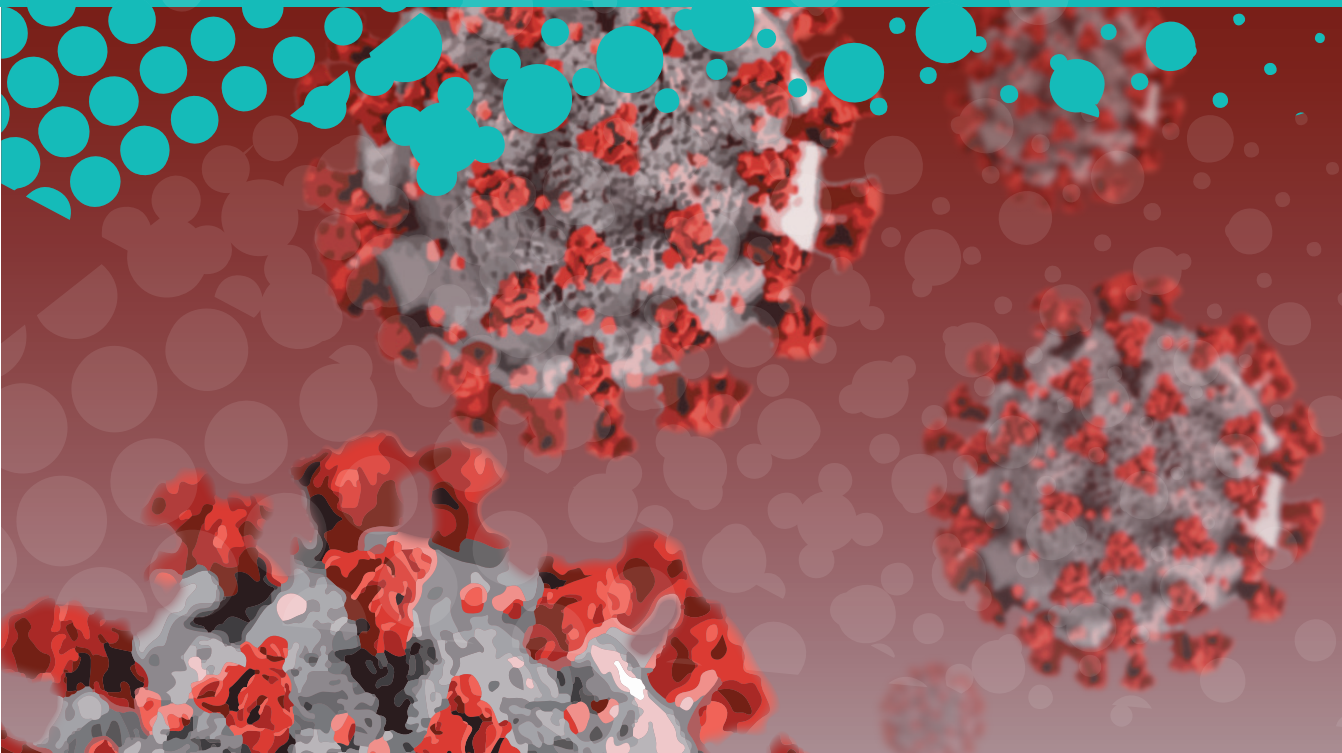


Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem



Frode F. Jacobsen, Cathrine Arntzen, Siri A. Devik, Oddvar Førland, Martin S. Krane, Linda Madsen, Jill-Marit Moholt, Rose Mari Olsen, Laila Tingvold, Oscar Tranvåg, Gudmund Ågotnes, Irene Aasmul



Høgskulen
på Vestlandet



Senters for
omsorgsforskning



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE



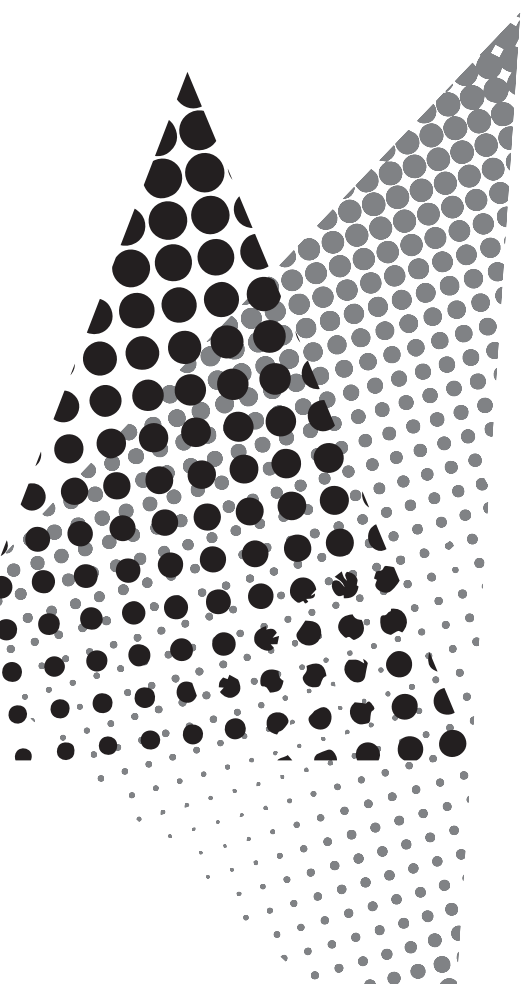
Universitetet
i Sørøst-Norge



Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning



Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem



Frode F. Jacobsen, Cathrine Arntzen, Siri A. Devik, Oddvar Førland, Martin S. Krane, Linda Madsen, Jill-Marit Moholt, Rose Mari Olsen, Laila Tingvold, Oscar Tranvåg, Gudmund Ågotnes, Irene Aasmul

Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem

Senter for omsorgsforskning

2021



Senter for
omsorgsforskning



Høgskulen
på Vestlandet



NTNU



Universitetet
i Sørøst-Norge



NORD
universitet



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE



Oslo
universitetssykehus

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2021

Tittel: Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem

Forfattere: Frode F. Jacobsen, Cathrine Arntzen, Siri A. Devik, Oddvar Førland,
Martin S. Krane, Linda Madsen, Jill-Marit Moholt, Rose Mari Olsen, Laila Tingvold,
Oscar Tranvåg, Gudmund Ågotnes, Irene Aasmul

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-112-7

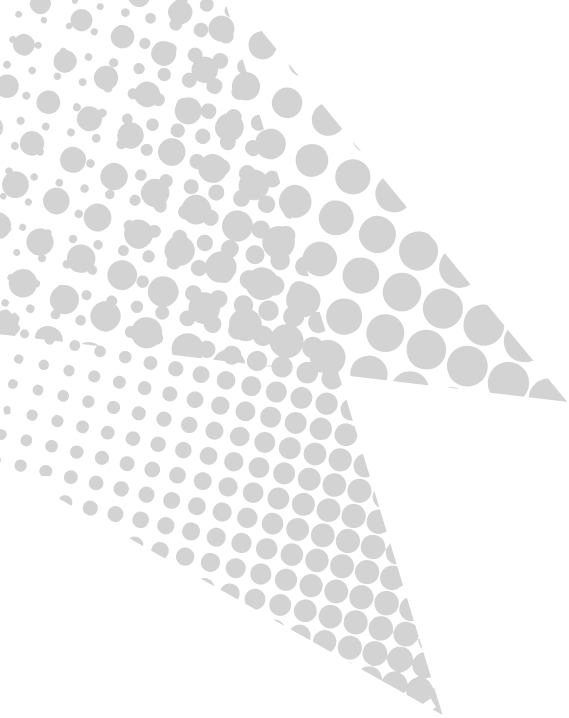
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-111-0

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Arbeidet med en underlagsrapport om sykehjem og erfaringer knyttet til COVID-19 på oppdrag fra Koronakommisjonen har blitt gjennomført av en forskergruppe ved de fem sentrene for omsorgsforskning (SOF Øst, Sør, Vest, Midt og Nord), ledet av Senter for omsorgsforskning, vest. Prosjektarbeidet har foregått i perioden medio november 2020 til medio mars 2021.

Vi vil takke for oppdraget og for et godt og konstruktivt samarbeid med Koronakommisjonen ved Kristian Heggebø, Siri Halvorsen og Helena Ingegerd Eriksson. Folkehelseinstituttet takkes for godt samarbeid knyttet til tilrettelegging av statistiske data om COVID-19 pandemien i norske sykehjem (kapittel 2). Vi vil også takke Wenche Malmedal ved NTNU for gode innspill til rapporten, og Gary Kramer for arbeidet med grafikk og layout.

Sist, men ikke minst, vil vi takke de som har bidratt til å tilrettelegge for intervjuer i deltakende kommuner og sykehjem, og informantene som stilte opp og delte sine erfaringer med oss. Av anonymitetshensyn nevnes ikke kontaktpersonene i kommunene og sykehjemmene ved navn.

Bergen, 26.03.2021

Frode F. Jacobsen, SOF Vest, prosjektgruppens leder

Cathrine Arntzen, SOF Nord

Siri A. Devik, SOF Midt

Oddvar Førland, SOF Vest

Martin S. Krane, SOF Nord

Linda Madsen, SOF Sør

Jill-Marit Moholt, SOF Nord

Rose Marie Olsen, SOF Midt

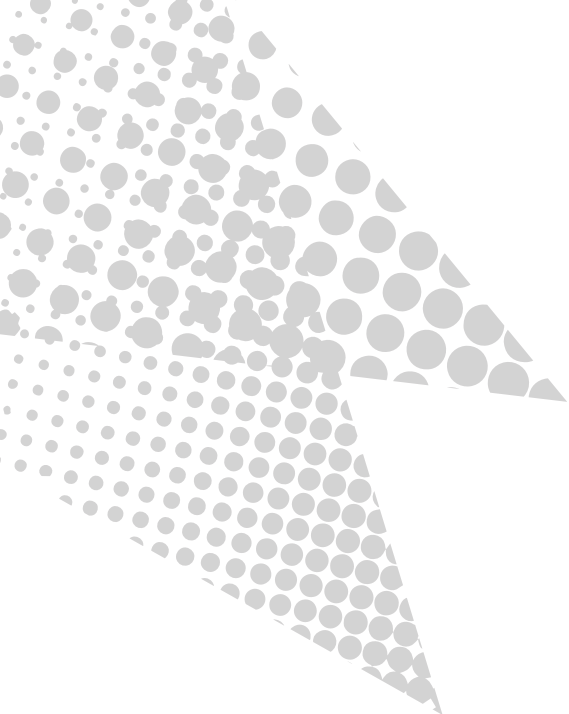
Laila Tingvold, SOF Øst

Oscar Tranvåg, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, HVL, og; Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, OUS, Rikshospitalet.

Gudmund Ågotnes, SOF Vest og Institutt for velferd og deltaking, HVL

Irene Aasmul, Verdigehetsenteret





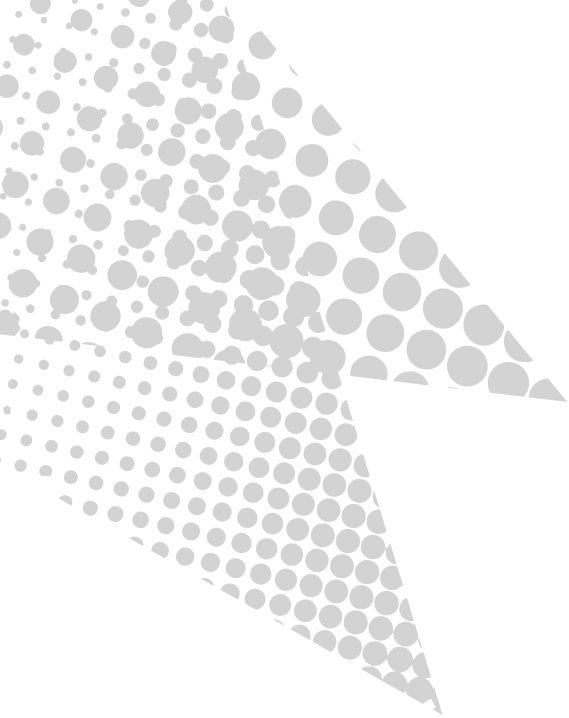
INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	1
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER	6
1.3 DISPOSISJON	6
2. NASJONALE OG INTERNASJONALE PERSPEKTIVER PÅ SYKEHJEMSEKTOREN UNDER DET FØRSTE ÅRET AV COVID-19 PANDEMIEN	7
2.1 SYKEHJEMSEKTOREN: STATUS OG UTVIKLINGSTREKK	7
2.2 HVOR HARDT BLE SYKEHJEMMENE RAMMET?	9
3. NASJONALE MYNDIGHETERS RÅD TIL SYKEHJEMMENE	17
3.1 HELSEDIREKTORATET	17
3.2 FOLKEHELSEINSTITUTTET	20
3.3 INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM	21
4. METODER, MATERIALE OG GJENNOMFØRING	23
4.1 CASE-STUDIENE	23
4.2 FOKUSGRUPPEINTERVJU OG INDIVIDUELLE INTERVJU	24
4.3 DOKUMENTSTUDIER	24
4.4 ANDRE DATAKILDER	24

5. PRESENTASJON AV DE FEM SYKEHJEMCASENE	25
5.1 CASE 1: AFTENSOL	27
5.1.1 Innledning	33
5.1.2 Pandemi og forberedthet	34
5.1.3 Tiltak, internt samarbeid og tilgjengelige ressurser ved pandemiens utbrudd og videre i forløpet	36
5.1.4 Samarbeid med lege og eksterne ressurser	40
5.1.5 Tilpasninger og prioriteringer for å ivareta beboernes behov	40
5.1.6 Ivaretagelse av pårørende: ledelsens og ansattes erfaringer	42
5.1.7 Pårørendes egne erfaringer	42
5.1.8 Endringer og nye måter å utøve tjenestene som følge av pandemien	47
5.1.9 Noen positive følger av pandemien	48
5.1.10 Oppsummering	48
5.2 CASE 2: ELVESLETTA SYKEHJEM	51
5.2.1 Innledning	53
5.2.2 Bemanning	54
5.2.3 Smittetrykk	54
5.2.4 Datamateriale som inngår i casestudien	54
5.2.5 Var sykehjemmet forberedt på pandemi?	55
5.2.6 Tiltak ved pandemiens utbrudd	56
5.2.7 Smittevernutstyr	57
5.2.8 Personalressurser og samarbeid med/mellom personale	58
5.2.9 Samarbeid med lege og eksterne ressurser	59
5.2.10 Bygningsmessige forhold	60
5.2.11 Ivaretagelse av beboere	61
5.2.12 Ivaretagelse av pårørende	65
5.2.13 Har pandemien ført til endringer eller nye måter å utøve tjenestene på som kan være hensiktsmessige på lengre sikt?	67
5.2.14 Utilsiktede positive følger av pandemien?	67
5.2.15 Oppsummering	68

5.3 CASE 3: BYTUNHJEMMET	71
5.3.1 Innledning	72
5.3.2 I hvilken grad var sykehjemmene forberedt på en pandemi?	73
5.3.3 Tiltak for å hindre smittespredning	74
5.3.4 I hvilken grad klarte personalet å ivareta beboerens behov?	76
5.3.5 Hvilke erfaringer gjorde de pårørende seg i denne krevende situasjonen?	78
5.3.6 Ivaretagelse av pårørende	79
5.3.7 Kvalifisering av personale	80
5.3.8 Utsiktede positive følger av pandemien (ansatte, leger og ledere)	80
5.3.9 Andre ting som kommer frem i intervju (ansatte, leger, ledere, pårørende, andre)	80
5.3.10 Ethiske dilemma	81
5.3.11 Oppsummering	81
5.4 CASE 4: BAKKETUNET	83
5.4.1 Innledning	90
5.4.2 Smittesituasjonen ved sykehjemmet	90
5.4.3 Datagrunnlag	91
5.4.4 I hvilken grad var sykehjemmene forberedt på en pandemi?	91
5.4.5 Hvilke konkrete tiltak ble satt inn for å hindre introduksjon og eventuell spredning av covid-19?	93
5.4.6 Hvordan klarte personalet å ivareta beboerens behov?	101
5.4.7 Hvilke erfaringer gjorde de pårørende seg i denne krevende situasjonen?	104
5.4.8 Oppsummering	105
5.5 CASE 5: FREDLY SYKEHJEM	107
5.5.1 Innledning	110
5.5.2 I hvilken grad var sykehjemmet forberedt på en pandemi?	111
5.5.3 Tiltak for å hindre smittespredning	112
5.5.4 Tilpasninger og prioriteringer for å ivareta oppgaver og beboernes behov	115
5.5.5 Pårørendes erfaringer	116
5.5.6 Oppsummering	118

6. OPPSUMMERING OG DISKUSJON	121
6.1 HVOR GODT FORBEREDT VAR SYKEHJEMMENE PÅ EN PANDEMI?	121
6.2 HVILKE TILTAK BLE SATT INN FOR Å HINDRE SMITTESPREDNING OG HVORDAN VIRKET DE?	122
6.3 HVORDAN KLARTE PERSONALET Å IVARETA BEBOERNES BEHOV UNDER PANDEMIEN?	124
6.4 HVILKE ERFARINGER GJORDE DE PÅRØRENDE SEG?	125
6.5 HVILKE ETISKE DILEMMA ERFARTE PERSONALET?	126
6.6 HVILKEN POSITIV LÆRING HAR MAN MED SEG VIDERE?	127
6.7 SENTRALE ERFARINGER: NOEN FELLESTREKK OG FORSKJELLER MELLOM DE FEM SYKEHJEMSCASENE	128
6.8 NASJONALE PERSPEKTIVER	129
6.9 ANBEFALINGER	129
REFERANSER	131



SAMMENDRAG

MÅL

Det overordnede målet med prosjektet som presenteres i denne rapporten har vært å få kunnskap om erfaringer med covid-19-pandemien ved norske sykehjem, herunder hvor forberedt de var på å håndtere en slik pandemi, hvilke utfordringer pandemien har medført, og hvordan sykehjemmene i praksis har håndtert disse.

Oppdragets hovedspørsmål var:

- I hvilken grad var sykehjemmene forberedt på en pandemi?
- I hvilken grad klarte personalet å finne tilpasninger dersom de ikke klarte å ivareta beboerens behov som tidligere?
- Hvilke prioriteringer utspilte seg i praksis mht. oppgaver og omsorg for beboere med ulike behov (både internt og knyttet til samhandling eksternt)?
- Hvilke erfaringer gjorde de pårørende seg i denne krevende situasjonen?

METODE

Det er blitt gjennomført kvalitative case-studier ved fem sykehjem i fem ulike kommuner lokalisert i de fem «gamle» helseregionene i Nord-, Midt-, Vest-, Sør- og Øst-Norge. For å få en god bredde i type case har vi, ved siden av geografisk spredning, valgt ut kommuner og sykehjem med ulik størrelse, smittepress og ulik forekomst av covid-19-relaterte dødsfall. Med såpass få case er våre funn selvsagt ikke representative for alle norske sykehjem. Hensikten med case-studier i denne sammenheng er derimot å utforske erfaringer i dybden, og derigjennom vinne forståelse og innsikt om betydningsfulle prosesser knyttet til sykehjemmenes håndtering av covid-19-pandemien. I tillegg til case-studiene redegjør vi for SARS-CoV-2 virus smitte og covid-19 relaterte dødsfall i sykehjemsektoren som helhet fra 1. mars 2020 til 28. februar 2021, basert på utleverte nasjonale data fra Folkehelseinstituttet.

RESULTATER

Foreløpige nasjonale tall fra Folkehelseinstituttet for det første året av pandemien viser at i underkant av 50 % av alle covid-19 relaterte dødsfall har skjedd i sykehjem, og at det har vært en dødelighet på om lag en tredjedel av de covid-19 smittede sykehjemspasientene. Like fullt indikerer tallene at kun 3 % av sykehjemsbeboerne ble smittet mens cirka 1 % døde. Til sammen 4 av 10 covid-19 relaterte dødsfall i landets sykehjem har skjedd på de ti institusjonene med flest registrerte dødsfall. Dette viser at sykehjem som først fikk smitten inn ble hardt rammet.

I alle de fem inkluderte sykehjemmene har pandemisituasjonen vært opplevd som dramatisk og krevende, også i sykehjem som ikke hadde opplevd smitte. Både den første og andre smittebølgen, med påfølgende nedstengning, satte store krav til omorganisering og omfordeling i bruken av ressurser. Sykehjemmene har vist stor fleksibilitet når det gjelder ansvar og oppgaver innad, og dette har vist seg å være både viktig for å lykkes og krevende. Også ved sykehjem som inntil intervjuutidspunktet ikke har opplevd smitte, har innsatsen for å forebygge smitteutbrudd, samt å ha en nødvendig tilrettelegging dersom smitteutbrudd skulle oppstå, medført oppgaveforskyvning, der for eksempel hjelpepleiere eller helsefagarbeidere har fått ansvar og oppgaver som sykepleiere vanligvis ivaretar. I de sykehjemmene som har opplevd smitte har det også foregått en forskyvning av ressurser mellom avdelingene, der avdelingene med smitteutbrudd har blitt prioritert for bedre personelldekning og flere sykepleiere. At samarbeidet og samholdet innad blant ansatte i sykehjemmene har blitt tettere, er et gjennomgående tema for alle de deltakende sykehjemmene. Både ledere, pleiefaglig stab og leger påpeker at alle utfordringene pandemien har medført, har vært belastende, men har også bidratt til viktig læring og økt kunnskap, ikke minst knyttet til utøvelse av god hygiene, smittevern og digital kommunikasjon. Det å integrere det vanlige renholdsarbeidet i den helhetlige smittevernsstrategien ved sykehjemmet, har blitt opplevd som utfordrende.

De fem sykehjemmene har varierende erfaringer når det gjelder forberedthet på å håndtere en pandemisituasjon, både med tanke på tilgjengelig utstyr og etablerte rutiner for smittevern, og med hensyn til faglige nettverk og ressurser. Da pandemien var et faktum hadde alle sykehjemmene umiddelbart behov for mer smittevernustyr, samt oppdatering av smittevernsplaner og rutiner. Flere gav uttrykk for at det å skaffe nok utstyr, både for smittevern og prøvetaking, var svært krevende de første par ukene. Noen uttrykte også at de opplevde at sykehjemmene kom i annen rekke da smittevernustyr skulle distribueres til landets helseinstitusjoner. Det samme erfarte de når det gjaldt muligheten til å få i stand en rask og god testing av sykehjemmenes ansatte. Flere påpekte at kriteriene for å teste beboere var i stadig endring, og at det en tid kontinuerlig kom nye signaler om dette. I starten av pandemien har sykehjemmene opplevd at terskelen for å teste beboere har vært noe høy, men dette endret seg raskt.

Mange beboere har opplevd større grad av ensomhet enn før pandemien kom. Flere ansatte og pårørende gir uttrykk for bekymring for ivaretagelsen av beboernes behov for sosial kontakt og dagliglivets aktiviteter. De har erfart at noen beboere har forfalt raskere, både kognitivt og fysisk, enn de gjorde før pandemien. Rapporten identifiserer etiske dilemma knyttet til omsorgen for beboerne, blant annet relatert til tvungen isolasjon uten tvangsvedtak og tvungen prøvetaking av beboere med kognitiv svikt og redusert samtykkekompetanse. Pårørende har erfart sterke besøksrestriksjoner, og flere av informantene uttrykte at fleksibiliteten burde vært større når det gjelder å tilrettelegge for besøk på måter som samtidig ivaretar hensynet til smittevern. På sykehjem med smitte fremtrer det som at pårørende til beboere ved smitteavdelinger opplever tettere oppfølging fra personalet, enn pårørende ved andre avdelinger. Flere pårørende gir uttrykk

for at den andre nedstengingen oppleves som tyngre enn den første, og at deres nære og kjære i større grad synes å ha forsonet seg med at det ble mindre sosialt samvær og, i noen tilfeller, nærmest syntes å ha resignert, blitt passive og mindre kontaktsøkende.

KONKLUSJON

Pandemien har hatt en høy kostnad for alle sykehjemmene, både for de som bor der og de som arbeider der. Pandemien har også gitt anledning til viktig erfaring og læring, både for sykehjemmene, kommunene og for nasjonale myndigheter. Nye kommunikasjonsformer og kommunikasjonsplattformer samt endrede og forbedrede hygienetiltak, er tiltak under pandemien som synes viktige å videreføre. Samtidig har erfaringer i en pandemisituasjon avdekket områder der sykehjemmene trenger å styrkes, både generelt, blant annet knyttet til personellressurser, ansettelsesforhold og bygningsmessige forhold, og med tanke på smittevern spesielt.

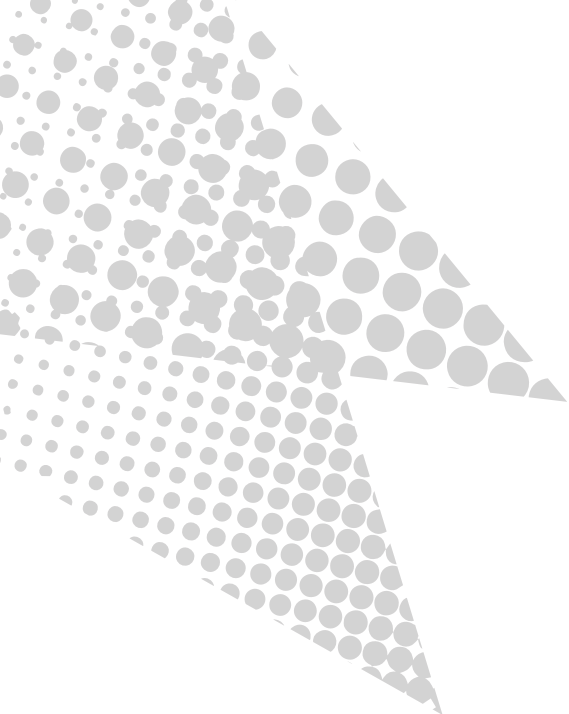
Det synes vesentlig at ved en eventuell ny pandemisituasjon bør smitteverntiltak og andre hjelpetiltak overfor sykehjemsbeboere, som er av de mest sårbare i samfunnet, settes inn enda tidligere. Det bør også satses mer for å legge til rette for kommunikasjon mellom beboere og deres pårørende, og å utforske flere muligheter for sosialt samvær mellom beboere og deres nærmeste pårørende samtidig som nødvendige smittevern hensyn ivaretas. En mer helhetlig forståelse av smittevernsituasjonen fremstår også som viktig, der drift og renhold får en tydeligere plass i smittevernsstrategier på kommunalt- så vel som enhetsnivå. Bygningsmessige forhold har vært fremhevet av mange av informantene som viktige med tanke på praktisk gjennomføring av smitteverntiltak, både i beboerområder og rom (sluser, enmannsrom med eget toalett og bad) og i personalområder som garderober og ved varelevering.

Det at pleiepersonell arbeider ved flere pleie- og omsorgsinstitusjoner fremstår som en generell utfordring for god behandling, pleie og omsorg, men er spesielt krevende i en smittesituasjon. Tiltak bør innføres og gjennomføres for å sikre større og faste stillinger på én institusjon, samt styrket satsing på formell kompetanse og på kursing av personale, sett i lys av hvor viktige og samtidig sårbare disse institusjonene har vist seg under pandemien. Utfordringene når det gjelder midlertidighet og deltidstillinger innenfor andre yrkesgrupper tilknyttet sykehjemmet, slik som drift, renhold og kantine, er generelt underkommunisert i det offentlige rom og bør også tas tak i.

At kun 3 % av sykehjemsbeboerne ble smittet og cirka 1 % døde vurderer vi som forholdsvis lave tall. Dette viser at sykehjemmene, til tross for store lokale forskjeller, som samlet sektor i stor grad har klart å forebygge koronasmitten og dermed covid-19 relaterte dødsfall. Det er etter vår vurdering sannsynlig at sykehjemmenes generelle medisinske kompetanse, og det faktum at de som hovedregel selv har behandlet sine pasienter med covid-19 sykdom uten å legge dem inn på sykehus, har vært en viktig årsak til at sykehusenes intensivkapasitet ikke ble overbelastet det første året av pandemien, slik vi har sett i en del andre land.

Det anbefales en større nasjonal kartlegging av hvordan sykehjem har erfart og håndtert pandemiutbruddet og pandemiforløpet. Selv om rapporten bygger på case fra ulike landsdeler og med ulik kommunestørrelse, smittetrykk og forekomst av smitte og dødsfall i sykehjemmene, gir den ikke svar på hvor utbredt fenomener som avdekkes er. Foreløpige tall fra Folkehelseinstituttet gir indikasjoner på utbredelsen av noen av disse fenomenene, men også her trengs det flere analyser. For øvrig må case-studiene ses i lys av at de ble gjennomført i 'andre smittebølge' under pandemien, i siste del av november og første del av desember.





1. INNLEDNING

Regjeringen oppnevnte 24. april 2020 en uavhengig kommisjon ([Koronakommisjonen](#)) som skal gjennomgå og trekke lærdom fra covid-19-utbruddet i Norge. Ifølge [mandatet](#) skal kommisjonen kartlegge alle relevante sider ved myndighetenes håndtering av pandemien, og søker i den forbindelse innspill i form av underlagsrapporter. [Senter for omsorgsforskning](#) (SOF) har fått i oppdrag fra kommisjonen å utarbeide en underlagsrapport basert på en undersøkelse av ulike sider ved covid-19-utbruddet i sykehjem. SOF Vest ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) har ledet prosjektet.

Kommisjonen har spesifikt bedt om å få belyst følgende spørsmål gjennom et bredt tilfang av kvalitative innfallsvinkler: Hvor forberedt var sykehjemmene på en pandemi, og hvordan jobbet de ansatte for å ivareta sykehjemsbeboerne? Hvilke konkrete tiltak ble satt inn for å hindre smittespredning? Hvordan klarte personellet å finne tilpasninger slik at de fikk ivaretatt beboernes behov i perioden med stengte sykehjem og stor smitte i samfunnet? Hvilke erfaringer gjorde de pårørende seg i denne krevende situasjonen? Kommisjonen foreslår «et lite knippe dyptpløyende case-studier som kan gi innblikk i erfaringene til virksomhetsledelse, sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, leger, beboere og pårørende» og at casene representerer en geografisk spredning og en variasjon hva gjelder kommunestørrelse, smittetrykk og covid-19-relaterte dødsfall. Vi i SOF har fulgt denne strategien gjennom å gjennomføre case-studier ved fem sykehjem, i ulike deler av landet.

1.1 BAKGRUNN

Det er over et år siden covid-19-pandemien rammet Norge, og som ellers i verden er eldre mennesker, samt personer med svekket helse, spesielt hardt rammet (FHI 2020a). Generelt har helse- og omsorgstjenestene blitt utsatt for et atskillig større press enn i en normal situasjon, og pårørende, hjemmetjenester, sykehjem og andre som yter heldøgns omsorg har blitt særlig hardt rammet. Tall fra perioden mars til mai 2020, viser at 58 % av de 238 covid-19 assosierte dødsfallene i denne perioden var blant beboere på sykehjem (FHI 2020b), mens denne andelen

internasjonalt varierer mellom 24 - 85 % (Comas-Herrera et al. 2020). Det er stor variasjon i hvordan institusjonene er rammet, og det viser seg at noen få institusjoner står for en betydelig andel av covid-19-relaterte dødsfall. De enkelte kommuner og deres sykehjem har også ulike erfaringer knyttet til hvor godt forberedt de var, og hvordan de har håndtert korona-situasjonen og det helhetlige omsorgsarbeidet i denne unntakstilstanden – med bl.a. oppgaveoverføring fra sykehus til sykehjem, og også fra sykehjem til hjemmetjenestene (Senter for omsorgsforskning 2020).

1.2 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

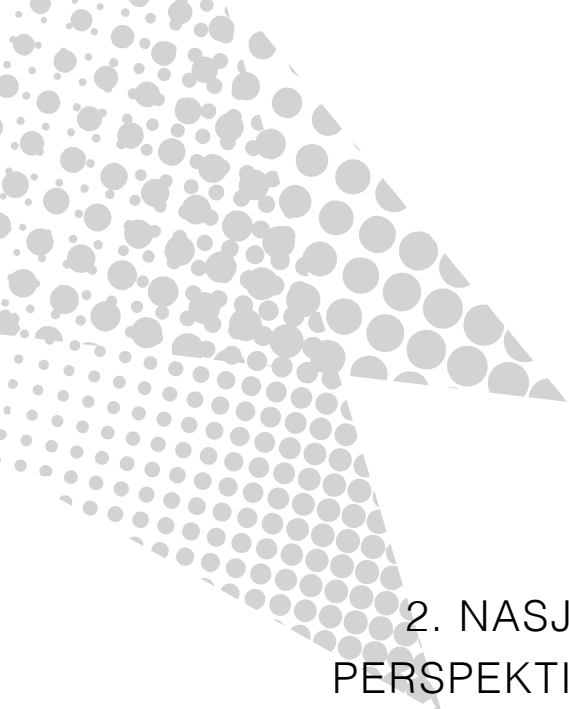
Det overordnede målet har vært å belyse erfaringer med covid-19-utbruddet i sykehjem.

Mer konkret har oppdraget vært å belyse følgende problemstillinger:

- I hvilken grad var sykehjemmene forberedt på en pandemi? Fantest det retningslinjer og instruksjoner for håndtering av en slik situasjon, evt. hvilke? Ble disse tatt i bruk, og i så fall, hvor nyttige var de?
- Hvilke konkrete tiltak ble satt inn for å hindre smittespredning, hvordan ble de iverksatt og hvor effektive var disse?
- I hvilken grad klarte personalet å finne tilpasninger dersom de ikke klarte å ivareta beboerens behov som tidligere? Hvilke prioriteringer utspilte seg i praksis mht. oppgaver og omsorg for beboere med ulike behov (både internt og knyttet til samhandling eksternt)?
- Hvilke erfaringer gjorde de pårørende seg i denne krevende situasjonen?

1.3 DISPOSISJON

Videre i rapporten presenterer vi først noen nasjonale trender og føringer av særlig relevans for covid-19-situasjonen i norske sykehjem, og med et sammenliknende blikk på våre skandinaviske naboland, samt en oversikt over nasjonale myndigheters råd til sykehjemmene. Dernest gjennomgår vi metoder, materiale og gjennomføring prosjektet. Deretter presenteres resultatene fra hvert av de fem casene. Av anonymitetshensyn oppgis verken landsdel eller kommune for disse casene og sykehjemmene har fått fiktive navn. Til sist oppsummeres de mest sentrale funnene i studien.



2. NASJONALE OG INTERNASJONALE PERSPEKTIVER PÅ SYKEHJEMSEKTOREN UNDER DET FØRSTE ÅRET AV COVID-19 PANDEMIEN

I dette kapittelet redegjøres det kort for sykehjemsektoren i Norge under covid-19 pandemien, basert på tilgjengelig statistikk. Først vises generelle utviklingstrekk ved sektoren. Derneft vises og kommenteres statistikk om hvordan sykehjemmene samlet sett ble rammet det første året av covid-19 pandemien (fra mars 2020 til mars 2021). Vi trekker også inn noen internasjonale perspektiver.

2.1 SYKEHJEMSEKTOREN: STATUS OG UTVIKLINGSTREKK

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå disponerte norske kommuner til sammen 39 466 plasser på sykehjem i 2019¹. I 2012 var det 41 732 plasser og det har vært en svakt synkende tendens det siste ti-året. Det var ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå til sammen 32 105 beboere på langtidsopphold og 9 784 på tidsavgrenset opphold i 2019. Til sammen 3 749 av sykehjemsplassene er privat drevne, det vil si rundt 9,5%, der om lag halvparten har ideelle og halvparten kommersielle driftere og samtlige i hovedsak finansiert av offentlige midler. Andelen private plasser har vært noe synkende de siste fem årene, med en tilbakegang på 14% siden 2015, og størst blant de privat kommersielle (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det er Oslo, Stavanger og Bergen som i størst grad har privat drevne sykehjem (Melby, Ågotnes, Ambugo, & Førland, 2019).

Selv om det er totalt om lag 40 000 sykehjemsplasser i Norge er tallet på sykehjemspasienter til enhver tid noe lavere og varierende over året, ettersom ikke alle plasser er belagt hele tiden.

¹ Kilde: SSB, <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Imidlertid er langt flere enn 40 000 pasienter/beboere «innom» sykehjemmene i løpet av et år og dette antallet har vært økende. Dette er en følge av at det er blitt større omløp av sykehjemsbeboere på grunn av flere tidsavgrensede opphold, flere øyeblikkelig hjelp døgnopphold og kortere botid for langtidspatientene (Melby et al., 2019). Gjennomsnittlig botid for personer på langtids plass er cirka to år før dødsfall (Kjelvik & Jønsberg, 2017). Om lag 50% av sykehjemspasientene dør med andre ord i løpet av et år. Bak den gjennomsnittlige botiden på to år skjuler det seg imidlertid en stor variasjon, fra død allerede ved innleggelsestidspunktet til 26 års botid. Dette er samtidig en påminning om sykehjemsbeboere er en mangfoldig gruppe.

Det har videre vært noe økende bistandsbehov for sykehjemspasientene de siste ti årene (Melby et al., 2019). De fleste har stor sykdomsbyrde med flere samtidige sykdommer, om lag 8 av 10 har en demenssykdom og sykehjemspasienten bruker i snitt åtte medisiner hver (Gulla, 2018). Deres generelle høye sykdomsbyrde gjør dem mer sårbare og utsatt for infeksjonssykdommer som covid-19. Antall dødsfall i sykehjem har vært økende de siste ti årene. Sykehjem er nå blitt det vanligste stedet å dø. I 2017 døde 52% på sykehjem eller liknende institusjon, mens 30% døde på sykehus (Folkehelseinstituttet, 2018).

Det er rimelig å anta at alle forholdene nevnt over (tidsavgrensede opphold, flere øyeblikkelig hjelp døgnopphold og generell kortere botid for langtidspatientene, økende sykdomsbyrde og bistandsbehov og økende antall dødsfall i sykehjem) har generert behov for mer medisinsk rettet arbeid i sykehjem de siste ti årene (Melby et al., 2019). Den medisinske kompetansen i sykehjem har da også blitt styrket i denne perioden. Antall legeårsverk i sykehjem har økt med over 30%. Det var 70 pasienter per legeårsverk i 2017, mot 108 i 2009. Sykehjemslegene er i økende grad kommunalt ansatte (74%), de har økende stillingsstørrelser, men det er svært høy turnover og dermed liten kontinuitet. Sykepleiere ivaretar oftere kontinuiteten i sykehjemsarbeidet med sin 24/7 tilstedeværelse og utgjør en viktig del av både den pleie- og medisinske faglige kompetansen i denne sektoren. Statistisk sentralbyrå publiserer ikke statistikk over sykepleierårsverk i sykehjem, slik som for leger, men opplyser om at det har vært en økning i sykepleierårsverk på 17% mellom 2010-16 (Melby et al., 2019, s. 43).

Både i nordisk og europeisk sammenheng har Norge en stor sykehjemsektor, målt som andeler av eldre aldersgrupper med institusjonsplass. I aldersgruppen '80 år og eldre' er 12% beboere på sykehjem. Av de nordiske landene har Norge høyest andel, etterfulgt av Sverige, Finland og Danmark (Szebehely & Meagher, 2017). På bakgrunn av dette, og det vi i dag vet om utbredelsen av covid-19 smitte og risiko i sykehjemsektoren, er det rimelig å anta at eldre i Norge *i utgangspunktet* er noe mer utsatt enn eldre i nabolandene, gitt ellers like forhold. Det er likevel selvsagt flere andre faktorer som påvirker den *reelle* risikoen, der det generelle smittetrykket i befolkningen, og fra januar 2021 også vaksinasjonsratene, er sentrale faktorer. Men også andre faktorer og forskjeller mellom sykehjemmene og landene antas å ha betydning, blant annet kvaliteten på institusjonenes bygningsmasse (romforhold og trangboddhet), bemanning, andel midlertidig og deltidsansatte og kompetanse (Barstad, 2020; Harrington et al., 2012).

2.2 HVOR HARDT BLE SYKEHJEMMENE RAMMET?

COVID-19-RELATERTE DØDSFALL I NORSKE SYKEHJEM²

Som ellers i verden er det i Norge spesielt mennesker over 70 år, med kroniske sykdommer og svekket helse, som er hardest rammet av covid-19 sykdommen³. Folkehelseinstituttet viste i en rapport fra september 2020 til foreløpige tall om at ni av ti som døde med covid-19 hadde kronisk sykdom (Folkehelseinstituttet, 2020a). Gulseth et al. (2020) har i en artikkel beregnet at blant de covid-19 relaterte dødsfallene i Norge fra mars til utgangen av mai 2020 var letaliteten (forstått som sykdomsdødeligheten) blant de med påvist smitte kun 0,2% for personer under 60 år, mens den var hele 52% for dem over 90 år⁴. Som følge av slike forhold har eldreomsorgen og helse- og omsorgstjenestene i kommunene i 2020 blitt utsatt for et atskillig større press enn i en normalsituasjon. Dette gjelder i særdeleshet sykehjemmene, med sine mange eldre beboere og pasienter, samt deres pårørende og de ansatte.

Folkehelseinstituttet publiserte i september 2020 foreløpige nasjonale tall fra Dødsårsaksregisteret for perioden mars til mai 2020 som viste at 58% av landets 236 covid-19-assosierte dødsfallene hadde skjedd blant beboere på sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2020a), det vil si 137 dødsfall.

Senere ikke-publiserte tall fra Folkehelseinstituttet, utlevert til oss i mars 2021, viser utviklingen av covid-19-relaterte dødsfall (se tabell 1) og smitte sykehjem (se tabell 2) for et helt år; fra 1. mars⁵ 2020 til 28. februar 2021, samt vaksinerte sykehjemspasienter ved utgangen av februar 2021 (se tabell 3). Disse tallene er foreløpige og kan dermed bli noe justerte i endelig statistikk.

² Med «covid-19-relaterte dødsfall» menes at ICD-10 diagnosekode U07.1 («covid-19 med påvist virus») eller U07.2 («covid-19 uten påvist virus») er oppgitt som enten underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsmeldingen.

³ Tall fra Dødsårsaksregisteret mars - mai 2020 viste at ni av ti som døde med covid-19 hadde en eller flere kroniske sykdommer fra før. Hjerte-karsykdommer, kronisk lungesykdom og demens er de tre vanligste tilhørende sykdommene. I 86 % av de covid-19-assosierte dødsfallene var avdøde 70 år eller eldre (Folkehelseinstituttet, 2020a).

⁴ Nye virusmutasjoner som i større grad rammer yngre og utbredt vaksinasjon av de eldste aldersgruppene vil endre disse forhåndstallene på lengre sikt.

⁵ Det første covid-19 relaterte dødsfallet i sykehjem ble registrert 14. mars 2020.

Tabell 1: Covid-19-relaterte dødsfall i norske sykehjem mars 2020 til februar 2021 ⁶

Måned	Antall	Covid-19 relatert dødelighetsrate*
Mars 2020	12	42
April 2020	85	298
Mai 2020	14	49
Juni 2020	8	28
Juli-oktober 2020	5	18
November 2020	36	126
Desember 2020	44	154
Januar 2021	67	235
Februar 2021	20	70
Totalt	291	1021

*Per 100.000, grovt anslag basert på 28 500 sykehjemsbeboere.

Vi ser av tabellen at april 2020 framstår som måneden med flest covid-19 relaterte dødsfall, etterfulgt av januar 2021 i den andre bølgen av pandemien, mens det kun var fem slike dødsfall mellom juli og oktober. Dette er foreløpige tall som indikerer at over 291 sykehjemspasienter døde av covid-19 relatert sykdom det første året av pandemien⁷, hvilket utgjør i underkant av 50% av alle slike dødsfall i Norge. Disse 291 dødsfallene utgjør 1% av sykehjemspasientene når vi tar utgangspunkt i FHI's anslag på totalt 28 500 sykehjemspasienter på et gitt tidspunkt (et anslag over gjennomsnittlig antall sykehjemspasienter per måned). Dersom vi derimot i stedet tar utgangspunkt i antall *plasser* (som altså er oppgitt av SSB til å være 39 466 i 2019) får vi en årlig dødelighet på 0,7%. Vi sitter ikke med tall som angir hvor mange enkeltpersoner som totalt

⁶ Denne statistikken er laget ved å bruke tall fra beredskapsregisteret Beredt C19. Datakilde for covid-19-relaterte dødsfall er Dødsårsaksregisteret (DÅR). Statistikken er laget ved å se på alder på dødstidspunkt fra dødsmeldingen og meldt dødssted. Det kan være noe forsinkelse i disse dataene, og denne feilkilden er størst for de siste månedene, men de fleste dødsfall meldes nå elektronisk. Data fra DÅR er koblet med data fra Kommunalt pasient- og brukerregister KPR (tidl. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS) på individnivå. Sykehjemsbeboere er definert som alle personer over 65 år med tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon, der institusjonen er identifisert som sykehjem eller kommuneadministrasjon av Folkehelseinstituttet. FHI hadde per mars 2021 IPLOS-data fra 88% av kommunene for 2020. Det er usikkerhet ved disse tallene, spesielt for januar og februar 2021, ettersom tilgjengelige IPLOS-data per mars 2021 kun dekker 2020.

⁷ Dette er foreløpige tall ettersom IPLOS-statistikken for 2020 per mars 2021 ennå ikke er helt komplett. Tallene her baserer seg på rapportering fra 88% av kommunene. Når de resterende 12 prosentene av kommunene har rapportert vil det absolutte tallet av covid-19 relaterte dødsfall på sykehjem sannsynligvis være noe høyere enn 291.

var sykehjemspasienter i løpet av hele dette året⁸ og kan følgelig ikke beregne nøyaktig covid-19 dødelighet for hele denne gruppen.

FHI har også levert oss tall på at totalt andel døde sykehjemspasienter med dødssted sykehus i denne perioden var 6,5%. Forholdsvis få sykehjemspasienter døde altså på sykehus. Vi har imidlertid ikke spesifikke tall som viser hvor stor andel pasienter i sykehjem *med påvist covid-19 smitte* som døde på sykehus. Helsedirektoratet gav den 25. mars 2020 råd om at «Pasienter i sykehjem som blir syke med covid-19 bør behandles i sykehjemmet og ikke innlegges i sykehus med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse i sykehus åpenbart vil forlenge livet vesentlig og gi økt livskvalitet»⁹. En studie fra Bergen kommune indikerer at til tross for den høye dødeligheten assosiert med utbruddene i byen, ble svært få av beboerne innlagt i sykehus (Kittang et al., 2020). *Det at sykehjemmene i stor grad har behandlet sine pasienter med covid-19 sykdom uten å legge dem inn på sykehus er etter vår vurdering en viktig årsak til at sykehusenes intensivkapasitet ikke ble overbelastet det første året av pandemien, slik vi så i en del andre land.*

Tabell 1 viser at de fleste dødsfallene på sykehjem skjedde i den første pandemibølgen våren 2020 og i den andre fra november 2020. Man fikk tidlig i den første bølgen rapporter om at eldre med underliggende sykdom var særlig utsatt. Likevel var det situasjonen på sykehusene, og særlig intensivkapasiteten, som fikk størst nasjonal oppmerksomhet de første ukene av pandemien og ikke situasjonen på sykehjemmene. Til tross for dette kom norske sykehjem sannsynligvis raskere i gang med systematisk smittevern enn de svenske sykehjemmene (Szebehely, 2020). Norske sykehjem er mer helseinstitusjonspregede enn de svenske, og har i utgangspunktet mer medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse (Daatland, 2014; Melby, Ågotnes, Ambugo, & Førland, 2019; Szebehely, 2020). Dette har etter vår vurdering bidratt til at de langt på vei har kunnet behandle de covid-19 smittede selv uten behov for sykehusinnleggelse.

SARS-COV-2 VIRUS SMITTE I NORSKE SYKEHJEM

Vi skal nå vende fokus fra covid-19 relaterte dødsfall til smittesituasjonen i sykehjemmene det første året av pandemien, også her belyst gjennom foreløpig ikke-publiserte tall fra Folkehelseinstituttet, utlevert til oss i mars 2021.

⁸ Både plasser beregnet på langtids- og korttidsopphold kan ha utskifting i løpet av et år som gjør at antall sykehjemspasienter blir høyere enn antall plasser.

⁹ Kilde Helsedirektoratet: [Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien](#)

Tabell 2: Påvist SARS-CoV-2 virus smitte i norske sykehjem mars 2020 til februar 2021¹⁰

Måned	Antall nye tilfeller (insidens)	Insidensrate*
Mars 2020	127	446
April 2020	147	516
Mai 2020	13	46
Juni 2020	10	35
Juli-oktober 2020	35	123
November 2020	191	670
Desember 2020	163	572
Januar 2021	164	575
Februar 2021	12	42
Totalt	862	3025

*Per 100.000, grovt anslag basert på 28.500 sykehjemsbeboere.

Tabellen indikerer at det har vært totalt 862 nye tilfeller av SARS-CoV-2 viruset¹¹ blant beboere i norske sykehjem det første året av covid-19 pandemien. Av tabell 1 så vi at det har vært 291 covid-19-relaterte dødsfall i samme periode, hvilket indikerer en dødelighet (her forstått som letalitet) på om lag en tredjedel av de smittede¹². Smitte-insidensraten indikerer at totalt 3% av sykehjemspasientene ble smittet. Som referert foran døde om lag 1% pasientene av covid-19 relatert sykdom.

¹⁰ Denne statistikken er laget av Folkehelseinstituttet ved å bruke tall fra beredskapsregisteret Beredt C19. Datakilde for påvist SARS-CoV-2-smitte er Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). Ikke alle smittetilfeller i Norge oppdages. Denne feilkilden er spesielt stor for mars og april 2020. Data fra MSIS er koblet med data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (tidl. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS) på individnivå. Sykehjemsbeboere er definert som alle personer over 65 år med tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon, der institusjonen er identifisert som sykehjem eller kommuneadministrasjon av Folkehelseinstituttet. FHI hadde per mars 2021 IPLOS-data fra 88% av kommunene for 2020. Det er usikkerhet ved disse tallene, spesielt for januar og februar 2021, ettersom tilgjengelige IPLOS-data per mars 2021 kun dekker 2020.

¹¹ SARS-Cov-2 er navnet på viruset som forårsaker sykdommen covid-19. Se [informasjon fra FHI om viruset, mutanter og varianter av det og om sykdommen Covid-19](#).

¹² Vi skal her være oppmerksom på at noen av de covid-19-relaterte dødsfallene ikke har påvist virus, men at legen som sender inn dødsmeldingen likevel har satt denne diagnosen. Dette kan for eksempel skje der pasienter dør med typiske symptomer i et kjent covid-19-utbrudd. Disse vil ikke være med i smittetallene, men vil likevel være registrert med et covid-19-relatert dødsfall.

Dette vurderer vi som relativt lave tall, hvilket indikerer at sykehjemmene, til tross for store lokale forskjeller, som samlet sektor i stor grad klart å forebygge koronasmitten og dermed covid-19-relaterte dødsfall.

STOR LOKAL VARIASJON I HVOR HARDT SYKEHJEMMENE BLE RAMMET

Vi skal her minne om at tallene i tabellene i dette kapitlet refererer til nasjonale tall som kun viser et overblikk. De er stor variasjon i hvordan institusjonene ble rammet, og det viser seg at noen få institusjoner står for en betydelig andel av covid-19-relaterte dødsfall. Utleverte tall til oss fra Folkehelseinstituttet som er foreløpige og ikke-publiserte, indikerer at *4 av 10 covid-19 relaterte dødsfall i de 697 FHI-identifiserte sykehjemmene har skjedd på de ti institusjonene med flest registrerte dødsfall*. Dette viser med tydelighet at pandemien har rammet sykehjemmene svært ulikt, slik også case-studiene i denne rapporten viser. De fleste sykehjemmene har klart å holde sine beboere smittefrie, mens de som først fikk smitten inn ble hardt rammet på grunn av sykdommens smittsomhet og beboernes mottakelighet for nettopp denne infeksjonen. Eksempler på dette er omfattende utbrudd og covid-19-relaterte dødsfall på Metodisthjemmet i Bergen, Nordseterhjemmet i Oslo, Valler sykehjem i Bærum, Fjell sykehjem i Drammen og Villa Skaar Valstad sykehjem i Eidsvoll.

COVID-19 VAKSINASJONEN AV SYKEHJEMSPASIENTER

Den 27.12.20 ble den første koronavaksinen satt i Norge, på Ellingsrudhjemmet i Oslo. Sykehjemspasientene er blitt prioritert høyest og først av alle risikogrupper, dernest de eldste aldersgruppene av hjemmeboende¹³. Det har på nyåret 2021 foregått en omfattende massevaksinering i norske sykehjem. Tabell 3 viser totalt antall vaksinerte sykehjemsbeboere fram til utgangen av februar 2021.

¹³ Se [FHI om vaksinasjon og prioritenger](#).

Tabell 3: Vaksinasjonsdekning i sykehjem per februar 2021¹⁴

Fylke	Antall beboere	Delvis vaksinerte		Fullvaksinerte	
		n	%	n	%
Oslo	3144	2975	95%	2875	91%
Rogaland	2274	2070	91%	1926	85%
Møre og Romsdal	1580	1436	91%	1331	84%
Nordland	1717	1537	90%	1409	82%
Viken	5443	5012	92%	4492	83%
Innlandet	2379	2172	91%	2000	84%
Vestfold og Telemark	2077	1925	93%	1836	88%
Agder	1481	1299	88%	1202	81%
Vestland	3752	3405	91%	3108	83%
Trøndelag	2863	2569	90%	2288	80%
Troms og Finnmark	1544	1321	86%	1196	77%
Totalt	28254	25721	91%	23663	84%

Ved utgangen av februar var, som det framgår av tabell 3, til sammen 84% av sykehjemspasientene fullvaksinerte. Sannsynligvis utgjør dette i praksis bortimot alle som har ønsket vaksinasjon og som er vurdert vil ha nytte av den.

Tabell 1 og 2 foran over covid-19 relaterte dødsfall og smitte kan tyde på at sykehjemmene ved inngangen til mars 2021 har fått betydelig økt kontroll på den aktuelle pandemien. Dette kan skyldes at de fleste sykehjemspasienter nå er blitt fullvaksinerte, men også at sykehjemmene har oppnådd høyere generell smittevernkompetanse og har innarbeidet en rekke smitteverntiltak som virker. Situasjonen med lavere smitte har gjort at mange sykehjem har kunnet lempe på de tidligere strenge besøksrutinene.

¹⁴ Denne statistikken er laget ved å bruke tall fra beredskapsregisteret Beredt C19. Datakilde for vaksinasjon er Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK). Data fra dødsårsaksregisteret (DÅR) er koblet med data fra Kommunalt pasient- og brukerregister - KPR (tidl. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS) på individnivå. Sykehjemsbeboere er definert som alle personer over 65 år med tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon, der institusjonen er identifisert som sykehjem eller kommuneadministrasjon av Folkehelseinstituttet. FHI hadde per mars 2021 IPLOS-data fra 88% av kommunene for 2020. Det er usikkerhet ved disse tallene, spesielt for januar og februar 2021, ettersom tilgjengelige IPLOS-data per mars 2021 kun dekker 2020. Fylkesvariabelen er laget ved å ta utgangspunkt i beboerens bostedskommune fra Folkeregisteret. I enkelte tilfeller søker pårørende om sykehjemsplass for beboeren i andre kommuner enn bostedskommunen.

ANSATTE I SYKEHJEM

En ny forskningsartikkel viser at det var ambulansesarbeidere og ansatte-grupper på sykehjemmene i størst grad ble smittet av SARS-CoV-2 viruset, av alle ansatte i helsevesenet, med en insidens på henholdsvis 1,83% (95/5 203) og 1,86% (1 534/82 776) (Molvik et al., 2021). Ansatte i sykehjem representerer dermed en særlig utsatt gruppe helsepersonell i denne sammenheng. Artikkelen viser også at renholdere i helsevesenet er blant yrkesgruppene som er hardest rammet. Vaksinasjonen av ansattgrupper på sykehjem startet fra uke 2 og utover i 2021.

INTERNASJONALE TALL

Internasjonalt varierer registrert dødelighet i sykehjem mye. International Long-term Care Policy Network ved London School of Economics and Political Science (LSE) publiserte i juni 2020 en internasjonal samlerapport der covid-19 utbruddet i «care home»-sektoren¹⁵ i 29 land ble gjennomgått (Comas-Herrera et al., 2020). Tre av disse landene hadde ingen registrerte dødsfall i «care homes» (Hong Kong, Jordan og Malta). Blant de andre 29 landene var variasjonen stor. I Ungarn hadde 24% av covid-19 assosierte dødsfall skjedd på sykehjem, ifølge rapporten, mens Canada med høyest rate hadde 85% av sine dødsfall i sykehjem. I gjennomsnitt hadde 47% av covid-19 relaterte dødsfall i de 26 landene med tilfeller foregått på «care homes», ifølge deres beregninger. Forfatterne av rapporten konstaterer at disse tallene både er foreløpige og usikre, blant annet fordi registreringsprosedyrer og definisjoner for hva et «care home» er varierer. Andelen covid-19-relaterte dødsfall i sykehjem i et land har dessuten naturlignok ha sterk sammenheng med hvor stor andel av eldrebefolkningen som bor på sykehjem.

Sverige har vært, og er fortsatt, hardt rammet av pandemien, med over 13 000 covid-19-relaterte dødsfall per mars 2021¹⁶. Også her er eldre spesielt hardt rammet. I mars og april 2020 skjedde 50% av de covid-19 relaterte dødsfallene i såkalte «særskilt boende» (sykehjem) (Socialstyrelsen, 2020). Sverige har hatt en *overdødelighet* i 2020 i forhold til normale år, og særlig fra april til juni og særlig i de eldste aldersgruppene¹⁷. I Norge har denne situasjonen vært annerledes. Her har det ikke i 2020 vært slik overdødelighet i forhold til tidligere år (Folkehelseinstituttet, 2020b).

OPPSUMMERT OG VURDERINGER

Hvor hardt ble sykehjemmene rammet? Når det gjelder covid-19-relaterte dødsfall og smitte så viser både nasjonale og internasjonale registreringer at det var de eldste og beboerne på sykehjemmene som ble aller hardest rammet, sammenlignet med alle andre befolkningsgrupper. Tall fra de *tre første månedene* av pandemien viste at så mye som 5 av 10 av de smittede i befolkningen over 90 år døde, og at 58% av alle covid-19 relatert dødsfall i Norge da skjedde i sykehjem. Foreløpige tall fra *hele det første året* av pandemien tyder på at i underkant av 50% av alle covid-19 relaterte dødsfall i Norge har skjedd i sykehjem og at det har vært en dødelighet (her forstått som letalitet) på om lag en tredjedel av de covid-19 smittede sykehjemspasientene. Som følge av slike forhold har eldreomsorgen og i særdeleshet sykehjemmene hatt et stort press på seg dette året.

¹⁵ «Care home» omfatter både det vi i Norge kaller sykehjem samt institusjoner som i større grad ligner våre tidligere aldershjem.

¹⁶ Se [nettside fra Folkhälsomyndigheten for oppdaterte tall](#)

¹⁷ Se [Statistikmyndigheten SCB pressmeddelande 2020-12-14](#)

Like fullt; smitte-insidensraten det første året av pandemien indikerer at kun 3% av sykehjemsbeboerne ble smittet mens cirka 1% døde. Dette vurderer vi som lave tall, hvilket indikerer at sykehjemmene, til tross for store lokale forskjeller, som *samlet sektor* i stor grad klarte å forebygge koronasmitte og dermed covid-19 relaterte dødsfall. De fleste sykehjemmene har klart å holde sine beboere smittefrie, mens de som først fikk smitten inn ble hardt rammet på grunn av sykdommens smittsomhet og beboernes mottakelighet for denne infeksjonen. Foreløpige tall indikerer at 4 av 10 covid-19 relaterte dødsfall i landets sykehjem har skjedd på de ti institusjonene med flest registrerte dødsfall. I de kvalitative case-studiene viser vi hvordan beboerne ble rammet hardt på ulike måter, både på disse og andre sykehjem, samt hvordan også pårørende og ansatte ble betydelig berørt.

Det er etter vår vurdering sannsynlig at sykehjemmenes generelle medisinske kompetanse, og det faktum at de som hovedregel selv har behandlet sine pasienter med covid-19 sykdom uten å legge dem inn på sykehus, har vært en viktig årsak til at sykehusenes intensivkapasitet ikke ble overbelastet det første året av pandemien, slik vi så i en del andre land.

Tabellene i dette kapittelet tyder på at sykehjemmene ved inngangen til mars 2021 har fått ytterligere økt kontroll på smitten. Dette kan skyldes at de fleste sykehjemspasienter nå er blitt fullvaksinerte, men også at sykehjemmene har oppnådd høyere generell smittevernkompetanse og har innarbeidet en rekke smitteverntiltak som virker.



3. NASJONALE MYNDIGHETERS RÅD TIL SYKEHJEMMENE

I dette kapittelet redegjør vi for nasjonale myndigheters råd til sykehjemmene, med hovedvekt på de faglige rådene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Flere av disse rådene har vært i stadig endring over tid siden pandemiens utbrudd. Dermed blir fremstillingen som følger å forstå som et 'stillbilde' av hvordan rådene fremsto på nyåret 2021.

3.1 HELSEDIREKTORATET

Helsedirektoratet har i en nasjonal veileder¹⁸ gitt en rekke anbefalinger for helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Kapittel 6.3. i denne veilederen handler om sykehjem¹⁹ og har følgende anbefalinger:

- *Alle sykehjem bør ha smitteverntiltak i tråd med de til enhver tid gjeldende nasjonale føringer.* Denne anbefalingen gir råd om smitteverntiltak, blant annet om bruk av tillitsskapende tiltak, avledning og nødrett.
- *Kommuneledelsen bør forberede en helhetlig organisering av alle kommunens sykehjem slik at de kan håndtere mange smittede og andre alvorlig syke samtidig.* Denne anbefalingen omhandler kapasitetsspørsmål og prioriteringer når det er mange alvorlig syke pasienter/beboere i et sykehjem eller kommune. Det gis råd om å opprette dedikerte avdelinger eller hele sykehjem med dedikert personell for pasienter med covid-19.

¹⁸ Denne ble først publisert 6. mars 2020 og har siden hatt flere faglige oppdateringer. Sist faglig oppdatert var 8. januar 2021.

¹⁹ Kilde: Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/sykehjem>

- *Det bør planlegges for stort fravær blant personalet og virksomhetsledelsen bør gjennomføre tiltak som forebygger og kompensere for slikt fravær.* Anbefalingen handler blant annet om at personalet bør organiseres i team, slik at hver enkelt ansatt har kontakt med færrest mulig andre, at ansatte ikke bør arbeide på flere enn ett sykehjem og at ansatte uten helsefaglig kompetanse må gis opplæring om smittevern. Den handler også om fortsatt drift av sykehjemmene ved stort fravær blant personalet grunnet karantene eller isolasjon.
- *Alle med symptomer på luftveisinfeksjon bør tolkes som covid-19 med iverksettelse av gjeldende nasjonale smitteverntiltak.* Anbefalingen gir blant annet råd om at «Alle beboere/pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon, selv lette symptomer, skal så fort som mulig testes og isoleres med et tilpasset smittevernregime til prøvesvar foreligger». Det vises også til anbefalingen [Alle sykehjem skal ha klare retningslinjer rundt behandling av alvorlig syke med covid-19](#).
- *Alle sykehjem bør ha en oppdatert og journalført behandlingsavklaring for hver enkelt pasient.* Anbefalingen tar opp ansvaret sykehjemmene har for at det foreligger en behandlingsavklaring, utarbeidet i dialog med pasienten og nærmeste pårørende der også spørsmålet som eventuell sykehusinnleggelse, bruk av antibiotika ved en livstruende infeksjon, parenteral væske/ernæring, HLR-status og ønsker når det gjelder lindringsmedisiner tas opp. Det vises til kapittel 2.1. [Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien i veilederen](#) der det understrekes at de tre tidligere vedtatte prioriteringskriteriene *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet* skal ligge til grunn for disse anbefalingene. Det er også et førende prinsipp at alder ikke skal være et selvstendig prioriteringskriterium, men inngår indirekte i vurderingen av skrøpelighet, forventet nytte og alvorlighetsgrad.
- *Alle sykehjem skal ha klare retningslinjer for håndtering og behandling av alvorlig syke med covid-19.* Her gis det råd knyttet til symptomer tidlig og lenger ut i forløpet, observasjonsplan med parametere som bør foreligge ved konferering med ansvarshavende sykepleier eller lege, behandlingsplan, ernæringsproblematikk og palliasjon og terminal behandling under pandemien.
- *Alle sykehjem bør være forberedt på, og i stand til, å gi forsvarlig og effektiv behandling til mange pasienter til samme tid.* Anbefalingen handler om nødvendige forberedelser av medikamenter og utstyr, herunder kapasitet for oksygenbehandling og nødvendig hurtigopplæring av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere.
- *Alle sykehjem bør ha en plan for håndtering av mange dødsfall under pandemien, der sykehjemmene og kommunene bør forberede seg på et betydelig økt antall døde under pandemien.*

Kapittel 9 i Helsedirektoratets nasjonale veileder handler om pårørendes [besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner](#), (oppdatert 14. desember 2020). Veilederen gir detaljerte råd knyttet til håndtering av besøk av pårørende og andre til sykehjemmene under pandemien. Hovedpunkter i veilederen er:

- Det må så langt som mulig legges til rette for besøk i helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten under covid-19-epidemien. Besøk bør avtales i forkant.

- Beboere i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner har rett til å motta besøk. Under covid-19-epidemien må besøk gjennomføres i tråd med nasjonale smittevernråd og bør avtales i forkant. Begrensinger av besøk på grunn av smitterisiko må begrunnes i forsvarlighetskravet.
- Kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner må legge til rette for at beboere kan gå ut under covid-19-epidemien eller dra på besøk i tråd med nasjonale anbefalinger om private sammenkomster.
- Ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste bør i særlig grad gi god informasjon til pasienter og pårørende under covid-19-epidemien.
- Kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner må vurdere smitterisikoen ved tjenester og tilbud som ytes av eksterne aktører under covid-19-epidemien.
- Kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner bør legge til rette for at pårørende kan gi gaver til pasienter/brukere under covid-19-epidemien.

Helsedirektoratet gav den 25. mars 2020 ut et overordnet prioriteringsnotat om [«Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien»](#). Notatet gir prioriteringsråd ved en eventuell krisesituasjon i helsetjenesten som helhet, der kommunal helse- og omsorgstjeneste må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus. Her heter det blant annet at «Pasienter i sykehjem som blir syke med covid-19 bør behandles i sykehjemmet og ikke innlegges i sykehus med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse i sykehus åpenbart vil forlenge livet vesentlig og gi økt livskvalitet».

Den 28. april 2020 gav Helsedirektoratet ut egne [«Prioriteringsråd til sykehjem og hjemmebaserte tjenester \(covid-19\)»](#). Også her tas en potensiell fremtidig krisesituasjon opp, der helse- og omsorgstjenesten i kommunene ved ressursknapphet må prioritere innenfor sin daglige drift (tjenesteleveringen) og planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus. Det åpnes opp for at kommunene i visse situasjoner kan utøve muntlig saksbehandling og *omgjøre* tildelingsvedtak. Videre tas det opp spørsmål knyttet til smittevern og kapasitetsutfordringer, blant annet behovet for midlertidig reduksjon eller nedlegging av eksisterende tjenestetilbud, for eksempel kan habilitering og rehabilitering som medfører fysisk oppmøte opphøre, hvis det ikke medfører alvorlig varig funksjonstap for tjenestemottaker. Likeså kan tjenester som renhold og dagaktivitet prioriteres ned for en periode, hvis ikke individuelle forhold tilsier at det er nødvendig for å dekke grunnleggende behov. Prioritering av sårbare grupper og lindrende behandling og omsorg ved livets slutt opp blir understreket. Det understrekes også at den «medisinske- og sykepleiefaglig kompetanse i hjemmetjenesten, sykehjem og heldøgns omsorgsboliger må styrkes i forbindelse med covid-19, for eksempel ved oppretting av covid-19-team som bistår tjenesten i behandlingen av pasienten og med smittefaglig kompetanse».

3.2 FOLKEHELSEINSTITUTTET

Folkhelseinstituttet har i dokumentet [Råd til sykehjem under covid-19-pandemien](#) gitt detaljerte faglige råd som supplement til lokale infeksjonskontrollprogram og annet gjeldene plan- og regelverk under covid-19-pandemien (Folkhelseinstituttet, 2021).²⁰ Målet med disse er å «reducere risikoen mest mulig for at SARS-CoV-2 kommer inn i og sprer seg i sykehjem, uten å begrense beboernes liv mer enn nødvendig». Det gis råd om opplæring, opprettelse av smittevernkontakt, organisering besøk etc.

Opplæring: Her gis det råd om at ledelsen i sykehjemmet bør sikre at alle ansatte (inkl. nyansatte, vikarer, studenter, renholdspersonell m.fl.) har kunnskap om nasjonale og lokale covid-19-råd, inkludert viktigheten av ikke å gå på jobb når en er syk, og å holde minst 1 meters avstand til andre både på og utenfor jobb. Videre at ansatte kjenner til [basale smittevernrutiner](#), inkludert god hoste- og håndhygiene og riktig [bruk av personlig beskyttelsesutstyr](#), og at det øves på bruk av beskyttelsesutstyr. Det anbefales å følge de samme rådene for bruk av beskyttelsesutstyr overfor de som er vaksinert som de som ikke er vaksinert, til mer kunnskap foreligger.

Smittevernkontakt: Det anbefales at ledelsen ved sykehjemmet utpeker én smittevernkontakt ved institusjonen bistå ledelsen med organisering, informasjonsarbeid og opplæring.

Organisering: Ledelsen i sykehjemmet bør sikre at nyansatte og vikarer fra områder med høy smitterisiko i lokalsamfunnet, er testet og negativt prøvesvar foreligger før oppstart og legge til rette for at ansatte har færrest mulig arbeidssteder, fortrinnsvis ett, for å redusere risikoen for smitte mellom disse. Ledelsen bør videre sørge for at ansatte jobber i små faste team (arbeidskorter) som følger opp definerte beboere, og at rotasjon mellom team unngås, tilrettelegge slik at det er mulig å holde minst en meters avstand.

Det gis videre detaljerte råd knyttet til *Nærkontakter og utenlandsreise, Besøk og gaver, Forebygging – råd til ansatte, Tidlig identifisering av covid-19, herunder testing og identifisering ved atypiske symptomer*²¹, *Praktisk oppfølging av beboere med symptomer på covid-19 (mistenkte tilfeller), Praktisk oppfølging av beboere hvor covid-19 er bekreftet, Testregime for ansatte og beboere i berørte enheter ved bekreftet covid-19, Renhold, desinfeksjon og avfallshåndtering ved covid-19, Stell og transport av døde med bekreftet covid-19 og Forsterkede smitteverntiltak ved økt smitterisiko.*

Folkhelseinstituttet har også gitt egne ut [Testkriterier for koronavirus \(coronavirus\)](#) det det står at for *beboere i sykehjem* bør det være særlig lav terskel for å mistenke covid-19. Her anbefales det også at *ansatte ved sykehjem* testes. *Ansatte ved sykehjem* skal alltid ha lav terskel for å teste seg ved akutt luftveisinfeksjon og når man har hatt nærkontakt med personer utsatt for covid-19 smitte²². I kommuner eller bydeler med svært høy smittespredning anbefales det at sykehjemmene tilbyr regelmessig screening av personalet før oppstart og deretter hver uke, slik at smitte

²⁰ Rådene ble publisert første gang 29.02.2020 <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/>

²¹ Fra 13. mars var testkriteriene knyttet til symptomene tungpust eller hoste. 3. april ble dette utvidet til også å omfatte magesmerter, diare og endringer i smaks- og luktesans. 13. april ble formuleringen «eller vurdert av lege som mistenkt tilfelle» lagt til som kriterium for å åpne for større skjønnsvurderinger. Formuleringen «Det anbefales å teste beboere i sykehjem for covid-19 på vid indikasjon» kom inn i rådene fra 20. april (Vold, 2020, 1. desember 2020).

²² Presisert anbefaling om lav terskel for å teste personell i sykehjem og anbefalt jevnlig testing i områder med stor smittespredning kom inn 30.11.20.

fanges opp tidlig. Tilsvarende anbefales test før oppstart og etter syv dager for ansatte som har vært i område med svært høy smittespredning de siste 10 dagene, men de kan arbeide mens de venter på prøvesvaret. Ved påvist smitte i sykehjem, bør alle ansatte og beboere på berørte enheter testes.

3.3 INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM

Alle helseinstitusjoner, inkludert sykehjem, hadde allerede før covid-19-pandemien et lovpålagt ansvar for å ha rutiner for infeksjonsforebygging- og overvåkning (Infeksjonskontrollprogram)²³. Programmet skal sørge for nødvendig kontinuerlig infeksjonsberedskap i sykehjemmene. Her skal institusjonssjefens-, sykehjemslegens-, avdelingslederens- og annet personells ansvarsforhold beskrives, likeså infeksjonsforebyggende tiltak og utbruddshåndtering. Ledelsen i sykehjemmet skal sørge for at infeksjonskontrollprogrammet er oppdatert, kjent og etterlevd av ansatte.

²³ Jmfør Forskrift om smittevern i helsetjenesten, § 2-1: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> og Smittevernloven, § 4-7, 7-1 og 7-11: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>.





4. METODER, MATERIALE OG GJENNOMFØRING

I arbeidet med prosjektet har vi fordelt ansvaret for innhenting og analyse av materiale på følgende måte: Hvert av de fem regionale sentrene for omsorgsforskning (Øst, Sør, Vest, Midt og Nord) har gjort hver sin case-studie innen sin region. I utvelgelsen av case har vi vektlagt variasjon når det gjelder kommunestørrelse, smittetrykk og forekomsten av covid-19-relaterte dødsfall. SOF, vest, har hatt hovedansvaret for sammenskriving og utforming av rapporten. Prosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer og meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 323341).

4.1 CASE-STUDIENE

Case-studier innebærer nære og detaljerte undersøkelser som går i dybden på en bestemt case, og bygger gjerne på flere ulike typer datakilder (Yin 2013). Forskningsdesignet er særlig velegnet for å få svar på spørsmålene Koronakommisjonen reiser, knyttet til forberedthet, arbeidsmåter, tiltak og tilpasninger hos ledere, pleiepersonale og leger, samt beboeres og pårørendes erfaringer. Selv om også kvantitative metoder kan inngå i case-studier (ibid.), synes kvalitative intensive studier, med få enheter hvor mange dimensjoner belyses, som best egnet til å besvare disse problemstillingene – og oppnå ny kunnskap om erfaringene med pandemien.

Fem sykehjem i fem ulike kommuner lokalisert i de fem «gamle» helseregionene i Nord-, Midt-, Vest-, Sør- og Øst-Norge, har blitt strategisk utvalgt. At SOF er representert og lokalisert i hver av helseregionene, har sikret en nær og god kontakt mellom hvert lokale senter og sykehjem i den tilhørende regionen. Som allerede nevnt har vi i utvelgelsen ved siden av geografisk spredning, tilstrebet å oppnå en variasjon i forhold til kommunestørrelse, smittepress og covid-19-relaterte dødsfall.

4.2 FOKUSGRUPPEINTERVJU OG INDIVIDUELLE INTERVJU

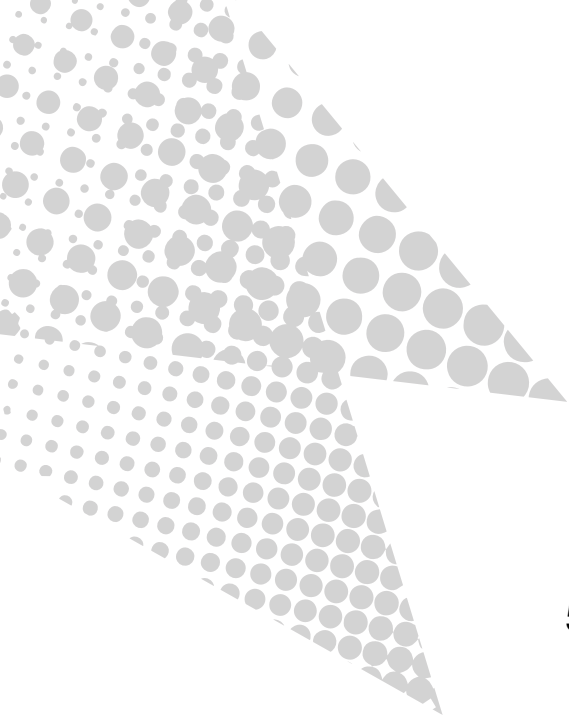
Det har blitt gjennomført både individuelle intervju og fokusgruppeintervju ved de fem sykehjemmene. I den grad det har vært mulig, har vi ønsket å gjennomføre fokusgruppeintervju. På grunn av smittesituasjonen da intervjuene fant sted har dette avgrenset seg til intervju med ansatte med fysisk samling på sykehjemmet i et eget rom med særlige smitteverntiltak og atskilt fra resten av sykehjemmet. En styrke ved fokusgruppeintervju er at de er egnet til å få fram menings- og erfaringsforskjeller (Krueger & Casey 2015). Hver fokusgruppe har vært sammensatt av deltakere knyttet til ett og samme sykehjem. Ettersom deltakerne dermed deler noen felles referanserammer knyttet til det stedegne ved institusjonen, styrker dette troverdigheten og relevansen av informasjonen som kommer frem; deltakerne har mulighet til å kommentere på hverandres virkelighetsforståelse knyttet til hendelser og institusjonsspesifikke rammer som er felles for dem. Vi har også gjennomført halvstrukturerte individuelle intervju (Brinkmann 2015) med hhv. ledere, leger og pårørende. Intervjudata er i denne rapporten oppsummert i beskrivelser, mens en mer tolkende kvalitativ innholdsanalyse vil bli utført senere.

4.3 DOKUMENTSTUDIER

I denne rapporten har vi brukt både nasjonale helsepolitiske dokumenter, og lokale dokumenter på kommune- og sykehjemsnivå, da disse omhandler viktige kontekstuelle forhold som har relevans for analysen av de data som fremkommer i case-studiene.

4.4 ANDRE DATAKILDER

For å få mer helhetlig forståelse av funn knyttet til de fem ulike casene, ønsket vi også å gjennomføre en kartlegging av fysiske omgivelser. På grunn av smittesituasjonen i den perioden dette forskningsprosjektet ble gjennomført, ble det i begrenset grad mulig å gjennomføre fysiske besøk i sykehjemmene. Ved siden av spesifikke spørsmål som vi stilte knyttet til fysiske omgivelser i intervjuene, har vi innhentet kartskisser over arkitektoniske løsninger og romlig organisering, i hovedsak i form av sykehjemmenes branntegninger, til bruk i våre analyser.



5. PRESENTASJON AV DE FEM SYKEHJEMCASENE

Case 1: Aftensol

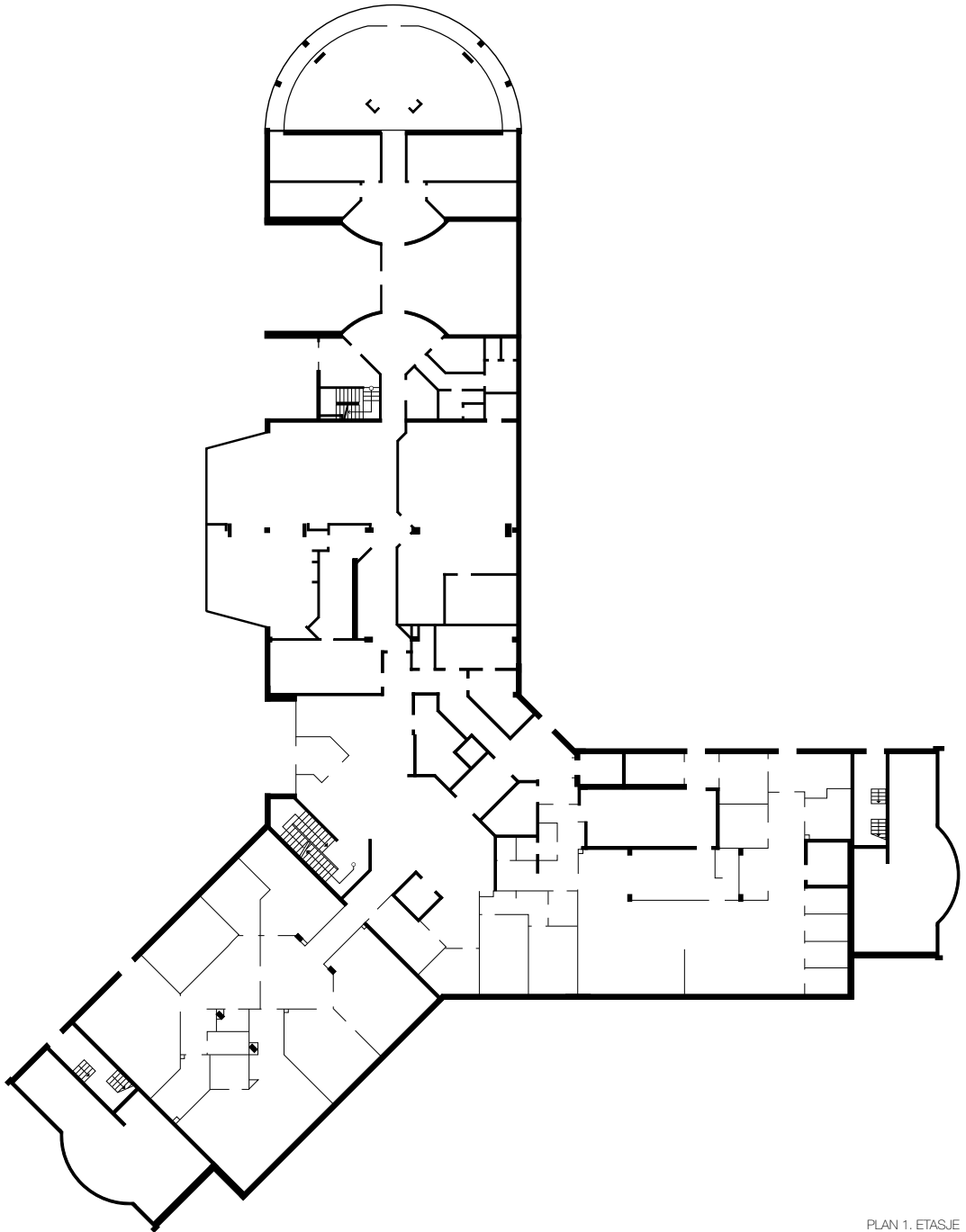
Case 2: Elvesletta sykehjem

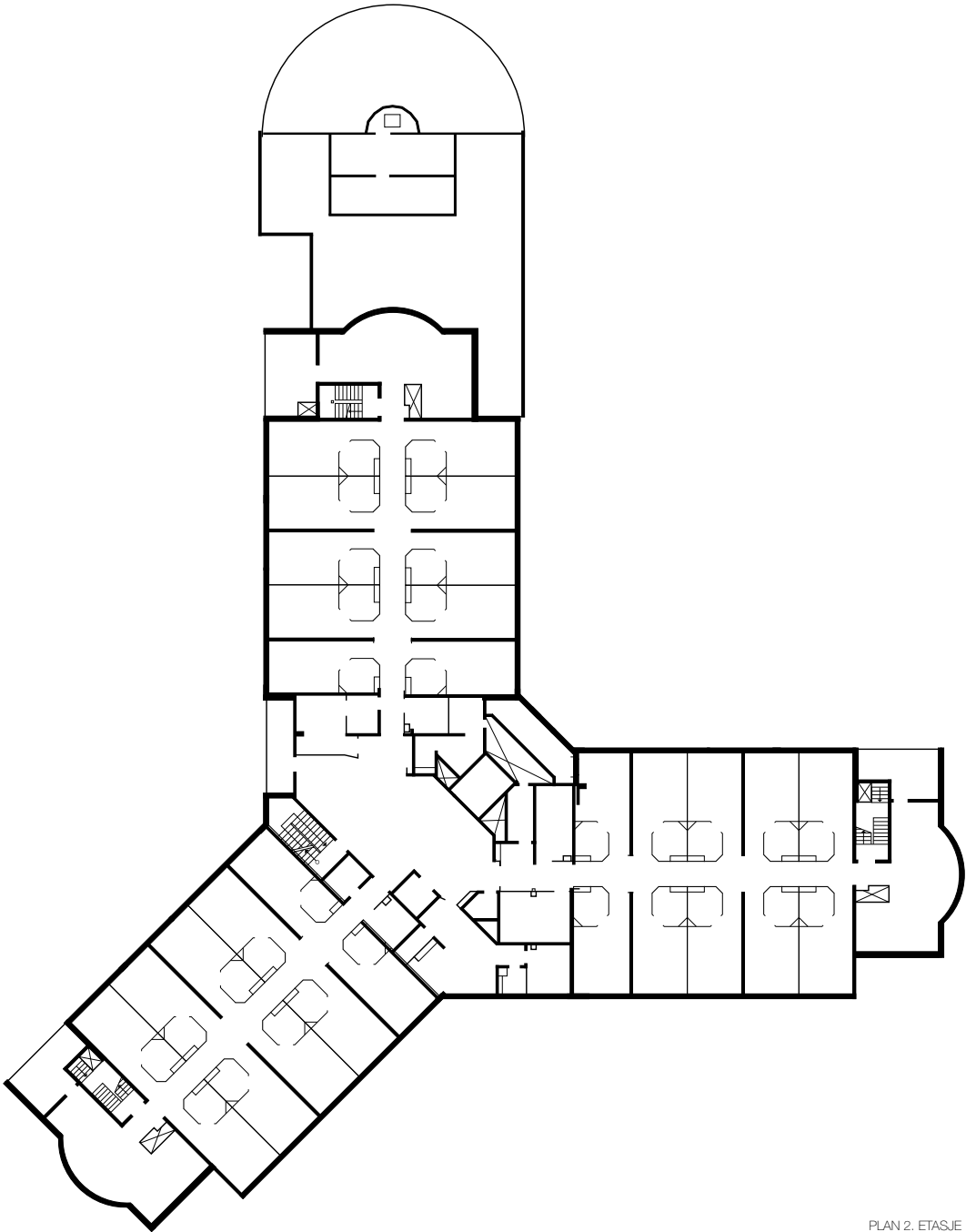
Case 3: Bytunhjemmet

Case 4: Bakketunet

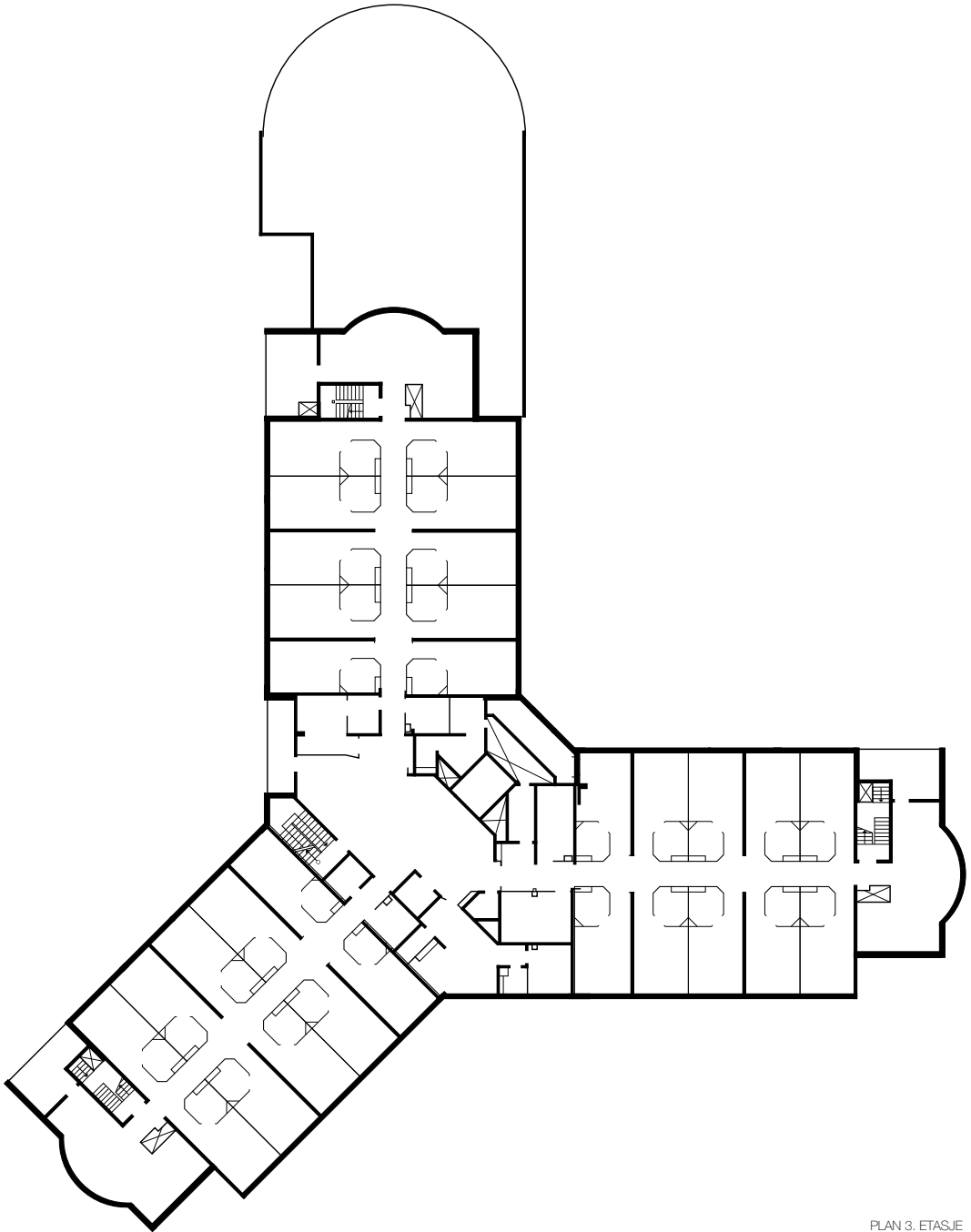
Case 5: Fredly sykehjem

5.1 CASE I: AFTENSOL

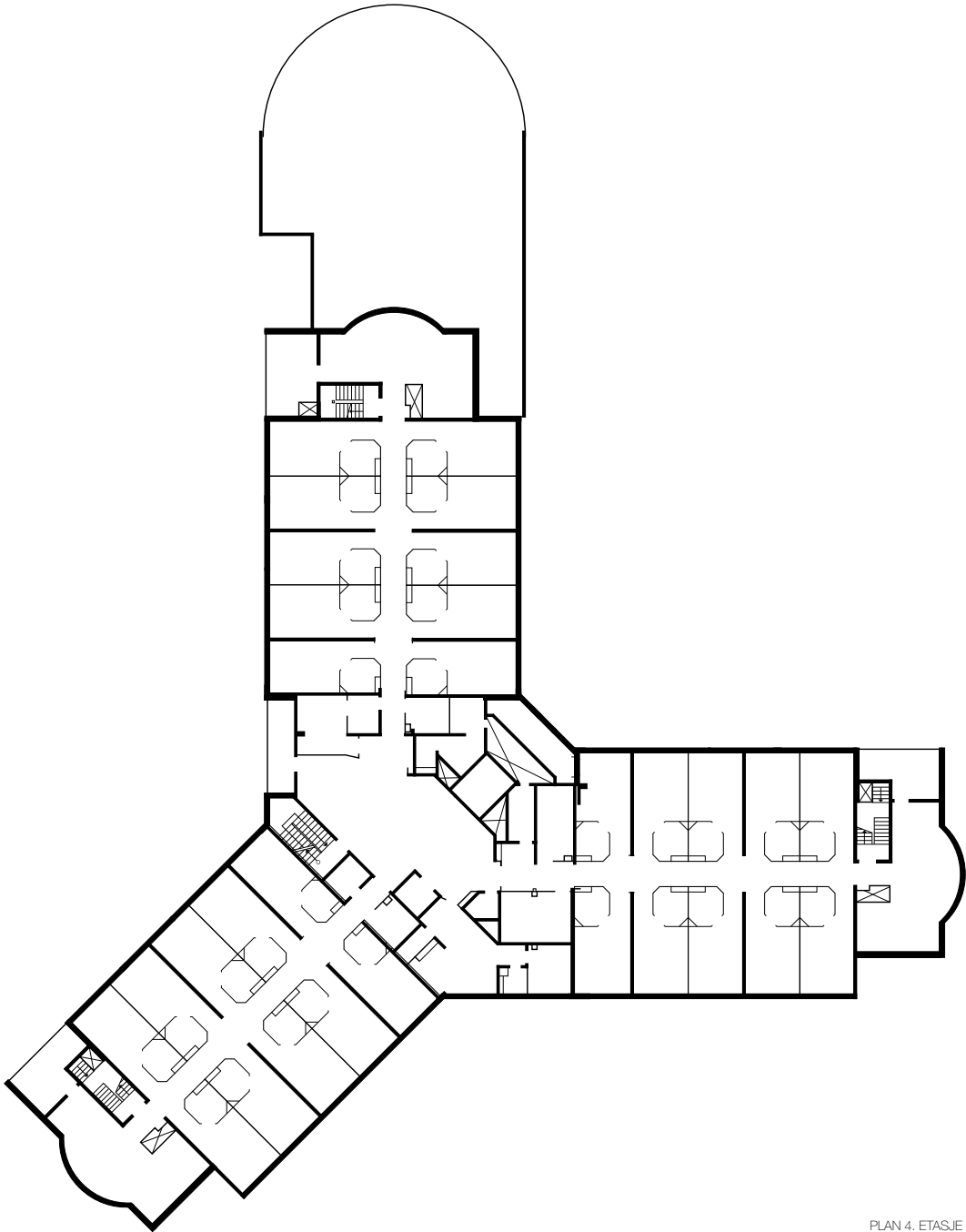




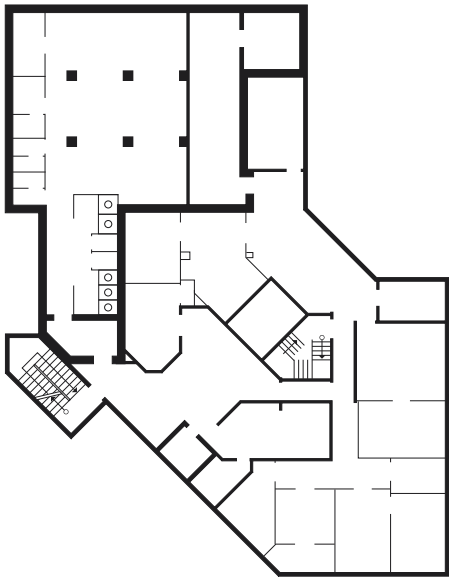
PLAN 2. ETASJE



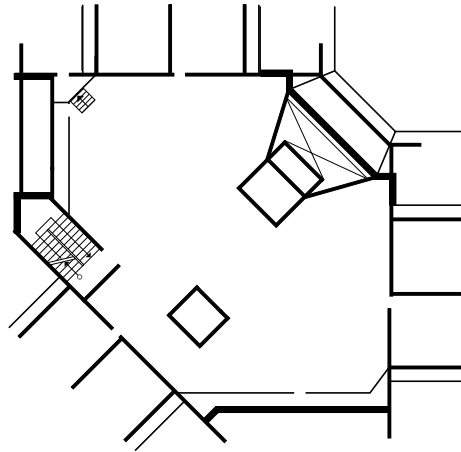
PLAN 3. ETASJE



PLAN 4. ETASJE



PLAN UNDERETASJE



PLAN LOFTSETASJE

1. FAKTA OG DATA OM «AFTENSOL»:

«Aftensol sykehjem» er et sykehjem beliggende i en stor kommune (mer enn 20.000 innbyggere). Sykehjemmet har mer enn 170 ansatte og totalt ni sykehjemsavdelinger, hvorav tre av dem er for beboere med demens. Tilknyttet «Aftensol» er en dagavdeling med kapasitet til rundt 60 brukere. Dagavdelingen har vært stengt siden pandemien startet. Sykehjemmet ligger i et halvurbant boligområde (drabantbyomgivelser).

2. SMITTETRYKK TIDLIG FASE, SMITTETRYKK NÅ:

Smittetrykket var høyt under første fase av pandemien, med en pågående smittesituasjon i nesten to måneder. Deretter har sykehjemmet vært fritt for smitte. Sykehjemmet ble tidlig rammet av covid-19 og hadde flere dødsfall som følge av dette.

3. HVORDAN RAMMET, OG I HVILKEN GRAD (ANTALL SMITTEDE, KARANTENE, DØDSFALL):

Smitten var begrenset til en av sykehjemsavdelingene (somatisk avdeling). Av totalt ti beboere på avdelingen ble syv smittet, og fem av disse døde. I tillegg døde en beboer uten covid-19.

Både under første og andre smittebølgen har smittetrykket vært høyt i kommunen hvor sykehjemmet er hjemmehørende.

4. MATERIALE OG GJENNOMFØRTE INTERVJUER:

Caset bygger på følgende materiale:

- Individuelt intervju med leder for sykehjemmet, 64 min.
- Individuelt intervju med avdelingsleder for en av sykehjemsavdelingene (ikke avdelingen som ble rammet), 50 min.
- Fokusgruppeintervju med ansatte på sykehjemsavdelingen (fire ansatte, hvorav en sykepleier, en hjelpepleier, en helsefagarbeider og en pleiemedhjelper), 70 min.
- Individuelle intervju med to tilknyttede leger (intervju med kommunal smittevernsoverlege lot seg ikke gjennomføre).
- Individuelle intervjuer med tre pårørende til tre ulike beboere (en sønn, en datter, en ektefelle)
- Dokumenter relatert til rutiner og prosedyrer for smittevern ved institusjonen og informasjon om bygningsmessige forhold

OVERSIKT OVER INTERVJUEDE LEDERE:

	Utdanning/fagbakgrunn	Antall år i stilling	Antall år i eldreomsorg
Sykehjemsleder	Sykepleier, videre-utdanning i veiledning, Master i ledelse	9 år	31 år
Avdelingsleder	Sykepleier	10 år	16 år

OVERSIKT OVER INTERVJUEDE ANSATTE:

	Stilling/fagbakgrunn	Fastansatt/vikar	Antall år i stilling ved sykehjemmet	Antall år i eldreomsorg
Ansatt 1	Master i sykepleie	Fast ansatt	2 år	2 år
Ansatt 2	Hjelpepleier, videre-utdanning i geriatri	Fast ansatt	26 år	29 år
Ansatt 3	Helsefagarbeider	Fast ansatt	7 år	11 år
Ansatt 4	Assistent, Vg1 og Vg2, arbeider m fag-brev helsefagarb.	Fast ansatt	Ca. 2 år	Ca. 2 år

OVERSIKT OVER INTERVJUEDE LEGER:

	Tilknytning/annen stilling	Antall år i stilling
Sykehjemslege 1, sykehjemsmedisiner	100 % stilling i kommunen, 60 % ved Aftensol, 40 % annet sykehjem	12
Sykehjemslege 2, allmennlege	20 % kommunal stilling ved Aftensol, resten som fastlege	8

OVERSIKT OVER PÅRØRENDE:

	Pårørendes kjønn og omtrentlig alder	Relasjon til beboer	Beboers kjønn/ alder	Antall år som beboer på sykehjemmet	Bruk av omsorgstjenester før sykehjemsinnleggelse	Varighet intervju
Pårørende 1	Mann 65-70 år	Sønn	Kvinne 90-95 år	Ca. 4 år	Omsorgsbolig ca. 9 mnd.	65 min.
Pårørende 2	Kvinne 55-60 år	Datter	Kvinne 75-80 år	4-5 år	Aldershjem 5-6 år	66 min.
Pårørende 3	Mann 70-75 år	Ektefelle	Kvinne 70-75 år	5-6 år	Dagtilbud for yngre med demens	67 min.

5.1.1 INNLEDNING

Da sykehjemmet ble rammet av smitte tidlig i pandemien ble dette opplevd som dramatisk, og det var mye usikkerhet knyttet til situasjonen. Likevel maktet personalet å isolere smitten til en kohort slik at den ikke spredde seg på til andre avdelinger på sykehjemmet. Lederne ved sykehjemmet uttrykte stor beundring for og anerkjennelse av den store omstillings- og tilpasningsevne de ansatte har vist. Ledergruppen har hatt hyppige møter, fordelt oppgaver og opplevd et sterkt samhold. Ukentlige beredskapsmøter med ledergruppen ble etablert. Alle de intervjuede på personalsiden, både de pleiefaglige og legene, uttrykte at de nå har erfaring som gjør dem bedre rustet enn tidligere, ved et eventuelt nytt smitteutbrudd. De har opplevd at sykehjemmets bygningsmessige utforming i det store og hele har vært hensiktsmessig i en slik koronasmittesituasjon, siden den muliggjorde effektiv hindring av smitte mellom avdelinger. De intervjuede på personalsiden fortalte at ledelsen på institusjons- og avdelingsnivå har fulgt dem tett opp. De opplevde at de har fått styrket sin kompetanse på flere områder, og at dette kan ses som en positiv konsekvens av pandemien. Blant annet peker de på at digital kompetanse knyttet til samhandling innad på sykehjemmet, og til kommunikasjon med andre instanser i kommunen, har blitt styrket, noe som ledere og andre ansatte mener de også vil ha nytte av også fremover.

Tre av de pleiefaglig ansatte som ble intervjuet har vært særlig knyttet til den avdelingen som opplevde covid-19 smitte i mars. Den ene intervjuede ansatte som ikke arbeidet i den avdelingen

som hadde smitteutbrudd, arbeidet ved en naboavdeling, og hadde erfaringer med hvordan nedstengningen påvirket sykehjemmet mer generelt. På den avdelingen som hadde smitteutbrudd 19. mars, var det i utgangspunktet 10 beboere. En beboer døde en naturlig død, mens syv beboere ble smittet, og fem av disse døde. To smittede beboere ble friske igjen, mens to beboere unngikk å bli smittet. Perioden med smitte varte i ca. 7 uker, men smitten spredte seg ikke til andre avdelinger. En av de tre pårørende som ble intervjuet opplevde at moren ble smittet. Moren overlevde og ble frisk igjen. De to andre pårørende var i familie med beboere på en avdeling uten smitte. Alle de tre pårørende opplevde både den første perioden med smitte på sykehjemmet, og den andre smittebølgen med nye restriksjoner på grunn av økt smitte i kommunen generelt, som svært krevende. Intervjuene satte søkelys på flere sentrale etiske dilemma knyttet til ivaretagelsen av beboerne, og avdekket også i noen grad ulike oppfatninger mellom personalet og pårørende.

5.1.2 PANDEMI OG FORBEREDTHET

Institusjonsleder beskrev at de på den ene siden var forberedt på smitteutbrudd ved at de f.eks. hadde diverse beredskapsplaner og prosedyrer for ulike typer smitte. De hadde rutiner for smittevask, men de hadde ikke sett for seg kompleksiteten i denne situasjonen, med tanke på at det også var en mulighet for luftsmitte. De hadde hatt innskjerping av smittevernrutinene, slik at personalet var mer oppdatert enn tidligere. De hadde også laget «smittepakker» til hver avdeling. Dette var plastkasser, ni stykker ved hver avdeling, som inneholdt diverse utstyr som gjorde det mulig å raskt kunne rigge/utforme et smitterom. Plastkassen inneholdt blant annet frakker, munnbind, hansker, sko-overtrekk og desinfeksjonssprit – og inngikk i planen for hvordan de kunne isolere beboere raskt. Dette fungerte, og ble satt ut i livet da det oppsto smitte, ifølge institusjonsleder. På den annen side beskrev både hun og avdelingslederen at det trolig ikke var mulig å være fullstendig forberedt på den situasjonen som oppsto. De fikk tidlig smitte på dette sykehjemmet, og det var få erfaringer å bygge på. Selv om de hadde rutiner for ulike typer smitte som kontakt- og dråpesmitte, så hadde de ikke i samme grad smittevernsrutiner for potensiell luftsmitte. Institusjonsleder fortalte at alle daglige rutiner og praktiske prosedyrer måtte gjennomgås på nytt:

Allslags fra stort til smått, for eksempel når du har en beboer som er død av covid-19, så var det helt nye prosedyrer i forhold til hvordan vi skulle håndtere stell av den døde. Hvordan vi skulle transportere den i samarbeid med begravelsesbyrået, og få den beboeren ut og ned i begravellesbilen uten å risikere at det skjedde en smitteoverføring. Det var komplekst, og vi måtte snakke oss gjennom prosedyrene.

Også andre ansatte som ble intervjuet bekreftet opplevelsen av å bli overrasket av en situasjon det ikke var mulig å være fullt ut forberedt på. Det samme erfarte man fra legesiden, som en av legene uttrykte det: *«Det er veldig vanskelig å være forberedt på noe man ikke vet hvordan vil utvikle seg. Hvordan skal man være forberedt på noe man ikke kjenner til?»*

Den intervjuede avdelingssykepleieren var ikke leder på den avdelingen som hadde smitteutbrudd i mars, men var involvert i hele prosessen med å håndtere sykehjemmets utfordringer i denne situasjonen. Hun opplevde at den dramatikken som utspilte seg da de hadde smitte på huset, tvang dem til å tenke helt nytt, da viruset viste seg å være svært smittsomt med potensielt store negative konsekvenser. Hun fortalte at det raskt ble etablert en egen gruppe på sykehjemmet som bestod av institusjonsleder, avdelingsledere og fagkonsulent (fagsykepleier) i den

hensikt å utarbeide hensiktsmessige strategier i håndteringen av den ekstraordinære situasjonen. Avdelingssykepleieren poengterte at sykehjemmet har mange sykepleiere med lang og bred erfaring, og at ressursene de representerte her kom fullt ut til nytte.

Den ene intervjuede legen forklarte at utbruddet på sykehjemmet ble oppdaget ved at en beboer ble innlagt på sykehuset og ble diagnostisert der. Legen fortalte at

«... med en gang man fikk vite om det, satte man i verk karantene med de som hadde vært i kontakt, og smittesporing av de som hadde vært i kontakt, så da gikk jo det kjempefort. Så det tas på høyeste alvor, når det var utbrudd og det gjaldt å begrense det ... heldigvis var dette på en somatisk avdeling».

Sykehjemsmedisineren som ble intervjuet viste til sykehjemshåndboken ([Metodebok for sykehjemsleger \(sykehjemshandboka.no\)](#)) som ressurs, og som i denne situasjonen ble komplettert med et eget kapittel om covid-19. Legen fortalte at de også hadde en egen veileder for infeksjonskontroll, med retningslinjer for hvordan man skal håndtere virusutbrudd, men at viktige retningslinjer i denne spesielle situasjonen i stor grad ble til underveis etter hvert som pandemien utviklet seg. Sykehjemsmedisineren uttrykte at det i starten av utbruddet var utydelige og uklare retningslinjer, og at det kom til dels motstridende meldinger fra sentrale og lokale myndigheter blant annet knyttet til forståelse og praktisering av «symptomfrihet», «nærkontakt», «karantene» og «isolering», men at dette gikk seg til etter hvert. Legen poengterte særlig viktigheten av et støttende kolleganettverk i denne situasjonen, ikke minst en teamorganisering der legene var organisert i ulike regionale team med hver sin teamoverlege. Dette var en organisering vedkommende erfarte som svært god og hensiktsmessig.

SMITTEVERNUTSTYR

Institusjonslederen fremhevet at situasjonen krevde store personellmessige og utstyrsmessige ressurser, og at det særlig i starten av smitteperioden var begrensinger på tilgangen av smittevernutstyr. Av denne grunn ble det brukt tøyfrakker, noe som førte til at *«på vaskeriet ble det vasket døgnnet rundt»*. Det ble levert 18 nye frakker til avdelingen ved hvert skift. De hadde gode rutiner for håndtering av skittent tøy, og å erstatte dette med rent tøy. Det ble brukt ozonvann som alternativ til sprit for å desinfisere overflater og gjennomføre smittevask, noe institusjonen har god erfaring med fra tidligere. Institusjonslederen fremhevet at ozonvann er noe de har anvendt mye i de siste årene, og mente at dette kan være grunnen til at de har hatt lite annen type smitte ved institusjonen de senere årene, som f.eks. norovirus, oppkast og diare.

Også avdelingslederen fremhevet at personalet måtte tenke nøye igjennom hvordan de skulle bruke smittevernutstyr, og da spesielt hvordan de skulle anvende desinfeksjonssprit. Sprit ble prioritert brukt der det var mest nødvendig, slik som i spritdispensere som var plassert på steder hvor det som det ikke var mulig å vaske hender, f.eks. utenfor hver avdeling. I likhet med institusjonslederen nevnte også hun at bruk av stellefrakker som kunne vaskes «på huset», var et viktig tiltak.

Den ene legen poengterte at man, foruten desinfeksjonssprit, også manglet øyebeskyttende visir da utbruddet kom. Den andre legen fremholdt at det var særlig utfordrende å skaffe nok testutstyr og fortalte:

Da Norge stengte ned, så hadde jeg vært innom og sjekket, og så at vi hadde syv prøvepinner eller noe sånt, og med en gang vi fikk et utbrudd så var jo det altfor lite. Så vi hadde nok til å få testet de første ... vi hadde ganske mye mangel på prøveutstyr ... det var litt utfordrende. Vi fikk jo det i tide, men det var mye arbeid med det opp i alt det andre man skulle holde

på med ... å få tak i det prøveutstyret.

Legen hadde samtidig en opplevelse av at sykehjemmene hadde kommet i annen rekke når utstyr skulle fordeles – at mye prøvetakings- og smittevernutstyr gikk til spesialisthelsetjenesten. Legen uttrykte seg slik om dette:

Det er altfor liten, hva skal jeg si, prestisje i det å jobbe i sykehjemsmedisin. De jobber jo så hardt og er virkelig interessert. De pleierne som jobber her på huset er glad i faget sitt, virkelig glad i beboeren, og gjør en skikkelig jobb. Det blir sett på som en mye bedre jobb å jobbe som sykepleier ved sykehus enn sykehjem. Ja, det henger sammen med anerkjennelse. Hvilke ord leter jeg etter anerkjennelse status.

Når det gjelder sykehjemspersonalet synes det som om terskelen har vært lav for å teste, ifølge lederne. Avdelingslederen fortalte at sykepleierne lærte ganske fort å utføre testene selv, inne på sykehjemmet: *«Vi hadde jo (navn på lege) som var smittevernkontakt på smittevernkontoret ... vi hadde god hjelp, så sykepleierne lærte seg jo å teste, å ta disse covid-testene, så de tok mange tester, (det var) lav terskel for testing»*. En viktig kontekst for dette var at de ansatte måtte stille i kø ved de offentlige teststasjonene – på lik linje med andre innbyggere i kommunen, noe som ble oppfattet som svært uheldig, og diskriminerende sammenlignet med ansatte i spesialisthelsetjenesten.

BYGNINGSMESSIGE FORHOLD

Institusjonsleder fremhevet at selv om sykehjemmet ble bygget for 30 år siden, erfarte de måten bygget var utformet på som en viktig medvirkende faktor som muliggjorde å isolere den smitte-rammede kohorten. Blant annet hadde alle rommene egne bad. Dette støttes også av de intervjuede legene. Den ene av dem uttrykte det slik: *«Bygget er utformet på en måte slik at det er veldig godt mulig å gjennomføre en slik kohortisolering ... og dette gjorde at man lyktes godt i å håndtere utbruddet her»*.

Institusjonslederen har imidlertid opplevd det som utfordrende at det ikke fantes «sluser» inn til rommene, dvs. hadde en entre/gang med én dør ut mot fellesarealer og en annen inn mot beboerrommet. Det samme påpeker avdelingslederen. Avdelingslederen legger også vekt på at det har vært en stor fordel at sykehjemmet har små enheter, samt at alle enhetene har egen stue og kjøkken, med åpen løsning, og ellers hensiktsmessige utforming av beboernes rom. Det var også viktig at de hadde mulighet til å omgjøre et tomt beboerrom til et personalrom, slik at personalet hadde et hvilerom på avdelingen.

Også de ansatte opplever at byggets utforming gjorde det mulig å stenge av avdelingen som fikk smitte; de har branndører inn til avdelingene som kan lukkes. De omtalte også beboerrommene som funksjonelle, men at det er en svakhet at de ikke gir mulighet til å utforme en «sluse» mellom beboerrom og korridor utenfor.

5.1.3 TILTAK, INTERNT SAMARBEID OG TILGJENGELIGE RESSURSER VED PANDEMIENS UTBRUDD OG VIDERE I FORLØPET

Avdelingslederen forteller at de ansatte tidlig fikk internundervisning og informasjonsskriv om smitteverntiltak, og at både teoretisk og praktisk opplæring i smittevern ble gjennomført. God håndhygiene og bruk av stellefrakk, hansker og munnbind ble særlig vektlagt. Det ble gitt opplæring i smittevask i avdelingene, vaktrommene og fellesstuene, samt desinfeksjon av alle kontaktpunkter, herunder alle dørhåndtak ved hvert vaktskift. Det ble ført kontroll på at disse

prosedyrene ble gjennomført; det måtte ved hvert vaktskift attesteres at dette var gjort. Den som til enhver tid har hatt vaktens ansvar for brannvern hadde også ansvar for at smittevernsprosedyrene ble fulgt. Dette medførte mye ekstraarbeid for personalet ved avdelingene siden det er mange kontaktpunkter som skulle vaskes, slik som håndtak, lysbrytere, tastatur, pc og mus. Hun fremhevet at dette likevel har vært noe som ingen har hatt innsigelser på eller beklaget seg over. Hun beskrev en stor innsatsvilje fra personalet, der alle har *«stått på og vært på tilbudssiden»*. Selv om den ene avdelingen ble nedstengt, kunne de derfor uten vanskeligheter overflytte personalet fra andre avdelinger. Hun fortalte at personalet klarte å venne seg til å være i beredskap: *«Det var dramatisk, veldig dramatisk med tanke på hvordan det ville ende. Ville vi miste alle beboerne, ja det var sånn at vi ante jo ikke. Det var ukjent [...] nå har vi vent å oss til å være i beredskap, du er i beredskap hele tiden»*. Hun påpekte at de hyppig har mottatt skiftende informasjon om hvordan man skal forholde seg til pandemiens utfordringer, og at endringene raskt har blitt fulgt opp fra sykehjemmet med blant annet e-læringskurs fra sykehjemsetaten som obligatorisk kurs for alle ansatte, med egne kurs for henholdsvis sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og servicemedarbeidere.

De ansatte fremhevet også at det ble iverksatt smittevernplaner *«som ble endret på for hver dag»*, etter instruksjoner fra folkehelseinstituttet, og hvor retningslinjene også noen ganger var i konflikt med hverandre, og *«der overlegen uttalte noe, og Folkehelseinstituttet noe annet»*. Dette opplevde de som frustrerende. Dette handlet blant annet om kriteriene for når beboere skulle testes for covid-19, på besøksrutiner og restriksjoner knyttet til dette, og på bruken av smittevernutstyr. De har erfart at smittevernutstyr har vært tilgjengelig under hele pandemien, men at en del rutiner på sykehjemmet har blitt endret underveis.

I starten av mai ble det laget et hefte ved sykehjemmet som presenterte samlet alle rutiner som var blitt etablert og all erfaring man hadde tilegnet knyttet til smitteutbruddet. Institusjonslederen introduserer heftet slik:

Denne koronaplanen er en samling av egne erfaringer og prosedyrer fra etaten. Den inkluderer en samling av dokumenter som har kommet fra (...) kommune sentralt i «koronatiden». Planen er først og fremst tenkt som et verktøy til eget bruk. Den inneholder prosedyrer som er skapt og utprøvd under det første virusutbruddet på sykehjemmene i (...) og den gjenspeiler de erfaringene vi på «Aftensol» har gjort oss i den utfordrende tiden. Det var utrolig mye vi ikke hadde klart å tenke på i forkant av hendelsen. Båten ble øst samtidig som vi rodde og prosedyrene bærer nok preg av at vi hadde dårlig tid. Uansett hvor mange prosedyrer vi hadde, så vi at det ble helt nødvendig å gjøre lokale tilpasninger. Vi er glade for å kunne dele våre dyrekjøpte erfaringer og håper disse kan være til hjelp for andre som opplever smitteutbrudd på sykehjem.

Foruten veiledning til ulike personellgrupper for registrering, pålogging til og bruk av de obligatoriske nettkursene, inneholder heftet detaljerte beskrivelser for opplæringsformål knyttet til smittevernopplæring med spesifikke vedlegg for temaer slik som håndhygiene, arbeidsantrekk, hvordan ta av- og på beskyttelsesutstyr, hvordan foreta daglig smittesporing og bruke screening-skjema, rengjøring av utstyr og inventar, og hvordan informere henholdsvis beboere og pårørende ved bekreftet smitte. Den inneholder også en rekke prosedyrebeskrivelser bl.a. knyttet til besøk av pårørende ved påvist covid-19, loggføring ved smittesporing, rekvisisjonsprosedyrer for smittevernutstyr, rutiner for renhold, avfallshåndtering og tøyhåndtering under en pandemi, rutiner for bemanning ved fravær, og, stell av døde samt gravferdshjelp ved påvist covid-19.

De ansatte erfarte at de har jobbet svært godt sammen – at de har vært et godt team, på tross av at mange av de faste ansatte ble tatt ut i karantene da smitten ble identifisert. De opplevde å ha en handlekraftig institusjonsleder som stengte ned den smitterammede avdelingen med en gang smitten ble oppdaget. Ved den nedstengte avdelingen ble det da satt inn et fast personale som ikke kunne være andre steder «på huset», og det ble iverksatt rutiner som gjorde at de ikke kunne forlate avdelingen mens de var på vakt. Når ansatte på den denne avdelingen trengte tilførsler av utstyr mv. utenfra, ble dette levert av personer iført fullt smittevernustyr. Til tross for at de ansatte har forholdt seg til stadig nye oppdateringer når det gjaldt retningslinjer og prosedyrer, opplevde de at gjennomføringen av det daglige arbeidet inne på avdelingen har vært noe de sammen har organisert, og der få føringer og instruksjoner har blitt forelagt dem. De har i fellesskap planlagt hvordan alle gjøremål, slik som overlevering av mat, søppel og skittentøy, skulle gjennomføres på best mulig måte; praktisk og ihht. smittevern. Det har vært et godt samhold internt, og alle har vært innstilt på å hjelpe hverandre. Sykepleieren som ble intervjuet fortalte at hennes hverdag har bestått av lange og intense 10-12-timers vakter.

Fra legesiden ble det gitt uttrykk for at ting har gått seg til når det gjelder rutiner, retningslinjer og utstyr. Men selv ut i «den andre smittebølgen» opplevdes det fortsatt som en utfordring å avgjøre når man skal teste beboere, og hvor lav terskel skal man ha for testing. Det var fortsatt en vanskelig vurdering å avgjøre hvem som skal testes, og hvor ofte. En av dem uttalte:

I begynnelsen hadde man for høy terskel på å teste de gamle... at de gamle kanskje ikke har helt tydelige symptomer i starten... at de for eksempel kan mangle feber, at debutsymptom kan være akutt funksjonssvikt... at de faller for eksempel... at en som vanligvis klarer å gå på beina plutselig faller. Så det kan være mer diffuse symptomer, litt redusert funksjonsnivå, heller enn det vi kan kalle akutt funksjonssvikt, hvor for eksempel en urinveisinfeksjon kan utløse en akutt forverring, eller en falltendens.

I den perioden slike mindre typiske symptomer ikke var i fokus hos helsemyndighetene, var disse ikke inkludert i deres råd om når sykehjemsbeboere skulle testes. Senere ble det mer oppmerksomhet rundt dette, men, understrekte legen, *«det kan fortsatt skje at smitte går under radaren... men man er mer årvåken, og kan forhåpentligvis avdekke smitte før den sprer seg»*.

PERSONALRESSURSER OG SAMARBEID INNAD BLANT PERSONALE (ANSATTE, LEGER OG LEDERE)

Institusjonslederen forteller at når personalet har måtte være i isolasjon eller hjemmekarantene, så har dette ført til at noen ansatte midlertidig har måtte gå inn i nye roller som avdelingsleder og fagleder. Hun påpeker at det har vært krevende å være på jobb i den smitterammede avdelingen, og at ikke alle kunne være «i pleien». Vurderingen av hvem som skulle ivareta hvilke oppgaver har ikke bare vært basert på formell kompetanse, men også forankret i personlig egnethet. Å foreta justeringer i ansvarsforhold har noen ganger vært krevende: *«For noen ble det en altfor tøff situasjon å være i»*. Institusjonslederen har måttet være tydelig på at alle skulle delta i opplæring i smittevern, for eksempel knyttet til av og påkledning, og dette ble kontrollert ved at de ansatte viste institusjonslederen at de kunne praktisere smittervernsprosedyrene. Noen ansatte klarte ikke «å jobbe nær pasienten», men kunne gjøre en god jobb på kjøkkenet og ha ansvar for beboernes måltider. Oppgavefordeling har vært en sentral faktor, og institusjonslederen har opplevd at hun har måtte vært tydelig på dette. Hun fortalte at hun *«har jobbet 24/7»*, og at hun ikke hadde en eneste fridag i perioden smittesituasjonen pågikk. Det meste av den faste bemanningen var da i

karantene, og det var derfor en utfordrende kabal å få på plass den til enhver tid nødvendige og riktige bemanningen. Fagleder, som var i karantene, ble satt til å jobbe med dette, i dialog med institusjonsleder som var *«tett på utfordringene i avdelingen»*.

Institusjonslederen understrekte på nytt at samarbeidet innad «på huset» opplevdes som svært godt. Hun opplevde at de ansatte har vært godt fulgt opp og ivarettatt. For hennes egen del fortalte hun at hun i denne prosessen hadde blitt godt kjent med de ansatte, både assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Hun uttrykte takknemlig for den innsatsen som hver enkelt bidro med. Da den ene sykehjemslegen (med størst stillingsprosent) ble tatt ut i karantene, erfarte institusjonslederen å få et godt samarbeid med smittevernoverlegen i kommunen, via Skype (dette var før Teams ble innført).

Avdelingslederen bekreftet det positive inntrykket som institusjonslederen uttrykte av samarbeidet innad i personalgruppen, og fortalte at velviljen blant de ansatte har vært stor; *«alle var villig til å gjøre det som måtte til og endringsviljen var stor»*. Hun berettet videre at institusjonsleder har hatt en tydelig styrende rolle, noe som ble opplevd som viktig i denne dramatiske situasjonen. Det har alltid vært en sykepleier på vakt i hver etasje, og alltid en sykepleier på vakt ved den smitterammede avdelingen. Det har vært en god bemanning, både når det gjelder fagkompetanse, antall personer og kompetente assistenter, særlig på den avdelingen som hadde smitte.

Dette positive inntrykket av samarbeidet i personalgruppen ble bekreftet også av de ansatte som ble intervjuet; samarbeidet ble styrket i situasjonen som oppsto med smitteutbrudd. De fortalte at det ble innført smittevernøvelse ved hvert vaktskift knyttet til av- og påkledning, hvor de ansatte også skulle korrigere og instruere hverandre hvis noe ble gjort feil og ikke i henhold til gjeldende retningslinjer. De formidlet videre hvor viktig samholdet og respekten for hverandres arbeidsoppgaver har vært i perioden med smitte. Det utviklet seg tettere bånd personalet imellom, noe som ble beskrevet som en *«vi og oss – tenkning»*. De beskrev også at deres ulike roller og funksjoner ble tydelige i situasjonen med smitte, samtidig som personalsamhandlingen opplevdes mindre hierarkisk. Sykepleier måtte i større grad kontakte lege via telefon, uten at lege kom på fysisk tilsyn. Det ble derfor et stort ansvar for pleiepersonalet, både sykepleiere og hjelpepleiere, knyttet til det å gjøre grundige observasjoner og registre endringer i beboeres helsetilstand. Dette omfattet også observasjoner av de beboerne i smitteavdelingen som ikke var smittet med covid-19. Når det gjelder personalsamarbeidet kom det frem en viktig nyanse i intervjuet med de ansatte; de tre som arbeider ved den smitterammede avdelingen, formidlet en opplevelse av at de andre ansatte ved sykehjemmet nærmest var litt redde dem som jobbet på avdelingen med smitteutbrudd. De opplevde også som privatpersoner at andre personer var mer reserverte overfor dem, fordi de arbeidet på sykehjem. De fortalte at de hadde lite kontakt med andre personer utenom i jobbsammenheng.

Mens legene opplevde god samhandling i sitt legeteam, med kommunen og med sykehjemmets ledelse, erfarte de manglende personellkontinuitet på legesiden som problematisk. Som en av legene uttrykker det:

Ja, det var nok en utfordring her at det var mangel på kontinuitet på legesiden at det var forskjellige vikarer innom her, og på legesiden kunne nok det fungert bedre, siden jeg kjenner sykehjemmet og pasientene fra før, og det kunne være vanskelig å få tak i fast vikar. Så det var nok en utfordring ... Det var vel et par leger som var innom, som hadde dager eller uker, noen få dager hvor de vikarierte her. Men det var vel også vikarer i ordets rette forstand, som ikke hadde fast stilling som sykehjemslege i kommunen, og som for eksempel var student med lisens og som ble brukt.

5.1.4 SAMARBEID MED LEGE OG EKSTERNE RESSURSER

Perioden med smitte var en krevende tid når det gjelder relasjonen til samfunnet rundt, som institusjonslederen uttrykker det: *«Det er noe med å ha den smitten her. Tenk på alle leverandører og alt sann. Det var jo ingen som satt sin fot innfor dørene... vi fikk jo knapt nok folk for å reparere ting [...] Ingen frivillige fikk komme inn».*

Samhandlingen med kommunen ble likevel opplevd som god. Institusjonsleder fortalte at kommunikasjonsveien har vært kort til kontaktpersoner i kommunen, og at kommunen oppdaterte sine retningslinjer og prosedyrer daglig. Hun beretter videre at kommunen *«hjalp til med smittesporing og oppfølging av de ansatte som var i karantene og det var til stor hjelp, fordi dette er også en viktig del av det arbeidet som må gjøres når en står i en slik ekstrem situasjon».* Hun forteller at det har vært godt samarbeid med teamoverlegen i kommunen – som også hadde smittevern som spesialområde. Likevel har hun tidvis også opplevd noe frustrasjon, både for egen del og fra sine ansatte, fordi foreslåtte prosedyrer ikke alltid har stemt overens med det som ble lagt ut på kommunens intranettsider. Hun beretter videre at det har vært lite samarbeid med andre sykehjem, noe hun mente kunne skyldes at Aftensol fikk smitte på et tidlig tidspunkt, og at det ikke var andre sykehjem i kommunen som hadde smitte på det tidspunktet. Hun uttrykte imidlertid at det har vært god dialog mellom henne og sykehjemsetaten i kommunen, og at sykehjemsetaten bidro med god støtte og oppbakking.

De ansatte fortalte at det var mye telefonkontakt med kommunens overlege på telefon, men at det var lite fysisk tilstedeværelse av leger i avdelingen som hadde smitte – også mens sykehjemslegen i hovedstilling var i karantene. Institusjonsleder ble av personalet opplevd som nærværende og tett på de ansatte, og som en som kontinuerlig fulgte med på nye retningslinjer og oppdaterte gjeldende prosedyrer. Sykepleieren ved den smitterammede avdelingen forteller at de ble kontaktet av kommunens smittevernsoverlege via telefon, da sistnevnte ønsket beskrivelser av symptomene hos pasientene som fikk påvist covid-19. De hadde ikke kontakt med andre sykehjem i smitteperioden, men opplevde å bli kontaktet av sykehjem som fikk smitteutbrudd på et senere tidspunkt – som ønsket å få råd knyttet til *«håndtering av praktiske oppgaver i løpet av en vakt».*

5.1.5 TILPASNINGER OG PRIORITERINGER FOR Å IVARETA BEBOERNES BEHOV

Institusjonslederen beskrev at de ansatte var opptatt av trygge beboerne knyttet til kohorten med smitte. Disse beboerne fikk mat og stell på sitt eget rom, og det var viktig at de skulle oppleve god omsorg på tross av situasjonen. Hun fortalte at personalet ga disse beboerne en grundig forklaring på hva som var hensikten med isolasjonen. Hun la til at beboere ved de andre avdelingene kan ha opplevd at de vanlige sosiale aktivitetene i hverdagen ble avlyst fordi personalressursene måtte prioriteres til den avdelingen som hadde smitte.

Avdelingslederen fortalte at pandemien har ført til mange endringer når det gjelder samhandlingen med beboerne. Vanligvis oppfordret man beboerne til *«å komme ut av rommet»* og å være i fellesarealene, og at pårørende skulle komme på besøk. Da smitten oppstod ble det motsatte vektlagt, og dette medførte en ny og stor omstilling for alle. Erfaringen, slik hun uttrykte det, var at beboerne tok disse restriksjonene greit, men at det antakelig var verre for pårørende som var bekymret for sine kjære, og engstelige for at disse nå bare ble sittende inaktive. Personalet var oppmerksom på dette, og hadde hyppige samtaler med beboerne, men vanlige fellesaktiviteter

ble det mindre av. Det ble arrangert konserter utenfor sykehjemmet som beboerne kunne få med seg. Hun erfarte også at beboerne i varierende grad forsto hva pandemi-situasjonen innebar og hva som var hensikten med smitteverntiltakene. Hun uttrykte at det er et skille mellom somatiske avdelinger og avdelinger for personer med demens, men at det i praksis er mange beboerne på somatisk avdeling som også har kognitiv svikt eller demens. Avdelingssykepleieren fortalte at «*det å lese beboerens kroppsspråk*» er viktig og noe de er opplært til, og føyde til at:

Dersom det er noen som er urolig eller engstelig kan vi ta en samtale med pårørende, at de kan få se dem. Vi snakker litt om det som skjedde og, at vi forklarer hvorfor vi må gå med det (utstyret). Alle kan ikke forstå det, men veldig mange gjør jo det.

De ansatte som ble intervjuet la under smitteutbruddet vekt på at beboerne skulle være inne på sine egne rom. De fortalte at selv om noen beboere i starten opplevde dette som kjedelig, var det som om de forstod situasjonen og hensikten med dette. I denne situasjonen eksisterte det retningslinjer om at personalet ikke skulle være inne hos pasienten i mer 15 minutter sammenhengende. De måtte derfor være effektive når de var inne hos beboeren, og i forkant planlegge alt man trengte av utstyr og eventuelle medisiner når en var inne hos den enkelte beboer. Det ble ikke tilbudt dusj til de isolerte beboerne på fire uker, men de fikk «*stell, omsorg og prat*». Det var også noen som «*ble selskapssyke og ringte på klokken, for eksempel for å spørre om hvilket vær det var ute*». Hver gang personalet gikk inn til beboerne måtte de kle seg i fullt smittevernutstyr.

De beboerne som ble smittet hadde en dårlig allmenntilstand. De ansatte forteller at fem av de smittede beboerne døde. Dette var en stor belastning for alle, og det oppleves fortsatt som tyngende nå i ettertid. Vanlige prosedyrer, som at pårørende er til stede når beboerens liv går mot slutten, og at de pårørende i ettertid kan komme og pakke ned tingene til pasienten, ble omgjort. Det var en særlig påkjenning for personalet at de bare noen dager etter gjenåpning av avdelingen måtte ta imot nye beboere, som en av dem uttrykte det: «*Det er jo beboere som vi var veldig glade i [...] Stakkar de (nye) som kom, vi var ikke klar til å ta imot dem. Vi måtte bare...*».

Legene gav uttrykk for det problematiske i at man kan bli så opptatt av å beskytte beboernes liv og helse at det går ut over deres livskvalitet, og bidrar til å skape en mindre meningsfull hverdag. De gir også uttrykk for dilemma knyttet til tvang, smittevern og samtykkekompetanse. En av dem sa det slik:

Det er mange dilemmaer, det er mange ting som skal drøftes, det handler jo også om dette: Kan man isolere gamle som ikke forstår, hvordan er etikken i det?... kan man teste... hva med de som ikke har samtykke? Det har jo også vært mye diskutert, både testing og isolering i forhold til samtykke, tvang, hvordan skal man håndtere disse tingene.

Legene tok også opp dilemma knyttet til det å vurdere nødvendig legetilsyn generelt, og behov for palliativ behandling spesielt. Som en av dem uttrykte det:

Det er mulig det kunne vært håndtert litt bedre i forhold til det palliative aspektet, altså lindring i de siste timene eller dagene i livet. Men det ville jo også vært en utfordring i forhold til, hvis jeg var her, skulle også være i nærkontakt med pasienter ved de andre fløyene som ikke har smitte, så det er klart at den utfordringen ved at man har egen frykt for å bli smittet, at man har frykt for å smitte andre, at man derfor begrenser besøk inn til den som har blitt smittet, og da er det jo dette med å vurdere om det er behov for et tilsyn av lege her eller ikke... og hvis man da vurderer det feil, så kan det jo hende at pasienten ikke får et tilsyn han burde fått, og det kan jo selvfølgelig gå andre veien også... det er mange dilemmaer...

5.1.6 IVARETAGELSE AV PÅRØRENDE: LEDELSENS OG ANSATTES ERFARINGER

Institusjonslederen fortalte at da smitten var et faktum den 19. mars kalte hun tilbake alt personalet som hadde vært på dagvakt. Dette var personer som var kjente for beboerne, og det ble sett som et viktig tiltak at det var disse som informerte hver enkelt beboer om situasjonen. Alle ansatte måtte nå kle seg i smittevernutstyr. Fagleder ved avdelingen ringte til alle pårørende etter endt kveldsskift. Deretter ble det innført en rutine hvor ansatte daglig ringte til beboernes pårørende for å informere om dem om situasjonen. Nettbrett ble introdusert, for at beboerne kunne ha kontakt med sine pårørende.

Avdelingslederen påpekte at det i tiden etter endt smitteutbrudd, fortsatt har vært mange restriksjoner. Smittevernrutiner ble opprettholdt, og det ble gjennomført beredskapsmøte en gang i uken. Hun vektla at det likevel var viktig at det ble utvist smidighet ovenfor pårørende slik at de «ikke stenges ute» med mindre det er absolutt nødvendig. Hun la til at ivaretagelse av pårørende har vært en viktig prioritet. Det har derfor blitt sendt ut hyppige informasjonsskriv på e-post. Nettbrett, hvor beboeren kunne se og prate med sine kjære, har også i noen grad blitt benyttet. Det har også vært en ordning der pårørende kan stå utenfor vinduet, og samtidig prate med beboeren i telefonen mens de kan se hverandre. I denne perioden et har det også ankommet nye beboere til avdelinger uten smitte, og hun uttrykte at situasjonen for dem og deres pårørende kan ha vært ekstra krevende, siden de pårørende ikke fikk komme inn på sykehjemmet. Hun la til at det for disse pårørende var det spesielt viktig med videosamtaler.

De ansatte ved den smitterammede avdelingen fortalte at de ringte til beboernes pårørende to ganger daglig. Dersom det var pasienter som var i svært dårlig forfatning, ringte de hyppigere for å informere deres pårørende om tilstanden. De la til at det fortsatt har vært restriksjoner knyttet til besøk etter at smitteutbruddet var over, og at beboernes primærkontakter i denne situasjonen har ringt til pårørende en gang i uken, for å fortelle om hvordan det går med beboeren, om dagliglivet, hva beboeren gleder seg over o.l. Også de ansatte la vekt på at bruken av nettbrett kan bidra til at beboer kan opprettholde kontakt med sine nærmeste.

5.1.7 PÅRØRENDES EGNE ERFARINGER

DA PANDEMIEN KOM

Perioden med smitte på sykehjemmet, helt i starten av pandemien, ble en tung og vanskelig tid for de pårørende. De tre intervjuede (en sønn, en datter og en ektemann) gav alle klart uttrykk for dette. Som en av dem uttrykte det, etter hans mor ikke fikk ha noe sosial omgang med dem som pårørende, på en hel måned: «Jeg ble fortvilet og litt 'satt ut'...». All kontakt mellom denne pårørende og hans mor foregikk på telefon, og han hadde inntrykk av at hun ikke helt forstod situasjonen med smitte på sykehjemmet. Mer enn én gang uttrykte moren at «Jeg liker meg ikke her inne (på rommet). Hvorfor kan vi ikke gå ut i dagligstuen?». Noen ganger stilte han og søsteren seg opp langs veien utenfor vinduet til morens rom, slik at de kunne se hverandre og vinke til hverandre. Han opplevde imidlertid at personalet gjorde det han kaller en «heltemodig innsats» for å ivareta beboernes behov. Han hadde et klart inntrykk av at personalet måtte arbeide mer enn vanlig, at personalet også var bekymret for at de kunne spre smitte til sine nærmeste, og at personalet på grunn av bekymringer kunne oppleve søvnproblemer i perioder. Han omtalte innsatsen som «heltemodig», fordi personalet gjorde alt i sin makt for at beboerne skulle ha det bra,

og at smitten ikke skulle spre seg til andre fløyer på sykehjemmet; «*De skal ha all ære*», uttrykte han; «*De har det ikke alltid enkelt*». Han fortalte videre at i og med at alle fellesaktiviteter på sykehjemmet ble stanset, forsøkte personalet ved hver avdeling å legge til rette for aktiviteter for sine beboere, som for eksempel strikking og å spille ulike spill.

En annen pårørende fortalte om sin mor som ble smittet med koronaviruset, men overlevde. Moren har kognitiv svikt og vansker med å forstå smittesituasjonen. For henne og moren var det ikke mulig å holde kontakten via telefon, da telefonsamtaler bare gjorde moren forvirret. Selv om restriksjonene med besøksforbud har vært vonde å forholde seg til, har hun som pårørende full forståelse for at disse ble innført, og uttrykte at: «*Det har nok reddet mange liv. Det er klart man ønsker å være der, men man skjønner at det går ikke*». Moren hadde innledningsvis kun milde symptomer. Etter hvert ble hun imidlertid dårligere, i tre–fire dager, før det plutselig snudde og symptomene avtok. Som pårørende fikk hun telefon fra personalet to ganger daglig, formiddag og kveld, med oppdatert informasjon om morens tilstand. Det var stort sett de samme, fast ansatte personalet som kontaktet henne. Denne oppdateringen hadde stor betydning for henne som pårørende. Hun erfarte at hennes behov for informasjon ble på ivaretatt, siden avdelingen hadde etablert denne rutinen for kommunikasjon med de pårørende. Dette opplevde hun som svært betryggende i en vond og vanskelig tid. For henne var det også viktig å vite at det var de samme faste pleierne som tok seg av hennes mor.

En tredje pårørende, ektemannen til en av beboerne, uttrykte sterke følelser knyttet til besøksrestriksjonene:

Jeg har mistet henne (konen) tre ganger; først da hun ble syk og fikk diagnosen ... så når sykdommen utviklet seg og du ser hvordan hun forfaller, og nå når korona-viruset forhindrer oss i å møtes. Hun er der, men vi vet ikke når vi får se henne igjen. Det er en sorg. Det er vondt å ikke kunne gi henne trøst og vise at vi er der ...

Han uttrykte at det at han plutselig ikke lenger kom på besøk, har vært en veldig krevende erfaring for konen. Han har ringt til avdelingen, og fikk personalet til å legge telefonen inntil konens øre slik at hun kunne høre stemmen hans. Konen har ikke språk lenger, men har kunnet gjenkjenne stemmen hans, og kommunisere tilbake ved å lage lyder. Hva hun har kommunisert er imidlertid ikke så lett å fortolke, men han føler seg sikker på at hun har gjenkjent stemmen hans. Han sa til henne: «*Er du der (navnet hennes)? Jeg vil komme på besøk til deg så snart vi får lov*». Og så hadde hun smilt, sier personalet. Men det var en vond tid; «*Det var tøft å ikke kunne besøke henne*».

Han fortalte at konen har hatt Alzheimer i mange år, og at det er vanskelig for henne å kunne sette seg inn i hva pandemien innebærer, selv om de som pårørende forsøkte å fortelle henne om dette. Hun bor på en av avdelingene som ikke har hatt smitte, og han har opplevd at denne avdelingen har hatt færre personale på vakt enn før pandemien kom. Selv om han beskrev dem som dyktige og ivaretagende, opplevde han at de har hatt det svært travelt. For konen er det viktig med kjente ansikter, og når pårørende ikke fikk komme på besøk, og det samtidig var utskifting av personale, så mente han at det har det var uheldig for konens trykghetsopplevelse. Videre fortalte han at han også har vært bekymret for om personalet klarer å følge opp den enkelte beboer, for eksempel om beboerne sitter godt, eller har seget ned i stolen og ikke får hjelp til å få en god sittestilling. Han har erfart at personalet alltid tar kontakt med han ved endringer i konens helsetilstand. Likevel har han savnet en direkte invitasjon til å ta kontakt med dem, at de for eksempel konkret hadde sagt: «*Ring oss og spør hvordan det går*». En slik tydelig invitasjon hadde hatt en positiv betydning for ham; han ville da ikke følt at han plaget dem når han ringer,

for han vet at de har mye å gjøre, og er lavere bemannet enn vanlig. Samlet sett gav han uttrykk for at han nå har langt mindre kontakt med avdelingen, og uttrykker denne nye erfaringen som vanskelig, at *«det er som å klippe over navlestrengen...»*.

AVTAGENDE SMITTETRYKK

Alle de tre pårørende beskrev en lettelse da smitteutbruddet ved sykehjemmet var overstått, og da det etter hvert, mot sommeren, ble mindre smittetrykk i kommunen generelt. Sønnen fortalte at det ble en god sommer for moren, han selv og andre pårørende, med mange fine samvær. I denne perioden kunne to pårørende besøke henne om gangen, og de kunne ta henne med i rullestol ut på tur. Som pårørende var det vært vanskelig å ikke kunne klemme moren, og ha fysisk kontakt. Han har måtte fortelle henne dette hver gang de møtes, på en litt humoristisk måte, og si at de må praktisere *«albue-hilsning»*. Hun hadde forstått at de måtte gjøre det slik. De gjorde det slik ellers også oppe på avdelingen.

Datteren fortalte at da smittetrykket avtok, ble det først åpnet opp for at de som pårørende kunne komme og levere ting som sjokolade og druer mv. til beboerne. Rutinen var at de ringte til avdelingen, avtalte tidspunkt, og så satte det de ville levere i en pose utenfor hovedinngangsdøren. Så kom personalet og hentet dette, og ga det til beboeren. Etter hvert, fra ca. mai måned, ble det åpnet opp for å kunne komme på besøk og møte beboerne utenfor sykehjemmet. Sykehjemledelsen ordnet med ekstra benker som ble plassert i utearealet foran sykehjemmet. Og deretter, gjennom hele sommeren og frem til senhøsten da den andre smittebølgen kom, så kunne hun som pårørende igjen besøke moren inne på avdelingen, innenfor smittevernsreglementets rammer.

Ektemannen fortalte at da den første smittebølgen avtok var det en lettelse å kunne møte konen igjen: *«Det ble en forandring i mitt liv og våre døtre, andre slektninger og venninner endelig kunne man få se og besøke henne igjen»*. I den perioden gikk de også på tur utenfor sykehjemmet når det var fint vær. Han og andre pårørende kunne også besøke henne på hennes rom. Det var en fin tid for dem alle, selv om det var et savn at man ikke kunne ha fysisk kontakt. Før den neste nedstengningen av sykehjemmet ble iverksatt, brukte han og døtrene munnbind når de besøkte henne. Dette reagerte imidlertid konen på; noen ganger ga hun uttrykk for sinne – andre ganger reagerte hun med latter. De kunne fortsatt ikke klemme henne, og forsøkte å forklare og begrunne dette for henne, men opplevde det som krevende å få henne til å forstå det.

DEN ANDRE SMITTEBØLGEN

I pandemiens «andre bølge» ble det igjen besøksforbud i mange uker. Strengere smitteverntiltak ble iverksatt raskt. Sønnen fortalte at han opplever tiltakene som enda strengere enn i den første nedstengingsfasen, men forteller at han og de andre pårørende nå har en erfaring som de ikke hadde under den første nedstengningen. Han uttrykker at dette er noe de har opplevd før – og noe de skulle mestre igjen. Nå fikk han og de andre pårørende ikke besøke moren, men han uttrykte håp om at de forsakelser som gjøres i denne fasen ville bidra til at de kunne feire en god jul, hvor de som pårørende kunne ha samvær med moren. Han opplevde at det ble tyngre og tyngre for moren å måtte forholde seg til følgene av pandemien – at hun i to lange perioder ikke har fått lov til å få besøk. De har snakket sammen på telefonen, men det blir ikke det samme. Hun spurte ofte: *«Kommer dere snart?»*, og dette gjorde vondt for ham som pårørende. Han forteller at han ikke vet hvor lenge moren har igjen å leve, og det er vondt å ikke kunne tilbringe tid sammen med henne.

Han berettet at pandemien har medført at kulturelle tilbud og fellesaktiviteter ved sykehjemmet, som sang og musikk i sykehjemmets fellesareal, og bingo, ikke lenger tilbys. Tilbudet om utflukter

og fellesturer med sykehjemmets minibuss har vært svært redusert på grunn av avstandsregler. Det å komme seg ut er noe mange beboere har gledet seg til, men under pandemien har mange mistet muligheten til dette. Det har vært et savn for beboerne, tilføyde han. Det ble imidlertid nå gjennomført minibussturer med maksimalt fire beboere.

Sønnen forteller at personalet, i pandemiperioden, har vært så opptatt at det har nesten ikke vært noen kommunikasjon mellom dem og ham som pårørende. Sønnen fortalte at *«Vi hadde (tidligere) en mye bedre dialog med pleierne... den dialogen har vel nesten falt vekk. Når har du ingen kontakt med pleierne som er på avdelingen... selv om du ringer... de er veldig opptatt.. det skjønner jeg, jo...»* Dette har vært en konsekvens av nedstengningen, uttrykte han. Han føyde til at det i perioder har vært lav bemanning, men at «personalet har gjort en fantastisk innsats», og at de har prioritert å være sammen med, og å følge opp beboerne med aktiviteter i hverdagen. Det har vært et større sykefravær blant ansatte på sykehjemmet, påpekte han. Han uttrykte bekymring for morens situasjon, og fortalte at han kjente seg mer engstelig for moren under den andre smittebølgen, enn da pandemien først kom:

Det er klart at vi som pårørende er bekymret... når vi ser hvordan covid-19... sprer seg og hvor lett den sprer seg... du føler på det, men det er ikke noe du får gjort noe med... det er vel en slags avmaktfølelse – at det er noe som skjer der oppe som du ikke har styring på... det er andre ting som styrer det...

Og han uttrykte ambivalens; på den ene siden sier han at han ikke tror at moren og andre beboere ved sykehjemmet har lidd noen nød, selv om han tenker at de ikke har fått samme tilbudet som tidligere. På den annen side var han usikker på om moren har fått den behandling, pleie og omsorg som hun har hatt behov for: *«Jeg tror jo at det er ingen som har lidd noen nød her, men de ikke har nok ikke hatt like et godt tilbud ...»*. Han la til at endringene i personalsituasjonen har ført til en større belastning på det personalet som er igjen, men at han oppfattet at disse har mestret situasjonen bra. Han gav uttrykk for håp om at den andre smittebølgen nå blir den siste, og at de kan få oppleve en julehøytid der moren og øvrige familie kan være sammen.

Datteren fortalte om restriksjoner under den andre nedstengningen, med innskjerpede besøksregler, hvor hun kun kunne besøke moren en times tid, inne på morens rom. Hun ringte til avdelingen, personalet kom og slapp henne inn; hun tok på munnbind, vasket hendene med sprit, skrev navnet sitt i besøksprotokollen, og ble så fulgt til morens rom. Etter besøket fulgte personalet henne ut av avdelingen og til utgangsdøren. Under besøkene har moren reagert negativt på at hun har brukt munnbind. Det virket som om dette var forvirrende og skremmende for henne, og hun spurte datteren: *«Hvorfor ser du sånn ut?»* Det virket som om moren hadde liten innsikt i pandemien og dens følger, og som pårørende har datteren valgt å si at *«det er et smittsomt virus som går»*, og at hun derfor måtte ha på munnbind. Underveis opplevde datteren at moren endret seg – hun virket mer engstelig og urolig en før: *«Det merker jeg på henne, ser det i blikket hennes. Hun spurte: «Hvor skal du? Når kommer du igjen?»*. Dette var spørsmål som moren aldri tidligere hadde stilt.

På intervju tidspunktet var det fortsatt ingen fellesaktiviteter på tvers av avdelingene, som for eksempel sang og musikk i kantinen. Datteren hadde imidlertid inntrykk at personalet ved avdelingen la vekt på å skape samlingsstunder for beboerne inne på hver avdeling. I tillegg var det mulig for beboerne å få en tur ut med minibuss, dog med kun noen få beboere ad gangen, og dette var et godt tiltak som gav en meningsfull avveksling i hverdagen deres. Hun fortalte videre at sykehjemmet og personalet har gjort det de kunne gjøre under pandemien. Hun mente at de har håndtert alt de har blitt pålagt av restriksjoner, smittevern og nye retningslinjer på en veldig god

måte, at informasjonen til henne som pårørende har vært svært god, og at de har vært fleksible når det gjelder besøkstider som passer for henne.

Ektemannen opplevde den andre smittebølgen som svært belastende; *«du blir sliten av det. Veldig sliten og oppgitt... det er forferdelig å ha noen på sykehjem og ikke kunne gi de trøst og vise at en er der...»*. Samtidig var han mer forberedt på at *«Alt kan skje»*. Han var opptatt å ta vare på seg selv, holde seg frisk. Han brukte munnbind og fulgte alle smittevernregler i butikker, og ellers. Han sa til seg selv: *«Du må prøve å holde deg hygienisk og på alle måter 'safe'. Kjenner du at du brygger på noe så hold deg hjemme; ring og si at du må utsette avtalen. Mine døtre kommer isteden. For vi må også ta vare på ... de vi skal omgås»*.

Det var tungt for ham å tenke på at julefeiringen denne gang ser ut til å bli uten konen, for første gang siden de ble sammen:

Det blir jo tøft, veldig tøft... ikke bare for meg... sikkert for mange tusen (gråter)... så det blir et avbrudd i det vanlige... når man ikke kan gjøre det beste. Vi vet jo aldri når hun blir borte. Det er liksom så uvisst. Vi har pleid å ta henne hjem på julaften, vi hadde henne med oss... så i denne koronatiden har jeg mistet min kone for tredje gang, og det er jo... en pine. det er som å svømme i isvann, du får tak i et isflak, men så glir du av igjen. Det er tøft...

Når han så fremover i tid så hadde han håp om at pandemien skulle avta, og at livet kunne vende tilbake til det normale, men tidsperspektivet opplevdes som uvisst, og det var krevende: *«Om det blir januar, februar, mars eller april, eller... det er ikke så godt å si... men nå kommer jo vaksinen og... så får vi se...»*.

VIKTIGE LÆRDOMMER, SETT FRA PÅRØRENDES STÅSTED

Den intervjuede sønnen påpekte at pandemien har hatt en høy kostnad for alle sykehjem, både for de som bor og de som arbeider der. Han gav uttrykk for håp om at politikerne forstår dette og at sykehjemmene og personalet, etter pandemien, vil måtte bruke noe tid til å komme seg til hektene igjen. Han er opptatt av at politikerne må gi sykehjemmene økonomiske rammer til dette. Han tilføyde at alle involverte nå trenger gode opplevelser og muligheter til å komme tilbake til den hverdagen man er glad i – slik hverdagslivet var før pandemien. Han forteller:

«I alle sånne institusjoner, så har pandemien kostet ekstra... så jeg håper at politikerne ser dette, og bevilger mer penger... i alle fall dette året, og det første halve neste år, slik at det ikke går ut over beboerne... for å komme i balanse igjen... at vi kommer tilbake til der vi var før pandemien... de må bevilge mer penger til eldreomsorgen ... og at de kan ha egne kjøkken og folk som lager mat, det mener jeg er viktig...».

Han pekte også på at pandemien har gitt oss viktig erfaring, og at tiltakene, ved en eventuell ny pandemisituasjon, bør settes inn enda tidligere overfor de som er mest sårbare. Det bør også legges bedre til rette for kommunikasjon mellom sykehjemsbeboerne og deres pårørende, og der nettbrett ikke bare bør være tilgjengelige, men være et tiltak som er satt i system, med nødvendig opplæring av både pårørende og personalet. Han fortalte: *«Jeg har ikke bruk disse nettbrettene hvor du kan kommunisere med bilde... da er du avhengig av å ha med deg en pleier... det er få av de godt voksne (pleiere og beboere) på huset som takler dagens teknologi...»*.

Datteren som ble intervjuet uttrykte at pandemien kan ha ført til at helsepersonellet har fått økt bevissthet om de pårørendes behov, om viktigheten av å vise omsorg for de pårørende, og hvor avgjørende det er at personalet og pårørende har en god relasjon som gir pårørende opplevelsen av å bli sett og møtt. Hun fortalte:

Jeg tenker at de (personalet) har lært under pandemien om at pårørendeomsorg er viktig... jeg har blitt sett og hørt (er på gråten)... å se den enkelte ... de setter seg gjerne med meg og min mor på rommet til min mor, og så snakker vi litt... det kan være i ti minutter... det kan være om vær og vind eller hva min mor har spist, eller hva som helst, men uansett... så blir jeg sett...

Den intervjuede ektefellen mente at pandemien har gitt både sentrale myndigheter og lokale sykehjem viktig lærdom. Denne må brukes slik at en kan møte tilsvarende utfordringer på en bedre måte i fremtiden. Det er også viktig i denne sammenheng å trekke inn hvordan tilgjengelig areal virker inn på håndteringen og mulighetene en har når slike situasjoner oppstår. Han uttrykte at besøksrestriksjonene med fordel kunne ha vært lagt opp på en annen måte – at det burde vært lagt mer vekt på å få til løsninger som ville muliggjøre besøk og samvær mellom beboer og nærmeste pårørende. Han mener at «*de styrende enheter i Oslo*» kunne ha lagt til rette for mer fleksible, men likefullt trygge besøksrutiner på sykehjem, under nedstengingen. Han foreslo blant annet at Aftensol kunne hatt egne besøksrom i sykehjemmets førsteetasje, med personale som sikret at rommene var klargjort og alle smitteverntregler ble overholdt. Da kunne de pårørende gjøre avtaler om tidspunkt for å møte sin kjære der:

Det kunne vært lagt opp annerledes... hatt ett eller to besøksrom... det burde vært mulig å ha et rom der man kunne møtes... det kunne vært lagt opp slik at de kjørte min kone dit, og at vi safe't oss med munnbind og alt dette... hatt et sted man kunne være sammen en stund, og så kunne vi ringt til personalet når vi var ferdige.

5.1.8 ENDRINGER OG NYE MÅTER Å UTØVE TJENESTENE SOM FØLGE AV PANDEMIEN

Institusjonslederen påpekte at de digitale løsningene som ble innført som en konsekvens av pandemien, slik som Teams, ble betraktet som en viktig ressurs og noe som derfor kommer til å bli mye brukt også i fremtiden. Hun la til at selv i situasjonen uten smitte på sykehjemmet, har Teams blitt benyttet i gjennomføringen av ulike møter. Hun opplevde, som en konsekvens av pandemien, å ha blitt bedre kjent med alle ansatte ved sykehjemmet. Dette var noe hun fremhevet som en svært positiv sideeffekt. Hun uttrykte at hun fikk bedre kjennskap til «*ressursene som ligger i personalgruppen*». Bruk av debriefing etter at sykehjemmet hadde klart å stoppe smitten, var også en god erfaring som hun som institusjonsleder så som verdifull. I debriefingsprosessen delte hun personalgruppen i tre grupper. Hun samlet hver gruppe for seg, og brukte ca. en og en halv time på hver gruppe, hvor de ansatte fikk satt ord på sine erfaringer under pandemien.

Også avdelingslederen pekte på at behovet for digital kompetanse blant personalet har blitt aktualisert under pandemien. E-lærings kurs knyttet til smittevern har vært obligatorisk for alle ansatte etter at pandemien brøt ut. Mange av møtene, bl.a. ledermøter og fagledermøter gikk over til å bli gjennomført ved bruk av Teams, og dette opplevdes som en god møtearena som bidro til at møtene ble mer effektive enn tidligere. Ansvaret for å lede møtet gikk på rundgang, og det ble oppnevnt en referent for hvert møte. Dette har vært en positiv erfaring, og en møteform hun konkluderer med i større grad vil bli benyttet også i fremtiden.

De ansatte opplevde at de har lært mye som en konsekvens av pandemien, særlig om smittevern. Dette er kunnskap de tar med seg videre, og som de har delt med andre sykehjem som har tatt kontakt med dem. De opplevde også at det har vært et sterkt kollegialt samhold og at de har støttet hverandre, ikke minst i den tiden de erfarte å ha et alvorlig smitteutbrudd på sykehjemmet

5.1.9 NOEN POSITIVE FØLGER AV PANDEMIEN

Institusjonslederen påpekte at smittesituasjonen har gjort noe med personalgruppen, og at det har blitt et sterkere samhold og at man har blitt bedre kjent med hverandre. Hun fremhevet at det har vært en stor velvilje og entusiasme blant de ansatte, på tross av at det har vært en tøff situasjon å stå i, med mye usikkerhet også særlig knyttet til hvordan dette ville ende – om de ville klare å stoppe smitten. Som hun beskrev det nå i ettertid: *«Vi har vært en tur i helvete og tilbake igjen».*

Avdelingslederen vektla også en annen positiv følge av pandemien, nemlig en økt bevissthet om den kompetanse, samarbeidsvilje og kollegiale støtten *«som er blant de ansatte når det virkelig gjelder».* Målet om *«å gjøre hverandre gode»* er blitt forsterket, ved systematisk gjennomgang av smittevernrutiner og kontroll av hverandre, i et system som *«opprettholder lagfølelsen og opplevelsen av at en ikke er alene».*

De ansatte fremhevet at personalet generelt sett har blitt flinkere på smittevern, blant annet gjennom hyppigere håndvask og bruk av sprit, og at dette har ført til at det er mindre annen generell smitte slik som forkjølelse. Personalgruppen opplevde tettere bånd og bedre samhandling med hverandre.

5.1.10 OPPSUMMERING

Sykehjemmet ble tidlig, og hardt, rammet av korona-pandemien. Ledere, ansatte og tilknyttede leger ved dette sykehjemmet omtalte alle perioden med smitteutbrudd som en «ekstremsituasjon». Alle funksjoner på sykehjemmet ble påvirket og rammet. Det at sykehjemmet opplevde smitte tidlig i pandemien var dramatisk, og det var mye usikkerhet knyttet til både den lokale situasjonen og til hyppige justeringer av retningslinjer knyttet til covid-19 smitten. Likevel klarte man å isolere smitten til *en* kohort slik at den ikke spredde seg til resten av sykehjemmet. Alle ansatte som ble intervjuet opplevde at de måtte bidra ekstra i situasjonen som oppstod, og både ledere og personalet erfarte å måtte tre inn i nye roller og å utføre nye funksjoner. Lederne opplevde stor innsatsvilje og dedikert arbeidsinnsats fra personalet, og samtidig at de ble bedre kjent med dem. Ledergruppen på sykehjemmet har hatt hyppige møter, fordelt oppgaver og opplevd et sterkt internt samhold. Personalet erfarte også et sterkere samhold og kollegial støtte, også i tiden etter smittesituasjonen. De har opplevd et godt samarbeid med, og støtte fra, lederne ved institusjonen. Samtidig skapte smittesituasjonen noen sosiale barrierer som vanskeliggjorde sosial kontakt på fritiden, og mellom personalet ved avdelingen med smitte og personalet i de andre avdelingene. Smittesituasjonen gjorde også at samhandlingen med renholdsavdeling, vaktmester, ansatte i kontorfunksjoner og aktører som kom med varelevering, ble krevende.

Både ledere, pleiepersonell og leger erfarer at deres kompetanse knyttet til smittevern har økt betydelig gjennom denne perioden, og at de har fått mye praktisk øvelse. Deres erfaringer med smittesituasjonen gjør at de nå opplever seg bedre rustet enn tidligere, ved et eventuelt nytt smitteutbrudd. Digital kompetanse har blitt styrket, noe de alle vurderte at de også vil ha nytte av videre.

Personalet gav uttrykk for at det var krevende å skaffe til veie alt utstyret de hadde behov for i starten av smitteutbruddet, og da særlig utstyr til prøvetaking og desinfeksjon. Spesielt fra legesiden ble det uttrykt en kritisk holdning til at sykehjemmene kom noe i skyggen av spesialisthelsetjenesten når smittevernutstyr skulle fordeles. Etter et par uker ble det likevel bedre tilgang på nødvendig smittevernutstyr. Samtlige som ble intervjuet pekte på bygningsmessige fortrinn for dette sykehjemmet, som de mente bidro til å begrense smitten til én avdeling. Flere

av de intervjuede blant personalet påpekte likevel at det var en utfordring at beboernes rom ikke har en «sluse», og at dette er en faktor som vanskeliggjør arbeidet med å gjennomføre optimale smitteverntiltak.

Legene gav uttrykk for å ha hatt en bratt læringskurve når det gjelder kriterier for testing av beboere, og at dette var noe som gikk seg til over tid. Rådene fra helsemyndighetene endret seg underveis, der atypiske symptomer hos skrøpelige eldre var lite i fokus i starten av pandemien og dermed ikke inngikk i råd som ble gitt. Når det gjelder testing av ansatte så uttrykte lederne at terskelen for dette var lav, og at tester kontinuerlig ble tatt. De fremhever at testene ved sykehjemmet i stor grad ble utført i sykehjemmet av eget personale og at sykepleiere ved institusjonen tidlig lærte å utføre disse testene.

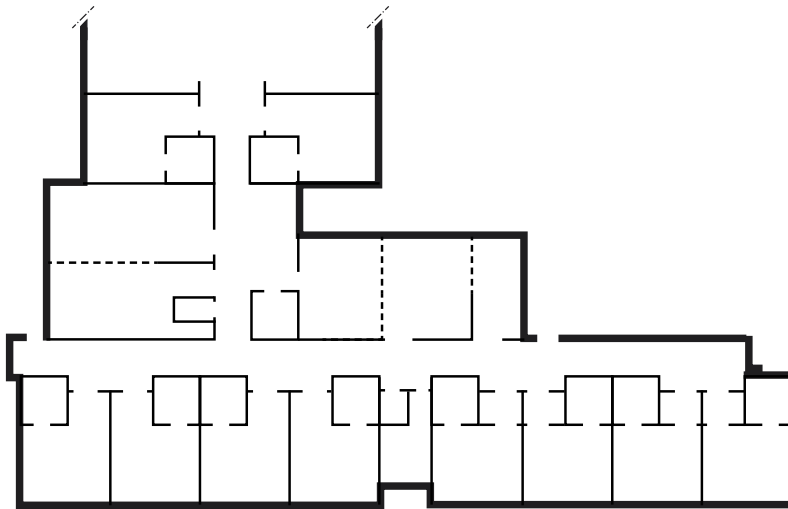
Både lederne og det pleiefaglige personalet gav uttrykk for at de gjorde sitt ytterste for å «trygge beboerne», samt hindre at flere ble smittet. De mente i den forbindelse at å periodevis isolere beboerne på deres egne rom har vært nødvendig, ikke minst i situasjonen med pågående smitteutbrudd. En av legene poengterte likevel det problematiske i at isolering ble foretatt uten formelle tvangsvedtak. De vektla at de brukte mye tid på å informere alle beboerne om pandemien og dens utfordringer, og opplevde at de fleste aksepterte begrensningene som ble innført. Likevel, opplevde de at mange beboere, særlig de med kognitiv svikt og demens, ikke helt kunne forstå hvorfor de daglige rutinene i så stor grad ble lagt om. En av de pårørende opplevde at moren ble mer engstelig og urolig utover i perioden. Disse forhold anses som viktig observasjoner, med faglige og etiske implikasjoner knyttet til omsorgen for disse særlige sårbare sykehjemsbeboerne med kognitiv svikt og demens. Det ble uttrykt bekymring for at beboerne har vært mye sosialt isolerte, og at sosiale aktiviteter de har vært vant til i hverdagen, har vært avlyst fra da pandemien oppstod. Bekymringen omfattet også den reduserte kontakten med pårørende, og de periodevis sterke restriksjonene også de pårørende har blitt utsatt for.

En satsing på nettbrett har vært et forsøk på å lette kommunikasjonen mellom beboerne og deres pårørende. De pårørende selv gav uttrykk for at nettbrett i praksis har vært lite i bruk, blant annet på grunn av manglende opplæring både av beboere og pårørende, men også fordi kommunikasjon gjennom nettbrett (og også telefon) ikke fungerer for alle beboerne. Lederne og den pleiefaglige staben redegjorde for omfattende, tidkrevende, men svært nødvendige rutiner for kontinuerlig kontakt med alle pårørende. Den sosiale isolasjonen var også noe legene uttrykte bekymring for, og begge stilte spørsmål om det ikke kunne vært vist større fleksibilitet, også fra kommunens og statlige myndigheters side. Behovet for andre, og mer fleksible besøksrutiner, var noe som også ble fremhevet av en av de intervjuede pårørende. Legene påpekte videre det etisk problematiske i at man satser så mye på å unngå alvorlig sykdom og redde liv, spesielt i pandemisituasjonen, at livet for dem som lever i sykehjem blir mindre meningsfullt.

For de pårørende var tiden med smitteutbrudd på sykehjemmet en stor belastning. Den pårørende til beboeren som ble smittet og overlevde, opplevde stor usikkerhet, men også at hun fikk tett oppfølging fra personalet. De to andre pårørende erfarte en situasjon med reduksjon i personelldekningen, og økt sykefravær blant det faste personalet på avdelinger uten smitte, noe de opplevde var en følge av at personalressursene i særlig grad ble satt inn i avdelingen som hadde smitteutbrudd. Selv om de uttrykte stor tiltro til og beundring overfor personalet, uttrykte de også engstelse for at deres nære og kjære i mindre grad enn før fikk dekket sine behov. For de pårørende var også «den andre nedstengingen» en svært vanskelig tid. Mens en av dem opplevde at erfaringene fra «første nedstenging» hjalp ham å mestre denne andre nedstengningen, uttrykte en annen at både han, og konen som var sykehjemsbeboer, erfarte denne siste nedstengningen

som enda mer utfordrende enn den første. Intervjuene setter søkelys på sentrale etiske dilemma knyttet til ivaretagelsen av beboerne, og de pårørende, herunder spørsmålet om hva som er den gode balansen mellom å beskytte liv og helse, og det å bidra til at beboerne har et mest mulig meningsfullt liv. Intervjuene avdekket også i noen grad ulike oppfatninger mellom personalet og pårørende, ikke minst knyttet til tilrettelegging for bruk av nettbrett for kommunikasjon mellom beboere og pårørende, der pårørende uttrykte at nettbrett ikke fungerte på grunn av mangel på opplæring, mens de ansatte vektla det positive i at nettbrett ble tilgjengelig. Det fremkom også forskjeller i synspunkter på hvordan personalet informerte og ivaretok sykehjemsbeboernes pårørende under pandemien. Særlig knyttet til avdelingen som erfarte smitteutbrudd uttrykte personalet en mer positiv oppfatning av hvordan informasjonsformidling og oppfølging av de pårørende fungerte.

5.2 CASE 2: ELVESLETTA SYKEHJEM



PLAN

1. Fakta om «Elvesletta» sykehjem.

«Elvesletta» sykehjem har en sentral plassering i kommunesentret i en liten kommune, og er en del av et helsesenter med flere tilbud og avdelinger, herunder den kommunale legevakten – som deler vakthavende sykepleier med sykehjemmet. Helsesentret dekker også regionale funksjoner som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Avdelingene som inngår i disse tilbudene, er ikke omtalt i dette caset. Helsesenteret har et felles kjøkken, som driftes av det statlige helseforetaket som har spesialisthelsetjenestefunksjoner ved senteret.

Sykehjemmet har totalt 21 plasser. Dette fordeles på 16 sykehjems plasser, tre avlastning-/korttid-/ rehabiliterings plasser og to akutt plasser. Avdelingen har også fire egne akuttbehandlingsrom som også er beregnet for pasienter innlagt med smittbare sykdommer. Sykehjemsavdelingen har for tiden mer enn tilstrekkelig kapasitet, og kun om lag en tredel av de faste plassene er i skrivende stund i bruk. Det er nylig gjennomført en renovering og utbygging av sykehjemsavdelingen, slik at lokalene som er i bruk framstår som moderne og nye. Renoveringen var nesten helt ferdigstilt da pandemien brøt ut i mars.

I tilknytning til sykehjemmet ligger omsorgsboliger, herunder en demensavdeling med sju faste plasser og én avlastningsplass. Omsorgsboligene serves av hjemmetjenesten, men har et tett samarbeid med sykehjemmet.

Det er knyttet en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder til sykehjemsavdelingen, og funksjonene har ulik stillingsstørrelse. I tillegg har avdelingen en aktivtør i deltidsstilling. Sykepleiestillingene utgjør totalt omentrent ni årsverk. Den største faggruppen er hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/helsefagsarbeidere, og deres samlede ressurs utgjør drøye ti årsverk. Sykehjemmet har relativt stabilt personale.

2. Smittetrykk tidlig fase, smittetrykk nå: Det har ikke vært smittetrykk ved sykehjemmet i noen faser av pandemien.

3. Hvordan og i hvilken grad rammet: (antall smittede, karantene, dødsfall): Det har ikke vært smitte på sykehjemmet. Generelt har det vært svært lite smitte i kommunen, kun ett tilfelle etter at pandemien startet. Vedkommende var ikke hjemmeboende i kommunen og reiste tilbake til sin hjemkommune da smitten var bekreftet.

Kun én ansatt har vært i karantene etter utenlandsopphold, og dette var i en tidlig fase av pandemien.

4. Materiale og gjennomførte intervjuer:

Case-studien bygger på følgende empiriske materiale:

- Individuelt intervju med kommunalsjef for helse og omsorg
- Individuelt intervju med avdelingsleder for sykehjemmet (omtales som sykehjemsleder i casebeskrivelsen)
- Individuelt intervju med renholdsleder
- Fokusgruppeintervju med ansatte på sykehjemsavdelingen (5 ansatte, derav tre sykepleiere og to hjelpepleiere)
- Individuelle intervjuer med pårørende (3 pårørende)
- Dokumenter relatert til rutiner og prosedyrer for smittevern ved institusjonen og informasjon om bygningsmessige forhold

Vi har ikke fått gjennomført intervju med smittevernslege eller sykehjemslege, tross gjentatte forespørsler.

OVERSIKT OVER INTERVJUEDE LEDERE:

	Utdanning/fagbakgrunn	Antall år i stilling	Varighet intervju
Kommunalsjef	Sykepleier, virksomhetsleder	7 år	Ca. 47 minutter
Sykehjemsleder	Barnesykepleier, geriatri og somatikk	Litt over 1 år	Ca. 57 minutter
Renholdsleder	Industrimekaniker, teknisk fagskole, div. kurs	3 år	Ca. 42 minutter

OVERSIKT OVER INTERVJUET ANSATTE:

	Stilling/ fagbakgrunn	Fastansatt/vikar	Antall år i stilling ved sykehjemmet	Antall år relevant yrkeserfaring (innen helse og omsorg)
Ansatt 1	Sykepleier	Fast ansatt	11 år	11 år
Ansatt 2	Hjelpepleier	Fast ansatt	13 år	25 år
Ansatt 3	Sykepleier	Fast ansatt	20 år	22 år
Ansatt 4	Hjelpepleier	Fast ansatt	12 år	12 år
Ansatt 5	Sykepleier	Vikar	8 år (2,5 år som sykepleier)	8 år

OVERSIKT OVER PÅRØRENDE:

	Pårørendes kjønn og omtrentlig alder	Relasjon til beboer	Beboers kjønn og omtrentlig alder	Antall år som beboer på sykehjemmet	Bruk av omsorgs- tjenester før sykehjemsinnleggelse	Varighet intervju
Pårørende 1	Mann i 50-årene	Nevø	Mann i 70 årene	Ca. 8 år	Nei	Ca. 45 minutter
Pårørende 2	Kvinne i 60-årene	Datter	Kvinne rundt 90 år	Ca. 2 år	Hjemmesykepleie	1 t og 15 min.
Pårørende 3	Kvinne i 50-årene	Datter	Mann rundt 80 år	Ca. 1,5 år	Hjemmetjeneste og avlastningsplass på sykehjem	Ca. 1 time

5.2.1 INNLEDNING

«Elvesletta» sykehjem ligger i en liten distriktskommune med i underkant av 3 000 innbyggere. Kommunen har lav befolkningstetthet, og kommunesenteret, hvor kommunens eneste sykehjem er lokalisert, har godt under tusen innbyggere. Primærnæringer sysselsetter den største gruppen yrkesaktive, noe som gjør andelen sysselsatte i denne næringen tre ganger høyere enn gjennomsnittet i landet. «Elvesletta» sykehjem er lokalisert i et helsesenterbygg som også rommer kommunal legevakt, samt en avdeling av et statlig helseforetak som ivaretar regionale funksjoner underlagt spesialisthelsetjenesten. Helsesenteret har felles kjøkken, som drives av det statlige helseforetaket. Den kommunale legevakten og sykehjemmet deler vakthavende sykepleier. Sykehjemmet utgjør en kommunal avdeling direkte underlagt rådmannens lederteam, der kommunalsjef for helse og omsorg inngår.

Sykehjemmet har 21 plasser, fordelt på 16 faste langtidsplasser, tre plasser til avlastning, rehabilitering og korttidsopphold, i tillegg til to akuttsplasser. I skrivende stund har sykehjemmet god kapasitet; kun fem av de faste plassene er i bruk. Det er dermed ingen venteliste for sykehjemsplasser i kommunen. I nær tilknytning til sykehjemmet ligger kommunale omsorgsboliger, herunder en demensavdeling med sju faste plasser og én avlastningsplass. Omsorgsboligene serves av kommunens hjemmetjeneste og har et tett samarbeid med sykehjemmet, selv om disse er organisert i ulike kommunale avdelinger.

Det er nylig gjennomført en renovering og utbygging av sykehjemsavdelingen, slik at lokalene som er i bruk framstår som moderne og nye. Renoveringen var nesten helt ferdigstilt da pandemien brøt ut i mars.

5.2.2 BEMANNING

Sykehjemmet er bemannet med om lag 19 årsverk, fordelt på ni sykepleierstillinger og ti hjelpepleier- og helsefagarbeiderstillinger. Personalsituasjonen beskrives som stabil, og sykefraværet som lavt i lys av sektortilhørighet.

Sykehjemmet ledes av egen avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder i bistilling.

5.2.3 SMITTETRYKK

Smittetrykket i kommunen og ved sykehjemmet har i løpet av hele perioden vært svært lavt. Kommunen har per november 2020 ikke hatt påvist smitte, med unntak av en person som fikk påvist smitte under opphold i kommunen. Vedkommende returnerte til sin hjemkommune straks smitten ble påvist. Det har ikke vært smitteutbrudd ved sykehjemmet.

5.2.4 DATAMATERIALE SOM INNGÅR I CASE-STUDIEN

Datamaterialet for denne case-studien er innhentet gjennom intervju, dokumenter, bilder og informasjon mottatt fra avdelingsleder ved Elvebakken og kommunalsjef for helse og omsorg, samt offentlig tilgjengelig informasjon funnet på kommunens nettsider.

Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med ansatte (tre sykepleiere og to hjelpepleiere) og semistrukturerte individuelle intervju med henholdsvis kommunalsjef for helse og omsorg, avdelingsleder ved Elvebakken (sykehjemsleder), renholdsleder, samt tre pårørende. Vi har ikke fått gjennomført intervjuer med verken smittevernlege eller sykehjemslege, tross gjentatte forespørsler.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt. Fokusgruppeintervju med ansatte varte i 75 minutter, intervju med kommunalsjef for helse og omsorg varte i 46 minutter, intervju med sykehjemsleder varte i 57 minutter, intervju med renholdsleder varte i 43 minutter, og intervjuene med pårørende varte i henholdsvis 41, 75 og 63 minutter.

Dokumentene som inngår er valgt ut og oversendt av kommunen selv, etter forespørsel fra Senter for omsorgsforskning. Disse dokumentene er relatert til rutiner og prosedyrer for beredskap, smittevern, infeksjonskontroll, samt bygningsmessige forhold.

Oversikt over dokumenter:

- *Beredskapsplan for [interkommunalt] legesenter* (oppdatert november 2020)
- *Besøksrutiner, sykehjem* (udatert dokument – rettet mot eksterne)
- *Besøksrutiner, sykehjem* (oppdatert oktober 2020 – til intern bruk)
- *Infeksjonskontrollprogram for [kommunenavn] kommune* (september 2015)

- *Kohortisolering* (udatert rutinebeskrivelse)
- *[Kommunenavn] kommune: Kontinuitetsplan – pandemi. Opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personalefravær* (april 2020)
- *Prosedyre for lindrende behandling ved covid-19 i [navn på lokalt helseforetak]* (april 2020)
- *Plantegning – sykehjemsavdelingen* (udatert)

Kort om informantene:

- *Kommunalsjef for helse og omsorg*: Utdannet sykepleier, og har vært ansatt i kommunen i over 20 år. Er fast ansatt, og har vært i nåværende stilling i mer enn fem år.
- *Sykehjemsleder (avdelingsleder Elvebakken)*: Utdannet sykepleier. Vedkommende er av utenlandsk opprinnelse, og har bodd i Norge i mer enn fem år. Har arbeidet som sykepleier i kommunen siden 2016, og i nåværende stilling som avdelingsleder i litt over ett år. Er fast ansatt.
- *Renholdsleder (ansatt i statlig helseforetak)*: Har teknisk og mekanisk utdanning. Er fast ansatt i det statlige helseforetaket lokalisert i helsesenteret. Har vært ansatt i om lag tre år i stilling som enhetsleder for den tekniske driftsavdelingen. Har det stedlige og daglige lederansvaret for renholdspersonalet som ivaretar sykehjemmet.
- *Ansatt 1*: Sykepleier, fast ansatt. Har jobbet ved sykehjemmet i elleve år.
- *Ansatt 2*: Hjelpepleier, fast ansatt. Har jobbet ved sykehjemmet i tretten år.
- *Ansatt 3*: Sykepleier, fast ansatt. Har jobbet ved sykehjemmet i 20 år.
- *Ansatt 4*: Hjelpepleier, fast ansatt. Har jobbet ved sykehjemmet i tolv år.
- *Ansatt 5*: Sykepleier, vikar. Har jobbet ved sykehjemmet i åtte år, hvorav de siste to og et halvt som sykepleier.
- *Pårørende 1*: Mann i 50-årsalderen. Nevø av beboer på sykehjemmet (bor i samme kommune).
- *Pårørende 2*: Kvinne i 70-årsalderen. Datter av beboer på sykehjemmet (bor i samme kommune).
- *Pårørende 3*: Kvinne i 50-årsalderen. Datter av beboer på sykehjemmet (bor ikke i samme kommune).

5.2.5 VAR SYKEHJEMMET FORBEREDT PÅ PANDEMI?

Da pandemien inntraff hadde kommunen en overordnet plan for håndtering av smitteutbrudd – «*Infeksjonskontrollprogram for [kommunenavn] kommune*», utarbeidet i september 2015 (heretter: smittevernplanen). I smittevernplanen beskrives regelverk og kommunens generelle ansvar og oppgaver i forbindelse med smitteutbrudd, deretter følger beskrivelse av lokal ansvarsfordeling og rolleavklaringer, prosedyrer og rutiner ved større utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunen. I dokumentet framgår også prosedyrer for revisjon av planen (den skal revideres minst hvert annet år).

Ansatte ved sykehjemmet beskrev at de ikke var forberedt på en pandemi, og de hadde ikke kjennskap til at det eksisterte en kommunal smittevernplan. Heller ikke sykehjemsleder (som ved pandemiutbruddet kun hadde vært tilsatt i stillingen i om lag et halvt år) hadde kjennskap til om det fantes noen kommunal smittevernplan. De ansatte beskrev at de allerede før utbruddet hadde etablerte prosedyrer for håndtering av smitte hos pasienter ved sykehjemmet og helsesentret. De mente den interne smittevernplanen var for lite detaljert. De savnet også en konkret plan som skal gjelde dersom det skulle komme smitte på avdelingene, samt vedrørende fordeling av personale

og kohorter. Ifølge kommunalsjef for helse og omsorg fantes det planer og retningslinjer for håndtering av pandemi i kommunen, men etter det hun kjente til, var ikke disse blitt oppdatert siden forrige pandemisituasjon (svineinfluensa i 2009-2010).²⁴

Når det gjelder renhold kjøper kommunen disse tjenestene av helseforetaket som har virksomhet i helsesenteret, hvor også sykehjemmet er lokalisert. Renholdslederen ved sykehjemmet er derfor ikke kommunalt ansatt, og han selv og renholderne følger smittevernprosedyrene og -reglene som helseforetaket de er ansatt i har fastsatt. Renholdsleder fortalte at han, ved starten av pandemien, ikke var særlig godt kjent med innholdet i smittevernplanen, men at denne selvfølgelig raskt ble aktualisert. Han fortalte at det etter hvert ble utarbeidet nye retningslinjer av helseforetaket. Renholdslederen presiserte videre at renholderne til enhver tid følger de strengeste smittevernprosedyrene – i de tilfeller der foretakets prosedyrer er forskjellige fra kommunens egne.

5.2.6 TILTAK VED PANDEMIENS UTBRUDD

Kommunalsjefen fortalte at kommunen, i februar 2020, igangsatte arbeidet med å revidere smittevernplanen, og at de på grunn av sykefravær i kommuneledelsen leide inn ekstern bistand tilsvarende ett til to månedersverk til dette. Kommunalsjefen mente revideringen av smittevernplanen kunne vært gjort bredere og at virksomhetene i større grad burde vært involvert:

Slik jeg har skjønnet det ble det ikke gjort i så bred skala som jeg kanskje hadde ønsket, hvis jeg selv hadde gjort det; at man hadde involvert virksomhetene i større grad, [for eksempel] hjemmetjenesten og kommuneoverlegen. Jeg har forstått det slik at det ble gjort nesten som et énmannsarbeid.

Om de konkrete tiltakene som ble innført ved sykehjemmet, sa kommunalsjefen at disse ble vurdert i samarbeid med kommuneoverlegen, som er den som har ansvaret for smittevern i kommunen. Av iverksatte tiltak som ble trukket fram av kommunalsjefen var opplæring av ansatte ved sykehjemmet, primært gjennom e-opplæringssystem:

Ett av de tiltakene – iallfall som jeg kjenner til (...) selvfølgelig var det veldig mye opplæring av de ansatte, mest via e-opplæring. Vi har et godt e-opplæringssystem i kommunen. Der finnes det veldig mye. Det er veldig mye pålagt opplæring til ansatte, og det ble tatt opp i rapportene og det ble veldig mye fokus på det – på hvordan ansatte skulle jobbe og ta hensyn, og alt det der, til smittevern.

Sykehjemslederen fortalte at sykehjemmet ble stengt for alle som ikke var helt nødvendige for driften. Strengt besøksrestriksjoner ble innført, men unntak ble gjort for pårørende som bodde i en annen kant av landet og som ikke hadde mulighet til å være lenge i kommunen, samt pårørende til terminalpasienter. Avlastnings- og korttidsopphold som ikke var helt nødvendige ble avlyst. De strengeste besøksrestriksjonene varte til juni 2020. Prosedyrer for smittevern ble hengt opp i sykehjemmets lokaler. Aktiviteter og tilbud ble kuttet ut, og faste aktivitetstilbud som gudstjenester, bingo og eldretreff ble avlyst. Det hadde i tiden før pandemien også vært frivillige privatpersoner som arrangerte aktiviteter (blant annet høytlesning), men disse sluttet å ta kontakt etter at pandemiltakene ble innført i mars 2020. Tiltakene ville ifølge sykehjemsleder uansett ha medført at disse aktivitetene ville blitt kraftig begrenset. Det ble innført påbud om bruk

²⁴ Av gjeldende smittevernplan for kommunen (oversendt SOF) fremgår at planen ble ferdigstilt i september 2015

av munnbind for besøkende på et tidspunkt da en tilreisende til kommunen hadde fått påvist covid-19 (vedkommende var ikke på besøk på sykehjemmet).

Ansatte beskriver starten av pandemiutbruddet som en kaotisk tid med mye informasjon på en gang som måtte sorteres og omsettes til den praktiske sykehjemshverdagen. En sykepleier sa at «...det var nytt, folk skulle venne seg til endringer på rutiner, organisering av smitteavdeling og avdelingen generelt. Så det tok litt tid». En annen sykepleier sa følgende:

...det var kaotisk, egentlig. Hva er planen dersom vi mottar noen med mistanke om covid og den type ting? Allerede første gangen vi mottok en pasient måtte vi ta pasienten inn gjennom avdelingen. Det i seg selv skjønte vi at fungerer ikke, så vi har måtte arbeide med å prøve og feile og finne frem til en løsning som fungerer for oss, da.

De ansatte beskriver at de blant annet måtte tømme smitteavdelingen som de fra tidligere hadde opprettet. Noen pasienter måtte flytte fordi avdelingen skulle stenges og klargjøres til eventuelle covid-19-pasienter. Videre etablerte de et nytt inngangsparti slik at pasienter og ansatte kunne gå rett inn i smitteavdelingen. Sykehjemsleder og renholdsleder utdypet dette, og forklarte at den nye inngangsdøra egentlig var bygget som en nødutgang i forbindelse med den nylig gjennomførte utbyggingen og renoveringen av sykehjemslokalene. Etter at pandemiltakene ble innført, ble den omgjort til et separat inngangsparti. Døra til denne avdelingen er alltid stengt og alle som går inn registreres.

De ansatte måtte i samarbeid med ambulanspersonale og leger, finne ut hvilke rutiner som skulle gjelde for smitteavdelingen. Alle med mistanke om covid-19 skulle via smitteavdelingen. Ansatte beskrev at våren 2020 var preget av prøving og feiling, men at de fra sommeren av opplevde å få mer kontroll over situasjonen. De følger nå smittevernsoppdateringene, og de har innarbeidet rutinemessig gjennomgang vedrørende påkledning og bruk av smittevernutstyr.

5.2.7 SMITTEVERNUTSTYR

Da pandemien brøt ut hadde sykehjemmet en del smittevernutstyr på lager, og de var aldri helt tomme for slikt utstyr. I starten av pandemien mobiliserte også lokalmiljøet og avhjelp dermed med å få tak i smittevernutstyr. En av sykepleierne fortalte:

Det er folk fra meieriene og rundt her som faktisk kom med visir og utstyr som de hadde i esker og som de på en måte donerte til oss. Lokale bedrifter som hadde smittefrakker og smittevernutstyr generelt som de faktisk kom til avdelingen med.

Sykehjemslederen bekreftet at sykehjemmet hadde et lite lager med smittevernutstyr i starten (blant annet munnbind og frakker) – men at dette fort gikk tomt. Da måtte de være kreative. Lokale bedrifter hjalp til. Blant annet fikk sykehjemmet munnbind fra tannlegen, og smittefrakker fra meieriet, men disse frakkene var egentlig ikke adekvate til sykehjemmets bruk. Alt i alt, fortalte sykehjemslederen, var tilgangen på smittevernutstyr ikke veldig utfordrende. Dette ble bekreftet av kommunalsjefen for helse og omsorg:

Vi har ikke hatt noen større utfordringer når det gjelder tilgjengeligheten av utstyr. Når det nasjonale lageret, og utleveringen derfra kom i gang, fungerte dette egentlig ganske godt. Vi hadde litt utfordringer i starten, når det gjaldt å få tak i tester og – slik jeg har forstått det – var det i starten slik at det var universitetssykehuset som skulle levere tester til hele fylket – og de ville liksom ikke levere til kommunene, i hvert fall ikke til de kommunene som ikke hadde smitte.

Kommunalsjefen opplyste videre at kommunen hadde ukentlige møter med Fylkesmannen, som hun opplever «fulgte smittevernutstyr-situasjonen veldig nøye opp, iallfall i fylket.» Hun forteller at hun tok det opp med Fylkesmannen de gangene de ikke fikk det utstyret de mente de hadde behov for, og at dette umiddelbart ble tatt videre. Kommunalsjefen fortalte at hun ikke hadde fått tilbakemeldinger om manglende utstyr. Det ble videre etablert et samarbeid med nabokommunene – en ordning der kommunene hjelper til og låner ut utstyr dersom noen av kommunene får smitte, mangler noe eller går tom for utstyr.

5.2.8 PERSONALRESSURSER OG SAMARBEID MED/MELLOM PERSONALE

Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at sykehjemmet for tiden har svært god kapasitet, og om lag en tredel av de faste plassene var i bruk i løpet av pandemiperioden. Kommunalsjefen fortalte at det i løpet av denne perioden var mye fast personale. Hun beskrev at sykehjemmet generelt hadde lavt sykefravær, noe som gjorde den til en nokså sjelden avdeling med tanke på at den tilhører pleie- og omsorgssektoren. Det var noe økt vikarbruk under pandemien, siden terskelen for å holde seg hjemme ved symptomer (som kunne indikere covid-19) ble satt lavere.

Om kontakten mellom kommuneledelsen (sentralt) og sykehjemmet ga kommunalsjef for helse og omsorg blant annet følgende beskrivelse:

Da jeg kom gradert tilbake på jobb [etter sykefravær], sånn i midten av april, så ansatte jeg en (...) – vi hadde jo denne eksterne, innleide konsulenten inntil jeg kom tilbake – men da jeg kom gradert tilbake, da ansatte jeg en vi kalte 'koronakoordinator', som var en utdannet helsesekretær, som fikk ansvaret med å jobbe tett mot virksomhetene og hjelpe dem med å planlegge, lage prosedyrer og retningslinjer, alt av besøksregler og interne rutiner. Så den hjelpen hadde jeg, jeg tror det var 40 prosent stilling. To dager i uka jobbet hun i tett samarbeid med meg, og vi hadde denne ekstraressursen helt til midten av juni, tror jeg. Så det var egentlig veldig tett kontakt mellom oss i administrasjonen og virksomhetene.

Ansatte beskrev, i tråd med ledelsens oppfatning, at de hadde en tilstrekkelig stab med faste ansatte, og faste tilkallingsvikarer. Til daglig er de syv personale på dagtid og fem på kvelden, men noen ganger kan bemanningen være redusert på grunn av sykefravær. Pårørende opplevde også at personalgruppen på sykehjemsavdelingen var fast og stabil. De hadde ikke inntrykk av at bemanningen har vært for lav underveis i pandemien.

Pandemien resulterte i oppgaveforskyvninger mellom ansatte som igjen gir noen utfordringer. En sykepleier sa:

Det var helsefagarbeidere og hjelpepleiere som litt måtte ta over sykepleiernes oppgaver. Det er stort sett bare en sykepleier per vakt. Det vil si at sykepleieren står i den situasjonen (smitteavdeling), og da må vi gi fra oss noen av arbeidsoppgaver til noen andre for at det skal dekkes når vi står inne på et smitterom med smittevernutstyr på. Det største problemet slik jeg så det, var at helsefagarbeiderne ikke var rutinert nok i de oppgavene de fikk. Det kom nok litt bardus på dem.

En av hjelpepleierne fulgte opp dette:

Jeg er hjelpepleier og jeg faktisk gruer meg til sånne vakter der jeg både må ta telefonen [legevaktstelefon] og oppgaver fra sykepleiere. Jeg føler meg utrygg. Det er ikke mine daglige oppgaver ... Jeg stresser. Jeg prøver å gjøre så godt jeg kan, men alt er ikke innen min kompetanse. Det som skjer er at jeg gjør feil.

Ansatte beskrev også utfordringer når det gjaldt å få dekket opp med tilstrekkelig kompetanse blant personalet på vaktene. Det var særlig utfordrende og dekke opp alle vaktene med sykepleiepersonale. Det skal alltid være en sykepleier på hvert vakt som har det overordnede ansvaret. Dette var sårbart fordi ansatte måtte ha lavere terskel for å holde seg hjemme ved symptomer på luftveisinfeksjon.

Sykehjemslederen fortalte at personalbehovet økte i det pandemiltakene ble innført, og at det ikke var nok sykepleiere i starten av pandemien. Dette skyldtes at det ble stor pågang på smitteavdelingen, og ettersom det også fungerer som akuttmottak, ble arbeidet med ett mer tidkrevende. Det krevdes ofte to sykepleiere per pasient i akuttmottaket etter at smitteverntiltakene ble innført.

Kommunalsjefen fortalte at det i starten av pandemien ble etablert et bakvaktssystem for å sikre sykepleierdekning, et system som etter hvert i pandemiperioden ble avviklet:

Det ble i starten innført – ved mistanke om koronasmitte – igangsettelse av fullt smittevernsregime; da ble det av og til litt mye [arbeid] for en sykepleier når det var flere pasienter samtidig – så de innførte et bakvaktssystem, som innebar at det hele tiden var en sykepleier som hadde bakvakt. Altså helt i starten av pandemien var det litt uenighet mellom administrasjonen og virksomheten om hvorvidt det var nødvendig, når det ikke var noe smitte. Men de hadde nå det [bakvaktssystemet] en stund, for å betrygge ansatte og være forberedt, men den ordningen ble avviklet etter en kort stund, når man så at pandemien ikke rammet [kommunen] – den gangen iallfall.

5.2.9 SAMARBEID MED LEGE OG EKSTERNE RESSURSER

Når det gjelder kommunens overordnede håndtering av smittevern ved sykehjemmet under pandemien, beskrev kommunalsjef for helse og omsorg at smittevernlegen var involvert på en god måte: *«Jeg mener i hvert fall at kommuneoverlegen, som har ansvaret for dette, var veldig involvert – både som rådgiver, samarbeidspartner og, ja, sparringspartner når det ble vurdert tiltak og sånt.»*

Videre opplevde kommunalsjefen at samarbeidet mellom sykehjemsledelsen og overordnet nivå i kommunen har vært tett og godt. Sykehjemsleder var imidlertid av en litt annen oppfatning. Hun mente kommunikasjonen mellom sykehjemmet og kommunens sentralledelse «ikke var perfekt», og hun beskriver videre at *«det ble avholdt to ledermøter i starten som omhandlet pandemisituasjonen, men etter det ble det veldig stille.»* Sykehjemslederen forklarte at hun hadde ønsket seg flere møter med, og oppfølging fra, kommuneledelsen angående håndtering og oppfølging av pandemisituasjonen.

Ansatte beskrev at samarbeidet med legene tilknyttet sykehjemmet under pandemien varierte. De faste legene er mer kjente på avdelingen enn vikarlegene, og mer nøye på smitterutiner og rutiner generelt. De ansatte hadde jevnlig kontakt med legene i løpet av døgnet, og sykehjemslegen besøker avdelingen rutinemessig en gang i uka. Fastlegene er lokalisert på samme sted, og det var lett å oppnå kontakt med dem. Det var utfordringer med vikarlegene sommeren 2020, og en sykepleier utdyper dette slik:

Vikarene er ikke kjent med hvordan avdelingen er bygd opp, de er ikke kjent med smitteavdelingen og rutiner rundt det. Vi har jo hatt uheldige opplevelser med blant annet leger der de ikke har skjønt av- og påkledning og hvordan håndtering av smitteutstyr skal gjøres. Så det er veldig stor variasjon der, vil jeg si.

Avdelingen er både flerspråklig og flerkulturell. Ansatte har noen ganger lest informasjonsmaterieell høyt for hverandre og samarbeidet for å forstå. De har brukt hverandre hvis de ikke har forstått. Den språklige utfordringen ble særlig knyttet til personalet som ivaretar renhold. En hjelpepleier uttrykte at *«ja, jeg tenker at vi har utfordringer med renholdstjenesten. For de fleste av dem snakker dårlig norsk.»*

Kommunalsjefen kunne bekrefte at de største utfordringene med tanke på smittevern under pandemien kan knyttes til renholdet:

Slik jeg kjenner til det, så hadde de ikke tilstrekkelig kompetanse til å utføre smittevask. Og hvorfor de ikke hadde det – vi mener det var manglende språkkompetanse; det at de ikke forsto. De påstod at de hadde fått mye opplæring og slikt, men vi måtte skrive avvik gang på gang, og si at dette går ikke, de følger ikke smittevernregimet, og (...) Det er slik jeg har oppfattet det.

De ansattes opplevelse var at dette ikke var et problem når det gjaldt de faste renholderne, men de opplevde flere avvik relatert til smittevask og renholdsrutiner i løpet av sommeren 2020, da det var flere renholdsvikarer på jobb. På grunn av språkbarrierer forsto de ofte ikke beskjeder og det ble uklart hvorvidt de hadde fått tilstrekkelig opplæring. Som en nødløsning utarbeidet ansatte et system som skulle bedre kommunikasjon med renholderne om hvorvidt et smitterom hadde blitt vasket eller ikke. En av hjelpepleierne utdypet situasjonen:

Det at vi måtte springe etter hverandre og spørre: 'Har du sett om vaskeren har vært der?' eller finne tak i vaskerne. Det er et ganske stort bygg, og de har ikke bare ansvar for vår avdeling, men hele helsesentret. Det var egentlig ganske kaotisk. Men nå som vi har det systemet vi har, så er det mye enklere. Vi sender en melding i et elektronisk system og leverer en lapp i vaskernes system inne på vaskerommet. Så har vi rett og slett skilt på dørene med rødt og grønt. Er det rødt, så er det ikke vasket. Er det grønt, så er det vasket. Vaskerne snur det skiltet slik at vi kan se at rommet er reint.

Renholdslederen på sin side påpekte at det var enkelte blant personalet som var mer opptatt av smittevernreglene enn andre, og noen var opptatt av å «tyste» på andre ansatte som de mente ikke fulgte reglene godt nok. Renholderne vasker arbeidsklærne sine selv, og noen mente at enkelte ikke vasket klærne sine godt nok. Noen lagde sine egne smittevernregler, for eksempel hvor det skulle brukes munnbind, og dette medførte noen konflikter og spenninger. I tillegg ble det misforståelser på grunn av ulike språk – og ikke minst på grunn av kulturforskjeller renholderne imellom. Det var uenigheter blant de ansatte om hvilket smittevernutstyr som skulle brukes og i hvilke situasjoner det skulle brukes. Renholdslederen fortalte at han etter hvert måtte skjære igjennom og bestemme.

De ansatte opplevde generelt sett at ledelsen var flink med informasjon helt fra starten av, og de har fått ukentlige oppdateringer og direktiver.

5.2.10 BYGNINGSMESSIGE FORHOLD

Sykehjemsbygget fremstår som nytt, men da covid-19-pandemien brøt ut oppdaget de ansatte fort at bygget ikke var planlagt godt for en pandemi. De så fort behovet for å lage midlertidige løsninger. De satte opp hyller for å få plassert ut utstyr, og de ryddet de trange korridorene for gjenstander for å få gjort dem mer åpne og romslige. De fikk blant annet omgjort medisinerommet til skyllerom, men skyllerommet er ikke hensiktsmessig plassert i forhold til smitteavdelingen.

Ansatte må inn i den «rene» delen av sykehjemmet for å bruke skyllerommet. Et annet forhold er avfallsrommet, som er plassert helt på andre siden av smitteavdelingen. De ansatte må da dra med seg smitteavfall fra smitteavdelingen og gjennom hele avdelingen og helt ut til den andre siden av bygget. De ansatte mente også at slusen inne på isolatene er for smale. De har egne rom som er planlagt for smitte, men rommenes plassering i forhold til bygget for øvrig var ikke like hensiktsmessig planlagt. En sykepleier utdypet dette slik: *«I begynnelsen måtte vi ta de (mulig koronasmittede) igjennom hovedavdelingen. Da hadde vi jo passert alle pasientrom og behandlingsrom og fellesarealer. Så det måtte endres.»*

De måtte da legge inngangen til bakdøra som ledet direkte inn til smitteavdelingen, men da oppstod det et nytt problem som en sykepleier beskrev slik:

...når ambulansen må komme inn med pasientene i ene enden. Der er jo en trapp og ikke en rampe, så bæring av båren kan jo bli litt tungt. Den [inngangen til smitteavdelingen] er ikke utformet for å ha lett tilgang inn og ut.

Ettersom bygget var ganske nytt og mye ikke var helt ferdig enda, var såpe- og spritdispensere, som er essensielt i en pandemisituasjon, ikke hengt opp da pandemien brøt ut. Det ble mye lagring oppå vaskeservanter og bord og på unødvendige plasser som ikke egentlig burde vært fylt med såpeflasker, spritflasker og den type ting.

Andre bygningsmessige forhold de ansatte nevnte var at det burde vært et eget bøttekott for renholdere i smitteavdelingen, og de ser at det er uheldig med dårlige skiftemuligheter for personalet. Alle ansatte benytter felles garderobe, både de som har arbeidet i smitteavdelingen og de som har arbeidet i andre avdelinger. Sykehjemslederen hadde noen innspill til hva som kunne ha vært annerledes ved sykehjemmets bygningsmasse for at den kunne fungert bedre i en pandemisituasjon. Hun trakk fram smitteavdelingen, og beskrev at et skyllerom knyttet til denne avdelingen ikke er fullstendig avskjermet fra resten av lokalene, siden man må bevege seg gjennom andre deler av sykehjemmet for å komme til og fra dette rommet. I tillegg hadde det vært ønskelig at én av de tre pasientstuene var tilknyttet smitteavdelingen. Da kunne man hatt en helt avskjermet smitteavdeling, og personalet hadde ikke behøvd bevege seg i andre deler av bygget.

Pårørende refererte også til bygningsmessige forhold som hadde betydning når de kom på besøk. De var henvist til å bruke en bestemt inngang, og det var tydelige retningslinjer for hvordan de skulle gå for å komme til rommene til beboerne. Det var ikke lov til å oppholde seg i fellesarealer eller på andre rom under besøket. De fikk informasjon om dette i egne skriv, og i tillegg var det oppslag i avdelingen. Pårørende trakk også frem betydningen av lokaliseringen av beboernes rom og størrelsene på rommene når det en gang var slik at beboerne måtte tilbringe mesteparten av tiden sin der. En fortalte: *«Så når han sitter på et svært rom, så tror jeg ikke at han føler seg isolert. Det er vindu ut mot veien, så han ser jo trafikken og alt»* (pårørende 1). En annen bekrefter dette: *«Men når det ble sånn her, så sitter han på et kjempestort rom med alt han trenger og heis i taket. Det er så perfekt som det går an å få det»* (pårørende 3).

5.2.11 IVARETAGELSE AV BEBOERE

Vi skal i det følgende sammenfatte hvordan beboerne sine behov og rettigheter har blitt ivaretatt i løpet av pandemien. Både ledelsen, de ansatte og pårørende fortalte om en ekstraordinær situasjon som oppsto da sykehjemmet ble helt stengt for besøk utenfra i begynnelsen av pandemien. Dette skapte noen reaksjoner i lokalsamfunnet, som blant annet kom til uttrykk på sosiale medier. En sykepleier fortalte:

Det var utenfra at vi merket at det ble savn [med besøk] fordi det ble litt skriving på Facebook (...). Vi forholdt oss til det som ble bestemt fra høyere hold. Men så ble det jo etter hvert mulighet for det [besøk]. Så det var jo noen måneder der det nesten var lukket. Det var kun personale som var inne.

Likevel uttrykte pårørende forståelse for situasjonen, og de var til en viss grad forberedt gjennom nasjonale nyhetssendinger og annen informasjon i tiden da pandemien var et faktum. Pårørende poengterte at sykehjemmet håndterte situasjonen som oppsto på en god måte, og at de var trygge på at beboerne ble godt ivaretatt.

Beboerne ble, i starten av pandemien, isolert på rommene sine og ifølge ansatte ga de uttrykk for at dagene ble lange og kjedelige. En sykepleier beskrev hvordan beboerne ga uttrykk for savnet av sine pårørende:

Det er nok et høydepunkt og en rutine, de er vant til at pårørende kommer hver dag. Og plutselig kommer de en gang i uka, eller ... Savnet er nok hos dem. Og de har jo gitt uttrykk for det, de som er kognitivt oppegående. Så har de slått seg til ro med at det er faktisk sånn i den perioden pandemien var. At det faktisk er sånn at vi må vente å se til det blir bedre.

Pårørende bekreftet følelsen av ensomhet og savn blant beboerne. De ga uttrykk for at mangelen på besøk førte til lange dager og lite aktiviteter å fylle tiden med. En pårørende fortalte:

...men når vi fikk komme inn der igjen [på besøk], så hadde det vært kjempekjedelig. Dagene er lange i utgangspunktet, og han sitter jo stort sett og venter på at jeg skal komme (...). Når det ble som det ble, synes han det ble veldig kjedelig. Det var svært lite som skjedde (pårørende 1).

I likhet med de ansatte, fortalte også pårørende at beboerne vennet seg til den nye situasjonen med mindre besøk og mindre sosiale aktiviteter utover i pandemiforløpet:

‘Nå får jeg ikke besøk,’ sa hun. ‘Det blir jo ensomt, det blir jo helt forferdelig.’ Det sa hun i begynnelsen. Men jeg tror hun ble vant til det. Det var jo trist for henne at vi ikke kom på besøk (...). Men hun klarte seg. Men hun snakket ikke så mye om det da dørene ble åpnet (pårørende 2).

Jeg tror han følte seg ganske trygg der han var [på sykehjemmet]. Men det jeg ser etter hvert, er at han følte seg ensom. Etter en stund vennet han seg til det, og da sa han at han ikke trengte besøk mer (pårørende 3).

Tross for at beboerne vennet seg til mindre besøk, hadde dette negative konsekvenser ifølge noen av pårørende. På spørsmål om hva som fra beboerens ståsted var den mest krevende endringen på sykehjemmet i pandemien, svarte en pårørende:

Isolasjon. For det gjør noe med hodet hans, når han er så mye alene. Det oppdaget jeg jo at han tenkte mer og mer – at han var til bryderi for oss (...). Jeg tror han tenkte i en periode at vi ikke ville ha kontakt med ham. Det er nok noe som kan skje når man sitter mye alene (...). Det er noe å tenke på det, at isolat i fengsel er en ekstrastraff (pårørende 3).

To av pårørende, som tidligere hadde hyppig kontakt med beboeren per telefon, merket en endring i kontaktmønstret og kommunikasjonen med beboerne utover i pandemiforløpet.

Nei, jeg synes han tar mindre kontakt (...). Jeg tenker at det at han sitter mye alene gjør at han glemmer det (...). Selv om jeg sier han må ringe hver dag, så gjør han ikke det. Å gå fra å ringe fem ganger om dagen [før pandemien] til en gang annenhver uke, det synes jeg er dramatisk (pårørende 3).

...Da snakket hun mye mer [på telefon]. Da var det hun som snakket. Men etter denne stengningen, så pratet hun ikke så mye. Det har jeg merket. Der er det blitt litt annerledes (pårørende 2).

I tiden sykehjemmet var stengt for besøkende fikk ansatte ordnet med iPad-er som pårørende kunne benytte for å ha kontakt med sine nærmeste. Det fungerte godt for noen av beboere og deres pårørende:

...Men det [iPad] har vært veldig positivt. Vi har følt oss litt nærmere hverandre. Telefonsamtaler er litt mer (..) Vi har jo stemmen, men det er noe annet når du ser personen (pårørende 3).

Når det gjelder ivaretagelse av beboernes behov for pleie- og omsorg under pandemien, var det noen forhold som ble trukket frem som utfordrende av de ansatte. Disse kan i stor grad knyttes til arbeidsdeling og ansvarsforskyvning, noe som eventuelt kunne gå utover den enkelte beboers behov:

Jeg tenker på at da vi mottok en pasient med mistanke om covid. Da var det sånn at sykepleier ble opptatt inne på det rommet sammen med legen. Så da fikk helsefagarbeideren eller hjelpepleieren overta sykepleieren sine oppgaver. Igjen da pasienter ringte på, kan det i verste fall føre til at det blir venting før de får hjelp fordi vi er for opptatt. At det blir for lite personale igjen på avdelingen til akkurat den typen behov, da (sykepleier).

Ansatte beskrev at forskyvning i arbeidsoppgaver, samt nye arbeidsoppgaver som er kommet til under pandemien, har gitt mindre tid til beboerne. En sykepleier sa:

De har nok merket at helsefagarbeiderne som stort sett har vært i pleien har sprunget med andre ting, slik som hun sa (deltaker 2) i sted. De har måtte vente litt på grunn av oppgaver som er delegert til helsefagarbeidere og hjelpepleiere. Så de (beboerne) har nok merket den delen, ja.

Pårørende hadde i varierende grad inntrykk av at pleien og omsorgen endret karakter og omfang underveis pandemien. Oppsummert var hovedinntrykket deres at beboerne har fått oppfylt sine behov for stell, toalettbesøk, spising og forflytning, og at dette har blitt ivaretatt i samme grad som tidligere. Noen beskrev likevel reduksjon i fysisk funksjonsnivå, noe som også settes sammenheng med at beboerne tilbringer med tid i sengene sine eller alene på eget rom. En pårørende uttrykte bekymring for beboerens nedsatte matlyst og vektreduksjon. På den andre siden kunne vedkommende ikke utelukke at dette var naturlige endringer som følge av alderdom og sykdomsprogresjon. Sykehjemslederens inntrykk var derimot at beboernes helsesituasjon generelt bedret seg som følge av smitteverntiltakene under pandemien, og at dette skyldes at tiltakene også hindrer smitte av andre sykdommer; «*influenza finnes jo ikke i år!*» uttalte hun.

Pårørende uttrykte forståelse for at covid-19-pandemien og de påfølgende endringene i rutiner og smittevern er ressurskrevende og tar kapasitet fra personalet. Flere utsagn tydet på at beboerne tilbringer mye tid på eget rom, og at aktivitetstilbudet og sosialiseringstiltak ikke lengre er tilgjengelig eller blir prioritert.

Jeg spurte han en gang om de hadde vært og kjørt tur, men han sa de ikke hadde tid nå. De orker ikke kjøre nå. Ta han med på tur (...) Eller uansett, bare ut av huset (pårørende 1).

Det hun [beboer] sier er at 'det er bare når jeg ringer [tilkaller hjelp] at de kommer.' Det er det jeg vet, jeg vet ikke mer (pårørende 2).

Slik jeg skjønner det, samles de til måltider. Så han har vent seg til å være alene på rommet sitt (pårørende 3).

Dette står noe i kontrast til personalets fremstilling i fokusgruppeintervjuet. På spørsmål om eksempler på aktiviteter de hadde gjort med beboerne under pandemien, svarte en av sykepleierne at noen liker å dra på tur og spille spill og andre foretrekker å være for seg selv. En annen sykepleier fulgte opp utsagnet og forklarte nærmere:

Dette med sosial kontakt i fellesarealet, det er jo vi personalet som har lest avisen, sittet og pratet med dem og vært den sosiale delen og aktiviseringen. Men det er som hun (deltaker 5) sier, det er veldig variabelt om hvor mye de har et ønske om å aktivisere seg selv. Men det har vel ikke endret seg så mye det vi gjør i forhold til pasientene, egentlig. Vi har jo stekt vaffer og (...)

Før pandemien hadde beboerne tilbud om sosiale aktiviteter utenfor sykehjemmet og aktiviteter i regi av frivillige inne på sykehjemmet. Disse tilbudene opphørte da pandemien brøt ut og de fleste er ifølge pårørende fortsatt ikke kommet i gang igjen. Dette er et savn hos flere av beboerne:

Vi har jo også noen som bruker å dra på slike 'treff' på omsorgssentret. Jeg vet ikke om det er oppe og går ennå, men det ble avsluttet helt i begynnelsen (av pandemien). Det la jeg merke til, det påvirket jo noen av de som brukte å dra på det treffet. Det var det sosiale de hadde, og de så frem til den dagen i uka. Det blir jo kjedelig og mindre sosialt for deres del, da (hjelpepleier).

Den [frivillige] som bruker å komme og ha høytlesning til pappa, kommer ikke. Vedkommende får ikke lov (pårørende 3).

Behovet for fysisk kontakt ble ikke problematisert i intervjuene med ansatte, men det var et tema i to av pårørendeintervjuene. En pårørende (pårørende 2) beskrev beboerens behov for fysisk kontakt under mobilisering, samt behovet for fysisk nærhet. Begge utsagnene kan indikere at beboeren ikke fikk oppfylt elementære omsorgsbehov på grunn av restriksjoner ved sykehjemmet:

Hun er veldig redd for å gå. Hun har ramlet så mange ganger etter at hun kom på sykehjemmet. Så vil hun at de skal holde henne i hånda når de går. Hun har jo også rullator, men jeg tror det er denne kontakten. At noen tar henne i hånden. Så er det noen som sier: 'Nei, du trenger ikke. Du går selv' (...) Det synes jeg er veldig trist. For bare den hånden Det å kjenne at noen tar i henne og leier henne (...). Tenk at hun er der og det er ingen som tar henne i hånden. Jeg kan ikke ta henne i hånden nå.

Men det klarer ikke hun [beboer] å skjønne, at jeg ikke kan ta henne i hånden og stryke henne over kinnene. For hun likte det før, at jeg ga henne en god klem før jeg skulle dra. Det syntes hun var veldig fint. Hun sa ikke det, men jeg kjente det. At hun holdt Ja. Så det får hun ikke.

Noen av utsagnene beskriver også hvordan språk kunne være en barriere for god kommunikasjon mellom beboer og ansatte:

Hun [beboeren] snakker jo norsk, men hun synes det er mye lettere å snakke samisk. De sier jo på sykehjemmet: 'Hun kan jo norsk.' Men hun kan jo ikke fortelle. Hun sier jo det dagligdagse (...), men hun kan ikke fortelle så veldig mye til dem. Ja, så det er jo litt vanskelig, akkurat det (pårørende 2).

5.2.12 IVARETAGELSE AV PÅRØRENDE

Sykehjemmets dialog med pårørende har ifølge de ansatte vært hyppigere under pandemien enn ellers. Noen pårørende bor nært sykehjemmet og flere har faste besøksrutiner. Det er også en del pårørende som bor andre steder.

Av sykehjemlederen ble kommunikasjonen med og oppfølgingen av de pårørende under pandemien likevel beskrevet som mangelfull: «*De pårørende ble glemt – rett og slett. Det må jeg nok innrømme. Det var veldig lite kommunikasjon mellom de pårørende og sykehjemmet,*» fortalte hun. Med hensyn til informasjon til pårørende, var hun usikker på om de pårørende fikk informasjon fra sykepleierne, fra sentralledelsen i kommunen, eller om de i det hele tatt fikk den. Hun beskrev videre at hun selv som leder hadde hatt for lite oppmerksomhet på de pårørende, og at mer kontakt med, informasjon til og oppfølging av pårørende krystallklart trer fram som et læringspunkt til en eventuell tilsvarende situasjon i fremtiden.

Ansatte ved sykehjemmet bekreftet at heller ikke de aktivt informerte pårørende da sykehjemmet stengte ned, men fortalte at da de åpnet opp igjen for besøk ringte de rundt til de nærmeste. Likevel opplevde pårørende i stor grad at de fikk informasjonen de trengte da sykehjemmet ble stengt. Noen refererte også til de nasjonale retningslinjene og informasjonen som ble offentliggjort via massemedia.

Generelt kan det sies at de ansatte opplevde at kommunikasjonen med de pårørende hadde vært god. Dette ble også bekreftet i intervjuene med pårørende. De forsøkte å legge til rette for beboerne og pårørende, som en sykepleier utdypet:

Vi prøvde å tilrettelegge for de som hadde sine som lå her og var terminale og lå på sitt siste. Vi prøvde så godt vi kunne å tilrettelegge innenfor de reglene og begrensningene vi hadde for at dem (pårørende) skulle kunne være hos dem (pasientene). Som sagt, vi prøvde heller finne løsninger på hvordan de kunne være i kontakt.

Ansatte beskrev at pårørende selv lagde plan for besøk og fordeling for å følge retningslinjene. Det var også mulighet til å besøke beboerne utenfor sykehjemmet i perioden det var stengt for besøkende, men det kommer ikke frem at det ble mye brukt.

På spørsmål om hvordan ansatte opplevde at pandemien har påvirket pårørendes behov for hjelp, støtte og informasjon, svarte en sykepleier:

Jeg vil si at det er veldig variabelt. I begynnelsen var det et sjokk for både oss i helsetjenesten, folk på gaten og den typen ting. Så det ble sånn: 'Hvordan skal vi forholde oss til det her'. Vi opplevde jo en god del negativitet, blant annet da vi stengte av avdelingen. Både fra pårørende, folk på Facebook og alt mulig rart. Det virker som folk har mer forståelse for det nå enn da. Folk kommer hit, de spriter fingrene og tar på munnbind og forholder seg til reglene vi har her på avdelingen.

Ansatte pekte på at det kan være vanskelig for besøkende å følge retningslinjene til sykehjemmet:

Det vi kanskje merket var vanskelig, var å innføre seg i reglene vi satte om å ikke være i fellesarealet fordi folk er så vant til det. For eksempel da døra sto åpen sommerstid for å lufte, da var det lett for folk å bare komme inn. Så er det dette med at vi skulle være litt strenge og si at 'dere kan ikke bare komme inn selv om døra står åpen. Dere må gå inn gjennom hovedinngangen, så må dere forholde dere til restriksjonene.'

I pårørendeintervjuene blir dette i noen grad kontrastert. Pårørende hadde i utgangspunktet ikke vanskeligheter med å følge retningslinjene for smittevern og de tiltakene som ble iverksatt. Samtlige beskrev at sykehjemmet hadde tydelige retningslinjer som ikke var problematiske å følge. Tiltakene som ble beskrevet er også i samsvar med sykehjemmets skriftlige prosedyrer og informasjonsskriv:

Det er jo de nasjonale retningslinjene – de gjelder. Som nå skal jeg ha munnbind på og sprite hender [på sykehjemmet]. Jeg skal gå direkte til det rommet jeg skal være. Det kan ikke være mer enn så og så mange besøkende samtidig. Det er jo egentlig det samme som vi gjør hele tiden, bortsett fra dette med spriten og maska. Så sitter jeg med munnbind på når jeg er inne hos ham [beboeren] (pårørende 1).

Når du kommer inn, har de munnbind på innsiden av døren. Og her har de Antibac [desinfeksjonsmiddel]. Og de skriver navnet hver gang vi kommer. Så jeg synes de er veldig flinke. Jeg har ikke noe å utsette (pårørende 2).

En pårørende beskrev at ansatte selv ikke alltid er konsekvente i rutinene ovenfor de pårørende. Dette kunne føre til misforståelser og frustrasjon:

Så en dag da jeg var på besøk, så var det kveldsmat. Jeg tar henne [beboeren] med meg og leier henne. Jeg kommer akkurat på dørstokken, så roper de til meg: 'Du har ikke lov til å komme inn her!' Jeg ble jo skremt. Jeg skvatt. Så sier jeg: 'Hun greier ikke gå selv, dere får komme og hente henne her.' Det synes jeg var forferdelig, at plutselig (...) Jeg hadde gått gjennom den døra tidligere og da hadde de hadde ikke sagt noe. For jeg spurte første gang. Men de sykepleierne som var på jobb hadde ikke de samme reglene, skjønner du. Det visste jo ikke jeg. Broren min som også brukte å være der, han fikk leie henne inn i stua. Men jeg fikk skjenn. Jeg hadde ikke lyst til å dra dit mer da. Det må jeg bare fortelle, det synes jeg var helt forferdelig (pårørende 2).

Pårørende hadde også innarbeidede rutiner om bruk av munnbind under besøk. En opplevde dette som besværlig, ettersom besøkene kunne vare ganske lenge. Vedkommende synes også det var litt merkelig at personalet selv ikke brukte munnbind når de var inne hos beboerne. I det store bildet syntes pårørende smittevernsrutinene blant personalet var gode. Samtidig var noen beviste på at koronavirussmitte kunne bli bragt inn i sykehjemmet. En pårørende uttrykte klare forventninger til personalet og deres oppfølging av smittevernsrutinene:

Det føler jeg meg trygg på. At de følger de retningslinjene og restriksjonene som de har fått. I og med at de har pasientkontakt med risikogrupper, så forventer jeg at de gjør det. Men det er klart, hvis det blir mye smitte i kommunen, så er jo de også mennesker. De har jo også en fritid (...). Og da er det selvfølgelig en risiko for at de også blir smittet. Og den smitten vil de jo nødvendigvis ta med seg på arbeidsplassen sin. Det er jo sånn det sprer seg. Så det er klart,

man blir jo bekymret dersom det blir mere smitte. Man håper jo at man i denne runden klarer å holde den unna sykehjemmet (pårørende 1).

Samtlige pårørende fortalte om egne opplevelser av pandemien og om noen av konsekvensene av de sosiale restriksjoner. De påpekte blant annet at de hadde mindre sosial omgang, men at det hadde mindre betydning for dem enn for beboerne på sykehjemmet. Generelt fortalte pårørende i liten grad om ivaretagelse av egne behov i pårønderollen. Likevel kom det frem uttalelser som beskriver hvordan pandemisituasjonen har preget dem. En av de pårørende sa: «*Jeg har jo savnet ham. Savnet å kunne dra dit. For jeg vet hvor mye det betyr for ham*» (pårørende 1).

Pandemisituasjonen førte også til etiske dilemmaer som belyste hvor vanskelig situasjonen kan oppleves for pårørende. En pårørende hadde tenkt mye på hvordan situasjonen påvirket den siste fasen av livet til beboeren og dem selv. Vedkommende hadde kommet frem til følgende beslutning:

På en måte har jeg kjent på at han [beboeren] er trygg. Men på en annen måte har jeg kjent at dette ikke er bra for han. Det har jeg sagt høyt til de som jobber der, at jeg egentlig har bestemt meg for at jeg synes det er bedre om han dør av en infeksjon enn av ensomhet. Jeg er nødt til å si det til meg selv, at det er det jeg synes. Vi kommer ikke til å la være å klemme på han. Det er helt sikkert (...). Om vi må ha munnbind på, ja, så gjør vi det. Men jeg har kjent at man må kjenne etter om hva som er viktig. (...) Vi skal ikke bestemme oss for at vi ikke skal være redd for at vi skal utsette han for oss, at det kan være farlig for han. Jeg tenker at her må man samle på gode minner også. Ikke bare holde ut (pårørende 2).

En pårørende fortalte om store belastninger i livet og i rollen som pårørende. Dette var noe hun kviet seg for å ta opp med de ansatte fordi hun mente at de primært skulle ivareta beboerens behov. Vedkommende opplevde besøksrestriksjonene i starten av pandemien som et pusterom fra pårønderollen: «*For å være helt ærlig var det mange ganger slik at 'i dag trenger jeg ikke dra. I dag kan jeg gjøre hva jeg selv vil. I dag blir ikke mitt arbeid forstyrret'.*»

5.2.13 HAR PANDEMIEN FØRT TIL ENDRINGER ELLER NYE MÅTER Å UTØVE TJENESTENE PÅ SOM KAN VÆRE HENSIKTMESSIGE PÅ LENGRE SIKT?

På spørsmål til ansatte om pandemien har ført til endringer eller nye måter å gjøre jobben på som kan være hensiktsmessig på lengre sikt, svarte de strengere hygienekrav og måten de har innarbeidet gode rutiner når det gjelder smittevern.

Sykehjemslederen fortalte at en endring som videreføres er at akuttpasienter med mistenkt smitte – enten det er covid-19- eller annen type smitte – tas direkte inn på et smitterom for å bli undersøkt der. Videre ønsket noen at dørene inn til sykehjemmet fortsatt skal holdes stengt uavhengig av pandemien, slik at det ikke er fri tilgang. På denne måten kan personalet ha kontroll over hvem som kommer inn.

5.2.14 UTILSIKTEDE POSITIVE FØLGER AV PANDEMIEN?

Kommunalsjef for helse og omsorg trakk fram digitalisering som en utilsiktet positiv konsekvens av pandemien:

Det er kanskje ikke på sykehjemmet man ser det aller best, men digitalisering er noe som er kommet inn med storm – og det er vi veldig glade for; det å ha systemer som fungerer. Selv

om det kanskje brukes mer i forbindelse med legekonsultasjoner og i hjemmetjenesten og den biten. Men jeg tenker at det er et kjempebra verktøy også til sykehjemmet, blant annet med tanke på pasient-pårørende-kontakt, og kontakt mot lege, slik at dersom man skulle ha et smitteutbrudd ved avdelinga, så kan man bruke digitale verktøy for legekonsultasjon istedenfor å møte opp hos lege fysisk (Kommunalsjef).

Pandemisituasjonen har ifølge sykehjemslederen hatt den positive konsekvensen at den har medført mer trygghet hva gjelder smittevernprosedyrer. Dette er viktig uavhengig av eventuell pandemi. Videre opplevde hun at pandemisituasjonen har ført til at samarbeidet med ambulanspersonalet har blitt bedre. Ansatte beskrev at samholdet personalgruppen på sykehjemmet er blitt sterkere som følge av pandemien:

...Vil egentlig tenke at vi samarbeider enda bedre. Alle er på en måte villige til å hjelpe hverandre så langt det lar seg gjøre. For eksempel dersom noen har vært syk. Vi sykepleierne har steppet inn for hverandre. Vært bakvakter og den type ting. Så jeg vil nesten si at det har påvirket positivt.

Andre utdypet noe av det samme:

Jeg vil si at vi har blitt tettere. Jeg vil nesten si at gjengen jeg jobber med er nærmeste familie, bortsett fra familien jeg har på yttersiden av bygget.

Samholdet mellom kollegaene er blitt særlig betydningsfullt nå under pandemien med restriksjoner som medfører begrenset kontakt med andre utenfor familien. En sykepleier sa: *«Vi forholder oss til de på jobb og de dem vi bor med. Så det blir til av vi ser dem som kollegaer og venner nesten som familie, vil nå jeg si».*

På spørsmål om uenigheter og konflikter i ansattegruppen svarte en sykepleier:

Ikke uenigheter, men vi har vel diskutert løsninger, rutiner og endringer av den strukturen som har vært fra før til det bedre. De diskusjonene har det vært mye av, men det har ikke vært uenigheter. Vi har prøvd å komme frem til en grei og god løsning som fungerer for alle. Vi har vel sånn sett et miljø her som gjør at vi er veldig lite uenige. De som har noe å si og har forslag, så er vi flinke til å komme med det og så diskutere. Så blir vi enige. Jeg har ikke inntrykk av at vi er uenige. Men vi har diskutert, ja. Løsninger og det som er til det beste.

Sykehjemslederen bekreftet at det har vært heftige diskusjoner de ansatte imellom – primært knyttet til organiseringen av smittevernavdelingen, og om hvordan denne organiseringen skulle legges opp. Renholdslederen på sin side mente pandemien har ført til en økt bevissthet hva gjelder personlig hygiene, herunder spesielt håndhygiene. Han peker på at det finnes andre smittsomme sykdommer som vil få redusert utbredelse ved bedre hygiene.

5.2.15 OPPSUMMERING

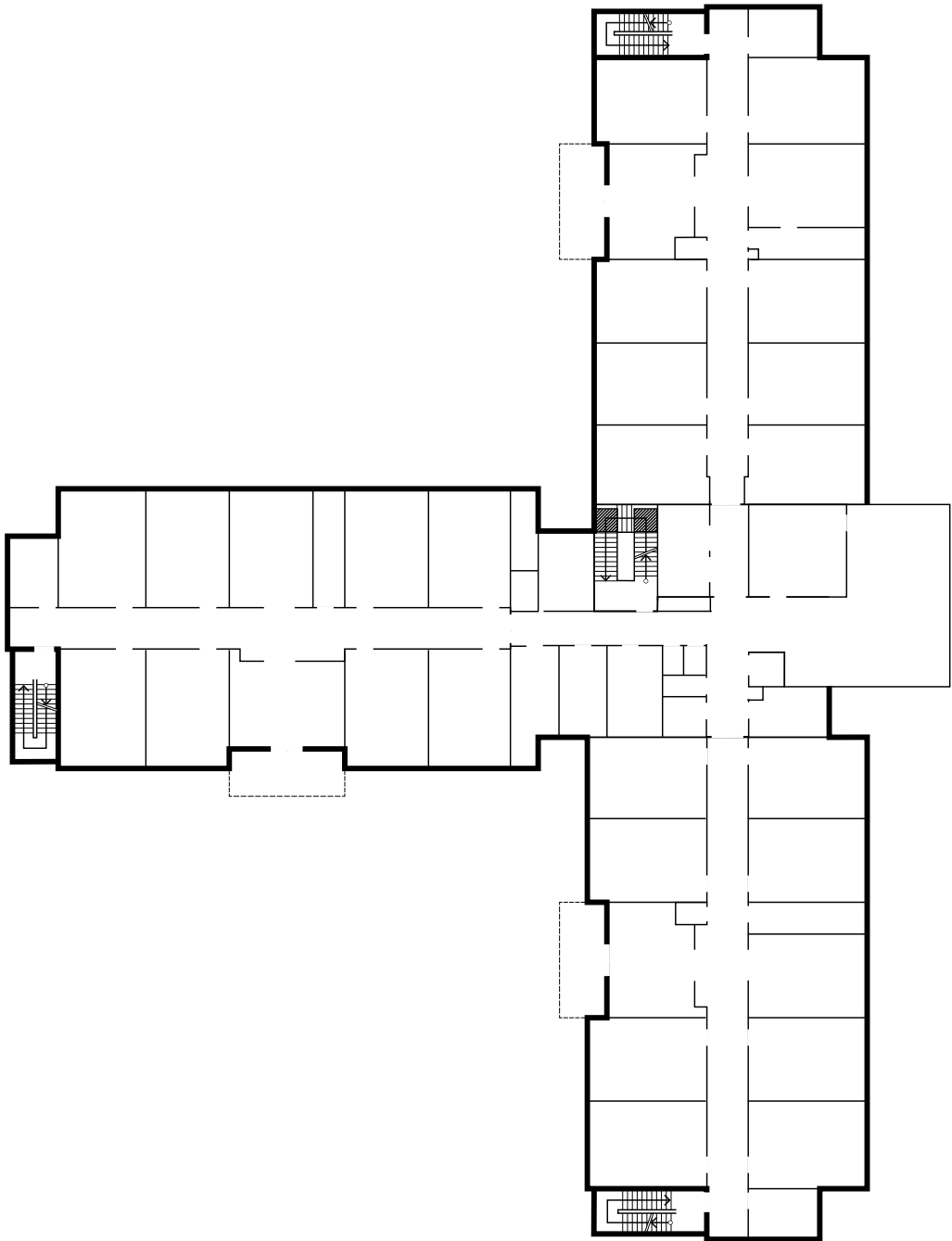
Verken sykehjemmet eller kommunen har hatt smitteutbrudd så langt under pandemien. Inntrykket er at både sykehjemmet og kommunen har klart seg godt gjennom utfordringene som pandemirestriksjonene hittil har medført. Hovedårsakene til dette kan være at sykehjemmet hele tiden har hatt god kapasitet på grunn av underbelegg når det gjelder faste sykehjems plasser og stabil bemanning. Videre hadde sykehjemmets lokaler gjennomgått både en utbygging og renovering like i forkant av pandemien, noe som generelt la forholdene godt til rette for

adekvat håndtering av rutiner og smittevernsbestemmelser. Likevel fremkom det i intervjuene at utformingen av bygget slett ikke var optimal med tanke på garderobeforhold, lagring og oppbevaring av utstyr, utforming av nødutgang og transport av søppel og kontaminert materiale.

Til tross for at kommunens smittevernplaner ble betraktet som utdaterte i den tidligste fasen av pandemien, arbeidet ledelsen raskt med å få gjennomgått og oppdatert disse. Det er imidlertid delte oppfatninger om hvordan samarbeidet mellom kommuneledelsen sentralt og den lokale ledelsen ved sykehjemmet fungerte når det gjaldt smittevernplaner og -prosedyrer. Informantene mener sykehjemsbeboernes primære behov har vært dekket så langt under pandemien. Inntrykket er likevel at smitteverntiltakene har innvirket negativt på ivaretagelsen beboernes sosiale behov og mulighet for aktivisering. Dette blir spesielt trukket frem av de pårørende, som også indikerer at isolasjon og ensomhet har hatt negative konsekvenser for beboernes fysiske og/eller mentale helsetilstand. Den lokale ledelsen ved sykehjemmet påpeker høyere prioritet av informasjon og oppfølging av pårørende som et læringspunkt med tanke på lignende tilfeller i framtiden.

Kommunen er liten, og korte styringslinjer mellom besluttere og utførere har trolig medvirket til at tiltak kunne iverksettes raskt. De ansattes erfaringer synliggjør også et sterkt samhold og en sterk følelse av fellesskap. Tilliten og fellesskapet ser også ut til å ha skapt en handlekraft og kreativitet som informantene uttrykker stolthet over. Gevinsten er et tettere arbeidsfellesskap som sykehjemmet også vil kunne dra nytte av senere. Bevisstheten på god hygiene og smittevern er skjerpet og mange av tiltakene anses som rimelige å videreføre også når sykehjemmet er tilbake til en normaltilstand.

5.3 CASE 3: BYTUNHJEMMET



PLAN

5.3.1 INNLEDNING

Bytunhjemmet er opprinnelig et eldre sykehjem som er blitt rehabilitert de senere år. Bytunhjemmet ligger i en stor by. I byen har det vært generelt høyt smittetrykk våren 2020, deretter fulgte en roligere periode på sommeren, mens smittetrykket økte igjen høsten 2020. Det har imidlertid vært en del variasjon i smittetrykk mellom ulike deler av byen.

Ved Bytunhjemmet er det en kombinasjon av ordinære langtidsplasser, en skjermet enhet samt dagaktivitetsplasser. Alle beboerrom har eget bad med wc og dusj. Sykehjemmet har organisert beboerne i mindre enheter med åtte beboere per gruppe. Bytunhjemmet har et eget kulturprogram med faste aktiverer der frivillige og lokalsamfunn er mye engasjert. Sykehjemmet har egen frisør, fotpleier, fysioterapeut, ergoterapeut samt tilgang til trimrom og sansehage. Det er ca. 300 ansatte i varierende stillingsbrøker.

Bytunhjemmet hadde fire smittede beboere i mars og to av disse døde i dette første smitteutbruddet. I samme tidsrom ble åtte ansatte smittet og store deler av staben som var tilknyttet avdelingen med smitte ble sendt ut i karantene. Høsten 2020 fikk tre ansatte påvist koronasmitte. På intervjuetidspunktet (desember 2020) var én pårørende smittet. I hele perioden har sykehjemmet stadig hatt ansatte ute i karantene på grunn av at de har hatt symptomer eller vært nærkontakter til personer som har avlagt positiv koronatest.

Intervjuer ble gjennomført i desember 2020. Intervjuer med ansatte ble organisert i to fokusgrupper med henholdsvis fem og tre ansatte, mens øvrige intervjuer var individuelle dybdeintervjuer. Intervjuene varte imellom 40 til 80 minutter. Nedenfor følger oversikt over informanter som stilte til intervju:

Ledelse i kommunen og ved sykehjemmet	Alder	Bakgrunn/ Utdanning	Antall år i stillingen	Antall år i eldreomsorgen
Leder for Bytunhjemmet	55	Sykepleier sps. psykiatri, ledelse	6 år	22 år
Avdelingsleder i Bytunhjemmet	50	Spl, videreut. ledelse	?	27
Kommunal leder	60	Statsviter	1 år	?
Sykehjemslege i Bytunhjemmet	46	Lege	1 år	13

Pårørende	Pårørendes alder	Beboer i sykehjemmet	Beboers alder	Antall år beboer på sykehjem
Mann	65 år	Far	91 år	6 år
Kvinne	63 år	Mor	92	1,5 år
Kvinne	66 år	Far og mor	91,93	3 år, 2 år

Fokus-gruppe	Kjønn, alder	Utdanning	Stillingsprosent	Antall år ved sykehjemmet
1	Kvinne, 23 år	Sykepleiestudent (siste år)	40%*, 100%	2,5
1	Kvinne, ca 50 år	Sykepleier	80%	5 år
1	Kvinne, ca 30 år	Helsefagarbeider	100%	5 år
1	Kvinne, ca 25	Sykepleier	100%	1,5
1	Kvinne, ca 25 år	Sykepleiestudent (siste år)	40%*, 100%	1,5
2	Mann, ca 30 år	Helsefagarbeider	80%*, 100%	5
2	Mann, ca 40 år	Helsefagarbeider	70%*, 100%	3
2	Kvinne, ca 30 år	Sykepleier	100%	1

* Stillingsprosent før pandemien som ble oppjustert under pandemien

5.3.2 I HVILKEN GRAD VAR SYKEHJEMMENE FORBEREDT PÅ EN PANDEMI?

Sykehjemmet var ikke forberedt på en pandemi, men da covid-19 begynte å komme i Sør-Europa, ble det gjennomført noen øvelser om bruk av smittevernuttstyr fra kommunen. De eksisterende retningslinjene og rutinene var ikke tilstrekkelige og nye prosedyrer måtte lages da det brøt ut smitte blant beboerne. Sykehjemmet hadde en beredskapsplan der «pandemi» var nevnt, men de hadde ikke noe verktøy som var behjelpelig når de konkret sto i pandemisituasjonen.

I sykehjemmets beredskapsplan hadde de prosedyrer for smitteutbrudd. De største smitteutbruddene de hadde opplevd tidligere var Norovirus, der sykehjemmet hadde prosedyrer på smittehåndtering med isolering, av- og påkledning med smittetøy, spriting av overflater etc. Imidlertid kunne ikke covid-19-pandemien sammenlignes med de smitteregimer sykehjemmet var trent på fra før. Leder for sykehjemmet sa at med pandemien måtte en tenke på så mye mer, og i tillegg differensiere mellom ulike grupper av beboere. For eksempel så hadde noen personer testet positivt. Andre personer var nærkontakter uten symptomer, og en tredje gruppe var nærkontakter med symptomer. I en korridor var det derfor ulike smitteregimer til hvert rom, og dette hadde ikke sykehjemmet erfaringer med fra før.

De ansatte opplevde også at arbeidssituasjonen ble en helt annen i sykehjemmet etter covid-19-utbruddet, og at de ikke hadde tilstrekkelige planer for å håndtere en pandemi. Noen av de ansatte som ble intervjuet hevdet at alle ansatte burde ha vært igjennom et skikkelig obligatorisk smittevernkurs tidlig. Instruksene som ble hengt opp på dørene var hjelpsomme og viktige, men i begynnelsen observerte noen av de ansatte at instruksene kunne bli forstått noe ulikt blant ulike ansatte og det var ulike fortolkninger av instruksene. Det ble også observert at noen ansatte ikke fulgte prosedyrene når de skulle ta av smittevernutstyr.

I etterkant av den første smittebølgen påpekte flere av de ansatte at de følte seg drillet i smittevern, og at når man går i en situasjon over tid så blir en bare vant til nye måter å jobbe på. En ansatt sa:

Det har vært kurs, men det kom litt sent. Men det ble laget klare regler som var gode. Når du jobber og lærer deg hvordan ting skal gjøres så kan du stå i dette ... Å lære å konsentrere seg er viktig ... for når en blir stressa så gjør en feil, så det er viktig å finne ro i det en gjør.

De ansatte som jobbet på den enheten som var direkte berørt av smitteutbruddet følte at de hadde lært masse, og at nye arbeidspraksiser og metoder hadde kommet på plass etter hvert. De opplevde god støtte fra ledelsen.

5.3.3 TILTAK FOR Å HINDRE SMITTESPREDNING

I sykehjemmet ble det umiddelbart tatt en avgjørelse om å sette krisestab da første beboer fikk påvist smitte. Sykehjemmet fikk smitteutbrudd i midten av mars og noen timer etter at dette var oppdaget, så møttes hele ledergruppen på jobb for å lage en plan for å håndtere situasjonen. Hver morgen hadde gruppen et beredskapsmøte til et fast tidspunkt der alle lederne deltok sammen med sykehjemslegen. Lederen for sykehjemmet fortalte at det var krevende i starten å følge med på hvilke retningslinjer nasjonale myndigheter anbefalte i forhold til smittevern:

FHI endret reglene hver eneste dag i forhold til hvem som skal testes, og hvilke symptomer vi skulle teste. ... Ifra å begynne med hals og feber, så ble det hodepine, så ble det forkjølelse, så ble det nysing. Altså ... sånn at vi måtte endre prosedyre hver eneste dag i forhold til hvem vi skulle stoppe på jobb. Testsystemene ble helt annerledes. Når vi fikk Korona smitte første gangen, var ikke det snakk om å teste de som hadde vært på jobb på samme tid. Da var det snakk om å teste de som var nærkontakter. Nå derimot medfør jo et positivt utbrudd at vi skal teste alle. Altså, ... vi leverte type 38 tester på fredag fordi vi hadde en ansatt som har testet positivt. ... og omfanget har jo ... altså, rutiner endrer seg i takt med at pandemien har blitt bedre kjent ...

Da krisestaben ble satt, delegerte leder oppgaver og ansvar for hvem som skulle gjøre hva. Hun opprettet en Messenger-gruppe der krisestaben fortløpende kunne orientere hverandre om situasjonen, be om hjelp og råd fra hverandre og melde fra om hvilke ting og utstyr som manglet på ulike avdelinger. Lederen for sykehjemmet fortalte at de jobbet umiddelbart med å lage ulike prosedyrer som differensierte mellom ulike typer av nærkontakt. Det ble hengt opp skilter på hver dør i den avdelingen som var rammet som beskrev smittetype og tiltak:

For eksempel: her er nærkontakt uten symptom, her er positiv smittet pasient. Og så hang vi det på døra. Hvis personalet kom der, så tenker de: Ok, her er det en nærkontakt uten symptomer. Ergo så skal vi ha på oss det utstyret. Skal vi inn til en smittet, så skal du ha på dobbelt utstyr i og med at vi jobber i en kohort. Sånne ting tenkte vi var veldig viktig å få på plass ... det hjalp oss veldig. Og så var det jo dette her med ... å få laget de prosedyrene. Det var viktig å få smittetralle som kunne ... stå klar og som vi fikk fort på plass.

Den ene legen på sykehjemmet hadde akkurat startet der og kom fra et ansettelsesforhold ved et større sykehus i byen. Hun opplevde at det var stor innsats på sykehjemmet for å håndtere pandemien. Hun syntes at samarbeidet med personalet har vært bra på sykehjemmet i pandemisituasjonen, spesielt med tanke på at det måtte lages et nytt og effektivt system nokså raskt. Hun opplevde at de ansatte hadde jobbet my ekstra både i helger og på kvelder og at det var stor beslutsomhet for å bekjempe smitte. Denne dugnadsinnsatsen mente hun hadde vært utslagsgivende for at sykehjemmet hadde klart å håndtere situasjonen så bra som de hadde.

Legen hadde god støtte i tidligere kollegaer og fikk mye mer spesifikke råd enn det FHI sørget for spesielt i starten av pandemien. Mens FHI kringkastet nye regler, retningslinjer og instruksjoner som ofte skiftet fra dag, mottok legen mer spesifikke råd fra sykehuset der hun hadde jobbet tidligere. Denne informasjonen opplevde hun som bedre tilpasset den eldre populasjonen de hadde i sykehjemmet.

Leder legger vekt på at rask handling, ved å isolere de som var blitt smittet, var avgjørende for at sykehjemmet håndterte pandemien godt da smitten brøt ut i mars. På avdelingen som ble særlig rammet var det flere beboere med langtkommen demens og noen av disse vandret mye i gangene og rundt om i fellesarealene. De ansatte forsøkte først å isolere beboerne på hvert sitt rom, men dette var vanskelig å få til i praksis. De bestemte seg derfor for å isolere hele avdelingen som én kohort. Med hensyn til bygningsmessige forhold er sykehjemmet delt inn i mange mindre avdelinger. Avdelingene er små og lette å avgrense, og dette gjorde det enkelt for sykehjemmet å innføre kohort-isolering.

Leder, i samarbeid med avdelingsleder, valgte ut sine beste folk til å betjene avdelingen der det var fire smittede beboere i mars 2020. De som ble valgt ut og forspurt om å jobbe i avdelingen med smitteutbrudd var i hovedsak unge sykepleiere, og ansatte som lederne mente ville tåle å jobbe under særdeles krevende forhold og med høy belastning. Noen av de foretrukne sykepleierne ble hentet til avdelingen fra andre avdelinger på sykehjemmet da svært mange av de faste ansatte måtte ut i karantene. Alle ansatte som hadde vært nærkontakter ble umiddelbart satt i karantene.

Noen av det utvalgte personalet fikk innvilget midlertidig autorisasjon som sykepleiere da de enten ikke hadde avsluttet sin sykepleieutdanning eller de hadde sykepleieutdanning fra et annet land. Disse ansatte utgjorde et kjerneteam som fikk sterk faglig og emosjonell støtte fra ledelsen og andre ansatte. Ledelsen opprettet en egen «korona-turnus» med tolv timers vakter. De ansatte ved sykehjemmet som også hadde ansettelsesforhold i andre sykehjem i byen, ble stoppet og sykehjemmene samarbeidet om å gi de ansatte flest mulig vakter på samme sted. Ledelsen i kommunen bistod med å samle ansettelsesforhold til ett sykehjem for å forhindre at ansatte tok med seg smitte fra ett sykehjem til et annet.

Som nevnt over, rekrutterte lederen noen ekstra sykepleiere fra andre avdelinger på huset til å komme og være faste på avdelingen der det var påvist koronasmitte slik at det var nok folk med tilstrekkelig kompetanse under første smitteutbruddet. Lederen påpekte gjentatte ganger at det var viktig med fagdekning – og at dette var en kontinuerlig utfordring da hun stadig mistet personale som måtte ut i karantene. I tillegg mistet hun flere ansatte ut i sykemeldinger. De fleste av disse hadde symptomer og måtte holde seg hjemme, men det var også ansatte som var engstelige for å bli smittet selv eller ta med seg smitte hjem til familiemedlemmer som var i risikogruppen. Leder meddelte at det var krevende å håndtere alle scenarioer omkring ansatte og at hun følte at hun ikke strakk skikkelig til. Noen av de ansatte ble langtidssykemeldte og hadde angst for å bli smittet. I etterkant reflekterte lederen over om hun kunne ha gitt denne gruppen ansatte bedre støtte slik at de kunne ha stått i jobb, men hun følte dette som krevende oppe i alle endringer.

Teamet som jobbet på avdelingen der det var mye smitte fikk tilrettelagt arbeidssituasjonen sin slik at de gikk minst mulig mellom avdelinger og enheter. Alt de trengte av mat, utstyr og medikamenter ble levert direkte på døren til avdelingen. Tiltak ble satt i verk for å begrense alle muligheter for smitte ved å unngå bevegelse som innebar kontakt med ansatte på andre avdelinger. De ansatte fortalte i intervju at arbeidet ble tilrettelagt slik for dem at de ikke trengte å løpe rundt på huset for å skaffe ting de trengte:

Vi ble faste ansatte på denne fløyen med en gang. All mat ble servert på engangsutstyr og all mat ble brakt opp til oss og servert fra kantina. De sendte det inn døra. Dersom vi trengte ting, i stedet det for å kle av oss og gå ut kunne vi ringe og andre gikk og hentet ting til oss som vi trengte inn på fløyen. Vi slapp å løpe rundt i gange for å bare henter pysjer, for eksempel.

Også sykehjemslegen fremhever praksisen de bygget for å redusere kontakt mellom ansatte. For å effektivisere samarbeid har det vært et fokus at det skal være minst mulig fysisk og direkte kontakt mellom de ansatte. Hun fortalte:

Vi har ... vi har gjort det enda strengere nå enn noensinne på grunn av bølge to. Blant annet så foregår nå alle visitter og kommunikasjon mellom meg og sykepleier over telefonen. Vi har begrenset all nærkontakt til det minimale. Og jeg har kun kontakt med pasientene direkte som sykepleier vurderer at jeg skal se på eller hvis det er noe jeg holder på å følge opp på. Det ... det er ganske effektivt, ikke sant, fordi at det er egentlig ikke nødvendig at man skal sitte sammen. Altså, sånne ting kan man unngå.

Sykehjemmet hadde tilstrekkelig med smittevernsutstyr. Da det en kort periode i mars under utbruddet begynte å minske på utstyret, kontaktet sykehjemmet kommuneledelsen om dette. Kommuneledelsen besørget da raskt tilstrekkelig med utstyr. Lederen for sykehjemmet poengterte at sykehjemmet gjennomførte vedvarende testing av både beboere og ansatte og la til rette for smittesporing ved hjelp av adgangskontroll. Når det gjelder de ansatte fortalte hun:

...vi lagde en sånn adgangskontroll som hang på døra ... når du kom på jobb, og du skulle inn på den fløyen, så skrev du navnet ditt. Sånn at vi til enhver tid, hvis vi fikk et utbrudd, så kunne vi ... hente listene på de aktuelle dagene og se hvem har vært inne på fløyen ... og gjøre arbeidet med å definere nærkontakter fort.

I arbeidet med å hindre smittespredning, påpekte hun at arbeidet med adgangskontroll var helt essensielt. Når det ble påvist et tilfelle kunne ledelsen sende hjem personalet som potensielt hadde vært utsatt for smitte og dermed stoppe videre smittespredning. Hun fortalte at dette:

... var det første vi liksom gjorde veldig fort. Vi følte det var veldig viktig. Og derfor så hengte vi opp sånne adgangsbeskrivelser. Og det har vi den dag i dag og. Vi kjører adgangskontroll ... altså vet vi hvem som har jobbet i dag ... også har vi opprettholdt dette med å jobbe mest mulig på samme fløy ... for å kunne stå i et nytt utbrudd, da.

5.3.4 I HVILKEN GRAD KLARTE PERSONALET Å IVARETA BEBOERENS BEHOV?

Informantene som stilte til intervju, mente at de hadde klart å ivareta beboerne godt under pandemien. De ansatte påpekte at det har vært en utfordring med den daglige kommunikasjonen da beboerne ikke forstod situasjonen de befant seg i. En ansatt fortalte om kommunikasjonen med beboerne:

De [beboerene] var urolige, dette var jo uvanlig for dem. Før ... kunne de se når vi snakket ... men da vi begynte med smittevernsutstyr som munnbind, visir, hansker ... og at vi hele tiden gikk slik, da skjønnte de ikke hva vi sa. Det er mange beboere som har dårlig hørsel ... og i den situasjonen kunne vi ikke bare ta av smittevernsutstyr og tilfredsstille deres behov for kontakt.

For å ivareta beboerens behov for kontakt med pårørende, ble det delt ut nettbrett til beboerne. Noen av beboerne klarte å administrere disse selv etter litt trening, mens de aller fleste trengte kontinuerlig hjelp fra ansatte for å kommunisere med sine kjære.

Behovet for bevegelse og deltagelse ble forsøkt dekt gjennom å finne aktiviteter felles for beboere på en kohort. Imidlertid fortalte flere informanter at sykehjemmet før pandemien hadde hatt et stort panorama av aktiviteter og kulturtilbud som ble stanset da smitten brøt ut. Å delta i slike aktiviteter impliserte en del bevegelse rundt om på huset til forskjellige fellesrom, og beboerne fikk dermed en del fysisk utfoldelse ved å delta. Faste arrangementer måtte stoppes for at beboerne i de ulike avdelingene ikke skulle blandes på tvers av kohorter. Ansatte som tidligere hadde jobbet med sosiale og kulturelle arrangementer fikk nye oppgaver for eksempel å bake og lage mat som ble servert inn til avdelingene. Lederen var opptatt av at beboerne skulle ha andre ting som brakte hygge i denne perioden da sykehjemmet var stengt for besøkende i fem uker. Hun sier at det var godt for de ansatte å få jobbe «i fred» uten å ha pårørende rundt seg i tillegg, men samtidig så hevdet hun at det var krevende for mange av beboerne å miste den direkte kontakten med pårørende:

...vi så at beboerne ikke hadde det bra med å miste kontakten med sine nære. Så jeg vet jo at ... det krevde mye informasjon til pårørende. ... vi fikk nettbrett etter hvert, som gjorde at de kunne ringe og se hverandre.

Sykehjemslegen hevdet i intervju at mange beboere var blitt hardt rammet av pandemien nettopp fordi det har blitt mindre besøk, kontakt og stimuli. Hun sa:

...vi sett at mange pasienter har blitt veldig hardt rammet av dette. De forfaller! De har ikke fått fysioterapi! De har ikke kunnet gå rundt med pårørende sånn som de har pleid å gjøre! Vi har mange pasienter som går med pårørende inne i huset, og som dermed er under trygge rammer, men allikevel beveger seg rundt.

Sykehjemslegen mente at mindre kontakt med pårørende og mindre bevegelse hadde gjort beboerne mer urolige og at beboerne hadde «gått i stå», blitt nedstemte eller blitt dårligere fysisk fordi de ikke hadde fått trening. Legen hevdet videre:

Og det var en stor bekymring, og det er det fortsatt. Altså, i geriatrien er vi jo veldig opptatt av bevegelse og fysioterapi og trening for å opprettholde funksjoner, og også for å unngå ting som ødemer, ikke sant. Unngå ... sørge for mobilisering av slim som ellers kan gi økt risiko for pneumonier osv. Så jeg har vært ... mer bekymret for en passivisering.

Sykehjemslegen fortalte at dette ledet over i et vanskelig tema; vurderinger av beboere med kort forventet levetid. Disse kunne ha et særlig behov for å være sammen med sine nærmeste den siste tiden de hadde igjen å leve. Hun sa:

Det har vært og er fortsatt vanskelig, synes jeg, fordi vi vet at disse pasientene er i ... livets slutfase.. Og det å da ... å være vitne til at det som ville hjulpet dem mest, og som ville være det riktige, også hvis de er nedstemte og passiviserte, det er å være med sine nærmeste. Å ikke kunne tilby dem det, det er jo et stort problem, ikke sant.

Legen oppsummerer at dette har vært det vanskeligste for henne å stå i: perioden da sykehjemmet stengte ned og de pårørende ikke fikk komme inn:

... konsekvensen som har vært for disse pasientene i denne sårbare gruppen, at de ikke har

kunnet være så mye med sine nærmeste, det har vært veldig vanskelig. Så det har vært den største utfordringen under hele koronaepidemien sånn jeg har følt det.

Under pandemien har dessuten beboerne mistet tilgangen til en del andre tilbud som fotpleie, frisør og fysioterapeut. Sykehjemslegen fremhevet at spesielt manglede fysioterapi er et stort problem og at dette kan ha medført mer sykdom. Hun sa:

For det ... altså, Parkinson-pasienter som blir stivere fordi de ikke får fysioterapi. Pasienter som taper funksjoner fordi de ikke får fysioterapi. ... manglende immobilisering av slim osv... hvor fysioterapeutene har en kjempeviktig rolle. Fordi medisinsk er det ikke alltid så mye man kan gjøre. Og man kan ikke ... alltid løse problemet. Det viktigste er ofte bevegelse da, for å forebygge.

Sykehjemslegen påpekte også at nedstegningen har medført omkostninger for pasientene når det gjelder nærhet og tilgang til sine kjære. Hun sa at dette hadde vært en stor utfordring og en vanskelig balansegang for sykehjemmet å stå i:

Det betyr ikke at ikke det har vært riktig å gjøre det sånn [å iverksette besøksforbud]. Fordi når vi ser hvor syke disse pasientene kan bli, og hvor forferdelig det ville vært hvis man mistet kontrollen, så ville ikke det selvfølgelig vært etisk forsvarlig. Men det har vært mye etiske konfliktsituasjoner omkring denne epidemien. Det har det.

5.3.5 HVILKE ERFARINGER GJORDE DE PÅRØRENDE SEG I DENNE KREVENDE SITUASJONEN?

Pårørende opplevde situasjonen som oppstod på forskjellige måter. En av informantene hadde sin far i sykehjemmet og han opplevde at faren ikke klarte å forstå så mye av det som skjedde rundt seg. Faren hadde en demensdiagnose, og for sønnen virket det som om at faren ikke tok inn all uroen og endringene som skjedde i forbindelse med pandemien. Sønnen sa:

Jeg er ikke sikker på at han [faren] forsto så veldig mye av det, fordi han var jo da kommet ganske langt i sin ... utvikling av demens. Men vi merket jo veldig, veldig godt at han ... ikke fikk med seg så mye av det som skjedde rundt ham de siste årene, vil jeg si. Så da var han veldig selvsentrert og snakket om sine ting ... og levde i en verden hvor han trodde at min mor fortsatt levde. Men hun døde jo for lenge siden. Så liksom ... hans evne til å orientere seg om tid og sted ble jo veldig dårlig etter hvert.

En annen pårørende opplevende på lignende måte at moren ikke klarte å forstå at det var en pandemi som gikk i verden. Den pårørende sa:

...vi snakket veldig mye om at det er en influensa som gjør at vi ikke får kommet på besøk, og vi må være forsiktige og holde avstand. Men hun slet med å forstå og ta det innover seg. Så det var jo ganger liksom hun spurte «kan jeg ikke få en klem a?» når vi skulle gå. Og så måtte vi si at «nei, vi får ikke helt lov til det nå». Så det var sånne vonde perioder. Og vi var jo vant til å klemme hverandre, så ... så akkurat sånne ting var ... var vondt da.

Andre pårørende som hadde foreldre i sykehjemmet, fortalte om savn og utfordringer med å holde kontakt. En pårørende trakk frem at de ansatte hadde vært meget hjelpsomme med å legge til rette for kontakt via nettbrettet eller vanlig mobiltelefon med bildeoverføring. Dette hadde hjulpet litt på savnet, men det kunne ikke erstatte det å møte hverandre fysisk. Den

pårørende fortalte at det virket som om hennes mor slet litt med å skjønne hva som foregikk inni skjermen når hun brukte nettbrettet, men at moren hørte stemmene og kjente igjen familien. Den pårørende påpekte også at moren var jo helt avhengig av at de ansatte hjalp henne når hun skulle bruke nettbrettet.

En pårørende påpekte at han alltid tok med seg faren sin rundt omkring på forskjellige plasser på og utenfor sykehjemmet da han var på besøk. Dette innebar en del bevegelse og stimuli for faren som brått tok slutt under pandemien. Den pårørende sa at han sammen med sin kone og sin far vanligvis hadde gått turer i den nærliggende parken, tatt bilen og dratt på kjøreturer og besøkt steder og arrangementer som faren likte.

For å muliggjøre kontakt mellom beboere og deres pårørende ble det etter hvert satt opp flere telt utenfor sykehjemmet der besøkene kunne gjennomføres. De pårørende mente at dette fungerte greit. Noen påpekte at det hadde vært litt kaldt på vårparten å sitte ute, men at de ansatte hadde vært veldig hjelpsomme med å tilrettelegge.

5.3.6 IVARETAGELSE AV PÅRØRENDE

Arbeidet med de pårørende handlet mye om å balansere mellom å slippe til de som måtte få komme inn til sine kjære som var terminale på den ene siden, og jobbe intenst for å redusere muligheten for at pårørende brakte med seg smitte inn på sykehjemmet på den andre siden.

Når det gjaldt ivaretagelse av de pårørende gav særlig sykehjemslegen uttrykk for at det hadde vært mange utfordringer. Fra sitt perspektiv som lege sa hun at det særlig var utfordrende å skulle si noe om sykdomsutvikling hos beboere og levetid til de pårørende:

... som lege og helsepersonell skal man forutsi noe som vi egentlig ikke kan forutsi! Det har vært vanskelig og krevende. Og vi har hele tiden måttet følge veldig med på pasienten for å prøve å ... merke om det er en endring i retning av at de begynner å tape funksjoner og at vi må bestemme oss for at nå vet ikke vi hvor lang tid de har igjen. Det har vi blitt på en måte «gode på» i gåseøyne. Samtidig som vi ikke råder over liv og død, og det er ikke alltid vi klarer helt riktig å vite når det nærmer seg slutten. Hos noen pasienter så går det plutselig veldig fort. Og hos de så har det følt seg veldig etisk vanskelig at pårørende på en måte ikke har fått være der nok. Og det har også noen pårørende vært veldig frustrerte over.

Sykehjemmet var nødt til å foreta prioriteringer med hensyn til å tilrettelegge for besøk for terminale beboere. Dette har vært krevende siden de ikke kunne åpne sykehjemmet for «alle» som ønsket det, men var nødt til å vekte beboere og deres helsetilstand opp mot hverandre – og finne et system og balanse slik at noen pårørende fikk besøke sine nærmeste. Ledelsen og de ansatte ønsket ikke at enkelte skulle få særfordeler ved å få mer eller oftere besøkstid, og det kostet krefter å vurdere og tilpasse dette slik at det ble rettferdig. Sykehjemslegen sa at dette var smertefulle situasjoner: *«For vi vet som leger og som mennesker at ... vi vet at det viktigste er de pårørende. Og det har vi på en måte ikke kunnet ha med ... i ligningen hele tiden da».*

Sykehjemmet utviklet prosedyrer for gjennomføring av besøk. Dette medførte merarbeid for de ansatte som bisto pårørende som kom på besøk. Dette var krevende, fordi dette arbeidet skulle gjøres av sykepleier og fagansatte på avdelingene, og oppgaven ble lagt på toppen av mange andre oppgaver.

5.3.7 KVALIFISERING AV PERSONALE

Dette sykehjemmet gjorde forsøk med å gi midlertidig sykepleieautorisasjon til studenter og noen personer med sykepleieutdanning fra andre land. Bakgrunnen for dette var å sikre seg fagkompetanse i en krisesituasjon. Lederen for sykehjemmet fortalte at hun gjennomførte en kartlegging først der de samlet inn informasjon om hvilke sykepleieoppgaver ansatte fra andre land hadde praktisert tidligere, samt hvor lenge siden de hadde gjennomført oppgavene:

Vi plukket ut nøkkelpersoner som vi tenkte at ok, her har de det mer i fingrene. Og så er det noe med egeninteresse og ønske da. Sånn at det var ikke alle ... [som var aktuelle] ... vi endte opp med fem–seks stykker ... Og så var det ulike oppgaver som ble delegert. Den kan sette intravenøst. Den kan ikke sette intravenøst, men den kan blæreskylle, for eksempel. Altså ... det er litt ulike typer. Vi måtte være helt sikre på at vi følte at vi var trygge på hvordan de sitter i den oppgaven.

De ansatte som hadde blitt valgt ut til dette var fornøyde med tilliten de hadde fått, og opplevde at de stod godt med sin kunnskap i pandemien. Imidlertid ble det hevdet i intervju at de ikke hadde blitt kompensert med høyere lønn til tross for at flere av dem fungerte i stillinger som sykepleiere i denne perioden. Til vanlig jobbet de som helsefagarbeidere og hadde beholdt samme lønn under pandemien.

5.3.8 UTILSIKTEDE POSITIVE FØLGER AV PANDEMIEN (ANSATTE, LEGER OG LEDERE)

De pårørende nevnte at utplassering av spritbeholdere ved inngangen godt kan bli permanent i tiden fremover. De mente at dette kunne redusere smitte inn til beboere og ansatte i sykehjemmet.

5.3.9 ANDRE TING SOM KOMMER FREM I INTERVJU (ANSATTE, LEGER, LEDERE, PÅRØRENDE, ANDRE)

Sykehjemslegen og leder for sykehjemmet var i intervjuene opptatt av at de hadde mistet svært mange beboere under pandemien som ikke hadde årsak i korona. Lederen for sykehjemmet sa:

Alle dødsfall var forventet, men vi opplevde på en måte at ... vi tror at noen på en måte ga litt opp i denne perioden. At de hadde ikke ... forsto ikke hvorfor ikke familie var til stede. De mistet en del av den nærheten, den her tryggheten, tenker jeg, den biten som ... det er bare på en måte ... pårørende som kan gi. Vi klarer ikke å kompensere for den her ... den delen. Vi vet ikke.

Lederen fortalte at de i tiden med covid-19 hadde funnet beboere som bare hadde sovnet inn. Hun sa:

«Jeg tror vi hadde to–tre som på en måte vi fant døde. Og vi pleier jo ... personalet på et sykehjem pleier å være veldig gode på det med å se at nå går ting mot slutten og ... altså, vi er gode på døden på en måte da».

Ansatte fortalte i intervju at de hadde mistet beboere som hadde samme type symptomer som beboerne som var koronapositive. Imidlertid hadde disse beboerne testet negativt for korona.

De ansatte som hadde jobbet tett på beboere med positiv koronatest, opplevde at det var meget vanskelig å smertelindre et par av beboerne.

5.3.10 ETISKE DILEMMA

Både ledelsen og sykehjemslegen kom i intervjuene stadig tilbake til de etiske dilemma de opplevde omkring vurderinger av terminale beboere og mulighet for besøk av pårørende. Hun påpekte at målet er å gi god og riktig pleie til pasienter som er i livets slutfase på den ene siden, og at de på den andre siden hindret beboerne fra kontakt med sine pårørende. Med tanke på at beboere i sykehjem har en kort forventet levetid, opplevde hun dette som *«en dypt grunnleggende problemstilling ved situasjonen»*.

I etterkant vurderte både ledelsen og sykehjemslegen at besøksrestriksjonene muligens var blitt tolket for strengt, og at de burde ha langt til rette for at pårørende kunne vært mer på besøk under litt spesielle omstendigheter. Ledelsen opplevde et enormt press utenfra, med strikte regler for å hindre smitte inn til beboere og ansatte i sykehjemmet og samtidig et trykk fra pårørende. I dette måtte de ha et system å støtte seg til, og selv om de har funnet en ordning som de synes passer nå, så tenker de tilbake og sier at reglene tidligere muligens var noe «firkantet»:

Nå føler jeg kanskje ...vi har funnet et system som fungerer, som gjør at man ikke behøver å være så firkantet. Men ... det er lett at det blir for firkantet i sånne situasjoner. Det må være enkelte situasjoner ... man må avgjøre i hvert enkelt tilfelle og vurdere: Hva kan vi gjøre her for å prøve å sørge for at denne personen får ... får være med familien litt mer da.

Slike vurderinger var vanskelig å foreta da situasjonen var på det mest krevende, og det ble arbeidet intenst for å hindre videre smitteutbrudd i sykehjemmet.

5.3.11 OPPSUMMERING

Sykehjemmet opplevde tidlig et høyt smittetrykk og flere dødsfall blant beboerne. Avgjørende for håndteringen av koronasmitte ved sykehjemmet, var en rask avgjørelse om å sette krisestab og lage nye prosedyrer. Leder, lege og avdelingsledere samlet seg umiddelbart da smitten brøt ut (i en helg) og de delte på oppgaver og ansvar for hvem som skulle gjøre hva. Legen hadde akkurat startet der og kom fra et tidligere arbeidsforhold ved et sykehus der hun hadde god støtte og fikk mer spesifikke råd og instruksjoner enn det FHI besørget. FHI «spydde ut» nye regler, retningslinjer og instruksjoner – og disse skiftet fra dag til dag noen ganger – men legen fikk mer spesifikke råd fra sykehuset som passet bedre for den eldre populasjonen.

Leder ved sykehjemmet legger vekt på viktigheten av å raskt isolere de som var blitt smittet. Siden det var vandrere på avdelingen, var det vanskelig å holde disse beboerne inne på rommene så ledelsen bestemte å kohort-isolere avdelingen. Gode rutiner og klar ansvarsfordeling for gjennomføring av kontinuerlig testing av de ansatte og beboere gjorde at nye tilfeller ble oppdaget raskt. Sykehjemmet kunne dermed raskt sende hjem ansatte og isolere beboere på bakgrunn av prøvesvar. Sykehjemmet iverksatte besøkstopp i flere uker, og dette reduserte muligheten for å bringe mer smitte inn i sykehjemmet. Samtidig førte besøksforbudet med seg en del negative konsekvenser som for eksempel redusert helse for en del av beboerne og økt passivisering.

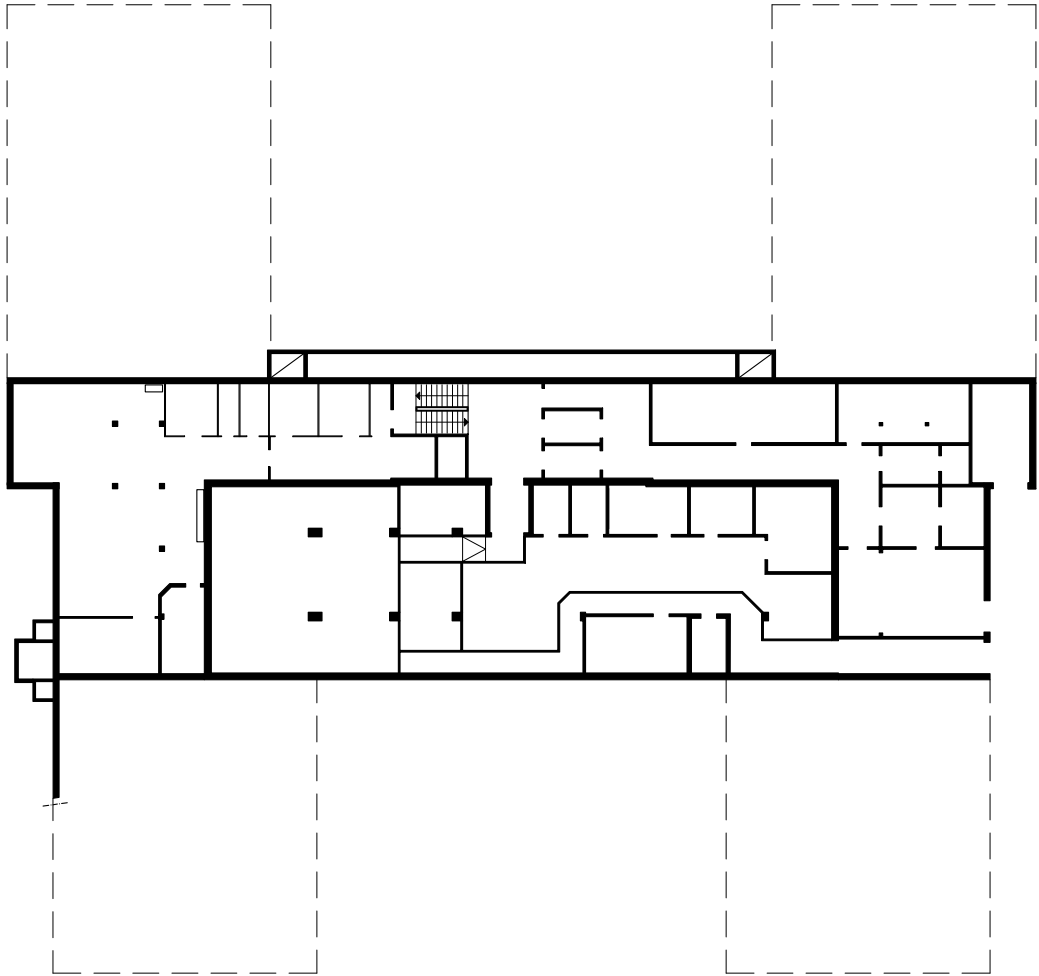
I samarbeid med avdelingsleder valgte leder ut sine beste folk til å betjene avdelingen der det var fire smittede beboere. Dette var ansatte med god fagkompetanse deriblant flere unge sykepleiere. Da mange av de faste ansatte ble sendt hjem i karantene eller var sykmeldte, sørget leder for at hun hadde nok bemanning med fagkunnskaper. Ledelsen laget egen «korona-turnus» med 12-timers vakter. Ansatte som hadde ansettelsesforhold ved flere sykehjem i byen, ble tilbudt flere vakter på ett sykehjem for å hindre at de brakte med seg smitte mellom sykehjem. De ansatte

som ble en del av «koronateamet» ble veldig fremhevet og fikk mye ros – stor mental support fra ledelsen. Det var dessuten en vedvarende testing av både beboere og ansatte. Sykehjemmet hadde tilstrekkelig med smittevernsutstyr.

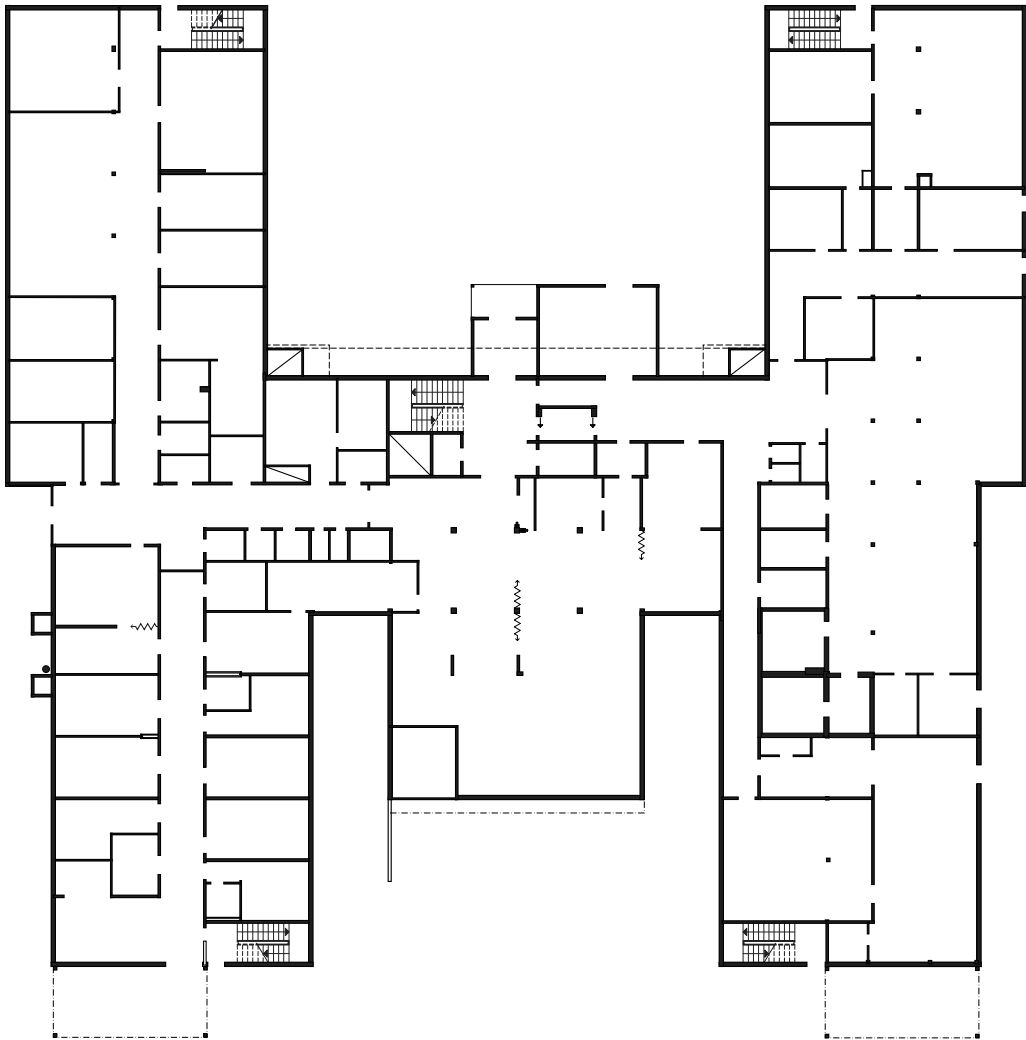
Ledelsen og sykehjemslegen fortalte i intervjuer om flere etiske dilemma knyttet til besøksforbudet og vurderinger av helsetilstand og forventet levetid for beboere. Det ble foretatt vurderinger omkring beboeres helse med henblikk på dette for å slippe inn pårørende til beboere som var i livets siste fase. Det var krevende å vekte ulike beboerne og situasjoner opp mot hverandre og ta hensyn til at «alle» ville være sammen med sine kjære, men samtidig jobbe for å holde besøkende ute for å redusere muligheten for smitte inn til sykehjemmet.

Mangel på tjenester som fysioterapi samt sosial og fysisk stimuli medførte at mange beboere tapte seg mye under pandemien og dette kan også ha medført mer sykdom. Bevegelse og forebygging ble særlig fremhevet som viktig, siden det ikke er mye å gjøre rent medisinsk for en del pasienter. Fysioterapeut er særlig sentral i å hjelpe beboere i å opprettholde funksjoner.

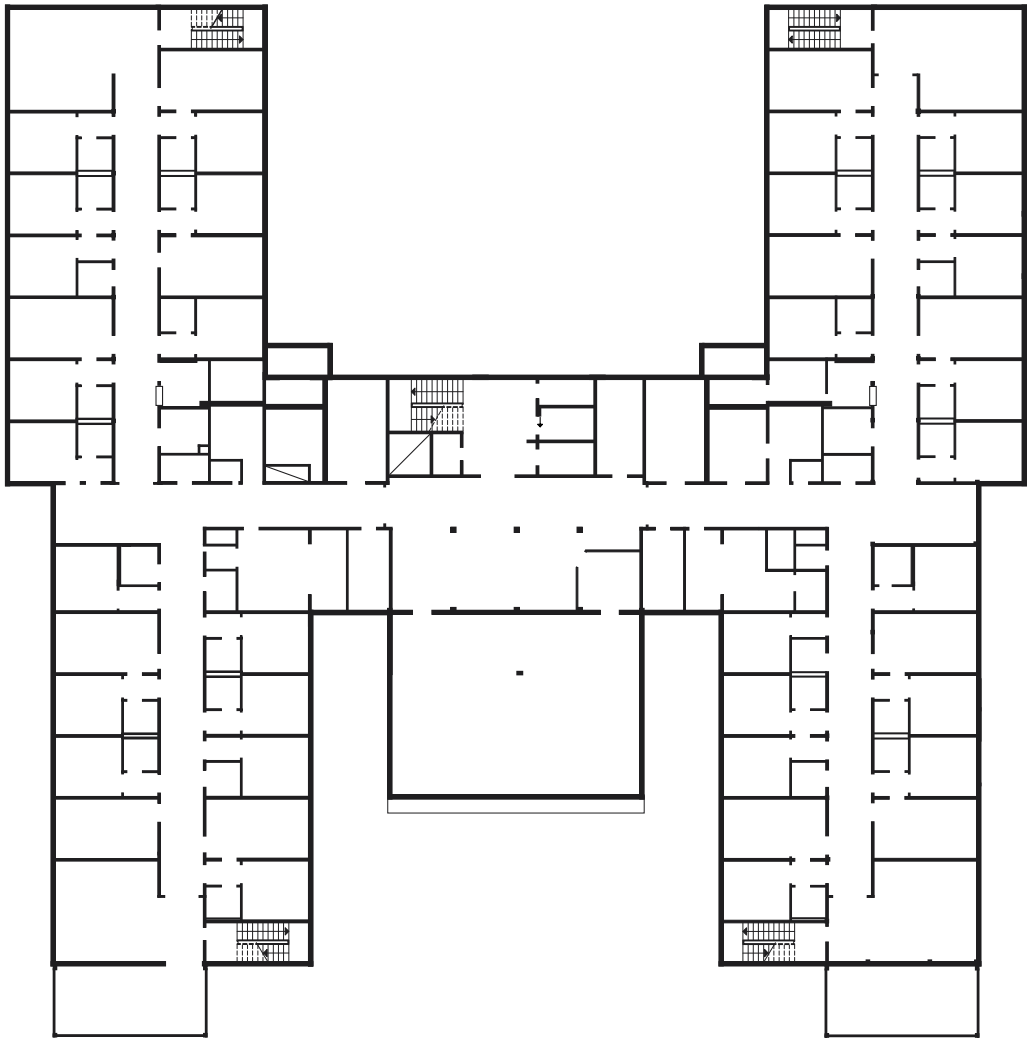
5.4 CASE 4: BAKKETUNET



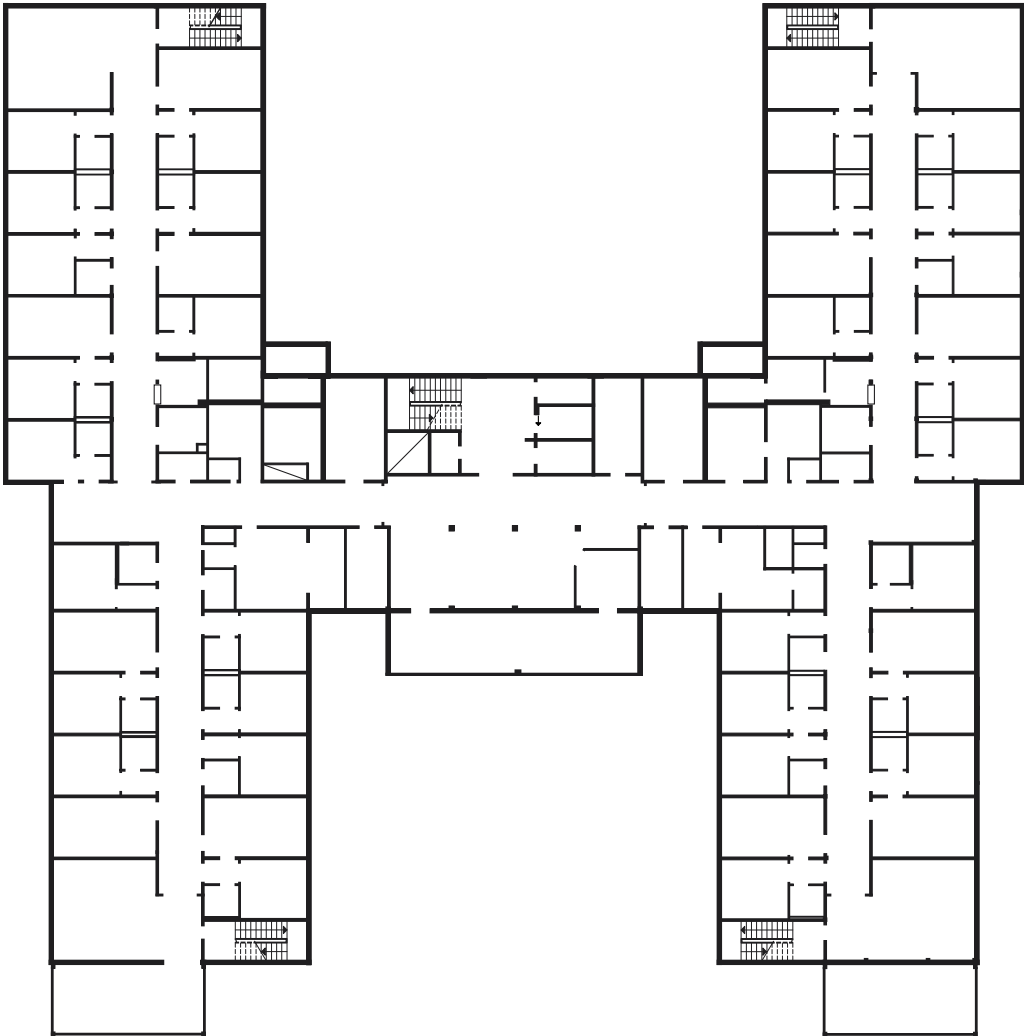
PLAN UNDER ETASJE



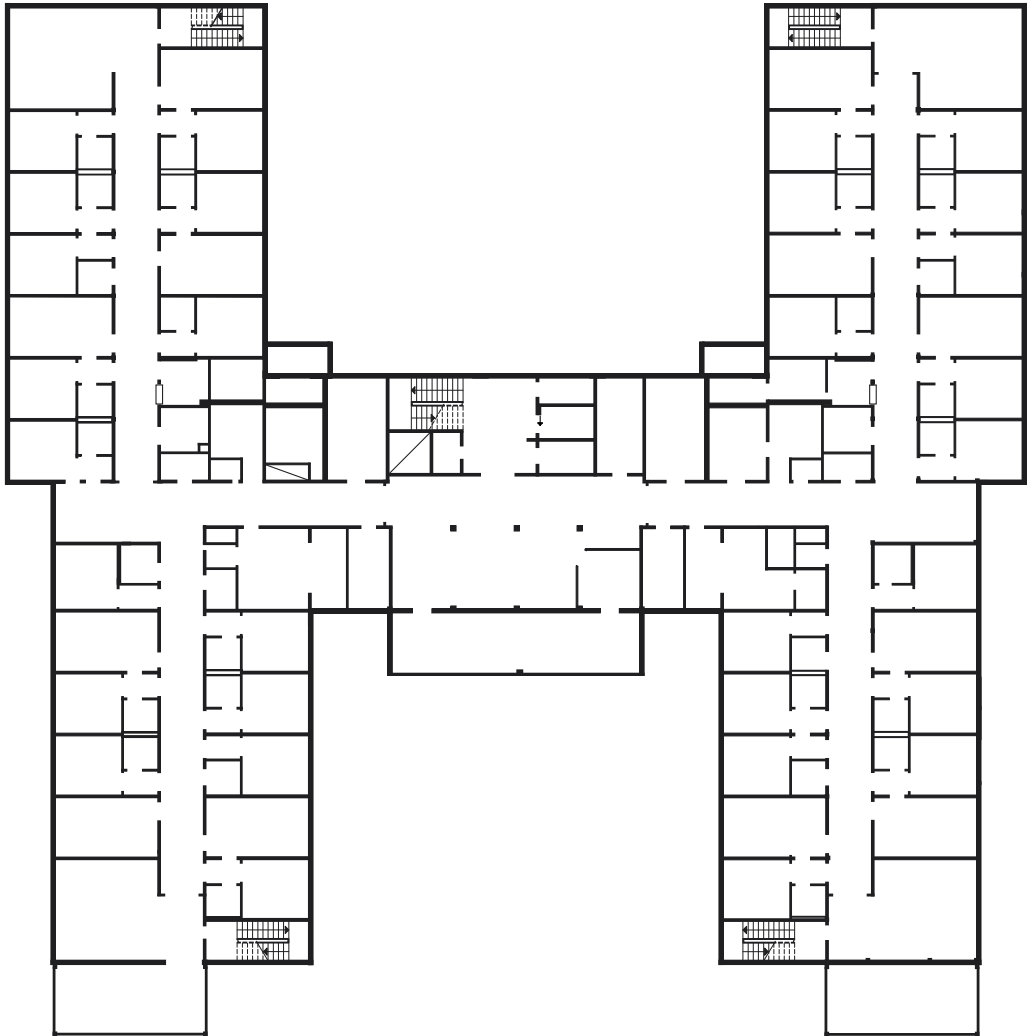
PLAN 1. ETASJE



PLAN 2. ETASJE



PLAN 3. ETASJE



PLAN 4. ETASJE

1. Fakta og data om Bakketunet

Bakketunet er et sykehjem som ligger sentralt i et boligområde i en middels stor kommune med mer enn 60.000 innbyggere i et ett befolket område av landet.

Bakketunet er et stort sykehjem med ca. 130 plasser fordelt på seks avdelinger, hver med 18-23 beboere. På grunn av ombygging, som ble igangsatt før pandemien inntraff, er det kun faste langtidsplasser ved sykehjemmet. Sykehjemmet har egen kafeteria for ansatte, beboere og besøkende, fotpleie, frisør, fysioterapeut og lege. Som følge av koronasituasjonen er det begrenset adgang for besøkende og spesielle reguleringer for bruk av fellesarealer og fasiliteter for ansatte og beboere.

Sykehjemmets størrelse og den situasjonen institusjonen er i, med pågående renoverings- og byggeaktivitet, gjorde institusjonen interessant på grunn av at vi her kunne samle erfaringer om hvordan pandemisituasjonen ble håndtert i en situasjon der den daglige driften allerede var påvirket av byggeaktivitet.

2. Smittetrykk

Inntil intervjutidspunktet var smittetrykket i kommunen lavt. Ved intervjutidspunktet (Uke 49, 2020) hadde ingen beboere ved sykehjemmet testet positivt for covid-19. Det ble imidlertid rapportert om to tilfeller der smittede hadde vært inne på institusjonen uten at dette medførte videre smitte.

3. Hvordan og i hvilken grad rammet

Det første tilfellet gjaldt en ansatt som testet positivt tidlig i pandemien. Den ansatte fattet selv raskt mistanke på grunnlag av symptomer. Andre tilfellet fant sted høsten 2020 da smitte ble identifisert ved en besøkende. I begge tilfeller ble tiltak umiddelbart iverksatt og ingen videre smitte på sykehjemmet ble identifisert. Hendelsene beskrives nærmere i dette kapitlet. I etterkant av intervjuene og inntil kapitlet ble ferdigstilt, har to beboere testet positivt for SARS-CoV-2, men det var ikke anledning til å inkludere nærmere studier av disse tilfellene innen oppdragets tidsrammer.

4. Materiale og gjennomførte intervjuer

Caset bygger på følgende materiale:

- Individuelt intervju med leder for sykehjemmet
- Individuelt intervju med avdelingsleder for en av sykehjemsavdelingene
- Individuelt intervju med en av to tilknyttede sykehjemsleger
- Fokusgruppeintervju med en ansatt fra hver av de seks avdelingene på sykehjemmet, derav fem sykepleiere og en helsefagarbeider
- Individuelle intervjuer med tre pårørende
- Dokumenter relatert til rutiner og prosedyrer for smittevern ved institusjonen samt muntlig informasjon om bygningsmessige forhold.

Sitater er i størst mulig grad gjengitt ordrett og i muntlig tone, men i enkelte tilfeller er aksent og dialekt minimert for å sikre informantenes anonymitet.

OVERSIKT OVER INTERVJUET LEDERE:

	Utdanning/fagbakgrunn	Antall år i stilling	Antall år i eldreomsorg
Enhetsleder	Sykepleier m.m.	2 år	Over 40 år
Avdelingsleder	Vernepleier, Administrasjon og ledelse, Prosjektledelse m.m.	10 år ved <i>Bakketunet</i>	10 år + 20 år med annet omsorgsarbeid

OVERSIKT OVER INTERVJUET ANSATTE:

	Stilling/fagbakgrunn	Fastansatt/vikar	Antall år i stilling ved sykehjemmet	Antall år i eldreomsorg
Ansatt 1	Sykepleier	100% fast	1 år	1,5 år
Ansatt 2	Sykepleier	95 % fast	8 år	Ca. 15 år
Ansatt 3	Sykepleier	95 % fast	16 år	11 år
Ansatt 4	Sykepleier	100% fast	2,5 år	Ca. 30 år
Ansatt 5	Hjelpepleier	?	12 år	Ca. 25 år
Ansatt 6	Hjelpepleier	82 % fast	3 år	?

OVERSIKT OVER INTERVJUET LEGER:

	Tilknytning/annen stilling	Antall år i stilling
Sykehjemslege	60 % på <i>Bakketunet</i> 40 % på et annet sykehjem i kommunen men ca. 20% av tiden på <i>Bakketunet</i> bortfaller på grunn av ØHD-vakt	2

OVERSIKT OVER PÅRØRENDE:

	Pårørendes kjønn og omtrentlig alder	Relasjon til beboer	Beboers kjønn/ alder	Antall år som beboer på sykehjemmet	Bruk av omsorgstjenester før sykehjemsinleggelse
Pårørende 1	Kvinne	Datter	Mann	3,5 år	Kun renhold
Pårørende 2	Kvinne	Datter	Kvinne	2,5 år	Ingen
Pårørende 3	Kvinne	Datter	Kvinne	3 år	Korttidsplasser i påvente av plass på <i>Bakketunet</i>

5.4.1 INNLEDNING

Bakketunet er et stort sykehjem som ble bygget på 1970-tallet. Renoveringsbehov er anerkjent og omfattende ombyggingstiltak er iverksatt. Sykehjemets størrelse og den situasjonen institusjonen er i, med pågående renoverings- og byggeaktivitet, gjorde institusjonen interessant på grunn av at vi her kunne samle erfaringer om hvordan pandemisituasjonen ble håndtert i en situasjon der den daglige driften allerede var påvirket av byggeaktivitet.

Sykehjemsbygget består av fire etasjer forbundet med trapper og heiser, og det er tidskarakteristisk utformet med lange korridorer, fellesarealer og enerom med eget bad eller bad delt mellom to rom. På noen avdelinger benytter beboerne fellesdusjer ettersom dusjene på bad tilknyttet rommene ikke fungerer optimalt. Forhold som trange garderobeforhold, oppflisede og slitte overflater, lange ganger som eventuelt kontaminert materiale må fraktes igjennom, trange forhold for av- og påkledning av smittevernutstyr fremstår som utfordrende for god etterlevelse av smitteverntiltak. Fysisk avgrensing mellom avdelingene og stengning av fellesarealer blir fremhevet som sentrale tiltak for å hindre introduksjon av smitte og begrense eventuell spredning og disse tiltakene påvirker også dagliglivet til de beboerne som har behov for å være i mye bevegelse.

I pandemiens tidlige fase ble et såkalt miljøområde, bestående av fellesarealer spesielt tilrettelagt for å skape trivsel og rom for sosialt samvær for beboere og besøkende, omgjort til «covid-avdeling». «Covid-avdelingen» ble etablert i løpet av få dager med veiledning fra hygiene-sykepleiere fra områdesykehuset. Avdelingen skulle fungere som akuttmottak for eventuell innleggelse av smittede hjemmeboende brukere tilknyttet kommunens hjemmetjeneste. Inntil intervju-tidspunktet har akuttposten ikke tatt imot noen pasienter, men den har i perioder fungert som oppholdsrom på dagtid for en del beboere som er berørt av støy fra byggeaktiviteten ved sykehjemmet. Også denne har imidlertid påvirket driften, og beboernes dagligliv mindre enn forventet og det er kun et fåtall av beboerne som har hatt behov for alternativt oppholdssted i korte perioder på dagtid.

I mars ble det opprettet et testsenter inne i sykehjemmets lokaler. Selv om de som skulle testes kom inn i en avskjermet del opplevdes dette som utrygt og testsenteret ble raskt flyttet.

5.4.2 SMITTESITUASJONEN VED SYKEHJEMMET

Ved intervju-tidspunktet (Uke 49, 2020) hadde ingen beboere ved sykehjemmet testet positivt for covid-19. Det ble imidlertid rapportert om to tilfeller der smittede hadde vært inne på institusjonen uten at dette medførte videre smitte. Det første tilfellet gjaldt en ansatt som testet positivt tidlig i pandemien. Den ansatte hadde, ifølge en leder, lest at sviktende smaks- og luktesans var vanlige symptomer, og hun sørget derfor raskt for å få testet seg da disse symptomene inntraff.

[I begynnelsen av pandemien] gikk vi med hjertet i halsen ei god stund. SÅ var det, [i månedsskiftet mars/april] at en av mine sykepleiere testa positivt på covid-19 og hun hadde ikke noen symptomer annet enn at hun hadde mista smak og lukt. Så skjønnte hun det og gikk og testa seg og så... skaden var ikke skjedd her for å si det sånn. Da sendte vi hjem alle som hadde vært i nærheten også testa vi dem.(...) Det var første sjokket; for da tenkte vi at nå kommer det og tar oss her – men, det gjorde ikke det, skjønner du! Vi klarte jo det... det var jo fordi hun skjønnte at ... hun hadde lest dette [om at bortfall av smaks- og luktesans var vanlige symptomer] og hun skjønnte at det var viktig og så tok hun den testen.

Den ansatte som testet positivt ble satt i isolasjon, og alle rundt henne, deriblant de hun har vært på jobb sammen med, samt fire beboere ble testet. Alle testet negativt og lederen priset medarbeideren for sin årvåkenhet. Hendelsen satte imidlertid en støkk i lederen: *«Så dette var første sjokket vi fikk (...) og så har vi gått her med hjertet i halsen siden, egentlig.»*

Det andre identifiserte tilfellet av smitte inne på enheten var en besøkende som satt hos en terminal beboer. Det viste seg at den besøkende var smittebærer, men heller ikke i dette tilfellet førte oppholdet til videre smitte på institusjonen. *Post mortem* testing av avdøde beboere gav også negativt resultat.

Ledelse, sykehjemslege og pleiepersonell fortalte at det hver uke var beboere med luftveissymptomer som ble testet og isolert i påvente av resultat. Dette gav personalet øvelse i å praktisere strenge smitteverntiltak. Intervjuene ved dette sykehjemmet gir innsikt i ulike aktørers erfaringer med det å håndtere potensielt smittede beboere, med det daglige arbeidet med å hindre introduksjon av smitte på sykehjemmet og innsatsen i forhold til å forberede håndtering av eventuell smitte.

På tidspunktet for ferdigstilling av rapporten blir de første tilfellene av smitte blant beboerne ved *Bakketunet* rapportert. En oppfølging av de nylig inntrufne tilfellene, av håndteringen av disse og følgene de får for beboere, drift, personal og pårørende i lys av det vi har lært så langt, ville vært særdeles interessant, men det er det ikke anledning til innenfor rammene for dette oppdraget.

5.4.3 DATAGRUNNLAG

Dette caset er skrevet på bakgrunn av individuelle telefonintervjuer med en av institusjonens to sykehjemsleger, enhetsleder, en avdelingsleder, tre pårørende, som alle hadde en forelder ved sykehjemmet, og et gruppeintervju over Teams der seks medarbeidere satt i et romslig møterom på sykehjemmet og kommuniserte med forskeren via storskjerm og høyttaler. Intervjuene varte i en til vel halvannen time. Det er én forsker som har gjennomført alle intervjuene i tilknytning til denne institusjonen. Inntrykket er at det har vært stor åpenhet på alle nivåer. Smittestatusen kan være en medvirkende årsak til denne åpenheten. Enhetsleder og avdelingsleder sørget for rekruttering av pårørende, og de la vekt på at de mente vi burde snakke med noen av de mer kritiske. På denne måten fikk vi også tilgang til pårørende som har opplevd utfordringer i samarbeidet med sykehjemmet og som mener at de og den de er pårørende til har hatt uheldige opplevelser ved sykehjemmet i forbindelse med pandemien. På tilsvarende måte er inntrykket at pleiepersonalet hadde en åpen tone i gruppeintervjuet, der de blant annet fortalte om utfordringer med å etterleve smittevernrutiner i praksis.

5.4.4 I HVILKEN GRAD VAR SYKEHJEMMENE FORBEREDT PÅ EN PANDEMI?

I denne delen vil vi se nærmere på de instruksjoner og retningslinjer som, basert på intervjuer og materiale frembragt av enhetsleder, fremstår som sentrale i forhold til håndteringen av covid-19 og koronasituasjonen. Materialet viser at sykehjemmet dro nytte av eksisterende retningslinjer og instruksjoner for smittevern på ulike nivå, fra varslingsplan til overflatedesinfeksjon. Selv om sykehjemmet, som vi vil se, var i en særlig god posisjon i forhold til tilgang på smittevernutstyr, så opplevde også denne enheten mangler på det området i pandemiens tidlige fase.

PLANER, RUTINER OG ERFARINGSGRUNNLAG

På ledelsesnivå så man at man hadde god nytte av eksisterende nettverk, tiltaksplaner og instruksjoner, og at disse utgjorde et godt og nyttig grunnlag som raskt kunne tilpasses og spesifiseres med tanke på koronapandemi-situasjonen.

Ukentlige beredskapsmøter ble avholdt mellom enhetsledere og kommunal seksjonsleder. Enhetslederen uttrykte at hun hadde stor nytte av å intensivere kontakten med dette eksisterende nettverket under pandemien, og at det var en veldig god arena for utveksling og felles innhenting og utnyttelse informasjon.

Enhetsens varslingsplan ble mer nyansert, og en sjekklister for avdelingsledere ble utarbeidet. Varslingsplan og sjekklister kan ses som en arbeidsstøtte i krisesituasjoner, og når det gjaldt covid-19 smitte ble det blant annet viktig å inkludere kommunikasjonsansvarlige i varslingsplanen med tanke på den store offentlige interessen et eventuelt utbrudd ved en sykehjemsinstitusjon ville medføre. Videre ble det utarbeidet retningslinjer for personal i forbindelse med besøkende og retningslinjer for besøkende. Dette vil vi utdype nedenfor.

Enheten har, over flere år forut for pandemien, fokusert mye på prevensjon og kontroll av norovirus og MRSA, og personal på alle nivå henviser til MRSA-rutiner og erfaring med norovirus som nyttig grunnlag for intensiverte smittevernsrutiner i forbindelse med pandemien:

Det blir jo mye av det samme i forhold til det å isolere. Noroviruset er jo VOLDSOMT smittsomt. Og det har vi jo unngått i ganske mange år, egentlig. Og, det er jo fordi vi har blitt ganske gode på dette her. Men det her var jo noe helt annet ... Til å begynne med så var vi jo livredde her, det er jo ikke til å legge skjul på det. Det var jo nesten ikke til å få sove om natta, vet du! Men det har jo gått bra; bank i bordet!

Selv om eksisterende smittevernsrutiner anses som gode, spores det ingen tvil om at covid-19 representerte en enda mer alvorlig trussel, og fra mars og utover i sommerferien ble det arrangert kurs for personalet for gjenoppfrisking og opplæring i smittevern. Kurset ble holdt i samarbeid med hygiene-sykepleiere fra områdesykehuset. Det dreide seg om cirka én time per ansatt med teoretisk smittevern. Av smittevernhensyn (og muligens med tanke på å begrense fravær i avdelingene) ble hver undervisningsgruppe begrenset til ti medarbeidere og det tok dermed flere uker før alle hadde gjennomført opplæringen. Ved å holde kurs utover sommeren ønsket ledelsen at også sommervikarer skulle gjennomgå kurset. Praktisk gjennomføring av smittevern tematiseres nedenfor.

SMITTEVERNUTSTYR

Dette sykehjemmet fremstår som å ha vært i en spesielt gunstig situasjon når det gjelder tilgang på smittevernutstyr i pandemiens tidlige fase, ettersom det rommet et sentralt lager for smittevernutstyr i kommunen. Pleiepersonellet ute i avdelingene synes ikke å ha opplevd mangel på smittevernutstyr, men både enhetsleder og en avdelingsleder vedgår at sykehjemmet ikke var tilstrekkelig utstyrt da pandemien inntraff.

Enhetslederen fortalte om utfordringer når det gjaldt håndsprit. Sykehjemmets lager var beregnet til å holde i 14 dager, men det rakk allikevel kun i cirka tre dager. Det er uvisst hvorvidt knappheten skyldtes svinn eller nødvendig forbruk på sykehjemmet. Mangelen på håndsprit medførte, ifølge enhetslederen, intens innsats «i kulissene» for å sikre tilstrekkelig tilgang på hånddesinfeksjon. Alle ansatte-informantene var imidlertid av den oppfatning at personalet ikke merket noe til dette. Det var også knapphet på visirer, som ville være nødvendig ved et eventuelt

utbrudd ved institusjonen, men dette behovet ble dekket ved at sykehjemmet fikk tilgang på beskyttelsesbriller fra en lokal leverandør av fyrverkeri.

Til tross for sykehjemmets umiddelbare nærhet til kommunens lager for smittevernutstyr, opplevde ledelsen på ulike nivåer ved enheten potensiell fatal mangel på utstyr i pandemiens tidlige fase:

[I] begynnelsen manglet vi en del ting, men det gikk veldig raskt når vi fikk [smittevernutstyr] i de mengdene som måtte til da. (...) Hadde det smelt fra dag én så hadde vi ikke hatt så mye å stille opp med tror jeg. Men, tida jobba jo for oss (...) Hadde det kommet et utbrudd så hadde det kanskje gått litt annerledes (...). Men, vi brukte ikke så lang tid før vi fikk snudd dette på hodet, altså [innen to uker maks]. Vi har aldri mangla noe, men hadde det blitt et kjempeutbrudd så hadde vi mangla. Men det kom ikke!

Hver avdeling er nå utstyrt med utstyrspakker for å sikre at alt nødvendig smittevernutstyr er tilgjengelig i tilstrekkelige mengder dersom det oppstår smittesituasjoner på natt, i helger eller på helligdager.

I intervju fremkom det også at tilgangen på smittevernutstyr i pandemiens tidlige fase hadde vært annerledes ved en annen institusjon i samme kommune. Det dreide seg om en institusjon med korttidsplasser og stor utskifting av brukere, noe som medførte mye testing ettersom alle nyankomne brukerne skulle testes. Ved denne institusjonen hadde testpersonell sett seg nødt til å teste flere personer uten å bytte beskyttelsesfrakker mellom hver pasient, noe som innebærer risiko for smitteoverføring i testsituasjonen.

5.4.5 HVILKE KONKRETE TILTAK BLE SATT INN FOR Å HINDRE INTRODUKSJON OG EVENTUELL SPREDNING AV COVID-19?

I denne delen tar vi for oss konkrete tiltak som ble iverksatt for å hindre introduksjon og eventuell spredning av covid-19, slik det fremkommer i intervjuene. Vi støtter oss også på dokumentasjon som enhetsleder har gitt oss tilgang til. De sentrale tiltakene tar sikte på å sikre barrierer internt (innad i og mellom avdelingene) og eksternt (i forhold til besøk og annen fysisk sosial kontakt med miljø utenfor institusjonen).

«NEDSTENGING» – TILTAK FOR Å HINDRE INTRODUKSJON OG SPREDNING

Sykehjemmet iverksatte umiddelbart tiltak for å hindre introduksjon og eventuell spredning mellom avdelingene. I praksis innebærer dette lukkede dører mellom avdelingene og at fellesarealer benyttes i minst mulig grad. Fellesarrangementer utgår, eller de legges til avdelingene enkeltvis. Personalkantinen var i en periode stengt, men den ble senere åpnet med kontaktløs betaling, innpakket mat og egne sittesoner for hver avdeling. Trapper, heiser og korridorer samt ansattegarderobe nevnes som eksempler på fellesarealer med spesiell risiko for kontakt og eventuell smitte mellom avdelingene

«*Da landet stengte ned*» fremstår som et monumentalt skille og starten på en ny virkelighet som alle vi har intervjuet ved dette sykehjemmet refererer til som overraskende da det inntraff. Konsekvensene av den brå nedstengningen og den gradvise og regulerte gjenåpningen preger fortsatt hverdagen ved sykehjemmet og påvirker beboere, personell, og pårørende på mange måter.

Enhetslederen uttrykte at det aldri tidligere hadde vært aktuelt å utelukke besøkende eller å begrense kontakten med omverdenen på noen liknende måte. Dette fremstår som en av få ting de ikke var forberedt på. Nedstengingen ble imidlertid gjennomført, noe som blant annet innebar at

beboerne, i et visst tidsrom, ikke fikk ta imot besøk, og de kunne heller ikke forlate institusjonen med mindre det forelå prekære, gjerne medisinske, grunner til det.

Etter hvert ble det en gradvis oppmyking av adgangsrestriksjonene. Ved intervju tidspunktet (november/desember), ser disse ut til å tilsvare dem som ble formidlet til personalet og pårørende 28.05.2020 (Kopi av deler av rundskriv til pårørende og personell):

Fysiske besøk må avklares med institusjonen i forkant.

Følgende tiltak er innført:

- Alle inngangsdører holdes stengt
- Alle besøkende må ringe på forhånd og avtale med avdelingen
- Alle besøkende må vurdere egen helsetilstand med hensyn til symptomer på akutt luftveisinfeksjon. Besøkende som har luftveissymptomer eller har vært i kontakt med smittede kan ikke komme på besøk.
- Besøkende skal forlate institusjonen umiddelbart dersom de utvikler infeksjonssymptomer.
- Antall besøk må begrenses til et minimum. Ved besøk inne kan det kun være inntil 3 av gangen (Obs! 1 meters avstand).
- Alt besøk skal foregå på rommet til pasienten eller ute på anvist sted.
- Det åpnes for å gå tur med beboerne.
- Besøkende skal utføre håndhygiene før de går inn og når de går ut.
- Besøkende skal holde minst 1 meters avstand til andre, gå direkte til beboers rom og ikke oppholde seg i fellesarealer

Vi kan se at adgangsrestriksjonene samsvarer med myndighetenes råd om avstand, håndhygiene og begrenset sosial kontakt. Det ble satt opp tre besøkstidspunkt per dag: kl. 11, kl. 14 og kl. 17. På disse tidspunkta kan hver avdeling ta imot to besøk med maksimum tre personer per besøk. Besøkene avtales på forhånd ved at de som ønsker å komme ringer avdelingen og «booker» plass på forhånd. Personalet gir uttrykk for at det kan bli mye telefoner: «*Telefonringinga har blitt enorm da. Man blir jo avbrutt hele tiden. Om man står i stell, om man følger noen på do, om man selv går på do, da! Det er jo et irritasjonsmoment, å gå med avdelingstelefon, for det er jo veldig mye telefoner!*» Det kan være forstyrrende for den som er ansvarlig for telefonen å stadig bli avbrutt i sitt øvrige arbeid av pårørende som ønsker å avtale tid for besøk og da gjerne også har mer på hjertet.

Personalet møter de besøkende nede i inngangsområdet der de skriver seg inn i en besøksprotokoll og spriter hendene. Munnbind er tilgjengelig for dem som ønsker å benytte dette, men som nevnt blant punktene ovenfor, så er det ikke tillatt å besøke institusjonen dersom man har luftveissymptomer. Personalet følger besøkende inn og ut. Det er kun personalet som skal trykke på heisknappen og dersom de besøkende berører kontaktflater, som f.eks. gelender, skal personalet sørge for å foreta overflatedesinfeksjon av dette. Dette er blant mange ting ved

smittesituasjonen som påfører personalet merarbeid.

Selv om besøksreguleringen innebærer merarbeid, gav personalet også uttrykk for at besøksreguleringen hadde positive følger utover de intenderte smittevernhensynene. Det ble fremhevet at færre besøk til gitte tidspunkt, og det at besøk foregår på beboernes rom, gir mer ro og mindre forstyrrelser på avdelingen. En pårørende fortalte også at hennes kognitivt friske mor, som bor på sykehjemmet, følte at det nå var «*mer som et hjem*» ettersom det ikke var så mange fremmede som kom og gikk hele tiden. Vi vil komme nærmere inn på konsekvensene av nedstengingen på pårørende og beboeren i avsnittene nedenfor.

For enkelte yrkesaktive pårørende har det vært vanskelig å følge de fastsatte besøkstidene, men pårørende forteller at etter hvert som situasjonen har gått seg til så har de kommet til enighet med avdelingen slik at de kan komme på besøk etter arbeidstid.

SYKEFRAVÆR OG PERSONALGJENNOMSTRØMMING

I pandemiens tidlige fase, medførte fravær grunnet luftveissymptomer, samt karantene for medarbeidere som hadde vært på sen vinterferie og dermed ble omfattet av de nye karantenebestemmelsene, en del ekstra fravær. Senere har personalet generelt vært friske, og fraværet har holdt seg på normalt, høyt nivå (ca. 12,5%). Sykehjemmet har, ifølge avdelingsleder, en «*fast pool*» med vikarer. Det var imidlertid delte meninger blant de ansatte om dette og om hvorvidt vikarer er godt kjent med sykehjemmets generelle rutiner og de skjærpede smitteverntiltakene spesielt. Uenigheten kan skyldes forskjeller mellom avdelingene ved at enkelte avdelinger har faste vikarer som blir kjente gjengangere, mens andre har mer utskiftning.

Retningslinjer for personalet er blant de andre tiltakene som ble innført for å redusere faren for introduksjon av smitte til enheten. Disse dreier seg om regler som personalet anmodes om å forholde seg til dersom de jobber ved flere institusjoner og retningslinjer for fravær ved luftveissymptomer. Blant sykepleierne ved dette sykehjemmet er forholdsvis mange i store eller fulltidsstillinger, men blant hjelpepleiere og ufaglærte er det også her mange i små stillinger som dermed jobber på flere plasser. De ansatte så det som et stort problem at mange har deltidsstillinger, gjerne på flere steder. De ytret ønske om at lederne på ulike institusjoner, ofte innenfor samme kommune, burde samarbeide om å dekke opp mer med de samme menneskene, at hver person får større stilling på én plass slik at de slipper å «*jakte vakter hele tiden for å få nok lønn*». Vikarbruk og praktiske forhold rundt ordningen for dem som tar fagbrev som helsearbeidere, ble også nevnt som et problem med tanke på smittevern og spredning av virus mellom institusjoner og avdelinger:

Det er mye vikarer, det er mye ufaglærte, det er mange som skal bli helsefagarbeidere og de må jo gå på skole i... en hel haug med tid! De må ha 8000 timers praksis som da vil si at du bare jobber; det er ikke veiledende praksis. Ikke sant ... det er bare å jobbe og jobbe og jobbe for å samle timer – det er egentlig et litt annet område, men – da må de jobbe veldig mye som ufaglærte og når du ikke får noe veileder heller... så hva lærer du da, egentlig? Du lærer å gjøre det samme om igjen og om igjen, ikke sant. Og de må jobbe veldig mye og de må jakte masse vakter og de må jobbe forskjellige steder for å få nok timer. Så, jeg skjønner kjempegodt det, men (...) Ikke er de skolerte i forhold til dette med smittevern heller, for de jobber på så mange steder at de får kanskje ikke med seg alt ... og da kan det fort spre seg fort. Og de menneskene ... det er jo de som er mest pasientnære; som er de som rydder, vasker ... de er de som er mest nærme pasientene og smitter kanskje fort også.

Det at vikarer og helsearbeidere under opplæring må «sanke timer» ved de institusjonene der de får innpass, gjør altså, ifølge informantene, at disse gjerne jobber sporadisk på mange, ulike institusjoner og at de dermed utgjør en direkte risiko når det gjelder smittespredning. Sykepleierne i intervjuet uttrykket bekymring for at en slik løs tilknytning til mange, ulike institusjonene samt fraværet av formell veiledning, gjør at det kan være tilfeldig hva denne pasientnære gruppen får med seg av smittevernsopplæring, og at dette bidrar til ytterligere smitterisiko.

I intervju kom det frem at blant medarbeidere i små stillinger var det noen som også hadde stilling i barnehage og grunnskole. Selv om små barn og barnehager foreløpig ikke er tilskrevet noen sentral rolle i forhold til covid-19, så er forkjølelse og liknende tilstander med luftveissymptomer utbredt i slike institusjoner. Det har generelt vært mye fokus på potensiell fare forbundet med introduksjon og spredning av covid-19 som følge av at pleiepersonell arbeider ved flere helseinstitusjoner. Så vidt oss bekjent så har kombinasjon av pleiearbeid og andre yrker, og dermed nærkontakt med andre typer menneskegrupper, og dertil relaterte risikoapekt, vært lite tematisert. For å minimere faren for å dra med seg smittestoffer, har sykehjemmet innført krav til pleiepersonell som blant annet innebærer full kropp- og hårvask dersom de jobber på to steder innen et visst tidsrom. Omkledding før og etter skift foregår som normalt i sykehjemmets garderobe der personalet finner rent tøy ved ankomst og legger fra seg brukt utstyr i skittentøysanretninger ved vakens slutt. Ansatte uttrykte imidlertid, som vi kommer tilbake til i neste avsnitt, bekymring for garderobesituasjonen.

IDENTIFISERE OG BEGRENSE MULIG SMITTE

Cirka to uker etter nedstengningen, i begynnelsen av april, oppsto det en situasjon ved sykehjemmet da en ansatt testet positivt kort tid etter arbeid på institusjonen. Nærkontakter ble satt i karantene, og ingen videre smitte ble identifisert. Avdelingslederen priste medarbeiderens snarrådighet ettersom medarbeideren selv fattet mistanke og testet seg da hun merket at hun mistet smaks- og luktesans. Hendelsen demonstrerte viktigheten av å holde seg hjemme dersom man har symptomer, og både ansatte og ledelse mente at personalet er flinke til å etterleve dette.

Ledelse og personal ga inntrykk av at de vier stor oppmerksomhet til symptomer på luftveisinfeksjoner blant beboerne. Hver uke isoleres beboere på grunnlag av mistanke om covid-19. Beboere isoleres på sitt eget rom, der de blir passet på av pleiepersonell i fullt smittevernsutstyr. Formålet med isolasjon er først og fremst å hindre spredning av eventuell covid-19 i påvente av testresultater, men dette bidrar også å hindre spredning av andre luftveisinfeksjoner som vil medføre høyt smittetrykk og behov for å sette mange beboere i isolasjon i påvente av testresultater. Isolasjon er arbeids- og ressurskrevende. Selv om beboerens tilstand ikke anses som kritisk, får beboere i isolat kontinuerlig oppfølging. Dette er hovedsakelig for å se til at beboeren ikke forlater rommet. Risikoen for at det skal skje er spesielt stor blant beboere med demens eller andre kognitive svekkelser. I enkelte tilfeller hadde ansatte opplevd det som utfordrende å holde fysisk aktive personer med kognitiv svekkelse i isolasjon i flere dager i påvente av prøvesvar. Ofte vil imidlertid beboere i isolasjon være fysisk svekket av symptomer og dermed sove mye, noe som naturligvis gjør det mye enklere å holde personen isolert på rommet.

For å sikre rask testing ved symptomer, også i situasjoner når sykehjemslegene ikke er tilgjengelige, har sykepleiere og vernepleiere gjennomført opplæring i å utføre slike tester. Pleierne bistår ellers sykehjemslegene ved testing, og de fleste har dermed blitt godt kjent med prosedyrene. Sykepleiere som ikke føler seg komfortable med å utføre testing er, ifølge enhetsleder, fritatt fra oppgaven.

Inntil intervju tidspunktet var det ikke rapportert om at beboere på dette sykehjemmet har testet positivt for covid-19. Hyppige situasjoner med isolasjon av beboere ved mistanke om smitte kan imidlertid ses som anledninger til praktisk trening i rutiner og bruk av smittevernutstyr. Ved intervju tidspunktet var det fortsatt følgende rutiner, datert 25.03.2020, som var aktuelle:

VED MISTANKE OM SMITTET PASIENT

Kontakt sykehjemslege/ØHD-vakt på dagtid. Oppstår mistanke på kveld/natt kontaktes lege dagen etter. Legen vurderer pasienten og tar stilling til testing.

Informer din leder og enhetsleder om mistanken på teams/ mail eller SMS (ikke navngi pasienten, kun ID nummer).

Ansvarsvakt vurderer behov for ekstra innleie ved isolering av pasient, evt i samråd med leder.

Leder må sammen med personalet vurdere hvert case om hvordan det er mest hensiktsmessig å foreta isolering av pasient.

I avdelingen:

- Pasienten isoleres på sitt rom umiddelbart.
- Heng opp varsel på døren
- Det skal kun være 1 ansatt som skal inn til denne pasienten pr vakt
- Denne ansatte skal ha på seg smitteutstyr når man er inne på rommet. Smitteutstyr er gul smittefrakk, hansker og munnbind. Dersom man bruker briller er det ikke nødvendig å ha visir på munnbindet.
- Denne ansatte bør helst ikke håndtere mat til andre pasienter eller være på kjøkkenet denne vakten

Man oppretter ren og skitten sone

- Ren sone skal være enten i korridoren eller i mellomgangen
- Ren sone skal være et bord/nattbord som inneholder smittefrakker, hansker, munnbind og desinfeksjonsmiddel
- Skitten sone skal være inne på rommet eller på tilhørende bad.
- Skitten sone skal inneholde muligheter for håndtering av søppel og skittentøy
- Servise, bestikk og serveringsbrett emballeres i hvit plastpose før det tas ut av smitterom
- Settes direkte i oppvaskmaskin i avdelingskjøkken. Maskinen settes på umiddelbart. Minst mulig mellomlagring
- Utstyr som skal håndteres på skyllerom skal emballeres i hvit pose og fraktes rett i bekkenspyler eller fatvasker som settes på umiddelbart.

«Vertskommunen» 25.03.2020

Personalet oppga at de kjente seg trygge på rutiner ved utbrudd og på bruken av smittevernutstyr. Ved mer inngående spørsmål, kom det imidlertid raskt frem at det er mange forhold som hindrer optimalt smittevernsarbeid og som lett kan føre til «lekkasje» og videre spredning. Personalet

uttrykte frustrasjon over bygningsmessige forhold som hindrer godt smittevern i praksis: *«Lokalene her er jo ikke egna til å drive smittevern. To fellesdusjer på ca. 20 beboere på enkelte avdelinger. Også har vi jo en del flater som er så flisete og nedslitt at når du skal sprite og vaske så blir det jo ikke rent»,* fortalte en av de ansatte, hvorpå kollegaer skjøt inn *«nei, det er jo gammelt og nedslitt. Vi har jo heller ikke mellomganger der vi kan kle oss om. Vi har ikke sluser. Her er det helt utdatert.»* *«Bygget er helt utdatert.»* *«Det egner seg ikke. Vi har brukt utstyr alt for nær rent utstyr.»* En medarbeider fortalte om situasjonen når man våker på en som er i isolat på rommet sitt i påvente av testresultat:

Da har man gjerne det rene utstyret i gangen også har man det skitne på badet, hvis man har bad på rommet, ikke sant. Og hvis man ikke har bad på rommet så blir det jo bare mye verre, for da er det ikke sluse ut til fellesgang heller! Og det synes jeg vi må prøve å tenke litt på – før det kan skje igjen! (...) man får satt opp en type skillevegg, små kteinere man kan putte ting i og som blir fort lukket; altså et eller annet For vi kan dra med oss [smittestoffer] veldig fort når det er sånn.

Alt dette som behandles inne på rommet, det kan være kroppsvæsker, avføring, kanskje oppkast, mye kontaminert tøy og annet materiale, føres ut fra beboerrom til skyllerom i sekker. Alt dette skal jo behandles riktig etterpå og komme ut fra den slusa på en forsvarlig måte. (...) man får inn sekker [på beboerrommet] og tar det med på skyllerommet. Så er det da [spørsmål man stiller seg]: Skal man ta av seg ...? Skal man ikke ta av seg ...? Med hansker? Ikke hansker? Dette her bærer du gjennom en gang der det ofte sitter og går mange andre pasienter, og bort til et skyllerom. Og så vakuumeres posen og kastes.

Vi har utstyret, men de fysiske forholdene er ikke tilrettelagt for smittebehandling rett og slett, men det blir antakelig bedre når vi får pusset opp, for da skal alle få eget bad. Det er det viktig å ta med i beregningen når det skal pusses opp.

En annen medarbeider svarte følgende på spørsmålet om hva som er den største bygningsmessige utfordringen ved sykehjemmet:

Altså, vi må jo frakte ting fra vår avdeling og ned. Alt smitte og sånt blir jo frakta ... i gult ... altså, vi pakker det jo inn, men allikevel så er det jo på vandring gjennom huset her. Og da må vi jo gå de 60 meterne [nedover korrideren] og ned ei felles trapp også ... sånn at det er jo ikke ... vi har jo laga en felles plan på hvordan vi skal bruke heisene hvis det ... hvis det kommer noe utbrudd Vi må ha en smittefri heis og en «smitteheis». Det er tungvint på den måten der.

Allerede ved et raskt tilbakeblikk og en refleksjon over erfaringer gjort i forbindelse med håndteringen av beboere i isolasjon, fremkom det altså en rekke utfordringer i forhold til det å etterleve rutiner for godt smittevern i praksis. Overflatene er så slitte at de rett og slett ikke lar seg rengjøre; selv om beboerne har enerom så deler noen toalett, og på noen avdelinger benyttes fellesdusjer ettersom dusjene tilknyttet hvert enkelt rom eller dublett ikke fungerer; det er liten mulighet for trygg omklodning fra smittevernutstyr når rommet forlades; og avfallshåndteringen fremstår som risikabel med transport av potensielt kontaminert avfall gjennom lange korriderer.

Tøy brukt av isolerte beboere sendes til vask i merkede sekker. Innenfor oppdragets tidsrammer har vi beklageligvis ikke hatt anledning til å følge denne ferden. Vi har således ikke noe grunnlag for å si noe om vaskeriets rolle i forhold til smittevern. Dette bør tas i betraktning for en mer helhetlig forståelse av smittevernsituasjonen, og det anbefales at driftsenheter får en tydeligere plass i smittevernsstrategier på kommunalt- så vel som enhetsnivå.

Deriblant og på tilsvarende vis burde renholdernes rolle vært grundigere undersøkt. Det ble fortalt om mye deltidsarbeid og midlertidige stillinger også i denne gruppen. Problematikken når det gjelder spredning mellom ulike institusjoner/arbeidsplasser og usikkerhet omkring smittevernsopplæring, blir dermed relevant også for denne gruppen i likhet med det vi så for pleieansatte. De pleiefaglig ansatte uttrykte stor respekt for arbeidet som utføres av renholderne, men de uttrykte bekymring for at renholderne ikke vasker hver dag og at det kan bli lenge mellom hver grundige vask ettersom de ikke vasker i helgene. De uttrykte at de ser dette som både bekymringsfullt og unødvendig under en pandemi, når behovet for hyppig og grundig rengjøring er stort og faglært arbeidskraft er tilgjengelig fra andre bransjer som hotell og reiseliv der mange er permittert.

Selv om rengjøringspersonalet, ifølge pleiepersonale i gruppeintervju, ikke har fått mer ressurser til rengjøring under pandemien, er kravene til rengjøring skjerpet. Det er uvisst om også rengjøringspersonalet har fått flere oppgaver innenfor den tiden de har til rådighet, men enhetens sjekkliste for desinfeksjon av kontaktflater gir et konkret inntrykk av noe av merarbeidet i forhold til rengjøring som er påført pleiepersonalet under pandemien:

Signeringsliste for desinfeksjon av kontaktpunkter

- **BRUK SÅPE OG VANN PÅ SMITTEFRIE AVDELINGER.**
- **BRUK PERASAFE/VIRKON OM POSTEN HAR PÅVIST SMITTE (gjelder ikke ved ESB, da følges rutine med SÅPE OG VANN).**
- **UTFØRES PÅ SLUTTEN AV HVER VAKT**

Dagvakt: Alle dørhåndtak, gelender og lysbrytere, knapper inni og utenfor heisen.

Personal i avdeling desinfiserer kjøkkendører/håndtak, kaffetrakter, mikrobølgeovn, kjøleskap, fjernkontroller, bord, nattbord, medisintralle, benk og skapdører på medisinnrom, benk og andre kontaktpunkter på skyllerom og andre steder man tar på. Vaktrom, tastatur, stoler, bord.

Kveldsvakt: Personal i avdelingen desinfiserer alle dørhåndtak, gelender (husk trappeoppganger), lysbrytere, kjøkkendører/håndtak, kaffetrakter, mikrobølgeovn, kjøleskap, fjernkontroller, bord, nattbord, medisintralle, benk og skapdører på medisinnrom, benk og andre kontaktpunkter på skyllerom og andre steder man tar på. Vaktrom, tastatur, stoler, bord
Knapper inni og utenfor heisen og gelender i trappeoppgang.

Nattevakt: Personal i avdelingen desinfiserer alle dørhåndtak, gelender (husk trappeoppganger), lysbrytere, kjøkkendører/håndtak, kaffetrakter, mikrobølgeovn, kjøleskap, fjernkontroller, bord, nattbord, medisintralle, benk og skapdører på medisinnrom, benk og andre kontaktpunkter på skyllerom og andre steder man tar på. Vaktrom.
Knapper inni og utenfor heisen gelender i trappeoppgang.

Dato	Dagvakt sign	Kveldsvakt sign	Nattevakt sign

I intervjuet sporet vi ingen protest mot merarbeidet som er påført pleiepersonalet i forhold til renhold, men det uttryktes tvil om kvaliteten i utførelsen av disse tilleggsoppgavene:

Vi ser jo at vi som er pleiere er de som må gå rundt å tørke alle kontaktflater, alle dørhåndtak, stoler, bord ... og det skal jo helst gjøres på hver vakt, men det er jo ikke alltid at det blir gjennomført, så det er jo ikke alltid ... Renholderen hos oss har vært flink til å ta over når hun er på jobb, men hun er jo ikke på jobb hver dag! Og, det blir liksom vi i pleien da, liksom, som må gå og gjøre det: tørke av alt også huske på, ja Også går det jo renholderne imellom, da ikke sant, de skal jo over fellesarealene og garderobene våre og.... Ja garderobene er jo et kapittel for seg selv, for der er det fullt og trangt!

Fellesarealene bringes inn her, og pleiepersonalet uttrykte bekymring for at rengjøringspersonell er ansvarlige for renhold av både fellesarealer og ulike avdelinger. De fortalte at dette kan innebære en risiko for, bokstavelig talt, å dra med seg smitte rundt på enheten. Blant fellesarealene utmerker garderobene seg og ble omtalt av de ansatte som et «*arnested for smitte*»:

«[D]et er jo sånn overalt i helsevesenet, at garderobeforholdene er ikke noe å rope hurra for. (...) vi går forbi alt skittentøyet når vi går hjem fra jobb. Vi tar det med oss og kaster det ifra oss på vei ut.» «Og da må jo de som kommer, gå forbi det på ganske kort avstand», understreker kollegaen. «Ja, garderobene er jo et kapittel for seg selv, for der er det fullt og trangt! (...) Altså, garderobene våre er jo fulle av skap over alt hvor det går an å få skvisa inn et skap. Og vi står oppå hverandre og skifter og ... forskjellige avdelinger og alt sånt.»

Det fremstår som paradoksalt at man, oppe i etasjene, gjør en inngripende innsats for å gjennomføre strenge smitteregimer, for eksempel ved å holde avdelingene adskilt ved fysiske sperrer for gjennomgang og avstenging av felles oppholdsrom, samtidig som representanter for alle avdelinger og skift, rent og skittent, virvler tett sammen i en felles garderobe. Temaet vekket engasjement blant deltakerne i intervjuet, og det ble en del småpratning før det ble konkludert med at, «*neida, det er ikke noe unntak her*». Som vi ser ovenfor, ble det gjentatte ganger påpekt at dårlige garderobeforhold er et generelt trekk i helsevesenet. Vi har ikke noe grunnlag for å bekrefte denne påstanden her, men erfaringene fra dette sykehjemmet tilsier at dette er et potensielt risikoområde i en smittesituasjon og en blindsoner i smittevernsplanleggingen som det er verdt å rette oppmerksomhet mot ved denne så vel som ved andre institusjoner.

SMITTESPORING

Besøksprotokoll og nærkontaktlogg for personalet er sentrale tiltak iverksatt for å lette eventuelt smittesporingsarbeid. Alle besøkende skal møtes av sykehjemmets personal ved inngangen og følges dit de skal, gjerne til beboers rom, og ut igjen ved besøkets slutt. Personalet skal da sørge for at alle besøkende skriver seg inn og ut ved ankomst og avreise på et skjema som ligger ved hovedinngangen der også hånddesinfeksjon og munnbind er tilgjengelig. Opplysninger som registreres er besøkendes navn og telefonnummer, beboers navn og avdeling eller eventuelt møtested dersom besøket gjelder møte med personal eller annet samt tidspunkt for ankomst og avreise.

Personalet skal fylle ut *et nærkontaktskjema etter hver vakt (kopi av nærkontaktskjema)*:

NÆRKONTAKT LOGGSKJEMA		
AVDELING: _____		DATO: _____
VAKT (dag/kveld eller natt): _____		
<p>Til medarbeidere: for å gjøre det lettere i arbeidet med smittesporing ved evt. mistanke eller bekreftet tilfelle av Covid-19, bes dere om å fylle ut skjema for nærkontakt pr. vakt på den enkelte avdeling. Det betyr at dere loggfører nærkontakter mellom kollegaer, pasienter, pårørende og andre aktuelle på den enkelte vakt når følgende kriterier er tilstede;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innendørs: fyll ut hvem du har hatt mindre enn 2 meters avstand til i mer enn 15 minutter sammenhengene 2. Ute: fyll ut hvem du hatt mindre enn 2 meters avstand i mer enn 15 minutter sammenhengende, ansikt til ansikt 3. Fyll ut hvem du har hatt direkte fysisk kontakt med (for eksempel i stellesituasjoner, toalettbesøk), gjelder ikke dersom beskyttelsesutstyr er brukt. <p>Skjema blir oppbevart en <u>mnd</u>, deretter blir det makulert</p>		
NAVN:	Nærkontakt med...	NAVN:

Det er utenfor vårt mandat å vurdere hvorvidt disse kriteriene holder i forhold til å dekke alle høypotensielle smittesituasjoner og relasjoner, men det skal ikke mye fantasi til for å forestille seg situasjoner der smitte vil kunne overføres også på under 15 minutter når avstanden er mindre enn 2 meter uten at det innebærer fysisk kontakt. På den annen side bør det tas i betraktning at registreringen skal være overkommelig og praktisk gjennomførbar.

5.4.6 HVORDAN KLARTE PERSONALET Å IVARETA BEBOERENS BEHOV?

Den sosiale og fysiske nedstengingen ble løftet frem av pårørende- og ansatte, og fremstår som å ha medført de største endringene for beboerne. I praksis innebærer dette innskrenkede muligheter for mobilitet innenfor og utenfor institusjonen for beboerne, samt mindre eller ingen besøk og opphør av fellesarrangementer.

Avtaler utenfor sykehjemmet er fortsatt begrenset til det helt nødvendige. Dette innebærer at beboerne ikke besøker hjemmet eller annen familie i deres hjem og at helsetjenester utenfor sykehjemmet ikke benyttes med mindre det vurderes som helt nødvendig. Det er utenfor vårt mandat å utforske hvordan forhold vurderes som alvorlige/nødvendige eller ei, eller å evaluere slike avgjørelser og konsekvensene av å utsette avtaler, undersøkelser og behandling.

Det er heller ikke ønskelig at beboere, spesielt dem med kognitive svekkelser, går ut alene fordi det kan medføre at rådene om sosial distansering ikke overholdes. Så langt det lar seg gjøre, legger imidlertid personalet til rette for at pårørende og andre besøkende kan ta med seg beboere ut på spaserturer eller kjøreturer. Beboeren vil da følges ned til hovedinngangen av personalet og møte påkledt. Etter endt tur kontaktes personalet og beboeren følges tilbake til sin avdeling.

Begrensede muligheter til fysisk aktivitet, spesielt gåturer, ble nevnt av både personal og pårørende. En del beboere med demens eller andre kognitive svekkelser er fortsatt fysisk aktive og går mye. Når deres mulighet til å vandre rundt på sykehjemmet begrenses, vil noen kunne bli rastløse eller inaktive og resignerte. En pårørende fortalte at det hadde vært veldig vanskelig da samfunnet og sykehjemmet stengte ned, men at hun, ettersom nedstengingen myknnet opp, kom til en enighet med personalet om at hun skulle få gå turer med faren sin igjen. Faren hadde alltid vært fysisk aktiv og nå går de tre km lange, raske turer flere ganger i uken. Faren hadde fremskridende demens, men hun fortalte at når de går så er det som om ting klarer for ham og de har gode, ordentlige samtaler.

Flere pårørende ønsket seg at personalet oftere tar med seg beboere ut. Dette var imidlertid ikke noe nytt behov som oppsto som en konsekvens av covid-19-situasjonen, men et ønske fra de pårørendes side over lang tid. For noen ble dette mer prekært nå som beboerne fikk mindre områder å bevege seg på innendørs, og ettersom det ble vanskeligere for enkelte pårørende å komme på besøk like ofte. Hvor mye personalet legger til rette for at beboerne kommer seg ut så også ut til å variere mellom avdelingene. En pårørende mente at beboerne på den avdelingen hun kjente til hadde vært mer ute i sommer enn det hun hadde opplevd tidligere år. Det kunne være ulike forklaringer på dette, mente hun. Den ene grunnen kunne være omorganisering og «opprydding» på avdelingen som hadde fått ny leder, noe som etter denne pårørendes mening hadde hatt voldsomt positiv påvirkning på miljøet og tilbudet til beboerne på avdelingen. En annen forklaring kunne ligge i det at koronasituasjonen krevde mer planlegging og samkjøring og at når det var tatt en avgjørelse på at man skulle ut, for eksempel for å delta på et arrangement som nå kun var for avdelingen, så måtte man få ut alle beboerne. Det må også understrekes at hva det «å komme seg ut» innebærer varierer stort for ulike beboere. For noen kan det oppleves tilfredsstillende å bli rullet ut på en balkong en gang iblant mens andre har behov for å «løpe» fra seg daglig i en time eller to.

Tiltakene for å hindre potensiell smittespredning internt på sykehjemmet innebærer at alle fellesaktiviteter har vært avlyst siden nedstengingen i mars. Noen arrangementer har falt helt ut, men andre har blitt avholdt på enkelte avdelinger og ledelsen har sørget for alternative, mindre arrangementer på avdelingene. Det betyr færre og mindre arrangementer og det som skjer finner sted på avdelingene. For beboere som satte pris på å «komme seg ut» i andre omgivelser kan dette ha opplevdes stusselig, men tilbudet kan ha vært til ekstra glede for dem som ikke liker å forlate avdelingen. Både pårørende og personalet uttrykte at de setter pris på denne tilpasningen ettersom alternativet, slik de ser det, ville vært bortfall av ekstern underholdning og arrangementer.

Det virker også som om de ansatte har fokusert ekstra på små-aktiviteter og hygge på avdelingene, slik som baking, juleverksted og sang. På noen avdelinger har de en ordening med en miljø-hjelper, der en av personalet har øremerket tid til å bedrive sosiale aktiviteter og miljøtiltak på avdelingen. Det er uvisst hvorvidt det er mer av slike aktiviteter nå i korona-situasjonen eller om dette uansett ville funnet sted, men i intervjuene med pårørende og personal fremsto dette som kjærkomne alternativ til besøk og annen sosial aktivitet.

Besøksordningen gir, som beskrevet ovenfor, pårørende og andre mulighet til å «booke» tid for å besøke beboerne på deres rom. Både ansatte og pårørende gav uttrykk for at stengningen for besøkende opplevdes til dels dramatisk – eller den bidro i alle fall til å tydeliggjøre det dramatiske ved pandemisituasjonen for de fleste involverte. En ansatt delte erfaringer fra sin avdeling:

Det som skjedde, var at de ikke kunne få besøk. For dem som ikke får besøk så ofte, var det ikke så stor forskjell. (...) Men, det var spesielt to [av ca. 20 beboere] som hadde veldig nær

tilknytning til familien sin. De hadde veldig mye besøk. Nesten hver dag. Og nå plutselig er det stengt og de får ikke besøk. Og en skjønte ikke; hvorfor er det slik? Det var vanskelig å forklare og å få dem til å forstå. Vi så at allmenntilstanden deres ble veldig redusert, fysisk og psykisk, ikke minst. En av dem ble sengeliggende, en ville ikke spise og var veldig nedstemt. Da måtte vi sette inn ivaretagende tiltak slik at pårørende kunne komme å besøke dem. Da så vi en som var sengeliggende kom ut av sengen og den andre kom i bedre humør. Det har altså veldig mye å si.

Ordningen fremstår som et viktig tiltak som muliggjør besøk samtidig som smittevern hensyn ivaretas.

Sykehjemmet har hele tiden lagt til rette for at pårørende skal kunne sitte hos døende beboere. Pårørende til døende må ikke forholde seg til visittidene, men de skal følge andre smittevern hensyn. Sykehjemmet har erfart en situasjon der en eldre pårørende satt ved sin døende ektefelle da hun fikk beskjed om at hun hadde testet positivt for SARA-CoV-2. Den pårørende hadde munnbind fordi hun hadde luftveissymptomer, men hadde ikke oppgitt at hun ventet på testresultat. Det at personalet hadde sluppet henne inn var ikke i tråd med sykehjemmets rutiner, men det fremstår som en blanding av medmenneskelig skjønn som i det tilfellet overgikk retningslinjene om adgangsforbud for personer med luftveissymptomer fra personalets side og tilbakehold av informasjon fra den pårørendes side. Den pårørende opplyste imidlertid personalet da hun fikk beskjed om testresultatet per telefon mens hun satt hos sin døende ektefelle og hun ble da ført ut av personalet og sporing av potensiell smitte ble umiddelbart iverksatt. Ingen smitte ble identifisert, ei heller på beboeren som døde samme kveld og som ble testet *post mortem*.

I tillegg til de tilpasningene i sykehjemshverdagen for beboerne som er presentert her, har det fremkommet at pandemisituasjonen også har medført tilføyinger eller endringer i beboeres behandlingsplaner. I et skriv fra områdesykehuset, som tilsynelatende har gått til alle tilhørende sykehjem i området, informeres det om at det forventes «*stor vekst i antallet pasienter med covid-19*». Med referanse til antall ambulanseoppdrag til områdets sykehjem i mars og april 2019, fremstår sykehjemsbeboere som en belastning på sykehuset allerede under normale omstendigheter. I forlengelsen av dette blir det «*oppfordre[t] til økt dialog om hva som er riktig prioritering og best pasientbehandling nå*». Brevet er en påminnelse om å foreta behandlingsavklaringer når det gjelder håndtering av akutt sykdom i forbindelse med covid-19 og/eller annet og/eller alvorlig forverring av kjent sykdom. Slik avklaring skal, ifølge brevet og nedfelte retningslinjer, «*så langt som mulig [avklares] etter samtale med pasient og pårørende*». Dette temaet ble bragt opp av pårørende i intervju som fant sted etter intervju med sykehjemslegen, og vi har derfor ikke mulighet til å si noe om saken fra legens perspektiv. Vi mener allikevel at denne pårørendes opplevelse av dette bør formidles.

Nevnte pårørende opplevde, allerede i starten mens det ikke var anledning til å besøke sykehjemmet, å bli oppringt av en lege. Det vites ikke om dette var en av sykehjemslegene. Ifølge den pårørende informerte denne legen om at dersom hennes mor ble smittet så ville hun kun motta lindrende behandling på sykehjemmet og ikke overføres til sykehus. Legen avsluttet samtalen, ifølge den pårørende, med å si at beboeren det gjaldt også var informert. Den pårørende hadde ikke vært involvert i en slik vurdering. Hun mente at legen ikke kunne ta slike avgjørelser alene. Tvert imot hevdet hun sin rett til medbestemmelse, og at dette var noe lege, pårørende og eventuelt den det gjelder må enes om. Måten denne informasjonen ble gitt på, opplevdes som traumatisk både for pårørende og hennes mor. Moren var allerede svært bekymret over situasjonen ettersom hun, ifølge pårørende, ble preget av nedstengning og fravær av besøk. Hun satt også mye for seg

selv og så på TV og ble skremt av bilder hun så, blant annet fra italienske sykehus. Ifølge den pårørende ble beboeren sittende alene med sine bekymringer, og samtalen med legen påførte dem begge «angst», ifølge den pårørende selv. Erfaringen denne pårørende deler kan være et eksempel på konflikten som oppstår i møte mellom helseapparatets krav til effektivitet (rask avklaring for effektiv planlegging og håndtering) og behovet for medmenneskelighet.

5.4.7 HVILKE ERFARINGER GJORDE DE PÅRØRENDE SEG I DENNE KREVENDE SITUASJONEN?

Basert på semistrukturerte intervjuer med tre pårørende sammenstilt med informasjon som fremkom i gruppeintervjuet med pleiepersonell, ser vi at to variabler virker å spille sentrale roller i hvordan pårørende erfarer situasjonen: Hvor ofte man vanligvis (før nedstengning) besøkte beboeren og beboerens kognitive tilstand. Når pårørende fremstilte sine erfaringer var dette ofte med referanse til hvordan de tenkte at deres familiemedlemmer/foreldre opplever situasjonen.

I et tilfelle, som beskrevet ovenfor, har vi en far med demens, som er fysisk sprek og som etter datterens oppfatning, trenger å komme seg mye ut å gå. For dem var nedstengningen i pandemiens tidlige fase svært vanskelig. De var vant til å se hverandre ofte, og datteren var bekymret for at faren ikke kom seg ut uten henne og demensproblematikken gjorde det var vanskelig å snakke med ham på telefon.

I et annet tilfelle hadde moren langt fremskridende demens. Hun kjente ikke igjen datteren eller andre som kom på besøk. Familien, og spesielt denne pårørende, hadde en 15 år lang historie bak seg der morens demens hadde vært nært på, og den pårørende var sliten og lei av situasjonen. Hun opplevde moren som et «skall», en tanke som gav henne dårlig samvittighet, for hun tenkte også at moren kunne ha fine opplevelser i nuet som gav henne en god følelse som kanskje kunne sitte i lenge. Denne pårørende opplevde nedstengingen som en lettelse og en anledning til å slippe ansvaret for moren. Hun var trygg på at moren fikk den pleien hun trengte ved sykehjemmet. Før moren fikk sykehjems plass var hun, ifølge datteren, skitten fordi hun nektet å ta imot hjelp. Da hun kom på dette hjemmet så «blomstret hun». Datteren nevnte også flere situasjoner som hadde bidratt til å styrke tillitten til at moren var godt ivaretatt av pleiepersonalet. Moren hadde hatt et fall med påfølgende benbrudd, og måten de hadde fått henne på beina igjen mente datteren vitnet om bra oppfølging. Ved en annen anledning hadde moren ikke-verbalt uttrykt smerte ved å skjære grimaser og ta seg til øret eller hodet. Da hadde personalet ringt for å høre om datteren kjente til noen historikk som kunne forklare smerten. Ettersom den datteren forsto at det dreide seg om en tilstand som gav seg raskt og uten behandling, hadde de unngått unødvendig bruk av smertestillende. Videre så har denne pårørende sett hvordan medarbeidere ofte sitter og snakker med beboere, stryker dem på hånda og er der for dem og med dem. Hun virket å ha slått seg til ro med at moren har det fint der. Moren savner kun foreldrene sine, noe datteren ikke kan gjøre noe med, og ellers sa datteren at hun føler at moren blir tatt godt vare på og at hun selv nå kan slappe mer av.

I det tredje tilfellet dreide det seg om en kognitivt frisk mor med fysiske svekkelser på grunn av slag. Mor og datter har, ifølge datteren, et veldig nært forhold. Datteren bor nært sykehjemmet og er vant til å komme innom flere ganger i uken. For denne pårørende opplevdes nedstengningen som brutal, men nødvendig. Morens kognitive tilstand gjorde at de kunne holde kontakten på telefon og etter hvert fikk de også på plass *Komp*, noe som gav dem mulighet til å ha videosamtaler. Dette krevde litt tilvenning, spesielt fra morens side, men de vente seg fort til det og benytter det fortsatt selv om datteren nå også kan komme på besøk igjen.

Frafallet av fellesarrangementer var også et savn for pårørende ettersom dette var kjærkomne lavterskel-tilbud for felles opplevelser med beboerne. Enkelte pårørende deltok på slike arrangementer mer eller mindre regelmessig sammen med den de var pårørende til, og det ble nevnt at dette var en god arena som gav mulighet til å bli litt kjent med og å utveksle erfaringer med andre pårørende. Nå som slike felles arrangementer bortfaller, faller også slike møteplasser bort.

5.4.8 OPPSUMMERING

På intervjudtidspunktet hadde ikke sykehjemmet blitt rammet av smitte blant beboere, og enhetsleder gav uttrykk for at *Bakketunet* var generelt godt forberedt på en smittesituasjon. Siden korona-situasjonen dro seg til i mars, hadde enhetslederen hatt stor nytte av eksisterende nettverk av samarbeidspartnere og ressurspersoner i kommunen, og eksisterende instruksjoner og rutiner gav godt grunnlag for å tilpasse mer korona-spesifikke versjoner. Etter raskt å håndtere noen utfordringer når det gjaldt tilgang på smittevernsutstyr helt i starten, anså hun at sykehjemmet nå var godt forberedt, samtidig som hun anerkjente at man aldri kan være nok forberedt ved et utbrudd. I lys av den nylig inntrufne smittesituasjonen, er det spesielt interessant å se tilbake på intervjumaterialet med enhetsleder få uker tidligere, der hun reflekterte omkring en mulig, fremtidig smittesituasjon:

Det hadde helt sikkert vært helt annerledes om vi hadde hatt et utbrudd her. For jeg tenker at (...), det vi har snakka om nå, det er kun søndagsskoleversjonen. Dette vi har gjennomgått nå er kun en øvelse (...) vi har ikke hatt noen syke beboere (...) Så jeg tror nok jeg hadde fortalt helt andre ting til deg, hvis vi hadde hatt et utbrudd her. For da hadde vi kanskje opplevd mangel på personell, mangel på utstyr, alt det som har gått greit. Og, kanskje hadde vi oppdaga at den smittevernsopplæringa vår ikke var god nok; at det ble en spredning på tross av Det vet vi jo ikke nå, men det kunne kommet. Og mediesøkelys, alt presset på de som jobber her i forbindelse med det ... (...) Så jeg tror samtalen vår ville vært veldig annerledes hvis vi hadde virkelig vært i det med begge beina. Jeg tror ikke det går an å forberede seg helt på det.

Gjennom intervjuene i forbindelse med denne rapporten har ledelse og personale selv fortalt om hvordan de var forberedt på pandemien, blant annet med økt fokus på generelt smittevern og smittevernsopplæring samt hyppige situasjoner med beboere i isolasjon. Dette har gjort dem oppmerksomme på organisatoriske og bygningstekniske utfordringer med tanke på å gjennomføre smittevern i praksis, og de har vist stor villighet til å dele sine erfaringer: Vi har blant annet hørt om slitte overflater som ikke lar seg desinfisere, beboerrom som er lite egna for å gjennomføre isolasjon og garderober som beskrives som «*arnested for smitte*».

Vi har ikke bare fått bekreftet en ofte uttrykt bekymring om risikoen for smitte mellom institusjoner når pleiepersonell jobber ved flere enheter. Vi er også gjort oppmerksomme på hvordan rollen som *pleiepersonale*, som ofte er en deltidsrolle, kombineres med rollen som for eksempel *barnehageansatt*. Dette åpner blikket for studenter, butikkansatte, servitører og andre med små-stillinger også i pleiesektoren. Med ett ser vi da hvor snevert det blir når man tar det for gitt at en pleier er, yrkesmessig, kun en pleier – hvis arbeidsfelt er avgrenset innenfor pleie- og omsorgssektoren: Små og midlertidige stillinger medfører langt mer omfattende nettverk av smitteveier enn det man ofte ser for seg, og disse favner bredere enn helse- og omsorgsinstitusjoner.

Sporadisk tilstedeværelse og svak tilhørighet innebærer i tillegg, ifølge ansatte, en risiko for at ikke alle får med seg opplæring, for eksempel om smittevern – og dette personalet er de

som har mest nærkontakt med beboerne. Intervjuene med pleiepersonalet ved *Bakketunet* retter videre oppmerksomheten mot parallelle utfordringer relatert til midlertidighet, deltidsstillinger og usikkerhet omkring opplæring blant drifts- og renholdspersonalet. Dette bør tas i betraktning for en mer helhetlig forståelse av smittevernsituasjonen, og det anbefales at drift og renhold får en tydeligere plass i smittevernsstrategier på kommunalt- så vel som enhetsnivå.

Både ledelse og pleiepersonell lener seg på det som har vist seg å være gode rutiner for å hindre introduksjon og spredning av MRSA og norovirus. Nettverk for enhetsledere og andre ressurser i kommunen er vel etablert, og siden mars 2020 har flere ukentlige tilfeller med beboere med luftveissymptomer i isolasjon gitt dem mye trening i smittehåndtering. Spørsmålet nå er, dersom alarmen blir reell, smitter en til stede og de «står i det» – som enhetslederens uttrykte det, hvordan vil dette utspille seg?

Ifølge enhetens nettside, er besøksordningen per januar 2021 satt på vent, og igjen er det kun pårørende til terminale beboere som får komme på besøk. Det er rimelig å anta at beboere og pårørende som har vent seg til videosamtaler på *Komp* har ekstra stor glede av virtuell kontakt i denne tiden. Samtidig har vi sett hvordan nedstengningen opplevdes ulikt for de ulike beboerne, men at kognitiv funksjon, behov for fysisk aktivitet og besøksvaner er faktorer som virker inn på dette.

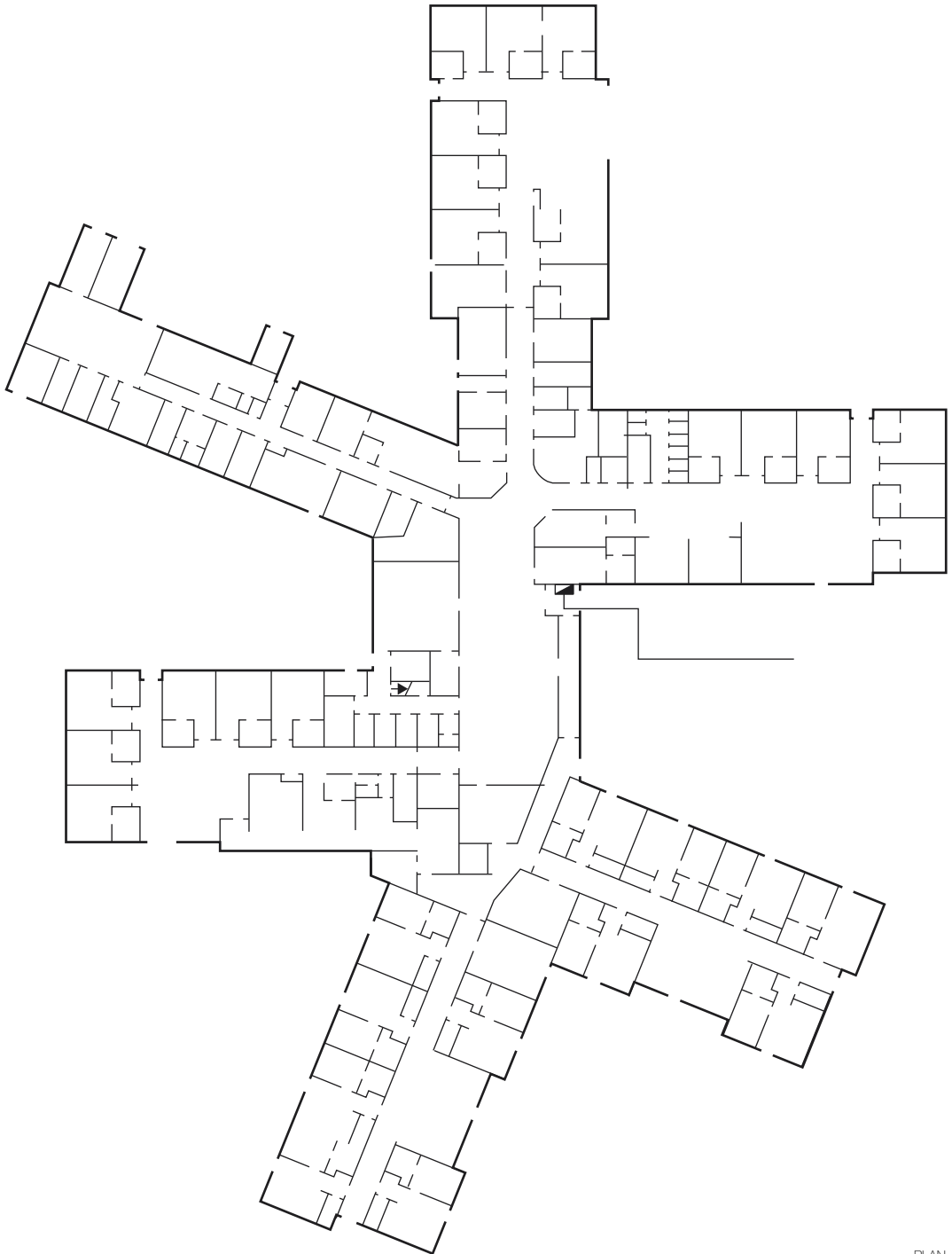
Situasjonen med beboere i isolasjon har, frem til nå, vist seg å være «falsk alarm» som til tross for at den karakteriseres som en «søndagsskoleversjon», har bidratt til nyttig øvelse og et rikt erfaringsgrunnlag og innsikt som ansatte, ledelse og sykehjemslege og pårørende villig har delt med oss. De neste ukene vil blant annet vise om smitteversutstyr og rutiner holder, om opplæringa har vært god nok, om skottene mellom avdelingene er «vanntette», om bygningstekniske utfordringer overvinnes og om personalkapasiteten vil holde – både med tanke på dekningsgrad og kompetanse.

Avslutningsvis ønsker vi å viderefremme en sterk oppfordring til helseministeren, fremmet av en unison gruppe ved avslutningen av gruppeintervjuet. Dette kom som en umiddelbar reaksjon på vårt avsluttende spørsmål, om det det er noe vi ikke har spurt om og som de mener er viktig å formidle til regjeringen:

Dette er ingen dugnad! Det er jobben vår. Det må Høie vite. (...) Det vi også gjør ute i butikker, passer på hverandre og at vi ikke går for nærme og sånne ting, det er dugnad! Men ikke det vi gjør her, det er ikke noe dugnad! Det synes jeg Høie også burde ta med seg.

Pleiepersonellet utdypet dette med en anmodning om at helseministeren burde være mer på «tilbudssiden», og legge bedre til rette for opplæring og utdanning for å sikre faglært arbeidskraft og utdannede sykepleiere og spesialsykepleiere i *faste, store stillinger*. Bedre lønn i spesialiseringsløp og utsikter til fast inntekt etter endt utdanning, ble nevnt som grunnleggende faktorer for å sikre dette.

5.5 CASE 5: FREDLY SYKEHJEM



PLAN

1. Fakta og data om «Fredly»

«Fredly» er et sykehjem med ca. 25 plasser, fordelt på langtidsavdeling, rehabiliteringsavdeling og skjermet enhet for demens. I tillegg er det én plass for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD).

Kommunen har et kontinuerlig overbelegg i institusjon, og hadde høsten 2020 ca. 10 personer på venteliste til langtidsplass ved sykehjemmet. Kommunen har ca. 2.600 innbyggere.

Et tjuetalls bemannede omsorgsleiligheter er fysisk knyttet til Fredly, i tillegg til hjemmetjenesten, dagsenter og kommunens fysioterapitjeneste. Sykehjemmet har eget hovedkjøkken som lager mat til både beboere og brukere på bygda. I tillegg er det åpent for salg til besøkende og til personalet. Kommunen inngår i et interkommunalt legevaktsamarbeid.

Sykehjemmet er bemannet med ca. 25 årsverk, hvorav om lag halvparten er sykepleierstillinger. Det er per november 2020 i alt ca. 25 faste ansatte, de fleste har store stillingsstørrelser. Kun nattevakter går i kombinasjonsstillinger, det vil si med arbeid både i hjemmetjeneste og ved sykehjemmet. Disse samarbeider om pasienter inne på Fredly og beboere i omsorgsboligene.

Det er kun én administrativ leder ved Fredly sykehjem (ingen avdelingsledere), og denne er underlagt enhetsleder Helse og omsorg.

2. Smittetrykk

Kommunen hadde et svært stort smittetrykk i starten av pandemien, og ved Fredly sykehjem ble besøksrestriksjoner innført allerede før den nasjonale nedstengingen. Det har ikke vært smitteutbrudd ved Fredly, men én pasient med påvist covid-19 ble lagt inn på sykehjemmet.

3. Hvordan rammet – og i hvilken grad

Strengt smitteverntiltak gjorde at kommunen klarte å redusere smittetrykket i løpet av få uker, og har kun hatt ca. ti sporadiske smittetilfeller siden våren 2020. Ingen ansatte ved Fredly har vært smittet, men én ansatt i hjemmetjenesten fikk påvist covid-19 på høsten 2020.

4. Materiale og gjennomførte intervjuer

Caset bygger på følgende materiale:

- Individuelt intervju med leder for sykehjemmet
- Individuelt intervju med sykehjemmets tilsynslege
- Fokusgruppeintervju med tre ansatte som representerer de tre avdelingene ved sykehjemmet
- Individuelt intervju med én pårørende
- Dokumenter relatert til rutiner og prosedyrer for smittevern ved institusjonen samt muntlig informasjon om bygningsmessige forhold.

LEDELSE: INDIVIDUELT INTERVJU

Stilling	Utdanning/fagbakgrunn	Antall år i stilling	Antall år i eldreomsorg
Sykehjemsleder	Sykepleier, flere videreutdanninger, blant annet innen ledelse	Ca. 15 år	Ca. 20 år

LEGETJENESTE: INDIVIDUELT INTERVJU

Stilling	Utdanning/fagbakgrunn	Antall år i stilling	Antall år i eldreomsorg
Tilsynslege	Lege	Ca. 10 år	Ca. 10 år

ANSATTE: FOKUSGRUPPEINTERVJU

Ansatt	Kjønn, alder	Utdanning	Stillingsprosent	Antall år ved sykehjemmet
1	Kvinne, ca. 60 år	Hjelpepleier	50 %	Ca. 25 år
2	Kvinne, ca. 50 år	Hjelpepleier	60 %	Ca. 20 år
3	Kvinne, ca. 35 år	Sykepleier, videreutdanning avansert klinisk sykepleie	100 %	Ca. 10 år

PÅRØRENDE: INDIVIDUELT INTERVJU

	Pårørendes kjønn og omtrentlig alder	Relasjon til beboer	Beboers kjønn/ alder	Antall år som beboer på sykehjemmet	Bruk av omsorgstjenester før sykehjemsinleggelse
Pårørende	Kvinne, ca. 52 år	Ektefelle	Mann, ca. 60 år	Ca. seks mnd.	Hjemmesykepleie flere ganger daglig

5.5.1 INNLEDNING

I starten av pandemien hadde kommunen et svært stort smittetrykk, og ved Fredly sykehjem ble besøksrestriksjoner innført allerede før den nasjonale nedstengingen.

Det har ikke vært smitteutbrudd ved Fredly, men én pasient med påvist covid-19 ble lagt inn på sykehjemmet. Dette skjedde ca. tre måneder etter at pandemien startet. Pasienten var mottaker av hjemmesykepleie, og ble overført til sykehjemmet for å sikre god oppfølging og forebygge smittespredning til familie og øvrige nærkontakter.

Strengt smitteverntiltak gjorde at kommunen klarte å redusere smittetrykket i løpet av få uker, og har kun hatt ca. ti sporadiske smittetilfeller siden i vår. Ingen ansatte ved Fredly har vært smittet, men én ansatt i hjemmetjenesten fikk påvist covid-19 på høsten. Denne ansatte var på jobb frem til vedkommende ble testet positiv, men takket være gode smitteverntiltak ble ingen andre ansatte eller pasienter smittet. Det er ikke registrert covid-19-relaterte dødsfall i kommunen, men ca. ti innbyggere har vært innlagt på sykehus som følge av sykdommen.

Datamaterialet for denne case-studien er innhentet gjennom intervju, dokumenter og informasjon mottatt fra leder ved Fredly, samt informasjon funnet på nett.

Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med ansatte (én sykepleier og to hjelpepleiere), et individuelt intervju med leder ved Fredly, et intervju med tilsynslege ved Fredly, samt et intervju med en pårørende. Det ble gjort avtale om intervju med enda en pårørende, men denne valgte å trekke seg.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt. Fokusgruppeintervju med ansatte varte i 65 minutter, intervju med leder ved Fredly varte i 71 minutter, intervju med lege varte 20 minutter, og intervju med pårørende varte i 77 minutter.

Dokumenter er relatert til rutiner og prosedyrer for smittevern, samt bygningsmessige forhold. Leder ved Fredly ga oss informasjon om karakteristika ved personale per epost.

Kort om informantene:

- Leder ved Fredly: Ansatt i kommunen siden 1980-åra, de fleste år som leder. Er fast ansatt. Har ingen ledere under seg, og er selv underlagt enhetsleder Helse og omsorg. Er utdannet sykepleier. Har flere videreutdanninger, blant annet innen ledelse.
- Tilsynslege ved Fredly: Er ikke fast ansatt, men er innleid som tilsynslege i ca. 20%. Har visitt på sykehjemmet en dag i uken, og er ellers tilgjengelig sju dager i uka frem til kl. 23 på kveldene. Driver egen fastlegepraksis i kommunen. Har jobbet i eldreomsorgen siden 2010, og tilknyttet sykehjemmet tilsvarende periode.
- Ansatt 1: Hjelpepleier, jobbet i helsetjenesten siden 1980-åra, ved Fredly siden midten av 1990-åra. Jobber ved skjermet enhet for demens, i 60% stilling, fast.
- Ansatt 2: Hjelpepleier, jobbet ved Fredly siden 1980-åra, hjelpepleier siden starten av 1990-åra. Jobber 50% stilling ved sykehjemmet, langtidsavdeling.
- Ansatt 3: Sykepleier, jobbet i helsetjenesten siden slutten av 1990-åra, og jobbet ved sykehjemmet omtrent like lenge. Utdannet sykepleier for ca. ti år siden, og har en videreutdanning i avansert klinisk sykepleie for ca. fem år siden. Jobber i 100% stilling, fast, jobber ved alle avdelinger ved Fredly.
- Pårørende: Kvinne, gift med en mann som ble beboer på sykehjemmet under pandemien.

5.5.2 I HVILKEN GRAD VAR SYKEHJEMMET FORBEREDT PÅ EN PANDEMI?

DEN FØRSTE TIDEN – OMVELTNINGEN

Kommunen hadde et stort smittetrykk i starten av mars 2020. Siden de var så tidlig berørt av pandemien, måtte de selv finne løsninger på hvordan de skulle håndtere det. De fikk på det tidspunktet ingen hjelp utenfra, og var hele tiden i forkant av nasjonale tiltak. Som lederen uttrykker det: *«Vi banet vei selv, og var hele tiden i forkant av det Folkehelseinstituttet kom med. Når de sendte ut informasjon, så var det ikke nytt for oss, vi hadde allerede funnet ut av det og satt i verk lokale tiltak»*. Smittevernoverlegen og ordføreren hadde etter hvert løpende kontakt med Helsedirektoratet, og det var mye kontakt med politiske myndigheter. Legens inntrykk var at kommunen fikk diskutert utfordringene med disse, men at de selv måtte finne løsninger på problemene og iverksette tiltak lokalt. Ansatte fortalte at pandemien kom veldig brått på:

Det ble en voldsom omveltning, nærmest over natta. Vi kunne ikke dele garderobe med hjemmesykepleien lenger, og vi kunne ikke lenger dele pauserom og kantine. En annen uttrykker: Det var både skummelt og trist på samme tid, synes jeg. Lederen opplevde at det var en veldig hektisk periode. En gikk jo inn i en boble, tenkte at 'du må holde deg frisk, holde deg på arbeid'. Og når en var på arbeid, så la en til side alt annet og hadde alt fokus på smittevern.

For legen ble arbeidshverdagen totalt omsnudd under pandemien. Svært få pasienter kom til konsultasjon, for de satt jo i karantene eller var veldig redd for å smitte andre. Derimot måtte legen bruke tid på å følge opp smittede, samt smittesporing. Her brukte de mye videomøter og telefonisk kontakt.

SMITTEVERNUTSTYR

Ansatte, leder og lege berømmet måten smittevernoverlegen håndterte pandemien på. Han var «på alerten» allerede i februar da media slo opp nyheter om pandemien, og ga beskjed om at enhetslederne måtte se over beholdningen av smittevernutstyr og bestille opp mer. En av de ansatte fortalte:

Smittevernlegen begynte tidlig å snakke om smittevernutstyr, at vi måtte telle over å se hva vi hadde. Og vi mente jo at vi hadde rikelig når vi hadde et par esker stående. Men ingen kunne se for seg det omfanget med smitte som kom, og vi hadde jo ikke peiling på hvor mye utstyr som trengtes.

Lederen fortalte at redselen for mange smittede gjorde at de brukte utstyr om igjen for at de ikke skulle gå tom, noe som ga en ekstra utfordring:

Det å håndtere frakken når du vet du ikke skal bruke den igjen er jo enkelt. Men det å ta den på og av og henge den fra seg på riktig måte for å kunne bruke den igjen, det er jo det som er utfordringen. Kjempevanskelig. Så vi brukte mye tid på opplæring.

Det ble også kjøpt inn ekstra senger, oksygenkonsentratorer, blodtrykksapparat, temperaturmålere, samt oksygensaturasjonsmålere, slik at de skulle unngå å måtte bruke samme utstyr på pasienter med og uten covid-19. Én person fikk ansvar for å holde oversikt med smittevernutstyr og bestille opp, og dette fungerte bra. Det ble imidlertid en utfordring da den faste leverandøren gikk tom for utstyr, men det løste seg da andre tilbydere kom på banen. Lederen fortalte: *«Jeg brukte mye*

tid på å finne ut hvor vi skulle kjøpe utstyr, og hvor mye vi skulle kjøpe. Var munnbindene sikre, holdt de god nok kvalitet? Men vi bestilte veldig mye for å være på den sikre siden, og har sikkert sprit nok for tre år fremover».

Lederen nevner at det etter hvert ble en ordning (fra Fylkesmannen) hvor det ble ført kartotek over tilgjengelig utstyr, slik at kommuner kunne låne fra hverandre. Dette har fungert godt. Bestemmelsen nå er at alle kommuner skal ha utstyr tilstrekkelig for åtte måneders forbruk.

Lederen mente de har gjort en god jobb med smittevern, men gir også uttrykk for at de må ha hatt hellet på sin side:

Vi så for oss en pandemi med mange pasienter og med stort behov for smittevernutstyr. Og vi var jo forberedt på at det skulle komme inn mange pasienter på sykehjemmet, og planla at vi skulle skille ut en egen avdeling for Korona-pasienter. Men så kom det jo ikke flere. ... Så jo, vi var flinke, men vi hadde mye flaks også, tror jeg. Selv om vi hadde mye fokus på smittevern, så hadde vi jo aldri helt kontroll på om vi som jobbet der kunne være smittet.

5.5.3 TILTAK FOR Å HINDRE SMITTESPREDNING

KOHORTER OG BESØKSRESTRIKSJONER

Personalet ved sykehjemmet og hjemmetjenesten har normalt omgått hverandre i fellesarealer som garderober, kantine og lignende, men har etter at pandemien startet hatt tilhold i fysisk atskilte arealer. Det har imidlertid vært noen utfordringer å opprettholde atskilte kohorter på natt, ettersom personalet ved sykehjemmet og hjemmetjenesten da må ha et tettere samarbeid.

Sykehjemmet hadde helt åpent en periode, men valgte å innføre besøksrestriksjoner igjen for å ha mer kontroll. Lederen fortalte:

Når vi har stengt døren har vi kontroll på hvem som kommer ut og inn. Da spør vi om de er friske, og de må sprite seg før de går inn og når de går ut. Så må de gå direkte til beboerens rom, og vi har kontroll med hvor de er. Og så har vi jo smittesporingsskjema hvor vi fører opp hvem de er og hvem som er nærkontakter. Det fungerer veldig bra.

Både leder og ansatte nevnte at de bygningsmessige forholdene har vært gunstige med tanke på smittevern, og en ansatt eksemplifiserte dette:

Lokalene her er godt egnet hva gjelder smittevern, siden alt er på grunnplan. Og innimellom har vi noen kreative løsninger, for eksempel tar søpla ut gjennom vinduet, for så å hente den på utsiden og bære den direkte til søppelrommet – i stedet for å gå gjennom fellesareal. Men ikke alle slike prosedyrer skrives ned.

BEBOEREN MED KORONA

Det har ikke vært smitteutbrudd ved Fredly, men én pasient med påvist covid-19 ble lagt inn på sykehjemmet for å sikre god oppfølging og forebygge smittespredning til familie og øvrige nærkontakter. Pasienten fikk bo i en avskjermet del av Fredly, med egen utgang slik at vedkommende ble isolert fra øvrige beboere. Egen personalkohort fikk ansvar for å følge opp pasienten, og disse var ikke i kontakt med øvrig personale eller beboere. Etter hvert fikk disse egen tolv-timers turnus, noe alle var godt fornøyd med. Et eget personal-/vaktrom med kontorrekvisita, tilgang til pasientjournal, telefon, og kjøleskap med mat ble ordnet for dette personalet. De fikk

selv ansvar for vask av brukt arbeidstøy. Siden pasienten var i rimelig fysisk bra form, ble den daglige oppfølgingen av pasienten hovedsakelig ivaretatt av ufaglærte (sykepleiestudenter og assistenter som hadde jobbet og var kjent ved sykehjemmet) som fikk egen opplæring. Lederen forklarte dette: *«Vi så jo for oss en pandemi med mange smittede pasienter, så da var det om å gjøre å holde de faglærte friske slik at vi kunne ivareta dårlige pasienter hvis vi fikk det»*. Men det var et tett samarbeid med kommunens koronatema, og disse var jevnlig innom og gjorde målinger for å vurdere pasienten og støtte personalet.

En av de ansatte forteller om dilemmaet hun kjente på i forbindelse med både å skulle forebygge smitte og samtidig ivareta pasienten: *«Vi sykepleierne fikk jo ikke gå inn til den pasienten, siden vi hadde ansvar for alle de andre beboerne. Og det var litt utfordrende å gjøre faglig forsvarlige beslutninger basert på målinger og observasjoner gjort av en assistent»*.

I starten var det mye usikkerhet omkring hvordan koronaviruset smittet, og flere forholdsregler ble tatt for å være på den sikre siden. Lederen fortalte: *«Hvner viruset ned i gulvet, blir det svevende i luften, hvor hvner det hen? Døren inn til pasienten med smitte var bestandig låst, men for å være på den sikre siden tettet vi igjen sprekken under døren slik at viruset ikke skulle ta seg ut»*. Flere tiltak ble iverksatt for å hindre smitte fra denne beboeren. En av de ansatte ga et eksempel:

Vi hadde jo egne prosedyrer for avfallshåndtering fra denne pasienten. Ved vaktskifte kom den som skulle på med en ren søppelsekk, og så la den som skulle av vakt den skitne søppelsekken oppi den rene. Slike prosedyrer kunne endres ganske kjapt når vi kom på bedre løsninger.

Da pasienten ble erklært frisk ble han flyttet over til en vanlig avdeling ved sykehjemmet. Lederen beskrev redselen som da dukket opp: *«Selv om han ikke hadde noen symptomer, og vi visste det var gått flere dager siden testen var negativ, så syntes vi det var skummelt. Jeg merket det på alle, og jeg kjente det selv også, 'Oj, der kommer han gående' ...»*

OPPLÆRING OG INFORMASJONSUTVEKSLING

Smittevernlegen hadde regien for smittevernarbeidet. Informasjon fra han gikk ned til lederen ved Fredly, som igjen videreformidlet til de ansatte. Informasjonsflyten fra leder til ansatte gikk via epost, SMS og muntlig ved vaktskiftene. Kommunen hadde tidlig et operativt kriseteam (bestående av smittevernoverlege, enhetsledere og ordfører) som fattet beslutninger og kommuniserte tydelig til ansatte og innbyggere. Det ble blant annet sendt ut SMS til alle innbyggerne (i perioder daglige meldinger), i tillegg til egne SMS-er til alle ansatte innen helse – og dette har kommunen fortsatt med under hele pandemien. Legen kommenterte SMS-meldingene slik: *«Det har kostet mye rent økonomisk, men det har gitt en veldig trygghet for de som bor i kommunen»*.

Lederen opplevde at smittevernoverlegen gjorde en fenomenal jobb med å innhente og videreformidle viktig informasjon, og gi tydelige beskjeder og svare på spørsmål som gjelder smitteverntiltak. Sykehjemmet var dermed hele tiden i forkant og iverksatte tiltak innen Folkehelsestilsynet og Helsedirektoratet kom skikkelig på banen. Lederen fortalte: *«Da det begynte å komme retningslinjer og prosedyrer fra dem, hadde vi på Fredly allerede gjort oss kjent med og tatt i bruk dette: 'DET har vi gjort, og DET vet vi jo allerede' ... Alt som kom var jo gammelt nytt for oss»*.

Sykehjemmet har lagt vekt på opplæring i smittevern blant både faglærte og ufaglærte under pandemien. Dette skjedde gjerne i forbindelse med vaktskifte. Bildeplansjer og nettressurs ble brukt som hjelpemiddel når det gjaldt til smittevernbekledning. I tillegg demonstrerte sykepleierne hvordan prosedyrene skulle utføres (fysisk). Aller mest opplæring ble gitt til de

ufaglærte som skulle inn til beboeren med smitte. Siden reglene raskt kunne endre seg, var det viktig å oppdatere seg når en kom på jobb etter en lengre friperiode. En av de ansatte fortalte om fordelene med at mange var vant med å søke kunnskap:

Mange av oss har tatt videreutdanning ganske nylig, og dermed er vi også godt vant med å innhente ny kunnskap. Vi er kanskje ikke så glade i smittevernpermene og papirdokumentene, men vil heller lete frem det nyeste på nettet, det som er oppdatert.

Sykehjemmet hadde en smittevernperm også før pandemien, men som en av de ansatte sa: «... men den gikk jo mer på sånne konkrete prosedyrer, og var ikke tilpasset en pandemi.»

BEMANNING

Lederen opplevde at det var mange utrygge ansatte i begynnelsen av pandemien. Derfor var hun tilgjengelig 24/7, og oppfordret ansatte til å ta kontakt om de lurte på noe. Mange ringte lederen og var urolige for at de skulle ta med seg smitte inn på sykehjemmet. «Jeg hadde lite fri i den perioden, for som leder må du jo bare stille opp og være tilgjengelig når sånt skjer. Og jeg tok jo selv en og annen helgevakta også, for at det skulle gå rundt. Alle stilte veldig opp i den perioden», fortalte hun.

Da skole og barnehage ble stengt, ble det gjort en kartlegging for å undersøke om noen blant personalet der kunne bidra innen helse og omsorg. Mange meldte seg for å hjelpe til, men det ble ikke nødvendig å benytte dem i helse- og omsorgstjenesten ettersom smittetrykket og antall smittede stagnerte. Lederen forteller at det var veldig hektisk særlig de første dagene etter smitten kom:

Skoler og barnehager ble stengt, og dermed måtte ansatte ved sykehjemmet være hjemme og ta seg av egne barn, og dermed ble det mye fravær blant de ansatte. Mye tid gikk til å skaffe nok personale. Heldigvis har vi mange flinke assistenter og studenter som ønsket å ta ekstravakter, men det var jo hele tiden en avveining i forhold til faglig forsvarlighet.

En ansatt fortalte at smitteverntiltakene har vært ressurskrevende når det gjelder tidsforbruk:

Selv om vi ikke har hatt smitteutbrudd i sykehjemmet, har vi jo måttet bruke smittevernutstyr når pasienter har blitt forkjølet. Vi kunne jo ikke vite om det var korona eller ikke. Og det har vært litt utfordrende, for det tar jo mer tid... og vi har ikke hatt noe økt bemanning. Det har også vært utfordrende å få tak i nok faglært personale, det ble en del ufaglærte.

Det ble raskt dannet kohorter, hvor ansatte ble holdt på sine avdelinger. Legen fortalte om utfordringene med en relativt ung personalgruppe som måtte i karantene når barn/unge som gikk på skole eller i barnehage ble berørt. Karantene ble en utfordring. Når folk ikke kunne komme på jobb måtte det settes inn vikarer.

Det var 'på kanten' (marginalt), men det gikk bra fordi det var en enorm vilje til å hjelpes ad. Hadde ikke personalet vært villig til å yte ekstra, så hadde det blitt veldig vanskelig å ivareta pasientene ... Jeg er veldig stolt over hvordan helsetjenesten i kommunen vår har taklet dette.

Samtidig ser alle frem til at forholdene skal normaliseres igjen, som en ansatt uttrykte det:

Det har gått greit, men vi gleder oss til å spise lunsj på pauserommet som tidligere, å ha normal kontakt med hjemmesykepleien, kontorpersonalet og fysioterapeuten. De er jo våre kolleger de også. Men det er klart at vi blir mer sammensveiset innad i avdelingene.

5.5.4 TILPASNINGER OG PRIORITERINGER FOR Å IVARETA OPPGAVER OG BEBOERNES BEHOV

LEGENS ERFARINGER MED IVARETAKELSE AV PASIENTENE

Legen valgte å gjennomføre visittene digitalt. Det var en periode hvor det var lite behov for fysiske undersøkelser, hvor helsa til beboerne var ganske stabil. *«Det er jo veldig sårbart dersom vi blir syke, så vi gjorde det vi kunne for å unngå smitte. Samtidig rustet vi oss på å jobbe ut fra hjemmekontor dersom det skulle bli behov for det»*. På legekantoret hadde de planlagt å starte med videokonsultasjoner, og nå måtte de bare hive seg rundt å starte med det. Legen ser at digitale konsultasjoner er en positiv effekt av pandemien.

Alt som kunne vente, ble satt til side. Men legen opplevde det ubehagelig når pasienter selv utsatte kontrolltimer og sykdom fikk utvikle seg før de omsider kom til konsultasjon. *«De tenkte at de ikke skulle 'plage' meg, at jeg hadde det travelt og at jeg måtte prioritere andre i stedet. Det er ikke godt å tenke på»*, fortalte legen.

Legen så også at det er mer ensomhet blant eldre som følge av pandemien:

Jeg føler at de eldre er veldig sårbare altså, de yngre er mye flinkere til å bruke digitale verktøy sånn at de ikke mister kontakten med omverdenen. Naturlig nok er det mange pårørende som er bekymret for sine eldre også, sånn at de nærmest nekter dem å dra på butikken for eksempel. Det er ikke noe godt å tenke på.

De etiske utfordringene knyttet til besøksrestriksjoner var også noe som bekymret legen. Det å hindre beboerne fra å treffe sine pårørende, situasjoner der man kanskje måtte si nei fordi det kunne gå ut over så mange, det ga ingen god følelse.

Legen erfarte at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var godt, i den forstand at det var enkelt å få lagt inn pasienter når de ble for dårlige til å være hjemme. Det at så få andre kommuner hadde stort smittepress gjorde at det var lettere tilgang. *«De var veldig velvillige. Jeg tror de på sykehuset så på dette som en god generalprøve»*. I alt seks personer ble lagt inn på sykehus. Men samtidig ble det mer utfordrende å henvise pasienter til polikliniske undersøkelser, og tjenester innen psykiatri og BUP ble nedstengt. Legen fryktet at dette kan få konsekvenser på lengre sikt.

LEDERENS ERFARINGER MED IVARETAKELSE AV PASIENTENE

Allerede ved starten av pandemien tok Fredly i bruk visuelt kommunikasjonsverktøy for at beboere og pårørende skulle kunne kommunisere selv om det var besøksforbud. Lederen forteller at det var trist å oppleve at pårørende og beboere ikke kunne ha fysisk kontakt. Alle sosiale aktiviteter ble stengt ned, men menighet og diakon har ordnet med digital overføring av gudstjenester fra kirken i kommunen. Dette har vært populært for beboerne. Det har også vært konserter like utenfor Fredly, hvor beboere har kunnet høre og se gjennom åpne vinduer. Lederen på Fredly søkte og fikk bevilget midler fra Fylkesmannen til bruk til sosiale aktiviteter, og dette skal brukes til sosiale aktiviteter for beboerne.

Lederen opplevde at alle har håndtert besøksrestriksjonene bra. Innimellom må de bruke skjønn, for eksempel når det er skrøpelige beboere som kanskje ikke har lenge igjen. Julaften er det stengt, men to – tre beboere får ha besøk av sine nærmeste på sine rom. Dette er pasienter som sannsynligvis ikke har lenge igjen å leve.

ANSATTES ERFARINGER MED IVARETAKELSE AV PASIENTENE

Ansatte opplevde ikke at pandemien gikk ut over den faglige forsvarligheten. De sosiale behovene mente de imidlertid kunne være utfordrende å dekke, når det var besøksrestriksjoner. En ansatt fortalte om en pasient som savnet besøk av sine nærmeste: *«Hun var så lei sei, ville egentlig dø, og så kunne hun ikke ha besøk. Det var veldig vondt for henne»*. Det at sykehjemmet har alt på ett plan/etasje, gjorde at enkelte pårørende og pasienter kunne ha en viss kontakt gjennom vinduene: *«Vi har jo hatt pårørende som har sittet på en stol utenfor vinduet, og pratet med sine i telefonen»*.

Ansatte så også at pandemien kunne ha noen positive konsekvenser for beboerne:

Det var heller ikke bare negativt at vi ble inndelt i kohorter, for da holdt vi oss på en begrenset flate og det ble mye mer ro over arbeidet. Og matpausene ble noen ganger tatt på avdelingene i stedet for på pauserommet, så vi løp ikke så mye mellom. Det ble roligere for beboerne også.

En annen positiv effekt de ansatte hadde lagt merke til, var at det var mye mindre forkjølelse og omgangssyke blant beboerne. Dette mente de hang sammen med gode smitteverntiltak. De føler seg sikre på at tiltakene vil bli videreført etter pandemien, og at de vil være enda mer bevisst på bruk av munnbind og hånddesinfeksjon dersom de selv skulle bli forkjølet.

Selv om de opplevde at smitteverntiltakene fungerte, og at alle bidro for å holde smitten unna, var de litt engstelige for at en ny bølge skal komme: *«Det er så fort gjort at det blusser opp, når du hører om enkelttilfeller på bygda. Det bekymrer meg: Hvordan er det på arbeid når jeg kommer på vakt neste gang? ... Vi går litt på tå hev, venter på neste runde. Når smeller det?»*

Flere var bekymret for at de selv skulle forårsake smitteutbrudd:

Vi ser jo hvordan det er på andre sykehjem, hvor de har omtrent like mange beboere, men hvor mange har dødd. Og vi er ikke så naive at vi ikke tror det kan skje oss. ... Og jeg tror at mange tenker at: 'Hva om det er JEG som tar med smitte inn på Fredly ... og som forårsaker at den mora eller den bestefaren dør ...' Det hadde vært helt forferdelig.

5.5.5 PÅRØRENDES ERFARINGER

Pårørende som ble intervjuet var en kvinne i 50-årene som er gift med en mann som ble beboer på sykehjemmet sommeren 2020. Da hadde sykehjemmet og kommunen hatt erfaring med pandemien i cirka tre måneder. Før flyttingen til sykehjemmet hadde mannen hatt hjemmesykepleie flere ganger daglig, tilsyn på natt fra ansatte ved sykehjemmet og dagtilbud på sykehjemmet. Paret hadde lang erfaring med å motta hjelp fra kommunen. Mannens sykdom medførte både fysiske og kognitive utfordringer som hadde utviklet seg over år. I det siste hadde også språket begynt å forsvinne, noe kona oppfattet at han var svært fortvilet over. Kona fremsto som en sterk pårørende som var tett på helsehjelpen og tilbudet som mannen hennes er omfattet av. Hun var vant til å passe på at tilbudet er tilstrekkelig og fortalte om flere situasjoner der hun har vært nødt til å stå på kravene for å sikre mannen forsvarlig hjelp, spesielt når det gjelder spesialisthelsetjenesten og fastlege. Et eksempel på en slik situasjon var da mannen måtte inn til sykehuset for få koblet på en hjerteovervåkning han skulle gå med noen dager. Kona møtte opp på sykehjemmet og ventet i fire timer på ambulansen som skulle hente ham. Da ambulanspersonellet dukket opp gav de streng beskjed om at kona ikke kunne følge med grunnet smittevern hensyn. Hun beskriver at hun kjempet hardt for å overbevise ambulanspersonalet som var bastante på å følge reglene. Hun fikk medhold fra ansatte ved sykehjemmet som også forsøkte å forklare mannens tilstand

og behovet for ledsager. Det var først da de måtte legge mannen i senga at ambulansepersonellet forstod hvilken forfatning han var i og gikk med på at kona skulle være med. Dette er ett av flere eksempler som illustrerer hvordan hun opplever at pandemien utfordrer både pårørendes og helsepersonells vurdering i enkeltsituasjoner.

INNTRYKK AV BEBOERENS ERFARING MED Å LEVE MED SMITTEVERN PÅ SYKEHJEMMET

Både kona og mannen hadde levd med smitteverntiltak i hjemmet i noen måneder før flyttingen til sykehjemmet. Ansatte i hjemmesykepleien brukte beskyttelsesutstyr og de forsøkte å begrense kontakt med andre familiemedlemmer som bodde i et annet hus på gården. Hele lokalsamfunnet var svært preget i denne første fasen. Kona har inntrykk av at mannen har *«taklet situasjonen greit»*, som hun sa, og at ansatte ved sykehjemmet har tatt godt imot ham og har en god kjemi med ham. Hun forsøker å besøke mannen omtrent daglig. I den første tiden måtte hun ha en avtale på forhånd før hvert besøk, men senere var det greit å bare ringe på døra til hovedinngangen. Denne døra holdes stengt, og det er fortsatt slik at det må ringes på om man skal inn. Ansatte må da komme og fysisk åpne døra. *«Det er nok en ganske stor belastning for de som er på jobb. De må jo bruke tid på dette. Må låse oss både inn og ut»*, fortalte hun. Sykehjemmet innførte besøkstid mellom 16.30 og 19. Dette var et ugunstig tidspunkt for mannen hennes å motta besøk. På denne tiden var han nokså utslitt av dagen og de hadde begge lite utbytte av besøket. Kona fikk derfor en egen avtale med sykehjemmet som tilsa at hun kunne komme til andre tidspunkt, men da måtte hun komme alene. Besøk må foregå på beboerens rom og regelen er at det kun skal være to personer på besøk om gangen.

Kona var usikker på hvor mye mannen hennes egentlig forstod og forstår av situasjonen. Han fikk symptomer og ble testet for covid-19 noen uker etter at han kom inn på sykehjemmet. Han ble da isolert i to døgn og kona fikk ikke besøke ham mens han var isolert. En av disse nettene falt han i gulvet. Da måtte pleierne bare rope inn til ham for å høre om han hadde slått seg mens de kledde på seg verneutstyret. Han greide å forklare at han ikke hadde slått seg, og da hadde han visst klart å uttrykke seg veldig tydelig og sagt at de bare måtte bruke den tiden de trengte. Han hadde det bra. *«De har vært veldig flinke med han ... ser ut som han har slått seg til ro der. Har ikke nevnt at han vil heim en tur heller ...»* Hun mente relasjonen mellom mannen og personalet ikke er særlig påvirket av pandemien. Det er små forhold og både hun og mannen kjenner personalet godt. Utfordringen kan være under ferieavvikling om det blir mange ukjente og usikre ferievikarer:

Han krever egentlig ingen ting selv, hadde han gjort det hadde det vært enklere. Han er avhengig av at de ser hva han trenger. Når det er kjente på vakt er det lettere. Da slipper jeg også å tenke så mye på det.

INNTRYKK AV SYKEHJEMMETS HÅNDTERING AV PANDEMIEN

Mannens covid-19-test viste seg å være negativ og ingen av de andre beboerne har så langt testet positivt. Det at sykehjemmet har klart å holde smitten utenfor er kona svært imponert over. Hun mente sykehjemmet har hatt god kontroll og de strenge reglene og overvåkingen av besøk inngir trygghet. Alle som besøker sykehjemmet må skrive navn og telefonnummer på en liste ved hovedinngangen, i tillegg til at det også ligger registreringslister på det enkelte beboerrommet. Hun hadde inntrykk av at ansatte var svært påpasselig med å ikke gå på jobb dersom de kjente på noen symptomer. Hun visste også at

... når ansatte kommer på jobb må de skrive opp hvem de har vært i kontakt med (familie o.l.), og når de er ferdige med vakta må de skrive opp pasienter og pleiere de har hatt med å gjøre under vakta. De bruker ganske mye tid på dette for å sikre en god sporing. De har det ganske krevende og uten at de har fått noe mer ressurser ... for eksempel hadde de trengt en dørvakt når det er besøkstid ... men det er pleierne som løper og løper.

Hun oppfattet ellers at ansatte er blitt enda mer skjerpet på å holde god hygiene. Nå henger det spritdispensere på alle rom og de spriter seg godt når de går fra rom til rom.

Kona synes reglene har vært strenge gjennom hele perioden og tror kanskje det er det som er grunnen til at ting har gått bra. Hun berømmer også kommuneoverlege og ordfører som var forut regjeringen med tiltak, og som har jobbet døgnet rundt i perioder for å holde innbyggerne i kommunen orientert.

ENDRINGER SOM HAR VÆRT SÆRLIG KREVENDE

Det som kjentes sårt i denne perioden var det å ikke kunne gi mannen sin nærhet og en klem. Hun fortalte at hun glemte seg på bursdagen hans da hun kom med kake: *«Jeg var så dum og gav ham en klem ... tenkte meg ikke om ... Det å ikke kunne gi en klem er nok det verste, og det tror jeg er noe han heller ikke helt forstår»*. Bekymringen for å være den som skulle bringe smitte inn på sykehjemmet eller smitte sin egen mann, var samtidig stor.

Hun skulle også gjerne ha gitt de andre beboerne mer oppmerksomhet når hun er innom sykehjemmet. Hun forklarte at det hadde vært naturlig for henne å ta med for eksempel kaffebrød eller rabarbrasuppe (som hun nevner spesielt) for å dele ut til de andre beboerne også. Dette lot seg ikke gjøre nå. Hun hadde planen klar for hvordan alt hun brukte av utstyr skulle være rent nok, men de ansatte på sykehjemmet kunne ikke tillate dette. Det er blitt mye som ikke lenger «er lov». Hun snakket også mye om jula og om datteren som skulle komme på juleferie fra Oslo. Hun hadde undersøkt datterens muligheter til å besøke faren og konferert med både sykehjemmet og mannens fastlege. Etter å ha vurdert hvilken jobb datteren har, og hvilket miljø hun befinner seg i, ble hun klarert for besøk. Dette vil bety mye for både far og datter. Kona hadde opprinnelig planlagt å være på sykehjemmet julaften, men i tråd med reglene hadde hun og mannen da blitt sittende alene inne på hans rom. Nå tenkte hun at hun heller ville prøve å ta han med hjem ved lunsj-tider slik at han også kunne treffe barnebarna hjemme.

OPPLEVELSER AV Å VÆRE IVARETATT SOM PÅRØRENDE

Hun opplevde at hun var godt ivaretatt som pårørende og hadde ingenting å utsette på sykehjemmet eller helsetjenesten i kommunen i denne perioden. Informasjonsbehovet var stort, men hun opplevde både å få og ha mulighet til å etterspørre den informasjonen hun behøvde. Hun skrøt ellers av kommunen som har holdt innbyggerne godt og jevnlig informert ved hjelp av SMS-varslinger.

5.5.6 OPPSUMMERING

Sykehjemmet opplevde ikke smitte blant beboere eller ansatte. Inntrykket er at sykehjemmet og kommunen har klart seg godt gjennom utfordringene som pandemien hittil har medført. Blant forhold som har virket positivt er det tydelig at ledelsen (både faglig og administrativt) har klart å skape en grunnleggende tillit hos både innbyggere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Ledelsen har vært i forkant, har informert godt og hatt tiltakene klare. Det at kommunen er liten

har trolig muliggjort korte linjer mellom besluttere og utførere, og medvirket til at tiltak kunne iverksettes raskt. Informantenes erfaringer synliggjør også et sterkt samhold og fellesskapsfølelse. Både ledelse og ansatte har strukket seg og bidratt mer enn forventet. Tilliten og fellesskapet ser også ut til å ha skapt en handlekraft og kreativitet som informantene uttrykker stolthet over. Inntrykket er at alle (ansatte) er blitt sett som like viktige. Gevinsten er et arbeidsfellesskap som sykehjemmet også vil kunne dra nytte av senere.

Det faktum at sykehjemmet har klart å unngå smitteutbrudd og dødsfall blant beboerne preger erfaringene. Samtidig anses ikke faren som over. Bevisstheten på god hygiene og smittevern er skjerpet og mange av tiltakene vurderes som rimelige å videreføre også når sykehjemmet er tilbake til en 'normaltilstand'.

Informantenes fortellinger viser også at håndtering av smittevernregler krever skjønn og etiske avveininger. Selv med strenge og tydelige regler har ansatte klart å gjøre tilpasninger når enkelt-situasjoner og unike behov hos pasienter eller pårørende har krevd det.





6. OPPSUMMERING OG DISKUSJON

I dette kapitlet svarer vi først ut de problemstillingene som har ligget til grunn for oppdraget, og redegjør også for erfaringer av både dilemmaer og samt positiv læring som informantene anser som viktig for videre sykehjemsdrift når pandemien er over. Deretter drøfter vi kort ulike kontekstuelle betingelser for de fem ulike sykehjemmene og mulige måter som disse kan ha spilt inn på. Vi oppsummerer og vurderer også de nasjonale dataene og til slutt oppsummerer vi noen anbefalinger som respondentene selv målbærer og anbefalinger som vi som forskere ønsker å formidle.

6.1 HVOR GODT FORBEREDT VAR SYKEHJEMMENE PÅ EN PANDEMI?

I *Fredly*, som ligger i en liten kommune med tidlig og stort smittetrykk, opplever informantene at ledelsen har vært i forkant, har informert godt og hatt tiltakene klare. Det at kommunen er liten har trolig muliggjort korte linjer mellom besluttere og utførere, og medvirket til at tiltak kunne iverksettes raskt.

Ved *Elvesletta sykehjem*, et sykehjem i en liten kommune med minimalt smittetrykk, opplevde de intervjuede at både sykehjemmet og kommunen har klart seg godt gjennom utfordringene som pandemirestriksjonene så langt har medført. At sykehjemmet hele tiden har hatt god kapasitet på grunn av underbelegg for faste sykehjems plasser og stabil bemanning kan ha vært viktige årsaker til dette. Videre hadde sykehjemmets lokaler gjennomgått både en utbygging og renovering like i forkant av pandemien, noe som la godt til rette for adekvat håndtering av rutiner og smittevernsbestemmelser.

Ved *Bakketunet sykehjem*, et sykehjem uten smitte i en mellomstor kommune med lavt smittetrykk, gav særlig enhetsleder uttrykk for at sykehjemmet var generelt godt forberedt på en smittesituasjon. Hun føyde til at de hadde hatt stor nytte av eksisterende nettverk av samarbeidspartnere og ressurspersoner i kommunen da pandemien var et faktum, og eksisterende instruksjoner og rutiner knyttet til erfaringer med å hindre introduksjon og spredning av MRSA

gav godt grunnlag for å tilpasse mer korona-spesifikke versjoner. Riktignok opplevde man en kort innledende fase med utfordringer knyttet til tilgang på smittemateriell. Det opplevdes som utfordrende at flere ansatte arbeider i mindre stillinger, og at noen av personalet kan være ansatt samtidig i så ulike virksomheter som sykehjem, barnehager og butikker. Selv om man så langt ikke har opplevd smitte inne i sykehjemmet blant beboere eller ansatte, uttrykkes det engstelse for at dette bidrar til flere potensielle smitteveier inn i institusjonen. Sporadisk tilstedeværelse og svak tilhørighet innebærer, ifølge ansatte, i tillegg en risiko for at ikke alle får med seg opplæring, for eksempel omkring smittevern – og dette personalet er de som har mest nærkontakt med beboerne. Intervjuene med pleiepersonalet retter videre oppmerksomheten mot parallelle utfordringer relatert til midlertidighet og deltidsstillinger og usikkerhet omkring opplæring blant drifts- og renholdspersonalet. Sykehjemmet er under ombygging, men i dagens situasjon uttrykkes også bekymring overfor slitte overflater som ikke lar seg desinfisere, beboerrom som er lite egnet for å gjennomføre isolasjon og garderobesom som beskrives som «arnested for smitte».

Bytunhjemmet, et storbysykehjem med tidlig smitte i en kommune med høyt smittetrykk, opplevde at samarbeidet med et sykehus i kommunen bidro til å gjøre dem forberedt på pandemisituasjonen. Deres sykehjemslege, som var nytilsatt, kom fra en stilling ved dette sykehuset.

Ved *Aftensol*, et sykehjem i en annen storby der kommunen også opplevde høyt smittetrykk og smitte på sykehjemmet, pekte alle som ble intervjuet på bygningsmessige fortrinn for dette sykehjemmet som de mente bidro til å begrense smitten de tidlig opplevde blant beboere til én avdeling. Flere av de intervjuede blant personalet påpekte likevel at det var en utfordring at beboernes rom ikke har en «sluse», og at dette er en faktor som vanskeliggjør arbeidet med å gjennomføre optimale smitteverntiltak. Personalet ved *Aftensol* gav uttrykk for at de hadde det meste av smittevernutstyr tilgjengelig hele tiden, men at bruken av desinfeksjonssprit måtte prioriteres i starten av pandemien og suppleres med ozonvann, at det i begynnelsen manglet visirer og at det var krevende å skaffe til veie nok utstyr til prøvetaking den første tiden. Spesielt fra legesiden ble det uttrykt en kritisk holdning til at sykehjemmene kom noe i skyggen av spesialisthelsetjenesten når smittevernutstyr skulle fordeles. Etter et par uker ble det likevel generelt bedre tilgang på smitteverns- og prøvetakingsutstyr.

6.2 HVILKE TILTAK BLE SATT INN FOR Å HINDRE SMITTESPREDNING OG HVORDAN VIRKET DE?

Til tross for at smittevernplaner i kommunen der *Elvesletta sykehjem* er hjemmehørende var utdaterte i den tidligste fasen av pandemien, arbeidet ledelsen ved sykehjemmet raskt med å få gjennomgått og oppdatert disse. Det er imidlertid delte oppfatninger blant informantene om hvordan samarbeidet mellom kommuneledelsen sentralt og den lokale ledelsen ved sykehjemmet fungerte når det gjaldt smittevernplaner og -prosedyrer.

Kommunen som *Fredly* tilhører hadde et stort smittetrykk i starten av mars 2020. Siden kommunen var så tidlig berørt av pandemien, erfarte de at de selv måtte finne løsninger på hvordan de skulle håndtere situasjonen og iverksette tiltak lokalt. De fikk på det tidspunktet ingen hjelp utenfra, og var hele tiden i forkant av nasjonale tiltak. Smittevernoverlegen og ordføreren hadde etter hvert løpende kontakt med Helsedirektoratet, og det var mye kontakt med politiske myndigheter. Lederen ved sykehjemmet formidler at de har gjort en god jobb

med smittevern, men gir også uttrykk for at de må ha hatt «hellet på sin side». Både leder og ansatte fremhevet at de bygningsmessige forholdene har vært gunstige med tanke på smittevern. Lederen formidlet at redselen for mange smittede gjorde at de brukte utstyr om igjen for at de ikke skulle gå tom, noe som ga ekstra praktiske utfordringer, men at det etter hvert ble en ordning (fra Fylkesmannen) hvor det ble ført kartotek over tilgjengelig utstyr, slik at kommuner kunne låne fra hverandre. Personalet ved sykehjemmet og hjemmetjenesten har normalt møttes i fellesarealer som garderober og kantine, men har etter at pandemien startet oppholdt seg i fysisk atskilte arealer. Det har vært utfordrende å opprettholde atskilte kohorter på natt, ettersom personalet ved sykehjemmet og hjemmetjenesten da må ha et tettere samarbeid. Sykehjemmet hadde helt åpent en periode, men valgte å innføre besøks-restriksjoner igjen for å ha mer kontroll.

Ved *Bytunhjemmet*, der fire beboere ble smittet av korona, opplevde ingen knapphet på smittevernutstyr og det ble utført kontinuerlig testing av beboere og ansatte. Det opplevdes som avgjørende for håndteringen av koronasmitte ved sykehjemmet at man raskt bestemte å sette krisestab og lage nye prosedyrer, med leder, lege og avdelingsledere som samlet seg umiddelbart da smitten brøt ut og delte på oppgaver og ansvar. Legen ved sykehjemmet opplevde å få mer spesifikke råd og instruksjoner fra det omtalte sykehuset enn fra FHI. FHI kunngjorde stadig nye regler, retningslinjer og instruksjoner, mens sykehuset gav mer spesifikke råd som ble ansett som å passe bedre for den eldre beboerne. Leder ved sykehjemmet legger vekt på viktigheten av rask isolasjon av de som var blitt smittet og bestemte seg for å kohort-isolere hele avdelingen der smitten oppstod, siden noen av beboerne var såkalte «vandrere» som det var vanskelig å isolere inne på deres egne rom. Gode rutiner og klar ansvarsfordeling for gjennomføring av kontinuerlig testing av de ansatte og beboere gjorde at nye tilfeller ble oppdaget raskt og at man hurtig kunne sende hjem ansatte og isolere beboere på bakgrunn av prøvesvar. Sykehjemmet iverksatte besøkstopp i flere uker og dette reduserte muligheten for å bringe mer smitte inn i sykehjemmet. I samarbeid med avdelingsleder valgte institusjonslederen ut de mest kompetente ansatte til å betjene avdelingen der det var fire smittede beboere. Fordi mange av de faste ansatte var sykmeldte eller i karantene, laget ledelsen en egen «korona-turnus» med tolvtimersvakter. Ansatte som hadde ansettelsesforhold ved flere sykehjem i byen, ble tilbudt flere vakter for å hindre at de brakte med seg smitte mellom sykehjem.

Ved *Aftensol* omtaler både ledere, ansatte og tilknyttede leger ved dette sykehjemmet perioden med smitteutbrudd som en «ekstremsituasjon». Alle funksjoner på sykehjemmet ble påvirket og rammet. Det at sykehjemmet opplevde smitte tidlig i pandemien var dramatisk, og det var mye usikkerhet knyttet til både den lokale situasjonen og til hyppige justeringer av retningslinjer knyttet til covid-19. Likevel klarte man å isolere smitten til en kohort slik at den ikke spredde seg til resten av sykehjemmet. Også der gjennomførte man 12-timers vakter ved avdelingen med smittede beboere, og valgte som ved *Bytunhjemmet*, å kohort-isolere hele avdelingen som var rammet. Legene gav uttrykk for en bratt læringskurve når det gjelder kriterier for testing av beboere, og at dette var noe som gikk seg til over tid. Rådene fra helsemyndighetene endret seg underveis, der atypiske symptomer hos skrøpelige eldre var lite i fokus i starten av pandemien og ikke inngikk i råd som ble gitt. Når det gjelder testing av ansatte uttrykker lederne at terskelen for dette var lav og at tester kontinuerlig ble tatt. De fremhever at testene ved sykehjemmet i stor grad ble utført i sykehjemmet av eget personale og at sykepleiere ved institusjonen tidlig lærte å utføre disse testene, etter en opplevelse i starten av pandemien av at personalet måtte stå i testkøene på lik linje med andre innbyggere ved teststasjoner som var opprettet. Ledergruppen på sykehjemmet har hatt hyppige møter, fordelt oppgaver og opplevd

et sterkt internt samhold. De andre ansatte erfarte også et sterkere samhold og kollegial støtte, også i tiden etter smittesituasjonen. De opplevde et godt samarbeid med og støtte fra lederne på institusjonen. Samtidig skapte smittesituasjonen noen sosiale barrierer som vanskeliggjorde sosial kontakt på fritiden, og mellom personalet ved avdelingen med smitte og personalet i de andre avdelingene. Smittesituasjonen gjorde også samhandlingen med renholdsavdeling, vaktmester, kontorfunksjoner og aktører som kom med varelevering, krevende.

6.3 HVORDAN KLARTE PERSONALET Å IVARETA BEBOERNES BEHOV UNDER PANDEMIEN?

Funn fra *Bakketunet* indikerer at nedstengningen opplevdes ulikt for de ulike beboerne, men at kognitiv kompetanse, behov for fysisk aktivitet og besøksvaner er faktorer som virker inn på dette. Tiltakene for å hindre potensiell smittespredning internt på sykehjemmet innebærer at alle fellesaktiviteter har vært avlyst siden nedstengingen i mars 2020. Noen arrangementer har falt helt ut, men andre har blitt avholdt på enkelte avdelinger og ledelsen har sørget for alternative, mindre arrangementer på avdelingene. I tillegg har de ansatte fokusert mer på små-aktiviteter og hygge på avdelingene. Både pårørende og personal uttrykker likevel at de setter pris på denne tilpasningen ettersom alternativet, slik de ser det, ville vært bortfall av ekstern underholdning og arrangementer. Mens flere beboere synes å ha hatt glede av dette, har andre som har brukt å gå turer ute, savnet å kunne forlate avdelingen. Fysisk avgrensing mellom avdelingene og stengning av fellesarealer har også vært begrensende for fysisk aktive beboere. Sykehjemmet har hatt en besøksordning som gir pårørende og andre mulighet til å «booke» tid for å besøke beboerne på deres rom. For pårørende og beboere som hadde mye sosial kontakt før pandemien ble dette opplevd som en svært krevende situasjon. I enkelttilfeller har man funnet frem til individuelle løsninger som dekker beboere og pårørendes behov for samvær samtidig som smittevern hensyn ble ivaretatt. Noen av de kognitivt friske beboere har vent seg til å bruke tilgjengelig utstyr for videosamtaler og beboerne og deres pårørende synes å ha glede av dette både som alternativ og supplement til besøk. Institusjonen har hele tiden lagt til rette for at pårørende skal kunne sitte hos beboere i palliativ fase, og disse har ikke måttet forholde seg til visittidene, men de skal følge andre smittevern hensyn.

Ved *Bytunhjemmet* erfarte man at besøksforbudet førte med seg en del negative konsekvenser som for eksempel redusert helse for en del av beboerne og økt passivering. Mangel på tjenester som fysioterapi, samt sosial og fysisk stimuli, medførte at mange beboere tapte seg mye under pandemien og dette kan også ha medført mer sykdom. Bevegelse og forebygging ble særlig fremhevet som viktig siden det ikke er mye å gjøre rent medisinsk for en del pasienter. Fysioterapeut er særlig sentral i å hjelpe beboere i å opprettholde funksjoner.

Både lederne og det pleiefaglige personalet ved *Aftensol* gav uttrykk for at de gjorde sitt ytterste for å «trygge beboerne», samt hindre at flere ble smittet. De mente i den forbindelse at periodevis å isolere beboerne på deres egne rom har vært nødvendig, ikke minst i situasjonen med pågående smitteutbrudd. De vektlegger at de brukte mye tid på å informere alle beboerne om pandemien og dens utfordringer, og opplevde at de fleste aksepterte begrensningene som ble innført. Samtidig uttrykker de bekymring for at beboerne har vært mye sosialt isolerte, og at sosiale aktiviteter de har vært vant til å ha har vært avlyst fra da pandemien oppstod. Bekymringen omfatter også

den reduserte kontakten med pårørende, og de periodevise sterke restriksjonene de også har blitt utsatt for. En satsing på nettbrett har vært et forsøk på å lette kommunikasjonen mellom beboerne og deres pårørende.

Ansatte ved *Fredly* opplevde ikke at pandemien gikk ut over den faglige forsvarligheten, men derimot at det var utfordrende å dekke de sosiale behovene når det var besøksrestriksjoner. Institusjonslederen påpekte at alle sosiale aktiviteter ble stengt ned, men at menighet og diakon har ordnet med digital overføring av gudstjenester fra kirken i kommunen, noe som har vært populært blant beboerne. De fortalte også om konserter som har vært avholdt like utenfor Fredly, hvor beboere har kunnet høre og se gjennom åpne vinduer. Lederen på Fredly søkte og fikk innvilget midler fra Fylkesmannen til bruk til sosiale aktiviteter, og dette skal brukes til sosiale aktiviteter for beboerne. Hun la til at besøksrestriksjonene har vært bra håndtert og at de iblant har måttet bruke skjønn, som når beboere har kommet i en palliativ fase. Ansatte anså for øvrig at pandemien kunne ha noen positive konsekvenser for beboerne slik som at det var at det var atskillig mindre forkjølelse og omgangssyke blant beboerne, noe de mente hang sammen med gode smitteverntiltak. Dette bemerkes også av lederen ved *Elvesletta sykehjem*.

Ved *Elvesletta sykehjem* hadde beboerne tilbud om sosiale aktiviteter utenfor sykehjemmet eller aktiviteter i regi av frivillige inne på sykehjemmet før pandemien. De ansatte formidlet dette har opphørt på grunn av pandemien, og at beboerne spesielt i starten har blitt isolert på rommene sine og gav uttrykk for at dagene ble lange og kjedelige og for et sterkt savn av pårørende.

6.4 HVILKE ERFARINGER GJORDE DE PÅRØRENDE SEG?

Ved *Aftensol* uttrykker de pårørende at tiden med faktisk smitte på sykehjemmet var en stor belastning. Den pårørende til beboeren som ble smittet og overlevde, opplevde stor usikkerhet, men også at hun fikk tett oppfølging fra personalet. De to andre pårørende som ble intervjuet, erfarte en situasjon med lavere bemanning, noe de ser i sammenheng med økt sykefravær blant det faste personalet på avdelinger som fikk færre personalressurser på grunn av sterkere innsats på avdelingen med smitte. Selv om disse pårørende uttrykte stor tiltro til og beundring overfor personalet, gav de også uttrykk for engstelse fordi deres nære og kjære, i mindre grad enn før, fikk dekket sine behov. For de pårørende var også «den andre nedstengingen» på grunn av økt smittetrykk i kommunen en svært vanskelig tid. Mens en av dem opplevde at erfaringene fra «første nedstenging» hjalp ham å mestre denne andre nedstengningen, uttrykte en annen at både han, og konen som var sykehjemsbeboer, erfarte denne at siste nedstengningen var enda mer utfordrende enn den første. De pårørende selv gir uttrykk for at nettbrett i praksis har vært lite i bruk, blant annet på grunn av manglende opplæring både av beboere og pårørende, men også fordi kommunikasjon gjennom nettbrett (og også telefon) ikke fungerer for alle beboerne.

Ved *Elvesletta sykehjem* har pårørende i varierende grad inntrykk av at pleien og omsorgen har endret karakter og omfang under pandemien. Mens pårørende uttrykker tillit til at viktige fysiske behov har blitt ivaretatt under pandemien, beskrev noen likevel det de oppfattet som en reduksjon av beboernes fysiske funksjonsnivå, noe som også ble satt i sammenheng med at beboerne tilbrakte mer tid i sengen eller alene på eget rom. En pårørende uttrykte bekymring for beboerens nedsatte matlyst og vektreduksjon. Pårørende ved *Elvesletta* uttrykte generelt forståelse for at koronapandemien og påfølgende endringene i rutiner og smittevern er ressurskrevende og tok kapasitet fra personalet, men flere utsagn indikerer at aktivitetstilbudet og sosialiseringstiltak

ikke lenger var tilgjengelig eller ble prioritert. Det synes som om pårørende hadde en mindre positiv opplevelse av i hvilken grad sosiale behov og behov for aktivitet ivaretas for beboerne enn det de ansatte har.

Den pårørende ved *Fredly sykehjem* som ble intervjuet uttrykte sårhet over å ikke kunne gi sin mann nærhet og en klem. Hun uttrykte også at hun gjerne skulle ha gitt de andre beboerne mer oppmerksomhet når hun var innom sykehjemmet og at det hadde vært naturlig for henne å ta med for eksempel kaffebrød eller rabarbrasuppe (som hun nevnte spesielt) for å dele ut til de andre beboerne også. Hun påpekte at er mye som ikke lenger «er lov». Hun hadde opprinnelig planlagt å være på sykehjemmet julaften, men i tråd med reglene hadde hun og mannen da blitt sittende alene inne på hans rom. Nå tenkte hun at hun heller vil prøve å ta han med hjem ved lunsj-tider slik at han også kan treffe barnebarna hjemme.

For pårørende som er vant til å se sin nære og kjære på sykehjemmet ofte opplevdes nedstengingen som særlig brutal. Dette kom blant annet fram i et pårørendeintervju ved *Bakketunet sykehjem*, der datteren uttrykte bekymring hennes far, som har demens, men som var fysisk sprek og hadde behov for å komme seg ut på tur. De var vant til å se hverandre ofte, og datteren var bekymret for at faren ikke kom seg ut uten henne, og demensproblematikken gjorde det var vanskelig å snakke med han på telefon. Som ved flere andre sykehjem i denne studien, gav de pårørende som ble intervjuet ved *Bakketunet* uttrykk for at frafallet av fellesarrangementer også var et savn for pårørende ettersom dette var kjærkomne lavterskeltilbud for felles opplevelser med beboerne. Enkelte pårørende deltok på slike arrangementer mer eller mindre regelmessig sammen med den de var pårørende til, og det ble nevnt at dette var en god arena som gav mulighet til å bli litt kjent med og å utveksle erfaringer med andre pårørende. Når slike felles arrangementer bortfaller i dagens pandemisituasjon, faller også slike møteplasser bort.

Ved *Bytunhjemmet* opplevde pårørende situasjonen som oppstod på ulike måter. To av dem opplevde at deres nære og kjære forstod lite av pandemisituasjon og alle endringene som fulgte med. Andre berettet om savn og utfordringer med å holde kontakt, mens en pårørende opplevde at nettbrett bidro til å opprettholde noe mer kontakt. For å bidra til mer kontakt mellom beboere og deres pårørende ble det etter hvert satt opp flere telt utenfor sykehjemmet der besøkene kunne gjennomføres. De pårørende mente at dette fungerte greit. Noen påpekte at det hadde vært litt kaldt på vårparten å sitte ute, men at de ansatte hadde vært veldig hjelpsomme med å tilrettelegge.

6.5 HVILKE ETISKE DILEMMA ERFARTE PERSONALET?

Ved *Bytunhjemmet* fortalte både ledelsen og sykehjemslegen om etiske dilemma knyttet til besøksforbudet og vurderinger av helsetilstand og forventet levetid for beboere. Det ble foretatt vurderinger omkring beboeres helse med henblikk på dette for å slippe inn pårørende til beboere som var i livets siste fase, men det var krevende å vekte ulike beboerne og situasjoner opp mot hverandre og ta hensyn til at «alle» ville være sammen med sine kjære på den ene siden, men samtidig jobbe for å redusere muligheten for smitte inn til sykehjemmet.

Også ved *Aftensol* påpeker legene det etisk problematiske i at man satser så mye på å unngå alvorlig sykdom og redde liv, spesielt i pandemisituasjonen, at livet for dem som lever i sykehjem blir mindre meningsfullt. En av legene ved *Aftensol* poengterer videre det etisk betenkelige i at isolering ble foretatt uten formelle tvangsvedtak.

En av de pårørende ved *Bakketunet* delte sin erfaring med oppdatering av behandlingsavklaring i pandemien tidlige fase. Den pårørende og sykehjemsbeboeren som var kognitivt frisk opplevde at både måten behandlingsavklaringen var oppdatert på (uten deres involvering), avgjørelsen som var truffet (at beboeren ikke ville bli overført til sykehus ved alvorlig forløp, men kun motta lindrende behandling ved sykehjemmet) og måten denne ble formidlet på (kort og uten forhandlingsmulighet i en sårbar situasjon med besøksforbud), stred imot etiske, men også juridiske og humane prinsipper. Ansatte ved *Bakketunet* gav også uttrykk for at dette med behandlingsavklaringer med tanke på covid-19 hadde vært kontroversielt, men at det hadde skjedd endringer i rutinene for dette. På linje med at det bør være løpende diskusjon omkring prioriteringskriteriene og vurderingen av disse, kan dette eksempelet også tyde på at det bør utarbeides retningslinjer som sikrer at formål og prinsipper som ligger til grunn for behandlingsavklaringer formidles på en informativ og hensynsfull måte, samt at avklaringer gjennomføres med beboer og pårørende – i henhold til Helsedirektoratets veileder – også i krisesituasjoner.

6.6 HVILKEN POSITIV LÆRING HAR MAN MED SEG VIDERE?

Ved *Fredly* og *Elvesletta* sykehjem oppleves det at tilliten og fellesskapet som er etablert ser ut til å ha skapt en handlekraft og kreativitet som informantene uttrykker stolthet over, samt en opplevelse av likeverd tross ulike fagposisjoner. Informantene anser det som at gevinsten er et styrket arbeidsfellesskap som sykehjemmet også vil kunne dra nytte av senere. *Fredly* har opplevd at sykehjemmet har klart å unngå smitteutbrudd og dødsfall blant beboerne tross høyt smittetrykk i kommunen, og dette preger erfaringene som de ansatte gir uttrykk for, samtidig som faren ikke oppfattes som over. For begge sykehjemmene opplever ansatte og ledere at de har oppnådd god hygiene og at smittevernet generelt er skjerpet. Informantene anser det som rimelig å videreføre mange av tiltakene de har innført under pandemien også når sykehjem og kommune er tilbake til en «normaltilstand».

Ved *Aftensol* og *Bakketunet* uttrykker både ledere, pleiefaglig ansatte og leger at deres kompetanse knyttet til smittevern har økt betydelig gjennom denne perioden, og at de har fått mye praktisk øving. Deres erfaringer med smittesituasjonen gjør at de nå opplever seg bedre rustet enn tidligere, ved et eventuelt nytt smitteutbrudd. Digital kompetanse har blitt styrket, noe de alle vurderte at de også vil ha nytte av videre når pandemien er over.

Både ledere, pleiefaglig stab og leger påpeker viktig læring som har fulgt med pandemien knyttet til utøvelse av god hygiene. De opplever i mindre grad enn før pandemien forkjølelse, influensa og andre smittsomme sykdommer og ser for seg at de ønsker å videreføre noen av de nye vanene som de har etablert knyttet til smittevern. Digitale kommunikasjonsferdigheter har økt raskt. Flere informanter viser til at ny kommunikasjonsteknologi for personalet, for eksempel Teams, har blitt introdusert i et raskt tempo. De fremhever også at nettbrett for pårørende har blitt innført i stor skala, om enn med noe varierende grad av suksess.

6.7 SENTRALE ERFARINGER: NOEN FELLESTREKK OG FORSKJELLER MELLOM DE FEM SYKEHJEMSCASENE

I alle de fem inkluderte sykehjemmene har pandemisituasjonen vært opplevd som dramatisk og krevende, også i sykehjem som ikke hadde opplevd smitte. Både den første og andre smittebølgen og påfølgende nedstengning satte store krav angående organisering og bruk av ressurser. Mens sykehjem i noen kommuner har hatt nytte av spesialiserte legeteam med ansvar for ulike deler av kommunen eller av kontakt med større sykehus nær sykehjemmet, synes sykehjem i andre kommuner å ha nytt godt av tett kontakt med og kort avstand til overordnede nivå i kommunen. Vi ser også flere eksempler på stor fleksibilitet i hvordan sykehjemmene utnyttes i de kommunene, som det at *Fredly* tar inn en pasient med korona fra hjemmesykepleien en tid etter det store utbruddet i kommunen startet eller at miljø-, trivsel- og hyggeavdelingen ved *Bakketunet* raskt ble omgjort til akuttmottak for eventuelle smittede hjemmeboende tilknyttet hjemmetjenesten.

Fleksibilitet når det gjelder ansvar og oppgaver har vist seg å være både viktig og krevende. Også ved sykehjem som ikke har opplevd smitte har innsatsen for å forebygge smitte samt å ha en nødvendig tilrettelegging dersom smitte skulle oppstå, medført noe oppgaveforskyvning, der for eksempel hjelpepleiere eller helsefagarbeidere har fått ansvar og oppgaver som sykepleiere vanligvis ivaretar. I sykehjemmene som har opplevd smitte har også foregått en forskyvning av ressurser mellom avdelingene, der avdelingene med smitte har hatt bedre personelldekning og flere sykepleiere. At samarbeidet og samholdet innad blant ansatte i sykehjemmene har blitt tettere er et gjennomgående tema for flere av de deltagende sykehjemmene.

De fem sykehjemmene har noe varierende erfaringer når det handler om forberedthet på en pandemisituasjon, både når det gjelder faglige nettverk og ressurser utover sykehjemmet, tilgjengelig utstyr og etablerte rutiner for smittevern. Da pandemien var et faktum trengte de alle raskt mer utstyr, i tillegg til oppdatering av smittevernplaner og -rutiner. Flere informanter gav uttrykk for at det var krevende å skaffe nok utstyr, både for smittevern og prøvetaking de første par ukene. Noen uttrykte også at de opplevde at sykehjemmene kom i annen rekke både i distribusjon av smittevernutstyr og når det gjaldt testing av ansatte. Flere påpekte at kriteriene for å teste beboere var i stadig endring og at det en tid stadig kom nye signaler og at de opplevde terskelen for å teste beboere som høy.

Det å integrere renhold godt i den totale driften og i en helhetlig smittestrategi ved sykehjemmet har blitt opplevd som utfordrende, om enn i noe varierende grad knyttet til de ulike sykehjemscasene. At renhold har sin egen ledelse og driftes separat fra resten av sykehjemmet er én utfordring som påpekes, mens en annen utfordring er knyttet til språk og kulturforskjeller, der renholdsstaben gjerne i større grad er flerkulturell enn staben ved sykehjemmet ellers.

Mange beboere har opplevd større grad av ensomhet enn før pandemien. Flere ansatte og pårørende gav uttrykk for bekymring for ivaretagelsen av behov for sosial kontakt og for aktiviteter, og noen av dem uttrykte at de erfarte at beboerne raskere forfalt kognitivt og fysisk enn slik situasjonen var før pandemien. Pårørende har erfart sterke besøksrestriksjoner, og flere av informantene blant det pleiefaglige personalet og legene uttrykker at fleksibiliteten kunne vært større når det gjelder å tilrettelegge for besøk på en måte som ivaretar hensynet til smittevern. Pårørende har i liten grad omtalt egne behov og har i hovedsak fokusert på behov hos sine nære og kjære og på mulighetene for å opprettholde kontakten med dem. På sykehjem med smitte fremtrer det som at pårørende til beboere ved smitteavdelinger opplever tettere oppfølging fra personalet enn de andre pårørende. Flere pårørende gav uttrykk for at den andre nedstengingen

opplevdes som tyngre enn den første, og at deres nære og kjære i større grad synes å ha forsonet seg med at det ble mindre sosialt samvær og, i noen tilfeller, nærest syntes å ha resignert, blitt passive og mindre kontaktsøkende.

6.8 NASJONALE PERSPEKTIVER

Foreløpig nasjonal statistikk viser at underkant av 50% av alle covid-19 relaterte dødsfall har skjedd i sykehjem, og at det har vært en dødelighet på om lag en tredjedel av de covid-19 smittede sykehjemspasientene. Men det at kun 3% av sykehjemsbeboerne ble smittet og cirka 1% døde viser at sykehjemmene, til tross for store lokale forskjeller, *som samlet sektor* i stor grad har klart å forebygge koronasmitten og dermed covid-19 relaterte dødsfall. Det er etter vår vurdering sannsynlig at sykehjemmenes generelle medisinske kompetanse, og det faktum at de som hovedregel selv har behandlet sine pasienter med covid-19 sykdom uten å legge dem inn på sykehus, har vært en viktig årsak til at sykehusenes intensivkapasitet ikke ble overbelastet det første året av pandemien, slik vi har sett i en del andre land.

6.9 ANBEFALINGER

1. Det anbefales av flere av informantene i studien at det utvikles en mer helhetlig forståelse av smitteverns situasjonen der drift og renhold får en tydeligere plass i smittevernsstrategier på kommunalt- så vel som på enhetsnivå. Bygningmessige forhold er viktige med tanke på praktisk gjennomføring av smittevernstiltak, både i beboerområder og rom (sluser, enmannsrom med eget toalett og bad) og i personalområder som garderøber, samt når det gjelder varelevering. Storkjøkken, kantiner, pauserom og kontorlokaler har vært lite undersøkt i denne studien, men bør senere vies mer oppmerksomhet med tanke på praktisk smittevern.
2. Det at pleiepersonale arbeider ved flere pleie- og omsorgsinstitusjoner fremstår som en vesentlig utfordring, og tiltak for å sikre større og faste stillinger og arbeid kun på én institusjon bør iverksettes. I situasjoner med økt smittefare er det svært viktig at arbeidssted for hver enkelt ansatt begrenses til færrest mulig avdelinger. Utfordringene med hensyn til midlertidighet og ansatte ved sykehjem som har deltidsstillinger innen andre yrker enn de helsefaglige, slik som drift, renhold og kantine, mener vi generelt er underkommunisert i det offentlige rom, men bør også tas tak i.
3. Det har blitt uttrykt en sterk oppfordring til helseministeren fra flere ansatte som ble intervjuet om å anerkjenne at arbeidet de utfører ved sykehjemmet ikke er en dugnad, men deres faktiske og daglige profesjonelle arbeid. I tråd med dette fremhever de at det bør legges bedre til rette for opplæring og utdanning for å sikre faglært arbeidskraft og utdannede sykepleiere og spesialsykepleiere i faste, store stillinger samt bedre lønn i spesialiseringsløp og utsikter til høyere inntekt etter endt utdanning. Flere gir også uttrykk for at sykehjemmene har vært underprioritert sett i forhold til spesialisthelsetjenesten i perioden før covid-19, og at denne

underprioriteringen også kom til syne når smittevern- og prøvetakingsutstyr skulle fordeles tidlig i pandemien, samt når helsepersonell ønsket å teste seg. De gir videre uttrykk for at det bør satses mer ressurser på sykehjemmene enn tidligere, både økonomisk og personalmessig – sett i lys av hvor viktige og samtidig sårbare disse institusjonene har vist seg å være i en pandemisituasjon.

4. Pandemien har hatt en høy kostnad for alle sykehjem, både for de som bor der, de som arbeider de og for kommunene. For beboerne synes det å ha medført økt isolasjon og redusert grad av sosiale aktiviteter. Ethiske dilemma knyttet til omsorg for beboerne, slik personale har opplevd det, inkluderer tvungen isolasjon uten formelt tvangsvedtak og tvungen testing, som er særlig problematisk overfor beboere med kognitiv svikt og redusert samtykkekompetanse.
5. Pårørende i denne undersøkelsen uttrykte håp om at samfunnet og politikerne anerkjenner den store belastningen som sykehjemmene har opplevd under pandemien og at sykehjemmene og personalet vil måtte bruke tid til å komme seg til hektene igjen etter at pandemien er over, og at det er viktig at politikerne sørger for tilstrekkelige vide økonomiske rammer til å komme seg skikkelig på fote igjen. Pårørende har også pekt på at pandemien har gitt oss viktig erfaring, og at ved en eventuell ny pandemisituasjon bør smittevernstiltak og andre hjelpende tiltak overfor sykehjemspasientene, som er de mest sårbare, settes inn enda tidligere. Det bør også legges bedre til rette for kommunikasjon mellom beboere og deres pårørende, og der kommunikasjonsutstyr slik som nettbrett ikke bare bør være tilgjengelige, men satt i system, med nødvendig opplæring av de pårørende og personalet. Pårørende vektlegger viktigheten av at man er bevisst på hvordan tilgjengelig areal virker inn på håndteringen og mulighetene en har når smittesituasjoner oppstår. De har videre uttrykt at besøksrestriksjoner kunne vært lagt opp annerledes, og at det burde vært lagt mer vekt på å få til løsninger som ville muliggjøre besøk og samvær mellom beboer og nærmeste pårørende. Som også flere av de ansatte som intervjues uttrykker, påpeker flere pårørende at også sentrale helsemyndigheter kunne ha lagt til rette for mer fleksible, men likefullt trygge, besøksrutiner på sykehjem under nedstengingen.
6. Avslutningsvis anbefales det en større nasjonal kartlegging av hvordan sykehjem har erfart og håndtert pandemiutbruddet og pandemiforløpet. Selv om denne rapporten bygger på case fra ulike landsdeler og med ulik kommunestørrelse, smittetrykk og forekomst av smitte og dødsfall i sykehjemmene, gir den ikke svar på hvor utbredt fenomener som avdekkes er. Vi har imidlertid vist til statistikk fra Folkehelseinstituttet som viser foreløpige tall på utbredelsen av noen av disse fenomenene, men også her trengs det flere analyser. Rapporten går i dybden på de utvalgte casene med et siktemål om å oppnå en mest mulig helhetlig forståelse av hvordan sykehjemmene var forberedt på og håndterte pandemien, samt hvordan pandemien ble opplevd i ulike faser av ulike berørte knyttet til sykehjemmene. En større nasjonal kartlegging basert på sentrale innsikter fra denne studien vil kunne bidra til en mer solid faglig oppsummering av erfaringer man har gjort seg i sykehjemmene samt gi grunnlag for en forbedret forberedthet med hensyn til fremtidige smitteutbrudd.



REFERANSER

- Barstad, S. (2020). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter koronaen. Erfaringer fra pandemiens første halvår *Rapport utarbeidet på oppdrag fra Pensjonistforbundet*: S Barstad Tekst.
- Brinkmann, S., 2015. *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage
- Comas-Herrera, A, Zalakaín, J, Litwin, C, Hsu, AT, Lemmon, E, Henderson, D, & Fernández, JL. (2020). *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Last updated 26 June 2020* Hentet fra <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Mortality-associated-with-COVID-among-people-who-use-long-term-care-26-June.pdf>
- Daatland, S. O. (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA-rapport (online), *NOVA-rapport 16/2016* Hentet fra: <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6439/Boliggj%C3%B8ring-av-eldreomsorgen-R16-14-red.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Folkehelseinstituttet. (2018). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Lastet ned fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Folkehelseinstituttet. (2020a). *Foreløpige tall for COVID-19-assosierte dødsfall i Dødsårsaksregisteret* Vol. Publisert 22.09.2020. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodsarsaksregisteret/>
- Folkehelseinstituttet. (2020b). *Foreløpige tall for COVID-19-assosierte dødsårsaker i perioden mars-mai 2020* Vol. Publisert 22.09.2020. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodSARSaksregisteret/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). Råd til sykehjem under covid-19-pandemien. Oppdatert 05.01.2021. Lastet ned fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/>

- Gulla, C. (2018). *A fine balance : drug use in Norwegian nursing homes*. (Doctoral degree), University of Bergen, Bergen. .
- Gulseth, H. L., Helland, E., Johansen, K. I., Gravningen, K., Eide, H. N., Håberg, S. E., & Bakken, I. J. (2020). Deaths after confirmed SARS-CoV-2 in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 140(18). doi:10.4045/tidsskr.20.0693
- Harrington, C, Choiniere, J, Goldman, M, Jacobsen, FF, Lloyd, L, McGregor, M, Stamatopoulos, V & Szebehely, M. (2012). Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *Journal of Nursing Scholarship* No.1, Vol.44, pp.88-98.
- Helsedirektoratet. (2021, 10. januar 2021). Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Kjelvik, J, & Jønsberg, E. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Melby, L, Ågotnes, G, Ambugo, EA & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger Vol. 3-2019. Senter for omsorgsforskning: Rapportserie* Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003_19_web-Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molvik, M., Danielsen, A. S., Grøslund, M., Telle, K. E., Kacelnik, O., & Eriksen-Volle, H.-M. (2021). SARS-CoV-2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. doi:10.4045/tidsskr.20.1048
- Socialstyrelsen. (2020). *Dödlighet bland äldre med särskilt boende eller hemtjänst, 2016–2020*. Stockholm: Socialstyrelsen Lastet ned fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalasets/1-globalt/covid-19-statistik/statistik-om-covid-19-bland-aldre-efter-boendeform/faktablad-statistik-om-smittade-och-avlidna-med-covid-19-bland-aldre-efter-boendeform.pdf>.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin*. Hentet fra https://www.regeringen.se/4af363/contentassets/a8e708ff5e84279bf11adbdf78fcc1/internationella-erfarenheter-av-covid-19-i-aldreboenden_webb.pdf
- Szebehely, M, & Meagher, G. (2017). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European social policy*, 28(3), 294-308. doi: 10.1177/0958928717735062
- Vold, L. (2020, 1. desember 2020). Feil i BT om testing av sykehjemsbeboere. *Bergen Tidende*. Lastet ned fra <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/Gar4Ll/feil-i-bt-om-testing-av-sykehjemsbeboere>



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no