

Helsepersonells erfaringer med arbeid i sykehjem under Covid-19 pandemien: En fokusgruppe studie

Health care professional's experiences with working in nursing homes during the Covid-19 pandemic: A focus group study



Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Mari Elise Almås

Veiledere: Eline Ree, Postdoktor UiS & Siv Hilde Berg, Postdoktor UiS

Juni 2021

Forord

Denne studien er et lite bidrag som gir innsikt til hvordan helsepersonell ved sykehjem opplevde arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien. Jeg har en antakelse om at eldreomsorgen ofte blir nedprioritert innen økonomi, politikk og innen forskning. Nedprioriteringen gjelder både de som jobber ved sykehjemmene, men også pasientene som bor der. Jeg ønsker med dette bidraget og gi dem fokus, gi dem plass til å fortelle om sine erfaringer. Jeg ønsker også å gi dem ros for den jobben de gjør, som er så uendelig viktig. Jeg er ydmyk og takknemlig for de historiene informantene valgte å dele med meg. Uten dere, hadde ikke denne oppgaven blitt til!

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en blanding av glede og frustrasjon. Men størst av alt lærerikt. Kollokviegruppen som jeg har vært en del av i snart to år, har mer en én gang pratet meg til fornuft og har virkelig vært en god støtte. Vi har laget vårt eget 'leirbål' hvor vi har delt både de gode og de mindre gode dagene. En virkelig stor takk til Torill, Gunbjørg og Jon Vidar!

Ellers må jeg få takke mine kunnskapsrike veiledere, Eline Ree og Siv Hilde Berg ved UiS. For noen forbilder og inspirasjonskilder dere er! Takk for all veiledning og støtte som vi har hatt i alle alternative former gjennom denne pandemien: telefon, epost, Zoom og 'in real life'.

Jeg vil også få takke mine nærmeste ledere ved Stavanger Øyeblikkelig hjelp, Grith Raarup og ved Covid'19 Testsenteret Sola Flyplass, Torfinn Henriksen. Dere har hjulpet til med bytte av vakter, feriedager og lagt til rette for å få meg i mål. Takk!

Sist, men ikke minst, min fantastiske familie som har bidratt til barnepass til alle døgnets tider og ukedager, og rett å slett bare hørt på meg når frustrasjonen har stått på som verst. Uten dere, hadde ikke kabalen gått opp!

Mari Elise Almås

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	7
1.1	TIDLIGERE FORSKNING PÅ PANDEMIHÅNDTERING OG RESILIENS I SYKEHJEM	10
1.2	STUDIENS FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	13
2	TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1	KVALITET OG RESILIENS I HELSETJENESTEN	14
2.2	OMSORGSTEORI OG KVALITET	19
3	METODE OG METODISKE OVERVEIELSER	21
3.1	DESIGN	22
3.2	REKRUTTERING OG UTVALG	22
3.3	INNSAMLING AV DATA	25
3.4	ANALYSE – SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING.....	27
3.5	FENOMENOLOGI	29
3.6	FORFORSTÅELSE	29
3.7	VURDERING AV STUDIENS KVALITET.....	30
3.8	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	31
4	FUNN	32
4.1	OPPLEVELSE AV SAMHOLD SOM EN ENHET OG LEDER STØTTE.....	32
4.2	BEKYMRING FOR Å BRINGE COVID-19 INN TIL SINE ENHETER	34
4.3	VANSKELIG Å HENGE MED NÅR DET STADIG KOM NYE REGLER OG RETNINGSLINJER	36
4.4	PANDEMIEN PÅVIRKER KVALITETEN PÅ OMSORGEN TIL PASIENTENE	38
4.5	UTFORDRENDE Å HA GOD KONTAKT MED PÅRØRENDE.....	41
5	DISKUSJON	42
5.1	KVALITET OG OMSORG UNDER PANDEMI	42
5.2	OPPRETHOLDELSE AV ‘HVERDAGEN’ – SOSIAL STØTTE SOM BUFFER.....	43
5.3	ARBEIDES INNGRIPEN I PRIVATLIVET	45

5.4	NÅR PÅRØRENDE MISTER SIN ROLLE, MÅ HELSEPERSONELLET TA OVER	45
5.5	INFORMASJONSOVERLOAD	46
5.6	KVALITETSBEGREPET	47
5.7	TILPASNINGER OG RESILIENS	49
5.8	METODISKE BEGRENSNINGER OG REFLEKSJONER	53
5.9	IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKING OG PRAKSIS	55
6	KONKLUSJON	56
7	REFERANSER	57

Appendix:

- 1 Informasjonsskriv til informanter + samtykke
- 2 Intervjuguide
- 3 Analyselogg
- 4 Godkjenning fra NSD

Abstract

The outbreak of the Covid-19 pandemic in Norway at the beginning of 2020 led to a need for significant modifications and adjustments in the Norwegian healthcare service.

Institutions like nursing homes were in need of a rapid update in their routines - to prevent staff from being infected whilst continuing to offer top class protecting to their patients.

The goal of this study was to get an insight into the experience of healthcare professionals working within the Norwegian nursing homes during the Covid-19 pandemic. The main focus was on how quality was delivered in parallel with care, whilst upholding strict infection prevention measures.

This study was based on qualitative analysis of focus group interviews with open-ended questions. This was achieved with input from interview groups at four different nursing homes, with typically 3 – 4 contributors in each group. The data was then transcribed and analysed with the help of the Malteruds STC (Systematic Text Condensation). Nurses, healthcare workers and a social worker are represented in this study. The interviews focused on the experiences of healthcare workers and how they handled the pandemic in their different departments. The study covered the challenges and adaptations that the healthcare workers implemented. The findings can be primarily condensed into the following five main categories:

- A sense of unity and support.
- Concerns around bringing Covid-19 into the wards that the healthcare workers are responsible for.
- Difficulties of keeping track of the ever-changing rules and reporting lines, along with the associated complications of implementing these rules in practice.
- How the pandemic influenced the quality of care given to the patients.
- The challenges of keeping good dialogue with the next of kin.

The findings showed that to manage the challenges and unknown situations, we are dependant on the support of colleagues and the strong leadership and guidance of our own management teams. Cooperation with the next of kin and the information flow towards them was what transpired to be one of the biggest challenges for healthcare workers. The fear of brining Covid-19 into the wards and workplaces was also an overarching fear.

The findings have been discussed in relation to the theories on quality and resilience in the Norwegian health service. The study finds that our health workers have done a number of

adjustments and adaptations to accommodate for both care and infection control during the pandemic, and we find the importance of unity and support when it comes to the ability to adapt over time. The resilience theory has been used to explain the different adaptations that healthcare workers have made, and it is also shown that the health workers have applied these different resilience strategies without explicitly knowing that they had done so.

The study concludes that unity and support as buffer is essential for health workers. By ensuring that good support is delivered to health workers, it is also found that a high quality service within the health system is delivered to the patients. The study also shows that working as a health service provider (in a nursing home in the midst of a pandemic) can also result in negative consequences to the private lives of these workers. This happens because of the ever-present fear of infecting the very people that the health service workers are trying to protect - patients that are situated in the high risk factor groups

Key words: Covid-19, nursing homes, healthcare workers, adaptation, resilience in the health service, qualitative study.

Sammendrag

Utbruddet av Covid-19 pandemien våren 2020 i Norge førte behov for en stor omstilling i norske helsetjenester. Institusjoner som sykehjem måtte raskt endre rutiner for å unngå smittespredning blant ansatte, men også for å beskytte og ivareta omsorg for pasientene. Denne studien hadde som formål å få innsikt i helsepersonellens erfaringer med å arbeide i norske sykehjem under Covid-19 pandemien med tanke på å ivareta og opprettholde kvaliteten innen omsorg og hensynet til smittevernet.

Studien har en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer for innsamling av data. Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer ved fire ulike sykehjem med henholdsvis 3-4 informanter per gruppe. Dataene ble så transkribert og analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondenserings. Sykepleiere, helsefagarbeidere og en vernepleier er representert i studien. Intervjuene fokuserte på helsepersonellens erfaringer og opplevelser med håndteringen av pandemien i deres avdeling. Hva de ansatte opplevde som utfordringer og ulike tilpasninger som ble gjort.

Funnene viser til fem hovedtemaer:

- Opplevelse av samhold og støtte

- Bekymring for å bringe Covid-19 inn til sine enheter
- Vanskelig å henge med når det stadig kommer mye regler og retningslinjer
- Pandemien påvirker kvaliteten på omsorgen til pasientene
- Utfordrende å ha god kontakt med pårørende

Funnene viser at for å håndtere utfordringer og nye ukjente situasjoner så er man avhengig av et samhold med kollegaer og en støttende og trygg leder. Informasjonsflyt og samarbeid med pårørende var det som kom frem som noen av de største utfordringene for helsepersonellet. Samtidig var det en sterk frykt blant helsepersonellet for å bringe Covid-19 inn til sine enheter og arbeidsplasser.

Funnene ble diskutert opp imot teorier om kvalitet og resiliens i helsetjenesten. Studien finner at helsepersonell gjorde en rekke tilpasninger for å ivareta både omsorg og smittevern under pandemien, og finner betydningen av samhold og støtte for å ivareta den adaptive kapasiteten over tid. Resiliens teorien har blitt brukt for å forklare de ulike tilpasningene helsepersonellet gjorde. Det viser seg at helsepersonellet anvendte flere resiliens strategier, men uten å være klar over dette selv.

Studien konkluderer med at samhold og støtte som buffer er en essensielt for helsepersonellet. Ved å sikre god støtte for helsepersonellet, sørger man også for å opprettholde god og trygg kvalitet på helsetjenesten. Studien viser også til at å jobbe som helsepersonell på sykehjem i en pandemi, griper inn i privatlivet til helsepersonellet grunnet frykt for å smitte pasientene som er i risikogruppen.

Stikkord: Covid-19, sykehjem, helsepersonell, tilpasninger, resiliens i helsetjenesten, kvalitativ studie

1 Introduksjon

De første tilfellene av luftveisviruset Covid-19 ble oppdaget i byen WuHan i Hubei-provinsen i Kina desember 2019. Virusets spredning var raskt til de ulike kontinentene, inkludert Europa og Norge. WHO erklærte 12.mars 2020 utbruddet som en pandemi. I moderne tid har man ikke opplevd lignende pandemier av denne størrelsen som har gitt så store konsekvenser for samfunnet. Pr 29.mai 2020 er det 168 599 045 bekreftede tilfeller på verdensbasis med 3 507 477 dødsfall relatert til Covid-19 (*WHO COVID-19*, 2020).

På verdensbasis har både sykehjem og sykehusene hatt store problemer og utfordringer knyttet til pandemien. Flere internasjonale artikler som ble publisert i startfasen av pandemien viser til utfordringer som mangel på smittevernutstyr, ressursmangel, kapasitet, mangel på helsepersonell (Fallon et al., 2020). I Norge erfarte helsetjenesten mangel på smittevernutstyr og at store deler av helsepersonell ble satt i karantene. Sykehjemmene ble spesielt sårbare med tanke på kombinert ressursproblematikk og pasienter i risikogruppe. Norsk Folkehelseinstitutt som et myndighetsorgan definerer høye og moderate risikogrupper som dem som er beboere i sykehjem eller 70 år og eldre (FHI, 2020.). Beboere i sykehjem er også en gruppe med multidiagnoser, kognitiv- og funksjonssvikt som gjør at dette er en sårbar og utsatt pasientgruppe. WHO viser også til at 95% av dødsfall i Europa grunnet Covid-19 er blant dem over 60 år, hvor over 50% av disse er over 80 år. 8 av 10 dødsfall forekommer hos dem med minst en alvorlig underliggende sykdom som diabetes, hypertensjon, eller andre koronarsykdommer (Kluge, 2020). I Norge har det vært mindre smittespredning på sykehjem sammenlignet med flere land på verdensbasis. Det har vært nasjonale variasjoner hvor hardt enkelte institusjoner ble rammet av Covid-19. Bergen var en av kommune som opplevde et stort trykk smitteutbrudd i sykehjem. Våren 2020 fikk Bergen kommune utbrudd i tre sykehjem. Totalt 40 beboere fikk påvist Covid-19, hvorav 21 døde av følgende. 42 ansatte fikk i samme periode også påvist viruset (Kittang et al., 2020). Andre utbrudd av omfattende karakter ved sykehjem forekom også i Oslo, Bærum, Drammen og Eidsvoll (Jacobsen et al., 2021). Det norske helsedirektoratet ga tidlig føringer om at sykehjemspasienter som ble smittet med Covid-19 skulle i hovedsak få støttebehandling ved sykehjemmene og dermed unngå innleggelse til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020).

Tidligere har epidemier som SARS, Zika virus og Ebola, satt Norge i beredskap i kraft av Smittevernloven fra 1994. Denne loven viser hensynet til samfunnets interesser, enkeltmenneskets personlige integritet og rettsvern balansert opp mot hverandre (FHI, 2019). I etterkant av Influenza A pandemien (H1N1) i 2009-2010, ble det utviklet en Nasjonal Pandemiplan i Norge (omsorgsdepartementet, 2014). Målet med planen var å sikre en felles nasjonal håndtering av et aktuelt utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer. Denne pandemiplanen fungerer som et ytre rammeverk for hvordan kommune og stat fordeler ansvar og samhandler under en krise. I tillegg ble det også i etterkant av flodbølgekatastrofen i Asia i 2004 utviklet en Nasjonal helseberedskapsplan (omsorgsdepartementet, 2018) som skal fungere som et rammeverk for helse- og

omsorgssektoren uavhengig av hvilken krise eller katastrofe som ligger til grunn. Da Covid-19 pandemien brøt ut i Norge våren 2020, iverksatte den norske regjeringen det som ble omtalt som 'tidenes strengeste tiltak i fredstid' (Christensen & Læg Reid, 2020; omsorgsdepartementet, 2020). Landet ble satt i beredskap for å frigjøre ressurser og få kontroll på smittespredningen. Flere helsetjenester ble midlertidig stengt ned, samtidig skulle institusjoner som sykehjem fungere som normalt.

Samtidig som pandemien pågikk ble det i april 2020 nedsatt en Koronakommisjon for å få en helhetlig gjennomgang av myndighetenes håndtering av Covid-19 pandemien. Både for å vurdere hvordan krisen ble håndtert men også for å se på beredskapen som lå i forkant (regjeringen.no, 2020). Koronakommisjonen presenterte funnene i sin rapport april 2021. Det kom frem at den Nasjonale Pandemiplanen ikke hadde gode nok planer for eksempel for stenging av samfunnet, og at pandemiplanen godtok at en stor del av befolkningen ble smittet, og med det har ikke kommunene og samfunnet hatt mulighet til å øve seg på å slå ned på smitteutbrudd og holde dette nede over lang tid. Det kom også frem at etter evalueringen etter Sars epidemien i 2003, at det var utfordrende og skaffe nok smittevernutstyr. Det ble allikevel ikke bygget opp et beredskapslager for dette. Utstyrsmangel preget kommune- og spesialisthelsetjenesten våren 2020.

Koronakommisjonens rapport er en grundig og omfattende rapport. En av hovedkonklusjonene er allikevel at tross mangler og med behov for forbedringer konkluderer de at samlet sett har myndighetene i Norge håndtert pandemien godt (NOU 2021:6, 2021).

På oppdrag fra Koronakommisjonen ble det gjennomført en studie av Senteret for omsorgsforskning (SOF) for å se på erfaringer med Covid-19 i norske sykehjem (Jacobsen et al., 2021). Denne studien ble publisert mai 2021. Konklusjonen til forskerne er at ved en eventuell ny pandemisituasjon bør tiltak iverksettes tidligere enn hva som ble gjort for denne gruppen. At det bør satses mer på å legge til rette for besøk og samvær mellom pasienter og pårørende, og at bygningsmessige forhold er per nå utfordrende med tanke på praktisk gjennomføring av smittevernhensyn og i personalområder som for eksempel ved garderobes. Forskerne fikk upubliserte tall fra folkehelseinstituttet til denne studien som viste av alle korona-relaterte dødsfall i Norge, forekom i underkant av 50% i sykehjem. Nasjonale tall samlet fra denne sektoren viste studien viser at kun 3% av sykehjemsbeboere i Norge ble smittet hvor 1% døde som følge av Covid-19. Jacobsen og kollegaer støtter at disse tallene viser at sykehjemmene i Norge har en god kompetanse og i

stor grad har klart å forebygge smitte. Forskerne ser også på den medisinske kompetansen ved sykehjemmene som en viktig årsak til at sykehusenes intensivkapasitet ikke har blitt overbelastet, siden sykehjemmene i hovedsak har behandlet disse pasientene selv (ibid).

Kriser, som Covid-19-pandemien, gjør det nødvendig for helsearbeidere å løse nye oppgaver og raskt tilegne seg ny kunnskap og nye arbeidsmåter. Det vil ofte oppstå behov for lokale endringer og tilpasninger. Det er tilpasningene til slike utfordringer som står sentralt i domenet resiliens i helsetjenesten. Resiliens i helsetjenesten defineres av Wiig et al.. (2020) som: *'evnen til å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike systemnivå (mikro, meso, makro) for å opprettholde høy kvalitet i helsetjenesten'*. (Wiig et al., 2020).

Definisjonen fremhever at kvalitet i helsetjenesten handler om en evne til å imøtekomme behovene i praksis, hvor evnen til tilpasning står sentralt. Koronakommisjonen konkluderer med en total god håndtering av covid-19 pandemien i Norge, og sykehjemmene har blitt trukket frem som sentrale for å unngå overbelastning av intensivkapasiteten i sykehusene. Det aktualisere behovet for å få innsikt i hvordan helsepersonell erfarer det å arbeide i sykehjem under pandemien, og de daglige tilpasningene som ble gjort for å ivareta kvalitet.

De ulike helseprofesjonene vil samlet bli betegnet som 'helsepersonell' i oppgavens presentasjon av studien. Helsepersonell har også ulike betegnelser for brukere av helse- og omsorgstjenester (pasient, beboer, bruker). Oppgaven vil her vise til betegnelsen 'pasient'.

1.1 Tidligere forskning på pandemihåndtering og resiliens i sykehjem

Det har blitt utført søk i databaser etter empiriske studier og artikler. Jeg har fortrinnsvis anvendt databaser som Cinhal, PubMed og British Index Journal. Google Scholar har også blitt anvendt for bredere søk for å identifisere søkeord. Søkeordene har blitt valgt for å være sensitive til treff, for å få et stort mangfold, og for å være spesifikke til Covid konteksten. Jeg søkte med ulike kombinasjoner med blant annet søkeordene: 'Nursing home', 'care home', 'longterm care home', 'staff', 'experience', 'covid-19', 'resiliens', 'adaption', 'quality'.

Det er flere studier som indikerer avvik og mangler i helsetjenestene under Covid-19 pandemien.. Rowan & Laffey (2020) beskriver situasjonen i Irland med utfordringer relatert til smittevernutstyr. Mangel på smittevernutstyr har vært en kjent utfordring i store deler av verden. I Storbritannia kommer det frem at i tillegg til utstyrsmangel, tok leverandører av smittevernutstyr 30-40% høyere pris nå under pandemien, i en allerede presset sektor (Lacobucci, 2020). Fallon et al.. (2020) gir eksempler fra USA hvor både mangel på

fagpersonell og kvalitet er viktige årsaker til kraftig spredning av Covid-19 blant institusjoner. Studiene viser at i den tidlige fasen av pandemien i 2020 var det først og fremst mangel på personell og utstyr som preget manglene i helsetjenesten. Dette kommer også frem i Jacobsen et al. (2021) studie utført for Senter for Omsorgsforskning i Norge. Flere kommuner i Norge opplevde utstyrsmangel den første tiden, og brukte derfor midlertidige løsninger frem til man fikk opparbeidet et lager. En kvalitativ studie blant sykepleiere som jobbet ved sykehjem under Covid-19 pandemien i Spania, Italia, Mexico og Peru våren 2020, så på hvordan sykepleierne opplevde å stå i en presset situasjon over tid. Forskerne fant at mer eller mindre alle sykepleierne kjente på følelser som stress, angst, depresjon og utbrenthet. Forskerne var i denne studien opptatt av hvordan man kan støtte helsepersonell, både fysisk og psykisk, spesielt når det viser seg at stressnivået er høyt. Forskerne ønsker med dette å sette fokus på støtteapparatet rundt helsepersonellet, og ikke bare at apparatet rundt helsepersonell lener seg på helsepersonellens egen strategi for resiliens (Sarabia-Cobo et al., 2021) En annen kvalitativ erfaringsbasert studie ga innsikt i hvordan det er å arbeide i sykehjem etter et år med pandemi. White, Wetle, Reddy & Baier (2020) undersøkte erfaringene til helsepersonell og ledere ved et utvalg amerikanske sykehjem. Studien fant at helsepersonell og ledere opplevde utbrenthet på grunn av økt arbeidsmengde, frykt for å selv bli smittet og følelse av utilstrekkelighet til pasienter som opplevde isolasjon og sykdom. En systematisk litteraturstudie fra Tyskland bekrefter dette, hvor det vises til at helsepersonell viste økte tegn til angst, depresjon og søvnproblemer under pandemien (Gilan et al., 2020).. Juvet et al. (2021) publiserte en studie hvor forskerne så på hvordan helsepersonell ved sykehus i Sveits brukte resiliente strategier i møte med Covid-19 pandemien. Det kom frem at sosial støtte i form av kommunikasjon, teamwork, la ansatte delta i beslutninger, og ikke minst emosjonell støtte. Dette var eksempler som studien trakk frem som en viktig faktor for å fremme resiliens, ikke bare på individ nivå som helsepersonellet, men også hos mellomledere også ble satt under et stort press. Studiens konklusjon er at ved å øke den sosiale støtte som buffer vil dette øke de resiliente strategiene hos helsepersonellet. En annen amerikansk studie viser til hvordan det å innføre tilgjengelige kort som et hjelpemiddel med pasienter interesser, hobbyer, religion hjalp personalet til å øke personsentrert omsorg under Covid-19 pandemien. Studien viser til at med fravær av familie og organiserte aktiviteter, så gjorde disse kortene det enklere for personalet å samtale, eller finne passende aktiviteter til hver enkelt beboer (Corpora et al., 2021). Molvik et al. (2021) fant at helsepersonell er en utsatt gruppe med tanke på smitte, og størst var andelen blant ambulanspersonell og sykehjems ansatte.

Imidlertid, ifølge Molvik blir kun en sjettedel smittet i jobbsammenheng, noe som tilsier at majoriteten blir smittet fra nærkontakter. Molvik forklarer at helsepersonell er en utsatt gruppe, fordi det er en heterogengruppe med ulike karakteristika som påvirker dette utfallet. Dette kan forklares som at innen gruppen 'helsepersonell', finner man ofte mennesker med ulike sosiale og kulturelle forskjeller i større grad enn man gjerne gjør i andre yrkesprofesjoner. Molvik peker også på at det i starten av pandemien var lav terskel for å teste nettopp helsepersonell for Covid, og at derfor vil denne yrkesgruppen skille seg ut i statistikken. Molvik viser også til at innen sykehjem var det en høyere andel smitte blant renholdere og ansatte som er født i lav- og mellominntektsland.

Det foreligger lite forskning på resiliens i sykehjem. Studien utført av Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) *Quality in transitional care of elderly: Key challenges and relevant improvement measures* og studien av Dyrstad, Laugaland og Storm *An observational study of older patient's participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspective* (2015) er noen av bidragene til forskningsfeltet. Studiene løfter frem brukermedvirkning og pårørende som faktorer som vil styrke resiliens i sykehjem. Storm med kollegaer (2014) presenterer i sin studie hvordan spesielt utskrivelsesnotater er mangelfulle og uklare eller forsinket. Ved å få standardiserte løsninger og prosedyrer vil man ifølge forskerne få redusert både kostnader og øke effektivitet med å unngå tid på å spore opp informasjon. Dette kom spesielt frem i informasjon om pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Sogstad og Skinner (2020) har også sett på resiliens i kommunehelsetjenesten i form av forflytning av eldre pasienter som er i bruk av flere tjenester innad i kommunen i studien *Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen*. I likhet med studien til Dyrstad, Laugaland og Storm (2015) og Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) er det informasjonsflyten som pasientsikkerhet som er i fokus. Sogstad og Skinner finner at det er tilsynelatende integrerte prinsipper av resiliente helsetjenester i håndteringen av overføring av eldre pasienter i kommunen. Studien viser at systemene er avhengige av gruppedynamikken og arbeidskulturen på stedet. Videre vises det til at den organisatoriske erfaringen stopper med de ansatte og at det i liten grad systematiseres erfaringer på ledernivå til å bruke videre i organisatorisk læring (Sogstad & Skinner, 2020). I likhet med studien til Storm et al. (2014) kommer den muntlige rapporten frem som en viktig funksjon for de ansatte ved at det her forekommer raske analyser, planlegging og drøfte hva som gir mening. Dette er punkter som er vanskelig å dekke i en

‘sjekklister’. Dyrstad et al. (2015) fant i sin observasjonsstudie manglende brukermedvirkning for de eldre pasientene ved innleggelse til spesialisthelsetjenesten. Dette forklares med høyt arbeidspress, tidspress og helsepersonellens manglende oppmerksomhet. I den forbindelse trekker forskerne frem pårørende som en viktig ressurs for pasientene.

Huang, et al.. (2020) studerte resiliente strategier i et kinesisk sykehjem i Qinggang, som ble opprettet da Covid-19 pandemien slo ut i Kina. Forfatterne så at ved å innføre en serie av resiliente strategier som gikk ut på samarbeid på tvers av ulike organisasjoner, håndtering «what if» tilfeller, opplæring av personell som ikke kun var begrenset til helsepersonell, men også renhold, matproduksjon og andre eksterne aktører, så opparbeidet det seg en stabil og robust organisasjon. Forskerne viser til gode utfall og at de oppnådde «zero infection» med å innføre disse resiliente strategiene, på både micro og meso nivå (Huang et al., 2020)

Jeg fant få studier av erfaringsbasert kunnskap om hvordan det er å arbeide i *sykehjem* under Covid-19 pandemien og hvordan helsepersonell i sykehjem har tilpasset seg utfordringene med å arbeide under pandemi. Mangfoldet av studier omhandler spesialisthelsetjenesten i denne konteksten. Kunnskap om helsearbeideres erfaringer fra sykehjem med håndteringen av Covid-19-pandemien er viktig for å lære om hvordan helsetjenester i sykehjem fungerer i en presset situasjon for å opprettholde kvalitet i tjenestene. Studier av resiliens i sykehus og sykehjem finner at det er noen gjennomgående temaer som går på støtte av ansatte, at pårørende fremkommer som en ressurs og tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner innad i helsesystemet er produktivt. Flere av studiene viser også samlet til organisasjoner som institusjoners ‘fallgruver’, med å utelukkende stole på helsepersonellens egen resiliens strategi for å håndtere ukjente og nye utfordringer .

1.2 Studiens formål og problemstilling

Denne studien har som formål å få innsikt i ansattes erfaringer med å arbeide i norske sykehjem under Covid-19 pandemien. Studiens resultater vil bidra til økt kunnskap om utfordringer helsepersonell stod ovenfor under Covid-19 pandemien, hvordan pandemien påvirker klinisk praksis og hvilke tilpasninger og justeringer de gjorde. Studien vil ta utgangspunkt i følgende problemstilling: Hvordan erfarte ansatte å arbeide i norske sykehjem under Covid-19 pandemien?

2 Teoretisk rammeverk

Covid-19 pandemien gjorde det nødvendig for ansatte i sykehjem å gjøre tilpasninger og løse oppgaver på nye måter for å ivareta smittevern samtidig med omsorg for pasientene. Det gjør teorier relatert til både resiliens, omsorg og kvalitet i helsetjenesten relevant. Resiliens litteraturen konseptualiserer kvalitet i helsetjenestene som evnen til å tilpasse seg utfordringer og endringer (Wiig et al. 2020). Det er ulike årsaker til tilpasninger som utføres og tilpasningene tar ulik form (Berg & Aase, 2019). Resiliens litteraturen er under utvikling, og på dette stadiet foreligger det ikke en enhetlig teori eller enighet om operasjonaliserbare konsepter innen resiliens (Berg et al., 2018; Ellis et al., 2019; Iflaifel et al., 2020). Det foreligger også svært få studier av resiliens i sykehjem (Dyrstad et al., 2015; Storm et al., 2014). Omsorgsteori presentert av Cambell et al. (2000) og Kari Martinsen (1989) benyttes sammen med resiliens teori for å belyse kvalitet i konteksten av sykehjem og benyttes i diskusjonen av ansattes erfaringer med å tilpasse seg endringer og utfordringer i sykehjemsavdelinger.

2.1 Kvalitet og resiliens i helsetjenesten

Resiliens i helsetjenesten defineres av Wiig et al. (2020) som:

‘evnen til å tilpasse seg utfordringer og endringer på ulike systemnivå (mikro, meso, makro) for å opprettholde høy kvalitet i helsetjenesten’. (Wiig et al., 2020).

Definisjonen fremhever at kvalitet i helsetjenesten handler om en evne til å imøtekomme behovene i praksis, hvor evnen til tilpasning står sentralt. I Norge er den offentlige definisjonen på kvalitet i helsetjenesten basert på å møte krav fra samfunnet, forholde seg til lovverkets reguleringer og å sørge for å gi brukerne god profesjonell praksis (Aase et al., 2021). Helsedirektoratet har utarbeidet seks dimensjoner som skal sikre kvalitet i helsetjenestene; At helsetjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2018). Den tradisjonelle definisjonen på kvalitet vektlegger at krav til tjenesten ofte er formalisert i lover, forskrifter og retningslinjer. Resiliens i helsetjenesten anser kvalitet som en evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer, selv om disse tilpasningene ikke er formalisert, og utvider kvalitetsbegrepet til å også omfavne kvalitet skapt gjennom erfaringsbasert kunnskap.

Resiliens i helsetjenesten har fokus på tilpasningene i helsesystemet, og å få kunnskap om hvorfor det ofte går godt til tross for endringer og varierende forhold (Braithwaite et al., 2015). Man er i denne tradisjonen opptatt av å forstå hvordan et ulike aktører evner å gjøre tilpasninger som bidrar til at pasienter mottar helsetjenester av høy kvalitet under varierende omstendigheter (Braithwaite et al., 2013). Slike varierende omstendigheter kan være akutte kriser og langvarige kriser (Hollnagel et al., 2013) En pandemi er et eksempel på en langvarig utfordring, som vil kreve omstilling og tilpasninger i helsetjenesten på ulike systemnivå for å opprettholde høy kvalitet i tjenestene. Resiliens er også viktig i det daglige arbeidet til helsearbeidere som stadig møter utfordringer og uforutsette hendelser i sin arbeidshverdag, for eksempel utfordringer knyttet til dagligdagse oppgaver i alt fra medisinbehandling til overføringer av pasienter (ibid). Et resilient helsesystem er kjennetegnet av at det tilpasser seg, lærer og forbedres i møte med slike hendelser (ibid). Wiig et al. (2020) presenterer fire kvalitets dimensjoner i operasjonaliseringen av kvalitetsbegrepet: Klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, koordinerte tjenester og brukermedvirkning. Sistnevnte og tverrfaglig læring er forutsetninger for at resilient system skal kunne opprettholde kvalitet i helsetjenesten. Wiig et al. (2020) presiserer videre hvor viktig samarbeidet mellom pasient, pårørende og institusjon er for å opprettholde kunnskap og informasjon. Dette fordi pasientens tilstand og helsetjeneste er i stadig endring.

Wiig et al. (2020) viser videre til at resiliens ikke nødvendigvis bør sees på som en «god» eller «dårlig» tilnærming. Med dette mener Wiig et al. (2020) at resiliens er en *kapasitet* og ikke er mål i seg selv. Helsetjenestens første mål er å levere tjenester av høy kvalitet til sin befolkning, men hvis kvaliteten blir dårlig med første tegn til hindring, så kan ikke helsetjenesten hevde at det tilbys omsorgstjenester av høy kvalitet.

Resiliens i helsetjenesten har blitt studert på flere systemnivåer (klinikk, ledelse, systemnivå) og sett fra flere aktørers perspektiver (pasienter, pårørende, helsepersonell) (Berg et al., 2018). I hovedsak er flertallet av disse studiene fra utført i spesialisthelsetjenesten med kvalitative metoder, og dataene hentet fra helsepersonell. Få studier av resiliens er utført i sykehjemssetting på internasjonal basis. *An observational study of older patient's participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives* av Dyrstad, Laugaland og Storm (2014) og *Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures* av Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) er to norske studier. Berg et al.

(2018) etterlyser behovet for mer robust forskning på tvers av helsetjenesten og ulike systemnivåer, og ikke begrenses til individnivå. Dette for å ikke utelukkende la resiliens fremstå som individets kapasitet til resiliente strategier, men for å løfte resiliens opp på et større systemnivå (meso og macro).

O'Hara, Aase og Waring (2019) har sett på hvordan pasient og pårørende kan anvendes som ressurs for et resilient system. Ved å gå bort fra tradisjonelle synspunkter som at institusjonene fører «full kontroll», kan både effektiviteten og kapasiteten økes ved å øke samarbeide og ta pasienter og pårørende inn i det som kan sees på som en labyrinth av tjenester og veier i helsetjenesten. Også Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) viser til viktigheten av pårørende i samarbeid med helsetjenesten i sin studie *Quality in transitional care of elderly: Key challenges and relevant improvement measures*. Studien var en observasjonsstudie av eldre pasienter (75+) som mottok flere tjenester innen kommunalhelsehjelp, og bevegelsene og informasjonsflyten mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse eller utskrivelse. De observerte at pårørende spilte en viktig rolle med å bidra til utfyllende informasjon om pasientens helsetilstand og fungerte som støtte for pasienten. Tross den viktige rollen pårørende tilsynelatende har, ble pårørende ofte nedprioritert og ikke inkludert i avgjørelser rundt pasienten. Dette kommer også frem i studien til Dyrstad, Laugaland og Storm (2015) *An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives*. I likhet med forrige nevnte studie, fant også denne manglende brukermedvirkning fra pasientens side, og at pårørende derfor fungerte som en viktig støtte for pasientene. Pårørende fungerte både emosjonell og praktisk støtte for pasienten.

2.1.1 Tilpasninger og kvalitet

Det finnes flere begreper innen resiliens, og operasjonaliseringen av begreper av resiliens i helsetjenesten er under utvikling (Ellis et al. 2019; Iflaifel et al. 2020, Berg et al. 2018). Flere studier anvender Hollnagels (2017) fire begreper innen RHC: forutse fare (anticipation), monitorere og observere systemet (monitoring), reagere og handle (responding) og lære (learning). Iflaifel et al..(2020) peker på at disse fire hjørnesteinene har bidratt til å gi en dypere forståelse av resiliens i helsetjenesten, men at andre kapabiliteter som fleksibilitet, «trade-offs»/kompromisser, og tyngde/robusthet burde vurderes til å konseptualisere ytterligere resiliens i helsetjenesten. Dette støttes opp videre

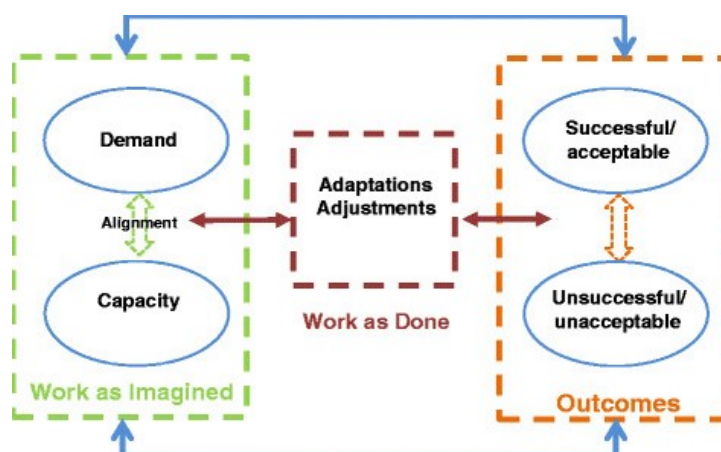
også av Wiig et al. (2020) og Berg og Aase (2019). Berg et al. (2019) viser til at få studier har klart å gjennomføre studier på systemnivå med kun disse fire hjørnesteinene i fokus.

‘Tilpasning’: hvordan man evner å tilpasse seg endringer og situasjoner er kjernebegrepet innen resiliens i helsetjenesten, og sentralt for å opprettholde kvalitet i tjenestene (Wiig et al., 2020). Tilpasninger anses som nødvendig for å sikre kvalitet og sikkerhet under varierende forhold i praksis, men samtidig vektlegger både Hollnagel (2014), Berg og Aase, (2019), Wiig et al., (2020) og Anderson et al. (2020) at tilpasningene som gjøres kan ha både gode og dårlige utfall. Tilpasninger er også årsaken til hvorfor det noen ganger går galt. Kjernen i resiliens forskning er å få innsikt og forstå tilpasningene som gjøres (Hollnagel, 2014). Studier finner også negative utfall av det å arbeide under konstante krav om endringer og tilpasninger (Berg og Aase, 2019; Berg et al. 2020). I fravær av sosial støtte og ressurser kan det føre til at organisasjonen blir sårbar, og at den kapasiteten i organisasjonen utfordres, noe som kan gi negative utfall for kvalitet i behandlingen. Berg og Aase (2019) viser til en studie av Patterson og Wears hvor de så på ansatte ved sykehusapotek. Organisasjonen stolte utelukkende på de ansattes evner til å jobbe på maks kapasitet hver dag, noe som førte til at de ansatte ikke hadde mulighet til å respondere ved uforutsette hendelser eller tilpasninger til krisehåndtering. Dette fordi den adaptive kapasiteten til de ansatte var utslitt (Berg og Aase, 2019; Berg et al. 2020). Sosial støtte som buffer er et begrep innen resiliens. Juvet og kollegaer (2021) utførte en studie hvor sosial støtte til helsepersonell under Covid-19 pandemien kommer frem som en viktig faktor for å øke resiliens hos helsepersonellet.

I empiriske studier av resiliens i helsetjenesten, fremkommer det ulike årsaker til tilpasninger på ulike nivå i helsetjenesten, i klinikk, ledelsesnivå og på organisasjonsnivå. Mens et helsepersonell kan tilpasse en prosedyre til ulike krav i situasjonen, kan en leder utføre tilpasninger for å balansere arbeidspress med personalressurser. Også enheter og organisasjoner i helsetjenesten tilpasser seg krav i omgivelsene (Berg & Aase, 2019). Tre typer tilpasninger nevnes her: Tilpasninger utføres blant annet for å skape balanse mellom ytre systemkrav og kapasitet, for å løse mål og verdikonflikter og for å tilpasse behandlingen til individet.

Balanse mellom ytre systemkrav og kapasitet

Ifølge Anderson et al.. (2020) viser flere studier hvordan tilpasninger ansatte har gjort har ført til mindre skader eller hvordan ansatte har løst utfordringer. Anderson peker på at dette ikke nødvendigvis har en utelukkende positiv effekt. Anderson et al..



Figur 1 CARE modell (Anderson et al. (2020))

(2020) presenterer CARE modellen, (se figur 1) som visualiserer hvordan manglede balanse mellom krav og kapasitet er det som skaper behov for tilpasninger. Uforutsette hendelser som nok kompetent personell, utstyr som mangler, krav/ønsker fra pasienter som ligger utenfor aktuell behandlingsplan. Tilpasninger gir mulighet for innovasjon, øke effektiviteten og kan redusere arbeidspress (Anderson et al.. 2020).

Tilpasninger for å løse mål og verdikonflikter

Tilpasninger kan også utføres for å løse konflikter mellom motstridende verdier, ved å inngå kompromisser, også omtalt som 'trade-offs, i resiliens litteraturen. (Berg & Aase, 2019; Iflaifel et al., 2020; Wears et al., 2015). Ifølge Wears et al.. (2015) er slike kompromisser (trade-offs) helsepersonells måte å tilpasse seg arbeidshverdagen, som ofte består av mål og verdikonflikter. Helsepersonell tar avgjørelser ved å sette de ulike verdiene opp imot hverandre og bestemmer hva som skal ofres. Slike kompromisser har blitt beskrevet en dynamisk beslutningstakingsprosess, og et kjennetegner ved resiliens i helsetjenesten (Berg & Aase, 2019) og Iflaifel et al.. (2020).

Tilpasninger for å tilpasse behandlingen til individet

I konteksten av psykisk helse har individtilpasningen og relasjonelle aspekter blitt vektlagt som sentralt for resiliens.

Ellis et al.. (2017) anser helsetjenesten som et komplekst adaptivt system som stadig tilpasser behandlingen til pasientens behov. I dette perspektivet blir persontilpasningen av behandlingen sentralt for å sørge for at hver pasient opplever god kvalitet i behandlingen.

Berg, Rørtveit, Walby og Aase (2020) så på hvordan helsepersonell gjorde tilpasninger mot utfordringer og endringer i sengeposter i psykisk helsevern, da rettet mot suicidale pasienter. De så at helsepersonell utviklet en kapasitet til å tilpasse seg endringer, individuelt, men også innad i ansattgruppen. For eksempel viste studien at de ofte la bort protokoller og sjekklister for å lytte og skape tillit til pasienten, og undersøke hva pasientene ytret og ønsket. Behandlingen krevde stor grad av relasjonskompetanse og individtilpasning, og de ansatte måtte stadig tilpasse tiltakene til pasientenes endrede tilstand og varierende behov Berg et al. (2020) og Ellis et al. (2017) vektlegger at det ikke finnes en «one-size-fits all» oppskrift på hvordan omsorgen og behandlingen skal gis, men at det er behov for tilpasninger til individet og at det er det som er dels avgjørende for å gi omsorg av høy kvalitet.

2.2 Omsorgsteori og kvalitet

Omsorgsteori er sentralt for arbeidet i sykehjem. Kvalitet i omsorg defineres av Campbell, Roland og Buetow (2000) som:

‘the ability to access effective care with the aim of maximising health benefit in relation to need’ (Campbell et al. s. 1621).

Med effektivitet mener Campbell et al.. at hjelpen og omsorgen skal være tilgjengelig og nær. Campbell og kollegaer stiller spørsmålet: Får pasientene den omsorgen de behøver, og er omsorgen effektiv når den blir gitt?

I Norsk sammenheng viser en studie hvordan kvalitet er konseptualisert i sykehjem og hjemmesykepleien. Aase et al., (2021) finner noen utfordringer med kvalitetsbegrepet. Denne studien viser til at det er ulike oppfatninger mellom hva for eksempel avdelingsledere og ansatte i kommunehelsetjenesten tenker kvalitet er. Avdelingsledere la vekt på faktorer som avvik, rapportering og utdanning, mens de ansatte vektla tid, informasjon, utstyr og mulighet for å øve/trene på hendelser som ville styrke de ansattes kompetanse. «Soft dimensions»/myke dimensjoner presenteres som et begrep for å fange opp følelser knyttet til kvalitet, slik som: Verdighet, relasjoner, yrkes stolthet og engasjement. Myke dimensjoner er derimot vanskelig å måle. Studien viste at helsepersonell er villige til å yte ekstra for pasientene, både for å støtte opp om pasientens verdighet, men også for deres egen yrkes stolthet, men at de ansatte er helt avhengig av støtte og ressurser for å opprettholde dette (Aase et al., 2021).

For å forstå kvalitet i konteksten av sykehjems behandling er det nødvendig å integrere relasjonelle og fagetiske aspekter i kvalitetsbegrepet. Kari Martinsens omsorgsteori vil benyttes for å trekke inn disse «myke dimensjonene»

Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk filosofisk sykepleieteoretiker som er kjent for sin omsorgsteori. Hun vektlegger at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker, som bygger på solidaritet, fellesskap og gjensidighet uten at det foreligger et krav om gjenytelser. I følge Martinsen kommer omsorgen til syne gjennom praktiske handlinger (Kirkevold, 2020). I *Omsorg, sykepleie og medisin (2003)* forklarer Martinsen at begrepet omsorg stammer fra tysk hvor «sorgen» betyr å «bekymre seg for» eller «omtenksomhet». I lys av dette sier Martinsen at omsorg alltid vil forutsette to parter, hvor den ene har bekymring for den andre. Å gi omsorg er noe av det mest fundamentale med det å være menneske. Omsorg kan gis og vises på flere måter ifølge Martinsen, men det er mottakerens situasjon som bestemmer omsorgens karakter. Martinsen beskriver omsorgsarbeid som følgende:

- Mottakeren av omsorg befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon
- Omsorgsrelasjonen varer og innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side
- Omsorgssituasjonen er basert på generalisert gjensidighet, at vi «sørger for» den andre uten å forvente noe tilbake

Ut fra disse punktene definerer Martinsen omsorg som «*Ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem det skal «sørges for»*» (Martinsen, 2003, p. 75)

Vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg

Martinsen skiller mellom *vekstomsorg* og *vedlikeholdsomsorg*. Med dette mener hun at vekstomsorg er i arenaer hvor målet er å hjelpe pasienten til å igjen bli selvhjulpen, å få tilbake sin egenomsorg. Vedlikeholdsomsorg er institusjoner som tar sikte på å opprettholde et visst funksjonsnivå å unngå forverring. Dette er institusjoner som for eksempel sykehjem og hjemmesykepleie. Pleie- og omsorgssituasjonen er preget av et her og nå, hvor omsorgen gjelder at pasienten skal ha det så godt som mulig. Omsorgen bærer heller ikke preg av at den skal opphøres, og er derfor knyttet til arbeid og relasjonskapning over tid. I likhet med Berg og Aase (2019) er også Martines opptatt av de ansatte behøver støtte rundt seg, som en buffer, for å stå i en krevende jobb over tid. Kari Martinsen skrev

førsteutgaven for denne boken for over 30 år siden, men enkelte temaer er like aktuelle i dag. Hun skriver: «*Omsorg står i motsetning til behandlingslinjens vekt på effektivitet og resultater*» (Martinsen, 2003, p. 80). Martinsen mener med dette at omsorgen går på bekostning av effektivisering og et resultatorientert helsevesen.

Martinsen skriver i *Sykepleie, omsorg og medisin* (2003) at institusjonene er rettet inn mot resultatsikkerhet og vekstomsorg. Med dette mener hun at man skal 'løse' pasientenes utfordringer. Det som strider mot dette, sier Martinsen at den 'typiske pasient' er ofte eldre, og ofte kronisk syk og er med det i større behov for pleie på ubestemt tid. Martinsen reflekterer over dette, at med en økende eldre befolkning er helsevesenet dårlig tilpasset befolkningssammensetning og sykdomsmønster. I artikkelen 'Politikk styrer sykepleiefaget' for *Sykepleien Forskning*, skriver Martines og kollegaer at '*omtanken for den enkelte sine behov er tilsynelatende, for behova til sjuke og pleietrengjande er berre interessante dersom dei er med på fremme produksjonen i samfunnet på ein måte som reduserer dei offentlege utgiftene*' (Boge et al., 2009). Forfatterne er kritiske til New Public Management (NPM) og hvordan omsorgen til den enkelte ikke havner i første rekke. Martinsen (2003) sier at ved å planlegge helsetjenestene ut fra omsorg, vil dette gi en større vekt på generelle kunnskaper og praktiske ferdigheter og mindre vekt på spesialistkunnskapene. Med dette mener Martinsen at samfunnet i større grad kan ta vare på og sørge for dem som er pleietrengende på ubestemt tid.

3 Metode og metodiske overveielser

Studien har et kvalitativt design med bruk av fokusgrupper og en induktiv tilnærming til analyse. Kvalitativ metode er valgt fordi metoden egner seg for å finne ut mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, motiver og holdninger. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold, nyanser, subjektive erfaringer og ulike oppfattelse av felles opplevelser (Malterud, 2017).

Kvalitativ metode ble vurdert til å være hensiktsmessig forskingsdesign for å beskrive erfaringer, og svar på følgende problemstilling:

- Hvordan erfarte ansatte å arbeide i norske sykehjem under Covid-19 pandemien?

3.1 Design

Det ble utført fire fokusgruppe intervjuer med semistrukturert intervjuguide ved fire ulike sykehjem fordelt på to kommuner på Vestlandet. Fokusgrupper ble anvendt for å la deltakerne få mulighet til å interagere med hverandre, diskutere og reflektere over felles erfaringer under Covid-19 pandemien (Malterud, 2012a). I følge Malterud gir fokusgrupper en annen type kunnskap enn individuelle samtaler fordi konteksten er forskjellig. Når det skal utforskes felles erfaringer eller holdninger der mange mennesker samhandler, er fokusgrupper en relevant forskningsmetode (Malterud, 2012a).

3.2 Rekruttering og utvalg

Utvalgsstrategi

Det ble foretatt et strategisk utvalg for å rekruttere informanter som kunne belyse ulike perspektiver i det å arbeide i Norske sykehjem under Covid-19 pandemien. Et strategisk utvalg er sammensatt om hvordan datamaterialet man samler inn, kan best mulig gi svar og belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Inklusjonskriteriene for valg av informanter var:

- helsefagligutdanning som helsefagarbeider/omsorgsarbeider, sykepleier, vernepleier
- minimum 50% stilling
- mer enn ett års erfaring på aktuell enhet

Både helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleie har vært representert. Inklusjon av ulike profesjoner og ulike sykehussettinger var ønskelig og en del av inklusjonskriteriene for å gi studien flere nyanser og perspektiv.

Rekruttering

Prosessen med å rekruttere informanter varierte mellom å kontakte virksomhetsledere og avdelingsledere direkte på telefon. Det ble gitt en kort presentasjon om formålet med studien, hvor det etter samtalen ble sendt utfyllende informasjon på epost. På denne måten er det avdelingsleder ved aktuell enhet som har rekruttert informanter tilpasset til inklusjonskriteriene for studien. Å skaffe informanter til fokusgrupper i en pågående pandemi kan nevnes som hovedårsaken til noen institusjoner ikke ønsket eller at det ble vanskelig for dem å delta. For å få størst mulig bredde i datamaterialet ble virksomheter

med ulik størrelse kontaktet. Også ulike avdelinger er representert. Ved ett av de mindre sykehjemmene var avdelingen bestående av pasienter med både demensdiagnose og dem med somatiske lidelser.

Dette ga noen få utfordringer å oppfylle alle kriteriene i enkelte av gruppene. Dette gjaldt spesielt hvor lang erfaring de hadde i aktuell enhet. Det ble allikevel vurdert til at informanter som ikke oppfylte disse inklusjonskriteriene deltok i studien. Dette på bakgrunn av at selv om de for eksempel ikke hadde lang nok ansettelse ved virksomheten, hadde informantene lang erfaring i bransjen og med det fortsatt kunne bidra med verdifulle refleksjoner. Ved å representere ulike fagprofesjoner i studien vil dette bidra til å gi studien og datamateriale ulike perspektiver og nyanser (Informasjonsskriv til informanter vedlagt i appendix 1).

Utvalgsbeskrivelse

På bakgrunn av den pågående pandemien, og med de smittevernrestreksjonene som fulgte, ble fokusgruppene mindre enn hva som var ønsket og beskrevet i prosjektbeskrivelsen. Utvalget besto totalt av 14 ansatte fordelt på fire grupper rekruttert fra fire enheter (se tabell 1 for oversikt over deltakere i fokusgruppene).

Fokusgruppe nr	Profesjon	Enhet	Erfaring	Kjønn	Alder	Stillingsprosent
1 Somatisk/demens enhet	Sykepleier	Demens	11 år	K	53 år	100%
	Helsefagarbeider	Demens	6 år	K	24 år	56%
	Sykepleier	Somatisk	39 år	K	62 år	100%
	Helsefagarbeider	Somatisk	15 år	K	60 år	60%
2 Somatisk/demens enhet	Helsefagarbeider	Somatisk/demens	Ikke oppgitt	K	57 år	100%
	Sykepleier	Somatisk/demens	33 år	K	55 år	100%
	Helsefagarbeider	Somatisk/demens	7 år	K	38 år	Ikke oppgitt
	Helsefagsarbeider	Somatisk/demens	25 år	K	59 år	100%
3 Rehabiliterings-enhet	Helsefagarbeider	Rehabilitering	33 år	K	51 år	60%
	Sykepleier	Rehabilitering	2 år	K	24 år	50%
	Helsefagarbeider	Rehabilitering	20 år	K	53 år	80%
4 Somatisk/demens enhet	Sykepleier	Somatisk/demens	30 år	K	50 år	100%
	Vernepleier	Somatisk/demens	8 år	K	33 år	100%
	Helsefagarbeider	Somatisk/demens	11	K	56 år	100%

Tabell 1 – Oversikt over informanter i fokusgruppene

Studien fikk ikke et like godt strategisk utvalg som ønsket. Informantene var mer eller mindre en homogen gruppe hvor 10 av 14 deltakere var over 50 år. I følge Malterud (2017) kan det være vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap hvis gruppen er

svært homogen. Det kan tenkes at variasjon i alder ikke nødvendigvis ville påvirket funnene.

Valg av antall informanter og grupper

Malterud presenterer *information power* som et annet begrep enn *metning* som ofte brukes i kvalitative studier (Malterud, Siersma & Guassoraet , 2016). Malterud mener med dette at valg av antall informanter og antall intervju man bør ha i en studie avhenger av hvor spesifikt og relevant utvalget er for å besvare forskningsspørsmålet. Kvaliteten og mengde informasjon må altså være tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Dette innebærer at man underveis i forskningsprosessen kontinuerlig bør evaluere datamaterialet for å vurdere om man trenger å samle inn mer data for å belyse forskningsspørsmålet. Det er altså kvaliteten på data som vurderer om antall informanter bør økes (Malterud, Siersma & Guassoraet , 2016). Dette ble bakgrunnen for at det ble utført et fjerde intervju. Homogene grupper, språklige barrierer samt *a novice researcher* gjorde at studien behøvde å legge til flere informanter for å få utfyllende data. Det totale utvalget vurderes å ha nok 'information power' til å beskrive fenomenet erfaringer med å arbeide i sykehjem under covid-19 pandemien,

Intervjuene ble gjennomført februar/mars 2021 hvor det på det aktuelle tidspunktet ikke var innført lokale tiltaksnivå. Det var heller ikke pågående smitteutbrudd ved noen av sykehjemmene.

3.3 Innsamling av data

Pilottesting og utforming av intervjuguide

Det ble utviklet en intervjuguide som la opp til en semistrukturert intervjustil med åpne spørsmål for å oppmuntre til refleksjoner mellom deltakerne. Semistrukturerte intervjuer gir en mer fleksibel struktur som åpner opp for mer dybde og forståelse enn hva et strukturert intervju ville gjøre. Dette for å bedre få frem forståelsen av hvilke *erfaringer* helsepersonellet hadde. Det ble også brukt oppfølgende spørsmål på temaer som kunne gi en dypere forståelse av erfaringene til de ansatte. Semistrukturerte intervjuer er i større grad preget av åpenhet når det gjelder rekkefølge og formuleringer av spørsmål (Kvale et al., 2015).

Intervjuguiden var inspirert av resiliens perspektivet, hvor det ble utviklet spørsmål relatert til tilpasninger helsepersonellet gjorde. Intervjuguiden forsøkte å omfavne dette ved å spørre om temaer knyttet til:

- Informasjon
- Innovative løsninger
- utfordringer
- Suksessfaktorer

(Intervjuguiden er vedlagt i appendix 2)

I forkant av intervjuene ble det utført to pilot-intervjuer med to ulike kollegaer hvorav en med båndopptaker. Dette for å øve på rollen som moderator men også for å få innspill på hvordan spørsmålene ble oppfattet og varigheten av samtalen. Materialet fra disse samtaler er ikke tatt med i studien.

Intervjuguiden ble modifisert etter andre fokusgruppe. Dette grunnet ordlyden i den opprinnelige intervjuguiden. Det opplevdes at informantene ikke nødvendigvis så sammenheng mellom teoretiske og faglige uttrykk som først ble anvendt. Det ble brukt mye tid på forklaringer av begreper, og at man derfor stadig kom ut av flyten i intervjusituasjonen. Istedenfor å spørre for eksempel om hvilke rutiner som ble endret for de ansatte med tanke på kvalitet og sikkerhet, spurte jeg i den modifiserte utgaven om hvordan de ansatte følte seg ivaretatt eller utfordret. «Ivaretatt» er et mindre abstrakt begrep og derfor et bedre inngangsspørsmål til å utforske kvalitet.

Setting og intervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved informantens arbeidssted i deres arbeidstid. Avtalen med deres nærmeste leder var at de kunne være tilgjengelige i 1 time. På forhånd hadde informantene fått skriftlig informasjon om prosjekter samt signert samtykke for bruk og lagring av datamaterialet. På grunn av utfordringer med å skaffe informanter, restriksjoner og smittevernhensyn ble gruppene mindre enn hva som ble lagt frem i prosjektbeskrivelsen, 3-4 deltakere pr gruppe. Det ble brukt båndopptaker og det ble tatt notater for å replikkfeste samtaler. Intervjuene hadde en varighet på mellom 50-60 min. Hvert intervju ble transkribert innen kort tid etter intervjuet var gjennomført, hvor hver av deltakerne fikk en tildelt kode knyttet til deres identitet og ved hvilken virksomhet de var ansatt ved. Transkripsjon ble gjort ved bruk av programmet Windows Media Player, og er

utført av moderator selv. Ved å selv utføre dette får man gjenoppleve stemningen og erfaringen fra intervjuet og kan bli kjent med datamaterialet fra en ny side (Malterud, 2017). Transkripsjonene bekreftet også mye «dødt materiale» som førte til at det ble gjort ett ekstra fokusgruppe intervju. Små justeringer ble gjort i arbeidet mellom tale og tekst. Malterud referere til begrepet 'slightly modified verbatim' for å tilstrebe en mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale (ibid). Transkripsjonen ble grunnlaget for videre analyse.

3.4 Analyse – Systematisk tekstkondensering

Datamaterialet i denne studien ble analysert ved bruk av Systematisk Tekstkondensering, 'STC'. STC er en beskrivende og utforskende metode for tematisk analyse av ulike typer kvalitative data, som for eksempel intervjuer (Malterud, 2012b). I følge Malterud er ikke dette en ren fenomenologisk tilnærming, men at den er beslektet. Dette fordi man ikke fordyper seg i livsverdenen som grunnleggende analyseperspektiv, men at analysen skal beskrive de relevante sidene av fenomenet som blir undersøkt, altså subjektivitetens kontekst. Malterud skriver at STC har mange likhetstrekk med andre analysemetoder, men at forskjellen er at man konsentrerer seg om få temaer og kodegrupper, i motsetning til å gå bredd ut (Malterud, 2017). STC bygger på Giorgis fenomenologiske metode med trinnvise analysesteg. Malterud skriver i *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (2017) at metoden er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i systematisk analyseprosess uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller metodetradisjoner, men bygger på transkripsjonen.

STC består av fire trinn:

- Totalinntrykk – Fra kaos til temaer
- Identifisere og sortere meningsenheter – fra temaer til koder
- Kondensering – fra kode til mening
- Syntese – fra kondens til beskrivelser og begreper.

Denne formen for analyse vil gi en rød tråd gjennom prosessen slik at også andre vil kunne følge prosedyre og fremdrift og ikke minst forstå konklusjonen, og hvor den kommer fra (ibid).

Totalinntrykk – Fra kaos til tema

Analyseprosessen starter med å innhente oversikt over det transkriberte datamaterialet og danne et totalinntrykk og etablere foreløpige temaer (Malterud, 2017).

Etter gjennomlesing av transkribering ble det satt opp foreløpige temaer. Dette ble gjort av både veileder Eline Ree (ER) Mari Elise Almås (MEA) hver for seg for så møtes for en felles gjennomgang. Både MEA og ER hadde bemerket mer eller mindre like temaer og det ble forhandlet kodegrupper ut fra dette. Fem kodegrupper ble bestemt. Kodegruppene er følgende:

- Ansatte opplever samhold som en enhet og føler seg sett av leder
- Bekymring for å bringe Covid-19 inn til sine enheter
- Det er vanskelig å henge med når det stadig kommer nye regler og retningslinjer
- Pandemien påvirker kvaliteten på omsorgen til pasientene
- Utfordrende å ha god kontakt med pårørende og stadig viderefremme nye regler som ofte ikke blir forstått

Identifisere og sortere meningsenheter – fra tema til koder

Videre vil det bli foretatt en systematisk gjennomgang av datamaterialet for å finne meningsbærende enheter knyttet til de foreløpige temaene. I følge Malterud (2017) forstås en meningsbærende enhet som deler av tekst som inneholder noe informasjon angående forskningsspørsmålet. Når de meningsbærende enhetene er identifisert, blir de gitt en kode.

Materialet identifiserte meningsbærende enheter som videre ble delt inn i ulike subgrupper til hver kodegruppe. To subgrupper ble laget til hver av kodegruppene. Dette arbeidet ble gjort manuelt med å plukke transkripsjonen fra hverandre for å identifisere aktuelle meningsbærende enheter.

Kondensering – fra kode til mening

Innholdet blir deretter kondensert og delt inn i subgrupper. På denne måten, komprimeres datainnsamlingen. Når datainnsamlingen er komprimert og delt inn i koder, vil materialet kunne gi en oversikt over gjennomgående temaer på tvers av deltakernes meningsutvekslinger (Malterud, 2017).

Syntese – fra kondens til beskrivelser og begreper

Det siste steget er å sette sammen datamaterialet igjen fra koder til en syntese. Materialet ble videre kondensert til en jeg-form med tilhørende gullsitater (Malterud, 2017). Grunnet datamaterialets innhold, ble det her gjort en justering av problemstillingen. Under arbeidet

med analyse ble det grunnet permisjonsavvikling bytte av veileder. Siv Hilde Berg (SHB) overtok veiledning etter ER. Syntesen av data ble gjort i samarbeid med MEA og SHB. (Analyselogg ligger vedlagt i appendix 3)

3.5 Fenomenologi

Innen systematisk tekstkondensering gir altså Maltrud (2017) ordet for at dette ikke er en ren fenomenologisk tilnærming, men at den er beslektet. Malterud sier derfor at å omtale kvalitative forskningsmetoder som fenomenologiske (eller hermeneutisk) blir misvisende hvis ikke dette er tydelig filosofisk forankret. Ser det allikevel som hensiktsmessig å vise kort til noen føringer for fenomenologien.

Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl for godt over rundt 100 år siden. Den ble videreutviklet av flere filosofer innen eksistensfilosofi som Martin Heidegger, Jean-Paul Satre og Maurice Merleau-Ponty. Giorgi, som var psykolog systematiserte metoden og fenomenologien fikk implikasjon for kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). Innen kvalitativ forskning er fenomenologien et begrep som søker å forstå sosiale fenomener ut fra deres egne perspektiver og beskrivelser for hvordan de (informantene) opplever verden (Kvale et al. 2015). Dette skaper forskjellen mellom fenomenologien og hermeneutikken. Mens fenomenologien er interessert i å se på *opplevelser* og *erfaringer* til dem som det skal undersøkes på, søker hermeneutikken etter fortolkninger av mening. Med dette kan vi si at fenomenologien i større grad er opptatt av å beskrive, mer en å forklare og analysere (Kvale et al. 2015)

Innen kvalitativ forskning inneholder metodene elementer av teksttolkning, forståelse av menneskelige erfaringer i lys av deres livsbetegnelser. Malterud (2017) skriver at en fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette tidligere kunnskap i parentes (bracketing), for så være klar for å rette oppmerksomheten mot aktuell erfaring i lys av den subjektives erfaring.

3.6 Forforståelse

Selv er jeg sykepleier med 11 års erfaring fra både spesialist- og primærhelsetjenesten. I primærhelsetjenesten har jeg vært innom både langtidsavdeling, skjermet enhet og korttidsavdeling. Jeg jobber også nå ved en kommunal ØHD enhet. Med denne bakgrunnen

trer jeg inn i denne studien med en viss forforståelse. Ved at jeg har kjennskap til arbeidsprosesser, smittevern og rutiner ved kommunale sykehjem har på et sett kanskje styrket meg som moderator i gruppene, ved at jeg faktisk vet og forstår hva de ansatte prater om og hva de står i av daglige utfordringer. Ulempen er antakelsene man gjerne har med forforståelsen og derfor ikke klarer å møte datamaterialet med et helt åpent sinn. Jeg hadde en hypotese eller antakelse i min forforståelse at de ansatte ville i stor grad gi uttrykk for stor frustrasjon og oppgitthet, men dette gjorde de ikke. Jeg måtte konsentrere meg for å ikke presse på dem disse uttalelsene. Det ble observert i transkripsjonen at jeg som moderator forsøkte ulike tilnærminger på spørsmål om frustrasjon, uten at det ble møtt. «Som man roper i skogen, får man svar» skriver Malterud (2017). Jeg ble gjennom transkriberingen bevisst min antakelse, og ved å klare å legge den til siden for så være mer åpen for andre muligheter i datamaterialet ble også datamaterialet mer innholdsrikt. Skulle det bli utført flere forskningsprosjekter i senere tid med meg som moderator, var dette en viktig lærdom. Det har ellers blitt ført en logg over prosjektet og analysen som beskriver alle valg som er blitt tatt underveis og stegene i analyseprosessen.

3.7 Vurdering av studiens kvalitet

Kjernebegreper for å vurdere kvalitet i kvalitative studier, også omtalt som troverdighet innen kvalitativ forskning, er: kredibilitet ‘credibility’, avhengighet ‘dependability’, overførbarhet ‘transferability’ og objektivitet ‘confirmability’ (Lincoln & Guba, 1985). Critical Appraisal Skills Programme ‘CASP’ er et kvalitetsvurderingsvektøy for kvalitative studier, som gir en systematisk oversikt over 10 spørsmål som bør stilles for å kritisk vurdere kvalitative studier. Denne studiens kvalitet ble vurdert ved hjelp av CASP (Brice, n.d.).

Kredibilitet

Kredibilitet relateres til om studien studerer det den er ment å studere (indre validitet), hva det er sant om (Lincoln & Guba, 1985). Ved å være tydelig i metodebeskrivelsen og datainnsamlingen, og å beskrive og gjengi informantenes utsagn og meninger, styrkes troverdigheten i denne studien. Kredibiliteten styrkes også ved å ha et strategisk utvalg (Malterud, 2012a). Denne studien har en ulik gruppesammensetning av ulike profesjoner innen omsorgstjenesten. Interaksjonene mellom ulike yrkesgruppene vil kunne gi et mer nyansert bilde av erfaringene knyttet til pandemien og med dette styrker nettopp

kredibiliteten til studien. Det at flere også har bidratt i analysearbeidet, er en form for analyse triangulering, som også vil bidra til å styrke kredibiliteten til studien (Patton, 1999).

Avhengighet

Avhengighet er relatert til stabiliteten i data over tid og på tvers av ulike situasjoner (reliabilitet) (Lincoln & Guba, 1985). Ved å beskrive min bakgrunn, hvilke informanter som inngår og hvilken setting studien er utført bidra til transparens. Gjennom å vise til prosesser, prosedyrer og fremdrift vil andre kunne forstå hvordan studien kommet frem til konklusjonene (Patton, 1999).

Overførbarhet

Overførbarhet relateres til hvorvidt funnene kan overføres til andre kontekster og settinger (ekstern validitet) (Lincoln & Guba, 1985). Malterud presiserer at funnene innen kvalitativ forskning ikke er ment for store grupper i befolkningen, men at det derfor er viktig å presisere bakgrunns materialet som demografi og setting for studien slik at det er tydelig for hvilken situasjon funnene gir mening og kan overføres (Malterud 2001). Denne studien vil gi en gyldig overførbarhet til andre grupper i arbeidslivet som har vært utsatt for tilsvarende endringer under pandemien, som andre sykehjem, både langtids- eller korttidsavdelinger, eventuelt også hjemmesykepleie.

Objektivitet

Objektivitet er grad av objektivitet og hvorvidt studiens funn er formet av forskerens biaser motivasjoner eller egne interesser (Lincoln & Guba, 1985). Malterud argumenterer for at refleksivitet er sentralt for kvalitet i kvalitativ forskning for å vurdere objektivitet (Malterud, 2001). Innen kvalitativ forskning vil en ikke kunne unngå bias eller forming av materialet basert på forskerens forforståelse og teorier, men ved å identifisere antakelser og forkunnskap før man presenterer studiens funn og resultater, vil dette øke validiteten på studien ved å vise til en transparent forskningsprosess (ibid.). Ved at min forforståelse beskrives i oppgaven økes refleksiviteten i studien.

3.8 Forskningsetiske vurderinger

Studien har fått godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informantene ble informert om hensikten med studien, personvern og etiske aspekter, og at de når som helst

i prosessen har mulighet til å trekke seg fra studien. Informantene har alle signert skriftlig samtykke for deltakelse i studien. Denne informasjonen ble gitt både muntlig og skriftlig. Ingen av informantene valgte å trekke seg fra studien. All data har blitt behandlet konfidensielt, og anonymiteten til deltakerne er blitt ivaretatt ved å tildele dem koder ved behandling og publisering av resultatene. Deltakernes navn og tilhørighet er kun tilgjengelig for student og veileder. Data vil lagres etter UiS og NSD sine krav for datalagring og slettes ved prosjektslutt som er satt til 30.12.21. (Godkjenning fra NSD er vedlagt i appendix 4)

4 Funn

Analysen resulterte i fem kodegrupper, som overordnede tema, med tilhørende to subgrupper til hver kodegruppe. De fem kodegruppene fra er helsepersonellens perspektiv. Overordnede tema er følgende: Opplevelse av samhold som en enhet og leder støtte, bekymring for å bringe Covid-19 inn til sine enhet, Vanskelig å henge med når det stadig kom nye regler og retningslinjer, Pandemien påvirker kvaliteten på omsorgene til pasientene og Utfordrende å ha god kontakt med pårørende.

4.1 Opplevelse av samhold som en enhet og leder støtte

Studien viser at for de ansatte så er samhold i ansattgruppen viktig for å stå i en krise, som en pandemi, sammen. For å stå i pandemien var det også viktig å ha en synlig og trygg leder som jevnlig ga gode tilbakemelding og hadde en tilstedeværelse.

4.1.1 Vi drar lasset sammen

Ansatte opplevde økt samhold som følge av pandemien, og de opplevde at de 'dro lasset sammen'. Dette bidro til en positiv innstilling til arbeidet. Dette var gjentakende i alle fokusgruppene. Kollegaene stilte opp for hverandre, støttet hverandre og pratet sammen. Deltakerne opplevde at de ikke sto alene i avgjørelser eller krevende arbeidsoppgaver. I alle fokusgruppene ble det vektlagt at dialogen innad i kollegagruppen er viktig for å drøfte etiske problemstillinger eller utfordringer som dukker opp. Det kom frem at dette var noe de ofte diskuterte eller tok opp i lunsjpausene. Det å stå sammen i de vanskelige avgjørelsene fremkom som viktig for å føle samhold, de opplevde at de dro lasset sammen. Gjennom denne dialogen kom de frem til løsninger på ulike problemstillinger. Både hvordan løse praktiske oppgaver, men også etiske problemstillinger som dukket opp.

«Vi har jo stort sett hatt lite fravær. Folk stiller jo opp. Tror det gjerne handler litt om det også, at folk trives på jobb, og har det greit sammen med de man jobber med. At vi på en måte bære lasset litt sammen» (fokusgruppe 2)

De var opptatt av å ha en positiv innstilling og ikke gi yrket sitt eller arbeidsplassen negativt omdømme, selv om det var krevende arbeidsdager. Nedstengningene i samfunnet ble i den ene gruppen trukket frem som en mulig årsak til positiv innstilling, ved at hverdagen ble mindre hektisk, de hadde mindre avtaler og gjøremål utenfor jobb og at jobben dermed ble en sosial arena. Flere av helsepersonellet tok frem dette, at flere andre yrkesgrupper ble 'tvunget' til hjemmekontor, så fikk denne gruppen fortsatt gå på jobb og dermed møte andre mennesker. Selv om to av fokusgruppene hadde hatt tilfeller av Covid-19 ved sine enheter, kjente de allikevel på en 'stolthet' over at man enten hadde klart å holde smitten ute fra avdelingen, eller ved at tilfellene ikke førte til store og omfattende utbrudd over hele sykehjemmet.

«Vi må bare komme oss gjennom det og forsøke å gjøre det beste ut av det. Alle er jo fleksible. Og alle har skjönt at dette er jo en situasjon som man står i sammen» (fokusgruppe 4)

Deltakerne var enige om at den positive innstillingen kom fra samholdet. De opplevde fortsatt mye positivitet i arbeidshverdagen, både for pasientene, men også for de ansatte.

«Det er kun familien hjemme som jeg har flere middager med!» (fokusgruppe 2)

Positivitet i samholdet kommer også frem i form av den økte treingen de ansatte fikk i smittevern. De opplevde en samlet trygghet i det at flere innebar den samme kompetansen. Den ene gruppen forteller at de fra tidligere hadde ingen erfaring med smittevernsutstyr og dette ble sett på som noe positivt å få økt faglig kunnskap. Dette trekkes frem som noe positivt med pandemien, at erfaringer med smittevern har økt.

«Vi er i mye større grad sikre på det å håndtere smitte etter det vi gar gått gjennom av opplæring og informasjon om smittevern, men vi lærer mye mer gjennom praktisk håndtering enn å bare lese om det» (Fokusgruppe 4)

4.1.2 En tilstedeværende og trygg leder

En trygg leder som jevnlig ga gode tilbakemelding og hadde en tilstedeværelse, kom frem som betydningsfullt for å stå i pandemien. En trygg leder var en leder som ivaretok dem, og ivaretok kvaliteten i tjenesten. Dette var gjentakende i alle fokusgruppene.

Informantene beskrev at samholdet hadde ikke vært det samme om man ikke hadde hatt en klar og tydelig leder som oppmuntrer og så sine ansatte. På denne måten følte de seg trygge og ivaretatt. Informantene var opptatt av at det var kort vei opp til ledelsen, og at man hele tiden blir møtt ved forslag og ideer til å løse situasjoner og oppgaver. At helsepersonellet sammen med ledelsen finner opp kruttet sammen.

«Hvis du ikke har en sterk ledelse som veileder deg gjennom dette, så kunne du nok bli,.. ja, veldig utrygg, men det føler jeg at vi har unngått» (fokusgruppe2)

Fokusgruppene var alle klare på at gode og hyppige tilbakemeldinger fra leder opplevdes som menings- og betydningsfullt. De følte seg sett og hørt i situasjoner som for dem var nye. Både ved at de ansatte fikk være frustrerte, fikk være usikre, men også fikk komme med ideer til å forberede eksiterende tiltak, og ble møtt på dette. Flere av fokusgruppene nevnte også hvordan tryggheten til ledelsen hang sammen med at de ansatte så at det ble leid inn ekstra personell, ved tilfeller hvor pasienter eller personalet var i karantene, at det stadig var nok smittevernutstyr på plass, og at nødvendig opplæring ble gitt i forhold til smittevern med håndtering av utstyr og avfall. Det kom også frem at det følte støttende at avdelingsledere sendte ut eposter eller ringte til pårørende ved større endringer av besøksrestriksjoner. Og at dermed ikke hele informasjonsbyrden lå på helsepersonellet.

«Og det er klart av ved positive tilbakemeldinger fra ledelsen, da yter vi litt ekstra. Vi gjør jo det. Da skinner det gjennom at du er fornøyd med jobben din» (fokusgruppe 2)

4.2 Bekymring for å bringe Covid-19 inn til sine enheter

Bekymringen for å være årsaken til et eventuelt smitteutbrudd var stor. Dette ble også oppgitt som årsaken til at de ansatte følte de måtte leve et ekstra begrenset liv utenfor arbeidet sammenlignet med andre yrkesgrupper.

4.2.1 Smitteangst som mental belastning for de ansatte

På spørsmål om de var opptatt av egen sikkerhet, frykt for å bli smittet på arbeidsplassen, svarte alle fire gruppene tvert imot. Helsepersonellet var mest bekymret for at de skulle bringe med seg smitte inn til sine arbeidsplasser, og dens konsekvenser på arbeidsplassen. Det lå hele tiden en angst for å ha Covid-19 uten å ha symptomer, og hva konsekvensene av dette ville være for arbeidsplassen. Flere følte at de var en yrkesgruppe som har ofret litt mer enn andre yrkesgrupper. De opplevde også at denne frykten begrenset de ansattes hverdagslige aktiviteter.

«Jeg tror nok vi er en gruppe som har levd veldig forsiktig. I hvert fall hvis jeg sammenligner med andre venner som ikke er i helsevesenet. Jeg føler vi har sittet mer hjemme» (fokusgruppe 2)

Det kom frem at de opplevde det var slitsomt å hele tiden gå med en bekymring for å smitte pasienter, at de kunne ha smitten uten å vite om det. To av smittetilfellene på to ulike enheter hos fokusgruppene ble begge beskrevet som at ingen av tilfellene ikke hadde hatt noen merkbare symptomer. Ved begge disse tilfelle ble smitten oppdaget hos personalet. Det var altså ingen av pasientene som fikk påvist covid-19, men pasienter og ansatte som ble ansett som nærkontakter ble satt i karantene i denne tiden.

«Man blir litt paranoid. Jeg har følt veldig på den belastningen (fokusgruppe 2)

Jeg syntes det har vært krevende å leve så.... Altså du går hele tiden med den tanken at «du skal ikke ha med deg den smitten inn». Det første smittetilfelle, det var jo ikke noe symptomer eller noe som helst, det er jo det som har vært litt sånn her... vi kan jo gå her å være syke. Uten å vite om det!» (fokusgruppe 2)

4.2.2 Arbeidets inngripen i privatlivet

Informantene opplevde at de hele tiden måtte tenke seg om en ekstra gang før de sa ja til å bli med på aktiviteter eller sammenkomster på fritiden. Helsepersonellet i alle fokusgruppene ga uttrykk for at de var opptatt av pasientens beste, og at det var grunnen til at de holdt ut med å leve så begrenset på fritiden. De opplevde dette som frustrerende da de også hadde familie og et liv utenom jobben.

«Det går ikke bare utover livskvaliteten til pasienten, men det går utover livskvaliteten vår også» (fokusgruppe 1)

Flere av informantene hadde familie enten i utlandet eller andre steder i Norge som de ønsket å besøke. Helsepersonellet viste til en forståelse av at arbeidsplassen ytret forsiktige ønsker om at de ikke skulle reise eller tenke seg om hva de foretok seg på fritiden, men kjente på en klar frustrasjon rundt dette.

«Det er ingen som har sagt til meg at jeg ikke kan reise, men samvittigheten gjør det vanskelig. For det er jo ikke min frykt at JEG skal bli smittet og syk, det er mer at det ville vært veldig dumt og ubehagelig hvis jeg kom hjem og tok smitten med på jobb. Det er samvittigheten. Det er egentlig idiotisk, for det er kanskje jeg som

legger mest press på meg selv. Så dette har vært vanskelig. Og kjipt» (Fokusgruppe 3).

I tillegg hadde mer eller mindre alle informantene jobbet flere vakter enn det som var i stillingsprosenten deres. Dette var fordi flere av institusjonene laget restriksjoner mot å ha arbeidsforhold på flere plasser som et tiltak for å minske spredning. Det opplevdes derfor også som at helsepersonellet på grunn av dette fikk mindre fritid.

«Hvis vi hadde stått i en mye verre situasjon over tid, så vet jeg ikke helt hva jeg hadde tenkt om hvor mye, eller hvor lenge til jeg skal orke. Hadde jeg klart dette en gang til? Det er jeg ikke sikker på» (Fokusgruppe 3).

4.3 Vanskelig å henge med når det stadig kom nye regler og retningslinjer

Helsepersonellet var opptatt av utfordringen med at det stadig kom nye regler og informasjon. Det var vanskelig å vite hva som gjeldende til hvert tidspunkt.

Helsepersonellet opplevde også at det ble utfordrende å holde seg til anbefalinger og retningslinjer når det i gitte situasjoner ikke var praktisk gjennomførbart.

4.3.1 Utfordringer knyttet til informasjonsflyt

De fire fokusgruppene ga alle uttrykk for at det var utfordrende å vite de gjeldene anbefalingene og retningslinjer på arbeidsplassen, spesielt i begynnelsen av pandemien. Det var varierende hvor ofte de ansatte selv oppsøkte informasjon. De sa at det kom frem at det var veldig individuelt hvor ofte e-posten tilknyttet arbeidsplassen ble sjekket, og at det i hovedsak var det opp til dem selv å holde seg oppdatert på gjeldene regelverk og anbefalinger. Store papirbunker med informasjon, krav om e-læringskurs opplevdes som en ekstra belastning å skulle ta stilling til i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver..

«Altså hva gjør vi, så har vi DEN tykke permen, Hvor skal du begynne å lese? Og hvis du er litt stresset fra før? Da kan du bare ikke begynne å slå opp i den permen...»(Fokusgruppe 3).

Resultatene viste at det opplevdes ekstra utfordrende å holde seg oppdatert på nye regler for dem med mindre stillingsprosent som gjerne hadde lengre friperioder mellom vaktene.

«Ledelsen sendte ut slike opplæringsplaner til smittevern som vi måtte gjennomføre på nett. Dette kom nesten hver gang det kom nye endringer. Sant, og de seier bare

«gjør dette når du har tid!» Men du har jo aldri tid å sette deg ned med slike opplæringsplaner!» (Fokusgruppe 4)

Tre av gruppene fortalte at det etter hvert ble sendt ut tekstmeldinger når nye rutiner ble oppdatert. Dette gjorde det enklere å til enhver tid å få med seg endringen, selv for dem som jobbet i mindre stillingsprosenter.

«Det med informasjon syntes jeg har vært den største utfordringen over tid. At du kommer fredagskveld, etter noen dager fri, så har du ingen å spørre. Med et er jo litt ditt eget ansvar også. Du burde kanskje husket å spørre om det og det i rapporten, men det er jo ikke alt du kommer på, og ting skjer jo underveis... Det å hele tiden henge med» (fokusgruppe 3)

Hvor tilgjengelig og oversiktlig informasjonen var hadde de ulike avdelingene løst forskjellig. En av fokusgruppene fortalte at en av sykepleierne jevnlig gikk gjennom informasjon som ble gitt til de ansatte, for så lage korte sammendrag med hovedpunkter, for å skape en lettere oversikt over 'siste nytt'. Dette ble sett på som svært oversiktlig og hensiktsmessig. Andre fokusgrupper forteller om at de hadde egne hyller eller permer tilegnet 'korona-informasjon'.

4.3.2 Forskjell på retningslinjer og praksis

Å gjennomføre enkelte regler og anbefalinger i praksis ble sett på som utfordrende. Både på grunn av byggeteknisk utforming av institusjonene, men også med tanke hvordan personalet organiserte seg. Alle fire fokusgruppene hadde prøvd ut å holde seg til faste pasient- og personalgrupper, men dette lot seg ikke gjennomføre i praksis. Lav sykepleiedekning førte til at disse måtte gå på tvers av avdelinger og etasjer, og at spesielt på kveldstid fungerte sykepleierne som bakvakt på hele institusjonene.

«Vi diskuterte jo, hvordan skal vi gjennomføre det. Skal vi ha enkle grupper? Altså, vi fant ut at det nytter ikke. Vi må gå på kryss og tvers, i hvert fall noen. Så har ikke alle medisinkurs, det var ferieavvikling. Og er det bare noen med medisinkurs, så er man jo nødt å gå til alle pasientene». (fokusgruppe 1)

Også i situasjoner hvor pleiepersonell ikke har lov å administrere medisiner, grunnet ufaglærte eller manglende medisinkurs gjorde at det ble utfordrende å holde personalet til bestemte pasienter. Retningslinjene tilsa at på avdeling og vaktrom/pauserom skulle det holdes avstand, men bygningsmessige utfordringer gjorde at dette for eksempel ikke lot seg gjennomføre i personalgarderoben. Helsepersonellet opplevde dette som en 'dobbel

moral' at smittevernregler skulle være praktisert i avdelingen, men at det ikke lot seg gjennomføre i garderoben og at det var 'ok'. I personalgarderoben sto de tett, på tvers av avdelinger og etasjer, mens i avdelingene skulle de kun forholde seg til enkelte kohorter. Enkelte av informantene forklarte de forsøkte å gå ned i personalgarderobene utenom de mest hektiske tidspunktene.

«Jeg ser alle feil og mangler som er, når vi egentlig skulle vært best. Vi er på god vei til å bli best, men når garderobesituasjonen er slik den er, da syntes jeg ikke at vi er best....» (Fokusgruppe 1)

4.4 Pandemien påvirker kvaliteten på omsorgen til pasientene

Informantene var alle opptatt av å begrense hvor skadelidende pasientene ble grunnet alle restriksjonene. Både på grunn av fravær av nærhet og et redusert tilbud til aktiviteter.

4.4.1 Bekymring for pasienter grunnet besøksrestriksjoner og nedsatt aktivitetstilbud

Informantene i tre av gruppene fortalte at de opplevde en mer sorg hos pasientene og mer forvirring. Ved noen sykehjem ble det gjort enkelte tilpasninger for enkelte pasienter, der de så at sorgen ble for stor. Da fikk enkelt pasienter ha besøk, selv om anbefalingene var det motsatte. Informantene ved alle sykehjemmene hadde også prøvd ut digitale hjelpemidler som Skype og lignende, men dette hadde ikke fungert særlig bra i praksis fordi pasientene klarte ikke å håndtere det selv, og fordi flere av de pårørende heller ikke hadde kjennskap til digitale hjelpemidler. Den ene gruppen hadde avdelingen i første etasje og fikk ordnet det til at noen pasienter sammen med pårørende satt på hver sin side av vinduet og pratet i telefon. Helsepersonellet opplevde selv fortvilelse rundt denne besøksrestriksjonen, med å se pasienter som er i sluttfasen av livet, (med dette mente informantene at de ikke nødvendigvis var døende, men at de er i en fase av livet hvor døden nødvendigvis ikke er langt borte) må oppleve det å ikke få være sammen med sine nære.

«Det var en, en med demens. Han forstod ikke. Han fikk jo ikke besøk. Altså han hadde snudd alle (familie)bildene. Det var jo ingen vits i å ha disse fremme. Han trodde de hadde glemt ham...» (fokusgruppe 1)

Helsepersonellet opplevde ved flere tilfeller at når pasientene først fikk besøk hvordan de lyste opp, selv om de gjerne ikke hadde språk å uttrykke seg med.

*«Vi hadde en pasient som fikk en infeksjon, men på grunn av alder og bakenforliggende sykdommer så fikk han ikke behandling for denne infeksjonen. Vi trodde pasienten kom til å dø. Han tok ikke til seg mat eller drikke. Så vi ringte til konen og sa at hun måtte komme. Men det som skjedde når konen kom det var at pasienten, han kviknet til! Han begynte å spise, drikke og infeksjonen gikk over...»
(Fokusgruppe 1)*

Aktivitetstilbudet på sykehjemmene ble kraftig redusert med nedstengningen. En av fokusgruppene forteller hvordan nedstengningen reduserte fysioterapitilbudet. At for en karanteneperiode på avdelingen så falt dette tilbudet helt bort. Pasientene fikk i stede egentreningseskjemaer som de selv ble oppfordret til å bruke i mellomtiden. Helsepersonellet forteller at pasientene ikke var motivert for denne type trening på egenhånd, men at de opplevde at pasientene gjorde treningen allikevel fordi da var gjerne personalet inne på rommene med dem.

«De trente allikevel, for da var jo vi der inne med dem. Og jeg tror de skjønte jo selv også. At å bli sittende i en stol og bare se på de fire veggene i 10 dager. Det gjør noe med en person» (Fokusgruppe 3)

«Det var synd på dem, pasientene. Jeg kunne jo gå hjem. Ta av meg alt smittevernutstyrer å bare gå. Men de satt jo bare der...» (Fokusgruppe 3).

4.4.2 «De myke dimensjonene» - Verdighet og respekt

I to av gruppene opplevde informantene å ha pasienter i terminal pleie i løpet av pandemien. De var alle opptatt av hvor vanskelig det var å skulle stå i situasjoner hvor pårørende vil klemme å være nær den døende. Og at det var begrenset hvor mange som fikk komme på besøk når pasientene var i palliativ fase. En av informantene forteller at hun ble bedt om å ta covid-test av en terminal pasient, da det var *endring* i tilstanden. Retningslinjene sa at man da måtte testes. Informanten stilte seg spørsmål om hva som var verdigheten i dette?

«Vi må jo være mennesker også oppi det hele. Vi må jo altså bare.... Vi forsøkte å si sånn «hold avstand» og sånn, men det er jo... munnbind og... ja... det ikke lett altså å stå oppi den situasjonen. Når mor ligger for døden... eller far.(fokusgruppe 2)

«Pårørende spør: «Er det greit at jeg gir mor en klem? Ja, nå lukker jeg denne døren, så nå vet ikke jeg hva som skjer her inne». Det sier jeg hvis de spør...»(fokusgruppe 1)

Munnbindet ble også beskrevet som noe som skapte en avstand mellom de ansatte og pasientene. Helsearbeiderne så årsakene og sammenhengene hvorfor dette var nødvendig, men de opplevde det tok bort noe av det mellommenneskelige. Munnbind påvirket spesielt kontakten mellom helsepersonellet med demente og hørselshemmede som ikke lenger så mimikken til de ansatte. Det var også vanskelig å bruke munnbind sammen med pasienter med talevansker når de hadde øvelser med logoped. Det kom frem at logoped fikk et spesialtilpasset munnbind som var gjennomsiktig, og derfor kunne gjennomføre øvelser med pasientene som hadde behov og oppfølging.

Alle fire gruppene var opptatt av at nærhet og omsorg med pasientene gikk tapt på grunn av restriksjonene. Det fremkom allikevel som noe uenighet innad i gruppene hvor nær man skulle være pasientene. En informant sier hun strakk seg til å bruke hendene mer for å ta på pasientene. Stryke dem på armen eller over ryggen, men at hun ikke ville klemme på dem. En annen mente at å si nei til pasienter hvis de ønsket klemmer, ville være for stor avvisning. Pleieren argumenterte med at personalet var så tett på pasientene uansett i pleiesituasjoner.

«Kommer det en pasient som sier han ønsker en klem, ja da sier jeg ikke nei. Det blir en for stor avvisning. Jeg er jo tett på dem uansett» (fokusgruppe 1)

Informantene fortalte også hvordan de forsøkte å kompensere for manglende besøk av pårørende, hvor de ville skape en situasjon som ikke utelukkende var preget av stell, mat eller medisiner, men 'gå på besøk' til pasientene. Men de opplevde det utfordrende at tiden ikke alltid strakk på grunn av flere og ordinære arbeidsoppgaver.

«Det er klart det at man yter jo 150% og man forsøker jo å... ja, samtale, bare sitte sammen med pasientene, .. når vi har tid til det. Det er jo en travel hverdag. Det er jo det. Vi prater jo ikke sant hvis vi ikke innrømmer det. Det er jo ingen piknik. Men, allikevel så prøver vi å være tilstede». (fokusgruppe 2)

«Det var synd på dem, pasientene. Jeg kunne jo gå hjem. Ta av meg alt smittevernstyrer å bare gå. Men de satt jo bare der..» (Fokusgruppe 3).

4.5 Utfordrende å ha god kontakt med pårørende

Spesielt i starten av pandemien uttrykker gruppene at det var mye frustrasjon rundt å videreformidle stadige endringer til pårørende. Den ene gruppen forteller også om at det oppleves som et tap av en ressurs når kontakten med pårørende blir mindre.

4.5.1 utfordringer med informasjonsflyt og stadig nye endringer i rutiner knyttet til pårørende

Informantene fortalte at den siste tiden hadde det blitt en bedre flyt i det å forholde seg til pårørende da det går «mer på automatikk ute i verden» også, med tanke på restriksjoner, og smittevern. Informantene mener med dette at de merker en forskjell på informasjonsbehovet og usikkerheten til pårørende rundt gjeldende regelverk.

Usikkerheten var størst i starten, og det var da de merket det største trykket om krav om informasjon. Nå, ett år senere ut i pandemien merker informantene at også pårørende har 'landet' mer i hva som er gjeldende anbefalinger. Informantene fortalte om flere utfordrende situasjoner det siste året relatert til pårørende som opplevde frustrasjon rundt anbefalinger og regelverk. Dette var situasjoner som opplevdes som ubehagelige da de selv også kjente på usikkerhet og hvordan tolke anbefalinger og regler, og ikke minst hva som var forskjellen mellom en anbefaling eller en regel. Også situasjoner hvor de endte i diskusjoner med pårørende, om bruk av munnbind, besøkstider og antall besøkende – var nye situasjoner for informantene. Den ene fokusgruppen som var en rehabiliteringsavdeling, og merket nok størst denne frustrasjonen da det var en større utskiftning i pasienter og pårørende. Og at det derfor ikke ble opparbeidet en jevn informasjonsflyt mellom avdelingen og de pårørende. Flere av informantene fortalte at dette var ubehagelige situasjoner og samtaler som de ikke føler seg trygge i. I løpet av den siste tiden har alle involverte avdelinger fått opparbeidet nye rutiner hvor nå ny informasjon også går ut til pårørende på tekstmeldinger eller epost. Den ene fokusgruppen forteller at avdelingsleder også ringer til pårørende ved endringer i besøksrutinene, dette for å ta bort usikkerhet hos pårørende for hvordan forholde seg til gjeldende regelverk.

«Faktisk så kjenner jeg litt sånn at jeg faktisk må velge litt hva kamper jeg skal ta. Det står at det kun er lov med to stykker på besøk for eksempel, så kommer de tre stykker. Så står den tredje der da. «Ja, men de to er så små, de teller vel som en» sier hun. Da blir jeg litt sånn, ja. Nei. Jeg kan jo ikke akkurat ringe politiet heller. Hvor mange kamper skal man egentlig ta. Blir det som er viktigst for meg da. Det er litt frustrerende.» (fokusgruppe 3)

4.5.2 Pårørende mister sin rolle som en ressurs for de ansatte

Alle fire fokusgruppene gir uttrykk for at det har vært bra med besøkstider når det først åpnet opp igjen. Dette grunnet al.t ekstraarbeidet med å hente/følge pårørende til pasientrommene, og at det har skapt en større forutsigbarhet i arbeidsdagen i forhold til planlegging. Allikevel er ikke dette noe noen av fokusgruppene ønsker å fortsette med. De vil tilbake til «normalen» med åpne dører. At pandemien har skapt en avstand mellom pårørende og de ansatte er alle gruppene klare på. Mer tid blir brukt på diskusjoner og forklaring av retningslinjer enn samtaler om og med pasientene. Flere av gruppene sier at «til vanlig» samtaler man i større grad om pasientene og deres behov. Spesielt dem som selv ikke klarer gi uttrykk for egne behov. Den ene fokusgruppen fortalte de hadde den årlige pårørendesamtalen digitalt på Teams, og at de fikk gode tilbakemeldinger på dette. Det kom frem at det opplevdes sårt, det og ikke ha samme forholdet til pårørende da det fører til at man heller ikke får tatt like godt vare på pasientenes familie som før, og at man i større grad skaper en avstand mellom pleierne og de pårørende. Det å ta vare på pårørende sees også på som en del av jobben, spesielt i tilfeller med dødende pasienter, men også utenom. Det var ikke kun begrenset til nærhet og omsorg at de ansatte føler man mistet de pårørende i pandemien, også knyttet til praktiske oppgaver. Familien tok seg tidligere av ekstra oppgaver som for eksempel klesvask, dette ble nå personalets oppgaver. Tidlig i pandemien fikk pårørende heller ikke overlevere varer eller bøker, blader og lignende til pasientene, med tanke på smittevern.

Vi «eier» jo ikke pasientene våre. De er jo pårørende sine, på en måte. Før «lånte» vi dem mer, men nå føles det som om at vi «eier» dem litt mer. Vet ikke helt hvordan jeg skal beskrive det. At vi har et større totalansvar på en måte (fokusgruppe 3)

5 Diskusjon

Studiens overordnede hensikt var å få innsikt i ansattes erfaringer og opplevelser med å arbeide i norske sykehjem under Covid-19 pandemien. I dette kapittelet vil funnene diskuteres opp mot tidligere resiliens teori og Martinsens Omsorgsteori.

5.1 Kvalitet og omsorg under pandemi

Funnene fra studien viser at helsepersonell erfarer at *pandemien påvirker omsorgen til pasientene*. Kvalitet som begrep er ikke et begrep informantene bruker i sin dagligtale, men de har andre begreper for å beskrive hva som skal til for at arbeidet de gjør går bra.

Informantene bruker i stedet ord som: tilstedeværelse, lytte, skape miljø, ta på – bruke nærhet, være til stede å hjelpe. På flere områder gir informantene uttrykk for at hverdagen har på mange måter gått sin gang, selv om det er en pågående pandemi.

Helsepersonellet løfter frem '*de myke dimensjonene*' - *verdighet og respekt* som et resultat av den omsorgen de gir. Noe som også Aase et al.. (2021) fant i sin studie. Martinsen omtaler ikke kvaliteten i sin omsorgstenkning. Hun er derimot opptatt av begreper som tid, varme, nærhet, ekthet i omsorgen. Det som kan omtales som '*de myke dimensjonene*'.

Helsepersonell var *bekymret for pasienter grunnet besøksrestriksjoner*, og det ga helsepersonell et ekstra ansvar for å gi nærhet og omsorg. Smittevern kunne derimot komme i veien for de myke dimensjonene i omsorg, og helsepersonell balanserte daglig mellom å opprettholde både smittevern og de myke verdiene i omsorg, og de tilpasset ofte prosedyrer for å ivareta både omsorg og smittevern, som var ytterligere nødvendig på grunn av fraværet av nærhet fra pårørende og aktivitetstilbud. Tilpasninger anses i et resiliensperspektiv som nødvendig for å sikre kvalitet og sikkerhet under varierende forhold i praksis (Wiig et al.. 2020). Helsepersonellet viste til en slik tilpasning med å lage egentreningsprogrammet til pasientene da fysioterapi utgikk grunnet karantene og restriksjoner. Pasientene var ikke utelukkende motivert for å trene på denne måten, men motivasjonen ble drevet av at de da fikk ha 'besøk' i form av at helsepersonellet var tilstede under treningene.

Helsepersonellet viste til at de ved flere anledninger har forsøkt å kompensere med å gi en følelse av en ekstra tilstedeværelse ovenfor pasientene. Med å «gå på besøk» til dem, samtale og finne på alternative aktiviteter, når alt av tilstelninger og organiserte aktiviteter ble kansellert grunnet smittevern. Det er blant annet her den adaptive kapasiteten til helsepersonellet kommer til syne. Som nevnt ovenfor, er det helsepersonelllets tiltak mot å forsøke å opprettholde en «normal i det unormale». Men tidspress ble her nevnt som en årsak til at det ofte var utfordrende å få gjennomført slike ekstra aktiviteter i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver.

5.2 Opprettholdelse av 'hverdagen' – Sosial støtte som buffer

Tross utfordringer i en ny hverdag så streber helsepersonellet for å opprettholde en så normal dag som mulig, både for seg selv, men også for pasientene deres og de erfarer

opplevelse av samhold som en enhet og lederstøtte, som avgjørende for at de klarer å stå i krisen.

For å klare å opprettholde denne «normalen» viser resiliens til begrepet adaptiv kapasitet (Anderson et al.. 2020; Wiig et al. 2020). Helsepersonellet viser til hvordan de både på individ- og kollegialt nivå utvikler seg sammen for å utvikle kapasiteten til å håndtere forandringer og endringer i avdelingen. Men forutsetningen for dette er sosial støtte. Sosial støtte som buffer kommer frem i resiliens som en viktig faktor for å fremme kapasitet (Juvet et al.. 2020; Berg et al. 2020).

Berg og Aase (2020) referer til hvordan fraværet av sosial støtte kan føre til at organisasjonen blir mer sårbar som kan gi negative utfall for kvalitet i behandlingen. Også Martinsen (1989) støtter opp om betydningen av sosial støtte i sin omsorgstenkning. Helsepersonell behøver god støtte rundt seg for å stå i krevende arbeidsdager. Martinsen vektlegger spesielt på helsepersonell som arbeider innen vedlikeholdsomsorgen, sykehjem med langtidsavdelinger. Martinsen forklarer dette med at pleiesituasjonen er preget av intensiv nærkontakt over tid, noe som setter helsepersonellet i risiko for følelsesmessig overbelastning. Underbemanning og tidspress setter også helsepersonellet under ekstra stress og arbeidsbelastning som kan gå på bekostning av omsorgen som blir gitt. Funnene fra studien viser at sosial støtte er en viktig faktor som helsepersonellet setter høyt, at for å mestre krevende utfordringer så er de avhengige av å ha en sosial støtte rundt seg. I tillegg til Berg og Aase (2020) bekreftes også empirien ved studien til Juvet et al. (2020) fra sykehuset i Sveits. Selv om helsepersonellet i denne studien viser til å gjøre flere resiliens strategier er de selv ikke klar over dette. Juvet et al (2020) mener at dette også er årsaken til at man bør få resiliens opp på et høyere organisatorisk nivå, slik at det utelukkende ikke står å faller på personalets evne til å håndtere uforutsette hendelser.

Resultatene viser at helsepersonell erfarte at *vi drar lasset sammen* og at de hadde *en tilstedeværende og trygg leder*. Funnet var gjennomgående for alle fokusgruppene. Studien støtter at helsepersonell trenger en trygg leder som ser dem og kommer med oppmuntrende ord for å kunne stå i en ny og ukjent hverdag. Lederstøtten gir helsepersonell en følelse av trygghet, noe som også gir dem mot til fremme forslag og ideer som det i alle enhetene var god takhøyde for. Dette kan være avgjørende for sykehjemmenes tilpasningsevne i møte med pandemien. Tryggheten og åpenheten kan bidra til at de ansatte får være med å diskutere hvordan nye tiltak skulle gjennomføres i deres enhet, og det kan være med på å sørge for bedre tilpasninger av tiltak.

Flere av fokusgruppene oppga også at de hadde et lavt sykefravær som også kan fremstå som bekreftende på at sosial støtte er viktig for arbeidsmiljøet. Sosial støtte som buffer støttes også av tidligere empiri, og kommer blant annet frem i studien til Juvet et al. (2021).

5.3 Arbeides inngripen i privatlivet

Helsepersonellet refleksjoner over hvordan deres egen private hverdag utenom arbeid blir påvirket av pandemien. De bar en *bekymring for å bringe covid-19 inn til sine enheter*.

Dette var noe de beskrev med hvordan de følte at de måtte i større grad enn andre yrkesgrupper være varsomme og restriktive med nærkontakter mot venner og familie. Helsepersonellet understreker at det derfor har vært så viktig med opplevelsen av samholdet blant de ansatte. Jacobsen et.al (2021) bekrefter dette funnet i SFOs studie 'Erfaringer med Covid-19 i norske sykehjem'. Forskerne gjennomførte der fem kvalitative case-studier hvor samarbeid og samhold blant de ansatte var et gjennomgående tema. Innen resiliens teorien påpeker også Wiig et al. (2020) hvor viktig samarbeid er. Ikke utelukkende knyttet til kollegaer, men også samarbeid også mellom pårørende, pasient og institusjon. Å skulle føle på denne inngripen i privatlivet over lengre tid, kan oppleves som en påkjenning for helsepersonellet. At de på denne måten ikke får klare skiller mellom jobb og fritid. De forteller alle at de allerede jobber mer enn deres stillingsprosent tilsier, og at med dette overskygger jobben privatlivet i større grad sammen de de andre faktorene som restriksjonene de føler på.

5.4 Når pårørende mister sin rolle, må helsepersonellet ta over

Helsepersonell erfarte det *utfordrende å ha god kontakt med pårørende*. På grunn av besøk restriksjonene erfarte helsepersonellet at de pårørende *mistet sin rolle som en ressurs for de ansatte*, og som bindeleddet mellom pasienten og helsepersonellet. I tillegg til Wiig et al.. (2020), bekrefter også studiene til O'Hara, Aase og Waring (2019), Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) og Dyrstad, Laugaland og Storm (2015) hvordan pårørende kan og bør anvendes som en ressurs. Ikke bare for pasienten, men også for helsepersonellet og for institusjonen. Pårørende som en ressurs er også et punkt som kommer frem til videre anbefalinger i studien til Jacobsen et al (2021), at kommunikasjon mellom pårørende og pasienter bør legges bedre til rette for, og at disse tiltakene bør settes inn tidligere hvis vi skulle oppleve en lignende situasjon igjen. Studien fant at

helsepersonell erfarer *utfordringer med informasjonsflyt og stadige endringer i rutiner knyttet til pårørende*. Alle helsepersonell hadde forsøkt alternative kommunikasjonsformer, som nettbrett med Teams/Skype men at dette var av svært varierende hvor hensiktsmessig dette opplevdes. Dels fordi pasientene selv ikke kunne håndtere dette, og også ved at heller ikke alle pårørende hadde kjennskap til slike kommunikasjonsverktøy. Senhøsten 2020 innførte de fleste sykehjemmene besøkstider. Fra å ha en hverdag hvor helsepersonellet ble stadig avbrudd i arbeidet, for å gå å hente pårørende på grunn av låste dører, ble det nå mer forutsigbart. Helsepersonellet legger dette frem som noe positivt, nettopp fordi det ble forutsigbart. I tillegg oppgarderte alle informantenes arbeidssted muligheten for å kunne åpne ytterdørene ved hjelp av telefon for å minske påkjønning med å løpe frem og tilbake. Ved å innføre besøkstider og ved å kunne styre dørene fra avdelingene fikk helsepersonellet tilbake noe av forutsigbarheten i hverdagen. Informantene var allikevel klare på at dette var ikke noe de ønsket å ha som en permanent ordning. De ønsket seg tilbake til hverdagen hvor pårørende kan komme og gå som de selv ønsker, uten å måtte avtale tidspunkt. Og ikke minst at det ikke lenger skal foreligge begrensinger på antall besøkende per pasient.

5.5 Informasjonsoverload

Vedlikeholdsomsorg, som Martinsen definerer pasienter ved for eksempel en langtidsavdeling på sykehjem er ikke nødvendigvis preget av hyppige endringer, men er i større grad preget av en stabilitet hvor endring av en pasients tilstand er for eksempel noe som skjer over tid. Mye informasjon kom ut til helsepersonellet i form av papirer, brosjyrer, e-poster og til slutt tekstmeldinger. Helsepersonell opplevde det *vanskelig å henge med når det stadig kom nye regler og retningslinjer*. Helsepersonellet prater om *utfordringer knyttet til informasjonsflyt* og en informasjonsoverload, hvor det var et utfordrende landskap å stadig holde seg oppdatert når det var hyppige endringer. Dette også fordi innen somatisk langtidsavdelinger er det i større grad preget av en stabilitet. Resultatene fra studien viser til å forholde seg til hyppige endringer over tid er en ny situasjon for pleierne. Informantene viste også til hvor varierende det var opp til hver enkelt hvordan de forholdt seg til dette. Og kan også kanskje forklare det å skulle forholde seg til en overveldende følelse av stadige endringer. Dette med informasjonsoverload ble spesielt bemerket fra dem som jobber i mindre stillingsprosenter.

Det var *forskjell på retningslinjer og praksis*. Flere av fokusgruppene forklarer hvordan de laget egne løsninger på hvordan samle og få en mest mulig oversikt over 'siste nytt'. Dette

var noe som ble gjort uoppfordret av helsepersonell på de enkelte enhetene. Noen laget seg en egen 'korona-perm' hvor all koronarelatert informasjon ble samlet. En annen gruppe forteller om en ansatt som jevnlig gikk gjennom sist nytt for å lage kortfattede og oversiktlige punkter som skulle være lettere å sette seg inn i. Dette er også eksempler på tilpasninger som de ansatte gjorde for å håndtere utfordringer og endringer i arbeidet (Hollnagel 2014; Wiig et al., 2020). I likhet med studien fra Sogstad og Skinner (2020) er det også her personalet selv som har stått for flere av tilpasningene og er ikke nødvendigvis tiltak som er kommet fra et ledernivå. I et resiliens perspektiv vil slike tilpasninger være avgjørende for å opprettholde kvalitet i stadig endrede omstendigheter. Det vil alltid forekomme situasjoner hvor ledelse eller myndighetene ikke er i stand til å lage regler som passer alle kontekster (Hollnagel 2014). Informasjonstrykket og det å stadig skulle være oppdatert på 'siste nytt' kom frem som at dette ikke var en utfordring i seg selv. Men med økt stress og tidspress på andre ordinære oppgaver ble dette et tilleggsmoment som opplevdes uoversiktlig, og derfor også lett å nedprioritere.

5.6 Kvalitetsbegrepet

Hva kan vi si om kvaliteten i denne konteksten? Kvalitet innen resiliens i helsetjenesten handler om en evne til å imøtekomme behovene i praksis, hvor tilpasning står sentralt. Helsepersonellet i studien viser til et krysspress, hvor de ofte havner mellom smittevern som et ytre systemkrav og hensynet til å ta vare på de myke dimensjonene. De løser det ved å utføre «trade'offs» for å velge mellom verdiene smittevern og nærhet.

Helsepersonellet er allikevel klare på at de i aller høyeste grad har satt pasientene først, og forsøkt så godt man kan å legge til rette for miljøtiltak sammen med pleie under de restriksjonene som har ligget som føringer.

Studien gir støtte til Martinsen kritiske tenking mot helse- og omsorgssektoren (Martinsen, 2003). Ved at helsepersonellet får andre økte oppgaver som administrative oppgaver, desinfisering, renhold, vasking av klær, blir helsepersonellet i større grad fjernet fra pleien, omsorgen og fra pasienten. Dette er kritiske tanker Martinsen har *uten* at det er en pågående pandemi. Man kan kanskje diskutere om Martinsen tanker om omsorg er for statisk og for lite dynamisk til at man kan sette to streker under svaret. Som Wiig et al. (2020) påpeker; behovet for samarbeid mellom institusjon, pasient og pårørende er

nødvending da det er en relasjon og en tilstand som er i stadig endring. Da med tanke på både endring av pasientens tilstand, og helsetjenester som er i endring.

Omsorgsteorien til Martinsen bruker ikke resiliente begreper eller tilnærminger, og Martinsen er på mange måter imot systematisering og effektivisering av helse- og omsorgstjenesten. I *Omsorg, Sykepleie og Medisin (2003)* kritiserer Martinsen at effektivitet går på bekostning av god omsorg. Det kan her da diskuteres hva man legger i begrepet 'effektivitet'.

Helsedirektoratets definisjon på kvalitet innen helse- og omsorgssektoren er at tjenestene er 'virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017). Wiig et al. (2020) viser til fire kvalitetsdimensjoner i operasjonaliseringen av kvalitetsbegrepet; Klinisk effektivitet, pasientsikkerhet, koordinerte tjenester og brukermedvirkning. Campbell et al. (2000) i likhet med Wiig, vektlegger effektivitet som en faktor for kvalitet. Campbell (2000) gir imidlertid uttrykk for at med 'effektivitet' menes det at hjelpen og omsorgen skal være tilgjengelig og nær. Wiig et al. (2020) bruker begrepet 'klinisk effektivitet', og Helsedirektoratet bruker begrepet 'preget av kontinuitet'. Legger man disse begrepene til grunn, vil en klinisk effektivitet som er preget av kontinuitet, øke kvaliteten på omsorgen og pleien og ikke nødvendigvis gå på bekostning av omsorgen, slik som Martinsen (2003) hevder. God omsorg kan kanskje derfor sees på som et resultat av god kvalitet?

Resultatene viser ikke til effektivitet som begrep, da i likhet med kvalitetsbegrepet er heller ikke 'effektivitet' et begrep helsepersonellet bruker i dagligtalen for å omtale arbeidet de gjør. I denne konteksten hvor Wiig et al. (2020) og Campell et al. (2000) viser til effektivitet, handler det om i konteksten *kvalitet*. I lys av effektivitets begrepet i denne konteksten, viser resultatene at helsepersonellet er opptatt av at de skal være tilgjengelige for pasienten og forsøker med ulike tilpasninger som for eksempel med å 'gå på besøk' til pasientene for å opprettholde en kontinuitet i pleien.

Denne studien tilfører at kvalitet i sykehjem, også består av tilpasninger for å ivareta disse mangfoldige behovene i omsorg og pleie, og at spesielt i konteksten av pandemi-håndtering, er de myke dimensjonene betydningsfulle for å ivareta pasientene, samtidig med smittevern. Slike tilpasninger kan i mindre grad lages til sjekklister, og vil være avhengig av helsepersonellens ekspertise knyttet til både omsorgsrollen og smittevern. Samtidig kan en ikke utelukke at også negative utfall kan forekomme av å prioritere

nærhet, i situasjoner hvor smittevern legges til side for eksempelvis gi en klem.

Tilpasninger kan gi både negative og positive utfall (Hollnagel, 2014).

Smittevernprosedyrer var noe som informantene trakk frem som noe positivt. Både ved at det økte samholdet blant kollegene i avdelingen at flere innebar den samme kompetansen, men også ved at kvaliteten øker i avdelingen. Kvalitetsperspektivet nevnte ikke helsepersonellet selv, men dette blir på sett og vis en konsekvens av den økte opplæringen som helsepersonellet får. En av fokusgruppene nevner at før pandemien hadde ikke avdelingen tidligere hatt noe erfaring fra smittevernutstyr. Fra å kun ha en gul frakk tilgjengelig på lager, og 'ingen' viste hvordan prosedyrene var, var nå mer eller mindre alle drillet på smittevernhåndtering. Dette sammenfatter også med Wiig et al.(2020) hvor de ansatte får bidra og øke sin kompetanse og med det også øker kvaliteten i sin enhet eller avdeling.

5.7 Tilpasninger og resiliens

Resultatene i studien er preget av ulike tilpasninger helsepersonellet gjorde underveis i pandemien. Både for å løse praktiske arbeidsoppgaver som også gikk på verdikonflikter mellom smittevern og omsorg. Det kommer frem eksempler på trening og øvelser som pasienter hadde sammen med logoped. Som følge av påbudet med munnbind, utgikk dette tilbudet. Imidlertid klarte de ansatte å fremskaffe et eget spesialmunnbind som var gjennomskiktig. På denne måten kunne sykehjemmet opprettholde tilbudet om logopedtrening til pasientene som var i behov for denne type tjeneste. Helsepersonellet viste også til andre praktiske tilpasninger de gjorde i jobb sammenheng, at de forsøkte alternative aktiviteter med pasientene. Et eksempel som kom frem var de forsøkte å bruke mer tid på høytlesning sammen med pasientene, men at dette hadde var med varierende hell grunnet munnbindet som ble forklart som en lydtemper. Helsepersonellet hadde i noen av gruppene fortsatt aktivitet inne på avdelingene, men at det ble mindre pasienter per aktivitetsgruppe enn hva man var brukte før pandemien. En av fokusgruppene forteller hvordan de forsøkte å 'gå på besøk' til pasientene, når ikke pårørende kunne og de tilpasset arbeidsoppgaver til hvem som hadde kompetanse på ulike områder. Spesielt nevner helsepersonell at helgene kunne være utfordrende med mindre fagutdannet helsepersonell tilgjengelig. Oppgavene ble da fordelt etter kompetanse, en tilpasning for å sikre kvalitet (Wiig et al. 2020), men førte samtidig til en økt belastning på det helsepersonellene som

var kjent i avdelingen. Ved at de ansatte går med full kapasitet over lengre perioder, kan vise seg å bli skadelig over tid (Berg og Aase 2018). Men det kom også frem av resultatene at helsepersonellet gjorde tilpasninger på fritiden, grunnet deres profesjon. Å jobbe på sykehjem, med pasienter som var i en høyrisiko gruppe for smitte gjorde at helsepersonellet tilpasset privatlivet sitt i større eller mindre grad. Ved å unngå sammenkomster, begrense antall nærkontakter eller ved å foreta seg mindre reiser. Dette var ikke noe helsepersonellet ble fortalt å unngå av arbeidsgiver, utenom de nasjonale føringer som forelå for å redusere smitte. Men de ga uttrykk for at dette var noe de kjente på. I større grad enn hva deres venner og familie gjorde. Dette var noe som informantene følte lå i kortene, at de burde være ekstra forsiktige med tanke på å utsette seg selv for potensiell smitte, for å unngå å ta dette med på jobb. Innen resiliens teorien sees dette på som en trade-off. Hvordan helsepersonellet tilpasser seg i spenningen mellom egne verdier og forventninger fra ytre faktorer (Berg & Aase, 2019; Iflaifel et al., 2020; Wears et al., 2015). Det blir en trade-off når helsepersonellet ofrer eller nedprioriterer egne valg eller ønsker opp mot 'det beste for pasienten'. Dette var et gjennomgående tema for alle fire fokusgruppene: 'smitteangsten'. Hvor bekymret de var for at de skulle ta med seg smitten inn på sykehjemmet. At dette påvirket deres privatliv i større grad.

Dette står i noe motsetning til funn i tidligere forskning (White et al., 2021). Der kommer det frem en større usikkerhet og frykt for å bli smittet på jobb for så ta dette med hjem til sine familier. White et al. (2021) studie er fra spesialisthelsetjenesten, om det er dette som skaper kontrasten eller om det rett og slett er kulturelle forskjeller blant de ulike landene om hvordan man har valgt å bygge opp helsetjenestene som skaper forskjellene og den ulike usikkerheten hos helsepersonellet. Sammenlignet med andre land på verdensbasis har Norge hatt et relativt lavt smittetrykk. Med det har ikke Norge opplevd det samme trykket på helsetjenestene andre mer pressede land har kjent på, og kan derfor også virke utslagsgivende på dette. Arbeidsstedene til informantene har heller ikke opplevd større utbrudd og kan også være en forklaring. Grunnet denne frykten for å ta med seg smitte inn på arbeidsplassen ga flere av informantene uttrykk for at de valgte bort sosiale aktiviteter på fritiden. Både i form av sammenkomster med venner eller familie, eller praktiske gjøremål som hvor de gjorde innkjøp. De uttrykker at de føler at de har ofret mer enn andre yrkesgrupper, fordi de jobber med en sårbar pasientgruppe, hvor konsekvensene kan bli alvorlige hvis det skulle komme smitte inn på avdelingene. Ikke kun frykt knyttet til pasientene, men også at det kunne føre til fravær i en allerede presset situasjon for

sykehjemmene når de hadde begrenset personal å bruke til innleie av ekstravakter. For at helsepersonellet skal tåle denne typen påkjenninger over lengre tid, er det helt avgjørende med resiliens strategier. Imidlertid gir flere av informantene uttrykk for at de begynner å bli slitne. Slitne av hyppige endringer og usikkerhet. Og slitne av å jobbe flere ekstravakter enn vanlig, grunnet restriksjoner for bruk av personell som jobber ved flere institusjoner. Funnene i tidligere forskning viser under Covid-19 pandemien er helsepersonell som yrkesgruppe i risiko for både stress, angst, depresjon og generell utbrenthet (Gilan et al., 2020; Sarabia-Cobo et al., 2021; White et al., 2021). Molvik et al. (2020) viser i sin studie til at helsepersonell er i økt risiko for å få smitte, så bekymringene er nødvendigvis ikke helt grunnløse. Derimot viser Molvik til at det ikke nødvendigvis er grunnet arbeidet denne yrkesgruppen er mest representert, men fordi helsepersonell er en heterogen gruppe som jobber tett sammen, med mange ytre faktorer.

5.7.1 Tilpasninger for å løse verdikonflikter

Tilpasninger for å løse mål og verdikonflikter er utfra resultatene i studien den mest gjengående resiliente strategien helsepersonellet anvendte. Eksempelet med klemmen nevnt ovenfor, demente som vandrer rundt på sykehjemmet tross anbefalinger om å ikke blande pasient- eller personalgrupper. Covid-testen som blir tatt av en terminal pasient i palliativ fase. Dette er eksempler på trade-offs som helsepersonellet gjorde. De gjorde seg opp vurderinger om hvilke kompromisser man kan gjøre opp mot ulike verdier. I eksempelet med Covid-testen av den terminale pasienten velger pleieren å utføre testen. Hun veide opp verdiene hun sto mellom, men valgte å teste grunnet 'what if'? Berg et al. (2020) beskriver dette i sin studie som en adaptiv kapasitet som helsepersonell anvender. Lignende eksempler kom frem i flere av fokusgruppene; Helsepersonellet som observerte at for noen pasienter ble sorgen for stor, og fikk derfor tilrettelagt for besøk for enkelte pasienter selv om retningslinjene sa det motsatte. Berg et al. (2020) og Ellis et al. (2017) støtter opp om at det ikke finnes en 'one-size-fits-all' praksis på hvordan omsorg og praksis skal gis, og at det er behovet for tilpasning til hver enkelt pasient som er avgjørende for å gi omsorg av høy kvalitet. Imidlertid stilte dette også helsepersonellet i et etisk dilemma, hvorfor man kun tilrettela for enkelt pasienter, og gjerne dem som i størst grad kunne gi uttrykk for dette. Helsepersonellet bekreftet at dette i større grad gjaldt pasienter som gjerne ikke der den 'typiske sykehjems pasient' og som gjerne kan uttrykke ønsker i større grad enn andre sykehjemspasienter. I følge Ellis et al. (2017) er nettopp tilpasninger nødvendige for å sikre at omsorgen blir individtilpasset, noe som også kan

forsvare besøk til kun enkelte. Teorien viser også til at når ansatte mangler samsvar mellom oppgaver og ressurser, er det her de tillater seg å ta snarveier, gjøre tilpasninger og på denne måten også skape innovasjon. I tilfellet med tilrettelagt besøk, fikk helsepersonellet gjennom egen tilpasning skapt individuell omsorg og anvendt pårørende som en ressurs, en ressurs de gjerne selv ikke hadde kapasitet til på gjeldene tidspunkt.

5.7.2 Tilpasninger for å imøtekomme spennet mellom omsorg og smittevern

Under denne pandemien har helsearbeiderne jobbet i et stadig spenn mellom verdier innen omsorg og et regelstyrt hensyn til smittevern. Dette blir nok også forklaringer på hvordan og hvorfor ulike trade-offs ble gjort. Helsepersonellet forteller om hvordan de har 'lukket øynene' for at pårørende skal gi pasienter klem og nærhet, lukket øynene for munnbind som sitter under haka, eller lukket øynene for antall besøkende.

Bygningsmessige forhold blir fremhevet og er som et gjennomgående tema av flere av fokusgruppene. Dette sees på noe som skaper utfordringer med tanke på praktisk gjennomførelse av smitteverntiltak. Spesielt personalområder som garderobe kommer frem. Informantene føler at det oppleves som 'dobbeltmoral'. Smitteverntiltakene skal overholdes på avdelingene, men at det ikke lar seg gjøre i for eksempel personalgarderoben. Helsepersonellet oppgir at flere av tiltakene derfor oppleves som at det er 'for syns skyld'. Strukturelle forhold som skaper disse begrensingene, kan være årsaken til at helsepersonellet her ikke oppgir noen form for tilpasning i denne situasjonen. De kjenner på en skam og en dobbeltmoral som de på mange måter må akseptere. Bygningsmessige forhold kommer også frem Jacobsen et al. (2021) som en utfordring for de ansatte, og som bør tas med i vurdering av videre planlegging hvis lignende hendelser skulle skje igjen. Vaktrommene kommer også frem som en strukturell faktor. Personalgruppen får ikke være samlet under rapport som gis fra et skift til et annet, og pauseavvikling om må forgå sammen med pasientene i fellesarealene.

5.7.3 Tilpasninger, kan det også gå galt?

Innen resiliens tenkning anses tilpasninger som nødvendig for å sikre kvalitet og sikkerhet under varierende forhold i praksis, men både Hollnagel (2014), Berg og Aase (2019), Wiig et al. (2020) og Anderson et al. (2020) viser til at tilpasninger kan ha både gode og dårlige utfall. Med dette mener forskerne at tilpasninger er også årsaken til at det noen ganger går galt, eller at tilpasninger som gir mening på lokalt nivå kan få negative konsekvenser eller ringvirkninger lengre opp i systemet eller organisasjonen (Berg et al., 2018). Eksempelet hvor pleieren ikke sier nei til en pasient som ønsker en klem: Pleieren vet at pasienten er i

behov for nærhet og omsorg, og gjør seg opp en refleksjon om dette. Pleieren velger å gir pasienten en klem. Selv om dette bryter med smittevernregler, så er det verdiene som omsorg og verdighet som veier opp for avgjørelsen, hun gjør en trade-off, og vektlegger her de myke dimensjonene. At det vil føles som en for stor avvisning for pasienten hvis hun sier nei. Under 'normale' omstendigheter kan det tenkes at pleieren hadde hatt lettere for å si 'nei' hvis hun kjente at det ikke føltes riktig å gi den klemmen. Men i dette tilfellet reflekterte pleieren over hvor underernærte pasientene var på nærhet og hvor kontaktsøkende enkelte var. Hvis man tenker et 'worst case' utfall, og enten pasienten eller pleieren hadde hatt Covid smitte uten å vite om det, er dette et eksempel på en tilpassing som kunne fått et dårlig utfall. Ikke bare bryter det med hensynet til smittevernet, men pasienten er også i en høyrisikogruppe for smitte og dermed kunne dette ført til fatale konsekvenser. Dette gir et godt eksempel på empirien fra Berg et al. (2018), at noe som gir mening lokalt, kan gi helt andre konsekvenser en annen plass i organisasjonen. Samtidig viser dette eksempelet til krysspresset som helsepersonellet har blitt stående i, den stadige balansen mellom ytre systemkrav og kapasitet. Uenigheten mellom helsepersonellet om hvor nær de skal være pasientene gir et godt eksempel på trade-off i praksis, og hvordan dette opereres under individuelle kognitive strategier. Mens en pleier velger å bevisst bruke mer taktil tilnærming i form av styrking eller å holde på pasientene, velger andre å klemme. Begge har sine argumenter på hvorfor de handler som de gjør. CARE-modellen til Anderson et al. (2020) visualiserer dette forholdet. Ved uforutsette hendelser, manglende utstyr, krav fra pasienter kan det oppstå en manglende balanse mellom krav og kapasitet. Det er her behovet for tilpasninger skjer. Anderson bruker begrepene 'Work as imagined', 'work as done' og 'outcome'. Tilpasningene skjer under 'work as done', og resultatet kan få et bra eller dårlig utfall. Tilpasninger kan på andre siden gi økte muligheter for innovasjon og for å øke effektiviteten og kvaliteten (Anderson et al., 2020).

5.8 Metodiske begrensninger og refleksjoner

Resultatene fra studien sier noe om hvordan helsepersonell ved norske sykehjem har erfart å arbeide under Covid-19 pandemien. Resultatene er knyttet opp mot resiliens som en strategi på kognitivt individuelt nivå ved å hente inn helsepersonells erfaringer med praksis. Studien kan ikke si noe om denne praksisen er god eller dårlig, eller konsekvenser på sikt av helsepersonellens tilpasninger. Videre studier kan ha nytte av å studere ledelsens erfaringer, og også trekke inn pårørendes perspektiv. Dette fordi innen resiliens kan det

vise seg at tilpasninger som gir mening på lokale nivå, ikke nødvendigvis gir gode utfall for høyere nivåer (meso, macro) nivåer (Berg et al., 2018). Ved å studere ledelse og ved å trekke inn pårørendes perspektiv, vil man i større grad få et helhetlig bilde av erfaringer og tilpasninger med pandemien i både sykehjem, ledelsen og pårørendes perspektiv. Da ledere og pårørende ikke er representert i denne studien, er det kun utsagnene til helsepersonellet som det tas høyde for under diskusjonen.

Studien er også gjort på et tidspunkt hvor helsepersonellet har arbeidet allerede ett år under restriksjoner. De forklarer at de nå opplever at arbeidsplassen har landet i nye rutiner, hvor dette er nå den nye hverdagen. Resultatene fra studien vil derfor påvirkes fra når i pandemien helsepersonellens erfaringer kommer frem. Hadde denne studien blitt utført på et tidligere tidspunkt i pandemien, kan det vurderes til at resultatene ville sett annerledes ut i form av økende usikkerhet blant helsepersonellet, og frustrasjon og redsel. Informantene bekreftet dette i datainnsamlingen hvor de i starten ikke visste verken omfang eller hvilke konsekvenser dette ville ha for dem i arbeidssammenheng, og at arbeidshverdagen i større grad var preget av negativitet og at dette endret seg høsten 2020. Informantene er i hovedsak også en relativt homogen gruppe i forhold til alder, som på sin side også kan påvirke datamaterialet.

Studien vil også ha sine begrensinger grunnet 'a novice researcher'. Med en økt tyngde innen forskningsfeltet, hadde gjerne studien også klart å fange opp en større del av datamaterialet med en større bruk av for eksempel støttespørsmål. Og i større grad klare å fange opp nyanser. Også ved at intervjuguiden ble endret etter andre fokusgruppe, sees også på som en begrensing – hvor jeg som forsker undrer på hvilke andre utfall studien hadde fått om også fokusgruppe 1 og 2 hadde fått den reviderte utgaven av intervjuguiden.

Studien avdekker at helsepersonellet i flere situasjoner anvender resiliens som en strategi, uten at de nødvendigvis selv er klar over dette selv. Dette kom spesielt til syne i tilfeller hvor de så at pasientene ble sårbare og lidende som følge av restriksjonene som forelå. Resultatene viser at tilfelle hvor helsepersonellet anvendte resiliente strategier var opp mot å bedre kvaliteten på omsorgen, ikke nødvendigvis for å bedre egen arbeidshverdag. 'Taus kunnskap' kan være et begrep å benytte i denne sammenhengen. Hvis helsepersonellet i større grad hadde vært bevisst bruken av resiliens, hadde kanskje tiltakene og strategiene deres vært mer systematiske og ikke like tilfeldige. Informantene ga uttrykk for i intervjuene at det var en tilfeldig bruk av tilpasninger og at dette 'er bare noe man gjør'.

Det å forske på resiliens innen helsetjenesten har vist seg å være et krevende forskningsfelt å bevege seg i. Nettopp fordi dette fortsatt er et forskningsfelt som er under utarbeidelse av å få en operasjonalisering og et felles rammeverk som ikke utelukker det til å kun handle om individuelle kognitive strategier. Det er allikevel et forskningsfelt som innen helse- og omsorgssektoren for meg, gir mye mening, nettopp fordi 'one size don't fits all'.

5.9 Implikasjoner for videre forskning og praksis

Studien som en kvalitativ studie kan heller generaliseres til å gjelde alle sykehjem i Norge, men det kan allikevel trekkes visse analytiske generaliseringer som kan ha implikasjoner for videre forskning på pandemihåndtering i sykehjem.

For det første finner studien at helsepersonell opplever mye bekymringer knyttet til smitteangst, som ikke kommer frem i studien av Jacobsen et al. (2021). Her fremkommer betydningen av sosial støtte som sentralt for helsepersonells kapasitet til å stå i press over tid. Sosial støtte kan tenkes vil være en viktig faktor for sykehjemmene og kommunehelsetjenestens pandemihåndtering. I et resiliens perspektiv er det nødvendig å ivareta helsepersonellens adaptive kapasitet, og da er sosial støtte helt grunnleggende for å ivareta helsepersonellet. Tidligere forskning viser at helsepersonell er en utsatt gruppe for psykiske påkjenninger (Gilan et al., 2020; Juvet et al., 2021; Sarabia-Cobo et al., 2021; White et al., 2021). Ved å ivareta helsepersonellens behov i form av for eksempel emosjonell og psykologisk støtte, sørger man samtidig for å opprettholde god kvalitet på helsetjenestene.

For det andre: Studien fra blant annet Jacobsen et al. (2021) viser at sykehjemspasienter ble ekstra sårbare under besøksrestriksjonene. Noe som informantene i denne studien også bekrefter. Skulle det oppstå lignende situasjoner igjen, så ville det være hensiktsmessig å se ytterligere på hvilke tilpasninger man kan gjøre for ulike pasientgrupper for å ivareta god og høy kvalitet på omsorgen samtidig som hensynet til smittevernet opprettholdes. Tidligere forskning viser til hvordan institusjoner som sykehjem og sykehus kan i større grad inkludere pårørende i behandlingen og tjenester og med dette øke resiliens for både individer og på et organisatorisk nivå. Denne pandemien har for mange yrkesgrupper, og kanskje spesielt for helse- og omsorgssektoren fungert som en 'lesson learned'. Det er da viktig at vi ser hva forskning og empiri viser for å forberede og sette resurser i beredskap hvis det skulle bli behov ved lignende tilfeller igjen. Ikke å begrense forskning til hva som

har gått galt, eller hva som kunne blitt gjort annerledes – men ved å også se på hva som har fungert bra, hvilke tilpasninger ble gjort som viste seg å være produktive. Innen resiliens er dette minst en like stor lærdom, om ikke større, en å utelukkende se på feil og mangler. Som et eksempel: Rask informasjonsflyt ut til ansatte ved sykehjemmene og til pårørende ved endringer i anbefalinger og regelverk. I resultatene viste bruk av tekstmeldinger som et gjennomgående positivt tiltak ved de fire fokusgruppene.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å se på erfaringene helsepersonell opplevde ved å jobbe i sykehjem under Covid-19 pandemien 2020-2021. Resultatene viser at helsepersonellet benytter flere strategier innen resiliens uten å nødvendigvis være klar over dette selv. Helsepersonellet viser til utfordringer og tilpasninger som de gjorde ved sine enheter og avdelinger. Noen tilpasninger større en andre. For eksempel hvordan helsepersonellet har gjort tilpasninger på fritiden for å i størst grad skjerme og beskytte pasientene. Funnene i sin helhet kan tyde på at for å ivareta denne adaptive kapasiteten, så er helsepersonellet avhengige av den sosiale støtte som buffer. Dette viser seg i form av leder støtte og støtte og samhold blant kollegaer. Dette kommer frem i funnene som noe essensielt for å håndtere nye uoversiktlige og ukjente oppgaver. Disse tilpasningene som helsepersonellet har gjort, har ført til ‘trade-offs’ som er en annen viktig strategi innen resiliens. Funnene viste at trade-offs ble anvendt som strategi blant helsepersonellet for å løse verdikonflikter i spennet mellom å opprettholde god kvalitet på omsorgen og hensynet til smittevernet.

Funnene fra studien vise at helsepersonellet har en kompetanse og en selvstendighet til å ta vurderinger og til å gjøre disse egne tilpasningene. Men det er viktig at det kommer frem at driften av sykehjem kan derimot ikke utelukkende lene seg på helsepersonellens egne resiliens strategier. Resiliens er noe som bør styrkes i hele organisasjonen for å sikre god og jevn kvalitet i helsetjenestene. Helsepersonellet har en viktig rolle i det å videreformidle erfaringer og utfordringer. Dette er med på å sikre organisatorisk læring og er med det med på utvikling av både tjenester og praksis.

7 Referanser

- Aase, I., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Ullebust, B., Holen-Rabbersvik, E., Thomsen, L. H., Schibeavaag, L., van de Bovenkamp, H., & Wiig, S. (2021). Talking about quality: How ‘quality’ is conceptualized in nursing homes and homecare. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 104.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06104-0>
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Macrae, C., & Wiig, S. (2020). Defining adaptive capacity in healthcare: A new framework for researching resilient performance. *Applied Ergonomics*, *87*, 103111. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103111>
- Berg, S. H., & Aase, K. (2019). Resilient Characteristics as Described in Empirical Studies on Health Care. In S. Wiig & B. Fahlbruch (Eds.), *Exploring Resilience* (pp. 79–87). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03189-3_10
- Berg, S. H., Akerjordet, K., Ekstedt, M., & Aase, K. (2018). Methodological strategies in resilient health care studies: An integrative review. *Safety Science*, *110*, 300–312.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.08.025>
- Boge, J., Martinsen, K., & Kristoffersen, K. (2009). Politikk styrer sjukepleiefaget. *Sykepleien*, *15*, 54–57. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0115>
- Braithwaite, J., Clay-Williams, R., Nugus, P., & Plumb, J. (2013). Health care as a complex adaptive system. In E. Hollnagel, J. Braithwaite, & R. L. Wears (Eds.), *Resilient health care* (pp. 57–73). Ashgate.
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: Turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, *27*(5), 418–420. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063>

- Brice, R. (n.d.). CASP CHECKLISTS. *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*.
Retrieved May 18, 2021, from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, *51*(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2020). Balancing Governance Capacity and Legitimacy: How the Norwegian Government Handled the COVID -19 Crisis as a High Performer. *Public Administration Review*, *80*(5), 774–779.
<https://doi.org/10.1111/puar.13241>
- Corpora, M., Kelley, M., Kasler, K., Heppner, A., Van Haitsma, K., & Abbott, K. M. (2021). “It’s Been a Whole New World”: Staff Perceptions of Implementing a Person-Centered Communication Intervention During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Gerontological Nursing*, *47*(5), 9–13. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210407-03>
- Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A., & Storm, M. (2015). An observational study of older patients’ participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(11–12), 1693–1706.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
- Ellis, L. A., Churruca, K., & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: What can be learned? *International Journal of Mental Health Systems*, *11*(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0150-6>
- Ellis, L. A., Churruca, K., Clay-Williams, R., Pomare, C., Austin, E. E., Long, J. C., Grødahl, A., & Braithwaite, J. (2019). Patterns of resilience: A scoping review and bibliometric analysis of resilient health care. *Safety Science*, *118*, 241–257.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.044>

- Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S. P., & O'Neill, D. (2020). COVID-19 in nursing homes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(6), 391–392.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa136>
- FHI. (n.d.). *Risikogrupper og deres pårørende—FHI*. Retrieved April 21, 2021, from <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/risikogrupper/#grupper-moderat-hoey-risiko>
- FHI. (2019). *Lovverk og smittevern*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/lovverk-og-smittevern/>
- Gilan, D., Röthke, N., Blessin, M., Kunzler, A., Stoffers-Winterling, J., Müssig, M., Yuen, K. S. L., Tüscher, O., Thrul, J., Kreuter, F., Sprengholz, P., Betsch, C., Stieglitz, R. D., & Lieb, K. (2020). Psych morbidity, Resilience, and Exacerbating and Protective Factors During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Deutsches Ärzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0625>
- Helsedirektoratet. (2017). *Formål og virkeområde*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade>
- Helsedirektoratet. (2018). *De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sårbare grupper og lindrende behandling*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og->

krisehandtering/koronavirus/prioriteringsrad-til-sykehjem-og-hjemmebaserte-tjenester-covid-19/sarbare-grupper-og-lindrende-behandling

Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and safety-II: The past and future of safety management*.

Ashgate Publishing Company.

Hollnagel, E., Braithwaite, J., & Wears, R. L. (Eds.). (2013). Preface: In the Need for Resilience in Health Care. In *Resilient health care* (pp. xix–xxvi). Ashgate.

Huang, H., Xie, Y., Chen, Z., Xiao, M., Cao, S., Mi, J., Yu, X., & Zhao, Q. (2020).

Nursing Home in the COVID-19 Outbreak : Challenge, Recovery, and Resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 646–650.

<https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1787576>

Iacobucci, G. (2020). Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1280>

Iflaifel, M., Lim, R. H., Ryan, K., & Crowley, C. (2020). Resilient Health Care: A systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience. *BMC Health Services Research*, 20(1), 324.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05208-3>

Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G., & Aasmul, I. (2021). Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem. *Sentert for Omsorgsforskning*, 01/2021, 146.

Juvet, T. M., Corbaz-Kurth, S., Roos, P., Benzakour, L., Cereghetti, S., Moullec, G., Suard, J.-C., Vieux, L., Wozniak, H., Pralong, J. A., & Weissbrodt, R. (2021). Adapting to the unexpected: Problematic work situations and resilience strategies in healthcare institutions during the COVID-19 pandemic's first wave. *Safety Science*, 139, 105277. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105277>

- Kirkevold, M. (2020). Sykepleieteori. In *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kittang, B. R., Hofacker, S. von, Solheim, S. P., Krüger, K., Løland, K. K., & Jansen, K. (2020). Utbrudd av covid-19 ved tre sykehjem i Bergen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0405>
- Kluge, H. H. P. (2020, April). *Supporting older people during the COVID-19 pandemic is everyone's business*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing trustworthiness. In *Naturalistic inquiry* (pp. 289–327). Sage Publications.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Universitetsforlaget.
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen* (2021:6). Statsministerens kontor.
- O'Hara, J. K., Aase, K., & Waring, J. (2019). Scaffolding our systems? Patients and families 'reaching in' as a source of healthcare resilience. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 3–6. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008216>
- omsorgsdepartementet, H. (2014, October 23). *Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa* [Plan]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/>
- omsorgsdepartementet, H. (2018, January 1). *Nasjonal helseberedskapsplan* [Plan]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/>
- omsorgsdepartementet, H. (2020, March 15). *Regjeringen kan forby opphold på fritidseiendommer og fastsetter tydelige regler for karantene og isolasjon. Reglene om karantene for personer som kommer fra utlandet er også endret* [Nyhet]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-kan-forby-opphold-pa-fritidseiendommer-og-fastsetter-tydelige-regler-for-karantene-og-isolasjon/id2693647/>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189–1208.
- regjeringen.no. (2020, April 24). *Regjeringen oppnevner Koronakommisjon* [Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-oppnevner-koronakommisjon/id2699476/>

Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., Lorena, P. de, Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández-Rodríguez, A., & Alconero-Camarero, A. R. (2021). Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 869–878.

<https://doi.org/10.1111/jan.14626>

Sogstad, M., & Skinner, M. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 6(02), 137–153. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10>

Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14(2).

<https://doi.org/10.5334/ijic.1194>

Wears, R. L., Shubert, C. C., & Hunte, G. S. (2015). Individual-collective Trade-offs: Implications for resilience. In R. L. Wears, E. Hollnagel, & J. Braithwaite (Eds.), *The resilience of everyday clinical work* (pp. 75–86).

<http://www.myilibrary.com?id=996441>

White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199–203.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>

WHO COVID-19 Dashboard. (n.d.). Retrieved April 29, 2020, from

<https://covid19.who.int/>

Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E., & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20(1), 330.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>

Vedlegg 1:

Vil du delta i forskningsprosjektet *«Hvordan erfarte ansatte i norske sykehjem håndteringen av Covid-19 pandemien i deres enhet»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke ansattes erfaringer med håndteringen av Covid-19-pandemien i norske sykehjem. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Utbruddet av Covid-19 pandemien våren 2020 førte til en stor omstilling i norske helsetjenester. Institusjoner som sykehjem måtte raskt endre rutiner for å unngå smittespredning blant ansatte, men også for å beskytte pasienter. Denne studien vil undersøke ansattes erfaringer med håndteringen av pandemien i norske sykehjem. Studiens resultater vil bidra til økt kunnskap om utfordringer helsepersonell sto ovenfor og hvilke tilpasninger og justeringer de gjorde, samt utvikling av eventuelle nye arbeidsmåter og innovative løsninger. Studien vil kunne gi eksempler på hvordan tilpasningene fungerte, og hva man bør ta med seg i videre beredskapsplaner for fremtiden. Det vil bli gjennomført tre fokusgruppe intervju ved to ulike sykehjem med 5-7 deltakere i hver gruppe.

Dette forskningsprosjektet er en studentoppgave knyttet til Master i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Mari Elise Almås (student) og Eline Ree (veileder og postdoktor ved UIS) er ansvarlig for prosjektet. Eline Ree er tilknyttet SHARE senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten ved Universitetet i Stavanger.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du er ansatt på sykehjemmet som enten sykepleier eller helsefagarbeider. Du har derfor jobbet tett på de utfordringene som kom, og har derfor viktige erfaringer og kunnskap om håndteringen av COVID-19 pandemien i sykehjem.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du må sette av ca. 60-90 minutter for et gruppeintervju hvor dere får spørsmål knyttet til deres erfaringer med håndteringen av COVID-19 pandemien. Intervjuene vil gjennomføres på deres arbeidsplass og vil derfor ikke innebære reisevirksomhet. Dersom det av smittevern hensyn ikke la seg gjennomføre

med gruppeintervju vil disse bli erstattet med individuelle telefonintervju på ca 30-45 min varighet. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er aidentifisert.

Det er kun prosjektansvarlig veileder sammen med student vil ha tilgang til materialet fra intervjuene. Lydbåndopptakene vil bli overført til en datamaskin og slettes like etter at intervjuet er transkribert. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene fra studien publiseres. Dato for prosjektslutt og anonymisering av alt datamaterialet er 30.12.2021.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er 30.12.2021.

Lyddopptakene vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger Helsevitenskapelige Fakultet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Mari Elise Almås (student) Tlf: 93268156, e-post: mari.elise.almas@stud.uis.no
- Universitetet i Stavanger ved Postdoktor Eline Ree, e-post: eline.ree@uis.no
- Vårt personvernombud: For Universitetet i Stavanger: e-post: personvernombud@uis.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Eline Ree
(Forsker/veileder)

Mari Elise Almås
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan erfarte ansatte i norske sykehjem håndteringen av Covid-19 pandemien i deres enhet?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2:

Intervjuguide

- Kan dere fortelle litt om hva dere husker tilbake til mars i fjor?
- Kan dere fortelle litt om hvilke erfaringer dere har hatt på sykehjemmet relatert til pandemien? (har det vært smitte blant pasienter eller ansatte? Har det vært ansatte i karantene?)
- Kan dere fortelle litt om hvordan dere som ansatte ble ivaretatt eller utfordret? (for eksempel informasjon)
- Ble det laget noen innovative løsninger hos dere? Tenker enten for dere eller for pasientene? (Skype, telefon, nye arbeidsprosesser – Hvis nye ideer, hvor kom ideen fra?)
- Kan dere beskrive hva dere har opplevd som utfordrende i denne tiden?
- Kan dere fortelle hva dere har opplevd som suksessfaktorer? (hva har fungert og hvorfor? Kapasitet til tilpasninger, kommunikasjon, informasjon)
- Kan dere fortelle om det har vært situasjoner hvor dere har fått positive opplevelser? (faglig påfyll, økt samhold blant ansatte?)
- Hvis det skulle komme en ny pandemi igjen, hva tenker dere er viktig (da med tanke på jobben dere gjør)
- Kan dere gi eksempler på hvordan dette kan ha styrket dere som helsepersonell? (mestring?)
- Har dere noen tanker til slutt som dere vil dele om noe vi evt ikke har vært inne på?

Vedlegg 3:

Analyselogg:

Problemstilling: Hvordan erfarte ansatte i norske sykehjem håndteringen av Covid-19 pandemien i deres enhet?

Foreløpig tema Mari:

- Motsridende regler (nå var dette lov, men ikke dette.....)
- Bekymring for smitte beboere (går utover kvalitet for de ansattes privatliv)
- Bekymring for beboere (isolasjon, restriksjoner) «Feels like we are killing the residents with the cure [the isolation]
- Økt arbeidsmengde (mange små ekstraoppgaver som til sammen blir mye, telefoner, desinfeksjon, vasking av klær, hente pårørende)
- Teamwork (stolthet av hvordan de ansatte har jobbet sammen, ledelse og kommunikasjon)

Foreløpig tema Eline:

1. Kvaliteten på omsorgen blir påvirket da de eldre blir isolert og uttrykker ensomhet og at de ikke forstår hvorfor ting endres
 - De myke dimensjonene ved kvalitet
 - Tilpasninger og kompensering
2. Det er vanskelig å henge med når det hele tiden kommer nye regler og retningslinjer
 - Nye prosedyrer
 - Informasjonsflyt og -deling
 - Kursing og praktiske øvelser
3. Utfordrende å ha god kontakt med pårørende og hele tiden videreformidle nye regler som ofte ikke blir forstått
 - Mister samarbeidet og overtar pårørendes oppgaver
 - Utfordringer knyttet til besøk
4. Ansatte opplever økt samhold som følge av pandemien og at de drar lasset sammen

- På tvers av og innad i avdelinger
- Betydningen av tilstedeværende og tilgjengelig leder og godt arbeidsmiljø

Vi forhandler kodegrupper

- Bekymring for smitte beboere (går utover kvalitet for de ansattes privatliv)
- Det er vanskelig å henge med når det hele tiden kommer nye regler og retningslinjer
 - Nye prosedyrer
 - Informasjonsflyt og -deling
 - Kursing og praktiske øvelser
 - Motstridende regler
- Kvaliteten på omsorgen blir påvirket da de eldre blir isolert og uttrykker ensomhet og at de ikke forstår hvorfor ting endres
 - De myke dimensjonene ved kvalitet
 - Tilpasninger og kompensering
 - Bekymring for beboere (isolasjon, restriksjoner)
- Ansatte opplever økt samhold som følge av pandemien og at de drar lasset sammen
 - På tvers av og innad i avdelinger
 - Betydningen av tilstedeværende og tilgjengelig leder og godt arbeidsmiljø
- Utfordrende å ha god kontakt med pårørende og hele tiden videreformidle nye regler som ofte ikke blir forstått
 - Mister samarbeidet og overtar pårørendes oppgaver
 - Utfordringer knyttet til besøk

Foreløpig justering av problemstilling grunnet innhold av datamaterialet: Hvordan erfarte ansatte i norske sykehjem håndteringen av Covid-19 pandemien i deres enhet

- Hvordan opplevde/erfarte ansatte i norske sykehjem at Covid-19 pandemien påvirket dem og brukerne i deres enhet?

- Hvordan opplevde/erfarte ansatte i norske sykehjem at Covid-19 pandemien påvirket kvaliteten på omsorgen i deres enhet?
- Helsepersonellets erfaringer med arbeid i sykehjem under Covid-19 pandemien: En fokusgruppe studie

Vedlegg 4: NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Hvordan erfarte ansatte i norske sykehjem håndteringen av Covid-19 pandemien i deres enhet?

Referansenummer

447914

Registrert

25.08.2020 av Mari Elise Almås - me.almas@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Eline Ree, eline.ree@uis.no, tlf: 90042792

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mari Elise Almås, marielisee@gmail.com, tlf: 93268156

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.12.2021

Status

16.09.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

16.09.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.09.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)