

Hvordan påvirket covid-19-pandemien sykepleiere i hjemmesykepleien?

Sykepleierne klarte å tenke nytt om effektiv ressursbruk og disponering av tiden i pandemien. Samtidig gikk sykefraværet ned.

Andrea Stjernen Storhaug

Sykepleier

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Marit Storli

Sykepleier, cand.polit. og førstelektor

Institutt for sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Arbeidsbelastning

Covid-19

Hjemmesykepleie

Sykepleien 2022;110(89047):e-89047

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89047

Hovedbudskap

Denne fagartikkelen tar for seg sykepleieres opplevelser og erfaringer med å arbeide i frontlinjen under en global pandemi. Hensikten med undersøkelsen artikkelen bygger på, var å få mer kunnskap om hvordan covid-19-pandemien har påvirket arbeidshverdagen til sykepleiere i hjemmesykepleien, med søkelys på helsefremming og sykdomsforebygging.

Et sentralt mål i samhandlingsreformen var å prioritere sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid for å redusere fremtidige sykehusinnleggelser (1).

Endret oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten medførte et økt behov for spesialisert sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien som følge av flere syke og mer pleietrengende pasienter (2, 3).

I forbindelse med covid-19-pandemien har det forebyggende arbeidet i kommunen vært avgjørende for å forhindre smittespredning og forebygge sykdom.

Basale smittevernrutiner må overholdes

For noen pasienter med dårlig allmenntilstand og nedsatt immunforsvar kan koronaviruset (SARS-CoV-2) medføre et alvorlig sykdomsforløp og død. Virusets smitter hovedsakelig via dråper eller direkte og indirekte kontakt, men kan også smitte via luft (4).

For å hindre smittespredning må basale smittevernrutiner overholdes, og personlig beskyttelsesutstyr må brukes korrekt. Basale smittevernrutiner innbefatter håndhygiene, hostehygiene, bruk av beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon med mer (5).

Nasjonale retningslinjer knyttet til testing, isolering, smittesporing og karantene (6), samt munnbindpåbud og avstand til andre har bremset utviklingen av pandemien (7).

Norge, Danmark og Finland innførte tidlig i pandemien nedstenging av arbeidsplasser og skoler (8). Sverige hadde færre restriksjoner i begynnelsen og foretok en langsommere nedstenging.

Sammenliknet med de andre nordiske landene hadde Sverige høyest smittetall og en høyere dødsrate. Generelt kan en betydelig andel koronarelaterte dødsfall knyttes til institusjoner for eldre i alle de nordiske landene (8).

Jevnlig testing forebygget smitte i helsetjenesten

Smitte blant helsepersonell kan gi redusert kapasitet i helsetjenesten. En norsk studie fra 2021 viste at det var relativt lav smitte blant helsepersonell gjennom hele pandemien, og at smitten var høyest blant ambulanspersonell og sykehjemansatte. Jevnlig testing har forebygget smitte blant ansatte og pasienter (9).

Faglig forsvarlig yrkesutøvelse og en plikt til å etablere rutiner og prosedyrer som sikrer dette, er nedfelt i helsepersonelloven § 4 og § 16 (10, 11).

«Høyt jobbengasjement kan bidra til arbeidsglede og motivasjon, men det kan også føre til stress og utbrenthet.»

Høyt jobbengasjement kan bidra til arbeidsglede og motivasjon, men det kan også føre til stress og utbrenthet. Stress er en viktig fysiologisk reaksjon som setter kroppen i beredskap til å håndtere trusler. Langvarig eksponering av stressfaktorer uten at kroppen får den nødvendige restitusjonen, kan på sikt resultere i emosjonell utmattelse, distansering, redusert ytelse på jobb og økt sykefravær (12).

Ved covid-19-pandemien var mangel på nødvendig personlig beskyttelsesutstyr og frykten for å selv bli smittet eller smitte andre en faktor knyttet til arbeidsrelatert stress. Lite kunnskap om og erfaring med pasienter med covid-19 kunne bli en stressfaktor som påvirket de ansatte og pasientene i helsetjenesten (13).

Hvordan gikk vi frem for å finne svar?

Vi ønsket å belyse hvordan sykepleieres arbeidshverdag i førstelinjen ble påvirket under pandemien. Vi gjennomførte derfor et prosjekt i 2021 der vi undersøkte sykepleiernes helsefremmende og forebyggende funksjon i hjemmesykepleien i forbindelse med covid-19 (14). Dette prosjektet var et samarbeid mellom en enhet i hjemmetjenesten i Trondheim kommune og NTNU.

Prosjektet var basert på en intervju- og litteraturstudie. Datainnsamlingen besto av individuelle intervjuer, som ble gjennomført digitalt i februar 2021. I forkant av intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide.

På grunn av prosjektets omfang rekrutterte vi bare tre informanter. Informantene arbeidet pasientnært som sykepleiere i hel stilling eller i kombinasjon med en mellomlederrolle i hjemmesykepleien gjennom hele pandemien.

Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, meldeskjema 104854) for å kunne gjøre lydopptak som sikret en korrekt gjengivelse av det informantene fortalte.

I forkant av intervjuene sendte vi ut et informasjonsskriv med samtykkeskjema hvor informantene ble gjort kjent med rettighetene knyttet til innsyn i sitt eget intervju, samt muligheten til å trekke seg fra prosjektet (15).

Intervjuene ble anonymisert og konfidensielt behandlet. Lydfilene ble transkribert og deretter slettet. Analysen av datamaterialet gjennomførte vi med inspirasjon av Malteruds systematiske tekstcondensering (16).

Tabell 1. Oversikt over temaer, kodegrupper og koder

Temaer	Kodegrupper	Koder
Pandemiutbrudd	Utfordringer og endrede rammebetingelser	<ul style="list-style-type: none"> - Utrygghet (engstelse) - Nedstenging av dagtilbud, økt isolering av pasienter - Fysisk fraværende ledelse - Kritisk vurdering av alle pasienter og prioritering
	Informasjonsbehov	<ul style="list-style-type: none"> - Må følge med i mediene for å holde seg oppdatert - Digitale opplæringsplaner og personalmøter - Nye rutiner på enheten - Informasjonsflyt og informasjonsutveksling
	Smittevern og smitterisiko	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på nødvendig utstyr - Sentralt lager med bestilling ukentlig - Fordeling/rasjonering av smittevernutstyr - Etisk dilemma på grunn av motstridende forventninger - Lang tid før avklart smitte / ikke smitte - Testkapasitet – smittetrykk - Informasjon til pasienter - Større bevissthet om smittevern
Organisatoriske faktorer	Arbeidsmiljø og samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Mer distansert arbeidsmiljø - Ikke kunne hjelpe hverandre med arbeidslistene - Økt fleksibilitet, organisasjonstilørighet og yrkes stolthet (anerkjennelse) - Lavt sykefravær
	Stressbelastninger	<ul style="list-style-type: none"> - «Å være sliten og lei» - Bekymring over konsekvenser for smittespredning ved enheten - Ivaretagelse av egen psykisk helse - Skille mellom jobb og privatliv viskes ut - Kjent på en følelse av utbrenthet
	Økt arbeidsmengde	<ul style="list-style-type: none"> - Nye tidkrevende arbeidsoppgaver - Omdisponering av personell til andre enheter - Testing og vaksinerings av pasienter og personell - Økt informasjonsbehov

Det var utfordringer i starten av pandemien

Alle pasientene som mottok tjenester fra hjemmesykepleien, ble vurdert for å kartlegge behovet for videre hjemmesykepleie. Det ble gjort for å hindre unødvendig kontakt med tanke på smittespredning. Mange av pasientene var engstelige for smitte og sa derfor fra seg hjelpen:

«Vi opplevde et oppsving av engstelige pasienter. De var redd for at vi skulle ta med oss smitte. Det er mange av pasientene vi har som er i risikogruppen, så jeg forstår engstelsen» (informant 1).

I starten gjorde enheten relativt store endringer, og mange nye rutiner skulle på plass. Fellesrapporten ble delt opp slik at hvert arbeidslag hadde rapport på hvert sitt rom, og personalmøtene ble digitale.

Det var mye engstelse i personalgruppen. Mange hadde et stort behov for å snakke med ledelsen. Det var vanskelig for dem at ledelsen var fysisk fraværende, selv om de var tilgjengelige per telefon og e-post.

Ledelsen arbeidet mye med informasjonsflyten til ansatte, pasienter og pårørende. Gjennom digitale personalmøter fikk ledelsen gitt viktig informasjon, og de ansatte kunne ta opp ting de opplevde som vanskelig.

Det var lite smitte blant personalet

Det var svært lite smitte hos personalet til tross for mange mulige smittekilder, da hjemmesykepleieenheten besto av et høyt antall brukere og ansatte. De forsøkte å få den ansatte til å ha den samme arbeidslisten i kortere eller lengre perioder for å begrense antallet kontakter per pasient og ansatt.

«Vi har fått en helt annen bevissthet knyttet til smittevern. Det har vært svært lite smitte her på enheten, så det viser at smittevernet i hvert fall fungerer!»
(informant 3).

«Det er viktig å benytte en ansattgruppe som gjenspeiler det samme mangfoldet som pasientgruppen.»

Enheten manglet i perioder nødvendig beskyttelsesutstyr. Spesielt munnbind og øyebeskyttelse måtte rasjoneres. Informantene opplevde pasientenes krav om munnbind og ledelsens forventning om sparing som krevende:

«Mangel på og rasjonering på smittevernutstyr er en stressfaktor, og det oppleves frustrerende, uoversiktlig og utrygt» (informant 2).

Enheten forteller at de har flere pasienter og noen ansatte med minoritetsbakgrunn. Informantene fremhevet at det er viktig å benytte en ansattgruppe som gjenspeiler det samme mangfoldet som pasientgruppen. På den måten nådde kritisk informasjon om smittevern også frem til pasientene med minoritetsbakgrunn.

Pandemien førte til en yrkesstolthet

Informantene fortalte at enheten til vanlig hadde søkelys på arbeidsmiljø. En informant var bekymret for at fysisk distanse kunne gjøre det krevende å fange opp kollegaer som hadde det vanskelig. En annen uttalte:

«Jeg tror at vi gjennom pandemien har blitt mer opptatt av å se hverandre og ta vare på hverandre. Det gjør at vi får et godt samhold» (informant 3).

Av smittevernhensyn kunne ikke de ansatte lenger hjelpe hverandre med arbeidslistene. Informantene understreket likevel at de brukte skjønn så lenge smittevernet ble ivaretatt:

«Jeg opplever at pandemien har ført til økt fleksibilitet, alle er løsningsorienterte og villig til å hjelpe til. Jeg tror mange har fått en organisasjonstilhørighet og følt at man har betydd noe og gjort en viktig jobb. Pandemien har ført til en økt yrkes stolthet! Samtidig som vi har kommet tettere på hverandre, har vi likevel opplevd større avstand til hverandre i arbeidshverdagen» (informant 2).

Sykefraværet ble redusert det siste året til tross for en lav terskel for å holde seg hjemme ved mulige symptomer på covid-19.

Mange tok jobben med seg hjem

Informantene opplevde at det siste året ble jobbfokusert, og at de i en større grad enn tidligere tok med seg jobben hjem: «Det er ikke så mye igjen av meg når jeg kommer hjem fra jobb. Jeg er ganske sliten, og man blir mentalt sliten selv om vi begynner å bli vant til rutinene» (informant 1).

«Jeg synes dette året har vært kjempekrevede, men samtidig veldig spennende! Jeg ville absolutt ha unngått dette året, men samtidig så har det vært veldig lærerikt. Jeg synes smittevern, smittesporing og vaksinerer er veldig spennende!» (informant 2).

Informantene følte seg forpliktet til å følge nøye med på endringene i myndighetenes anbefalinger, retningslinjer og forbud, slik at de til enhver tid kunne svare på pasientenes og de pårørendes spørsmål.

«Informantene unngikk mange sosiale sammenkomster på fritiden.»

Retningslinjene på enheten var stort sett like gjennom hele pandemien. Informantene unngikk mange sosiale sammenkomster på fritiden selv om de var innenfor de nasjonale retningslinjene fordi de er helsepersonell. De tenkte på konsekvensene en eventuell smittesituasjon vil ha for enheten.

«Jeg tenker på hvor store konsekvenser det kan ha for jobben min om jeg skulle bli smittet og eventuelt smitte noen videre. Jeg forsøker allikevel å være litt sosial, for det er viktig å også huske på sin egen psykiske helse oppi det hele» (informant 2).

Det var flere og nye arbeidsoppgaver

Gjennom året med pandemi hadde sykepleierne fått flere og nye arbeidsoppgaver som rengjøring av utstyr, testing og vaksinerer av pasienter og kollegaer, økt prøvetaking, som tidligere var ble utført på fastlegekontorene, samt levering av prøvene for analyse ved sykehuset.

Flere ansatte ble omdisponert til teststasjonen i kommunen og til smittesporing. Opplæring i nye rutiner som for eksempel trening i oppklødning i smittevernustyr måtte gjennomføres innenfor den ordinære tidsressursen ved enheten.

Ansatte fikk tildelt en obligatorisk digital opplæringsplan via personalsystemet. Informantene opplevde høyere arbeidsrelatert stress gjennom økt arbeidsbelastning fordi arbeidshverdagen måtte gå rundt.

«Sykepleierne er de som definitivt har hatt størst arbeidsbelastning gjennom dette året. Det har blitt flere tidkrevende og nye arbeidsoppgaver. Vi er heldige som har god sykepleiedekning, men jeg tror alle begynner å bli slitne nå» (informant 3).

God informasjonsflyt forhindret smittespredning

I en studie knyttet til covid-19 i de nordiske landene, fremgår det at smittetallene i Norge har vært betydelig lavere enn i Sverige (13). God informasjon er sentralt i sykepleierens helsefremmende og forebyggende arbeid (17).

Et sentralt tiltak overfor pasientene og deres pårørende knyttet til det å trygt kunne motta hjelp fra hjemmesykepleien, var å sikre god og tilpasset informasjonsflyt om smittevern. Informasjonsflyten er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (18, 19).

Arbeidsgruppen ved enheten besto av helsepersonell fra flere ulike nasjonaliteter, slik at også pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn fikk tilpasset den informasjonen de hadde krav på og behov for.

Gjennom god informasjonsflyt bidro sykepleierne til pasientens selvbestemmelse og at smitterisikoen på enheten ble redusert, noe som kan forklare hvorfor de hadde så lite smitte i enheten (18, 20–21).

Samholdet ble sterkere

Sosial kontakt er en viktig faktor for å forhindre negative konsekvenser av arbeidsrelatert stress (13). Informantene fortalte om endringer i arbeidsmiljøet i form av økt distanse som følge av helsemyndighetenes pålegg om antallsbegrensninger og fysisk avstand for å begrense smittespredning (7).

Parallelt med den økte avstanden uttrykte informantene at de ble mer opptatt av å se hverandre, samholdet ble sterkere, og yrkesstoltheten og organisasjonstilhørigheten økte. Funnene kan tolkes som at ansatte hadde stor omtanke for hverandre, og at ledelsen var opptatt av helsefremmende lederskap (12).

Dette kan ha sammenheng med en proaktiv ledelse som tidlig la til rette for digitale personalmøter. Der kunne personalet ta opp vanskelige hendelser og dermed få støtte fra kollegaer og ledelsen.

Det var lavere sykefravær

Grunnet omdisponering av personell til andre enheter og nye og tidkrevende arbeidsoppgaver opplevde informantene økt arbeidsbelastning og arbeidsrelatert press og stress. Økt arbeidsstress og arbeidsmengde, parallelt med frykten for selv å bli smittet eller smitte nære familiemedlemmer og venner, har resultert i økt utbrenthet og sykefravær blant sykepleiere (13).

Et interessant funn var at sykefraværet ved enheten ble redusert. En mulig forklaring kan være at de i større grad holdt seg hjemme og begrenset antallet nærkontakter for å forhindre smittespredning (7).

«Lavere sykefravær medførte at enheten opprettholdt en forsvarlig drift.»

Dette kan også ha redusert omfanget av andre sesongvarianter, som influensa og vanlig forkjølelse. Lavere sykefravær medførte at enheten opprettholdt en forsvarlig drift og fikk bedre ressursmessige forutsetninger for å møte pandemien med tilstrekkelig bemanning sammenliknet med for eksempel Sverige (8, 10, 11, 22).

Enheten hadde god sykepleierbemanning. Sammen med et positivt arbeidsmiljø og en proaktiv ledelse kan dette være en årsak til at sykefraværet gikk ned.

Styrker og svakheter ved prosjektet

Samtlige informanter arbeidet i ulike roller ved enheten. Deres fortellinger tegner et bilde av ulike erfaringer fra hjemmesykepleien i ett år av pandemien. En svakhet ved prosjektet er et lavt antall informanter. Vi har derfor ingen informasjon om hva andre som ikke deltok, kunne ha fortalt. Resultatene samsvarer likevel med en god del forskning og litteratur (8, 9, 13).

Implikasjoner for sykepleie

Pandemien har gitt sykepleierne høyere bevissthet og mer kunnskap om smittevern, noe som har styrket det forebyggende perspektivet. På kort tid har sykepleierne mestret å tenke nytt om ressursbruk og disponering av tid. Pandemien har vist at de har evne til å håndtere krevende arbeidsdager og samtidig opprettholde et helsefremmende arbeidsmiljø med økt yrkesstolthet.

Flere stressfaktorer kunne ha resultert i økt sykefravær. Likevel ble sykefraværet redusert, forsvarlig drift ble opprettholdt, og det var svært lite smitte til tross for mange mulige smittekilder. Sykepleierne opplevde året med pandemi som utfordrende, men vektla at det var lærerikt, og bidro til faglig utvikling.

Det er vanskelig å trekke en klar konklusjon fordi prosjektet hadde få informanter, samt at pandemien enda ikke er over.

For å kunne besvare hvordan covid-19-pandemien har påvirket arbeidshverdagen til majoriteten av sykepleierne som arbeider i hjemmesykepleien, må det forskes videre på et større utvalg. Prosjektets tematikk kan være et godt utgangspunkt for en større studie av en samfunnskritisk helsepersonellgruppe i kommunehelsetjenesten.

Referanser

1. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen. Oslo: Forskningsrådet; 2016.
2. Fjørtoft A-K. Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
3. Birkeland A, Flovik AM. Hjemmesykepleie – bakgrunn og rammer. I: Birkeland A, Flovik AM, red. Sykepleie i hjemmet. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018. s. 13–32.
4. Folkehelseinstituttet (FHI). Fakta om coronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1> (nedlastet 07.05.2021).
5. Akselsen PE. Basale smittevernrutiner. I: Akselsen PE, red. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. s. 63–72.
6. Folkehelseinstituttet (FHI). Forsterket TISK. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/forsterket-tisk2/> (nedlastet 07.05.2021).
7. Folkehelseinstituttet (FHI). Avstand, sosial og fysisk kontakt [Internett]. Oslo: FHI; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/avstand-kontakter/?term=&h=1> (nedlastet 27.05.2021).

8. Yarmol-Matusiak EA, Cipriano LE, Stranges S. A comparison of COVID-19 epidemiological indicators in Sweden, Norway, Denmark, and Finland. *Scand J Public Health*. 2021;49(1):69–78. DOI: [10.1177/1403494820980264](https://doi.org/10.1177/1403494820980264)
9. Molvik M, Danielsen AS, Grøslund M, Telle KE, Kacelnik O, Eriksen-Volle HM. SARS-CoV-2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 2021. DOI: [10.4045/tidsskr.20.1048](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1048)
10. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 19.05.2021).
11. Helsedirektoratet. § 4. Forsvarlighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet> (nedlastet 25.05.2021).
12. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
13. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):1–17. DOI: [10.1111/jan.14839](https://doi.org/10.1111/jan.14839)
14. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. LOV-2005-04-01-15-§3-2. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 19.12.2021).
15. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
17. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø GH. Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s. 15–27.
18. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 19.05.2021).

19. Kirkevold M. Personsentrert og individualisert sykepleie – sentrale perspektiver. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. s. 106–21.

20. Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (nedlastet 19.05.2021).

21. Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55> (nedlastet 19.05.2021).

22. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer. Oslo: NSF; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 19.05.2021).

FORSKNING

Omstilling i sykehjem og hjemmesykepleien under covid-19-pandemien

Omstilling

Smittevern

Sykepleier

Beredskap

Pandemi

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
«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 «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	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	Betydning av endringsvillighet i pandemi
«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) «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	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 vente 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 fortrolig 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/sKH8UPyCeoJa8acd5TKYOFcqykeFgXtDdIsNr6yPSSikR17Nls.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 alvorlet 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 (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 (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-klar-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. Kjelle vold 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/parorendestrategi/> (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.

ESSAY

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.

«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 oppmunttrer 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 sedat tid 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. #18/02128. 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 (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 [sisert 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 (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 anestesen 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 anesthesiavdelinger 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 asymptomatiske 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 utstyrs mangel

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 utstyrs mangel 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. Tjuen 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 deltidsstillinger 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 sykepleiernes 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 patientsituasjoner 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 mangelvare 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 ernæringssvikt 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, Røstad 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)

FAGUTVIKLING

Hjemmesykepleien har stadig flere medisinske-tekniske oppgaver

Økningen i medisinsk-tekniske oppgaver i hjemmesykepleien betyr at det blir mindre tid til andre oppgaver. Derfor er det behov for en debatt om prioritering i helsehjelpen.

Hjemmesykepleie

Sykepleieforskning

Ifølge Nielsen og medarbeidere er medisinsk-teknisk sykepleie et av de sentrale kompetanseområdene innen sykepleiefaglig kompetanse (1). De andre kompetanseområdene er generell sykepleie, verdibasert sykepleie, helsepedagogikk, dokumentasjon og administrasjon av sykepleie samt utvikling, ledelse og organisering av sykepleie.

Nielsen og medarbeideres forståelse av sykepleiefaglig kompetanse sammenfaller med Verdens helseorganisasjons standard for sykepleiere, der sykepleiefaglig kompetanse er basert på blant annet evidensbasert praksis, kulturforståelse, kritisk og analytisk tenkning, administrasjon og tverrfaglighet (2). Det danner utgangspunktet for forståelsen av sykepleiefaglig kompetanse i denne artikkelen.

Medisinsk-teknisk sykepleie blir stadig viktigere

Det er flere grunner til at medisinsk-teknisk sykepleie er et viktig kompetanseområde for sykepleiere. For det første utføres det i stadig økende grad en rekke oppgaver som krever medisinsk og teknisk kompetanse, noe som henger sammen med utviklingen og omfanget av medisinsk behandling i helsetjenesten (3).

Videre kan kravet om medisinsk-teknisk kompetanse knyttes til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, der det forutsettes at helsepersonell jobber faglig forsvarlig og holder seg faglig oppdatert (4).

I tillegg til de ovennevnte forholdene, som favner både spesialist- og kommunehelsetjenesten, har endringer som følge av samhandlingsreformen ført til økte krav om medisinsk-teknisk kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Reformen har blant annet ført til at pasienter som tidligere ble ferdigbehandlet på sykehus, nå blir overført til både sykehjem og hjemmesykepleien for videre behandling (5). For eksempel finner Gautun og Syse at 58 prosent av sykepleierne i hjemmesykepleien opplever å bruke mer tid på medisinske prosedyrer etter innføringen av samhandlingsreformen (6).

Ansatte tar på seg ansvaret for å bedre kompetansen

Økningen i pasienter med behov for oppfølging av den medisinske behandlingen som ble startet i spesialisthelsetjenesten, har dermed forsterket behovet for medisinsk-teknisk kompetanse i hjemmesykepleien (6–8).

«I den grad det tilbys kompetanseutviklende tiltak, er kurs mest brukt, selv om læringseffekten er diskutabel.»

Til tross for at det er større behov for denne kompetansen, har tidligere studier vist at kompetanseutviklingen i kommunehelsetjenesten er mangelfull, usystematisk og tilfeldig (9–11). I den grad det tilbys kompetanseutviklende tiltak, er kurs mest brukt, selv om læringseffekten er diskutabel (12).

Ansatte i hjemmesykepleien opplever derfor at de må ta på seg ansvaret for å styrke sin egen kompetanse, samt prøve å utnytte fagfellesskapet på jobben eller andre uformelle former for utvikling av sin egen kompetanse (10, 13, 14).

Hensikten med studien

Hensikten med studien er å beskrive omfanget av medisinsk-tekniske oppgaver i hjemmesykepleien og kartlegge sykepleieres egenvurderte evne til å utøve medisinsk-teknisk sykepleie og kompetanseutviklingstiltakene som tilbys til sykepleiere i hjemmesykepleien.

I tillegg ønsker vi å undersøke om det er sammenhenger mellom kompetanseutviklingstiltakene og sykepleieres kompetanse til å utøve medisinsk teknisk sykepleie.

Metode

For å finne svar på våre spørsmål utførte vi en tverrsnittsstudie blant sykepleiere i en kommune på Østlandet (15). Studien gjennomførte vi i februar 2020 ved hjelp av et spørreskjema som vi distribuerte via Nettskjema, en tjeneste for sikker datainnsamling via nett, som administreres av Universitetet i Oslo.

Alle sykepleiere i hjemmesykepleien i kommunen fikk tilsendt en e-post med informasjon om prosjektet og en lenke til Nettskjema. Av i alt 167 sykepleiere som fikk tilsendt lenken, svarte 74 sykepleiere på undersøkelsen, noe som utgjør en svarprosent på 44.

Spørreskjemaet omfattet spørsmål om bakgrunn, omfanget av medisinsk-tekniske oppgaver, sykepleierens vurdering av sin kompetanse til å utøve medisinsk-tekniske sykepleie og om kompetanseutviklingstiltakene på arbeidsplassen.

For å kartlegge omfanget av arbeidsoppgaver knyttet til medisinsk-teknisk sykepleie, ble sykepleierne spurt: «I hvilken grad omfattet pasientkontakten ved siste vakt medisinske prosedyrer?», for eksempel utdeling av medikamenter, sårstell og liknende.

For å kartlegge sykepleiernes evne til å utøve medisinsk-teknisk sykepleie brukte vi *The Nurse Professional Competence Scale* (NPC-skalaen). Skalaen består av 35 påstander knyttet til seks kompetanseområder, som til sammen skal utgjøre sykepleiefaglig kompetanse. NPC-skalaen er utviklet av forskere i Sverige og har blitt tilpasset til norske forhold (1, 16).

Medisinsk-teknisk sykepleie i NPC-skalaen kartlegges ved hjelp av seks påstander om blant annet administrasjon av medikamenter, selvstendigheten knyttet til utførelsen av sykepleietiltak og håndteringen av medisinsk teknisk utstyr.

Hver påstand har sju svaralternativer fra i svært liten grad til i svært stor grad. Svarene omregnes til en indeks for medisinsk teknisk sykepleie, der maksimal skår er 100.

Sykepleiernes svar analyserte vi med IBM SPSS versjon 27. Analysen omfattet deskriptiv statistikk samt bivariate analyser for å undersøke om det fantes statistisk signifikante sammenhenger mellom medisinsk-teknisk sykepleie, sykepleiernes bakgrunn og kompetanseutviklingstiltakene på arbeidsplassen.

Under den bivariate analysen ble sykepleierne fordelt i to grupper. Fordelingen tok utgangspunkt i om de skåret under eller over medianverdien, det vil si en skår på 83. Analysen gjennomførte vi ved hjelp av krysstabeller og kji-kvadrattest. Vi valgte et signifikansnivå på 5 prosent.

Studien har vi utført i samsvar med de forskningsetiske retningslinjene som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen (17), og prosjektet er registrert ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 891871.

Pasientkontakten omfattet medisinske prosedyrer

De fleste sykepleierne som deltok i studien, var kvinner (se tabell 1). De fleste var mellom 20 og 40 år, fast ansatt i hjemmesykepleien og hadde 100 prosent stilling.

I tillegg fant vi at 73 prosent av sykepleierne opplevde at pasientkontakten i stor grad omfattet medisinske prosedyrer, og 88 prosent opplevde å ha stor grad av kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie.

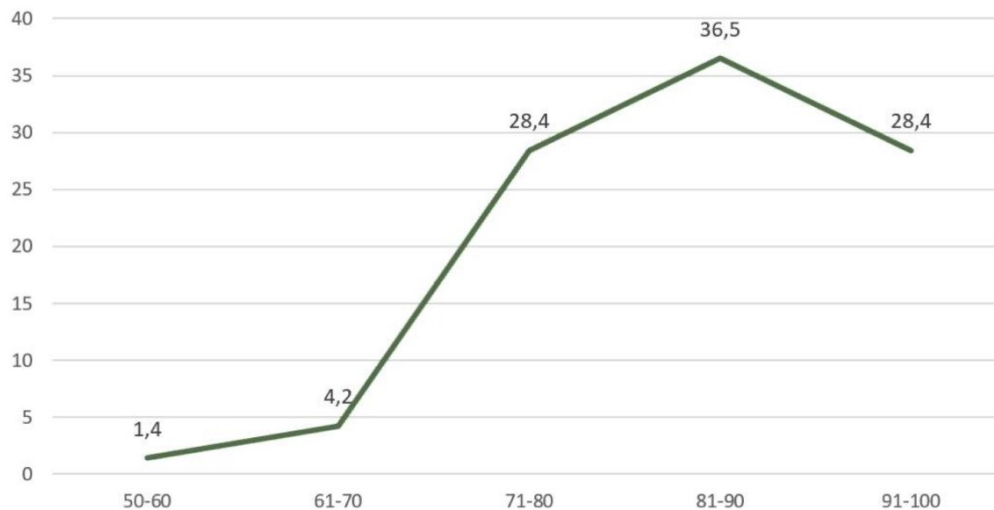
Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon om sykepleierne som deltok i studien (N = 74) *

		Antall	Prosent
Kjønn	Mann	5	7
	Kvinne	67	93
Alder	20–30 år	25	34
	31–40 år	25	34
	41–50 år	15	21
	51–60 år	7	10
	61 år eller mer	1	1
Etter-/videreutdanning	Nei	58	80
	Ja	15	20
Ansettelsesforhold	Vikar	1	1
	Fast ansatt	73	99
Stillingsprosent	< 75 prosent	9	12
	75–99 prosent	12	16
	100 prosent	53	72
Yrkeserfaring fra hjemmesykepleien	0–5 år	42	57
	Mer enn 5 år	32	43
Andel av arbeidstiden med direkte pasientkontakt ved siste vakt	Ingen direkte pasientkontakt	6	8
	1–50 prosent	33	46
	51–75 prosent	21	29
	76 prosent eller mer	12	17
I hvilken grad omfattet pasientkontakten ved siste vakt medisinske prosedyrer?	I svært liten grad	5	7
	I liten grad	5	7
	I verken stor eller liten grad	9	13
	I stor grad	28	40
	I svært stor grad	23	33
I hvilken grad opplever du å ha kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie?	I verken stor eller liten grad	9	12
	I stor grad	50	68
	I svært stor grad	15	20

* Siden ikke alle har svart på alle spørsmålene, varierer antallet deltakere i tabellen.

Figur 1 viser andelen sykepleiere etter deres skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie, og 64,9 prosent av sykepleierne hadde en skår på mellom 81 og 100. Gjennomsnittsskåren og medianverdien var 83.

Figur 1. Sykepleiernes skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie, gruppert. Prosent (N = 74)



Den bivariante analysen viser ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom sykepleiernes skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie og deres bakgrunn, arbeidserfaring eller om de hadde en etter- eller videreutdanning eller ikke.

Vi fant imidlertid en statistisk signifikant sammenheng mellom sykepleiernes skår på indeksen og opplevelsen av å ha nok kompetanse til å utøve faglig forsvarlig kompetanse.

Sykepleiere som svarte at de hadde verken liten eller stor grad av kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie, hadde en gjennomsnittsskår på 75, mens de som svarte at de hadde svært stor grad av kompetanse til faglig forsvarlig sykepleie, hadde en gjennomsnittsskår på 90.

Arbeidsgiveren hadde tilbudt utviklingstiltak

De fleste sykepleierne (82 prosent) svarte bekreftende på at arbeidsgiveren hadde tilbudt tiltak for å vedlikeholde deres sykepleiefaglige kompetanse i løpet av 2019, samt at tilbudet i all hovedsak var intern undervisning på arbeidsplassen.

Tabell 2 viser kompetanseutviklingstiltakene som arbeidsgiveren benyttet seg av, og hvor mange av sykepleierne som fikk tilbud om tiltakene.

Tabell 2. Kompetanseutviklingstiltak og sykepleiere som har fått tilbud om tiltaket av arbeidsgiveren (N = 74)

Kompetanseutviklingstiltak	Antall	Prosent
Interne kurs	61	82
Eksterne kurs	33	45
Veiledning	24	32
Deltakelse på konferanser	16	22
Fagutviklingsarbeid (for eksempel fagutviklingsprosjekter)	11	15
Hospitering på en annen arbeidsplass	8	11

Med unntak av hospitering på en annen arbeidsplass fant vi ingen statistisk signifikant sammenheng mellom de ulike kompetanseutviklingstiltakene fra arbeidsgiverne som er listet i tabellen, og sykepleiernes skår på indeksen for medisinsk teknisk sykepleie.

Det var statistisk signifikant flere sykepleiere med en skår på over 83 på indeksen blant dem som hadde fått tilbud om hospitering, enn blant dem som ikke hadde fått tilbud.

Andre oppgaver nedprioriteres

Vår studie viser at majoriteten av sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at innholdet i helsehjelpen i stor grad omfatter medisinske prosedyrer, noe som er i tråd med funnene til Gautun og Syse (6).

Det er derfor rimelig å anta at innholdet i den kommunale helsehjelpen i stadig økende grad kommer til å omfatte medisinsk-tekniske oppgaver. Dreiningen mot sykepleieoppgaver som i hovedsak er medisinsk orientert i hjemmesykepleien, skaper imidlertid noen utfordringer.

«Tidligere studier har vist at tilbudet fra hjemmesykepleien har betydning for om pasienter føler seg ensomme.»

En av utfordringene er forholdet mellom medisinsk-tekniske oppgaver og andre sykepleiefaglige oppgaver. Et økende omfang av denne typen oppgaver vil kunne føre til at andre må nedprioriteres, deriblant oppgaver knyttet til pasienters psykososiale forhold.

Tidligere studier har vist at tilbudet fra hjemmesykepleien har betydning for om pasienter føler seg ensomme (18, 19), men at sykepleiere etter samhandlingsreformen opplever å ha mindre ressurser til å dekke pasienters psykososiale behov (6). Det illustrerer hvordan endringer i medisinsk orienterte oppgaver utfordrer oppgaver innenfor andre områder.

Oppgavene må håndteres på en faglig forsvarlig måte

En annen utfordring knyttet til økningen i medisinsk-tekniske oppgaver, er sykepleiernes behov for kompetanse til å håndtere oppgavene på en faglig forsvarlig måte. I vår studie opplevde de fleste sykepleierne å ha tilstrekkelig kompetanse til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, noe som er i tråd med tidligere funn (7).

Samtidig indikerte noen av svarene en usikkerhet blant sykepleierne, siden tolv prosent av svarte «i verken stor eller liten grad» på spørsmålet. Av den grunn er det av betydning at kommunene iverksetter tiltak som bidrar til at sykepleiere har den nødvendige kompetansen til å utøve faglig forsvarlig sykepleie.

I vår studie fikk flesteparten av sykepleierne tilbud om interne kurs, noe som er i tråd med tidligere studier (12). Samtidig viste våre analyser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom kurstilbudene og skåren på indeksen for medisinsk teknisk sykepleie.

«I vår studie opplevde de fleste sykepleierne å ha tilstrekkelig kompetanse til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp.»

Mangelen på statistisk signifikante sammenhenger mellom kurs og medisinsk-teknisk sykepleie gjør det relevant å vurdere om kurs er egnet for å øke sykepleieres kompetanse til å mestre oppgaver som dominerer innholdet i hjemmesykepleien.

Samtidig fant vi en statistisk signifikant sammenheng mellom de som fikk tilbud om hospitering, og skåren på indeksen. Dessverre var det kun et mindretall som hadde fått tilbudet, og det hadde vært interessant å studere betydningen av hospitering i en større studie.

Konklusjon

Vår studie bekrefter tidligere funn om at innholdet i helsehjelpen som tilbys fra sykepleiere i hjemmesykepleien, i stor grad omfatter medisinsk-tekniske oppgaver.

Økningen i slike oppgaver konkurrerer imidlertid med andre sykepleiefaglige oppgaver. Det indikerer at det er behov for en prioriteringsdebatt og bevisstgjøring knyttet til innholdet i helsehjelpen fra sykepleiere i hjemmesykepleien.

I tillegg anbefaler vi å vurdere andre tiltak enn kurs dersom hensikten er å styrke sykepleieres kompetanse i å utøve medisinsk-teknisk sykepleie.

Referanser

1. Nilsson J, Engström M, Florin J, Gardulf A, Carlsson M. A short version of the nurse professional competence scale for measuring nurses' self-reported competence. *Nurse Education Today*. 2018;71:233–9. DOI: [10.1016/j.nedt.2018.09.028](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028)
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Genève: WHO; 2009.
3. Måseide P. Medisinsk sosiologi: noen sosiologiske perspektiv på sjukdom og behandling. Oslo: Tano; 1987.
4. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (nedlastet 01.02.2022).
5. 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)
6. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2013.
7. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning*. 2015(1):16–22. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)
8. Molnes SI. Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2014(2):142–55. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06)
9. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien forskning*. 2017;12(64027):e-64027. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.64027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027)
10. Øyen KR, Corneliussen HG, Sunde OS, Mittenmeier E, Strand GL, Solheim M, et al. Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen? Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2015.

11. Yttrelid A-H. Strategisk kompetansesatsing i hjemmetjenesten i Agder: finnes det en strategisk satsing på kompetanse og kompetansemobilisering i hjemmetjenesten i Agder? Kristiansand: Universitetet i Agder; 2017.
12. Abelsen B, Sheikh ZA, Vrangbæk K. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2014.
13. Almaas TH. Hjemmesykepleieren i møte med samhandlingsreformen: en kvalitativ studie om ansattes opplevelser av kompetanseutvikling. Trondheim: NTNU; 2015.
14. Hynne AB, Kvangarsnes M. Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2014;10(2):76–90. DOI: [10.7557/14.3324](https://doi.org/10.7557/14.3324)
15. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
16. Eli-Anne S, Stina E, Jörg WK. Oversetting, tilpasning og testing av The Nurse Professional Competence Scale. Nordisk sygeplejeforskning. 2020(3):164–75. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2020-03-03](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-03)
17. Millum J, Wendler D, Emanuel EJ. The 50th anniversary of the declaration of Helsinki: progress but many remaining challenges. JAMA. 2013;310(20):2143–4. DOI: [10.1001/jama.2013.281632](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281632)
18. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning. 2013;8(2):116–22. DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0049](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049)
19. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;5(3):266–82. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04)

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 17.02.2017

Fra sykehus til sykehjem – hva

samhandlingsreformen har ført til

Samhandlingsreformen

Sykehjem

Overlevelse

Kompetanse

For å møte fremtidens helseutfordringer har det vært gjennomført helsereformer i mange industrialiserte land det siste tiåret (1). Utfordringene har vært beskrevet som mangelfull koordinering av helsetjenestene, liten satsing på forebygging og en forventet stor vekst i antall eldre med kronisk sykdom med hjelpebehov (1). Dette gjenspeiles i samhandlingsreformen, som ble innført i Norge i 2012 med målsettingen om å bedre folkehelsen og forbedre helse- og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte (2).

I likhet med helsereformene i de nordiske landene har også den norske samhandlingsreformen vært opptatt av å overføre behandlingsansvaret nærmere pasientenes bosted (1). Dette innebærer at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, slik at veksten i bruk av sykehustjenester blir mindre. Ifølge Grimsmo og Magnussen (1) utmerker den norske samhandlingsreformen seg ved at den har blitt gjennomført separat for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Et av virkemidlene i den norske samhandlingsreformen har vært å etablere samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak. Ifølge Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (3) har reformen hatt begrenset betydning for hvordan kommunehelsetjenesten opplever samhandlingen. Samarbeidet beskrives som asymmetrisk ved at sykehuslegene har definisjonsmakt i vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar uten at den medisinske kompetansen i kommunen i særlig grad involveres i beslutningen (3).

Kortere liggetid etter reformen

Kommunenes egenbetaling for pasienter som vurderes å være utskrivningsklare fra sykehus, har også vært et sentralt virkemiddel i den norske reformen. Fra enkeltsykehus ble det rapportert opp til 96 prosent reduksjon i overliggerdøgn av utskrivningsklare pasienter det første året etter at samhandlingsreformen var innført (4). Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (5) ble mer enn 80 prosent av pasientene som ble registrert som utskrivningsklare på landsbasis i 2014, tatt imot av kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet. Også liggetiden på sykehus for de eldste er redusert (3, 6).

Ved akuttgeriatrisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus ble reduksjonen i liggetid etter at samhandlingsreformen var innført, satt i sammenheng med økningen i reinnleggelser i samme periode (7). Ifølge evalueringsrapporten knyttet til samhandlingsreformen er det imidlertid ikke med en økning i reinnleggelser, men en økning i innleggelser i den samme perioden som det hadde vært en reduksjon i liggetid (3). Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk bekrefter at det er en sammenheng mellom kortere liggetid og reinnleggelse (8). Det er større risiko for reinnleggelse for pasienter som overføres til kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet, sammenliknet med pasienter som blir på sykehus utover dette tidspunktet (8). En større svensk studie fant en sammenheng mellom kortere liggetid på sykehus og redusert overlevelse etter utskrivning hos eldre med lårhalsbrudd (9).

Svekket pasientoverføring

Fordi liggetiden på sykehus for de eldste har blitt kortere, ser vi en økning i antall pasienter som overflyttes videre til sykehjem (8). Denne økningen har i liten grad medført flere sykehjems plasser (5). Det er imidlertid registrert større bruk av dobbeltrom og korridorpatienter (10) samt en økning i opphold av kortere varighet på bekostning av faste plasser i sykehjem (11). Når behandlingsansvaret overføres fra sykehus til kommunene, innebærer det at pasientene som overføres, har mer alvorlige, komplekse og behandlingsteknisk krevende sykdomstilstander enn hva situasjonen var før samhandlingsreformen ble innført (10, 11). Sykehjemmene har derved fått mer spesialisert pleie og behandling med påfølgende økt kompetansebehov. Kommunene har imidlertid i liten grad styrket kompetansen etter at samhandlingsreformen ble innført (5). Sykehjemmene rapporterer om et udekket kompetansebehov og økt tidspress etter samhandlingsreformen (9).

«Fordi liggetiden på sykehus for de eldste har blitt kortere, ser vi en økning i antall pasienter som overflyttes videre til sykehjem.»

Når alvorlig syke og behandlingstrengende pasienter skal overføres til et annet helsetjenestenivå, er det svært viktig med samarbeid mellom tjenestenivåene. Det er iverksatt tiltak med samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene for å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene. Likevel rapporterer kommunene at samarbeidet knyttet til pasientoverføring er svekket etter at reformen ble innført (10). Dette bekreftes i et landsomfattende tilsyn, som identifiserte mangelfull informasjon når pasienter ble overført mellom sykehus og kommuner (5).

Vi ønsket å få mer kunnskap om konsekvensene av samhandlingsreformen for skrøpelige gamle som blir overført fra sykehus til sykehjem. Derfor sammenliknet vi forekomst av dødsfall, alder, kjønn, liggedøgn og utskrivningsdestinasjon før og etter reformen.

Materiale og metode

Vi gjennomførte en retrospektiv studie ved ett av sykehjemmene i Bergen kommune ved å innhente data fra tidsrommene mai 2009 til desember 2011 og mars 2012 til mai 2014, henholdsvis før og etter at samhandlingsreformen ble innført (2). Vi gjennomførte studien på en korttidsavdeling med 35 senger. Avdelingen mottok pasienter som ikke kunne skrives ut til eget hjem etter en akutt sykehusinnleggelse. Målet med oppholdet var

- å fullføre medisinsk behandling og pleie som var igangsatt på sykehus, og
- å kartlegge omsorgsbehov og muligheten for å bli tilbakeført til eget hjem.

I løpet av denne perioden har korttidsavdelingen vært drevet på samme måte, med uendret bemanning. Da vi initierte studien på slutten av 2013, var pasientene i studien enten utskrevet fra sykehjemmet eller døde.

Pasienter

Vi inkluderte alle pasienter på ≥ 70 år som ble overflyttet fra Haukeland universitetssykehus eller Haraldsplass Diakonale Sykehus til sykehjemmets korttidsavdeling i den aktuelle tidsperioden. Vi samlet inn pasientkarakteristikk, som alder, kjønn, liggedøgn, utskrivningsdestinasjon og død, retrospektivt fra kommunens pasientadministrative system.

Statistikk

Vi analyserte dataene ved å bruke deskriptiv statistikk. Data var ikke normalfordelt, og Mann-Whitney U-test ble brukt for å sammenlikne kontinuerlige data. Vi brukte kji-kvadrattest for å sammenlikne kategoriske data mellom to grupper, og vi analyserte dataene ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS versjon 20 for Windows.

Etikk

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest), som innvilget fritak fra krav om pasientsamtykke.

Resultat

Vi inkluderte totalt 363 pasienter med median alder 86 år (variasjon mellom 70 og 103 år), hvorav 59 prosent var kvinner. Pasientene som ble innlagt etter at samhandlingsreformen var innført, var signifikant eldre ($p < 0,001$), og over dobbelt så mange døde på sykehjemmet ($p = 0,002$) (tabell 1).

«Pasientene som ble innlagt etter at samhandlingsreformen var innført, var signifikant eldre.»

Mortaliteten var høyere etter at samhandlingsreformen var innført, både ved seks og tolv måneder (henholdsvis $p = 0,04$ og $p = 0,01$) (tabell 2).

Færre pasienter ble overflyttet til langtids plass ved annet sykehjem ($p < 0,001$), mens en høyere andel pasienter ble utskrevet til hjemmet ($p = 0,04$). Det var ingen signifikant forskjell ($p = 0,91$) på antall dager i live før og etter samhandlingsreformen (tabell 1).

Tabell 1: Pasientkarakteristika og utfall av sykehjemsopphold før og etter innføring av samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Antall pasienter	186	177	
Alder*	85 (70–99)	88 (73–103)	$<0,001^a$
Kvinner	117 (63 %)	99 (56 %)	$0,15^b$
Død under sykehjemsopphold	25 (13 %)	48 (27 %)	$0,002^b$
Hvis død, dager i live*	12 (2–73)	14 (2–99)	$0,91^a$

* Median og variasjon, ^aMann-Whitney U-test, ^bkji-kvadrattest

Tabell 2: Mortalitet ved 6 og 12 md. oppfølging før og etter innføring av samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Antall pasienter	185	133	
Død 6 md.	67 (36 %)	68 (51 %)	$0,01$
Død 12 md.	84 (45 %)	79 (60 %)	$0,04$

Kji-kvadrattest

Diskusjon

Denne studien viser at pasienter som ble overflyttet fra sykehus til sykehjem etter at samhandlingsreformen var innført, var eldre. I tillegg døde en høyere andel av pasientene på sykehjemmet (tabell 1 og 2). Så langt vi kjenner til, er denne studien den første som også har innhentet informasjon om alder og død for denne pasientpopulasjonen.

Vi har dessverre ingen variabler som kan forklare den økte dødeligheten vi finner. Til tross for en økning i overlevelse på sykehus fra 2010 til 2014 (12) har vi begrenset informasjon om sammenhengen mellom endring i forekomst av død på sykehus og på sykehjem. Den mest nærliggende forklaringen, som også er fremhevet i tidligere studier (10, 11), er at pasientene som ble overført til sykehjem etter samhandlingsreformen, hadde mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn det som var tilfelle med dem som ble innlagt før reformen. I tillegg var pasientene etter reformen eldre. Antall diagnoser har vist seg å bidra til økt dødelighet blant sykehjemsbeboere (13, 14).

Svekking av tjenestenivåer

Vi fant en dobling av pasienter som døde på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført (fra 13 prosent til 27 prosent, $p = 0,002$). Pleie, omsorg og behandling av svært syke og døende pasienter er spesielt utfordrende, både faglig og ressursmessig. Ifølge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (15) kjennetegnes det palliative forløpet ved et komplekst sykdomsbilde med akutte tilstander av komplikasjoner, sviktende organfunksjoner og økende pleiebehov. De som følger opp denne pasientgruppen, vektlegger tett oppfølging med god informasjon til pasient og pårørende (15). Studier viser at god tid og god kompetanse, både når det gjelder lindrende behandling og pasient-pårørendekommunikasjon, er svært viktig for å kunne gi god omsorg ved livets slutt (16–19).

«Vi fant en dobling av pasienter som døde på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført.»

For at alvorlig syke og døende pasienter skal få god oppfølging og behandling, er det sentralt å planlegge overføringen av behandlingsansvaret til et annet tjenestenivå. Det er derfor bekymringsfullt når sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever at samarbeidet mellom tjenestenivåene er svekket når det gjelder utskrivningsplanlegging fra spesialisthelsetjenesten etter at samhandlingsreformen ble innført (10). Det er videre problematisk at den medisinske kompetansen i kommunen sjelden involveres i vurderinger av og beslutninger om å få overført behandlingsansvaret fra spesialisthelsetjenesten (3).

Svakheter ved studien

En begrensning ved vår studie er at vi ikke har data om eventuelle forskjeller i terminal pleie på sykehjem og sykehus. Vi har heller ikke data om hvordan pasient eller pårørende opplever det å bli overført til sykehjem i denne fasen av livet. Vi kan derfor ikke konkludere med hvor terminal pleie best ivaretas for denne pasientgruppen. Når man skal ta avskjed med livet eller med en av sine nærmeste, er det viktig med trygghet, forutsigbarhet og opplevelse av støtte og kompetanse. Hvorvidt dette ivaretas best nær pasientens bosted eller der spesialkompetansen er størst, avhenger av flere faktorer som ikke belyses i denne studien. Videre forskning bør fokusere på behandlingsbehov for pasienter innlagt på sykehjem etter samhandlingsreformen. Det er behov for kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever en overføring fra sykehus til sykehjem i denne fasen av livet. Brukererfaringene er et sentralt element for å optimalisere tjenestetilbud.

Våre resultater kommer fra en liten retrospektiv studie fra kun ett sykehjem, og vi har ikke opplysninger om sykелighet. Dette er en svakhet ved studien. Det ville derfor vært interessant å sammenlikne våre tall med tilsvarende tall fra andre korttidsavdelinger fra samme tidsperiode og område. Imidlertid foreligger det ikke et slikt tallgrunnlag.

Forverring for eldre skrøpelige

Resultatene viste at færre ble overført til langtidsplass ved annet sykehjem, og at en høyere andel av pasientene ble utskrevet til hjemmet (tabell 3). Andre kartlegginger konkluderer også med at flere gamle skrøpelige blir overført fra sykehus til sykehjem. Denne overføringen medfører en økning i korttid og rehabiliteringsplass på bekostning av fast plass i sykehjem (10).

Tabell 3: Flyttemønster etter korttidsopphold før og etter samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Annet sykehjem	84 (45 %)	38 (21 %)	<0,001 ^b
Reiser hjem	67 (36 %)	83 (47 %)	0,04 ^b
Reinnlagt på sykehus	10 (5 %)	8 (5 %)	0,81 ^b
Liggedøgn	25 (0–145)	21 (0–161)	0,26 ^a

^aMann-Whitney U-test, ^bkji-kvadrattest

Det er grunn til å anta at eldre skrøpelige pasienter som blir skrevet ut fra sykehjem til eget hjem, er en høyrisikogruppe for gjentatte sykehusinnleggelse. Denne påstanden begrunner vi på bakgrunn av en generell økning i reinnleggelse etter at samhandlingsreformen ble innført (8), og da spesifikt i den akuttgeriatriske populasjonen (7). Etter samhandlingsreformen har det vært en liten økning i reinnleggelse fra sykehjem til sykehus.

Det gjenstår å se hvilken betydning etablering av kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) vil ha for denne pasientpopulasjonen. Ordningen ble innført i perioden fra 2012 til 2016. Bergen kommune etablerte ordningen i 2016, etter at gjeldende studie var gjennomført. Så langt tyder det imidlertid på at veldig få pasienter legges inn fra sykehjem, mens nærmere 18 prosent av pasientene som er innom øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene, overføres til sykehjem etter få dager (21).

Konklusjon

Resultatene våre viser at pasienter som overflyttes fra sykehus til sykehjem etter samhandlingsreformen, er eldre og har kortere overlevelse sammenliknet med situasjonen før reformen ble innført. For sykehjemmene medfører dette større pasientgjennomstrømming og mer uavklart status for pasientene, både når det gjelder aktiv behandling og terminal pleie. Sykehjemmene kan dermed få høyere gjennomstrømming av pasienter og utfordringer knyttet til mer uavklarte pasientforhold når det gjelder aktiv behandling kontra terminal pleie.

Det er grunn til å anta at disse momentene har konsekvenser for kompetanse og bemanningsbehov i sykehjem for å ivareta samhandlingsreformens målsetting om å gjøre folkehelsen og helse- og omsorgstjenester bedre på en bærekraftig måte. For å møte den nye situasjonen for sykehjemmene etter at samhandlingsreformen ble innført, bør bemanningen ved sykehjemmene vurderes ut ifra oppgaver og kompetansebehov. Videre forskning bør fokusere på behandlingsbehov for pasienter som er innlagt på sykehjem etter samhandlingsreformen.

LES OGSÅ: [Er sykepleierne fortsatt engler?](#)

Referanser

1. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. 2015.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo. 2009.
3. Norges forskningsråd. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). 2016.
4. Otterstad HK, Birkestrand T. Samhandlingsreformen. Færre overliggere i sykehus. Sykepleien 2014;102(2):49–51. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/faerre-overliggere-i-sykehus>. (Nedlastet 06.02.2017).

5. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2016.
6. Hermansen Å, Grødem AS. Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. Sykepleien Forskning 2015;10(1):24–32. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/reduisert-liggetid-blant-de-eldste>. (Nedlastet 06.02.2017).
7. Ranhoff A, Alaburic S, Engstad T, Mensen L, Svendsen T. Readmissions after discharge from an acute geriatric unit; an analysis of probable causes. European Geriatric Medicine (EUGMS) September 2014; Rotterdam, Nederland, 2014. p. S207 – S8. Tilgjengelig fra: <http://www.em-consulte.com/en/article/927637>. (Nedlastet 12.02.2017).
8. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2013–14. Oslo. 2015.
9. Nordström P, Gustafson Y, Michaëlsson K, Nordström A. Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. BMJ 2015.
10. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA. 2013.
11. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. International Research Institute of Stavanger. 2014. Tilgjengelig fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/iris-2014-382-samhandlingsreformens-konsekvenser.pdf>. (Nedlastet 12.02.2017).
12. Lindman AS, Kristoffersen DT, Hansen TM, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014. Oslo: Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2015.
13. Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Mortality in nursing home residents without cognitive impairment and its relation to self-reported health-related quality of life, sociodemographic factors, illness variables and cancer diagnosis: a 5-year follow-up study. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2012.

14. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders* 2010;120(1-3):141-8.
15. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo. 2010.
16. Dreyer A, Forde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes—relatives' role in the decision-making process. *Journal of Medical Ethics* 2009;35(11):672-7.
17. Davies E, Higginson I. Better palliative care for older people. WHO. 2004.
18. Wille I-L, Nyrønning S. Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk Sykepleie* 2012;3.
19. Husebø B, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125(1352):4.
20. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24.06.2011 [helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (Nedlastet 06.02.2017).
21. Skinner MS. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Rapportserie nr. 13. Gjøvik: Senter for Omsorgsforskning. 2015. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/398536/rapport_13_2015_web.pdf. (Nedlastet 06.02.2017).

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 29.04.2022

Smitteforebygging i hjemmesykepleien: erfaringer fra sykepleieledere og

sykepleiefaglige konsulenter

Ledelse

Smittevern

Hjemmesykepleie

Håndhygiene

Kvalitativ studie

Den moderne hjemmesykepleien er kompleks med samhandling mellom mange aktører. Det er en økende pasient- og brukergruppe med stor variasjon i hjelpebehov på tvers av alle aldre (1). Aller mest øker antall brukere under 67 år. Eldre er likevel en betydelig del av brukergruppen (2) som er spesielt utsatt for infeksjoner (3, s. 28).

Blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester har dessuten 90 prosent fire–fem sykdommer (4). Under opphold på sykehus og institusjoner kan pasientene bli rammet av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Forskning viser imidlertid at HAI også truer pasientsikkerheten i hjemmetjenesten (5–7).

I Sverige ble Global Trigger Tool-metoden benyttet i en studie for å skanne journaler for pasientskader. Forskerne fant at HAI var en hyppig pasientskadeårsak i hjemmetjenesten (5). Nasjonale undersøkelser i USA tyder på at infeksjoner som oppsto mens pasientene fikk hjemmesykepleie, var en hyppig årsak til sykehusinnleggelses (6, 7).

En studie med hjemmesykepleiebyråer i USA som ble gjennomført under covid-19-pandemien, viste at smittevernansvar kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver. En tredjedel av de smittevernansvarlige hadde ingen formell opplæring i smittevern. Sannsynligheten var større for at det var smittevernansvarlige i urbane strøk enn på landsbygda (8).

Da pandemien nådde Norge, publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) råd for å forebygge smitte i den norske hjemmesykepleien (9). Basale smittevernrutiner (BS) skal utøves i kontakt med alle pasienter i helsetjenesten for å forebygge kjent og ukjent smitte.

BS omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse mot stikkskader (10).

I publikasjonen «Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge» slår FHI fast at det finnes lite kunnskap om praktisering av BS i den norske hjemmesykepleien (11). Studier fra svensk hjemmesykepleie avdekket at tidspress og lav grunnbemanning hindret etterlevelsen av BS (12, 13).

En systematisk oversiktsartikkel viste at faktorer som kunne påvirke etterlevelsen av BS, var mangel på nødvendig utstyr, dårlige romforhold, type pasientkontakt og utilstrekkelig opplæring og kunnskap (14, 15). Organisatoriske kampanjer hadde imidlertid positiv innvirkning på holdninger og atferd som gjaldt infeksjonskontroll og forebygging av infeksjoner (15).

Vi har funnet noen få norske kvalitative studier som beskriver faktorene for etterlevelse av smittevern. I en fokusgruppestudie fortalte sykepleiere i hjemmesykepleien om mangel på oppdaterte prosedyrer i hjemmesykepleien og at det ikke ble prioritert av lederne (16).

En studie basert på en spørreundersøkelse blant helsepersonell i sykehjem og hjemmesykepleie anså bemanning som en risikofaktor for pasientsikkerheten (17).

En rapport (18) om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleie og sykehjem viste at sykepleiere og helsefagarbeidere ble erstattet av ufaglærte ved sykdom. Opptil 22 prosent av vaktene med sykepleiefravær ble dekket av ufaglærte. Andelen ufaglærte var spesielt høy i helgene, om kveldene og i feriene (18).

Forskrift om smittevern i helsetjenesten inneholder ikke et spesifikt pålegg om infeksjonskontrollprogram i hjemmesykepleien (19), men kravet om faglig forsvarlig praksis i hjemmetjenesten er hjemlet i helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (20, 21).

FHIs smittevernveileder om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer er også klar på at BS skal følges i møte med alle pasienter i helsetjenesten (3, 10).

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter hadde med prosedyrer og rutiner som er utarbeidet lokalt i kommunen, samt hvilke behov og utfordringer de identifiserte i forbindelse med BS.

Metode

Studien hadde et kvalitativt beskrivende design (22) og omfattet dybdeintervjuer med sykepleiere som var ansatt i administrasjonen i hjemmebaserte tjenester, og av smittevernhelsesykepleieren fra faggruppe for smittevern sentralt i kommunen. Siden BS i hjemmesykepleien er lite undersøkt, ønsket vi å gå åpent ut for å utforske ansattes erfaringer i hjemmesykepleien.

Intervjuer

Den semistrukturerte intervjuguiden inneholdt spørsmål om BS som gjaldt prosedyrer og opplæring av ansatte (figur 1). Den ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning om etterlevelse av smittevern (14, 15, 23, 24).

Undersøkelsen var basert på sju dybdeintervjuer med åtte deltakere. Ett av intervjuene ble gjennomført med to deltakere samtidig etter deres eget ønske. Intervjuene varte fra 40 til 70 minutter.

De fire første intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass, mens de tre siste var telefonintervjuer på grunn av covid-19-restriksjoner i den første nedstengingsfasen i mars 2020. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren, som var masterstudent på daværende tidspunkt.

Vi testet intervjuguiden på kollegaer fra hjemmesykepleien og justerte den før oppstart av studien. Intervjueren hadde selv bakgrunn fra hjemmesykepleien og er kvinne, i likhet med deltakerne.

Figur 1. Intervjuguide

-
- Kan du fortelle meg om kommunens prosedyrer for smittevernrutiner?
 - Hvordan tilrettelegger dere for hygieniske prinsipper (utstyr, infrastruktur, opplæringsmateriell, utstyrsekker o.l.)?
 - Hvordan legger dere til rette for opplæring i basale smittevernrutiner for nyansatte?
 - Hvilke tiltak har dere for å forbedre etterlevelsen av de basale smittevernrutinene?
 - Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder hygiene og smittevern i hjemmetjenesten?

Laget med Datawrapper

Rekruttering og utvalg

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester bisto med rekruttering til studien. Tre vertskommuner fikk e-postinvitasjon, hvorav to samtykket til deltakelse. Deltakerkommunene hadde høyt innbyggertall og flere hjemmesykepleiedistrikter med en smitteverngruppe sentralt.

Kommunene benyttet elektronisk kvalitetssystem med lokale smittevernrutiner. «Snøballmetoden» ble brukt for å rekruttere deltakere til studien, det vil si at noen som allerede hadde takket ja til intervju, bidro til å rekruttere kollegaer med relevant erfaring (22).

Utvalget besto av sykepleiefaglige konsulenter, en sykepleieleder og en smittevern helsesykepleier (tabell 1). De ble informert om studiens formål og at intervjueren selv hadde jobbet i hjemmesykepleien.

Intervjuene var relativt lange, og deltakerne bidro med mye informasjon. Intervjuene ble gjennomført fra oktober 2019 til og med mars 2020. Deltakernes erfaringer er dermed preget av situasjonen før og etter første nedstengning som følge av covid-19-pandemien.

Tabell 1. Demografiske data

Deltaker	Alder	Ansettelsestid	Kommune	Stillingstittel
D1*	49	Mindre enn ett år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D2	41	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D3	56	Mindre enn ett år	A	Smittevern helsesykepleier
D4	57	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D5	58	Mer enn tre år	A	Leder
D6	46	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D7	59	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D8	44	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent

*Alle deltakere jobber i administrasjon i hjemmesykepleien, unntatt D3 som jobber i faggruppe smittevern sentralt i kommunen. * D1 = Sykepleier. D2 til D6 = Sykepleier med videreutdanning eller master.*

Laget med Datawrapper

Analyse

Førsteforfatteren tok opp intervjuene med lydopptaker og transkriberte dem. Begge forfatterne deltok i analysen av dataene. Vi brukte Braun og Clarkes tematiske analyse for å identifisere koder og temaer av meningsbærende enheter i transkripsjonene på tvers av hele datasettet og identifiserte mønstre som belyste forskningsspørsmålene.

Analyseprosessen gjennomførte vi flere ganger før det endelige resultatet med temaer og undertemaer ble klart (tabell 2) (25).

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Koder	Undertema	Hovedtema
«Nå har jeg gått igjennom den opplæringssjekklista, og den som vi har hatt nå, har det ikke vært på en måte tema. Sånn at det blir på en måte, man tar for gitt at de vet hvordan. Når håndhygiene skal utføres og sånn. Så det er veldig dårlig. Vi har ikke noe fokus på det, nei, altfor lite.»	BS* er ikke på opplæringssjekklisen til assistenter. Tar det for gitt at de vet når håndhygiene skal utføres	Variierende systematikk i opplæringen	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Jeg skulle ønske at vi hadde flere prosedyrer fordi veldig mange av de prosedyrene vi har, vi har jo veldig få. Vi har bare tre prosedyrer som er utarbeidet for hjemmesykepleietjenesten, og de har helseetaten laget. Ellers så er det de som finnes på VAR Healthcare. De er jo på en måte utarbeidet for institusjoner og sykehus, så de er ikke tilpasset hjemmesykepleien. Og jeg tenker at det er stor mangel på prosedyrer, vi trenger mange prosedyrer, og de eksisterer ikke. Ikke nasjonalt og ikke hos disse privatleverandørene som VAR.»	Få prosedyrer for hjemmesykepleien, tilpasset institusjoner og sykehus. Behov for prosedyrer tilpasset hjemmesykepleien	Prosedyrene gir ikke svar på alt	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Vi har sjekklister for nyansatte. Vi har laget et sånn opplæringsprogram i hjemmesykepleien som introduksjon, et sånt hefte. Og der står det jo litt om hygiene og sånn som de får lese og gå igjennom. Også en sånn sjekklister for de som går ute med disse nyansatte, de har jo tre dager opplæring ca. Noen har fem hvis de er helt uerfarne.»	Opplæringsprogram til nyansatte, men ikke tilstrekkelig for ekstravakter. BS inngår i opplæringen	Variierende systematikk i opplæringen	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelsen
«Så er det jo ikke så veldig lenge siden vi fikk arbeidstøy, det er jo to år siden. Før det gikk vi jo i privattøy. Og bare det gjorde jo til at det ble endringer. Hygieniske, i hvert fall. Det er mye jobb å snu en masse for å tenke sånn klesetikk og ikke ha med hjem og sånn for lettvinthets skyld. Men nå er det jo helt KRISE hvis det ikke er en bukse, så det er jo utrolig hvor fort man lærer seg det.»	Arbeidstøy hadde også effekt på holdninger til hygiene generelt hos de ansatte	Rom for forbedring	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse

*BS = basale smittevernrutiner

Etikk

Før vi satte i gang undersøkelsen, gjennomførte vi en risiko- og sårbarhetsanalyse for å planlegge håndteringen av personsensitive lydfiler og dokumenter i henhold til Oslomets retningslinjer (26). Vi meldte studien til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fikk godkjenning 19.09.2019 (referansenummer 262833).

Deltakerne fikk informasjon om studien, at de kunne trekke seg uten å oppgi grunn, og at innhentet informasjon ble aidentifisert. Alle ga skriftlig samtykke til å delta i studien.

Resultater

Analysen av studiedeltakernes erfaringer med å tilrettelegge for BS i hjemmesykepleien resulterte i to hovedtemaer og fire undertemaer.

Prosedyrer og opplæring av nyansatte

Deltakernes håndtering av smitte og hygiene var i stor grad knyttet til bruk av eksisterende prosedyrer samt behov for opplæring av nyansatte. De hadde også et uttalt behov for opplæring i beskyttelsesutstyr til engangsbruk.

Prosedyrene gir ikke svar på alt

Smittevern i hjemmesykepleien ble organisert ulikt i kommunene. Deltakerne i den ene kommunen medvirket i å utarbeide BS-prosedyren som en del av en videreutdanning i regi av arbeidsgiveren. I den andre kommunen ble BS-prosedyren utarbeidet av en smitteverngruppe sentralt.

Deltakerne opplevde at utviklingen av BS-prosedyren var et steg i riktig retning, og at håndhygienedagen, en egen dag der håndhygiene særlig vektlegges, medførte økt søkelys på smitteforebygging gjennom håndvask. Flere understreket samtidig at de var avhengig av godt samarbeid med de lokale lederne for å komme i mål med implementering av prosedyrene.

«Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer.»

Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer og at det var få lokale prosedyrer tilstrekkelig tilpasset hjemmesykepleien. En deltaker beskrev en situasjon der hun søkte råd fra spesialisthelsetjenesten:

«Ringer man til smittevern på sykehuset og spør: ‘Vi skal sette subkutane injeksjoner’, så sier de, ‘det skal være i gule bøtter hjemme hos brukerne’. ‘Hva skal vi gjøre med de gule bøttene?’ ‘Ta dem med på kontoret’. Men vi har ingen videre levering fra kontorene. Mangler selve leddet på en måte. Så vi putter de i gjennomsiktige plastflasker hjemme hos brukerne. Det er jo et hjem» (D4).

Flere av deltakerne opplevde at rådgivning til hjemmesykepleien var krevende på grunn av manglende standarder for smittevern. De fikk ofte spørsmål om hva slags utstyr som skulle brukes og oppbevares i hjemmet. Noen ganger oppsto det nye problemstillinger, for eksempel hvordan de skulle håndtere skittentøy til en med resistente bakterier på fellesvaskeri.

Varierende systematikk i opplæringen

De fleste fortalte at BS i større eller mindre grad var en del av opplæringen. Opplæringssjekklister satte rammen for innholdet. Nyansatte fikk i tillegg informasjon om BS for gjennomlesing.

En deltaker fortalte at smittevern hadde fått lite plass i opplæringen: «Jeg sjekket faktisk opplæringssjekklisten før du kom hit, og hygiene står det ingenting om. Det er altfor lite fokus på dette. Vi har undervisning to ganger i året, men langt fra alle deltar» (D2).

Flere deltakere oppfattet at opplæring av ufaglærte ikke var tilstrekkelig. Én hadde forsøkt å tilpasse opplæringen bedre til de ufaglærte:

«Vi har laget opplæringssjekklister til ufaglærte assistenter med kun det de skal ha opplæring i. Vikarene får også en tretimers undervisning der blant annet hygiene er tema. Jeg bruker Excel-skjema for å ha oversikt over hvilken opplæring som er gitt» (D8).

En annen fortalte at hjemmesykepleien forberedte seg på covid-19 med opplæring i og repetisjon av smittevernrutiner for å trygge de ansatte. Samtidig påpekte flere deltakere at opplæring ble gitt muntlig og skriftlig, men ikke praktisk utførelse av håndhygiene.

Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse

Kort brukertid, lav grunnbemanning og lavere kompetanse på kveldstid og i helger kunne være til hinder for BS. Midlertidige ansettelse vanskeliggjorde kontinuiteten i tjenesten, og smittevernsspørsmål ble løst ulikt. Det krevde gode rutiner å få informert aktører uten tilgang til journalsystemet om smitte.

En kompleks tjeneste med tidspress og lav grunnbemanning

Stram tidsramme på brukertiden pasientene fikk tildelt, oppfattet deltakerne som et hinder for grundig håndhygiene blant de ansatte. Kutt i grunnbemanningen førte også til ubesatte vakter på kveldstid og i helger:

«Noen av avdelingslederne har sagt på mange ledermøter at ‘jeg kan ikke stå inne for den bemanningen som er på helg, jeg går ofte hjem med hjertet i halsen fredag’. Det er lite fagfolk på kveld og helg» (D6).

En deltaker fortalte at mange av de ansatte hadde midlertidige stillinger. Dette vanskeliggjorde å ha faste ressurspersoner med ansvar for eksempelvis fag og kvalitet. Tidligere hadde en fagkonsulent ansvaret for et helt distrikt, men det ble krevende å følge opp alle hjemmesykepleiegruppene godt nok.

De lokale hjemmesykepleiegruppene hadde også en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder. For å sikre bedre kvalitet har de assisterende avdelingslederne nå endret funksjon og blitt fagansvarlige ute i de lokale hjemmesykepleiegruppene i tillegg til de lokale avdelingslederne.

Noen konsulenter erfarte at nødvendig informasjon ikke alltid nådde de fagansvarlige. Flere bemerket også at det var en utfordring å gi samarbeidspartnere som hjemmehjelper og ambulanspersonell informasjon om smitte ettersom de ikke hadde tilgang til journalsystemet.

Rom for forbedring

Flere deltakere meddelte at de hadde fått moderne lokaler som var bedre tilpasset hjemmesykepleien. Arbeidstøy hadde kommet på plass i begge kommunene, og deltakernes inntrykk var at det førte til økt oppmerksomhet på BS blant ansattgruppen.

Deltakerne oppfattet at ansatte var opptatt av hygiene, men fortalte også om det de beskrev som risikoatferd og uvaner: «Når man observerer lange negler eller ringer på sykepleiere, da tenker jeg at det er helt krise» (D6).

Flere hadde fått tilbakemeldinger fra ansatte om at beskyttelsesutstyr til engangsbruk ble brukt flere ganger. Feilbruk og overforbruk av hansker kom frem i flere samtaler. Tilbakemeldinger fra lærlinger tilsa at ulik praksis blant ansatte skapte forvirring.

«Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.»

En deltaker fortalte at de hadde rettet søkelyset mot hjemmehjelpenes kunnskap: «Vi har fått mer fokus på hjemmehjelpene ettersom de gjerne går i samme hjem som hjemmesykepleien. Vi oppdager at de ikke hadde kunnskapen vi trodde, i forhold til hanskebruk spesielt. Nå har vi fått riktig type hansker og vist filmer om riktig hanskebruk og håndhygiene» (D8).

Deltakerne beskrev rengjøring av flergangsutstyr, spesielt ukedosetter, som upraktisk på grunn av dosettene materiale og utforming, og noen ganger var det uegnede lokaler. Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.

Alle deltakerne hadde vanligvis god tilgang på hansker og annet smittevernustyr, men de måtte rasjonere under covid-19-pandemien. Deltakerne som ble intervjuet under covid-19-pandemien, oppfattet at smittevernet var bedre enn noen gang, og at det var et økende engasjement for smittevern hos lederne. BS hadde også blitt en del av hjemmesykepleiens risikokartlegging i et distrikt.

Diskusjon

Hovedfunnet i denne studien er at deltakerne oppfattet lokale prosedyrer i hjemmesykepleien som et nyttig verktøy i etterlevelsen av BS, men at prosedyrene hadde begrensninger.

Det kan ses i sammenheng med deltakernes utsagn om usystematisk arbeid med smittevern og mangelfull opplæring av nyansatte. Disse beretningene samsvarer med funn fra andre studier (12–14, 23).

Deltakerne hadde tilgang til prosedyrer

Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS. De som selv hadde vært med på å utarbeide BS-prosedyrer, opplevde dem som nyttige, mens andre opplevde at eksisterende prosedyrer var mer egnet for institusjoner og lite tilpasset situasjonen i hjemmesykepleien.

Deltakerne påpekte også behovet for nasjonale retningslinjer for hjemmesykepleien. Utfordringene med smittevernrutiner i hjemmesykepleien er også rapportert i den amerikanske studien til Shang og medarbeidere, som viser at ansvar for smittevern, særlig under covid-19-pandemien, kom i tillegg til mange andre arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien.

«Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS.»

Det var også større sannsynlighet for at smittevern var et klarere definert ansvarsområde i byer enn i mindre sentrale strøk (8). Selv om deltakerne i vår studie fortalte at deltakerkommunene hadde tilgjengelige fagprosedyrer, er det viktig å huske på at ikke alle norske kommuner har tilpassede fagprosedyrer for smittevern ettersom praksis varierer (8, 11).

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan også oppleve å ha manglende rutiner og retningslinjer (16). Mye tyder derfor på at det er behov for å utvikle standardiserte retningslinjer nasjonalt.

Det er omfattende å implementere nye prosedyrer

Standardisering av helsehjelp gir helsemyndighetene mulighet til å redusere uønsket variasjon i pasientenes helsehjelp. Det er særlig viktig med tanke på faren for at fagprosedyren forblir ubrukt dersom innholdet ikke er tilpasset tjenesteområdets eller pasientens behov (27).

Stubberud påpeker hvor omfattende prosessen med å implementere prosedyrer er. For å skape en vedvarende endring bør kommunene ha en plan for implementering som er godkjent på ledernivå. Barrierer og motstand mot endring bør også klarlegges (27).

Endringer i forbindelse med forbedringsarbeidet må også være preget av samhandling innad i organisasjonen, og infrastrukturen bør understøtte endringene (27). Deltakerne i vår studie fremhevet også viktigheten av at lederne var involvert i å innføre smittevernrutiner.

Ledelsen i hjemmesykepleien spiller en sentral rolle i å implementere rutiner og prosedyrer (28), men å oppdatere prosedyrer er ikke en prioritert oppgave (16). I arbeidet med å forbedre smittevernrutiner er det derfor viktig at ledere involveres i innføringsarbeidet og sørger for gode rutiner og opplæring av personalet.

De må også innse verdien av å understøtte forbedringsarbeidet. I Sverige og USA har forskere kartlagt infeksjoner som har oppstått mens brukerne har mottatt hjemmesykepleie, og de fant at slike infeksjoner truet pasientsikkerheten i hjemmetjenesten. Disse infeksjonene bidro til redusert helse for pasientene, ekstra sykehusinnleggelser og unødvendig belastning på helsevesenet (5–7).

Kvalitetsforbedringsarbeid som tar sikte på utvikling av gode smittevernrutiner og ivaretagelse av pasientsikkerheten i hjemmesykepleien, kan derfor være helt avgjørende i fremtiden, særlig med økende multimorbiditet blant pasientene og begrensede ressurser til rådighet (4).

Det var vanskelig å overholde BS

I tillegg til utfordringene med tilpasning av fagprosedyrer og manglende nasjonale retningslinjer var overholdelse av BS et sentralt problem som deltakerne fremhevet i vår studie. Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.

«Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.»

I tillegg opplevde de manglende kompetanse og risikoatferd blant ansatte som et hinder for å overholde BS. De kvalitative studiene til Kaya (12) og Karlsson (13) viser også at tidspress hindret etterlevelse av BS i hjemmesykepleien i konkurranse med andre oppgaver (12, 13).

Det samsvarer med funn i studier fra andre helsetjenesteesettinger (14, 23). Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) vet vi lite om hvordan BS etterleves i hjemmesykepleien (11). Risikofaktorer for lav etterlevelse i hjemmesykepleien er imidlertid til stede, noe som er dokumentert i flere norske studier (16–18).

Det er mange ufaglærte på kvelds- og helgevakter

Kvelder og helger er spesielt sårbare tidspunkter, da mange av vaktene blir dekket av mindre kompetent personell. Kaya og Nordin (12) meddeler at innleie av vikarer var viktig for å unngå stort arbeidspress på ansatte over tid.

Personalet var stort sett dyktige, men de beskrev kompetanseutfordringene som et problem, spesielt om sommeren når bemanningen besto av mange vikarer. De oppfattet lav kompetanse og manglende interesse for BS som en trussel mot pasientsikkerheten (12).

Hjemmesykepleiere i Norge har også tidligere uttrykt en slik bekymring (16). Realiteten er at bemanning med ufaglærte ofte blir dobbelt så høy som planlagt i den norske hjemmesykepleien (18). Å sikre at alle ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig kunnskap om BS og et godt sikkerhetsmiljø, er derfor avgjørende i det infeksjonsforebyggende arbeidet (14, 15, 23, 24).

Etterlevelse av BS i hjemmesykepleie er avhengig av flere forhold enn prosedyrer. Forankring i ledelsen og behov for et arbeidsmiljø som tillater at smittevern hensyn kan prioriteres, er sentralt.

Studiens styrker og begrensninger

At hjemmesykepleiekonteksten var kjent for intervjueren, medførte forståelse i møte med deltakerne. Medforfatteren har erfaring fra flere deler av primærhelsetjenesten og har på den måten bidratt med nyttige fortolkninger av datamaterialet.

En styrke er også studiens praksisnære og aktuelle problemstilling som tidligere har vært lite undersøkt, spesielt med datainnsamling midt under covid-19-pandemien. Deltakerne representerte ulike distrikter i de to kommunene og bidro dermed til et mer nyansert bilde av hjemmesykepleien i kommunene.

Begge forfatterne har gjennomgått analysen og transkripsjonene og diskutert kategorier og temaer i fellesskap, noe som styrker studiens validitet (22).

De første intervjuene ble gjort før nedstengingen i forbindelse med covid-19-pandemien, og de siste ble gjennomført under pandemien. Svarene ville nok sett annerledes ut om alle ble gjort på samme tidspunkt. Denne antakelsen styrkes av at de siste informantene skilte mellom tiden før og «etter» pandemien.

Konklusjon

Denne studien viser at sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter opplever at smittevern i hjemmesykepleien er blitt bedre, men fortsatt er mangelfullt på mange områder.

Manglende nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, prosedyrer som ikke dekker hjemmesykepleiens behov, mangelfull opplæring av ansatte, kort brukertid, lav grunnbemanning, gjennomtrekk av ansatte og fravær av nasjonale retningslinjer er faktorer som er uheldig for etterlevelsen av BS, og kan være en trussel mot pasientsikkerheten.

Vi foreslår en kartlegging av hjemmesykepleien på nasjonalt nivå for å identifisere prosedyrebehov og retningslinjer som er hensiktsmessig for hjemmesykepleien. Et eksempel er spørreundersøkelser på tvers av kommuner og fylker.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Det er lite kunnskap om hvordan smittevern og basale smittevernrutiner (BS) praktiseres i hjemmesykepleien i norske kommuner. Infeksjonskontrollprogram er ikke forskriftsfestet i hjemmesykepleien slik som for institusjoner. Ettersom det ikke er noen felles nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, kan praktiseringen variere mellom forskjellige kommuner.

- Vi gjennomførte dybdeintervjuer av sykepleiere med fagansvar i to store bykommuner. Alle studiedeltakerne jobbet i administrasjonen, men hadde god kjennskap til praksisfeltet. Deltakernes erfaringer tyder på at organiseringen av BS kan være utfordrende i hjemmesykepleien.
- Studien bidrar med innsikt i sentrale aktørers erfaringer med organiseringen av BS i hjemmetjenesten. Denne kunnskapen kan være til nytte i kvalitetsforbedringsarbeid og opplæring i hjemmetjenesten og kan i tillegg gi beslutningstakere bedre forutsetninger for å vurdere behovene og utfordringene i denne delen av helsetjenesten.

Referanser

1. Holm SG, Wiik H. Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
2. Bergsagel I. Stadig flere mottar hjemmesykepleie. Sykepleien; 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/06/stadig-flere-mottar-hjemmesykepleie> (nedlastet 10.11.2020).
3. Akselsen PE. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.
4. Grimsmo A, Løhre A, Røssstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(2):152–60. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
5. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*. 2018;8(1). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-019267](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267)
6. Shang J, Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: results from national Outcome and Assessment Information Set data. *Am J Infect Control*. 2015;43(5):454–9. DOI: [10.1016/j.ajic.2014.12.017](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017)
7. Shang J, Wang J, Adams V, Ma C. Risk factors for infection in home health care: analysis of national Outcome and Assessment Information Set data. *Research in Nursing & Health*. 2020;43(4):373–86. DOI: [10.1002/nur.22053](https://doi.org/10.1002/nur.22053)
8. Shang J, Chastain AM, Perera UGE, Dick AW, Fu CJ, Madigan EA, et al. The state of infection prevention and control at home health agencies in the United States prior to COVID-19: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;115:1–10. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103841](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103841)

9. Folkehelseinstituttet (FHI). Råd ved helse- og omsorgstjenester i privat bolig og private hjem i samlokaliserte omsorgsboliger mv. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-hjemmetjenesten> (nedlastet 23.09.2021).
10. Folkehelseinstituttet (FHI). Basale smittevernrutiner i helsetjenesten – veileder for helsepersonell. Oslo: FHI; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/> (nedlastet 02.05.2019).
11. Folkehelseinstituttet (FHI). Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge. Oslo: FHI; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge/> (nedlastet 10.05.2019).
12. Kaya A, Nordin A. Patientsäkerhet i den kommunala hemsjukvården – utifrån distriktssköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2018.
13. Karlsson E, Vilner H. «Inte byta bakterieflora mellan stugorna på bygden» – Distriktssköterskors erfarenheter om den hygieniska aspekten i samband med sårvård i hemmen [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2014.
14. Porto JS, Marziale MHP. Reasons and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016;37(2):e57395.
15. Sax H, Uçkay I, Richet H, Allegranzi B, Pittet D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015;28(11):1267–74. DOI: [10.1086/521663](https://doi.org/10.1086/521663)
16. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(6):794–801. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x)
17. Ree E, Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:607. DOI: [10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8)
18. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Oslomet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417> (nedlastet 08.11.2020).

19. Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> (nedlastet 24.08.2020).
20. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 119 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 23.06.2021).
21. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (nedlastet 20.06.2021).
22. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
23. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*. 2005;14(1):26–33. DOI: [10.1136/qshc.2004.011155](https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155)
24. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Holmes W, Gifford SM. Compliance with universal/standard precautions among health care workers in rural north India. *American Journal of Infection Control*. 2005;33(1):27–33. DOI: [10.1016/j.ajic.2004.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2004.07.014)
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qpo630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a)
26. Oslomet – storbyuniversitetet. Personvern, ROS-analyse, dataplaner og databehandling. Oslo: Oslomet; 2020.
27. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal; 2018.
28. Lindén E, Lekman J. Riskförebyggande arbete i kommunal hemsjukvård: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Växjö: Linnéuniversitetet; 2018.

DEBATT

– Hjemmesykepleiere som opplever å lykkes, blir i jobben

– Siden mange sykepleiere oppgir at de vurderer å slutte eller bytte jobb, er det viktig at de beholder opplevelsen av å lykkes for at de skal bli i jobben, skriver innleggsforfatterne.

Nille Østhus

Sykepleier
Stavanger kommune

Marianne Storm

Professor
Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Stavanger

Margareth Kristoffersen

Professor
Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Stavanger

Rekruttering

Resultatene fra undersøkelsen Sykepleien utførte i juni 2021, er urovekkende. Der svarte 72 prosent av 6000 sykepleiere – ansatt i kommunehelsetjenesten – at de i løpet av det siste året har vurdert å bytte arbeidsplass, eller slutte i yrket.

Sykepleiens undersøkelse viser at forhold som bemanning, lønn, fysiske og psykiske belastninger samt faglige diskusjoner er de vanligste årsakene til at sykepleierne vurderte å slutte i jobben.

Vi vet at sykepleiermangelen frem mot 2035 er en utfordring som forsterkes når demografiske endringer i befolkningen har ført til høy levealder, og flere eldre har behov for helsetjenester.

Jobbtilfredshet og arbeidsglede

Mange er avhengige av at sykepleiere blir i jobben for at vi skal kunne bo hjemme lengst mulig med langvarige helseutfordringer. Vi vet at deres jobbtilfredshet og arbeidsglede, samt forhold ved organisasjonen de jobber i, ledelse og samarbeid bidrar til at sykepleiere blir i jobben.

I tillegg kan sykepleieres forståelse av seg selv og å bli gitt noe godt selv, fungere som grunnlag for dette.

En studie blant hjemmesykepleiere

For å øke kunnskapen om hva som er viktig for å bli i jobben gjennomførte vi en studie av hjemmesykepleiere som arbeider i en liten distriktskommune. Vi var interessert i å høre hva sykepleierne selv sier og spurte om de ville fortelle om hva som er viktig for at de fortsetter med å utøve sykepleie hjemme hos pasienter.

«Situasjonen kan føre til stress og økt risiko for trøtthet og utmattelse.»

Hjemmesykepleiere må ofte reise langt i løpet av en arbeidsdag og arbeider vanligvis alene. De kan stå i akutte og kritiske situasjoner som krever raske beslutninger. Kolleger med evne til å støtte og trygge i vanskelige avgjørelser, er ikke til stede i hjemmet. Situasjonen kan føre til stress og økt risiko for trøtthet og utmattelse.

Vår studie viser at sykepleierne opplever å lykkes. Og livet som sykepleier i hjemmebaserte tjenester, fremstår da som verdt å bruke krefter på.

Verdt å bruke krefter på

Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky hevder at det å inngå i en sammenheng, fører ofte med seg goder, gir forutsigbarhet og glede, noe som igjen kan forbindes med å lykkes. Goder vi mottar, kan gi en retning for vårt liv.

Sykepleierne i vår studie blir tatt imot som sykepleier og møtt slik som de er. Pasienter viser ofte tilfredshet når sykepleierne kommer og hilser dem vennlig inn i huset. En sykepleier forteller at det er trivelig å komme hjem til pasienter fordi de er så alminnelige: «En er så velkommen, og det betyr så mye i travle tider at jeg føler meg velkommen hos dem jeg skal hjelpe».

Sykepleierne som føler seg velkommen hjemme hos pasienter, våger i større grad å vise hvem de er. Det oppstår ofte en nærhet i kontakten når sykepleierne har ansvar for oppfølging av de samme pasientene over tid.

Nærhet og kontakt gjør det enklere å vurdere pasienters helsetilstand, og iblant brukes humor for å fremme en trivelig og avslappende atmosfære mens de er på besøk.

Positive avbrekk i hjemmesykepleien

Ferdsel ute i naturskjønne omgivelser mellom besøk hos pasienter, bidrar også til at sykepleierne opplever å lykkes. Det skjer når de kjører gjennom et åpent kystlandskap med høye fjell i bakgrunnen, mottar synsinntrykk fra skiftende årstider og nyter naturen i all dens idyll og mangfold.

En sykepleier sier: «På kveldsvakter når det er solnedgang og himmelen bare er et fargesprakende ‘oooo woowoow’, jeg er så heldig at jeg er der akkurat da og får med meg de sekundene det er aller ‘nydeligst’».

«Sykepleiere distanserer seg fra det som oppleves hektisk.»

De naturskjønne omgivelsene blir benyttet til å avreagere. Sykepleierne får et positivt avbrekk som gjør godt, skaper ro, og det blir mulig å omstille seg til neste hjemmebesøk. Sykepleierne distanserer seg fra det som oppleves hektisk i arbeidshverdagen, og når de kjører på lange veistrekninger, kan de tenke at det er kjekt å jobbe.

Kolleger tar vare på hverandre

Sykepleierne forteller videre om samhold med sine kolleger og leder. Det er kolleger som tar vare på hverandre og støtter hverandre, skaper trivsel og har en opplevelse av å ha et fellesskap, blir respektert og har muligheter til å kunne være seg selv. Det styrker sykepleiernes opplevelse av å lykkes.

Selv om sykepleierne har dager som omtales som «en dårlig arbeidsdag», fører dette ikke nødvendigvis med seg negative følelser. Samholdet mellom kolleger skaper en faglig trygghet. Når arbeidsdagene er travle, tilbyr kolleger assistanse i utfordrende situasjoner, og det tar bort noe av stresset.

Viktig å bli sett av lederen

Sykepleierne legger merke til kolleger som tilbyr «en støttende skulder» og som sier: «dette klarer vi». Når arbeidsoppgavene blir mange, samtaler kollegene om de travle dagene. Og da blir det enklere å stå i ulike situasjoner og løse arbeidsoppgavene.

Sykepleierne ser på lederen sin som en innflytelsesrik kollega. De verdsetter å bli hørt og sett av en tilgjengelig leder som viser omtanke, fremstår som faglig dyktig og gir muntlige tilbakemeldinger som er vel ment.

Dersom leder ikke bryr seg om situasjoner sykepleierne står i og har utydelig lederstil, sier sykepleiere at det kan ha negativ virkning på samholdet og ønsket om å bli i jobben.

Veksler mellom ulike oppgaver

Varierte arbeidsdager gir sykepleierne muligheten til å veksle mellom ulike oppgaver, noe som bidrar til at sykepleiere lykkes. De må alltid være forberedt på at det kan oppstå endringer i helsetilstanden hos syke.

«Endringer kan kreve at man må iverksette nye tiltak.»

Endringer kan kreve at man må iverksette nye tiltak, og det kan være nødvendig å vise kreativitet for å kunne utøve sykepleie i hjemmet. Siden sykepleierne har ansvar for pasienter som er forskjellige som mennesker, og ofte har komplekse utfordringer, kan enkelte situasjoner kreve mer enn det sykepleierne har å gi.

Sykepleierne sier at humøret er varierende hos pasienter som trenger hjelp og at et dårlig humør kan «ødelegge» sykepleiernes dag om de blir utsatt for ubehagelig atferd. På slike arbeidsdager er det pasienter med lettere hjelpebehov, som utgjør nødvendig veksling mellom sykepleiernes oppgaver.

Lederen kan inspirere

I fremtiden er sykepleiere tiltenkt en fremtredende rolle i helsetjenester. De utgjør den største gruppen av helsepersonell og har samfunnskritiske oppgaver. Siden mange sykepleiere oppgir at de vurderer å slutte eller bytte jobb, er det viktig at sykepleiere beholder opplevelsen av å lykkes i jobben.

Det er særlig ledere som kan inspirere sykepleiere til å glede seg over en vennlig velkomsthilsen fra pasienter og benytte kjøreturen mellom hvert hjemmebesøk til å avreagere, samt legge til rette for kollegasamhold og varierte arbeidsoppgaver.

FAGUTVIKLING

Reindriftssamer har pleie- og omsorgsbehov i to kommuner

For at reindriftssamer med behov for pleie- og omsorgstjenester skal få god oppfølging, må sommerhjemkommunen og vinterhjemkommunen samhandle bedre.

Hjemmetjeneste

Kultur

Samiske storfamilier drar med reinflokken mellom to bostedskommuner – vinterhjemmet og sommerhjemmet – om våren og om høsten. Familiemedlemmer med pleie- og omsorgstjenester (PLO-tjenester) kan oppleve å få ulik vurdering av tjenestebehovet sitt i de to kommunene.

Dermed får de kanskje ikke dekket det reelle tjenestebehovet i sommerhjemmet sitt. Hva som kan være årsaken til dette, skal vi diskutere i denne artikkelen.

Samene er anerkjent som Norges urfolk og har derfor stadfestet særlige rettigheter til å bevare og videreutvikle sin kultur. Myndighetene har plikt til å treffe tiltak for å støtte dette gjennom ILO-konvensjon nr. 169 (1) og Grunnloven § 108, kalt sameparagrafen (2).

Det gjelder også retten til å opprettholde bo- og livsform. Litt over 3000 av den samiske befolkningen er tilknyttet tradisjonell reindrift og kjøttproduksjon (3).

To hjem er ikke alltid et primær- og et sekundærhjem

Befolkningen i Norge har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven rett til forsvarlig, helhetlig og koordinert helsetilbud der de oppholder seg (4).

Reindriftssamene klassifiserer ikke vinterhjemmet og sommerhjemmet som primær- og sekundærbolig, slik offentlig forvaltning legger opp til (5, 6), men som to likeverdige hjem.

Det norske velferdssystemet tar ikke automatisk høyde for at brukere av tjenestene lever innenfor et etablert system med to hjem. Dette medfører utfordringer med at pasienten har to pleie- og omsorgsvedtak, ett fra hver kommune.

Reindriftsfamilier har en halvnomadisk livsførelse

Sosiologen og filosofen Habermas skriver at kommunikativ handling springer ut fra to ulike perspektiver, som han kaller livsverden og systemverden (7). Disse to verdenene har ulike verdier, forforståelser og regler for handlingsrom.

På den ene siden er for eksempel reindriftssamene, som i sitt livsverdenperspektiv definerer et hjem innenfor rammen av sin halvnomadiske boform med to hjem der storfamilien er samlet.

På den andre siden er det offentlige forvaltningssystemet, som beskriver byråkratisk hva som betegnes som primær- og sekundærhjem, med vilkår som er skapt innenfor en systemverden (5, 6).

På den måten kan vi si at systemverdenen invaderer livsverdenperspektivet, og det er innenfor denne tosidige forståelsesrammen at søknader om pleie- og omsorgstjenester for reindriftssamer forvaltes.

Det er nødvendig at helsebyråkratiet, representert via systemperspektivet, har forståelse for etablerte tohjemssystemer for å sikre at reindriftssamene får likeverdige tjenester både i vinterhjemmet og sommerhjemmet.

Samhandlingsreformen stiller krav til kommunene

Samhandlingsreformen krever at det skal være samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, interkommunalt samarbeid og samarbeid internt i kommunene på tvers av virksomhetene.

Helse- og omsorgsdepartementet innførte elektronisk pasientjournal med mål om tverrfaglig elektronisk kommunikasjon på tvers av spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten (8). Likevel mangler enkelte dataprogrammer muligheten til å kommunisere om pasienter generelt både innad i kommunen og mellom kommuner med felles pasienter (9, 10).

Helse- og omsorgstjenesteloven garanterer helsehjelp til pasienter som oppholder seg i kommunene, men forplikter ikke kommunene til samhandling på tvers av grensene (4). Det er en utfordring når helsetjenestelovverket skal forvaltes, siden kommunene som pleie- og omsorgsleverandører må ha et tilstrekkelig samarbeid om tjenestene som gis.

Det kan være konkurranse om helsepersonell

I litteratursøkene finner vi ikke studier om hjemmesykepleiens erfaringer med å ta imot reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov i sommerhjemmet.

Litteratursøkene vi har gjort om samhandling, viser at det har vært flere norske studier de senere årene som handler om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste (9–11).

En av disse studiene evaluerer hvordan kommunene har innrettet seg etter de kravene som settes i samhandlingsreformen (9). Studien rapporterer at interkommunalt samarbeid handler om å rette seg mot hva som tjener den enkelte kommune best, å beskytte egne tjenester samt konkurranse om helsepersonell.

Det finnes gjensidige, stereotype oppfatninger

En annen studie, som handler om hvordan samiske og ikke-samiske, formelle og uformelle omsorgsgivere samarbeider, påpeker at de har gjensidige, stereotype oppfatninger av hverandre, og at det krever tid og gjensidig tillit til å bygge opp gode samarbeidsformer i et pleieforhold (12).

En oversiktsstudie undersøker samhandlingsutfordringer og hvilke kommunikasjonsformer som ble benyttet i samhandling mellom helseprofesjonene (13).

Den konkluderer med at det er behov for avklaring om hvilken informasjon som skal være med i en informasjonsutveksling, og at det er nødvendig med bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Fremgangsmåte for studien

Denne artikkelen er et masterbidrag i NFR-prosjekt (287301) «Coming of Age in Indigenous Communities» og bygger på data fra et fokusgruppeintervju av tre tjenesteutøvere med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 21 år med PLO-tjenester til reindriftssamer som har to hjem.

Vi gjennomførte intervjuet i oktober 2019 på deltakernes arbeidsplass. Det varte i cirka 70 minutter. Vi transkriberte og analyserte intervjuet og tematiserte innholdet. Intervjuene oppsummeres under to hovedtemaer: «Manglende samhandling» og «Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger».

Manglende samhandling

En sentral tematikk vi diskuterte i intervjuet, var samhandlingens viktige funksjon, som blant annet skal være opplysende, forebyggende og samlende i et pasientforløp.

Det kom frem at det er vesentlige mangler på systemnivå, slik som manglende samhandling mellom: a) tjenesteutøvere i de to kommunene og b) pasienten og pasientens pårørende og hjemmetjenesten.

Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom, selv om deres opphold var av opptil seks måneders varighet. Dette var uheldig i planleggingen av kommunens PLO-tilbud om sommeren på grunn av ferieavvikling, som medførte nedbemanning.

«Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom.»

Sykepleierne fortalte at de kjente til de faste sommerpasientene i reindriftsfamiliene. Pasientene hadde oftest behov for de samme tjenestene i sommerhjemmet som i vinterhjemmet, slik som medikamenthåndtering, å stå opp, sårstell, kroppsstell og dusjing.

De fortalte at hvis pasienten tok kontakt på forhånd, var det som oftest et familiemedlem som ringte og ordnet kontakt med kommunen. Påførende var ikke alltid informert om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasienten hadde i vinterkommunen.

Datoen for ankomsten til sommerhjemmet var vanskelig å forutsi helt presist fordi vær- og føreforhold og reinflokken bestemte fremdriften i flyttingen.

Kommunikasjonen ble endret etter samhandlingsreformen

Deltakerne i intervjuet fortalte om hvordan informasjonsutvekslingen om felles pasienter hadde endret seg etter samhandlingsreformens innføring i 2012. Tidligere skrev eller ringte tjenesteutøvere i vinterhjemkommunen for å informere om pasientenes behov før de reiste til sommerhjemmet.

Samhandlingsreformens krav til elektronisk kommunikasjon gjennom IKT-verktøy, i tillegg til manglende lovpålegg om interkommunal samhandling i helse- og omsorgstjenesteloven (4), kan ha medført at disse kommunene sluttet å snakke sammen slik de hadde gjort tidligere. Deltakerne sa at det ikke var tvil om at elektronisk meldingsutveksling ville vært en ideell måte å samhandle på i dag.

En deltaker sa at det var et presserende behov for å definere ansvarsforholdet angående informasjonsplikten om pasientens tjenestebehov. For dem hadde det vært naturlig å sørge for at pasienter som reiste, fikk dekket sitt hjelpebehov på stedet de dro til.

På den andre siden sa de at de ikke rapporterte tilbake til vinterhjemkommunen om endringer i helsetilstand og funksjonsnivå hos de faste sommerhjempatientene når de dro tilbake til vinterhjemmet. Mangelen på kommunikasjon om felles pasienter gikk dermed begge veier.

Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger

Deltakerne beskrev at det var utfordringer med fasilitetene i pasientens sommerhjem. Det var trange arbeidsforhold der de utførte stell i små rom og sårskift i lavvo.

En tjenesteutøver beskrev det slik mens hun smilte: «Enkle sårskift i lavvo er en eksotisk oppgave, til tross for at det er vondt å sitte på knærne og ta et sårstell.»

Deltakerne måtte finne kreative løsninger på grunn av hjemmets utforming og manglende hjelpemidler. Ofte tok de med seg egne hjelpemidler som dusjstol og utstyr til stell, eller de tok med pasientene til sykehjemmet for at de skulle få dusje hvis de ikke hadde varmt vann og dusj i sommerhjemmet.

Kommunen og pasientene kan ha ulike ønsker

Sykepleierne beskrev at det kunne være manglende balanse mellom de tjenestene de reelt kunne tilby, og pårørendes forventninger. Noen pasienter ønsket for eksempel at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.

Deltakerne sa at det ble for tungt å sitte på knærne og ta et fullt kroppsstell av pasientene, og de løste det ved å stille dem inne i sommerhuset. Pasientene kunne også ha med seg medisindosetter fra vinterkommunen.

«Noen pasienter ønsket at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.»

Deltakerne fortalte at det kunne oppstå uenigheter mellom kommunen og pasientene og de pårørende om hvem som skulle sørge for fri, trygg ferdsel langs kjerre- og fjellveier til sommerhjemmet.

Alle pleie- og omsorgsvedtak ble utformet med en generell anbefaling fra Arbeidstilsynet om å ta forbehold angående fremkommelighet til husstanden. Gjennom dette ble pasientene forpliktet til å sørge for atkomst til boligen.

Deltakerne diskuterte hvordan de selv kunne ta ansvaret ved å vurdere pasientsituasjonen bedre og kontakte hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen på forhånd før de lagde PLO-vedtak.

Med god forhåndskommunikasjon kunne pasientens og de pårørendes forventninger og det reelle tjenestetilbudet ha vært avklart før de ankom sommerhjemkommunen.

Det er samhandlingsutfordringer mellom partene

Det er helt eller delvis manglende samhandling om pleiebehov og fasilitering hos de involverte partene. Dermed er det vanskelig å planlegge omsorgen og avklare gjensidige forventninger.

Det kan se ut som at det er et generelt problem og et savn at pasienter som kommer til denne kommunen, melder fra for sent, og at de ikke informerer på forhånd om tjenestebehovet sitt.

Kommunene samhandler heller ikke om felles pasienter, og det kan se ut som om initiativet til samhandlingen må komme fra pårørende og pasienten.

Pårørende kontakter kommunen på vegne av pasienten idet de ankommer. Grunnen til sen kontakt kan være tidsaspektet i reinflyttingen samt at vær- og føreforhold bestemmer ankomsten. Dette fenomenet kan være vanskelig å forholde seg til i systemverdenen.

Reindriftssamer har ikke en presis ankomstdato

I reindriftssamers livsverden er det en selvfølge at de ikke kan angi en presis ankomstdato og angi lengden på sommeroppholdet fordi det er utenfor deres kontroll. Reinflokkens instinkter styrer denne tiden. Det kan også være at pasienten eller de pårørende opplever en språkbarriere mot å kontakte hjelpeapparatet utenfor sin egen samiskspråklige kommune (12, 14–16).

De kan også tenke at de vil bli «berget» når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg, og kanskje har de med seg ferdige medisindosetter fra vinterhjemkommunen (17–20).

«De kan også tenke at de vil bli ‘berget’ når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg.»

Tjenesteutøverne i vinterhjemkommunen burde hatt en dialog med sommerhjemkommunen på vegne av og i samråd med pasienten før pasienten reiste. Da kunne de ha diskutert hvordan tjenestebehovet kunne løses i sommerhjemmet, og tjenestene kunne ha vært på plass i sommerkommunen ved pasientens ankomst.

Manglende samhandling mellom partene kan gi motstridende forventninger til hvilke tjenester som faktisk kan ytes i sommerhjemkommunen. Sykepleierne vi intervjuet, fremsto som løsningsorienterte samtidig som de satte grenser for hva de faktisk kunne klare å gjennomføre.

Det kan være utfordringer med fremkommelighet

PLO-vedtakene med generelle atkomstforbehold, som er anbefalt av Arbeidstilsynet, kan bli en barriere for å yte hjelp. Veistandarden til pasientens sommerhjem, som nesten alltid er på fjellet, et stykke fra en hovedvei eller nede ved sjøen, er ikke alltid gunstig, men godt nok med tanke på reindriftssamenes behov.

Om våren og høsten kan snø- og tineforholdene være til hinder og skape vanskelige kjøreforhold, noe som er dagligdagse utfordringer i livsformen til reindriftssamene og helt normalt i avsidesliggende områder.

I andre samiske kommuner i nord har hjemmesykepleien benyttet ATV, snøscooter, ski eller båt for å gjennomføre PLO-vedtakene til pasienter som bor litt utilgjengelig, samt at deres tjenestebiler tilpasses fjellforhold.

Utfordringer med fremkommelighet kan også løses ved at hjemmesykepleien avtaler å bli hentet av pårørende med ATV, eller at hjemmesykepleien holder slike kjøretøy selv.

Interkommunal samhandling fungerer ikke godt nok

Da kommunene innførte elektronisk samhandling i 2012, fikk de IKT-verktøy som ikke fungerte interkommunalt. Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen (13), til tross for at samhandlingens hovedhensikt er å sikre gode pasientforløp (8).

Tjenesteutøverne i sommer- og vinterhjemkommunene kunne ha tatt initiativet til å opprettholde gjensidig kontakt via telefon på vegne av pasientene som de vet flytter årlig, for å avklare eventuelle endringer i tjenestebehov og forventninger til hverandre.

«Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen.»

Der samhandlingsreformen omtaler «Særskilte utfordringer for den samiske befolkningen», tar den ikke høyde for at reindriftssamene kan ha sesongavhengig bostedsadresse i to kommuner, og hvilke tjenesteutfordringer dette kan gi (8, s. 16–17).

Når ikke samhandlingskrav om felles pasienter mellom kommuner er lovfestet (8), og når lovpålegget angående hensynet til effektive elektroniske journal- og informasjonssystemer er utydelig (4), kan kommunene velge bort samhandling.

Et pleie- og omsorgsvedtak bør følge pasienten

Man kan trekke paralleller mellom halvnomadisk livsførsel og bruk av offentlige helsetjenester til det Habermas beskriver som innholdet i henholdsvis livsverdenen og systemverdenen (7).

Livsverdenen representerer en forståelse av hverdagen og handlemåter som en kommuniserer ut fra, og ikke nødvendigvis problematiserer, slik som å dra til sommerhjemmet uten å melde fra om ankomsten.

Dette er en motsetning til systemverdenens forventninger, som er representert gjennom lovverk, regler og skjønn for hvordan pasientoverflyttinger skal organiseres gjennom en ny vurdering av pleie- og omsorgsbehov.

Systemverdenen representerer en organisert virkelighet som kanskje ikke imøtekommer reindriftssamenes forståelse i et livsverdenperspektiv. Et pleie- og omsorgsvedtak bør derfor være pasientens vedtak og følge pasienten.

Å flytte mellom to kommuner fordrer aktiv samhandling mellom pasienten, de pårørende og kommunene, slik at tjenesten er forberedt på hvem som kommer, og hva deres reelle pleie- og omsorgstjenestebehov er.

Konklusjon

Denne artikkelen belyser hvilke samhandlingsutfordringer som oppstår når reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov ankommer sommerhjemkommunen og ber om tjenester uten at kommunene har hatt kommunikasjon om det.

Funnene viser at det er manglende samhandling mellom vinter- og sommerhjemkommunen på både individ- og systemnivå. Det er systemsvikt når IKT-systemene ikke fungerer interkommunalt. På tross av manglende samhandling mellom sommer- og vinterhjemkommunene ser det ut til at de strekker seg langt for å imøtekomme tjenestebehovet hos pasientene som ankommer.

Helselovverk og forskrifter bør utformes på en måte som dekker reindriftssamers behov for helsetjenester i tråd med ILO-konvensjonen nr. 169 og helselovverket, der henholdsvis retten til å opprettholde bo- og driftsform og retten til likeverdige helsetjenester der en bor, er stadfestet.

Referanser

1. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 1990. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/samepolitikk/midtpalte/ilokonvensjon-nr-169-om-urbefolkninger-o/id451312/> (nedlastet 08.11.2021).
2. Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17?q=grunnloven> (nedlastet 14.05.2020).
3. Landbruks- og matdepartementet. Reindrift. Oslo: Landbruks- og matdepartementet; 2019.
4. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 08.11.2021).
5. Skatteetaten. Skille mellom primærbolig og sekundærbolig. Oslo: Skatteetaten; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.skatteetaten.no/sok/?q=prim%C3%A6rbolig%20og%20sekund%C3%A6rbolig&se=16614> (nedlastet 08.11.2021).
6. Lov 9. september 2016 nr. 88 om folkeregistrering (folkeregisterloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-12-09-88?q=lov%20om%20folkeregistrering> (nedlastet 08.11.2021)
7. Habermas J. The theory of communicative action: 2: lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Bacon Press; 1987.
8. Forskrift 1. juli 2015 om standarder og nasjonale e-helseløsninger (forskrift 22. desember 2021 om endring i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
9. Aarseth T, Bachmann KE, Gjerde I, Skrove GK. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. Nordiske organisasjonsstudier. 2015;17(3):24.
10. Kassah BLL, Tønnessen S. Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016;19(4):342–58. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04)

11. Tønnessen S, Kassah BLL, Tingvoll W-A. Hjemmesykepleierne i denne studien opplever organisatorisk skjevfordeling av makt. *Sykepleien*. 2016;11(1):8. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.56496](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496)
12. Larsen LS, Normann HK, Hamran T. Collaboration between Sami and non-Sami formal and family caregivers in rural municipalities. *Ethnic and Racial Studies*. 2016;39(5):821–39. DOI: [10.1080/01419870.2015.1080382](https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1080382)
13. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018;21(2):119–47. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03)
14. Mehus G, Bongo BA, Engenes JI, Moffitt P. Exploring why and how encounters with the Norwegian healthcare system can be considered culturally unsafe by North-Sami speaking patients and relatives: a qualitative study based on 11 interviews. *International Journal of Circumpolar Health*. 2019;78(1). DOI: [10.1080/22423982.2019.1612703](https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1612703)
15. Mehus G, Bongo BA, Moffitt P. Important factors when communicating with Sami patients about health, illness and care issues. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2018;8(4):13.
16. Engenes JI, Sivertsen N, Bongo BA, Mehus G. Sámi language in Norwegian health care: 'He speaks good enough Norwegian, I don't see why he needs an interpreter'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021;1–10. DOI: [10.1111/scs.12986](https://doi.org/10.1111/scs.12986)
17. Aikio A. Olmmošhan gal birge: áššit mat ovddidit birgema. *Karášjohka: ČálliidLágadus*; 2010.
18. Andersen KB. Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. I: Silviken A, Stordahl V, red. *Samisk psykisk helsevern – nye landskaper, kjente steder og skjulte utfordringer*. Karasjok: Forfatternes Forlag; 2010. s. 226–52.
19. Nymo R. Ikke bekymre deg for morgendagen, det ordner seg skal du se! I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, Thomassen M, red. *Lidelse, mening og livssyn*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 233–251.
20. Javo C. Verdier, livssyn og tro i samisk kulturelle tradisjon – erfaringer og refleksjoner fra klinisk praksis. I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, red. *Lidelse, mening og livssyn*. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 253–263.

Hjemmesykepleien er den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse

Det har vært en allmenn oppfatning blant studenter og lærere om at man ikke bør starte karrieren i hjemmesykepleien hvis man har ambisjoner etter sykepleierutdanningen. Det er jeg uenig i; det er tvert imot en knallstart.

Edith Roth Gjevjon

Instituttleder og redaktør

Lovisenberg diakonale høgskole og Sykepleien Forskning

Hjemmesykepleie er en helt spesiell del av helsetjenesten. Det er en lavterskel generalisthelsetjeneste der man kan få helsepersonell hjem til seg i en kort eller lang periode for å få enkel bistand, som å få dryppet øynene eller satt på støttestrømper.

Samtidig er hjemmesykepleien også en høyspesialisert helsetjeneste der sykepleiere håndterer komplekse oppgaver som respiratorbehandling, stell av sentralt venekateter, intravenøs behandling og avanserte helseundersøkelser.

Som sykepleier møter man pasienter i alle aldre, alle typer livssituasjoner og med ulike diagnoser og tilstander. Men det er ingen rift om sykepleierstillingene i hjemmesykepleien. Relativt få ønsker å gjøre karriere her, særlig blant nyutdannede sykepleiere.

Selv var jeg ikke i tvil da jeg i 1998 som helt nyutdannet sykepleier ble ansatt i hjemmesykepleien i Laksevåg bydel i Bergen – dels fordi jeg visste hva jeg gikk til, men mest av alt fordi jeg ville bli en så god sykepleier som mulig.

Den gangen var det en allmenn oppfatning blant studenter og lærere om at hvis man hadde ambisjoner etter sykepleierutdanningen, skulle man i hvert fall ikke starte karrieren i hjemmesykepleien, som ikke ble ansett å være «faglig nok». Det var på sykehuset man virkelig lærte fag.

Det hører jeg dessverre både sykepleierstudenter og lærere si i dag også. Jeg er selvsagt uenig i at hjemmesykepleie ikke er et sted å starte karrieren; det er tvert imot en knallstart. Hjemmesykepleien er etter mitt syn den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse.

Hjemmesykepleien er et lavterskeltilbud

Da jeg var hjelpepleier i hjemmesykepleien tidlig på 1990-tallet, var kateterisering blant de mest avanserte prosedyrene sykepleierne gjennomførte. Hverdagen besto for det meste av å hjelpe pasientene med stell, på- og avkledning, forflytning, mat og drikke, kompresjonsbehandling med støttestrømper, sårstell og legemiddelhåndtering.

Vi fikk en liste med pasienter og oppgaver som skulle utføres, og vi laget prosedyrer ut fra erfaring eller det vi husket å ha lært under utdanningen. Noen hadde hørt at kålomslag var bra for sårtilheling, mens andre hadde vært på sårkurs og brukte utstyr som var anbefalt av leverandøren av utstyret.

Zalo var et godt alternativ til et gammelt og skittent såpestykke. Mange pasienter ble stelt av personell som sto på kne ved lave dobbeltsenger. Men ektepar fikk i det minste sove sammen.

«Det var ikke uvanlig å spise frokost sammen med en pasient eller ta en kaffetår mens man snakket om livet.»

Det var vanskelig å skille mellom såkalte «hjelpepleieroppgaver» og «sykepleieroppgaver» bortsett fra at sykepleierne satte intramuskulære injeksjoner, kateteriserte menn og dobbeltsjekknet innholdet i medisindosetten. Hjelpepleierne satte subkutane injeksjoner, kateteriserte kvinner og la legemidler i dosettene.

Dokumentasjonen ble skrevet med blå, grønn eller rød penn i Kardex med utgangspunkt i om man hadde dag-, kvelds- eller nattevakt – men dokumentasjonen var strukturert etter grunnleggende behov. Det var ikke uvanlig å spise frokost sammen med en pasient eller ta en kaffetår mens man snakket om livet. Mye god omsorg ble utført på den måten, og nyttig informasjon ble innhentet.

De sykeste pasientene lå lenge på sykehus, mens de eldste fikk sykehjemsplass. Sprekere eldre kunne få plass på et aldershjem. Hjemmesykepleien var tidligere et supplement til de store helse- og omsorgstjenestene; det var et lavterskeltilbud til de som ønsket å bo hjemme (1).

Kompetansenivået er hevet

I dag er hjemmesykepleien en kjernevirksomhet i helsetjenestene våre. Det er en villet politikk, både i Norge og internasjonalt, at flere skal behandles for sin sykdom eller tilstand hjemme, og at færre skal behandles i institusjon og på sykehus (2).

Det har skjedd en ansvars- og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten som har resultert i at flere pasienter mottar avansert behandling i sitt eget hjem i stedet for på sykehus (3). Den faglige og teknologiske utviklingen har vært betydelig de siste 10–15 årene.

De fleste av oss har digital tilgang til oppdaterte, kunnskapsbaserte prosedyrer og kliniske verktøy. Kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og fastlegekontorer foregår digitalt (4). Tverrprofesjonell samhandling, pasient- og pårørendemedvirkning, personsentrert sykepleie, vurderings- og beslutningskompetanse, dokumentasjon og standardiserte terminologier er satsingsområder.

Sykepleiere har mer avansert fagkunnskap enn noen gang tidligere, og en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie skal gi oss autoriserte spesialister. Utdanningene gir studentene et grunnlag for å arbeide systematisk, strukturert og kunnskapsbasert.

Med forskrift om ny nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen heves kompetansenivået ytterligere. Utviklingen går i riktig retning, og mye ligger til rette for at pasientene skal kunne få helsehjelp av høy kvalitet, også i sitt eget hjem.

Hva er en sykepleieroppgave i hjemmetjenesten?

Hjemmesykepleie er i sin natur personsentrert. Vi møter pasienten i sitt eget hjem, og vi må forholde oss til pasientens livssituasjon, ensomhet eller familieliv. Hjemmet er pasientens domene; å motta hjemmesykepleie er en del av pasientens hverdag og liv. Det er vi som må tilpasse oss pasientens tempo og tid, ikke omvendt.

I hjemmesykepleien er det god sykepleie å kunne lage en kopp kaffe, ta ut søppel, lufte og rydde litt rundt pasienten – i Florence Nightingales ånd (5). Hva som er en sykepleieroppgave, er ikke noe som er klart definert og forhåndsbestemt. Det kommer an på pasientens situasjon, tilstand og behov.

Selv har jeg vasket en hel leilighet for å bli akseptert av en psykisk syk pasient, slik at jeg kunne gjøre nødvendige observasjoner og vurderinger ingen andre sykepleiere tidligere hadde fått tilgang til å gjøre. I hjemmesykepleien kan vi virkelig få brukt bredden av kompetansen, kunnskapen og ferdighetene vi har som sykepleiere.

Det er her vi som sykepleiere kan arbeide for å ivareta alle de grunnleggende behovene Virginia Henderson beskrev, fra kroppens fysiologiske behov til individets personlige behov (6). Vi gir opplæring og støtte for å gjenopprette eller ivareta egenomsorg, og vi kompenserer der pasienten ikke klarer å utføre en handling selv (7).

Detaljstyrt oppgaveorientering

Vi møter pasienter i alle aldre og i ulike situasjoner – fra akutt sykdom eller skade til forebygging og helsefremming (8). Hjemmesykepleien er en arena der bruk av velferdsteknologi kan lette hverdagen til pasienter, pårørende og helsepersonell og styrke opplevelsen av trygghet og selvstendighet for pasienten.

Sykepleieren er en viktig aktør for tjenesten med et ansvar for å koordinere og organisere helsehjelp, samhandle innad og på tvers av helsetjenestenivåer, varsle om avvik og uheldige hendelser, bidra i kvalitets- og utviklingsarbeid og ivareta pasientsikkerhet og forsvarlighet.

«Jeg pleier noen ganger å si at hjemmesykepleien er litt ‘rufsete’.»

Likevel preges hjemmesykepleien av å ha lite rom for nettopp å kunne utøve helhetlig, personsentrert og kunnskapsbasert sykepleie, organisatorisk arbeid, fagutvikling og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Jeg tør påstå at hjemmesykepleien preges av en detaljstyrt oppgaveorientering der det synes å være viktigere *at* oppgaven utføres enn *hvordan* den utføres. Jeg pleier noen ganger å si at hjemmesykepleien er litt «rufsete», med et noe alternativt forhold til kunnskapsgrunnlag, struktur og prosedyrer. Det kan vi ikke lenger forsvare at det er.

Sykepleieres virkelighet er langt fra idealet

Resultatene fra undersøkelsen som er gjennomført i forbindelse med denne temautgaven, er oppsiktsvekkende, men ikke ukjente. Det er ti år siden samhandlingsreformen ble vedtatt i Stortinget. Riksrevisjonens rapport fra 2016 viste at målet om bedre kvalitet ikke var nådd (9).

Lite tyder på at situasjonen er annerledes i dag. Reformen har imidlertid lyktes i å redusere liggetid på sykehus, og pasienter som tidligere lå relativt lenge på sykehus, skrives ut til videre behandling og pleie i kommunene (10). Mange av pasientene, særlig de som er skrøpelige og gamle, reinnlegges på sykehus etter relativt kort tid (11).

Det er sannsynligvis et resultat av at kommunene verken har økt kapasitet eller kompetanse i samsvar med utviklingen (9). Sykepleierne som har besvart undersøkelsen, bekrefter at pasientene har komplekse behov, som gjør at sykepleierne må utføre avanserte prosedyrer i hjemmet som tidligere kun ble utført på sykehus. Deres erfaringer støttes av ny forskning (12).

Sykepleierne møter altså flere pasienter i akutte og ustabile situasjoner, og de opplever i mange tilfeller ikke å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere situasjonene.

Mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Det kan være ulike forhold som virker inn på evnen til å håndtere kompleksiteten man møter i hjemmesykepleien. Mangel på ressurser i form av kvalifisert og kompetent personale og tid oppgis som hovedutfordringer av sykepleierne som deltok i undersøkelsen.

Vi vet at det generelt sett er en mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, noe som har negative konsekvenser for kvaliteten på helsehjelpen (13). Det er påvist at sykepleiermangel på sykehus bidrar til økt dødelighet, flere komplikasjoner og flere feil (14).

Tilsvarende studier er ikke gjort i en hjemmesykepleiekontekst. Imidlertid er det god grunn til å anta at en tilstrekkelig sykepleierbemanning vil kunne bidra til mer forebygging eller tidligere oppdagelse av funksjonssvikt eller forverring av en tilstand, som igjen vil gi økt trygghet og livskvalitet for både pasienter og pårørende.

Å oppdage og følge opp tegn på funksjonssvikt eller forverring av en tilstand er særlig viktig i hjemmesykepleien (15, 16), der man på grunn av hyppige og korte besøk av relativt mange ulike personer utfordrer kontinuiteten (17) på en slik måte at små forandringer hos pasienten får pågå uoppdaget inntil en akutt episode oppstår.

Hvordan kan vi gjøre hjemmesykepleien attraktiv?

I likhet med flere av sykepleierne i undersøkelsen vil jeg peke på ledelse som en nøkkel til å styrke sykepleiernes muligheter for å arbeide helhetlig, kunnskapsbasert og personsentrert.

Noe kan ikke den enkelte leder gjøre noe med, som politiske føringer om bestiller-utfører-modell, såkalt direkte brukertid eller kommune- eller bydelsstyrets vedtak om tjenestens budsjett. Men lederen kan sørge for at sykepleierkompetansen blir brukt riktig.

Sykepleieren må gjøre det som skal til for å ivareta pasientens grunnleggende behov, ivareta pasientsikkerhet og sørge for forsvarlig helsehjelp. Sykepleieren må gjøre systematiske og strukturerte observasjoner og vurderinger av pasientens tilstand og situasjon og dokumentere disse. Observasjoner og vurderinger danner grunnlag for beslutningene sykepleiere tar.

Kompleksiteten i sykepleien innebærer både omsorg, kyndighet, verdighet og kliniske og tekniske prosedyrer. Det ene utelukker ikke det andre, men er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi forsvarlig sykepleie. Det må sykepleierne ha tid til og rom for å gjøre.

Sykepleierne må ha arbeidslister som gir rom for å gjøre annet enn å utføre en forhåndsbestemt oppgave – spesielt er strukturerte observasjoner av pasientens tilstand og oppfølging av disse stadig mer nødvendig. Sykepleierkompetansen må brukes til pasientens beste!

La sykepleierne være faglige ledere, bidra i fagutvikling, tjenesteutvikling og innovasjon, samarbeide og samhandle med pasienter, pårørende og kolleger innad i og på tvers av helsetjenestenivåene og ivareta kontinuitet, kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet. Da vil sannsynligvis flere sykepleiere og sykepleierstudenter oppfatte hjemmesykepleien som en attraktiv karrierevei.

Takk til Gro Næss for kritisk lesing og gode innspill til teksten.

Les også fagartikkelen SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre

Referanser

1. Glavin K, Snøtun Å, Gjevjon ELR, Kvarme LG. Utvikling av kommunale sykepleietjenester utenfor institusjon. Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Bergen: Fagbokforlaget; 2016. s. 16–37.

2. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. København: European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
3. Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B. Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*. 2011;11(spec 10th anniversary ed):e127.
4. Lyngstad M. Bridging the gap—electronic messaging between home health care and general practitioners. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap; 2015.
5. Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not. London: Harrison and Sons; 1859. Commemorative addition: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
6. Henderson V. Basic principles of nursing care. American Nurses Association; 1997.
7. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1986. s. 92–4.
8. Kirkevold M. Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I: Grov EK, Holter IM, red. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken. 1(5):193–205.
9. Riksrevisjonen. Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Riksrevisjonen; 2016. Contract No.: 5.
10. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer. Rapport 362. Bø i Telemark: Telemarksforskning; 2015.
11. Grimsmo A. The Norwegian care coordination reform – what now? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015;135(17):1528.
12. 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 Serv Res*. 2017;17(1):645.

13. Ugreinov E, Vedeler JS, Heggebø K, Gjevjon ER. Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Oslo: Nova; 2017.
14. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014;383(9931):1824–30.
15. Gjevjon ELR, Linnerud SCW, Andersen E, Klev MS, Johansen S, Borglin G. SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Sykepleien*. 2019;(76084): (e-76084).
16. Næss G, Wyller TB, Kirkevold M. Structured follow-up of frail home-dwelling older people in primary health care: is there a special need, and could a checklist be of any benefit? A qualitative study of experiences from registered nurses and their leaders. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019;12:675–690.
17. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015;1(01):18–26.

FAGUTVIKLING

Reindriftssamer har pleie- og omsorgsbehov i to kommuner

For at reindriftssamer med behov for pleie- og omsorgstjenester skal få god oppfølging, må sommerhjemkommunen og vinterhjemkommunen samhandle bedre.

Hjemmetjeneste

Kultur

Samiske storfamilier drar med reinflokken mellom to bostedskommuner – vinterhjemmet og sommerhjemmet – om våren og om høsten. Familiemedlemmer med pleie- og omsorgstjenester (PLO-tjenester) kan oppleve å få ulik vurdering av tjenestebehovet sitt i de to kommunene.

Dermed får de kanskje ikke dekket det reelle tjenestebehovet i sommerhjemmet sitt. Hva som kan være årsaken til dette, skal vi diskutere i denne artikkelen.

Samene er anerkjent som Norges urfolk og har derfor stadfestet særlige rettigheter til å bevare og videreutvikle sin kultur. Myndighetene har plikt til å treffe tiltak for å støtte dette gjennom ILO-konvensjon nr. 169 (1) og Grunnloven § 108, kalt sameparagrafen (2).

Det gjelder også retten til å opprettholde bo- og livsform. Litt over 3000 av den samiske befolkningen er tilknyttet tradisjonell reindrift og kjøttproduksjon (3).

To hjem er ikke alltid et primær- og et sekundærhjem

Befolkningen i Norge har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven rett til forsvarlig, helhetlig og koordinert helsetilbud der de oppholder seg (4).

Reindriftssamene klassifiserer ikke vinterhjemmet og sommerhjemmet som primær- og sekundærbolig, slik offentlig forvaltning legger opp til (5, 6), men som to likeverdige hjem.

Det norske velferdssystemet tar ikke automatisk høyde for at brukere av tjenestene lever innenfor et etablert system med to hjem. Dette medfører utfordringer med at pasienten har to pleie- og omsorgsvedtak, ett fra hver kommune.

Reindriftsfamilier har en halvnomadisk livsførsel

Sosiologen og filosofen Habermas skriver at kommunikativ handling springer ut fra to ulike perspektiver, som han kaller livsverden og systemverden (7). Disse to verdenene har ulike verdier, for forståelser og regler for handlingsrom.

På den ene siden er for eksempel reindriftssamene, som i sitt livsverdenperspektiv definerer et hjem innenfor rammen av sin halvnomadiske boform med to hjem der storfamilien er samlet.

På den andre siden er det offentlige forvaltningssystemet, som beskriver byråkratisk hva som betegnes som primær- og sekundærhjem, med vilkår som er skapt innenfor en systemverden (5, 6).

På den måten kan vi si at systemverdenen invaderer livsverdenperspektivet, og det er innenfor denne tosidige forståelsesrammen at søknader om pleie- og omsorgstjenester for reindriftssamer forvaltes.

Det er nødvendig at helsebyråkratiet, representert via systemperspektivet, har forståelse for etablerte tohjemsystemer for å sikre at reindriftssamene får likeverdige tjenester både i vinterhjemmet og sommerhjemmet.

Samhandlingsreformen stiller krav til kommunene

Samhandlingsreformen krever at det skal være samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, interkommunalt samarbeid og samarbeid internt i kommunene på tvers av virksomhetene.

Helse- og omsorgsdepartementet innførte elektronisk pasientjournal med mål om tverrfaglig elektronisk kommunikasjon på tvers av spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten (8). Likevel mangler enkelte dataprogrammer muligheten til å kommunisere om pasienter generelt både innad i kommunen og mellom kommuner med felles pasienter (9, 10).

Helse- og omsorgstjenesteloven garanterer helsehjelp til pasienter som oppholder seg i kommunene, men forplikter ikke kommunene til samhandling på tvers av grensene (4). Det er en utfordring når helsetjenestelovverket skal forvaltes, siden kommunene som pleie- og omsorgsleverandører må ha et tilstrekkelig samarbeid om tjenestene som gis.

Det kan være konkurranse om helsepersonell

I litteratursøkene finner vi ikke studier om hjemmesykepleiens erfaringer med å ta imot reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov i sommerhjemmet.

Litteratursøkene vi har gjort om samhandling, viser at det har vært flere norske studier de senere årene som handler om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste (9–11).

En av disse studiene evaluerer hvordan kommunene har innrettet seg etter de kravene som settes i samhandlingsreformen (9). Studien rapporterer at interkommunalt samarbeid handler om å rette seg mot hva som tjener den enkelte kommune best, å beskytte egne tjenester samt konkurranse om helsepersonell.

Det finnes gjensidige, stereotype oppfatninger

En annen studie, som handler om hvordan samiske og ikke-samiske, formelle og uformelle omsorgsgivere samarbeider, påpeker at de har gjensidige, stereotype oppfatninger av hverandre, og at det krever tid og gjensidig tillit til å bygge opp gode samarbeidsformer i et pleieforhold (12).

En oversiktsstudie undersøker samhandlingsutfordringer og hvilke kommunikasjonsformer som ble benyttet i samhandling mellom helseprofesjonene (13).

Den konkluderer med at det er behov for avklaring om hvilken informasjon som skal være med i en informasjonsutveksling, og at det er nødvendig med bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Fremgangsmåte for studien

Denne artikkelen er et masterbidrag i NFR-prosjekt (287301) «Coming of Age in Indigenous Communities» og bygger på data fra et fokusgruppeintervju av tre tjenesteutøvere med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 21 år med PLO-tjenester til reindriftssamer som har to hjem.

Vi gjennomførte intervjuet i oktober 2019 på deltakernes arbeidsplass. Det varte i cirka 70 minutter. Vi transkriberte og analyserte intervjuet og tematiserte innholdet. Intervjuene oppsummeres under to hovedtemaer: «Manglende samhandling» og «Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger».

Manglende samhandling

En sentral tematikk vi diskuterte i intervjuet, var samhandlingens viktige funksjon, som blant annet skal være opplysende, forebyggende og samlende i et pasientforløp.

Det kom frem at det er vesentlige mangler på systemnivå, slik som manglende samhandling mellom: a) tjenesteutøvere i de to kommunene og b) pasienten og pasientens pårørende og hjemmetjenesten.

Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom, selv om deres opphold var av opptil seks måneders varighet. Dette var uheldig i planleggingen av kommunens PLO-tilbud om sommeren på grunn av ferieavvikling, som medførte nedbemanning.

«Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom.»

Sykepleierne fortalte at de kjente til de faste sommerpasientene i reindriftsfamiliene. Pasientene hadde oftest behov for de samme tjenestene i sommerhjemmet som i vinterhjemmet, slik som medikamenthåndtering, å stå opp, sårstell, kroppsstell og dusjing.

De fortalte at hvis pasienten tok kontakt på forhånd, var det som oftest et familiemedlem som ringte og ordnet kontakt med kommunen. Pårørende var ikke alltid informert om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasienten hadde i vinterkommunen.

Datoen for ankomsten til sommerhjemmet var vanskelig å forutsi helt presist fordi vær- og føreforhold og reinflokkene bestemte fremdriften i flyttingen.

Kommunikasjonen ble endret etter samhandlingsreformen

Deltakerne i intervjuet fortalte om hvordan informasjonsutvekslingen om felles pasienter hadde endret seg etter samhandlingsreformens innføring i 2012. Tidligere skrev eller ringte tjenesteutøvere i vinterhjemkommunen for å informere om pasientenes behov før de reiste til sommerhjemmet.

Samhandlingsreformens krav til elektronisk kommunikasjon gjennom IKT-verktøy, i tillegg til manglende lovpålegg om interkommunal samhandling i helse- og omsorgstjenesteloven (4), kan ha medført at disse kommunene sluttet å snakke sammen slik de hadde gjort tidligere. Deltakerne sa at det ikke var tvil om at elektronisk meldingsutveksling ville vært en ideell måte å samhandle på i dag.

En deltaker sa at det var et presserende behov for å definere ansvarsforholdet angående informasjonsplikten om pasientens tjenestebehov. For dem hadde det vært naturlig å sørge for at pasienter som reiste, fikk dekket sitt hjelpebehov på stedet de dro til.

På den andre siden sa de at de ikke rapporterte tilbake til vinterhjemkommunen om endringer i helsetilstand og funksjonsnivå hos de faste sommerhjempatientene når de dro tilbake til vinterhjemmet. Mangelen på kommunikasjon om felles pasienter gikk dermed begge veier.

Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger

Deltakerne beskrev at det var utfordringer med fasilitetene i pasientens sommerhjem. Det var trange arbeidsforhold der de utførte stell i små rom og sårskift i lavvo.

En tjenesteutøver beskrev det slik mens hun smilte: «Enkle sårskift i lavvo er en eksotisk oppgave, til tross for at det er vondt å sitte på knærne og ta et sårstell.»

Deltakerne måtte finne kreative løsninger på grunn av hjemmets utforming og manglende hjelpemidler. Ofte tok de med seg egne hjelpemidler som dusjstol og utstyr til stell, eller de tok med pasientene til sykehjemmet for at de skulle få dusje hvis de ikke hadde varmt vann og dusj i sommerhjemmet.

Kommunen og pasientene kan ha ulike ønsker

Sykepleierne beskrev at det kunne være manglende balanse mellom de tjenestene de reelt kunne tilby, og pårørendes forventninger. Noen pasienter ønsket for eksempel at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.

Deltakerne sa at det ble for tungt å sitte på knærne og ta et fullt kroppsstell av pasientene, og de løste det ved å stille dem inne i sommerhuset. Pasientene kunne også ha med seg medisindosetter fra vinterkommunen.

«Noen pasienter ønsket at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.»

Deltakerne fortalte at det kunne oppstå uenigheter mellom kommunen og pasientene og de pårørende om hvem som skulle sørge for fri, trygg ferdsel langs kjerre- og fjellveier til sommerhjemmet.

Alle pleie- og omsorgsvedtak ble utformet med en generell anbefaling fra Arbeidstilsynet om å ta forbehold angående fremkommelighet til husstanden. Gjennom dette ble pasientene forpliktet til å sørge for atkomst til boligen.

Deltakerne diskuterte hvordan de selv kunne ta ansvaret ved å vurdere pasientsituasjonen bedre og kontakte hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen på forhånd før de lagde PLO-vedtak.

Med god forhåndskommunikasjon kunne pasientens og de pårørendes forventninger og det reelle tjenestetilbudet ha vært avklart før de ankom sommerhjemkommunen.

Det er samhandlingsutfordringer mellom partene

Det er helt eller delvis manglende samhandling om pleiebehov og fasilitering hos de involverte partene. Dermed er det vanskelig å planlegge omsorgen og avklare gjensidige forventninger.

Det kan se ut som at det er et generelt problem og et savn at pasienter som kommer til denne kommunen, melder fra for sent, og at de ikke informerer på forhånd om tjenestebehovet sitt.

Kommunene samhandler heller ikke om felles pasienter, og det kan se ut som om initiativet til samhandlingen må komme fra pårørende og pasienten.

Pårørende kontakter kommunen på vegne av pasienten idet de ankommer. Grunnen til sen kontakt kan være tidsaspektet i reinflyttingen samt at vær- og føreforhold bestemmer ankomsten. Dette fenomenet kan være vanskelig å forholde seg til i systemverdenen.

Reindriftssamer har ikke en presis ankomstdato

I reindriftssamers livsverden er det en selvfølge at de ikke kan angi en presis ankomstdato og angi lengden på sommeroppholdet fordi det er utenfor deres kontroll. Reinflokkens instinkter styrer denne tiden. Det kan også være at pasienten eller de pårørende opplever en språkbarriere mot å kontakte hjelpeapparatet utenfor sin egen samiskspråklige kommune (12, 14–16).

De kan også tenke at de vil bli «berget» når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg, og kanskje har de med seg ferdige medisindosetter fra vinterhjemkommunen (17–20).

«De kan også tenke at de vil bli ‘berget’ når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg.»

Tjenesteutøverne i vinterhjemkommunen burde hatt en dialog med sommerhjemkommunen på vegne av og i samråd med pasienten før pasienten reiste. Da kunne de ha diskutert hvordan tjenestebehovet kunne løses i sommerhjemmet, og tjenestene kunne ha vært på plass i sommerkommunen ved pasientens ankomst.

Manglende samhandling mellom partene kan gi motstridende forventninger til hvilke tjenester som faktisk kan ytes i sommerhjemkommunen. Sykepleierne vi intervjuet, fremsto som løsningsorienterte samtidig som de satte grenser for hva de faktisk kunne klare å gjennomføre.

Det kan være utfordringer med fremkommelighet

PLO-vedtakene med generelle atkomstforbehold, som er anbefalt av Arbeidstilsynet, kan bli en barriere for å yte hjelp. Veistandarden til pasientens sommerhjem, som nesten alltid er på fjellet, et stykke fra en hovedvei eller nede ved sjøen, er ikke alltid gunstig, men godt nok med tanke på reindriftssamenes behov.

Om våren og høsten kan snø- og tineforholdene være til hinder og skape vanskelige kjøreforhold, noe som er dagligdagse utfordringer i livsformen til reindriftssamene og helt normalt i avsidesliggende områder.

I andre samiske kommuner i nord har hjemmesykepleien benyttet ATV, snøscooter, ski eller båt for å gjennomføre PLO-vedtakene til pasienter som bor litt utilgjengelig, samt at deres tjenestebiler tilpasses fjellforhold.

Utfordringer med fremkommelighet kan også løses ved at hjemmesykepleien avtaler å bli hentet av pårørende med ATV, eller at hjemmesykepleien holder slike kjøretøy selv.

Interkommunal samhandling fungerer ikke godt nok

Da kommunene innførte elektronisk samhandling i 2012, fikk de IKT-verktøy som ikke fungerte interkommunalt. Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen (13), til tross for at samhandlingens hovedhensikt er å sikre gode pasientforløp (8).

Tjenesteutøverne i sommer- og vinterhjemkommunene kunne ha tatt initiativet til å opprettholde gjensidig kontakt via telefon på vegne av pasientene som de vet flytter årlig, for å avklare eventuelle endringer i tjenestebehov og forventninger til hverandre.

«Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen.»

Der samhandlingsreformen omtaler «Særskilte utfordringer for den samiske befolkningen», tar den ikke høyde for at reindriftssamene kan ha sesongavhengig bostedsadresse i to kommuner, og hvilke tjenesteutfordringer dette kan gi (8, s. 16–17).

Når ikke samhandlingskrav om felles pasienter mellom kommuner er lovfestet (8), og når lovpålegget angående hensynet til effektive elektroniske journal- og informasjonssystemer er utydelig (4), kan kommunene velge bort samhandling.

Et pleie- og omsorgsvedtak bør følge pasienten

Man kan trekke paralleller mellom halvnomadisk livsførsel og bruk av offentlige helsetjenester til det Habermas beskriver som innholdet i henholdsvis livsverdenen og systemverdenen (7).

Livsverdenen representerer en forståelse av hverdagen og handlemåter som en kommuniserer ut fra, og ikke nødvendigvis problematiserer, slik som å dra til sommerhjemmet uten å melde fra om ankomsten.

Dette er en motsetning til systemverdenens forventninger, som er representert gjennom lovverk, regler og skjønn for hvordan pasientoverflyttinger skal organiseres gjennom en ny vurdering av pleie- og omsorgsbehov.

Systemverdenen representerer en organisert virkelighet som kanskje ikke imøtekommer reindriftssamenes forståelse i et livsverdenperspektiv. Et pleie- og omsorgsvedtak bør derfor være pasientens vedtak og følge pasienten.

Å flytte mellom to kommuner fordrer aktiv samhandling mellom pasienten, de pårørende og kommunene, slik at tjenesten er forberedt på hvem som kommer, og hva deres reelle pleie- og omsorgstjenestebehov er.

Konklusjon

Denne artikkelen belyser hvilke samhandlingsutfordringer som oppstår når reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov ankommer sommerhjemkommunen og ber om tjenester uten at kommunene har hatt kommunikasjon om det.

Funnene viser at det er manglende samhandling mellom vinter- og sommerhjemkommunen på både individ- og systemnivå. Det er systemsvikt når IKT-systemene ikke fungerer interkommunalt. På tross av manglende samhandling mellom sommer- og vinterhjemkommunene ser det ut til at de strekker seg langt for å imøtekomme tjenestebehovet hos pasientene som ankommer.

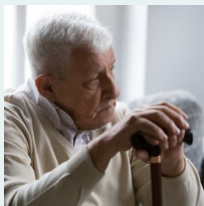
Helselovverk og forskrifter bør utformes på en måte som dekker reindriftssamers behov for helsetjenester i tråd med ILO-konvensjonen nr. 169 og helselovverket, der henholdsvis retten til å opprettholde bo- og driftsform og retten til likeverdige helsetjenester der en bor, er stadfestet.

Referanser

1. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 1990. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/samepolitikk/midtpalte/ilokonvensjon-nr-169-om-urbefolkninger-0/id451312/> (nedlastet 08.11.2021).
2. Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17?q=grunnloven> (nedlastet 14.05.2020).
3. Landbruks- og matdepartementet. Reindrift. Oslo: Landbruks- og matdepartementet; 2019.
4. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 08.11.2021).

5. Skatteetaten. Skille mellom primærbolig og sekundærbolig. Oslo: Skatteetaten; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.skatteetaten.no/sok/?q=prim%C3%A6rbolig%20og%20sekund%C3%A6rbolig&se=16614> (nedlastet 08.11.2021).
6. Lov 9. september 2016 nr. 88 om folkeregistrering (folkeregisterloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-12-09-88?q=lov%20om%20folkeregistrering> (nedlastet 08.11.2021)
7. Habermas J. The theory of communicative action: 2: lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Bacon Press; 1987.
8. Forskrift 1. juli 2015 om standarder og nasjonale e-helseløsninger (forskrift 22. desember 2021 om endring i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
9. Aarseth T, Bachmann KE, Gjerde I, Skrove GK. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. Nordiske organisasjonsstudier. 2015;17(3):24.
10. Kassah BLL, Tønnessen S. Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016;19(4):342–58. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04)
11. Tønnessen S, Kassah BLL, Tingvoll W-A. Hjemmesykepleierne i denne studien opplever organisatorisk skjevfordeling av makt. Sykepleien. 2016;11(1):8. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.56496](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496)
12. Larsen LS, Normann HK, Hamran T. Collaboration between Sami and non-Sami formal and family caregivers in rural municipalities. Ethnic and Racial Studies. 2016;39(5):821–39. DOI: [10.1080/01419870.2015.1080382](https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1080382)
13. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskrift for velferdsforskning. 2018;21(2):119–47. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03)
14. Mehus G, Bongo BA, Engenes JI, Moffitt P. Exploring why and how encounters with the Norwegian healthcare system can be considered culturally unsafe by North-Sami speaking patients and relatives: a qualitative study based on 11 interviews. International Journal of Circumpolar Health. 2019;78(1). DOI: [10.1080/22423982.2019.1612703](https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1612703)

15. Mehus G, Bongo BA, Moffitt P. Important factors when communicating with Sami patients about health, illness and care issues. Nordisk sygeplejeforskning. 2018;8(4):13.
16. Engenes JI, Sivertsen N, Bongo BA, Mehus G. Sámi language in Norwegian health care: 'He speaks good enough Norwegian, I don't see why he needs an interpreter'. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2021;1–10. DOI: [10.1111/scs.12986](https://doi.org/10.1111/scs.12986)
17. Aikio A. Olmmošhan gal birge: áššit mat ovddidit birgema. Kárášjohka: ČálliidLágadus; 2010.
18. Andersen KB. Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. I: Silviken A, Stordahl V, red. Samisk psykisk helsevern – nye landskaper, kjente steder og skjulte utfordringer. Karasjok: Forfatternes Forlag; 2010. s. 226–52.
19. Nymo R. Ikke bekymre deg for morgendagen, det ordner seg skal du se! I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, Thomassen M, red. Lidelse, mening og livssyn. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 233–251.
20. Javo C. Verdier, livssyn og tro i samisk kulturelle tradisjon – erfaringer og refleksjoner fra klinisk praksis. I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, red. Lidelse, mening og livssyn. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 253–263.



LES OGSÅ

Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt