lurer jeg på hvor høyt forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen og andre må rope for å bli hørt. Eller, jeg vet at hun blir hørt. Men det gir liksom ikke resultater i form av konkrete tiltak. Og det mangler ikke på verken varsler eller forslag til tiltak.

Det blir feil å si at det ikke er gjort noe eller gjøres noe enten helseministeren heter Bent Høie (H) eller Ingvild Kjerkol (Ap). 500 nye studieplasser i 2023 er det siste eksempelet på tiltak nå rett før jul. Men, det er ikke nok. I alle fall ikke nok til at det virkelig monner. Verken på kort eller lang sikt. Uten sykepleiere kneler helsetjenesten enten det er en pandemi eller ikke.

Åpenhet er avgjørende

Vi i Sykepleien har brukt mye ressurser og plass på pandemien i 2021. Alt tyder på at også 2022 kommer til å stå i pandemiens tegn. For oss i redaksjonen er det helt sentralt at vi formidler virkelighetene sykepleiere står i – uten filter.

Vi er dypt takknemlig ovenfor alle dere som har stilt opp i reportasjer til tross for en krevende arbeidssituasjon. Takket være dere har vi kunnet formidle hvordan hverdagen er som sykepleier under en pandemi. Gjennom det har vi ikke bare satt søkelyset på sykepleiernes hverdag, men også på pasientene og alle oss andre som tar vaksiner, tester oss og forsøker å få hverdagen til å gå rundt med alle restriksjonene som kommer og går. Og vi har kikket helsetjenesten og beredskapsarbeidet i kortene.

Sykepleien har skrevet om langt mer enn pandemien. Vi har sluppet til kritiske røster i reportasjer og meningsinnlegg. Og vi har laget reportasjer og hatt meningsinnlegg om positive tiltak og opplevelser for både sykepleiere, pasienter og pårørende.

Vår oppgave er å drive kritisk journalistikk som er relevant for sykepleiere, annet helsepersonell og beslutningstakere. Men vi ønsker også å vise frem de gode løsningene og de nære pasientopplevelsene. Vi er overbevist om at det er mye å lære av de gode eksemplene.

Takk for ris og ros

Vi har også utgitt fem temanummer hvor vi har gått i dybden på seksualitet, psykisk helse, antibiotikaresistens, sykepleiermangel samt pasienter og pårørende som må overlate omsorgen av seg eller sine til andre.

I 2021 har vi publisert mer enn 90 fagartikler og 30 fagfelleverderte forskningsartikler. Gjennom dette, deler vi kunnskap som betyr noe for fagutvikling og kvalitet i tjenestene. Det kommer både sykepleiere og pasientene til gode.

«Vårt håp for 2022 er at pandemien tar slutt.»

Hele redaksjonen i Sykepleien takker alle dere som har bidratt til at vi har kunnet levere relevant journalistikk, meningsinnlegg, debatter, fagartikler og forskningsartikler. Uten dere er Sykepleien lite verdt. Vi retter også en stor takk til alle dere som leser oss og som kommer med ris og ros. Det vil vi gjerne ha mer av.

Vårt håp for 2022 er at pandemien tar slutt. Ikke minst håper vi at alle dere der ute fortsetter å tipse oss om relevante saker for våre lesere. Og vi ønsker oss flere meningsinnlegg, fagartikler og forskningsartikler.

Da gjenstår det bare å si takk for i år, og en riktig god jul og et godt nytt år til dere alle.