

2020:01213 - Åpen

Rapport

Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien

Fra mars - oktober 2020

Forfattere

Line Melby, Kristin Thaulow, Eva Lassemo og Solveig Osborg Ose



Rapport

Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien

Fra mars - oktober 2020

EMNEORD:Sykepleie
Covid-19
Koronavirus
Beredskap
Smittevern
Arbeidsforhold
Bemanning
Omdisponering
Pasientbehandling
Pårørende
Sykepleieledelse
Studenter i praksis
Digitalisering**VERSION**

1.1

DATO

2020-11-30

FORFATTERE

Line Melby, Kristin Thaulow, Eva Lassemo og Solveig Osborg Ose

OPPDRAUGSGIVER

Norsk sykepleierforbund (NSF)

OPPDRAUGSGIVERS REF.

Merete Lyngstad

PROSJEKTNR

102023284

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

348

SAMMENDRAG

I studien har vi undersøkt sykepleieres erfaringer med den første fasen av koronapandemien, samt konsekvensene for pasienter, brukere og pårørende, slik sykepleierne har erfart det. Datagrunnlaget er en nasjonal kartlegging (spørreskjema-undersøkelse) til alle medlemmer i NSF. Totalt 35143 sykepleiere har besvart undersøkelsen. Videre har vi intervjuet 35 sykepleiere innenfor tre case: sykepleiere som har jobbet med alvorlig syke og døende, sykepleiere som har vært omdisponert og sykepleierledere.

Mest sentrale funn: sykepleiere som har vært i arbeid under pandemien har tatt mye ansvar og jobbet mer enn vanlig, på nye steder og med nye oppgaver. Mange sykepleiere har erfart mangel på smittevernutstyr og har jobbet uten nødvendig utstyr i smittesituasjoner. Flere sykepleiere har blitt smittet av koronavirus enn befolkningen generelt. Pasienter/brukere og pårørende har, ifølge sykepleierne, merket alvorlige konsekvenser av pandemien. Nedstengte tjenester og frykt for smitte har ført til at mange har fått for lite tjenester eller har takket nei til tjenester. Generelt har sykepleiere som har jobbet under pandemien opplevd økt belastning på arbeidsplassen og redusert jobbtilfredshet. Mange har vært redde for å bli smittet og bringe smitte videre, og har følgelig også opplevd store begrensninger i familieliv – og i privatlivet ellers. Sykepleierlederne har hatt lange arbeidsdager og måttet håndtere mange utfordrende situasjoner. Også sykepleierstudentene har merket konsekvenser av pandemien. De har hatt endringer i praksis og reduserte læringsmuligheter.

UTARBEIDET AV

Line Melby

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR**RAPPORTNR**

2020:01213

ISBN

978-82-14-06442-1

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1	2020-11-15	Gjennomarbeidet versjon
1.1	2020-11-30	Kommentarer innarbeidet

Forord

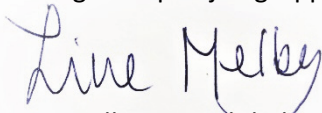
I denne rapporten presenterer vi funn fra studien om sykepleieres erfaringer med koronapandemien som Sintef har utført på oppdrag av Norsk sykepleierforbund (NSF). Prosjektet har pågått i perioden juni-november 2020. Det har følgelig vært et dagsaktuelt prosjekt, som har pågått mens vi ennå ikke vet det endelige utfallet av pandemien, ei heller hvordan de endelige erfaringene blant befolkningen generelt og sykepleiere spesielt blir. Studiens funn må derfor forstås som et snapshot av erfaringene på det tidspunktet data ble samlet inn, mellom august og oktober 2020. Datagrunnlaget i prosjektet er innhentet gjennom en nasjonal kartlegging der alle medlemmene i NSF ble invitert til å delta. Vi har også intervjuet noen strategisk utvalgte grupper av informanter.

Vi vil rette en takk til de personene i NSF som særlig har bistått oss i gjennomføringen av prosjektet. Merete Lyngstad har vært vår kontaktperson for oppdraget. Hun har også deltatt i referansegruppa sammen med Bjørn Lydersen, Nina-Merete Kristiansen og Hedda Kirstine Mellingen. Videre har Kari Elisabeth Bugge og Ine Myren Nesbø gitt innspill. Faggruppeleder Paula Lykke, faggruppe for intensivsykepleiere, Espen Gade Rolland, faggruppe for psykisk helse og rus, Ann Karin Swang, faggruppe for helsesykepleiere, Jan Erik Nilsen, faggruppe for sykepleieledere og Tor Engevik, faggruppe for geriatri og demens har alle bistått i å rekruttere informanter. Takk for all hjelp og godt samarbeid!

Sist, men ikke minst vil vi takke alle de sykepleierne som har brukt av sin tid på å svare på den nasjonale kartleggingen og de som har stilt opp på intervju og delt sine historier. Vårt håp er at studien har frembrakt kunnskap som er nyttig og brukbar dersom vi en gang står overfor en liknende situasjon som koronapandemien.

Trondheim 15.11.2020

På vegne av prosjektgruppa,



Line Melby, prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn

I denne rapporten sammenfatter vi resultatene fra undersøkelsen om sykepleieres erfaringer med koronapandemien så langt. Det vil si fra pandemiens utbrudd, tidlig 2020, til oktober 2020 da datainnsamlingen var ferdig. Prosjektet har sin bakgrunn i et ønske fra Norsk sykepleierforbund (NSF) om å få mer kunnskap om de erfaringene sykepleierne har gjort seg under koronapandemien. Sykepleierne har stått i front under den første bølgen av pandemien, og har følgelig opparbeidet seg en unik erfaring og kunnskap. Med tanke på eventuelle framtidige krisesituasjoner, for eksempel nye pandemier, kan vi trekke lærdom av hva sykepleierne som yrkesgruppe har erfart så langt i koronapandemien. Prosjektet har vært gjennomført i perioden juni-november 2020.

Rapporten er forholdsvis lang, og vi har derfor etterstrebet å skrive et fyldig sammendrag. Som leser skal en derfor få med seg hovedessensen i studien ved å lese sammendraget. For nærmere detaljer og for å få dypere innsikt i de forskjellige temaene, anbefaler vi å lese de respektive resultatkapitlene.

Mål og tema i studien

Det overordnede målet med studien har vært å bidra til å styrke det totale kunnskapsgrunnlaget knyttet til koronapandemien, gjennom en kartlegging av sykepleieres erfaringer og kunnskap om konsekvensene av den første perioden av koronapandemien i Norge. Studien har hatt to overordnede problemstillinger:

- Hvilke erfaringer har sykepleiere med koronapandemien?
- Hvilke konsekvenser har pandemien hatt for pasienter, brukere og pårørende?

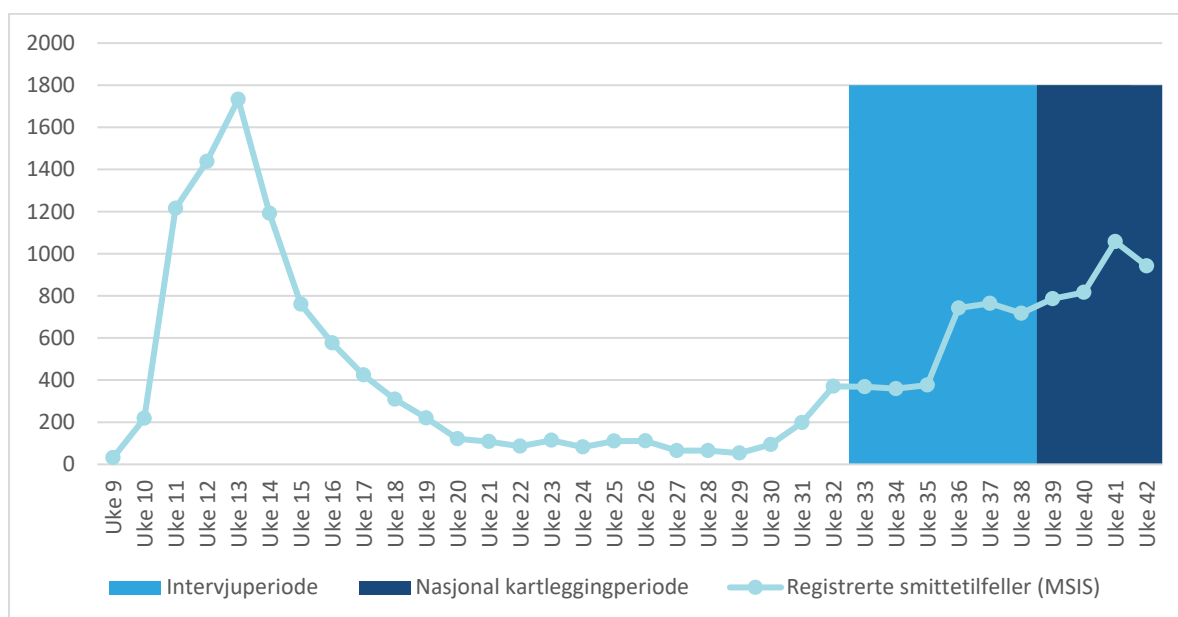
Vi har undersøkt følgende tema:

- Beredskap
- Smittevern, inkludert tilgang til, opplæring og bruk av smittvernustyr
- Arbeidsmiljø, arbeidsvilkår og involvering
- Bemanning og omdisponering, inkludert personellbevegelser mellom enheter og erfaringer med å være omdisponert
- Endringer i arbeidstid, arbeidssted og arbeidsoppgaver, herunder endringer i lønn
- Endringer i aktivitetsnivå i tjenestene
- Konsekvenser for pasienter og brukere, sett fra sykepleiernes ståsted
- Konsekvenser for pårørende, slik sykepleierne har erfart det
- Sykepleiernes involvering i smittetesting og sporingsarbeid

- Konsekvenser av pandemien for sykepleiere i skjæringspunktet mellom arbeid og privatliv, inkludert omfang av karantene og isolasjon og motivasjon for å fortsette i yrket
- Involvering av ansattrepresentanter under pandemien
- Sykepleierledernes erfaringer, herunder rammebetingelser, samarbeid og lederstøtte
- Konsekvenser for sykepleierstudenter i praksis og under spesialisering
- Informasjonstilgang om pandemien, herunder bruk av forskjellige typer medier og kilder
- Erfaringer med bruk av digitale kommunikasjonsløsninger, både internt mellom helsepersonell og for å styrke kontakten mellom pasienter og pårørende
- Systematisering av kunnskap til framtidige pandemier/neste smittebølge

Metode og materiale

I studien har vi anvendt en kombinasjon av intervju og spørreskjemaundersøkelse for innhenting av data. I tillegg har vi brukt statistikk fra MSIS for å få oversikt over antall smittede til enhver tid, se figuren under der smitteutviklingen er vist sammen med datainnsamlingsperioden (uke 32 til og med uke 42). Folkehelseinstituttet og MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) er leverandør av data for antall registrerte smittetilfeller. Tallene er brukt videre i kapittel 6.5.



Antall registrerte smittetilfeller (kilde: FHI og MSIS) og prosjektets datainnsamlingsperioder.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt ved at fem brukerorganisasjoner deltok i et innspillmøte i august 2020, der de ga tilbakemeldinger på spørreskjemaet og intervjuguider.

Intervjuer

Vi har intervjuet 35 personer, fordelt på 32 intervjuer. Det omfatter seks hovedtillitsvalgte, samt informanter innenfor tre ulike case som vi ønsket å få dybdekunnskap om. Case 1 er sykepleiere som har jobbet/jobber med alvorlig syke og døende, case 2 er sykepleiere som har vært omdisponert, og case 3 er sykepleierledere. I praksis hadde mange av informantene erfaringer som overlappet casene. 16 av informantene arbeider i sykehus og 19 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Intervjuene er analysert og kategorisert tematisk. Vi har ikke funn fra intervjuene som belyser alle tema i resultatkapitlene. Tyngden i intervjumaterialet ligger på de beskrevne tre casene, samt på beredskap og smittevern.

Spørreskjemaundersøkelse – nasjonal kartlegging av sykepleieres erfaringer

Vi utviklet et spørreskjema basert på temaene oppdragsgiver ønsket belyst. Spørsmålene ble diskutert både med referansegruppen hos NSF og med brukerorganisasjoner. Vi fikk også innspill fra NSF's faggrupper. Det var mange temaer som skulle dekkes opp, og spørreskjemaet ble svært omfattende. Undersøkelsen ble distribuert digitalt via Sintefs underleverandør Sentio Research til alle medlemmer i NSF som har registrert en e-post adresse i medlemsregistret. Populasjonen består av 111373 sykepleiere med gyldig epostadresse. Dette utgjør 96 prosent av alle sykepleierne som er organisert i NSF. Det er totalt 35143 sykepleiere som har respondert, og disse utgjør utvalget.

Vi gjennomførte en analyse for å vurdere datagrunnlagets representativitet. Når det gjelder de største sektorene innenfor tjenestene, har somatisk spesialisthelsetjeneste en responsrate på 36 prosent, hjemmebasert omsorg har 32 prosent responsrate. Blant ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er responsraten på 36 prosent. Geografisk representativitet varierer fra høyest respons i Buskerud (35 prosent) og Sør-Trøndelag og Akershus (34 prosent) til lavest i Finnmark (27 prosent) og Sogn og Fjordane og Vest-Agder (begge 28 prosent). Analysene er i all hovedsak deskriptive fremstillinger av tallene, og det er testet for signifikante forskjeller mellom grupper der det er aktuelt.

Resultater

I rapporten er resultatene organisert i 15 kapitler. Under presenterer vi de mest sentrale resultatene.

Manglende beredskap i starten av pandemien

Den nasjonale kartleggingen viser at det var mangler i beredskapen på flere områder i tjenestene. Beredskapen var dårligst når det gjaldt å ha lager/beholdning av smittevernutstyr (44 prosent dårlig eller svært dårlig forberedt), tilgang på smittevernutstyr (36 prosent dårlig/svært dårlig) og trening på smittevernprosedyrer (34 prosent dårlig/svært dårlig). Intervjuene understøtter dette bildet. Verken arbeidsplassene eller informantene individuelt så ut til ha vært godt forberedt da pandemien traff Norge og hele landet ble stengt ned i mars. Det fantes beredskapsplaner, men mange erfarte at de beredskapsplanene som fantes, ikke var tilpasset en pandemi som covid-19 innebærer. Det manglet også detaljerte planer for omorganisering og omdisponering. Informantene beskriver den

første fasen i mars som sjokkartet og kaotisk. Samtidig var det en periode da alle brettet opp ermene og var klare for å gjøre en innsats i "kampen mot covid- 19."

Bedre forberedt i dag enn i mars 2020

I dag er arbeidsplassene bedre forberedt på å håndtere smitte og smitteøkning. For eksempel er det en økning i andelen som hadde etablerte prosedyrer for smittevern ved starten av pandemien sammenliknet med i dag. Kun 30 prosent hadde slike prosedyrer i mars (svært god/godt forberedt), mens 79 prosent har smittevernprosedyrer på plass i dag.

Spesialisthelsetjenesten har generelt sett vært bedre forberedt på en pandemi enn den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi finner imidlertid at det har skjedd en utjevning mellom tjenestenivåene, særlig når det gjelder tilgang på smittevernutstyr, involvering av tillitsvalgte, rutiner for oversikt over smittede ansatte og kompetanse på smittevern blant lederne. Det tyder på at det har vært gjort et stort arbeid knyttet til beredskap innen de kommunale tjenestene.

Sparing på smittevernutstyr, uegnede lokaler og vansker med å overholde karanteregler

Overholdelse av smittevern krever blant annet tilstrekkelig med utstyr, nok personale og at man har store nok arealer på arbeidsplassen. I kartleggingen svarer nesten hver tredje sykepleier at arbeidsplassen er dårlig tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner (svært dårlig/dårlig tilpasset). 32 prosent opplever at de ikke har tilstrekkelig areal for å holde anbefalt avstand, mens omtrent like mange opplever at de ikke har hatt mulighet til å skille rene og urene soner. 31 prosent har for dårlig tilgang på personale på arbeidsplassen for å overholde karanteneregler.

Når det gjelder bruk av smittevernutstyr viser kartleggingen at 68 prosent av sykepleierne har benyttet slik utstyr i kontakt med pasienter med symptomer som kan tyde på covid-19-sykdom.

Kartleggingen viser at 38 prosent av sykepleierne er bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet mangel og 26 prosent har spart på utstyr på grunn av faktisk mangel. Andelen som har spart på utstyr er høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene av begge årsakene. Også intervjuene viser at sykepleierne har spart på utstyr. Flere har opplevd manglende utstyr, og andre har vært bekymret for å gå tom for utstyr. Mange beskrev en utvikling fra å ha rimelig godt med smittevernutstyr i starten av pandemien, deretter en opplevd nedgang i utstyr og lagre som begynte å tømmes, før lagrene i dag er fylt opp igjen.

Funn fra intervjuene tyder på at det stort sett har vært tilstrekkelig og god opplæring i smittevernrutiner, men samtidig har flere etterlyst bedre veiledning fra smittevern faglig personell. Mange har måttet improvisere fram opplæringsopplegg. Opplæring har blitt gitt på mange forskjellige måter, og en kombinasjon av forskjellige modaliteter fremheves som positivt. Det kan også se ut som, ut ifra intervjuene, at sykehusene i utvalget vårt var litt bedre forberedt og hadde mer kompetanse og ressurser til å lage opplæringsopplegg enn kommunene hadde.

Flere sykepleiere har fått klager på manglende bruk av smittevernutstyr fra brukere, pasienter og pårørende. På nasjonalt nivå gjelder dette 12-14 prosent av sykepleierne, mens i hjemmetjenesten har antallet klager vært særlig høyt. Her har over halvparten av sykepleierne opplevd klager på manglende bruk av smittevernutstyr.

Omfattende omdisponeringer

Pandemien har medført store omdisponeringer av personale. Den nasjonale kartleggingen viser at 25 prosent opplevde at enheten de arbeider ved fikk tilført mer personell i forbindelse med koronasituasjonen. Videre oppga 40 prosent at de hadde opplevd at personell ble flyttet fra enheten de arbeider ved. Det er særlig flyttet ressurser fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fra anestesio- og operasjonsavdelinger og fra somatiske sengeposter og poliklinikker, mens legevakt, intensivavdelinger og akuttmottak er de som i størst grad har fått tilført ressurser. Når det flyttes ressurser fra tjenester og enheter, er det risiko for at belastningen på gjenværende ansatte øker. Det er særlig i legevakt, akuttmottak og intensivavdelinger at en stor andel av sykepleierne svarer at arbeidsbelastningen på gjenværende ansatte i stor grad ble påvirket av at ansatte ble flyttet fra enhetene, men det er også her aktiviteten har vært særlig høy.

Halvparten av sykepleierne i enheter som fikk tilført ressurser svarer at tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring, mens 12 prosent mente at tilført personell i liten eller svært liten grad fikk det. Det er særlig mange sykepleiere i akuttmottak (22 prosent) som oppgir at tilført personell fikk for dårlig opplæring.

Omdisponering har vært et mye omtalt tema i intervjuene. Når spørsmålet om å forflyttes til en koronarelatert enhet kom, var det ingen som opplevde det som en reell mulighet å si nei. De aller fleste informantene mente at det var en selvfølge å stille opp når det var behov for dem i koronarelatert arbeid. Informantene som ble omdisponert synes generelt sett at de fikk tilstrekkelig opplæring, selv om noen også mente at det burde ha vært enda mer. Flere av de omdisponerte informantene opplevde videre at arbeidsoppgaver og omfang på arbeidet endret seg etter hvert, i takt med at koronasituasjonen utviklet seg. Noen hadde for eksempel periodevis svært mye å gjøre, mens andre hadde veldig lite å gjøre fordi det var lite eller ingen smitte i kommunen eller på sykehuset. Informanter som opplevde at arbeidsmengden ble liten, stilte spørsmål i intervjuene om de ikke burde blitt flyttet tilbake til sitt ordinære arbeid tidligere. Særlig helsesykepleier-informantene ga ensidig uttrykk for at omdisponeringen var for omfattende og langvarig. Informantene fra kommunen som var omdisponert, sykepleiere innen psykisk helse og rus og skolehelsetjenesten, ga alle uttrykk for en bekymring for den manglende oppfølgingen av brukere/elever.

I løpet av mai-juni 2020 begynte de fleste enheter å trappe ned omfanget av omdisponering og organisere seg for normal drift igjen. På intervjutidspunktet var det imidlertid flere av de omdisponerte sykepleierne som tok opp at selv om de var tilbakeført til sin ordinære arbeidsplass, sto de fortsatt på en beredskapsliste. Det opplevdes slitsomt å være i en slik langvarig beredskap.

Endrede arbeidstider, økt arbeidsbelastning og nye arbeidsoppgaver

Om lag en av tre sykepleiere har fått endringer i arbeidstid som følge av koronasituasjonen, viser den nasjonale kartleggingen. I kommunene er det særlig mange sykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som har fått endring i arbeidstiden (45 prosent) og i legevakt (41 prosent). I spesialisthelsetjenesten er det flest sykepleiere i anestesivdelinger (40 prosent), operasjonsavdelinger (35 prosent) og i somatisk rehabilitering (34 prosent) som har fått endringer i arbeidstid. Videre har hver tredje sykepleier i intensivavdelinger fått endret arbeidstid.

I overkant av hver femte sykepleier (21 prosent) opplever å ha hatt en stor økning i arbeidsbelastningen og 14 prosent av alle sykepleiere har fått lengre arbeidsdager under pandemien. Det er 7 prosent av disse som er flyttet til en koronarelatert avdeling, og 4 til en ikke koronarelatert avdeling.

Nesten halvparten av sykepleierne har fått endringer i turnus som følge av pandemien. Ni prosent av sykepleierne har fått helt ny turnus, og tre prosent som vanligvis ikke arbeider turnus, har måttet gå inn i turnusarbeid i pandemisituasjonen. Ni prosent av alle sykepleierne har fått hyppigere helgearbeid og syv prosent har fått lenger vakter. Videre har nesten halvparten av sykepleierne arbeidet overtid/mertid med overtidbetaling (47 prosent) og nesten like mange har hatt ekstravakter. Det er 24 prosent som svarer at de har arbeidet overtid eller hatt merarbeid uten overtidbetaling som følge av koronasituasjonen. Mange har både arbeidet overtid/mertid med og uten overtidbetaling i tillegg til at de har arbeidet ekstravakter (13 prosent) i den første fasen av pandemien.

Om lag en fjerdedel av respondentene oppgir at de har hatt endring i fysisk arbeidssted, mens ca. fire av ti sykepleiere fått nye arbeidsoppgaver. Noen flere har altså fått endring i arbeidsoppgaver enn i arbeidssted. Den største andelen (ca. 30 prosent) av de som har byttet arbeidssted og har fått nye oppgaver er flyttet til en koronarelatert enhet/avdeling. Av de store fagområdene, er det helsesykepleierne som i størst grad påvirket av endringer i arbeidssted og oppgaver. Blant disse er det 48 prosent som har måttet skiftet arbeidssted og 64 prosent har fått nye oppgaver.

Det er 21 prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en kortere eller lenger periode i koronasituasjonen. Andelen er høyest i privat sektor (30 prosent) og lavest i spesialisthelsetjenesten (15 prosent). De aller fleste som hadde hjemmekontor, hadde det i mindre enn 14 dager. Det er to prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en periode på over fire måneder, og andelen er systematisk høyere i privat sektor (6 prosent) enn i kommunene (2 prosent) og i spesialisthelsetjenesten (1 prosent).

Betydelige endringer i aktivitetsnivå

Det har skjedd store endringer i aktivitetsnivå og tjenesteproduksjon i helse- og omsorgstjenestene som følge av pandemien. Totalt svarer 72 prosent av utvalget at de har opplevd endringer. De åpne svarene i kartleggingsundersøkelsen viser stor variasjon i hvordan tilbud og tjenester ble endret. Noen tilbud ble helt nedstengt, andre utførte kun livsviktige oppgaver, mens noen opplevde at alle pasientene ble flyttet for at de skulle stå i beredskap for eventuelle smittede. Det er flest respondenter i spesialisthelsetjenesten

(80 prosent) som har opplevd endring i aktivitetsnivået, mens det er noe færre i kommunale tjenester (64 prosent).

Endring i aktiviteten består både av reduksjon og økning. Størst reduksjon i aktivitet finner vi i de kommunale tjenestene (16 prosent). Her er det særlig dagsentra som har redusert aktivitet sammenliknet med før koronasituasjonen (55 prosent). Av tjenester som har hatt aktivitetsøkning er det særlig legevakt og BHT i spesialisthelsetjenesten som har opplevd det (henholdsvis 60 og 50 prosent). Men også mange akuttmottak (47 prosent) og fastlegekontor (37 prosent) har økt aktivitet i september/oktober 2020, sammenliknet med før koronasituasjonen.

Aktivitetsnivået da undersøkelsen ble gjort var ikke tilbake til normalen. Kun 29 prosent av de ansatte i kommunene svarer at aktiviteten er på vanlig nivå, mens 43 prosent av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten svarer at aktiviteten er på vanlig nivå, som før koronasituasjonen. Det er imidlertid flere i kommunene som svarer at aktivitetsnivået nå er nesten som vanlig (37 prosent), mens det i spesialisthelsetjenesten var 30 prosent.

Vidtrekkende konsekvenser for pasienter og brukere

Pandemien har hatt store konsekvenser for pasienter og brukere. Det omfatter både de som har blitt smittet og syke og andre pasientgrupper.

Ensomhet og bekymring

Den nasjonale kartleggingen viser at det er flest sykepleiere som melder om at brukere/pasienter opplever økt isolasjon/ensomhet (58 prosent), økt helsebekymring (49 prosent), færre fysiske møter med tjenestene (38 prosent) og økt belastning på pårørende (36 prosent). Det er også mange som er utsatt for avlyste konsultasjoner/behandling/kontakt fra tjenestene (36 prosent). Alle tjenestene opplever økt isolasjon og ensomhet for mange av brukerne og pasientene, og høyest andel finner vi i hjemmetjenestene, og det er også brukere av hjemmetjenestene som i størst grad har mistet avlastningstilbud og viktige støttetjenester. Det er flest sykepleiere innen døgnavdelingene i psykisk helsevern som oppgir at pasientene får forverring av tilstanden (29 prosent), færre møter med tjenestene (52 prosent) og flere akutte situasjoner har oppstått (13 prosent). Denne pasientgruppen, sammen med brukerne i hjemmetjenesten, er ifølge sykepleierne mest utsatt for nedstengte støttetjenester og avlastningstilbud.

Intervjuene viser mye av det samme som kartleggingen. Informantene hadde observert mindre pågang hos legevakt og pasienter som avlyste polikliniske timer i sykehus, og de hadde erfart at brukere av hjemmesykepleie takket nei til besøk fra dem og til rulleringsopphold. På sykehjem med smitteutbrudd måtte beboere isoleres for å unngå covid-19-smitte. I tillegg har både sykehjem og heldøgns omsorgsboliger hatt besøksrestriksjoner. Informanter forteller om eldre og personer med demens som ble redde, ensomme og deprimerte som følge av isolasjon og begrensinger i aktivitet. Andre sårbare grupper, som brukere av dagsenter-tilbud innen psykisk helse og rus, opplevde også isolasjon og ensomhet da aktiviteten måtte stenge, ifølge informanter. Et tilbud til rusavhengige ble også nedskalert kraftig, med konsekvenser som flere overdoser utenfor husveggen til stedet der rene

sprøyter deles ut. Noen steder har man likevel greid å være kreative og opprettholde tilbud til brukere, slik at de i liten grad er blitt berørte.

Oppfølging av koronasmittede og syke pasienter

Den nasjonale kartleggingen viser at 86 prosent av alle sykepleierne i utvalget har hatt brukere/pasienter som er mistenkt smittet, men har testet negativt. 31 prosent har hatt brukere/pasienter som har testet positivt. Det er 19 prosent av sykepleierne som har hatt brukere/pasienter på arbeidsplassen som har vært smittet med alvorlige symptomer, mens tolv prosent har arbeidsplasser der det er dødsfall med påvist covid-19-sykdom. Sykepleiere i akuttmottak, legevakt og intensivavdelinger har naturlig nok i størst grad hatt pasienter med positive covid-19-tester, mens det for eksempel er relativt få som er på arbeidsteder der brukere/pasienter har fått påvist smitte innenfor psykisk helse- og rustjenester.

Seks prosent av sykepleierne i kommunale sykehjem og hjemmetjenester har hatt dødsfall med brukere med påvist covid-19 sykdom. Av de som arbeider på intensivavdeling er andelen som har hatt dødsfall med påvist smitte 51 prosent og i akuttmottak 31 prosent.

Funn fra intervjuene viser at flere sykehjem erfarte å få covid-19-smitte inn brått og uventet. I starten av pandemien var sykepleierne lite kjent med hvordan sykdommen kunne arte seg og variasjoner i symptomer. Smitten kunne derfor være på sykehjemmet en stund, før nærkontakter og ansatte ble satt i karantene. Det tok altså tid før smittekjeden ble brutt. Arbeidshverdagen ved sykehjem med store smitteutbrudd var i starten preget av mange vikarer og kaotiske arbeidsforhold, før man etter hvert fikk på plass velfungerende rutiner. Flere informanter, både på sykehjem og sykehus, fortalte at de som var døende av covid-19-sykdom, hadde problemer med åndedrettet og at dødsfallene var mer dramatiske enn de var vant til. Bruk av smittevernutstyr gjorde at sykepleiere mistet nærhet til de alvorlig syke og døende pasientene. Det hersket i starten noe usikkerhet rundt bruk av smertelindring ved sykehjem. Det ser ut som kunnskapen om smertelindring økte etter hvert.

Nedgang i samarbeid med andre tjenester

Om lag halvparten av sykepleierne i utvalget har opplevd endringer i samarbeidet med andre tjenester og tilbud, og fire av ti har opplevd endringer i samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er hovedsakelig en *reduksjon* i samarbeid med andre tjenester som har funnet sted. 35 prosent av sykepleierne oppgir at det er mindre samarbeid med andre tjenester/tiltak/tilbud som følge av koronasituasjonen, og 29 prosent oppgir at det er mindre samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er flest som opplever mindre samarbeid blant ansatte i sykehjem, bo- og omsorgssenter, dagsenter og rehabilitering i kommunene og i TSB, psykisk helsevern og i somatisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Restriksjoner og belastninger for pårørende

Den nasjonale kartleggingen viser at sykepleierne i utvalget erfarer at mange pårørende har fått økt belastning som følge av pandemien (økt belastning i svært stor eller stor grad). Det gjelder 42 prosent av pårørende til pasienter i spesialisthelsetjenesten, 38 prosent i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 33 prosent i privat sektor. Det er særlig pårørende til pasienter i

intensivavdelinger og pårørende til beboere i private sykehjem, samt pårørende til brukere av dagsenter som har fått økt belastning ifølge sykepleierne.

I intervjuene fant vi flest eksempler på sykepleieres beskrivelser av konsekvenser for pårørende ved sykehjem. Det ser ut som mange pårørende har opplevd å få mindre kontakt på grunn av strenge besøksrestriksjoner, mens andre har brukt digitale verktøy for å opprettholde noe kontakt. Ved flere sykehjem tok sykepleiere kontroll over tidspunktene for når pårørende kunne ha kontakt med beboere på telefonen, eller for når de kunne komme på besøk. Mange pårørende var bekymret for sine kjære, men ifølge informantene var pårørende likevel forståelsesfulle for restriksjonene.

Det finnes også eksempler på at pårørende har fått økt kontakt. Vi har ikke mye empirisk materiale om dette, men når brukere av hjemmetjenester har avlyst tjenester/besøk fra hjemmesykepleien, er det eksempler på at pårørende har bistått i stedet. Et unntak fra besøksrestriksjonene har vært når pasienter har vært døende; da har pårørende fått lov til å komme, ikledd fullt smittevernustyr.

Tiltak for å redusere belastningen på pårørende

Informantene fortalte at man noen steder brukte nettbrett eller telefon for å holde kontakt, og for noen har det fungert fint. For andre, som for eksempel demenspasienter, har man ikke alltid fått den typen løsninger for kontakt til å fungere. Ved et sykehus var manglende trådløs telefon ved en avdeling årsaken til problemer med å opprettholde kontakten mellom pårørende og pasienter.

I kartleggingen spurte vi også om det er innført tiltak for å redusere belastningen på de pårørende. Det er under en av ti sykepleier som oppgir at de har innført tiltak for å redusere belastningen på pårørende. Mellom 35 og 48 prosent, avhengig av sektor, har ikke opplevd økt belastning, og har følgelig ikke sett behov for å innføre særskilte tiltak. Videre er det 34 prosent i spesialisthelsetjenesten og 28 prosent i kommunene som opplever økt belastning på pårørende, men som ikke har innført særskilte tiltak for å redusere belastningen. De enhetene som i størst grad har innført tiltak for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste, er kommunale og private sykehjem og bo- og omsorgstjenester.

Når det gjelder å nå ut med informasjon til de pårørende, er det færre i spesialisthelsetjenesten som mener de i stor grad har nådd ut med informasjon til pårørende enn i kommunale og private tjenester. Særlig innen psykisk helse- og rustjenester ser det ut til å ha vært utfordrende å nå ut med informasjon til de pårørende.

Mange sykepleiere har deltatt i smittetesting og sporingsarbeid

Den nasjonale kartleggingen viser at ti prosent av sykepleierne er involvert i smittesporingsarbeidet, og 36 prosent er involvert i smittetestingsarbeidet. Noen flere sykepleiere fra kommunene er involvert i smittesporingsarbeidet, og noen flere fra spesialisthelsetjenesten er involvert i testing.

Smittesporing og smittetesting ser ut til å fungere greit de fleste steder, og 78 prosent av sykepleierne svarer at dette fungerer i stor eller svært stor grad. Det er ikke tydelige forskjeller mellom sektorer eller type enheter hvor sporing og testing fungerer i mindre grad, med unntak av at flere melder om utfordringer med testing i TSB og noen flere om utfordringer med sporing i somatiske poliklinikker.

Et mindretall (åtte prosent) svarer at de ikke har hatt tilstrekkelig med ressurser til smittesporing mens kun fem prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har hatt tilstrekkelige ressurser til smittetesting. Mangel på ressurser til smittetesting ser særlig ut til å forekomme hos fastlegene og i legevakt, mens i spesialisthelsetjenesten er det størst andel i akuttmottak som svarer at det er mangel på ressurser til testing.

Pandemien har hatt store konsekvenser for sykepleierne både på jobb og privat

Smitte, isolasjon og karantene

Den nasjonale kartleggingen viser at to prosent av sykepleierne har vært påvist smittet og vært i isolasjon. Fire prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant ansatte og nesten like mange har vært i karantene på grunn av smitte blant pasienter/brukere. Tre prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner. Videre har 42 prosent vært hjemme fra jobb med luftveissymptomer, mens 7 prosent har gått på jobb til tross for luftveissymptomer. Tre prosent skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb.

Over halvparten av sykepleierne svarer at de i stor eller svært stor grad er redd for å smitte brukere/pasienter (52 prosent), kolleger (50 prosent), familien (56 prosent) uten at de vet at de er smittet.

Tilrettelegging på arbeidsplassen

64 prosent av sykepleierne i utvalget oppgir at de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe for koronaviruset, og ti prosent har hatt behov for tilrettelegging på arbeidsplassen på grunn av dette. Omtrent hver femte sykepleier med behov for tilrettelegging fordi de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppen opplever at arbeidsgiver *ikke* har imøtekommet behovet. Dette gjelder særlig i TSB og i psykisk helsevern, men det er også mange i bo- og omsorgstilbud (32 prosent) og i private sykehjem (33 prosent) som ikke har fått nødvendig tilrettelegging.

Seks prosent oppgir at de er/har vært gravide i koronasituasjonen, og to av tre har hatt behov for tilrettelegging av arbeidet fordi de er gravide, og andelen er noe høyere blant gravide som arbeider i spesialisthelsetjenesten (72 prosent) enn de som arbeider i kommunene (59 prosent). Det er ingen systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor stor grad de gravide sykepleierne opplever at arbeidsgiver har tilrettelagt for dem som følge av graviditeten. Det er 69 prosent av de gravide som opplever at arbeidsgiver i svært stor eller i stor grad har tilrettelagt arbeidssituasjonen for dem, mens 12 prosent svarer at arbeidsgiver i liten eller svært liten grad har gjort det.

Arbeidsbelastningen

Belastningen på mange av sykepleierne var allerede høy i september-oktober og hver femte sykepleier meldte om stor eller svært stor arbeidsbelastning. Dette hadde delvis sammenheng med smittesituasjonen i arbeidskommunen, men også om størrelsen på kommunen og alderen til sykepleieren har betydning. Det er i de store kommunene den største andelen sykepleiere melder om stor belastningen, og det er også her det var mest smitte relativt til antall innbyggere. Det er ingen systematisk forskjeller mellom sektorer i andel sykepleiere som meldte om stor belastning i de

fire ukene kartleggingen pågikk (uke 39-42), det betyr at det er tilnærmet like stor andel sykepleiere med stor belastning i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i private tjenester. Et høyt smittetall øker andelen som har stor arbeidsbelastning, men det er generelt ikke store forskjeller i andel som rapporterer om høy arbeidsbelastning mellom kommuner med lite smitte og kommuner med relativt mye smitte i befolkningen.

Arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Omtrent halvparten av sykepleierne opplever at pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, mens 27 prosent svarer at jobbtilfredsheten i svært stor eller stor grad er påvirket. Det er hovedsakelig snakk om negativ påvirkning på arbeidsmiljø og jobbtilfredshet.

Når det gjelder støtte fra kolleger og ledere, har i underkant av tre fjerdedeler opplevd at de i stor eller svært stor grad har fått nødvendig støtte fra kolleger (71 prosent). Omkring halvparten har fått nødvendig støtte fra nærmeste leder (52 prosent) og enda færre opplever å ha fått nødvendig støtte fra ledere sentralt/toppledere (23 prosent). Det er særlig lav andel som svarer at de får nødvendig støtte fra nærmeste leder i legevakt, i ØHD og i intensivavdelinger. Andelen er systematisk høyere i somatiske poliklinikker og i private sykehus sammenliknet med øvrige tjenester. Når det gjelder nødvendig støtte fra ledere sentralt, finner vi signifikant lavere andel som har fått nødvendig støtte blant ansatte i hjemmetjenester, helsestasjon/skolehelsetjeneste, legevakt, somatiske sengeposter, intensivavdelinger, anestesivdelinger, operasjonsavdelinger og i døgnavdelinger i psykisk helsevern enn i andre tjenester.

Ordinær sommerferieavvikling ble utfordret på grunn av pandemien. 18 prosent av sykepleierne oppgir at de har fått endringer i planlagt ferieavvikling som følge av pandemien. Andelen er høyest i privat sektor (21 prosent) og lavest i kommunene (17 prosent). Åtte prosent av sykepleierne har ikke har fått sammenhengende ferie i så lang periode som planlagt, mens fem prosent oppgir at de har måttet startet ferien senere enn planlagt.

Det har vært svært stor oppmerksomhet på koronasituasjonen i media. Hver femte sykepleier opplever at oppslag i media i stor eller svært stor grad gjort arbeidssituasjonen mer krevende. Imidlertid svarer nesten halvparten (48 prosent) at media i liten eller svært liten grad har påvirket arbeidssituasjonen.

To av ti sykepleiere (19 prosent) opplever at koronasituasjonen har gjort arbeidet mer meningsfylt, mens halvparten i liten eller svært liten grad har opplevd det slik. Andelen som opplever at arbeidet har blitt mer meningsfylt er signifikant lavere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene og i private tjenester. Seks prosent av sykepleierne svarer at de vurderer å slutte i yrket etter at pandemien er over og det er flest i spesialisthelsetjenesten som vurderer å slutte.

Påvirkning på sykepleiernes helse

Det er 11 prosent av sykepleierne som svarer at koronasituasjonen i stor eller svært stor grad har påvirket deres psykiske helse, mens fire prosent svarer at situasjonen har hatt negative konsekvenser for deres somatiske helse. Her er det betydelig fare for underrapportering fordi de som ikke har deltatt i undersøkelsen kan være påvirket i stor grad. Andelen som oppgir at deres psykiske helse i stor grad

er negativt påvirket, avtar systematisk med alder og det er de under 30 år som oppgir i størst grad at den psykiske helsen er negativt påvirket. De samme aldersforskjellene er synlig for somatisk helse, men det er størst andel blant sykepleiere i 30-årene som at deres somatiske helse i stor grad er påvirket. Det er systematiske kjønnsforskjeller i svarene som gjelder psykisk helse, men ikke i somatisk helse. Vi beregner at kvinnelige sykepleiere har omtrent 20 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket enn mannlige sykepleiere. Videre finner vi at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har omtrent 10 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket sammenliknet med sykepleiere i kommunene (som ikke skiller seg signifikant fra privat sektor). Det er ikke tydelige forskjeller mellom tjenester i svarene som gjelder konsekvenser for den psykiske helsen. Heller ikke når det gjelder konsekvenser for somatisk helse er det betydelige forskjeller mellom tjenestene, men sjansen øker noe for de som jobber ved private sykehjem.

Omtrent hver fjerde sykepleier oppgir at de sover litt dårligere enn før pandemien, og fem prosent sover mye dårligere enn før. Andelen som sov syv timer eller mer per døgn i gjennomsnitt, har gått fra 44 prosent før koronapandemien til 32 prosent etter koronapandemien kom til landet.

Påvirkning på familiesituasjonen

Hver tredje sykepleier har i svært stor eller i stor grad fått påvirket sin familiesituasjon, mens 40 prosent i noen grad har fått påvirket familiesituasjonen. Fra kommentarene som er gitt, ser vi at det i all hovedsak er negative endringer i familiesituasjonen. Også i intervjuene fant vi at sykepleierne hovedsakelig opplevde negative konsekvenser av pandemien, selv om det ikke gjaldt alle. Mange påla seg selv - og familien - strenge restriksjoner når det gjaldt sosial kontakt og mobilitet, og var svært nøye på å overholde smittevernregler.

Den nasjonale kartleggingen viser at nær halvparten av sykepleierne (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert kontakt med familien som følge av koronasituasjonen, mens 36 prosent svarer at de i noen grad har redusert sosial kontakt med familien. Det er enda flere som svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert sosial kontakt med venner som følge av koronasituasjonen (64 prosent). Seks prosent har imidlertid i liten eller svært liten grad redusert den sosiale kontakten med venner.

Rolleendringer for ansattrepresentanter

Det er 11 prosent av totalutvalget som oppgir at de har roller som tillitsvalgte eller verneombud. Det kan være tillitsvalgt eller verneombud lokalt, hovedtillitsvalgt/verneombud, foretakstillitsvalgt/verneombud eller tillitsvalgt/verneombud på konsernnivå. 28 prosent av ansattrepresentantene oppgir at de har opplevd rolleendringer som følge av koronasituasjonen. I fritekst beskriver de at de har blitt omdisponert, fått mer ansvar og merarbeid eller at de ble satt til smittesporing og opplæring i smittevern.

Arbeidsgiver skal utføre risikovurdering i henhold til arbeidsmiljøloven. Men under halvparten (43 prosent) av verneombudene oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endringer i arbeidstid, mens en av fire ikke vet om arbeidsgiver har gjort

dette. Det er 25 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet, mens ca. halvparten ikke vet. Det er 24 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd, mens noe under halvparten ikke vet om det er gjort.

Når det gjelder tariffbestemmelser under pandemiens første fase, svarer i underkant av halvparten (48 prosent) av alle ansattrepresentanter og 55 prosent av de tillitsvalgte at tariffbestemmelsene i svært stor eller stor grad har blitt fulgt i koronasituasjonen. Om lag to av ti svarer i noen grad, mens 8-9 prosent svarer at de i liten grad har blitt fulgt. Det er signifikant lavere andel i spesialisthelsetjenesten (44 prosent) enn i kommunene (51 prosent) som svarer at ordinære tariffbestemmelser i stor grad er fulgt.

Det er rundt 20 prosent av ansattrepresentantene som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen, mens 20 prosent av alle ansattrepresentantene og 16 prosent av de tillitsvalgte ikke vet om det er inngått slike avtaler. I kommunene ser det særlig ut til å ha vært inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i helsestasjon/skolehelsetjeneste, mens i spesialisthelsetjenesten er det intensivavdelinger og ambulansetjenesten som i størst grad har inngått lokale avtaler. Psykisk helsevern og TSB ser i minst grad ut til å være omfattet av slike avtaler. 'Korona- avtalene' meldes om å ha blitt tatt i bruk av 36 prosent av de hovedtillitsvalgte, og av disse er det 84 prosent som svarer at avtalen er drøftet lokalt og 62 prosent at vilkårene for å ta avtalen i bruk var til stede.

Utfordrende for ledere

Den nasjonale kartleggingen viser at sykepleierledere har opplevd rammebetingelsene som for dårlige på flere områder. Det er særlig manglende budsjетtrammer til å håndtere koronasituasjonen som har vært utfordrende. 37 prosent av sykepleierlederne svarer at de i liten eller svært liten grad har hatt tilstrekkelige budsjетtrammer. Det ikke er systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor belastende det er å være leder i pandemisituasjonen. Men sykepleierlederne i kommunen opplever i mindre grad å ha tilgang på nok personell og budsjетtrammer til å håndtere situasjonen enn lederne i spesialisthelsetjenesten og i private tjenester. Sykepleierlederne i spesialisthelsetjenestene opplever i minst grad å være involvert i beslutningene som gjelder koronasituasjonen som tas på høyere ledernivå. Det er særlig mange sykepleierledere som opplever stor belastning i legevakt, akuttmottak og i private sykehjem.

Intervjuene med sykepleierledere styrker inntrykket av at lederne har hatt harde arbeidsdager i løpet av pandemiens første fase. Lederne har jobbet mye med bemanning, som følge av store omdisponeringer og tidvis store deler av de ansatte i karantene. Opprettholdelse av driften har derfor vært vanskelig som følge av slike forhold.

Fra den nasjonale kartleggingen ser vi at 22 prosent av lederne svarer at de bruker ufaglærte i større grad enn før koronasituasjonen, mens seks prosent svarer at de i mindre grad enn før bruker

ufaglærte. Andelen som oppgir at de bruker ufaglærte i større grad enn før, er høyest i private sykehjem (55 prosent), i kommunale sykehjem (35 prosent) og i ambulansetjenester (33 prosent).

Det er 16 prosent av sykepleierlederne som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er endret som følge av koronasituasjonen og 15 prosent som svarer at samarbeidet med verneombud har endret seg. Det er i stor grad de samme som svarer at det er endring i samarbeid med verneombud som med tillitsvalgte (80 prosent). Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom sektorer eller mellom tjenester i endring i samarbeid med ansattrepresentanter.

Ivaretagelse av ansatte gjennom en pandemi er en krevende oppgave. I intervjuene fortalte ledere at de hadde jobbet hardt med å holde ansatte oppdatert og informert og har brukt krefter på å trygge ansatte, men også ansvarliggjøre dem. Å lede mens man selv sitter på hjemmekontor ble vurdert å være nærmest umulig. Nærhet til de man leder er viktig i krevende tider som under pandemien.

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at 65 prosent av lederne svarer at de i stor grad har kunnet ivareta de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen, og det er små forskjeller mellom sektorer. Lederne ved legevakt, somatiske sengeposter og poliklinikker i psykisk helsevern og i private sykehus opplever i minst grad at de har hatt mulighet for å ivareta de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen.

Støtte til lederne

Når det gjelder ivaretagelse av lederne selv, opplever halvparten av sykepleierlederne at arbeidsgiver i stor grad har ivaretatt dem gjennom koronasituasjonen. Det er signifikante forskjeller mellom sektorer, og privat sektor ligger særlig høyere i andel som svarer at de opplever å bli ivaretatt (58 prosent) sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten (43 prosent) og i kommunene (48 prosent). Det er særlig lederne i akuttmottak og i legevakt som i mindre grad opplever å bli ivaretatt av arbeidsgiveren.

Fra intervjuene fant vi at lederne i liten grad hadde benyttet seg av støttetilbud. Alle påpekte at det har blitt etablert forskjellige støttetilbud på arbeidsplassen, men de færreste har hatt tid eller behov for å benytte dem. Flere peker på at den viktigste støtten har vært kolleger på samme nivå som en selv. Flere mener imidlertid nå i etterkant at de kunne hatt nytte av å bruke de etablerte støttetilbudene, men da det sto på som verst, "bet de heller tennene sammen" og fortsatte arbeidet. Mange av lederinformantene understreker også at ledelse i løpet av pandemiens første fase har vært givende og spennende og en arena for omfattende læring. Tross slitsomme opplevelser sitter altså mange igjen med økt kompetanse og mestringsfølelse.

16 prosent av lederne svarer at de ble tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid, og dette gjelder særlig ledere i dagsenter, legevakt, fastlegekontor, somatisk poliklinikk og i noen private tjenester.

Studenter har fått utdanningsløpet påvirket

Pandemien og endringer i drift og tilbud i tjenestene har gitt konsekvenser for sykepleierstudenter og sykepleiere under spesialisering eller videreutdanning. To av tre sykepleierstudenter (på bachelornivå) har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien. Syv prosent av studentene har fått

praksisperioden utsatt, og 18 prosent har fått forkortet praksisperioden. Videre har 22 prosent av studentene i utvalget fått endring i arbeidsoppgavene i praksis, 21 prosent har fått endret praksissted og 24 prosent har fått praksis omgjort til betalt arbeid. Det er noen geografiske variasjoner, og det er særlig i Finnmark og Aust-Agder at mange studenter svarer at koronapandemien *ikke* har hatt betydning for utdanningsløpet. Det er flest som svarer at praksis i koronasituasjonen er gjort om til betalt arbeid i Møre og Romsdal, mens flest har fått forkortet praksisen i Sogn og Fjordane, samt at flest har fått utsatt praksisen i Østfold og Sogn og Fjordane. Studenter i Nord-Trøndelag oppgir i størst grad at de har fått endret praksissted.

Også en del av sykepleierne som er under spesialisering eller videreutdanning i perioden er påvirket, og 40 prosent av de som holdt på med spesialisering har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien. Særlig de som spesialiserer seg innen akuttisykepleie, helsesykepleiere og intensivsykepleiere i spesialisering har fått påvirket utdanningen sin på ulike måter. Praksis har blitt utsatt for en størst andel blant de som tar spesialisering innen akuttisykepleie (23 prosent), mens praksis i koronasituasjonen er blitt gjort om til betalt arbeid for størst andel blant de som utdanner seg til intensivsykepleiere (14 prosent). Det er størst andel blant de som videreutdanner seg til helsesykepleier som har opplevd at praksis er forkortet (25 prosent) og blant de som spesialiseres innen akuttisykepleie (25 prosent), og de som spesialiserer seg innen operasjonssykepleie (20 prosent).

Tilfredshet med informasjon om koronasituasjonen

Under pandemien har det vært et stort behov for informasjon om smittesituasjonen, retningslinjer og rutiner for å overholde smittevern- og karantenebestemmelser m.m. Nesten to av tre sykepleiere svarer at ledelsen på arbeidsplassen i stor grad har lyktes i å kommunisere endringer i rutiner etter hvert som de er innført, men det er potensial for forbedringer i alle sektorer.

Arbeidsgiver har brukt forskjellige medier for å informere de ansatte om vedtak og rutiner for å håndtere koronasituasjonen. 83 prosent av respondentene oppgir at dette kommuniseres på e- post, mens 65 oppgir at kommunikasjonen foregår på intranettsidene. 44 prosent oppgir at de har fått informasjon på SMS. To av ti oppgir at de har fått informasjon gjennom (fysiske) allmøter, mens 16 prosent har hatt videomøter der slik informasjon kommuniseres.

Generelt sett har sykepleierne i utvalget benyttet mange kilder til informasjon om koronasituasjonen, og median sykepleier har benyttet fem ulike kilder til informasjon. Flest har benyttet informasjon fra FHI (96 prosent), mens 82 prosent har benyttet informasjon fra Helsedirektoratet, og 63 prosent oppgir at de har benyttet NRK. Det er aldersforskjeller i hvilken kilde som er benyttet, for eksempel avtar andelen som bruker Helsedirektoratet og VG som kilde med økt alder, mens andelen som benytter NRK som kilde øker med alder. Det er stor grad av fornøydhet med informasjonen fra ulike kilder, og flest er fornøyd med informasjonen fra FHI, Helsedirektoratet og NRK.

Forsøk på bruk av digitale kommunikasjonsløsninger

Smittevernhensyn har gjort at det har blitt behov for å kommunisere på avstand, både for pasienter/brukere og helsepersonell og internt i tjenestene. Digitale løsninger kan være nyttige i en slik situasjon.

Digital kommunikasjon med pasienter/brukere/pårørende

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at det er 36 prosent som i stor grad har økt telefonkontakt med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen. Andelen er litt lavere i spesialisthelsetjenesten (35 prosent) og i kommunene (37 prosent) enn i privat sektor (40 prosent). Det er 17 prosent av sykepleierne som svarer at de i stor grad har økt bruken av videokonsultasjoner med brukerne/pasientene. Andelen er som for økt telefonbruk betydelig høyere i privat sektor (32 prosent) enn i kommunal sektor (16 prosent) og spesialisthelsetjenestene (17 prosent). Privat sektor er altså mer frampå med å ta i bruk digitale kommunikasjonsløsninger enn offentlig sektor.

Av andre løsninger som er tatt i bruk, rettet mot pasienter eller pårørende, nevner noen i fritekst at de har benyttet iPad i kontakt mellom brukere og pårørende. Det ser imidlertid i all hovedsak ut til at det er telefon og videokonsultasjoner som er benyttet i kontakt mellom tjenestene og brukere/pasienter. I intervjuene kom det fram flere historier om forsøk på å bruke digitale løsninger for å kommunisere med brukere eller for å skape kontakt mellom pasienter og pårørende. Ett eksempel var helsesykepleiere som prøvde ut nye måter å kommunisere med elevene på, for eksempel via Teams eller Snapchat. Et annet eksempel var bruk av iPad i sykehjem og sykehus som erstatning for manglende ansikt til ansikt kontakt mellom pasienter og pårørende. Intervjuene har imidlertid vist at kontakt via iPad ikke har fungert så godt alle steder. Trolig har det hatt å gjøre med at sykepleierne har hatt lite tid og ressurser til å lære seg selv – samt lære opp pasienter og pårørende – i å bruke slike verktøy. Alt i alt tyder likevel intervjuene på at det har vært vilje til å forsøke nye måter å kommunisere både med pasienter/brukere, internt i tjenestene og mellom pasienter og pårørende, men at det har foregått i lite omfang.

Digital kommunikasjon internt i tjenestene

Internt i tjenestene ser vi at det har vært en økning i digital kommunikasjon. Både intervjuene og kommentarene i kartleggingen viste at digitale kommunikasjons-/informasjonsverktøy har blitt brukt til informasjonsdeling og opplæring. Det innebar mer omfattende bruk av e-post, SMS, og lyd/bildeplattformer som Teams og Skype. Videre har mange brukt e-læringsopplegg, inkludert opplæringsvideoer for av og påkledning av smittevernustyr.

Forbedring av beredskap og behov for systematisering av lærdom

Mange har opparbeidet seg mye kunnskap i løpet av pandemien. I den nasjonale kartleggingen svarer imidlertid bare 22 prosent av sykepleierne at noen på arbeidsplassen deres har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer de har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan. Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de ikke vet om noen har fått et slikt ansvar.

I intervjuene fant vi eksempler på flere områder hvor sykepleierne hadde fått økt kunnskap underveis i pandemien, men vi vet likevel ikke i hvilken grad denne kunnskapen blir systematisert og bevart for ettertiden. Flere av informantene fremhever at pandemien har ført til at man er blitt mer bevisst på smittevern generelt, og dette gjelder alt fra håndvask til å passe på å ha tilstrekkelig smittevernutstyr tilgjengelig. Videre hadde mange fått store erfaringer med omdisponering. Intervjuene viste at flere av informantene ønsker seg trinnvis opptrapping til omdisponering, slik at personale bedre kan forberede seg. Flere peker også på muligheten for å jobbe mot mer dynamiske tilbakeføringsplaner når en omdisponeringsperiode er ferdig.

Intervjuene viste også at flere sykepleiere mener at det overordnede beredskapsarbeidet og gjennomføringen av arbeidet som har skjedd våren 2020 kunne vært organisert bedre, og kunne ha vært drøftet mer på tvers av tjenestene for å sikre erfaringsutveksling. Det ble også stilt spørsmål ved hvordan den høye graden av spesialisering innenfor helsesektoren, og særlig innenfor sykehus, virker inn når ansatte skal omdisponeres i krisesituasjoner. Et mer generelt tema som ble tatt opp, var behovet for at alle enheter, også de som ikke har smitte, har en forståelse for krisen og handler i solidaritet med de som jobber tett på smitten.

Avslutning og konklusjon

I denne studien har vi altså undersøkt sykepleieres erfaringer med koronapandemien. Det omfatter erfaringer fra starten av 2020 til september-oktober 2020, da datainnsamling var ferdig. Funnene som presenteres i rapporten må, som nevnt innledningsvis, forstås som sykepleiernes erfaringer med den første fasen. De vil stadig vekk gjøre seg nye erfaringer i takt med at situasjonen utvikler seg.

Studien har handlet om *sykepleieres* erfaringer. Mange av problemstillingene vi har undersøkt handler imidlertid om hvordan *arbeidsplassen* har vært forberedt på koronapandemien, i hvilken grad den har opprettholdt aktivitet, hvordan ledelsen ved arbeidsplassen har informert og kommunisert til de ansatte etc. Vi vil derfor argumentere for at studien har en overføringsverdi til andre yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene som jobber med pleie og omsorg, for eksempel helsefagarbeidere. Videre har temaene konsekvenser for pasienter og pårørende gått utover spesifikke erfaringer for sykepleierne. Andre yrkesgrupper vil kunne ha gjort seg andre erfaringer om konsekvensene for pasientene, men siden sykepleierne jobber svært tett på/med pasientene, er deres forståelse av konsekvensene viktig.

Studien har vist at sykepleiere som har vært i arbeid under pandemien har gjort en stor innsats, herunder tatt mye ansvar og jobbet mer enn vanlig, på nye steder og med nye oppgaver. Mange sykepleiere har erfart mangel på smittevernutstyr og har jobbet uten nødvendig utstyr i smittesituasjoner. Flere sykepleiere har blitt smittet av koronavirus enn befolkningen generelt. Pasienter/brukere og pårørende har, ifølge sykepleierne, merket alvorlige konsekvenser av pandemien. Nedstengte tjenester og frykt for smitte har ført til at mange har fått for lite tjenester eller har takket nei til tjenester. Generelt har sykepleiere som har jobbet under pandemien opplevd økt belastning på arbeidsplassen og redusert jobbtillfredshet. Mange har vært redde for å bli smittet og bringe smitte videre, og har følgelig også opplevd store begrensninger i familieliv – og i privatlivet ellers. Sykepleierlederne har hatt lange arbeidsdager og måttet håndtere mange utfordrende

situasjoner. Også sykepleierstudentene har merket konsekvenser av pandemien. De har hatt endringer i praksis og reduserte læringsmuligheter.

Vi er i skrivende stund over i fase 2 av pandemien, og den er på ingen måte over. Vi kan likevel ane konturene av langsiktige konsekvenser, sett i lys av blant annet lav bemanning i kommunene, etterslepet av pasientbehandling som skal tas igjen og nye oppgaver som kommer i kjølvannet av pandemien (vaksinasjoner, ettervirkninger av covid-19-sykdom og rehabiliteringsbehov). Vi avslutter med å foreslå noen forbedringspunkter i det videre beredskapsarbeidet for pandemihåndtering. Det er krevende å skulle gi gode vurderinger og entydige anbefalinger i en situasjon som er preget av usikkerhet og noen ganger også stor uenighet om hva slags tiltak og handlinger som skal iverksettes. Våre refleksjoner knyttet til videre arbeid med beredskap og pandemihåndtering tar utgangspunkt i det empiriske materialet som samlet inn i studien. Det er liten tvil om at sykepleiere – og andre – har hatt en bratt læringskurve i løpet av pandemien. Beredskapen har blitt forbedret underveis, selv om det fortsatt er forhold å ta tak i. Beredskapsplanlegging må gjøres på mange steder i samfunnet, og den kunnskapen som studien har bidratt med bør derfor være nyttig både for arbeidsgivere, myndigheter og lokalpolitikere.

Forbedringspunkter for videre beredskapsarbeid og pandemihåndtering i helse- og omsorgstjenestene:

- Kommunal beredskap har ligget bak beredskapsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Beredskapsplanlegging- og arbeid må få prioritet i kommunene/kommunal helse og omsorgstjeneste.
- Mange arbeidsplasser har uegnede lokaler og er generelt dårlig tilpasset til å holde nødvendig avstand i en smittesituasjon og overholde karanteneregler. Pandemisk beredskapsarbeid må finne løsninger på disse problemene.
- Forhold omkring omdisponering av personale, for eksempel varighet, avvikling, og ansattes medvirkning må planlegges og beskrives i beredskapsplaner. Man bør vurdere å ha mer fleksible planer for avvikling av omdisponering.
- Mangel på utdannet personale i helse- og omsorgssektoren har blitt synliggjort under pandemien. Med mange ansatte i karantene oppstår behov for ekstra personale. Flere har opprettet vikarbanker og ressurspooler av forskjellig slag parallelt med at pandemien brøt ut. Slike ordninger bør gjøres permanente slik at de lett kan mobiliseres ved eventuelle nye krisesituasjoner.
- Å være i beredskap for omdisponering uten noen sluttdato oppleves krevende og uforutsigbart. Det er viktig å tidfeste varigheten ansatte kan være i beredskap for omdisponering.
- Det er gode erfaringer med å gi opplæring i smittevern på mange ulike måter, inkludert gjennom e-læring og andre digitale kilder. Informasjon og opplæring bør foregå gjennom ulike kilder; på ulike måter og på ulike tidspunkt for å nå flest mulig.
- Mange arbeidsplasser hadde lite utstyr i beredskap. Helseinstitusjoner bør ha et minimum av smittevernutstyr på lager, og på myndighetsnivå må det finnes gode ordninger som effektivt sikrer distribusjon av utstyr til alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

- Pandemien har medført nedstengte tjenester og strenge besøksrestriksjoner, noe som har gitt til dels store konsekvenser for pasienter. I utarbeiding av framtidige beredskapsplaner bør man legge inn planer for oppfølging av pasienter/brukere som mister tjenester.
- Mange pårørende har fått en økt belastning under pandemien, fordi tjenestetilbud ble redusert eller stengt. Pårørende er en viktig ressurs, og en bør utforske hvordan de kan involveres, samtidig som de også må få informasjon og veiledning fra tjenestene.
- Det er viktig å ta hensyn til den akkumulerte belastningen som sykepleierne og andre ansatte i helse og omsorgstjenestene nå opparbeider seg. Mange har gått i lange perioder med høy arbeidsbelastning, og det videre HMS-arbeidet bør innrettes mot dette for å forebygge overbelastning på den enkelte. Mange utslitte ansatte reduserer tilgangen på nok personell i tjenestene.
- Mange sykepleiere har erfart negative konsekvenser på privatlivet på grunn av pandemien. Yngre sykepleiere mer enn eldre sykepleiere har opplevd negative konsekvenser på psykisk helse. Yngre sykepleiere bør derfor få særlig oppmerksomhet og oppfølging.
- Smittevern hensyn har ført til økt oppmerksomhet på digitale kommunikasjonsløsninger. Til tross for gode intensjoner fra tjenestenes side, har det ikke fungert optimalt. Sykepleierne har behov for mer kunnskap og kompetanse om digitale løsninger. Denne må opparbeides i roligere tider enn midt i en pandemi.
- Det er ganske få som har tildelt noen et spesifikt ansvar for å systematisere lærdommen man har gjort seg i løpet av den første fasen av pandemien. Systematisering av kunnskap, og drøfting av erfaringsutveksling på tvers av organisasjoner/arbeidsplasser for å forberede seg til en eventuell ny pandemi vil være nyttig.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	5
INNHOLDSFORTEGNELSE	25
1 INNLEDNING	29
1.1 Sykepleierne i møte med pandemien	29
1.2 Forskning og kartleggingsstudier av sykepleie og covid-19	30
1.3 Mål og problemstillinger	37
2 METODE OG MATERIALE	39
2.1 Innspillmøte med brukerorganisasjoner	39
2.2 Intervjuer	39
2.3 Den nasjonale covid 19-undersøkelsen blant sykepleiere	42
2.4 Analyser av datagrunnlaget	55
2.5 Etikk	56
3 BEREDSKAP	57
3.1 Første fase av pandemien: "Det kommer vel ikke hit til Europa"	57
3.2 Da koronapandemien traff Norge: alle brettet opp ermene	59
3.3 Situasjonen på arbeidsplassen ved inngangen til koronasituasjonen og i dag	61
3.4 Oppsummering	88
4 SMITTEVERN	89
4.1 Opplæring i bruk av smittevernutstyr	89
4.2 Tilgang til smittevernutstyr	92
4.3 Bruk av smittevernutstyr	95
4.4 Sparing på smittevernutstyr	97
4.5 Mulighet for å kunne overholde smittevernrutiner	101
4.6 Manglende bruk av smittevernutstyr	106
4.7 Smittevern som en del av det systematiske HMS-arbeidet	108
4.8 Bruk av egne klær og sko	110
4.9 Oppsummering	110
5 BEMANNING OG OMDISPONERING	113
5.1 Medvirkning i omdisponering	113
5.2 Erfaringer fra det nye arbeidsstedet	114
5.3 Personellbevegelser som følge av koronasituasjonen	122
5.4 Opplæring av tilført personell	126
5.5 Belastning på gjenværende personell	129
5.6 Oppsummering	130
6 ENDRING AV ARBEIDSTID, FYSISK ARBEIDSSTED, ARBEIDSOPPGAVER OG ARBEIDSBELASTNING	133
6.1 Omfang av endringer	133
6.2 Endring i arbeidstid	134
6.3 Endring i arbeidssted og i arbeidsoppgaver	144
6.4 Endring i arbeidsbelastningen	153
6.5 Arbeidsbelastning og smitte i kommunene	154
6.6 Grad av enighet om endringen	158
6.7 Endring i lønn	158
6.8 Overtid/merarbeid og ekstravakter	159

6.9	Endring i turnus	162
6.10	Kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud	164
6.11	Hjemmekontor	165
6.12	Oppsummering	166
7	ENDRING I AKTIVITETSNIVÅ	167
7.1	Endring av aktivitetsnivå i tjenestene	167
7.2	Aktivitetsnivå i dag	169
7.3	Oppsummering	171
8	KONSEKVENSER FOR PASIENTER OG BRUKERE	173
8.1	Å jobbe med covid-19-syke og døende	173
8.2	Oppfølging av pasienter/brukere som ikke var rammet av smitte	178
8.3	Smittesituasjonen i ulike sektorer og tjenester	182
8.4	Konsekvenser for ulike målgrupper for tjenestene	196
8.5	Konsekvenser for spesifikke bruker/pasientgrupper	213
8.6	Konsekvenser for brukere og pasienter i sykehjem, hjemmetjenester, somatiske sengeposter og døgnavdelinger i psykisk helsevern.	216
8.7	Endring i samarbeid med andre tjenester og frivillige organisasjoner	218
8.8	Oppsummering	221
9	KONSEKVENSER FOR PÅRØRENDE	223
9.1	Sykepleiernes opplevelser av konsekvenser for pårørende	223
9.2	Fra den nasjonale kartleggingen	226
9.3	Oppsummering	235
10	SMITTETESTING OG SPORINGSARBEID	237
10.1	Involvering i testing og sporing	237
10.2	Tilstrekkelig med ressurser til sporing og testing	239
10.3	Fungering av testing og sporing	240
10.4	Oppsummering	241
11	KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIERNE	243
11.1	Sykepleiernes opplevelser i skjæringspunktet arbeidsliv-privatliv	243
11.2	Koronarelaterte situasjoner	246
11.3	Sykepleiere i risikogrupper og tilrettelegging på arbeidsplassen	248
11.4	Pandemiens påvirkning av familiesituasjon, arbeidsmiljø og jobbtilfredshet	251
11.5	Konsekvenser for psykisk og somatisk helse	253
11.6	Redusert sosial kontakt	255
11.7	Sosial støtte	255
11.8	Koranasituasjonen og opplevelse av meningsfylt arbeid	258
11.9	Redd for å smitte andre	260
11.10	Hvordan oppslag i media påvirker arbeidssituasjonen	261
11.11	Søvnproblemer	262
11.12	Endring i ferieplaner	264
11.13	Sykepleiernes planer for framtiden	264
11.14	Oppsummering	267
12	INVOLVERING AV ANSATTREPRESENTANTER	271
12.1	Utvalg	272
12.2	Involvering i ulike tiltak	273
12.3	"Korona-avtalene"	274
12.4	Om ordinære tariffbestemmelser er fulgt i koronasituasjonen	278
12.5	Om det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen	280
12.6	Om arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endringer i arbeidstid	282
12.7	Oppsummering	284
13	LEDELSE	285

13.1	Ledererfaringer gjennom pandemien	285
13.2	Om lederne fra den nasjonale kartleggingen	293
13.3	Rammebetingelser	294
13.4	Endring i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud	297
13.5	Leders opplevelse av ivaretagelse fra arbeidsgiver	297
13.6	Grad av ivaretagelse av ansatte de er leder for	300
13.7	Tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid	302
13.8	Bruk av ufaglærte	304
13.9	Oppsummering	306
14	STUDENTER I PRAKSIS OG SYKEPLEIERE UNDER SPESIALISERING/VIDEREUTDANNING	309
14.1	Sykepleiere under spesialisering/videreutdanning etter fagområde	313
14.2	Geografiske forskjeller	316
14.3	Oppsummering	317
15	INFORMASJON OM KORONASITUASJONEN – INTERNE OG EKSTERNE KILDER	319
15.1	Kommunikasjon av vedtak og endringer i rutiner på arbeidsplassen	319
15.2	Informasjon fra andre kilder	323
15.3	Oppsummering	325
16	BRUK AV DIGITALE KOMMUNIKASJONSLØSNINGER	327
16.1	Digital informasjonsdeling og kommunikasjon internt i tjenestene	327
16.2	Kommunikasjon mellom pårørende og pasienter/brukere	328
16.3	Digital kommunikasjon mellom sykepleiere og brukere	330
16.4	Oppsummering	334
17	FORBEDRING AV BEREDSKAP	335
17.1	Systematisering av lærdom og erfaringer	335
17.2	Smittevern og smittvernustyr	335
17.3	Kriseforståelse og trinnvis opptrapping av beredskap	336
17.4	Administrasjon og koordinering av ressurser	336
17.5	Mer systematisk læring og erfaringsutveksling internt og på tvers	337
17.6	Systematisering av erfaringer til bruk i ny beredskapsplan	338
17.7	Beredskapssituasjonen i september-oktober 2020	340
17.8	Oppsummering	341
18	AVSLUTNING OG KONKLUSJON	343
	REFERANSER	347

1 Innledning

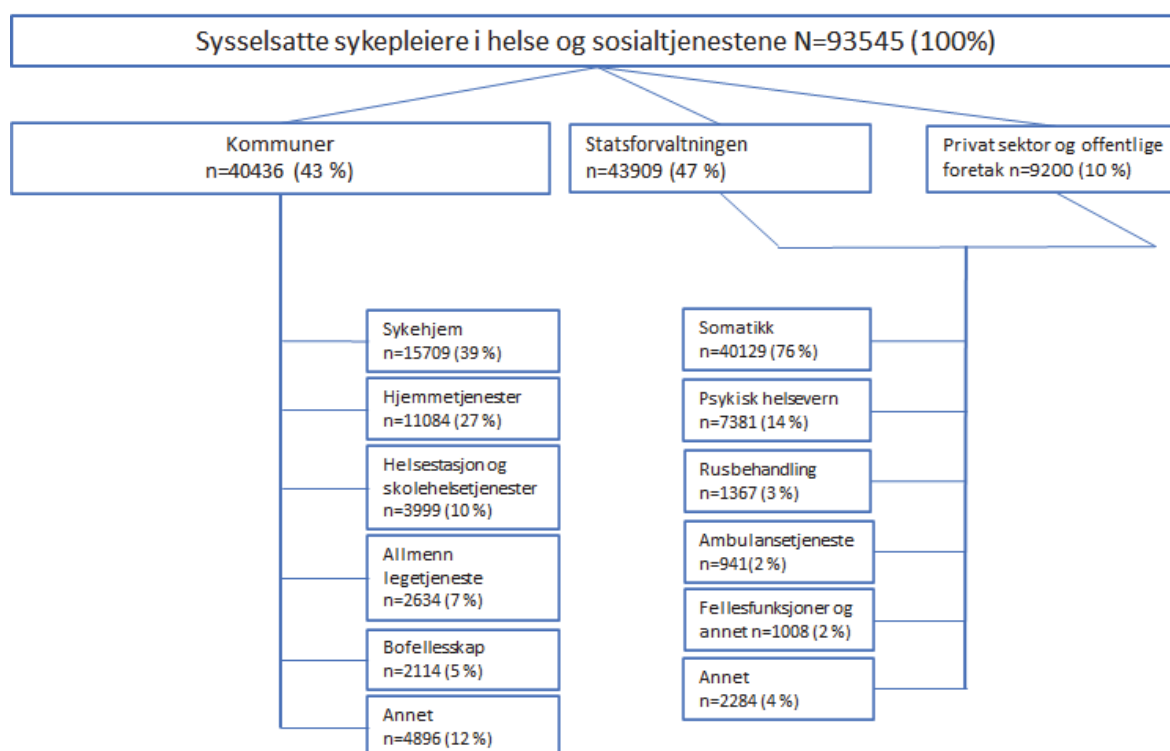
I denne rapporten sammenfatter vi resultatene fra undersøkelsen om sykepleieres erfaringer med koronapandemien så langt. Prosjektet har sin bakgrunn i et ønske fra Norsk sykepleierforbund (NSF) om å få mer kunnskap om de erfaringene sykepleierne har gjort seg under koronapandemien. Sykepleierne har stått i front under den første bølgen av pandemien, og har følgelig opparbeidet seg en unik erfaring og kunnskap. Med tanke på eventuelle framtidige krisesituasjoner, for eksempel nye pandemier, er det viktig å lære av det sykepleierne som yrkesgruppe har erfart så langt i koronapandemien. SINTEF har gjennomført prosjektet i perioden juni 2020-november 2020, og de siste dataene ble samlet inn medio oktober. Vi fanger dermed opp perioden fra pandemiens start tidlig i 2020, med det virkelige vendepunktet når Norge ble nedstengt 12 mars 2020, fram til oktober. Det har vært et forholdsvis omfattende prosjekt som har vært gjennomført på svært kort tid. Analysene er derfor primært deskriptive for å holde oss innenfor prosjektets tidsramme.

Prosjektet er gjennomført av en forskergruppe bestående av Line Melby, Solveig Osborg Ose, Kristin Thaulow og Eva Lassemø. Solveig Osborg Ose har vært ansvarlig for den nasjonale kartleggingen, inkludert analyse og fremstilling av datagrunnlaget. Line Melby og Kristin Thaulow har hatt ansvaret for intervjuene og analyse av disse. Eva Lassemø har hatt særlig ansvar for litteratursøk. Alle forfatterne har bidratt i skriving av rapporten og i diskusjon av funn.

Videre i rapporten gjør vi en kort gjennomgang av relevante tidligere studier for forståelsen av sykepleiernes erfaringer, og vi presenterer mål og problemstillinger i studien. Deretter går vi gjennom metode og materiale (kapittel 2). I de påfølgende kapitlene (kapittel 3-17) presenterer vi resultatene, før vi i kapittel 18 gir noen refleksjoner rundt resultatene. Sammendrag finnes først i rapporten.

1.1 Sykepleierne i møte med pandemien

Sykepleiere er en stor yrkesgruppe i helse- og omsorgstjenestene, og mange sykepleiere har direkte eller indirekte blitt berørt av koronapandemien. I 2019 var det 106 441 sykepleiere og spesialsykepleiere som var lønnstakere ifølge registerbasert sysselsettingsstatistikk, og de utgjør fire prosent av alle 2 562 491 lønnstakere i landet. I helse- og sosialtjenestene er 93 545 sykepleiere sysselsatt, noe som utgjør 88 prosent av alle sykepleiere. Resten av sykepleierne arbeider i andre tjenester innen offentlig administrasjon, undervisning og i annen tjenesteyting. Figur 1 viser hvilke tjenester de 93 545 sykepleierne arbeider i.



Figur 1.1 Fordeling av sysselsatte sykepleiere i helse- og sosialtjenestene, 2019. Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk, SSB.

Sykepleiere er ikke bare arbeidstakere, men også privatpersoner med alle de gleder og byrder som hører til. Sykepleierne kan selv ha helseplager og være i risikogruppe, de kan være gravide, de kan være omsorgsgivere med ansvar for barn og foreldre eller andre, og de kan ha vært på reise og havnet i karantene etc. Under pandemien er man både som helsearbeider og privatperson utsatt for smitte og rammet av smitteverntiltak. Det gjør at forhold på arbeidsplassen og i privatlivet kan påvirke hverandre. Hovedvekten av tema vi har undersøkt i denne studien handler om sykepleieres arbeidshverdag, men også hvordan jobb og private forhold har påvirket hverandre.

1.2 Forskning og kartleggingsstudier av sykepleie og covid-19

For å kunne se våre resultater inn i en større kontekst gjennomførte vi en enkel litteraturgjennomgang. Semi-strukturerte søk ble foretatt i Google Scholar med søkeordene covid-19, nurse*, Norway koblet med de ulike temaene som er inkludert i den nasjonale kartleggingen. Søk ble begrenset til publiseringer etter 2019. Det viste seg raskt at mye er skrevet og publisert om covid-19 siste år. Imidlertid er kun en mindre andel originalforskning, mens et stort antall av publikasjonene er kommentarartikler eller redaksjonelle bidrag. Til sammen var omtrent 40 publikasjoner relevante for våre tema, men ikke nødvendigvis basert på norske data eller med primærfokus på sykepleiere. Det er få norske vitenskapelige studier. Om lag halvparten av publikasjonene omhandler

arbeidsforhold for sykepleiere og annet helsepersonell i en pandemisituasjon. Beredskap, eller preparedness, er tema i sju publikasjoner og personlig verneutstyr (personal protective equipment – PPE) er tema i fire publikasjoner. Ellers finner vi forskning om smitterisiko blant sykepleiere, ledelse, lindrende omsorg og virkninger av endringer i behandling grunnet pandemien for enkelte pasientgrupper. Vi foretok også tilsvarende søk i forskningsdatabasene Medline og CINAHL. Dette resulterte ikke i flere treff, men i etterkant har vi identifisert noen artikler som har blitt inkludert.

I tillegg til originalforskning er det også skrevet et stort antall lederartikler, kommentarer og meningsyttringer om covid-19 og sykepleiere. Disse kategoriseres ikke som forskning, og vi går ikke nærmere inn på disse her. Vi refererer imidlertid til noen kartlegginger av hvordan sykepleiernes hverdag har blitt påvirket av koronapandemien (publisert 31. mars 2020) og hvordan situasjonen i sykehjem og hjemmetjenester har blitt påvirket av pandemien (publisert 4. mai 2020), begge utarbeidet av NSF. Videre har Sintef, på oppdrag av Helsedirektoratet, gjort en kartlegging av hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og tjenestene til denne målgruppa har blitt påvirket av pandemien, sett fra tjenestenes perspektiv (12. mai 2020). Denne refererer vi også til. Til sist tar vi kort for oss noen kartlegginger gjort av American Nurses Foundation og the American Nurses Association om konsekvenser av pandemien på ulike dimensjoner blant sykepleiere i USA.

Beredskap

Beredskapsplaner for en pandemi som koronapandemien var ikke noe så lå ferdig formulert hos myndighetene da covid-19 kom til Norge. Kort sagt kan vi si at vi i løpet av perioden siden mars 2020 har vært vitne til at myndighetene har gjort noen hovedgrep, og at disse har variert i intensitet og omfang. Ursin et al. (2020) beskriver norske myndigheters beredskapsstrategi ved utbruddet av pandemien, basert på en dokumentanalyse av policydokumenter, statistikk og mediekilder. De beskriver tre hovedgrep. Det første handler om å stanse spredning av viruset, det andre om å minimere de økonomiske konsekvensene som nedstengning resulterer i, og det tredje er å iverksette tiltak som veier opp for de sosiale kostandene pandemien medfører. De to sistnevnte grepene må foretas som en konsekvens av innsatsen for å stoppe smittespredning.

Som kjent introduserte myndighetene 12. mars 2020 en strategi for å begrense og forsinke covid-19-utbruddet, (Regjeringen, 2020), samtidig som man sørget for en kapasitetsøkning i helsetjenesten. Dette innebar blant annet restriksjoner på reise- og møtevirksomhet, nedstenging av barnehager, skoler og arbeidsplasser, og endringer i helsetjenesten. Modelleringer viste at det ved en antatt smittetopp ville bli behov for langt flere intensivsenger ved norske sykehus enn det man har. Helseforetakene ble derfor gitt mulighet til å kansellere eller utsette planlagt aktivitet for å kunne øke antall intensivsenger. Helsepersonell, og spesielt sykepleiere, fikk opplæring for å kunne bli overført til intensivenheter og kunne utføre arbeidsoppgaver der.

Fra en kartlegging av det kommunale psykisk helse og rustilbudet i mars/april 2020 (Ose & Kaspersen, 2020), fant man at det var en del kommuner som gjorde omdisponeringer i personellfordelingen i tjenestene. Sykepleiere og helsefaglig personell ble satt i beredskap for å bidra i andre deler av tjenestene, og noen ble beordret til nye oppgaver. Fordi mange kommuner ikke opplevde utbredt smitte, ble det ikke nødvendig å gjøre store omdisponeringer på dette tidspunktet. Vi gjør

oppmerksom på at kartleggingen kun tar for seg tjenester innenfor rus og psykisk helse. Det er ingen vitenskapelige studier i Norge, foreløpig, som har undersøkt hvordan omdisponeringer i tjenestene brukes og dimensjoneres som en del av pandemiberedskapen.

Smittevern og smitteverneutstyr

En viktig del av beredskapen i helsevesenet er tilstrekkelig tilgang på personlig smitteverneutstyr som ansiktsmasker, hansker og visir. Mange sykehus og andre helseinstitusjoner hadde lite av dette på lager i midten av mars 2020. Innkjøp og distribusjon ble sentralisert, og samordnet for primær- og spesialisthelsetjenesten, for å prioritere enheter med størst behov (Helse Sør-øst, 2020). Også i en studie av luftambulansetransport av covid-19-pasienter i seks europeiske land (hvor Norge inngår), påpekes det at mangel på personlig smitteverneutstyr i tidlig fase av pandemien var en utfordring (Hilbert-Carius et al., 2020). Dette på tross av at man hadde tid til å forberede en beredskapsstrategi for pasienttransport av mistenkte og bekreftede covid-19-tilfeller.

Kirkevold et al. (Kirkevold, Eriksen, Lichtwarck, & Selbæk) har gjennomført en studie om kapasitet i smittevernarbeid under covid-19 pandemien blant ledere i sykehjem i smittevernarbeidet. Avdelingsledere ved til sammen 93 avdelinger fordelt på 82 sykehjem besvarte en spørreundersøkelse. Studien viste at tilgangen til personlig verneutstyr, bruk av utstyret og opplæringen er bedre enn den fremstillingen vi ofte får gjennom medier. For å klare å overholde smittevern og sikre god pasientbehandling til covid-19-smittede, trenger noen enheter å omorganisere lokaler og øke bemanningen. Kirkevold et al (ibid.) fant at mange sykehjemsavdelinger opplevde utfordringer når det gjaldt å holde tilstrekkelig fysisk avstand og holde personalet atskilt i kohorter. Dette skyldes både uegnede lokaler og at personell arbeider ved flere avdelinger/poster. Vi kan tenke oss at overholdelse av smittevern er vanskeligere ved noen steder enn andre.

I NSFs kartlegging av sykepleiernes hverdag under pandemien (Norsk Sykepleierforbund, 2020a) svarte i underkant av 2500 sykepleiere på en rekke spørsmål om arbeidssituasjonen sin. Om lag 60 prosent mente arbeidsplassen var godt eller svært godt forberedt i møte med pandemien, og ca. tre fjerdedeler oppga at de kjente spesifikt til retningslinjene for smittevern på sin arbeidsplass. Samtidig sa 60 prosent at de hadde tilgang til smittevernutstyr, men at de var usikre på hvor lenge det ville vare. Av de som mente arbeidsplassen manglet smittevernutstyr, var det flest som mente man manglet øyebeskyttelse/visir/briller, åndedrettsvern, munnbind og smittefrakker. Beredskap, inkludert kunnskap om smittevernrutiner og tilgang til utstyr tas grundig opp i studien vår.

I den andre kartleggingen gjort av NSF (Norsk Sykepleierforbund, 2020b), tok de for seg situasjonen i sykehjem og hjemmetjenester i forbindelse med covid-19. I overkant av 20 000 sykepleiere besvarte undersøkelsen. Respondentene fordelte seg på om lag 52 prosent i sykehjem og 37 prosent i hjemmesykepleien. Resten av respondentene jobbet enten på begge steder, eller på ingen av stedene. Når det gjaldt smittevern, oppga svært mange av ansatte i sykehjem at de hadde vært redde for å overføre smitte til beboerne. Kun 20 prosent hadde aldri vært redd for det. Tilsvarende tall fant de for hjemmetjenestene. 4 av 10 oppga (i april 2020) at de "hver dag" eller "ofte" var redde for å overføre smitte til brukerne. Dette indikerer en mangelfull smittevernberedskap innenfor hjemmetjenester og sykehjem på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, det vil si tidlig i

pandemien. Videre oppga 80 prosent av respondentene fra hjemmetjenesten at de hadde opplevd at brukere hadde avlyst oppdrag i frykt for smitte. Det trenger ikke å si noe om det reelle smittevernet, men kan tyde på en frykt hos brukerne for at smittevernet ikke skal bli overholdt.

Konsekvenser for pasientoppfølging i livets siste fase

Å gi god oppfølging til pasienter i livets siste fase kan utgjøre en ekstra utfordring under pandemien. For det første vil covid-19 døende pasienter utgjøre en smitterisiko, samtidig som deres behov for lindring og omsorg er stort. Denne balansegangen må ivaretas. For det andre vil ivaretagelse av smittevern hensyn generelt gjøre det utfordrende for pårørende som ønsker å være nær sine i den siste fasen. Det finnes lite forskning om temaet foreløpig. En norsk artikkel (klinisk oversikt) tar for seg omsorg mot livets slutt for beboere på sykehjem og andre langtidsinstitusjoner (Eriksen et al., 2020). Mange av disse personene er rammet av demenssykdommer, og det er i utgangspunktet krevende å gi god nok lindring i livets siste fase. Forfatterne drøfter hvordan dette blir ytterligere forvansket som følge av covid-19 og smittevernregler som skal overholdes. For eksempel må helsepersonell vurdere smittevern hensyn opp mot pårørendes (og pasientens) behov for besøk. Forfatterne trekker også fram at pårørende må få god informasjon om hvordan den siste fasen kan arte seg for covid-19-syke pasienter. De kan være preget av angst og alvorlig pustebesvær, og det kan være opprørende for de pårørende å bevitne dette.

En annen artikkel fremhever at sykepleiere, ledere og annet helsepersonell ved institusjonene har stort behov for kunnskap og råd om hvordan disse dilemmaene i den siste fasen best kan løses. (Bolt et al., 2020). Forfatterne finner store mangler i litteratur som tar for seg etiske, kulturelle og religiøse aspekter av omsorg for døende, i tillegg til den belastning og sorg sykepleiere utsettes for. God ledelse etterspørres som virkemiddel for en bedre omsorgsprosess. Joni et al. (2020) finner tilsvarende få retningslinjer for lindrende omsorg under covid-19 internasjonalt.

Når det gjelder omsorg og behandling av covid-19-syke pasienter som er innlagt på intensivavdeling, viser en belgisk studie at denne pasientgruppa er mye mer ressurskrevende enn andre intensivpasienter (Bruyneel et al., 2020). Forfatterne sammenliknet tids-/ressursbruk for covid-19 pasienter med andre intensivpasienter ved fem intensivavdelinger ved tre sykehus. De fant at blant annet tid brukt på overvåking og titrering, mobilisering og hygiene var signifikant høyere for covid-19-pasientene enn for andre pasienter. Høy alder (<65 år) økte tiden sykepleierne brukte på pasientene, det samme gjaldt høy APACHE II score og dødsfall. Ved bemanning av intensivavdelinger vil det følgelig være viktig å ta hensyn til at covid-19-pasientene krever mye sykepleierressurser. I undersøkelsen vår ser vi nærmere på bemanning og opplevd belastning blant sykepleiere i ulike deler av sektoren.

Helseeffekter for sykepleiere

Både sykepleiere som jobber direkte med koronapasienter, og de som ikke gjør det, kan oppleve både fysiske og psykiske helseeffekter som en konsekvens av arbeidet sitt. For sykepleiere som jobber direkte med covid-19-smittede eller syke pasienter oppstår særlige utfordringer. Én utfordring er håndtering av smitterisiko og sjansen for faktisk å bli smittet. Nguyen et al. (Nguyen et al., 2020)

gjorde en prospektiv kohortstudie blant brukere av en "smitteapp" i USA og Storbritannia i perioden mars-april 2020. Blant studiedeltakerne var også mange helsepersonell (front-line workers). Studien viste at helsearbeiderne hadde omtrent tre ganger større risiko for å bli smittet av covid-19 enn den generelle befolkningen. Faktorer som ser ut til å påvirke smitterisiko var blant annet tilgang til smittevernutstyr, og om utstyret ble brukt på riktig måte. Helsepersonell som jobbet med inneliggende pasienter (inpatients) og på sykehjem hadde den største risikoen for å bli smittet blant studiedeltakerne. Også etnisitet så ut til å påvirke risikoen for smitte. Helsepersonell med minoritetsbakgrunn hadde forhøyet smitterisiko sammenliknet med helsepersonell generelt. Studien forklarer ikke hvorfor det er slik.

I en skotsk kohortstudie (Shah et al., 2020) ble noe av det samme som i studien over undersøkt. Studien tok utgangspunkt i helsepersonell som jobber i NHS Skottland og deres hushold. Ved å kople informasjon om innleggelse på grunn av covid-19 smitte blant medlemmer i husholdet og sammenlikne med den generelle befolkningen, fant de at helsepersonell hadde noe forhøyet risiko for å bli innlagt. For helsepersonell var likevel ikke sjansen større enn 0,5 prosent for å bli lagt inn på sykehus etter smitte. For menn med flere sykdommer var sjansen ca. 1 %. Studien viser for det første at det er høyere risiko for helsepersonell å bli smittet og innlagt på sykehus, som også påpekt av Nguyen et al. (2020). Og den setter fokus på at husholdsmedlemmer kan bli smittet av helsepersonell.

Foruten studier som ser på risiko for å oppleve covid-19-smitte, er det også flere studier på covid-19 og andre liknende infeksjonssykdommer og sykepleie som viser at sykepleiere opplever stress og uro når de arbeider med disse pasientene. Én årsak til det er at de må ivareta smittevernhensyn med tanke på egen familie og kolleger, samtidig som de skal ivareta alvorlig syke pasienter (Cai et al., 2020). Som vist i studien til Shah et al. (2020) er det også en reell bekymring.

Det er flere studier som tar for seg de psykiske effektene av å jobbe med covid-19-smittede og syke pasienter. I en nettbasert spørreundersøkelse blant helsepersonell i England, Singapore og Polen fant Denning et al. (2020) at 67 prosent av respondentene hadde høy risiko for å bli utbrent. Det er langt høyere enn før covid-19-pandemien og indikerer en direkte eller indirekte sammenheng. De fant også at personer med klinisk ansvar og personer omdisponert til andre arbeidsoppgaver/ arbeidsplasser hadde høyere risiko for utbrenthet enn annet helsepersonell. Henholdsvis 20 og 11 prosent viste symptomer på angst og depresjon. Utbrenthet blant sykepleiere er også tema i en kinesisk studie (Wan, Lian, Ma, Cai, & Xianyu, 2020). Hvorvidt resultatene er overførbare til en norsk kontekst er uvisst, da både helsesystem og samfunnsliv generelt er ulikt. De fant imidlertid svært høye nivåer av angst (90 prosent), men milde til moderate nivåer av utbrenthet.

En undersøkelse blant norsk helsepersonell avdekket forhøyet punkt-prevalens av PTSD-symptomer, angst og depresjon (Johnson, Ebrahimi, & Hoffart, 2020). Et høyere symptomtrykk ble funnet blant de som arbeider direkte med covid-19-pasienter sammenliknet med de som arbeider indirekte med disse pasientene. Dette i motsetning til en nylig publisert kinesisk studie på helsepersonell som jobbet med covid-19-syke i Wuhan (Li et al., 2020) som også tar opp temaet stress og traumatisering blant helsepersonell som ikke har jobbet tett på smittede eller syke. Studien viste at stress og traumer (vicarious traumatization) forekom signifikant hyppigere blant sykepleiere som *ikke* jobbet direkte

med covid-19-syke enn blant de som hadde nærkontakt med syke. Forfatterne mener at det kan ha å gjøre med at sykepleierne som jobbet direkte med de syke var bedre mentalt forberedt, mer erfarne og at de frivillig hadde valgt å jobbe med smittede og syke. Det stresset disse sykepleierne opplevde skyldtes først og fremst empati med pasientene som var smittet med covid-19. Sykepleiere som derimot jobbet med "vanlige" pasienter hadde empati med pasientene, men følte også stor bekymring for kollegaene som jobbet med covid-19-syke pasienter. Som for de andre kinesiske studiene, kan en diskutere overførbarheten til norske forhold, men studien understreker likevel betydningen av å gi god oppfølging også til sykepleiere som ikke jobber med koronasyke pasienter.

Faktorer som påvirker arbeidsmiljøet

Det har også vokst fram en litteratur som undersøker effekter av sosial støtte i form av ulike kampanjer rettet mot sykepleiere som oppmuntring og takk for den innsatsen de legger ned. Kim et al. (2020) har studert hvilken effekt sosial støtte har på sykepleieres intensjoner om å stå i jobben. Sykepleiere med arbeidserfaring knyttet til covid-19-pasienter hadde lav intensjon om å stå i jobben. Dette viser at en opplevelse av å bli utsatt for risiko gjennom jobb gjør at mange vurderer å bytte jobb.

Det at covid-19-utbruddet ble kategorisert som en pandemi har utløst mye forskning. Som eksempel har Embregts et al. (2020) gjennomført en gjennomgang av studier om psykologiske effekter av utbrudd av infeksjonsepidemier hos helsepersonell som arbeider i langtidspleie. Covid-19-pandemien er fortsatt så nær i tid at ingen av de inkluderte studiene omfatter denne pandemien. Vi kan også dra veksler på studier som har sett på sykepleieres erfaringer under tilsvarende pandemier, som MERS-CoV (MERS) som kan minne om covid-19-sykdom.

Å arbeide i nærkontakt med alvorlig syke – og smittsomme – pasienter oppleves krevende. I en studie av sykepleiere som jobbet med pasienter med MERS, rapporterte informantene at de følte seg isolerte og alene når de jobbet med pasientene. Videre var arbeidet fysisk tungt på grunn av alt smittevernutstyret de måtte anvende (Y. Kim, 2018).

I en studie om sykepleieres erfaringer med å jobbe direkte med MERS-pasienter opplevde informantene stor uforutsigbarhet som følge av å jobbe innenfor et felt som var i stadig endring og som ingen hadde fullstendig oversikt eller kunnskap om (Kim, 2018). Det er grunn til å tro at de som har jobbet direkte med covid-19-pasienter har opplevd noe av den samme uforutsigbarheten.

Forskning peker på flere faktorer som bidrar positivt til arbeidsmiljøet når man skal utøve sykepleie i en pandemisituasjon. Studier tyder på at strenge tiltak for å unngå smittespredning og bruk av riktig smittevernutstyr, øker sjansen for at helsepersonell står i arbeid og sannsynligheten for at de unngår psykiske plager (Cai et al., 2020; Dionne, Desjardins, Lebeau, Messier, & Dascal, 2018). En annen viktig faktor for å styrke arbeidsmiljøet er at ledelse og helsemyndighetene anerkjenner arbeidstakernes innsats i pandemien (Jiang, 2020). I en studie av iranske helsearbeideres helse (fysisk og psykisk), samt jobbtilfredshet, fant forfatterne at risikofaktorer for helseproblemer skilte seg fra de som hadde betydning for helsearbeidere i Kina. Det kan tyde på at forskjellige faktorer har varierende betydning i ulike land/ulike helsesystemer (Zhang et al., 2020). Zhang et al. konkluderer derfor med at det er nødvendig å få kunnskap om hvert enkelt helsesystems risikofaktorer – og dermed også faktorer som

beskytter helsearbeidere. I studiet av sykepleieres erfaringer under koronapandemien i Norge vil vi kunne få kunnskap om nasjonale forhold.

Digitalisering av tjenestene

Covid-19-pandemien og den omorganiseringen og omdisponeringen av helsetjenesten som fulgte (Regjeringen, 2020) kan sies å medvirke til nytenkning og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel var det mange pasienter som trenger oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, i sengepost eller poliklinisk, som ikke lenger hadde adgang til sykehuset. En utfordring for mange somatiske områder har vært å avgjøre hvilke behandlinger som kan vente og hvilke som må prioriteres, og om det er andre måter å følge opp pasientene på enn de tradisjonelle ansikt til ansikt møtene. Som eksempel på dette beskriver Gittoes et al. (2020) mulige effekter av å utsette ulike behandlinger innen endokrinologi. De argumenterer for at bruken av ulike digitale løsninger bør fremmes. Økt bruk løsninger innen telemedisin/-digitale løsninger er også vurdert innen, for eksempel, artroplastikk (Rao et al., 2020). Det pågår studier som undersøker omfang og konsekvenser av digitalisering av tjenester, særlig knyttet til bruk av videokonferanse. Vi vil derfor etter hvert ha et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere på hvilke områder digitale verktøy egner seg.

Funn fra "Pulse on the Nation's Nurses COVID-19 Survey Series"

NSFs søsterorganisasjoner i USA, American Nurses Foundation og the American Nurses Association, gjennomfører en serie spørreundersøkelser blant sykepleiere over hele USA¹. Til sammen 32 174 amerikanske sykepleiere har svart på fem ulike undersøkelser så langt om blant annet egen mental helse, innovasjon, personlig verneutstyr og arbeidshverdagen generelt. Det opplyses om at alle innsamlede data vil bli benyttet for å informere beslutninger om hvordan sykepleiere best kan støttes under og etter pandemien. Vi finner ikke at data så langt er brukt i forskning eller vitenskapelige publikasjoner.

Knappt 11 000 amerikanske sykepleiere svarte på en spørreundersøkelse om psykisk helse og velvære². En stor andel rapporterer å ha opplevd negative følelser siste 14 dager og rapporterer symptomer på angst/depresjon, som for eksempel søvnvansker (60 prosent), overspising (38 prosent) eller alkoholforbruk (18 prosent). Å tilbringe kvalitetstid med familie og venner oppgis som den viktigste faktoren for å bedre velværet.

I mai svarte over 14 300 amerikanske sykepleiere på en spørreundersøkelse om personlig verneutstyr. Av de spurte svarte 52 prosent at de hadde behandlet pasienter positive for eller antatt positive for covid-19. Førtifem prosent rapporterte mangel på personlig verneutstyr, mens 79

¹ <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/survey-series-results/>

² <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/mental-health-and-wellbeing-survey/>

prosent hadde blitt oppfordret eller blitt pålagt å gjenbruke personlig verneutstyr³. Gjennom en oppfølgingsundersøkelse i juli-august, hvor 20 000 sykepleiere svarte, fremgår det at mangelen på personlig verneutstyr er vedvarende⁴.

En annen i rekken av spørreundersøkelser, fokuserte på økonomiske utfordringer blant amerikanske sykepleiere, den svarte 10 099 på⁵. 37 prosent oppgir at de ikke har opplevd større endringer i arbeidstid (27 prosent færre arbeidstimer, 17 prosent vesentlig flere arbeidstimer). Sammenlignet med før covid-19 pandemien, mener 56 prosent at de har en verre økonomisk situasjon nå. En tredjedel av de som svarer oppgir at de vurderer å slutte som sykepleier som følge av covid-19-pandemien. Tre av fire som svarer på denne undersøkelsen er fulltidsansatte. Majoriteten er hvite kvinner 45 år og eldre.

Problemløsning eller innovasjon er et annet tema besvart av 4688 amerikanske sykepleiere. Over 80 prosent mener covid-19-pandemien har ført til økt innovasjon innen sykepleie, tilsvarende mange har selv deltatt i, eller observert at unike løsninger er tatt i bruk i pleiesituasjoner. Utenom personlig verneutstyr er det virtuell pleie-/telemedisin, og måten man omgås pasienter og pårørende på, som er endret mest.

1.3 Mål og problemstillinger

Det overordnede målet med denne studien har vært å bidra til å styrke det totale kunnskapsgrunnlaget knyttet til koronapandemien, gjennom en kartlegging av sykepleieres erfaringer og kunnskap om konsekvensene av den første perioden av koronapandemien i Norge. Studien har hatt to overordnede problemstillinger:

- **Hvilke erfaringer har sykepleiere med koronapandemien?**
- **Hvilke konsekvenser har pandemien hatt for pasienter, brukere og pårørende?**

Mer konkret har vi jobbet ut ifra følgende problemstillinger:

Beredskap for smitte og smittevern

- Hvordan var helsetjenestens beredskap for pandemien, sett fra sykepleieres perspektiv?
- Hvordan har smittevern blitt håndtert i det daglige?

³ (Inaktiv lenke fjernet) www.nursingworld.org/~49cd40/globalassets/covid19/ppe-infographic-june-5-2020

⁴ (inaktiv lenke fjernet) www.nursingworld.org/~4a558d/globalassets/covid19/ana-ppe-survey-one-pager---final

⁵ <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/financial-impact-survey/>

Arbeidsvilkår og arbeidsmiljø

- Hvordan har pandemien påvirket sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidsmiljø (psykososialt og fysisk)?
- I hvilken grad har partssamarbeidet blitt ivaretatt under pandemien, og i hvilken grad har det bidratt til å finne gode løsninger?
- Hvordan har sykepleiermangel, bemanning og kompetansesammensetning påvirket håndteringen av pandemien?
- Hvilke rammebetingelser og utfordringer har ledere av sykepleietjenesten, og hvordan har disse blitt håndtert under pandemien?
- I hvilken grad har tjenestene jobbet med å dokumentere de tiltakene som er iverksatt under pandemien for systematisk evaluering og læring?

Konsekvenser for pasienter og brukere

- Hvilke konsekvenser har koronapandemien hatt for pasientbehandling og omsorg med hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet, både for koronapasienter og for andre pasienter?
 - Hvordan har sykepleiere ivaretatt døende covid-19 syke pasienter og deres pårørende?
 - Hva slags erfaringer har sykepleiere med ivaretagelse av palliative og døende pasienter som *ikke* har hatt covid-19-sykdom?
- Hvordan har sykepleiere jobbet under pandemien for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet?

Informasjon om covid-19 relatert til egne arbeidsoppgaver

- I hvilken grad har sykepleiere fått oppfylt sine informasjonsbehov under pandemien?
- Hvordan har de fått informasjon, og av hvem? Hva er fordeler og ulemper med måten informasjon til sykepleierne har vært organisert?

e-Helse og digitale løsninger

- I hvilken grad er e-helse og digitale løsninger tatt i bruk i pasientbehandlingen under pandemien?
- I hvilken grad har sykepleierne vært rustet til å benytte digitale løsninger, både når det gjelder utstyr og ferdigheter?
- Hvilke konsekvenser, etter sykepleiernes mening, har digitale tjenester hatt for pasienter, pårørende og dem selv?

Konsekvenser for sykepleieutdanningen

- Hvilke konsekvenser har koronapandemien hatt for praksisstudiene til bachelor- og masterstudenter i sykepleie?

2 Metode og materiale

I studien har vi anvendt en kombinasjon av intervju og en spørreskjemaundersøkelse for innhenting av data. I tillegg har vi brukt statistikk fra MSIS for å få oversikt over antall smittede til enhver tid. Under redegjør vi for gjennomføring av datainnsamlingen.

2.1 Innspillmøte med brukerorganisasjoner

I forberedelsen til datainnsamlingen arrangerte NSF og Sintef i fellesskap et digitalt innspillmøte for brukerorganisasjoner (august 2020). Fem organisasjoner deltok: Nasjonalforeningen for folkehelsen, Diabetesforbundet, Rådet for psykisk helse, Norsk revmatikerforbund og Pårørendealliansen. Hensikten med møtet var å få tilbakemeldinger på tema og spørsmål i intervjuguiden og i den nasjonale kartleggingen. Brukerorganisasjonene ga flere innspill om tema de vurderte som viktige, og som vi har forsøkt å ivareta etter beste evne i studien.

2.2 Intervjuer

Semi-strukturerte intervjuer er en hensiktsmessig metode når vi vil utforske et tema og få dybdekunnskap om det. I tillegg gir intervjuer oss gode muligheter til å få tak i informantenes refleksjoner og vurderinger rundt forskjellige tema (Tjora, 2012).

Intervju med hovedtillitsvalgte

Vi startet studien med å gjøre intervjuer med seks hovedtillitsvalgte: tre i helseforetak og tre i kommuner. Hensikten var å få innspill til utforming av spørsmål i den nasjonale kartleggingen, samt å få et generelt inntrykk av hva slags erfaringer og utfordringer som fantes i tjenestene. To av informantene ble rekruttert av Sintef, mens fire andre ble rekruttert gjennom NSF basert på et ønske om å dekke opp både kommuner og sykehus som hadde hatt koronapasienter.

Intervjuer innenfor tre caser

Videre var det et mål å få dybdekunnskap om utvalgte områder der sykepleierne har stått i uvanlige arbeidssituasjoner på grunn av koronasituasjonen. Vi har derfor gjort intervjuer med et strategisk utvalg informanter innenfor tre caser. Casene ble valgt ut basert på hva oppdragsgiver anså som særlig viktig å få mer kunnskap om, og ut ifra hva forskerne vurderte som gode caser for å belyse endringer og særlige utfordringer for sykepleierne i arbeidshverdagen. Vi fikk bistand fra faggruppeledere og fylkesledere i NSF til å identifisere potensielle informanter for alle casene. Førstegangskontakten med informantene skjedde via faggruppeleder eller fylkesleder, og forskerne

fulgte opp med en formell forespørsel og informasjon om studien. Nedenfor beskriver vi disse nærmere.

Case 1. Sykepleiere som har jobbet med palliasjon/døende pasienter

Det første området vi særlig ønsket å belyse var sykepleiere som har jobbet med alvorlig syke og døende pasienter, med vekt på covid-19-syke og døende pasienter. Vi ønsket å dekke opp intensivavdelinger og sykehjem som hadde hatt covid-19-syke pasienter, eventuelt pasienter som døde.

Utvalg:

- Intensivsykepleiere med tilknytning til tre forskjellige sykehus (N=3)
- Sykepleiere som jobbet ved tre sykehjem (N=5)⁶

Case 2. Sykepleiere som har vært omdisponert

Det andre området vi ville gå i dybden på, var sykepleiere som har opplevd omdisponering. Det gjelder svært mange sykepleiere, og her valgte vi noen av de områdene som har fått mye offentlig oppmerksomhet, samt områder der vi vet at ansatte har måttet jobbe på andre måter og tjenestetilbudet er tatt ned. Disse områdene overlapper også mer eller mindre.

Utvalg:

- Helsesykepleiere (N=3)
- Sykepleiere innenfor kommunalt psykisk helse og rusarbeid (N=3)
- Innenfor geriatri i sykehus og hjemmesykepleie (N=4)
- To sykepleiere ved to forskjellige sykehus (N=2)

Case 3. Sykepleierledere

Det tredje området vi undersøkte nærmere var hvordan det har vært å være leder/sykepleierleder under pandemien. Vi inkluderte ledere fra sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Alle hadde erfaring med covid-19-smitte i kommunen/sykehuset og alle hadde erfaring fra omdisponering.

Utvalg:

- Kommunehelsetjenesten (N=4)
- Sykehus (N=5)

⁶ To av informantene er ledere, og inkluderes dermed også i lederutvalget.

Casene sett under ett

Informantene i de tre casene har til felles at de alle har opplevd utfordringer og endringer i arbeidet sitt på grunn av koronapandemien. Individuelt har de opplevd en del særegne hendelser som skyldes at de jobber akkurat der de jobber. Samtidig har de også opplevd mye felles, opplevelser som ser ut til å være mer generelle, knyttet til koronasituasjonen overordnet mer enn til den spesifikke arbeidsplassen. Forskjeller og likheter på tvers av informantgrupper tar vi nærmere opp i resultat- og diskusjonsdelen.

Tabell 2.1 Oversikt over informantene, N=35.

Informantgruppe	Antall/tilhørighet	
	Sykehus	Kommune
Hovedtillitsvalgte	4	2
Case 1	3	5
Case 2	4	8
Case 3	5	4
Totalt	16	19

Gjennomføring

Vi utformet en intervjuguide som dekket de overordnede temaene vi ønsket å undersøke. Som nevnt ovenfor fikk vi innspill på guiden fra brukerorganisasjoner og fra referansegruppa i NSF. Guiden ble brukt forholdsvis fleksibelt, slik at informantene fikk mulighet til å ta opp ting vi ikke nødvendigvis hadde tenkt på.

Alle intervjuene, unntatt to, ble gjennomført digitalt – enten på Teams, på telefon, via Facetime, eller Zoom. I de første intervjuene med hovedtillitsvalgte deltok stort sett alle fire forskerne, for å sikre at alle fikk nærmere innblikk i konsekvensene av koronapandemien i de inkluderte helseforetakene og kommunene. Når det gjelder de videre intervjuene ble de gjennomført av to av forskerne (LM og KT). De fleste ble gjennomført av én forsker, mens i to intervjuer var begge forskerne til stede. Intervjuene ble gjennomført mellom august og oktober 2020. Vi gjorde lydopptak av alle intervjuene, og de ble transkribert ad verbatim av forskningsassistenter.

Når vi i rapporten gjengir sitater fra intervjuene, holdes alle informantene anonyme. Det betyr at vi i visse tilfeller har fjernet utsagn og detaljer som gjør at de kunne blitt gjenkjent. Informantene er tilegnet hver sin kode bestående av en bokstav og et tall: S for sykehus, K for kommune og T for tillitsvalgt. De er deretter nummerert i løpende rekkefølge.

2.3 Den nasjonale covid 19-undersøkelsen blant sykepleiere

Den nasjonale kartleggingen er gjennomført fordi NSF ønsker å få kunnskap om medlemmenes erfaringer under koronapandemien. Et tilfeldig utvalg av medlemmer kunne vært trukket fra medlemsregisteret, men da med fare for at bredden i erfaringene ikke kom godt nok frem. Det ble derfor bestemt at alle medlemmene som var registrert med en e-postadresse i medlemsregisteret, skulle få mulighet til å gi innspill gjennom denne undersøkelsen, inkludert pensjonister og studenter. Pensjonistene ble også inkludert med formål om å kartlegge grad av mobilisering, mens studentene ble inkludert også for å få kunnskap om hvordan sykepleierstudentene har blitt påvirket av pandemien.

Sintef utviklet et forslag til spørreskjema basert på tema i utlysningen av prosjektet. Det var mange tema som skulle dekkes og det var ulike interesser i NSF om hva som skulle inkluderes. Resultatet ble at svært mange tema ble inkludert, og det ble et omfattende spørreskjema.

Deltakelse i forskning innebærer noe annet enn å delta i en meningsmåling, og det vil ikke være fornuftig å gjennomføre slike kartlegginger som polls i en meningsmåling. Respondentene må få vite at det tar lang tid å svare før de starter. Vi oppga derfor at det ville ta 30 minutter å besvare undersøkelsen, og vi forsøkte ikke å undersøke at dette var en omfattende kartlegging. Undersøkelsen ble derfor satt opp slik at hver side ble lagret etter hvert, slik at de kunne gå ut og inn av undersøkelsen ved behov.

Det er Sentio Research AS som har vært Sintefs underleverandør i gjennomføringen av datainnsamlingen. Sentio mottok e-postadresser og medlemsinformasjon fra medlemsregisteret. Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 22. september til 19. oktober 2020. Det er sendt ut én purring og én påminnelse tre dager før siste frist fra Sintef/Sentio. NSF har også sendt ut tre SMS-er, den første da undersøkelsen ble sendt ut, den andre da purring ble gjennomført, og en tredje som en påminnelse tre dager før avsluttet datainnsamling. Det ble ikke gjennomført ytterligere purringer av hensyn til situasjonen mange sykepleiere er i.

Sintef fikk oversendt datagrunnlaget fra Sentio uten direkte personidentifiserende informasjon som navn, medlemsnummer eller e-postadresse når datainnsamlingen var avsluttet.

Populasjonen består av 111373 sykepleiere med gyldig e-postadresse.⁷ Dette utgjør 96 prosent av alle sykepleierne som er organisert i NSF. Det er totalt 35143 sykepleiere som har respondert og disse utgjør utvalget.

⁷ Det var 2360 epostadresser (2 prosent) som var ugyldige i et bruttoutvalg på 111374, det betyr at det reelle utvalget er 111373 med gyldig epostadresse.

I resten av dette delkapittelet undersøker vi hvor godt utvalget representerer populasjonen, det vil si om de 35143 sykepleierne som har deltatt utgjør et representativt utvalg av populasjonen på 111373 sykepleiere.

2.3.1 Representativitetsanalyse

Før og etter purring

Per 6. oktober hadde 11721 medlemmer fullført undersøkelsen, og 6691 hadde svart på deler av undersøkelsen. Da datainnsamlingen ble avsluttet 19. oktober kl. 09 hadde 24942 personer fullført undersøkelsen, og 10201 hadde svart på deler av undersøkelsen. Det er dermed 35143 sykepleiere som har respondert.

Tabell 2.2 Innkommet svar før purring og endelig utvalg

	Innkomet svar før purring		Endelig utvalg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ikke svar	92 950	83	76 231	68
Delvis svar	6 691	6	10 201	9
Fullført	11 721	11	24 942	22
Populasjon	111 362	100	111 373	100

Følgende indikatorer undersøkes i representativitetsanalysen:

- Yrkesaktivitetsstatus (medlemskategori)
- Demografi (kjønn og alder)
- Tariffavtaleområde (tariffavtale)
- Bransje og sektor (bedriftskategori)
- Geografi (NSF-Lag)

Yrkesaktivitetsstatus

Medlemsregisteret inneholder 17 ulike medlemskategorier, og vi gjør noen omkodinger for å forenkle. I kategorien medlem i arbeid inkluderes også de som har delbetaling og minimumskontingent som er i arbeid. I kategorien selvstendig næringsdrivende, er det også inkludert de 14 mulige respondentene som er merket med selvstendig næringsdrivende delbetaling. I tillegg kommer tre små kategorier (æresmedlemmer, ekstraordinært medlemskap, og ekstraordinært medlemskap minimumskontingent) med til sammen 23 mulige respondenter, og disse er i det følgende samlet i kategorien 'Annet'.

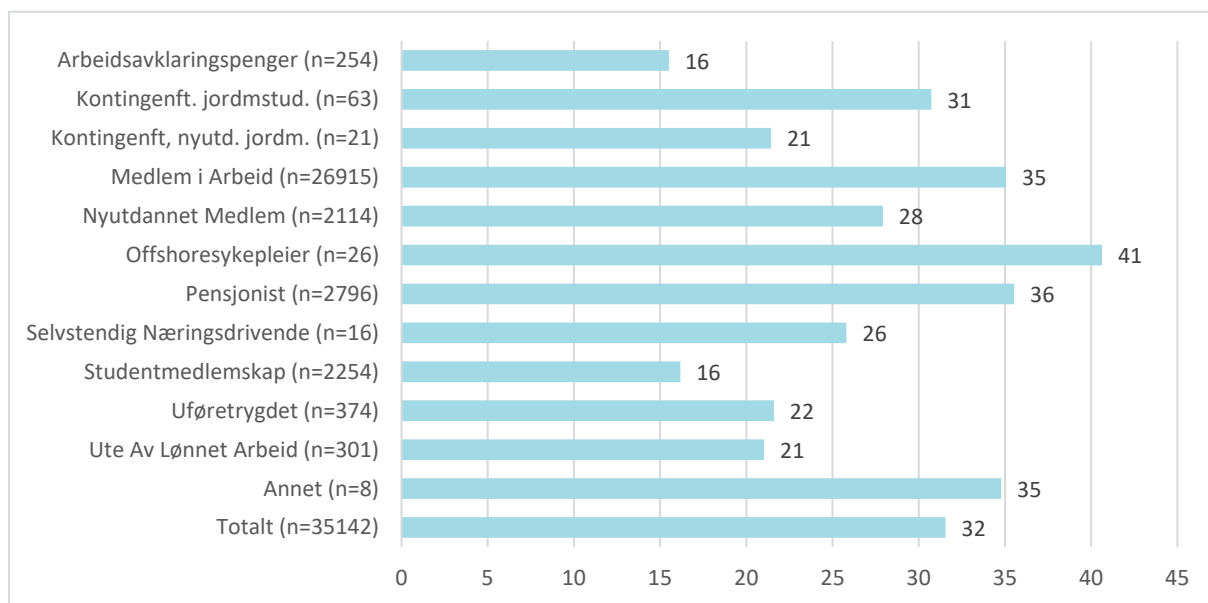
Tabell 2.3 viser at det er særlig studentmedlemmene som har lav responsrate (16 prosent). For den største medlemskategorien, medlemmer i arbeid, har 35 prosent respondert. Dette betyr at vi har informasjon fra rundt hver tredje yrkesaktive sykepleier i Norge.

Tabell 2.3 Representativitet – medlemskategori

	Antall personer				Respons (%)			
	Ikke svar	Delvis svar	Fullført	Mulige respondenter	Ikke svar	Delvis svar	Fullført	Respons-rate
Arbeidsavklaringspenger	1 383	27	227	1 637	84	2	14	16
Kontingentfritak, Jordmorstud.	142	32	31	205	69	16	15	31
Kontingentfritak, nyutd. jordmor	77	11	10	98	79	11	10	21
Medlem i arbeid	49 831	7 804	19 111	76 746	65	10	25	35
Nyutdannet medlem	5 457	936	1 178	7 571	72	12	16	28
Offshoresykepleier	38	8	18	64	59	13	28	41
Pensjonist	5 073	168	2 628	7 869	64	2	33	36
Selvstendig Næringsdrivende	46	6	10	62	74	10	16	26
Studentmedlemskap	11 681	1 104	1 150	13 935	84	8	8	16
Uføretrygdet	1 358	10	364	1 732	78	1	21	22
Ute Av Lønnet Arbeid	1 130	92	209	1 431	79	6	15	21
Annet	15	3	5	23	65	13	22	35
Totalt	76 231	10 201	24 941	111 373	68	9	22	32

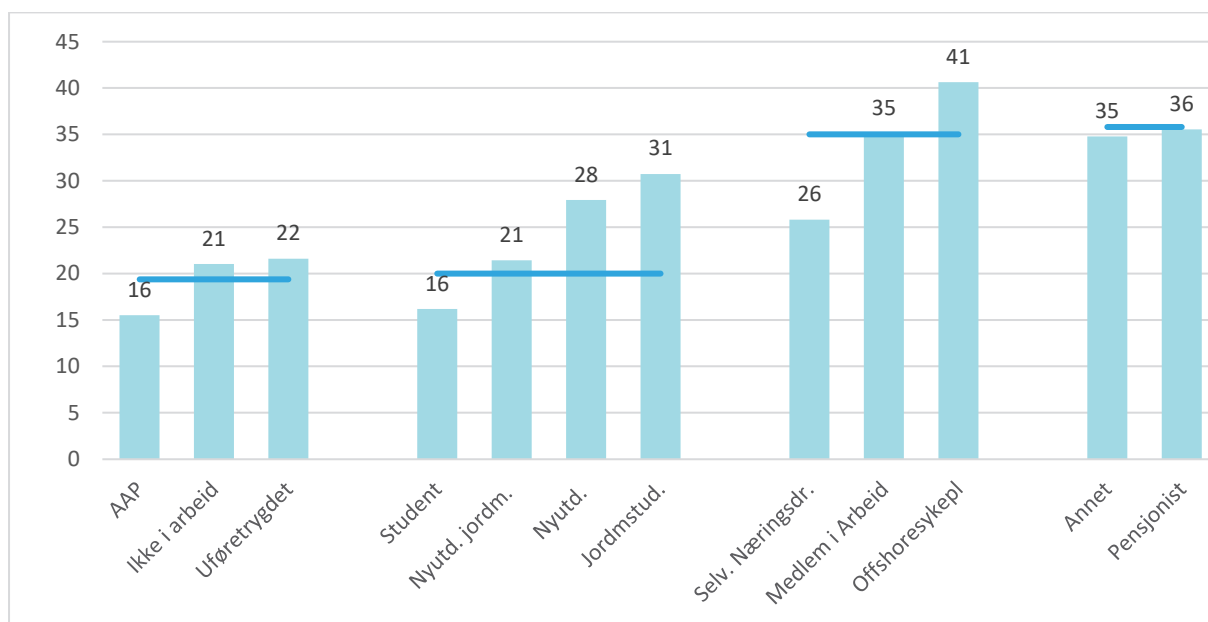
I det følgende slår vi sammen delvis svar og fullførte til kategorien 'respondert' og tilhørende 'responsrate'. Vi tester om det er systematiske skjevheter mellom de som har fullført og de som delvis har fylt ut for de ulike indikatorene.

Responsraten for de ulike medlemskategoriene er vist i figur 2.1 og antall svar er vist i parentes etter medlemskategorinavnet. Det er særlig lav responsrate blant mottakere av arbeidsavklaringspenger og studenter (16 prosent), de som er ute av lønnet arbeid (21 prosent), nyutdannet jordmor (21 prosent) og uføretrygdete (22 prosent). For de andre medlemskategoriene er responsraten i intervallet 26 (selvstendig næringsdrivende) til 41 prosent (offshoresykepleiere). For medlemmer i arbeid, som naturlig nok er den største enkeltkategorien, er responsraten 35 prosent.



Figur 2.1 Responsrater i ulike medlemskategorier. Antall respondenter i hver kategori i parentes.

Om vi ser på de yrkesaktive, ser vi at det er sykepleiere som er selvstendig næringsdrivende som har særlig lav responsrate (26 prosent), mens offshoresykepleiere trekker opp responsraten for yrkesaktive marginalt, fordi de er få personer.



Figur 2.2 Responsrater i ulike medlemskategorier. Linje=veiet gjennomsnitt i hver kategori.

Demografiske kjennetegn

Som vist i tabell 2.4 har total 32 prosent av de kvinnelige medlemmene respondert, og tilsvarende andel blant de mannlige medlemmene er 30 prosent. Dette gir en skjevhet i utvalget ved at andel kvinner blant de som har respondert er 91 prosent, og 90 prosent blant de som ikke har respondert.

Tabell 2.4 Representativitet – kjønn

	Kvinner	Menn	Totalt	Andel kvinner
Ikke svar	68 840	7 391	76 231	90
Delvis svar	9 293	908	10 201	91
Fullført	22 741	2 200	24 942	91
Mulige respondenter	100 874	10 499	111 374	91
Respondert	32	30	32	

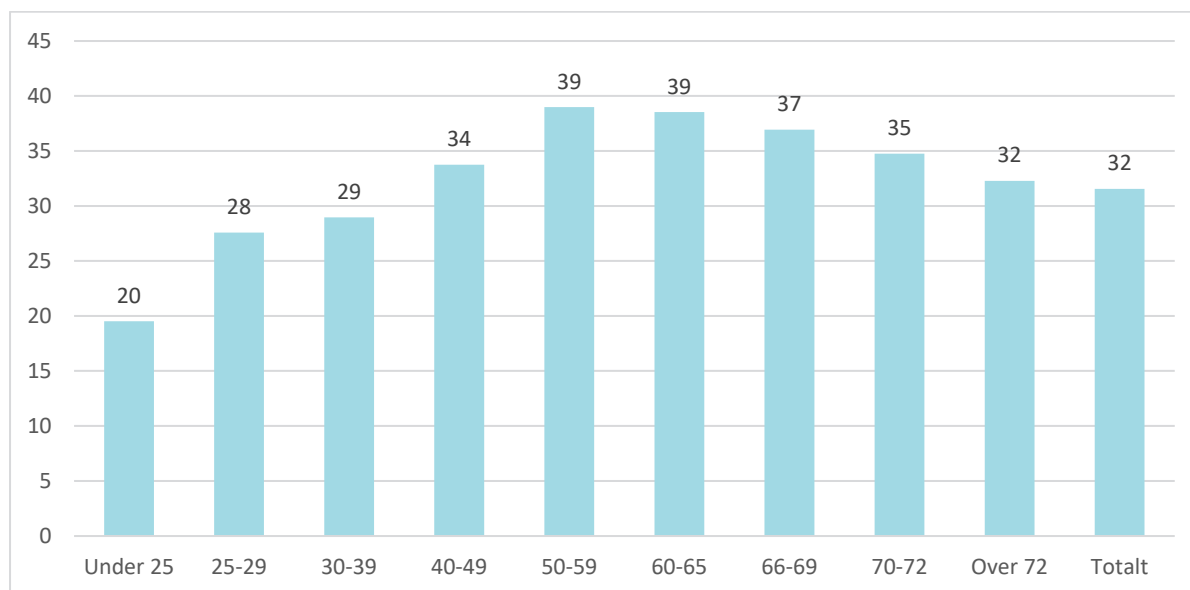
Det er ikke systematiske kjønnsforskjeller i responsraten blant medlemmer i arbeid [$\chi^2(1)=0.49$, $p=0.494$]. Blant studentene er det systematisk flere kvinner enn menn som har respondert ved at det er 88 prosent kvinner blant de som har respondert, og 85 prosent blant de som ikke har respondert.

Det er ikke signifikante kjønnsforskjeller i responsrate mellom de som har fylt ut deler av svarene og de som har fullført undersøkelsen [$\chi^2(1)=0.05$, $p=0.819$].

Som vist i siste kolonne av tabell 2.5 og i figur 2.3 har medlemmer i aldersgruppene 50-65 år høyest responsrate på 39 prosent.

Tabell 2.5 Representativitet – alder

	Respondert	Mulige respondenter	Responsrate
Under 25	2 791	14 303	20
25-29	3 885	14 086	28
30-39	6 921	23 902	29
40-49	7 417	21 978	34
50-59	7 546	19 359	39
60-65	3 884	10 081	39
66-69	1 474	3 991	37
70-72	538	1 548	35
Over 72	686	2 125	32
Totalt	35 142	111 373	32



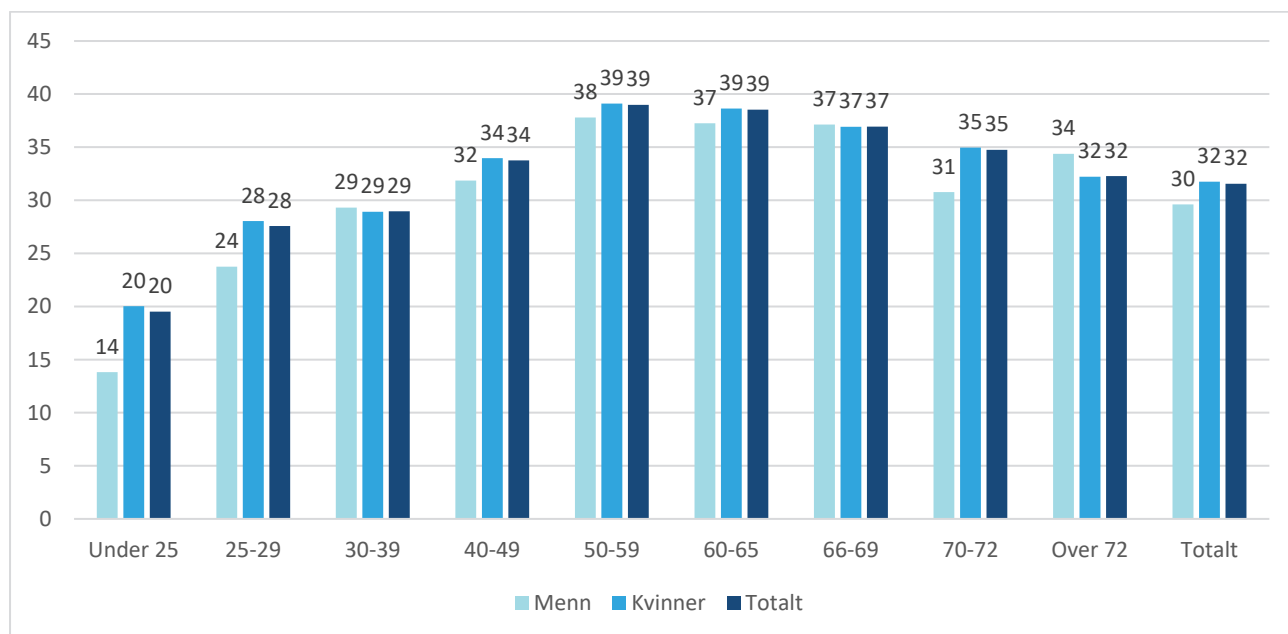
Figur 2.3 Responsrate totalt innen hver aldersgruppe.

Det er signifikante forskjeller mellom aldersgruppene etter hvor stor andel som fullfører hele undersøkelsen og de som delvis har fylt ut, se tabell 2.6. Blant de under 25 år er det 51 prosent av respondentene som har fullført. Andelen stiger systematisk med høyere aldersgruppe, og blant de over 72 år er det 99 prosent som har fullført. Det er en systematisk, tilnærmet lineær, sammenheng i andel respondenter som har fullført etter økende alder.

Tabell 2.6 Antall delvis svar og fullførte og andel fullført etter aldersgruppe.

	Delvis svar	Fullført	Andel fullført
Under 25	1376	1415	51
25-29	1476	2409	62
30-39	2314	4607	67
40-49	2148	5269	71
50-59	1881	5665	75
60-65	807	3077	79
66-69	164	1310	89
70-72	29	509	95
Over 72	6	680	99
Totalt	10201	24941	71

Innenfor aldersgruppene er det ulike responsrater mellom kvinner og menn. Blant de to yngste aldersgruppene, og i aldersgruppen 70-72 år, har menn systematisk lavere responsrater, se figur 2.4. Kjønnforskjellen i responsrater jf. tabell 2.4 skyldes derfor særlig kjønnforskjeller i responsrater i disse tre aldersgruppene.



Figur 2.4 Responsrate etter kjønn og aldergrupper.

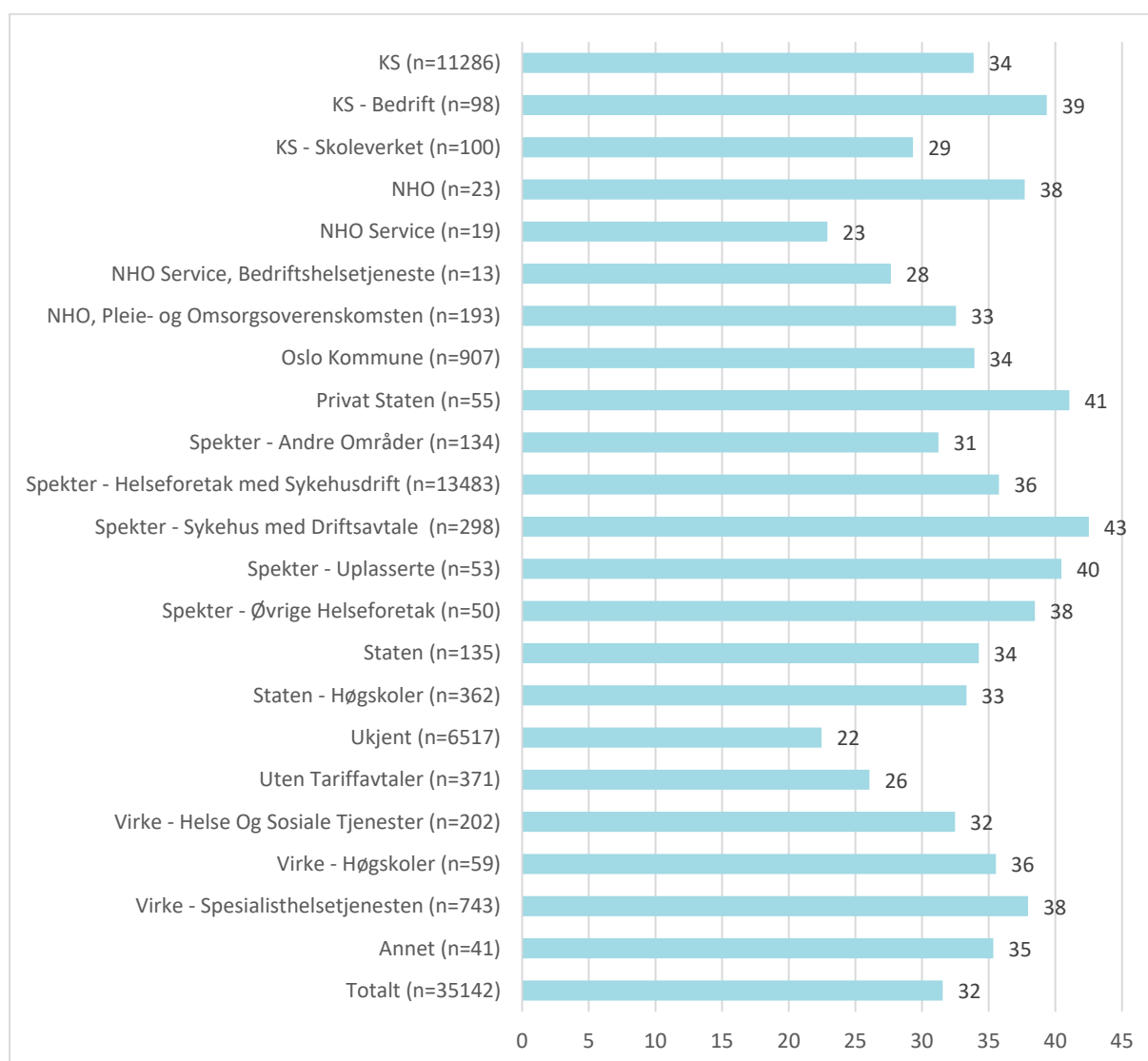
Tariffavtaleområde

Medlemsregisteret inneholder 32 kategorier av tariffavtaler medlemmene tilhører. De fleste medlemmene er plassert i en tariffavtale. Noen av disse avtaleområdene har få medlemmer (2-22 medlemmer) som ASVL, Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon, NHO Abelia, NHO Kreftforeningen, Oslo Kommune – Skoleverket, Selvstendige Tariffavtaler Privat sektor Virke Apotek, Virke Studentsamskipnaden, Virke Utdanning, Virke Virksomheter kommune og Virke Virksomheter Stat. Vi slår disse sammen til kategorien 'Annet'.

Tabell 2.7 Representativitet – Tariffområde

	Utvalg	Populasjon	Responstrate
KS	11 286	33 325	34
KS - Bedrift	98	249	39
KS - Skoleverket	100	341	29
NHO	23	61	38
NHO Service	19	83	23
NHO Service, Bedriftshelsetjeneste	13	47	28
NHO, Pleie- og Omsorgsoverenskomsten	193	593	33
Oslo Kommune	907	2 673	34
Privat Staten	55	134	41
Spekter - Andre Områder	134	429	31
Spekter - Helseforetak med Sykehusdrift	13 483	37 696	36
Spekter - Sykehus med Driftsavtale	298	701	43
Spekter - Uplasserte	53	131	40
Spekter - Øvrige Helseforetak	50	130	38
Staten	135	394	34
Staten - Høgskoler	362	1 086	33
Ukjent	6 517	29 014	22
Uten Tariffavtaler	371	1 424	26
Virke - Helse Og Sosiale Tjenester	202	622	32
Virke - Høgskoler	59	166	36
Virke - Spesialisthelsetjenesten	743	1 958	38
Annet	41	116	35
Totalt	35 142	111 373	32

Lavest responstrate er blant de 6517 medlemmer dekket av ukjent tariffavtale (22 prosent) og for NHO Service der 19 av de 83 medlemmene med gyldig e-postadresse som dekkes av tariffavtalen har svart (23 prosent). Ellers ligger responstraten på 26 til 43 prosent, se figur 2.5.



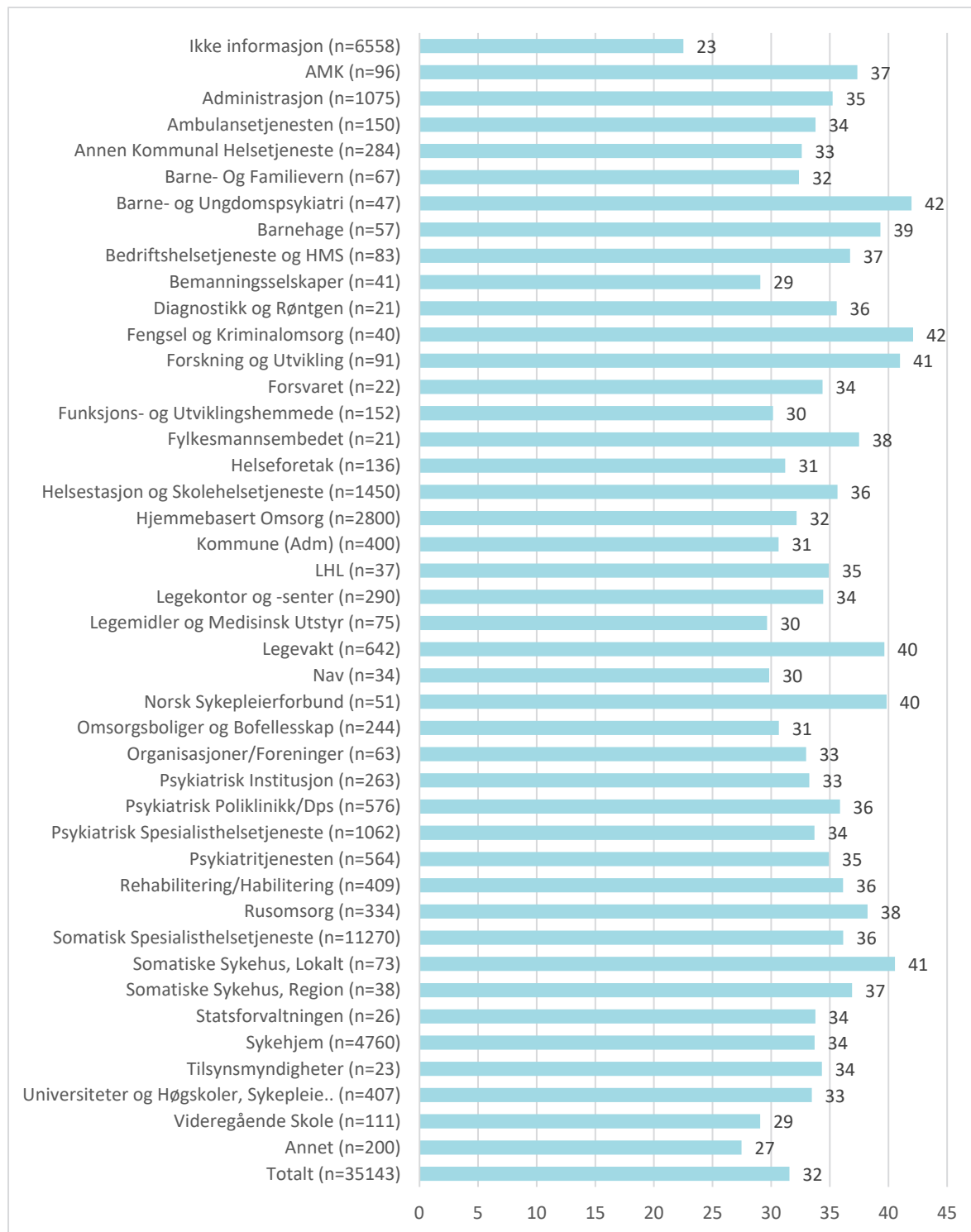
Figur 2.5 Responsrate etter tariffområde.

Bransje og sektor

Medlemsregisteret inneholder 63 bedriftskategorier, men 26 prosent av medlemmene er ikke plassert i noen av kategoriene (manglende informasjon). Noen inkluderer færre enn 20 medlemmer, og vi har slått disse gruppene sammen i kategorien 'Annet'. I tillegg er det en del kategorier der færre enn 20 personer har respondert, og disse er også inkludert denne kategorien.

Det er særlig lav responsrate blant de som vi ikke har informasjon om bedriftskategori for (23 prosent) og de små kategoriene som er samlet under annet (27 prosent), se figur 2.7. Det er høyest responsrate (42 prosent) blant sykepleiere innen barne- og ungdomspsykiatri og fengsel og kriminalomsorg (42 prosent), forskning og utvikling og lokale somatiske sykehus (41 prosent) og legevakt og NSF sentralt (40 prosent).

Av de store kategoriene som somatisk spesialisthelsetjeneste med 11.270 svar, er responsraten på 36 prosent og hjemmebasert omsorg med 2800 svar på 32 prosent. I helsestasjon- og skolehelsetjeneste med 1450 svar er responsraten på 36 prosent.



Figur 2.6 Responsrate etter bedriftskategori.

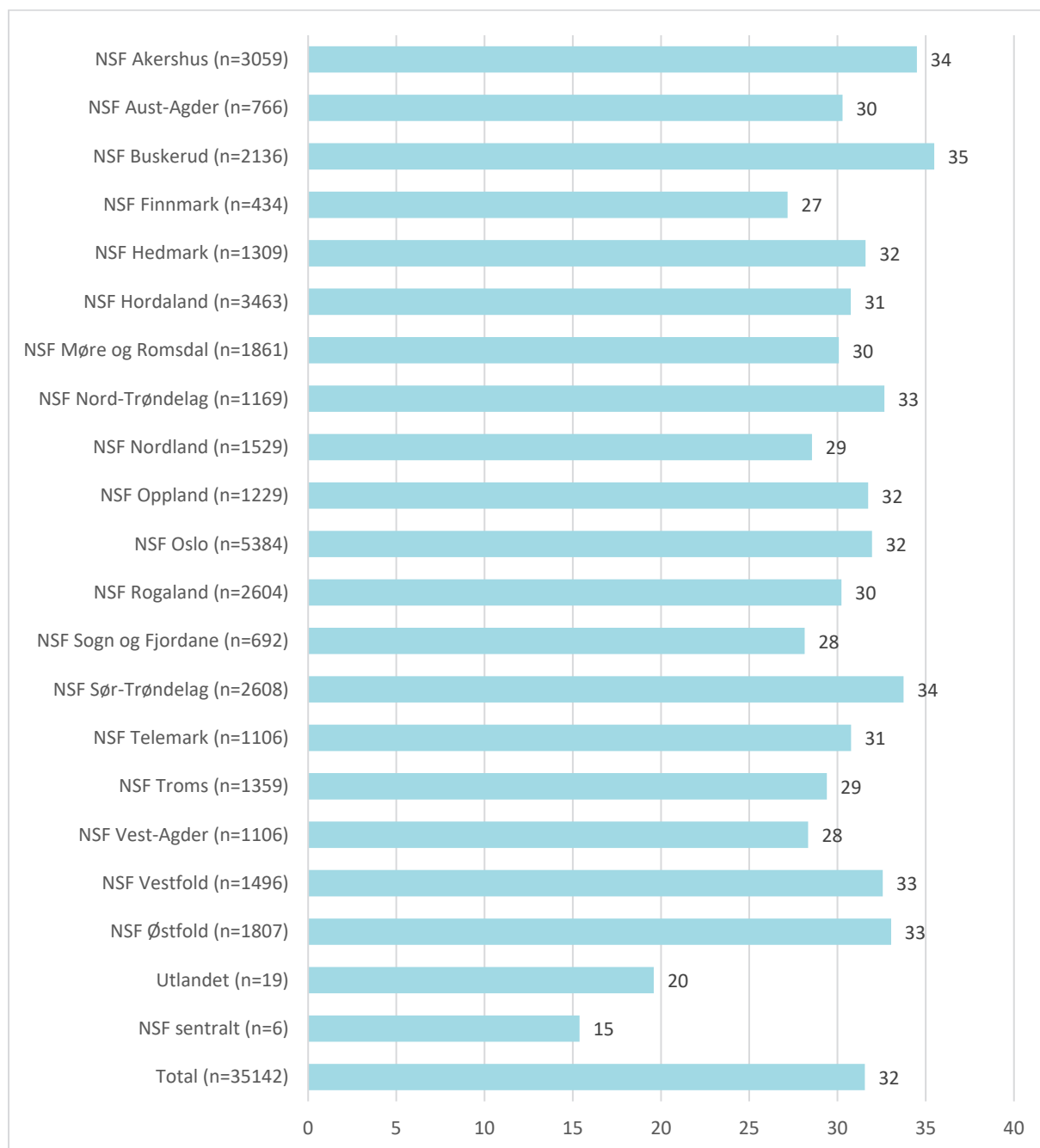
Geografisk representativitet

Alle medlemmene er fordelt etter hvilket NSF-lag de tilhører. Som vist i siste kolonne av tabell 2.8 og figur 2.8 er det lavest responsrate blant medlemmene som bare er registrert på 'NSF' uten spesifisert fylkeslag (15 prosent) og de som er registrert med 'utlandet' (20 prosent). Den høyeste responsraten er blant medlemmene i Buskerud (35 prosent) og i Sør-Trøndelag (34 prosent).

Tabell 2.8 Representativitet – fylkeslag⁸

	Utvalg	Populasjon	Responsrate
NSF Akershus	3 059	8 867	34
NSF Aust-Agder	766	2 529	30
NSF Buskerud	2 136	6 019	35
NSF Finnmark	434	1 597	27
NSF Hedmark	1 309	4 143	32
NSF Hordaland	3 463	11 260	31
NSF Møre og Romsdal	1 861	6 187	30
NSF Nord-Trøndelag	1 169	3 579	33
NSF Nordland	1 529	5 354	29
NSF Oppland	1 229	3 872	32
NSF Oslo	5 384	16 845	32
NSF Rogaland	2 604	8 616	30
NSF Sogn og Fjordane	692	2 459	28
NSF Sør-Trøndelag	2 608	7 728	34
NSF Telemark	1 106	3 594	31
NSF Troms	1 359	4 623	29
NSF Vest-Agder	1 106	3 903	28
NSF Vestfold	1 496	4 594	33
NSF Østfold	1 807	5 468	33
Utlandet	19	97	20
NSF	6	39	15
Total	35 142	111 373	32

⁸ I NSF's medlemsregister var medlemmene inndelt i de gamle fylkeslagene (før fylkessammenslåing), vi bruker derfor disse betegnelseene når vi diskuterer representativitet.

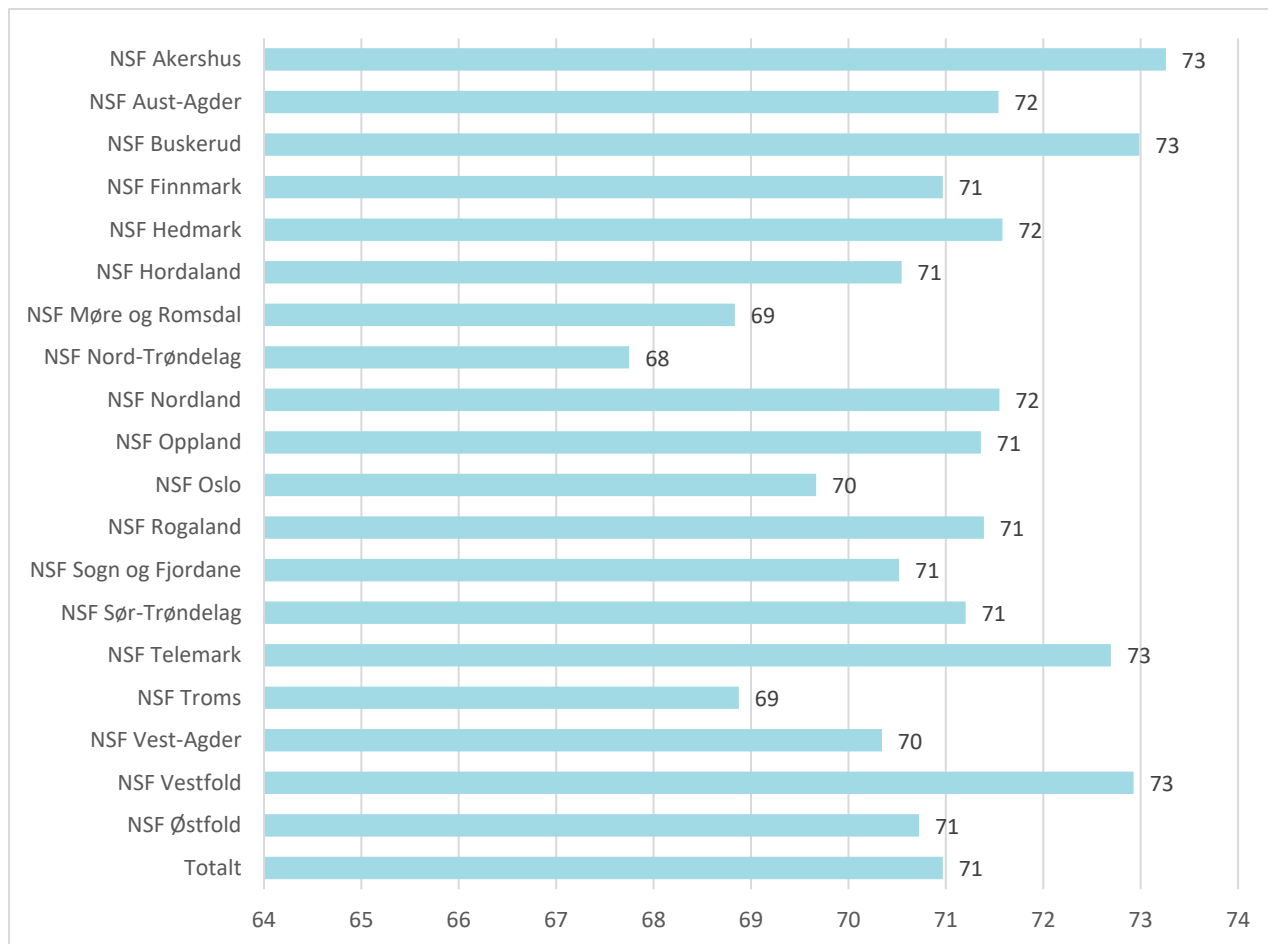


Figur 2.7 Responsrate etter fylkeslag.

Det er 31 251 av respondentene som svarer at de har vært i arbeid eller i praksis i koronasituasjonen og av disse er det 30 070 som har vært i arbeid innen helse- og omsorgstjenester i løpet av perioden fra 12. mars 2020 til responsdato. Disse utgjør hovedutvalget i resultatdelen.

Det er også systematiske forskjeller etter hvor stor andel av de som har svart som har svart på alle spørsmålene.

Det er særlig lav andel fullførte i NSF Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og i Troms med færre enn 70 prosent som har fylt ut skjemaet. Det er ikke signifikante forskjeller mellom de andre fylkeslagene i andel som har fullført hele skjemaet.



Figur 2.8 Andel som har svart på alle spørsmål fordelt etter fylkeslag

Oppsummering representativitet

Dette har vært en svært omfattende undersøkelse som ble sendt til samtlige medlemmer i NSF som har oppgitt e-postadresse til NSF, inkludert studenter, pensjonister og andre utenfor arbeidslivet. Det er likevel nesten hver tredje sykepleier som har svart, totalt 35 143 personer. Responsraten varierer etter yrkesaktivitet, og av de som er i arbeid, har 35 prosent respondert. Dette betyr at vi har informasjon fra rundt hver tredje yrkesaktive sykepleier i Norge.

Utvalget har litt skjev kjønnsfordeling, der menn i noe mindre grad enn kvinner har deltatt. Det er 16 prosent av studentene som har svart, og det er også lavest deltakelse blant unge sykepleiere. Høyeste svarprosent er oppnådd i aldergruppen 50-65 år, der 39 prosent har respondert. Det er også signifikante forskjeller i fullføringsgrad etter alder, der økende alder systematisk gir høyere andel fullførte. Utvalget er derfor skjevt i den forstand at de med lengst erfaring i større grad har deltatt og fullført.

De høyeste responsratene oppnås blant sykepleiere innen barne- og ungdomspsykiatri og fengsel og kriminalomsorg (42 prosent), innen forskning og utvikling og lokale somatiske sykehus (41 prosent) og i legevakt og NSF sentralt (40 prosent). Av de store kategoriene som somatisk spesialisthelsetjeneste med 11 270 svar, er responsraten på 36 prosent og i hjemmebasert omsorg med 2800 svar er responsraten på 32 prosent. Responsraten er 36 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste med 1450 svar.

Alle medlemmene er fordelt etter hvilket NSF-fylkeslag de tilhører. Det er lavest responsrate blant medlemmene som bare er registrert på 'NSF' uten spesifisert fylkeslag (15 prosent) og de som er registrert med 'utlandet' (20 prosent). Den høyeste responsraten når vi fordeler etter fylkeslag, er i Buskerud (35 prosent) og i Sør-Trøndelag (34 prosent), men det er ikke signifikante fylkesskjevheter.

Generelt er vi fornøyd med responsraten gitt den tiden vi er i, kanskje med unntak av lav deltakelse fra studentene og de unge sykepleierne, noe som gjør at utvalget i mindre grad er representativt for studenter og de unge sykepleierne, mens de mellom 50 og 65 år er best representert. Vi finner ikke betydelig skjevheter i responsraten etter tariffområde, bransje, sektor eller geografi.

2.4 Analyser av datagrunnlaget

2.4.1 Analyser av det kvalitative datagrunnlaget

Analyse av intervjuene har foregått på følgende måte: Vi tok utgangspunkt i de tre casene, og gjorde en tematisk kategorisering av alle intervjuene innenfor hver case. Dette resulterte i 8-12 underkategorier som i sin tur ble satt i sammenheng. I tillegg gjorde vi noen tverrgående analyser som gikk på tvers av casene. Av store temaer som framkom i analysen, kan vi nevne beredskap og smittevern, bruk av digitale verktøy og konsekvenser for pasienter/brukere. Også her ble temaene kategorisert i en rekke underkategorier, og logisk sortert. Materialet ble organisert i forskjellige Word-dokumenter, ett for hvert tema. Deretter ble funnene skrevet ut som sammenhengende historier.

Vi har ikke funn fra intervjuene som kan belyse alle tema i resultatkapitlene. Tyngden i intervjumaterialet ligger på de beskrevne tre casene, samt på beredskap og smittevern.

2.4.2 Analyser av det kvantitative datagrunnlaget

Den nasjonale kartleggingen blant sykepleiere er analysert ved hjelp av programvaren Stata (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Analysene er i all hovedsak deskriptive fremstillinger av tallene, og det er testet for signifikante forskjeller mellom grupper der det er aktuelt. Figurene er i hovedsak laget i Excel, men Stata er brukt i noen tilfeller.

For å identifisere ulike bruker- og pasientgrupper er det for eksempel brukt `strpos()` funksjonen i Stata, og for å teste om det er systematiske forskjeller mellom grupper er det brukt ulike tester, for eksempel Chi-test og F-test. Representativitetsanalysene er basert på variabler som er levert fra medlemsregisteret i NSF.

2.5 Etikk

I prosjektet har vi jobbet etter samfunnsvitenskapelige forskningsetiske retningslinjer (Den nasjonale forskningsetiske komite for humaniora og samfunnsvitenskap, 2016) og EUs personvernforordning, GDPR. Det innebærer blant annet å gi studiedeltakerne tilstrekkelig informasjon om formålet med forskningen og hvordan resultatene skal brukes, om ivaretagelse av personvern hos deltakerne, og om mulighetene for å trekke seg. Prosjektet er meldt til – og tilrådd av – Norsk senter for forskningsdata, Sintefs personvernombud for forskning. Deltakerne i studien har enten fått skriftlig informasjon om studien (respondenter i den nasjonale kartleggingen) eller både skriftlig og muntlig informasjon (personer som har blitt intervjuet).

Alle lydfiler fra intervjuene har blitt oppbevart på et adgangsbegrenset, passordbeskyttet område på server hos Sintef. Ved prosjektslutt slettes lydfilene. Alle studiedeltakerne holdes anonyme. Når vi gjengir sitater fra intervjuene, har vi derfor anonymisert eller utelatt personidentifiserende opplysninger fra sitatene.

Videre gang i rapporten

I de følgende kapitlene presenterer vi resultatene fra studien. For hvert kapittel presenterer vi først funn fra intervjuene, der vi har intervjumateriale, deretter funn fra den nasjonale kartleggingen. Avslutningsvis i hvert kapittel ser vi funnene i sammenheng.

3 Beredskap

Hvordan sykepleierne har opplevd koronapandemien har blant annet sammenheng med hvordan beredskapsplanleggingen har vært. Beredskap for pandemier (som koronapandemien) og anbefalinger for handling er beskrevet i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa og i Nasjonale faglige råd for pandemiplanlegging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Helsedirektoratet, 2019). I de nasjonale rådene beskrives det blant annet hvordan kommunene må organisere tjenestene, planlegge for tilstrekkelig kapasitet for å håndtere en pandemi og hvordan de skal gjennomføre smittevern. Helseforetakene må tilsvarende planlegge for tilstrekkelig kapasitet og sikre at man har tilgjengelig personell, legemidler og utstyr. De nasjonale faglige rådene beskriver også ansvar og roller innenfor helse- og omsorgssektoren og at kommuner og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å samordne sine planer. Basert på intervjudata og data fra den nasjonale kartleggingen ser vi i dette kapitlet på hvordan arbeidsgivere/arbeidsplassene, samt sykepleierne mer individuelt var forberedt på pandemien. Vi har særlig undersøkt:

- Sykepleiernes reaksjoner og handlinger da pandemien traff Norge
- Hvor forberedt arbeidsplassen var ved inngangen til pandemien mht. smittevernrutiner, tilgang til smittevernutstyr, kompetanse på smittevern, rutiner for registrering av smitte blant ansatte, involvering av ansattrepresentanter m.m.
- Hvordan situasjonen er ved arbeidsplassene i dag for de samme faktorene som over

3.1 Første fase av pandemien: "Det kommer vel ikke hit til Europa"

Vi starter med et utsagn fra en av informantene. Sitatet kan stå som en illustrasjon på et tankesett svært mange av informantene i studien hadde:

Det var vel i begynnelsen av januar, tenker jeg, at vi ble litt informert om at vi måtte tenke på den covid-19, da. Den smitten som er i Kina. Jeg husker ikke helt om den var bredt seg til Italia eller Østerrike da. Og da må jeg bare innrømme at jeg tenkte at jeg har jo vært med på både SARS og fugleinfluensa og det som var i 2003-2004, pluss det som var – tror jeg var i 2009. Og jeg tenkte jo mitt, for det var jo ganske hysteri, hvert fall i 2009. Og så ble det liksom ingenting. Det bare dabbet ut. Så jeg må bare innrømme at jeg tenkte det samme når vi fikk den beskjeden nå. At «skal vi lage så mye styr for noe som er så langt borte? Det kommer ikke til å komme hit.» Men der tok jeg grundig feil. (K6)

Intervjuene gir et ganske tydelig inntrykk av at ingen av informantene var forberedt på hva som kom til å komme, og mange tok det ikke særlig alvorlig til å begynne med. Mange brukte ord som at "det kommer vel ikke hit til Europa", "det er jo ikke noe farlig dette her", og at man "ble tatt litt på senga". En sykepleier som jobber med eldre fortalte at det var lite diskusjon om korona før viruset kom til

Europa. Da det kom nærme innpå, ble det et tema på vaktrommet. Sykepleieren beskriver at enten var de ansatte svært redde, eller de var helt avventende. Den avventende holdningen hadde mye å gjøre med at viruset var ukjent, og man visste lite om hva man kunne forvente og hvordan man skulle forberede seg.

3.1.1 Å forberede seg på det ukjente

Flere informanter trakk fram at det var vanskelig å forberede seg på noe som var ukjent. En kommunal leder fortalte om beredskapen i kommunen:

Vi hadde jo en del smittevernplaner og smittevernopplæring, men det var jo ikke alltid...Covid var litt annerledes enn det vi hadde forberedt oss på, sånn at rutiner og planer måtte gjennomgås på nytt og bli tilpassa den situasjonen vi var i. (K14)

En leder i en annen kommune hadde tilsvarende erfaringer:

Så i mars – medio mars, tenker jeg, da begynte vi for alvor å se på hva kan covid gjøre for beboerne i omsorgsboligene...eller alle institusjoner i [NN] kommune. Så da begynte vi å jobbe sammen da, for å tenke ut scenarioer. Men det er vanskelig å tenke scenarioer for hva som kan skje, uten å vite... (K17)

Mens en tredje informant – en sykepleier ved et sykehjem – opplevde også at de eksisterende beredskapsplanene ikke helt matchet de utfordringene covid-19 innebar:

Altså de [ledelsen] lente seg jo veldig på kriseteamet i kommunen, altså kriseberedskapen, dette har vi beredskapsplaner på, tror vi. Og det var den «tror vi». Men vi hadde jo ingen beredskapsplaner som gikk spesifikt på dette. Vi har beredskapsplaner i forhold til krig, og brann og naturvern og ... Altså den type ting, andre typer katastrofer, men ikke dette. (K12)

Mange opplevde altså at de beredskapsplanene som fantes, ikke var tilpasset en pandemi som covid-19 innebærer. Det medførte at situasjonen på begynnelsen, etter at det ble påvist koronasmitte i Norge, opplevdes som uoversiktlig og til dels kaotisk for sykepleierne. Dette kommer vi nærmere tilbake til. Samtidig var det informanter som fortalte om godt arbeid i sin kommune, eller ved sitt sykehus. En ansatt i hjemmesykepleien beskrev at kommunen allerede tidlig i februar hadde gitt alle enhetene beskjed om at de skulle registrere hva de hadde på lager av utstyr som ville være påkrevd ved en eventuell smittesituasjon. Det resulterte i en optelling av hvor mange hansker, munnbind osv. de hadde i informantens enhet. Det ga kunnskap om at man manglet nødvendig utstyr og kommunen forsøkte å bestille. Men ifølge informanten var det vanskelig å få tak i nok utstyr fordi det generelt var utstyrmangel i hele Norge. Tidlig i mars var kommunen i gang med å forberede hvordan de skulle reagere om/når pandemien kom til landet når det gjaldt organisering av personale, og de hadde begynt å forberede omdisponering. Informanten oppfattet at kommunen hadde en god forhånds-krisehåndtering. Men hun mente også at ingen i kommunen nok hadde skjønnet hvor raskt utviklingen i smittesituasjonen skulle gå.

Intervjuene viser også flere faktorer som trolig har virket kompliserende på kriseberedskapen. For det første er flere av informantene fra kommuner som nylig har gjennomført

kommunesammenslåing. Det betyr at det var mange rutiner og systemer som ennå ikke var samordnet og på plass i den nye kommunen. En kommunal leder påpekte at det var mange ansatte i organisasjonen som var slitne da pandemien startet, fordi det hadde vært så mye jobbing med kommunesammenslåingen. En annen faktor som kom fram, var en opplevd mangel på beredskapslager med smittevernutstyr. En informant med erfaring fra et stort sykehus mente at etterkrigsgenerasjonen var vant til å ha beredskapslagre i helsetjenesten, og at det var standard tidligere, men at det hadde forsvunnet i de senere årene. Hun stilte spørsmål ved mangelen på beredskapslager og hvem som eventuelt har besluttet at slike lagre skal avvikles. Spørsmål om beredskapslager ble også berørt i avsnittet over. I intervjumaterialet har vi lite stoff om hvordan sykehus og kommuner jobbet med oversikt over beredskapslagre og eventuelle bestillinger av utstyr for å ruste seg til pandemien, men vi har mer kunnskap om faktisk bruk av smittevernutstyr. Det tar vi opp i kapittel 4.

3.2 Da koronapandemien traff Norge: alle brettet opp ermene

I mars kom pandemien til Norge for fullt. For flere av sykepleierne vi har intervjuet kom alvorligheten i situasjonen som et sjokk. For mange betydde det at man ble sendt hjem fra jobb, for andre betydde det store omorganiseringer og omdisponering, og for en god del var det starten på en svært arbeidsintensiv periode. Den sjokkartede opplevelsen og det store alvoret som medfulgte må ses på bakgrunn av hva vi beskrev i forrige avsnitt; de færreste var forberedt på at en pandemi som dette skulle treffe Norge. Flere av informantene utrykte stor uvisshet rundt hva som skulle skje med arbeidssituasjonen og arbeidsoppgavene deres da pandemien var et faktum. Blant informantene gjaldt dette særlig sykepleiere som jobbet med barn og unge, med forebyggende tjenester, og med psykisk helse og rus. Helsesykepleiernes historier kan tjene som et eksempel på den usikkerheten som oppsto da Norge, inkludert skolene, stengte ned. En helsesykepleier i skolehelsetjenesten fortalte at de hadde snakket lite om det på arbeidsplassen, og hun visste ingenting om hva som skulle skje da hun ble sendt hjem fra jobb:

Jeg tror ikke vi snakket så mye om det, for eksempel, om vi skulle få andre jobber og sånn. Nei, når rullegardina gikk ned, som vi sier, så fikk vi bare beskjed om klokka et eller annet, klokka halv to, kanskje: «Gå hjem». Og så gikk vi hjem. Så den uka der, da lurte vi jo på hva som skjedde, «hva skal vi gjøre, får vi snakke med elever på en eller annen måte?» og så begynte man å snakke om at kanskje måtte vi få annen jobb. (K6)

En annen helsesykepleier beskrev en tilsvarende opplevelse da skolene stengte. I denne kommunen ønsket imidlertid ikke ledelsen at helsesykepleierne skulle ha hjemmekontor, men de skulle sitte på en kontorplass et sted i kommunen:

Det ble litt sånn: «Oi, nå stenger skolen, hva gjør vi da?» Vi kan jo ikke være på skolen, og vi kunne heller ikke ha hjemmekontor, fordi det ville ikke ledelsen at vi skulle». Så det var det å sitte og spekulere litt på «Hva gjør vi, egentlig nå?» og så var det jo også samtidig litt trykk fra kommuneledelsen på oss om, "hvor kan vi bruke dere?", og da var det jo alt fra koronatesting, smittesporing, koronatelefon, hjemmesykepleie var det snakk om, sykehjemmene var det snakk om... (K7)

De to illustrasjonene over viser altså at det var få planer for hva helsesykepleierne skulle gjøre. I andre tilfeller fikk informantene beskjeder nært forestående for flytting av avdeling på sykehus og omdisponeringer. En sykepleier i sykehus som ble omdisponert beskrev den første fasen av omdisponeringen slik:

Jeg vet ikke om det ble tatt noen hastete beslutninger, men da fikk vi for eksempel beskjed om at «okay, i morgen klokken 12 da skal vi slås sammen med en annen avdeling for å opprette en sånn pandemipost». Så da fikk jo folk litt hakeslepp. Det var jo sånn at vi måtte jo kaste oss rundt siden det er en pandemi, og ingen vet hvordan det kom til å bli. Men da flyttet vi først opp til en annen avdeling som vi slo oss sammen med. Og så var det vel fem dager etterpå så fikk vi beskjed om at «okay, nå skal begge dere to avdelingene flyttes til en annen del av sykehuset og være der på ubestemt tid». (S4)

Ut ifra det kvalitative materialet ser det ut som den organisatoriske beredskapen og planene for hvordan man disponerer personalressurser og lokaler ikke har vært veldig god, selv om det helt sikkert finnes unntak. Det kan tyde på at pandemien og nedstengningen ble iverksatt såpass raskt og uventet/i så stort omfang at helsetjenesten måtte gjøre planleggingen parallelt med den første fasen i nedstengningen. Som vi skal se i neste avsnitt, var det imidlertid stor innsatsvilje til å ta i et tak når man først fikk beskjed om hva man skulle gjøre. når det gjelder erfaringer med omdisponering, tas dette mer detaljert opp i kapittel 5.

Stor innsats

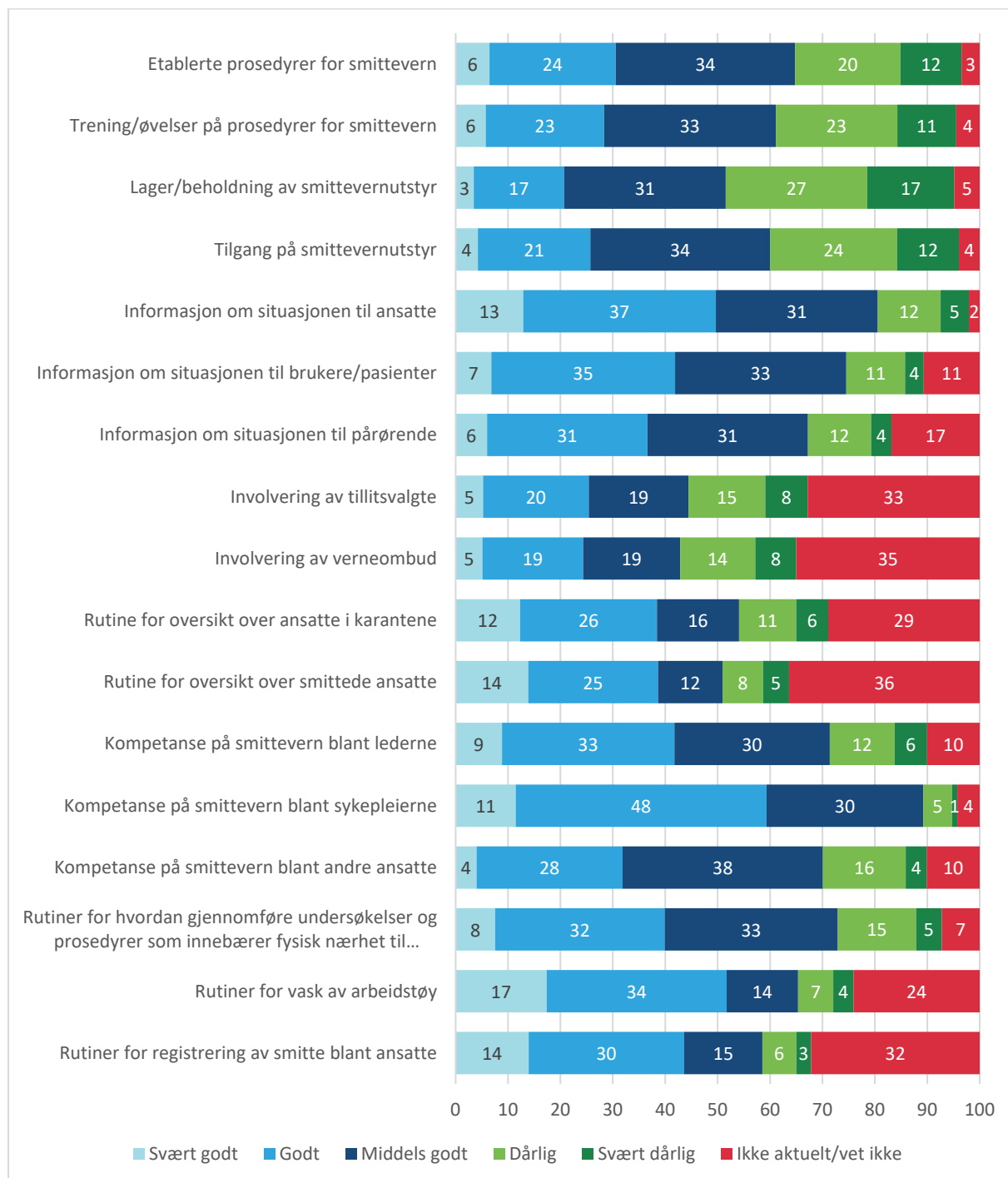
Intervjuene viser at sykepleierne generelt sett har hatt en stor vilje til å gjøre en innsats i pandemien. Selv om alvoret og sjokket var stor til å begynne med, tok det altså ikke lang tid før man brettet opp ermene – et uttrykk som mange av informantene brukte. Under er beskrivelser fra et utvalg sykepleiere som godt illustrerer den holdningen som ble uttrykt. De to første sitatene er fra ledere i sykehus som måtte omdisponere avdelinger, mens det tredje er fra en leder for omsorgstjenestene i en kommune om hvordan de begynte å jobbe for å forhindre smitte.

Altså, vi er jo en fin gjeng som trives godt der hvor vi er. Så de [sykepleierne] synes jo selvfølgelig ikke at det var noe særlig [å måtte flytte posten]. Men allikevel så er det en positiv gjeng som bretter opp ermene, og alle var veldig sånn, «dette her er en pandemi, og her må vi stå sammen, og det er vår måte å bidra på». (...) Og vi var jo alle innstilt på at her må vi stå sammen for å få til det her, da vi skjønnte alvoret, eller hvor omfattende det faktisk ble i en periode. (S8)

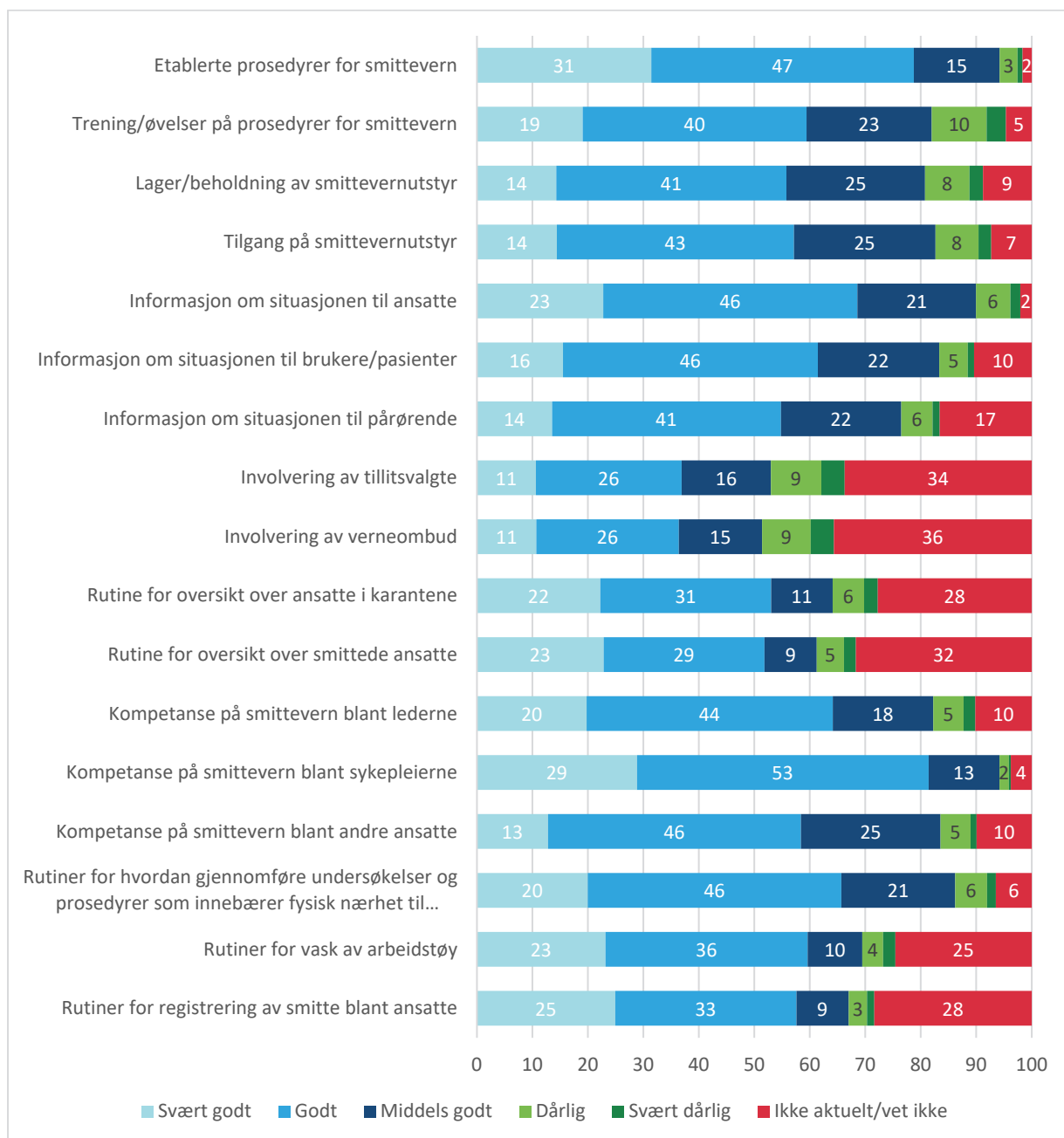
Har jo en fantastisk medarbeidergjeng som, når dette starta, tok utfordringen på strak arm i forhold til at jeg kom ned og sier: nå må vi gjøre dere om! (S12)

Det var 12. mars vi begynte. Vi hadde jo snakket om det før, men det var virkelig da vi begynte å sette klare rutiner og tiltakskort da. Det er jo liksom – smitte er smitte uansett. Og det som er fokuset, det er å tenke: «hvordan skal man forhindre videre smitte?» Og det er jo en del av opplæringen som sykepleier, det er jo en del av faget, og det er det også for helsefagarbeidere. Så det var å tenke smittekjeden. «Hvordan kan vi forhindre smittekjeden å bare bringes videre?» Og når man har fokus på det når man lager tiltakskortene, så er det jo lettere. (K17)

3.3 Situasjonen på arbeidsplassen ved inngangen til koronasituasjonen og i dag



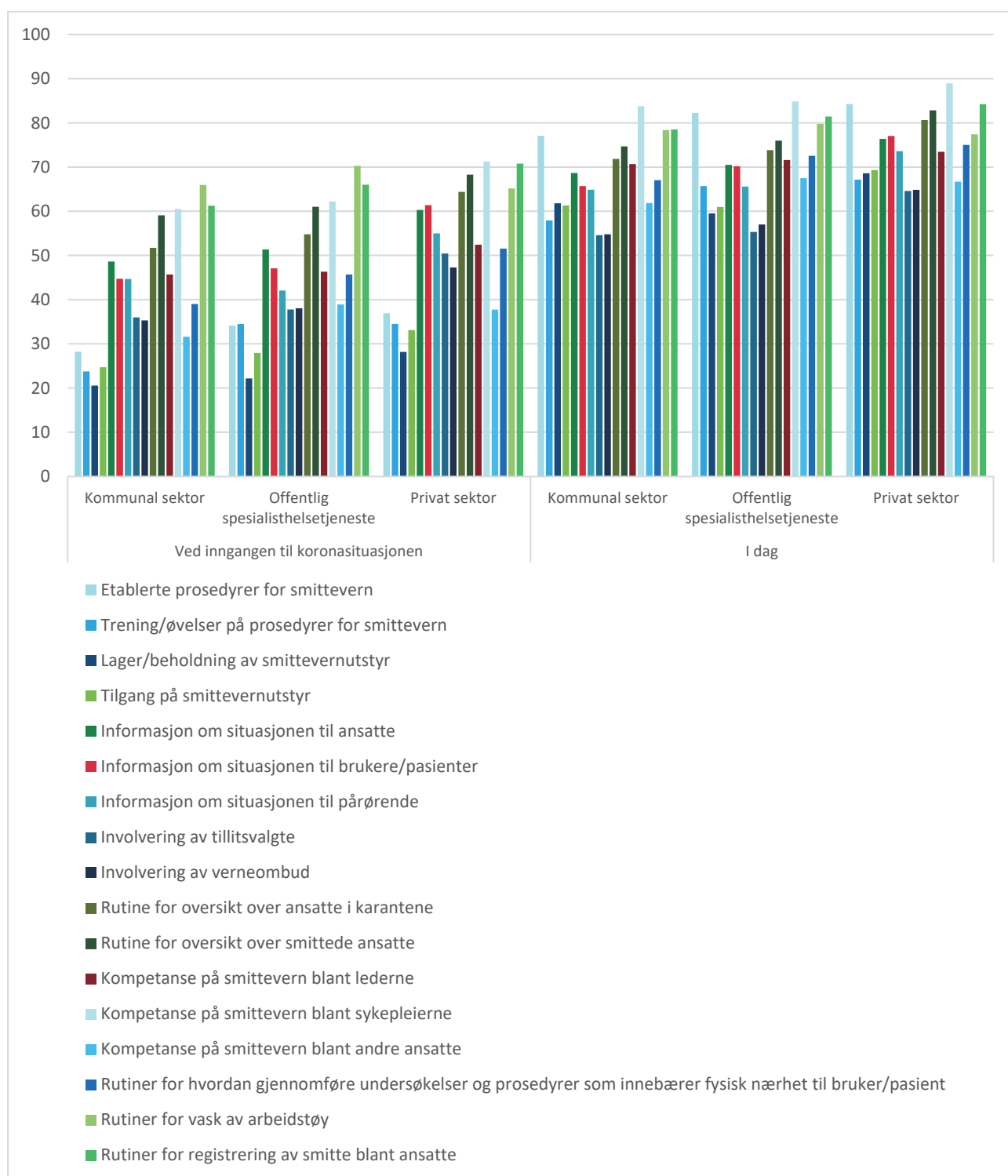
Figur 3.1 Hvor godt arbeidsplassen var forberedt ved inngangen til koronasituasjonen.



Figur 3.2 Hvor godt arbeidsplassen er forberedt i dag på økt smitte.

Det er for eksempel 30 prosent som svarer at de hadde etablerte prosedyrer for smittevern (svært godt eller godt forberedt) ved inngangen til koronasituasjonen, og 79 prosent som svarer svært godt eller godt forberedt i dag på økt smitte når det gjelder prosedyrer for økt smittevern.

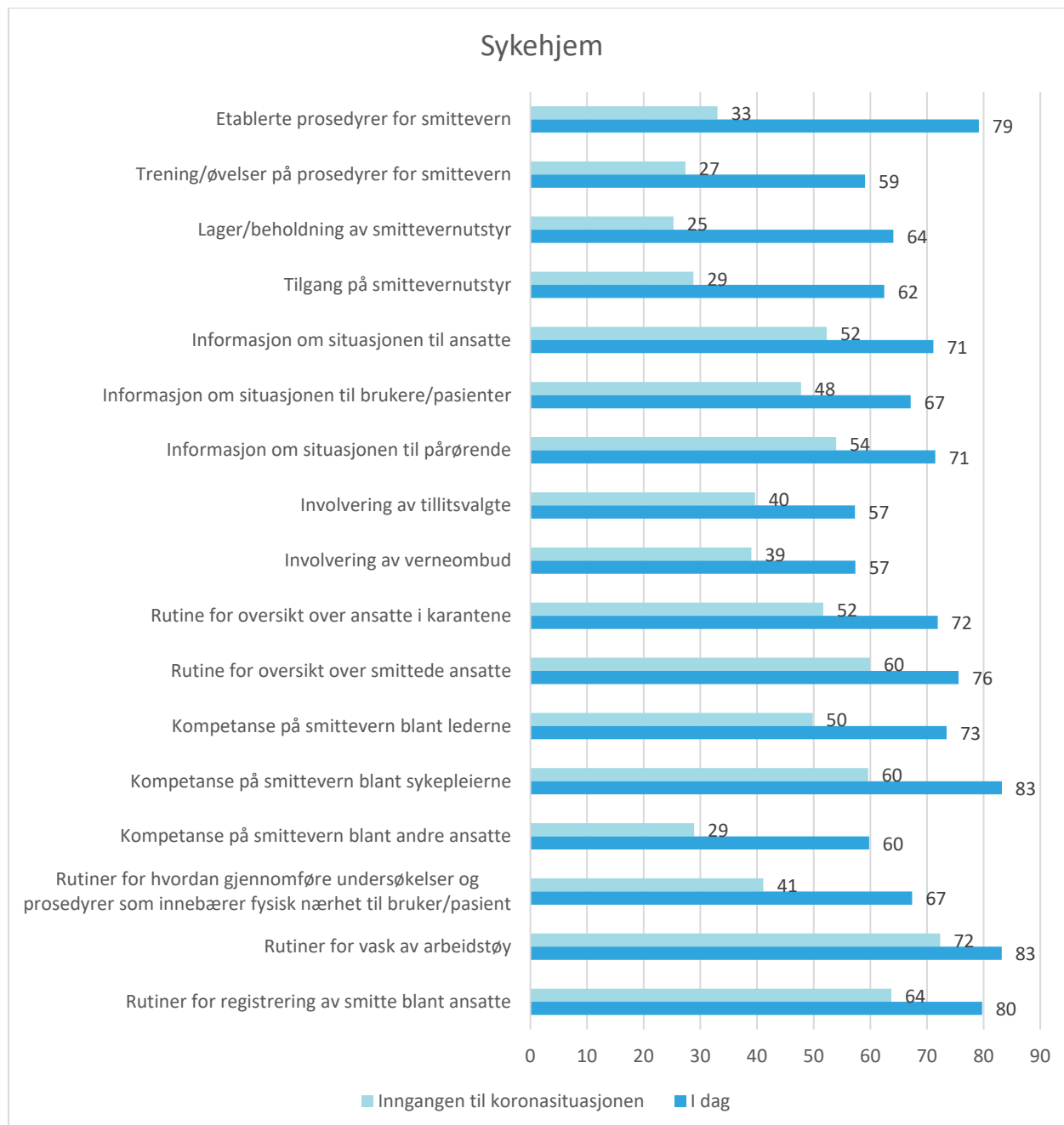
For å få et mer oversiktlig grunnlag og ikke for mange dimensjoner, koder vi om og ser på de som har svart svært godt eller godt og setter de som har svart 'Ikke aktuelt/vet ikke' til missing.



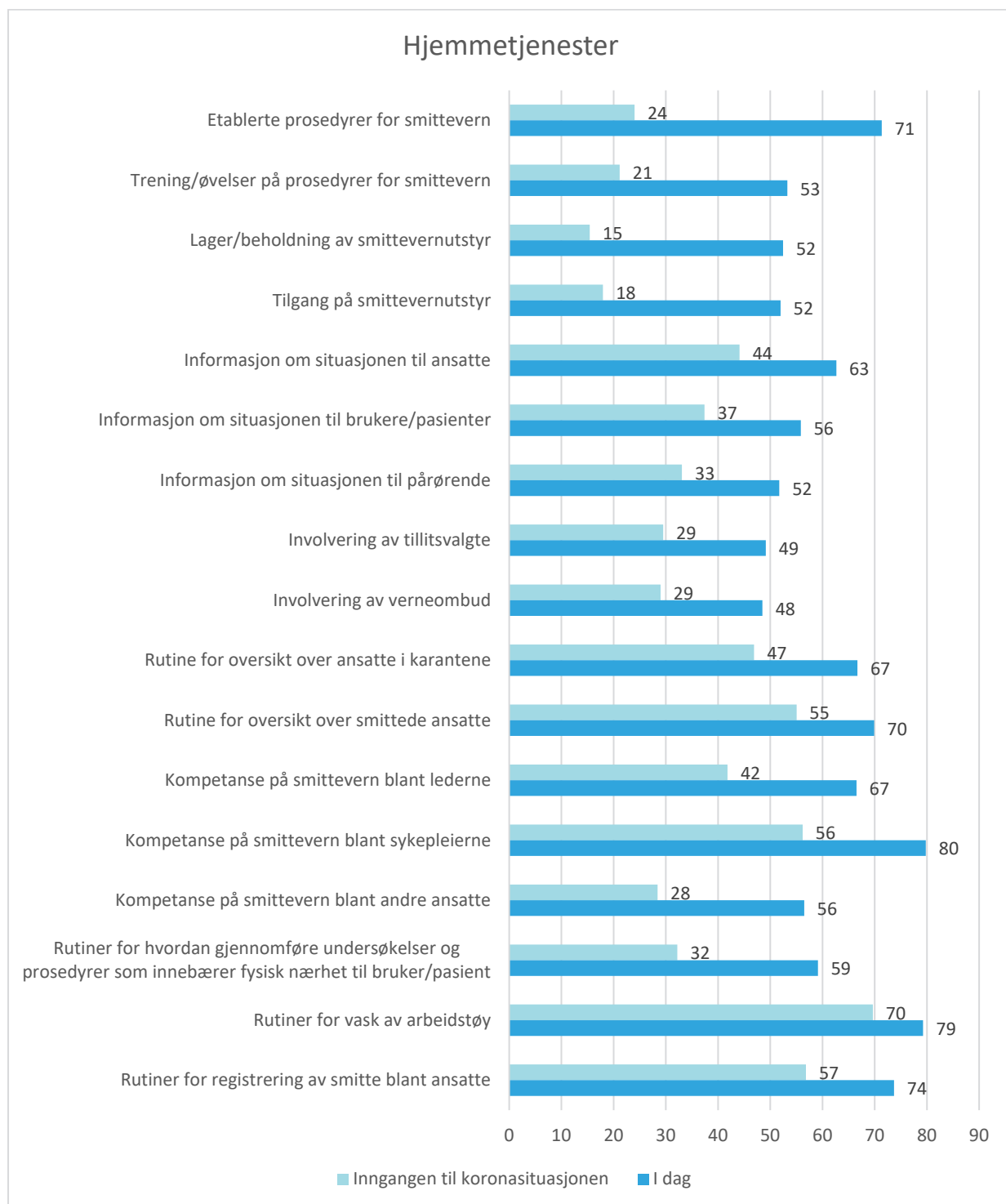
Figur 3.3 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag.**

Vi finner signifikante forskjeller både innen kommunale tjenester og innen spesialisthelsetjenesten. Vi presenterer derfor resultatene på tjenestenivå. Det er mange figurer, men vi velger å ta de med slik at ledere og ansatte i ulike tjenester skal kunne se hvordan sykepleierne har svart for de ulike tjenestene og på hvilke områder det ser ut til å være størst forbedringspotensial.

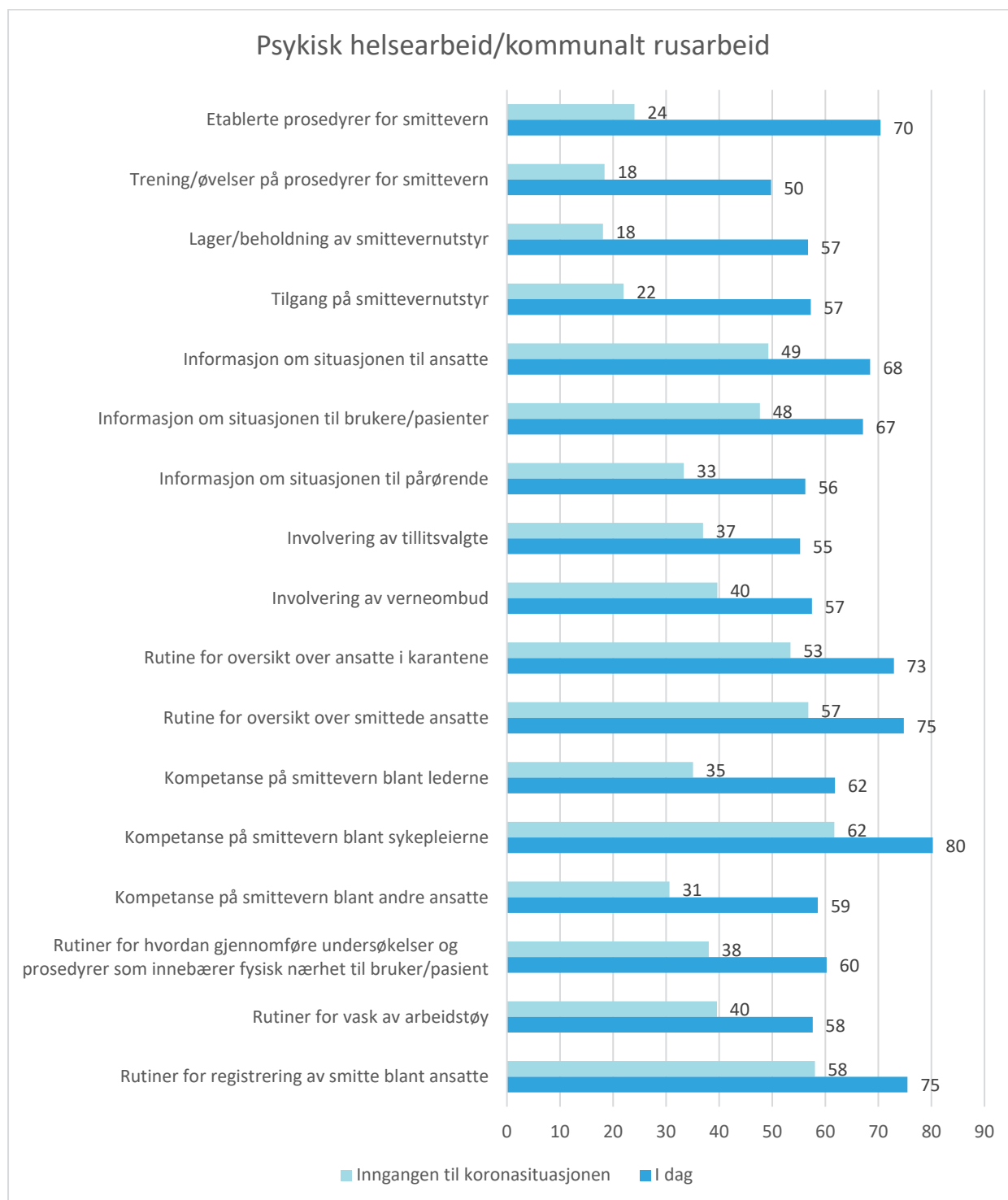
3.3.1 Kommunale tjenester



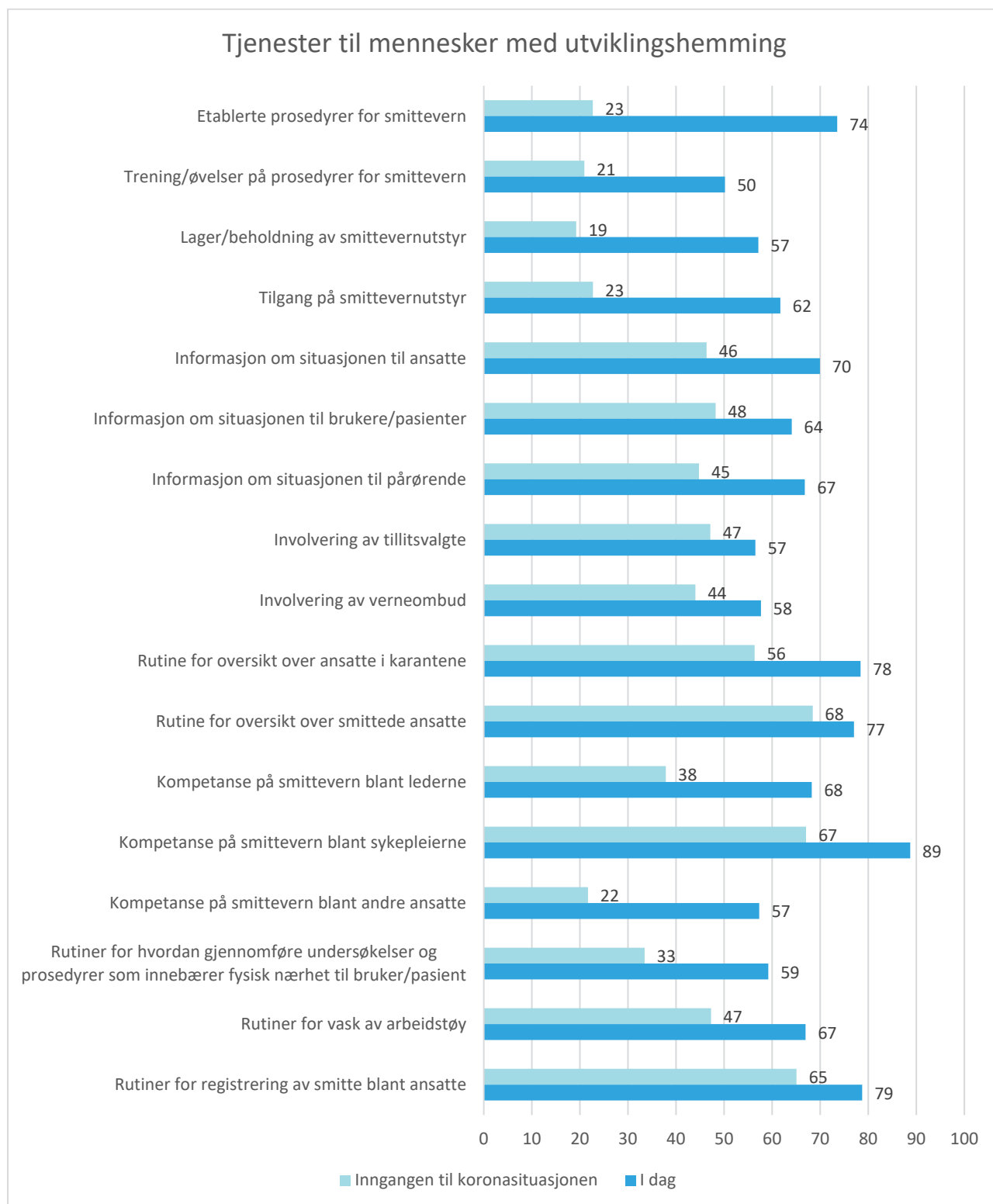
Figur 3.4 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag ved sykehjem.



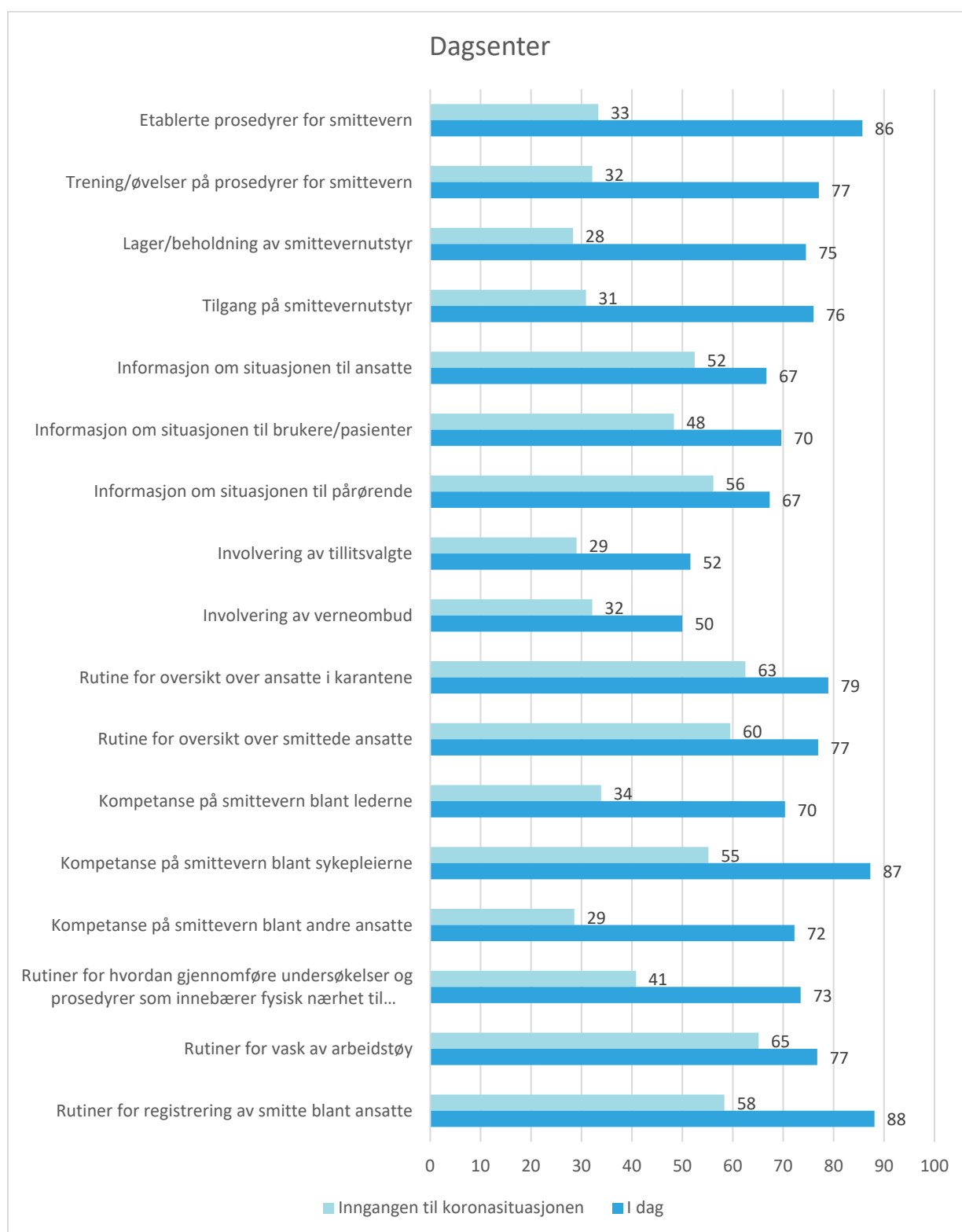
Figur 3.5 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i hjemmetjeneste.



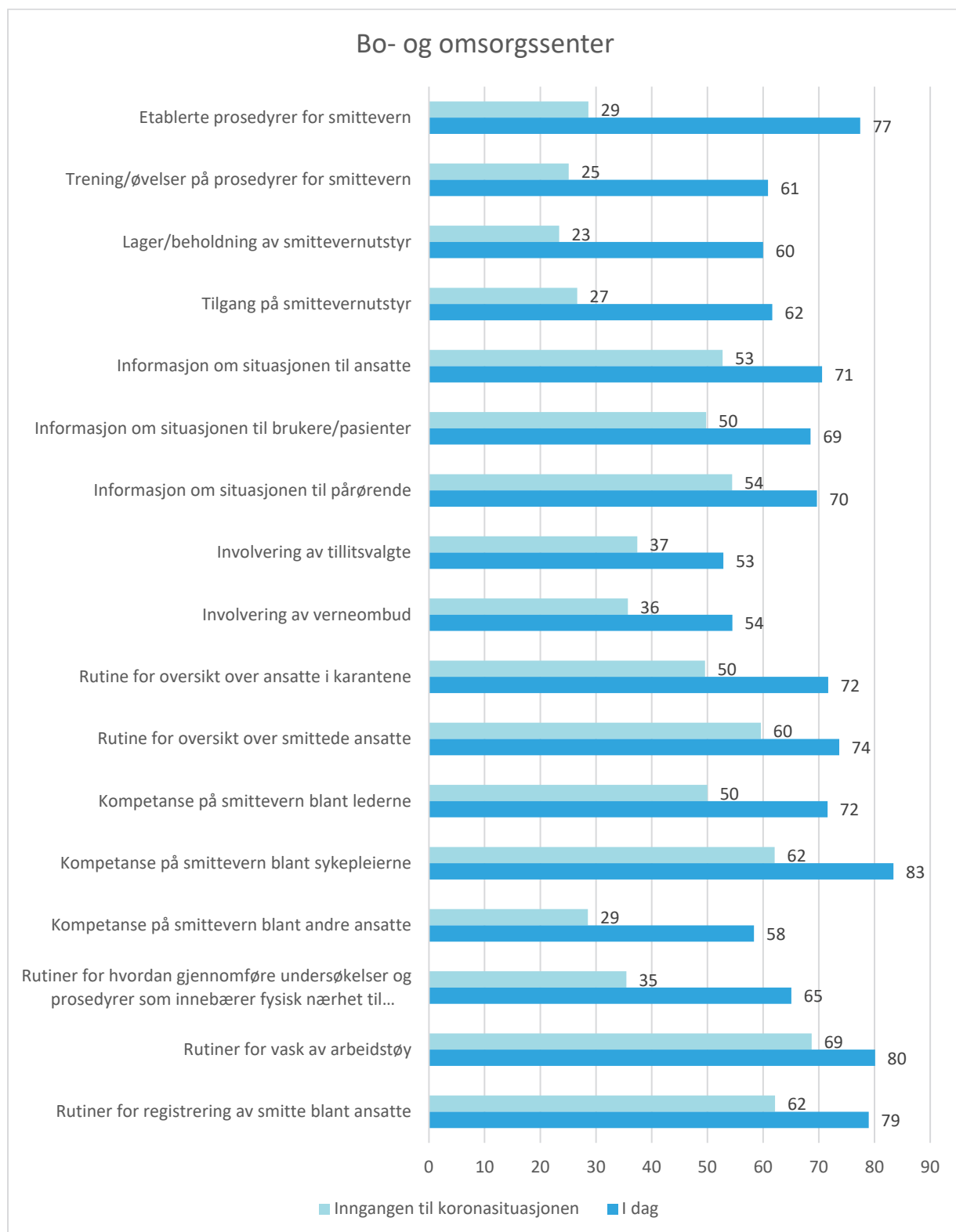
Figur 3.6 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid.



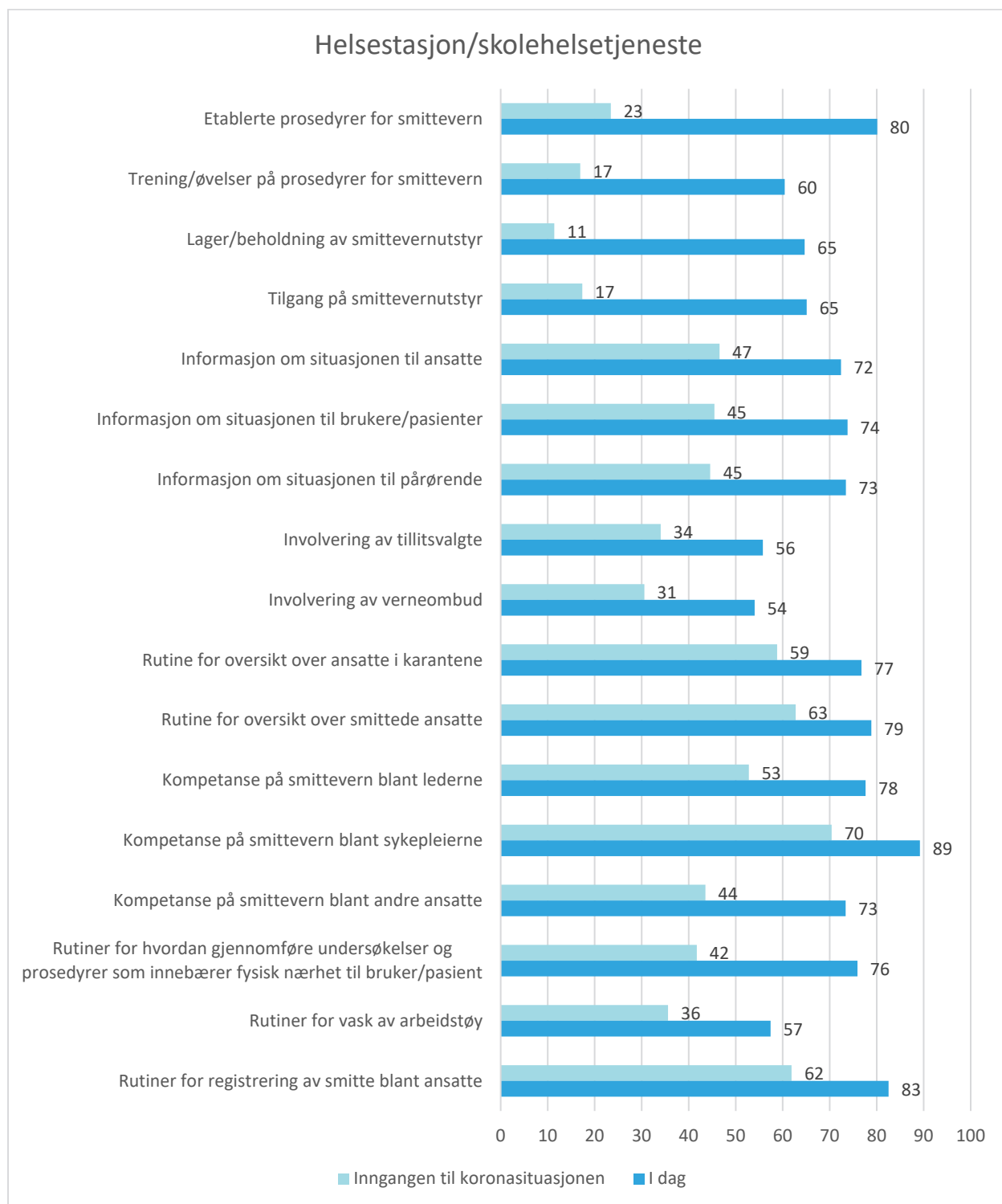
Figur 3.7 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i tjenester til mennesker med utviklingshemming.



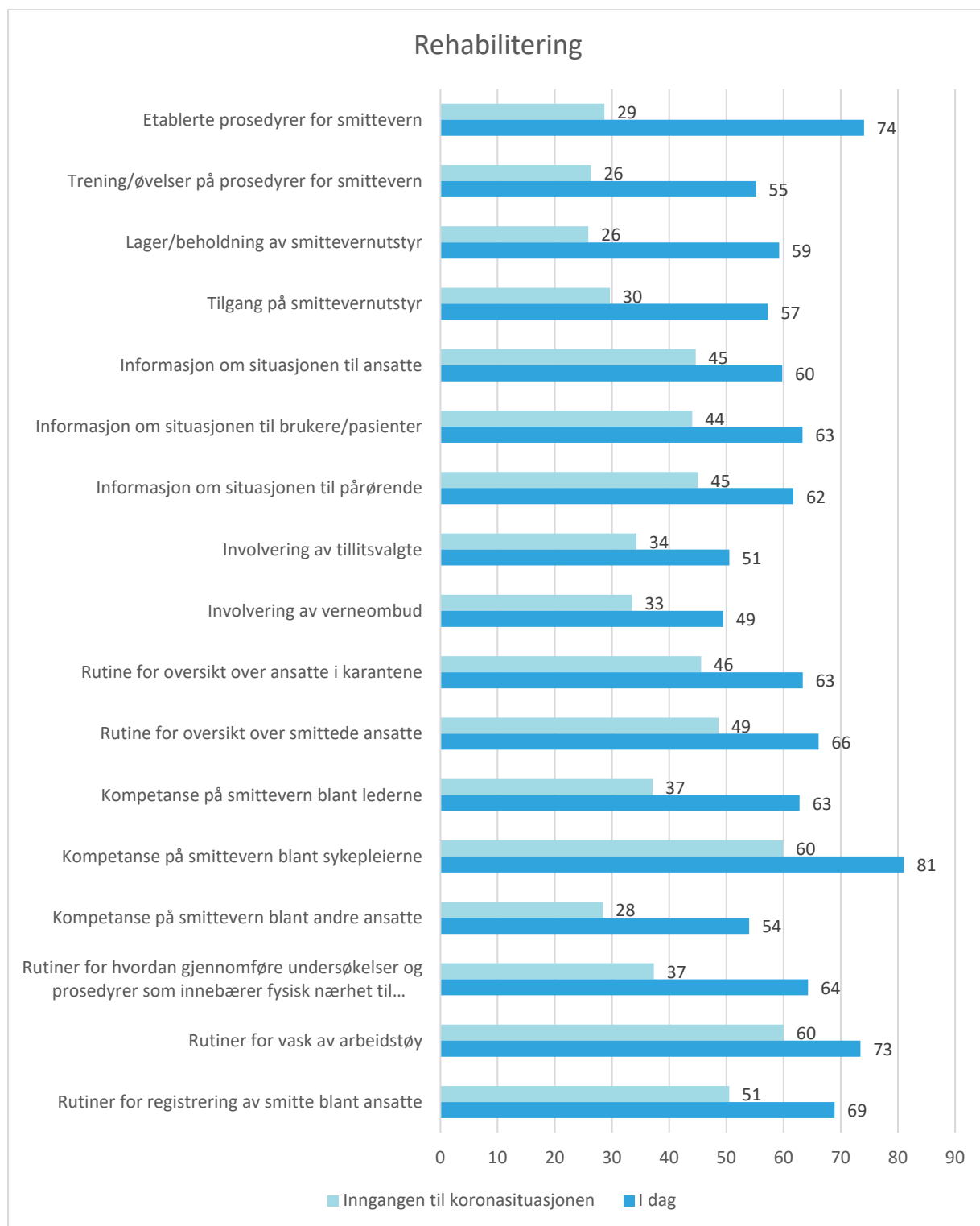
Figur 3.8 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i dagsenter.**



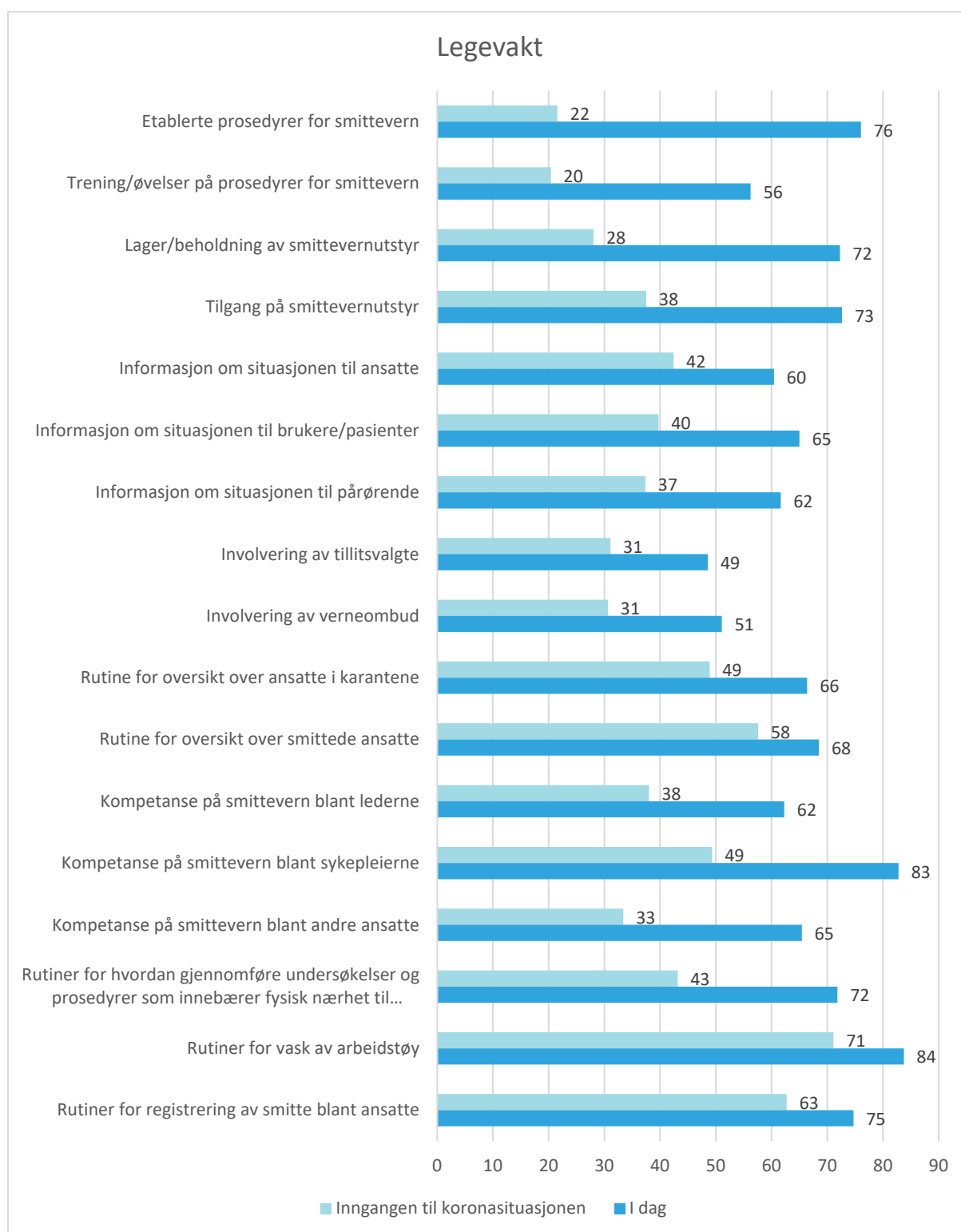
Figur 3.9 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i bo- og omsorgssenter.**



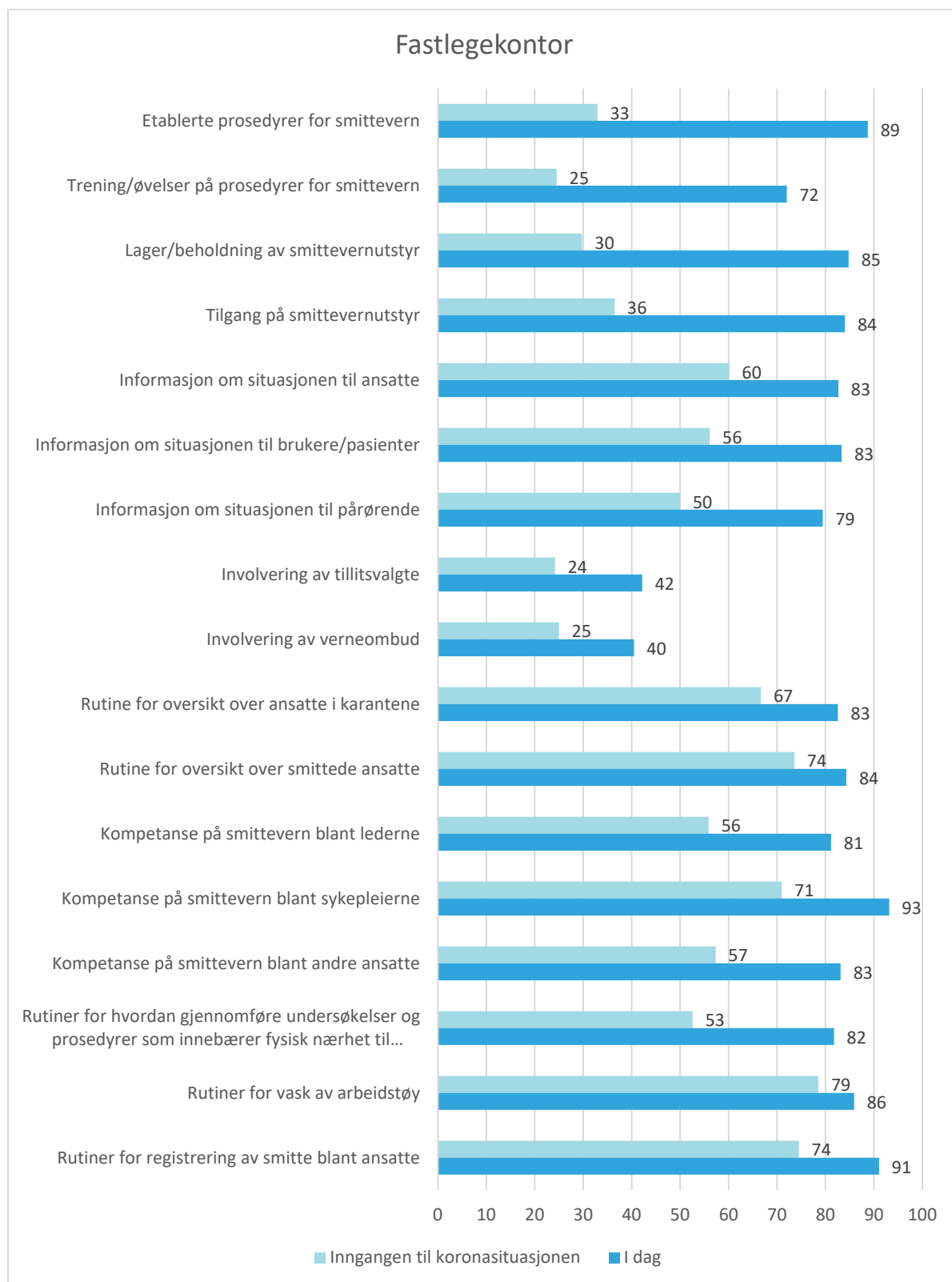
Figur 3.10 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i helsestasjon/skolehelsetjeneste.



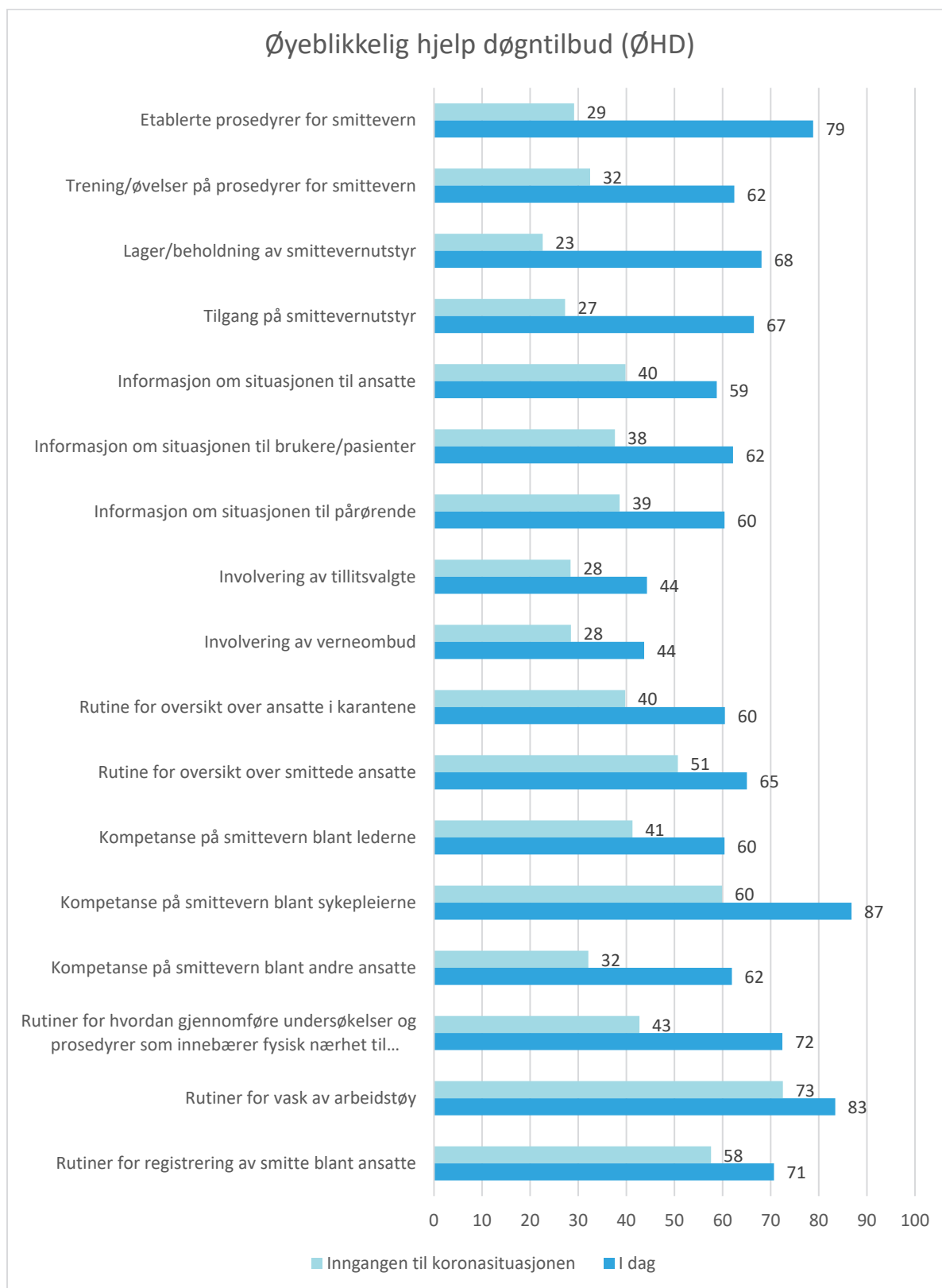
Figur 3.11 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i rehabilitering.**



Figur 3.12 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i legevakt.

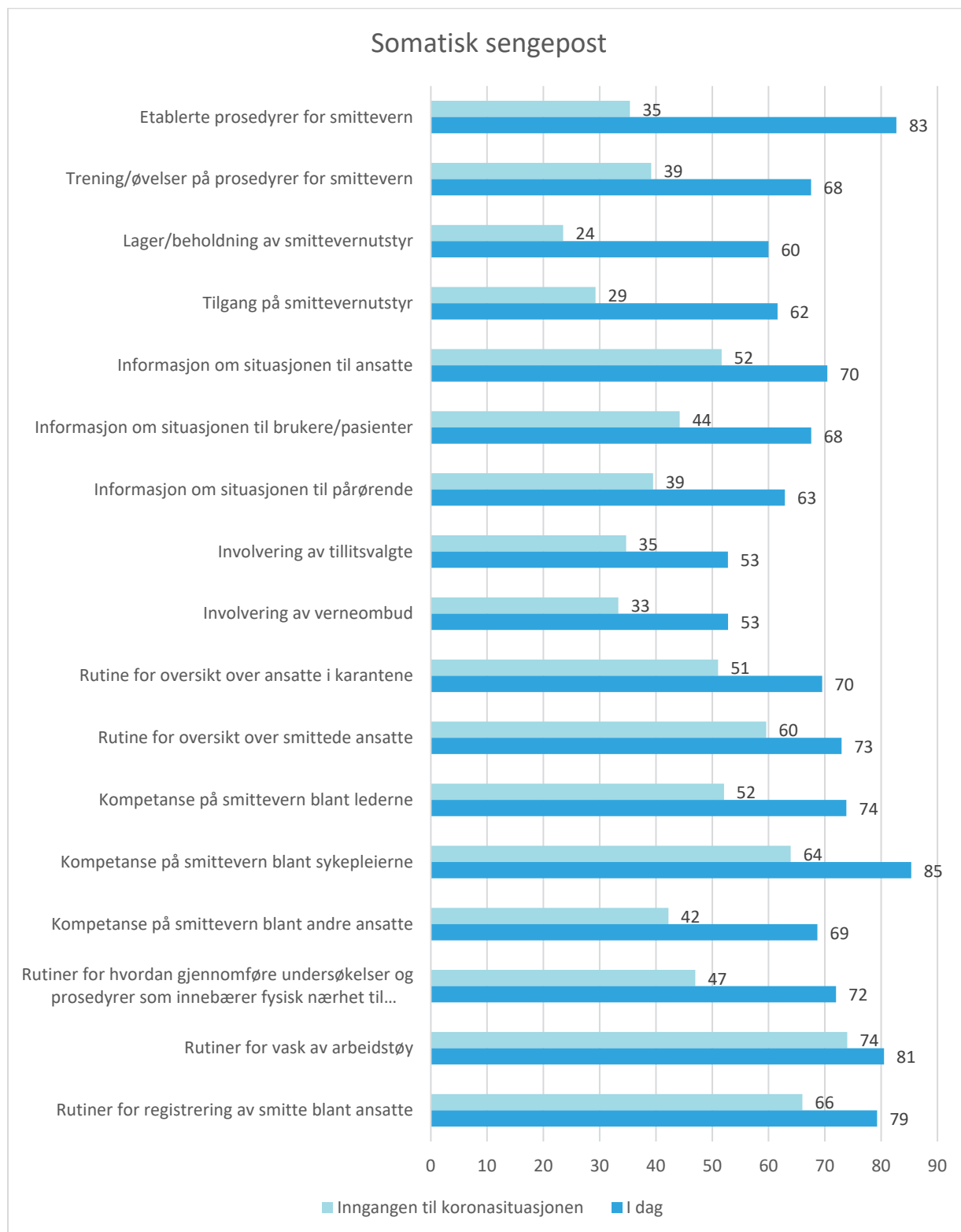


Figur 3.13 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i fastlegekontor.

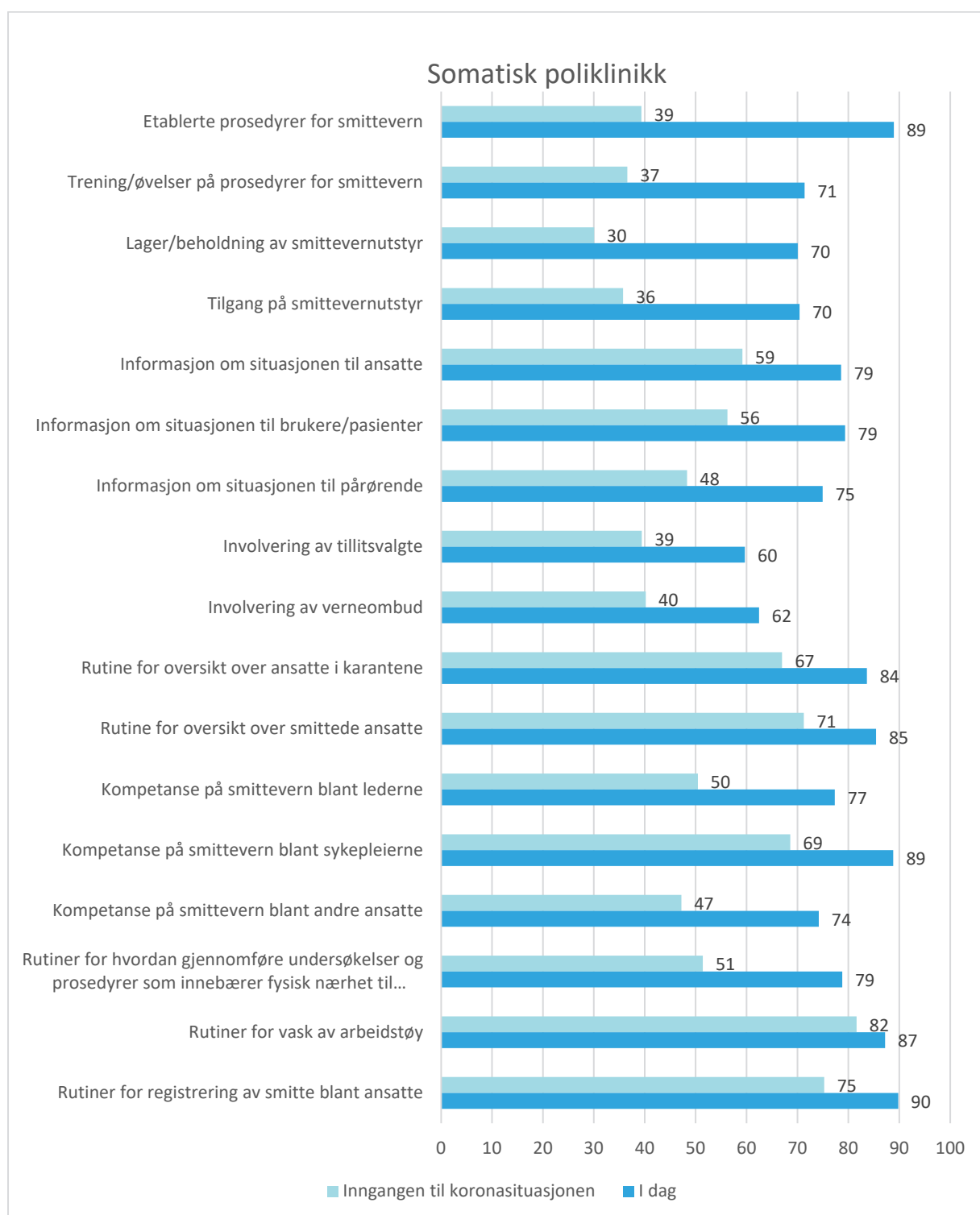


Figur 3.14 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag i øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).

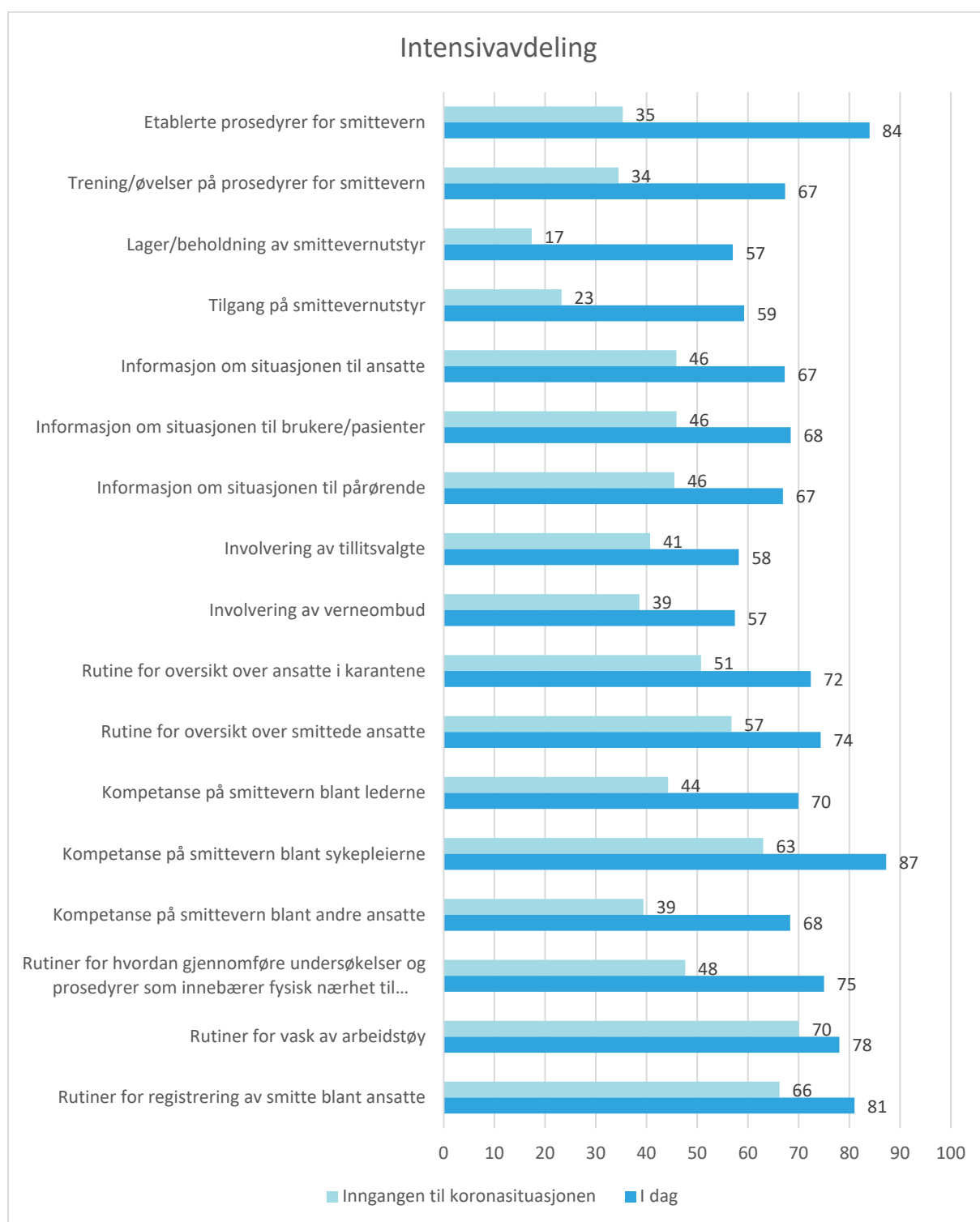
3.3.2 Spesialisthelsetjenester



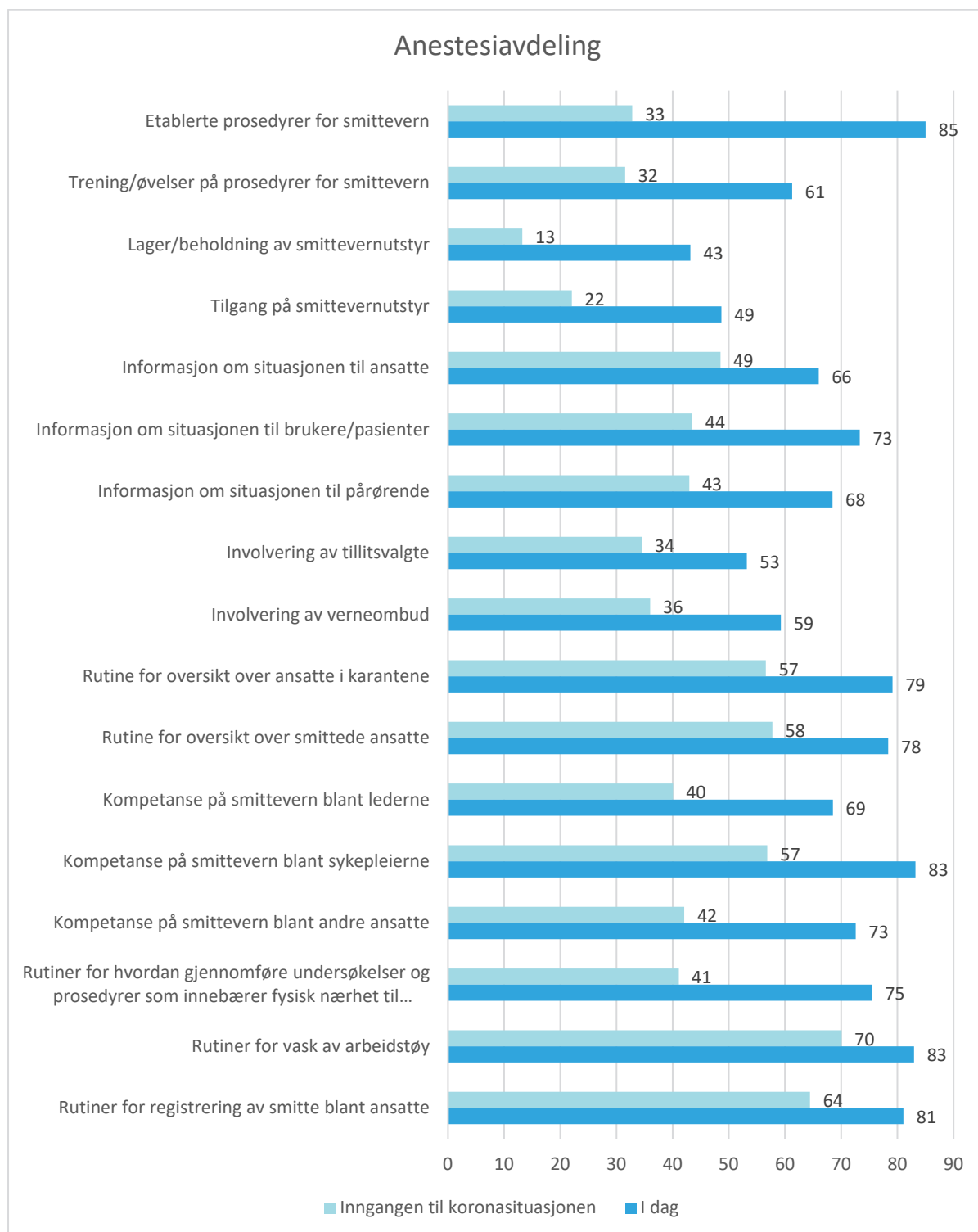
Figur 3.15 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i somatisk sengepost



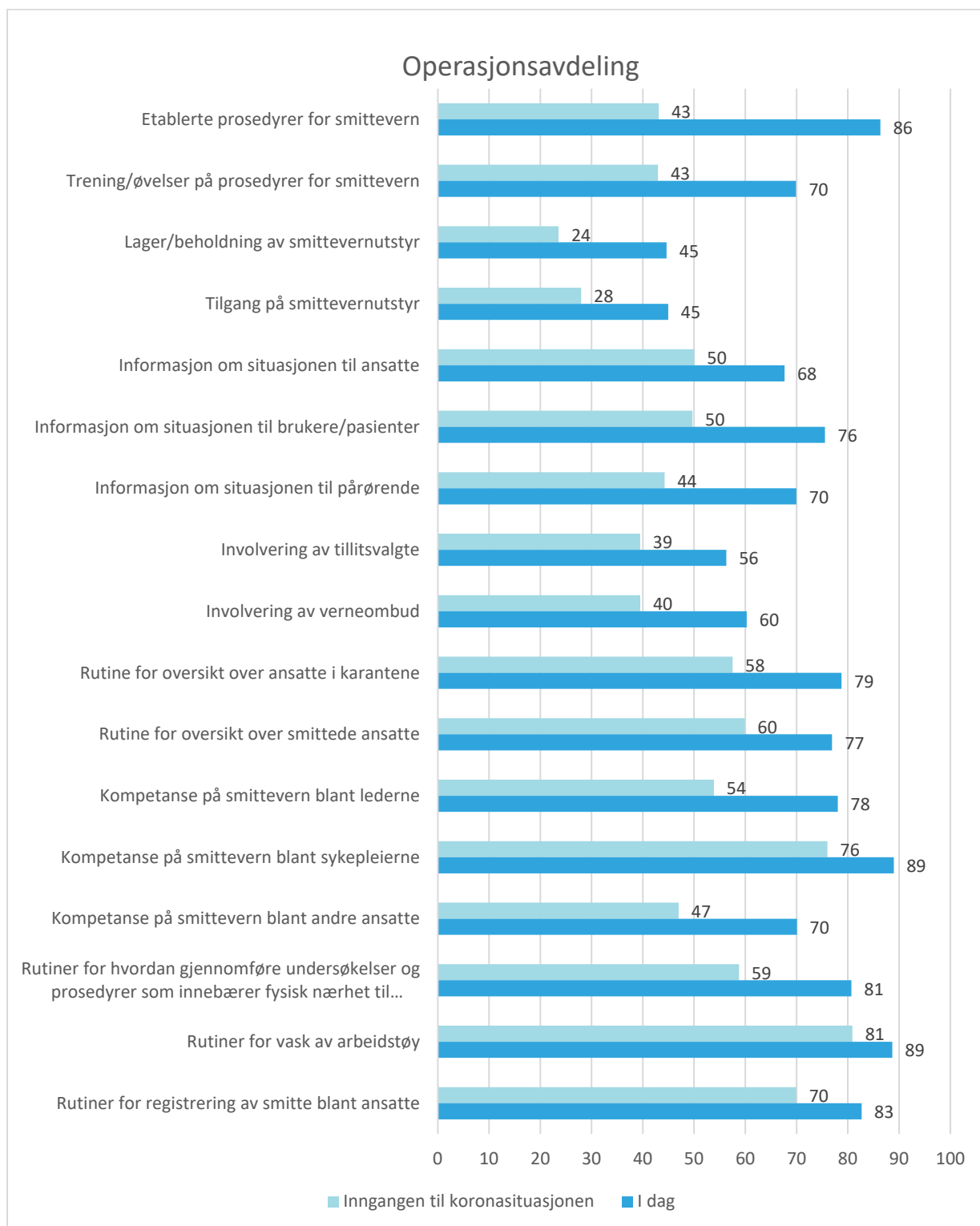
Figur 3.16 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i somatisk poliklinikk.



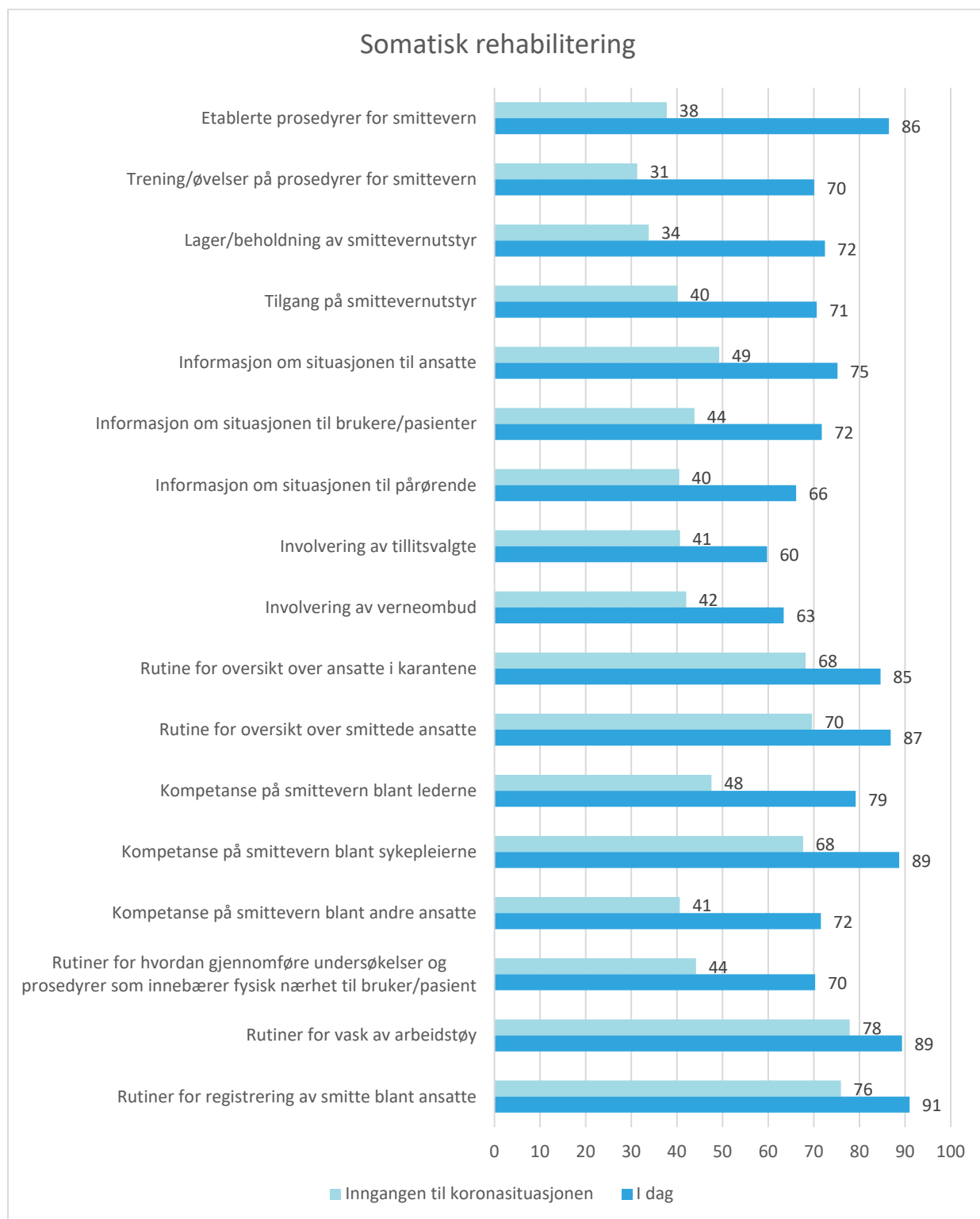
Figur 3.17 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i intensivavdeling.



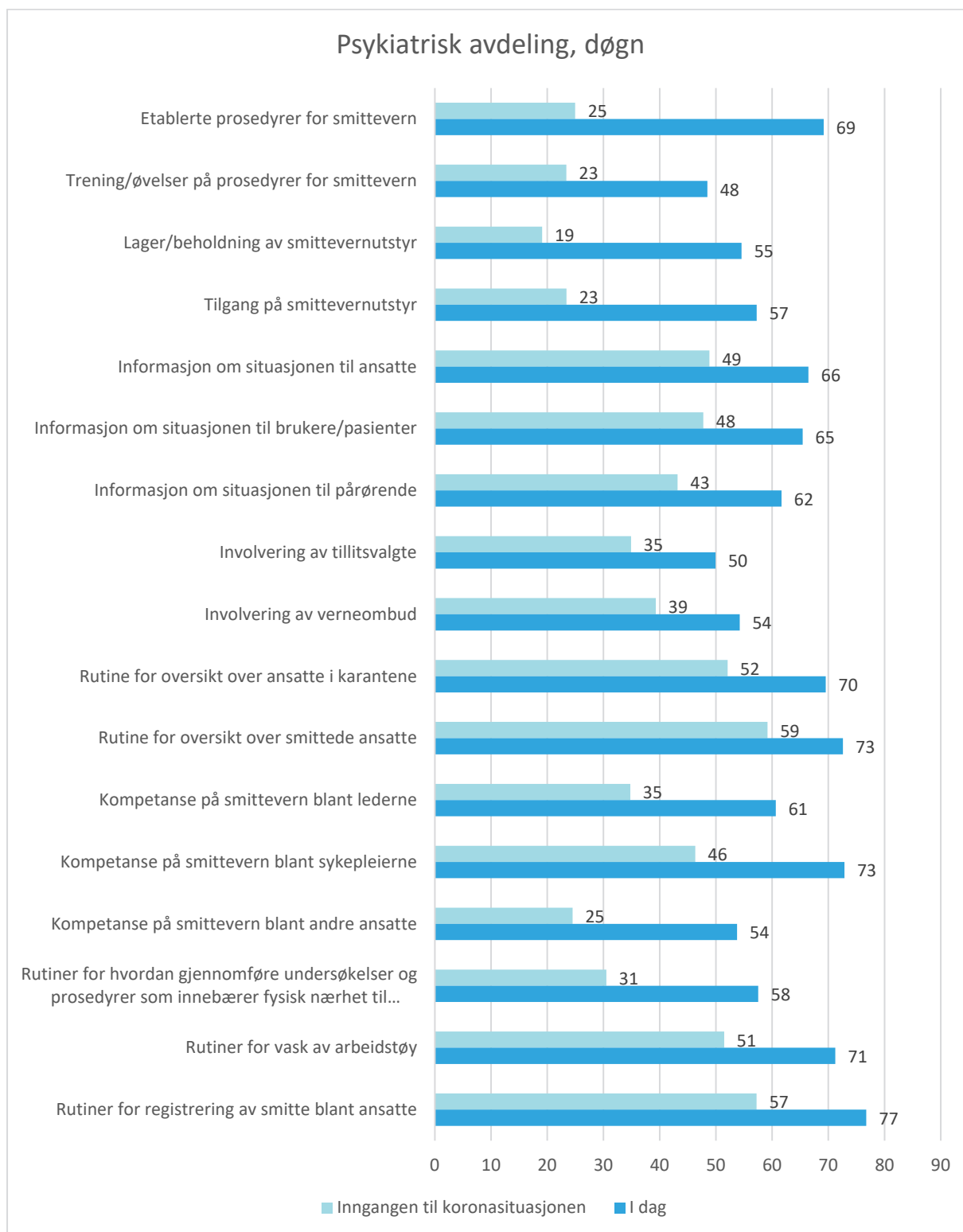
Figur 3.18 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i anestesiavdeling.



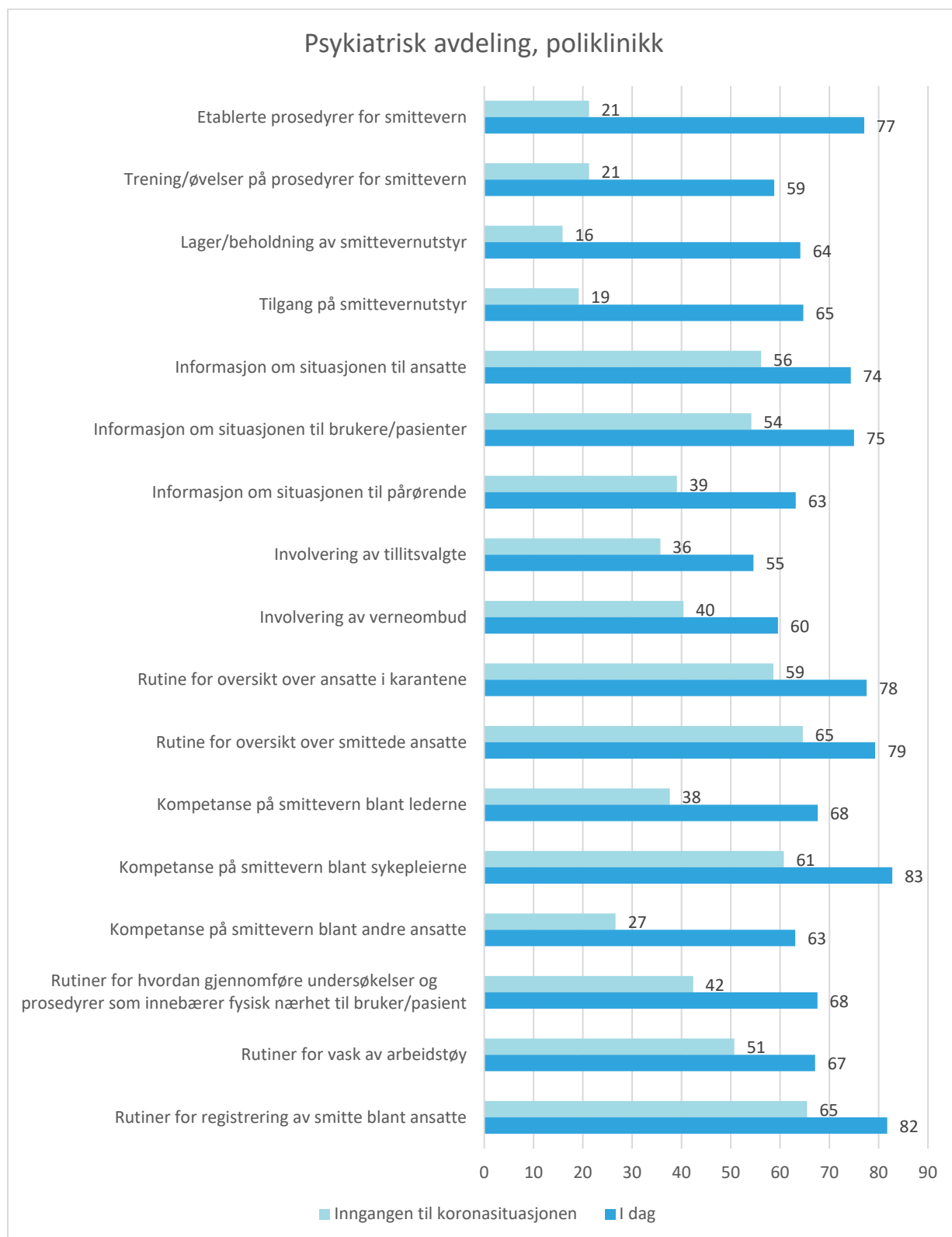
Figur 3.19 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i operasjonsavdeling.



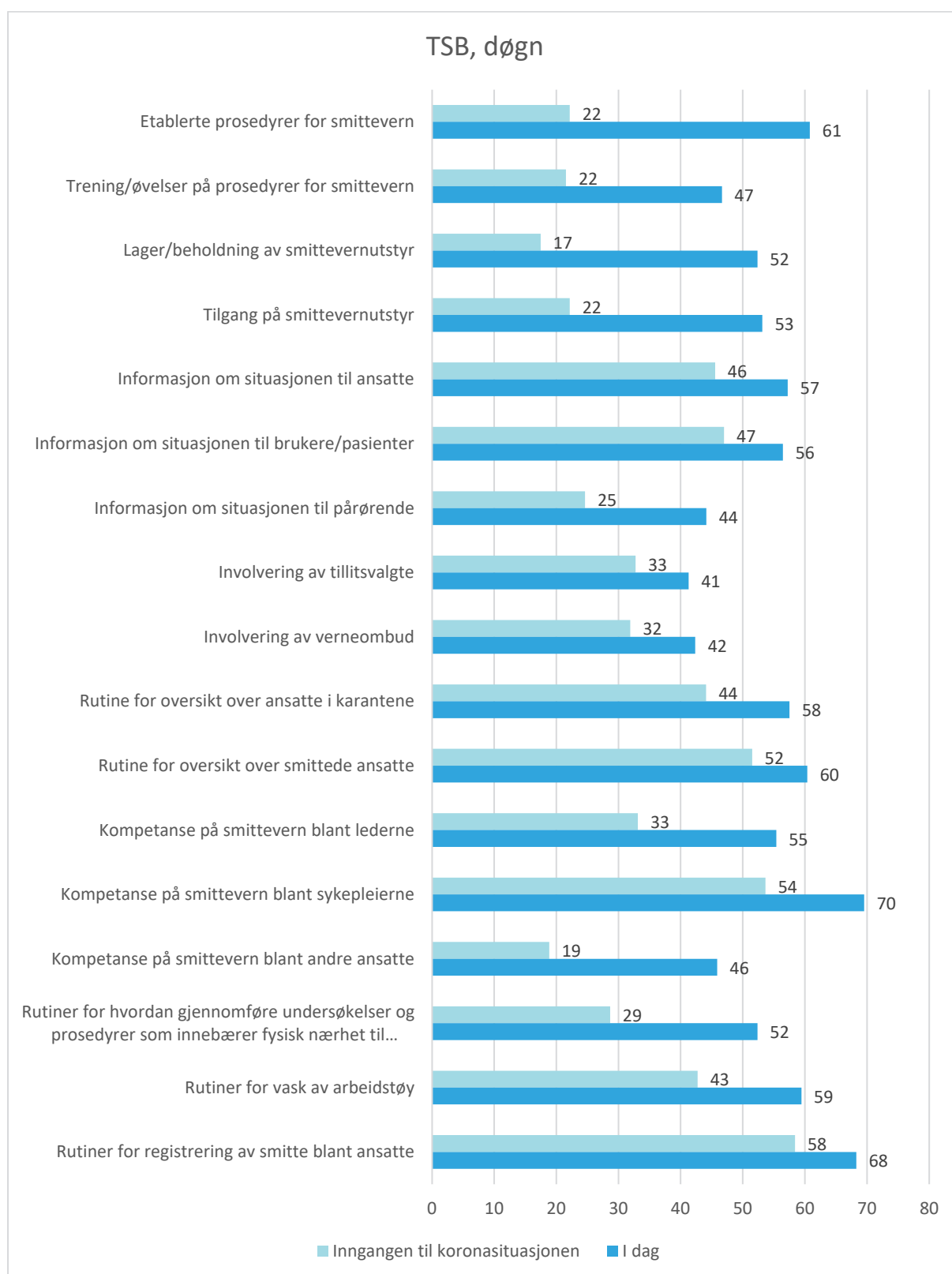
Figur 3.20 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i somatisk rehabilitering.



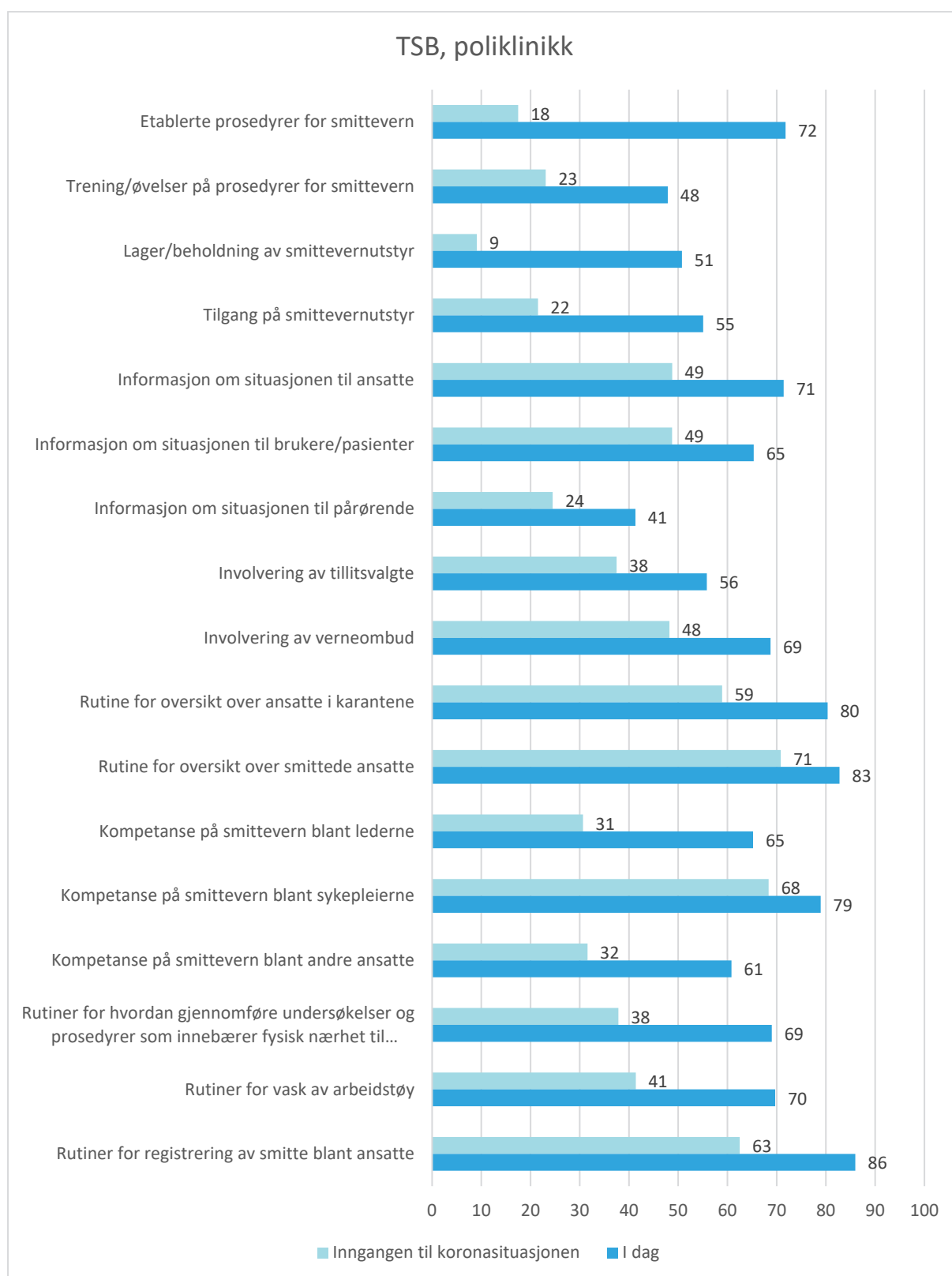
Figur 3.21 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i psykiatrisk avdeling, døgn.



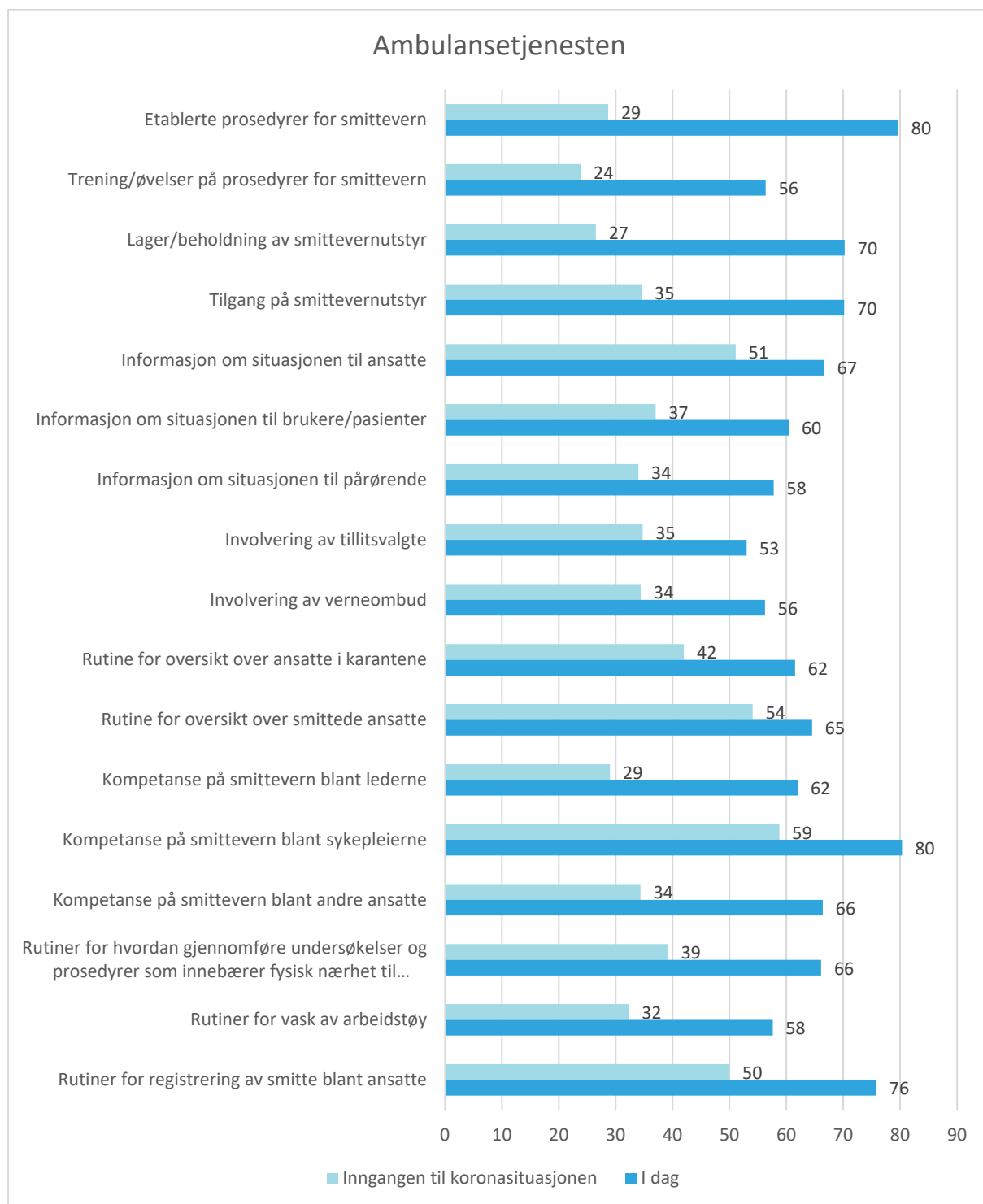
Figur 3.22 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i psykiatrisk avdeling, poliklinikk.**



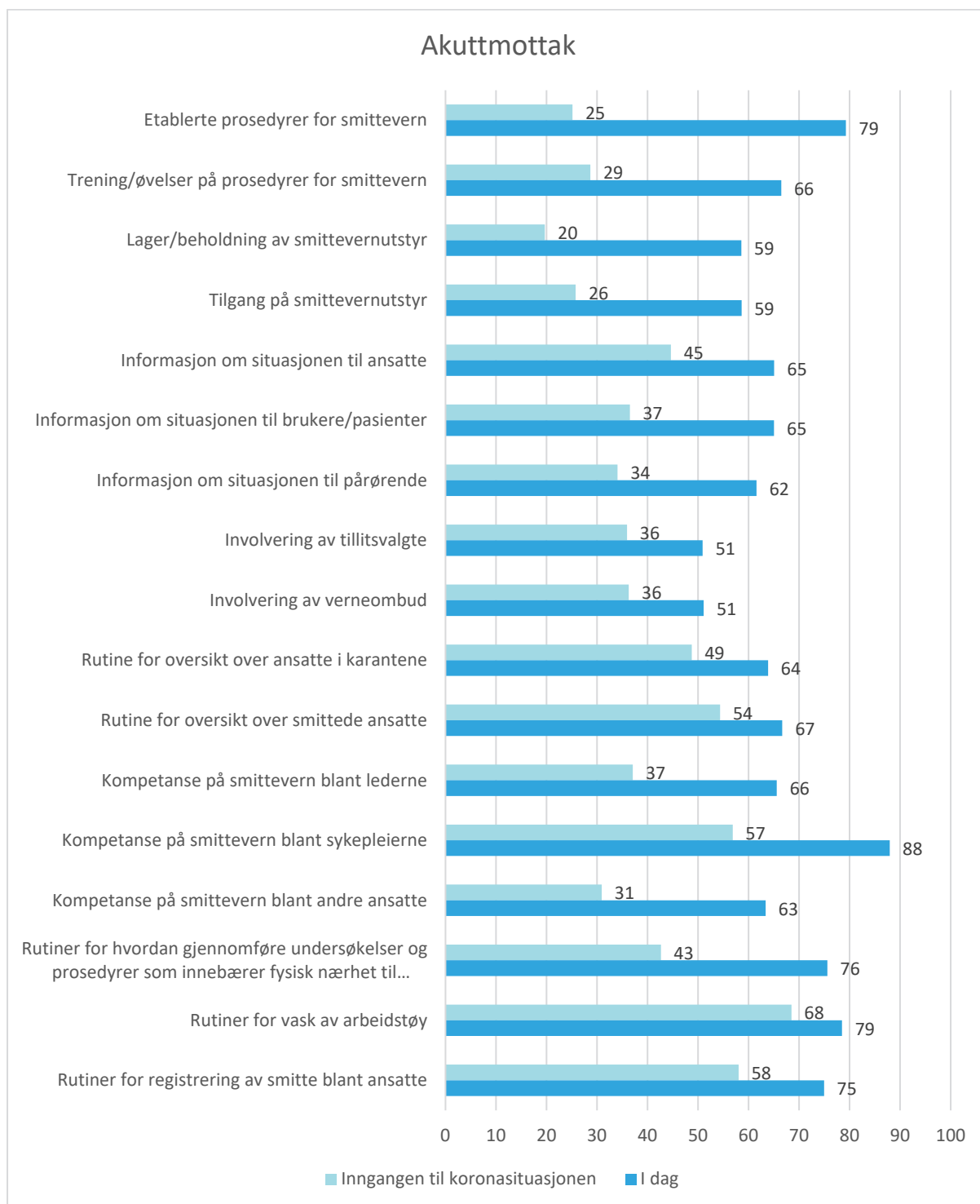
Figur 3.23 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i TSB, døgn.**



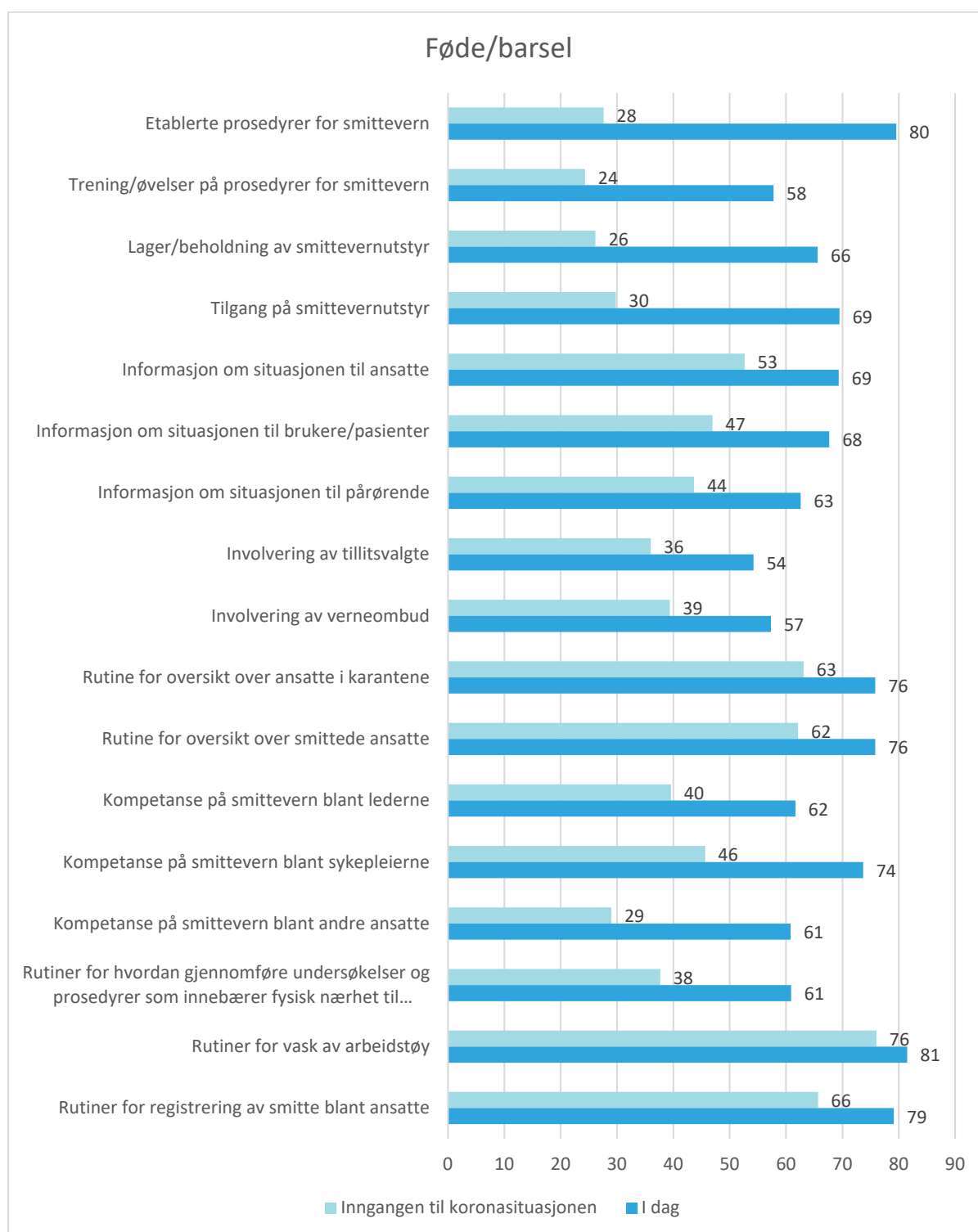
Figur 3.24 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i TSB, poliklinikk.**



Figur 3.25 **Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i ambulansetjenesten.**



Figur 3.26 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i akuttmottak.



Figur 3.27 Prosent som svarer godt eller svært godt på grad av forberedelse ved inngangen til koronasituasjonen og i dag, i føde/barsel.

3.4 Oppsummering

Intervjuene tyder på at verken arbeidsplassene eller informantene individuelt var godt forberedt på hva som skulle komme da pandemien traff Norge og hele landet ble stengt ned i mars. Det fantes beredskapsplaner, men mange erfarte at de beredskapsplanene som fantes, ikke var tilpasset en pandemi som covid-19 innebærer. Det manglet også detaljerte planer for omorganisering og omdisponering. Informantene beskriver den første fasen i mars som sjokkartet og kaotisk. Samtidig var det en periode da alle brettet opp ermene og var klare for å gjøre en innsats i kampen mot covid-19.

I den nasjonale kartleggingen er det spurt om situasjonen på arbeidsplassen ved inngangen til koronasituasjonen og i dag (september-oktober, 2020) når det gjelder beredskap. Det er for eksempel 30 prosent som svarer at de hadde etablerte prosedyrer for smittevern (svært godt eller godt forberedt) ved inngangen til koronasituasjonen, og 79 prosent som svarer at de er svært godt eller godt forberedt i dag på økt smitte når det gjelder prosedyrer for økt smittevern.

Med unntak av hvor godt forberedt arbeidsplassen var på å gi informasjon om situasjonen til pårørende, ligger spesialisthelsetjenesten signifikant høyere enn de kommunale tjenestene på alle indikatorene for hvor godt forberedt tjenestene var når koronasituasjonen inntraff i mars. Når vi spør hvor godt forberedt de er på økt smitte i dag, er det en utjevning mellom tjenestenivåene, særlig når det gjelder tilgang på smittevernutstyr, involvering av tillitsvalgte, rutiner for oversikt over smittede ansatte og kompetanse på smittevern blant lederne. For de øvrige indikatorene er det fortsatt signifikante forskjeller med et bedre nivå på forberedtheten i spesialisthelsetjenesten enn i de kommunale tjenestene. Situasjonen er likevel forbedret fra mars i alle tjenester på alle indikatorer.

4 Smittevern

I dette kapitlet skal vi se nærmere på sykepleiernes erfaringer med smittevern, inkludert overholdelse av smittevern, tilgang til utstyr og opplæring i smittevern. Både i intervjuene og i den nasjonale kartleggingen har dette vært et stort tema. Vi har særlig studert:

- Erfaringer med opplæring i smittevernrutiner og utstyr
- Tilgang til smittevernutstyr
- Bruken av smittevernutstyr
- Mulighetene for å kunne overholde smittevernrutiner

4.1 Opplæring i bruk av smittevernutstyr

Smittevern i form av opplæring og tilgang til utstyr har vært et mye omtalt tema i intervjuene. Vi finner varierende oppfatninger både når det gjelder kvaliteten på opplæringen og tilgangen til smittevernutstyr. Vi starter med å se på erfaringene med opplæring i smittevern og i bruken av smittevernutstyr, før vi ser på hvordan informantene har opplevd tilgangen til utstyr.

4.1.1 Opplæring i mange former

Det er naturligvis stor forskjell på behov for opplæring i smittevern ut ifra hvor man jobber og med hvilken pasient/brukergruppe. Videre er det forskjell mellom sykepleiernes erfaringer med smittevern i det daglige arbeidet. Informantene spente fra intensivsykepleiere som er drillet i smittevern til helsesykepleiere som tilbringer det meste av tiden på skoler hvor de har lite befatning med virusssmitte. Fordi mange av informantene opplevde omdisponering til koronarelaterte enheter, og/eller endring av arbeidsoppgaver, eller de kom i kontakt med covid-19-smittede/-syke på sin ordinære arbeidsplass hadde de aller fleste mange synspunkter på opplæring i smittevern. For ikke å gå i alt for stor detalj her, oppsummerer vi hovedtrekk.

De aller fleste opplevde at det ble satt i gang omfattende opplæringstiltak. Disse tok ulike former, og ble gjennomført av forskjellige personer/faggrupper. Vi fant eksempler på opplæring ansikt til ansikt i gruppe eller individuelt, e-læringskurs og videoer. De som ga opplæring var fra smittevern, fagsykepleiere, intensivsykepleiere eller sykepleiere som hadde en særlig relevant kompetanse. På sykehus synes det ut fra intervjuene som at mange brukte smittevernavdelingen til opplæring. Flere informanter påpekte imidlertid at kapasiteten til smittevern ble sprenget i den første fasen av pandemien, og at man følgelig måtte ordne seg mye selv på avdelingene. En avdelingsleder fortalte om deres erfaringer:

All ros til smittevern, de har gjort en helt enestående jobb altså. Så der syns jeg de har vært flinke, men hvis man skal spille inn ting i etterkant, så ser man jo at ressursene til smittevern her på [sykehuset], de strakk ikke til. De skulle vært flere, og det skulle vært enda mer tilgjengelige. Så det var veldig mye som ble lagt ned på avdelingsnivå. Bare det der med grundig opplæring av smittevernsutstyr, som vi egentlig

kunne ha trengt at en fra smittevern hadde kommet og undervist, men det var det liksom ikke rom for, og det skjønner jeg jo. (...) Jeg brukte min fagsykepleier veldig mye. Så hun var kjempeflink, og tok rett og slett ... Vi kalte det rett og slett en slags sertifisering, altså at de skulle vise at de kunne kle av og på etter retningslinjene, og at vi var trygge på det. Så det gjorde vi ... Vi brukte vaktskiftene våre, for det er klart, alt ble jo veldig sånn i hui og hast. Men der fikk alle grundig gjennomgang, og også prøvde vi å få med en del av legene våre. (S8)

Sitatet viser altså at mye av ansvaret for opplæring ble lagt til avdelingsnivå. Dette var noe flere av informantene opplevde. I sitatet under er et eksempel der opplæringen ble gitt av sykepleiere med erfaring fra infeksjonsmedisin før de begynte i psykisk helsevern:

[Opplæring] ble gjort relativt raskt. Der har vi en del sykepleiere hos oss som har litt mer erfaring og kompetanse i forhold til smittevern, som har jobbet blant annet på infeksjonspost, og de ble spurt veldig tidlig om å stå for opplæringen. Det ble sendt ut videoer som viste, i alle fall to, hvis ikke tre videoer fra ledelsen sin side som alle måtte gå inn å se på. I tillegg så ble alle veiledet gjennom, og alle måtte prøve, og øve. Vi hadde også de e-læringsprogrammene som vi måtte gå inn på. Og det ble da sånn at det ble satt opp i vaktboken at nå skal for eksempel [...], [...] og [...] gå i lunsjen eller fra klokken 10.00 til klokken 12.00 eller... ja alt etter som, sånn at alle skulle ha vært innom det ganske fort. Der synes jeg dem [ledelsen] har gjort en kjempegod jobb i forhold til opplæring. (S5-6)

En leder for sykehjem/omsorgsboliger havnet tidlig i karantene. Hun beskrev viktigheten av at hun hadde en fagkoordinator som kunne være fysisk til stede, ute i avdelingene, og følge tett opp om de ansatte klarte å bruke smittevernutstyr på riktig måte. For eksempel om de klarte å kle av og på seg i riktige rekkefølge:

[Fagkoordinatoren] var ute og fulgte hele tiden med på at de ansatte klarte å holde tanken på «hvordan skal du ta på deg? Hva skal du ta på deg først? Ikke ta av deg munnbindet før du tar av deg hanskene.» Sånn at hun sto ute og fulgte med. Det var helt avgjørende for at det skulle ikke smitte – at ikke smitten skulle spres. For det er fort gjort å bare skulle ut og hente noe når du først har kledd på deg, og ikke tenke at «du kan jo ikke gå ut.» Så – ja, det var veldig lærerikt. (K17)

Selv om de fleste vi intervjuet uttrykte at de fikk tilstrekkelig opplæring, var det også noen som mente at det ikke var nok, og noen som fremhevet at det "på en måte aldri kan bli nok opplæring". En sykepleier som ble omdisponert i et sykehus ønsket seg mer opplæring og så på et annet sykehus sine videoer for å lære mer om smittevern:

For min del så kunne vi nok ha tatt dette her opp flere ganger, for eksempel i lunsjen. For eksempel at man får prøve seg med en sånn tøysmittefrakk, så man ser hvordan man skal gjøre det. Jeg brukte mye tid på det selv når jeg kom hjem å se på OUS sine hjemmesider (informanten jobber på et annet sykehus), hvor de har lagt ut videoer av hvordan det skal gjøres, som jeg synes var veldig greit, for der var de veldig tydelige, og forklarte hvordan det skal gjøres. (S4)

Vi kommer nærmere inn på erfaringer med å bli omdisponert i kapittel 5.

4.1.2 Opplæring når det er smitte på enheten

De mest utfordrende smittevernsituasjonene vi fikk innblikk i fra intervjuene, var når det oppsto smitte på sykehjem. Vi har intervjuet sykepleiere fra tre sykehjem som tidlig fikk smitte og dødsfall, og ett som fikk smitte først i juli, og som dermed hadde hatt god tid på å lære opp alle. Ved sykehjemmene som ble tidlig rammet skjedde dermed opplæring i en intensivert form, samtidig som man hadde smitte på huset. Ved ett sykehjem var det fagsykepleier og smittevernansvarlig som sto for opplæringsopplegget. Fagansvarlig som vi intervjuet fortalte at "alt skjedde veldig raskt". Da det ble påvist smitte på sykehjemmet måtte de fort tenke ut hvordan de skulle gjøre det med for eksempel rene og urene områder, hva skulle de gjøre med pauser - og hvor skulle de ansatte henge fra seg klær? Og hvordan skulle man gjøre det med søpla? Det var altså en lang rekke små og store ting som måtte vurderes og lages systemer for slik at smittevernet ble overholdt. Fagsykepleier fortalte at de har en smitteverngruppe i kommunen, men at de ikke fikk noe hjelp fra dem. Sykehjemmet måtte dermed finne på alt selv, og informanten savnet å få veiledningen fra dem. Oppsummert mente imidlertid informanten at de hadde fått det bra til, og de hadde gjort det riktig. De tok i bruk forskjellige opplæringsarenaer. For eksempel sto hun selv ved inngangsdøra til det som hadde blitt til en koronaavdeling og passet på at de ansatte kledde seg riktig:

Da den avdelinga ble korona-avdeling, så stod jeg ute foran avdelinga i hele den uka, før hver vakt, og så viste jeg hvordan de skulle kle på seg sammen med dem, sånn at ingen fikk lov å komme inn på avdelinga før de visste hvordan de skulle kle på seg og hvordan de skulle kle av seg. (K1)

Videre fortalte hun at de lagde informasjons- og opplæringspermer der de samlet alt de ansatte trengte å vite:

Vi bestemte oss for å lage permer med all informasjonen fra FHI. Alt fra hvordan man skal kle på og av seg, til hva man skal... altså alle disse retningslinjene og reglene og sånne ting. Hvem vi skal ringe, hva skjer med dødsfall, begravelsesbyrå, ja... Alle sånne ting som vi laget i en perm til avdelingene, sånn at alle måtte lese den og holde seg oppdatert på den, sånn at skjer det noe: "ok, det er en som får symptomer og skal isoleres, hva gjør vi da?" (K1)

På et annet sykehjem med smitte, fortalte informanten at de måtte lese seg opp på alle grunnleggende smittevernrutiner. Det gjaldt for alle som arbeider på sykehjemmet, inkludert helsefagarbeidere og studenter. Når det gjaldt mer konkrete rutiner forklarte hun at hun hadde laget rutinene selv:

Det var jeg som lagde rutinene, men det kom sånne egne ekstra rutiner, disse smittevernrutinene. Jeg måtte vaske rommet og vaske kontaktpunkter, ikke sant, sånn overflate, det ble mye vasking etter hver vakt, og så må det være sterilt, så det måtte byttes frakker hver dag og etter hver vakt. Så må man være forsiktig på forskjellige plasser, for eksempel klærne fra pasientene, ikke sant. Det måtte vi ha en egen rutine rundt, sånn som smykker, kjeder og briller og sånt, det måtte vi vaske og skylle gjennom og tørke. Så du vet, det kommer meldinger hele tiden om hva man skal gjøre. (K3-4)

Informanten er inne på et poeng som mange andre informanter også tok opp. Informasjon om smittevernrutiner og endringer i prosedyrer og rutiner skjedde fortløpende i løpet av våren (og gjør

det i og for seg per oktober 2020 også). Omtrent alle informantene opplevde det som krevende å klare og holde oversikt over – og etterleve – alle de hyppige oppdateringene.

Et siste poeng når det gjelder opplæring omhandler engstelsen flere av informantene hadde for at de selv skulle smitte noen av pasientene. En sykepleier ved det tredje sykehjemmet med tidlig smitte blant informantene mente de fikk god oppæring, men likevel gikk hun med en konstant bekymring for å gjøre noe feil og smitte noen:

På morgenmøtet og ettermiddagsrapporten, så viste man filmer av hvordan man skulle ta av og på riktig, og vi sykepleierne hadde jo undervisning for assistentene og hjelpepleierne og oppfriskning i det hver dag. Men likevel så er det jo alltid en liten tanke som surrer, at herregud gjorde jeg det riktig? (...) Altså jeg har aldri vært så bekymret for at jeg selv skal bli syk, men hele tiden være bekymret for at "å, herregud tok jeg ikke av meg det smittevernutstyret riktig?" Tenk hvis jeg må ta det med meg inn til en annen gammel syk pasient? (K5)

4.2 Tilgang til smittevernutstyr

Alle informantene har snakket om tilgangen til smittevernutstyr. Det har naturlig nok variert mellom informantene, basert på hvor de arbeider, og om tilgang til smittevernutstyr har vært en stor sak eller ikke. Et generelt inntrykk er at mange sparte på smittevernutstyr ved starten av pandemien – så lenge man ikke jobbet med covid-19-smittede/-syke pasienter. Etter hvert satt de fleste igjen med et overskudd av utstyr. Vi starter med å se på erfaringene med å oppleve mangel på utstyr og å måtte spare på det.

4.2.1 Restriksjoner og vurderinger rundt bruken av utstyr

På et sykehjem med smitte forklarte informanten at de manglet stellefrakker i begynnelsen. Det resulterte i at de ansatte selv måtte koke stellefrakkene på sykehjemmet fordi det var umulig å få tilstrekkelig med stellefrakker fra kommunen:

Vi startet jo med å bytte stellefrakker etter hver vakt, og det blir ganske mange i løpet av ei uke. Så kanskje du bruker to stellefrakker inn på et rom, mens til vanlig så bytter vi kanskje en gang for uken. Nå skulle du bytte tre ganger i døgnet. (...) Det var en periode ansatte kokte stellefrakker selv, fordi det var ikke nok der vi bestiller. Hvert døgn ble det kokt den mengden! Ja måtte det, ellers så har vi ikke hatt nok stellefrakker (K3-4)

Mange av informantene fortalte om restriksjoner i bruk av smittevernutstyr og overveielser rundt hvem som skulle få bruke utstyr. Det omfattet mangel på visir, der ansatte fikk beskjed om at det var tilstrekkelig å bruke egne briller, det var mangel på hetter hvor ansatte fortalte at de tok skotrekk på hodet, og det var rasjonering på munnbind der ansatte måtte bruke de samme munnbindene over mange timer. En sykepleier ved sykehus beskrev mangelen på munnbind og hansker:

Ja, da var det ikke nok, da måtte vi, vi måtte tenke oss godt om i forhold til bruk, både av munnbind og hansker og vi hadde for eksempel ikke lange hansker, ikke sant, så det var liksom vanskelig å få hanskene over, ikke sant, altså det blir gjerne en glippe mellom frakk og hansker og det kunne vi jo ikke ha. (S5-6)

En annen sykepleier (leder) på et annet sykehus fortalte hvordan de etter hvert jobbet med å rasjonere på utstyret ettersom lageret på sykehuset begynte å gå tomt:

[Etter hvert] begynte vi jo å se at nå må vi prøve å sikre oss at de postene som har direkte kontakt med korona-pasienter skulle ha tilgjengelig utstyr, og da ble det veldig mange restriksjoner på hvem som hadde lov til å bestille det og... Munnbind ble telt opp og passet på at de som ikke trengte det ikke hadde det på post, og... Litt mer styr da. [det var] litt forstyrrende, når en vant til å ha tilgjengelig utstyr og at de kommer og fyller på to ganger i uka med utstyr, så vi aldri har mangel på noe. Så det er frustrerende å endre en rutine som har vært i mange år til å skaffe seg utstyr på andre måter. Det er en omstilling da. Og litt den der frykten, «tenk om vi ikke får. Tenk om vi ikke har nok. Hva gjør vi da?». (S10)

Informanten fortalte videre at de tok opp behovet for å spare på utstyr jevnlig i undervisning og hver dag ute i avdelingene. Blant annet måtte man begrense antall helsepersonell som gikk inn til pasienter for å spare på smittevernutstyr. I stedet for at fem personer gikk på legevisitt med munnbind og frakk, kunne for eksempel to personer gå inn til pasienten. Flere informanter fortalte om slike overveielser og endringer i arbeidet for å spare på utstyr. Informanten i sitatet over tar også opp den usikkerheten og frykten som oppsto som følge av at man er redd for å mangle smittevernutstyr. Det var det også andre informanter som trakk fram. En intensivsykepleier gikk nærmest og ventet på å få covid-19-syke inn på sykehuset og kjente på en uro rundt hvorvidt sykehuset hadde nok smittevernutstyr. Hun mente at det var det mest ubehagelige i begynnelsen: å ikke vite om man har nok smittevernutstyr. Når den første pasienten med smitte ble lagt inn, opplevde hun at det kom langt færre pasienter enn de hadde fryktet og at arbeidet gikk greit og at de hadde nok smittevernutstyr.

Ut fra intervjuene er det utvilsomt at det manglet visse typer utstyr ved flere arbeidsteder. Samtidig, for en del typer utstyr kan vi ikke si om mangelen var reell, eller om det ble innført unødvendige sparetiltak. Noen av informantene trakk fram medias rolle i å skape et inntrykk av stor utstyrsmangel. Først et utsagn fra en leder i en stor kommune:

Vi gikk ikke tom for smittevernutstyr på noe tidspunkt, men... vi var nok litt forsiktig med bruken i begynnelsen. (...) så vidt meg bekjent, så var vi aldri tomme for smittevernutstyr, men vi hadde begrenset tilgang. Og vi var i en periode litt bekymret - det tror jeg nok jeg vil si - for om vi fikk tak i nok, for det handler jo litt om hva som kom fram i nasjonale medier også (K14)

En intensivsykepleier trakk også fram medias rolle i historien om mangel på utstyr. Hun framhevet mulige konsekvenser en slik sparing, som kanskje til og med har vært unødvendig, har hatt for sykepleiere:

Media som liksom er sånn driver i dette ikke sant, på mangelen. Så en stakkars leder på et eller annet sykehjem eller på en intensivavdeling tør nesten ikke å bruke smittevernutstyr fordi det står «Det er så stor mangel, det kommer til å komme inn masse, masse pasienter» og så glemmer man den hverdagsrisikoen for den sykepleieren, eller intensivsykepleieren som står på avdelingen. Det synes jeg har vært utrolig graverende. (S1)

I kjølvannet av utstyrsmangel vet vi – også formidlet fra media – at mange helseinstitusjoner kjøpte inn utstyr, som senere viste seg å ikke være godkjent. En intensivsykepleier fortalte at på sykehuset

hvor hun jobber hadde man funnet noen masker på lageret og tatt disse i bruk. Dette var en periode, tidlig i pandemien, der det var redsel for å gå tom for utstyr. Flere sykepleiere brukte maskene, men det viste seg imidlertid at maskene ikke var godkjent for bruk ved mistanke om covid-19-smitte. Det førte til at de som hadde brukt maskene måtte teste seg regelmessig over en periode etterpå for å utelukke at de var smittet.

4.2.2 Går ikke på akkord med smittevernet

Som vist over har altså mange av de vi har intervjuet opplevd – mer eller mindre begrunnet – å måtte spare på smittevernutstyr. Det har skapt vanskelige situasjoner for flere informanter, som har måttet gjenbruke engangsutstyr (munnbind) eller bruke ikke godkjent utstyr (egne briller i stedet for visir). Flere informanter har imidlertid også sagt at de ikke ville gå på akkord med smittevernet. Om de ikke hadde riktig utstyr, ville de heller la være å gjøre arbeidsoppgaven. En sykepleier som hadde blitt omdisponert fra psykisk helse- og rustjenesten i kommunen til en koronastasjon beskrev holdningen på koronateststasjonen slik:

Ja vi var enige om det, at vi ikke skulle gå på akkord på noen som helst måte. For du kan tenke, noen frakker hadde kanskje litt korte ermer... Og da, selv om det var mangel på utstyr, så var det «ikke tale om, du får ikke, liksom, gå ut sånn og sånn, da – ja.» Så – men det har òg kanskje noe med det der å være litt voksen, og gjør at du tør å si at «vet du noe, dette er ikke forsvarlig. Det er vi som har ansvaret på denne vekten, sånn får du ikke gå. Om det er mange nok smittefrakker så spiller ikke det noen rolle, du skal ikke utsette deg for noe.» (K11)

En sykepleier på sykehus hadde en tilsvarende holdning:

Vi hadde ikke nok smittevernutstyr og vi stod ikke i noen bedre posisjon enn hva noen andre institusjoner gjorde (...) Så jeg tror ikke det gikk så veldig lang tid før jeg mente at vi var i en sånn situasjon der vi kunne nekte å gå inn. Fikk vi en smittet pasient, så gikk ikke jeg inn til vedkommende uten visir for eksempel. Det var jeg ganske tydelig på. Det er klart at vi er nødt til å ha riktig verneutstyr når vi... Det var på en måte aldri snakk om at det var noen som ikke ville stå i den jobben hvis vi skulle få smitte, men det var dette med at vi ville ikke gå inn der med mindre de hadde riktig utstyr (S5-6)

4.2.3 Tilstrekkelig med utstyr, men bevissthet rundt brukt

Når vi nå har tatt opp at en god del informanter rapporterte at de har opplevd utstyrmangel, er det også nødvendig å få fram at mange også har opplevd at de har hatt det utstyret de har trengte til enhver tid. Blant disse informantene har det likevel vært perioder hvor de har sett at det gikk nedover med utstyrlageret og hvor de ble bevisste på å ikke bruke for mye utstyr. Tre sykepleiere fra tre forskjellige kommuner fortalte:

Jeg opplever at vi hadde det utstyret vi trengte, det var ikke noe sånn, at vi måtte gå på akkord med noen ting. Vi hadde det vi trengte og alt det der tekniske og alt det der, det fungerte veldig fint (K7)

Det [mangel på smittevernutstyr] har ikke vi hatt noen utfordringer med. Det var jo selvfølgelig litt i, litt sånn i starten, så de styrte litt på og..., men det hadde ikke jeg så mye med. Men nå har vi i hvert fall mer enn nok, forstår jeg, for nå trenger de nytt lager! (K9)

Vi hadde egentlig alt det vi trengte. Det eneste som det var litt mangel på, var vel disse hårnettene. Men ellers så var det jo noen som kom på døra med sånne, visir, som var på en måte godkjent da, selvfølgelig, og så vi hadde egentlig alt vi trengte hele veien. (K1)

En sykepleier fra sykehus beskrev det som kanskje var den mest typiske erfaringen; en tidligfase der man hadde godt med utstyr, en midtfase der det begynte å minske på lageret, og en senere fase der lageret var fylt opp og man hadde alt man trengte:

I starten hadde vi det [vi trengte]. Men det skrantet litt midt i der, det gjorde det. Vi hadde jo sånne smittefrakker som på en måte kunne brukes om igjen ikke sant, på en vakt, i starten. Etter hvert ble det engangsfrakker og vi kjente det begynte å skranke litt i forhold til munnbind osv. Men jeg husker ikke helt, det var midt i der på en måte, vi måtte være ekstra obs på utstyr, det måtte vi. Men etter hvert så gikk det seg til igjen, og så kjente ikke jeg på noe mer mangel av utstyr da (S7)

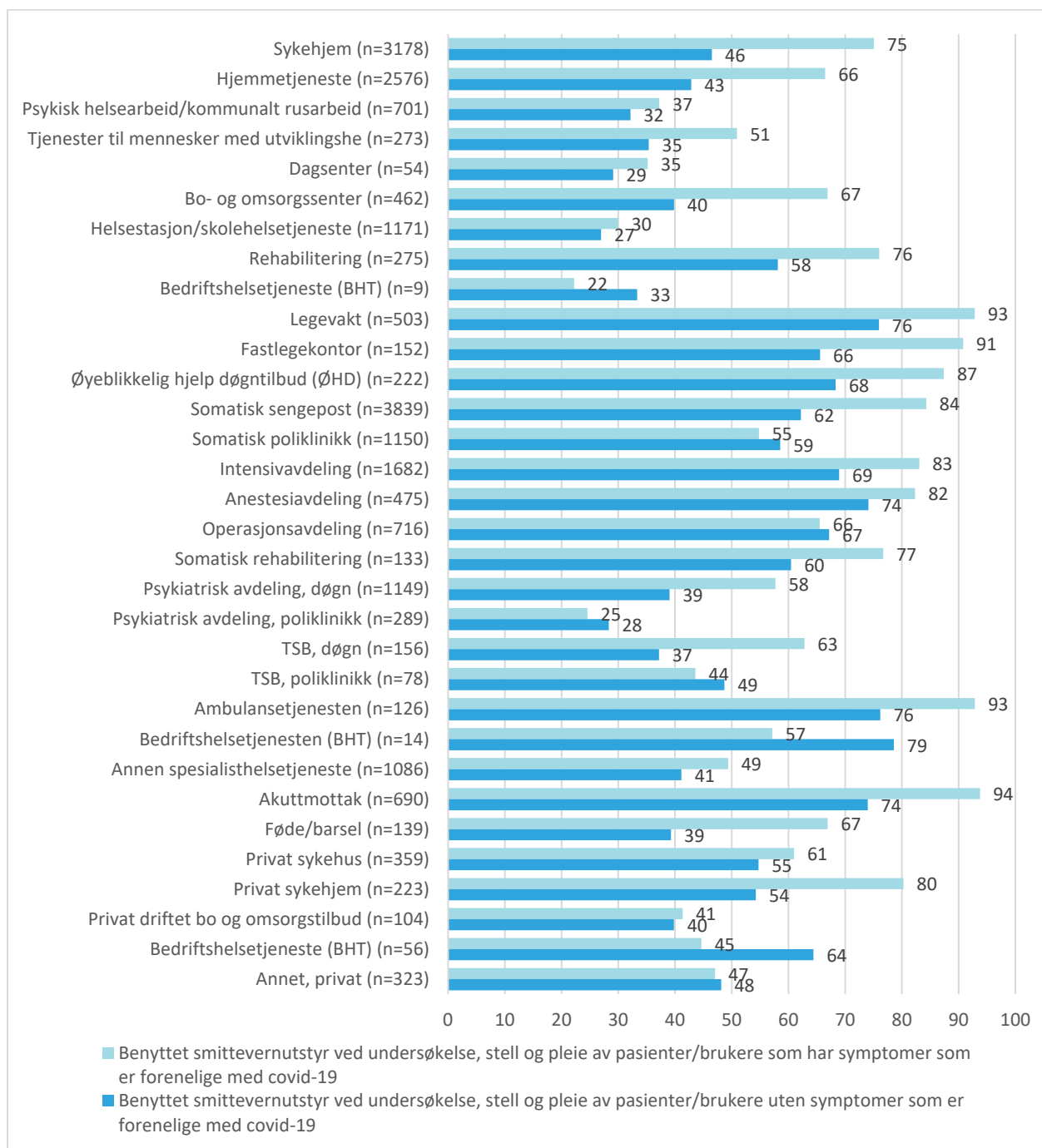
Covid-poster har ellers hatt nok utstyr... ". Vi ble veldig høyt prioritert for å ha utstyr, det beste utstyret tilgjengelig alltid. Og det hadde vi også. Og vi fikk også skifte mellom hver gang vi gikk ut, fortalte en informant i sykehus. (S11)

4.3 Bruk av smittevernutstyr

Totalt har 68 prosent av sykepleierne benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter med symptomer på covid-19, og 52 prosent har benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter uten symptomer. Det er signifikante forskjeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, der flere har benyttet smittevernutstyr i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.1 Prosent av sykepleierne som har benyttet smittevernutstyr ved undersøkelse, stell og pleie av pasienter med eller uten symptomer på covid-19.

	Benyttet smittevernutstyr ved undersøkelse, stell og pleie av pasienter/brukere som har symptomer som er forenelige med covid-19	Benyttet smittevernutstyr ved undersøkelse, stell og pleie av pasienter/brukere uten symptomer som er forenelige med covid-19
Kommunal sektor (n=10726)	64	44
Offentlig spesialisthelsetjeneste (n=11730)	72	59
Privat, ideell sektor (n=768)	62	52
Privat, kommersiell sektor (n=301)	47	52
Privat, annet (n=356)	60	52
Totalt (n=23881)	68	52



Figur 4.1 Prosent av sykepleierne som har benytte smittevernutstyr i kontakt med pasienter/brukere med og uten symptomer på covid-19.

Det er også kartlagt hvilket utstyr som er benyttet blant pasienter med og uten symptomer.

Tabell 4.2 **Antall og andel av sykepleiere som har brukt ulike typer smittevernutstyr i kontakt med pasienter/brukere med og uten symptomer på covid-19.**

	Med symptomer			Uten symptomer		
	Av alle			Av alle		
	Antall	%	% av alle	Antall	%	% av alle
Munnbind klasse I (ment for personer utenfor helsetjenesten)	1 700	11	7	1 307	11	5
Munnbind klasse II (kirurgisk munnbind)	13 123	81	55	8 372	68	35
Munnbind klasse IIR (kirurgisk munnbind som beskytter mot veskesprut)	3 626	22	15	1 323	11	6
Åndedrettsvern	3 636	23	15	774	6	3
Øyebeskyttelse	12 478	77	52	3 749	30	16
Smittefrakk	14 545	90	61	6 056	49	25
Hansker	15 623	97	65	10 919	89	46
Stellefrakker	4 543	28	19	4 553	37	19
Plastforklær	3 312	21	14	3 720	30	16
Annet	2 144	13	9	752	6	3
Totalt	16 146	100	68	12 334	100	52

4.4 Sparing på smittevernutstyr

Det er 38 prosent som er bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet mangel på utstyr og 26 prosent på grunn av faktisk mangel på utstyr. Andelen er signifikant høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten av begge årsakene.

Tabell 4.3 **Antall og andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr.**

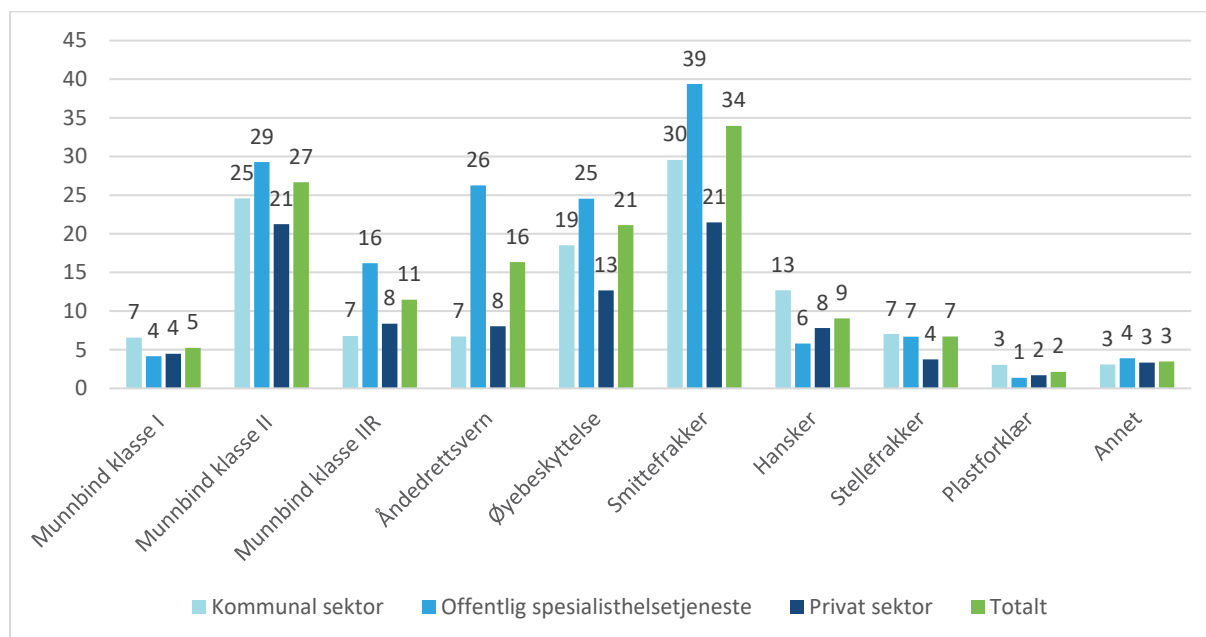
	Ja, på grunn av forventet mangel på smittevernutstyr			Ja, på grunn av faktisk mangel på smittevernutstyr		
	Ja	Totalt	Andel	Ja	Totalt	Andel
Kommunal sektor	3383	10827	31	2472	10827	23
Offentlig spesialisthelsetjeneste	5324	11705	45	3611	11705	31
Privat, ideell sektor	230	761	30	135	761	18
Privat, kommersiell sektor	69	310	22	57	310	18
Privat, annet	108	365	30	62	365	17
Total	9114	23968	38	6337	23968	26

Det er 34 prosent av alle sykepleierne som svarer at de har blitt bedt om å spare på smittefrakker, 27 prosent er blitt bedt om å spare på kirurgiske munnbind og 21 prosent på øyebeskyttelse.

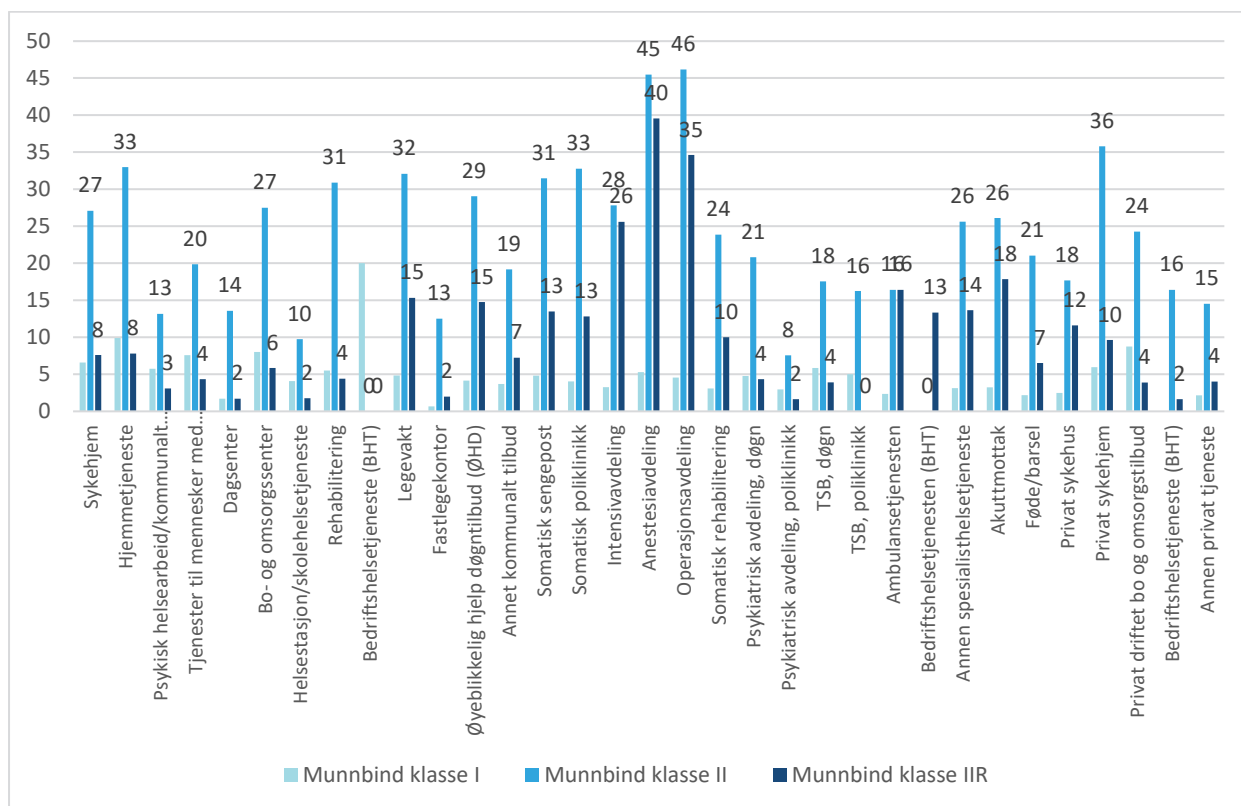
Tabell 4.4 Antall og andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr, type utstyr.

	Antall	Andel
Munnbind klasse I (ment for personer utenfor helsetjenesten)	1 257	5
Munnbind klasse II (kirurgisk munnbind)	6 390	27
Munnbind klasse IIR (kirurgisk munnbind som beskytter mot veskesprut)	2 748	11
Åndedrettsvern	3 913	16
Øyebeskyttelse	5 063	21
Smittefrakker	8 139	34
Hansker	2 168	9
Stellefrakker	1 607	7
Plastforklær	512	2
Annet	835	3
Totalt	23 968	100

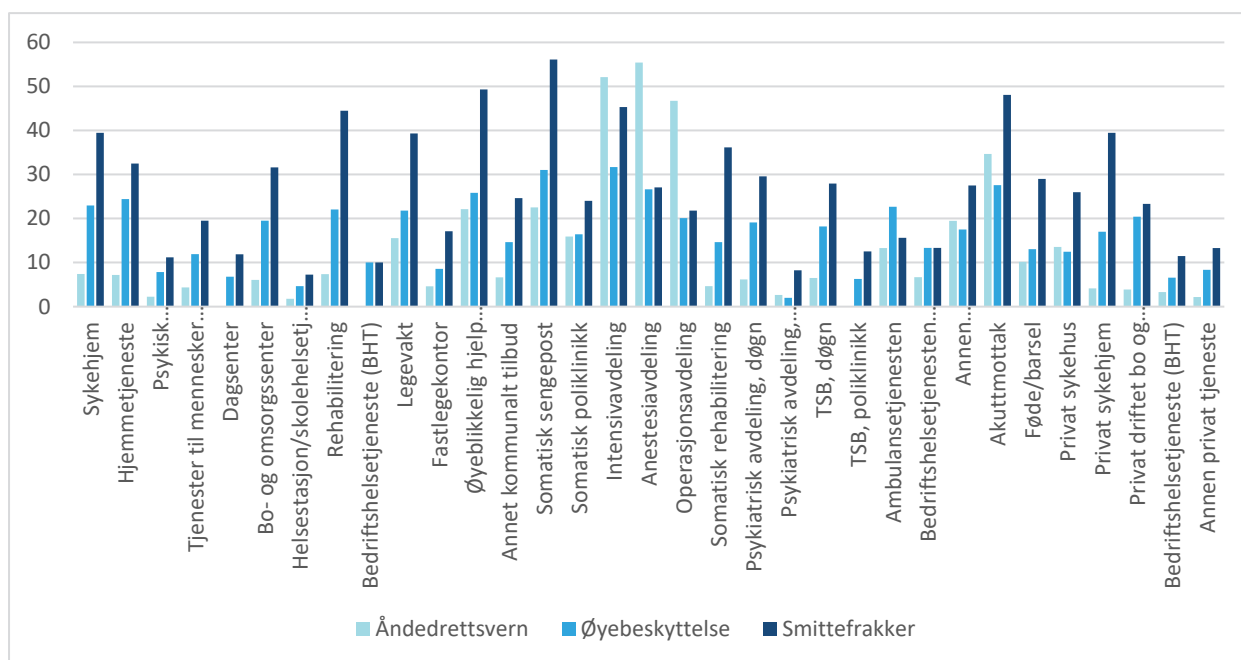
Det er statistisk signifikante forskjeller mellom sektorer, og det er særlig flere i spesialisthelsetjenesten som har måttet spare på åndedrettsvern og flere i kommunene som har måtte spart på hansker.



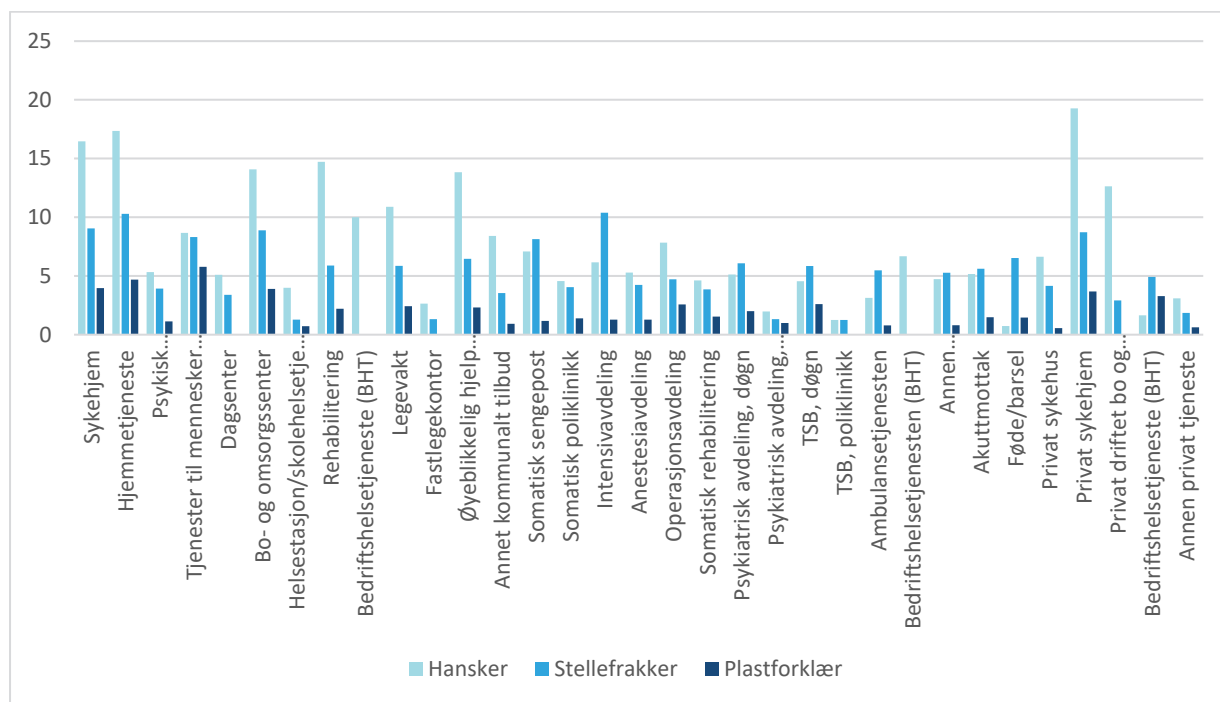
Figur 4.2 Andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr, type utstyr og sektor.



Figur 4.3 Andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr, type utstyr og virksomhet.



Figur 4.4 Andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr, type utstyr og virksamhet.



Figur 4.5 Andel som har blitt bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet eller faktisk mangel på smittevernutstyr, type utstyr og virksamhet.

Av de som svarer at de har måttet spare på smittevernutstyr, er det 60 prosent som svarer at det er etablert prosedyrer for gjenbruk av smittevernutstyr, og sannsynligheten for å ha slike rutiner er signifikant høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene.

Tabell 4.5 Antall og andel som svarer på om det er etablert prosedyrer for gjenbruk av smittevernutstyr

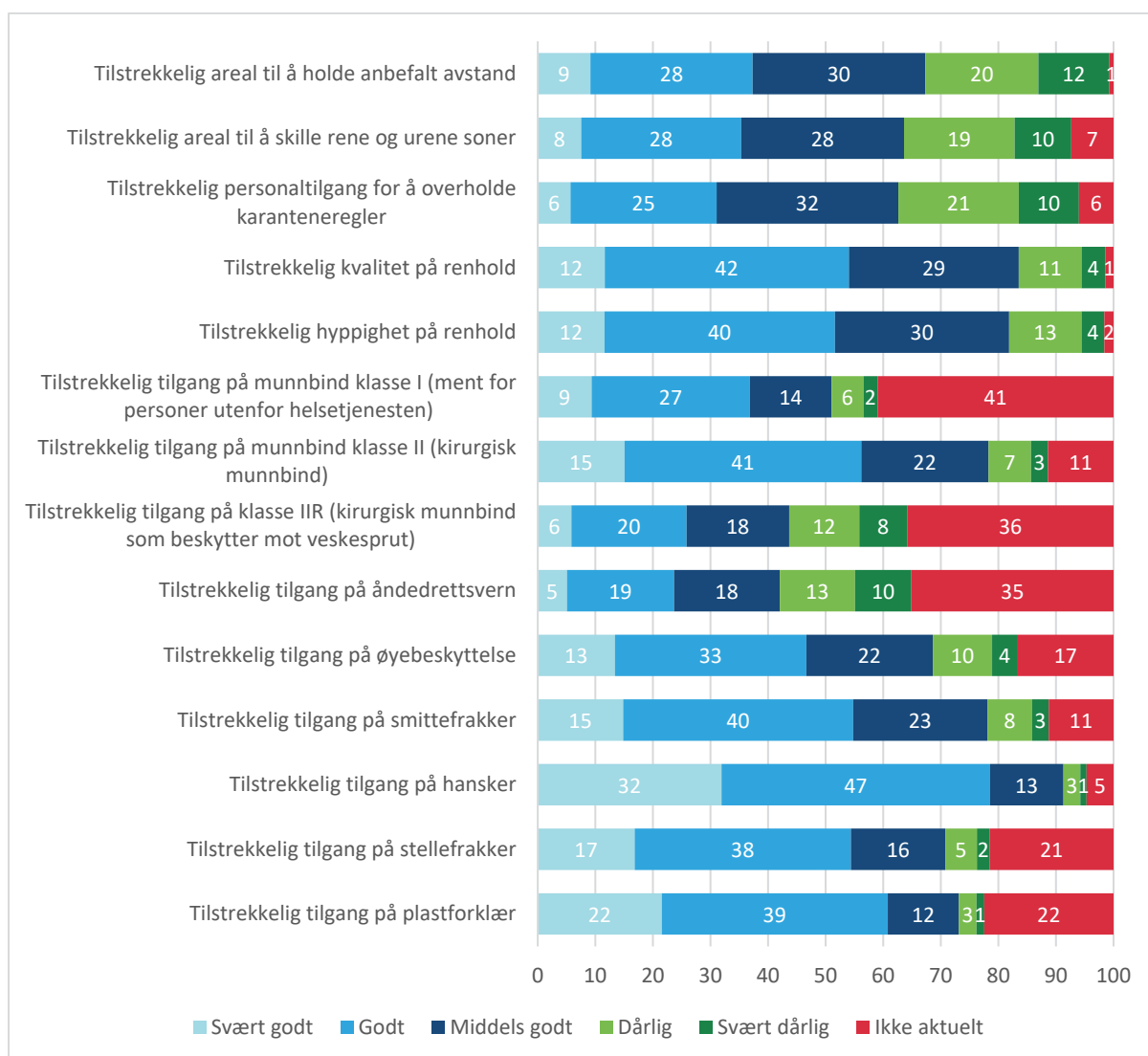
	Ja	Nei	Total	Andel
Kommunal sektor	2393	2492	4885	49
Offentlig spesialisthelsetjeneste	4723	2294	7017	67
Privat sektor	299	240	539	55
Totalt	7415	5026	12441	60

Over halvparten av respondentene vet ikke om prosedyrene for gjenbruk vært i tråd med etablerte retningslinjer for bruk av smittevernutstyr.

Tabell 4.6 Andel som svarer på om prosedyrene for gjenbruk har vært i tråd med etablerte retningslinjer for bruk av smittevernutstyr

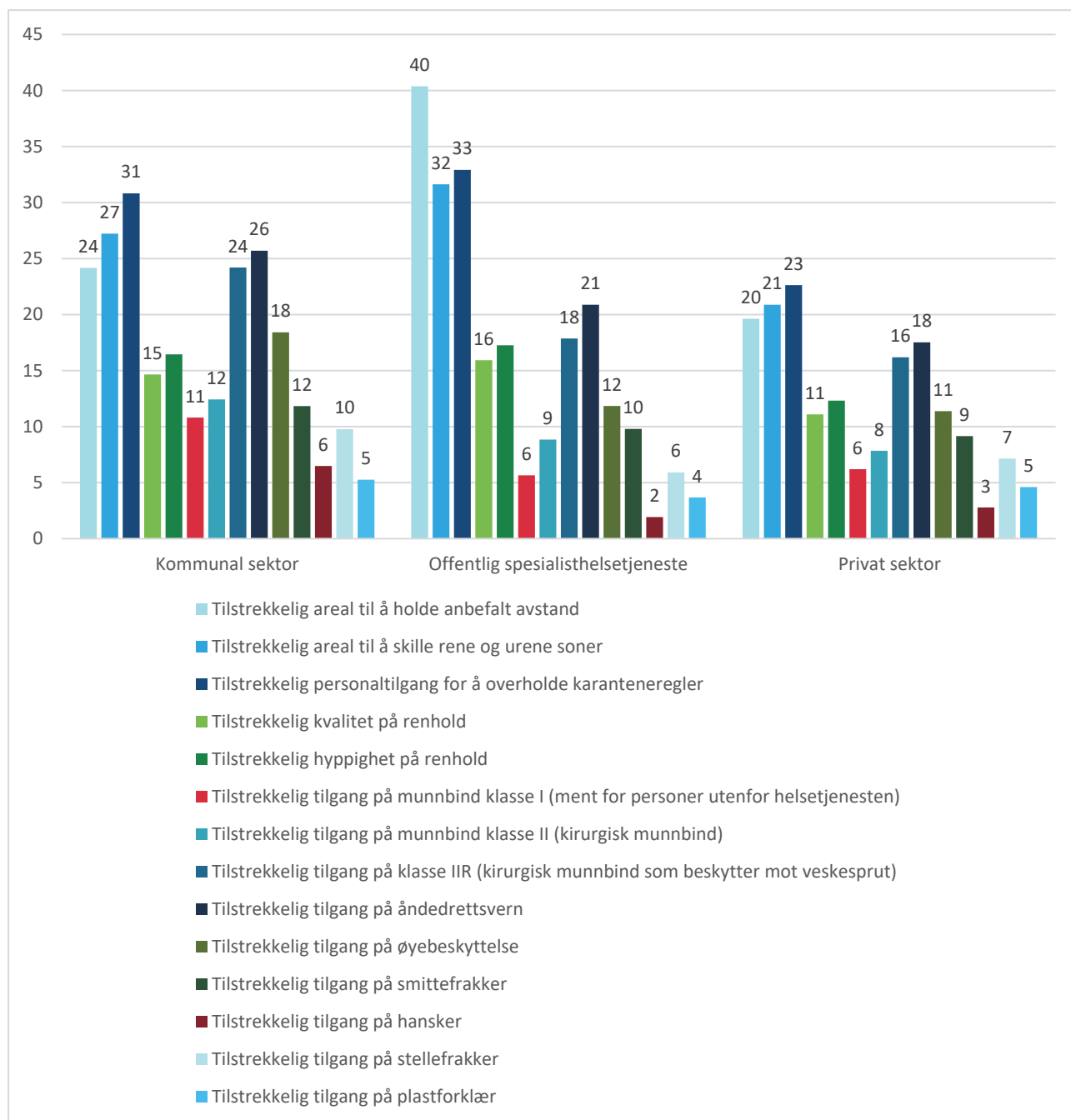
	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Kommunal sektor (n=4843)	28	15	57	100
Offentlig spesialisthelsetjeneste (n=6979)	32	16	52	100
Privat sektor (n=534)	30	15	55	100
Total (n=12356)	31	16	54	100

4.5 Mulighet for å kunne overholde smittevernrutiner

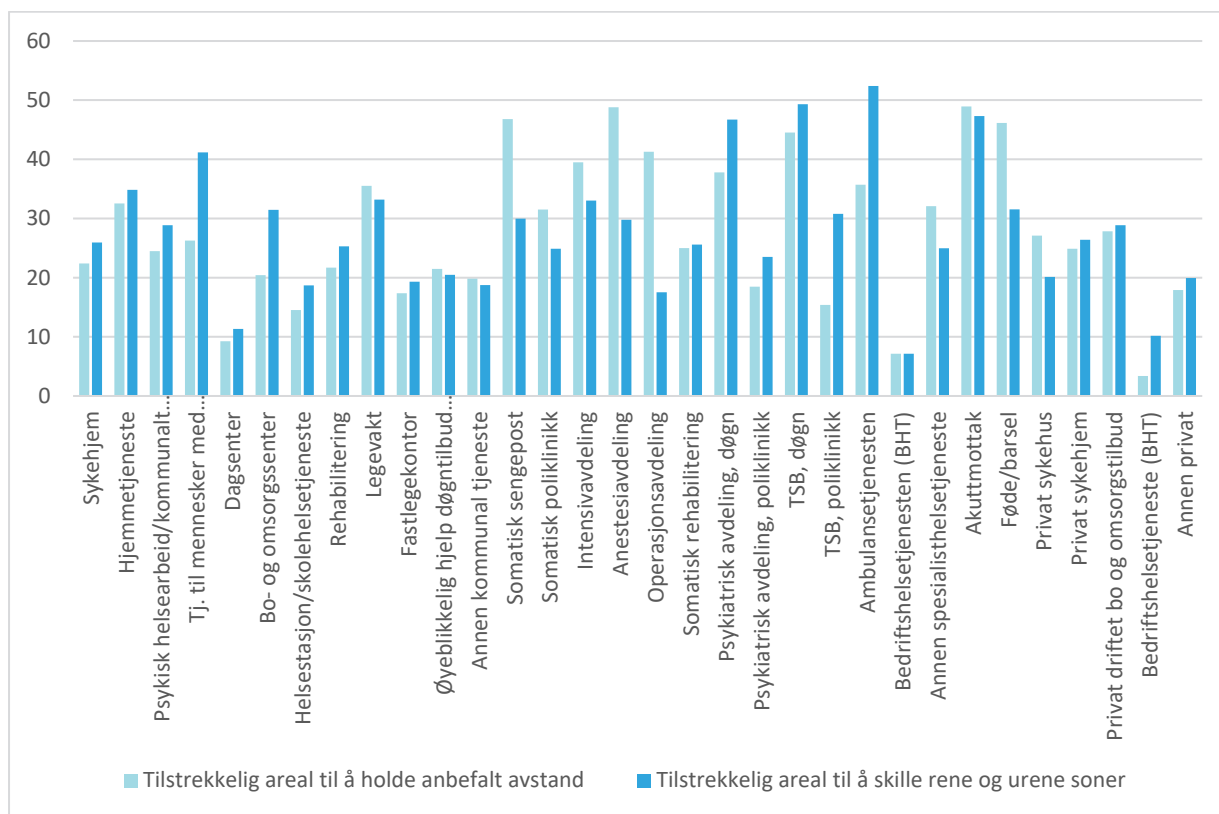


Figur 4.6 Andel som har som svarer i hvilken grad arbeidsplassen er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.

Nesten hver tredje sykepleier svarer at arbeidsplassen er dårlig eller svært dårlig tilpasset for å kunne holde anbefalt avstand, mens 31 prosent er på arbeidsplasser med dårlig eller svært dårlig tilgang på personal for å overholde karanteneregler. Det er signifikante forskjeller mellom sektorer og tjenestetyper. Vi ser videre på de som svarer dårlig og svært dårlig.

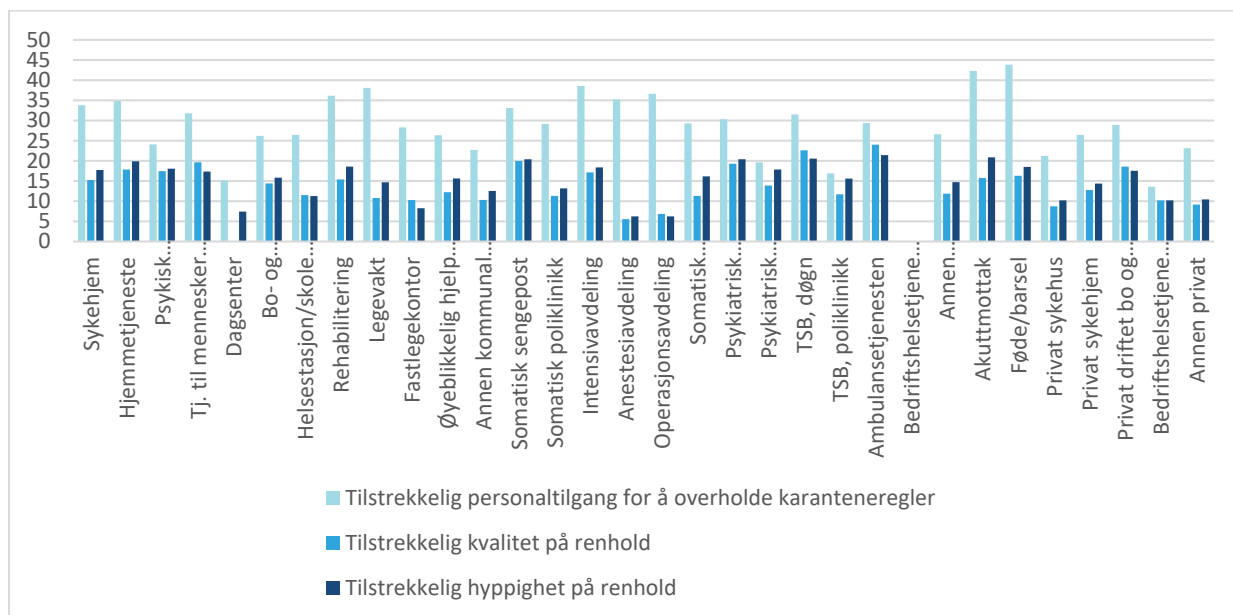


Figur 4.7 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.



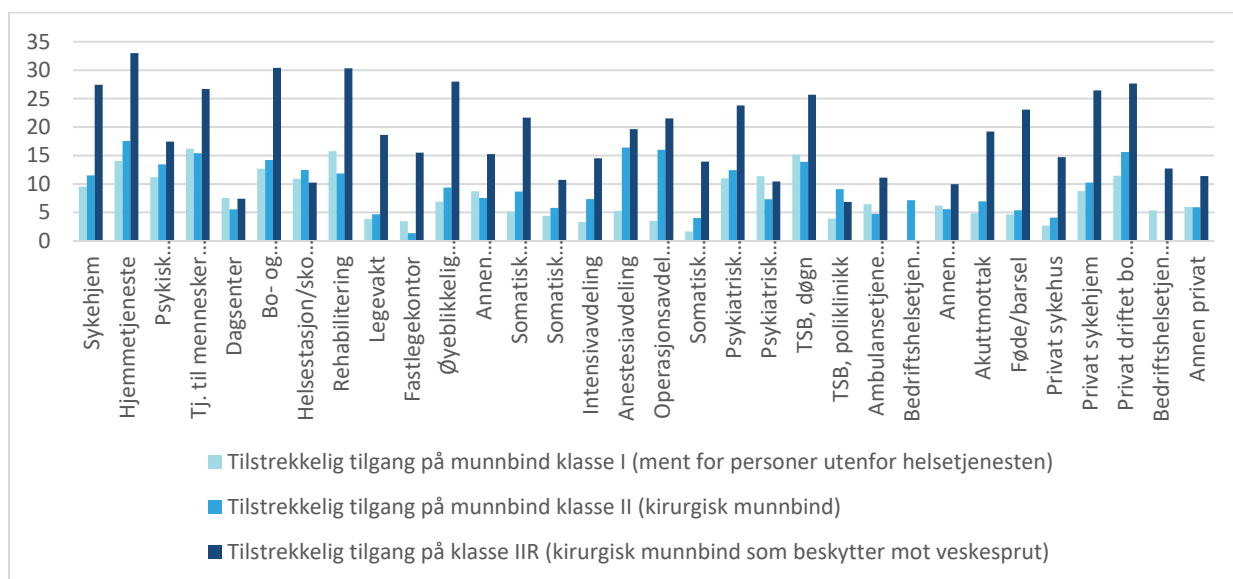
Figur 4.8 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.

Det er særlig somatiske sengeposter, anestesivdelinger og akuttmottak som ikke har tilstrekkelig areal til å holde anbefalt avstand, mens døgnavdelinger i TSB og psykisk helsevern i tillegg til ambulansetjenesten og akuttmottak har sliter nok areal til å skille rene og urene soner.

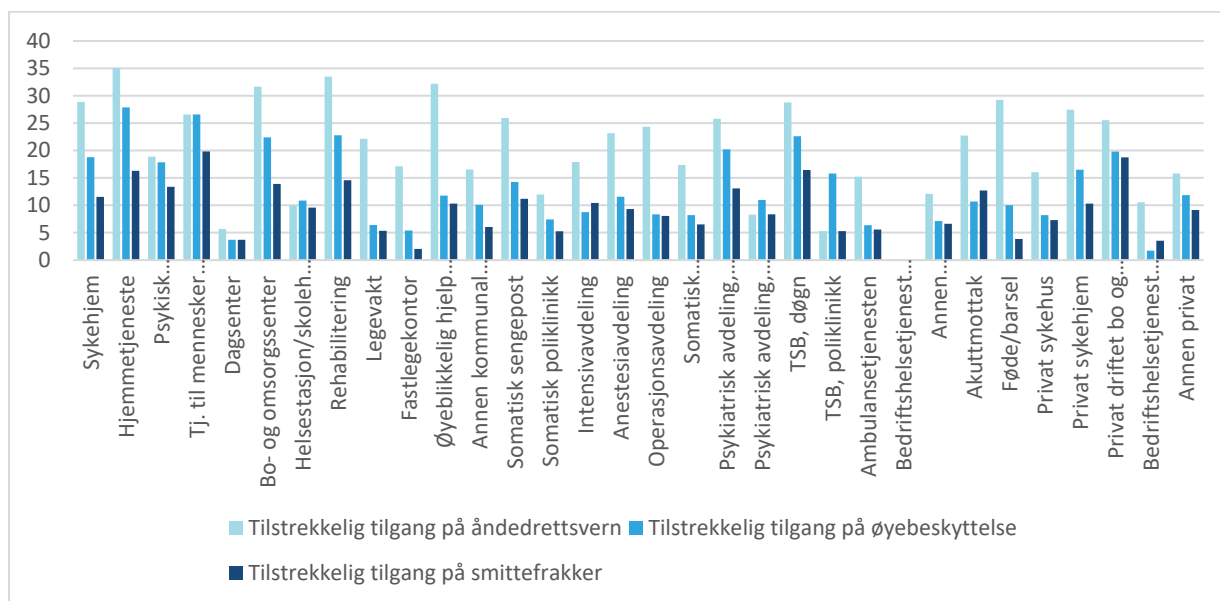


Figur 4.9 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.

Føde/barsel og akuttmottak har en noe høyere andel sykepleiere som svarer at de ikke har tilstrekkelig personaltilgang til å overholde karanteneregler, mens somatiske sengeposter, døgnavdelinger i psykisk helsevern, ambulansetjenesten og akuttmottak sliter med tilstrekkelig hyppighet på renhold. Nesten hver fjerde sykepleier i ambulansetjenesten oppgir at kvaliteten på renholdet er utfordrende.

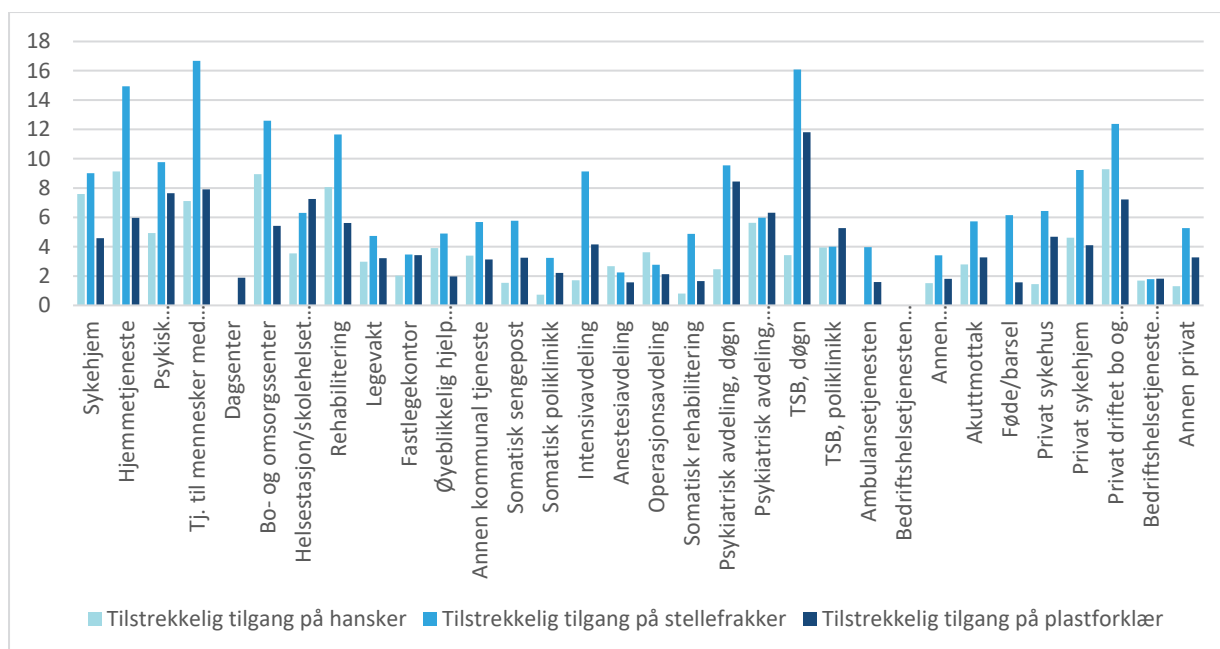


Figur 4.10 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.



Figur 4.11 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.

Hjemmetjenestene har ifølge 35 prosent av sykepleierne ikke nok tilgang på åndedrettsvern, mens øyebeskyttelse mangler både i hjemmetjenester og i tjenester til mennesker med funksjonsnedsettelse. Sistnevnte mangler også smittefrakker og stellefrakker, se figur 4.12.



Figur 4.12 Andel som svarer at de i dårlig eller svært dårlig grad er tilpasset for å kunne overholde smittevernrutiner m.m.

4.6 Manglende bruk av smittevernutstyr

For å få et bilde av manglende bruk av smittevernutstyr, har vi spurt om sykepleierne har opplevd at brukere/pasienter eller pårørende har klaget på manglende bruk. Det er 14 prosent som har opplevd at brukere/pasienter har klaget på bruk av smittevernutstyr, og andelen er signifikant høyere i kommunene (19 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten og i privat sektor (10 prosent).

Tabell 4.7 Antall og andel som har opplevd/ikke opplevd at brukere/pasienter har klaget på manglende bruk av smittevernutstyr

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	1 706	19	990	10	86	10	2 807	14
Nei	7 086	81	8 526	90	811	90	16 668	86
Total	8 792	100	9 516	100	897	100	19 475	100

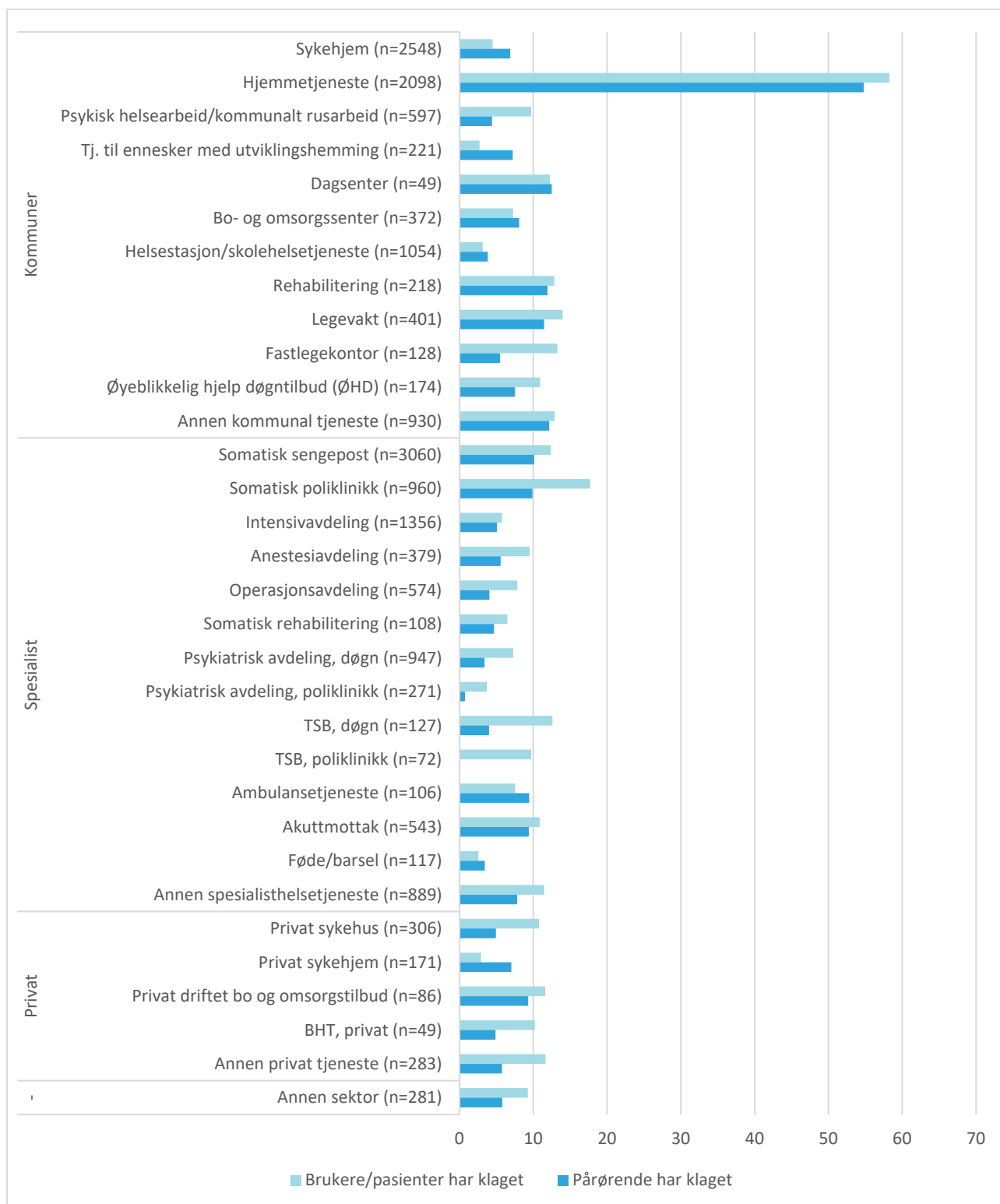
Det er 12 prosent av sykepleierne som har opplevd at pårørende har klaget på bruk av smittevernutstyr, og andelen er betydelig høyere i kommunene (19 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (7 prosent).

Det er sterk korrelasjon mellom variablene og blant de som svarer at brukere/pasienter har klaget på manglende bruk av smittevernutstyr, svarer to av tre at også pårørende har klaget på manglende bruk av smittevernutstyr.

Tabell 4.8 Antall og andel som har opplevd/ikke opplevd at pårørende har klaget på manglende bruk av smittevernutstyr

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	1 646	19	694	7	53	6	2 409	12
Nei	7 114	81	8 787	93	829	94	16 979	88
Total	8 760	100	9 481	100	882	100	19 388	100

Som vist i figur 4.13 er det særlig hjemmetjenestene som får klager på manglende bruk av smittevernutstyr fra brukere, pasienter og pårørende.



Figur 4.13 Andel sykepleiere som har opplevd at brukere/pasienter og pårørende har klaget på manglende bruk av smittevernuttstyr, tjenester.

4.7 Smittevern som en del av det systematiske HMS-arbeidet

Det er 34 prosent som svarer at smittevern i stor eller svært stor grad var en del av det systematiske HMS-arbeidet før koronasituasjonen. Det er 67 prosent som svarer smittevern 'i dag' (september-oktober, 2020) er en del av det systematiske HMS-arbeidet.

Tabell 4.9 Antall og andel etter i hvilken grad de mener at smittevern var en del av det systematiske HMS-arbeidet på arbeidsplass deres før koronasituasjonen og nå i dag.

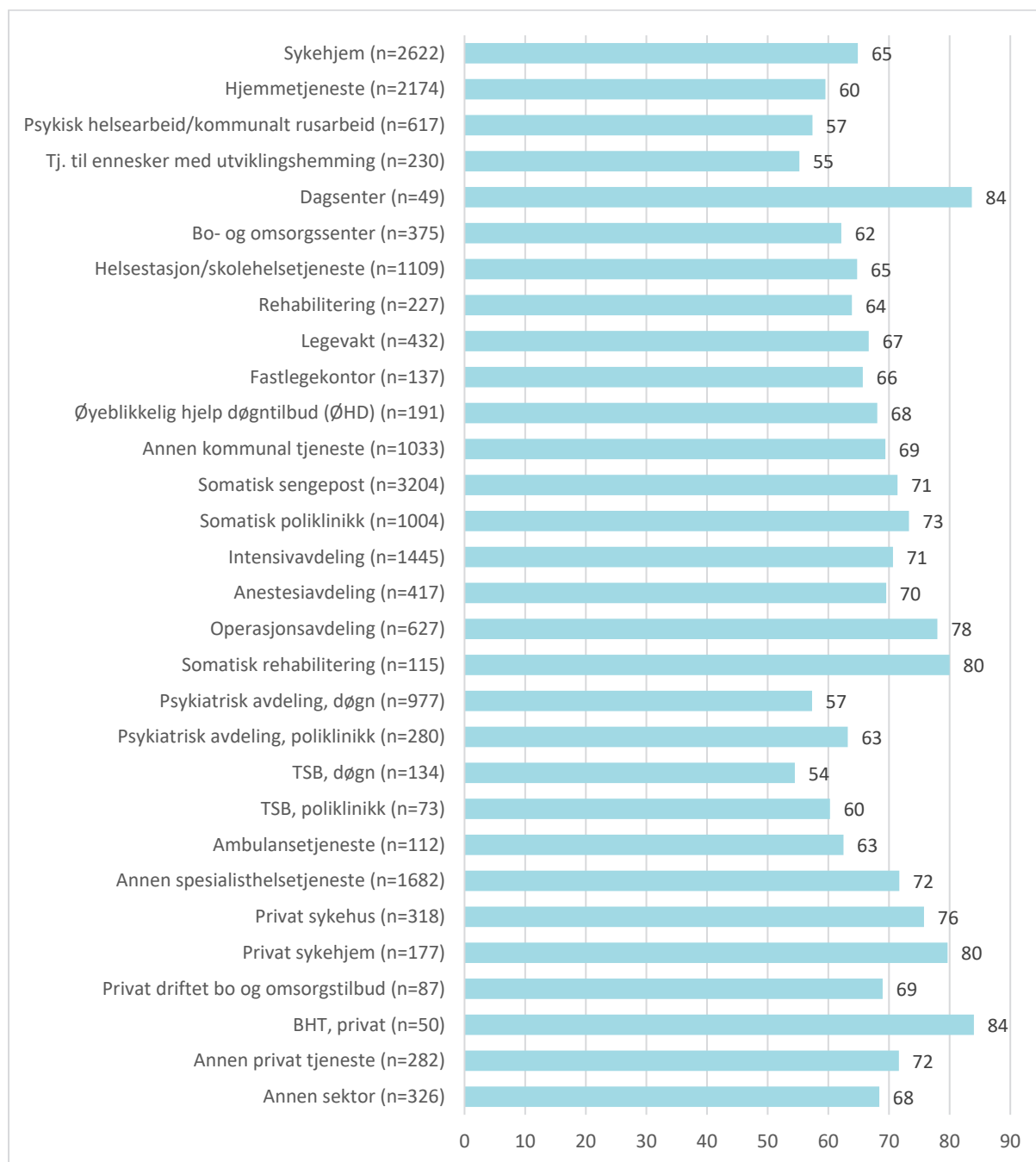
	Før koronasituasjonen		Nå i dag	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1 672	8	4 531	22
I stor grad	5 359	26	9 262	45
I noen grad	7 346	36	4 973	24
I liten grad	4 306	21	1 255	6
I svært liten grad	1 856	9	485	2
Totalt	20 539	100	20 506	100

Vi ser videre på de som svarer at smittevern i svært stor eller stor grad er en del av det systematiske HMS-arbeidet i dag. Det er signifikante forskjeller både mellom sektorer og mellom tjenester.

Tabell 4.10 Antall og andel som svarer at smittevern i stor eller svært stor grad er en del av det systematiske HMS-arbeidet på deres arbeidsplass i dag.

	Antall	Andel
Kommunal sektor	9 198	63
Offentlig spesialisthelsetjeneste	10 078	70
Privat sektor	917	75
Totalt	20 193	67

Andel som mener at smittevern i stor eller svært stor grad er en del av det systematiske HMS-arbeidet er lavest i tjenester til mennesker med utviklingshemming, innen døgnavdelinger i psykisk helsevern og TSB.



Figur 4.14 Andel som svarer at smittevern i stor eller svært stor grad er en del av det systematiske HMS-arbeidet på deres arbeidsplass i dag, etter tjeneste.

4.8 Bruk av egne klær og sko

Hver tredje sykepleier bruker egne klær i arbeidet i kommunene, mens andelen er 13 prosent i spesialisthelsetjenesten. Totalt er det 92 prosent av sykepleierne som bruker egne sko, og andelen er litt høyere i kommunene (93 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (91 prosent).

Tabell 4.11 Antall og andel som bruker egne klær og sko i arbeidet, etter sektor.

	Bruker egne klær i arbeidet				Bruker egne sko i arbeidet			
	Ja	Nei	Totalt	Andel ja	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
Kommunal sektor	3 644	7 393	11 037	33	10 274	751	11 025	93
Spesialisthelsetjenesten	1 492	10 428	11 920	13	10 862	1 057	11 919	91
Privat sektor	386	706	1 092	35	977	113	1 090	90
Totalt	5 522	18 527	24 049	23	22 113	1 921	24 034	92

4.9 Oppsummering

Funn fra intervjuene tyder på at det stort sett har vært tilstrekkelig og god opplæring i smittevernrutiner, men samtidig har flere etterlyst bedre veiledning fra smittevernfaglig personell. Mange har måttet improvisere fram opplæringsopplegg. Opplæring har blitt gitt på mange forskjellige måter, og en kombinasjon er nødvendig for å nå flest mulig ansatte. Flere peker på at det fungerer godt å ha noen ved siden av seg som lærer bort bruk av utstyr og av- og påkledning og sjekker om man gjør det riktig. Det kan også se ut som, ut ifra intervjuene, at sykehusene i utvalget vårt var litt bedre forberedt og hadde mer kompetanse og ressurser til å lage opplæringsopplegg enn kommunene hadde. Dette stemmer godt overens med funn fra den nasjonale kartleggingen.

Intervjuene viser videre at det har vært stor oppmerksomhet rundt smittevernutstyr. Flere har opplevd manglende utstyr, men det kan se ut som de fleste har opplevd en utvikling fra å ha rimelig godt med smittevernutstyr, deretter en nedgang og lagre som begynte å tømmes, før alle har fått rikelig med utstyr i dag. Man kan stille spørsmål ved om medias bilde av et framtidsscenario med et storinnrykk av covid-19-smittede og syke pasienter har fått helseinstitusjoner til å spare unødig på utstyr.

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at 68 prosent av sykepleierne har benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter med symptomer på covid-19, og 52 prosent har benyttet smittevernutstyr i kontakt med pasienter uten symptomer. Naturlig nok er andelen som har benyttet smittevernutstyr høyest i legevakt, akuttmottak, ambulansetjenesten og hos fastlegene. For eksempel har 55 prosent av sykepleierne benyttet kirurgiske munnbind i kontakt med pasienter med symptomer på covid-19, mens 52 prosent har benyttet øyebeskyttelse i kontakt med pasienter med symptomer.

Den nasjonale kartleggingen viser også at 38 prosent av sykepleierne er bedt om å spare på smittevernutstyr på grunn av forventet mangel og 26 prosent på grunn av faktisk mangel på utstyr. Andelen er høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten av begge årsakene.

Smittefrakker og kirurgiske munnbind er det spart mest på, og flest i spesialisthelsetjenesten har måttet spare på åndedrettsvern og flest i kommunene har måttet spare på hansker.

Mulighet for å kunne overholde smittevernrutiner varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass. Nesten hver tredje sykepleier svarer at arbeidsplassen er dårlig tilpasset for å kunne holde anbefalt avstand, mens 31 prosent har arbeidsplasser med dårlig tilgang på personal for å overholde karanteneregler.

Det er særlig sykepleiere i hjemmetjenestene som får klager på manglende bruk av smittevernutstyr fra brukere, pasienter og pårørende, og over halvparten av sykepleierne i hjemmetjenestene har opplevd klager, mens det på nasjonalt nivå gjelder 12-14 prosent av sykepleierne.

Det er mulig at HMS-arbeidet i helse- og omsorgstjenestene kan få et løft som følge av pandemien. Hver tredje sykepleier svarte at smittevern var en del av det systematiske HMS-arbeidet før koronasituasjonen. I september-oktober 2020 var det to av tre sykepleiere som mente at smittevern var en del av det systematiske HMS-arbeidet. Andel som mener at smittevern i stor eller svært stor grad er en del av det systematiske HMS-arbeidet er lavest i tjenester til mennesker med utviklingshemming og i døgnavdelinger i psykisk helsevern og TSB.

5 Bemanning og omdisponering

I dette kapitlet ser vi på et annet stort tema i studien; forhold knyttet til bemanning og omdisponering. I den kvalitative delen av studien har vi spesifikt intervjuet 12 sykepleiere som har blitt omdisponert. Imidlertid viste det seg at alle informantene har erfaring med forflytning av personell og utfordringer med bemanning, enten gjennom å bli omdisponert selv, de har tatt imot personer som er blitt omdisponert fra en annen enhet, eller de er ledere som enten har mistet eller fått ansatte. I den nasjonale kartleggingen har vi også stilt mange spørsmål knyttet til bemanning og omdisponering.

Videre i kapitlet tar vi opp:

- Opplevelser av å bli omdisponert
- Opplæring av tilført personell
- Personellbevegelser som følge av koronasituasjonen
- Belastninger på gjenværende personell
- Om enheten har mistet personell
- Erfaringer med avvikling av omdisponeringer

5.1 Medvirkning i omdisponering

I intervjuene stilte vi spørsmål om i hvilken grad sykepleierne hadde noen medbestemmelse i om de ville bli omdisponert/bytte arbeidssted. Videre spurte vi om de hadde noen innflytelse på hvor, og hva slags arbeidsoppgaver de skulle ta på seg. Blant informantene er det en glidende overgang mellom å bli fortalt at en skal bytte arbeidssted og å bli spurt om man vil bytte arbeidssted. Mange har uansett ikke opplevd at det har vært en reell mulighet å si nei til forespørselen. Vi skal se på eksempler på noen forskjellige erfaringer med starten på omdisponeringen.

En sykepleier innenfor kommunal psykisk helse og rus, ble omdisponert til en korona-isolasjonspost. På spørsmål om omdisponering var frivillig brukte hun begrepet "ta en for laget". Hun beskrev det slik:

Jeg kan ikke si at det var tvang, men det var jo litt, sånn; «alle tar en for laget,» holdt jeg på å si. Så ble man beordret opp dit [til isolasjonsposten], så det var noen dager man fikk varsel på det. Men da tenkte man jo at da tar man jo en for laget og så er man jo helsepersonell. (...) Man fikk telefon på kvelden – fra beordringsenheten som også ble opprettet litt sånn i hui og hast - hvor man da ble orientert om at det skulle opprettes en sånn isolasjonspost og så ble man da bedt om å logge seg inn på Digipost, hvor det stod et mer sånn formelt brev hvor det ble sagt "med hjemmel i lovverk så er du helsepersonell og..."- nå som det er unntakstilstand så er det bare å hive seg rundt, så da gjorde vi det (K10)

En annen sykepleier, også innenfor kommunalt psykisk helse og rusarbeid, men i en mindre kommune, hadde en tilsvarende erfaring:

Jo altså, vi ble jo spurt. Samtidig så er det jo vanskelig å si nei, fordi vi er jo få ansatte, og da er det jo litt sånn at vi er jo vant til det fra før av også, for vi er jo en liten kommune som er vant med å ha mange hatter og mange oppgaver, så jeg føler jo egentlig bare samholdet kollegialt sett, ble enda sterkere fordi vi stod veldig sammen som gruppe og gjorde det beste vi kunne for å få dette til. (K9)

De aller fleste informantene uttrykte at det var selvsagt at de stilte opp når det var behov for dem i koronarelatert arbeid. Noen informanter hadde imidlertid kritiske bemerkninger til starten på omdisponeringen, blant annet knyttet til om det faktisk var et behov for å bli omdisponert og omkring informasjonen de fikk. Helseesykepleierne var en gruppe som i stor grad har blitt omdisponert. En av helseesykepleierne vi intervjuet mente at omdisponeringen hennes tjeneste var utsatt for i kommune var for omfattende og for langvarig, et synspunkt som i og for seg gjaldt alle helseesykepleierinformantene. En annen helseesykepleier hadde opplevd at det var lite rom for å diskutere hvilke sykepleiere i kommunen som skulle omdisponeres. Hun hadde fått beskjed om å sende en liste til kommuneadministrasjonen over alle sykepleiere på hennes enhet, men fikk ingen videre beskjed om hva som skulle skje med de som sto på lista. Hun erfarte at det var vanskelig å være kritisk og ikke lett å få lov til å reflektere rundt hvem av sykepleierne som skulle ut i annen tjeneste først. En av helseesykepleierne, som jobber i en kommune som ikke har hatt smitte, fortalte om starten på omdisponeringen slik:

Vi på skolen, vi ble jo omdisponert nesten før skolen ble stengt. For da var det snakk om at vi skulle lage en koronaklinikk, og det ble hauset veldig opp. Sånn at vi som var i skolehelsetjenesten, vi skulle da jobbe på den klinikken i turnus, og ha ansvaret for syke pasienter, og... Så det var en del drøftinger rundt det, da. Men så ble det jo ikke noe smitte her i vår kommune. Men vi har testet en del, så vi som var ute i skolen ble lånt ut til testteamet, så vi betjente både koronatelefonen og var i testteamet, da. Noe vi var sterkt uenig i, for da skolen var nedstengt, så tenkte jo vi at det var enda viktigere for oss å være tilgjengelige for barn og unge. (K8)

En annen informant – en sykepleier i sykehus, som ble omdisponert – mente at ansatte hadde tatt omdisponeringen greit, men at det hadde manglet informasjon og at det hadde vært svært lite medvirkning fra tillitsvalgte, verneombud eller fra de ansatte selv:

Jeg tror folk tok det greit, fordi de skjønnte at dette er noe vi aldri har vært borte i før. Men samtidig så var det mange som følte at det manglet informasjon, og tillitsvalgt og verneombud som alltid skal tas med i møter som gjelder drift, og utfordringer rundt det, eller vi ble vel ikke tatt med på noe som helst, så vi kunne på en måte heller ikke hjelpe til, eller liksom skape trygghet, eller være med på å gi informasjon rundt det her. (...) Så det ble mye sånn forskjellig informasjon på en gang, og plutselig skulle vi flytte, og så skulle vi flytte igjen. Også var det bare sånn at «okay, det ble bare sånn», på en måte. (S4)

5.2 Erfaringer fra det nye arbeidsstedet

I intervjuene har informantene som var omdisponert fortalt mye om de erfaringene de gjorde seg på det nye arbeidsstedet. I det følgende skal vi gå nærmere inn på noen av de mest sentrale temaene.

5.2.1 Nye arbeidsoppgaver og opplæring

Vi skal se nærmere på hva slags erfaringer informantene fikk med de nye arbeidsoppgavene og den opplæringen de fikk i disse oppgavene. Felles for alle informantene var at de ble omdisponert til en

eller annen koronarelatert arbeidsoppgave. Det omfattet luftveispoliklinikk, koronalegevakt, teststasjon og isolasjonsenhet for smittede. Flere av de omdisponerte informantene opplevde videre at arbeidsoppgavene endret seg etter hvert, i takt med at koronasituasjonen utviklet seg. Noen hadde periodevis svært mye å gjøre, mens andre hadde veldig lite å gjøre fordi det var lite eller ingen smitte i kommunen.

Sykepleierne som ble omdisponert reagerte noe ulikt på å bli satt til nye arbeidsoppgaver, selv om det generelt sett var en felles oppfatning om at det var viktig å stille opp om det var behov for en. Vi ser tendenser til at de som hadde relevant erfaring opplevde overgangen litt enklere, men materialet er for lite til å kunne si noe sikkert om dette. Det kan også se ut som personlighet, og det opplevde behovet for å jobbe koronarelatert, virker inn på hvordan informantene tok de nye arbeidsoppgavene. For noen ble overgangen veldig stor. En av informantene ble omdisponert til kommunens koronalegevakt, hun beskrev det slik:

Altså, når jeg fikk vite at jeg skulle på koronalegevakta, så tenkte jeg; «Å nei, da. Wow! Hjelp!» for jeg kunne så lite om korona, da, ikke sant. Jeg husker veldig godt at det ikke var så langt unna der, på en nedlagt skole de hadde laget om til legevakt. Jeg tror jeg skulle på ei seinvakt, og så syklet jeg, for det er ikke så langt unna, så syklet jeg og tenkte; «Hjelp, hva er det som møter meg nå?» Der ligger den boksen, der koden sånn og sånn, mm, og så var det inn, og så var det å ikle seg sånn der sykehustøy, det har jeg jo ikke hatt på meg sikkert på årevis. Så skulle jeg gå innover der til et eller annet vaktrom. Da husker jeg, jeg så sikkert innmari skremt ut, for jeg husker at det var ei som sa; «Vil du ha en kopp kaffe?» «Ja, tusen takk,» sa jeg. De hadde vært der ei uke allerede og var blitt husvarme. (K6)

En annen informant, en sykepleier i sykehus, opplevde også en stor overgang.

Det skjedde jo en ganske rask endring hos oss, rett og slett. Det tok ikke lange tiden før det var fullt virus her, og at vi endret avdeling på jobb rett og slett. Det tok kanskje bare en drøy uke før vi hadde landet på at vi skulle bli en ny avdeling. Og da fikk vi jo egentlig rett og slett beskjed om at nå skal vi bli en avdeling hvor vi tar imot mistenkte [smittede], de vi tror har korona, og gjøre oss beredt og klar til å ta imot hvis det skulle komme mange, mange pasienter som vi mistenker. Så det var det, og jeg jobber jo på en ortopedisk avdeling i bunn. Og det å gå fra en ortopedisk avdeling til en avdeling med mistenkte alle typer pasienter, det var jo en veldig stor overgang, som skjedde på kort tid. (S7)

Når overgangen mellom det ordinære arbeidet, ens kompetanse og det nye arbeidet blir veldig stor, er det ikke overraskende at det medfører usikkerhet. Opplæring og trygging av ansatte blir særlig viktig i en slik situasjon. Vi spurte de som hadde vært omdisponert hvordan opplæringen hadde vært.

Opplæring i de nye arbeidsoppgavene

Intervjuene viser at de aller fleste av informantene som ble omdisponert synes de fikk bra med opplæring, selv om noen også mente at det burde ha vært enda mer (jf. også avsnittet om opplæring i bruk av smittevernutstyr). Sitatene under illustrerer dette:

Det var jo hele tiden mange som skulle læres opp. Og heldigvis så var det jo veldig mange å spørre. Vi hadde møte med smittevernoverlegen og assisterende i smittevern hver dag. Og vi gikk gjennom caser og sånt. Så for å si det sånn, hvis det var noe jeg lurte på, så var det jo alltid noen å spørre. (K11)

Hun ene, hun begynte litt før meg, så hun fikk opplæring. Jeg vet ikke egentlig fra hvem, om det var på legevakten eller hva det var, så hun lærte opp meg da. Men jeg tenker jo det her med smittevern, det skal jo vi kunne. Vi går jo i perioder ut og tester for tuberkulose, og da er det jo sånne «raid» så dette skal vi jo kunne. Jeg opplevde ikke det som noe vanskelig (K7)

Det var en veldig stor overgang, og så, jeg husker på den første vakta så gikk jeg og spurte de som jobba der som hadde vært der i en uke, sånn en om gangen, så de ikke hørte det, så spurte jeg; «Når du kommer hjem, går du rett i dusjen? Dusjer du over alt? Vasker du alle klærne du har hatt på deg?» (K6)

Noen informanter trakk fram at selv om de fikk god opplæring, følte de seg ikke fullstendig forberedt før de utførte det nye arbeidet, for eksempel å jobbe med mulig covid-19-smittede pasienter. En sykepleier som ble omdisponert til en koronaavdeling på sykehus beskrev det som en slitsom situasjon i begynnelsen. Alle var opptatt av å gjøre det riktig og å overholde smittevernrutiner. Samtidig opplevde hun at det var ganske stressete i avdelingen, noe som påvirket hvordan innlæringen av de nye rutinene gikk. Hun forklarte:

Plutselig sto man der og så hadde man gått inn til pasienten og glemt brillene f.eks. Fordi det var en stressende situasjon, så jeg syns det påvirket ganske mye. Så det å tenke over absolutt alt før du går inn på et pasientrom, det er ikke noe vi er vant til, hva du skal ha med deg inn, hvordan planlegge det, så det var utfordrende, å komme inn på et rom. Du måtte ha kollegaene dine som støttet deg, hvis du hadde glemt noe f.eks. det er ikke bare å løpe ut igjen. Så det var utfordrende i starten, når du ikke hadde den rutinen godt nok inn. (S7)

Etter en stund, når de ansatte hadde opparbeidet seg mer erfaring med de nye arbeidsoppgavene, ble arbeidssituasjonen mye bedre:

Vet du hva, det endret seg jo til noe godt, vi fikk jo mye mer flyt i ting. Du var mer forberedt, du tenkte deg mer om før du gikk inn på et rom. Og det er rart, men det blir bare normalt når du har gjort det såpass mange ganger, så sitter det. Når du har lært deg å sykle så har du lært det på en måte. Så det var litt sånn jeg følte det egentlig. At vi var så, vi repeterte dette hver eneste dag, mange ganger om dagen, så til slutt så satt det rett og slett. Det var en god følelse. Det å på en måte å vite at man har kontroll. (S7)

Oppsummert, var inntrykket fra intervjuene at de sykepleierne som hadde vært omdisponert generelt sett var fornøyd med opplæringen og at de etter litt "innkjøringsproblemer" behersket godt de nye arbeidsoppgavene. Flere av de omdisponerte hadde kompetanse som var etterspurt, og flere hadde erfaring med blant annet smittetesting fra før.

5.2.2 Endringer i arbeidstid blant de omdisponerte

Når det gjelder endringer i arbeidstid, fikk mange av de omdisponerte informantene endret arbeidstid, men det gjaldt ikke alle. Mange fortalte at i den mest intense perioden – fra mars til mai 2020 - syntes de det var helt greit å jobbe, gitt at hele Norge likevel var nedstengt. Mange var preget av alvoret i situasjonen, og opplevde det som givende å få være med på det som da gjerne ble kalt "en dugnad". Noen tenkte også på alle de som var blitt permittert og var takknemlige for at de hadde en jobb og kunne bidra med sin kompetanse. De færreste av informantene som har opplevd omdisponering problematiserte noe særlig rundt temaet arbeidstid. Likevel er det klart at flere har

opplevd store endringer i form av nye turnuser, helgevakter, overtid osv. En informant fortalte at det var et problem at hun ikke visste helt hvor mye hun skulle jobbe i tiden framover og at det ble mye helgejobbing, overtid og doble vakter. Uforutsigbarheten preget noen, mens andre hadde faste forutsigbare turnuser, selv om det var store endringer fra arbeidstiden i den opprinnelige stillingen. En sykepleier i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fikk endret arbeidstiden mye da hun startet å jobbe på en isolasjonspost:

Nå var det tredelt turnus med dag, kveld og natt og det var sånn ti-timers våken nattevakt. Det er ikke jeg vant til og annenhver helg- arbeidstid, hvilket om det var hverdag eller helg akkurat i den perioden der, spilte ikke så stor rolle. Litt sånn forutsigbart da, to uker dag og to uker kveld, to uker natt. Annenhver helg og slik var det. (...) Innstillingen blant oss var sånn- dette gjør vi, slik er det. Men å leve slik det hadde vært helt uaktuelt og NSF ville aldri ha godkjent en slik turnus til vanlig. De gjorde det nå fordi situasjonen er slik som den er. (K10)

5.2.3 Lederstøtte og medvirkning knyttet til omdisponering

Mange av informantene har snakket om hvordan de har blitt fulgt opp av ledelsen og i hvilken grad de har hatt innflytelse og medvirkning i den nye arbeidshverdagen. Vi så innledningsvis i kapitlet at informantene hadde liten innflytelse på selve omdisponeringen og at det var lite rom for å diskutere behovet for omdisponering. Vi fant varierende oppfatninger når det gjelder støtte fra leder og medvirkning underveis i perioden informantene var omdisponert. En sykepleier fra psykisk helse- og rustjenesten som ble omdisponert i en mindre kommune hadde gode erfaringer med oppfølging fra ledelsen:

Vi hadde, har jo god dialog (...) i starten så hadde vi vel to koronamøter i uka, og så ble det en gang i uka, og nå er det hver fjortende dag, sånn at vi hele tida avla jo rapporter hvordan det gikk og, ja, sånn at vi ble jo hørt og sett, det gjorde vi. (K9)

Likeså hadde en sykepleier i sykehus mye godt å si om sin ledelse:

Jeg synes ledelsen har vært veldig flinke til å støtte oss, gitt mye ros til oss underveis blant annet. Og det er noe som kommer veldig godt med, det å hele tiden få ros, det gjør at man får motivasjon til å jobbe mer også. At dette klarer vi, vi kommer oss gjennom dette. Ja fine ord, hva man gjør bra, hva som fungerer bra, hva som fungerer dårlig. Vært veldig flinke til å snakke om det. Så det har vært veldig fint. (S7)

Disse erfaringene representerte et ytterpunkt av de positive erfaringene noen informanter hadde gjort seg. Flere hadde mindre gode erfaringer, der de opplevde ikke å bli hørt og ikke ha fått medvirke. En helsesykepleier beskrev at det var "utrolig frustrerende" å ikke få lov til å diskutere fornuften i hva en skulle gjøre. På den ene siden var det store medieoppslag og utredninger som beskrev de store konsekvensene nedstengningen av tjenester (og skole) hadde for utsatte barn og unge. Samtidig opplevde hun en ledelse som etter hennes synspunkt bare var opptatt av å være lydige og gjøre som de fikk beskjed om. Det ville ikke informanten, som beskrev at det resulterte i litt «tumulter» (K7)

En annen helsesykepleier var omdisponert til en koronalegevakt, noe som inkluderte forskjellige typer arbeid. Hun ønsket seg etter hvert bort fra dette arbeidsstedet fordi hun ikke følte seg kompetent til en del av arbeidsoppgavene som innebar mye akuttmedisin. Informanten mente at

ledelsen ville ha tjent mye på å involvere henne i avgjørelsen om hva slags arbeidsoppgaver hun skulle utføre på koronalegevakta. Hadde hun fått det, ville hun "i hvert fall sluppet unna det å være redd og gjøre feil og alt det der", som hun sa. Hun beskrev et av flere møter med ledelsen rundt denne situasjonen:

De beklaget at de ikke hadde fulgt oss opp. Fordi når jeg liksom i disse [tidligere] møtene mine sa på en måte at "det har vært veldig dårlig oppfølging", opplevde jeg, da var de sånn: «nja, nja, men vi trodde jo at den andre gjorde det, og den andre gjorde det». Men på det siste møtet, så beklaget de, de hadde egentlig feilet på så godt som alle punkt. (K6)

Informanten fortsatte å reflektere rundt hva som kunne gjort situasjonen bedre, og mente det ville hjulpet om ledelsen bare hadde tatt en telefon, eller sendt en melding og spurt hvordan det gikk.

Et siste eksempel vi skal ta med når det gjelder lederstøtte til de omdisponerte omhandler den faglige ledelsen. Sitatene over tydeliggjør hovedsakelig ansattes behov – og lederens oppgave – knyttet til personaloppfølging, men noen informanter etterlyste også bedre faglig ledelse, Blant annet for å sikre at smittevern overholdes og rutiner følges. En omdisponert sykepleier fra sykehus hadde denne erfaringen:

Vi har en leder som ikke er veldig tydelig, syns jeg, og syns andre, så jeg føler nok ikke at den lederen har gått inn for å si at «nå er vi litt mange her. Skal vi prøve å spre oss?», eller at de kanskje fant løsninger raskt for hvordan vi skulle gjøre det på andre måter, for å få til å holde én meters avstand, eller at man kan bruke andre rom som pauserom for eksempel. Men de visste sikkert ikke hvordan de skulle gjøre det selv heller. Så det ble jo sikkert vanskelig å finne en løsning for det. Gjennom hele pandemien vil jeg egentlig si at det var lite tydelig ledelse, men det er jo sikkert fordi de syns det var vanskelig selv. (S4)

5.2.4 Psykisk belastning, stressmestring og grensesetting

Det første temaet handler om den psykiske belastningen, og de strategiene informantene anvendte når de ble satt i koronarelatert arbeid. En av informantene beskrev den uroen hun opplevde i starten ved å bruke bildet av en snøkule:

Hva skal man si? Når man ser tilbake på det så føles det som om - du vet slike kuler - snøkrystaller som man rister på og så...En slik en, bare at det la seg aldri. Man var nesten i en sånn...ok, så var det ikke så mange pasienter der, men likevel så er man der i full beredskap og man skjønner etter hvert at lokalene er lite egnet...Så følger man med på alle mulige - alle steder hvor informasjonen kommer - og nilser og så blir man litt lettet og så - men man er nok litt sliten ja... (K10)

En annen informant som ble omdisponert fra en avdeling til en koronapost på sykehus opplevde også at det var både utfordrende og uforutsigbart hva som skulle skje. Hun erfarte at fra å jobbe etter gode, faste rutiner kom man til et sted hvor det ikke var helt klare, tydelige retningslinjer. Man måtte bare ta det som det kom, som hun uttrykte det. Overgangen var dermed tøff, men hun mente likevel at det endte godt. Hun beskrev overgangen slik:

Jeg synes det var veldig slitsomt og tøft, å vite at nå skal jeg omstille meg. Jeg skal for det første opp på en helt ny avdeling hvor jeg ikke aner hvor ting er, vi må bygge opp en helt ny avdeling, hvordan skal vi håndtere det? Så jeg kjente at jeg ble veldig stresset (...) men vi prøvde jo å bevare roen så godt vi kunne.

Så vi var veldig positive fra dag 1, det var vi, og det har nok hjulpet oss mye, på vår avdeling, at vi har vært såpass positive og godt innstilt til dette her da, rett og slett. (S7)

Et annet poeng som flere av de omdisponerte informantene snakket om, var bekymringen for de pasientene/brukerne/elevene de ikke kunne følge opp ettersom de var omdisponert. Flere var svært bekymret for hvordan det skulle gå med brukerne/elevene. Særlig gjaldt dette for kommunalt ansatte sykepleiere. En sykepleier innenfor kommunal psykisk helse- og rustjeneste hadde mange refleksjoner rundt temaet. Hun var bekymret for brukere hun ikke fikk fulgt opp, men bestemte seg for å sette grenser for sin egen bekymring og konsentrere seg om arbeidet på koronasenteret:

Det som jeg kanskje - sånn i ettertid - syntes var det vanskeligste, er det at når jeg er i min vanlige jobb her, så er jeg barneansvarlig. Og så blir jeg omdisponert, og da er det jo ingen som tar over min jobb. Og da måtte jeg...jeg kan ikke både jobbe på koronasenteret dag og kvelder og helger, pluss at jeg skal ivareta noe av min egentlige jobb. Og da ble det litt, sånn, jeg måtte for min egen del si at «okay, nå har de omdisponert meg i forhold til det, og da må de finne noen andre som kan svare på disse henvendelsene." Så – det er liksom noe med at en kan liksom ikke spre seg over for mange hester. Hadde det vært for 20 år siden, så hadde jeg kanskje sagt ja, men nå er det litt sånn at jeg setter litt grenser for meg selv, for å si det sånn. (K11).

5.2.5 Positive erfaringer med omdisponeringen

Selv om det var flere av de omdisponerte informantene som – særlig i starten – var urolige og bekymret, var det også mange av dem som hadde fått en rekke positive opplevelser som følge av omdisponeringen. Det omfattet muligheten for læring og spennende arbeidsoppgaver, kollegialt samhold og at man møtte mange nye flinke og hyggelige folk. Vi skal se litt nærmere på de gode erfaringene. En sykepleier som var blitt omdisponert til en koronalegevakt opplevde både hyggelige kolleger og et samhold der alle jobbet mot ett felles mål:

Jeg ble jobbene litt på legevakten, men mest på det testsenteret og på [korona]telefonen. Og folk kom jo fra rundt forbi overalt, utrolig mye kjekke folk. Så du kan tenke at det var litt sånn – det å prøve noe nytt – og vi skulle jo liksom løse en oppgave, og vi visste jo ikke helt hvem fienden var. Og vi skulle drive med smittesporing. (...)Det ble jo nesten litt sånn... jeg følte nesten jeg har vært på leirskole, altså at folk kom fra over alt. Men på én måte med samme mål, og vi hadde det – det var veldig godt miljø. Så det var litt sånn «herlig fred, skulle vi oppleve dette?» Ja, det skulle vi. (K11)

En annen informant uttrykte at det hadde vært spennende med nye oppgaver, at arbeidet hadde vært meningsfylt og at det oppsto et godt kollegialt samhold på stedet hun ble omdisponert til:

Man har erfaringer fra ulike steder, og egentlig så synes jeg det har vært veldig spennende (...) Så er man så takknemlig for at man er en av de som har jobb. (...) Så litt ydmyk og takknemlig for det da – og det gjør også at man får lov å være delaktig i noe som betyr noe (...) Det tror jeg er grunnleggende. (K7)

Som faglig leder for mange andre av de som hadde blitt omdisponert, opplevde hun under omdisponeringen at alle ble mer på like fot. Hun la vekt på at alle de ansatte utgjorde én gjeng, som var positive, brettet opp ermene og gjorde det beste ut av det, men hun la også til at det hadde vært slitsomt. Denne dobbeltheten finner vi hos mange av informantene. På den ene siden har våren 2020

vært slitsom, på den andre siden har den brakt med seg gode opplevelser. Denne dobbeltheten finner vi også igjen i dette siste sitatet fra en som ble omdisponert i sykehus:

Det er klart at folk var stresset og nervøse og så videre, men vi så på det etter hvert som noe positivt og som noe veldig lærerikt. Vi skjønte fort at dette her må vi bare ta til oss, vi kommer til å lære masse og kommer til å ha så mye erfaring med oss videre, så den tanken kom litt etter hvert. Ikke akkurat i det sekundet vi fikk vite at vi skulle videre [omdisponeres], men den kom ganske fort den og. (S7)

5.2.6 Ressursmessig mismatch mellom covid-19 områdene og de ordinære enhetene

Flere av informantene som hadde erfaring med omdisponering beskrev at covid-områdene/-enhetene hadde fått tilført mye ressurser, og at de som jobbet der hadde rolige dager. De ansatte som var igjen i ordinært arbeid kunne derimot ha svært travle dager fordi enheten hadde mistet så mange ansatte. Dette må sees på bakgrunn av den høye beredskapssituasjonen alle var i i løpet av våren 2020, der mange hadde organisert seg for storinnrykk av koronasmittede pasienter. Samtidig gir det en pekepinn på utfordringer i beredskapsplanlegging, og retter oppmerksomhet på hvordan man på en god måte kan justere beredskapen. En leder ved et stort sykehus beskrev omdisponeringen hos dem:

De som stengte ned og ble flytta fra en sengepost for å få opplæring til å ta imot pandemipasienter, de opplevde jo en hverdag som var ganske grei faktisk. Altså, de fikk gjort alle kurs og diverse sånt (...) Men så satt folk og hadde ingen pasienter, og gjorde dette, mens andre folk sprang livskiten ut av seg (...) og så ble det jo aldri 25-30-40-50 innlagte pasienter. Så vi forberedte noe som vi trodde kom til å skje, men som ikke skjedde. Det gjør jo at noe personell føler at de har jobbet fryktelig, fryktelig mye, mens annet personell føler at de nesten ikke har fått bidratt med noe annet enn at de fikk oppdatere seg sjøl kompetansemessig, men ikke fikk bidra i det totale bildet (S12)

Informanten fortalte videre at etter en stund med svært lite belegg på pandemiposten, måtte de omplassere de ansatte som var flyttet dit. De ble imidlertid ikke bare flyttet tilbake til sin opprinnelige avdeling, men ble flyttet rundt på flere plasser. Dette opplevdes belastende, i alle fall for noen, viser intervjuene. En omdisponert sykepleier ved samme sykehus beskrev at noen ble utlånt til så mange som seks ulike avdelinger, hvor man i tillegg må jobbe med ukjente pasientgrupper.

På et annet sykehus beskrev en leder en tilsvarende situasjon der store ressurser var flyttet til covid-områdene, mens personalet slet veldig på sengepostene. Samtidig kunne helgene være utfordrende på covid-området:

Det vi synes fungerte litt dårlig, det var jo det at disse covid-områdene de satt jo enkelte dager og hadde så mye bemanning at de visste ikke hva de skulle gjøre, ikke sant. Mens vi på sengepostene slet veldig. Men så var det jo for eksempel helger på disse covid-områdene, hvor det ikke var folk på... Vi savnet vel litt at noen hadde sittet og koordinert ressursene. Ikke sant, fått dekket vaktboka, sette opp noen bemanningsplaner og sånt noe, for det ble veldig feil en periode altså. (S8)

Bedre ressursstyring er et gjennomgangstema når informantene forteller om erfaringer med omdisponering. Vi tar med et siste eksempel fra en helsesykepleier som ble omdisponert til koronalegevakta i kommunen:

Det var jo en helt kurant jobb, det var litt rart å skulle være «utskremt», inn på legevakten, når de på legevakten selv hadde det så veldig rolig. Vi satt og lurte på, det var litt sånn «Oi, jeg lurar på om det er noe galt med telefonen, fordi det er jo ingen som ringer, det er ikke noe som skjer.» Så det var litt merkelig, og jeg kjente at «Må jeg gjøre dette, fordi jeg har» jeg har jo mye jobbing med å lage veileder for skoler og barnehager og ja, det var tusen ting og så hadde jeg ungdommene som jeg tenkte at jeg måtte følge dem. Så da ble det litt tullete at jeg skulle være på den legevakten og hjelpe dem når de hadde det så stille. Vi hadde jo et godt samarbeid og vi var to stykker og det gikk helt på skinner og det er jo en, det er jo ikke en vanskelig jobb. (K7)

5.2.7 Avvikling av omdisponeringen – tilbake til normalen

I løpet av mai/juni 2020 begynte flere enheter å organisere seg tilbake til normal drift, eller i det minste trappe ned på omfanget av omdisponering. Flere av sykepleierne vi snakket med, beskrev at de hadde blitt litt lei og at de ønsket seg tilbake til sin vanlige arbeidsplass. Som vi har vært inne på tidligere, var det stor innsatsvilje og entusiasme på begynnelsen av pandemien. Denne dabbet imidlertid av ettersom flere opplevde at det ikke var så stort behov for dem på den nye enheten, og de begynte å tenke på konsekvensene for pasientene/brukerne deres og at de ikke fikk et tilbud på svært lang tid. En helsesykepleier sa det slik:

I starten [var det] «kjære, vakre, vene, hva er dette for ei krise, nå må jeg bare prøve å bidra». Det var ikke noe problem å jobbe helger og turnus eller i påska, for ingen andre folk gjorde jo noe! Landet lå jo liksom litt nede, men så var det etter hvert så ble man litt lei turnuser, når liksom faren var over, og skolene begynte å åpne, da gikk vel entusiasmen over. (...) Men så ble vi der så altfor lenge. For eksempel var det sånne tester, da, nå har de jo begynt å bruke mange ulike typer fagfolk til det, sant vel, du må ikke være spesialsykepleier for å dytte denne [testen] i nesa og munnen. (K6)

En annen sykepleier sa noe tilsvarende. Hun opplevde at det var lite å gjøre på teststasjonen og ba om å bli overført tilbake til sin ordinære stilling. Som informanten i sitatet over, opplevde hun også at koronaenheten helst ville ha henne der lenger enn hun mente det var behov for. Etter hvert begynte imidlertid personale å bli tilbakeført, og hun var en av de første som fikk returnere til sin stilling innenfor psykisk helse- og rustjenesten.

Vi har ikke detaljert kunnskap om avvikling og justering av omfanget av omdisponeringen underveis. Vi aner likevel fra intervjuene at det har vært utfordringer med å disponere ressurser på en mest mulig hensiktsmessig måte og at flere har syntes omdisponeringen har vart for lenge. Og som vi skal se i det neste sitatet, en sykehusleder erfarte at det også er langt mindre good-will knyttet til avvikling av omdisponeringen enn til oppstarten:

Hvem skal flytte først og sist og hvem skal få de personene og hvem skal få de personene, og hvordan skal vi avvikle det? Altså, det blir på en måte en prosess i den andre enden om er sånn at, "nå er vi ikke så veldig på tilbudssida lenger, nå vil vi ha tilbake alle våre folk og alt vårt og begynne å operere igjen og starte med alt om gir penger til sykehuset", (...) Det er litt sånn som når du har hatt en hjertestans, alle

kommer inn og du starter, og så når du da finner ut at her var det ikke liv laga, så forsvinner alle, så står du igjen med rotet. (S12)

Det er et talende bilde informanten gir i beskrivelsen av avviklingen, og det er en problemstilling som er viktig å ta med seg i det videre – gitt at de aller fleste kommuner og sykehus har gjort store omdisponeringer.

Mange av sykepleiernes arbeidsplasser er i skrivende stund tilbake i normal drift, dog med strenge smittevernstiltak. På intervjutidspunktet var det imidlertid flere av de omdisponerte sykepleierne som tok opp at selv om de var tilbakeført til sin ordinære arbeidsplass, stod de fortsatt på en beredskapsliste og det var mye usikkerhet knyttet til framtiden. Dette opplevdes som slitsomt og utfordrende. En sykepleier fra psykisk helse- og rustjenesten som hadde vært omdisponert opplevde det som "nesten verre" å være i beredskap enn å være omdisponert:

Den er nesten verre. Skal jeg jobbe vanlig her og hvis telefonen ringer så skal man liksom - hva, hvem? Så skal det henge over deg til høsten 2021? Da tenker jeg at jeg i realiteten har bakvakt ett år, og da (...) skal man få denne lønnskompensasjonen som er tre lønnstrinn. Det er det samme som man hadde på [koronaenheten]. Men da var vi der fysisk. Jeg er ikke så interessert i å ha en opplevelse - ha bakvakt og vite at det går en turnus med mitt navn. Hvis alt annet åpner og alle andre kan begynne å reise. Skal jeg - det kan jeg ikke, bør jeg det? Og i hvilken grad er man låst? Hvor lang tid har man på seg? Hvordan vil det være, vil man føle på at man har det hengende over seg da? (K10)

En sykepleier i sykehus kjente på den samme usikkerheten:

Det er jo også litt utfordrende å ikke vite helt hva som skjer videre. Ja vi er ortopedisk post nå, men vil vi bli en koronapost igjen, det er det ingen som vet. Noen mener at; nei, det skal vi ikke være igjen. Og andre mener at det kan mulig skje, fordi at de har alltid sagt at denne toppen kommer nå i høst. Så det er det vi på en måte har forberedt oss litt på også. At denne toppen kommer og at den på en måte blir verre enn det det har vært. Så ting er usikkert, og det å gå rundt å være usikre, kan jo være litt slitsomt. (S7)

5.3 Personellbevegelser som følge av koronasituasjonen

Noen arbeidsplasser ble tilført ressurser i form av økt bemanning, mens andre måtte avgi personell til andre enheter. For å undersøke omfanget, og hvor personell har blitt flyttet fra og til, har vi med spørsmål om enheten sykepleierne arbeider ved har fått tilført eller mistet personell på grunn av koronasituasjonen, se tabell 5.1.

En mulig analyse er å se på de som svarer ja, og undersøke hvilke enheter de tilhører for å få et bilde av personellbevegelser som følge av koronasituasjonen. Det lages derfor et underutvalg på 5269 personer som arbeider ved enheter som har fått mer personell og 8538 personer som arbeider i enheter der personell er flyttet fra.

Tabell 5.1 Antall og andel som svarer at enheten ble tilført personell og at personell ble flyttet fra enheten.

	Fikk enheten du arbeider med tilført mer personell i forbindelse med koronasituasjonen?		Ble personell flyttet fra enheten du arbeider på i forbindelse med koronasituasjonen?	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	5 269	25	8 538	40
Nei	14 711	69	11 512	54
Vet ikke	1 417	7	1 174	6
Total	21 397	100	21 224	100

Dersom utvalget er representativt i forhold til de som arbeider på enheter som ressurser er flyttet fra og til, ser vi at det er omtrent en like stor andel enheter i alle sektorene som har fått tilført ressurser som det er flyttet ressurser fra, men det er flere som rapporterer at personell er flyttet fra enheten enn til enheten.

Tabell 5.2 Antall og andel som svarer at enheten ble tilført personell og at personell ble flyttet fra enheten.

	Fra enheten		Til enheten	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kommunal sektor	3 550	42	2 150	41
Offentlig spesialisthelsetjeneste	4 594	54	2 823	54
Privat, ideell sektor	223	3	169	3
Privat kommersiell sektor	71	1	43	1
Annet	100	1	84	2
Totalt	8 538	100	5 269	100

Vi forsøker å lage et enkelt mål på personellbevegelser, ved å beregne antall enheter som utvalget rapporterer at det flyttes personell fra og til. Vi har ikke informasjon om størrelse på enhetene eller responsrate på enhetsnivå, så det er vanskelig å gjøre mer presise beregninger. At det er flere som flyttes fra enhetene enn til, betyr at det er netto nedgang (minus).

Dersom utvalget er representativt, kan vi bruke utvalget fra tabell 3.1 til å beregne prosenter som rapporterer om personell er flyttet fra eller til og få sammenliknbare tall mellom ulike typer enheter. Vi beregner derfor personellbevegelser til og fra enheter på to måter:

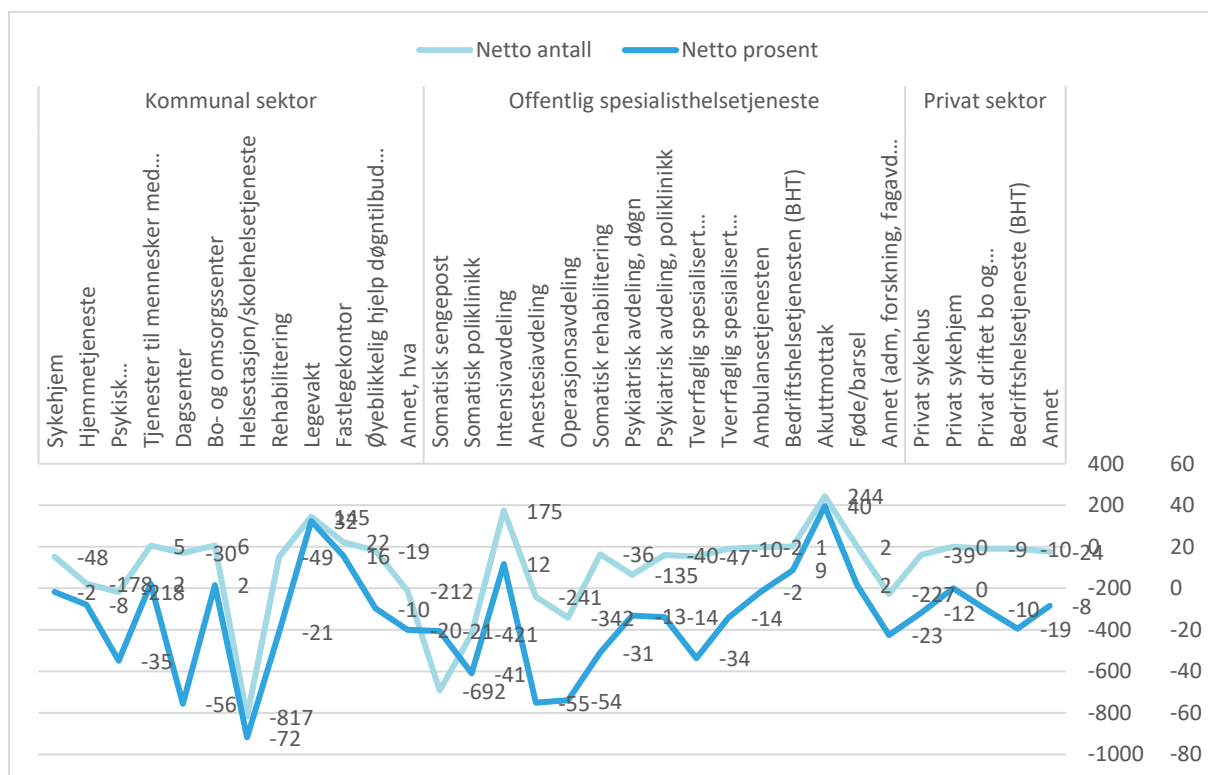
- Trekke ut de av utvalget som svarer at personell er flyttet til eller fra enheten og beregne netto antall (tabell 5.2)
- Beregne andel som svarer at personell er flyttet fra eller til enheten basert på antall som har svart på spørsmålet (snitt av de som har svart fra eller til) (tabell 5.3).

Tabell 5.3 Antall respondenter som oppgir at det er flyttet personell fra eller til enheten de arbeider ved.

		Fra	Til	Netto
Kommunal sektor	Sykehjem	690	642	-48
	Hjemmetjeneste	642	464	-178
	Psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid	264	46	-218
	Tjenester til mennesker med utviklingshemming	50	55	5
	Dagsenter	38	8	-30
	Bo- og omsorgssenter	90	96	6
	Helsestasjon/skolehelsetjeneste	910	93	-817
	Rehabilitering	107	58	-49
	Bedriftshelsetjeneste (BHT)	6		-6
	Legevakt	164	309	145
	Fastlegekontor	34	56	22
	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	86	67	-19
	Annet, hva	467	255	-212
	Kommunal sektor totalt	3548	2149	-1399
Offentlig spesialisthelsetjeneste	Somatisk sengepost	1798	1106	-692
	Somatisk poliklinikk	518	97	-421
	Intensivavdeling	525	700	175
	Anestesiavdeling	299	58	-241
	Operasjonsavdeling	388	46	-342
	Somatisk rehabilitering	63	27	-36
	Psykiatrisk avdeling, døgn	261	126	-135
	Psykiatrisk avdeling, poliklinikk	54	14	-40
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling,	54	7	-47
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling,	12	2	-10
	Ambulansetjenesten	19	17	-2
	Bedriftshelsetjenesten (BHT)	4	5	1
	Akuttmottak	167	411	244
	Føde/barsel	15	17	2
	Annet (adm, forskning, fagavd etc)	413	186	-227
	Totalt offentlig spesialisthelsetjeneste	4590	2819	-1771
Privat sektor	Privat sykehus	132	93	-39
	Privat sykehjem	54	54	0
	Privat driftet bo og omsorgstilbud	27	18	-9
	Bedriftshelsetjeneste (BHT)	16	6	-10
	Annet	64	40	-24
	Totalt privat sektor	293	211	-82

Tabell 5.4 Prosent av respondentene fra de ulike enhetene som rapporterer om personell er flyttet til eller fra enheten de arbeider ved.

		Fra (%)	Til (%)	Netto (%)	Utvalg
Kommunal sektor	Sykehjem	25	23	-2	2765
	Hjemmetjeneste	29	21	-8	2244
	Psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid	42	7	-35	625
	Tjenester til mennesker med utviklingshemming	21	23	2	236
	Dagsenter	70	15	-56	54
	Bo- og omsorgssenter	23	24	2	393
	Helsestasjon/skolehelsetjeneste	80	8	-72	1139
	Rehabilitering	46	25	-21	232
	Legevakt	37	69	32	449
	Fastlegekontor	24	40	16	141
	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	44	34	-10	197
	Annet, hva	44	24	-20	1062
Offentlig spesialisthelsetjeneste	Somatisk sengepost	53	33	-21	3362
	Somatisk poliklinikk	50	9	-41	1029
	Intensivavdeling	35	47	12	1504
	Anestesiavdeling	68	13	-55	438
	Operasjonsavdeling	61	7	-54	635
	Somatisk rehabilitering	54	23	-31	117
	Psykiatrisk avdeling, døgn	25	12	-13	1028
	Psykiatrisk avdeling, poliklinikk	19	5	-14	287
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling,	39	5	-34	140
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling,	17	3	-14	71
	Ambulansetjenesten	16	15	-2	117
	Bedriftshelsetjenesten (BHT)	35	43	9	12
	Akuttmottak	27	67	40	617
	Føde/barsel	12	14	2	123
	Annet (adm, forskning, fagavd etc)	41	18	-23	1007
Privat sektor	Privat sykehus	40	28	-12	329
	Privat sykehjem	28	28	0	191
	Privat driftet bo og omsorgstilbud	30	20	-10	91
	Bedriftshelsetjeneste (BHT)	31	12	-19	52
	Annet	23	14	-8	284



Figur 5.1 Prosent av respondentene fra de ulike enhetene som rapporterer om personell er flyttet til eller fra enheten de arbeider ved.

Begge metodene viser at det er helsetasjonene – og skolehelsetjenestene som det i størst grad er flyttet ressurser fra, og at legevakt, intensivavdeling og akuttomtak i størst grad har fått tilført ressurser.

Begge målene viser at det er flere enheter der ressursene er flyttet fra enn det er enheter det er flyttet til. Dette betyr at personellet er flyttet til nye enheter som smittesporing og prøvetaking. Dette viser vi i kapittel 10.

5.4 Opplæring av tilført personell

Det er de som har mottatt personell fra andre enheter som kan svare på om det er gitt tilstrekkelig opplæring av nytt personell. De som arbeider i enheter der personell er flyttet fra, kan i liten grad si noe om opplæringen de som er omdisponert har fått.

Av de 5269 sykepleierne som arbeidet ved enheter som er tilført mer personell, er det 97 prosent som svarer på i hvilken grad tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring.

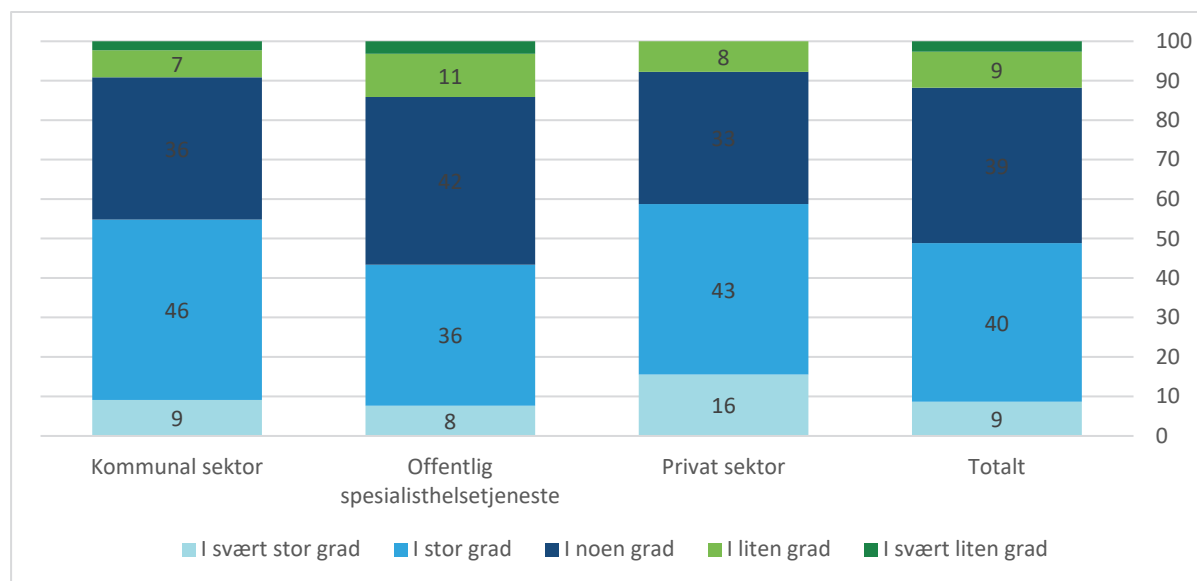
Det er nesten halvparten av utvalget som svarer at tilført personell i stor eller svært stor grad fikk tilstrekkelig opplæring.

Tabell 5.5 **Antall og andel som svarer på i hvilken grad tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring.**

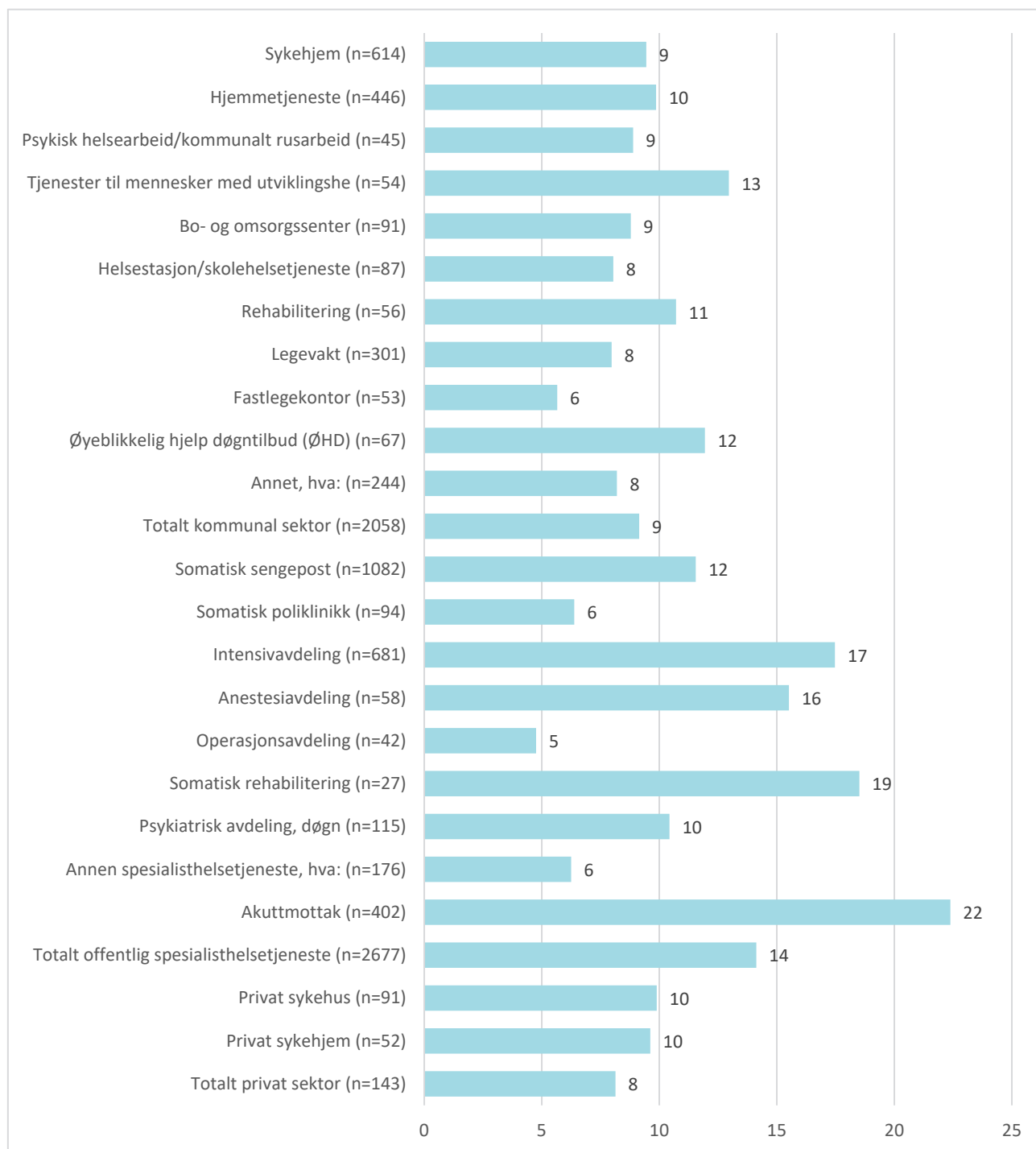
	Antall	Andel
I svært stor grad	440	9
I stor grad	2 046	40
I noen grad	2 005	39
I liten grad	465	9
I svært liten grad	136	3
Total	5 092	100

Det er 12 prosent som svarer at tilført personell i liten eller i svært liten grad fikk tilstrekkelig opplæring. Vi ser videre på om dette har skjedd oftere i noen type enheter eller om det er mer eller mindre tilfeldig fordelt.

Det er signifikant flere som svarer i liten eller i svært liten grad i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med kommunal sektor, men ingen systematiske forskjeller mellom privat sektor og kommunal sektor.



Figur 5.2 **Prosent som svarer på i hvilken grad tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring, n=5092**



Figur 5.3 Prosent av de som svarer at tilført personell i liten eller svært liten grad fikk tilstrekkelig opplæring, n=4878 (enheter med <20 respondenter er utelatt)

Det er særlig i akuttmottak det ser ut til å ha vært utilstrekkelig opplæring, der 22 prosent av respondentene som arbeider på akuttmottak har svart at personell som ble tilført enheten i liten eller svært liten grad hadde tilstrekkelig opplæring.

5.5 Belastning på gjenværende personell

De som arbeider i enheter der personell er flyttet fra, kan svare på hvilken belastning dette har gitt for gjenværende personell. Her kan vi også si noe om aktivitetsnivået på enhetene det er flyttet personell fra.

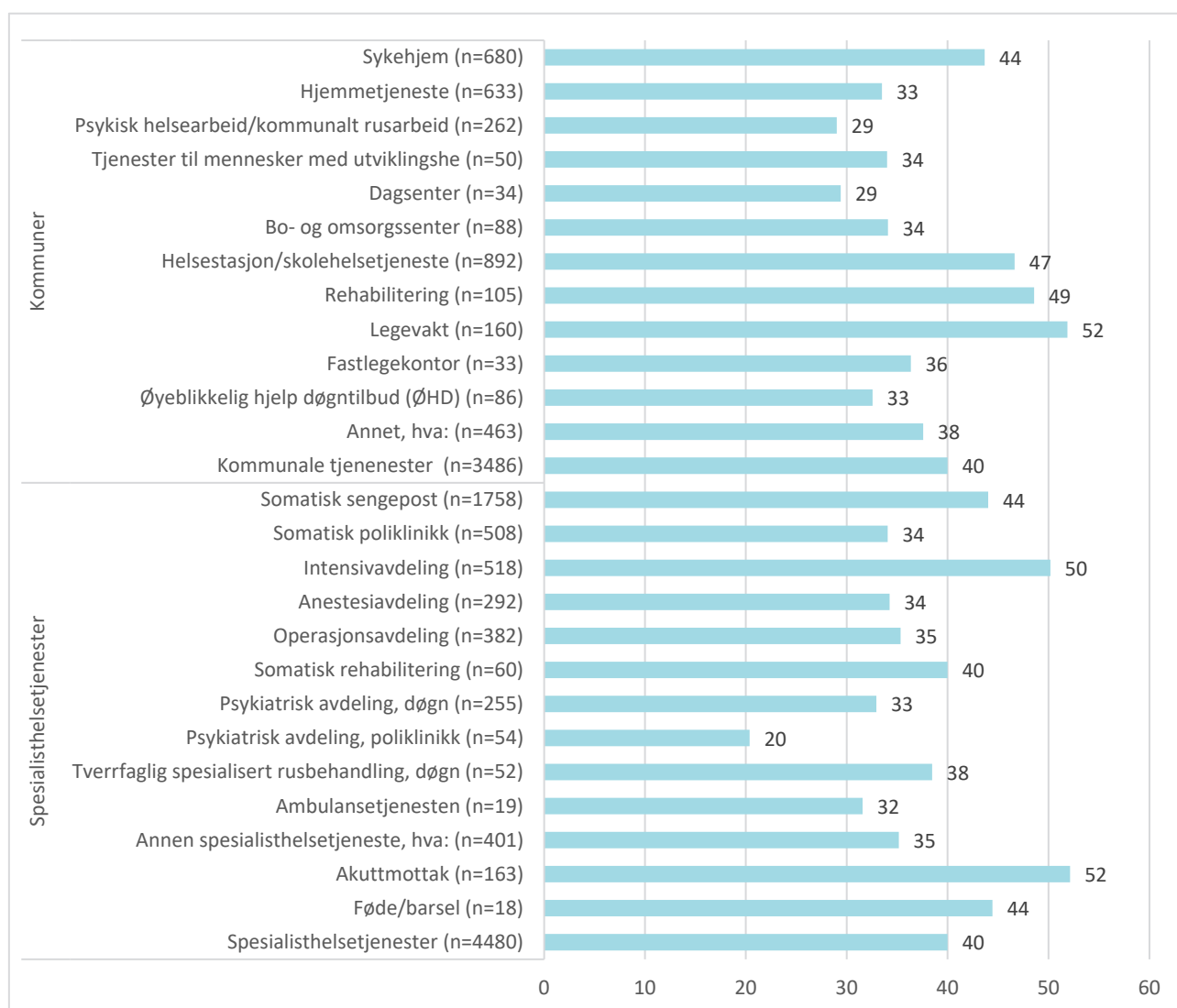
Av de 8538 som har svart at personell ble flyttet fra enheten er det 8376 (98 prosent) som svarer på hvordan dette påvirket arbeidsbelastningen på de gjenværende.

Tabell 5.6 Antall og andel som svarer på i hvilken grad dette påvirket dette arbeidsbelastningen på de gjenværende ansatte

	Antall	Andel
I svært stor grad	1 232	15
I stor grad	2 152	26
I noen grad	3 046	36
I liten grad	1 532	18
I svært liten grad	414	5
Total	8 376	100

Vi ser videre på de som svarer i svært stor eller i stor grad (41 prosent). Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom sektorer, men det er noen systematiske forskjeller innen kommunene og innen spesialisthelsetjenestene.

Det er særlig i legevakt, akuttmottak og intensivavdelinger en stor andel svarer at arbeidsbelastningen på gjenværende ansatte i stor eller svært stor grad ble påvirket av at ansatte ble flyttet fra enhetene. Dette har sannsynligvis sammenheng med det høye aktivitetsnivået på disse enhetene.



Figur 5.4 Andel som svarer at arbeidsbelastningen på gjenværende ansatte i stor eller svært stor grad ble påvirket av at ansatte ble flyttet fra enhetene.

5.6 Oppsummering

Omdisponering har vært et mye omtalt tema i intervjuene, og noe svært mange av informantene har erfaring med. Intervjuene viste at flere av informantene har opplevd beordring. Samtidig har de som har blitt spurt og som frivillig har gått til en koronarelatert enhet, ikke opplevd det som en reell mulighet å si nei. De aller fleste informantene mente at det var en selvfølge å stille opp når det var behov for dem i koronarelatert arbeid.

Intervjuene viser også at de aller fleste av informantene som ble omdisponert synes de fikk tilstrekkelig opplæring, selv om noen også mente at det burde ha vært enda mer. Noen informanter trakk fram at selv om de fikk god opplæring, følte de seg likevel ikke fullstendig forberedt før de

utførte det nye arbeidet, for eksempel å jobbe med mulig covid-19-smittede pasienter. Flere av de omdisponerte informantene opplevde videre at arbeidsoppgaver og omfang på arbeidet endret seg etter hvert, i takt med at koronasituasjonen utviklet seg. Noen hadde for eksempel periodevis svært mye å gjøre, mens andre hadde veldig lite å gjøre fordi det var lite eller ingen smitte i kommunen eller på sykehuset. Informanter som opplevde at arbeidsmengden ble liten, stilte spørsmål i intervjuene om de ikke burde blitt flyttet tilbake til sitt ordinære arbeid før de ble. Særlig helsesykepleier-informantene ga ensidig uttrykk for at omdisponeringen var for omfattende og langvarig. Informantene fra kommunen som var omdisponert, altså sykepleiere innen psykisk helse og rus og skolehelsetjenesten, ga alle uttrykk for en viss bekymring for den manglende oppfølgingen av brukere/elever.

Det var varierende oppfatninger blant informantene omkring opplevd støtte fra leder og medvirkning underveis i omdisponeringsperioden. Én utfordring som ble tatt opp var om sykepleierne skal beholde sin gamle leder eller få ny leder når de blir omdisponert. Begge deler har sine fordeler og ulemper.

Selv om mange informanter opplevde omdisponeringen som utfordrende, var det også mange som samtidig hadde en rekke positive erfaringer. En unik mulighet for læring, spennende arbeidsoppgaver, kollegialt samhold og at man møtte mange nye flinke og hyggelige folk ble nevnt.

I løpet av mai-juni 2020 begynte de fleste enheter å trappe ned omfanget av omdisponering og organisere seg for normal drift igjen. På intervjutidspunktet var det imidlertid flere av de omdisponerte sykepleierne som tok opp at selv om de var tilbakeført til sin ordinære arbeidsplass, sto de fortsatt på en beredskapsliste. Det opplevdes slitsomt å være i en slik langvarig beredskap.

Den nasjonale kartleggingen viser at det særlig er flyttet ressurser fra helsestasjon- og skolehelsetjenester, og at legevakt, intensivavdeling og akuttmottak i størst grad har fått tilført ressurser i tillegg til nye enheter for smittetesting og sporing. Det er også flyttet mye personell fra anesthesi- og operasjonsavdelinger og fra somatiske sengeposter og poliklinikker.

Halvparten av sykepleierne i enheter som fikk tilført ressurser svarer at tilført personell fikk tilstrekkelig opplæring, men det er særlig mange sykepleiere i akuttmottak som oppgir at tilført personell i liten grad fikk tilstrekkelig opplæring. Når det flyttes ressurser fra tjenester og enheter, er det risiko for at belastningen på gjenværende ansatte øker. Det er særlig i legevakt, akuttmottak og intensivavdelinger at en stor andel av sykepleierne svarer at arbeidsbelastningen på gjenværende ansatte i stor grad ble påvirket av at ansatte ble flyttet fra enhetene.

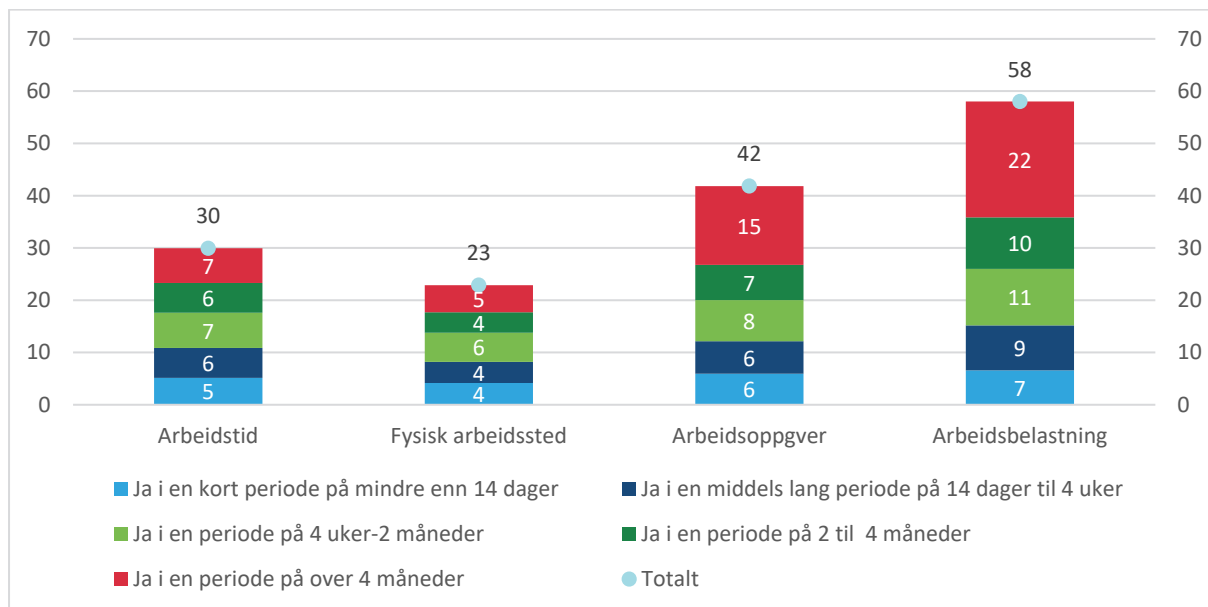
6 Endring av arbeidstid, fysisk arbeidssted, arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning

I kapittel 5 tok vi opp hvordan personell har blitt flyttet til og fra enheter for blant annet å bistå i smittetesting og -sporing. Basert på data fra den nasjonale kartleggingen, ser vi i dette kapitlet nærmere på hvordan sykepleierne har opplevd endringer i arbeidstid, arbeidssted og arbeidsoppgaver. Vi ser spesielt på:

- Antall som har opplevd endringer i arbeidstid
- Antall som har fått endringer i arbeidssted og arbeidsoppgaver
- Endringer i arbeidsbelastning
- Endringer i turnus
- Endringer i lønn
- Bruk av hjemmekontor

6.1 Omfang av endringer

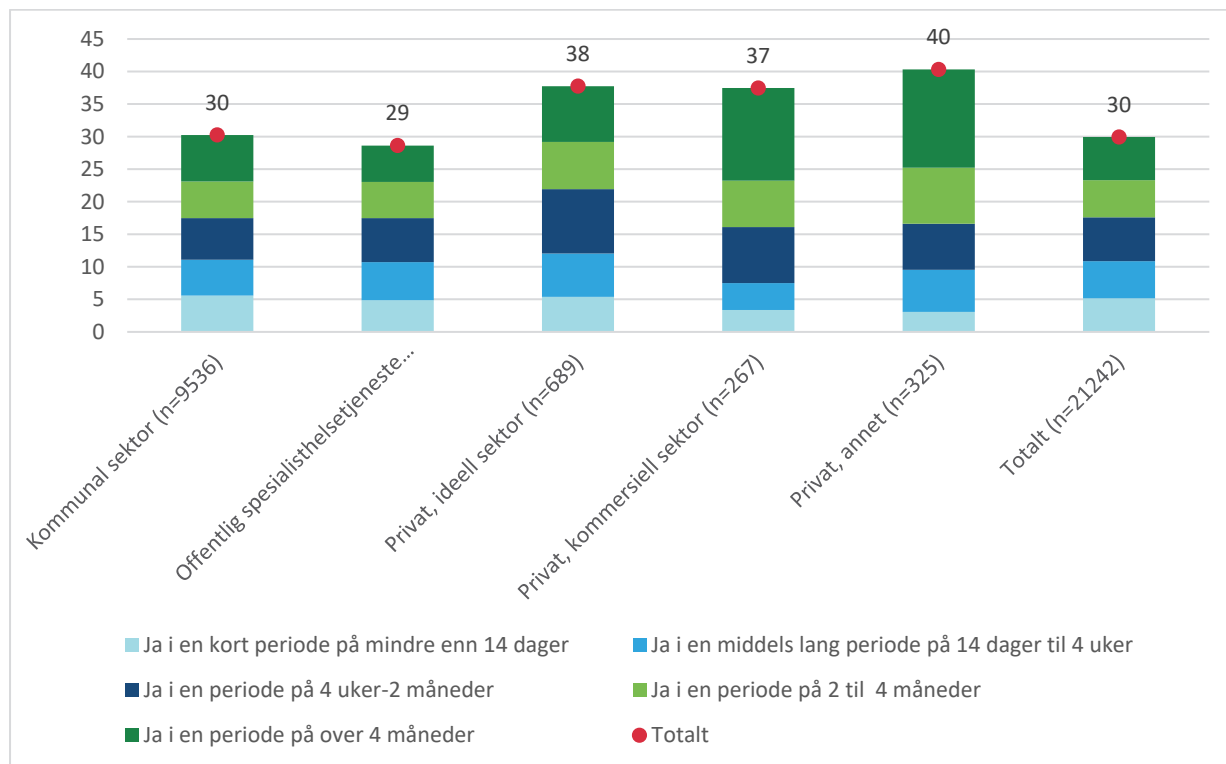
Fra figur 6.1 ser vi at det er 30 prosent av sykepleierne som har opplevd å få endring av arbeidstid som følge av koronasituasjonen, 23 prosent har hatt endring i fysisk arbeidssted, 42 prosent har fått nye arbeidsoppgaver og 58 prosent melder om endret arbeidsbelastning.



Figur 6.1 Andel personer som opplever endring i arbeidstid, fysisk arbeidssted, arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning og etter hvor lang periode endringen varte. N=21240.

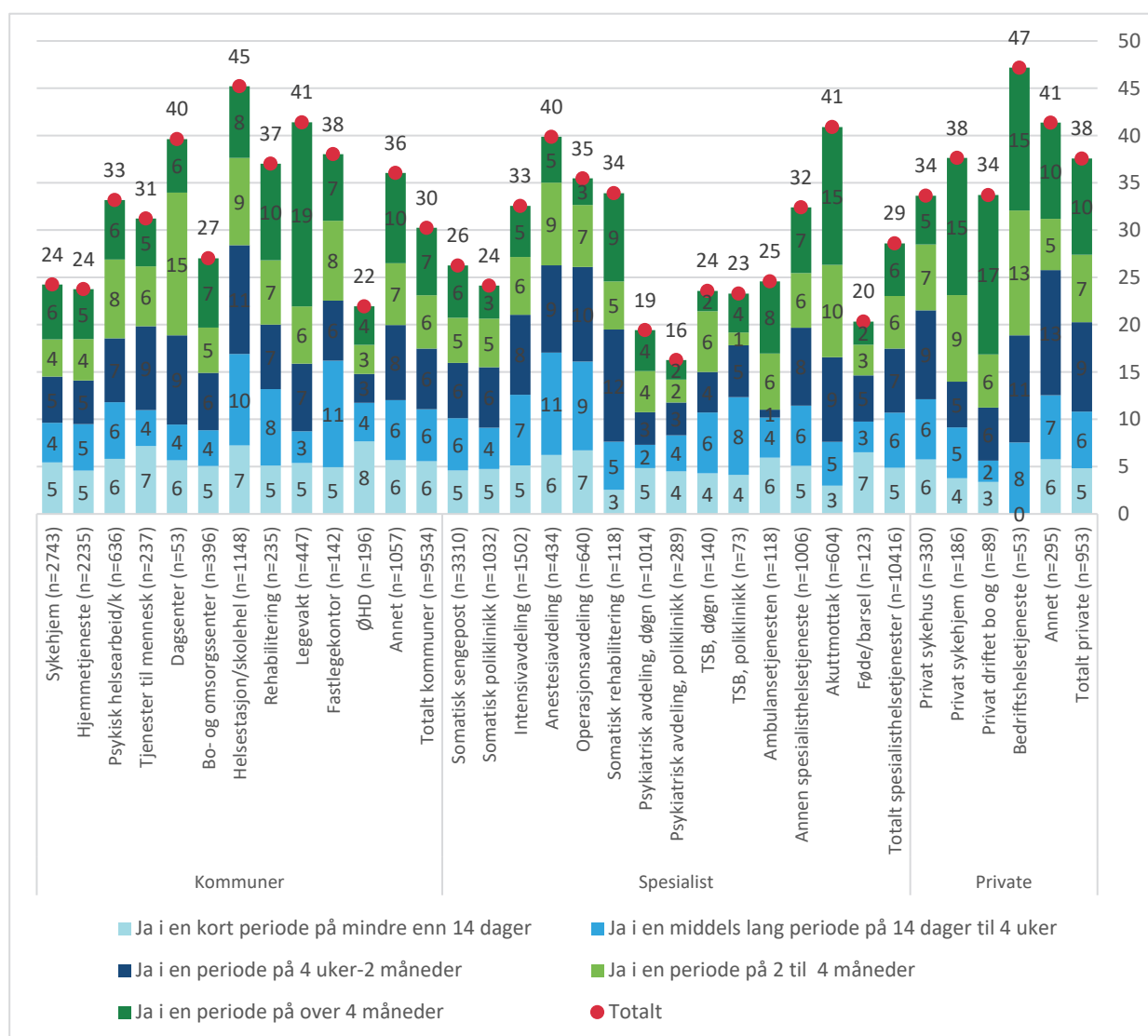
6.2 Endring i arbeidstid

Det er en signifikant større andel av sykepleierne i privat sektor som har fått endret arbeidstiden enn i offentlig sektor, men det er ikke signifikante forskjeller innen privat sektor.



Figur 6.2 Endring i arbeidstid i ulike sektorer

Det er også signifikante forskjeller mellom ulike typer tjenester innen kommunale tjenester og innen spesialisthelsetjenesten i sannsynligheten for å ha fått endring i arbeidstiden.



Figur 6.3 Type tjenester og endring i arbeidstid

I kommunene er det særlig mange sykepleiere i helsestasjon og skolehelsetjeneste som har fått endring i arbeidstiden (45 prosent) og i legevakt (41 prosent), mens i spesialisthelsetjenesten er det sykepleiere ved anestesivdelinger (40 prosent), operasjonsavdelinger (35 prosent), i somatisk rehabilitering (34 prosent) og hver tredje sykepleier intensivavdelinger som har fått endret arbeidstid. I privat sektor er det BHT som skiller seg ut, men det er et lite utvalg og forskjellene er ikke signifikante.

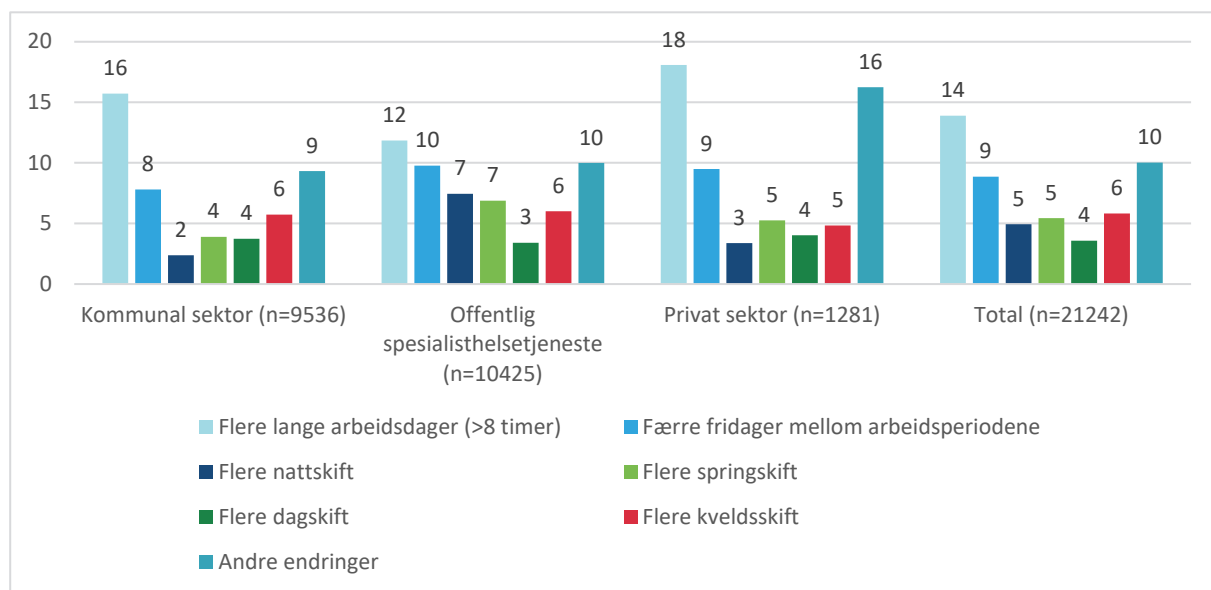
Av de 30 prosentene som har fått endret arbeidstid, er det flest som har fått flere lange arbeidsdager (46 prosent). Av alle sykepleierne, dersom utvalget er representativt, er det 14 prosent av alle sykepleiere som har fått lengre arbeidsdager, ni prosent har fått færre fridager mellom arbeidsperiodene. Fem prosent har fått flere springskift og nesten like mange har fått flere nattskift.

Tabell 6.1 Måten arbeidstiden er endret på

	Antall	Andel	Andel av alle
Flere lange arbeidsdager (>8 timer)	2950	46	14
Færre fridager mellom arbeidsperiodene	1879	30	9
Flere nattskift	1047	16	5
Flere springskift / sein-tidligvakter (dvs. mindre enn 11 timer fri mellom to etterfølgende skift)	1153	18	5
Flere dagskift	758	12	4
Flere kveldsskift	1235	19	6
Andre endringer	2128	33	10
Har endret arbeidstid	6359	100	30

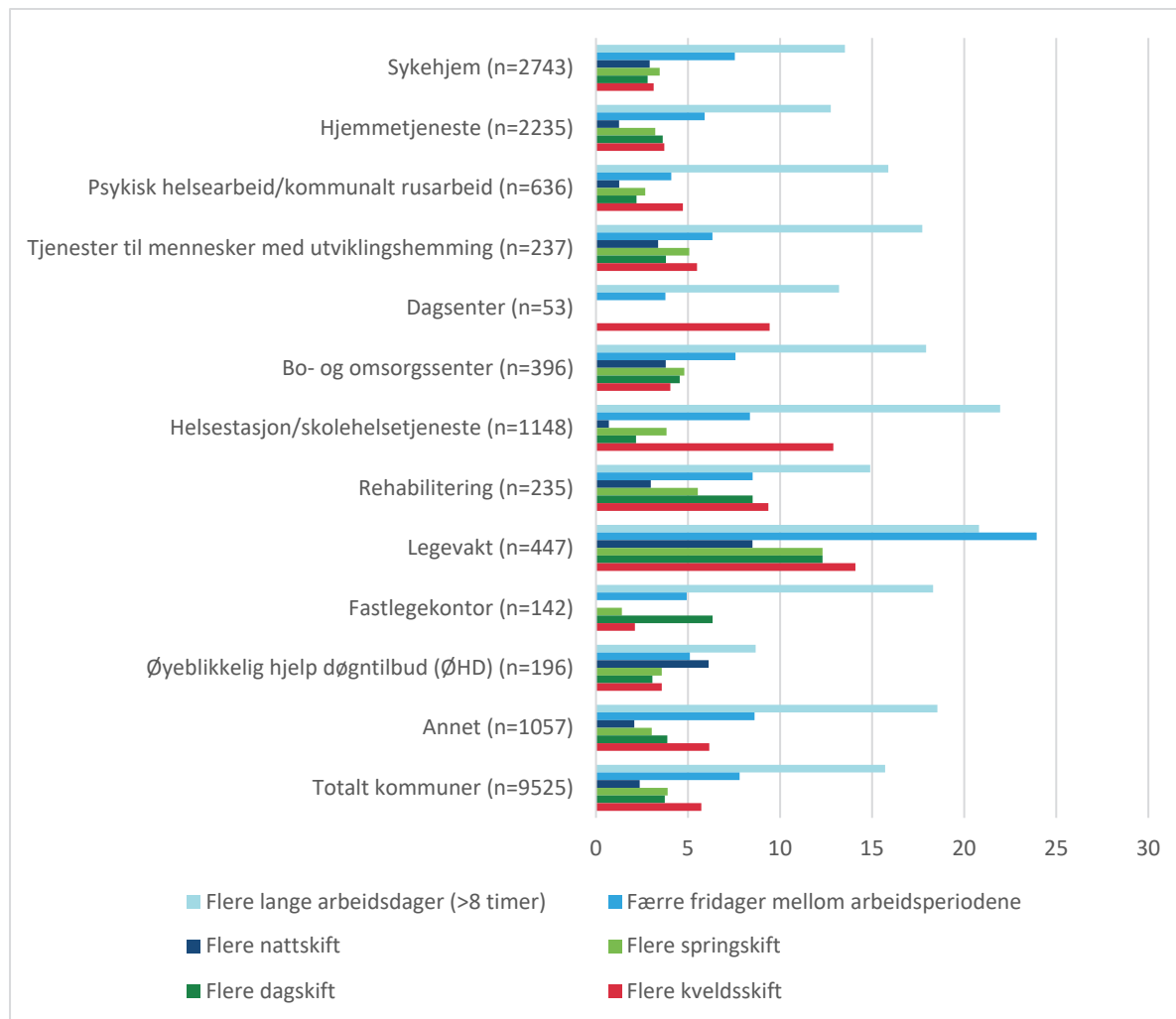
Under 'Andre endringer' er det særlig mange som svarer at de har fått hjemmekontor, men også akuttmottak, intensivavdelinger, legevakt og sykehjem er nevnt.

Flere alternativer for endringer i arbeidstiden er mulig, for eksempel kan de ha fått både lengre arbeidsdager og hjemmekontor (andre endringer), eller færre fridager mellom arbeidsperiodene og flere nattskift. Det er også her signifikante forskjeller mellom sektorer og tjenester.

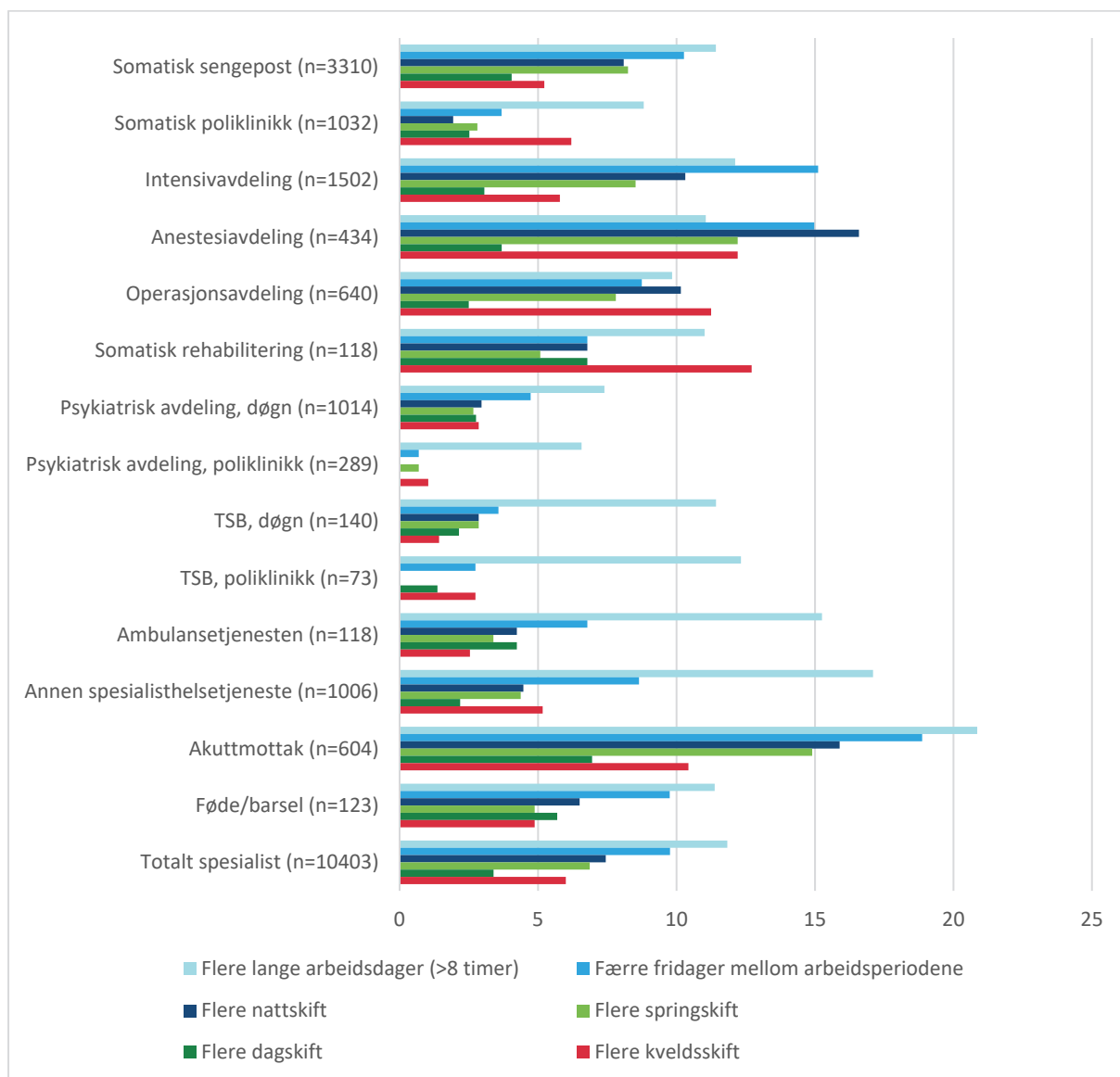


Figur 6.4 Måten arbeidstiden er endret på, sektorer.

I kommunene er det særlig legevakt som har fått færre fridager mellom arbeidsperiodene, flere kveldsskift, flere nattskift og flere springskift. Det er mange som har fått flere lange arbeidsdager innen helsestasjon/skolehelsetjeneste og andre tjenester.



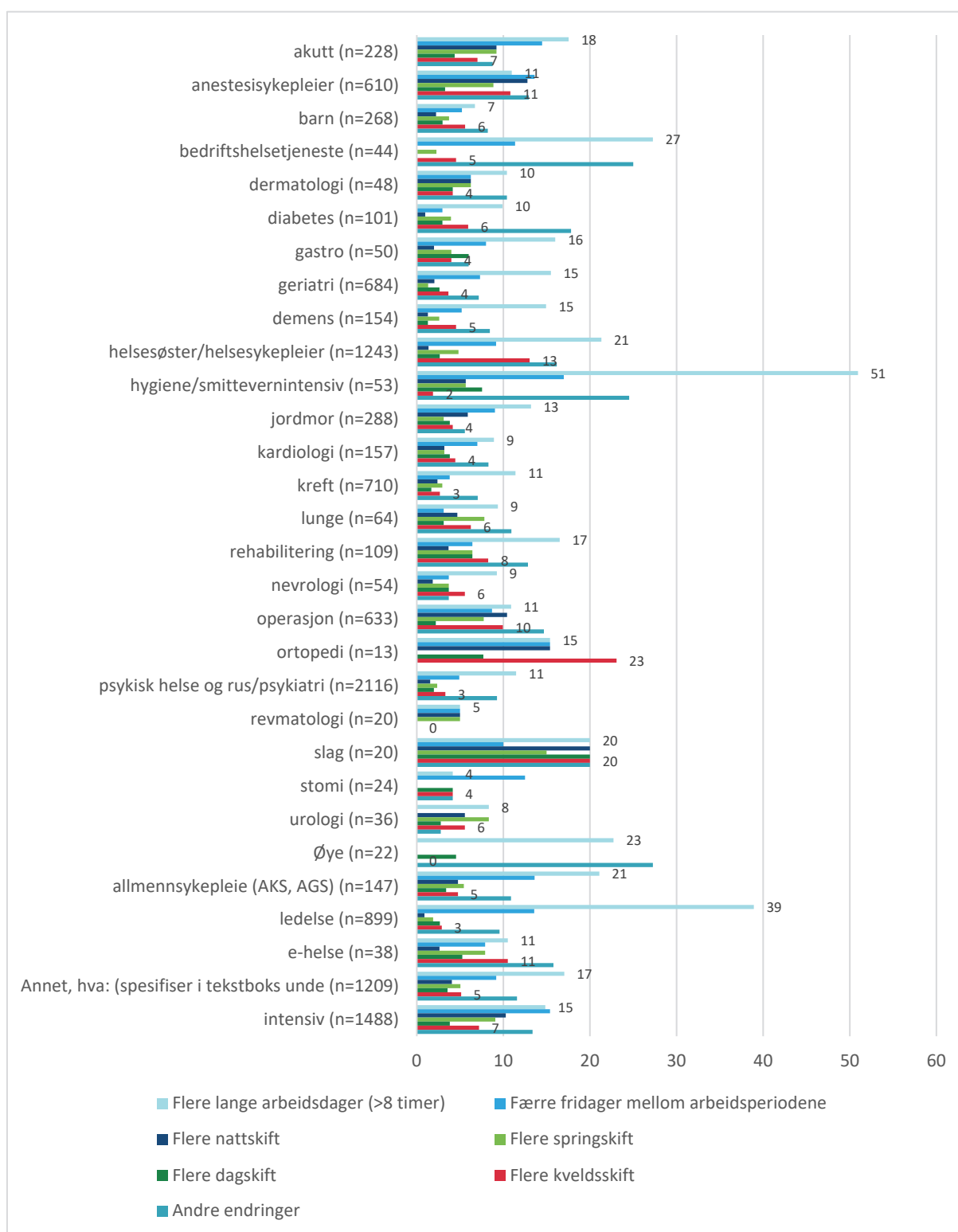
Figur 6.5 Måten arbeidstiden er endret på, kommunale tjenester.



Figur 6.6 Måten arbeidstiden er endret på, spesialisthelsetjenester

I spesialisthelsetjenestene er det mange som har fått flere lange arbeidsdager og færre fridager mellom arbeidsperiodene i akuttmottak, anestesi og intensivavdelinger.

Vi kan også se på fagområder, se figur 6.7. Lange arbeidsdager gjelder for eksempel særlig en stor andel av sykepleierne innen hygiene/smittevernintensiv, ledelse og bedriftshelsetjeneste.

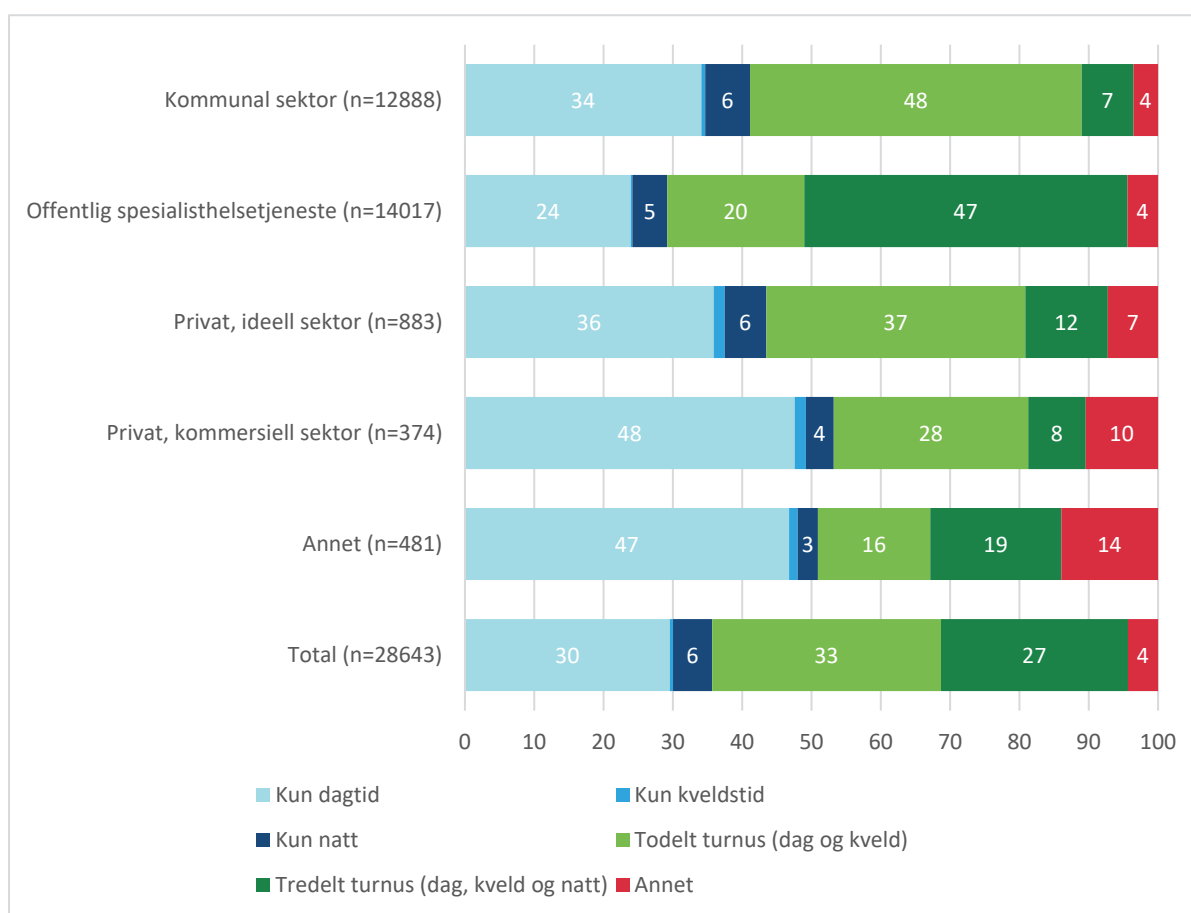


Figur 6.7 Måten arbeidstiden er endret på, fagområder.

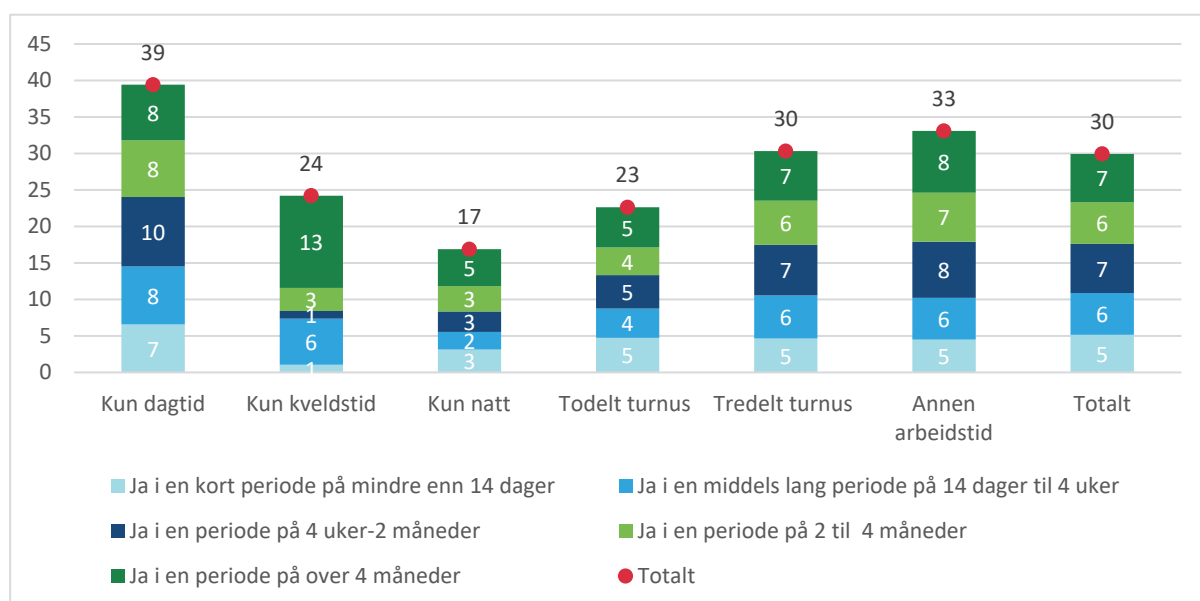
Vi ser nærmere på hvordan endringene i arbeidstid har vært etter hvilken arbeidstidsordning de vanligvis har, og etter stillingsandelen de har utenom koronasituasjonen.

6.2.1 Avtalt arbeidstid og endring i arbeidstid

Av alle sykepleierne i utvalget, er det seksti prosent som arbeider turnus til vanlig (utenom koronasituasjonen), hver tredje av disse arbeider todelt turnus og 27 prosent arbeider i tredelt turnus. I kommunal sektor arbeider de fleste sykepleiere todelt turnus (48 prosent), mens i spesialisthelsetjenesten arbeider de oftest tredelt turnus (47 prosent). En større andel sykepleiere i privat sektor arbeider kun på dagtid sammenliknet med sykepleiere i offentlig sektor.



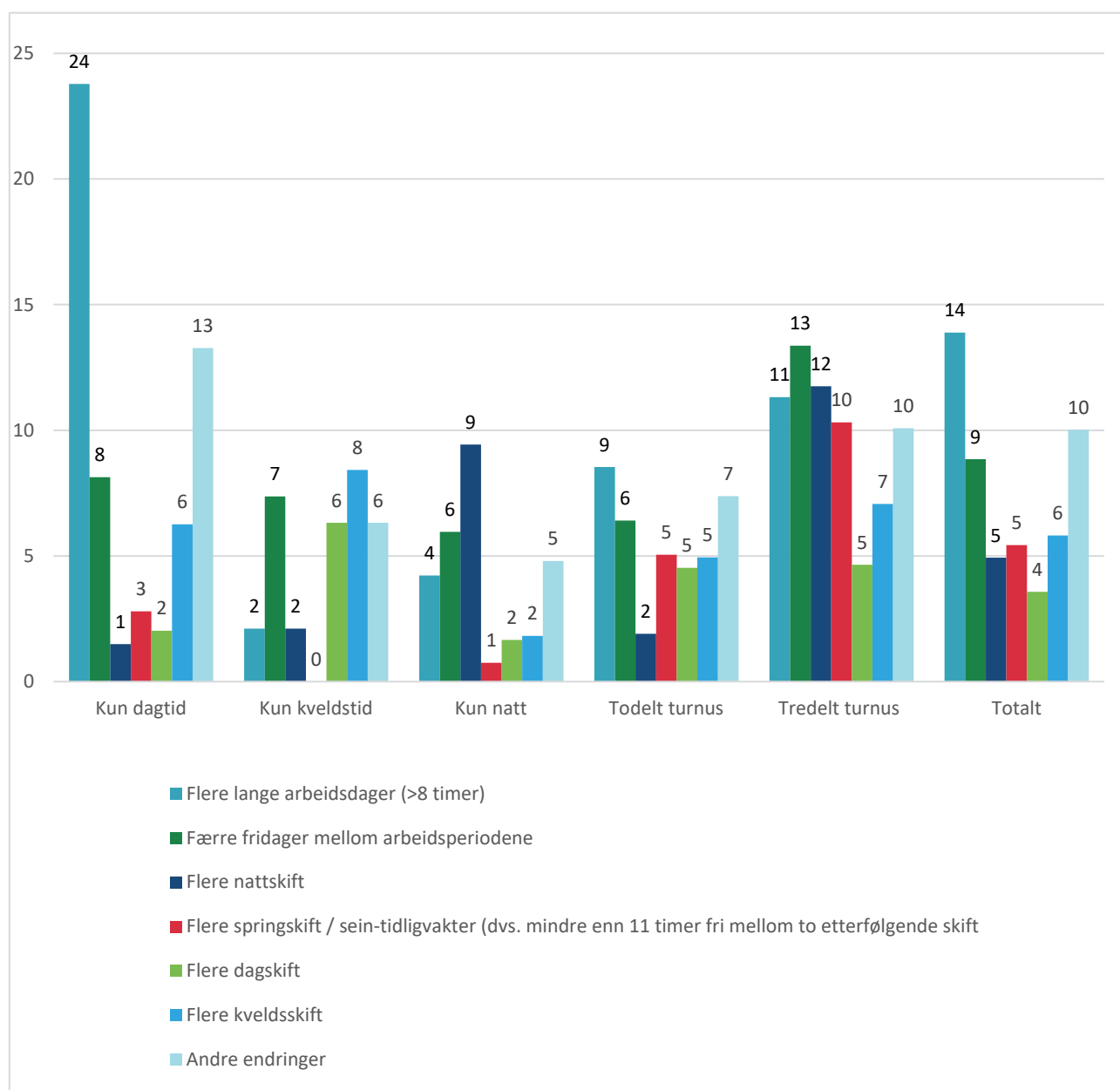
Figur 6.8 Arbeidstidsordning i ulike sektorer (utenom koronasituasjonen).



Figur 6.9 Endringer i arbeidstid etter arbeidstidsordning

Det er særlig de som arbeider kun dagtid og de som har annen arbeidstid enn turnus som har opplevd endringer i arbeidstid. Men også mange blant de store gruppene som arbeider tredelt og todelt turnus har hatt endringer i arbeidstiden, henholdsvis 30 og 23 prosent.

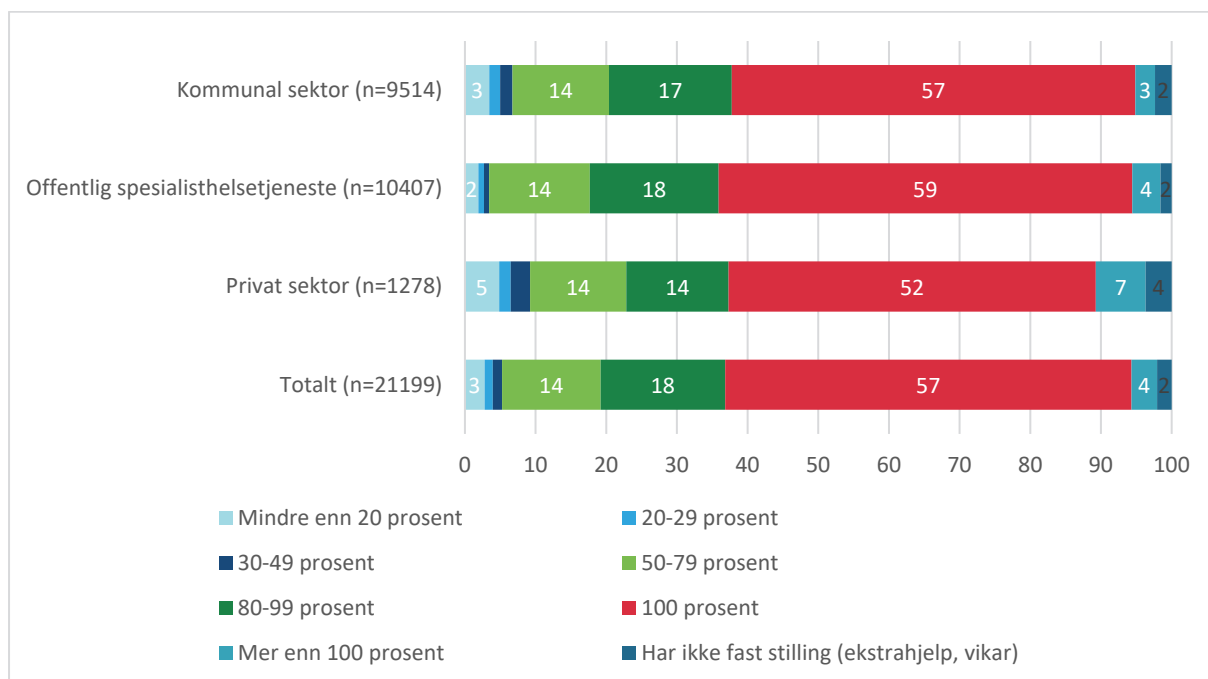
Flere nattskift er i størst grad dekket av de som vanligvis arbeider nattevakter (kun natt og tredelt turnus). Det er også de som går tredelt turnus som særlig har fått flere springskift (sein/tidligvakt med mindre enn 11 timer fri mellom vaktene) og færre fridager mellom vakten.



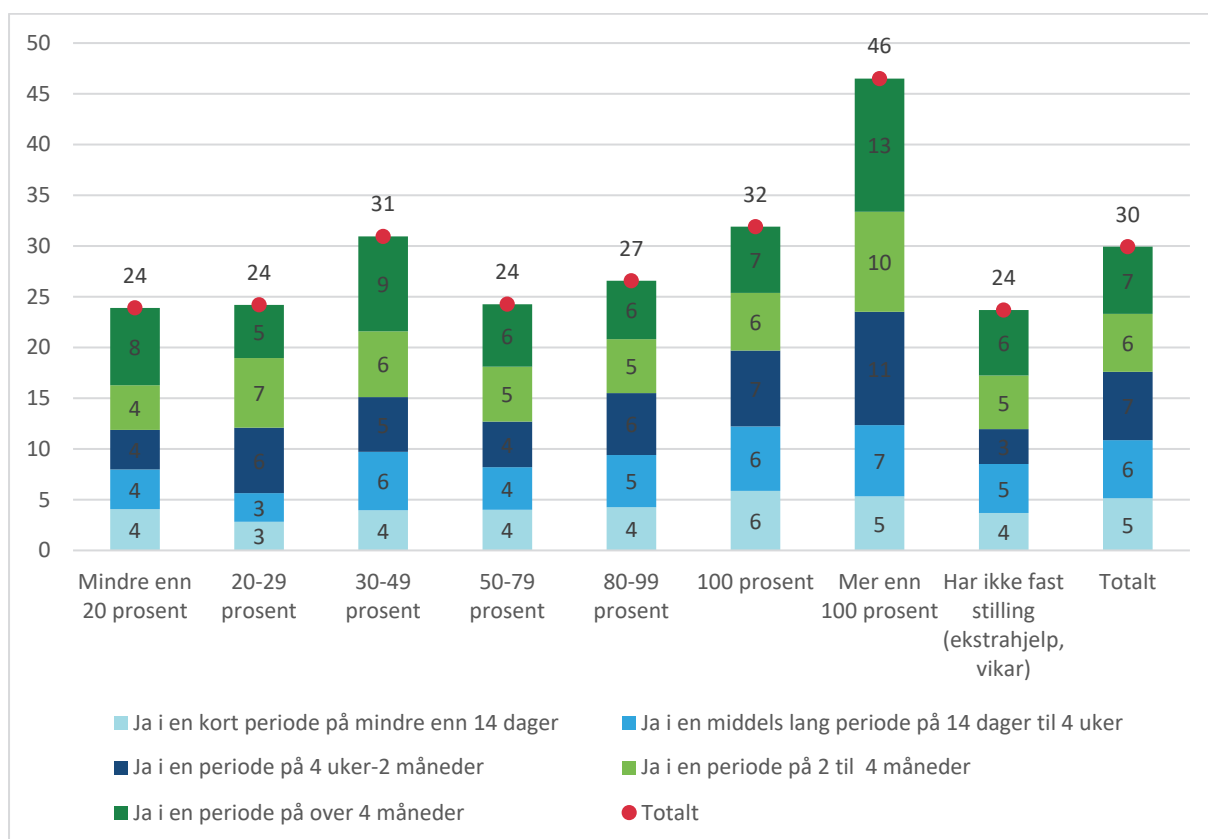
Figur 6.10 Andel som fikk endret arbeidstid etter hvilken arbeidstid de arbeider, N=21240

6.2.2 Avtalt stillingsandel og endring i arbeidstid

Vi kan også undersøke hvordan arbeidstiden er endret etter hvilken stillingsandel de hadde i utgangspunktet. Dette kan si noe om mobilisering av deltidsarbeidskraft.



Figur 6.11 Stillingsandel (fast utenom koronasituasjonen) i ulike sektorer



Figur 6.12 Stillingsandel (fast utenom koronasituasjonen)

Det er flest av de som har mer enn 100 prosent stilling fast som har opplevd endring i arbeidstiden på grunn av koronasituasjonen (46 prosent). Det er signifikante forskjeller i andel som har fått endret arbeidstid etter stillingsandel, og det er gruppene som arbeider 30-49 prosent stillinger, 100 prosent stillinger og mer som systematisk har høyere sannsynlighet for å ha fått endret arbeidstiden som følge av koronasituasjonen. Generelt er det mobilisert arbeidskraft i alle stillingsstørrelser og av alle deltidsansatte (mindre enn 100 prosent stilling), er det hver fjerde sykepleier eller flere som har fått endret arbeidstid.

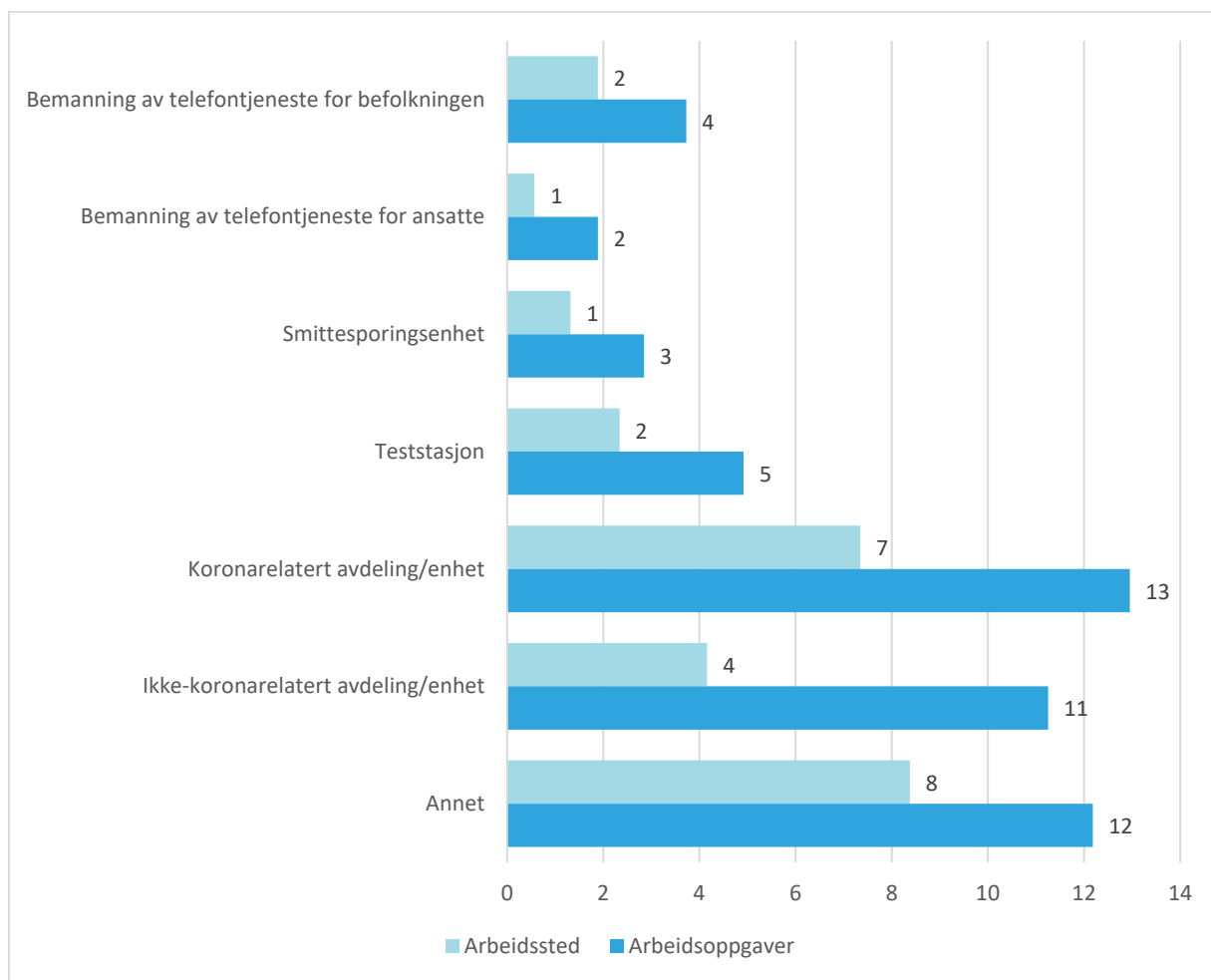
6.3 Endring i arbeidssted og i arbeidsoppgaver

Av de 23 prosentene som oppgir at de har fått endring i arbeidssted, ble 32 prosent flyttet til en koronarelatert avdeling, mens 18 prosent ble flyttet til en ikke-koronarelatert avdeling/enhet. Åtte prosent ble satt til bemanning av telefontjeneste for befolkningen og ti prosent til teststasjon. Når vi beregner hvor stor andel dette gjelder blant alle sykepleierne, er det sju prosent som er flyttet til en koronarelatert avdeling, og fire til en ikke-koronarelatert avdeling. Fem prosent av sykepleierne har fått oppgaver knytte til testing, mens tre prosent er satt til smittesporing. Men som vi viser i kapittel 10, er det mange flere sykepleiere som er involvert i smittesporing og smittetesting.

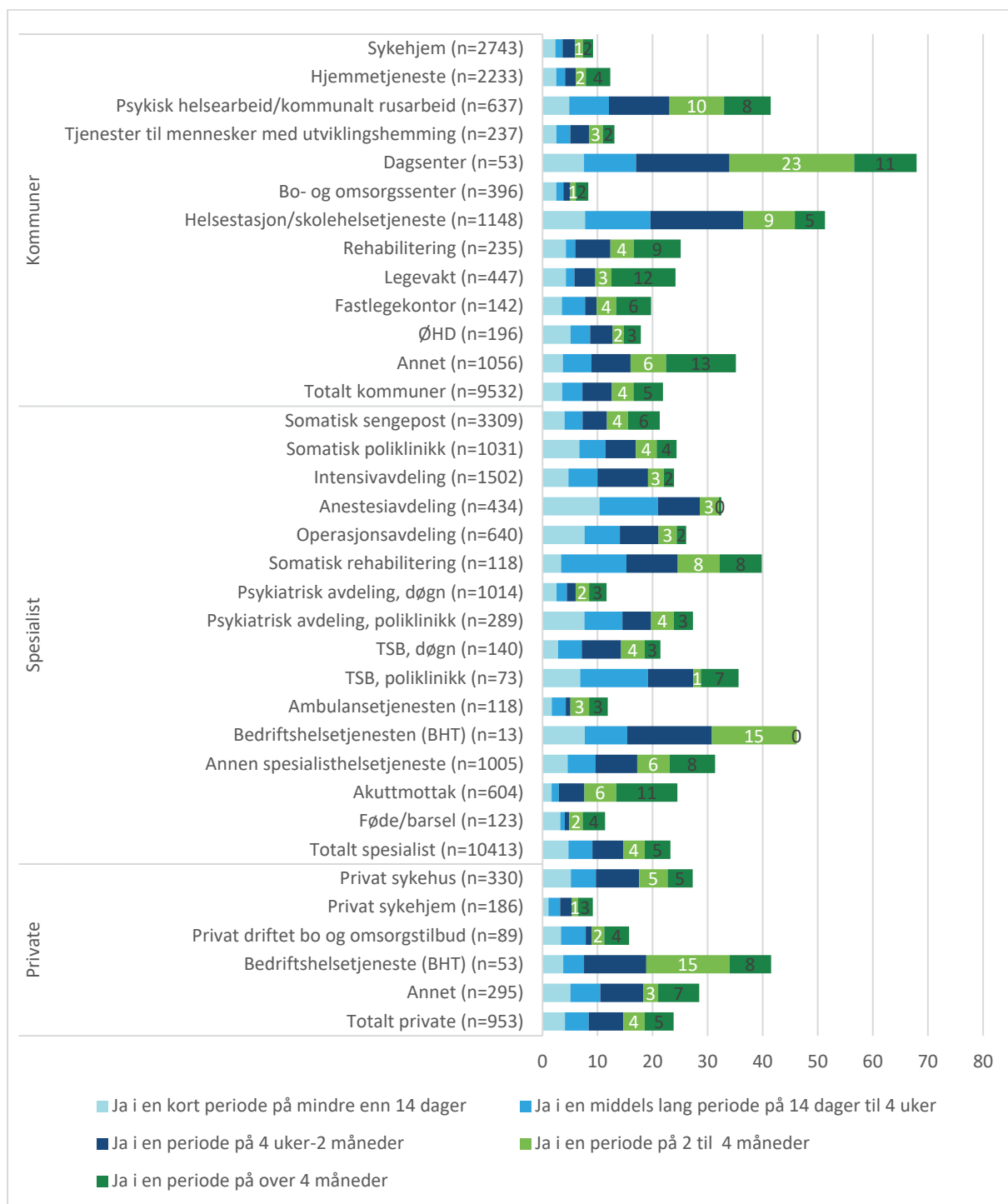
Av de 42 prosentene som har fått endringer i arbeidsoppgaver, ble 31 prosent flyttet til en koronarelatert avdeling/enhet og dette utgjør 13 prosent av alle sykepleierne i utvalget. Noen kan ha opplevd flere endringer. Ni prosent er satt til å bemanne telefontjeneste for befolkningen, og dette utgjør fire prosent av alle sykepleiere i landet, gitt at utvalget er representativt.

Tabell 6.2 Måten arbeidssted og arbeidsoppgaver endret på, n=21 237

	Endret arbeidssted			Endret arbeidsoppgaver		
	Antall	Andel	Av alle	Antall	Andel	Av alle
Bemanning av telefontjeneste for befolkningen	401	8	2	792	9	4
Bemanning av telefontjeneste for ansatte	121	2	1	401	5	2
Smittesporingsenhet	280	6	1	605	7	3
Teststasjon	497	10	2	1045	12	5
Koronarelatert avdeling/enhet	1561	32	7	2751	31	13
Ikke-koronarelatert avdeling/enhet	883	18	4	2390	27	11

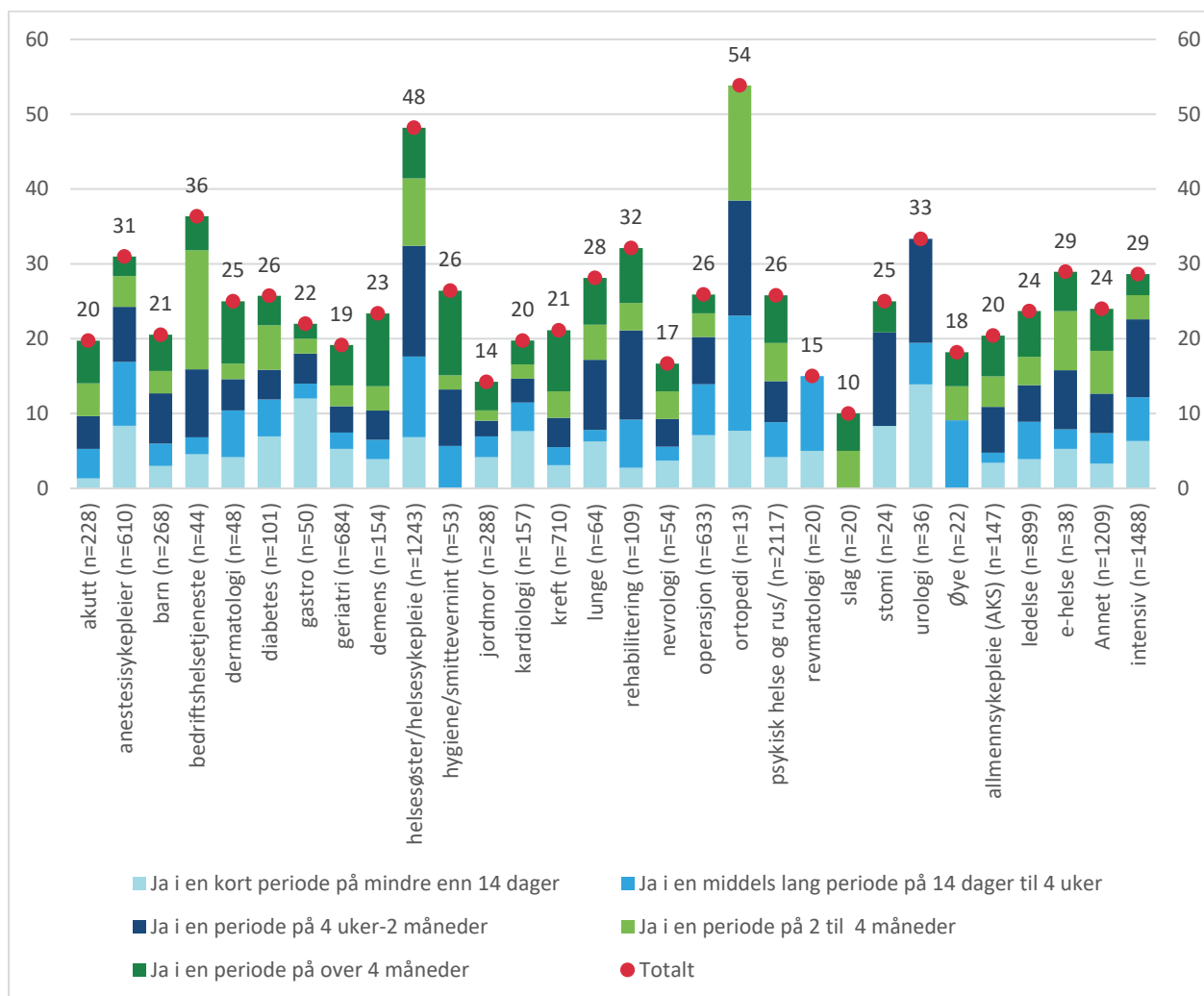


Figur 6.13 Prosent av sykepleierne i totalutvalget som svarer at de har fått endret arbeidssted eller arbeidsoppgaver.



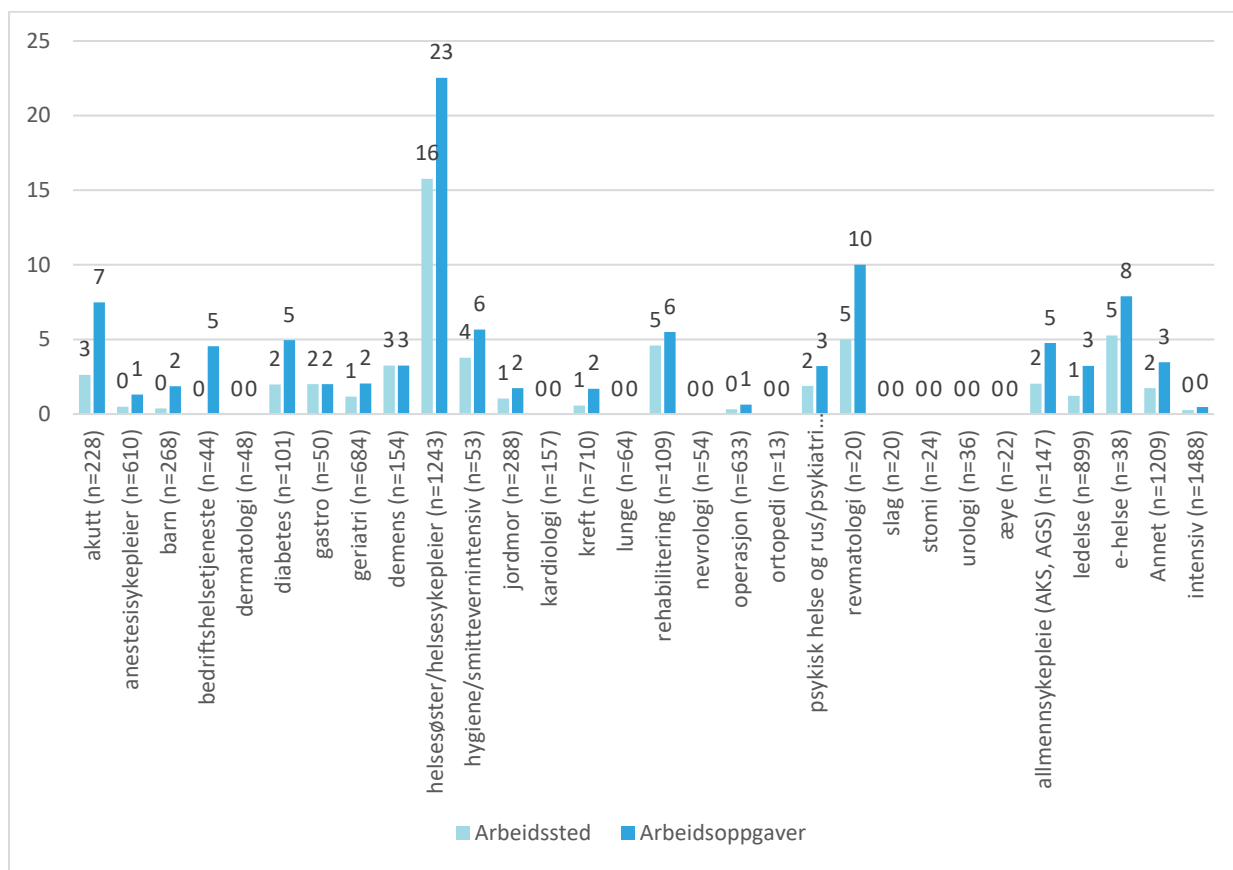
Figur 6.14 Endring i arbeidssted etter type tjeneste.

Det er 22 prosent i kommunene og 23 prosent i spesialisthelsetjenesten som svarer at de har skiftet arbeidssted og 27 prosent i privat sektor sett under ett. I kommunene, er det i tillegg til de som arbeider på dagsenter, særlig mange i helsestasjon og skolehelsetjeneste og innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som har skiftet arbeidssted.

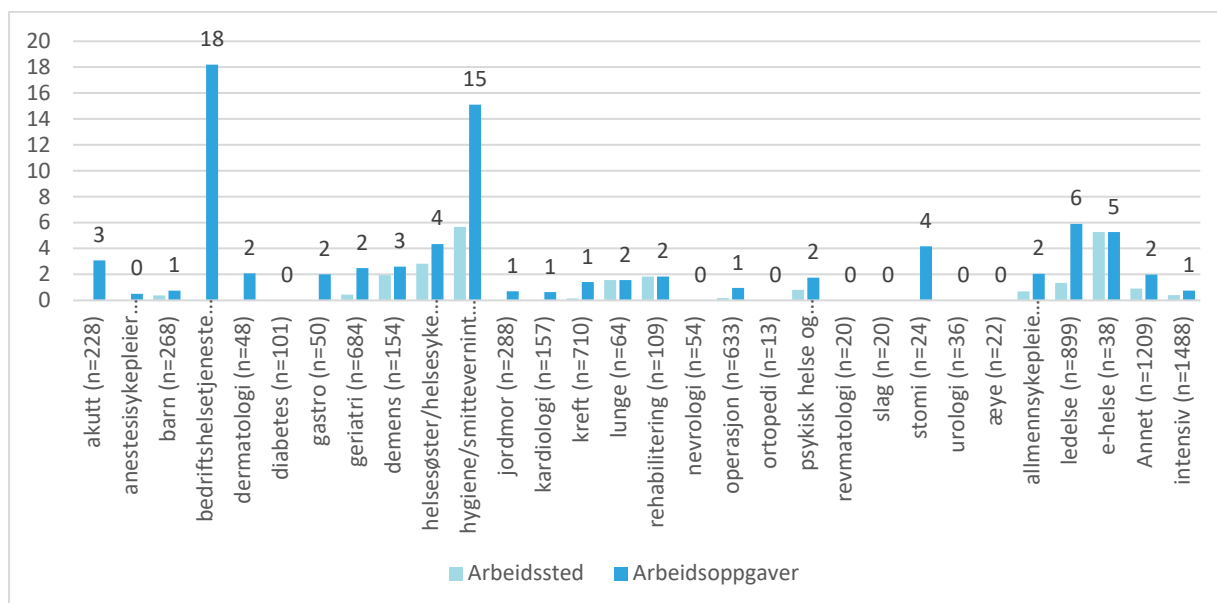


Figur 6.15 Endring i arbeidssted etter fagområde.

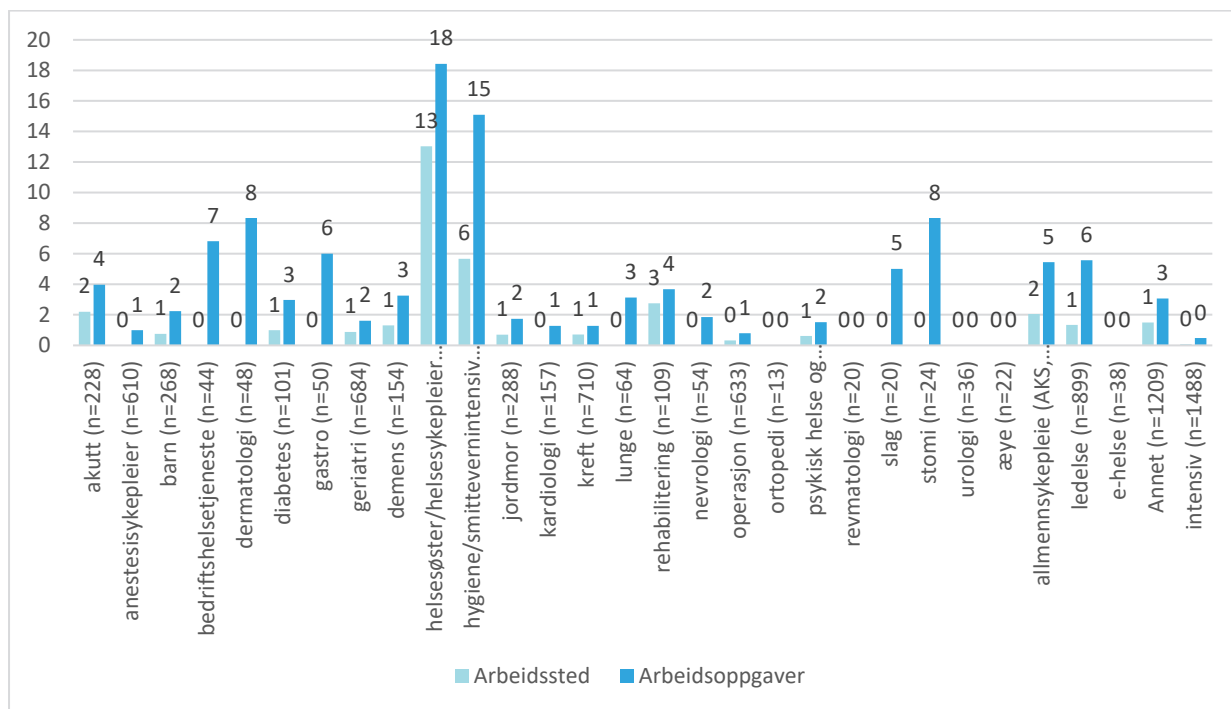
Det er sykepleiere innen ortopedi og helsesykepleiere som i størst grad har skiftet arbeidsplass, men også innen BHT, urologi og rehabilitering er det en del som har skiftet arbeidssted. I antall er helsesykepleiere de som i størst grad har flyttet arbeidssted.



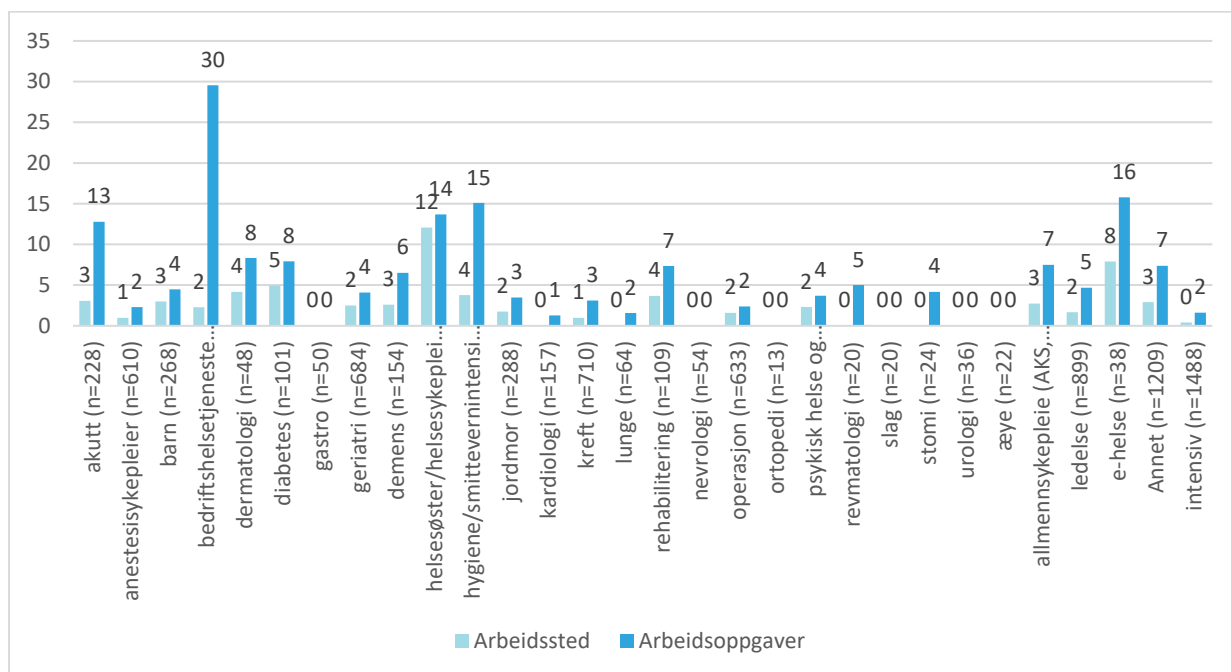
Figur 6.16 Andel som er satt til bemanning av telefontjeneste for befolkningen etter fagområde.



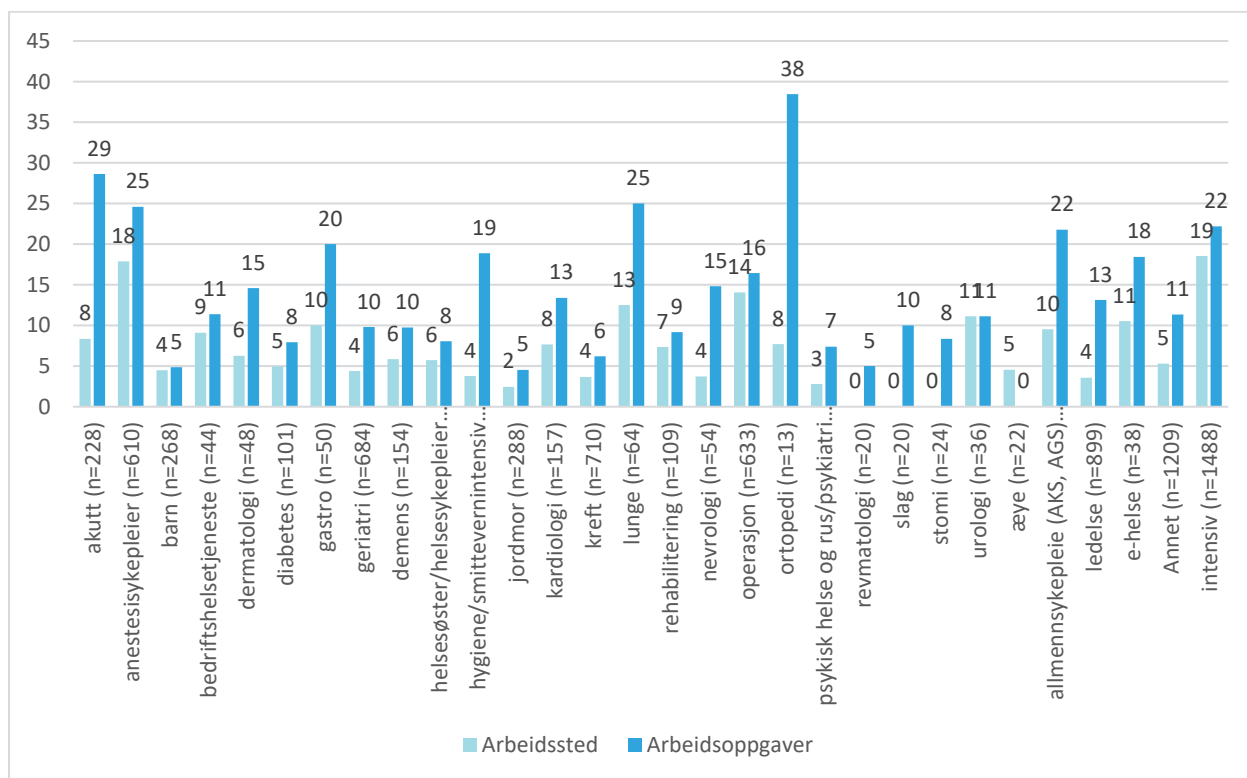
Figur 6.17 Andel som er satt til bemanning av telefontjeneste for ansatte etter fagområde.



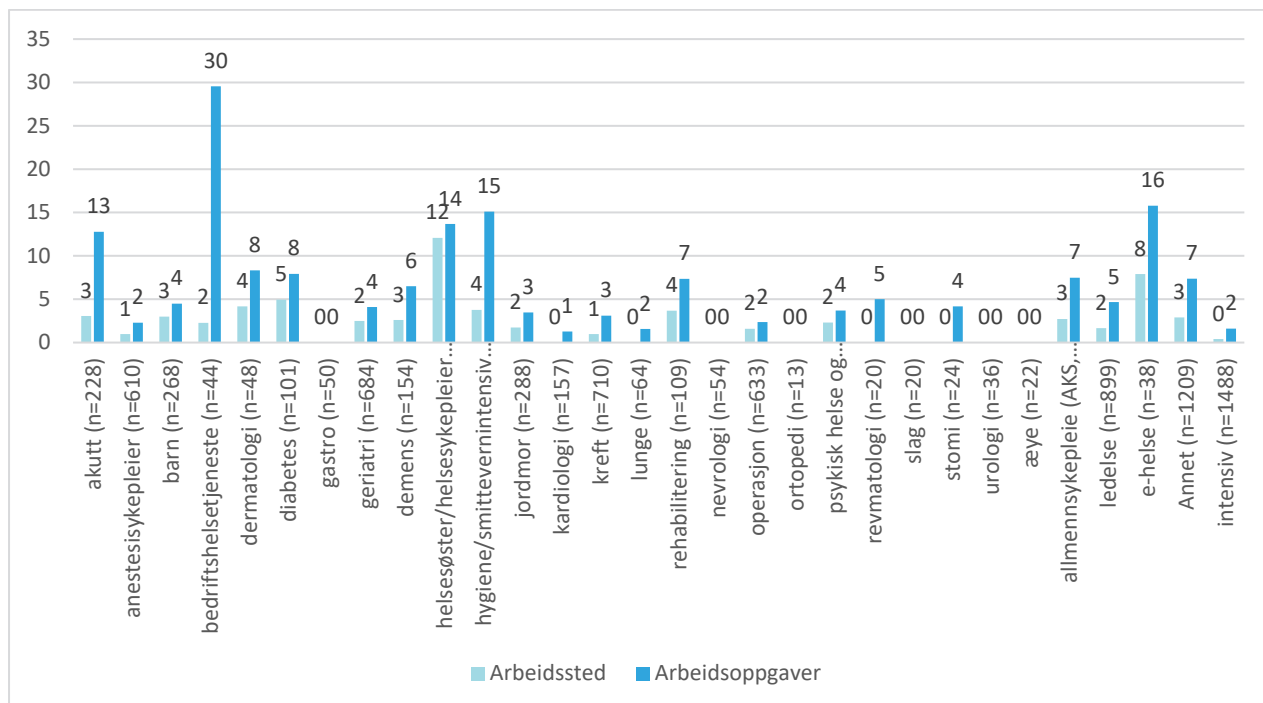
Figur 6.18 Andel som er flyttet til smittesporingsenhet etter fagområde.



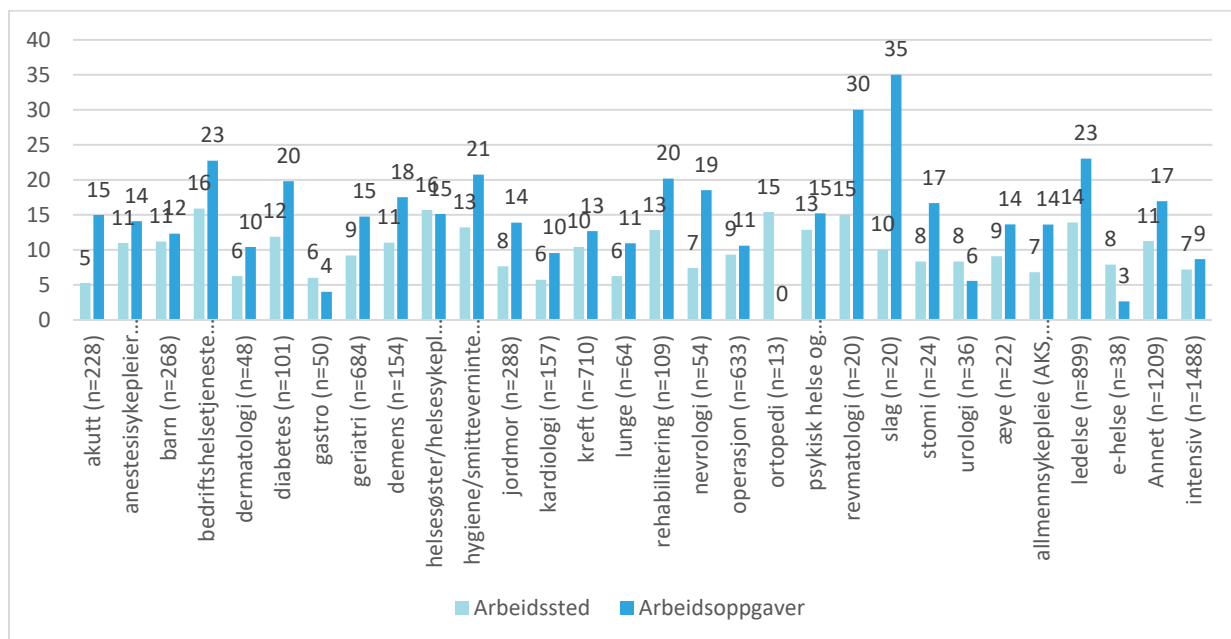
Figur 6.19 Andel som er flyttet til teststasjon etter fagområde.



Figur 6.20 Andel som er flyttet til koronarelatert avdeling/enhet etter fagområde.



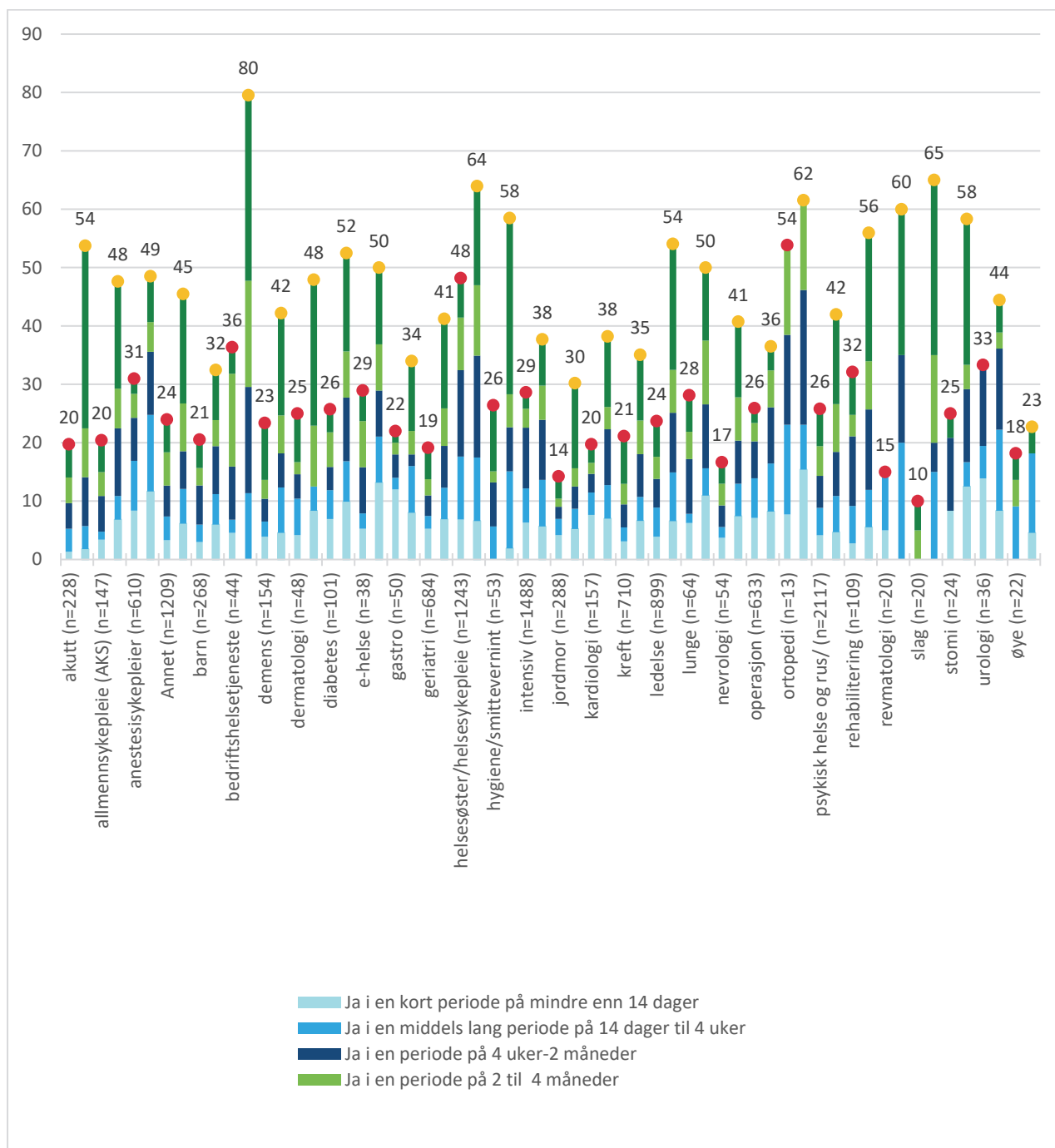
Figur 6.21 Andel som er flyttet til ikke-koronarelatert avdeling/enhet etter fagområde.



Figur 6.22 Andel som er flyttet til andre oppgaver etter fagområde.

Under annet kommer det frem at en del fikk hjemmekontor, mens andre er blitt omorganisert, eller startet på legevakt, legesenter, på ulike intensivavdelinger og andre steder.

Vi oppsummerer endring i arbeidssted eller arbeidsoppgaver ved å se på hvor mange som er påvirket på har fått endret arbeidssted og/eller oppgaver i hele utvalget fordelt på fagområder.

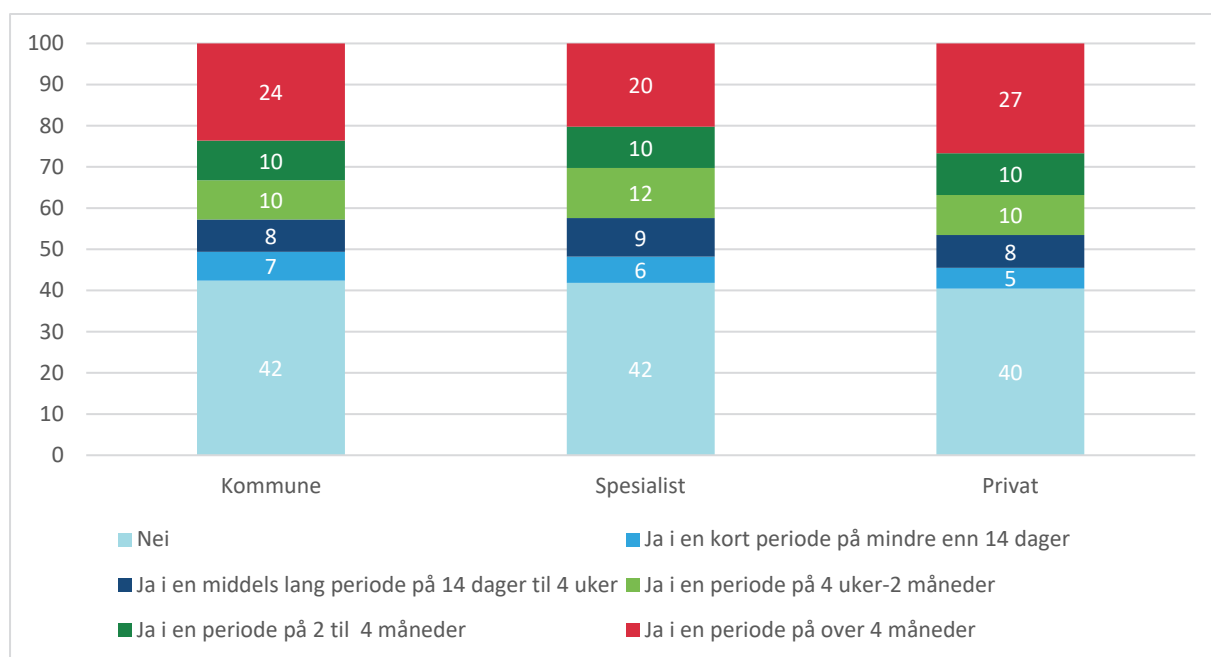


Figur 6.23 Fagområde og endring i arbeidssted (søyle med rød sirkel) og oppgaver (søyle med gul sirkel).

Av helsesykepleierne er det for eksempel 48 prosent som har skiftet arbeidssted og 64 prosent har fått nye oppgaver.

6.4 Endring i arbeidsbelastningen

Av de 58 prosentene av sykepleierne som har fått endring i arbeidsbelastning, er det få som har hatt en reduksjon i arbeidsbelastningen (fem prosent), mens 37 prosent har hatt en stor eller svært stor økning i arbeidsbelastningen. Dette tilsvarer 21 prosent av alle sykepleiere om utvalget er representativt. Det er ikke betydelige forskjeller mellom sektorer.



Figur 6.24 Varighet endring i arbeidsbelastning, sektor.

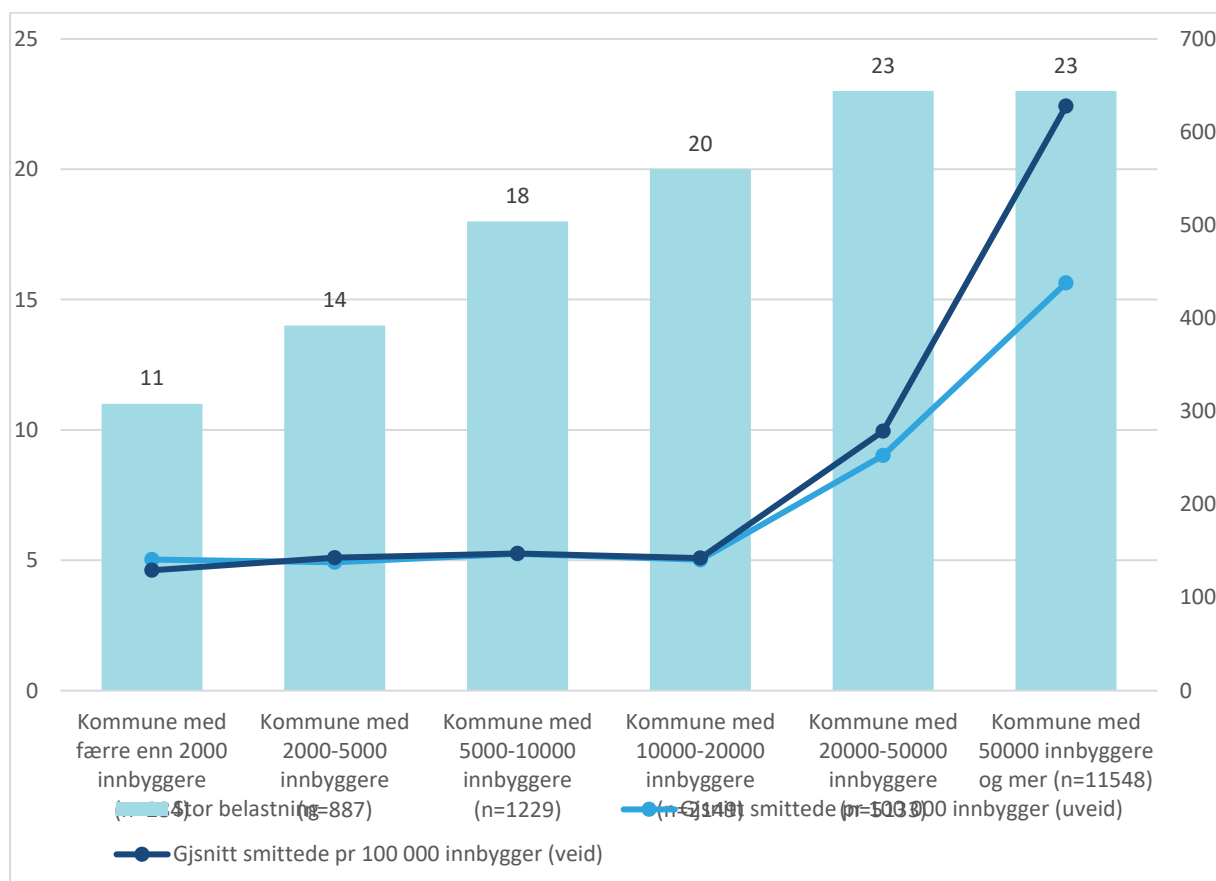
Tabell 6.3 Måten arbeidsbelastningen er endret på.

	Antall	Andel	Andel av alle
Svært stor økning i arbeidsbelastningen	1301	11	6
Stor økning	3206	27	15
Noe økning	5313	44	25
Kun marginal økning	1047	9	5
Kun marginal reduksjon	106	1	0
Noe reduksjon	367	3	2
Stor reduksjon	148	1	1
Svært stor reduksjon i arbeidsbelastning	34	0	0
Annet	533	4	3
Total	12055	100	58

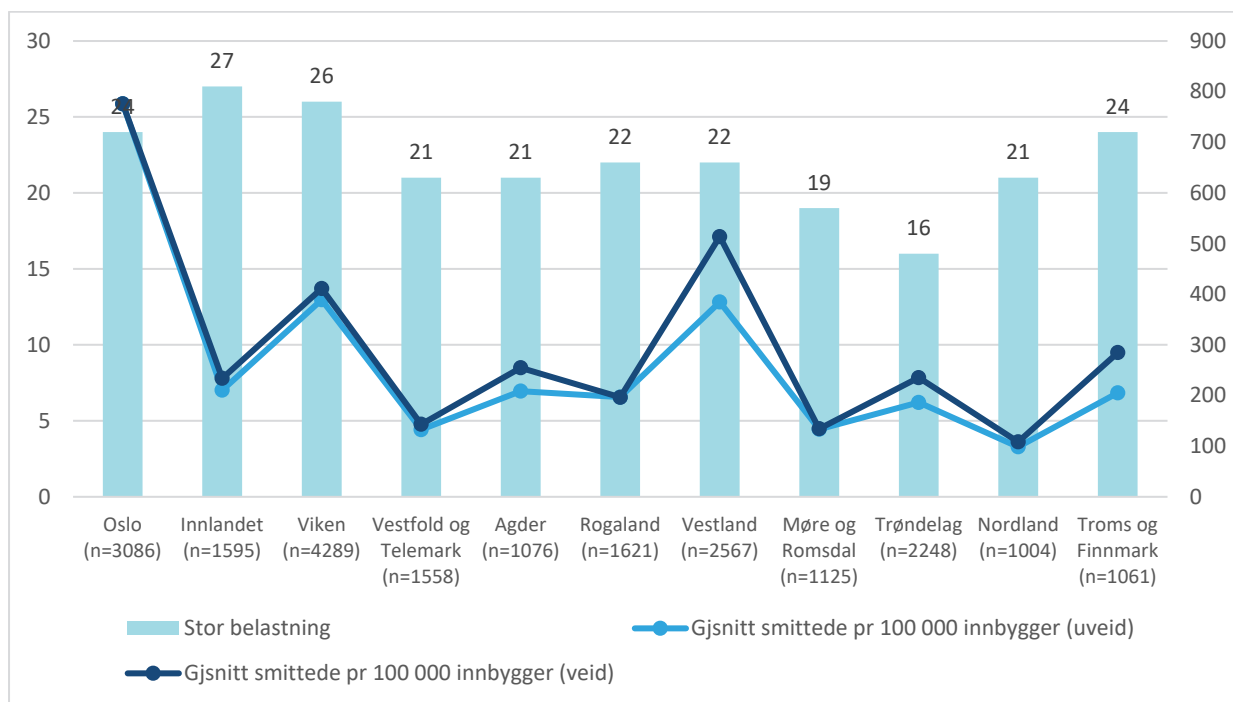
6.5 Arbeidsbelastning og smitte i kommunene

Vi har spurt om hvilken kommune sykepleierne arbeider i, men det er 6482 personer som ikke har oppgitt dette. For disse vet vi kun hvilket fylkeslag de tilhører. Det er også 12 personer som arbeider utenfor Norge. Det er kun fem kommuner vi ikke har noen respondenter ifra, og dette er små kommuner med færre enn tusen innbyggere. For 28650 sykepleiere, har vi informasjon om hvilken kommune de arbeider i og om totalt antall smittede i kommunen når uke 42 er ferdig. Dette gir et godt grunnlag for å undersøke om svarene fra sykepleierne systematisk varierer med smittenivået i befolkningen.

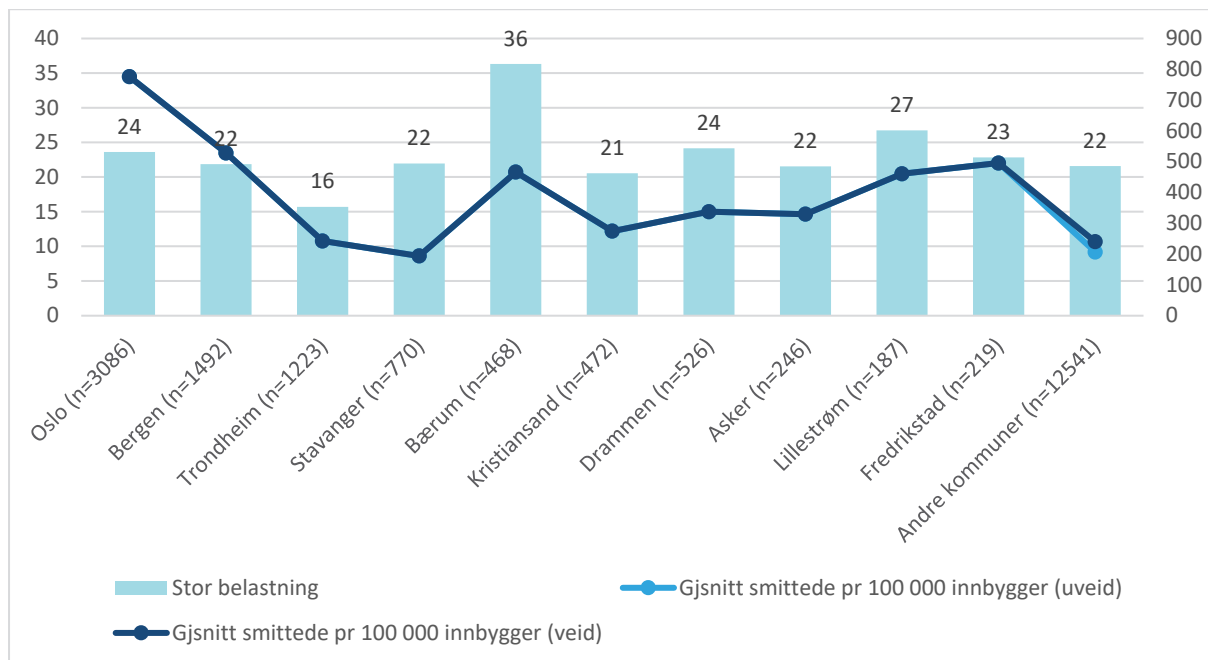
Som vist i kapittel 6.4, er det 21 prosent av sykepleierne i utvalget som svarer at de har hatt en stor eller svært stor økning i arbeidsbelastningen. Det er disse vi ser på i dette delkapittelet. Her brukes veide og uveide gjennomsnitt etter befolkning. Det betyr at dersom det veide snittet er lavere enn det uveide snittet, er det små kommuner som har høye smittetall, men om det veide snittet er høyere enn det uveide, er det store kommuner som drar opp smittetallene. I figur 6.25 er det for eksempel dermed de store kommunene som drar opp smittetallene i den øverste kommunegruppen, og dette er særlig Oslo og Bergen.



Figur 6.25 Andel av sykepleierne som opplevde stor eller svært stor arbeidsbelastning (september-oktober, 2020) og gjennomsnittlig antall smittede i kommunegruppen per 100 000 innbygger til og med uke 42, kommunestørrelse.

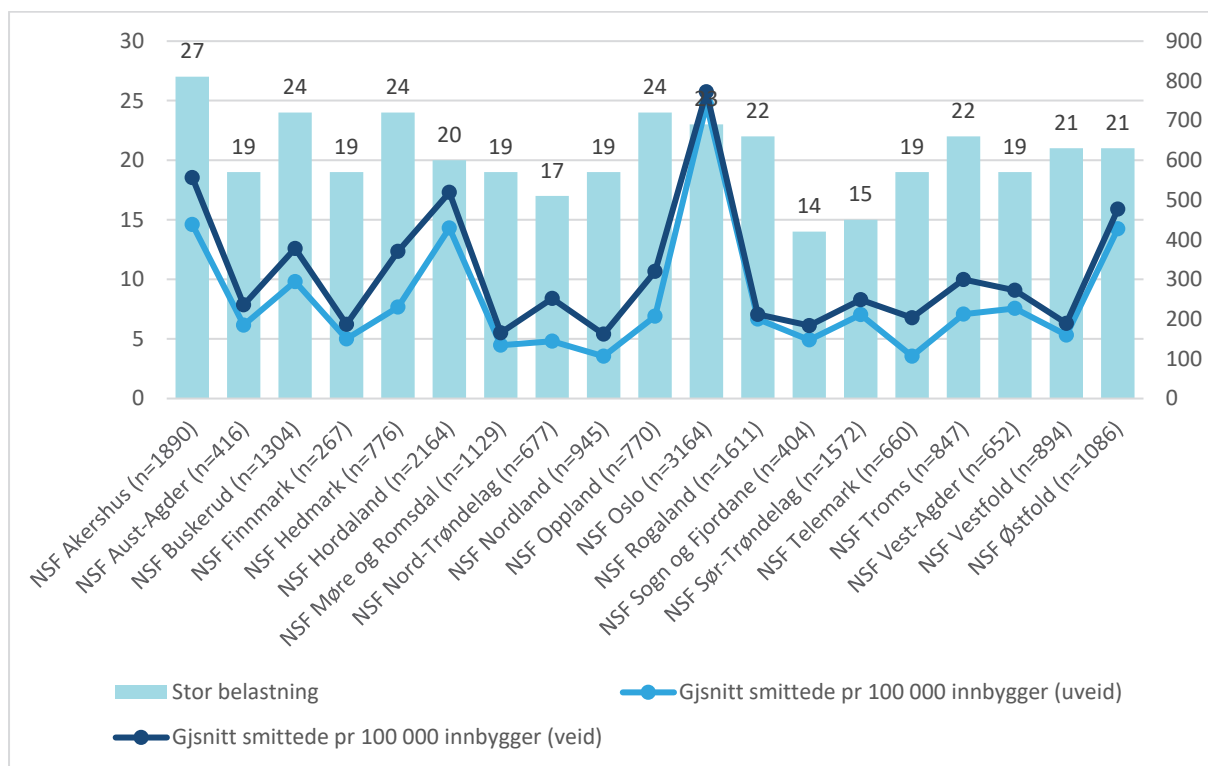


Figur 6.26 Andel av sykepleierne som opplevde stor eller svært stor arbeidsbelastning (september-oktober, 2020) og gjennomsnittlig antall smittede i kommunegruppen per 100 000 innbyggere til og med uke 42, fylke.



Figur 6.27 Andel av sykepleierne som opplevde stor eller svært stor arbeidsbelastning (september-oktober, 2020) og gjennomsnittlig antall smittede i kommunegruppen per 100 000 innbyggere til og med uke 42, ti største kommuner.

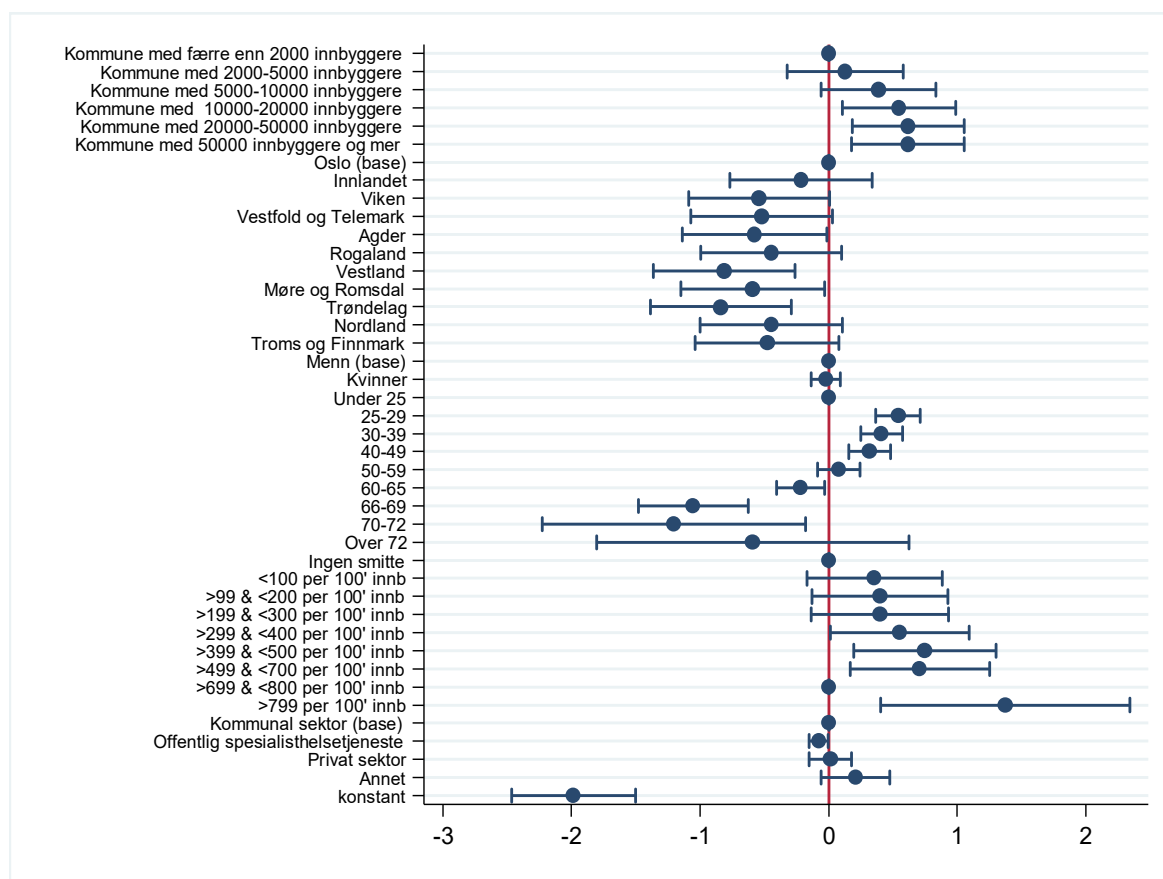
Den siste muligheten for geografisk variasjon er å gruppere respondentene etter fylkeslag, slik at vi får med den forrige fylkesinndelingen.



Figur 6.28 Andel av sykepleierne som opplevde stor eller svært stor arbeidsbelastning (september-oktober, 2020) og gjennomsnittlig antall smittede i kommunegruppen per 100 000 innbygger til og med uke 42, fylkeslag.

Vi har også inkludert en grafisk versjon av resultatene fra en enkel regresjonsanalyse for å illustrere hvordan sannsynligheten for å rapportere stor eller svært stor arbeidsbelastning varierer med ulike kjennetegn ved respondenten.

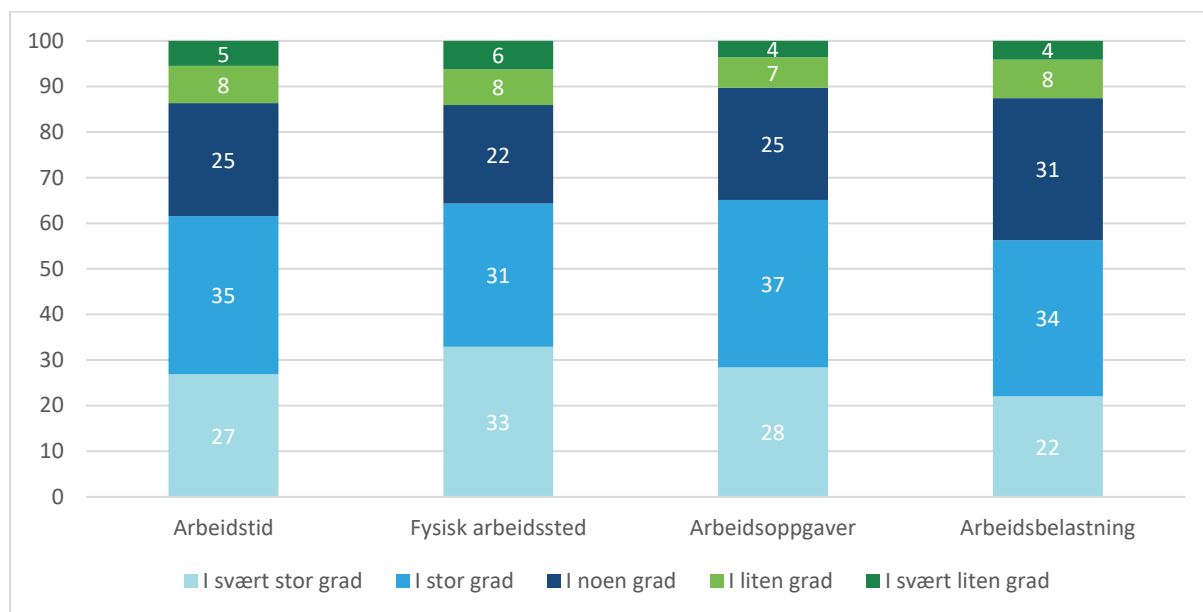
Det er tydelig slik at det er høyere sannsynlighet for å oppgi stor arbeidsbelastning i store kommuner enn i små kommuner, og på fylkesnivå er det ingen som ligger høyere enn Oslo og sykepleiere i Vestland, Møre og Romsdal og Trøndelag har signifikant færre som rapporterer om stor arbeidsbelastning enn i Oslo i september – oktober 2020. Det er ingen kjønnsforskjell i sannsynligheten for å rapportere stor arbeidsbelastning, men det er tydelige aldersforskjeller. Det er aldersgruppen 25-29 år som har høyest sannsynlighet for å rapportere om høy arbeidsbelastning, og andelen går tydelig ned med økt alder. For de over 72 år er det så stor variasjon at det ikke er statistisk signifikante forskjeller. Når vi ser på smittesituasjonen i arbeidskommunen, finner vi at økt smitte i forhold til antall innbyggere gir økt sannsynlighet for å rapportere om høy arbeidsbelastning. Når vi har kontrollert for disse forskjellen, er det ingen forskjeller mellom sektorer.



Figur 6.29 Regresjonsresultat (logit) om de opplever stor arbeidsbelastning eller ikke. N=21230

Det er viktig å ta hensyn til den akkumulerte belastningen som sykepleierne og andre ansatte i helse og omsorgstjenestene våre nå opplever. Mange har gått i mange måneder med høy arbeidsbelastning, og HMS-arbeidet må innrettes mot dette for å unngå overbelastning og

6.6 Grad av enighet om endringen



Figur 6.30 I hvilken grad er de enig i at det var/er behov for denne endringen i arbeidstid, fysisk arbeidssted, arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning.

Som vi viser i kapittel 18, er det smittetilstanden i kommunen korrelert med grad av enighet når det gjelder arbeidstid og fysisk arbeidssted, men ikke når det gjelder endring i arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning.

6.7 Endring i lønn

Ni prosent av utvalget oppgir at de har opplevd endringer i lønn som følge av koronasituasjonen, og andelen er høyest i privat kommersiell sektor og lavest i kommunene og i privat kommersiell sektor.

Tabell 6.4 Antall og andel som har opplevd endring i lønn som følge av koronasituasjonen.

	Ja	Nei	Total	Andel ja
Kommunal sektor	636	8 770	9 406	7
Offentlig spesialisthelsetjeneste	1 189	9 114	10 303	12
Privat, ideell sektor	62	616	678	9
Privat kommersiell sektor	40	225	265	15
Annet	45	276	321	14
Total	1 972	19 001	20 973	9

Det er få som har fått redusert lønn (fire prosent av de med endringer i lønn) og dette utgjør 0,3 prosent av alle sykepleierne i totalutvalget. Flest har fått noe økt lønn (51 prosent av de med endring i lønn) og dette utgjør 4,7 prosent av alle sykepleierne i totalutvalget.

Tabell 6.5 Antall og andel som har opplevd endring i lønn som følge av koronasituasjonen.

	Antall	Andel	Andel av alle
Betydelig redusert lønn	70	4	0.3
Noe redusert lønn	160	8	0.8
Marginalt redusert lønn	22	1	0.1
Marginalt økt lønn	547	28	2.6
Noe økt lønn	1 008	51	4.7
Betydelig økt lønn	152	8	0.7
Total	1 959	100	9.2

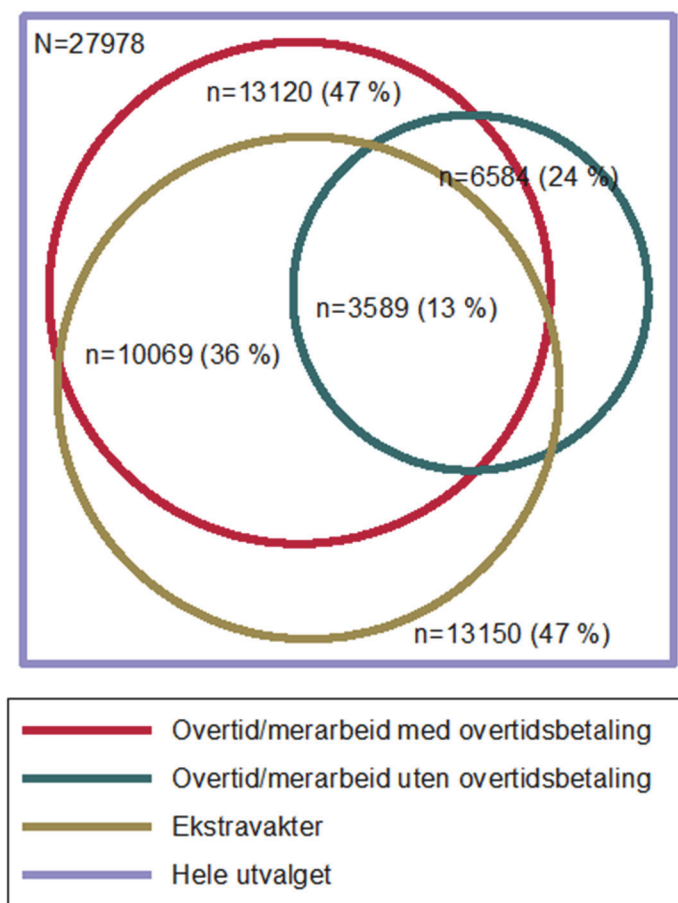
6.8 Overtid/merarbeid og ekstravakter

Nesten halvparten av sykepleierne har arbeidet overtid/mertid med overtidbetaling (47 prosent) og nesten like mange har hatt ekstravakter. Det er 24 prosent som svarer at de har arbeidet overtid eller hatt merarbeid uten overtidbetaling som følge av koronasituasjonen.

Tabell 6.6 Antall og andel som arbeidet betalt/ubetalt overtid/merarbeid og ekstravakter som følge av koronasituasjonen.

	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
Arbeidet overtid/merarbeid (arbeid utover avtalt arbeidstid) med overtidbetaling siden 12. mars som følge av koronasituasjonen?	13 120	14 858	27 978	47
Arbeidet overtid/merarbeid (arbeid utover avtalt arbeidstid) uten overtidbetaling siden 12. mars som følge av koronasituasjonen?	6 584	20 672	27 256	24
Arbeidet ekstravakter siden 12. mars som følge av koronasituasjonen?	13 150	14 484	27 634	47

Mange har både arbeidet overtid/mertid med og uten overtidbetaling og har også arbeidet ekstravakter i perioden (13 prosent), mens 36 prosent har arbeidet overtid/merarbeid med overtidbetaling i tillegg til ekstravakter (se figur 6.26).



Figur 6.31 Proporsjonalt venndiagram.

Det er totalt 7 461 personer som har angitt antall timer og uker de har arbeidet betalt overtid/mertid, og det er rundt 3-4 timer per uke som er oppgitt. Dette gjelder altså de som har svart at de arbeider overtid/mertid (mer enn null timer oppgitt).

Tabell 6.7 Antall og andel som arbeidet betalt overtid/merarbeid og ekstravakter som følge av koronasituasjonen

	Median		Gjennomsnitt		Median timer per uke	Gjennomsnittlige timer per uke	Antall komplette
	timer	uker	timer	uker			
Kommunal sektor	20	7	37	10	3	4	2 864
Offentlig spesialisthelsetjeneste	30	8	50	12	4	4	4 233
Privat sektor	21	6	40	9	4	4	256
Annet	30	8	52	11	4	5	108
Totalt	25	8	42	11	3	4	7 461

Det er 3646 personer som har gitt anslag på antall timer og antall uker, og vi beregner at det er 2-3 timer i uken som er arbeidet ekstra uten overtidsbetaling i perioden.

Statistikk fra andre kilder kan trolig gi bedre anslag enn det vi her beregner, men basert på det som er oppgitt, finner vi ikke tydelige og systematiske forskjeller mellom sektorer.

Tabell 6.8 Antall og andel som arbeidet ubetalt overtid/merarbeid og ekstravakter som følge av koronasituasjonen.

	Median		Gjennomsnitt		Median timer per uke	Gjennomsnittlige timer per uke	Antall komplette
	timer	uker	timer	uker			
Kommunal sektor	21	10	41	12	2	3	1 908
Offentlig spesialisthelsetjeneste	20	10	36	12	2	3	1 466
Privat sektor	20	10	47	12	2	4	194
Annet	30	12	42	12	3	3	78
Totalt	20	10	37	12	2	3	3 646

Vi beregner at 47 prosent av alle sykepleiere har arbeidet ekstravakter i perioden, og 45 prosent svarer på hvor mange de ekstravakter de har arbeidet. Det er 18 prosent som har hatt færre enn fem vakter og 16 prosent som har hatt mellom fem og ti ekstravakter. Fem prosent av sykepleierne har arbeidet mer enn 20 ekstravakter i perioden.

Tabell 6.9 Antall og andel som arbeidet ekstravakter som følge av koronasituasjonen.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Totalt		
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Av alle
Færre enn fem	1 855	39	2 835	41	187	40	4 940	40	18
5-10 vakter	1 620	34	2 626	38	160	34	4 471	36	16
11-19 vakter	685	14	924	13	64	14	1 708	14	6
20-29 vakter	284	6	345	5	34	7	679	5	2
30-39 vakter	140	3	122	2	12	3	281	2	1
40-49 vakter	57	1	46	1	5	1	116	1	0
Over 50 vakter	129	3	89	1	5	1	230	2	1
Total	4 770	100	6 987	100	467	100	12 425	100	45

Det er også spurt om de har fått overtidsbetaling for noen av ekstravaktene, og 46 prosent av de som har gått ekstravakter har fått overtidsbetaling for alle. Andelen som har fått overtidsbetaling for ekstravaktene er systematisk høyere i spesialisthelsetjenestene enn i kommunene og i privat sektor.

Tabell 6.10 Antall og andel som har fått overtidsbetaling for ekstravaktene.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjenestene		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja, for alle ekstravaktene	1 730	36	3 748	53	161	34	5 713	46
Ja, for noen av ekstravaktene	1 660	35	2 311	33	151	32	4 179	33
Nei	1 399	29	964	14	161	34	2 597	21
Total	4 789	100	7 023	100	473	100	12 489	100

6.9 Endring i turnus

Nesten halvparten av sykepleierne har fått endringer i turnus som følge av pandemien og fem prosent har fått endringer i turnus/arbeidstid mer enn ti ganger i perioden. Det er 54 prosent av alle sykepleierne som oppgir at de ikke har hatt endring i turnus/arbeidstidsordning.

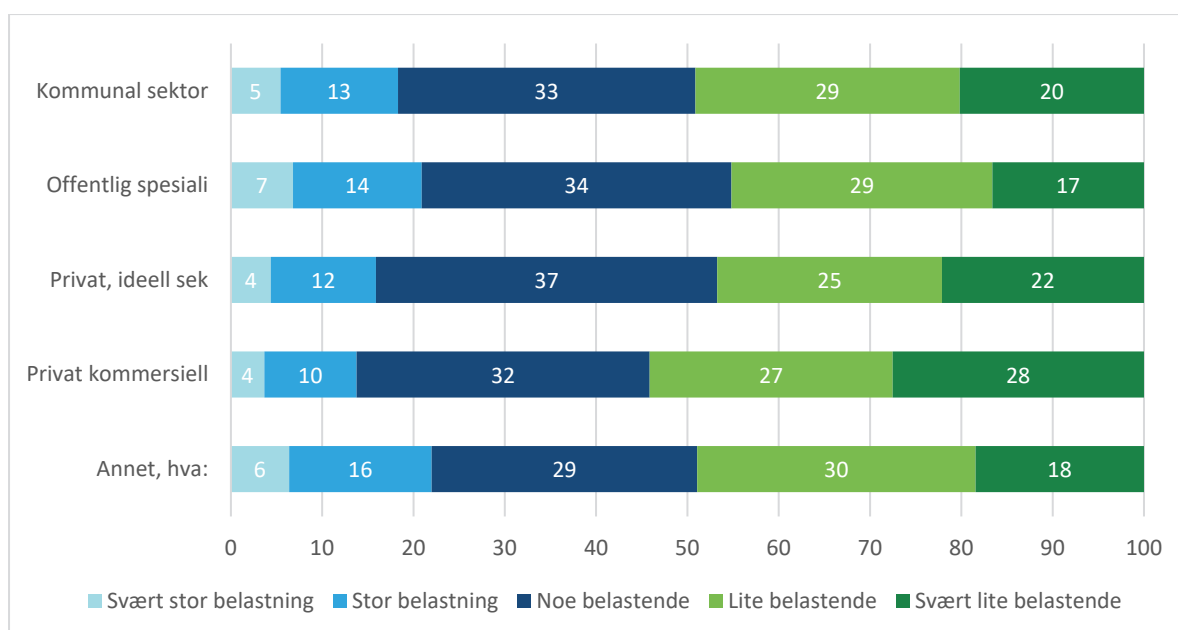
Tabell 6.11 Antall og andel som har fått endringer i turnus som følge av pandemien.

	Antall	Andel	Andel av alle
Ingen endring i turnus/arbeidstidsordning	11 441	55	54
1 gang endring i turnus/arbeidstidsordningen	2 072	10	10
2-3 ganger fått endringer i turnus/arbeidstidsordningen	2 986	14	14
4-6 ganger fått endringer i turnus/arbeidstidsordningen	1 353	7	6
6-10 ganger fått endringer i turnus/arbeidstidsordningen	683	3	3
Over 10 ganger fått endringer i turnus/arbeidstid	1 035	5	5
Annet	1 153	6	5
Total	20 723	100	100

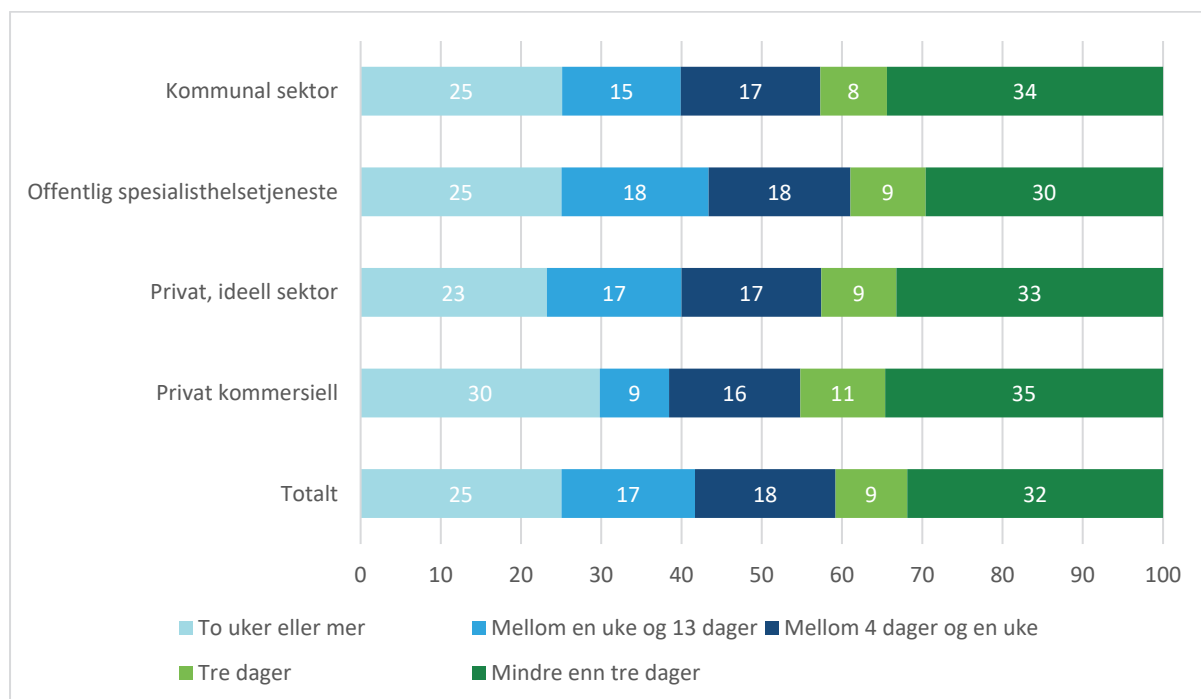
Ni prosent av sykepleierne har fått en helt ny turnus, og tre prosent som vanligvis ikke arbeider turnus, har måttet gå inn i turnus i pandemisituasjonen. Ni prosent av alle sykepleierne har fått hyppigere helgearbeid og syv prosent har fått lenger vakter.

Tabell 6.12 Antall og andel som har ulike endringer i turnus som følge av pandemien.

	Antall	Andel	Av alle
Mindre endringer i turnus	4232	51	20
Større endringer i turnus	891	11	4
Helt ny turnus	1995	24	9
Arbeider ikke turnus vanligvis, men har arbeidet turnus i koronasituasjonen	649	8	3
Hyppigere helgearbeid	1829	22	9
Lengre vakter	1385	17	7
Forkortet hviletid mellom vakter	771	9	4
Annet	1226	15	6


Figur 6.32 Hvor belastende (selvopplevd) endringer i turnus/arbeidstidsordning har vært for sykepleierne.

Det er ikke betydelige forskjeller mellom sektorer etter hvor belastende endringene i turnus oppleves å ha vært for sykepleierne.



Figur 6.33 Hvor lang tid på forhånd fikk du typisk beskjed om endringer i turnus/arbeidstidsordning.

32 prosent av alle fikk beskjed om endringer i turnus mindre enn tre dager på forhånd, og andelen er noe høyere i kommunene (34 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (30 prosent).

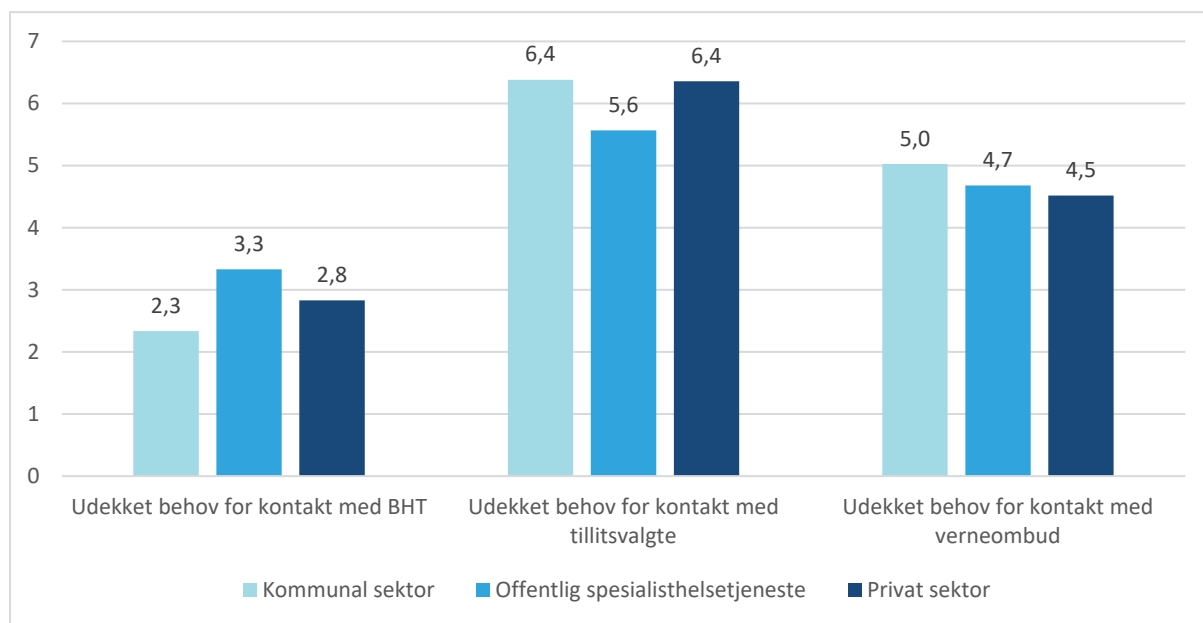
6.10 Kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud

Det er 11 prosent av sykepleierne i utvalget som oppgir at de har hatt kontakt med BHT i perioden, og 3 prosent udekkede behov for kontakt med BHT. Det er 24 prosent som oppgir at de har hatt kontakt med tillitsvalgte og 5 prosent har udekkede behov for kontakt med tillitsvalgte i løpet av koronasituasjonen. Hver femte sykepleier i utvalget har hatt kontakt med verneombud, og fire prosent har udekkede behov for kontakt med verneombud i koronasituasjonen.

Tabell 6.13 Antall og andel som har hatt kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud i løpet av koronasituasjonen.

	BHT		Tillitsvalgte		Verneombud	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja, hatt kontakt	2 485	11	5 599	24	4 791	20
Nei, men har hatt behov for kontakt	588	3	1 069	5	896	4
Nei, og ikke hatt behov for kontakt	20 203	87	16 771	72	17 689	76
Totalt	23 276	100	23 439	100	23 376	100

Det er signifikante forskjeller mellom sektorer, men forskjellene er små. Det er noen flere med udekkede behov for kontakt med BHT i spesialisthelsetjenesten og noen flere med udekkede behov for kontakt med tillitsvalgte i kommunene og i privat sektor. Forskjellene mellom sektorer i andel med udekkede behov for kontakt verneombud er ikke statistisk.



Figur 6.34 Andel med udekkede behov for kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud.

6.11 Hjemmekontor

Det er 21 prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en kortere eller lenger periode i koronasituasjonen. Andelen er høyest i privat sektor (30 prosent) og lavest i spesialisthelsetjenesten (15 prosent). De aller fleste som hadde hjemmekontor, hadde det i mindre enn 14 dager. Det er to prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en periode på over fire måneder, og andelen er systematisk høyere i privat sektor (seks prosent) enn i kommunene (to prosent) og i spesialisthelsetjenesten (en prosent).

Tabell 6.14 Andel som fikk hjemmekontor, sektor

	Kommunal sektor	Offentlig spesialisthelsetjeneste	Privat sektor	Totalt
Nei	74	85	70	79
Ja, i en kort periode på mindre enn 14 dager	11	9	9	10
Ja, i en middels lang periode på 14 dag	5	2	4	4
Ja, i en periode på 4 uker-2 måneder	5	1	5	3
Ja, i en periode på 2 til 4 måneder	2	1	6	2
Ja, i en periode på over 4 måneder	2	1	6	2
Total	100	100	100	100

6.12 Oppsummering

Av sykepleierne i helse- og omsorgstjenestene er det 30 prosent som har opplevd å få endring i arbeidstid som følge av koronasituasjonen, 23 prosent har hatt endring i fysisk arbeidssted, 42 prosent har fått nye arbeidsoppgaver og hver femte sykepleier har fått en stor økning i arbeidsbelastningen.

I kommunene er det særlig mange sykepleiere i helsestasjon- og skolehelsetjeneste som har fått endring i arbeidstiden (45 prosent) og i legevakt (41 prosent), mens i spesialisthelsetjenesten er det sykepleiere i anestesivdelinger (40 prosent), operasjonsavdelinger (35 prosent), i somatisk rehabilitering (34 prosent) og hver tredje sykepleier intensivavdelinger som har fått endret arbeidstid.

Det er 14 prosent av alle sykepleiere som har fått lengre arbeidsdager, 9 prosent har fått færre fridager mellom arbeidsperiodene. Fem prosent har fått flere springskift og nesten like mange har fått flere nattskift.

Når vi beregner hvor stor andel dette gjelder blant alle sykepleierne, er det 7 prosent som er flyttet til en koronarelatert avdeling, og 4 til en ikke koronarelatert avdeling.

Av de store fagområdene, er det helsesykepleierne som i størst grad påvirket av endringer i arbeidssted og oppgaver, og blant disse er det 48 prosent som har måttet skiftet arbeidssted og 64 prosent har fått nye oppgaver.

Videre har nesten halvparten av sykepleierne arbeidet overtid/mertid med overtidsbetaling (47 prosent) og nesten like mange har hatt ekstravakter. Det er 24 prosent som svarer at de har arbeidet overtid eller hatt merarbeid uten overtidsbetaling som følge av koronasituasjonen. Mange har både arbeidet overtid/mertid med og uten overtidsbetaling i tillegg til at de har arbeidet ekstravakter (13 prosent) i denne fasen av pandemien.

Nesten halvparten av sykepleierne har fått endringer i turnus som følge av pandemien og fem prosent har fått endringer i turnus/arbeidstid mer enn ti ganger i perioden. Ni prosent av sykepleierne har fått helt ny turnus, og tre prosent som vanligvis ikke arbeider turnus, har måttet gå inn i turnusarbeid i pandemisituasjonen. Ni prosent av alle sykepleierne har fått hyppigere helgearbeid og syv prosent har fått lenger vakter.

Det er 21 prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en kortere eller lenger periode i koronasituasjonen. Andelen er høyest i privat sektor (30 prosent) og lavest i spesialisthelsetjenesten (15 prosent). De aller fleste som hadde hjemmekontor, hadde det i mindre enn 14 dager. Det er to prosent av sykepleierne som har hatt hjemmekontor i en periode på over fire måneder, og andelen er systematisk høyere i privat sektor (6 prosent) enn i kommunene (2 prosent) og i spesialisthelsetjenesten (1 prosent).

7 Endring i aktivitetsnivå

Pandemien har ført til at mange beredskapstiltak er iverksatt, inkludert omdisponering av personale, som vi så på i forrige kapittel. Også andre effekter av pandemien, som at pasienter har isolert seg og unnlatt å oppsøke/bruke tjenester, gjør at man kan forvente en endring i aktivitetsnivået i helse- og omsorgstjenestene. I dette kapitlet ser vi nærmere på dette temaet. Vi bruker data fra den nasjonale kartleggingen for å belyse temaet, og vi ser særlig på:

- Om arbeidsplassen har fått endret aktivitetsnivå/nivå på tjenesteproduksjonen som følge av koronasituasjonen
- På hvilken måte aktivitetsnivået i tilfelle er endret
- Nivået på aktiviteten/tjenesteproduksjonen i dag

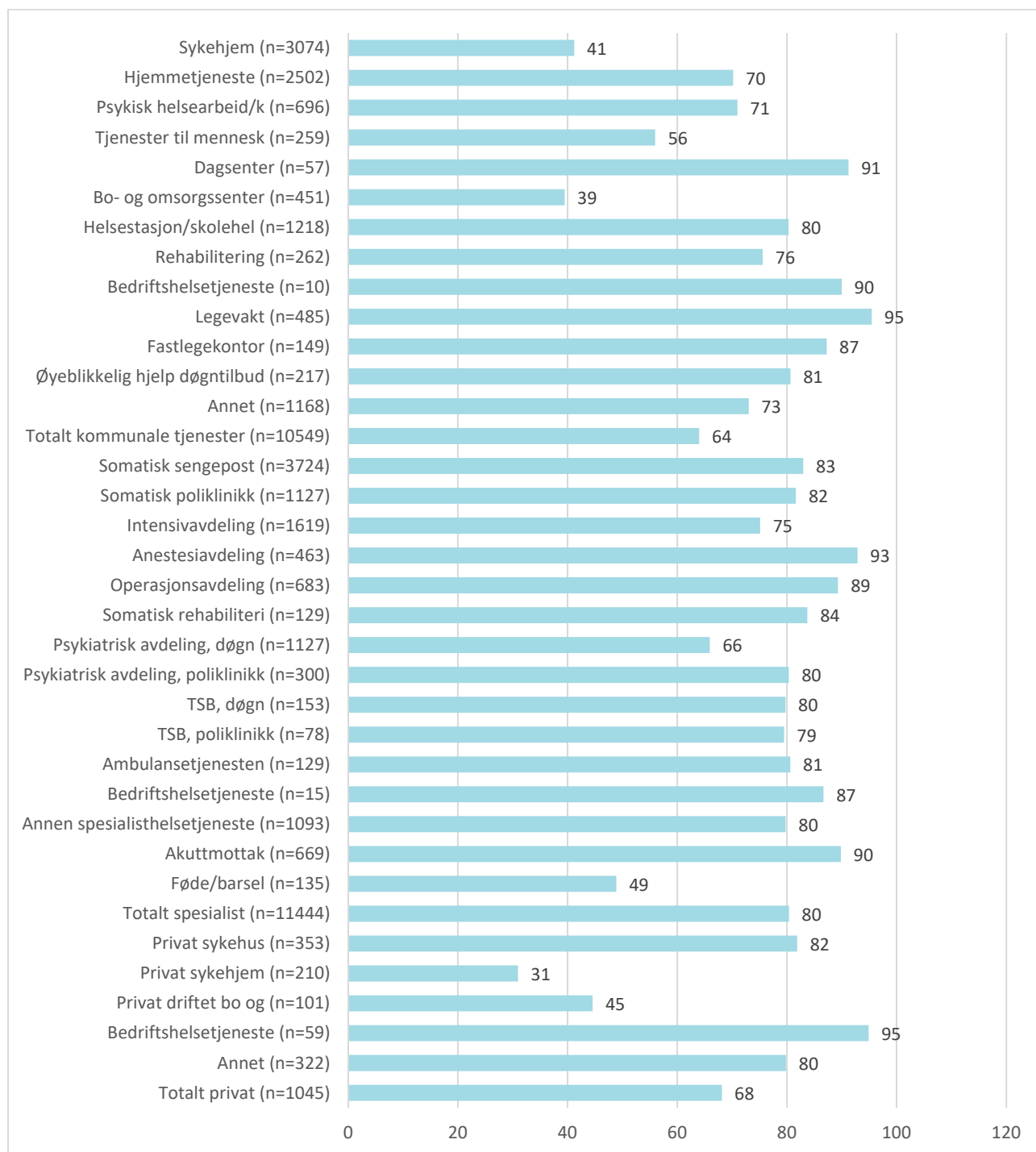
7.1 Endring av aktivitetsnivå i tjenestene

Totalt svarer 72 prosent av respondentene at aktivitetsnivået eller nivået på tjenesteproduksjonen er endret som følge av koronasituasjonen. Det er 80 prosent som svarer at aktivitetsnivået har endret seg i spesialisthelsetjenesten og 64 prosent i kommunale tjenester.

Tabell 7.1 Endret aktivitetsnivå på arbeidsplassen, sektor

	Ja	Nei	Total	Andel
Kommunal sektor	6 700	3 851	10 551	64
Offentlig spesialisthelsetjeneste	9 205	2 248	11 453	80
Privat, ideell sektor	509	238	747	68
Privat, kommersiell sektor	206	96	302	68
Privat, annet	275	85	360	76
Total	16 895	6 518	23 413	72

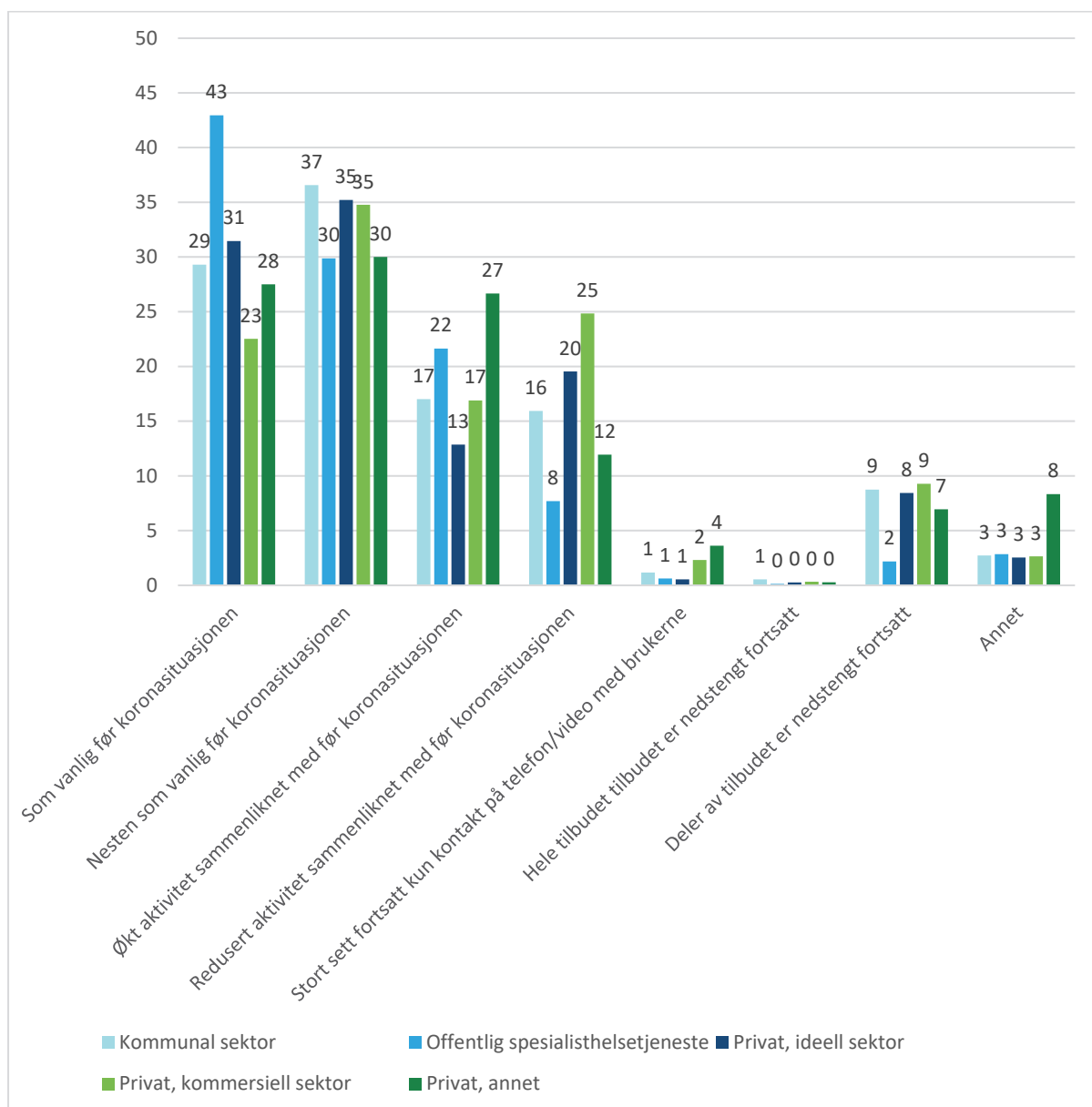
Her det gitt 13 571 åpne svar og det er stor variasjon i hvordan tilbudet ble endret. Noen tilbud ble helt nedstengt, andre utførte bare livsviktige oppgaver, mens noen opplevde at alle pasientene ble flyttet for at de skulle stå i beredskap for eventuelle smittede. Sykehusavdelinger fikk nedgang i elektiv behandling og færre pasienter, mens andre fikk færre, men sykere pasienter. I dette datagrunnlaget ligger det mye kunnskap om endringene som ble iverksatt, både tidlig i fasen og for lengre perioder.



Figur 7.1 Prosent av sykepleierne som svarer at aktivitetsnivået er endret på deres arbeidsplass.

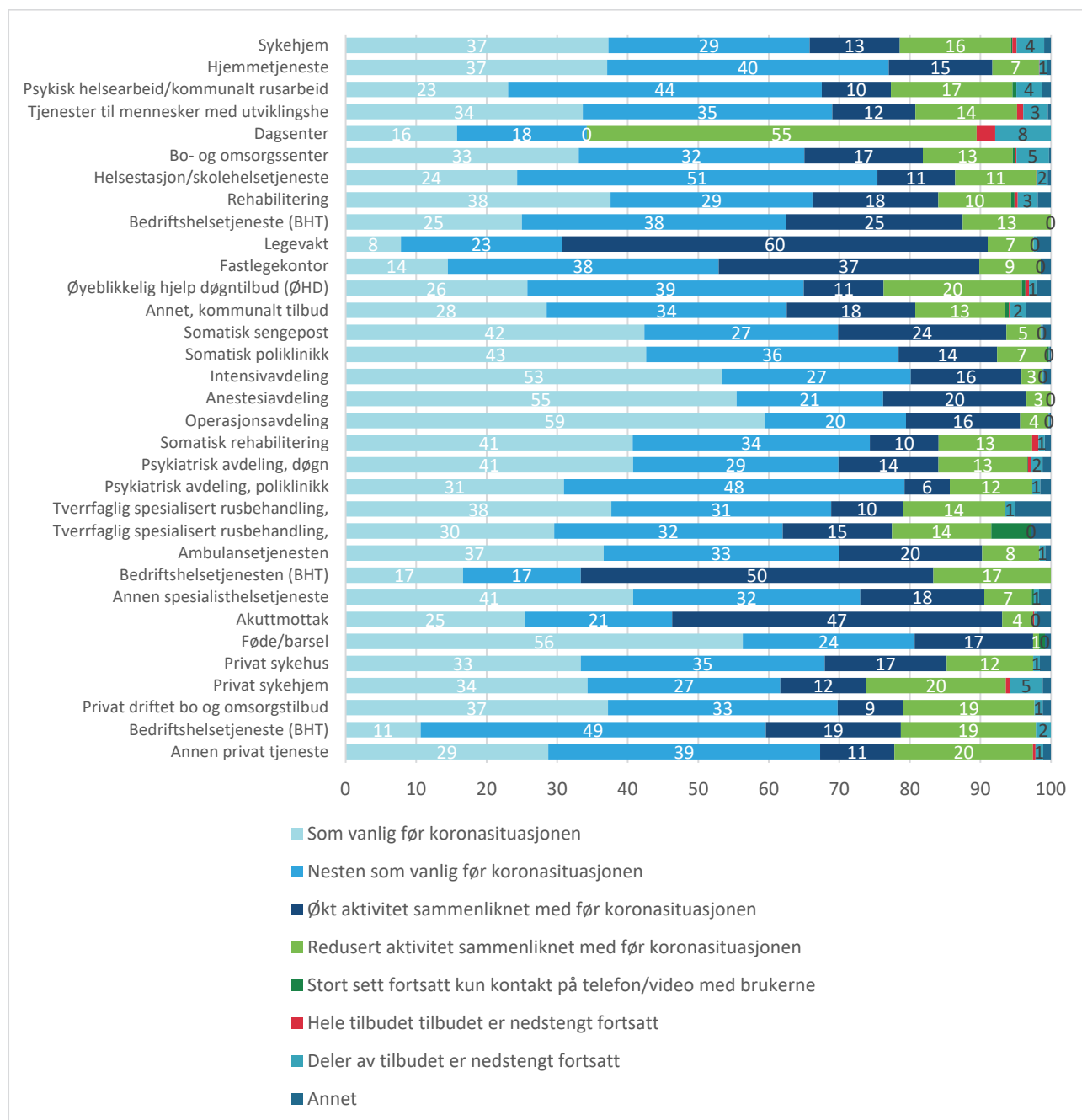
7.2 Aktivitetsnivå i dag

En større andel av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten svarer at aktiviteten er på vanlig nivå, som før koronasituasjonen (43 prosent) enn i kommunene (29 prosent). Men flere i kommunene svarer at det nå (september/oktober) er nesten som vanlig aktivitetsnivå (37 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (30 prosent). Det er i spesialisthelsetjenesten færrest svarer at det er redusert aktivitet sammenliknet med før koronasituasjonen (åtte prosent) og at deler av tilbudet er nedstengt fortsatt (to prosent). I kommunene er det 16 prosent som svarer at aktiviteten er redusert og ni prosent at deler av tilbudet fortsatt er nedstengt.



Figur 7.2 Aktivitetsnivå i dag, sektor

For å forenkle fremstillingen, ser vi kun på de som bare har gitt ett svar på spørsmålet om aktivitetsnivå nå (september/oktober), og dette utgjør 90 prosent av utvalget. Det er særlig dagsentrene som har redusert aktivitet sammenliknet med før koronasituasjonen (55 prosent), mens legevakt og BHT i spesialisthelsetjenesten (henholdsvis 60 og 50 prosent) særlig har økt aktivitet. Men også mange akuttmottak (47 prosent) og fastlegekontor (37 prosent) har økt aktivitet sammenliknet med før koronasituasjonen.



Figur 7.3 Aktivitet i dag (september-oktober, 2020)

7.3 Oppsummering

Totalt svarer 72 prosent av utvalget at aktivitetsnivået eller nivået på tjenesteproduksjonen er endret som følge av koronasituasjonen. Det er 80 prosent som svarer at aktivitetsnivået har endret seg i spesialisthelsetjenesten og 64 prosent i kommunale tjenester. En større andel av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten svarer at aktiviteten nå er på vanlig nivå, som før koronasituasjonen (43 prosent), mens 29 prosent av de ansatte i kommunene svarer det samme. Men noen flere i kommunene svarer at det nå er nesten som vanlig (37 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (30 prosent). Det er i kommunale tjenestene flest svarer at aktiviteten er redusert (16 prosent) og at deler av tilbudet fortsatt er nedstengt (9 prosent). I kommunene er det særlig dagsenter som har redusert aktivitet sammenliknet med før koronasituasjonen (55 prosent), mens legevakt og BHT i spesialisthelsetjenesten særlig har økt aktivitet (henholdsvis 60 og 50 prosent). Men også mange akuttmottak (47 prosent) og fastlegekontor (37 prosent) har økt aktivitet i september/oktober 2020 sammenliknet med før koronasituasjonen.

8 Konsekvenser for pasienter og brukere

Gjennom koronapandemiens første fase er det tydelig at mange pasienter, brukere, elever, kort sagt alle typer av tjenestemottakere på ett eller annet vis har merket konsekvensene av pandemien. Den har vært merkbar både ved at en del tjenestetilbud har vært stengt ned og ved at pasientene selv har vegret seg for å oppsøke tjenestene i frykt for å bli smittet av covid-19. Sykepleierne er blant de tjenesteutøverne som er nærmest pasientene. De har dermed gode forutsetninger for å vurdere hva slags konsekvenser pandemien har hatt (så langt) for pasienter og brukere. I dette kapitlet anvender vi data fra intervjuene og fra kartleggingsundersøkelsen for å undersøke konsekvenser av pandemien for pasientene. Vi ser spesielt på:

- Smittesituasjonen i ulike pasient-/brukergrupper
- Ivaretagelse av alvorlig syke og døende covid-19-syke pasienter
- Oppfølging av pasienter/brukere som ikke har vært smittet
- Konsekvenser for ulike målgrupper i tjenestene

8.1 Å jobbe med covid-19-syke og døende

Med utgangspunkt i intervjuene, ser vi nærmere på hvordan sykepleierne som har jobbet tettest på covid-19-syke pasienter har erfart situasjonen. Vi belyser blant annet hvordan sykepleiere har opplevd å arbeide i fullt smittevernutstyr, hvordan det har vært å jobbe med disse pasientene kontra andre pasienter - og hvordan usikkerhet og redsel preget flere steder som opplevde smitteutbrudd blant ansatte og pasienter. Vi tar også for oss eksempler på konsekvenser for andre bruker- og pasientgrupper enn covid-19-pasienter. Funn fra intervjuene presenteres i to hoveddeler der vi først ser på erfaringer med å jobbe med alvorlig syke og døende covid-19-pasienter og deretter konsekvenser for andre pasient- eller brukergrupper.

8.1.1 Smitten kom brått: ansatte og pasienter var redde

Et generelt inntrykk fra intervjuene med sykepleiere ved sykehjem som hadde jobbet med covid-19-syke pasienter var at de ble overrasket da smitten kom til sykehjemmet. Flere informanter beskrev det som et sjokk å få vite at noen av deres pasienter var smittet. En informant fortalte at hennes leder hadde uttalt at hun var helt sikker på at viruset ikke ville komme til dem. Like etterpå fikk de smitte inn i institusjonen, og både beboere og ansatte ble smittet. Fordi ansatte heller ikke var kjent med hvordan covid-19-sykdom kan arte seg, var det vanskelig å skjønne at symptomene hos beboerne faktisk skyldtes om koronavirus:

Det var [dato] mars, da var det en pasient som plutselig fikk masse oppkast, diaré, ble ikke kontaktbar. Hun fikk lav oksygenmetning, lavt blodtrykk. Så umiddelbart tenkte vi jo at hun var jo ganske...ja hun hadde jo ikke så god allmenntilstand fra før, så vi tenkte jo at hun hadde fått omgangssyke eller noe

sånt. Vi isolerte henne med omgangssyken, men så var det jo legen vår, tilsynslegen som senere sa at kanskje vi bare må ta en sånn koronaprøve, for det hadde jo vært et tilfelle på et annet sykehjem. Så vi trodde jo ikke det var det i det hele tatt, for det var jo ikke de symptomene som vi hadde hørt om. (K1)

Sitatet over er hentet fra en sykepleier ved et sykehjem som fortalte om da de fikk sitt første tilfelle av koronasmitte. Flere informanter fra de andre tidlig rammede sykehjemmene hadde lignende historier, som handlet om hvor plutselig smitten kom inn. Ettersom symptombildet kunne være diffust, førte det i sin tur til at det tok tid å isolere smittede og nærkontakter, og dermed stoppe smittekjeden. Siden ingen hadde tidligere erfaring med å jobbe med disse pasientene, var det i tillegg mye prøving og feiling, usikkerhet og redsel, kom det fram i intervjuene. En sykepleier ved et annet sykehjem beskrev det slik:

Det var veldig spesielt å være der i hele denne perioden. Føler det er så maktesløst på en måte, de dødsfallene jeg var med på i forhold til det [covid-19], de var jo annerledes enn de jeg har vært med på før. Det var mer uro, virker som mer smerter, det var vanskeligere å medisiner. Og det var vanskelig å skulle stå støtt på en måte, og alt av vikarer og assistenter er usikre og redde. Det var veldig spesielt. Til sammen - på det høyeste - så hadde vi [] eller [] dødsfall relatert til smitten. (K5)

Ved et annet sykehjem fortalte en informant en tilsvarende opplevelse. Smitten kom brått, situasjonen opplevdes uoversiktlig, og det var vanskelig for de ansatte å vite hvordan de skulle håndtere alt:

I etasjen hvor jeg var ansvarlig, så hadde vi [] dødsfall i løpet av to uker. Det skjedde veldig fort, virkelig. Så det var veldig tragisk, alt var veldig hardt. (...) På sykehjemmet hadde vi minimalt med ressurser, så det var som en krig, du tar bare det du har...Og jeg følte meg liksom veldig hjelpeløs, noen ganger. (K2)

Ut fra intervjuene, ser vi at et fellestrekk ved de sykehjemmene som opplevde smitte, er beskrivelsen av kaos og mangel på struktur i arbeidet. Spesielt gjaldt dette der smitten kom inn i institusjonen før man hadde rukket å utarbeide nye og fungerende rutiner, inndeling i soner, fått inn vikarer og gjennomført tilstrekkelig opplæring i bruk av smittevernustyr. Kort sagt hvor beredskapen ikke var god nok. Flere av informantene som har jobbet med koronasyke pasienter, beskrev at både sykdomsforløp og dødsfall har fortonet seg på en annen måte enn de har vært med på tidligere. I intervjuene har sykepleiere ved sykehjem fortalt om opplevelser de opplevde som dramatiske, blant annet knyttet til den siste fasen hos pasientene:

Vi hadde jo [] dødsfall, og [] av dem var ganske dramatiske dødsfall. Så det var veldig vondt for de som opplevde det. Det er jo ikke som de dødsfallene vi er vant til... Vi er jo vant til mye dødsfall hos oss, på et stort omsorgssenter, men ikke den typen hvor vi - i alle fall i starten - sleit med å lindre dem såpass mye. De døde på en måte av at de ble kvalt, ikke sant, og at de er våkne og sånne ting, det er jo ikke vi vant til å oppleve. (K1)

Vanskeligheter med åndedrettet var karakteristisk for flere av de døende pasientene, og dramatikken rundt dødsfallene var noe nytt for flere sykepleiere ved sykehjem:

Ja, det er klart at det er pustebesvær. Da begynner de å ikke kunne puste, pluss at pasientene blir engstelige. Når du ikke kan puste, så begynner du å bli enda mer stresset. Men vi hadde jo legemiddel for å roe dem ned, og behandle de symptomene, så de døde alle sammen på en fredelig måte. (K2)

Ved et sykehus der man opprettet en "ventepost" for pasienter som skulle avklares for smitte, var det også frykt og usikkerhet blant de ansatte i begynnelsen av pandemien. Det var knyttet til en bekymring for at de hadde for lite smittevernutstyr:

Når testen kom, om de [pasientene] var positive eller negative, så gikk de til neste avdeling. Vi hadde dem ikke liggende som positive. Og heller ikke negative. Det var en sånn ventepost i starten. Men ... det at du ikke hadde tilgang på nok utstyr, til å beskytte deg selv ... du er redd for å bli syk selv og redd for å ta smitten med over til nestemann. Det gjorde mye med personalet. De var utrolig redde. (S9)

Temaet "tilgang til smittevernutstyr" tok vi opp i kapittel 4, hvor vi blant annet viste at mange sykepleiere var bekymret for tilgangen til smittevernutstyr. Vi vet ikke om frykten for smitte blant de ansatte påvirket kvaliteten på pasientbehandlingen, men vi kan forestille oss at å jobbe mens en er redd for smitte ikke er heldig.

Usikre på smertelindring

Informanter ved sykehjem som hadde covid-19-pasienter våren 2020, mente at en av utfordringene for å ivareta god pasientbehandling handlet om smertelindring for pasientene i livets siste fase. Det var vanskelig for de ansatte å vite hva slags medisiner de skulle gi, og ikke minst i hvilken dose. I ett intervju kom det fram et tydelig behov for mer veiledning om smertelindring. Sitatet viser også at ansatte opplevde usikkerhet i utførelsen av arbeidet i den første fasen av pandemien:

Det [informasjonsskriv] fikk vi jo også ganske seint, et sånt skriv fra leder for legene i sykehjemmet (...) Men det hadde jeg jo også purra på; at vi måtte ha noe veiledning i forhold til lindring, siden det var så nytt for oss. Og det kom jo ut ganske seint, synes jeg da. "Hvor mye kan vi gi? Kan vi bare pøse på med morfin?", ikke sant, og alle disse tingene. For vi måtte jo det, for det var jo umenneskelig å oppleve. Så det fikk vi jo ganske seint, synes jeg. (K1)

Informanten fortalte videre om kolleger som "sleit veldig", som opplevde at de sto alene og ikke fikk hjelp og veiledning om smertelindring. Intervjuene gir et tydelig bilde av manglende kunnskap om behandling og lindring av de covid-19-syke pasientene. Det gjaldt ikke bare på sykehjem. Også en sykepleier som jobbet med covid-19-syke på et sykehus, hadde de samme erfaringene knyttet til at denne gruppen skiller seg fra andre pasienter. Hun hadde erfart at covid-19-pasientene ikke responderte på behandlingen som andre pasienter gjør. Sykepleierne måtte derfor prøve seg litt frem, og blant annet takle å se lavere måleverdier enn man ville tillatt hos andre pasientgrupper før tiltak blir iverksatt. På grunn av smittefare, var det også noen tiltak de normalt sett ville brukt på andre pasientgrupper, som de nå *ikke* skulle bruke hvis pasienten hadde pustevansker. En intensivsykepleier fortalte:

For eksempel når vi snur pasienten, så er man jo vant til å skru opp oksygennivå på respiratoren fordi de trenger litt tid på seg, og så hjelper det, og det [oksygenivået] går opp av seg selv. Men på de.. de responderte ikke sånn som vi er vant til. Så da måtte en lære seg til at en måtte tåle å se lave verdier på

skopet, for de måtte på en måte gå seg til av seg selv. Og så var det [normalt sett], hvis du sliter litt med pusten til pasienten, så kan du ta en sånn bag og bagge, men på grunn av smittefaren så skulle du ikke det. Så du mistet liksom et tiltak som du vanligvis bruker for å komme ut av en kinkig situasjon. Selvfølgelig i ytterste konsekvens så hadde vi jo gjort det, men en måtte endre handlingsmønsteret litt. (S3)

Arbeid i fullt smittevernutstyr

Et viktig tema for flere av sykepleierne som jobbet med de sykeste og de døende covid-19-pasientene, handler om å arbeide i fullt smittevernutstyr. Det er blant annet tidkrevende å ta på og av smittevernutstyr, og det er tungt og klamt å jobbe i. Tatt i betraktning at mange i begynnelsen av pandemien sparte på utstyr, ble vaktene også lange og pausene få, for å unngå å skifte og kaste brukt utstyr. En intensivsykepleier (S2) fortalte at særlig i starten syntes hun det var svært slitsomt å jobbe med maske og fullt smittevernutstyr. Noen av kollegene hennes fikk litt panikk innimellom, det handlet mye om, som hun beskrev det, at de pustet "for mye". Tung pusting bak alt smittevernutstyret var ikke gunstig, og informanten fortalte at hun etter hvert lærte seg å puste rolig. Problemet med å jobbe i smittevernutstyr ble da mindre. Men alle ble klamme og svette. Informanten trakk også fram at det hun opplevde som kanskje aller verst, var å miste sansene og skulle være i full jobb. Hun beskrev en arbeidsdag med redusert syn på grunn av dogg på visiret, og fordi en ikke kunne bruke egne briller, en arbeidsdag med redusert hørsel som følge av hette på hodet, og en arbeidsdag med redusert taktilitet fordi en alltid må ha på hansker. Kort sagt var det slitsomme dager. Likevel kan vi merke oss at informanten beskrev det å være med pasientene som givende, at det representerte gode opplevelser, og at selve pasientarbeidet tross alt ikke opplevdes som så annerledes enn ellers. Informanten var derimot svært kritisk til organiseringen og logistikken av personale og utstyr rundt om på sykehuset. Andre informanter pekte også på organisering av personale og arbeidshverdagen, inkludert organisering av pauser, som utfordrende. I sitatet under forteller en annen intensivsykepleier om deres hverdag. På sykehuset hun arbeider hadde de godt med personale, få smittetilfeller og nok utstyr. De la derfor opp til to pauser per vakt, mens andre sykehus kun hadde én pause:

Vi var jo selvfølgelig godt bemanna, for hvis du trengte hjelp så er det ikke bare å komme inn. Det tar noen minutter å kle på deg. (...) og vi hadde prøvd å tilstrebe to pauser per vakt, for vi hadde utstyret. Det blir jo litt svett og varmt, og det klemmer... Man kan ikke bare klø seg på nesa om en trenger det. (S3)

En stor oppgave var altså å organisere arbeidsdagene slik at utstyr ikke ble unødig brukt, at det var tilstrekkelig med kompetent folk på jobb og at personale hadde tilstrekkelig med pauser. Et annet tema var hvordan selve pasientrelasjonen blir ivaretatt når sykepleieren er i fullt smittevernutstyr. Fra intervjuene har vi ikke veldig mye stoff på dette. Blant intensivsykepleierne vi snakket med var meningene delte. Ved den ene intensivavdelingen fortalte informanten (S2) at alle sykepleierne skrev navnet sitt og hadde bilde av seg selv på frakken. Noen hadde også tegninger festet på seg. Dette gjorde de både for at kolleger skulle vite hvem de var, og for at pasientene skulle få bedre oversikt over de ansatte og oppleve dem på en litt mer personlig måte. Den ene informanten hadde erfart at pasientene var veldig takknemlige og veldig forståelsesfulle, selv om de var rammet av

besøksrestriksjoner og behandling og pleie i fullt smittvernustyr. Hun hadde imidlertid erfart at det var krevende å skulle trøste pasientene når "det eneste du har er samtalen", som hun sa. I tillegg er denne samtalen begrenset av at sykepleieren ser og hører dårlig osv.

En annen intensivsykepleier hadde noen mindre positive erfaringer knyttet til pasientenes opplevelse. Hun fortalte om en tilbakemelding fra en pasient om hvordan det kjentes å få pleie fra sykepleiere i fullt smittevernustyr:

Jeg spurte faktisk en pasient, jeg snakka med en pasient i etterkant, og han sa at det å ikke kunne se ansiktet på pleierne var veldig ubehagelig. Og litt sånn når de var litt uklare og ikke visste helt hvor de var, og så ser de noen romvesener som kommer opp. (S3)

En del covid-19-pasienter på intensivavdelinger vil ikke være bevisste, mens andre vil være det. Det kan altså oppleves ubehagelig å forholde seg til personale i smittevernustyr. Kan hende kan tiltak som vi presenterte over være nyttig; å skrive navn på frakken og bære andre personlige kjennetegn. Fra intervjuene fikk vi eksempel på at også for sykepleierne kunne det føles vanskelig når de skulle gi omsorg til døende i smittevernustyr. En sykepleier i sykehjem hadde erfart dette:

... du har hansker på, du får ikke den nærheten som vi vanligvis får med dem, uansett om det er livets slutt eller ikke. Så det var også...for oss er jo dette pasienter som mange av dem har vi hatt i noen år og som vi er veldig glade i. Så og se dem gå bort sånn, det var jo veldig tøft. (K1)

8.1.2 Unntakstilstand: ansatte i karantene og pasienter isolert

Flere sykehjem opplevde nærmest en unntakstilstand i den første fasen av pandemien. Sykehjemmene i studien hadde ansatte i karantene og flere sykemeldte på grunn av covid-19-smitte. Som vi har vært inne på tidligere, tok det en viss tid før de fikk organisert ansatte, reorganisert lokalene for å tilfredsstille smittevernhensyn og isolert eller organisert pasientene i kohorter. Samtidig kom det mange nye vikarer inn på én gang. En sykepleier ved et sykehjem fortalte:

Den perioden da alle ansatte ble borte (...). Altså, alle opplevde denne situasjonen for første gang sammen, så alle var usikre. De visste ikke hva de skulle gjøre (K3-4)

En annen informant fortalte om store påkjenninger siden de i utgangspunktet var for få ansatte på jobb. Denne sykepleieren satte ord på hvor ekstremt travelt det var i en lang periode:

Altså, jeg personlig har ikke tid til matpause, jeg har ikke hatt tid til matpause siden jeg begynte på jobb i november. Jeg tar noen kjappe kjeks jeg har med meg, eller et eller annet, og jeg løper, jeg går ikke, jeg løper. (K2)

I tillegg til at de faste ansatte i stor grad var ute i karantene, måtte man altså gjøre grep i lokalene, spesielt på sykehjem, for å greie å isolere beboerne. På sykehus finnes det oftest egne rom hvor denne typen pasienter kan isoleres, noe man som regel ikke har på sykehjem. Det var derfor mange pasienter med demens som måtte holde seg på sitt eget rom, uten at de forsto hvorfor. Flere av informantene i sykehjem snakket om at det var krevende for dem som sykepleiere å kontinuerlig følge med på at pasientene ikke vandret dit de ikke skulle og at de holdt seg sammen med sin kohort.

Enkelte pasienter var også isolert på rommet sitt. Et sykehjem i studien hadde et stort smitteutbrudd, noe som resulterte i at de måtte isolere alle beboerne på sine egne rom. Det var ingen god opplevelse, fortalte informanten:

Konsekvensene av det ble jo at man... det er helt grusomt å si det egentlig, for det er så lite menneskelig, men de hadde et menneske som satt ute i gangen i fullt smittevernutstyr som fløy og lukket dørene for de som prøvde å komme ut i gangen. Uten noe videre forklaring eller noe sånt noe. (K5)

8.2 Oppfølging av pasienter/brukere som ikke var rammet av smitte

De raske og til dels store endringene i organiseringen av mange helseinstitusjoner, medførte blant annet at pasientgrupper utover covid-19-syke ble nedprioritert. Ut ifra intervjumaterialet er det mye som tyder på at i løpet av den første bølgen av pandemien er det en god del pasienter/brukere som ikke har fått den helsehjelpen de har behov for. I gjennomgangen av funn fra den nasjonale kartleggingen tar vi opp omfanget av dette. Først ser vi nærmere på informantenes erfaringer med å følge opp pasienter/brukere som ikke har hatt viruset.

8.2.1 Flere sårbare grupper mistet tilbudene

Som vi har beskrevet tidligere, var mange ansatte i full beredskap, omdisponert til koronarelaterte aktiviteter, der de tidvis hadde lite arbeid og få pasienter. Samtidig var det altså deler av tjenestene og tilbud som stengte ned, og fratok mange pasienter/brukere et tilbud. I tillegg ble mange brukere, deriblant sykehjemsbeboere, temmelig isolerte på grunn av besøksrestriksjoner. På sykehjem og dagsenter forsvant videre mange av de faste tilbudene, i tillegg til at få kunne samles og man måtte forholde seg til smittevernregler. En ansatt i hjemmesykepleien beskrev dette som krevende for mange av de eldre brukerne:

Til å begynne med så var jo folk veldig redde. Og jeg har jo en spesialitet. Jeg jobber i stor utstrekning med personer med demens. Som er hjemmeboende. Og dette er jo en veldig, veldig sårbar gruppe, opp imot de vi snakker om nå. Flere av dem bor jo da på senter. Og plutselig så ble jo all aktiviteten på senteret lagt ned. Det var ingen trim, ingen quiz, ingen andakt - ingen ting. Du måtte stå i kø for å komme inn i spisesalen, det var maks 10 stykker i spisesalen av gangen. Dette skjønner ikke en gammel dame som ikke skjønner hverdagen sin. Da blir de kjemperedde. (K13)

En sykepleierleder ved et omsorgssenter hadde inntrykk av at flere av beboerne følte seg mer isolerte enn ellers, ettersom det også var store restriksjoner på å motta besøk.

De som har kommet langt da, i demensen, de har jo kanskje ikke merket så mye i det hele tatt. Men de som er, sånn, på vippepunktet og sånt, de har nok savnet familie. Der har det nok blitt noen som har blitt deprimeret, kanskje føler seg litt isolert. (...) Vi hadde en iPad da, som gjorde at de kunne skype med sine pårørende. Var ikke alle som skjønte det heller, eller at man brukte mobilen. Så akkurat under den koronaperioden, så var det – da var det tøft for mange. (K6)

En sykepleier ved et annet sykehjem sa de brukte mer beroligende medikamenter enn de normalt gjorde i perioden da beboere ble mest isolerte. Hun og kollegene merket etter hvert at flere tok skade av isolasjon, ved at de ble sykere:

De som man før kunne ha samtale med, gikk det plutselig ikke an å snakke med. Og de som hadde vært veldig aktive og klarte mye selv, ble plutselig veldig passive og deprimerede og triste. Mye gråting, mye aggresjon. (K5)

Innenfor området psykisk helse og rus førte nedstenging og omdisponering til at flere fikk en annerledes og utfordrende hverdag. Ved et kommunalt dagsenter for brukere innen psykisk helse og rus, forsvant de fleste av aktivitetene i en lang periode. For mange av brukerne er det den eneste aktiviteten de har, med blant annet jobbaktivitet for brukerne. En av informantene beskrev av brukerne deres ble ensomme og isolerte når alle tilbud forsvant:

Så selvfølgelig ble det jo en stor omveltning for dem, sosialt sett. (...) Det var jo tungt for dem, det ble jo ensomt. Det gjorde det. For det er flere som jeg følger opp innenfor rus...altså de kommer ikke herfra, de har ikke særlig nettverk, så selvfølgelig ble jo det ensomt. Så de var veldig glade når samfunnet åpna litt igjen. (K9)

Et annet eksempel fra intervjuene gjaldt et tilbud hvor rusavhengige kan hente rene sprøyter og få sitte i fred og ro og innta rusmidler. Tilbudet måtte stenge ned mye av driften. Det var likevel noen få igjen på jobb for å dele ut utstyr. En sykepleier fortalte om høy aktivitet blant brukerne, og konsekvenser som overdoser og søppel rett utenfor huset:

Ja det var enorm trafikk utenfor og rundt huset. De som var igjen her de opplevde jo å stå å nesten være en sprøytedispenser. Vi har et vindu som man da skulle åpne bare litt og så skal man da [gi ut sprøyter/utstyr] Man sluttet å rasjonere på antall, alle fikk det de ville ha. Men da ble det også mye injisering utenfor husveggen, så vi var ute og håndterte mye overdoser rett rundt husveggen, men da har man på seg fullt [smittevern]utstyr. Så det var jo - ikke sant - så uverdige forhold og enormt mye sånn søppel og rot og kanyler (K10)

I mange kommuner ble helsesykepleiere omdisponert etter at skolene stengte. I intervjuene med helsesykepleiere flere steder i landet, ga de uttrykk for at nedstengningen av helsestasjonstjenesten først og fremst gikk ut over de mest sårbare elevene. En helsesykepleier beskrev det slik:

Jeg tenker at det var vanskelig for noen, fordi de måtte være så mye hjemme, i de hjemmene som ikke er så veldig funksjonelle. Det var en del som - særlig i forhold til psykisk syke foreldre eller rus - som hadde det vanskelig. Det ble mye sånne gnisninger hjemme og krangling og frustrasjon og sånn. Noen kom bare og sa etterpå: «Jeg visste ikke at pappa drakk så mye» eller litt sånne..., det er vondt for dem som har litt skjøre hjem da, mest for dem. (K7)

En helsesykepleier i en annen landsdel bestemte seg for at noen av de mest sårbare elevene "bare måtte hun følge opp" mens skolene var stengt. Hun inviterte derfor disse elevene til kontoret sitt på eget initiativ:

Ja, det var jo de som jeg tok inn, for jeg tenkte «jeg kan ikke – jeg kan ikke holde på sånn,» så de som jeg var aller mest bekymret for tok jeg inn her. Og jeg inviterte også – jeg er opptatt av å ha samarbeid

med foreldre når det er vanskelig hjemme, så da inviterte jeg også av og til foreldrene inn til å møtes her på kontoret mitt, og så passer jeg på det med avstand og smittevask, og... Men jeg følte litt at jeg gjorde det uten velvilje fra ledelsen, da. (K8)

I datamaterialet fant vi flere eksempler på tjenester som ble redusert, men der de ansatte likevel greide å følge opp brukerne ved hjelp av mer eller mindre kreative metoder. En sykepleier innen kommunal psykisk helse og rusomsorg fortalte om hvordan de endret litt på rutinene for å ha kontakt med brukerne:

Så lenge de var friske og ikke hadde noen symptomer, og det ikke var påvist noe smitte her, så fikk de fleste komme til samtale her som før. Og, vi gikk jo hjem [til dem], og om vi ikke gikk inn, så stod vi kanskje litt i døra eller vi gikk en tur. Altså, vi prøvde å...til vi fikk litt mer oversikt. Så, vi skulle egentlig ha et redusert tilbud, men jeg føler egentlig ikke vi hadde det. (K9)

Et annet tilbud, også innenfor psykisk helse og rusomsorg, men i en annen kommune bestemte seg for at “her må vi bare prøve å være kreative”, og opprettet en egen ringetjeneste der de ringte til alle sine brukere for å informere om åpningstider og restriksjoner. De opprettet også det de kalte en “rød liste”, som er de brukerne man er mest bekymret for. Disse ble fulgt opp:

De ringer vi for eksempel til hver dag. Så vi måtte liksom omdisponere tjenestene våre. Og det var veldig mange som var veldig takknemlig for det, altså. At vi kunne formidle at telefonen er åpen fra mandag til fredag. Hvis du vil, så kan vi ringe til deg hver dag. Eller én gang i uken, eller – for noen holdt det å vite at vi var på telefonen, på en måte. (K11)

8.2.2 Færre pasienter tok kontakt med tjenestene

En del steder, også på sykehus, stengte ned tilbud. Men en annen effekt av koronasituasjonen var at færre brukere oppsøkte helsetjenestene på eget initiativ. Særlig blant informantene i sykehus fikk vi fortalt historier om pasienter som lot være å ta kontakt eller å møte opp. Kort sagt merket informantene stor nedgang i antall pasienter. To sykepleiere fra to forskjellige sykehus fortalte:

Det merker egentlig hele sykehuset tror jeg, i starten. Det var færre som tok kontakt med legevakt eller fastlege og ba om innleggelse. Og XX-poliklinikken som jeg er knyttet til, der opplevde de også at det var mange som ringte og avlyste timene. Mange var redde for å komme inn og bli smittet av dette på sykehuset. Og det fikk vi jo også beskjed om i starten, å avlyse alt som ikke var nødvendig. (S10)

Det var liksom helt tomt for andre pasienter, altså kolspasienter, hjertepasienter, ingenting. Det var kjempesykt. Og det sa de på andre avdelinger også, det var så veldig rolig. (S3)

En informant fra hjemmetjenesten merket også at brukere takket nei til tilbud, altså til besøk fra dem. Det medførte konsekvenser for brukerne, mente hun. Etter å selv ha vært hjemme i karantene tidlig i pandemien så hun store forskjeller på tjenestetilbudet til brukerne da hun kom tilbake:

Jeg kom tilbake på en jobb som var veldig annerledes enn den jeg hadde forlatt. Vi hadde ... fem prosent av våre pasienter takket nå nei til besøk. De trengte ikke hjemmetjeneste-tilbud. De av pasientene vi hadde som hadde rulleringsopphold; flertallet av dem takket nei til rulleringsopphold, slik at de var i eget hjem hele tiden. (K13)

Frykten blant mange av informantene som har opplevd at pasienter og brukere har unnlatt å bruke helsetjenester har vært at de skal få helsemessige negative konsekvenser av det. På intervju tidspunktet var denne frykten noe forsterket, fordi de begynte å se konturene av konsekvensene. For eksempel sa hjemmesykepleieren, som referert til over:

Noen har det ikke gått bra med fordi at de rett og slett, ved å mangle den kontakten, har fått så stor falltendens at de har brukt ting for eksempel. (K13)

Også for brukerne av dagsenter hadde pandemien og tjenestebortfall hatt konsekvenser. Informanten mente at flere av brukerne var blitt dårligere enn de ellers ville blitt:

Det er klart at de ville hatt en normalutvikling i det halve året også, men vi ser at de nok har blitt ... har gått et lengre trappetrinn ned enn normalen, fordi at de ikke har hatt den sosiale oppfølgingen og ... også sikkert fordi at pårørende har blitt slitne. (K13)

Også på sykehus begynte informanter på intervju tidspunktet (høst 2020) å merke følgene av at pasienter hadde kommet senere til behandling. For noen pasientgrupper er det snakk om store konsekvenser, ved at de er blitt sykere fordi behandling har blitt satt på vent. Hun eksemplifiserte med kronikergrupper og nyoppdaget kreft. Kreftpasienter under behandling har blitt prioritert for å fortsette pågående behandling:

I starten så var det nok en frykt for å komme inn på sykehus, og det var nok en del pasienter som holdt seg hjemme litt for lenge. Og det har vi vel sett et resultat av - spesielt etter [sommer]ferien - at pasienter er mye sykere når de kommer inn. De har holdt seg hjemme litt for lenge. Dette gjelder jo spesielt kronikerne selvfølgelig (...) Det er nok en del sånne som ikke var i cancerforløp som egentlig burde vært inne og som blir et cancerforløp fordi at de har venta for lenge. Så vi har noen, men vi har ikke mange, men vi har noen få avvik på det da, på pasienter som har kommet inn til forsinka kontroll og som får oppdaga cancer og det er kanskje kronikere i GI-tractus for eksempel som er en del av det. (S12)

Det er for tidlig å si noe om de endelige konsekvensene for de pasientene som har kommet for sent på sykehus, har utsatt behandling, eller har manglet – eller takket nei til - oppfølging i kommunen. Intervjuene viser i alle fall at fra informantenes perspektiv har pandemien hatt konsekvenser for helse til en rekke brukere og pasienter. Når det er sagt, vet vi lite om langtidseffektene på helsetilstanden deres.

8.2.3 Sykepleiere og pasienter i uheldige hendelser

Når det gjelder konsekvenser for pasientene, tar vi med et siste poeng, som framkom gjennom intervjuene. Det er knyttet til effektene av omdisponering av personale. Vi fant at sykepleiere kunne bli omdisponert til enheter der de møtte pasientgrupper de ikke hadde erfaring med, og arbeidsoppgaver de ikke hadde kompetanse til. Både på sykehus og sykehjem skjedde dette. De fleste eksemplene vi hørte om var fra sykehus. Ved en institusjon innenfor psykisk helsevern ble pasienter flyttet internt for å frigjøre plass på en avdeling. De kom til en mottakende avdeling hvor personalet ikke hadde trening i å håndtere pasienter som kan ha utfordrende og utagerende atferd. En sykepleier på avdelingen pasientene kom fra fortalte:

Nei, altså det personalet som var på den avdelingen som tok imot, de var jo ikke trent med sånn...til å håndtere denne typen pasienter med sånn utfordrende adferd, så da endte det opp med et personal som ble skallet ned og slått ned og fikk hjernerystelse rett og slett, fordi de ikke hadde forutsetning til å håndtere det. Altså det gikk jo bra med pleieren, men det var jo ikke en gunstig hendelse overhodet (...) Så plutselig er vi i en situasjon der en personalgruppe som vanligvis ikke er vant til å jobbe med tvang på samme måte som oss, skal ta imot dem. De måtte noen ganger ta imot de pasientene. Det mener jeg ble ansett som litt vanskelig, ja. (S5-6)

Hendelsen beskrevet over gikk særlig utover sykepleieren, og kunne potensielt sett blitt enda mer alvorlig. Andre ganger var det pasientene som fikk merke effektene av omdisponert personale. Ved et universitetssykehus fortalte en tillitsvalgt sykepleier om noen av konsekvensene av sykepleiere som ble plassert på avdelinger med andre pasientgrupper enn de vanligvis jobber med:

Det var veldig krevende fordi de [sykepleierne] visste jo ikke hvordan de skulle bruke prøvene, så de har gjort mye feil. De har fått mye kjeft fra pasienter som ikke fikk lov å [ha besøk] for pårørende ble jo stoppet samme dag nesten. Så de [pasientene] lå der alene og fikk vite kreftdiagnoser som de sykepleierne ikke visste noen ting om. De visste faktisk ikke hva det var, for de kom jo fra en kirurgisk sengepost. Kom på en medisinsk, flyttes over til medisin og ante jo ingenting. Så nye arbeidsoppgaver og nye pasientgrupper og nye måter å organisere arbeidet på. Nye innganger, sykepleiere har vært på åtte forskjellige avdelinger på åtte dager. (T4)

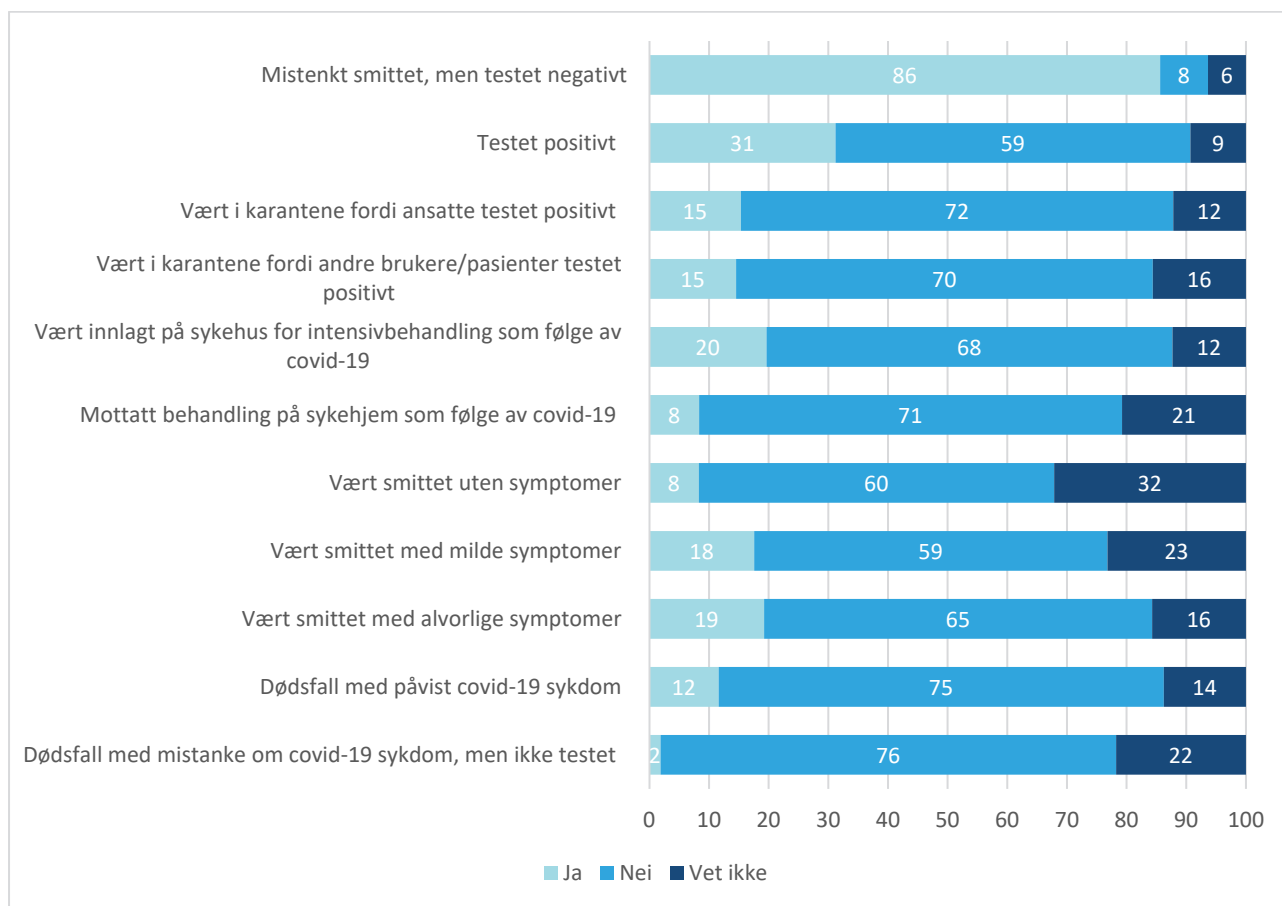
På et annet sykehus hadde de noe tilsvarende erfaringer. Også her ble sykepleiere omdisponert til å jobbe med pasientgrupper de ikke kjente til. Det førte til flere klager fra både pasienter og pårørende. Avdelingslederen ved avdelingen som fikk mye nytt personale fortalte:

Det var mye ukjent personell, og det var vakter hvor jeg nesten hadde mer ukjent personell, enn jeg hadde fast personell som kunne faget. Så det var en periode hvor det gikk litt sånn på helsa løs altså. Det var det. Og vi merket det jo også i form av at det var mer klager, og ... fra både pasienter og pårørende. (S8)

8.3 Smittesituasjonen i ulike sektorer og tjenester

8.3.1 Tjenester til voksne

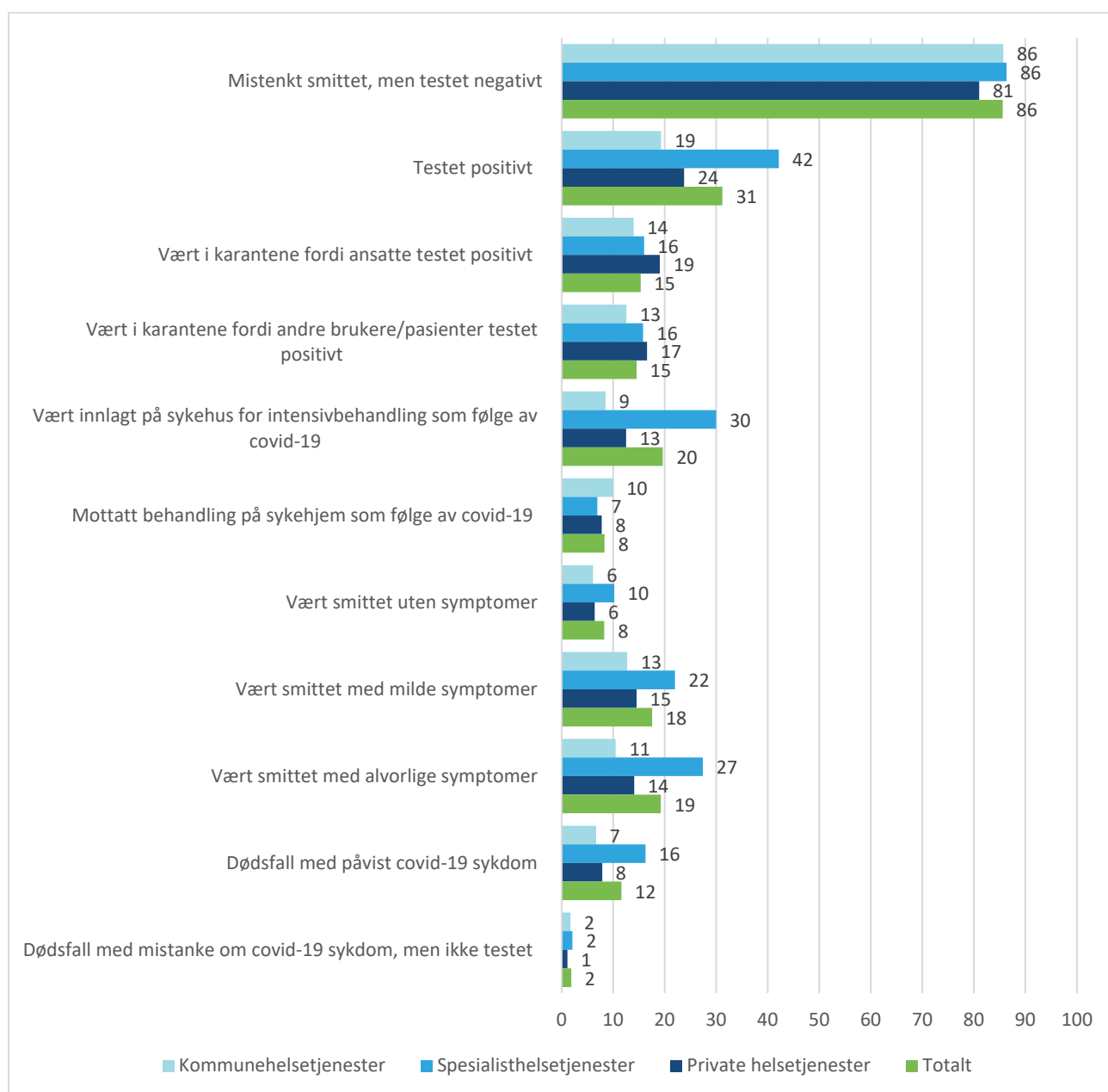
Det er 86 prosent av alle sykepleierne i utvalget som oppgir at de har hatt brukere/pasienter som er mistenkt smittet, men har testet negativt, og 31 prosent har hatt brukere/pasienter som har testet positivt. Det er 19 prosent av sykepleierne som har hatt brukere/pasienter på arbeidsplassen som har vært smittet med alvorlige symptomer og to prosent som har opplevd dødsfall med mistanke om covid-19-sykdom, men ikke testet. Tolv prosent av sykepleierne i utvalget har arbeidsplasser der det er dødsfall med påvist covid-19-sykdom.



Figur 8.1 Om noen av voksne brukere/pasienter har vært i ulike situasjoner, N=18340.

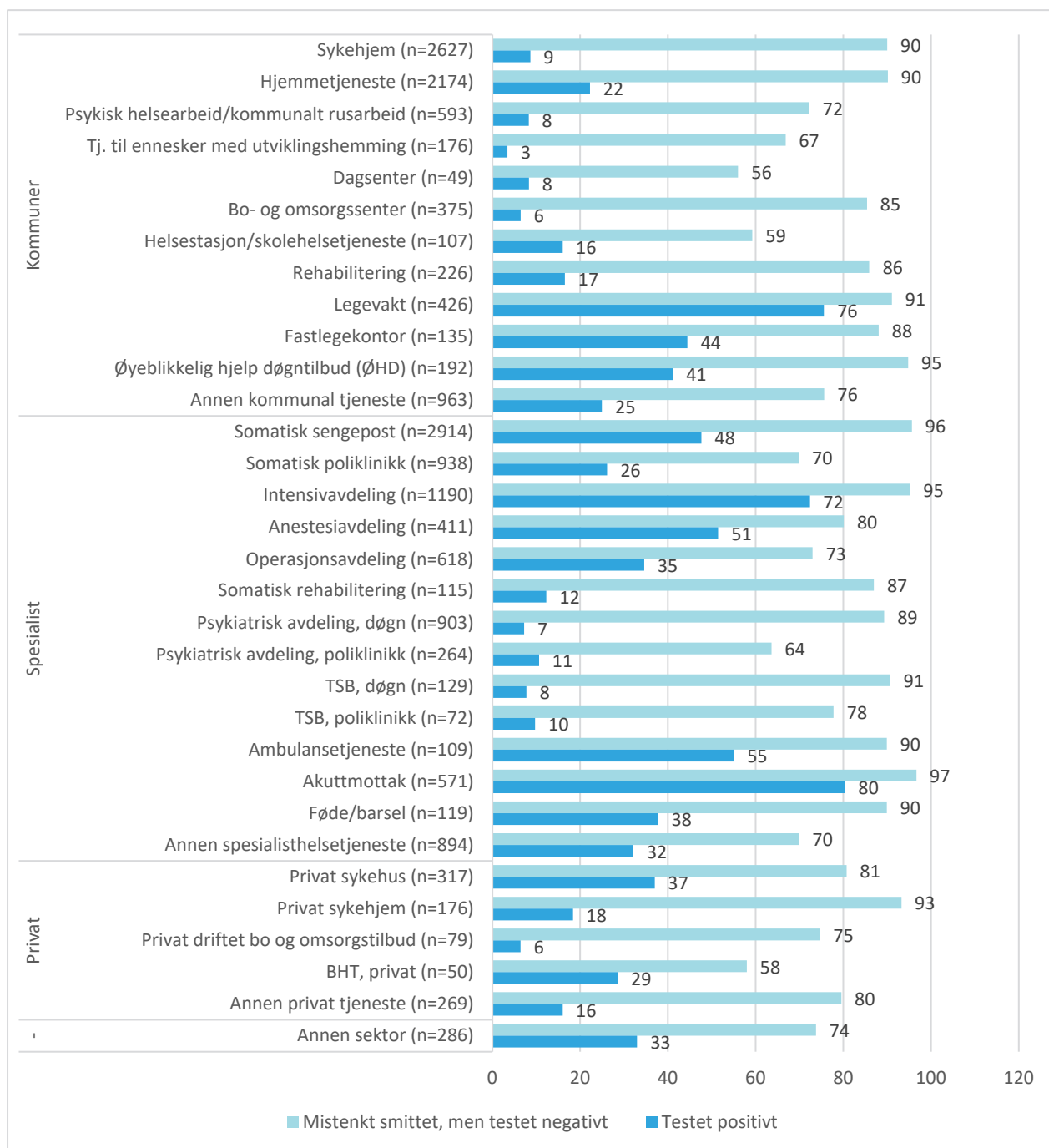
Vi har undersøkt hva som kjennetegner de som svarer Vet ikke og valgt ut de 16 prosentene som svarer at de ikke vet om de har hatt brukere/pasienter som har vært i karantene fordi andre brukere/pasienter har testet positivt. Vi finner signifikante forskjeller mellom sektorer, og andelen som svarer at de ikke vet er systematisk høyere i spesialisthelsetjenesten (22 prosent) enn i kommunene (åtte prosent). I kommunene er det størst andel som svarer at de ikke vet i legevakt (29 prosent) og i spesialisthelsetjenesten er andelen høyest i ambulansetjenester (47 prosent), operasjonsavdelinger (46 prosent) og i anestesivdelinger (42 prosent). Det er derfor naturlige svar ved at sykepleierne ikke har denne informasjonen om en del av pasientene i disse tjenestene.

Vi ser videre på de som svarer at de har hatt brukere/pasienter i disse tilstandene/situasjonene. Vi ser at det er særlig mange i spesialisthelsetjenesten som har arbeidssteder der pasienter har testet positivt for covid-19 (42 prosent), har vært smittet med alvorlige symptomer (27 prosent), og hatt dødsfall med påvist covid-19-sykdom.

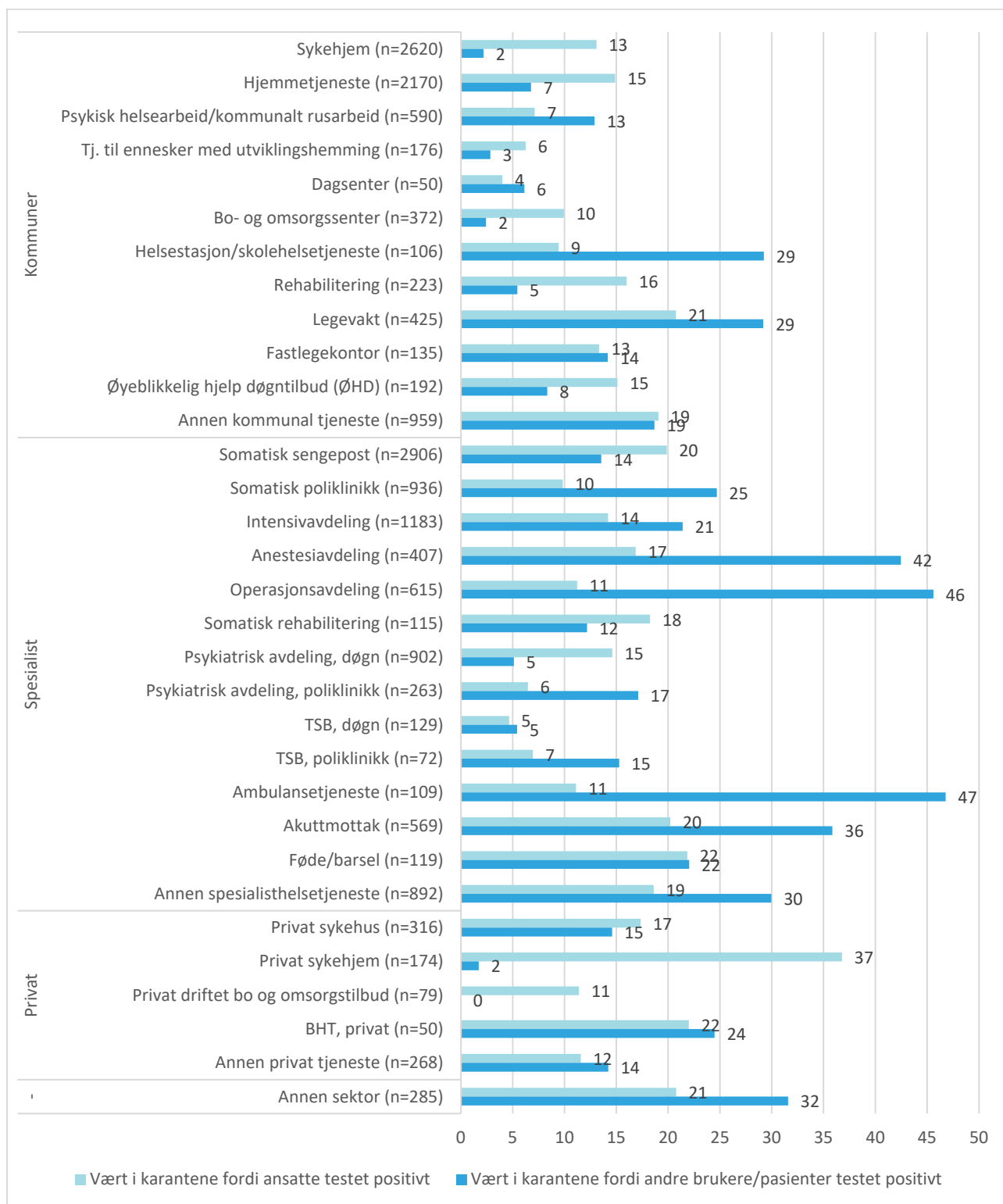


Figur 8.2 Har hatt voksne brukere/pasienter som har vært i ulike situasjoner, N=18340.

Det er signifikante forskjeller mellom tjenestene i alle variablene. Sykepleiere i akuttmottak, legevakt og intensivavdelinger har naturlig nok i størst grad hatt pasienter med positive covid-19-tester, mens det for eksempel er relativt få som er på arbeidsteder der brukere/pasienter har fått påvist smitte i psykisk helse- og rustjenester.



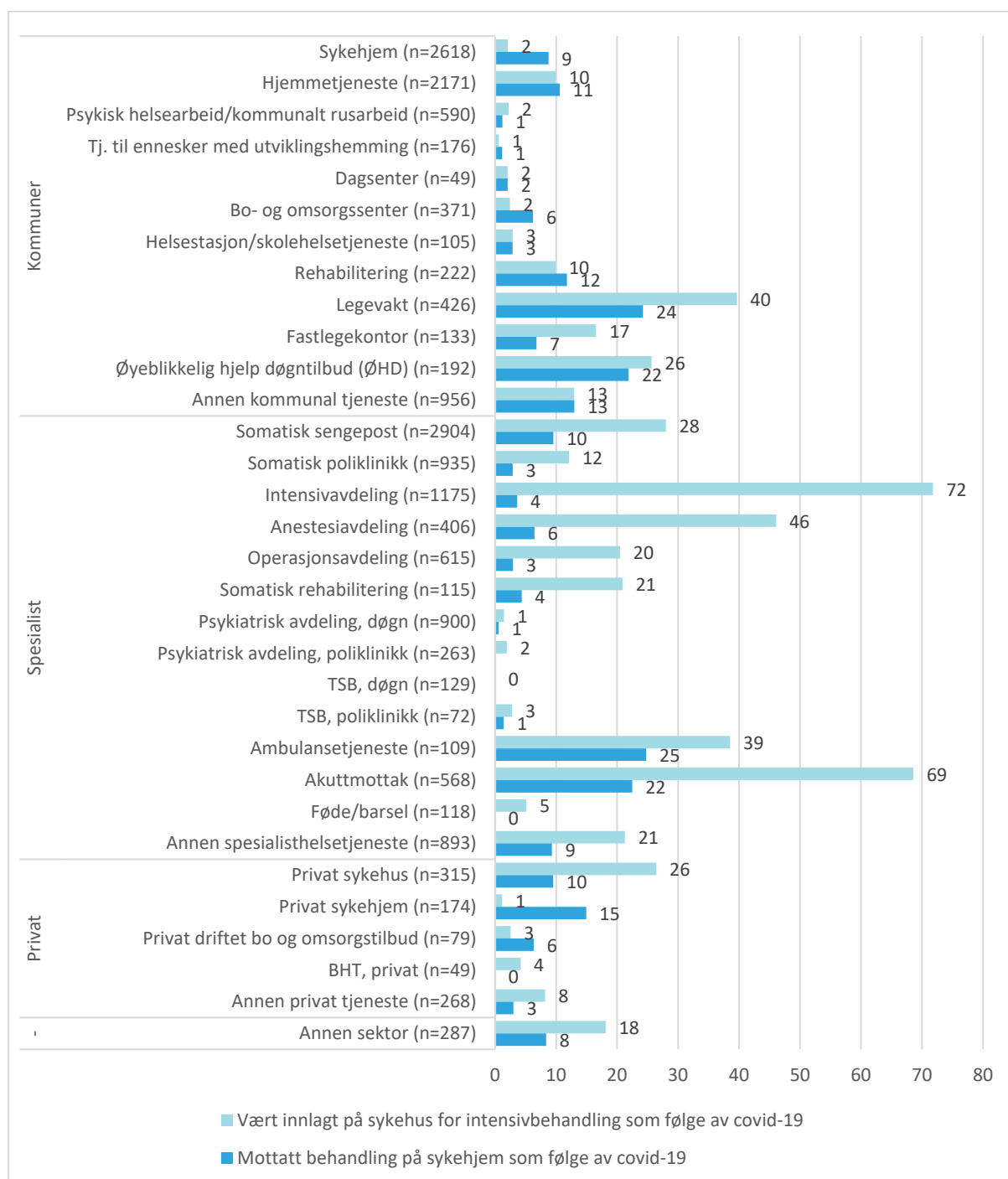
Figur 8.3 Andel sykepleiere som har hatt brukere/pasienter med negativ og positive covid-19 tester i ulike tjenester.



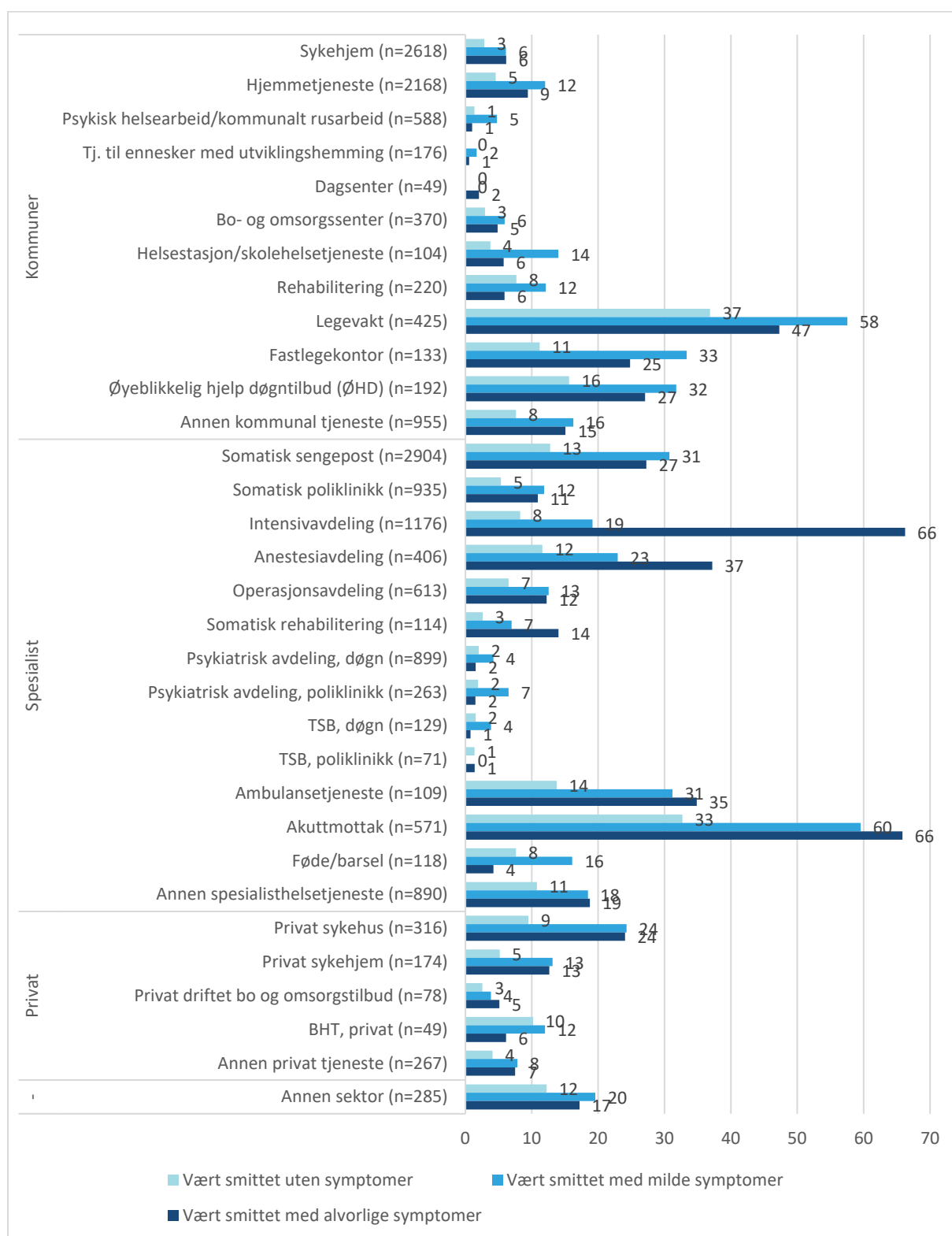
Figur 8.4 Andel sykepleiere som har hatt brukere/pasienter i karantene etter type tjeneste.

Fra figur 8.4 ser vi at 37 prosent av ansatte i private sykehjem har hatt brukere som har vært i karantene fordi ansatte har testet positivt, mens 47 prosent av ansatte i ambulansetjenesten har hatt

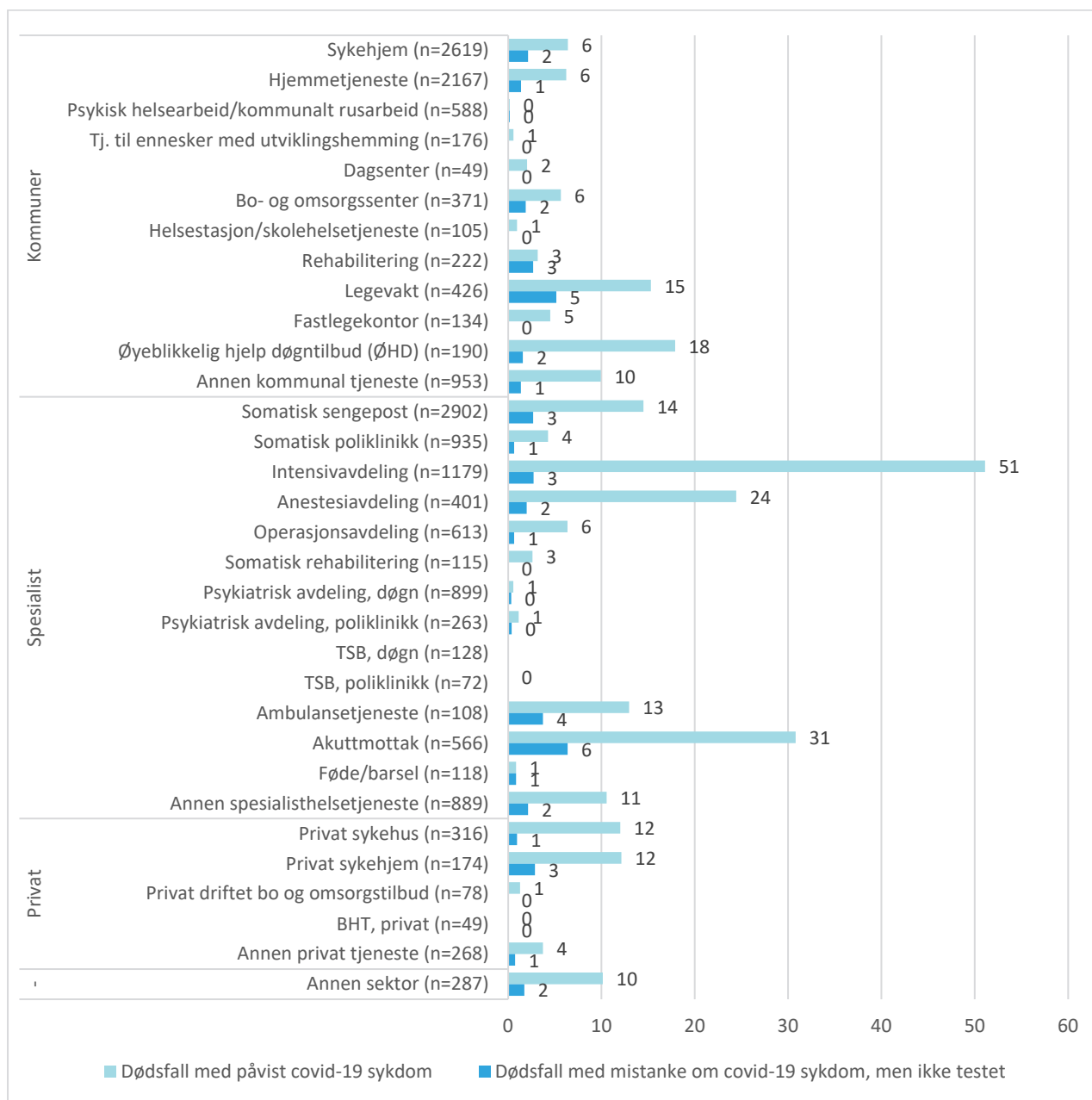
pasienter som har vært i karantene fordi andre pasienter har testet positivt. Andelen er også høy i operasjonsavdelinger (46 prosent) og i anestesivdelinger (42 prosent).



Figur 8.5 Andel sykepleiere som har hatt brukere/pasienter som har vært innlagt på sykehus eller mottatt behandling på sykehjem som følge av covid-19 etter type tjeneste.



Figur 8.6 Andel sykepleiere med brukere/pasienter som har vært smittet uten, med milde eller alvorlige symptomer på covid-19 etter type tjeneste.



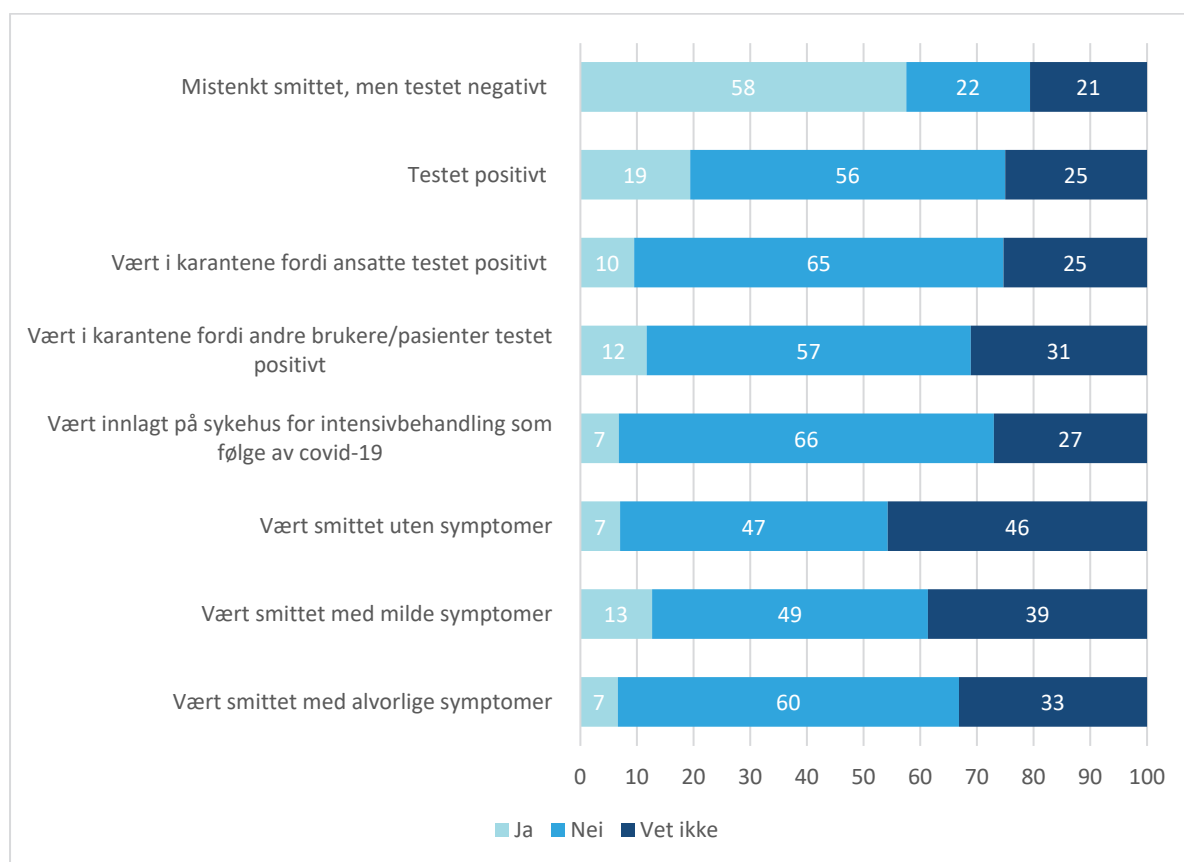
Figur 8.7 Andel sykepleiere med brukere/pasienter med påvist og med mistanke om covid-19 etter type tjeneste.

Seks prosent av sykepleierne i kommunale sykehjem og hjemmetjenester har hatt dødsfall med brukere med påvist covid-19-sykdom. Av de som arbeider på intensivavdeling er andelen 51 prosent og på akuttmottak 31 prosent.

8.3.2 Tjenester til barn og unge

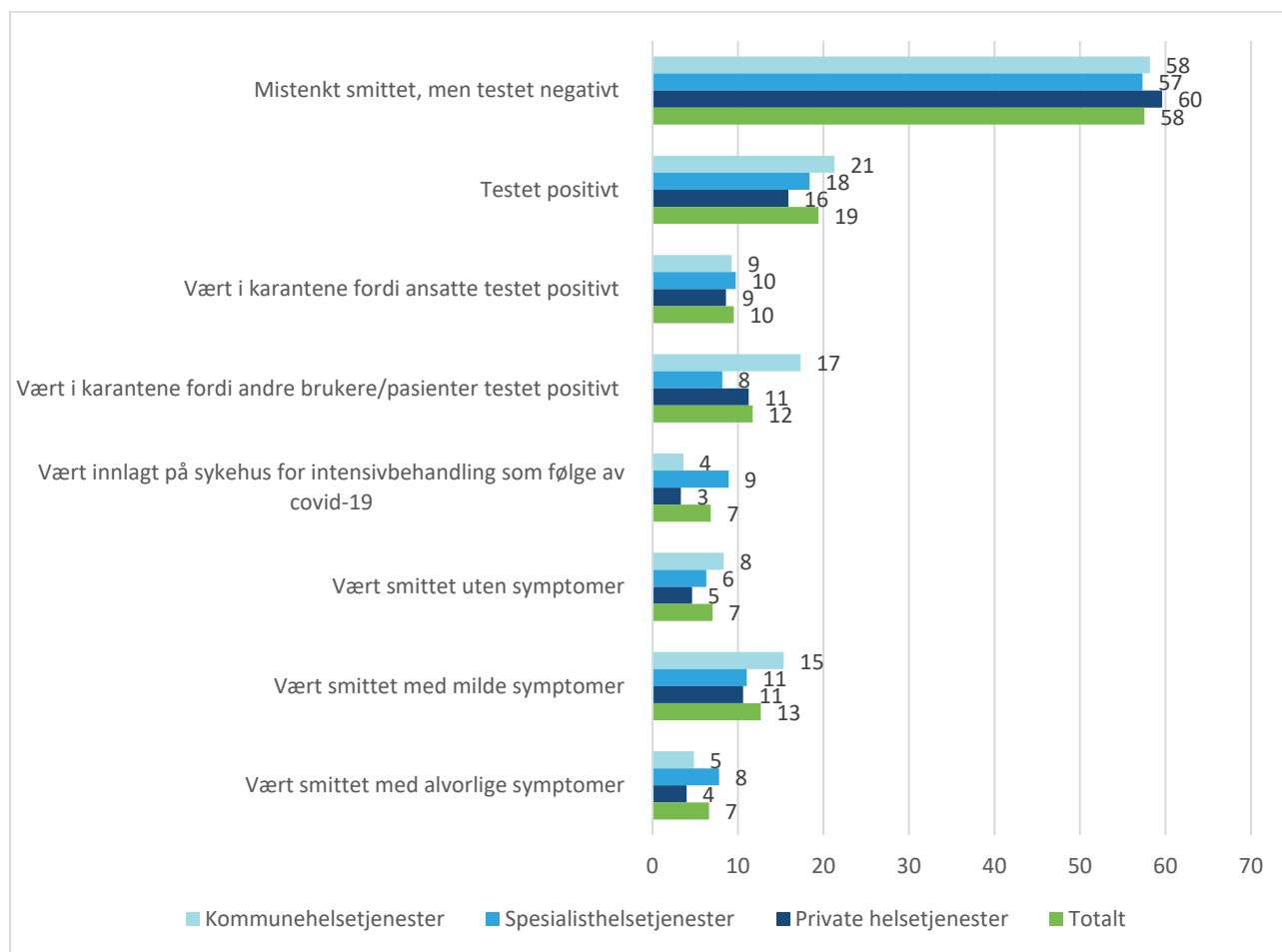
Det er 58 prosent av sykepleierne som arbeider med barn og unge som har hatt brukere/pasienter som er mistenkt smittet, men testet negativt - og 19 prosent som har hatt barn og unge som har

testet positivt. Syv prosent har hatt barn og unge som har vært innlagt på sykehus for intensivbehandling som følge av covid-19.



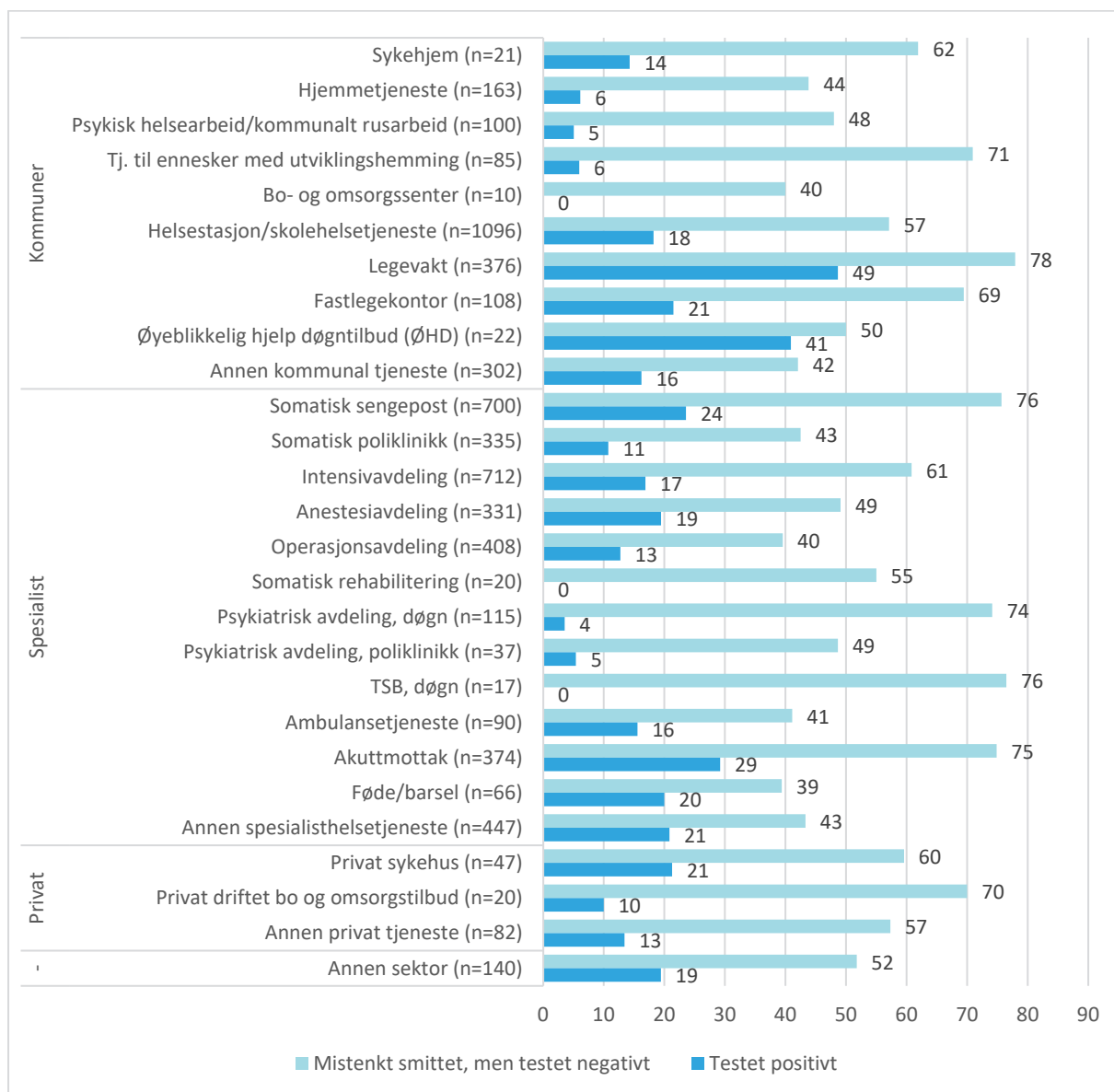
Figur 8.8 Om noen av brukere/pasienter barn/unge har vært i ulike situasjoner, N=6217

Vi ser videre på de som svarer at de har hatt brukere/pasienter i disse tilstandene/situasjonene.



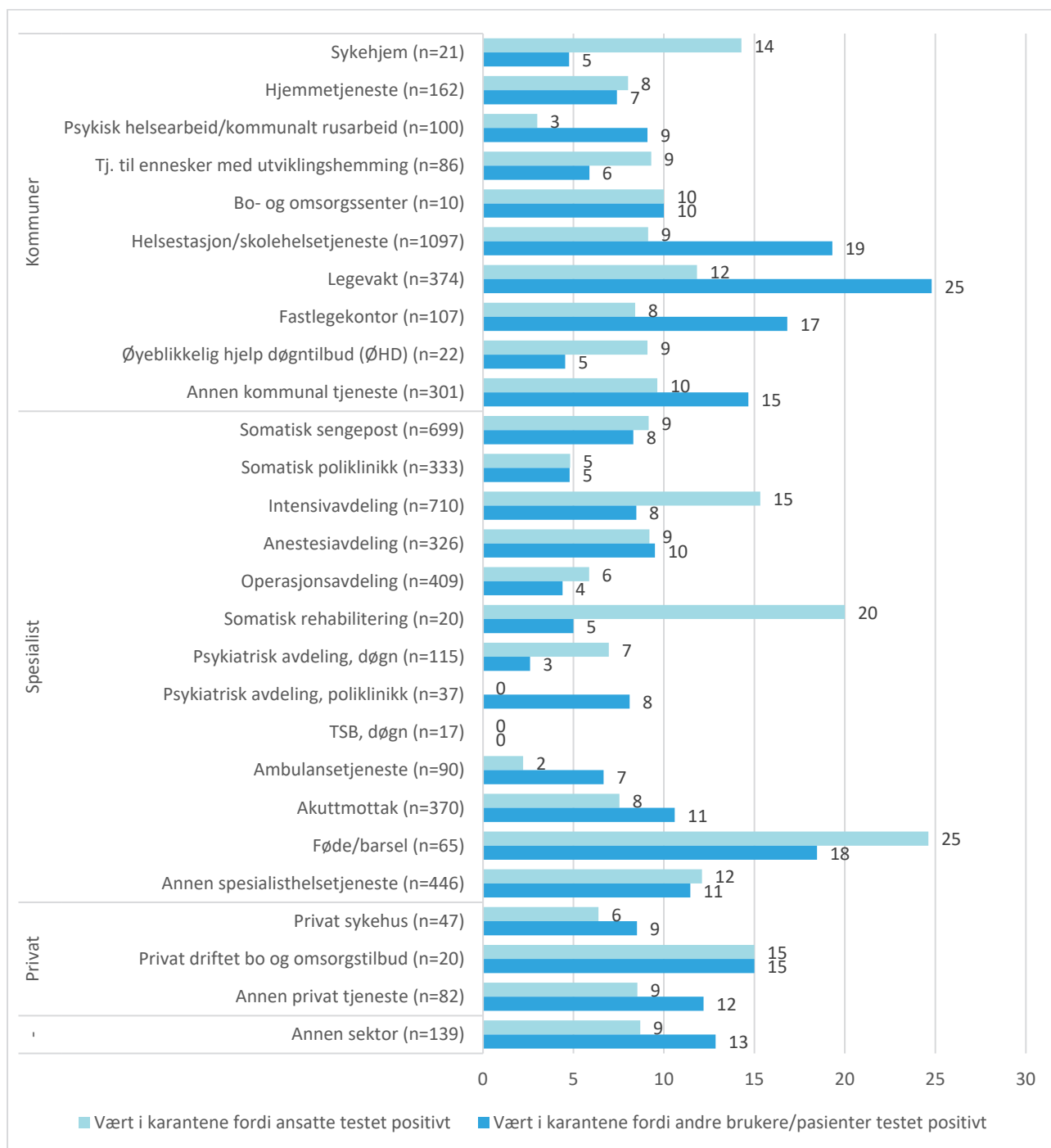
Figur 8.9 Har hatt barn/unge brukere/pasienter som har vært i ulike situasjoner, N=6217.

Det er for eksempel 21 prosent av sykepleierne som arbeider med barn/unge i kommunene som har hatt brukere som har testet positivt for covid-19, mens de fleste barn og unge som har vært påvist smittet har hatt milde symptomer (13 prosent totalt). Det er syv prosent som har hatt smittede barn og unge med alvorlige symptomer, og flere i spesialisthelsetjenesten (åtte prosent) enn i kommunene (fem prosent).



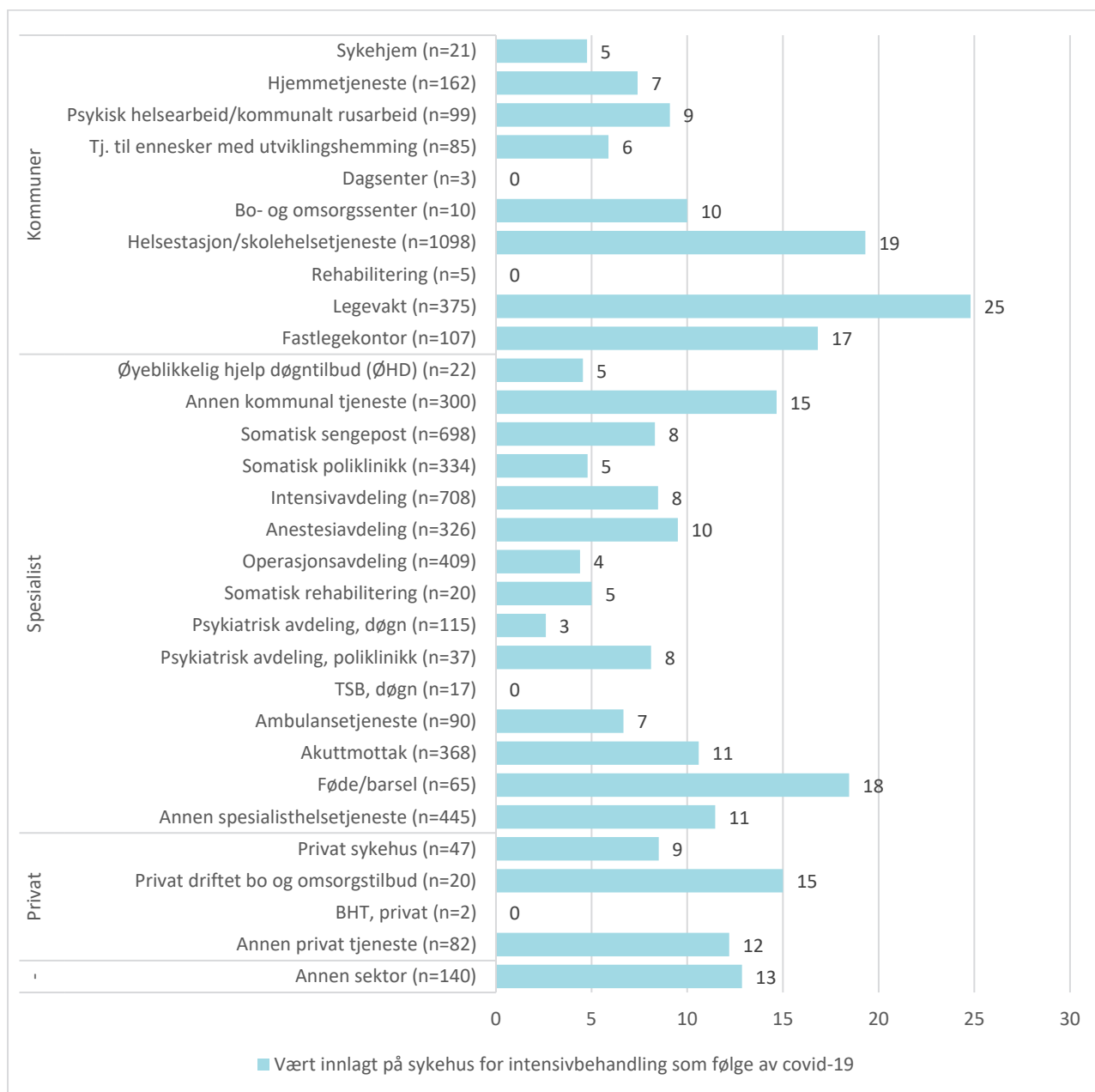
Figur 8.10 Har hatt barn/unge brukere/pasienter med mistenkt og testet positivt for covid-19 i ulike tjenester.

Naturlig nok er det flest som har hatt barn og unge som pasienter som har testet positivt i legevakt (49 prosent) og som er mistenkt smittet, men som har testet negativt (78 prosent). Dette betyr også at det er halvparten av sykepleierne som arbeider i legevakt som foreløpig ikke har barn og unge som har testet positivt. Det ser også ut som ØHD har hatt barn og unge med påvist smitte (41 prosent), men dette er relativt små tjenester og få respondenter. Ved somatiske sengeposter har 24 prosent av sykepleierne hatt barn og unge med påvist smitte.



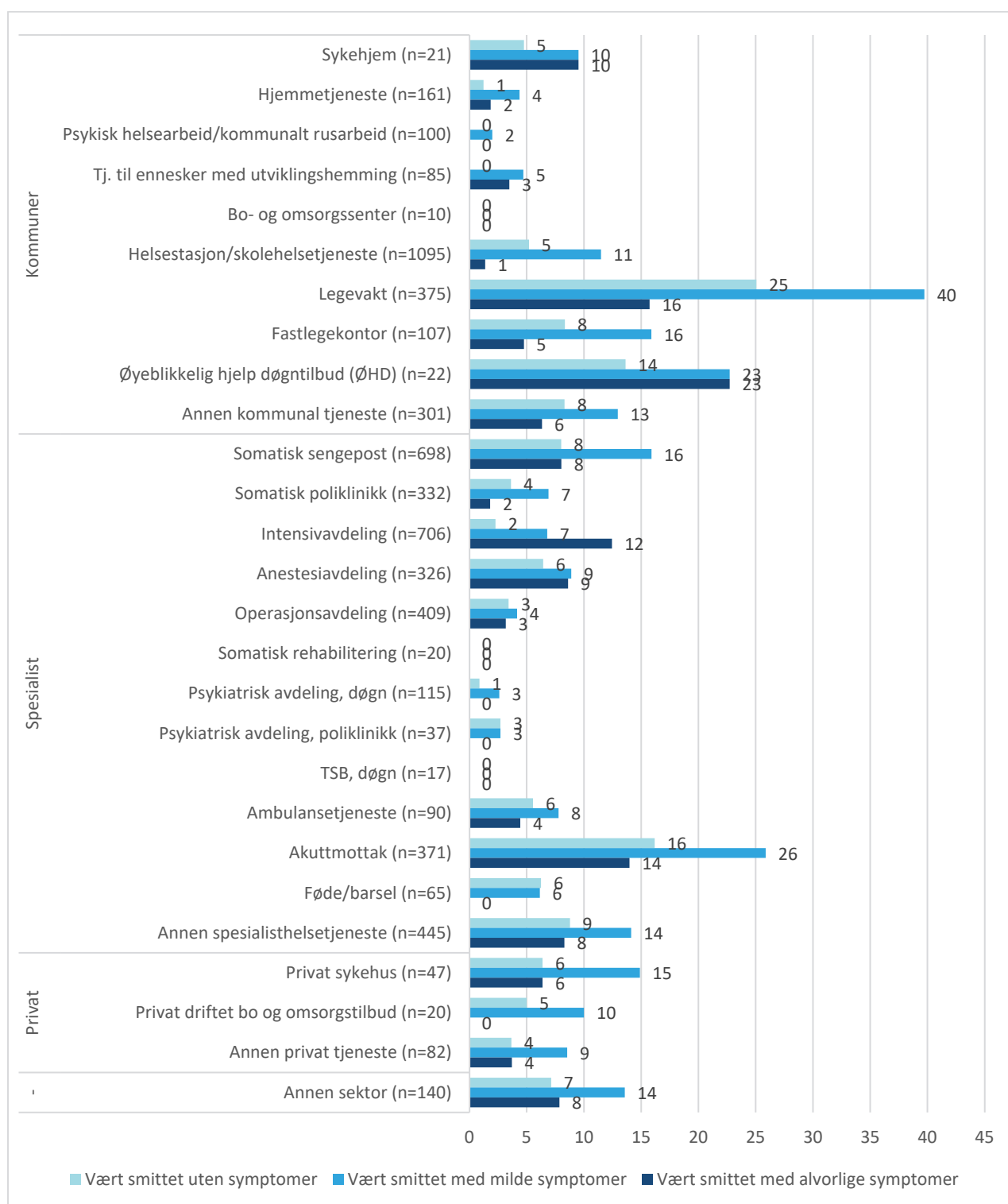
Figur 8.11 Har hatt barn/unge brukere/pasienter som har vært i karantene i ulike tjenester.

Hver fjerde sykepleier i legevakt har hatt barn/unge som har vært i karantene fordi andre har testet positivt, mens 25 prosent av sykepleierne i føde/barsel har hatt barn som har vært i karantene fordi ansatte har testet positivt.



Figur 8.12 Andel sykepleiere som har hatt barn/unge brukere av tjenestene innlagt på sykehus for intensivbehandling som følge av covid-19.

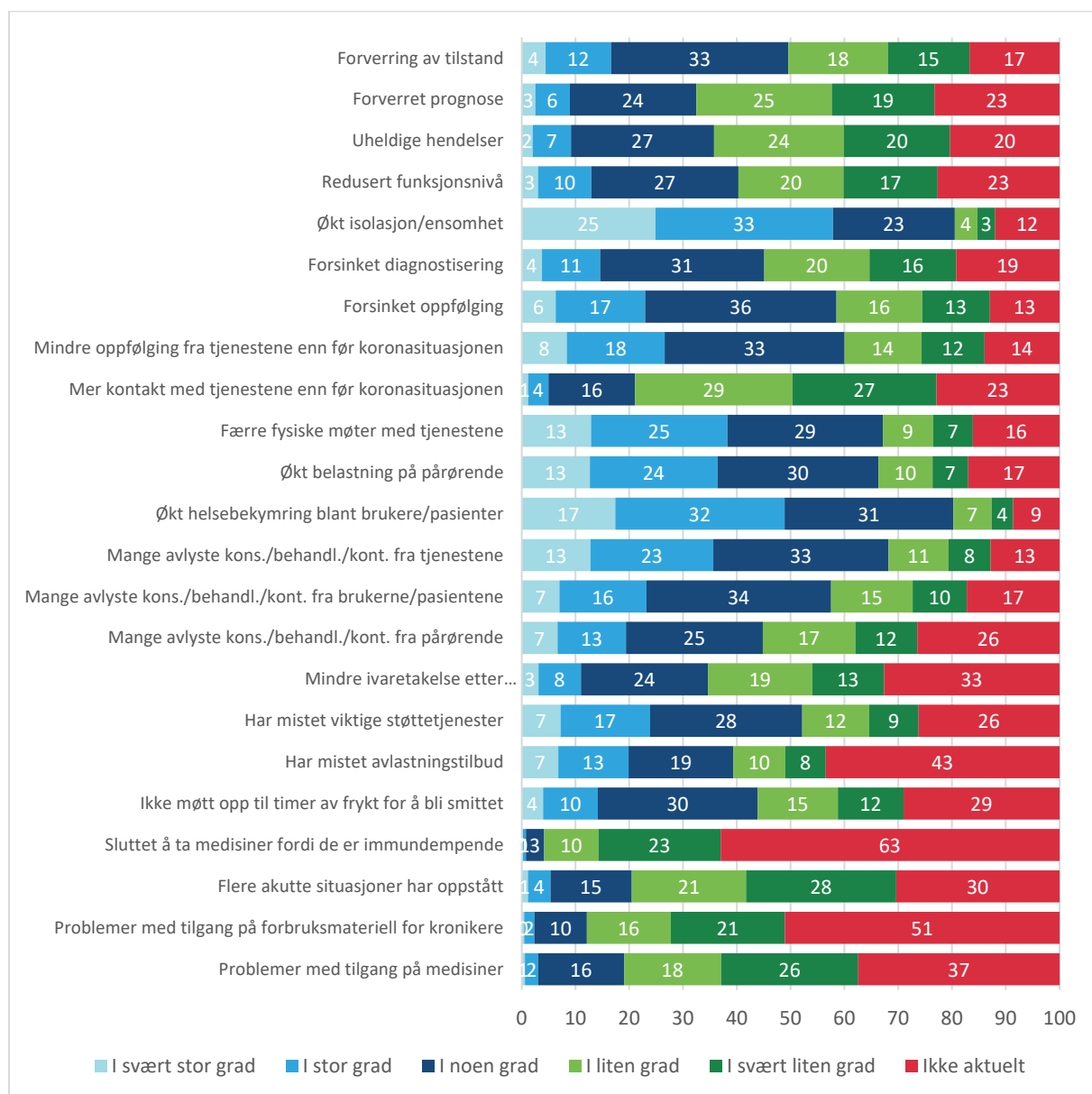
I tillegg til legevakt, fastlegekontor og helsestasjon/skolehelsetjeneste, er det mange på føde/barsel som oppgir at de har hatt pasienter som har fått intensivbehandling (18 prosent). I poliklinikk i BUP oppgir åtte prosent at de har hatt pasienter som har fått intensivbehandling på sykehus som følge av covid-19.



Figur 8.13 Andel sykepleiere som har hatt barn/unge brukere av tjenestene som er smittet uten, milde og alvorlige symptomer i ulike tjenester.

8.4 Konsekvenser for ulike målgrupper for tjenestene

Det er kartlagt en rekke konsekvenser for brukere og pasienter i tjenestene sykepleierne arbeider. Det er flest sykepleiere som melder om at brukere/pasienter opplever økt isolasjon/ensomhet (58 prosent), økt helsebekymring (49 prosent), færre fysiske møter med tjenestene (38 prosent) og økt belastning på pårørende (36 prosent). Det er også mange som er utsatt for avlyste konsultasjoner/behandling/kontakt fra tjenestene (36 prosent).



Figur 8.14 I hvilken grad erfarer du at målgruppene for tjenesten du arbeider i har opplevd følgende på grunn av koronasituasjonen

For å se hvilke brukere/pasienter som er rammet av de ulike konsekvensene er det flere muligheter. Først kobler vi på informasjon om hvem som er målgruppen for tjenesten.

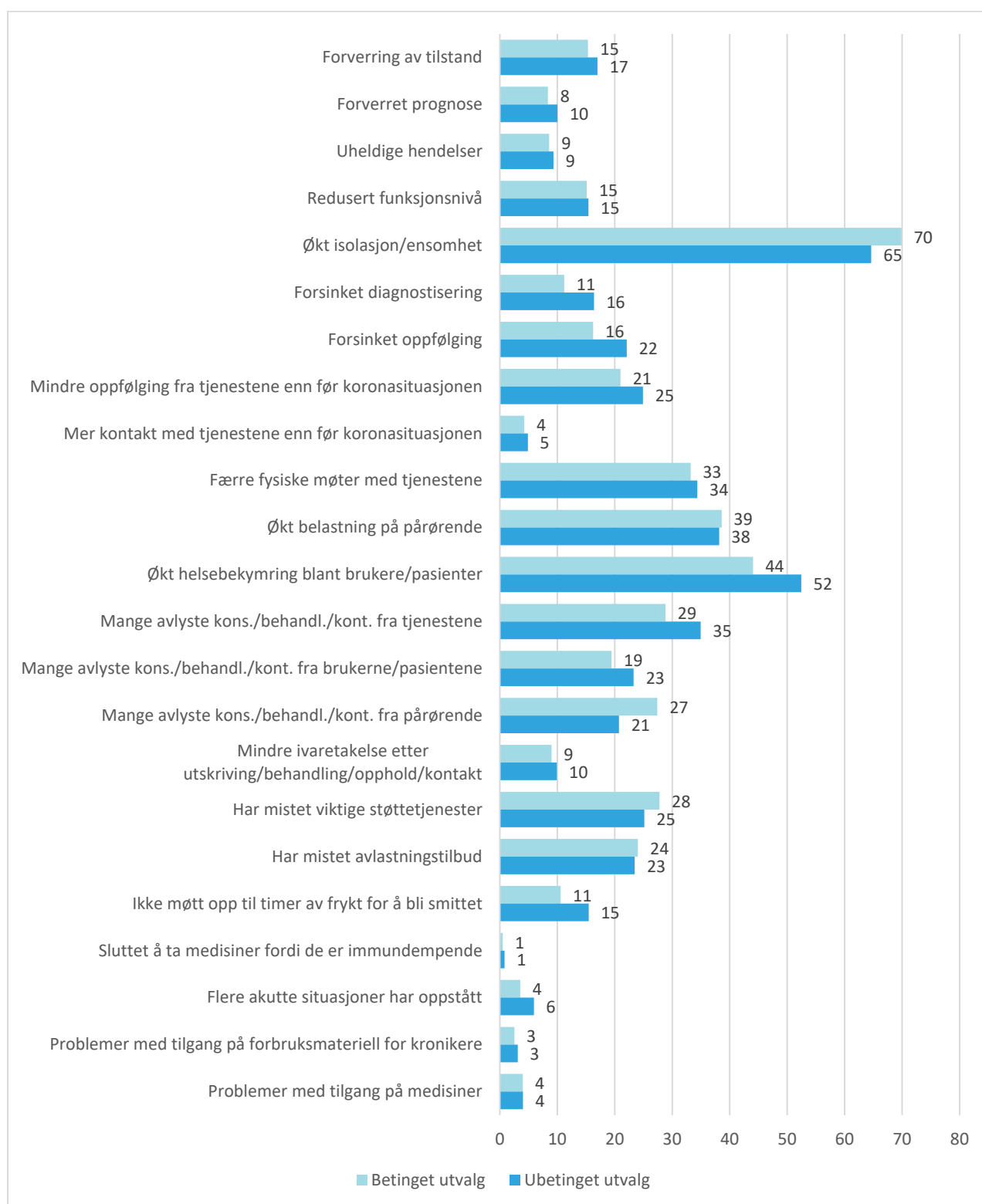
Tabell 8.1 Antall og andel etter målgruppen for tjenestene.

	Antall	Andel av alle	Antall som har svart på konsekvenser for brukerne	Andel
Eldre med somatisk sykdom	14 768	42	10 967	74
Friske eldre	2 744	8	1 980	72
Voksne med somatisk sykdom	11 992	34	8 993	75
Friske voksne	2 954	8	2 215	75
Voksne med funksjonsnedsettelse	4 255	12	3 213	76
Barn og unge med funksjonsnedsettelse	2 242	6	1 699	76
Eldre med funksjonsnedsettelse	6 775	19	5 060	75
Voksne personer med psykiske lidelser og eller rusproblemer	6 581	19	5 053	77
Barn og unge med psykiske lidelser og eller rusproblemer	2 145	6	1 647	77
Eldre med psykiske lidelser og eller rusproblemer	5 447	15	4 141	76
Friske barn og unge	2 603	7	2 006	77
Unge med sykdom	3 353	10	2 544	76
Barn med sykdom	3 336	9	2 548	76
Små barn med sykdom	3 075	9	2 343	76
Små barn uten sykdom	1 353	4	1 018	75
Annet	2 935	8	2 230	76

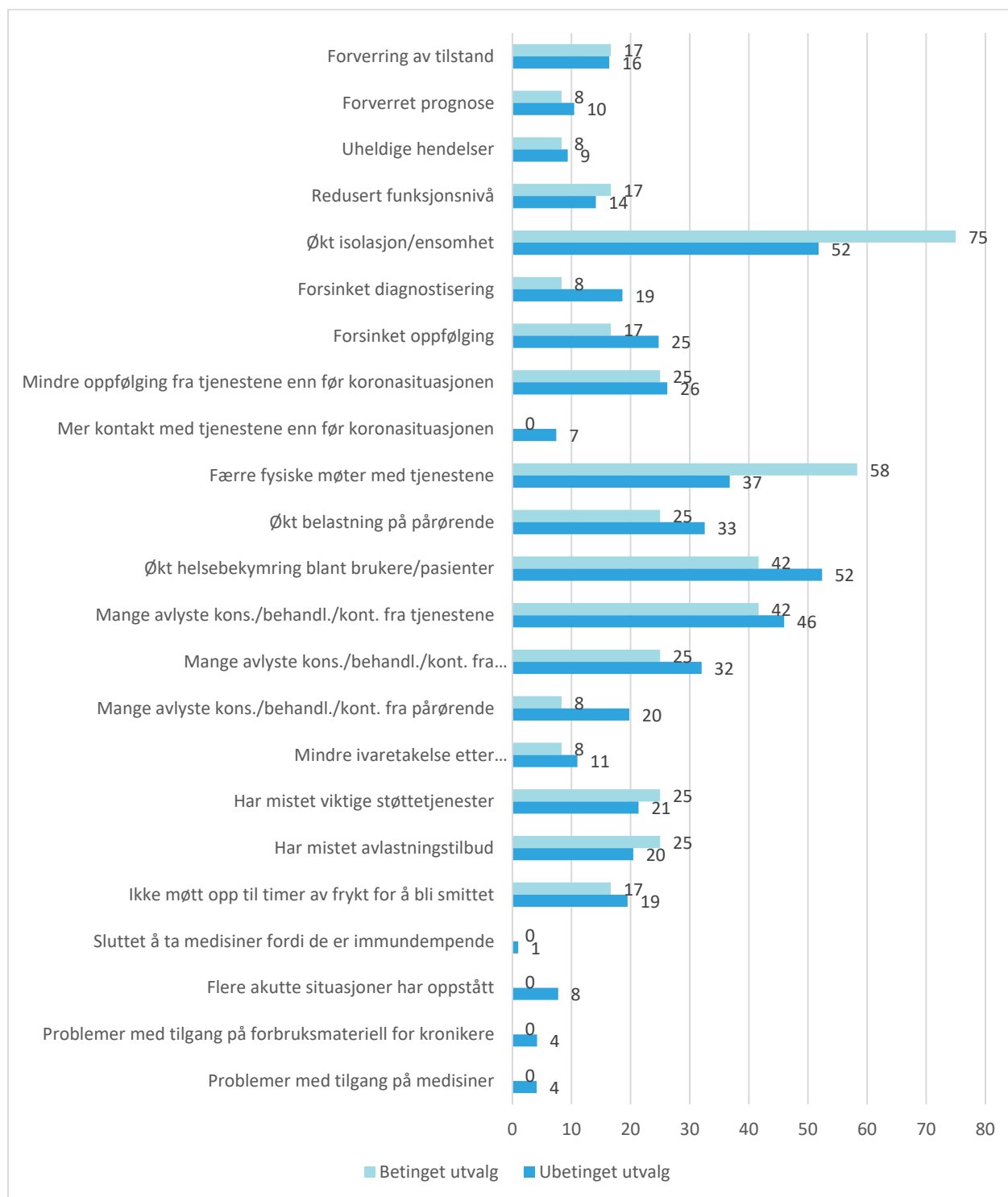
For å forenkle analysene og muliggjøre grafiske fremstillinger, ser vi videre på de som svarer i svært stor grad og i stor grad og kobler dette med informasjon om målgruppen for tjenestene.

Det er mulig å sette mange kryss, for eksempel vil de som arbeider i legevakt og på fastlegekontor ha pasienter i alle gruppene. For å gjøre det mer sannsynlig at de svarer på vegne av riktig målgruppe, betinger vi utvalget på at de har krysset av for kun denne gruppen når de beskriver målgruppe.

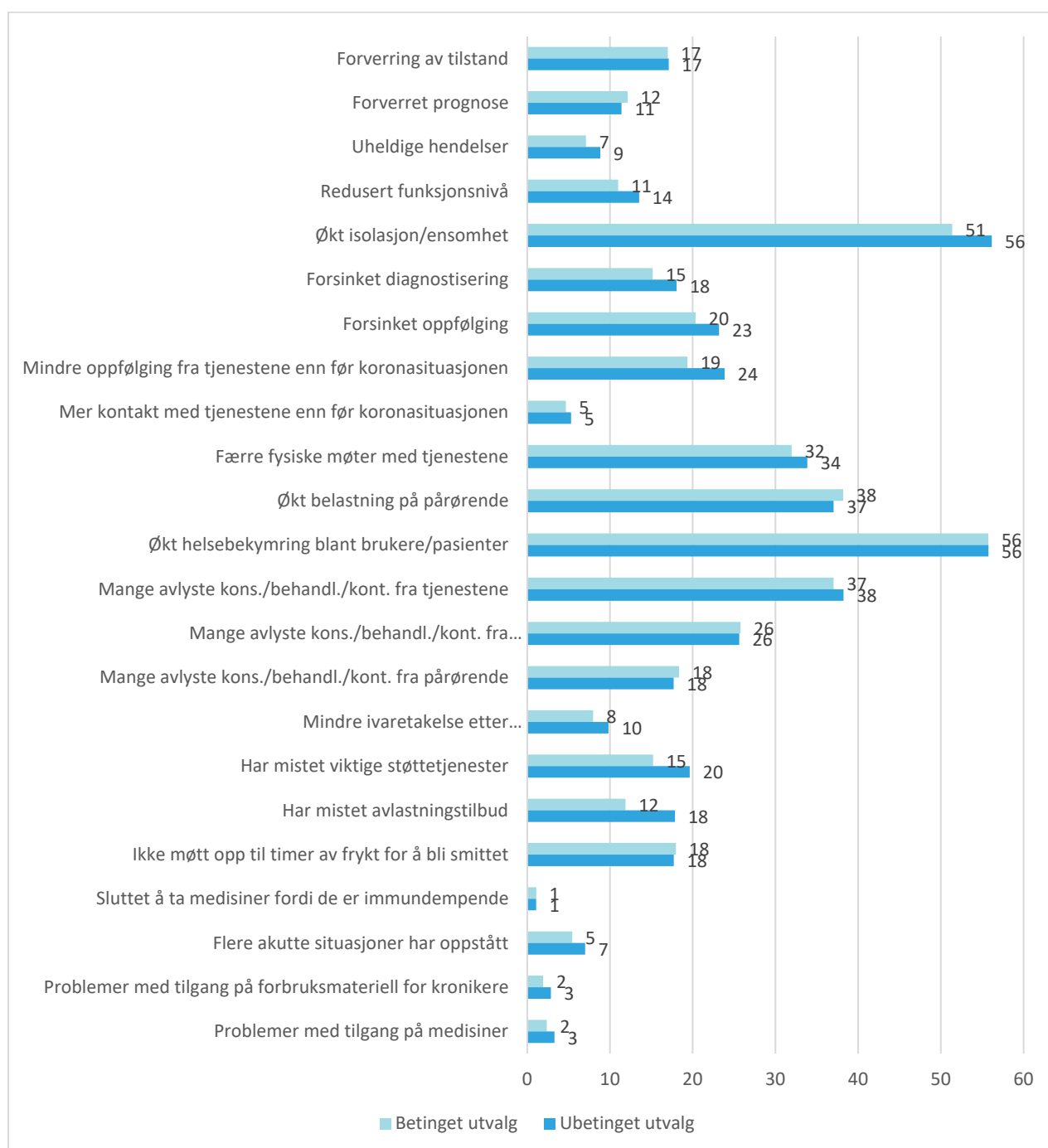
Dette betyr at ubetinget utvalg vil inneholde flere brukergrupper enn kun den studerte. Dersom det er stort avvik mellom betinget og ubetinget utvalg, kan dette bety at målgruppen for tjenestene er heterogene.



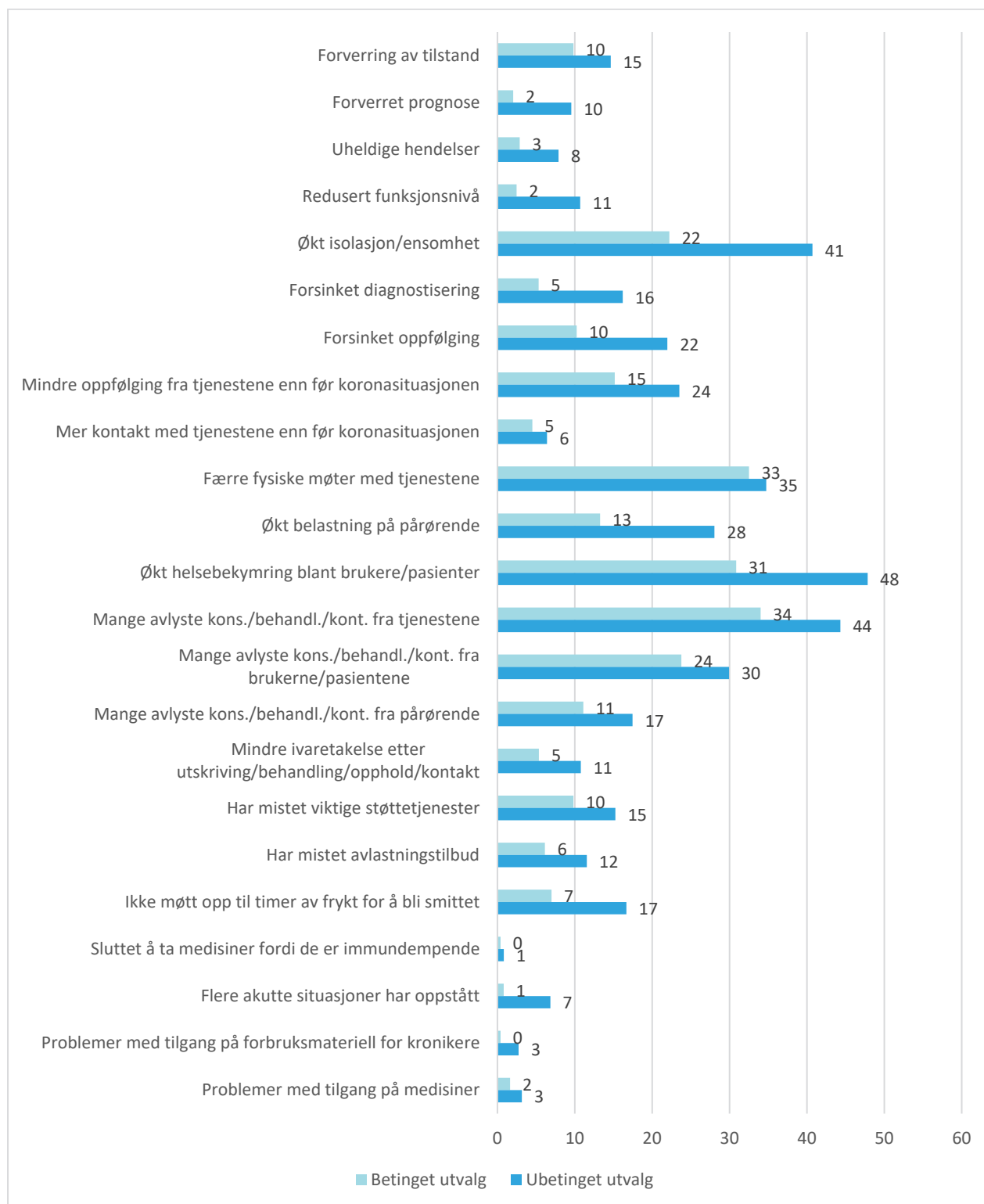
Figur 8.15 Eldre med somatisk sykdom, n=10791.



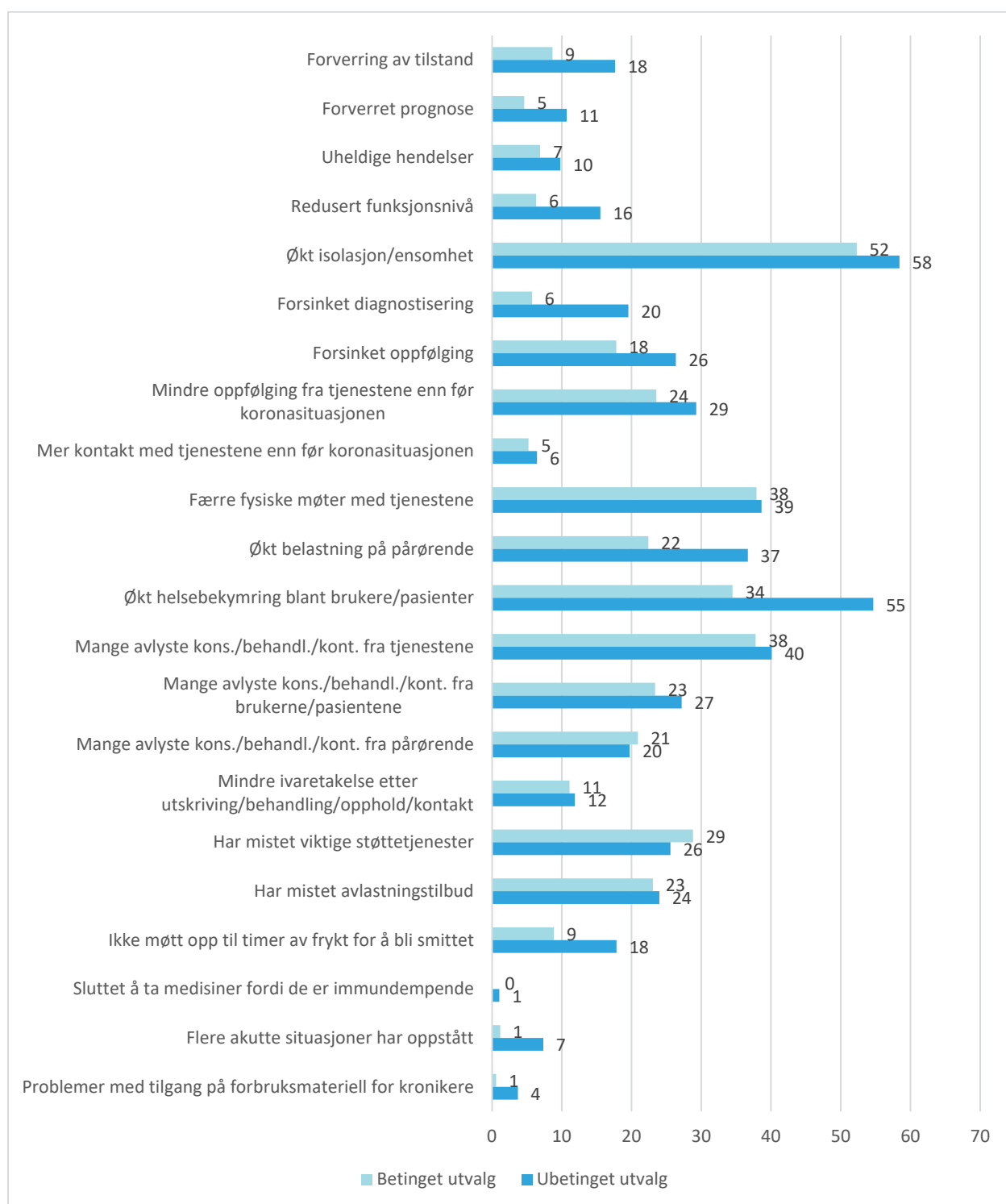
Figur 8.16 Friske eldre, n=1940.



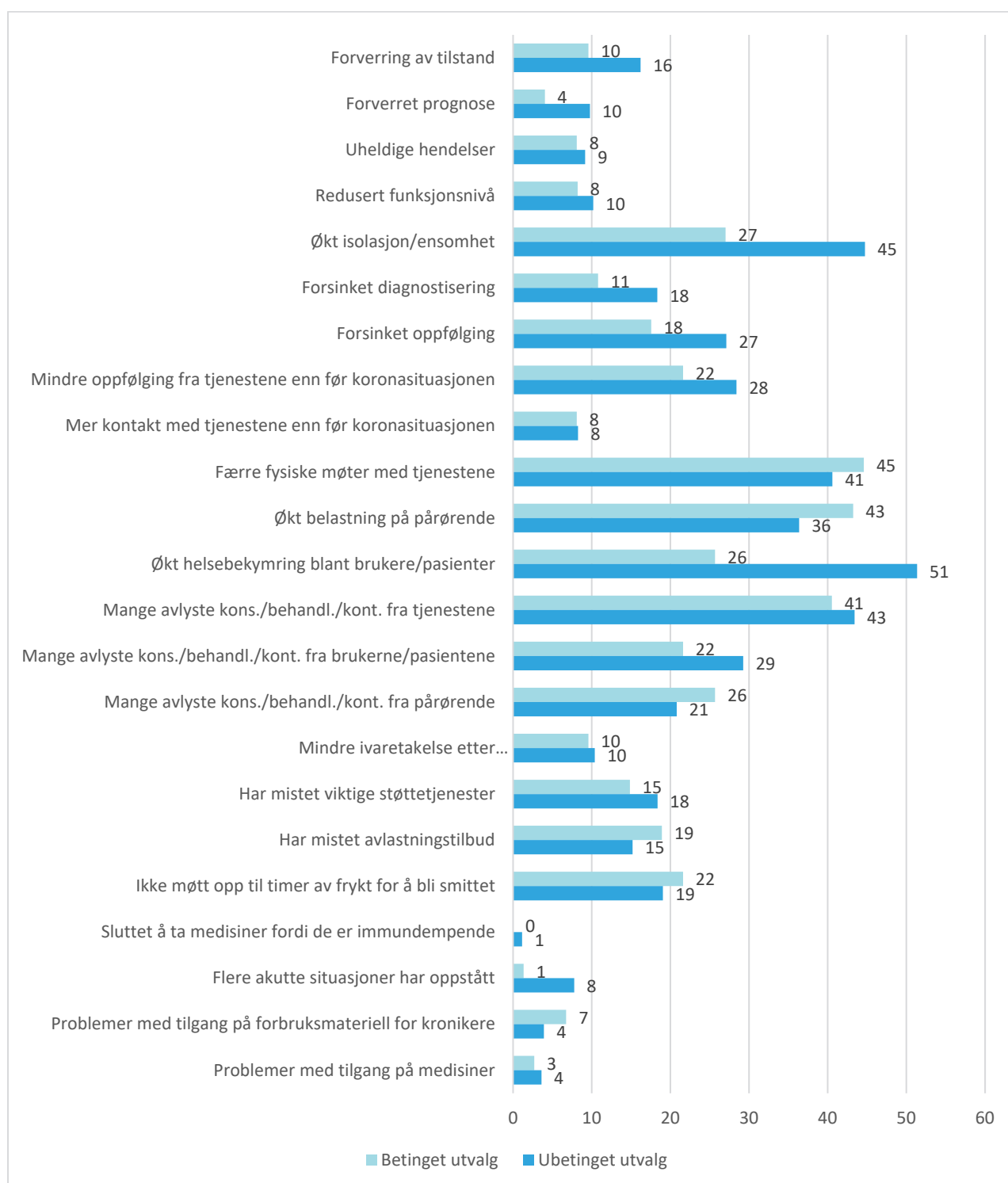
Figur 8.17 **Voksne med somatisk sykdom, n=8834.**



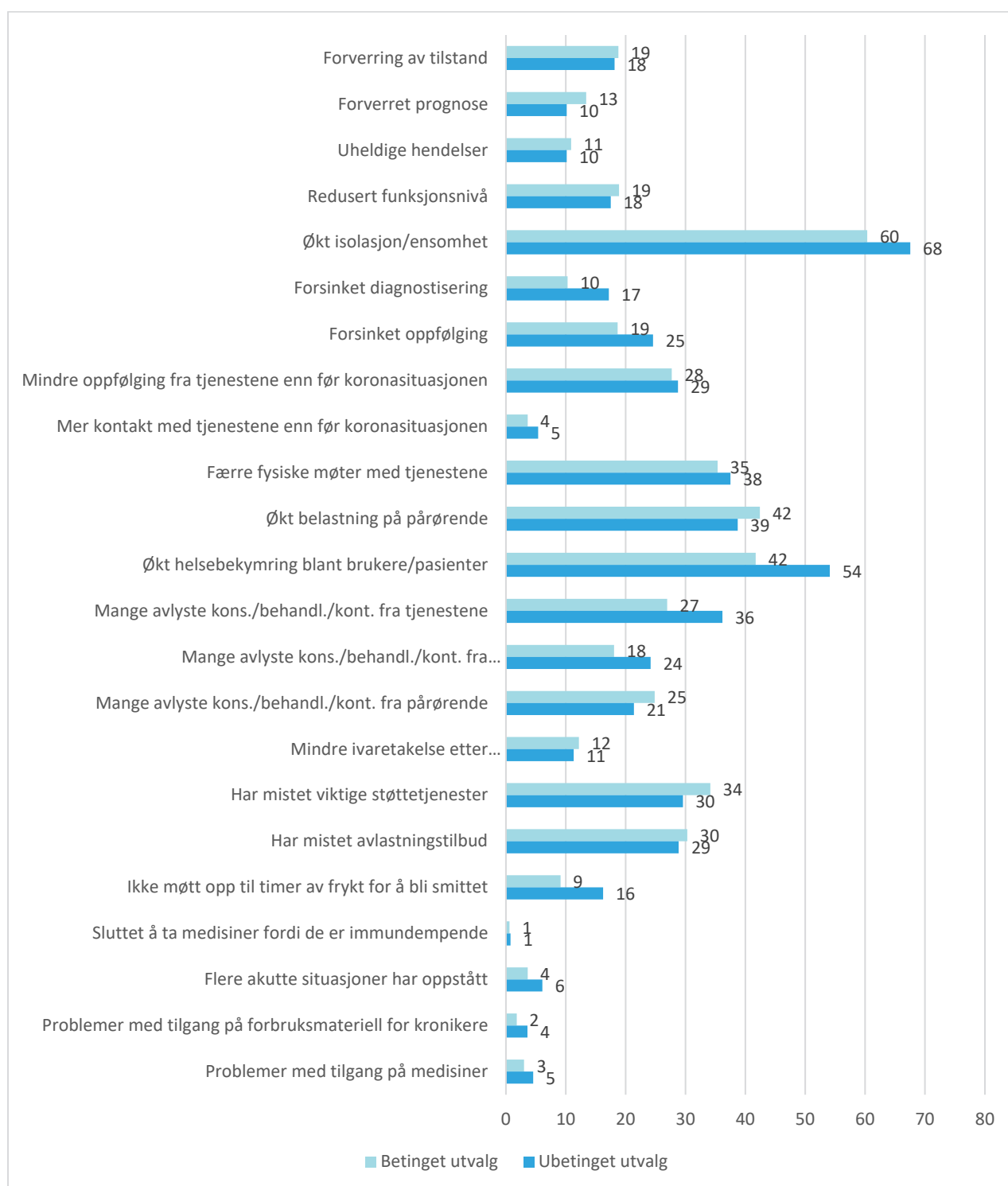
Figur 8.18 Friske voksne, n=2172.



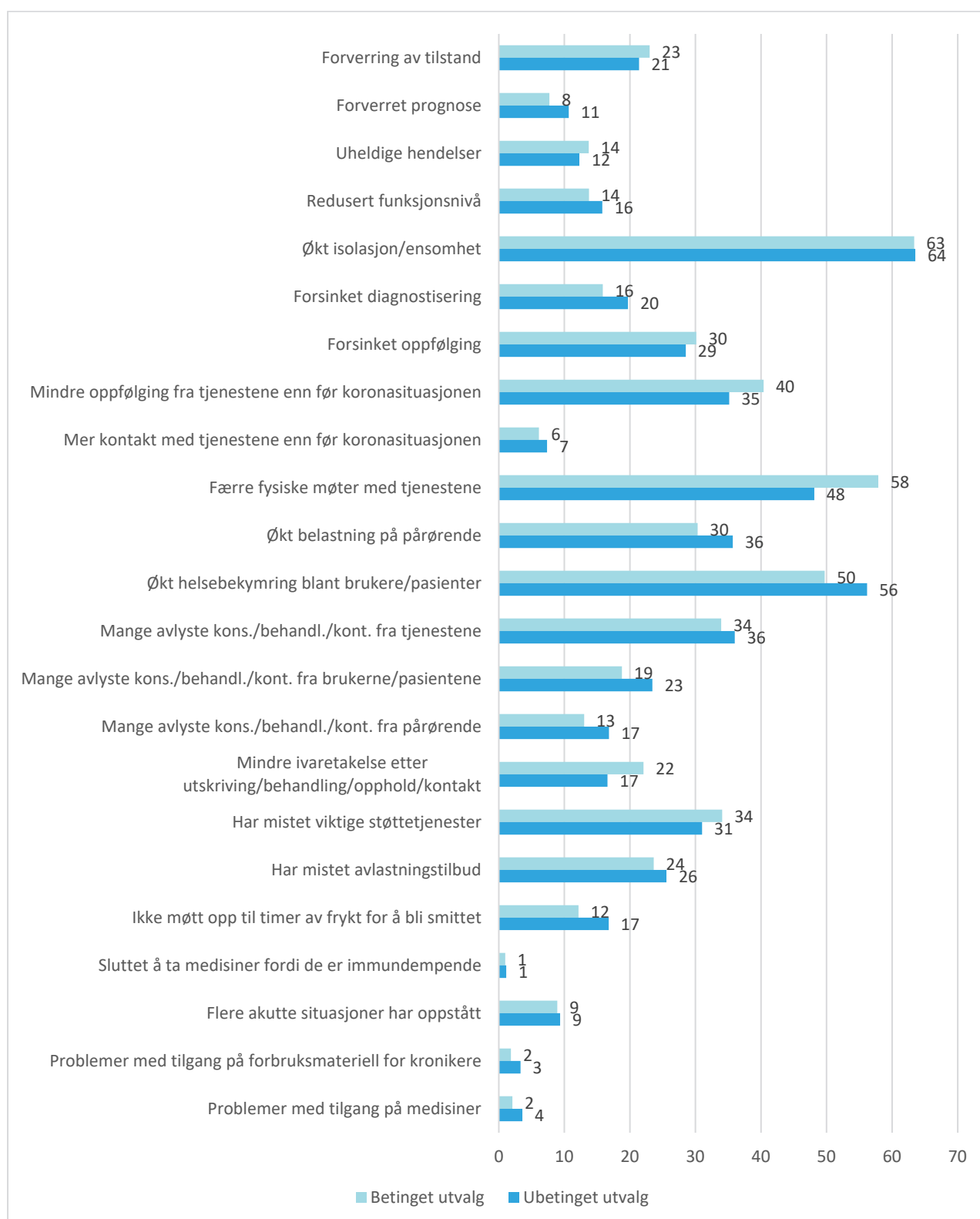
Figur 8.19 Voksne med funksjonsnedsettelse, n=3159.



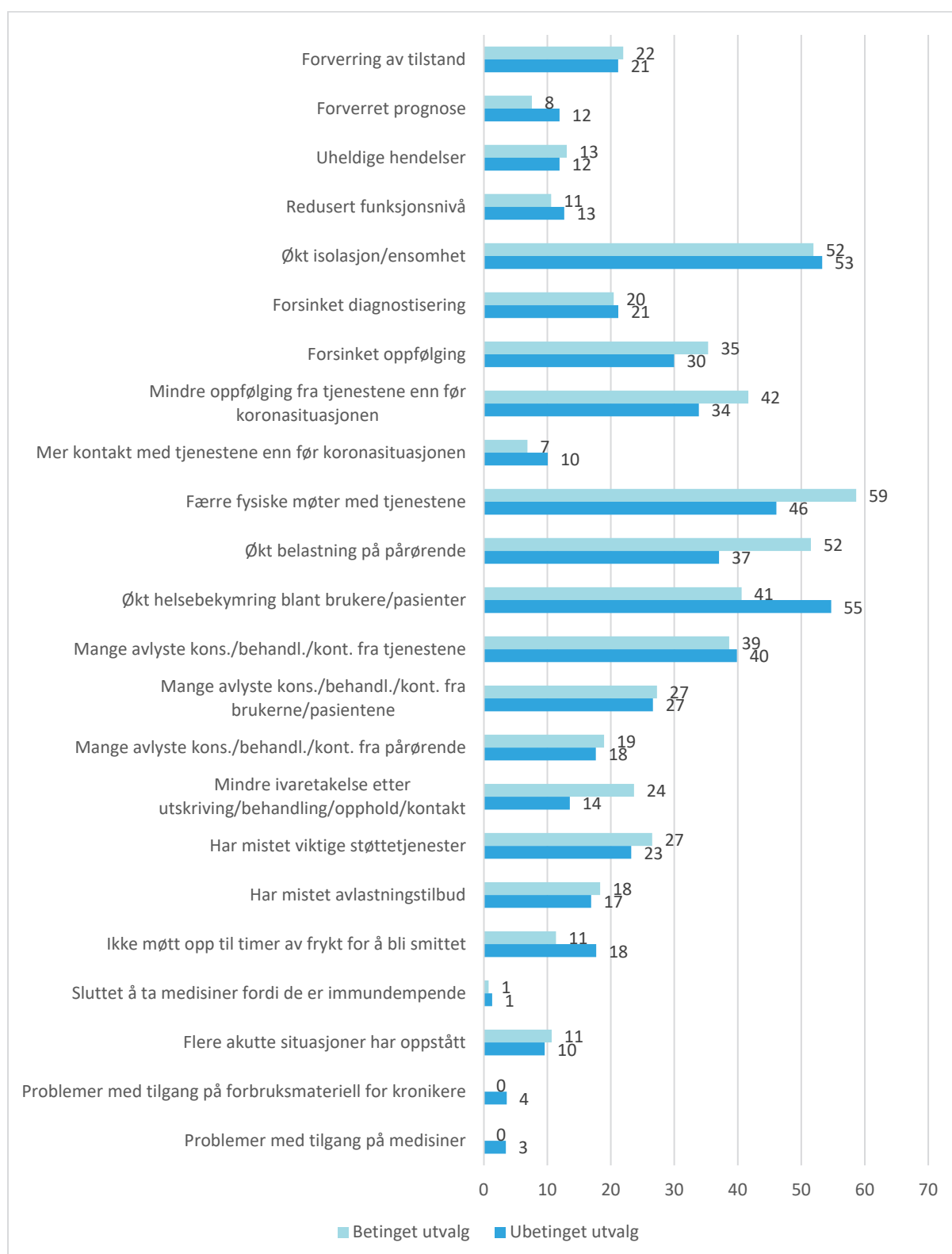
Figur 8.20 Barn og unge med funksjonsnedsettelse, n=1671.



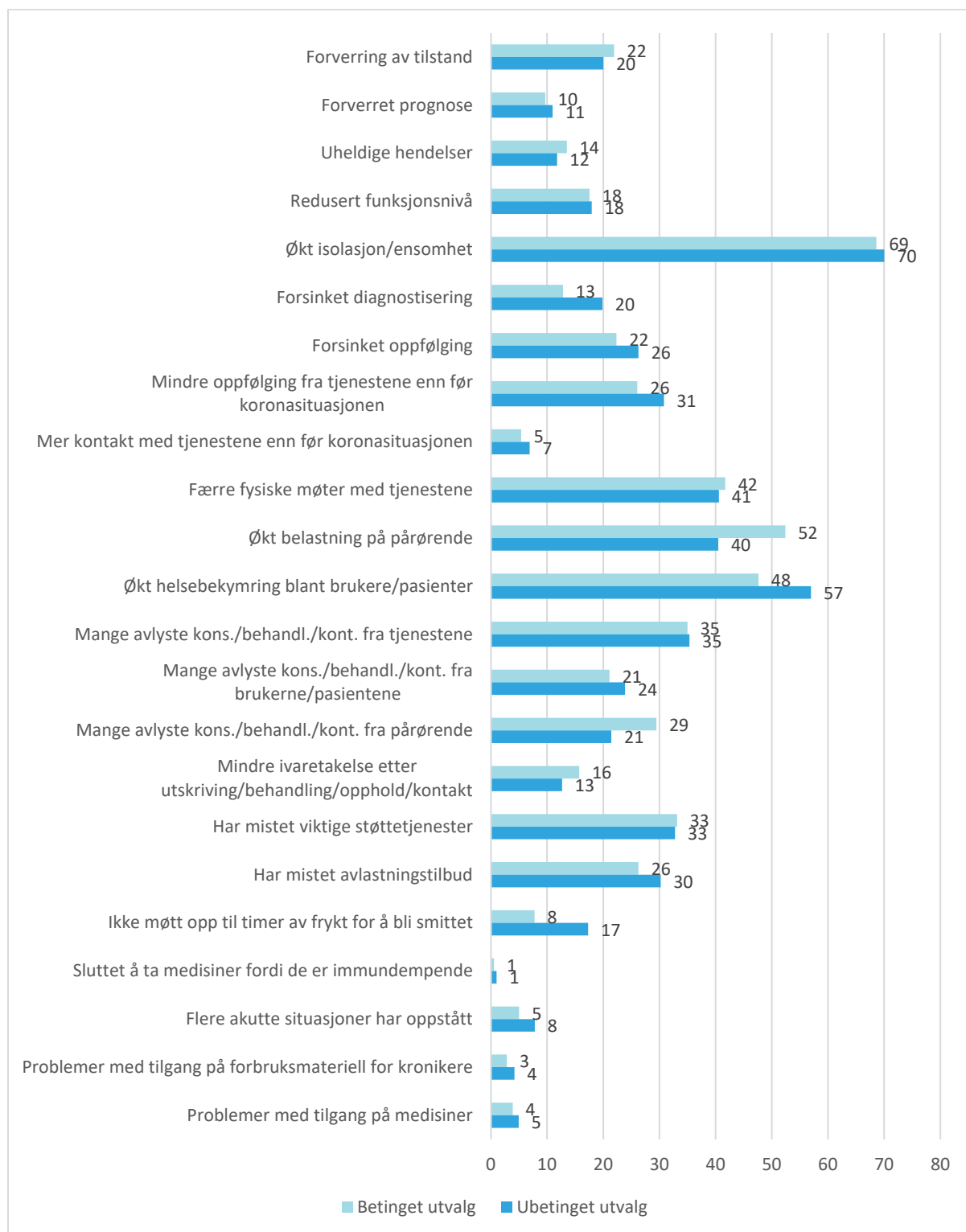
Figur 8.21 Eldre med funksjonsnedsettelse, n=4979.



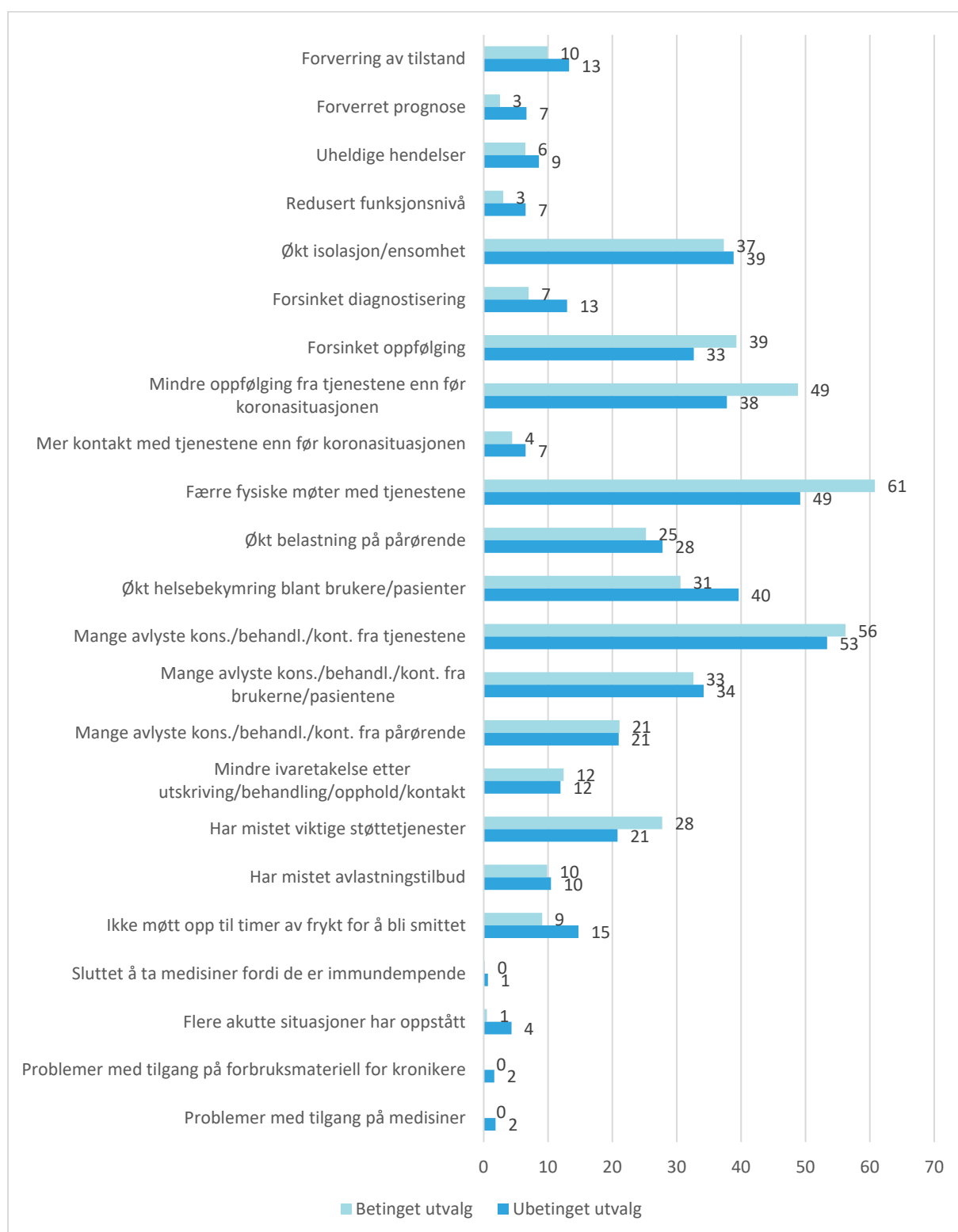
Figur 8.22 Voksne personer med psykiske lidelser og eller rusproblemer, n=4982.



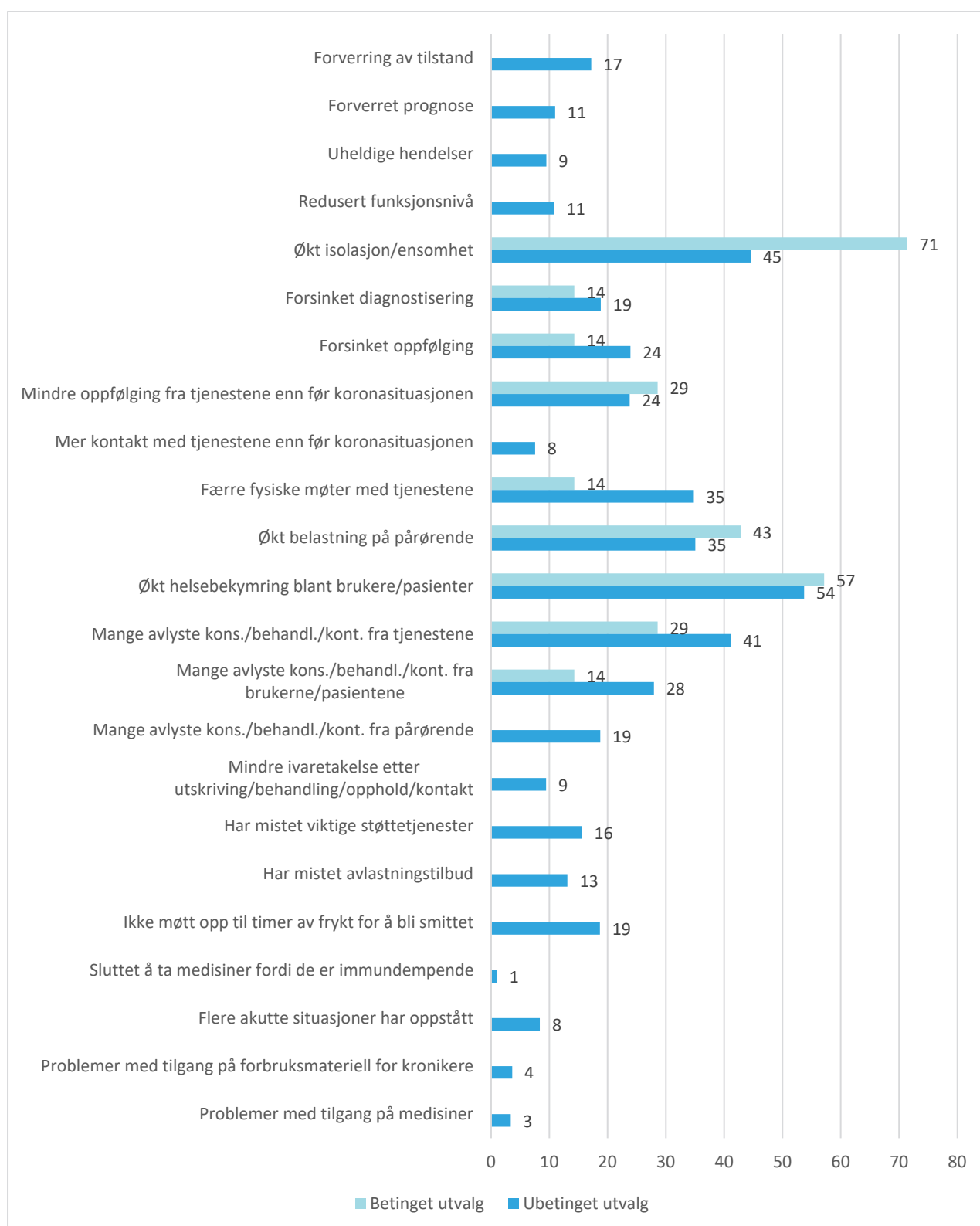
Figur 8.23 Barn og unge med psykiske lidelser og/-eller rusproblemer.



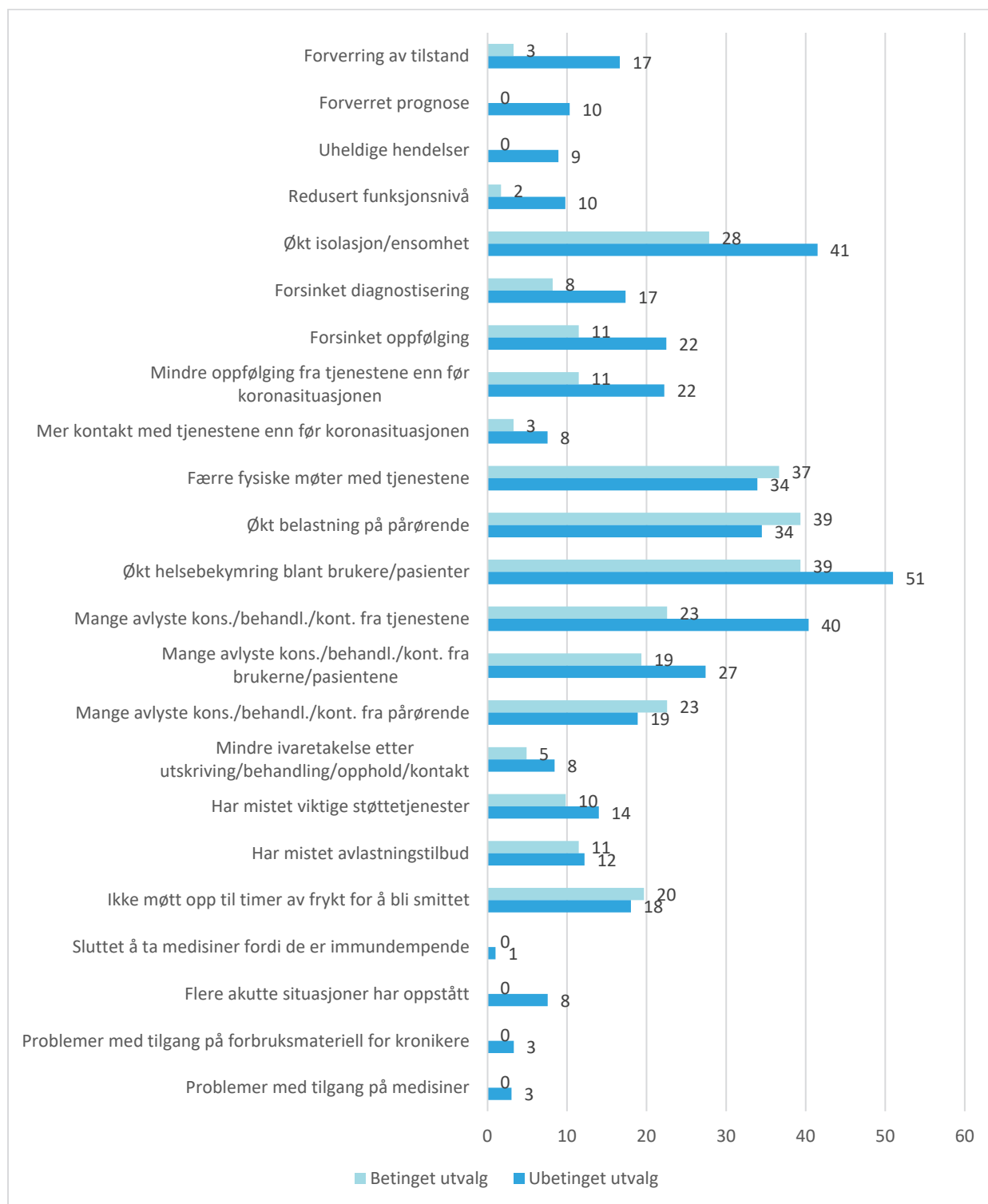
Figur 8.24 Eldre med psykiske lidelser og/-eller rusproblemer, n=4080.



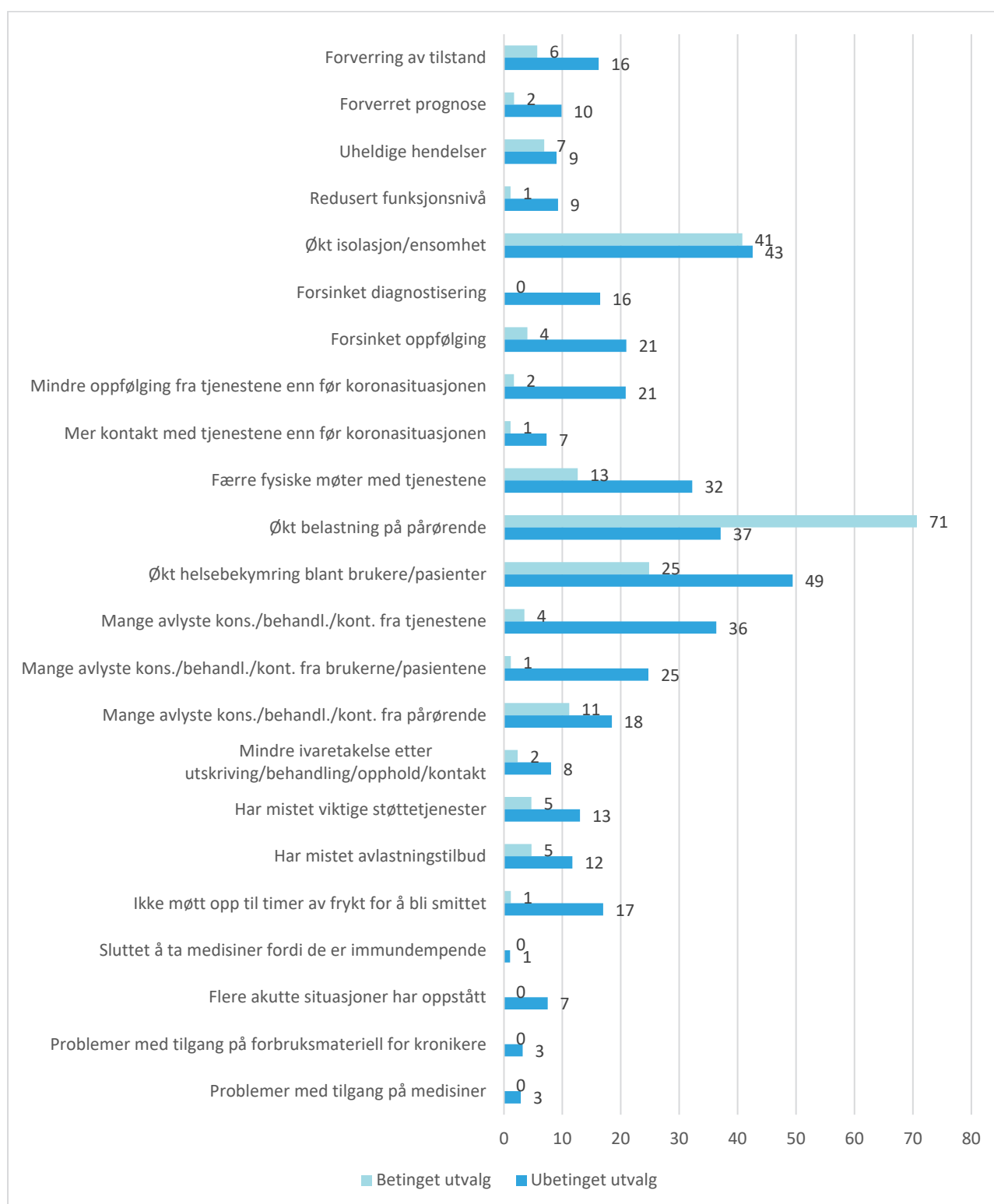
Figur 8.25 Friske barn og unge, n=1966.



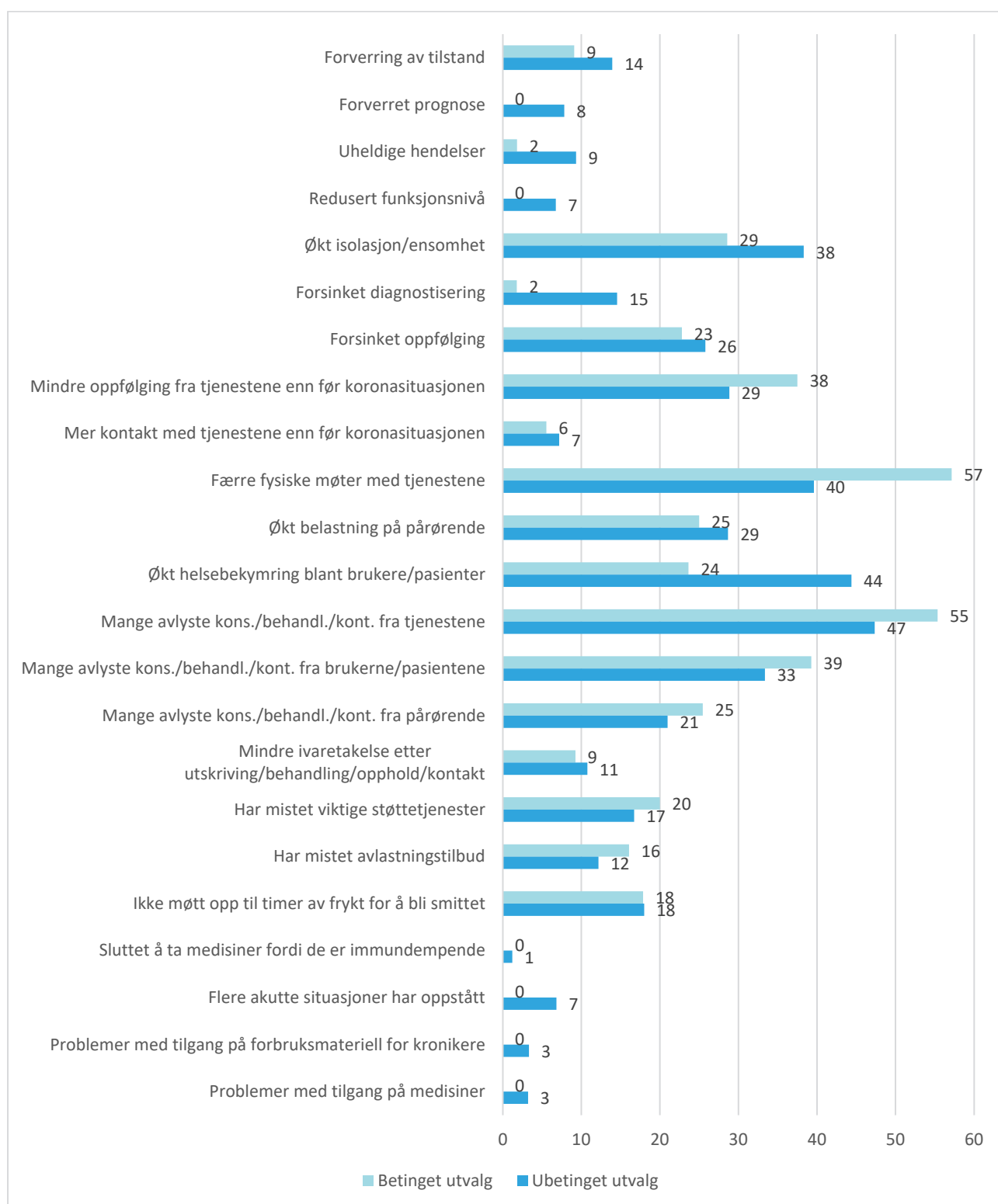
Figur 8.26 Unge med sykdom, n=2500.



Figur 8.27 Barn med sykdom, n=2504.



Figur 8.28 Små barn med sykdom, n=2304.



Figur 8.29 Små barn uten sykdom.

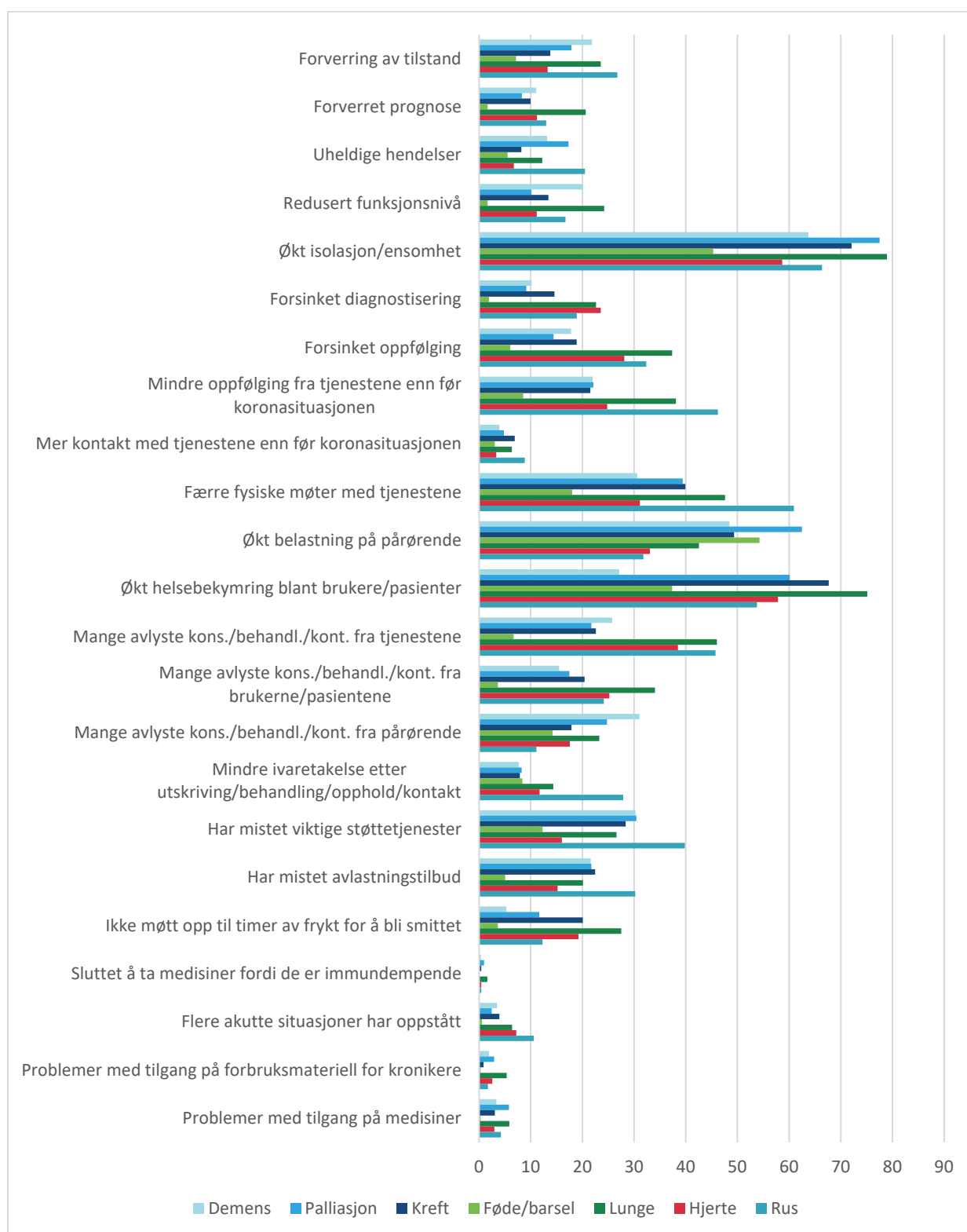
8.5 Konsekvenser for spesifikke bruker/pasientgrupper

Det er to åpne spørsmål som er særlig relevante å undersøke grundigere for å identifisere ulike bruker- og pasientgrupper. Den første er hvem som er målgruppen for tjenestene - Annet, hvem - og den andre er svaret som er gitt på følgende spørsmål 'Dersom du arbeider med en spesifikk bruker-/pasientgruppe ber vi om at du oppgir dette her: Det er denne gruppen du skal svare for når du kommer til spørsmålene om konsekvenser av koronasituasjonen for pasienter/brukere/pårørende. Det er gitt 2940 svar på den første og 6910 svar på den andre variabelen. Vi benytter begge for å identifisere spesifikke grupper.

Bruker- og pasientgruppene identifiseres med å søke gjennom disse tekstvariablene. I noen tilfeller vil det være overlap mellom brukergruppene, for eksempel er det én av fire fra 'hjerne' som også inngår i 'lunge', og 12 prosent av treff på 'kreft' har også treff på søkestrengen for 'palliasjon'.

Tabell 8.2 **Uttrekk av tekstvariabler**

	Antall	Andel
Demens (demen, Demen)	1099	40
Palliasjon (pall, Pall, døende, lindren, Lindren)	261	10
Kreft (kref, Kref)	302	11
Føde/barsel (nyf, Nyf, barsel, Barsel, fød, Fød)	463	17
Lunge	245	9
Hjerne	299	11
Rus	284	10
Totalt	2742	100



Figur 8.30 Andel sykepleier som svarer at brukere og pasienter i svært stor eller stor grad er rammet av de ulike konsekvensene.

Det er også mulighet for å kommentere på et åpent felt i tillegg til gradsspørsmålene.

Hos de som arbeider innen demensomsorg kommer det frem at aktivitetstilbudet er endret blant annet fordi eksterne aktører som frisører, fotpleiere og andre ikke har kunnet komme inn. I tillegg ble timer til tannbehandling fysioterapeut og ergoterapeut avlyst for mange, planlagte konserter ble avlyst og musikkterapi avsluttet. Det er også kommentert at stenging av dagsenter kan få store konsekvenser for demenspasientene fordi de trenger rutiner. Mange har også mistet pårørendekontakt, og dette kan ha vært belastende både for pasientene og for de pårørende. Det har også vært mangel på noen typer medisiner - det nevnes Sobril, Burinex, Midazolam.

Innen palliativ behandling nevnes det at isolering i livets slutfase gjorde at flere valgte hjemmedød enn vanlig, at pårørende har mistet tilgang til pårørendegrupper som ble stengt ned og at medisiner til lindrende behandling "står i rest". Også her har pasienter mistet dagtilbud.

Fra kreftavdelingene meldes det om at enkelte medisiner ikke har vært tilgjengelig, at de ikke har hatt frivillige inne på avdelingene og at det har ført til merbelastning for pårørende. Behandlinger ble satt på vent for noen, flere har unnlatt å møte opp til kontroller enn tidligere, pasientene møter 'kulde' i helsevesenet under pandemien - ingen klapp på skulder eller berøring, munnbind som skjuler ansiktsuttrykk og ikke besøk. Det nevnes også at det er uheldig for mange pasienter at de ikke har fått ha med seg pårørende til kontroller. Mange er eldre og skrøpelige, engstelige og har kognitiv svikt – og ikke forstått eller husket hva som har vært formidlet.

Fra lungeavdelingene kommenteres det at besøksrestriksjoner har ført til belastning på både pasienter og pårørende, andre opplever at pasientene er mer stabile og at for eksempel kolspasientene har holdt seg friskere enn vanlig. Fra hjerteavdelingene nevnes det at flere med alvorlig akutte tilfeller av hjertesykdom unnlot å ta kontakt med helsevesenet fordi de ikke ville belaste tjenestene.

Fra føde/barsel er det en del kommentarer på at avdelingen hadde stengt for fedre og søsken i en kortere eller lengre periode, og at dette har vært en ekstra belastning på familiene. Det er også flere som har kommentert at de er vanskelig å gi ammeveiledning og annen veiledning på grunn av smitteverntiltakene.

Fra de som arbeider innen rus, er det flere som nevner at det er vanskeligere å få tak i illegale rusmidler, at mange er bekymret for sin somatiske helse, at aktivitetstilbud er nedstengt og at flere pasienter enn vanlig har avbestilt timene. Andre opplever at de har fått hyppigere kontakt med målgruppen fordi de har snakket ofte på telefon heller enn fysiske møter.

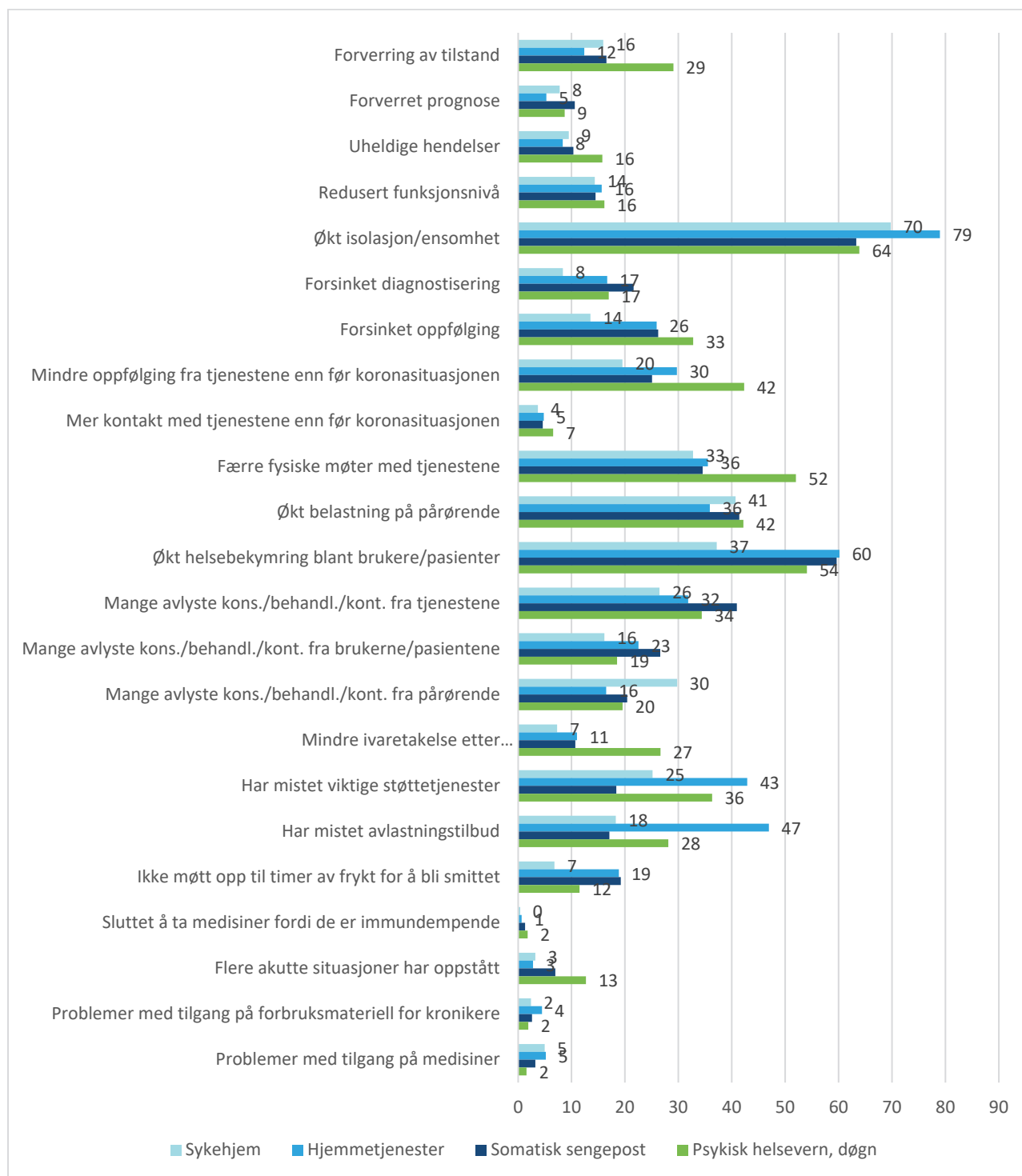
En tredje måte vi kan identifisere hvilke brukergrupper og pasienter det svares for, er å se på hvilken tjeneste de svarer fra (hovedarbeidsforhold). Vi ser her på sykehjem og hjemmetjenester.

For sykepleierne i skolehelsetjenesten og helsestasjonene, er mange av kategoriene ikke relevante. Men de har gitt noen kommentarer som kan være nyttig for å synliggjøre de utfordringene deres brukere har fått ved at mange ble/er omdisponert til andre oppgaver. Det kommenteres at barselgrupper har blitt avlyst eller ikke etablert, at de ikke har fått fulgt opp familier med nyfødte

som vanlig (for eksempel for å avdekke barseldepresjon). Det uttrykkes bekymring for barn og unge som lever i familier som sliter på ulike områder. Noen skriver at de ikke har fått fulgt opp de unge som vanlig, og at flere har blitt gravide fordi de ikke har lett tilgjengelig prevensjon og angrepiller. Det kommenteres at det mangler medisiner, som prevensjon til unge og noen vaksiner. En del uttrykker frustrasjon ved at de settes til andre oppgaver og at skolehelsetjenesten i praksis er stengt ned, og at dette gjør at barn og unge ikke får den oppfølgingen de trenger.

8.6 Konsekvenser for brukere og pasienter i sykehjem, hjemmetjenester, somatiske sengeposter og døgnavdelinger i psykisk helsevern.

Dette er de største tjenestene målt i antall sykepleiere i utvalget, og vi ser derfor på disse om det også her er stort samsvar i svarene for de ulike gruppene.



Figur 8.31 Andel sykepleiere som svarer at brukerne/pasientene i stor grad har opplevd de ulike konsekvensene av koronasituasjonen i de største tjenestene.

Det er flest sykepleiere innen døgnavdelingene i psykisk helsevern som oppgir at pasientene får forverring av tilstanden (29 prosent), færre møter med tjenestene (52 prosent) og flere akutte situasjoner har oppstått (13 prosent). Denne pasientgruppen, sammen med brukerne i

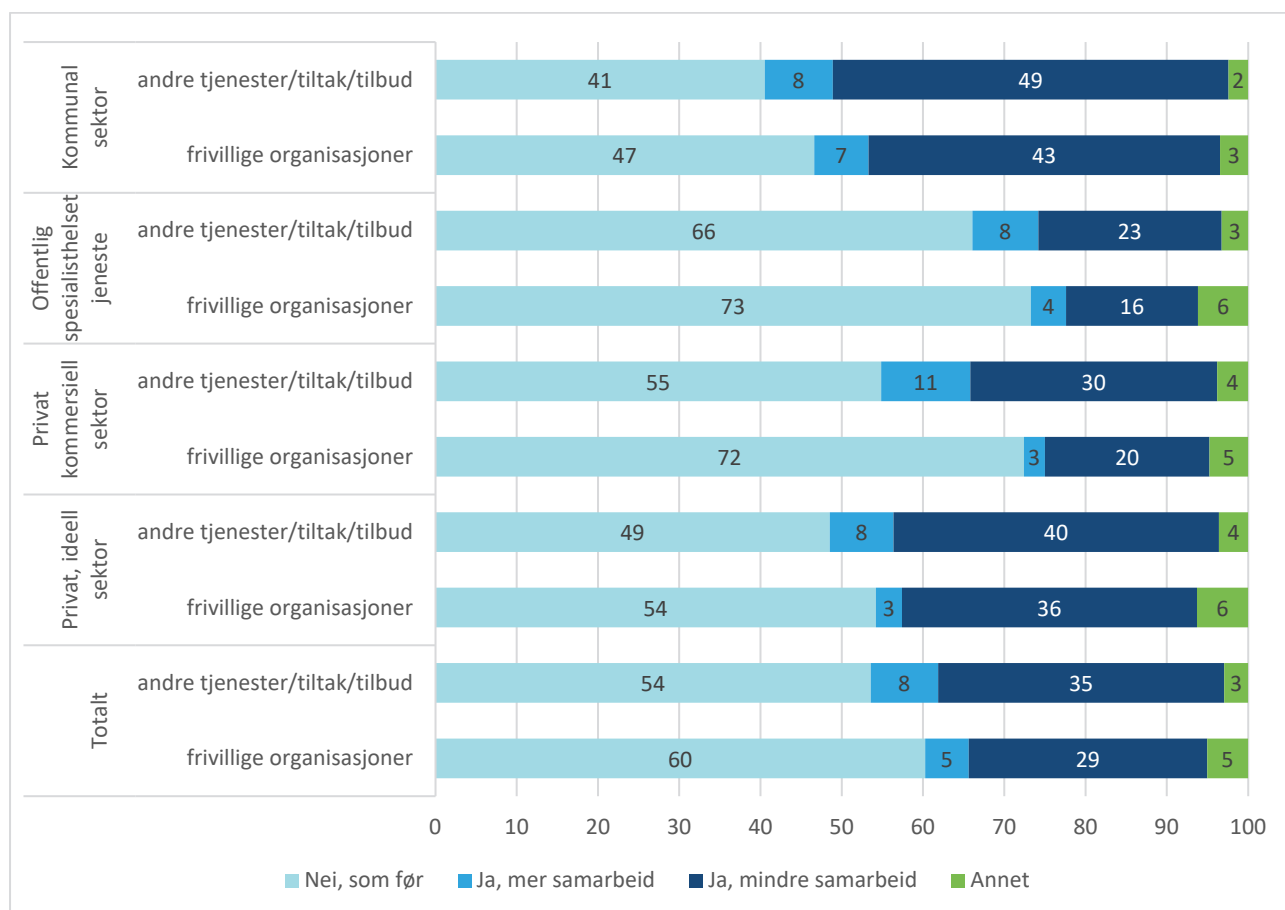
hjemmetjenesten, er ifølge sykepleierne mest utsatt for nedstengte støttetjenester og avlastningstilbud.

8.7 Endring i samarbeid med andre tjenester og frivillige organisasjoner

Gode helse- og omsorgstjenester er ofte et resultat av samhandling mellom mange tjenesteutøvere. Hvordan har pandemien påvirket samhandling og samarbeid i tjenestene, slik sykepleierne oppfatter det? I dette kapitlet ser vi nærmere på dette temaet. Konkret ser vi på:

- Om det har vært endringer i samarbeid med andre tjenester/tiltak/tilbud
- Om det har vært endringer i samarbeidet med frivillige organisasjoner

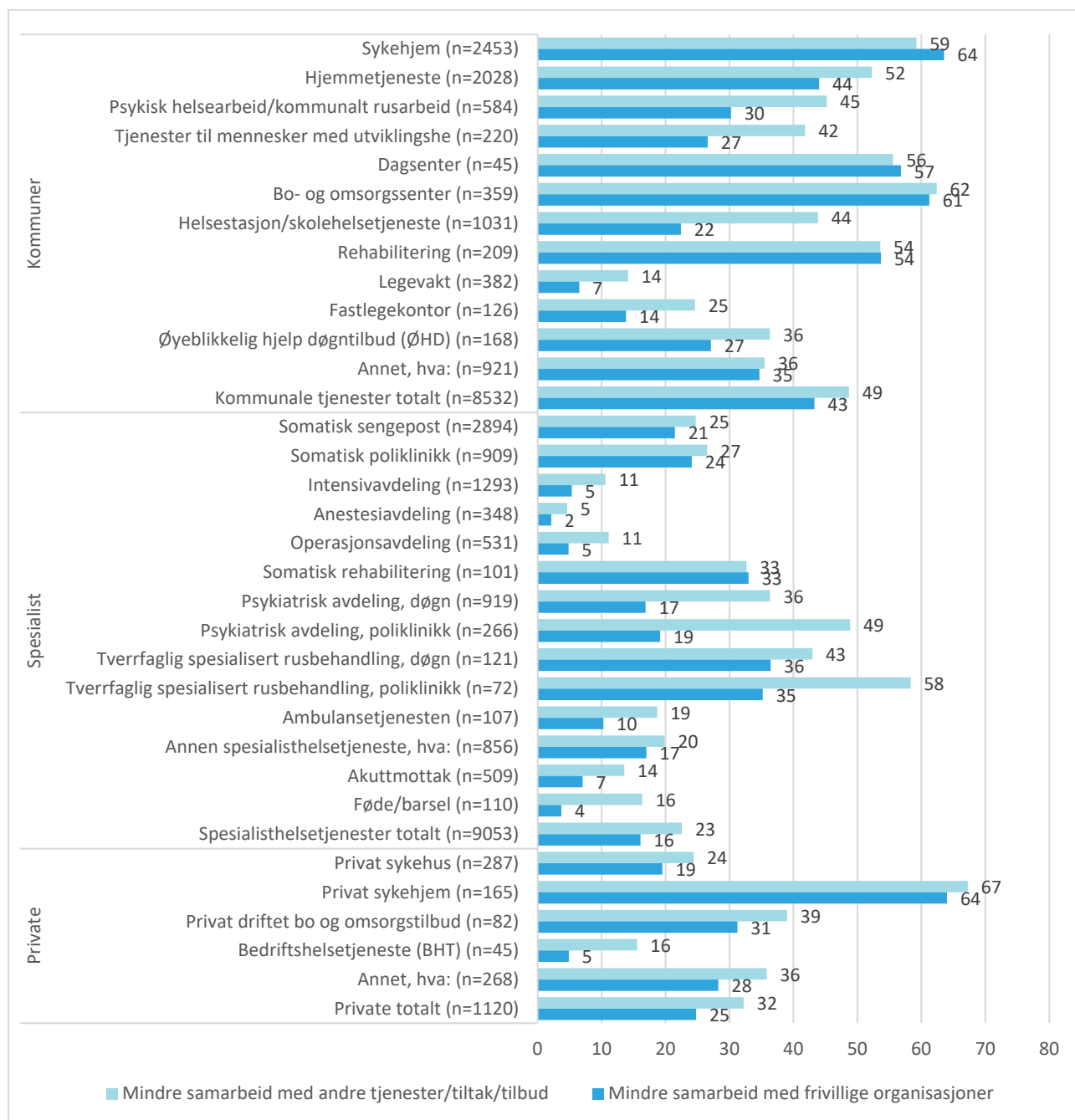
Fra den nasjonale kartleggingen vet vi at 54 prosent av utvalget svarer at det ikke er endringer i samarbeidet med andre tjenester/tiltak/tilbud, mens 60 prosent oppgir ingen endring i samarbeidet med frivillige organisasjoner. Det er betydelig færre som oppgir at de har hatt mer samarbeid enn som oppgir mindre samarbeid.



Figur 8.32 Andel respondenter etter svar på endring i samarbeid med andre tjenester og frivillige organisasjoner. N=18785.

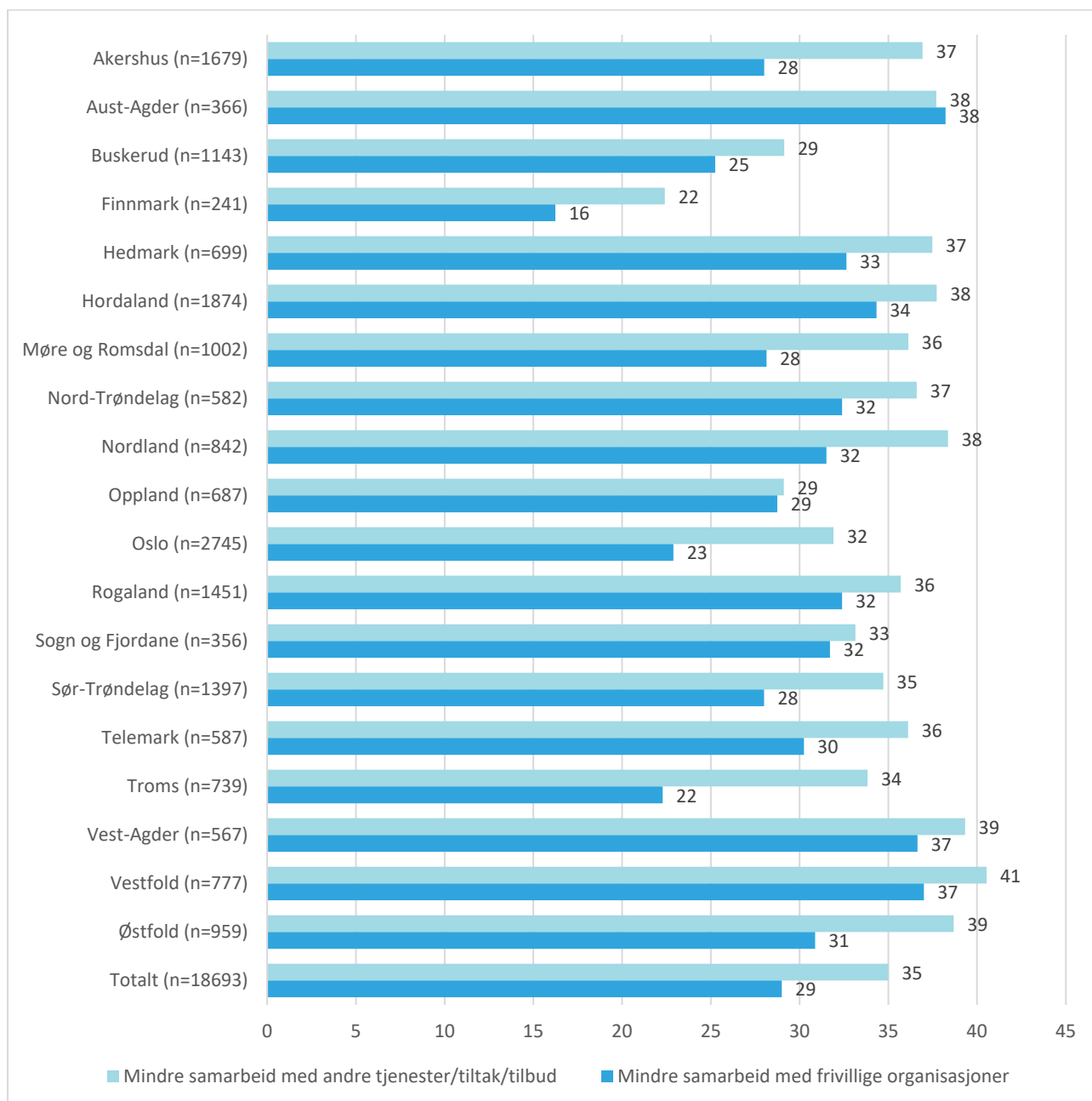
Vi undersøker om det er signifikante forskjeller innen sektorer i andel som svarer at de har fått mindre samarbeid.

Det er systematiske forskjeller mellom tjenester, både innen kommunene og i spesialisthelsetjenesten, i hvordan samarbeidet er påvirket.



Figur 8.33 Andel som svarer at det er mindre samarbeid som følge av koronasituasjonen. N=18785.

I kommunene er det særlig sykehjem, bo- og omsorgssenter, dagsenter og rehabilitering som ligger signifikant høyere i andel som svarer at det er mindre samarbeid med både andre tjenester og med frivillige. I spesialisthelsetjenesten er det mindre samarbeid med andre tjenester og frivillige særlig innen TSB, psykisk helsevern og i somatisk rehabilitering. I privat sektor er det sykehjem som skiller seg ut ved at mange melder om redusert samarbeid både med andre tjenester og med frivillige organisasjoner.



Figur 8.34 Andel som svarer at det er mindre samarbeid med andre tjenester/tiltak/tilbud og med frivillige organisasjoner

Det er lavest andel som oppgir at det er mindre samarbeid med frivillige organisasjoner på grunn av koronasituasjonen i Finnmark, Oslo og i Troms, mens det er færre i Finnmark, Buskerud og Oppland som oppgir mindre samarbeid med andre tjenester enn ellers i landet.

8.8 Oppsummering

Flere sykehjem erfarte at covid-19 kom inn brått og uventet, med et diffust symptom-bilde som dermed gjorde at det tok tid å stoppe smittekjeden, ettersom nærkontakter og ansatte ble satt i karantene sent. Arbeidshverdagen der det var store smitteutbrudd ble preget av mange vikarer og kaotiske arbeidsforhold, før man etter hvert fikk på plass velfungerende rutiner. Flere informanter, både på sykehjem og i sykehus, fortalte at de som var døende av covid-19, hadde problemer med pusten og at dødsfallene var mer dramatiske enn de var vant til. Bruk av smittevernutstyr gjorde at sykepleiere mistet nærhet til de alvorlig syke og døende pasientene. Det hersket i starten noe usikkerhet rundt bruk av smertelindring ved noen sykehjem, samt om ansatte skulle i karantene eller ikke, og flere opplevde å få kontrabeskjeder.

Flere opplevde at det var færre som tok kontakt med legevakt eller fastlege etter at pandemien brøt ut, samt at mange avlyste avtalte timer. Noen steder så man at konsekvensen var at pasienter var blitt dårligere når de kom inn på et senere tidspunkt. En sykepleier fra hjemmesykepleien erfarte at noen brukere i hennes enhet takket nei til besøk fra dem og til rulleringsopphold, og at flere av disse var blitt dårligere enn de ellers ville blitt i samme tidsrom. På sykehjem med smitteutbrudd erfarte mange beboere å bli isolerte på grunn av smitten, og på grunn av besøksrestriksjoner. Informanter forteller om eldre og demente som ble redde, ensomme og deprimerte. Andre sårbare grupper, som brukere av dagsentertilbud innen psykisk helse og rus, fikk det tungt og ensomt da aktiviteten måtte stenge. Et tilbud til rusavhengige ble for eksempel nedskalert kraftig, med konsekvenser som flere overdoser utenfor husveggen til stedet der rene sprøyter deles ut. Noen steder har man greid å være kreative og opprettholde tilbudet til brukerne, slik at de i liten grad er blitt berørte. I intervjuene har det blitt fortalt om uheldige hendelser mellom sykepleiere og pasienter, på grunn av endringer som har ført til at sykepleiere måtte jobbe med pasientgrupper de ikke er trent i å håndtere.

Den nasjonale kartleggingen viser at 86 prosent av alle sykepleierne i utvalget har hatt brukere/pasienter som er mistenkt smittet, men har testet negativt, og 31 prosent har hatt brukere/pasienter som har testet positivt. Det er 19 prosent av sykepleierne som har hatt brukere/pasienter på arbeidsplassen som har vært smittet med alvorlige symptomer. Tolv prosent av sykepleierne i utvalget har arbeidsplasser der det har vært dødsfall med påvist covid-19-sykdom, og to prosent som har opplevd dødsfall med mistanke om covid-19-sykdom uten at det er testet.

Sykepleiere i akuttmottak, legevakt og intensivavdelinger har naturlig nok i størst grad hatt pasienter med positive covid-19-tester, mens det for eksempel er relativt få som har arbeidsteder der brukere/pasienter har fått påvist smitte innenfor psykisk helse- og rustjenester.

Seks prosent av sykepleierne i kommunale sykehjem og hjemmetjenester har hatt dødsfall med brukere med påvist covid-19 sykdom. Av de som arbeider på intensivavdeling er andelen som har hatt dødsfall med påvist smitte 51 prosent og i akuttmottak 31 prosent.

Det er 58 prosent av sykepleierne som arbeider med barn og unge som har hatt brukere/pasienter som er mistenkt smittet, men testet negativt, og 19 prosent har hatt barn og unge blant brukerne/pasientene som har testet positivt. Syv prosent har hatt barn og unge blant brukerne/pasientene som har vært innlagt på sykehus for intensivbehandling som følge av covid-19. Syv prosent har hatt barn og unge som pasienter/brukere som har vært smittet uten symptomer, 13 prosent har hatt barn/unge som er smittet med milde symptomer og syv prosent med alvorlige symptomer.

Det er kartlagt en rekke konsekvenser for brukere og pasienter i tjenestene der sykepleierne arbeider. Det er flest sykepleiere som melder om at brukere/pasienter opplever økt isolasjon/ensomhet (58 prosent), økt helsebekymring (49 prosent), færre fysiske møter med tjenestene (38 prosent) og økt belastning på pårørende (36 prosent). Det er også mange som er utsatt for avlyste konsultasjoner/behandling/kontakt fra tjenestene (36 prosent). Alle tjenestene opplever økt isolasjon og ensomhet for mange av brukerne og pasientene, og høyest andel finner vi i hjemmetjenestene, og det er også brukere av hjemmetjenestene som i størst grad har mistet avlastningstilbud og viktige støttetjenester. Det er flest sykepleiere innen døgnavdelingene i psykisk helsevern som oppgir at pasientene får forverring av tilstanden (29 prosent), færre møter med tjenestene (52 prosent) og at det har oppstått flere akutte situasjoner (13 prosent). Denne pasientgruppen, sammen med brukerne i hjemmetjenesten, er ifølge sykepleierne mest utsatt for nedstengte støttetjenester og avlastningstilbud.

Det er 35 prosent av sykepleierne som oppgir at det er mindre samarbeid med andre tjenester/tiltak/tilbud som følge av koronasituasjonen, og 29 prosent oppgir at det er mindre samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er flest som opplever mindre samarbeid blant ansatte i sykehjem, bo- og omsorgssenter, dagsenter og rehabilitering i kommunene og i TSB, psykisk helsevern og i somatisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

9 Konsekvenser for pårørende

Pandemien har hatt konsekvenser for pasienter og brukere, men den har også hatt konsekvenser for pårørende. Vi har undersøkt temaet gjennom sykepleiernes øyne; hva sykepleierne har erfart er konsekvensene for pårørende. Temaet har både vært berørt i intervjuer med sykepleiere og i den nasjonale kartleggingen. Vi har sett spesielt på:

- Om pårørende har opplevd mer eller mindre kontakt med pasienten/brukeren
- Om kontaktformen har endret seg
- Om pårørende har måttet ta på seg mer ansvar for pasienter/brukere som en følge av at en del tjenester har redusert/stengt ned

9.1 Sykepleiernes opplevelser av konsekvenser for pårørende

Konsekvensene for pårørende har variert gjennom de ulike fasene av pandemien, og ut fra hvilke bruker- eller pasientgrupper de har vært pårørende til. Noen pårørende har opplevd å få mindre kontakt, mens andre har erfart økt kontakt og også ansvar for sine.

9.1.1 Restriksjoner for besøk av pårørende

Besøksrestriksjoner for pårørende har vært gjennomført på arbeidsplassene til alle informantene som jobber i sykehus, sykehjem eller heldøgns omsorgsbolig. Vi starter med å se på noen eksempler på hvordan dette opplevdes for sykepleierne. En sykepleier fra sykehjem mente at det å frarøve pårørende muligheten til å besøke sine kjære var noe av det verste hun opplevde:

Akkurat det var det verste, for stakkars de, de ringte i ett. Og når jeg var på vakt, så ringte de når jeg var den eneste der. Og jeg forklarte hvordan dagen hadde utviklet seg og hvordan...De fikk etter hvert lov til å komme når pasientene var på det siste. Da måtte man kle på seg med fullt verneutstyr, for å være maks femten minutter inne på rommet, bare for å unngå smittespredning. (K2)

Besøksforbud ved sykehjem og sykehus har gjort at mange pasienter og sykehjemsbeboere ikke har møtt sine nærmeste på opp mot flere måneder. Ett unntak har vært døende pasienter; da har det vært mulig å komme, ikledd fullt smittevernustyr. Sitatet under er fra en sykepleier ved en intensivavdeling på sykehus.

Det var kun når de var døende, da fikk de [pårørende] lov til å komme. Men da flyttet vi dem inn på et annet isolat. De vi hadde hos oss som døde ble flyttet til et annet isolat, og så fikk pårørende lov å komme. (S3)

Ved dette sykehuset fikk de etter hvert en iPad og en mobiltelefon, slik at pårørende kunne få se ansiktene til pasientene via slike medier, og dermed få en bedre forståelse for tilstanden. På intervjutidspunktet hadde de begrenset erfaring med bruken av iPad og mobiltelefon, men

informanten mente det absolutt hadde en verdi fordi det er vanskelig for personer som ikke har sett covid-19-syke pasienter å forstå hvordan sykdommen arter seg. Informanten sa videre:

Jo, det fungerte greit. Vi prøvde det bare på to pårørende. Og de synes det var veldig godt bare å få se.. Og da har du jo i etterkant et inntrykk av hva pasienten har vært igjennom. For det har jeg opplevd med han ene jeg prata med at pårørende aner ikke hva pasienten har vært igjennom. Og det blir vanskelig. Og det er helt forståelig. (S3)

En sykepleierleder ved et stort sykehus beskrev hvordan de hadde organisert besøk til pasienter som ikke var covid-19-syke, hvilket utgjør majoriteten av pasientene. På hennes avdeling var praksis at de hadde besøksforbud, men de lot pårørende komme når pasientene var i livets siste fase:

Når vi forklarte hvorfor de ikke fikk lov til å komme til sykehuset, så var det greit. Men det er klart, noen unntak gjorde vi, fordi min avdeling har jo veldig mange langtkomne cancer-pasienter som faktisk skal dø, så der var det noen ganger at vi lot pårørende slippe til for det altså, så de fikk være der når deres nære og kjære døde da. (S8)

Som nevnt tok flere avdelinger i bruk digitale løsninger for at pasienter og pårørende, om ikke annet, kunne ha telefonisk kontakt. Imidlertid kunne også denne kontaktformen skjære seg. En sykepleier ved et sykehus fortalte om en situasjon som gikk ut over pårørendes mulighet til å holde kontakt med innlagte pasienter. Hennes avdeling måtte flyttes til en annen del av sykehuset, hvor de ikke hadde tilgang på en trådløs telefon som kunne brukes til dette.

...siden vi ble flyttet over på den andre avdelingen, så har de tatt med seg alt av sitt utstyr, som gjør at vi hadde ingen trådløs telefon på avdelingen, så pårørende fikk ikke snakket med ... Si barn som ringte for å prøve å få tak i foreldrene sine for å høre hvordan det gikk. De fikk aldri snakket med sine foreldre, som gjerne er eldre, som kanskje ikke hadde med seg telefonen for de kom inn akutt. Og det har jo vært problematisk at det ikke er mulig å få kontakt, fordi vi må si "nei, dessverre du får ikke snakke med din mor, fordi vi har ingen trådløs telefon på avdelingen". (S4)

Det har også vært strenge restriksjoner på besøk til beboere ved sykehjem, men flere informanter som jobber i sykehjem fortalte at de forsøkte å tilrettelegge så godt de kunne for at pårørende kunne ha kontakt med beboere. Ved et sykehjem ringte de i en periode daglig til de pårørende. Dette kunne være både en tidkrevende og vanskelig oppgave fordi mange pårørende var svært bekymret for sine kjære. Informantene fortalte at pårørende blant annet var redde for at ektefellen eller slektningen ble (for) mye overlatt til seg selv i situasjoner med isolasjon og karantene og at de dermed ble engstelige. Andre var bekymret for at beboerne fikk for lite stimuli, for lite bevegelse og generelt var for lite i aktivitet. Sykepleierne på sykehjemmene måtte derfor gjøre en innsats for å berolige og trygge de pårørende. Samtidig gjorde denne strategien at de ansatte på sykehjemmene tok kontroll over egen tid, og slapp å få stadige oppringninger når de sto midt i annet arbeid. Informanter ved to ulike sykehjem beskrev det slik:

Det ble bestemt at vi måtte ringe dem [pårørende], så vi slapp å få innkommende samtaler hver dag, midt i arbeidet, for vi var opptatt med pasientene. Det var mange av dem som var veldig syke, så det er klart at det beste for oss var å ringe dem når vi hadde tid, og ringe en og en av pårørende. (K2)

Den samme erfaringen hadde de også ved et annet sykehjem der det hadde vært et stort smitteutbrudd. De opplevde at pårørende var opptatt av at deres kjære ble passet godt på, og holdt unna de som var syke.

Jeg husker ikke hvor ofte vi skulle gjøre det [ringe]...det var vi som ringte slik at ikke de ringte, for da er det ikke sikkert at vi hadde hatt mulighet til å ta telefonen. Men vi ringte når vi hadde tid bare for å fortelle at i dag så har vi gjort sånn og sånn (...) Det var ansatte som gjorde det, stort sett primærkontaktene da. Men når ikke primærkontaktene - kanskje de var syke eller i karantene, så måtte noen andre gjøre det. (K15-16)

Organisering av besøk

For å tilrettelegge for at pårørende fikk besøkt sine slektninger, til tross for besøksrestriksjoner, fortalte flere av informantene om sine lokale løsninger. Vi kan merke oss at også ved heldøgns omsorgsboliger, som noen av informantene har erfaring fra, hadde de besøksrestriksjoner. Gitt at dette er beboerens private hjem, kan en stille spørsmål ved at det iverksettes restriksjoner. En av informantene forklarte hvordan de hadde organisert seg ved hennes omsorgsbolig. Alle pårørende hadde fått e-post om at de kunne komme på besøk på noen faste tidspunkt:

Det er fire tidspunkter de kan komme på, og de får komme maks to stykker. Og de må holde den avstanden. Og når de kommer hit, så må de fylle ut et skjema, som sier om de har vært i utlandet, Sverige for eksempel, eller har følt seg forkjølet, kjenner noen som har vært forkjølet, er det noen som har vært i karantene – ja, alle de faste spørsmålene. Så må de signere på det, da. Det er jo for å komme inn, men også for å smittespire hvis jeg plutselig må smittespire. Da kan jeg gå tilbake og se på det. Og veldig mange er veldig fornøyd med det (K17)

Ved et sykehjem hadde de en ordning der beboere som ikke var i isolasjon kunne møte de pårørende utendørs:

Når de var i isolasjon, så var det jo null besøk. Men de som var på avdeling hvor de ikke var i isolasjon, de kunne ha besøk gjennom hagen hele tiden. Eller over gjerdet. Men det var mye fortvilede pårørende også, samtidig som jeg opplevde at de var ofte veldig forståelsesfulle. Og skjønnte hvorfor vi gjorde som vi gjorde. Jeg opplevde ikke det som noe veldig stort problem, for pårørende da. Selvfølgelig synes de det er trist å ikke få besøke sine, men de forsto veldig godt hvorfor det var som det var. (K5)

Som sitatet viser, forsøkte sykehjemmet å tilrettelegge for at beboere og pårørende skulle få møte hverandre. Oftest var det ikke noe problem, men samtidig hadde sykepleieren fra dette sykehjemmet erfart at pårørende kunne reagere til dels kraftig på at de hadde satt opp faste tider for når de kunne komme på besøk. De som kom utenom disse tidene, slapp ikke inn:

Jeg har hatt et par sammenstøt med dem [pårørende] når de kommer utenfor besøkstid, og jeg ikke vil slippe dem inn. Det har ikke vært noe hyggelig da. Jeg har jo fått slengt etter meg det ene og det andre, at jeg tror jeg er sjefen, og at vi "driver det som en nazicamp", sa vel hun ene. (K5)

Generelt sett var likevel inntrykket fra sykepleierne som ble intervjuet at de pårørende var forståelsesfulle selv om det var strenge besøksrestriksjoner.

Større ansvar for pårørende

En annen konsekvens for pårørende, som vi ser antydninger til i intervjumaterialet, er at koronasituasjonen har ført til at pårørende har fått – og tatt – et større ansvar for sine. En informant fra hjemmetjenesten fortalte om både brukere og pårørende som ikke ville ha besøk av hjemmesykepleiere. Hun mente det var bekymringsfullt, og kunne gi uheldige konsekvenser, særlig når det gjaldt personer med demens som fallerer så fort. Informanten fortalte også om erfaringer med at pårørende ville avlaste dem:

Fordi det var jo snakk om en storkrise. Hvor sykehusene ville se ut som i Italia. Så de tenkte at "da må jeg ta mer bidrag for min mor eller far, og så må faktisk hjemmetjenesten ta de som ikke har noen." Det var det mange pårørende som ga uttrykk for. Der hvor pårørende tok over, er vi jo nå fullt tilbake igjen. Det gikk jo ikke uvettes lang tid. Det er jo gjerne en grunn til at de har fått tjeneste. (K13)

Denne ansatte i hjemmesykepleien observerte at mange pårørende til personer med demens, ble svært slitne i denne perioden. Flere gikk en lang periode uten dagsentertilbud, og et halvt år uten avlastning. Det ble tøft for både pasient og pårørende.

Så ser vi jo at vi får mye større trykk på langtidsplass enn vi noen gang har hatt. De [pårørende] er totalt utslitte. Vi får syke pårørende fordi vi ikke har greid å ivareta den syke personen som de bor sammen med. Nå er dagsentrene akkurat begynt å åpne til nesten fullt igjen. Men vi ser jo også at sykdomsmessig - på de personene med demens - det er klart at de ville hatt en normalutvikling i det halve året også, men vi ser at de er nok blitt ... har gått et lengre trappetrinn ned enn normalen, fordi de ikke har hatt den sosiale oppfølgingen og ... også sikkert fordi at pårørende har blitt slitne. (K13)

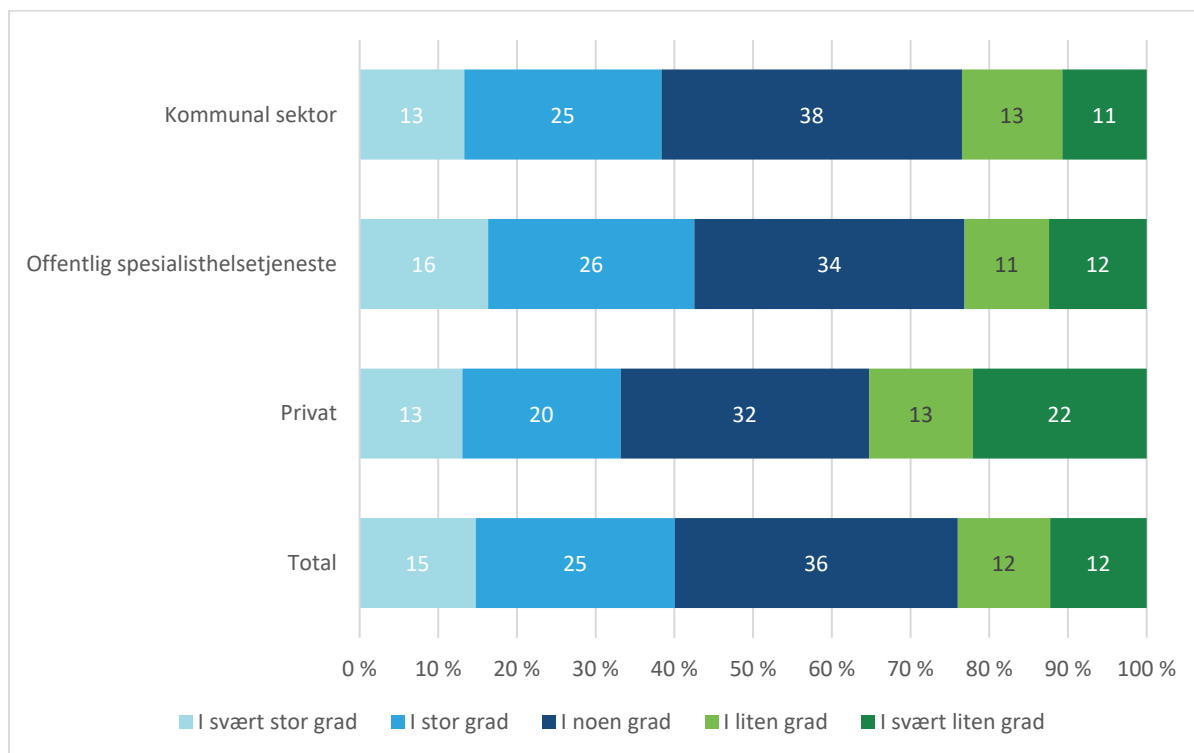
Videre går vi over til å se på resultater fra den nasjonale kartleggingen.

9.2 Fra den nasjonale kartleggingen

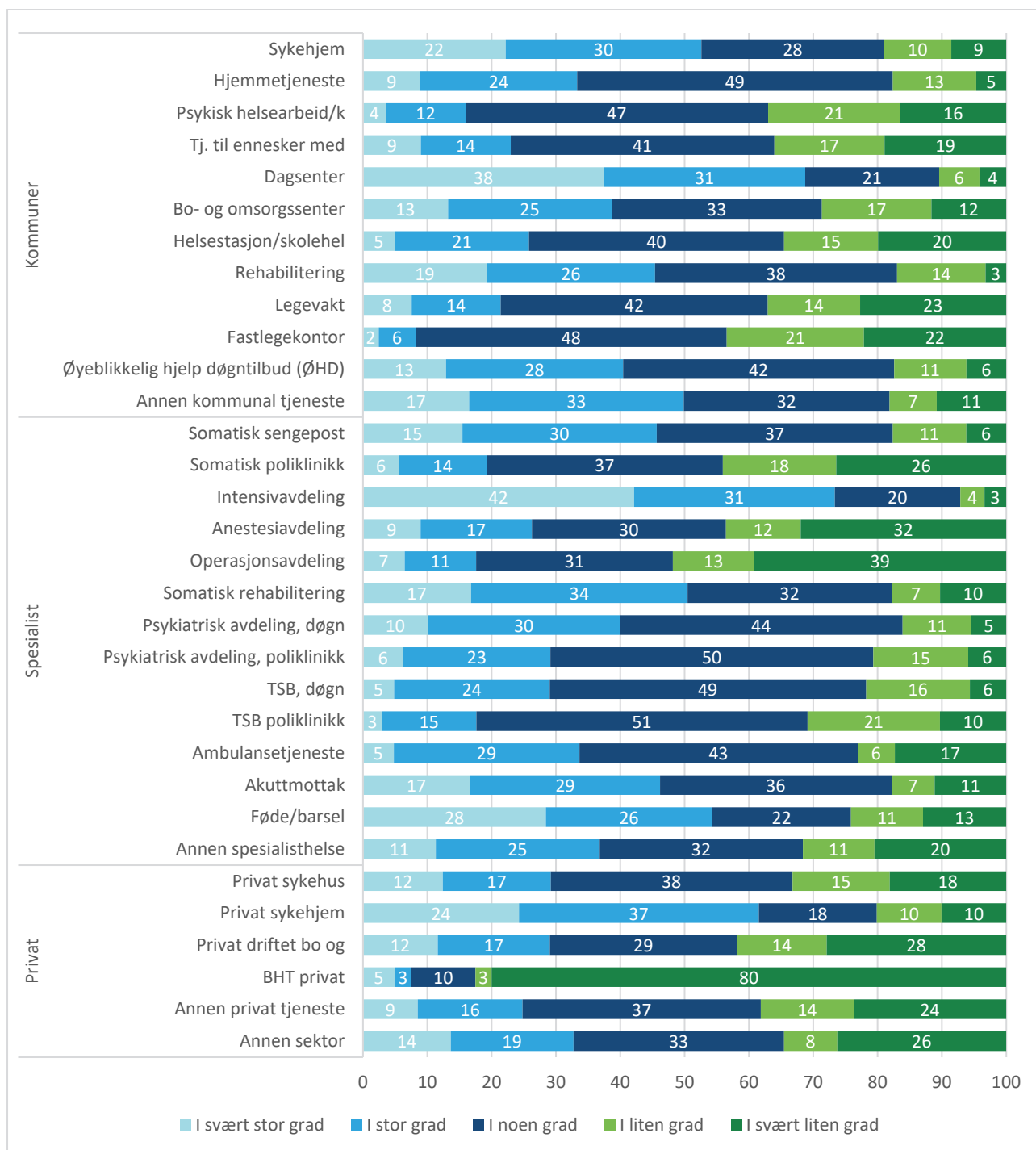
Det er 40 prosent av sykepleierne som oppgir at koronasituasjonen i svært stor eller i stor grad har ført til økt belastning for pårørende til målgruppen for tjenestene de arbeider i. Det er signifikant høyere andel i spesialisthelsetjenesten som svarer at koronasituasjonen har ført til økt belastning for pårørende enn i kommunene og i private tjenester.

Tabell 9.1 I hvilken grad har koronasituasjonen ført til økt belastning for pårørende til målgruppen for tjenestene

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1 161	13	1 527	16	113	13	2 837	15
I stor grad	2 186	25	2 449	26	174	20	4 858	25
I noen grad	3 329	38	3 207	34	273	32	6 899	36
I liten grad	1 112	13	1 004	11	114	13	2 251	12
I svært liten grad	935	11	1 159	12	191	22	2 356	12
Total	8 723	100	9 346	100	865	100	19 201	100



Figur 9.1 Grad av økt belastning for pårørende til målgruppen for tjenesten, sektor.



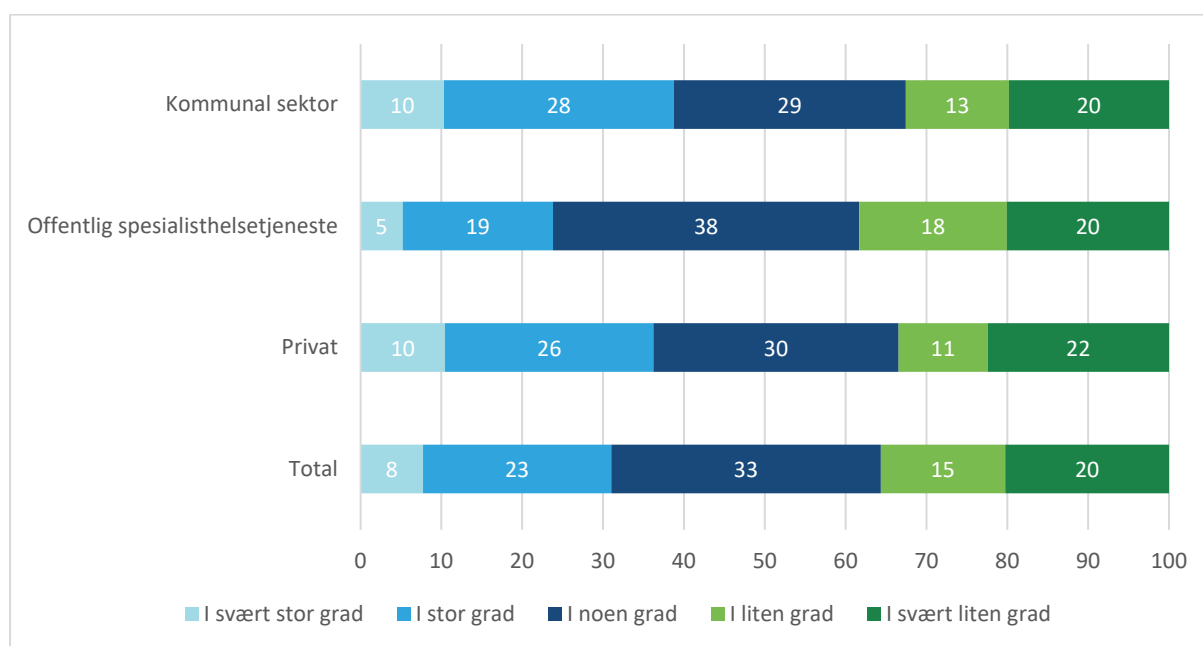
Figur 9.2 Grad av økt belastning for pårørende til målgruppen for tjenesten.

Det er særlig pårørende til pasienter i intensivavdelinger og i private sykehjem og pårørende til brukere av dagsenter, som har fått økt belastning ifølge sykepleierne.

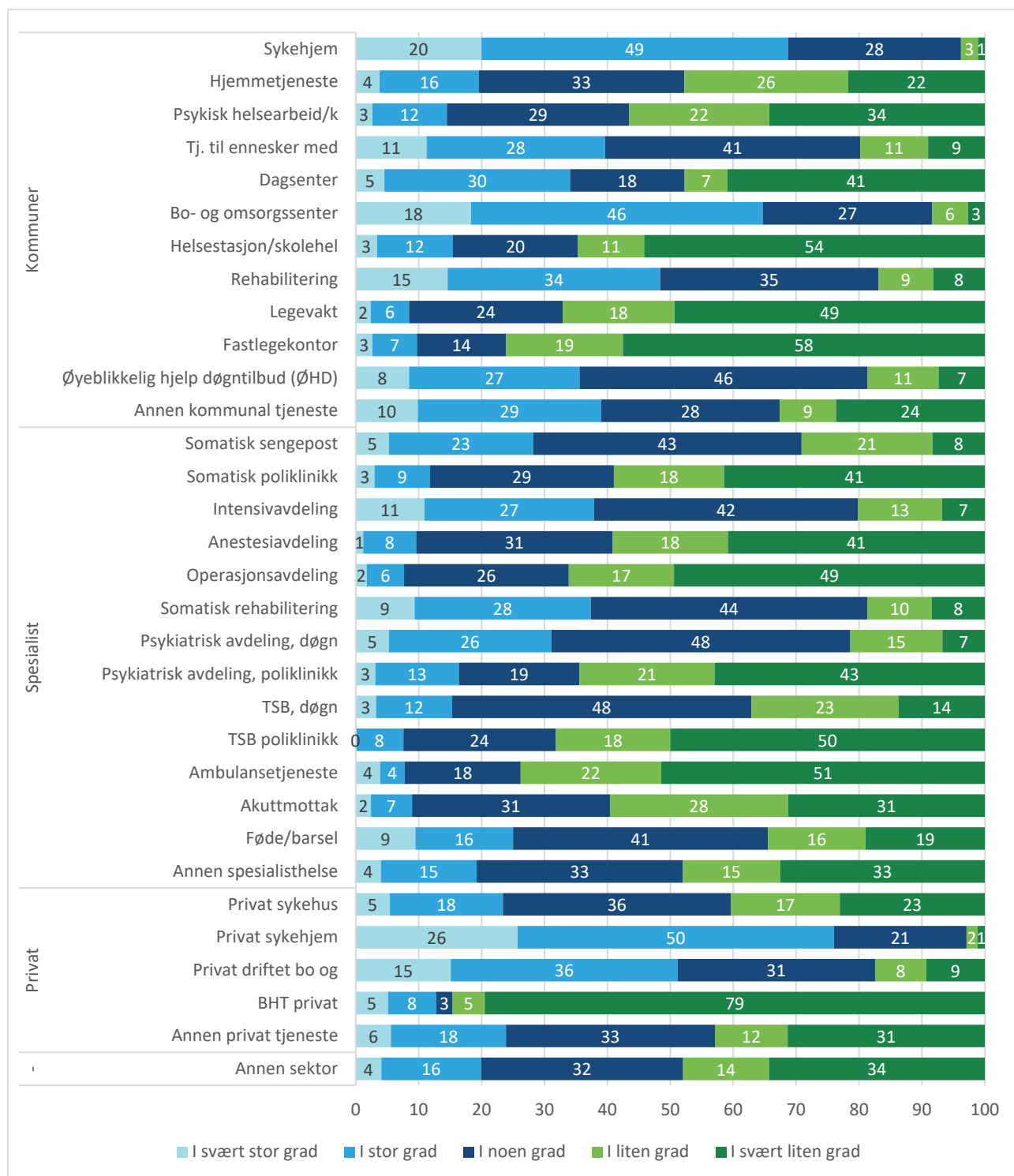
Det er signifikant færre i spesialisthelsetjenesten som svarer at de i stor eller svært stor grad har innført tiltak for å at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av smitteverntiltak enn i kommunale og private tjenester.

Tabell 9.2 I hvilken grad har din arbeidsplass innført tiltak for å at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av smitteverntiltak

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	876	10	484	5	90	10	1 461	8
I stor grad	2 407	28	1 724	19	222	26	4 392	23
I noen grad	2 433	29	3 512	38	261	30	6 290	33
I liten grad	1 081	13	1 691	18	95	11	2 903	15
I svært liten grad	1 678	20	1 860	20	193	22	3 823	20
Total	8 475	100	9 271	100	861	100	18 869	100



Figur 9.3 I hvilken grad har din arbeidsplass innført tiltak for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av smitteverntiltak, sektor.

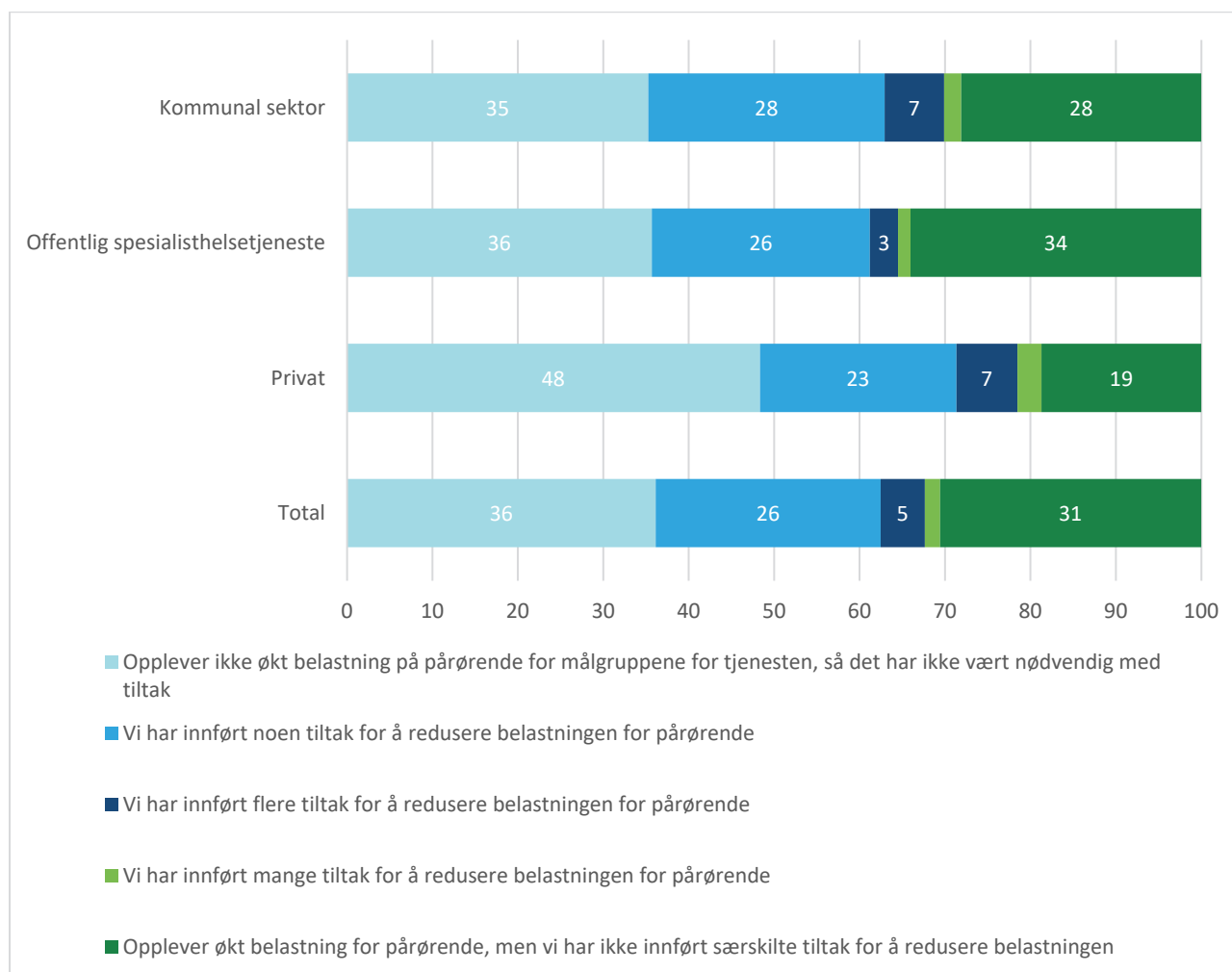


Figur 9.4 I hvilken grad har din arbeidsplass innført tiltak for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av smitteverntiltak, tjeneste.

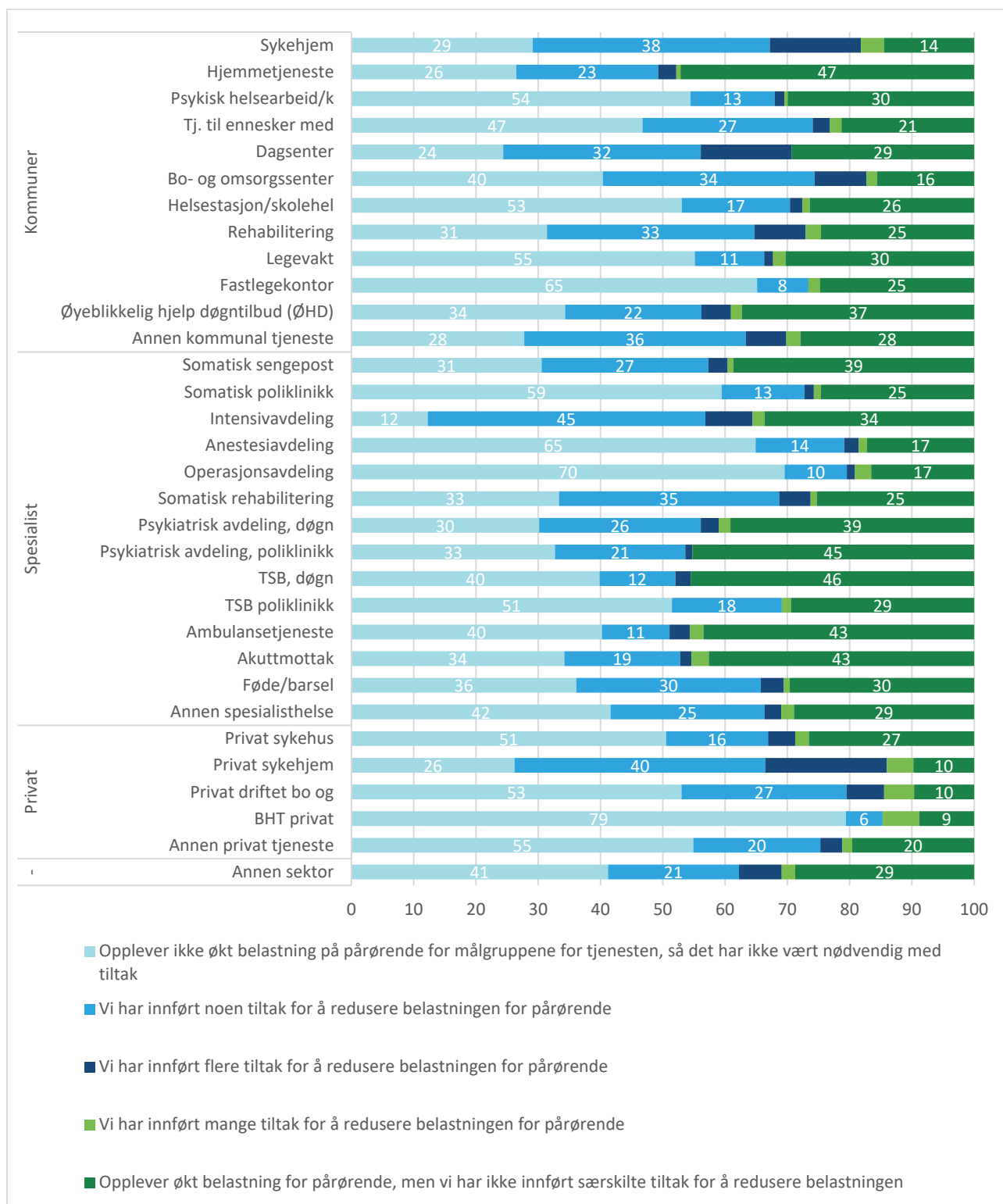
Det er særlig innført tiltak for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av smitteverntiltak i kommunale sykehjem, bo- og omsorgstjenester og i private sykehjem ifølge sykepleierne.

Det er også inkludert et åpent spørsmål der respondentene kunne beskrive tiltak som arbeidsplassen har innført for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste på tross av strenge smitteverntiltak. Her nevnes videosamtaler, iPads, FaceTime, care2call og andre løsninger. Noen skriver at de ikke engang har wifi tilgjengelig og at det har vært vanskelig å legge til rette for kontakt mellom pasienter og pårørende. Andre har gått turer ute med sammen med pårørende og bruker, noen har etablert egne besøksrom - mens andre har fått satt opp et telt utenfor sykehjemmet. Det er også noen som opplyser om at det ble etablert nye stillinger for besøksverter.

Det er også spurt om det er innført tiltak for å redusere belastningen på de pårørende, og det er 34 prosent i spesialisthelsetjenesten og 28 prosent i kommunene som opplever økt belastning på pårørende, men ikke har innført særskilte tiltak for å redusere belastningen.



Figur 9.5 I hvilken grad har din arbeidsplass innført tiltak for å redusere belastningen på pårørende, sektor.



Figur 9.6 I hvilken grad har din arbeidsplass innført tiltak for å redusere belastningen på pårørende, tjeneste.

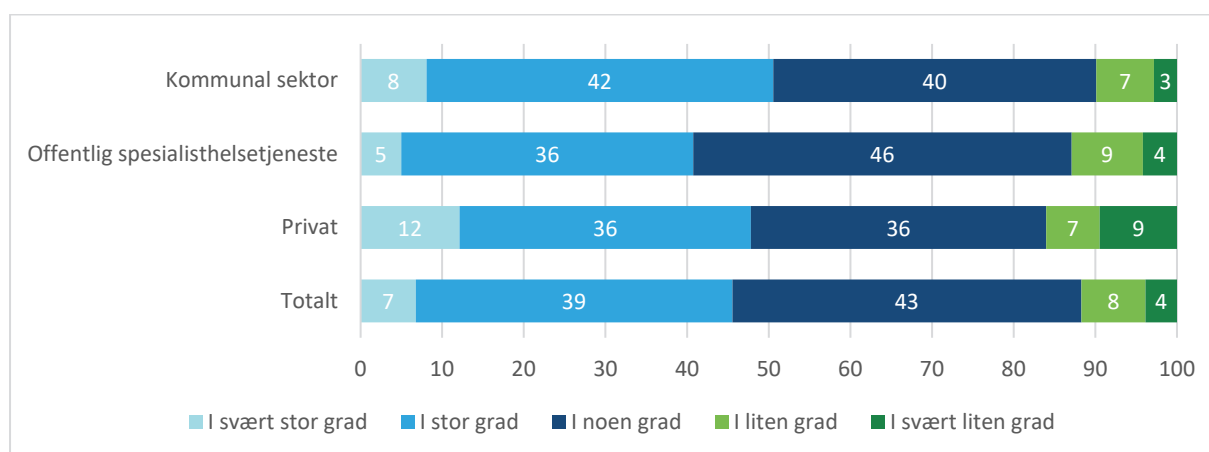
Respondentene er også spurt om de kan gi eksempler på situasjoner der koronasituasjonen har fått store konsekvenser for pårørende. Eksempler som er gitt handler om at pårørende har fått økt belastning fordi støttetilbud har blitt nedstengt, at det er økt helseangst blant pasienter/brukere som gir økt belastning på pårørende, at pårørende ikke har fått komme på besøk, at begge foreldrene ikke fikk være med i oppfølging av nyfødte og generelt økt belastning for pårørende ved alvorlig sykdom fordi ikke har kunnet være involvert på samme måte som tidligere.

Det er til slutt spurt om i hvilken grad de opplever at tjenesten har klart å nå ut med informasjon til pårørende. Det er 46 prosent som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad opplever at tjenesten de arbeider i har klart å nå ut med informasjon til pårørende. Det er signifikant færre i spesialisthelsetjenesten som mener de i stor grad har nådd ut med informasjon til pårørende enn hva tilfellet er i kommunale og private tjenester.

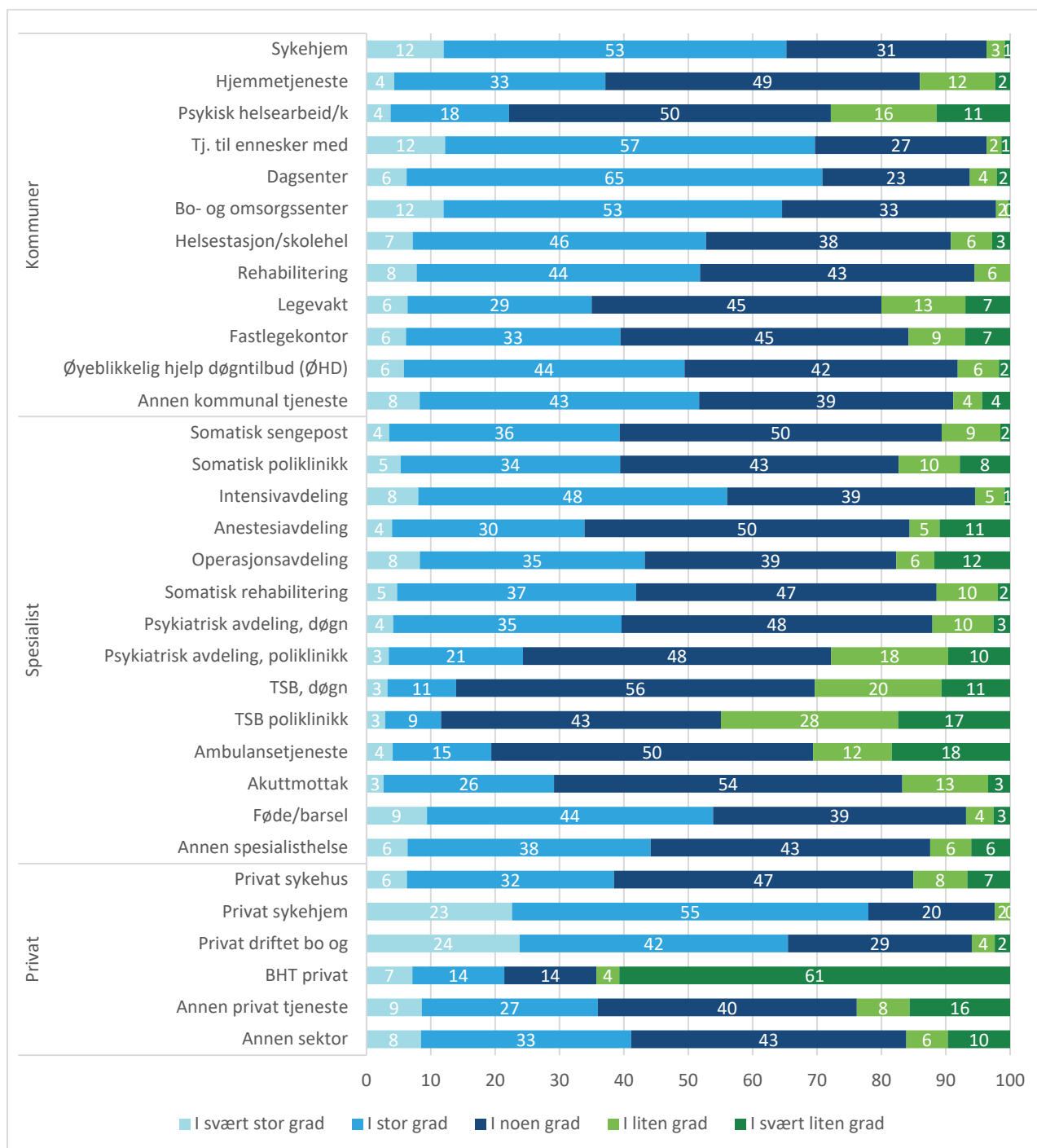
Det er 12 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad opplever at tjenesten har klart å nå ut med informasjon til pårørende.

Tabell 9.3 Antall og andel etter i hvilken grad de opplever at tjenesten har klart å nå ut med informasjon til pårørende.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	690	8	454	5	100	12	1 264	7
I stor grad	3 623	42	3 244	36	294	36	7 238	39
I noen grad	3 374	40	4 205	46	298	36	7 981	43
I liten grad	602	7	792	9	54	7	1 463	8
I svært liten grad	241	3	379	4	78	9	720	4
Total	8 530	100	9 074	100	824	100	18 666	100



Figur 9.7 Andel etter i hvilken grad de opplever at tjenesten har klart å nå ut med informasjon til pårørende, sektor.



Figur 9.8 Andel etter i hvilken grad de opplever at tjenesten har klart å nå ut med informasjon til pårørende, tjeneste.

Det er særlig mange innen TSB og psykisk helsevern/helsearbeid en del som svarer at de i liten eller svært liten grad har klart å nå ut med informasjon til pårørende.

9.3 Oppsummering

Det er 40 prosent av sykepleierne som oppgir at koronasituasjonen i svært stor eller i stor grad har ført til økt belastning for pårørende til målgruppen for tjenestene de arbeider i. Det er særlig pårørende til pasienter i intensivavdelinger og pårørende til beboere i private sykehjem og pårørende til brukere av dagsenter som har fått økt belastning ifølge sykepleierne.

I intervjuene fant vi flest eksempler på sykepleieres beskrivelser av konsekvenser for pårørende ved sykehjem. Det ser ut som mange pårørende har opplevd å få mindre kontakt på grunn av strenge besøksrestriksjoner, mens andre har brukt digitale verktøy for å opprettholde noe kontakt. Ved flere sykehjem tok sykepleiere kontroll over tidspunktene for når pårørende kunne ha kontakt med beboere på telefonen, eller for når de kunne komme på besøk. Mange pårørende var bekymret for sine kjære, men ifølge informantene var pårørende likevel forståelsesfulle for restriksjonene.

Informantene fortalte at man noen steder brukte nettbrett eller telefon for å holde kontakt, og for noen har det fungert fint. For andre, som for eksempel demenspasienter, har man ikke alltid fått den typen løsninger til å fungere. Ved en sykehusavdeling var for eksempel manglende trådløs telefon årsaken til problemer med å opprettholde kontakten mellom pårørende og pasienter.

I kartleggingen spurte vi også om det er innført tiltak for å redusere belastningen på de pårørende, og det er 34 prosent av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten og 28 prosent i kommunene som opplever økt belastning på pårørende, men som ikke har innført særskilte tiltak for å redusere belastningen. Det er særlig innført tiltak for at brukere/pasienter skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste i kommunale og private sykehjem og i bo- og omsorgstjenester.

Det er 12 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad opplever at tjenesten de arbeider i har klart å nå ut med informasjon til pårørende, og andelen er høyest innen psykisk helse- og rustjenester.

10 Smittetesting og sporingsarbeid

Sykepleierne er sentrale i det pågående arbeidet med smittesporing og testing, og vi har allerede berørt temaet i kapittel 5 der vi presenterer funn fra intervjuer med sykepleiere som har blitt omdisponert. Som vi så i kapitlet ble informantene på forskjellige måter involvert i testing- og sporingsarbeid. I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i den nasjonale kartleggingen og ser på hele sykepleierpopulasjonens involvering i dette arbeidet. Vi ser særlig på:

- Involvering i testing- og sporingsarbeidet
- Ressurser til testing- og sporingsarbeidet
- Fungering av testing- og sporingsarbeidet

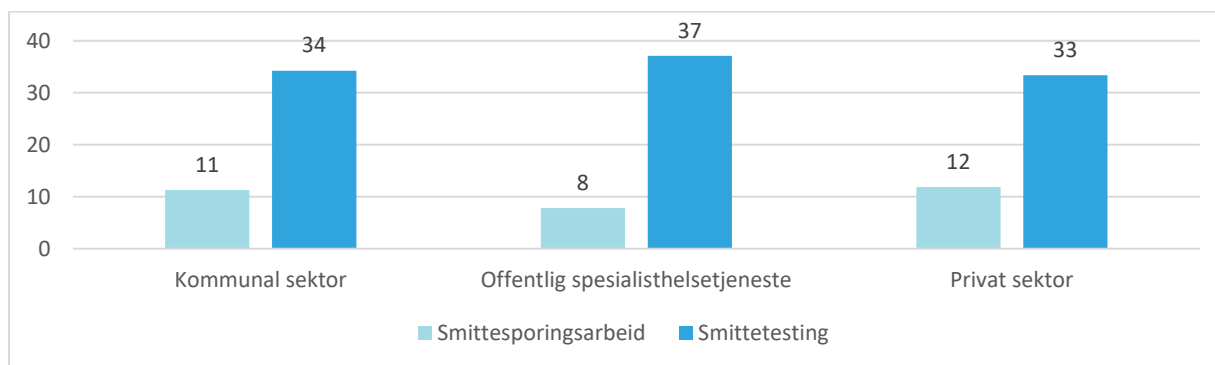
10.1 Involvering i testing og sporing

Ti prosent av sykepleierne er involvert i smittesporingsarbeidet, og 36 prosent er involvert i smittetestingsarbeidet.

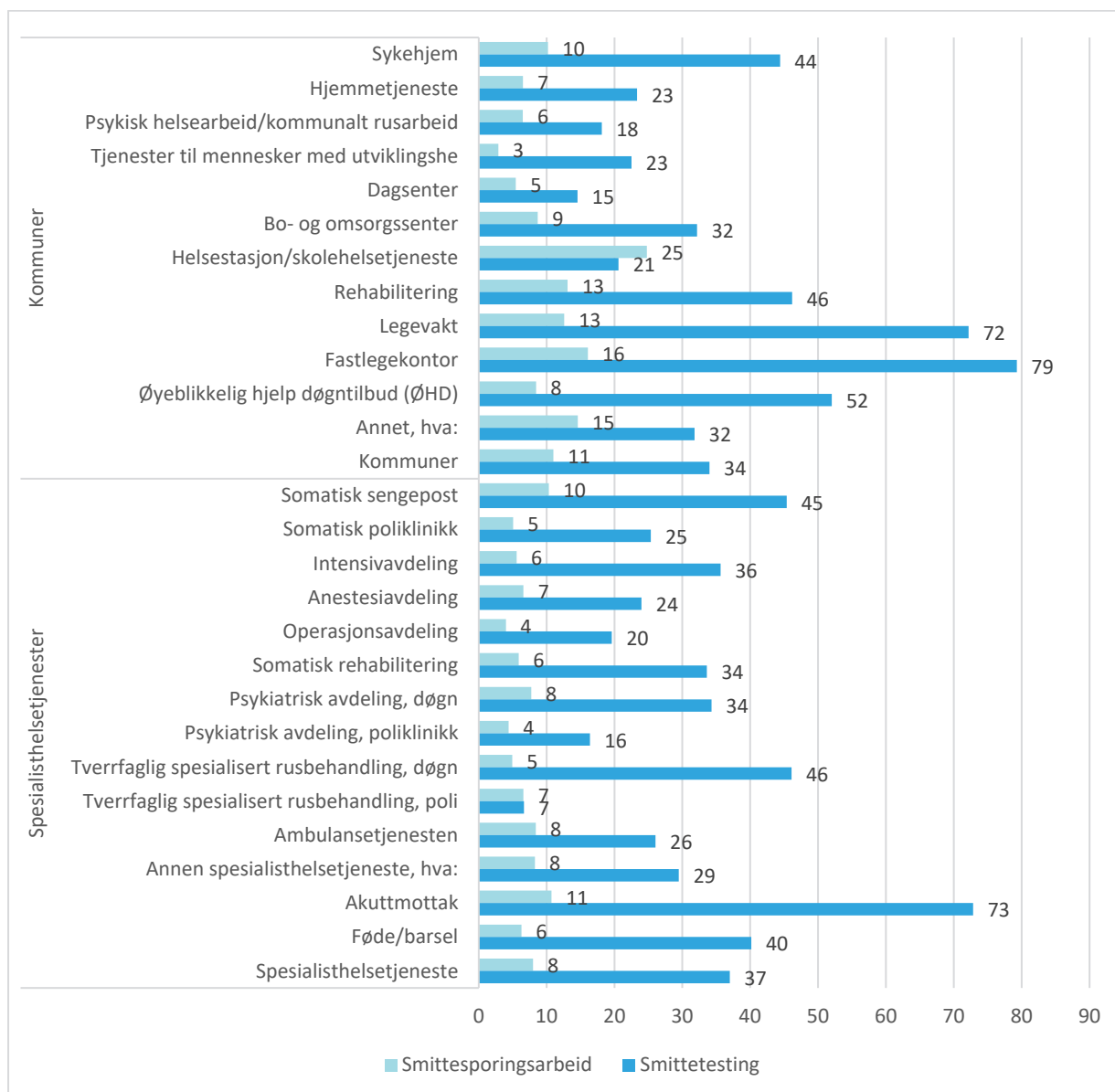
Tabell 10.1 Antall og andel som er involvert i smittesporingsarbeid og smittetesting

	Smittesporingsarbeid		Smittetesting	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	2 083	10	7 712	36
Nei	19 609	90	13 863	64
Totalt	21 692	100	21 575	100

Noen flere sykepleiere fra kommunene er involvert i smittesporingsarbeidet, og noen flere fra spesialisthelsetjenesten er involvert i smittetesting. Det er også systematiske forskjeller innen kommunale tjenester og innen spesialisthelsetjenesten.



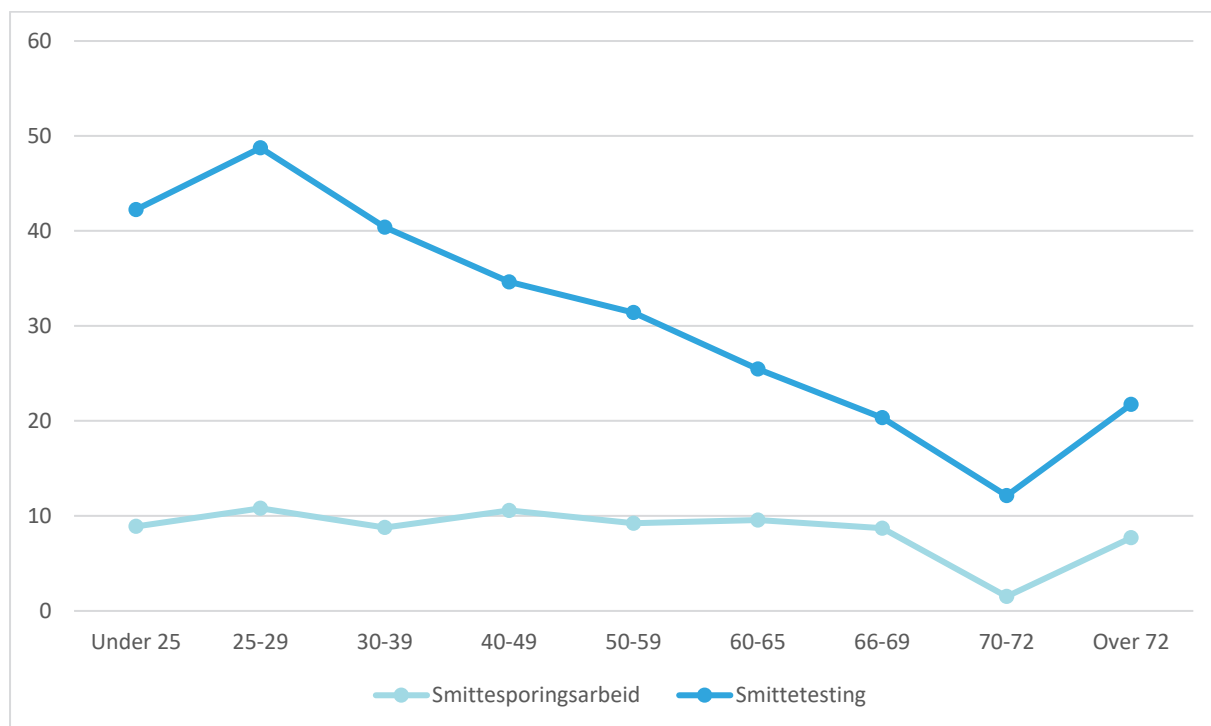
Figur 10.1 Prosent av sykepleierne som er involvert i smittesporing og smittetestingsarbeidet, sektor.



Figur 10.2 Prosent av sykepleierne som er involvert i smittesporing og smittetestingsarbeidet, type enhet.

Det er særlig mange sykepleiere i helsestasjon og skolehelsetjeneste som er involvert i smittesporingsarbeidet. Smittetesting gjøres i størst grad i fastlegekontor, akuttmottak og legevakt. Men det er også mange sykepleiere som har vært involvert i smittetesting innen TSB, på somatiske sengeposter, innen rehabilitering og i sykehjem.

Det er signifikante forskjeller mellom aldersgrupper, særlig i involvering i testingsarbeidet, der yngre sykepleiere i større grad er involvert.



Figur 10.3 Prosent av sykepleierne som er involvert i smittesporing og smittetestingsarbeidet i ulike aldersgrupper.

10.2 Tilstrekkelig med ressurser til sporing og testing

Det ser ut til å være tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre smittesporing og testing de aller fleste steder.

Tabell 10.2 Antall og andel som svarer i hvilken grad har det vært tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre god smittesporing og testing.

	Smittesporingsarbeid		Smittetesting	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	263	13	1 564	21
I stor grad	1 001	49	3 933	52
I noen grad	624	30	1 751	23
I liten grad	123	6	303	4
I svært liten grad	42	2	75	1
Totalt	2 053	100	7 626	100

Vi ser videre på de som svarer i noen grad, i liten grad eller i svært liten grad for å se om det er noen systematiske forskjeller mellom sektorer og innen sektorene.

Det er ingen tydelige signifikante forskjeller mellom sektorer, men det er noe variasjon innen sektorer. I kommunene ser det ut til å være mangel på ressurser til smittetesting hos fastlegene og i legevakt, mens i spesialisthelsetjenesten er det størst andel som svarer at det er mangel på ressurser til testing i akuttmottak.

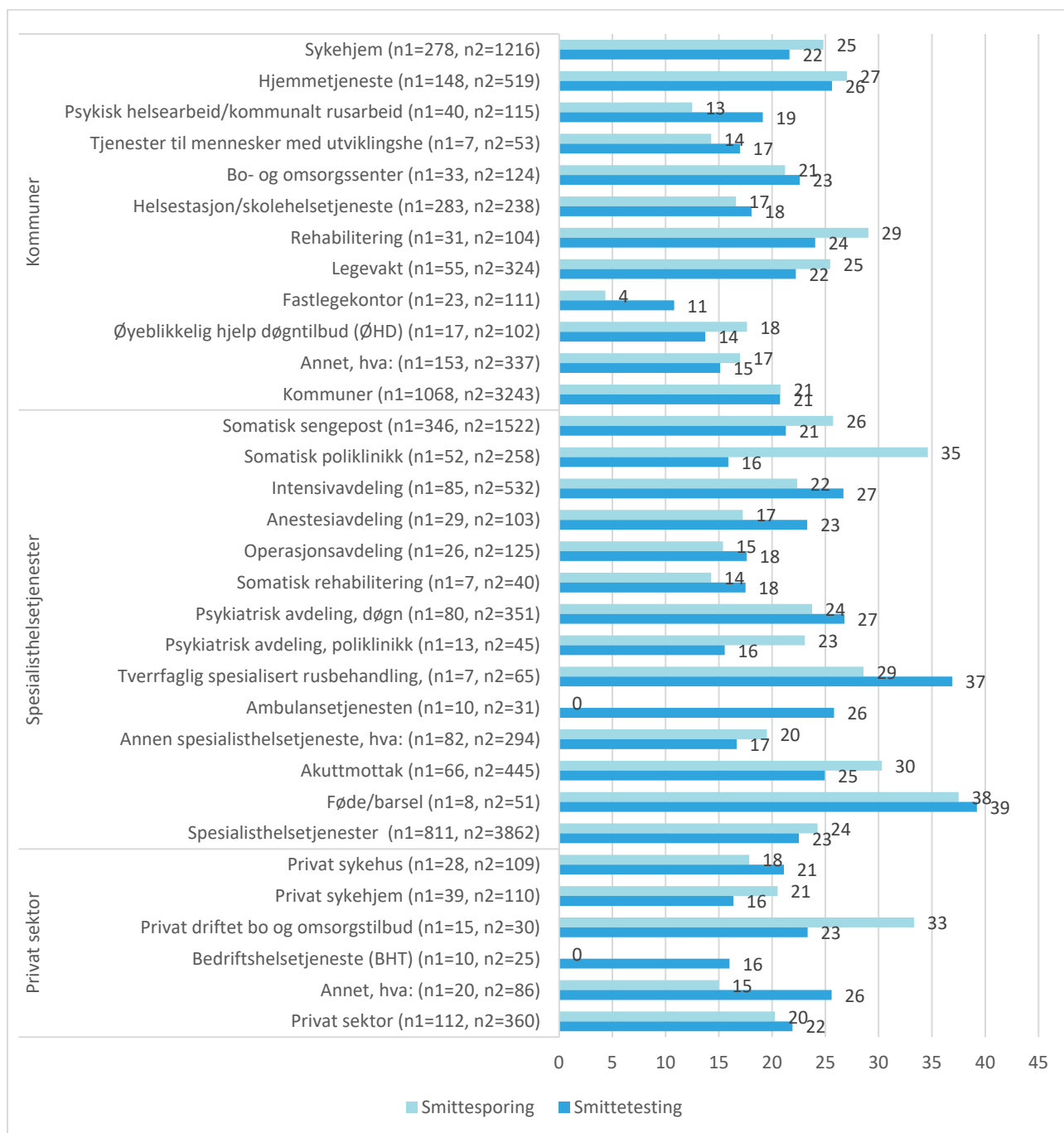
10.3 Fungering av testing og sporing

De aller fleste melder at smittesporingen og testingen fungerer i stor eller svært stor grad.

Tabell 10.3 Antall og andel som svarer i hvilken grad smittesporing og testing har fungert hos dem.

	Smittesporing		Smittetesting	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	448	22	1 755	23
I stor grad	1 144	56	4 190	55
I noen grad	390	19	1 417	19
I liten grad	48	2	161	2
I svært liten grad	15	1	64	1
Totalt	2 045	100	7 587	100

Vi ser videre på de som svarer i noen grad, i liten grad eller i svært liten grad. Det er ikke tydelige systematiske forskjeller mellom sektorer, men noe variasjon innen sektorer.



Figur 10.4 Prosent av respondentene som svarer at testing og sporing fungerer i noen, liten eller svært liten grad (n1 er antall svar på fungering av smittesporing og n2 er antall svar på fungering av smittetesting).

10.4 Oppsummering

Den nasjonale kartleggingen viser at ti prosent av sykepleierne er involvert i smittesporingsarbeidet, og 36 prosent er involvert i smittetestingsarbeidet. Noen flere sykepleiere fra kommunene er

involvert i smittesporingsarbeidet, og noen flere fra spesialisthelsetjenesten er involvert i testing. Andelen som er involvert i smittetesting går tydelig ned med økt alder, men smittesporing er likere fordelt mellom aldersgrupper.

Åtte prosent svarer at det i liten eller svært liten grad er tilstrekkelige ressurser til smittesporing, og fem prosent svarer at det i liten eller svært liten grad er tilstrekkelige ressurser til smittetesting. Det ser særlig ut til å mangle ressurser til smittetesting hos fastlegene og i legevakt, og i spesialisthelsetjenesten er det størst andel i akuttmottak som svarer at det er mangel på ressurser til testing.

Smittesporing og smittetesting ser ut til å fungere greit de fleste steder, og 78 prosent av sykepleierne svarer at dette fungerer i stor eller svært stor grad. Det er ikke tydelige forskjeller mellom sektorer eller type enheter hvor sporing og testing fungerer i mindre grad, med unntak av at flere melder om utfordringer med testing i TSB og noen flere om utfordringer med sporing i somatiske poliklinikker.

11 Konsekvenser for sykepleierne

Sykepleiere er både arbeidstakere og privatpersoner, og noen ganger påvirker disse rollene hverandre særlig. I møte med pandemien og potensiell smitte blir rolleblandingens spesielt synlig, for eksempel knyttet til om sykepleieren eller hennes/hans familie er i risikogruppe og om man selv eller familie er i karantene/isolasjon. Videre vil det å jobbe med covid-19-smittede eller syke påvirke helsa hos sykepleierne, og tenkelig også arbeidsglede og motivasjon til å fortsette som sykepleier. Disse temaene tar vi opp i dette kapitlet. Konkret ser vi på:

- Sykepleiernes opplevelser med restriksjoner og konsekvenser for eget privatliv
- Omfang av – og erfaringer med – å være i karantene
- Tilrettelegging for sykepleiere i risikogrupper
- Pandemiens påvirkning på familiesituasjon, arbeidsmiljø og jobbtilfredshet
- Konsekvenser for psykisk og somatisk helse
- Påvirkning på sosiale kontakt
- Sykepleiernes planer for framtiden

11.1 Sykepleiernes opplevelser i skjæringspunktet arbeidsliv-privatliv

I intervjuene har informantene snakket om flere temaer som ligger i skjæringspunktet mellom arbeidstakerrollen og privatlivet. Både karantene, smitte og eventuell smittefrykt vil påvirke både arbeidssituasjonen og privatliv, inkludert familieliv og sosialt samvær med venner. Generelt er inntrykket fra intervjuene imidlertid at informantene var lite redde for å bli smittet, men de har lagt stor vekt på god hygiene og smittevern. Flere av informantene har vært i karantene og to har vært covid-19 syke. Ettersom våren 2020 gikk, opplevde mange av informantene at alle restriksjonene gjorde at livet ble litt begrenset. Dette er gjenkjennelig fra befolkningen generelt.

11.1.1 Usikkerhet rundt karantene

Vi starter med å se på noen erfaringer med når man skulle gå i karantene. På begynnelsen av pandemien var det et tema som var oppe ved flere av de rammede sykehjemmene. Informanter fortalte at det tidlig etter smitteutbruddet i institusjonen rådet usikkerhet om de som hadde vært i nærheten av smittede skulle være i karantene eller ikke. Av de sykepleierne vi har intervjuet har flere opplevd å først få én beskjed, for deretter å få motsatt beskjed - slik en av dem satte ord på her:

Vi fikk jo beskjed, med en gang det var positivt svar [hos en beboer] fikk jo ledelsen beskjed, og da ble det sendt ut beskjed til oss med smittesporing om at alle som hadde vært der inne de siste to døgnene

måtte i karantene. Fikk jeg først beskjed om. Snakker med en leder på telefonen om at "du skal ikke komme jobb før om 14 dager." "Høres jo fornuftig ut", sier jeg. Dagen etter ringer jo lederen opp igjen og sier at; "nei, du måtte komme på jobb". Fikk jo kontrabeskjed der og da. (K5)

Informanten syntes ikke dette hørtes riktig ut, ettersom hun hadde vært tett på den smittede pasienten over to hele vakter. Derfor stilte hun seg spørsmålet om at "hvis ikke jeg er nærkontakt, hvem er det egentlig da" og undersøkte nærmere om det kunne stemme at hun skulle på jobb når hun hadde vært så nær pasienten som hadde fått påvist smitte:

Så jeg spurte sykehjemslegen om ledelsen hadde rett i å tilbakekalle meg på jobb, og fikk beskjed om at overhodet ikke, du skal være hjemme i 14 dager. (K5)

Dette illustrerer den usikkerheten som hersket i den første fasen av pandemien, og hvor uavklart spørsmålet om hvem som skulle i karantene og ikke var noen steder. Ved ett annet av sykehjemmene i intervjustudien fikk de covid-19 smitte inn først etter tre måneder. De fikk dermed bedre tid til å trene på rutine. Det gikk, ifølge lederen ved sykehjemmet, derfor lett å sette de rette ansatte i karantene og isolere pasienter, slik at utbruddet ble kortvarig. Lederen, som selv har bakgrunn fra akuttsykepleie, påpekte likevel faren for å bli sliten av å være i beredskapsmodus over så lang tid:

Det var her det beviste hvor viktig det er å ha det fokuset. (...) Det fokuset var veldig [sterkt] i tre måneder. Fordi, ikke sant, at da var det så på, og du har nesten litt det adrenalinkicket inne. Men du klarer ikke holde på det, plutselig flater det nesten litt ut, fordi du blir nesten litt metta av å høre om det. Og plutselig så skjer det [smitteutbrudd]. Men da hadde vi, gudskjelov da, trent så mye på det. (K17)

11.1.2 Restriksjoner og konsekvenser i eget privatliv

De intervjuede sykepleierne fortalte om hvordan pandemien hadde påvirket privatlivet deres. Felles var at alle hadde en sterk bevissthet på at de var helsepersonell og at de ville gjøre sitt for å unngå at smitten ble spredd. Én informant fortalte for eksempel at hun "fulgte alle reglene", og "var stort sett bare hjemme". Én annen fortalte at hun aldri var redd for å bli smittet selv, men at hun var veldig streng med hvem hun var sammen med, og hun gikk ikke i store selskaper. Hun mente at "alt hadde blitt satt veldig på vent". Vi skal se på noen flere eksempler fra intervjuene, som viser litt forskjellige refleksjoner rundt overholdelse av smittevern:

For min del - og det tenker jeg jo er helt individuelt - og det her er ikke noe jeg sier for å gi noen pekefingre, men det gjør at jeg lever livet mitt noe mer isolert i forhold til vennene mine. Jeg velger vekk en del ting som, uavhengig om de er fem eller ti mennesker, så velger jeg en del sosiale sammenhenger bort. (S5-6)

Jeg har jo kjent på at jeg har vært ekstra mye mer nøye enn vennene mine som ikke er helsepersonell. Fordi man har følt et ansvar, ikke sant. Spesielt nå som jeg jobbet med korona også. Så det har jeg følt veldig på, og tatt veldig hensyn til det, når alt sto på som verst. Så var det på jobb, og så var det hjem. På det meste. Og veldig obs på det å ikke dra hjem til familie på lang tid, når dette først oppsto. Så det er klart, det også preget det sosiale livet til mange tror jeg. (S7)

Det jeg tenker på, er jo det jeg selv kan gjøre. Så jeg prøver jo... altså jeg holder meg jo mest mulig unna folk. Jeg redd for at det skal være min skyld at det [smitten] kommer tilbake [på sykehjemmet]. (K5)

Som vi ser fra sitatene, er det å være helsepersonell og det å ville unngå å være en som sprer smitte viktige årsaker til at sykepleierne er ekstra nøye med smittevern. Informantene i utvalget har nøye fulgt alle retningslinjer, og i tillegg har de pålagt seg selv ekstra strenge tiltak i form av begrenset sosial kontakt ut over det anbefalte. En sykepleierleder sa at hun kunne ikke tillate seg å gå ut på byen, siden hun var helsepersonell. Som hun sa: "tenk om jeg skal bli smittespoet, og så skal jeg si at «nei, jeg var på byen jeg»?"

Også familien til noen av informantene fikk pålagt seg strengere regler enn ellers, fordi de bor sammen med en sykepleier. En sykepleier fra sykehjem beskrev hvordan de hadde vært hjemme hos henne:

Jeg har jo ikke bare pålagt meg selv veldig strenge regler, jeg har jo pålagt mannen min, og til dels også den ene 20-åringen som fortsatt bor hjemme, veldig strenge regler. Mye strengere kanskje enn mange andre i samfunnet har lagt på seg selv. Vi har sagt nei. Mannen min ble invitert til noen arrangementer, og da sa jeg at «nei, det kan du ikke. Der blir det noen greier, ikke opprettholder smittevernhensyn, da må du i karantene før du kommer hjem igjen!». Jeg kan ikke bli syk. (K12)

Vi fant også eksempler på sykepleiere som i mindre grad la om livsstil og der konsekvensene av pandemien var mindre. Det kan ha med forhold som alder og familiesituasjon å gjøre, samt med smittesituasjonen lokalt. Mange av informantene snakket også om at siden hele Norge nærmest var i lockdown i en periode på våren, var det ikke store forsakelser man måtte gjøre sammenliknet med resten av befolkningen. Det var uansett ingen som kunne dra på ferie, på hytta eller på treningssenter. En av informantene mente at for henne hadde ikke smittesituasjonen noen særlig alvorlige konsekvenser:

Ikke noen alvorlige konsekvenser, fordi vi måtte jo være hjemme uansett. Så det var egentlig bare sånn det ble. Ja, og så var de [familien] innforstått med det, jeg har jo en mann som kan trå til, så jeg tror det ble helt greit. (K7)

En intensivsykepleier hadde erfart at smittevernregimet roet seg litt ned ettersom tiden gikk:

Det var mye vasking på begynnelsen, men så dempet det seg litt etter hvert. En kommer på at det er god gammeldags håndhygiene som er det viktigste. (S3)

Av de informantene som var på sykehjem som hadde smitteutbrudd tidlig, var det litt større stress og engstelse å spore. Én var ganske redd. Hun hadde lest i avisen om sykepleiere i andre land som døde og tenkte på om det var en skjebne også hun ville møte. Som nevnt over, ble også to av informantene rammet av covid-19. De var hjemme, isolert i lang tid. Den ene hadde i tillegg lite familie i nærheten, noe som gjorde situasjonen enda mer krevende når det gjaldt mathandling osv. "Det var en veldig spesiell situasjon", som informantene sa. Videre i kapitlet tar vi for oss funn fra den nasjonale kartleggingen.

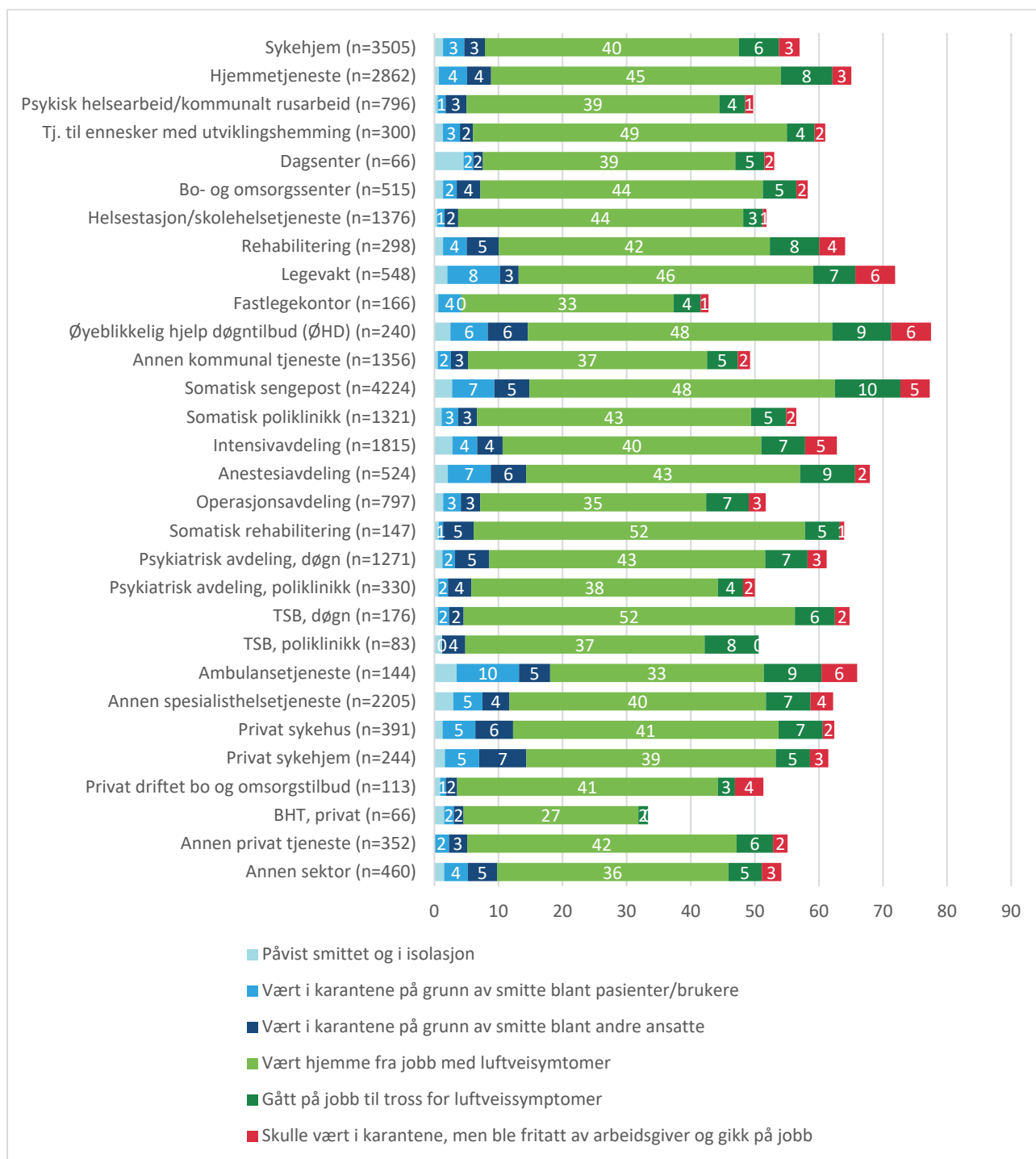
11.2 Koronarelaterte situasjoner

To prosent av sykepleierne oppgir at de har vært påvist smittet og i isolasjon. Fire prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant ansatte, og omtrent like mange har vært i karantene på grunn av smitte blant pasienter/brukere. Tre prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner. Videre har 42 prosent vært hjemme fra jobb med luftveissymptomer, mens 7 prosent har gått på jobb til tross for luftveissymptomer. Tre prosent skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb. Halvparten av sykepleierne har ikke vært syke med luftveissymptomer, smittet eller i karantene.

Tabell 11.1 Antall og andel sykepleiere i ulike koronarelaterte situasjoner

	Kommunal sektor		Offentlig spesialist-helsetjeneste		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Påvist smittet og i isolasjon	120	1	296	2	11	1	434	2
Vært i karantene på grunn av smitte blant pasienter/brukere	392	3	587	4	43	4	1 039	4
Vært i karantene på grunn av smitte blant andre ansatte	383	3	591	5	54	5	1 048	4
Vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner	381	3	396	3	44	4	834	3
Vært hjemme fra jobb med luftveissymptomer	5 066	42	5 627	43	470	40	11 315	42
Gått på jobb til tross for luftveissymptomer	721	6	1 017	8	64	5	1 825	7
Skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb	318	3	472	4	27	2	831	3
Nei	6 179	51	6 226	48	605	52	13 257	50
Antall svar	12 034	100	13 050	100	1 171	100	26 691	100

Med unntak av andel som har vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner, er andelen signifikant høyere i spesialisthelsetjenesten enn i kommune på alle indikatorene. Det samme gjelder når vi ser på systematiske forskjeller mellom tjenester.



Figur 11.1 Antall og andel sykepleiere i ulike koronarelaterte situasjoner etter hovedarbeidsplass

Det er seks prosent av sykepleierne som skulle ha vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb i legevakt, ØHD-tilbud og i ambulansetjenestene. Fastlegekontorene ser ut til å ha klart seg best basert på disse indikatorene, mens det er flest på somatiske sengeposter som har gått

på jobb tross for luftveissymptomer (10 prosent) og omtrent i halvparten av tilfellene er det arbeidsgiver som har fritatt sykepleieren for karantene.

11.3 Sykepleiere i risikogrupper og tilrettelegging på arbeidsplassen

11.3.1 Gravide sykepleiere

Seks prosent oppgir at de er/har vært gravide i koronasituasjonen, og forskjellen mellom sektorer forklares i stor grad av alderssammensetningen (median alder er 43 år i kommunene og 42 i spesialisthelsetjenesten og 46 i privat sektor).

Tabell 11.2 Antall og andel som svarer på om de har vært gravid i koronasituasjonen.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	277	5	362	6	14	3	660	6
Nei	5 174	95	5 490	94	464	97	11 254	94
Total	5 451	100	5 852	100	478	100	11 914	100

Nær to av tre av de gravide svarer at de har hatt behov for tilrettelegging av arbeidet fra arbeidsgiver pga. graviditet. Andelen som har behov for tilrettelegging på arbeidsplassen, er høyere i spesialisthelsetjenesten (72 prosent) enn i kommunen (59 prosent).

Tabell 11.3 Antall og andel som svarer at du hatt behov for tilrettelegging av arbeidet fra arbeidsgiver pga. graviditet

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	162	59	260	72	12	57	434	66
Nei	114	41	102	28	9	43	225	34
Total	276	100	362	100	21	100	659	100

Det er ingen systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor stor grad de gravide sykepleierne opplever at arbeidsgiver har tilrettelagt for dem som følge av graviditeten. Det er 69 prosent av de gravide som opplever at arbeidsgiver i svært stor eller i stor grad, mens 12 prosent svarer at arbeidsgiver i liten eller svært liten grad tilrettelegger som følge av graviditeten.

Tabell 11.4 I hvor stor grad har arbeidsgiver imøtekommet behovet for tilrettelegging som følge av graviditet

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	57	35	93	36	153	36
I stor grad	53	33	83	32	141	33
I noen grad	30	19	54	21	87	20
I liten grad	13	8	20	8	33	8
I svært liten grad	8	5	10	4	19	4
Total	161	100	260	100	428	100

Det er lite utvalg og det er vanskelig å se forskjeller mellom tjenester, med unntak av intensivavdelinger (n=41) som har en signifikant høyere andel som svarer at arbeidsgiver i svært stor eller i stor grad har tilrettelagt for gravide ansatte.

11.3.2 Er selv eller noen i nærmeste familie i risikogruppe

Det er 64 prosent som svarer at de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe for koronaviruset. Det er ingen signifikante forskjeller mellom sektorer, og heller ikke mellom tjenester med ett unntak. Ansatte på helsestasjon/skolehelsetjeneste har noe lavere andel som svarer at de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe for koronaviruset (54 prosent) enn ansatte i andre tjenester, også når vi kontrollerer for kjønns- og alderssammensetning.

Tabell 11.5 Antall og andel som svarer at seg selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe for koronaviruset.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	6 128	64	6 661	64	623	65	13 640	64
Nei	3 446	36	3 822	36	333	35	7 699	36
Total	9 574	100	10 483	100	956	100	21 339	100

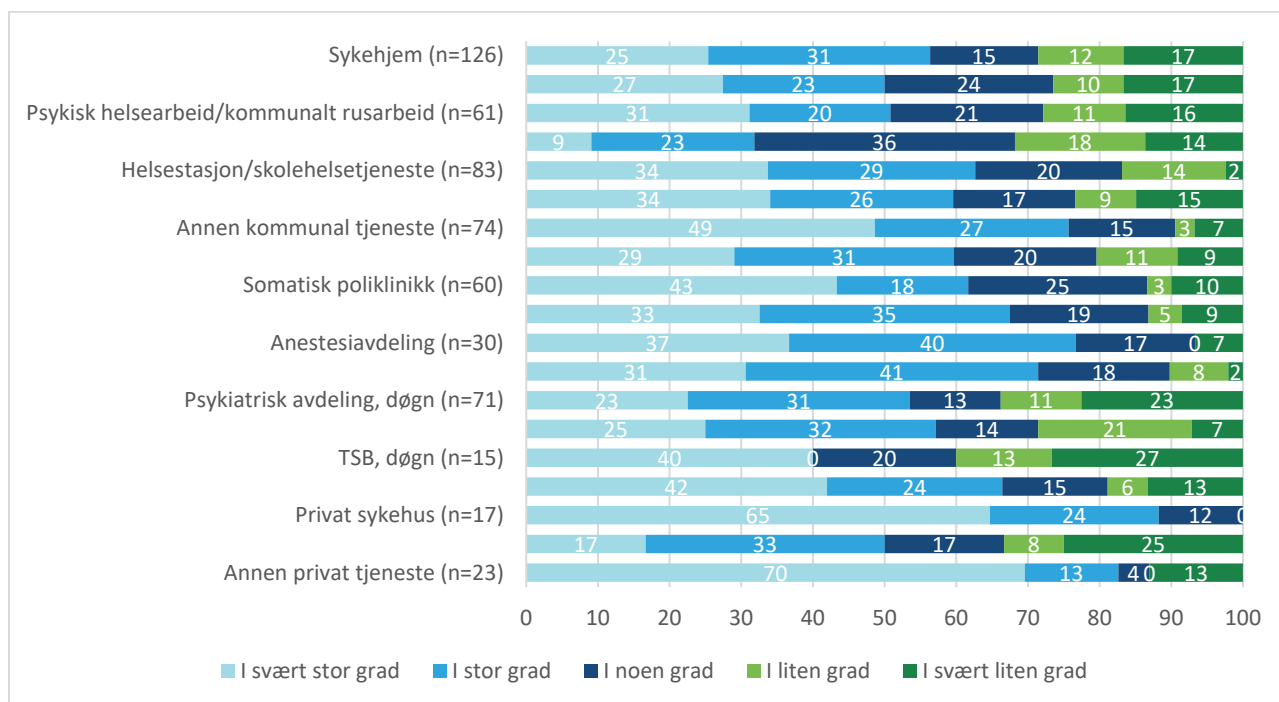
Av de 13640 som svarer at de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe, er det 13508 (99 prosent) som svarer på om de har behov for tilrettelegging fra arbeidsgiver på grunn av dette, og det er 10 prosent som svarer at de har hatt behov for tilrettelegging

Som vist i tabell 11.6, er det omtrent hver femte sykepleier med behov som ikke opplever at arbeidsgiver har imøtekommet behovet for tilrettelegging (svarer i liten eller i svært liten grad), men det er ikke signifikante forskjeller mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten eller private i svarene. Men det er noen tydeligere forskjeller mellom tjenester.

Tabell 11.6 Antall og andel som vurderer i hvor stor grad arbeidsgiver har imøtekommet behovet for tilrettelegging som følge av at den ansatte eller noen i din nærmeste familie er i risikogruppen.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	174	32	243	33	40	50	457	34
I stor grad	144	26	216	30	18	23	378	28
I noen grad	107	19	132	18	8	10	247	18
I liten grad	56	10	59	8	5	6	120	9
I svært liten grad	68	12	80	11	9	11	157	12
Total	549	100	730	100	80	100	1 359	100

Det er særlig i døgnavdelinger i TSB (40 prosent) og psykisk helsevern (34 prosent) de med behov for tilrettelegging fordi de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppen, opplever at arbeidsgiver i liten grad har imøtekommet behovet, men det er også mange som svarer i liten eller svært liten grad av ansatte i bo- og omsorgstilbud (32 prosent) og i private sykehjem (33 prosent). I figur 11.2 har vi tatt bort de med færre enn ti respondenter.



Figur 11.2 Andel som vurderer i hvor stor grad arbeidsgiver har imøtekommet behovet for tilrettelegging som følge av at den ansatte eller noen i din nærmeste familie er i risikogruppen.

11.4 Pandemiens påvirkning av familiesituasjon, arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Det er systematiske forskjeller mellom sektorer i hvordan sykepleierne bor, og forskjellene vedvarer også om vi kontrollerer for alderssammensetningen i sektorene. Det er 17 prosent av alle sykepleierne som bor alene, mens 44 prosent bor sammen med ektefelle/samboer med barn og seks prosent bor alene sammen med barn.

Tabell 11.7 Antall og andel som har svart på nåværende bosituasjon etter sektor.

	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Bor alene	1 225	14	1 837	19	148	17	3 274	17
Bor alene sammen med barn	621	7	508	5	64	7	1 216	6
Bor med ektefelle/samboer uten barn	2 580	29	2 987	31	277	31	5 938	30
Bor med ektefelle/samboer med barn	4 134	47	3 941	41	361	41	8 539	44
Annet	248	3	261	3	41	5	558	3
Total	8 808	100	9 534	100	891	100	19 525	100

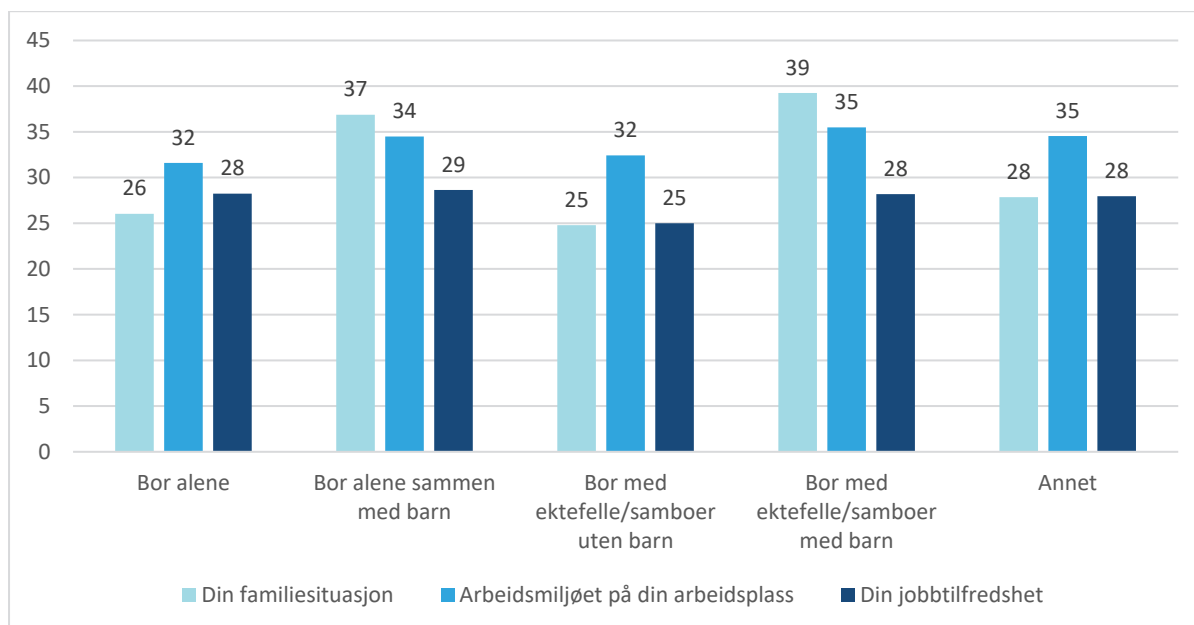
Under 'Annet' er det noen som skriver at barna har flyttet ut og at de derfor bor med ektefelle eller samboer, noen bor annenhver uke med barna, andre bor med foreldrene, annen familie eller sammen med venner.

Hver tredje sykepleier har i svært stor grad eller i stor grad fått påvirket sin familiesituasjon, mens 40 prosent i noen grad har fått påvirket familiesituasjonen. Det er omtrent like mange som opplever at pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, mens 27 prosent svarer at jobbtilfredsheten i svært stor eller stor grad er påvirket.

Tabell 11.8 Antall og andel som på i hvilken grad koronasituasjonen har påvirket familiesituasjon, arbeidsmiljø og jobbtilfredshet.

	Din familiesituasjon		Arbeidsmiljøet på din arbeidsplass		Din jobbtilfredshet	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1 887	10	1 852	9	1 650	8
I stor grad	4 417	23	4 761	24	3 679	19
I noen grad	7 843	40	8 253	42	7 744	40
I liten grad	3 308	17	3 305	17	4 252	22
I svært liten grad	2 176	11	1 419	7	2 266	12
Totalt	19 631	100	19 590	100	19 591	100

Svarene varierer systematisk i forhold til boforhold. Vi ser her på andel som svarer i svært stor eller stor grad. Det er en signifikant større andel av sykepleierne med barn som oppgir at familiesituasjonen er påvirket, og signifikant større andel som bor med ektefelle/samboer med barn som oppgir at arbeidsmiljøet er påvirket, mens signifikant lavere andel av de som bor med ektefelle/samboer uten barn har fått påvirket jobbtilfredsheten sammenliknet med andre. Dette gjelder også når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 11.3 Andel som svarer at koronasituasjonen i svært stor eller i stor grad har påvirket familiesituasjon, arbeidsmiljø og jobbtilfredshet.

Det er gitt 3610 kommentarer til disse spørsmålene, og det er lite som tyder på at det har vært store positive endringer i familiesituasjonen, arbeidsmiljøet og jobbtilfredsheten.

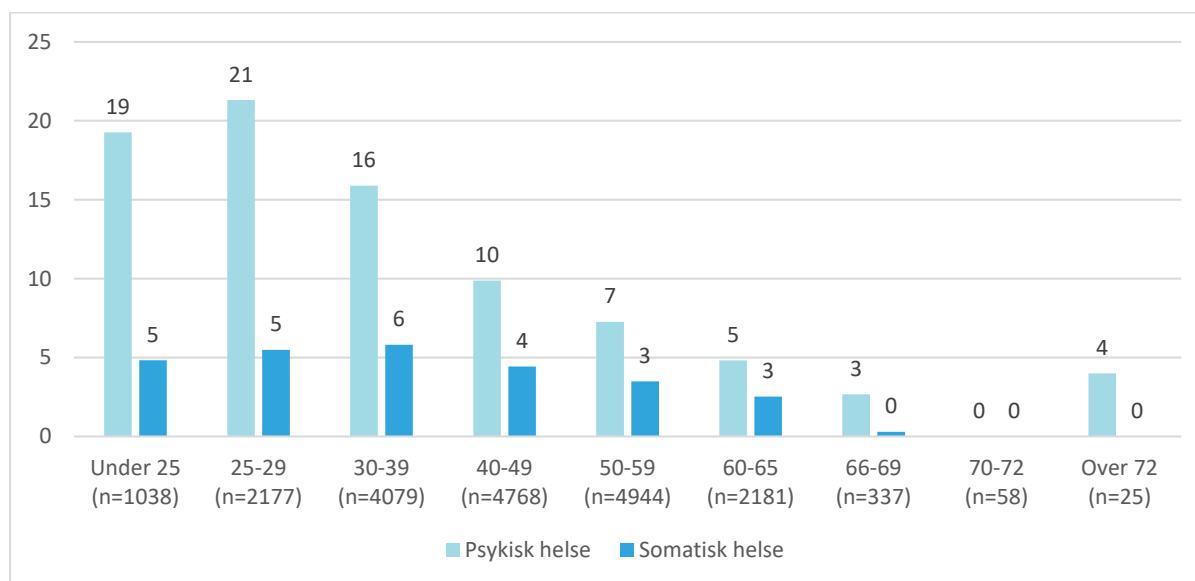
11.5 Konsekvenser for psykisk og somatisk helse

Det er 11 prosent av sykepleierne som svarer at koronasituasjonen i stor eller svært stor grad har påvirket deres psykiske helse, og fire prosent som svarer at situasjonen har hatt negative konsekvenser for deres somatiske helse. Her er det betydelig fare for underrapportering fordi de som ikke har deltatt i undersøkelsen kan være påvirket i stor grad.

Tabell 11.9 Antall og andel som på i hvilken grad koronasituasjonen har hatt negative konsekvenser for psykisk og somatisk helse

	Psykisk helse		Somatisk helse	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	629	3	215	1
I stor grad	1 628	8	631	3
I noen grad	6 159	31	2 935	15
I liten grad	5 803	30	5 961	30
I svært liten grad	5 388	27	9 826	50
Totalt	19 607	100	19 568	100

Når vi ser nærmere på de som svarer i svært stor eller i stor grad, finner vi signifikante forskjeller mellom ulike aldersgrupper i både psykisk og somatisk helse.

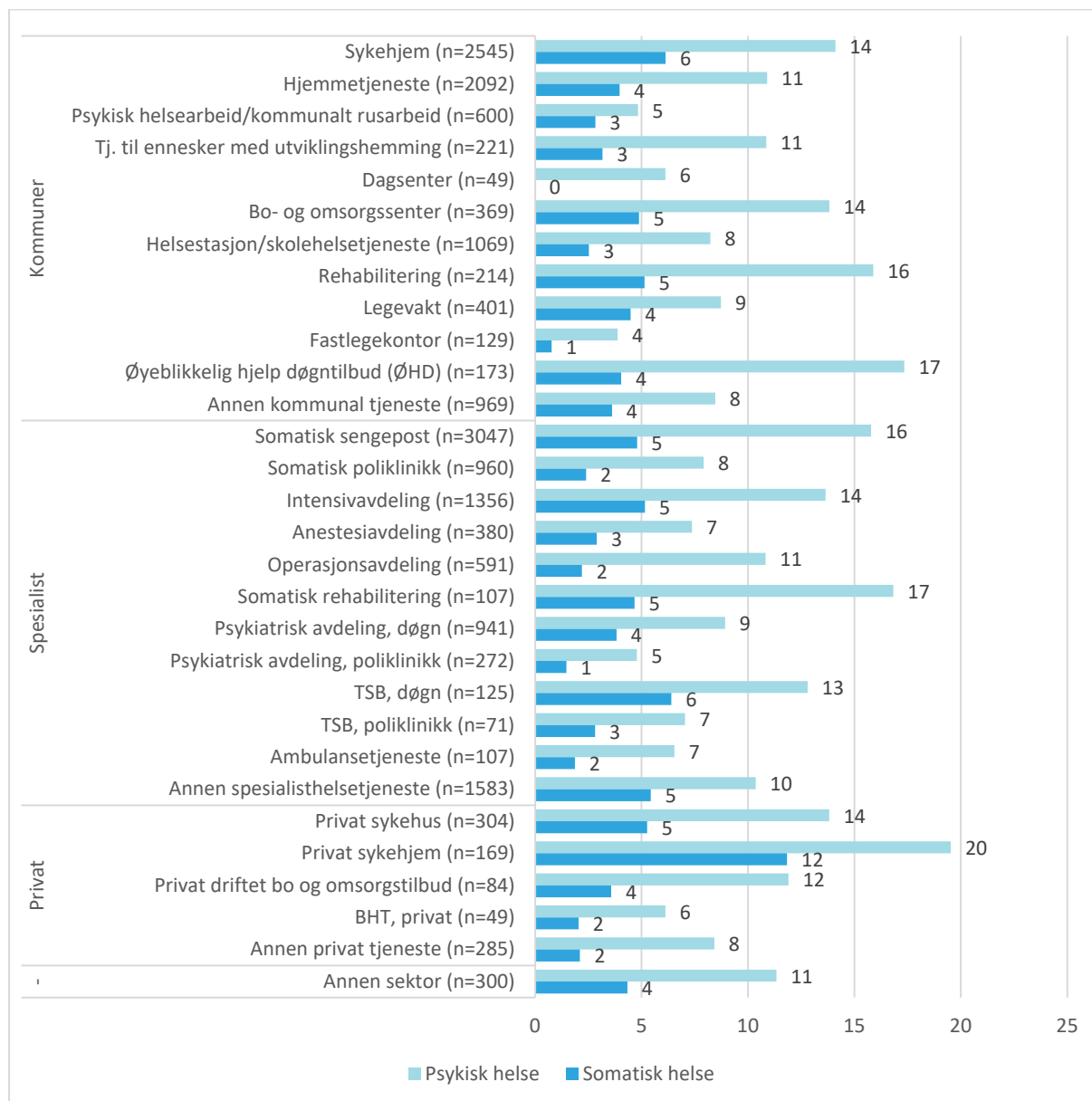


Figur 11.4 Andel som svarer i stor eller svært stor grad at koronasituasjonen har hatt negative konsekvenser for psykisk og somatisk helse, n=19607.

Det er ingen systematiske kjønnsforskjeller i andelen som svarer at deres somatiske helse i stor grad er negativt påvirket, men det er signifikant større andel blant kvinner enn blant menn som i stor grad svarer at den psykiske helsen er påvirket. Denne systematikken består også når vi kontrollerer for hvilken tjeneste de arbeider i, men forskjellene blir da litt mindre. Vi kontrollerer også for om de har

lederfunksjoner, og dette påvirker heller ikke forskjellen. Vi beregner at kvinnelige sykepleiere har omtrent 20 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket enn mannlige sykepleiere.

Det er signifikante forskjeller mellom sektorer i andel som svarer at psykisk helse i stor grad er negativt påvirket, men ikke i somatisk helse. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har omtrent 10 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket sammenliknet med sykepleiere i kommunene (som ikke skiller seg signifikant fra privat sektor).



Figur 11.5 Andel av sykepleierne som svarer at deres psykiske og somatiske helse i stor grad er negativt påvirket av koronasituasjonen.

Det er ikke tydelige signifikant høyere andel som svarer at den psykiske helse er negativt påvirket i noen tjenester, dvs. den psykiske helsen til de ansatte påvirkes ikke systematisk mer i noen tjenester i forhold til andre. Med unntak av i private sykehjem som ligger signifikant over andre tjenester, er det heller ikke innen somatisk helse noen tjenester som ligger langt over andre. Men for både psykisk og somatisk helse er det noen tjenester som ligger signifikant lavere enn de andre, som fastlegekontor og ambulansetjenester.

11.6 Redusert sosial kontakt

Nær halvparten av sykepleierne (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert kontakt med familien som følge av koronasituasjonen og 36 prosent svarer at de i noen grad har redusert sosial kontakt med familien. Det er enda flere som svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert sosial kontakt med venner som følge av koronasituasjonen (64 prosent). Det er seks prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har redusert sosial kontakt med venner.

Tabell 11.10 Antall og andel som svarer på i hvilken grad de har redusert sosial kontakt med familie og venner.

	Redusert sosial kontakt med familie som følge av koronasituasjonen		Redusert sosial kontakt med venner som følge av koronasituasjonen	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	3 851	20	4 959	25
I stor grad	5 747	29	7 623	39
I noen grad	7 002	36	5 858	30
I liten grad	1 771	9	778	4
I svært liten grad	1 227	6	390	2
Totalt	19 598	100	19 608	100

11.7 Sosial støtte

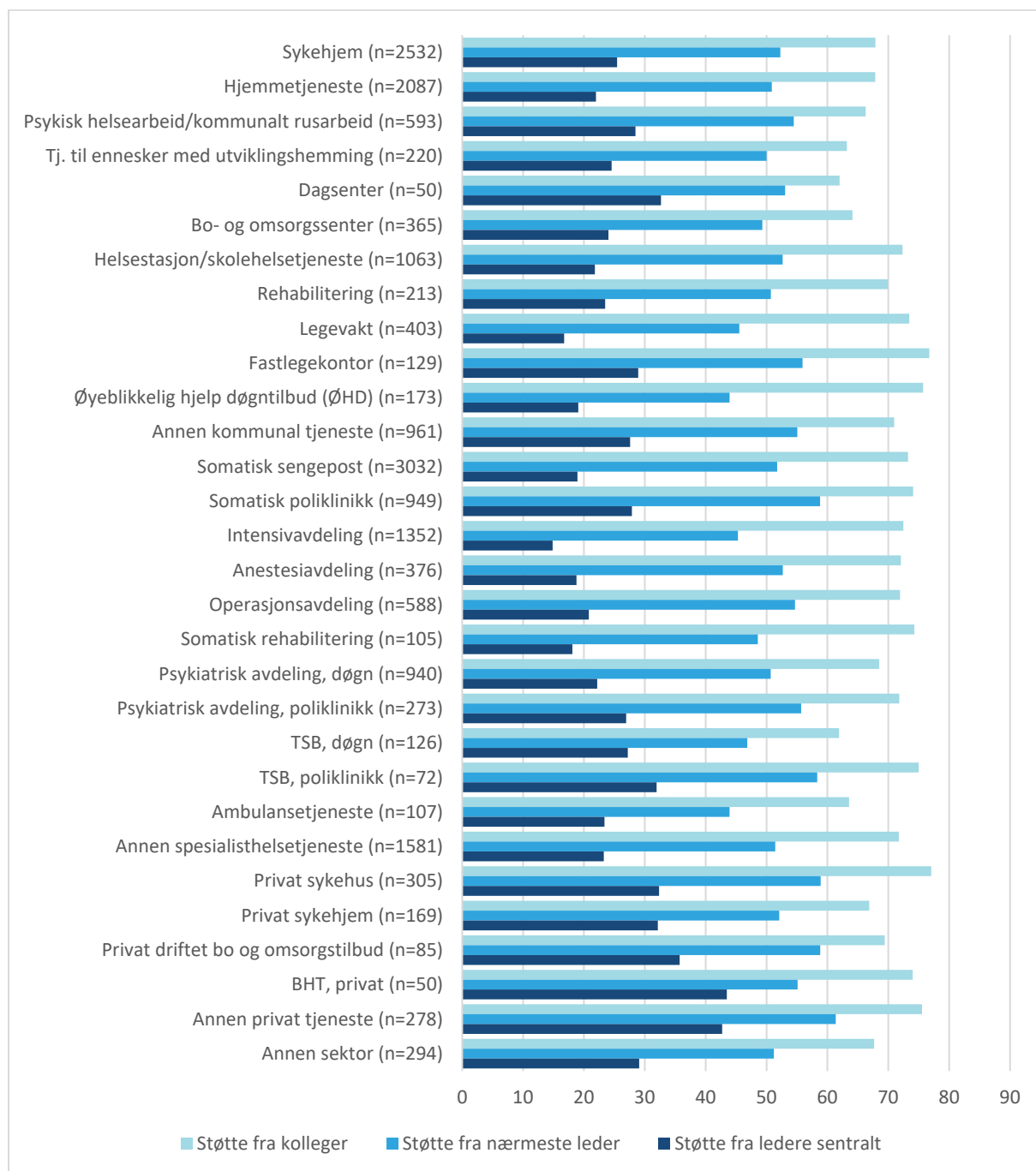
Det er særlig mange som opplever at de i stor eller svært stor grad har fått nødvendig støtte fra kolleger (71 prosent), færre svarer at de i stor eller svært stor grad har fått nødvendig støtte fra nærmeste leder (52 prosent) og enda færre opplever å ha fått i stor eller svært stor grad nødvendig støtte fra ledere sentralt/toppledere (23 prosent).

Tabell 11.11 **Antall og andel som svarer på i hvilken grad de opplever å ha fått nødvendig støtte fra kolleger, nærmeste leder og ledere sentralt/toppledere.**

	Støtte fra kolleger		Støtte fra nærmeste leder		Støtte fra ledere sentralt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	3 735	19	2 991	15	985	5
I stor grad	10 026	51	7 114	37	3 489	18
I noen grad	4 623	24	5 744	30	6 114	32
I liten grad	775	4	2 394	12	5 028	26
I svært liten grad	312	2	1 212	6	3 721	19
Totalt	19 471	100	19 455	100	19 337	100

Det er signifikante forskjeller både mellom sektorer og mellom tjenester i alle tre indikatorene. Vi viser her forskjeller mellom tjenester. Det er signifikant lavere andel som svarer at de i stor eller svært stor grad får nødvendig støtte fra nærmeste leder i legevakt, i ØHD og i intensivavdelinger. Andelen er signifikant høyere i somatiske poliklinikker og i private sykehus sammenliknet med øvrige tjenester.

Når det gjelder nødvendig støtte fra ledere sentralt er det signifikant lavere andel som svarer i stor eller svært stor grad blant ansatte i hjemmetjenesten, helsestasjon/skolehelsetjeneste, legevakt, somatiske sengeposter, intensivavdelinger, anestesivdelinger, operasjonsavdelinger og i døgnavdelinger i psykisk helsevern enn i andre tjenester. Andelen er signifikant høyere i private sykehus og i privat driftet bo- og omsorgstilbud.



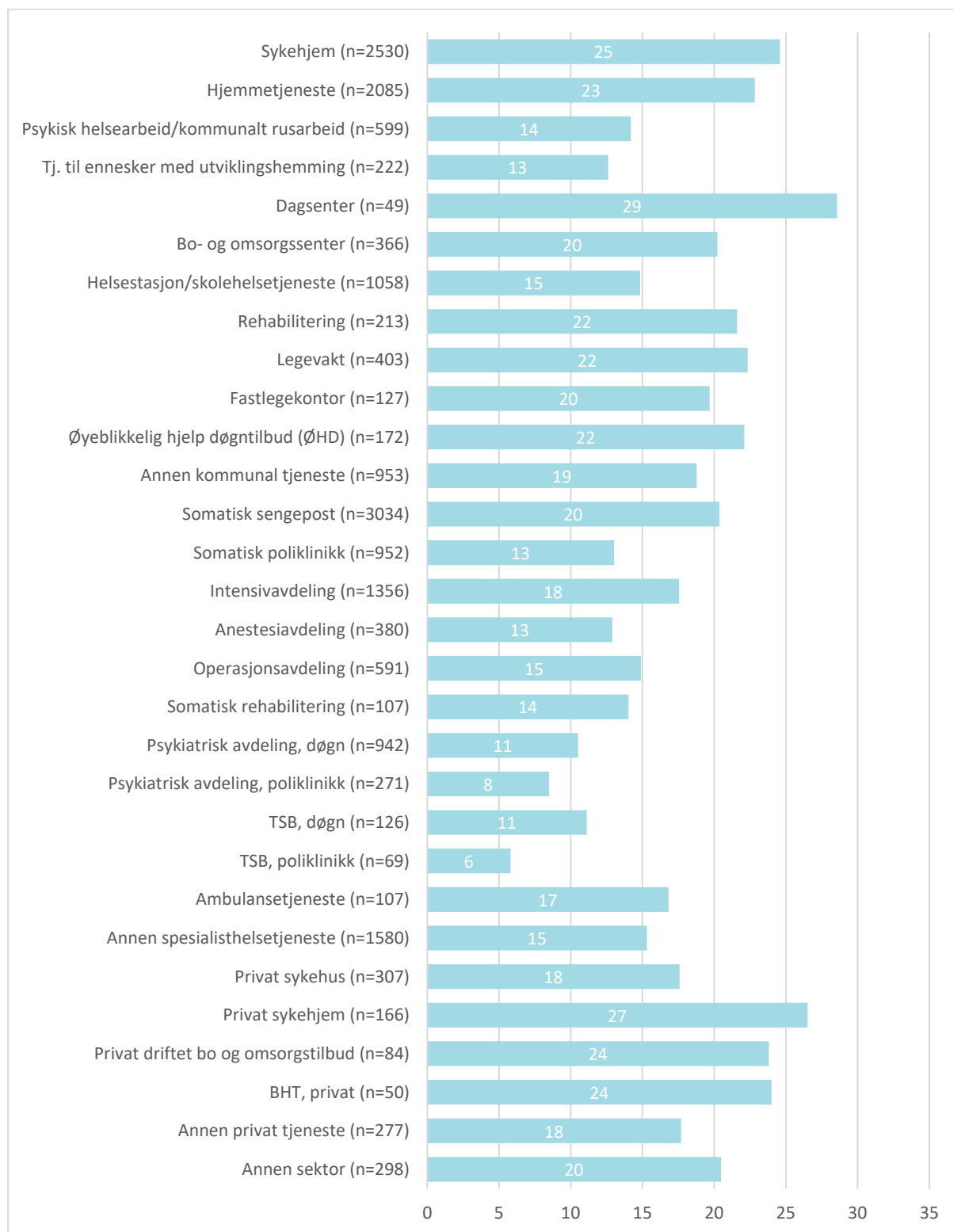
Figur 11.6 Andel som svarer at de i svært stor eller i stor grad opplever nødvendig støtte fra kolleger, nærmeste leder og ledere sentralt.

11.8 Koranasituasjonen og opplevelse av meningsfylt arbeid

Det er 19 prosent som svarer at koranasituasjonen har gjort arbeidet mer meningsfylt, mens halvparten i liten eller svært liten grad har opplevd det slik. Andelen som opplever at arbeidet har blitt mer meningsfylt er signifikant lavere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene og i private tjenester.

Tabell 11.12 Antall og andel som svarer på i hvilken grad koranasituasjonen har gjort arbeidet mer meningsfylt

	Kommunal		Offentlig		Privat se		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	466	5	380	4	50	6	908	5
I stor grad	1 370	16	1 154	12	129	15	2 698	14
I noen grad	2 848	32	2 852	30	263	30	6 055	31
I liten grad	2 612	30	2 970	31	276	31	5 928	30
I svært liten grad	1 483	17	2 166	23	168	19	3 885	20
Totalt	8 779	100	9 522	100	886	100	19 474	100



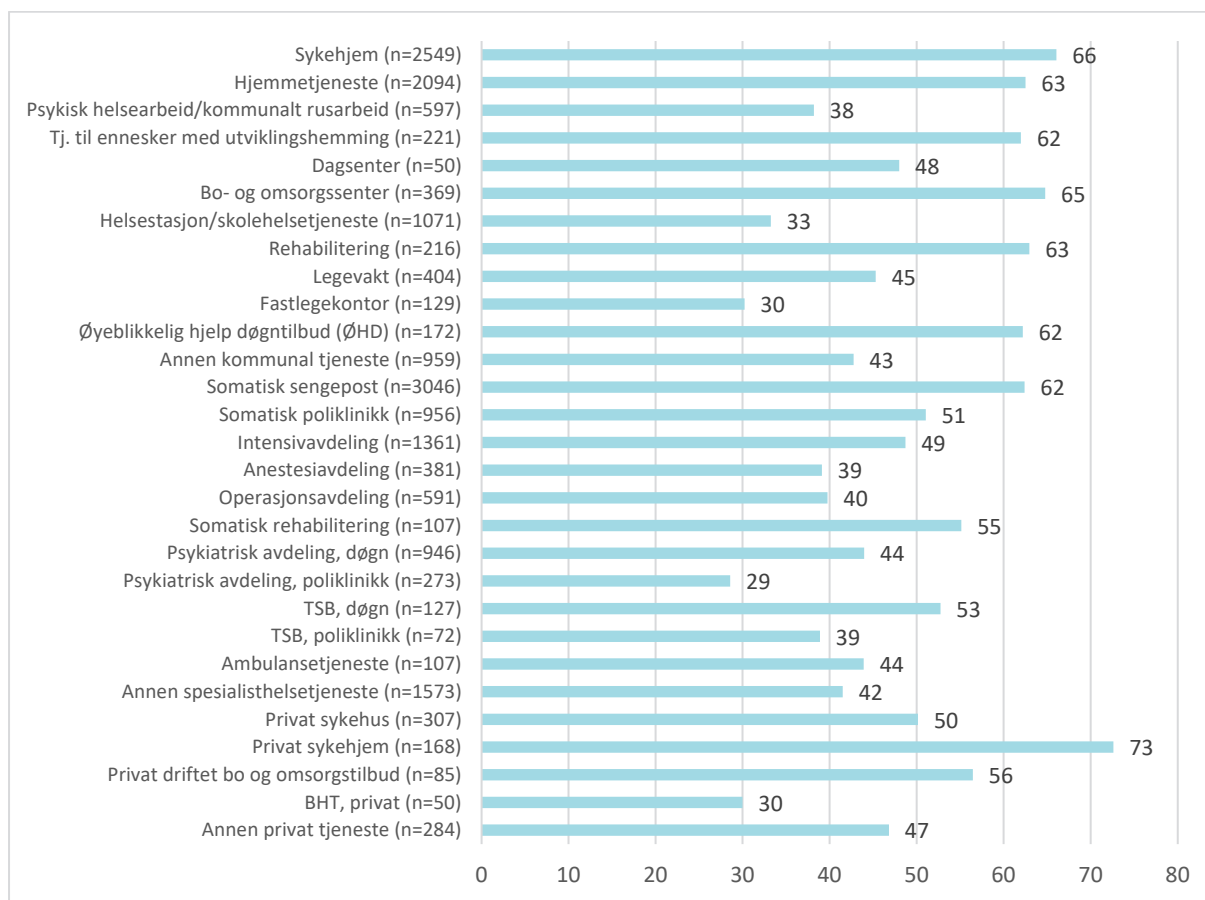
Figur 11.7 Andel som svarer på i hvilken grad koronasituasjonen i stor eller svært stor grad har gjort arbeidet mer meningsfylt

11.9 Redd for å smitte andre

Over halvparten av sykepleierne svarer at de i stor eller svært stor grad er redd for å smitte brukere/pasienter (52 prosent), kolleger (51 prosent), familien (55 prosent) uten at de vet at de er smittet. Noen færre oppgir at de er redd for å smitte sine venner (46 prosent).

Tabell 11.13 Antall og andel som svarer på i hvilken grad de har vært redd for å selv smitte andre uten at de vet at du er smittet

	Redd for å selv smitte brukere/pasienter		Redd for å selv smitte kolleger		Redd for å selv smitte familie		Redd for å selv smitte venner	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	5 669	29	5 190	27	6 085	31	4 788	24
I stor grad	4 533	23	4 691	24	4 778	24	4 269	22
I noen grad	4 773	24	5 252	27	5 010	26	5 338	27
I liten grad	2 657	14	2 756	14	2 304	12	3 361	17
I svært liten grad	1 930	10	1 690	9	1 389	7	1 817	9
Totalt	19 562	100	19 579	100	19 566	100	19 573	100



Figur 11.8 Andel sykepleiere som svarer at de i stor eller svært stor grad er redd for å smitte brukere/pasienter uten at de vet at de er smittet.

11.10 Hvordan oppslag i media påvirker arbeidssituasjonen

Hver femte sykepleier opplever at oppslag i media har i stor eller svært stor grad gjort arbeidssituasjonen mer krevende, mens nesten halvparten (48 prosent) i liten eller svært liten grad påvirket arbeidssituasjonen. Oppslag i media har i liten grad bidratt til at arbeidssituasjonen har blitt mindre krevende.

Tabell 11.14 Antall og andel som svarer på i hvilken grad oppslag i media har gjort arbeidssituasjonen mer eller mindre krevende.

	Mer krevende		Mindre krevende	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1 220	6	97	1
I stor grad	2 797	14	414	2
I noen grad	6 237	32	2 695	14
I liten grad	5 792	30	8 130	42
I svært liten grad	3 416	18	7 875	41
Totalt	19 462	100	19 211	100

11.11 Søvnproblemer

Andelen som sov syv timer eller mer per døgn i gjennomsnitt, har gått fra 44 prosent før koronapandemien til 32 prosent etter koronapandemien kom til Norge, og nesten hver fjerde sykepleier sover litt dårligere enn før og fem prosent sover mye dårligere enn før, se tabell 11.16.⁹

Tabell 11.15 Antall og andel som svarer på hvor mange timer de sover gjennomsnitt per døgn før og etter koronapandemien kom til Norge.

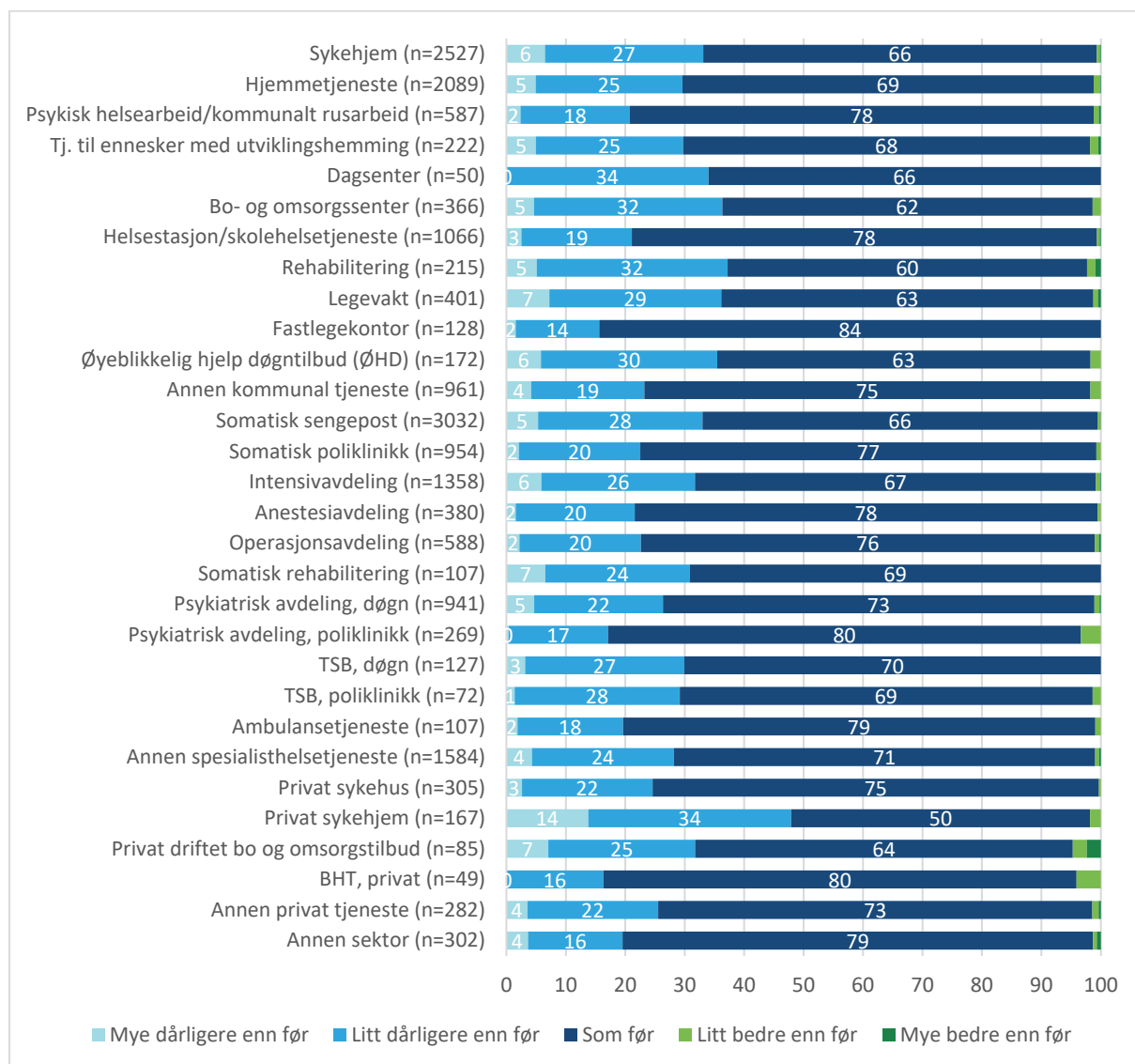
	Før koronapandemien kom til Norge		Etter koronapandemien kom til Norge	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Under 5 timer	281	1	774	4
5-5,9 timer	2 690	14	4 413	23
6-6,9 timer	8 051	41	7 928	41
7-7,9 timer	6 818	35	5 219	27
8-8,9 timer	1 530	8	950	5
9-9,9 timer	129	1	98	1
10 timer eller mer	44	0	38	0

Tabell 11.16 Antall og andel som svarer på hvor mange timer de sover gjennomsnitt per døgn før og etter koronapandemien kom til Norge.

	Antall	Andel
Mye dårligere enn før	894	5
Litt dårligere enn før	4 689	24
Som før	13 718	70
Litt bedre enn før	159	1
Mye bedre enn før	33	0
Total	19 493	100

Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom sektorer, men det er betydelige forskjeller mellom tjenester.

⁹ Spørsmålene om søvn er levert av Folkehelseinstituttet.



Figur 11.9 Andel som svarer hvordan de sover etter at pandemien kom til Norge.

11.12 Endring i ferieplaner

Det er 18 prosent av sykepleierne som har fått endringer i planlagt ferieavvikling, det er høyest andel i privat sektor (21 prosent), mens andelen i kommunene er 17 prosent og i spesialisthelsetjenesten 20 prosent.

Tabell 11.17 Andel som svarer at de har fått endring i planlagt ferieavvikling som følge av koronasituasjonen fått endringer i planlagt ferieavvikling og antall svar per sektor.

	Kommunal sektor	Spesialist helsetjenesten	Privat sektor	Totalt
Andel som har fått endringer i planlagt ferieavvikling	17	20	21	18
Antall svar	9 286	10 157	931	20 693

Det er 41 prosent av de som har fått endringer i planlagt ferieavvikling som ikke har fått sammenhengende fri i så lang periode som planlagt. Dette tilsvarer 8 prosent av alle sykepleierne, mens fem prosent oppgir at de har måttet startet ferien senere enn planlagt.

Tabell 11.18 Antall og andel etter hvilken endring i planlagt ferieavvikling de har fått som følge av koronasituasjonen

	Antall	Andel	Av alle
Ikke fått sammenhengende fri i så lang periode som planlagt	1 576	41	8
Måtte startet ferien senere	970	25	5
Måtte starte ferien tidligere	549	14	3
Ikke fått ferie samtidig med familie som jeg vanligvis har	615	16	3
Tilbakekalt fra ferie	315	8	2
Annet, hva:	927	24	4
Antall som har fått endring i planlagt ferieavvikling	3 822	100	18

11.13 Sykepleiernes planer for framtiden

De fleste sykepleierne har ikke endret fremtidsplaner som følge av koronasituasjonen, ifølge den nasjonale kartleggingen. Den samme tendensen ser vi også i det kvalitative datamaterialet, men det er likevel noen interessante funn her knyttet til sykepleiere som ønsker å slutte i yrket. I denne delen ser vi spesielt på følgende tema:

- Ingen endring i fremtidsplaner for de fleste sykepleierne
- Hva gjør at noen sykepleiere ønsker å skifte yrke?

11.13.1 Økt motivasjon for å fortsette i yrket

I intervjuene finner vi noen som har fått tanker om å slutte i yrket, men også flere som tvert imot kjenner på stolthet og har fått økt lyst til å fortsette som sykepleiere. I det store og hele har det likevel ikke vært noe særlig fokus på dette hos informantene, men det er likevel noen sitater som kan belyse tankene hos noen:

Ja, jeg tenker jo egentlig mye bedre om yrket, eller sånn hva vi faktisk har håndtert, og jeg blir jo stolt av å være sykepleier etter dette. Og det er klart, dette, vi har jobbet sånn før også. Sånn i forhold til syke pasienter, dårlige pasienter, vi har en stressende hverdag, men det å se det samholdet og hva man gjør for pasienter og hvor mye man setter seg selv til side i slike situasjoner. Det gjør meg egentlig veldig stolt. Og jeg er glad for at jeg er sykepleier. Og glad for at jeg har det yrket mitt. Jeg er jo det. Det er jo bare positivt, det er klart, noen tenker også andre veien sikkert. (...) (S7)

Sitatet over er hentet fra en informant som fikk erfare å bli omplassert til en koronapost på et sykehus på kort varsel. Hun legger vekt på at hun ganske raskt greide å se at lærdommen hun og kollegene høstet, ville være verdifull og gi økt motivasjon for å fortsette i yrket. Ved et sykehjem fortalte en sykepleier som opplevde å jobbe tett på smittede pasienter at hun var blitt mer bevisst på hvor viktig jobben hennes er. Hun kjenner seg også stolt, selv om hun uttrykte at det har vært tøft og at hun har grått underveis:

Jeg sa til barna mine nå under pandemien at de måtte si hvilke jobber de tenker alltid vil behøves i framtida. Er det for eksempel sykepleiere og leger, eller er det å være kjendis på TV? (K3-4)

11.13.2 Usikre på fremtiden som sykepleiere

En sykepleier på et sykehus opplevde det motsatte; hun følte seg som en kasteball i systemet etter å ha blitt omdisponert og beskriver hvordan følelsen av å være utmattet har gitt henne tanker om å skifte yrke:

Jeg har ikke lyst til å komme hjem fra jobb hver dag og være så sliten at jeg må sove på sofaen to timer etterpå uten at vi har barn, eller ting som gjerne hadde tilsagt at jeg var så sliten da. Det er jo ikke kjekt for de som er rundt meg heller. Så jeg kommer nok mest sannsynlig til å slutte, for jeg føler meg litt som en belastning, fordi at jeg er sliten, og da er det jo lett at det blir litt sånn negativ tankegang, og da blir det jo slitsomt å være på jobb òg. (S4)

Denne sykepleieren er relativt nyutdannet, men har under pandemien begynte å legge planer om å skifte retning og ta fatt på nye studier. Hun legger vekt på å kunne jobbe mer "vanlig":

Jeg har tenkt å begynne på noe mer sånn biologirettet, sånn at jeg heller kan begynne å jobbe med natur, eller hav. Og gjerne sånn at man kan jobbe i team med folk. Men at gjerne du kan ha en normal arbeidshverdag. (S4)

En helsesykepleier som ble omdisponert, og som høsten 2020 fortsatt delvis er det, fortalte at både hun selv og flere kolleger vurderer å slutte i yrket på grunn av opplevelsene de har hatt med å jobbe under pandemien. Hun selv måtte mot sin vilje begynne å jobbe på en koronaklinikk i kommunen, mens en i samme yrke i en annen kommune valgte å slutte på grunn av for mye koronaarbeid:

Jeg har en kollega i en kommune som ble så kjørt på koronaarbeid. Hun fikk både ansvaret for ledelsen av skolehelsetjenesten og helsestasjonen, og så fikk hun ansvaret for ledelsen av koronaarbeid. Og hun sluttet nå som helsesykepleier av den grunn, og går over i annen stilling i den kommunen, for hun klarte ikke mer. Og det er forferdelig trist. Så jeg kjenner at jeg blir både sint og lei meg over at det her skal føre til at vi kanskje mister gode folk i tjenesten. (...) Jeg går jo rundt og tenker at «er det dette... - skal jeg fortsette, skal jeg – skal det være sånn her, så vet ikke jeg heller om jeg orker.» Og så – og det vet jeg at det er flere som tenker. (K8)

Det å kjenne på at man ikke “vet om man orker” er det flere som gjør, og et annet eksempel er en avdelingsleder ved et sykehus som erfarte flytting og sammenslåing av egen avdeling, at flere av hennes nærmeste kolleger valgte å slutte, og at arbeidsgleden er forsvunnet fordi hun har båret på så mange bekymringer for de ansatte. Nå er hun usikker:

Nei ... det - jeg vet rett og slett ikke. Veien videre. Men jeg tenker mye på at det er - hvis jeg går nå, så må en annen overta, på en måte. Forstår du? Ja ikke sant - så du føler at du må stå i det, litt av den grunnen òg. For å holde driften oppe, på et vis. Så det - det er helt sikkert noen som ville gjort det veldig godt. Men - ja så er det; hva skal du gjøre da i tilfelle - altså det er noe med å begynne en ny plass, når du er på bønn. Det er ikke bra det heller. (S9)

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at det er 14 prosent av sykepleierne som har endret planer for videre yrkeskarrierer som følge av koronasituasjonen. Like mange er usikker på om de har endret planer (15 prosent), mens 71 prosent svarer at koronasituasjonen ikke har ført til at de har endret planer for videre yrkeskarriere.

Tabell 11.19 Antall og andel som svarer på å de har endret planer for sin videre yrkeskarriere som følge av koronasituasjonen.

	Antall	Andel
Ja	2 740	14
Nei	13 864	71
Vet ikke	2 969	15
Total	19 573	100

Av de 2740 som svarer at de har endret planene sine, er det 2717 (99 prosent) som svarer på hvilken måte planene er endret. Som vist i tabell 11.20 er det flest av disse som svarer at de vurderer å slutte i sykepleieryrket når dette er over (41 prosent). Mange ønsker å skifte arbeidsplass, men til en annen type arbeidsplass innen helse- og omsorgstjenester (24 prosent), og andre ønsker å skifte jobb til utenfor helse- og omsorgstjenestene (12 prosent). Under annet kommer det frem at mange ønsker å ta videreutdanning, gå av med tidligpensjon eller ta lederutdanning for å kunne bli leder.

Tabell 11.20 Av de som svarer at de har endret planer for sin videre yrkeskarriere etter type endring i planer.

	Antall	Andel	Andel av alle (n=19 573)
Hadde tenkt å slutte som sykepleier, men vil nå fortsette som sykepleier	53	2	0,3
Vurdere å slutte i sykepleieryrket etter dette er over	1 126	41	5,8
Vil skifte arbeidsplass, men samme type arbeidsplass	94	3	0,5
Vil skifte arbeidsplass, men til annen type arbeidsplass innen helse og omsorgstjenester	656	24	3,4
Vil skifte arbeidsplass, men til annen type arbeidsplass utenfor helse- og omsorgstjenestene	320	12	1,6
Annet	468	17	2,4
Totalt	2 717	100	13,9

Vi ser videre på de som ønsker å slutte i sykepleieryrket etter dette er over og de som ønsker å arbeide utenfor helse- og omsorgstjenestene, totalt 1446 sykepleiere, for å se om det er noe mønster i svarene etter observerbare kjennetegn.

Det er systematiske kjønnsforskjeller og flere menn enn kvinner av de som har endret planer ønsker å slutte, hhv 64 prosent av mennene og 52 prosent av kvinnene. Det er også systematiske forskjeller etter alder, og særlig er det mange i aldergruppen 30-39 år som vurderer å slutte, signifikant større andel enn i de øvrige aldersgruppene. Det er også systematiske forskjeller mellom sektorer, og det er i spesialisthelsetjenesten flest ønsker å slutte. Det er også noen systematiske forskjeller etter fagområde, og det er signifikant færre innen tjenester til barn og unge, psykisk helse/rus og intensiv enn innen akuttsykepleie og andre fagområder som ønsker å slutte.

11.14 Oppsummering

I intervjuene har vi sett at pandemien har påvirket sykepleierne på en rekke måter, først og fremst i arbeidslivet. Men pandemien har også hatt konsekvenser for yrkesgruppen også inn mot det private plan. Informantene påpeker for det første at man blir sliten av å leve i beredskapsmodus over lang tid. For det andre var det mange som påla seg selv - og familien - strenge restriksjoner når det gjaldt sosial kontakt og mobilitet, og var svært nøye på å overholde smittevernregler. Vi fant imidlertid også eksempler på sykepleiere som i mindre grad la om livsstilen og der konsekvensene av pandemien var mindre.

Den nasjonale kartleggingen viser at to prosent av sykepleierne har vært påvist smittet og vært i isolasjon. Fire prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant ansatte, og nesten like mange har vært i karantene på grunn av smitte blant pasienter/brukere. Tre prosent har vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner. Videre har 42 prosent vært hjemme fra jobb med

luftveissymptomer, mens 7 prosent har gått på jobb til tross for luftveissymptomer. Tre prosent skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb.

Seks prosent oppgir at de er/har vært gravide i koronasituasjonen, og to av tre har hatt behov for tilrettelegging av arbeidet fordi de er gravide, og andelen med behov for tilrettelegging er noe høyere blant gravide som arbeider i spesialisthelsetjenesten (72 prosent) enn de som arbeider i kommunene (59 prosent). Det er ingen systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor stor grad de gravide sykepleierne opplever at arbeidsgiver har tilrettelagt for dem som følge av graviditeten. Det er 69 prosent av de gravide som opplever at arbeidsgiver i svært stor eller i stor grad har tilrettelagt, og 12 prosent svarer at arbeidsgiver i liten eller svært liten grad har imøtekommet behovet for tilrettelegging.

Det er 64 prosent av sykepleierne som oppgir at de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppe for koronaviruset, og ti prosent har hatt behov for tilrettelegging på arbeidsplassen på grunn av dette. Omtrent hver femte sykepleier med behov for tilrettelegging fordi de selv eller noen i nærmeste familie er i risikogruppen, opplever at arbeidsgiver ikke har imøtekommet behovet. Dette gjelder særlig i TSB og i psykisk helsevern, men det er også mange i bo- og omsorgstilbud (32 prosent) og i private sykehjem (33 prosent) som har opplevd dette.

Det er 17 prosent av alle sykepleierne i utvalget som oppgir at de bor alene, mens 44 prosent bor sammen med ektefelle/samboer med barn og seks prosent bor alene sammen med barn. Hver tredje sykepleier har i svært stor eller i stor grad fått påvirket sin familiesituasjon, mens 40 prosent i noen grad har fått påvirket familiesituasjonen. Det er omtrent like mange som opplever at pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og 27 prosent svarer at jobbtilfredsheten i stor eller i svært stor grad er påvirket. Fra kommentarene som er gitt, ser vi at det i all hovedsak er negative endringer i familiesituasjonen, arbeidsmiljøet og jobbtilfredsheten som følge av pandemien.

Det er 11 prosent av sykepleierne som svarer at koronasituasjonen i stor eller svært stor grad har påvirket deres psykiske helse, og fire prosent som svarer at situasjonen har hatt negative konsekvenser for deres somatiske helse. Her er det betydelig fare for underrapportering fordi de som ikke har deltatt i undersøkelsen kan ha helseproblemer. Andelen som oppgir at deres psykiske helse i stor grad er negativt påvirket, avtar systematisk med alder og det er de under 30 år som i størst grad oppgir at den psykiske helsen er negativt påvirket. De samme aldersforskjellene er synlig for somatisk helse, men det er størst andel blant sykepleiere i 30-årene som oppgir at deres somatiske helse i stor grad er påvirket. Det er systematiske kjønnsforskjeller i svarene som gjelder psykisk helse, men ikke i somatisk helse. Vi beregner at kvinnelige sykepleiere har omtrent 20 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket enn mannlige sykepleiere. Videre finner vi at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har omtrent 10 prosent høyere sannsynlighet for å svare at den psykiske helsen i stor grad er negativt påvirket sammenliknet med sykepleiere i kommunene (som ikke skiller seg signifikant fra privat sektor). Det er ikke tydelige forskjeller mellom tjenester når det gjelder konsekvenser for den psykiske helsen, og med unntak av i private sykehjem, er det heller ikke innen somatisk helse betydelige forskjeller mellom tjenester. Men for både psykisk

og somatisk helse er det noen tjenester som ligger signifikant lavere (færre som melder om helseproblemer) enn de andre, som fastlegekontor og ambulansetjenester.

Nær halvparten av sykepleierne (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert kontakt med familien som følge av koronasituasjonen og 36 prosent svarer at de i noen grad har redusert sosial kontakt med familien. Det er enda flere som svarer at de i stor eller svært stor grad har redusert sosial kontakt med venner som følge av koronasituasjonen (64 prosent). Det er seks prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har redusert sosial kontakt med venner.

Det er særlig mange som opplever at de i stor eller svært stor grad har fått nødvendig støtte fra kolleger (71 prosent), færre svarer at de har fått nødvendig støtte fra nærmeste leder (52 prosent) og enda færre opplever å ha fått nødvendig støtte fra ledere sentralt/toppledere (23 prosent). Det er særlig lav andel som svarer at de får nødvendig støtte fra nærmeste leder i legevakt, i ØHD og i intensivavdelinger. Andelen er systematisk høyere i somatiske poliklinikker og i private sykehus sammenliknet med øvrige tjenester. Når det gjelder nødvendig støtte fra ledere sentralt, finner vi signifikant lavere andel som har fått nødvendig støtte blant ansatte i hjemmetjenester, helsestasjon/skolehelsetjeneste, legevakt, somatiske sengeposter, intensivavdelinger, anestesivdelinger, operasjonsavdelinger og i døgnavdelinger i psykisk helsevern enn i andre tjenester.

Det er 19 prosent som svarer at koronasituasjonen har gjort arbeidet mer meningsfylt, mens halvparten i liten eller svært liten grad har opplevd det slik. Andelen som opplever at arbeidet har blitt mer meningsfylt er signifikant lavere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene og i private tjenester.

Over halvparten av sykepleierne svarer at de i stor eller svært stor grad er redd for å smitte brukere/pasienter (52 prosent), kolleger (51 prosent), familien (55 prosent) uten at de vet at de er smittet. Noen færre oppgir at de er redd for å smitte sine venner (46 prosent).

Hver femte sykepleier opplever at oppslag i media i stor eller svært stor grad har gjort arbeidssituasjonen mer krevende, mens nesten halvparten (48 prosent) i liten eller svært liten grad opplever at media har påvirket arbeidssituasjonen. Det er få sykepleiere som opplever at oppslag i media har bidratt til at arbeidssituasjonen har blitt mindre krevende (tre prosent).

Omtrent hver fjerde sykepleier oppgir at de sover litt dårligere enn før pandemien og fem prosent sover mye dårligere enn før, og andelen som sov syv timer eller mer per døgn i gjennomsnitt, har gått ned fra 44 prosent før koronapandemien til 32 prosent etter koronapandemien kom til landet.

Det er 18 prosent av sykepleierne som oppgir at de har fått endringer i planlagt ferieavvikling som følge av pandemien, og andelen er høyest i privat sektor (21 prosent) og lavest i kommunene (17 prosent). Åtte prosent av sykepleierne har ikke har fått sammenhengende ferie i så lang periode som planlagt, mens fem prosent oppgir at de har måttet startet ferien senere enn planlagt.

Seks prosent av sykepleierne svarer at de vurderer å slutte i yrket etter at pandemien er over og det er flest i spesialisthelsetjenesten som vurderer å slutte.

12 Involvering av ansattrepresentanter

I dette kapitlet ser vi på utvalget som har verv som representanter for de ansatte. Særlig undersøker vi følgende tema:

- Endringer i roller som følge av pandemien
- Grad av involvering av ansattrepresentanter i:
 - Beredskapsplaner
 - Bemanningsplaner
 - Omdisponering av personell mellom enheter/tjenester
 - Endringer i turnus/arbeidstid
 - Utvikling av smittevernprosedyrer
 - Endring i organisering av tjenestene
 - Annet planarbeid
 - Bruk av overtid generelt
 - Midlertidige tilsetninger/vikarbruk
- "Korona-avtalen"
 - Tatt i bruk, drøftet og om vilkårene for å ta den i bruk var til stede
 - Om tatt i bruk, hvilke deler:
 - Redusert hviletid
 - Utvidede rammer for bruk av overtid
 - Endrede frister for nye turnusordninger
 - Annet
 - Om tatt i bruk, har de opplevd brudd på avtalen, i så fall hvilke
 - Åpne kommentarer til korona-avtalen
- Om ordinære tariffbestemmelser er fulgt i koronasituasjonen
- Om det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen
- Om arbeidsgiver har:
 - utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer
 - utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet
 - utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd
- Om ansattrepresentanter har vært involvert i arbeidet med:
 - kartlegging og risikovurdering i henhold til arbeidsmiljølov og forskrifter
 - lokale avtaler om ekstra kompensasjon
 - risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet
 - risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd

12.1 Utvalg

Det er 11 prosent av utvalget som oppgir at de har rolle som ansattrepresentant. Det er mange nok tillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og plassverneombud til å gjøre analyser, men det er få konserntillitsvalgte, foretaksverneombud og konsernverneombud. I fremstillingene skiller vi derfor mellom plasstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte (inkludert foretaks- og konserntillitsvalgte) og plassverneombud og hovedverneombud (inkludert foretaks- og konsernverneombud). Under annen type ansattrepresentant er det nevnt ulike former for lederoppgaver, faglig ansvarlig for spesifikke områder, studentrepresentanter, at de er både verneombud og tillitsvalgt etc. Vi beholder denne som egen kategori fordi den kan gi et bilde på involvering av andre ansattrepresentanter.

Tabell 12.1 Antall og andel personer i utvalget som er ansattrepresentanter.

	Antall	Andel
Nei	25 956	89
Tillitsvalgt (plass)	1 494	5
Hovedtillitsvalgt	350	1
Foretakstillitsvalgt	19	0
Konserntillitsvalgt	4	0
Verneombud (plass)	968	3
Hovedverneombud	45	0
Foretaksverneombud	2	0
Konsernverneombud	4	0
Annen type ansatte representant	384	1
Total	29 226	100

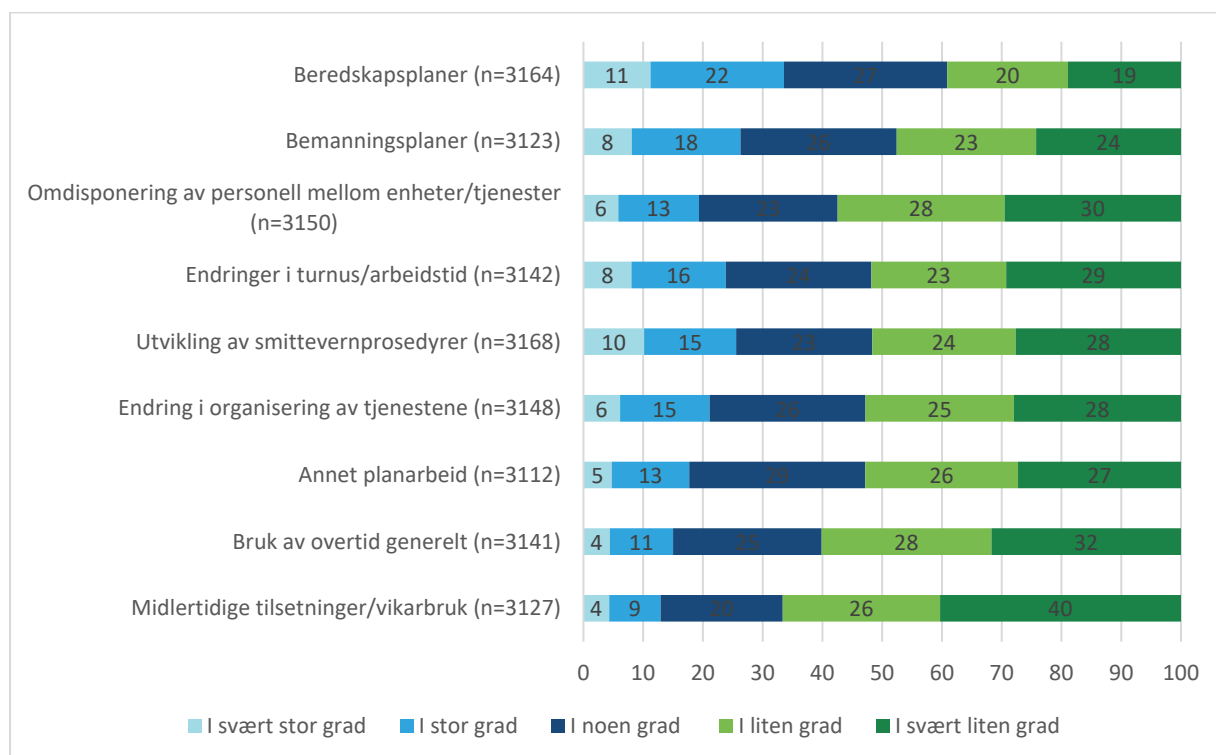
Det er 3270 respondenter som har oppgitt at de er ansattrepresentanter. Av disse er det 3158 respondenter (97 prosent) som svarer på om rollen som representant for de ansatte er blitt endret som følge av koronasituasjonen. Det er mange som har opplevd rolleendringer, totalt 28 prosent av alle ansattrepresentantene i utvalget.

Tabell 12.2 Antall og andel som svarer på om rollen som representant for de ansatte er blitt endret som følge av koronasituasjonen

	Antall som svarer nei	Antall som svarer ja	Andel som svarer ja	Antall totalt
Tillitsvalgt (plass)	1 173	272	23	1445
Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	259	106	41	365
Verneombud (plass)	736	194	26	930
Hoved/foretak/konsernverneombud	36	13	36	49
Annen ansattrepresentant	270	99	37	369
Total	2 474	684	28	3158

Noen beskriver at de ble omdisponert, andre at de fikk mer ansvar og merarbeid, noen ble satt til smittesporing og andre til opplæring i smittevern. Det ser ut som det er hovedverneombudene (44 prosent) og andre ansattrepresentanter som har vært mye involvert i smittetesting (43 prosent) sammenliknet med hele utvalget (36 prosent), se også kapittel 10.

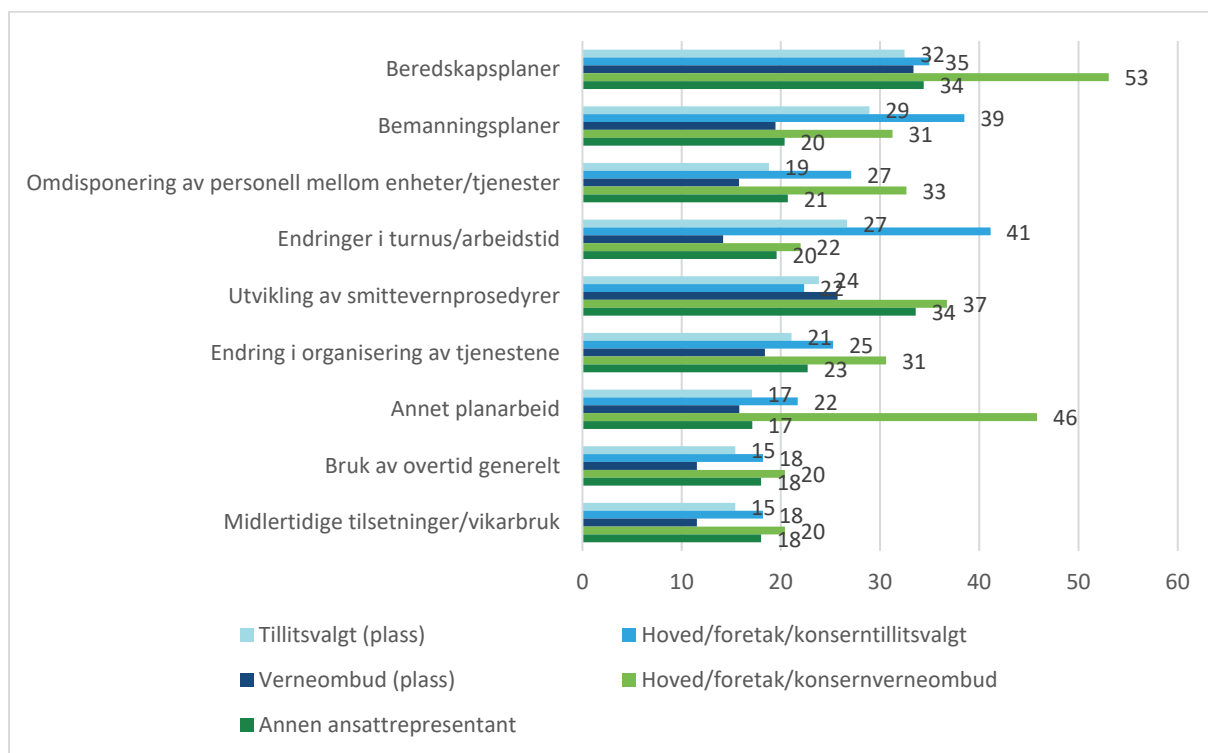
12.2 Involvering i ulike tiltak



Figur 12.1 Prosent av ansattrepresentanter som svarer på i hvilken grad de har vært involvert i ulike tiltak.

Vi finner ikke betydelige forskjeller mellom sektorer når det gjelder involvering av ansattrepresentanter, med unntak av involvering i utvikling av smittevernprosedyrer der færre i spesialisthelsetjenesten (21 prosent) enn i kommunehelsetjenesten (28 prosent) svarer at de i svært stor grad eller i stor grad er involvert. Vi finner heller ikke signifikante forskjeller i ansattinvolvering mellom tjenester innen sektor for noen av tiltakene, med unntak av ansattrepresentanter fra ambulansetjenesten som svarer i svært stor grad eller i stor grad systematisk oftere enn de andre tjenestene at de er involvert i annet planarbeid og bruk av overtid.

I det følgende har vi kodet de som svarer i svært stor grad og i stor grad til 1 og resten settes til null for å se hvem som er mest involvert i de ulike tiltakene.



Figur 12.2 Prosent av ansattrepresentanter som at de i stor eller i svært stor grad har vært involvert i ulike tiltak.

Det er hovedverneombudene som er mest involvert i arbeidet med beredskapsplaner og annet planarbeid, mens hovedtillitsvalgte er mest involvert i bemanningsplaner og endringer i turnus/arbeidstid som forventet.

12.3 "Korona-avtalene"

I ledeteksten til spørsmålet står det "De neste spørsmålene handler om 'Korona-avtalene' som ble inngått sentralt med flere av de store arbeidsgiverorganisasjonene i begynnelsen av koronasituasjonen." ¹⁰

Det er 28 prosent av ansattrepresentantene som svarer at korona-avtalene er tatt i bruk, og siden alle ansattrepresentantene fikk disse spørsmålene, er det naturlig at flere verneombud svarer at de ikke vet om avtalene er tatt i bruk. Vi betinger de videre svarene på at de har svart at avtalene er tatt i bruk og skiller ikke etter type ansattrepresentant.

¹⁰ Korona-avtalene var avtaler om unntak fra arbeidsmiljøloven § 10 og ble inngått for å sikre tilstrekkelig personell og forsvarlige tjenester under koronapandemien. Avtalene ga arbeidsgiver utvidet fullmakt til å organisere arbeidstiden, bl.a. gjennom utvidede rammer for overtid og mulighet for kortere varslingsfrist på endring av turnus.

Tabell 12.3 Antall og andel som svarer på om korona-avtalene er tatt i bruk.

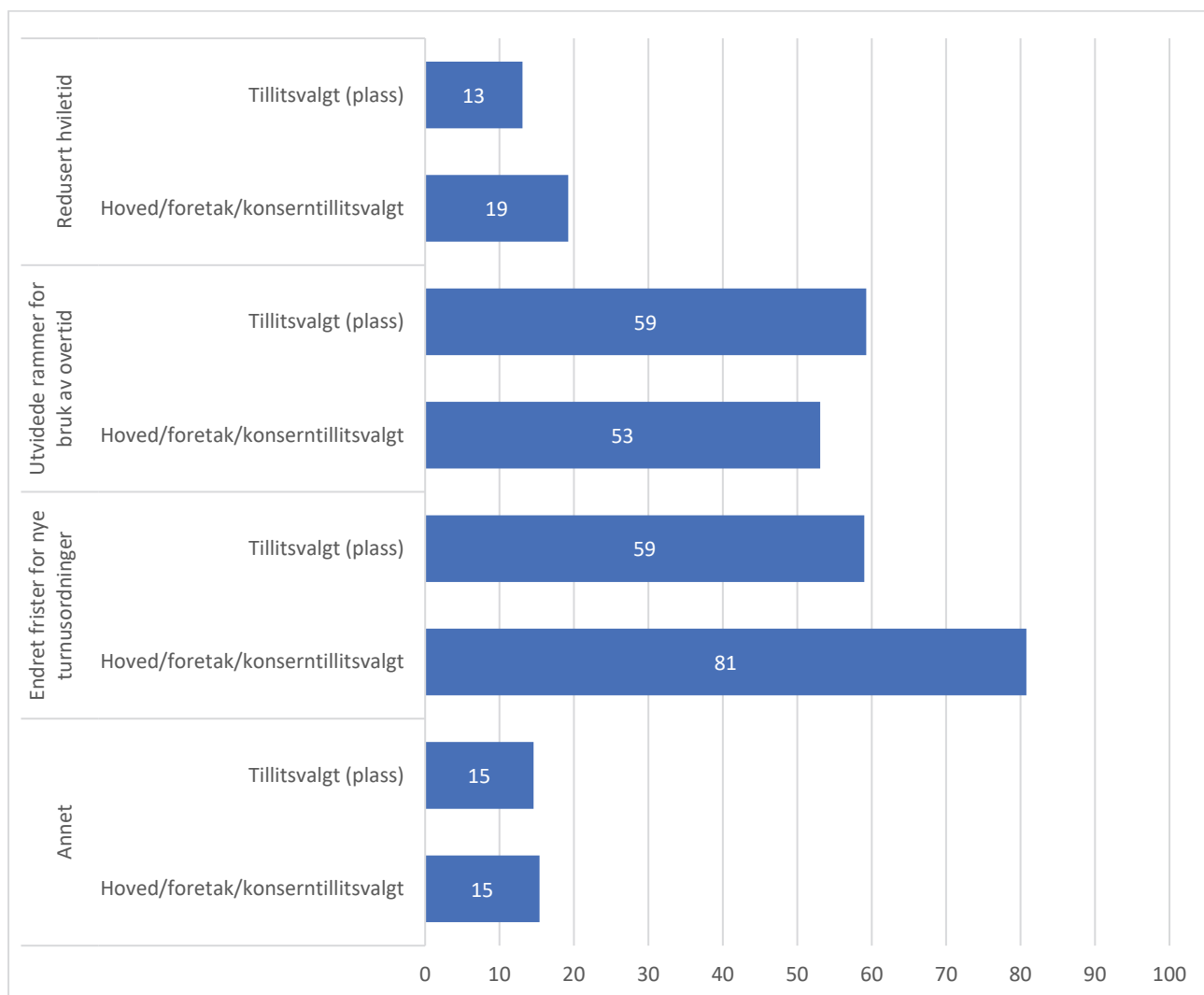
	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Andel ja
Tillitsvalgt (plass)	405	723	322	1450	28
Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	130	207	29	366	36
Verneombud (plass)	231	331	369	931	25
Hoved/foretak/konsernverneombud	24	17	8	49	49
Annen ansattrepresentant	84	116	174	374	22
Totalt	874	1394	902	3170	28

Vi har spurt om bruken av avtalene ble drøftet lokalt og om vilkårene for å ta i bruk avtalene var til stede. Her fremkommer bare svarene til tillitsvalgte da det er mange som ikke vet svaret blant verneombudene og andre ansattrepresentanter fordi dette er tillitsvalgtoppgaver.

Om vi setter mest lit til svarene fra hoved/foretak/konserntillitsvalgt, er det 84 prosent som svarer at avtalene er drøftet lokalt og 62 prosent at vilkårene for å ta avtalene i bruk var til stede.

Tabell 12.4 Antall og andel som svarer på om bruken av avtalen ble drøftet lokalt og om vilkårene for å ta i bruk avtalene var til stede

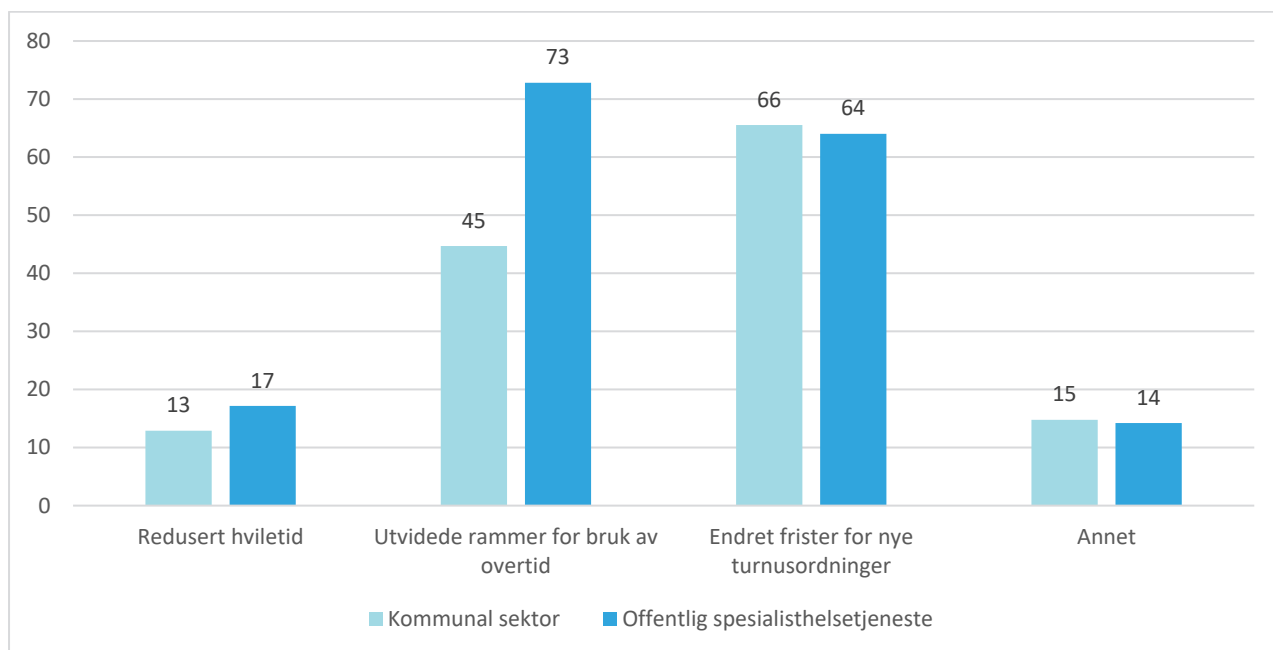
	Ble bruken av avtalene drøftet lokalt				Var vilkårene for å ta avtalene i bruk til stede			
	Tillitsvalgt (plass)		Hoved/foretak/konserntillitsvalgt		Tillitsvalgt (plass)		Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	234	72	102	84	229	78	71	62
Nei	91	28	20	16	65	22	44	38
Totalt	325	100	122	100	294	100	115	100
Vet ikke	73		8		104		15	



Figur 12.3 Hvilke deler av avtalene ble tatt i bruk

Hoved/foretak/konserntillitsvalgte oppgir at det var endrede frister for nye turnusordninger (81 prosent) og utvidede rammer for bruk av overtid (59 prosent) som ble mest tatt i bruk. De plasstillitsvalgte kan ha vært involvert i andre avtaler enn de som hovedtillitsvalgte har vært involvert i, så vi ser på forskjeller etter sektor. Her slår vi sammen tillitsvalgte og hovedtillitsvalgte.

Vi finner noen statistisk signifikante forskjeller mellom kommunal sektor og offentlig spesialisthelsetjeneste, og det er at spesialisthelsetjenesten i større grad har brukt den delen av avtalene som åpner for utvidede rammer for bruk av overtid, ellers er ikke forskjellene systematiske.



Figur 12.4 Hvilke deler av korona-avtalen som ble tatt i bruk, tillitsvalgte og hovedtillitsvalgte.

Helsestasjon og legevakt tok i større grad i bruk utvidede rammer for bruk av overtid enn de andre kommunale tjenestene, mens kommunal legevakt i større grad tok i bruk endrede frister for nye turnusordninger enn andre kommunale tjenester. Av de som svarer 'Annet' har de for eksempel skrevet at de måtte gå 12-timers vakter, eller ta ekstravakter, at de ble omdisponert eller at de fikk økt overtid og helgedagsbetaling.

I spesialisthelsetjenesten er det akuttmottak som skiller seg signifikant fra de andre tjenestene ved at de i større grad har tatt i bruk alle delene av avtalene.

Det er 125 personer som oppgir at det har vært brudd på korona-avtalene, og 88 blant de tillitsvalgte. Dette utgjør 15 prosent av alle de som svarer at korona-avtalene er tatt i bruk (n=854), og 17 prosent av tillitsvalgte som svarer at koronaavtalene er tatt i bruk (n=520). Her er det et åpent spørsmål og her kommer det blant annet frem tilfeller der det er gått 12-timers vakter uten avtale, at ansatte ikke har fått utbetalt det de skal, for korte frister for endring i turnusavtaler, ikke involvering ved drøfting, at arbeidsgiver har misbrukt avtalene, eller at vilkår ikke var oppfylt.

12.4 Om ordinære tariffbestemmelser er fulgt i koronasituasjonen

Det er 48 prosent av alle ansattrepresentanter og 55 prosent av de tillitsvalgte som svarer at tariffbestemmelsene i svært stor eller i stor grad er fulgt i koronasituasjonen. Henholdsvis 18 og 20 prosent svarer i noen grad, mens 8-9 prosent svarer i liten grad.

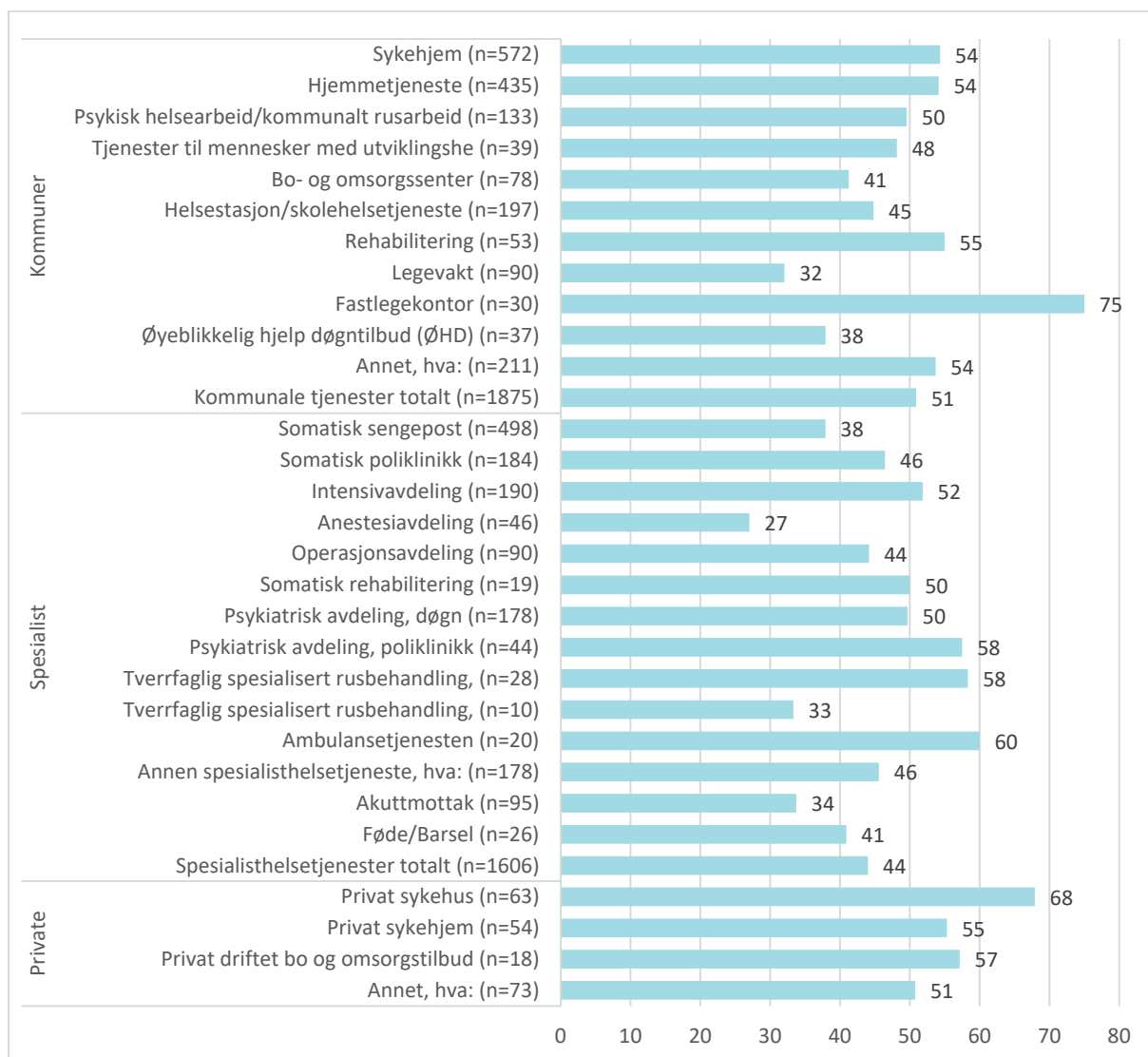
Tabell 12.5 Antall og andel som svarer på i hvilken grad ordinære tariffbestemmelser er fulgt i koronasituasjonen.

	Alle ansattrepresentanter		Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak/konsern-tillitsvalgt	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	373	12	229	13
I stor grad	1 117	36	746	42
I noen grad	566	18	353	20
I liten grad	164	5	96	5
I svært liten grad	113	4	52	3
Vet ikke	756	24	288	16
Total	3 089	100	1 764	100

Vi ser videre på de som svarer i svært stor eller stor grad for å undersøke om det er noen systematiske forskjeller mellom sektorer og tjenester, og vi bruker svar fra alle ansattrepresentanter for å få et stort nok utvalg til å se på de ulike tjenestene.

Det er signifikant lavere andel i spesialisthelsetjenesten (44 prosent) enn i kommunene (51 prosent) som svarer at ordinære tariffbestemmelser i stor grad er fulgt. Forskjellene er signifikante også om vi begrenser utvalget til kun tillitsvalgte.

Vi finner systematiske forskjeller mellom tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.



I kommunene er det færre som svarer at ordinære tariffbestemmelser i stor grad er fulgt i legevakt, dagsenter, ØHD, bo- og omsorgssenter og i helsestasjon/skolehelsetjeneste. Mens i fastlegekontorene svarer tre av fire av ansattrepresentantene at tariffbestemmelsene i stor grad er fulgt.

I spesialisthelsetjenesten er det særlig lave andeler ved anestesiavdelinger, TSB poliklinikker og i akuttmottak.

12.5 Om det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen

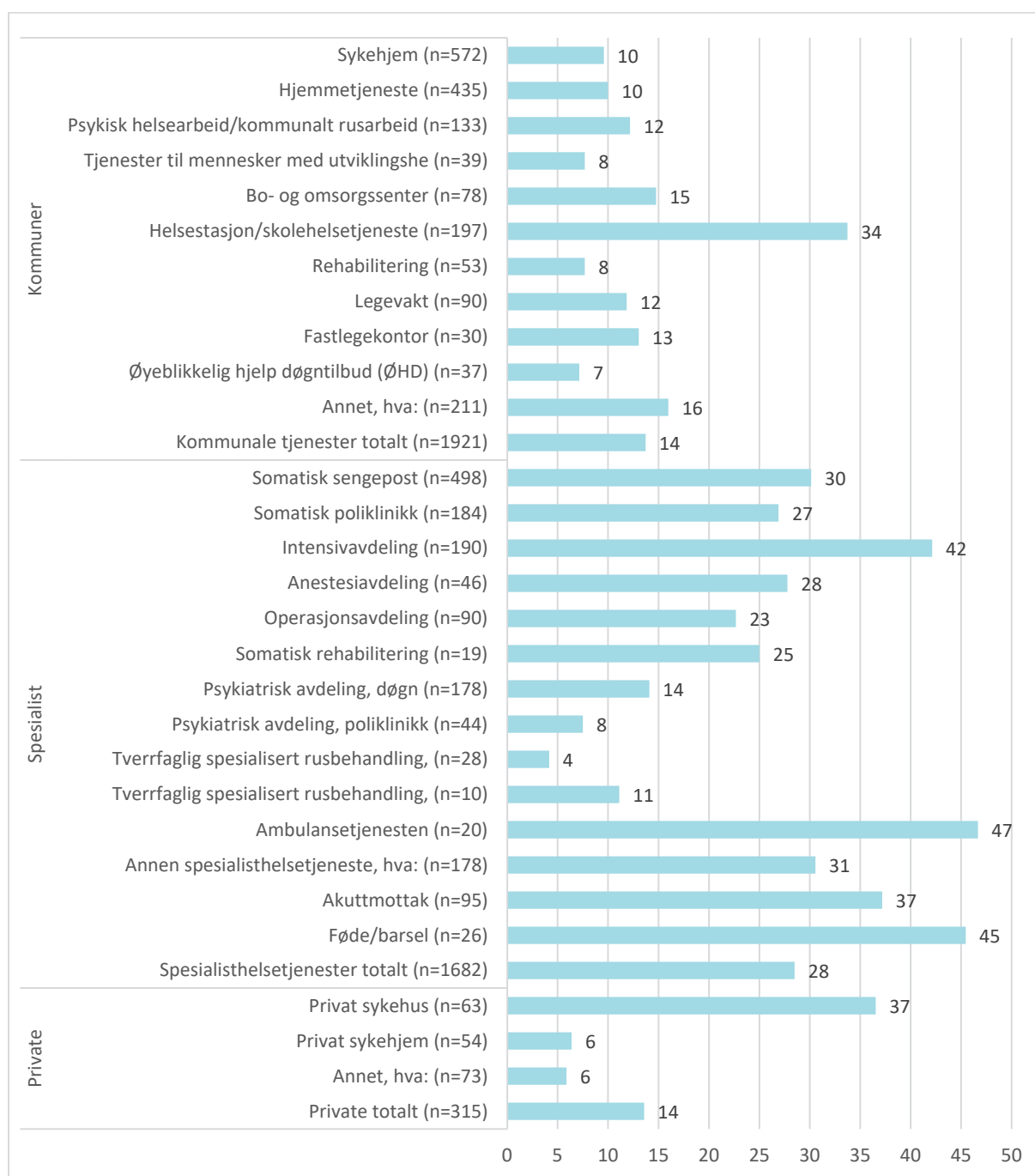
Det er rundt 20 prosent av ansattrepresentantene som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen, mens 20 prosent av alle ansattrepresentantene og 16 prosent av de tillitsvalgte ikke vet om det er inngått slike avtaler.

Tabell 12.6 Antall og andel som svarer på om det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen.

	Alle ansattrepresentanter		Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak/konsern-tillitsvalgt	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	605	20	352	21
Nei	1 795	60	1 093	64
Vet ikke	588	20	271	16
Totalt	2 988	100	1 716	100

Vi ser videre på de 20 prosentene som oppgir at det er inngått slike avtaler for å undersøke om det er signifikante variasjoner mellom sektorer og innen samme sektor.

I kommunene ser det særlig ut til å ha vært inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i helsestasjon/skolehelsetjeneste, mens i spesialisthelsetjenesten er det intensivavdelinger og ambulansetjenesten som ligger høyest, og psykisk helsevern og TSB ser i minst grad ut til å være omfattet av slike avtaler.



Figur 12.5 Andel som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen.

Det er 31 prosent av ansattrepresentantene som svarer at de har vært involvert i arbeidet med lokale avtaler om ekstra kompensasjon, og som forventet er det flest hovedtillitsvalgte som har vært involvert (74 prosent).

Tabell 12.7 Antall og andel av ansattrepresentanter som svarer at de har vært involvert i arbeidet med lokale avtaler om ekstra kompensasjon.

	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
Tillitsvalgt (plass)	91	169	260	35
Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	63	22	85	74
Verneombud (plass)	16	156	172	9
Hoved/foretak/konsernverneombud	4	10	14	29
Annen ansattrepresentant	11	54	65	17
Totalt	185	411	596	31

12.6 Om arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endringer i arbeidstid

Det er 43 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endringer i arbeidstid. 40 prosent vet ikke.

Tabell 12.8 Antall og andel som svarer på om arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer.

	Alle ansattrepresentanter		Verneombud (plass) og hoved/foretak/konsernverneombud	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	981	33	392	43
Nei	538	18	157	17
Vet ikke	1 460	49	363	40
Totalt	2 979	100	912	100

Det er 25 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet. 49 prosent vet ikke.

Tabell 12.9 Antall og andel som svarer på om arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet.

	Alle ansattrepresentanter		Verneombud (plass) og hoved/foretak/konsernverneombud	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	679	23	227	25
Nei	826	28	238	26
Vet ikke	1 475	50	445	49
Totalt	2 980	100	910	100

Det er 24 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd, 47 prosent vet ikke.

Tabell 12.10 Antall og andel som svarer på om arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd.

	Alle ansattrepresentanter		Verneombud (plass) og hoved/foretak/konsernverneombud	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	614	21	214	24
Nei	956	32	264	29
Vet ikke	1 408	47	432	47
Totalt	2 978	100	910	100

Det er 44-59 prosent av verneombudene som svarer at de har vært involvert i arbeidet med kartlegging og risiko. Det er vanskelig å vite om de som har svart nei, ikke har vært involvert fordi det ikke har vært behov eller om de burde vært involvert.

Tabell 12.11 Antall og andel av ansattrepresentantene som svarer på om de har vært involvert i arbeidet med kartlegging og risiko.

		Alle ansattrepresentanter		Verneombud (plass) og hoved/foretak/konsernverneombud	
		Antall	Andel	Antall	Andel
involvert i arbeidet med kartlegging og risikovurdering i henhold til arbeidsmiljølov og forskrifter	Ja	465	48	230	59
	Nei	489	50	153	39
	Vet ikke	20	2	6	2
	Totalt	974	100	389	100
involvert i arbeidet med risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet	Ja	301	45	99	44
	Nei	352	53	123	55
	Vet ikke	15	2	3	1
	Totalt	668	100	225	100
involvert i arbeidet med risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd	Ja	331	55	121	58
	Nei	265	44	88	42
	Vet ikke	7	1	1	0
	Totalt	603	100	210	100

12.7 Oppsummering

Det er 11 prosent av totalutvalget som oppgir at de har rolle som ansattrepresentant. Det er 28 prosent av ansattrepresentantene som har opplevd rolleendringer som følge av koronasituasjonen. 'Korona-avtalene' meldes om å ha blitt tatt i bruk av 36 prosent av de hovedtillitsvalgte, og av disse er det 84 prosent som svarer at avtalene er drøftet lokalt og 62 prosent svarer at vilkårene for å ta avtalen i bruk var til stede.

Det er 48 prosent av alle ansattrepresentanter og 55 prosent av de tillitsvalgte som svarer at tariffbestemmelsene i svært stor eller stor grad er fulgt i koronasituasjonen. Henholdsvis 18 og 20 prosent svarer i noen grad, mens 8-9 prosent svarer i liten grad. Det er signifikant lavere andel i spesialisthelsetjenesten (44 prosent) enn i kommunene (51 prosent) som svarer at ordinære tariffbestemmelser i stor grad er fulgt. Forskjellene er signifikante også om vi begrenser utvalget til kun tillitsvalgte.

Det er rundt 20 prosent av ansattrepresentantene som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen, mens 20 prosent av alle ansattrepresentantene og 16 prosent av de tillitsvalgte ikke vet om det er inngått slike avtaler. I kommunene ser det særlig ut til å ha vært inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i helsestasjon/skolehelsetjeneste, mens i spesialisthelsetjenesten er det intensivavdelinger og ambulansetjenesten som ligger høyest. Psykisk helsevern og TSB ser i minst grad ut til å være omfattet av lokale avtaler om ekstra kompensasjon.

Det er 43 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endringer i arbeidstid, og 40 prosent vet ikke om arbeidsgiver har gjort dette. Det er 25 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet og 49 prosent vet ikke. Det er 24 prosent av verneombudene som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd, 47 prosent vet ikke. Det er 44-59 prosent av verneombudene som svarer at de har vært involvert i arbeidet med kartlegging og risiko.

13 Ledelse

Sykepleiere som har en lederrolle har hatt en viktig rolle under pandemien, både når det gjelder å sørge for at smittevern overholdes, at personale ivaretas og at pasientene/brukerne får tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Videre i dette kapitlet ser vi nærmere på sykepleierledernes erfaringer under pandemien. Ledererfaringer har vært en av casene i intervjudelen av studien, og vi starter med en gjennomgang av funnene fra denne, før vi ser på resultatene fra den nasjonale kartleggingen. Vi har særlig undersøkt følgende tema:

- Ledernes oppfølging av de ansatte
- Opplevd belastning under pandemien
- Støtte til lederne
- Budsjett/rammer for å ivareta drift
- Samarbeid med verneombud og tillitsvalgt
- Om lederen har blitt satt inn i klinisk arbeid

13.1 Ledererfaringer gjennom pandemien

Sykepleierlederne har gjennomgående hatt lange arbeidsdager og stor belastning i løpet av pandemien. Intervjuene viser at lederne har måttet sjonglere mellom å ivareta ansatte og å etterleve retningslinjer og pålegg ovenfra. I tillegg har retningslinjer og prosedyrer endret seg i raskt tempo. Situasjonen har også vært preget av stor usikkerhet og uforutsigbarhet, noe som har gjort ledelse ekstra krevende. Totalt ble ni ledere intervjuet; fire fra kommuner og fem fra sykehus.

13.1.1 Kommunikasjon med - og informasjon til - ansatte

Vi starter med å se på ledernes erfaringer med å holde de ansatte oppdatert og kommunikasjonen med dem. Alle informantene har snakket om dette, og flere beskriver at det å klare å holde alle ansatte oppdatert om situasjonen har vært en av de største utfordringene under pandemien. Mange beskriver også et stort og "umettelig" informasjonsbehov hos mange ansatte. En leder i en kommune sa det slik:

Den store utfordringen var det der med informasjonsflyt, for når noen har fått informasjon og andre ikke har..noen følger godt med og andre ikke. Vi vet at vi har deltidsarbeidende, vi vet at ikke alle er like oppdatert på hva som skjer på nasjonale sendinger, og leser det felles mailsystemet vårt, så det var noe av det som var vanskelig. Og spesielt i forhold til kveld og natt kanskje, det å sikre at alle visste hvordan en skulle håndtere et eventuelt smittetilfelle, og sikre at ikke vi spredte det. Det var veldig...folk var veldig redde for å gjøre feil, og det var vanskelig å følge opp. (K14)

Lederinformantene beskriver at de – eller organisasjonen de jobber i – ga informasjon til ansatte på en lang rekke måter, gjerne i en kombinasjon for å sikre at alle ble nådd. Ut ifra intervjuene ser vi også at det varierer mellom sykepleierne hvordan de har foretrukket å bli informert. Lederne har opplevd at noen ansatte vil ha beskjed ansikt til ansikt, andre på SMS, noen på telefon, og andre igjen på e-post. Slike forskjellige preferanser gjør det naturligvis krevende å sy sammen en "informasjonspakke" som passer til ens egen enhet/avdeling osv. En leder ved et sykehjem/omsorgsbolig beskrev at "det har gått ekstremt mye e-post ut til ansatte." Alle ansatte fikk beskjed om å laste ned en app, slik at de kunne lese e-post på mobilen sin, ikke bare på jobb. Det oppsto altså en forventning om at ansatte også måtte holde seg oppdatert når de var hjemme, i alle fall i starten da ting endret seg svært raskt. En annen leder, ved et sykehus, poengterte at hun forsøkte å snakke med sine ansatte ansikt til ansikt flere ganger om dagen og gå gjennom den informasjonen som ble gitt fra sykehusledelsen sentralt:

Den informasjonen som gikk linjevei, var den som også ble informert ut til min ansattgruppe. Så jeg prøvde å ha daglige samtaler med dem, både på morgenen, men også i vaktskiftene, og gjerne også en midt på dagen hvor vi gikk gjennom littegrann. Det var jo ikke alltid det var behov for at vi satte oss ned så ofte, men hvert fall at vi fikk en del møtepunkter hvor vi gikk gjennom litt med de ansatte. (S8)

Hyppige endringer

Nær sagt alle informantene trakk fram at informasjon og oppdateringer har kommet i et raskt tempo, noe som igjen har ført til behov for rask endring av praksis. Det har vært en lederoppgave å sørge for at praksis endres i tråd med gjeldende retningslinjer. Mange har også opplevd ansatte som har blitt urolige og utrygge fordi de har vært redde for ikke å være oppdatert og dermed ikke klart å overholde smittevernrutiner etc. Lederne har stort sett løst dette ved å gi mye informasjon og snakke med ansatte. En av lederne ved et sykehus hadde erfart at prosedyrene ble endret veldig ofte, og prosedyrer man kunne være veldig trygg på den ene dagen, kunne noen dager senere være endret. Hun beskrev det derfor som svært viktig å holde seg godt informert. En annen leder i sykehus hadde akkurat den samme erfaringen:

Det vi fant ut i går er jo gammelt nytt i dag, så fort skifter det. «Å ja, nå var det ikke gule frakker lenger, nå var det blå frakker. Og de hanskene skal vi ikke ha, for de var det hull i», litt sånn. Og det skaper jo en frykt. «Hvorfor har vi ikke de gule frakkene lenger? Hvorfor har vi de blå? Er de dårligere enn de gule?» ikke sant...tankene spinner jo for de som jobber i dette. Og det er jo viktig informasjon å få ut. Så.. Hvert eneste vaktskifte så satt vi sikkert i en halv time og snakket og snakket, jeg og min ass., og bare byttet på hvem som skulle ta informasjonen. (S11)

Én ting var å holde de ansatte oppdatert på prosedyrer, noe annet var å holde dem oppdatert på hvor lenge omdisponeringen skulle vare. Fordi lederne selv ofte ikke visste så mye om dette, var det vanskelig å formidle noe tydelig til de ansatte. Vi kjenner igjen denne utfordringen også fra intervjuene med sykepleierne som har vært omdisponert. Mange uttrykte at det var stor uforutsigbarhet med tanke på hvor lenge omdisponeringen skulle vare. En tredje leder fra sykehus som hadde ansvar for ansatte fra flere avdelinger i forbindelse med omdisponeringer på sykehuset fikk mange spørsmål:

Jeg hadde jo mange ansatte fra andre avdelinger, to-tre forskjellige avdelinger og de gikk jo og spurte hver dag «vet du noe? Hva skjer med oss? Skal vi være her? Hvor lenge skal vi være her?». Så jeg syntes det var så vanskelig å ikke kunne gi noe svar på at «jo, dere skal få være her hos oss i flere måneder til» og på en måte ta godt vare på de på den måten. Og alle mine ansatte spurte jo hele tiden hver dag, «hva vet du? Hva skjer?». Så det opplevdes nok litt spesielt for mine ansatte at de ikke fikk informasjon, men det var jo fordi jeg ikke fikk det. (S10)

Et siste poeng vi tar med oss under temaet informasjon, var det faktum at nasjonale myndigheter kom med oppdatert informasjon på fredagene (hvilket er endret i skrivende stund). En leder i en kommune fortalte hvor krevende det generelt sett var å få all informasjon ut til alle ansatte ute i tjenestene og særlig komplisert ble det når informasjonen kom en fredag ettermiddag. Det ble vanskelig for kommunen å nå ut med oppdatert informasjon for alle de som skulle på jobb i helgen. Noen ansatte klarte å få med seg informasjonen, mens andre ikke klarte det – og lederen beskrev at det "skapte utrolig mye forvirring" i tjenestene. Det førte til at kommunen bestemte at nye rutiner måtte tre i kraft fra mandagen av.

Ledernes behov for informasjon

Også lederne har hatt behov for mye informasjon, både for å sørge for drift etter gjeldende retningslinjer og for å kunne informere sine ansatte. Ut fra intervjuene ser det ut som det er ganske stor variasjon med hensyn til hvor mye informasjon lederne har fått. Mange – i likhet med andre ansatte – har fått veldig mye informasjon, noe som oppfattes positivt. En leder i sykehus mente at det i perioder hadde vært så mye informasjon at hun måtte "sitte og filtrere ut" før hun formidlet det videre til ansatte. En leder ved et annet sykehus hadde en erfaring med at de som ikke jobbet direkte med koronapasienter, på pandemipost eller luftveismottak fikk mer informasjon enn de som var direkte berørt. Særlig ønsket hun seg mer informasjon om planer for omorganisering og omdisponering:

Jeg ville gjerne ha vært med på tankegang eller på planen. Vite hva de ser for seg og hva de tenker. Vi hørte de andre avdelingene hadde en plan: «jo, vi regner med at det kommer til å bli sånn og sånn og vi vil endre...» Ja... Det skjedde jo enormt mye endringer på veldig kort tid. Og jeg fikk jo vite det viktigste gjennom disse overordnede ledermøtene, men jeg skulle ønske det var litt mer info, daglig nesten. (S10)

Vi har ikke så mye stoff om ledernes behov for ulike typer informasjon gjennom intervjuene, men det er rimelig å si at det var god tilgang til informasjon om covid-19, smittevern, prosedyrer og retningslinjer, mens det kan se ut som det var mindre informasjon om framtidige flyttinger og omdisponeringer osv.

13.1.2 Støtte til - og ansvarliggjøring av - de ansatte

Flere av lederne har opplevd situasjoner med mange sykemeldinger og slitne ansatte, og de lederne vi har snakket med ser ut til å være svært bevisste på å gi støtte til de ansatte. Lederne selv har også opplevd en svært tøff tid med lange arbeidsdager, og vi kommer tilbake til opplevelsen av høyt arbeidspress. Først skal vi se noen eksempler på hvordan lederne har jobbet med å backe opp ansatte, men også med å ansvarliggjøre dem. En leder ved et sykehus mente hennes ansatte tok

beskjeden om at avdelingen skulle flytte veldig greit, men hun la samtidig vekt på at de alltid kunne komme til henne om de hadde noe de ville snakke om:

Så de tok egentlig det veldig greit. Det syns jeg. Alle var flinke til å backe hverandre. Og så var jeg også ganske tidlig ut med å si - når vi begynte å skjønne at dette her er ganske alvorlig - så prøvde jeg å informere om at de må gi meg beskjed hvis de trenger å få prata om noe. Mange kan jo ha ting som gjør at de er redde, også hjemme, ikke sant. Med familiemedlemmer og så videre. Så jeg var veldig åpen om at de kunne komme inn til meg, og ta en prat, og at jeg eventuelt kunne koble dem til andre instanser hvis det var behov for det. (S8)

En annen leder ved et sykehus fortalte om sin avdeling og ansatte som opplevde flere flyttinger og omdisponeringer:

Jeg så jo på enkelte, vi er jo en liten gruppe, vi er jo 16 stykker så jeg kjenner dem veldig godt. Jeg så det spesielt på hun ene (...) og som syntes pandemipost 1 gikk veldig bra. Hun tok bare alt på strak arm og var med bort på den andre flyttingen og... Men så så du når vi sa at vi skulle flytte en tredje gang, da så jeg bare rullgardinen gikk ned og her var det null mimikk og hun var bleik og... (S11)

Lederen fortalte videre at hun oppfordret henne til å ta en egenmeldingsdag for å ta seg inn, og generelt forsøkte hun å vise at hun "så" den ansatte. Hun fortsatte: "Du skal se dem når de er på bunn, du skal se dem når de har en god dag, og du skal se når de kan ta den ekstra pasienten eller når du skal skjerme de litt." Flere av lederne var altså opptatt av at de ansatte skulle føle seg sett og hørt og ivaretatt. Imidlertid var arbeidspresset stort, så for flere ledere betydde det å lede de ansatte på dagtid og gjøre administrativt arbeid på kveldstid.

Et annet poeng som kom fram fra lederintervjuene, og som har vært nevnt tidligere knyttet til bruken av smittevernutstyr, var at de ansatte også må støttes og oppmuntres til å må ta ansvar for seg selv. Ingen arbeidstakere kan kontinuerlig bli fulgt opp av en leder, og derfor argumenterte noen med at ansatte må ansvarliggjøres. En leder på sykehus sa det slik:

Folk må også ansvarliggjøres sjøl, at de må tenke at smittevernutstyret skal passe dem. Hvis det ikke passer, eller det ikke er utstyr, så kan de faktisk ikke gå til smittepasientene heller. Altså, (...) det kan ikke være sånn at de tar en risiko. Risikoen må [vurderes opp imot] at vi må ha nok utstyr og stort nok utstyr, og hvis vi ikke har det, så kan du faktisk ikke gå til de pasientene. (S12)

En annen form for ansvarliggjøring, eller bevisstgjøring, flere av lederne har drevet med overfor sine ansatte handler om å minne dem om smittevernregler og oppfordre til oppførsel som forhindrer spredning av smitte. Vi fant noen eksempler på at slike oppfordringer også omfatter atferd i privatlivet. Det viser også at sykepleiernes hjemmeliv ble påvirket av arbeidssituasjonen (dersom de faktisk fulgte lederne oppfordring). En leder i sykehus sa:

Og der har jeg vært veldig streng med personalgruppen min, fordi jeg ser at...Ja, altså da vi var midt oppe i det verste så var alle veldig, veldig flinke, også på privaten. Men så merker jeg at folk har begynt å slappe litt av igjen, når man ser at det liksom «ja, men dette håndterer vi». Så det har vært et par runder nå hvor jeg har tatt personalgruppen min inn og sagt at «vet du hva? Vi kan ikke». Jeg har vært ganske streng altså. Prøvd å få dem til å skjønne det at hvis det er én av dere som er positive, eller noe

som skjer, så blir alle dere slått ut, og det er ikke noe vi kan. Det er fryktelig flaut når man jobber på X-avdeling på sykehus. (S8)

En annen leder i sykehus (S10) fortalte at hun hver morgen prøvde å si "husk på dette med avstand. Hold avstand", slik at ansatte hele tiden holdt bevisstheten om smittevern oppe, også når smittetrykket hadde blitt lavere.

En viktig forutsetning for at lederne følte at de klarte å følge opp de ansatte, var at de kunne være til stede på avdelingen/enheten. Noen steder satt lederne periodevis på hjemmekontor, men ingen av informantene syntes det var gunstig. I en stor kommune hadde ledelsen i utgangspunktet lagt opp til at avdelingsledere i sykehjem skulle jobbe hjemmefra. Det gikk de bort i fra, etter påtrykk fra avdelingslederne:

Det ble opplevd for de [lederne] å være veldig vanskelig å være borte fra avdelingen. De ønsket å være tett på. Ja, og det må de faktisk også være, de må være tett på sine ansatte. Når de hadde smitte på avdelingen, så funket det ikke å ha hjemmekontor for dem. Fordi de har en utrolig viktig rolle i forhold til å være til stede for de ansatte, at man svarer på spørsmål, sender videre spørsmål, være en sånn beroligende faktor i arbeidsmiljøet. (K14)

En annen løsning noen fortalte om, var at ledere i sykehus skulle holde seg på kontoret og ikke bevege seg rundt i avdelingen. Dette opplevde en av informantene som vanskelig:

Du får beskjed om at, "hold deg på kontoret, de kan nå deg på telefonen, du kan drive og skype, og sånn." Og det er ikke det samme som å være til stede fysisk og ta på hverandre og si at, "uff, jeg ser du har det fælt, og jeg skal bistå så godt jeg kan." Det er ikke det samme å sitte foran en skjerm og si det. (S8)

13.1.3 Håndtering av bemanning

Mange av lederinformantene har opplevd enten å avgi personell til koronaposter/enheter, eller de har fått nytt personell til sin avdeling. Vi har få eksempler på førstnevnte, mange på sistnevnte. Videre har mange strevet med å fylle opp turnusen på sin avdeling på grunn av personale i karantene og sykefravær. En leder på et sykehjem satt hjemme i karantene mens hun skulle sette opp turnus, samtidig som hun hadde stor personalmangel. Fordi hun jobbet hjemmefra, hadde hun heller ikke tilgang til alle nødvendige datasystemer. Det var en tøff tid, som hun beskrev det:

Jeg hadde ikke noe folk, så det gjorde at jeg bare satt og gråt. Da satt jeg på hjemmekontor. Jeg jobbet likevel da. Fikk telefon fra ansatte om at det var påvist ny smitte, slik at den og den og den må også i karantene. Det var ikke folk, det var...da hadde jeg etterspurt i flere dager fra høyere opp i kommunen: "Dere er nødt til å få tak i folk, få de inn. Jeg kan ikke sitte med alle disse navnene". Du skal sitte med papir på papir på navn. Hadde alt ligget tilgjengelig på skjermen, og flust av folk å plassere så hadde det ikke vært noe problem. (...) Jeg ble sykemeldt. Jeg gikk rett i bakken. Det var helt kaos, du skal ha ansvar for at det skal være nok folk på ei avdeling og så klarer du ikke å skaffe det, og så skal du fortelle de [ansatte] at det ikke er nok folk, fordi de ringte meg hele tiden vet du, "Anne, vi må ha mer folk" "ja jeg vet, jeg vet, jeg vet." (K15-16)

Dette eksemplet var et av de verre som kom fram i lederintervjuene. Svært mange av lederne har imidlertid opplevd problemer med datasystemer/personalsystemer. Det gjaldt manglende tilgang til personalsystemet når man jobbet hjemmefra, som i eksempelet over, eller manglende tilgang til personalopplysninger når personalet flyttes mellom avdelinger på sykehus. Det førte til mangel på oversikt og vanskeliggjorde planlegging av personalressurser.

Når det gjaldt å avgi personell var det noen ledere som hadde opplevd det. Det følgende er et eksempel fra en sengepost på sykehus som måtte avgi sykepleiere til en koronapost. Lederen fortalte:

Akkurat den prosessen der var veldig, veldig tøff. For vi fikk jo egentlig bare en bestilling som ble levert fra høyere hold om at vi måtte avgi personell, og da helst fast, kjent personell, og du vet at de som sier ja, det er jo ofte de du gjerne skulle ha hatt på post hos deg selv da, så da ble det jo kjente sykepleiere som vi ble nødt til å avgi til covid-områder. Også var det jo egentlig sagt at HR skulle komme med en løsning tilbake om at vi skulle få sykepleierpersonell tilbake, men da ikke kjent personell. Det skjedde aldri. Vi fikk aldri noe tilbake, det vi fikk tilbud om var at vi kunne få noen assistenter. Og det trenger du ikke. Ikke sant, har du sykepleiervakter, så må du dekke sykepleiervaktene dine. (S8)

I tillegg til å måtte avgi sykepleiere til 'covid-området', var det også flere ansatte i karantene på avdelingen. Hun prøvde derfor å få lov å slippe og avgi sykepleiere, men fikk beskjed om at hun måtte avgi uansett. Lederen beskrev det som "veldig, veldig vanskelig" og at hun nesten ikke hadde personell igjen. Vi ser altså eksempler på at det har vært utfordrende å holde driften i gang på grunn av personale i karantene, sykefravær og at ansatte har blitt omdisponert. På grunn av den høye beredskapen har det heller ikke vært mulig å etterkomme ønsker om å slippe å avgi personale.

De fleste historiene knyttet til bemanning handlet, som nevnt over, om steder der de fikk tilført mer personale eller personalet ble organisert på nye måter. Det var sykehjem som fikk ekstra personale, intensivavdelinger som fikk tilført ekstra ressurser, for eksempel operasjons- og intensivsykepleiere og covid-enheter der personalet fra flere avdelinger ble satt til å jobbe sammen. I mange av kommunene hvor vi har gjort intervjuer, ble det opprettet personellbanker, noe som innebar at kommunen sentralt sendte personale rundt om til de tjenestene som hadde behov for folk. Oppsummert er inntrykket vårt at det fungerte medium godt. Vi skal se på noen erfaringer med omdisponeringer og personellbankene. En leder i kommunen fortalte for eksempel om visse utfordringer med at de som ble omdisponert ikke fikk utnyttet kompetansen sin godt nok:

Etter hvert så opplevde vi ... jeg tror jeg må være så ærlig å si at noen av de som var plassert ut som hadde jobbet som fysioterapeuter, ergoterapeuter...altså ulike yrkestyper ehm.. syntes ikke de fikk brukt sin kompetanse best mulig, fordi de ble satt inn i de praktiske oppgavene på sykehjem for å avlaste pleiepersonalet. For den overordnede tanken var at vårt [sykepleie]personale skulle få frigjort mest mulig tid til å ha mest mulig direkte pasientkontakt. Så det var rent praktisk med mat og servering og oppvask og alt dette her det overlot vi gjerne til de her som vi hadde fått inn ekstra (...) Men over tid så gikk ikke det helt for noen, men det var et fåtall som opplevde at de hadde høyere kompetanse enn hva de fikk brukt. (K14)

En leder i sykehus gjorde seg også refleksjoner rundt kompetansen blant de som ble omdisponert. Hun erfarte blant annet at sykepleiere/personale ble omdisponert til arbeid de hadde svært lite erfaring med. Dette er også tatt opp i resultatdelen om omdisponering og i resultatdelen om

konsekvenser for pasienter og brukere - og er et funn vi finner på tvers av hele materialet. Sykehuslederen sa det slik:

En ting er at du sørger for at det er folk på jobb og at det er støtte og lederstøtte på arbeidet de ulike dagene. Men det er jo sånn at kompetansen er helt annerledes da, så det å gå fra å jobbe med geriatrike pasienter til rus og psykiatri og subakutte...det er litt som å gå fra den ene ytterligheten til den andre. Så det å sørge for at det var kompetanse og sånt, det kom litt for seint i gang for å si det sånn. (S8)

Et tredje moment som vi var inne på over, er at det var et problem for enhetene når de skulle ta imot ekstra personale, og de ikke var registrert i vaktssystemet. Dette ble trukket fram av flere ledere. Slike endringer må gjøres sentralt (hos IT-avd. eller liknende) og det skapte vanskeligheter ved organisering av personale og ved oppsett av turnus. Det oppsto også problemstillinger knyttet til om det omdisponerte personalet skulle flyttes organisatorisk eller ikke. På den ene siden oppfattet flere informanter det som unødvendig at de skulle plasseres under en ny leder, fordi omdisponeringen uansett bare ville gjelde for en kortere periode. På den annen siden argumenterte flere for at det ville vært en fordel om de omdisponerte ville hatt en leder som var nær dem og hadde personalansvar og fulgte dem opp. En av informantene beskrev at flere omdisponerte opplevde at det var uklart hvem som var deres nærmeste leder.

13.1.4 Lederstøtte

I intervjuene stilte vi lederne spørsmål om hva slags støtte de har fått tilbud om og benyttet seg av under pandemien. De fleste lederne vi har intervjuet er på avdelingsledernivå, men noen er på nivåer over. En av dem pekte på at det har vært komplisert å følge opp lederne som jobber tett på de ansatte. De har vært i en skvis mellom ledersjiktet over og de ansatte, som hun uttrykte det:

Vi ser jo at lederne har stått i en skvis her med ansatte som har hatt det fælt og de skal sørge for at alle får opp kompetansen og de skal sørge for at folk får en grei turnus og at de slipper å bytte alt mulig. De har planlagt livet sitt, og plutselig så får de ikke være med og planlegge noen ting. Ferien blir flytta og forskjøvet, og helgene blir bytta og forskjøvet og røde dager blir ikke som de var, og så videre. (S12)

Informantene har fortalt om mange forskjellige lederstøttetiltak som har blitt satt inn. Av eksempler som kan nevnes er bedriftshelsetjenesten, verneombud, forskjellige varianter av kontakttelefoner der lederne kunne henvende seg med praktiske spørsmål om personalsaker osv., telefontjeneste bemannet av psykologer der ledere kunne ringe for å få støtte, refleksjons-/veiledningsgruppe for ledere, samt psykologsamtaler til leder/ansatte ved sykehjem som var hardt rammet av smitte. I tillegg hadde mange god nytte av å snakke med sin nærmeste leder. I hvor stor grad lederne faktisk har brukt alle disse tiltakene er derimot en annen sak. Når informantene i intervjuene reflekterte rundt tiltak og støtte, kan det se ut som den viktigste støtten var å ha et godt kollegialt fellesskap med ledere på samme nivå som en selv. Vi skal se på et par eksempler fra intervjuene. Det første sitatet er fra en kommunal leder og det andre er fra en leder ved et sykehus:

Jeg pratet jo med andre – en annen avdelingsleder – i [sykehjem NN], og jeg pratet med virksomhetslederen min. Så man er jo ikke alene. Man har jo liksom støtte i de andre, om ikke de har erfart det de heller. Men det er det at du kan få tatt ut litt steam, få litt råd. (K17)

Jeg har snakket mye med...på den siste plassen vi [avdelingen] flyttet til, sammen med to andre ledere...Jeg jobbet veldig tett med den ene lederen der i sommerferien. Så jeg og hun snakket veldig mye sammen om ting og tang, men det er jo mens du er på jobb. Du kan ikke gå i dype samtaler og bli emosjonell mens du sitter på et kontor og driver en avdeling. Jeg hadde nok hatt godt av å komme meg litt vekk og hatt samtaler med bedriftshelsetjenesten kanskje, ja. (S11)

Flere av lederinformantene sier som lederen i det siste sitatet: man skulle kanskje ha benyttet seg mer av de støttetiltakene som ble tilbudt. Men mange har opplevd at de ikke har hatt tid, eller at behovet kanskje ikke har vært så påtrengende akkurat der og da. Som en kommunal leder sa: "Det var veldig tøft mens det stod på, det må jeg bare innrømme. Men da jobbet jeg jo bare, og så går det over på en måte."

13.1.5 Slitsomt, men også gode erfaringer

Selv om lederne utvilsomt har hatt mye hardt arbeid og stått overfor mange krevende oppgaver i løpet av koronapandemien, fortalte også flere av informantene om gode erfaringer. Det har typisk vært erfaringer når de har klart å trygge de ansatte og få til gode arbeidsdager. En leder fra sykehus beskrev det slik:

I starten så var det hardt. Det var travelt, men også veldig, veldig kjekt. Vi så jo etter hvert at vi fikk det veldig godt til. Vi har fått tilbakemeldinger på at vi funket kjempegodt som kohortavdeling. Så da vi fikk rutinene på plass og en god driv på det, og vaktene gikk som det skulle, så var det kjekt å være leder her. Veldig, veldig kjekt. Sykepleierne ga tilbakemeldinger om at de følte seg trygge, de følte seg hørt. Og tilbakemeldingene de kom med tok vi jo der og da og ryddet opp i. Det var kjekt, men slitsomt. Det kan man vel si. Og litt utrygt og nytt. Alt på en gang. (S11)

En leder ved et sykehjem hadde også svært gode erfaringer med arbeidet som ble gjort i løpet av våren 2020:

Vi har liksom fått det til fordi vi startet tidlig. Vi fikk god informasjon, fulgte FHI, kjempegod kommuneoverlege som var veldig på, iverksatte fort en koronagruppe som delte ut informasjon til lederne, og... Så jeg vil jo si at – ja, systemet har fungert fra topp til bunn egentlig. (K17)

Hun fortsatte med å beskrive en lettelse ved å ha vært gjennom dette. Hvis/når pandemien blomstrer opp, ville hun ha lave skuldre fordi hun var trygg på hva de hadde gjort på sykehjemmet. Det hadde fungert godt, og hun hadde "en oppskrift" som avdelingslederne kan få om de får smitte.

En annen god erfaring fra sykehjem var fra et sykehjem som hadde smitte og etter hvert opplevde dødsfall. Sykehjemmet opplevde et veldig godt og styrket samarbeid med sykehjemslegen da det ble rammet av smitte. En leder fortalte at sykehjemslegen, som er en kommunalt ansatte lege og ikke en fastlege, tilbød seg å være på sykehjemmet 100 prosent da smitten rammet og mange av de ansatte måtte i karantene. Legen fulgte opp alt det medisinske, samt bidro mye i smittevernarbeid. Dette var til stor nytte for de ansatte på sykehjemmet. Det viser også fordelene med å ha kommunalt ansatte sykehjemsleger som kan disponeres mer fritt i beredskapssituasjoner.

13.2 Om lederne fra den nasjonale kartleggingen

Ni prosent av utvalget svarer at de har lederansvar i stillingen sin (n=2777). Av disse er det 1872 (67 prosent) som har svart på hvor mange de har lederansvar for og 1664 som har svart på hvor mange ledernivå det er mellom seg og beredskapsledelsen (60 prosent). Spørsmålene til lederne kommer et stykke ut i skjemaet, og dette kan ha bidratt til lavere responsgrad.

Tabell 13.1 Antall og andel med lederansvar.

	Antall	Andel
Nei	22 027	75
Ja, med personalansvar	2 777	9
Ja, uten personalansvar (kun faglig ansvar)	3 841	13
Annet, hva:	604	2
Total	29 249	100

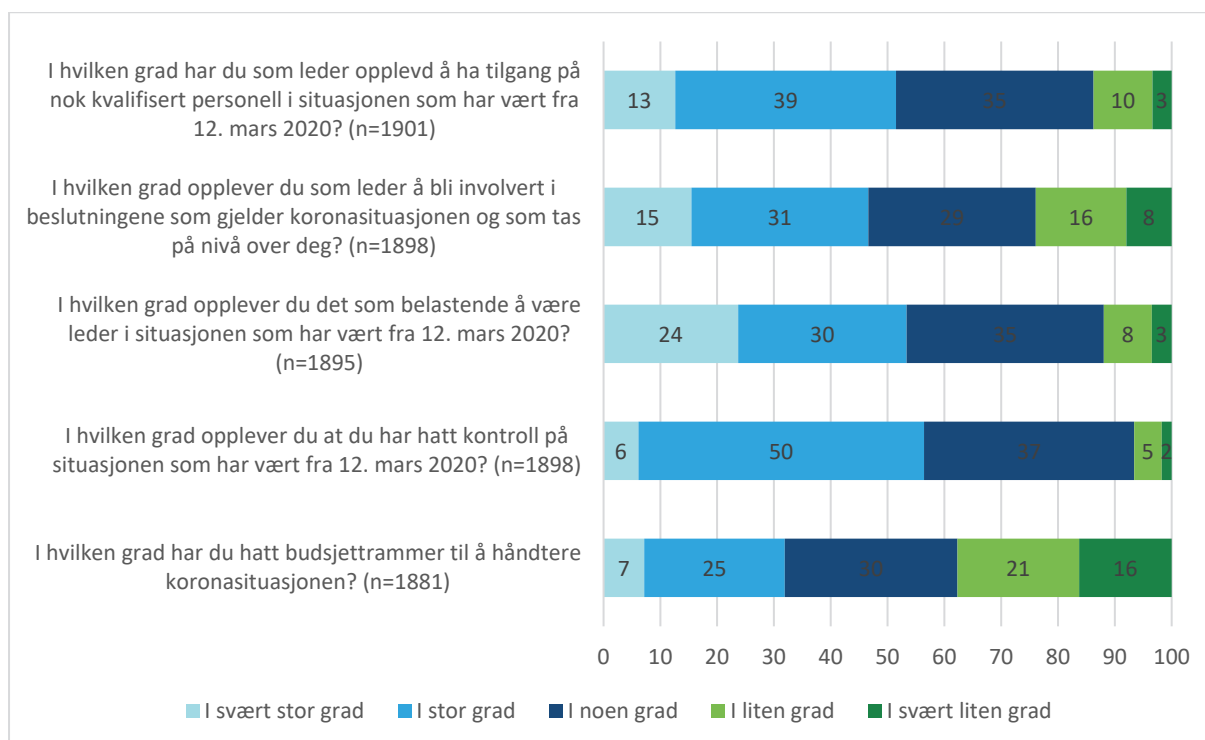
Tabell 13.2 Antall og andel med ledere etter hvor mange de har lederansvar for

	Kommunal sektor		Offentlig spesialist-helsetjeneste		Privat		Annet	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Under 10	114	10	77	12	24	17	6	50
10-19	155	14	102	17	28	19	3	25
20-29	189	17	79	13	25	17	1	8
30-39	192	18	88	14	22	15		0
40-49	144	13	82	13	13	9	1	8
50-59	88	8	66	11	9	6		0
60-69	65	6	46	7	9	6	1	8
70-79	33	3	23	4	6	4		0
80-89	17	2	11	2	1	1		0
90-99	10	1	8	1		0		0
Over 100	90	8	36	6	8	6		0
Totalt	1097	100	618	100	145	100	12	100

Tabell 13.3 Hvor mange ledernivåer det er mellom lederen og beredskapsledelsen.

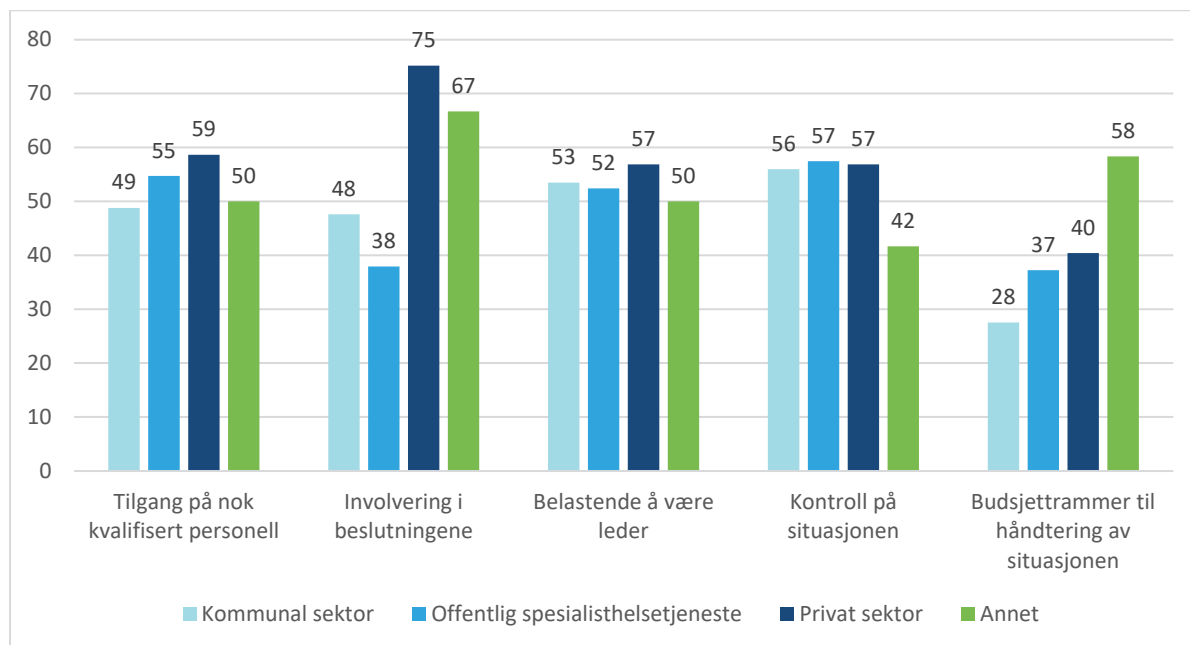
	Kommunal sektor		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat		Annet	
Antall nivåer mellom	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
0	92	9	31	6	50	36	1	10
1	576	58	226	43	74	54	2	20
2	261	26	196	38	8	6	6	60
3	52	5	59	11	4	3	1	10
4	11	1	8	2	1	1		0
Over fem	3	0	2	0		0		0
Totalt	995	100	522	100	137	100	10	100

13.3 Rammebetingelser


Figur 13.1 Andel som i ulik grad opplever ulike rammebetingelser for ledelse.

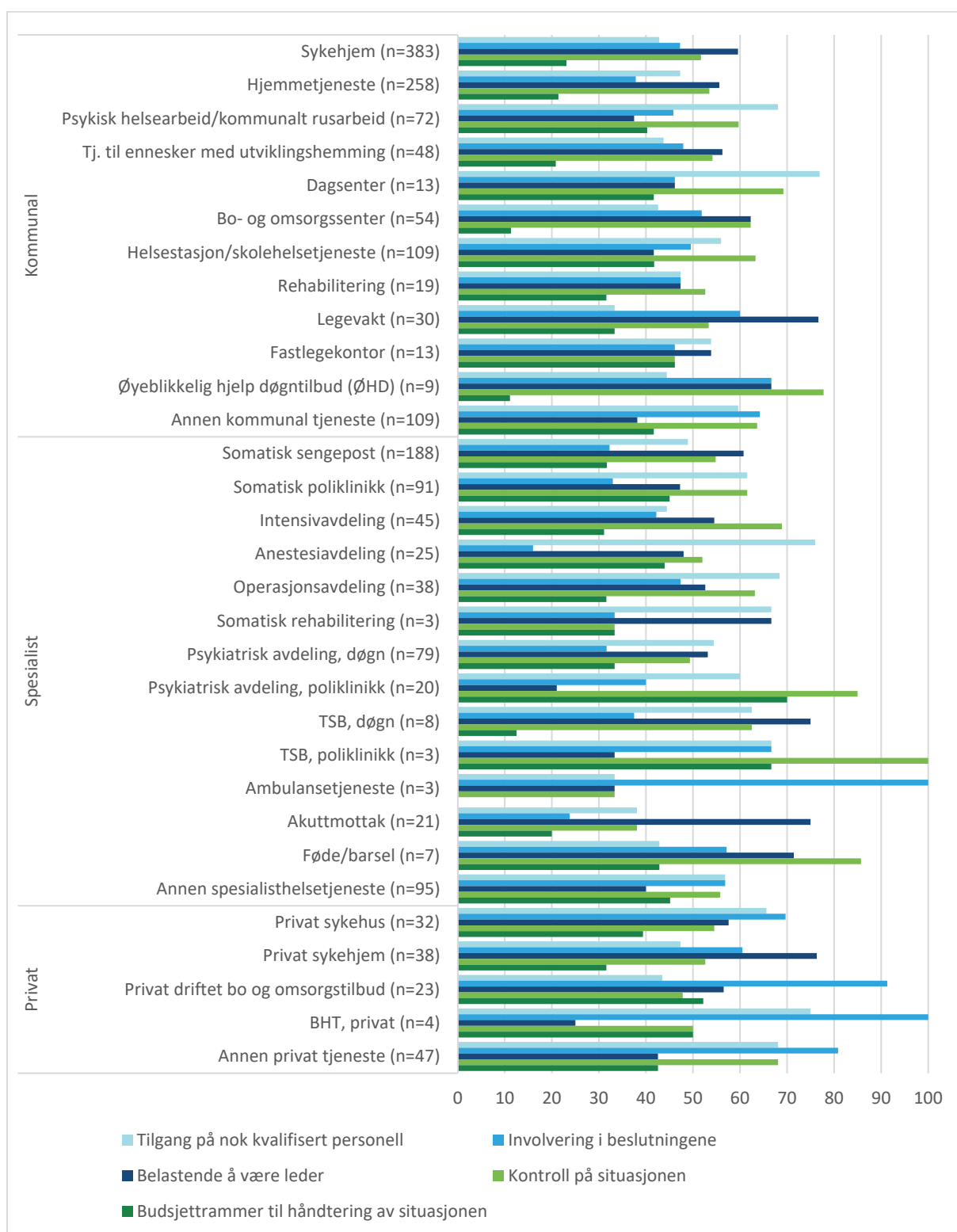
Det er ingen signifikante forskjeller mellom sektorer når det gjelder i hvilken grad det er belastende å være leder i situasjonen eller i grad av opplevd kontroll mellom. Vi ser videre på de som svarer i svært stor grad eller i stor grad.

Tilgang på nok personell oppleves i noe større grad i spesialisthelsetjenesten og i privat sektor enn i kommunal sektor, mens sykepleierlederne i spesialisthelsetjenestene i noen mindre grad opplever å være involvert i beslutningene som gjelder koronasituasjonen og som tas på nivå over. Det er lederne i kommunene som i minst grad opplever å ha budsjetttrammer til å håndtere situasjonen. Forskjellene er statistisk signifikant i disse variablene.



Figur 13.2 Andel som i stor eller svært stor grad opplever ulike rammebetingelser for ledelse.

Det blir små grupper når vi fordeler lederne på ulike tjenester, men av de større gruppene ser vi at det er særlig mange som opplever det belastende å være leder i legevakt, i akuttmottak og i private sykehjem, se figur 12.3.



Figur 13.3 Andel ledere som i stor eller svært stor grad opplever ulike rammebetingelser for ledelse.

13.4 Endring i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud

Det er 16 prosent av sykepleierlederne som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er endret som følge av koronasituasjonen, og 15 prosent som svarer at samarbeidet med verneombud har endret seg. Det er i stor grad de samme som svarer at det er endring i samarbeid med verneombud som med tillitsvalgte (80 prosent).

Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom sektorer eller mellom tjenester. Av de rundt 300 lederne som svarer at samarbeidet er endret, er det åtte prosent som svarer at tillitsvalgte og verneombud har tatt mer kontakt, og ni prosent som svarer at de selv har tatt mer kontakt.

Tabell 13.4 Antall og andel som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud har endret seg som følge av koronasituasjonen.

	Tillitsvalgte			Verneombud		
	Antall	Andel	Andel av alle lederne	Antall	Andel	Andel av alle lederne
De har tatt mer kontakt	147	49	8	153	52	8
Jeg har tatt mer kontakt	165	55	9	168	57	9
De har tatt mindre kontakt	19	6	1	15	5	1
Jeg har tatt mindre kontakt	12	4	1	9	3	0
Flere møter	167	55	9	165	56	9
Færre møter	29	10	1	18	6	1
Bedre samarbeid/kommunikasjon	157	52	8	167	57	9
Dårligere samarbeid/kommunikasjon	31	10	2	15	5	1
Annet	23	8	1	17	6	1
Antall og andel som svarer at samarbeidet er endret	302	100	16	295	100	15

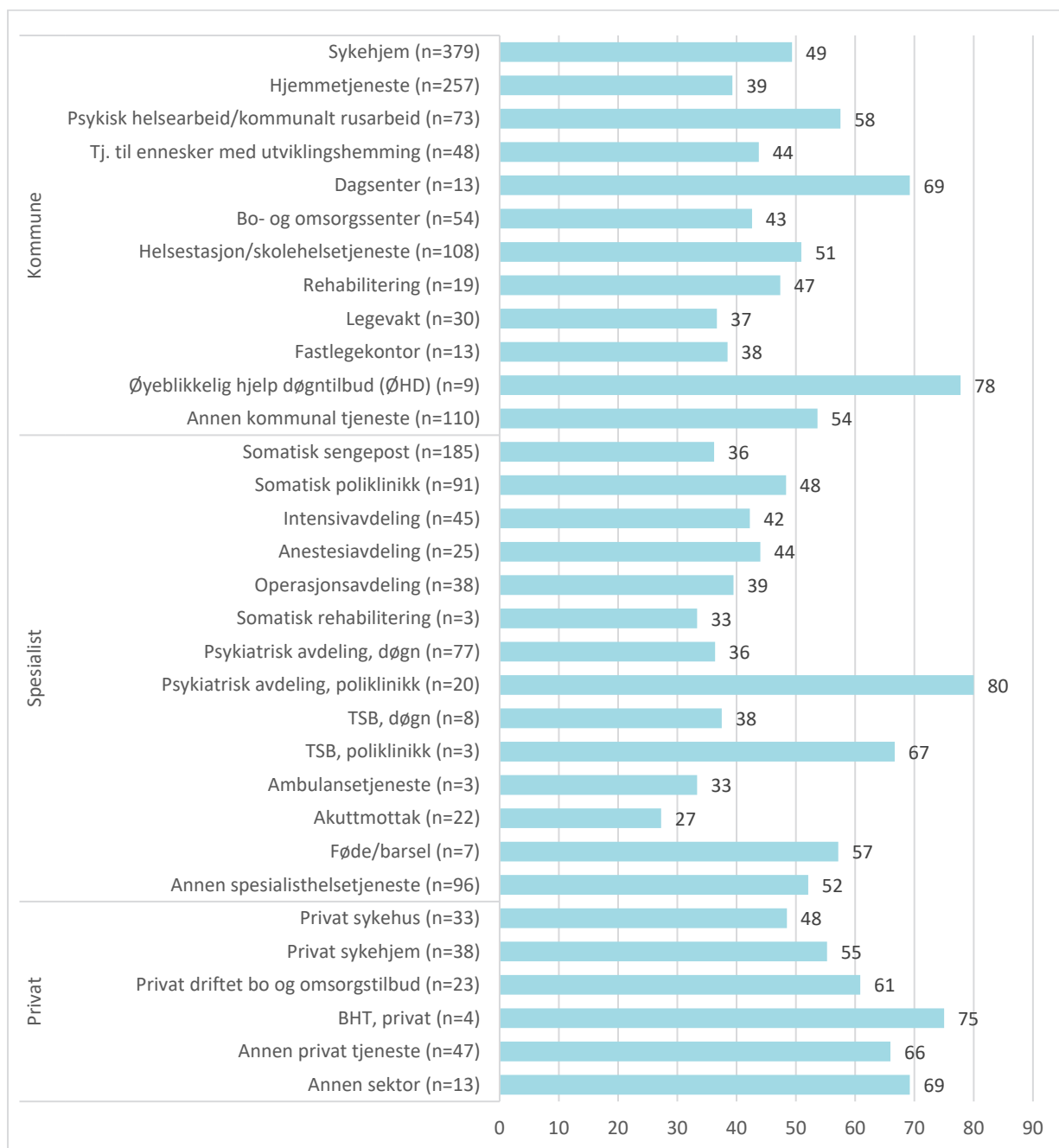
13.5 Leders opplevelse av ivaretagelse fra arbeidsgiver

Nesten halvparten av lederne opplever at arbeidsgiver i stor eller svært stor grad har ivare tatt de gjennom koronasituasjonen. Det er signifikante forskjeller mellom ledere i ulike sektorer, og privat sektor ligger særlig høyere i andel som svarer at de opplever i stor eller svært stor grad å bli ivare tatt (58 prosent) sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten (42 prosent).

Tabell 13.5 Sykepleierledernes opplevde ivaretagelse av arbeidsgiver gjennom koronasituasjonen.

	Kommunal		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	120	11	56	9	34	23	213	11
I stor grad	409	37	212	34	51	35	677	36
I noen grad	362	33	213	34	46	32	623	33
I liten grad	156	14	106	17	9	6	272	14
I svært liten grad	66	6	37	6	6	4	109	6
Totalt	1 113	100	624	100	146	100	1 894	100

Det er også noen signifikante forskjeller mellom tjenester, og vi ser her på andel som svarer i svært stor eller i stor grad. Det er relativt få ledere i kategoriene som ligger med høyest andel, men særlig lederne på akuttmottak i spesialisthelsetjenesten og legevakt i kommunene ligger lavt.



Figur 13.4 Andel sykepleieledere som opplever å ha blitt ivaretatt av arbeidsgiver i svært stor eller i stor grad gjennom koronasituasjonen.

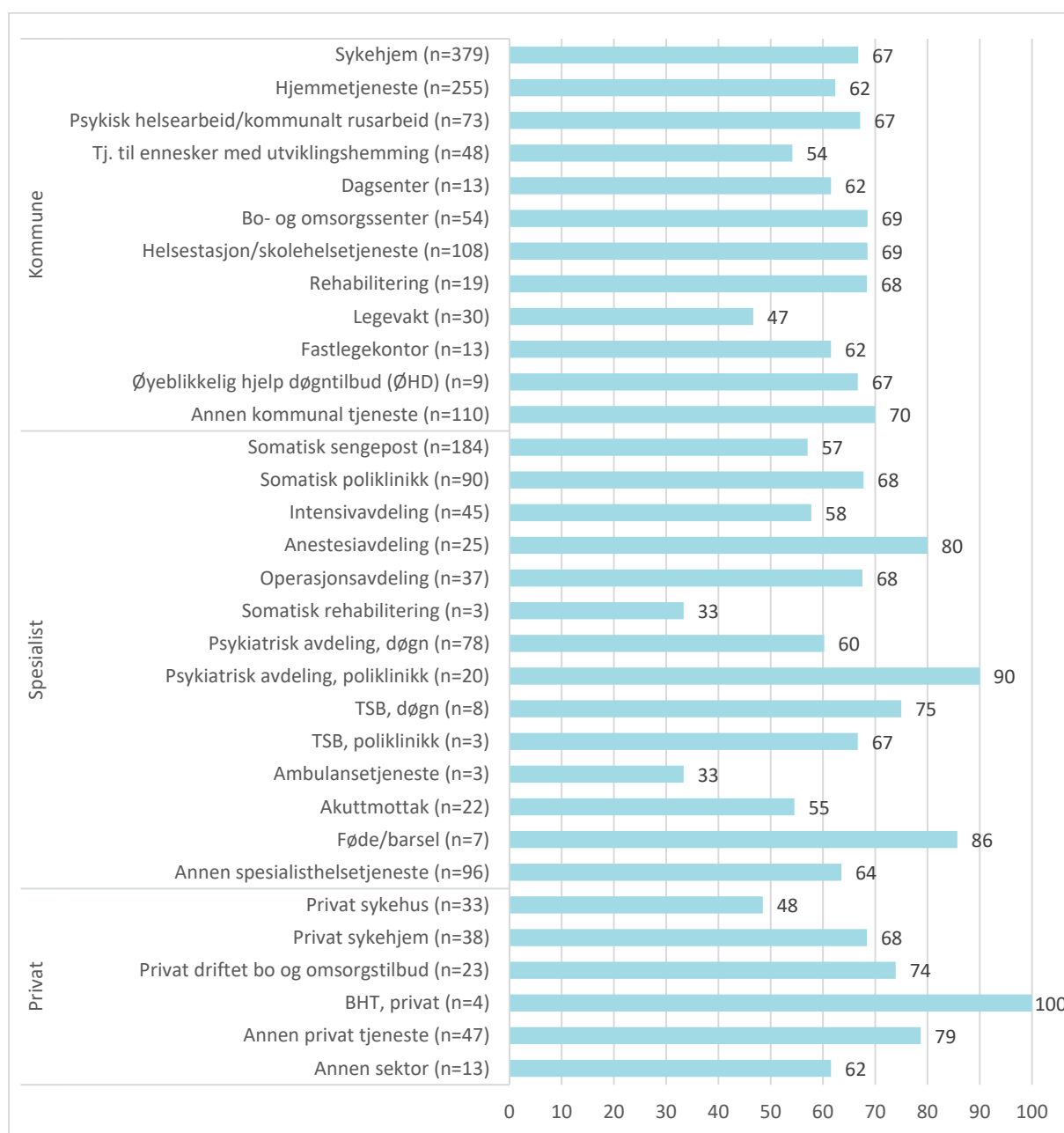
13.6 Grad av ivaretagelse av ansatte de er leder for

Det er 65 prosent av lederne som svarer at de i stor eller svært stor grad har kunnet ivareta de ansatte du er leder for gjennom koronasituasjonen. Andelen er litt lavere i spesialisthelsetjenesten enn i privat sektor, men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Tabell 13.6 Sykepleierledernes opplevde mulighet for ivaretagelse av de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen.

	Kommunal		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	87	8	54	9	20	14	163	9
I stor grad	637	57	337	54	80	55	1 060	56
I noen grad	346	31	207	33	46	32	602	32
I liten grad	34	3	15	2	0	0	49	3
I svært liten grad	7	1	9	1	0	0	16	1
Totalt	1 111	100	622	100	146	100	1 890	100

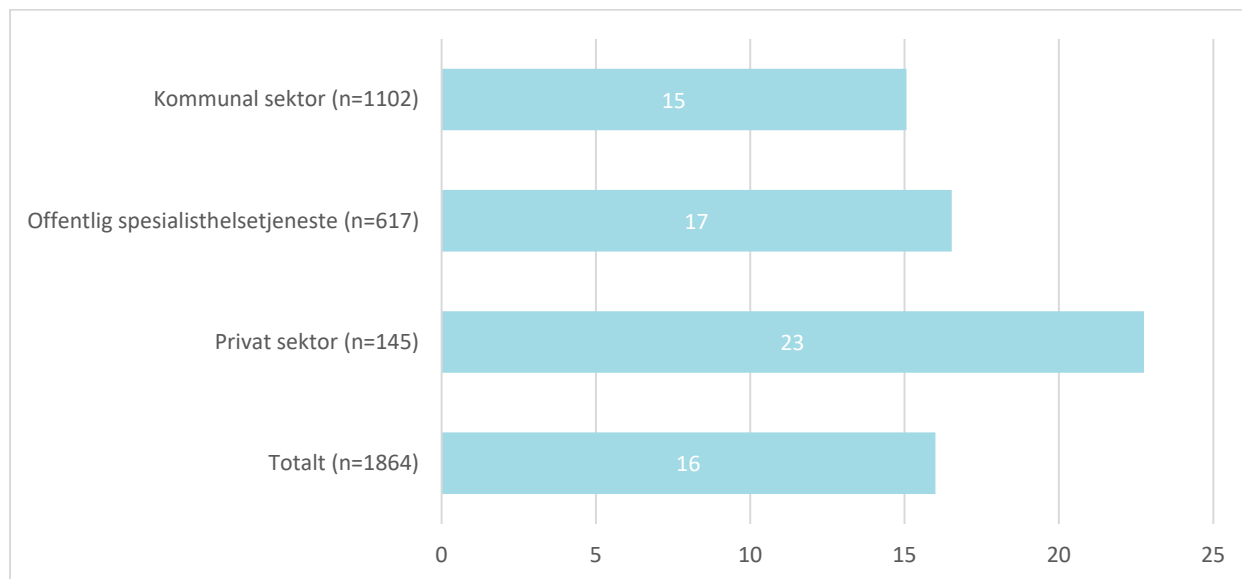
Men det er noen signifikante forskjeller mellom tjenester, og vi ser her på andel som svarer i svært stor eller i stor grad. Det er også her relativt få ledere i mange av kategoriene, men særlig lederne ved legevakt i kommunene og somatiske sengeposter og poliklinikker i psykisk helsevern og private sykehus, ligger signifikant lavere enn de øvrige tjenestene.



Figur 13.5 Andel sykepleierledere som svarer at de i stor eller svært stor grad har mulighet for ivaretagelse av de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen.

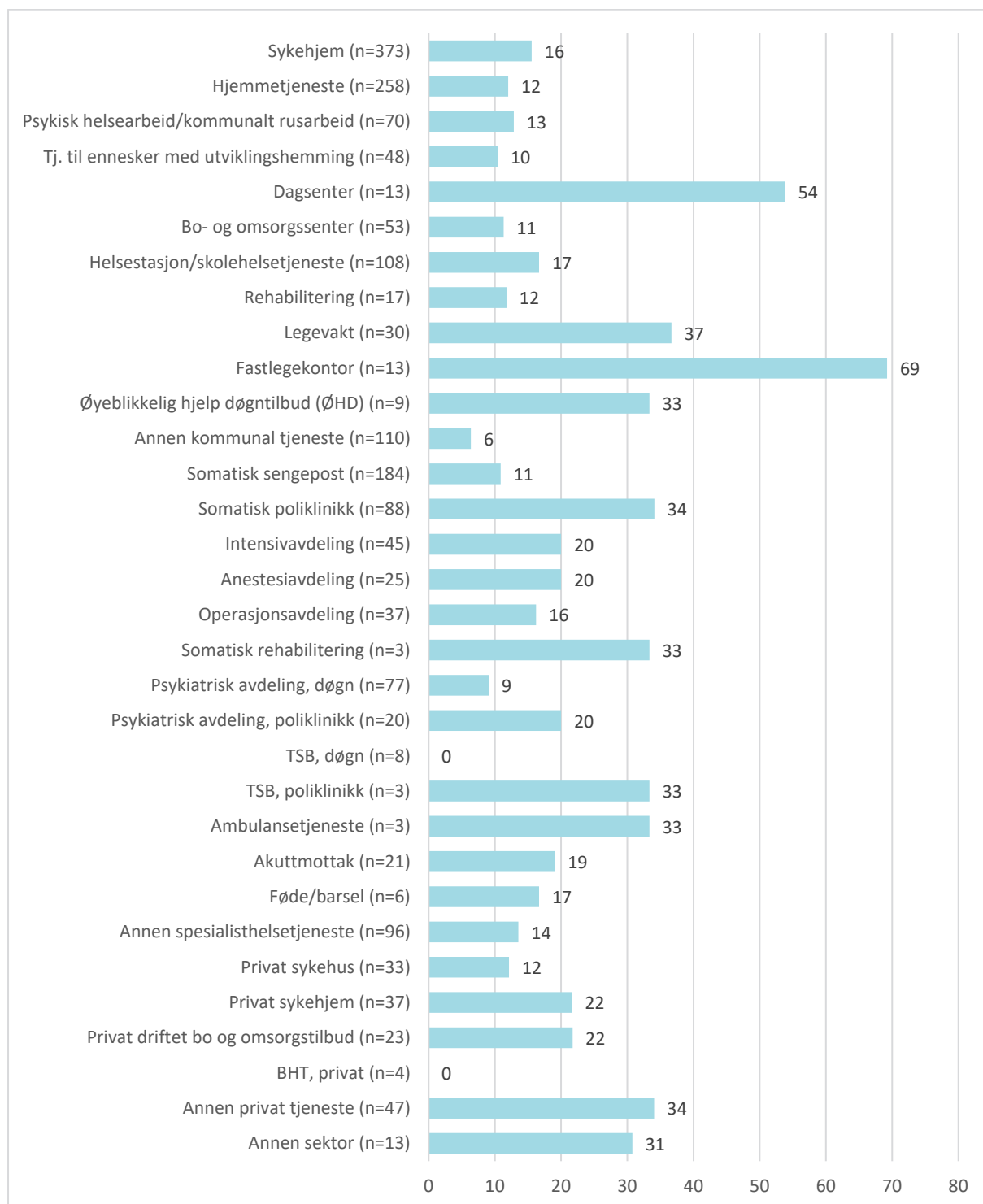
13.7 Tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid

Det er 16 prosent som svarer at de er tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid, og andelen er signifikant høyere i privat sektor enn i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.



Figur 13.6 Andel av sykepleielederne som er tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid.

Det er også noen statistisk signifikante forskjeller mellom tjenestene. Det er dagsenter, legevakt, fastlegekontor, somatisk poliklinikk og annen privat tjeneste som ligger signifikant høyere enn andre tjenester i andel sykepleiere som er tatt ut av lederrollen og inn i klinisk arbeid.



Figur 13.7 Andel av sykepleielederne som er tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid.

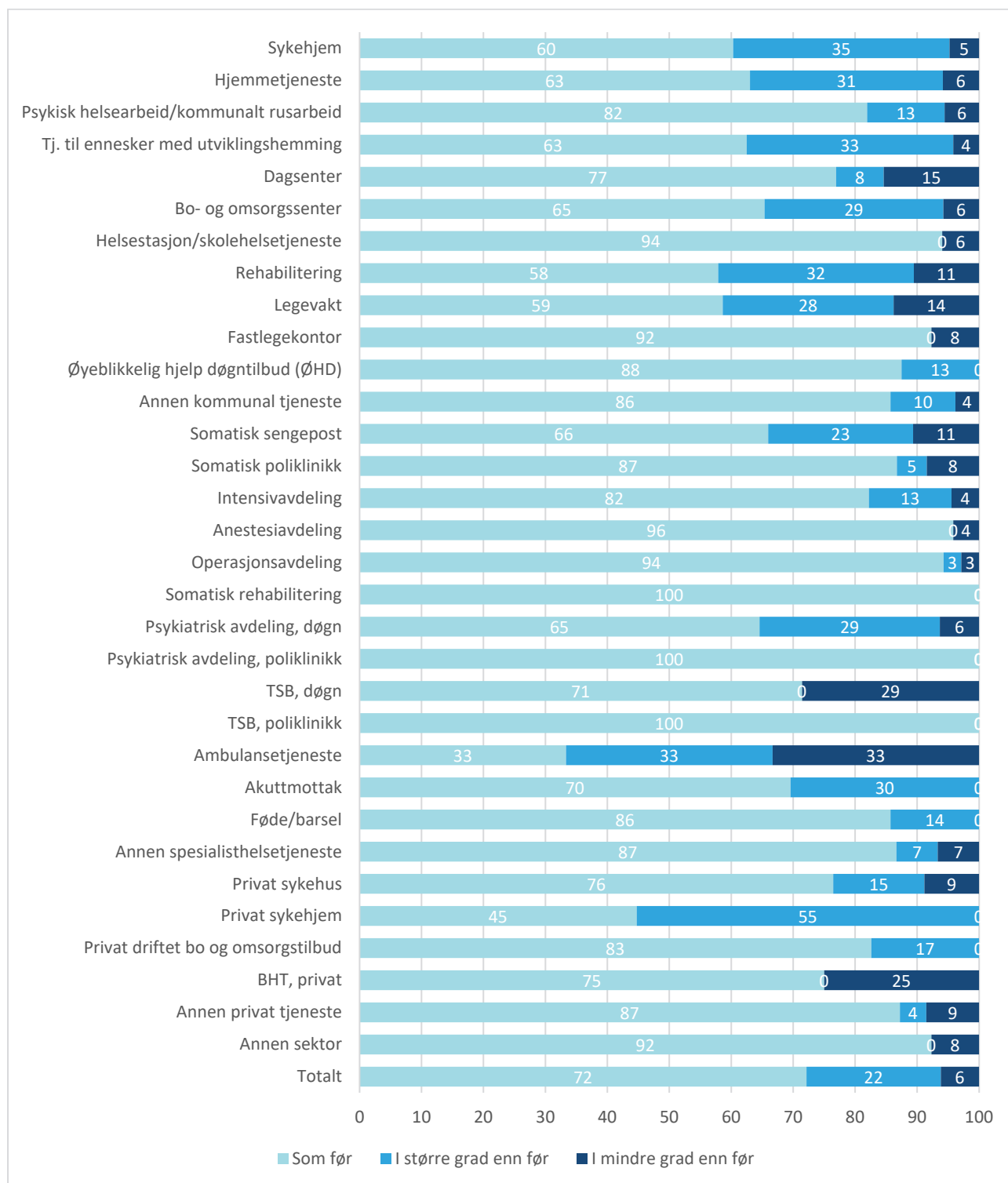
13.8 Bruk av ufaglærte

Det er 22 prosent av lederne som svarer at de bruker ufaglærte i større grad enn før, mens seks prosent svarer at de i mindre grad enn før bruker ufaglærte. Andelen som svarer at de bruker ufaglærte i større grad enn før koronapandemien er signifikant høyere blant kommunale ledere og i privat sektor enn i spesialist-helsetjenesten.

Tabell 13.7 Sykepleierledernes svar på i hvilken grad de har benyttet ufaglærte i situasjonen som har vært fra 12. mars 2020.

	Kommunal		Offentlig spesialisthelsetjeneste		Privat sektor		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Som før	755	69	472	77	107	73	1 334	72
I større grad enn før	279	25	93	15	32	22	404	22
I mindre grad enn før	61	6	45	7	8	5	114	6
Totalt	1 095	100	610	100	147	100	1 852	100

Det er også signifikante forskjeller mellom tjenester. Private sykehjem og ambulansetjenester ligger systematisk høyere enn andre tjenester i bruk av ufaglærte.



Figur 13.8 Sykepleierledernes svar på i hvilken grad har de benyttet ufaglærte i situasjonen som har vært fra 12. mars 2020, etter tjeneste.

13.9 Oppsummering

Intervjuene med sykepleierledere tyder på at lederne har hatt harde arbeidsdager i løpet av pandemiens første fase. I kapitlet har vi tatt opp hvordan lederne har jobbet med å holde ansatte oppdatert og informert og hvordan de har brukt krefter på å trygge ansatte, men også ansvarliggjøre dem. Å lede mens man selv sitter på hjemmekontor var vurdert å være nærmest umulig. Nærhet til de man leder er viktig i krevende tider som under pandemien. Lederne har også jobbet mye med bemanning. Mange ansatte har havnet i karantene, og mange har blitt omdisponert. Alle lederne vi intervjuet hadde erfaring med omdisponering, enten ved at de fikk tilført personale til sin avdeling eller ved at deres avdeling ble omgjort eller flyttet. Å sørge for at driften opprettholdes har vært vanskelig noen steder når ansatte har vært flyttet ut for å jobbe i koronaavdelinger eller de har vært i karantene.

Lederne selv har i liten grad benyttet seg av støttetilbud, ser det ut som ut ifra intervjuene. Alle påpekte at det har blitt etablert forskjellige støttetilbud, men de færreste har hatt tid eller behov for å benytte dem. Flere peker på at den viktigste støtten har vært kolleger på samme nivå som en selv. Flere mener imidlertid nå i etterkant at de kunne hatt nytte av å bruke de etablerte støttetilbudene, men da det sto på som verst, "bet de heller tennene sammen" og fortsatte arbeidet. Mange av lederinformantene understreker også at ledelse i løpet av pandemiens første fase har vært givende og spennende og en arena for omfattende læring. Tross slitsomme opplevelser sitter altså mange igjen med økt kompetanse og mestringsfølelse.

Den nasjonale kartleggingen viser at det ikke er systematiske forskjeller mellom sektorer i hvor belastende det er å være leder i pandemisituasjonen. Men sykepleierlederne i kommunen opplever i mindre grad å ha tilgang på nok personell og budsjettammer til å håndtere situasjonen enn lederne i spesialisthelsetjenesten og i private tjenester. Sykepleierlederne i spesialisthelsetjenestene opplever i minst grad å være involvert i beslutningene som gjelder koronasituasjonen som tas på høyere ledernivå. Det er særlig mange sykepleierledere som opplever stor belastning i legevakt, akuttmottak og i private sykehjem.

Det er 16 prosent av sykepleierlederne som svarer at samarbeidet med tillitsvalgte er endret som følge av koronasituasjonen og 15 prosent som svarer at samarbeidet med verneombud har endret seg. Det er i stor grad de samme som svarer at det er endring i samarbeid med verneombud som med tillitsvalgte (80 prosent). Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom sektorer eller mellom tjenester i endring i samarbeid med ansattrepresentanter.

Halvparten av sykepleierlederne opplever at arbeidsgiver i stor grad har ivaretatt dem gjennom koronasituasjonen. Det er signifikante forskjeller mellom sektorer, og privat sektor ligger særlig høyere i andel som svarer at de opplever å bli ivaretatt (58 prosent) sammenliknet med ledere i spesialisthelsetjenesten (43 prosent) og i kommunene (48 prosent). Det er særlig lederne i akuttmottak og i legevakt som i mindre grad opplever å bli ivaretatt av arbeidsgiveren.

Det er 65 prosent av lederne som svarer at de i stor grad har kunnet ivareta de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen og det er små forskjeller mellom sektorer og lederne ved legevakt,

somatiske sengeposter og poliklinikker i psykisk helsevern og i private sykehus opplever i minst grad at de har mulighet for ivaretagelse av de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen.

Det er 16 prosent av sykepleierlederne som svarer at de er tatt ut av lederrollen og satt inn i klinisk arbeid, og dette gjelder særlig ledere i dagsenter, legevakt, fastlegekontor, somatisk poliklinikk og i noen private tjenester.

Det er 22 prosent av lederne som svarer at de bruker ufaglærte i større grad enn før koronasituasjonen, mens seks prosent svarer at de i mindre grad enn før bruker ufaglærte. Andelen som oppgir at de bruker ufaglærte i større grad enn før, er høyest i private sykehjem (55 prosent), i kommunale sykehjem (35 prosent) og i ambulansetjenester (33 prosent).

14 Studenter i praksis og sykepleiere under spesialisering/videreutdanning

Av de 30070 sykepleierne i utvalget som har vært i arbeid eller praksis innen helse- og omsorgstjenestene i perioden 12. mars til responsdato, er det 29885 som svarer på hvilken utdanning de har/holder på med (99,4 prosent). Vi har derfor et godt grunnlag for å identifisere studenter og sykepleiere under spesialisering i datagrunnlaget og kan undersøke hvordan pandemien har påvirket utdanningsløpet. Det er seks prosent som oppgir at de er sykepleierstudent og fem prosent som er sykepleier under spesialisering.

Tabell 14.1 Utvalgets fordeling etter fullført og pågående utdanning, n=29886

	Antall	Prosent
Sykepleierstudent	1 837	6
Sykepleier uten spesialisering/videreutdanning	12 187	41
Sykepleier under spesialisering/videreutdanning	1 418	5
Sykepleier med spesialisering/videreutdanning	12 511	42
Sykepleier med mastergrad	1 795	6
Sykepleier med PhD	138	0
Total	29 886	100

Vi ser videre på sykepleierstudenter og sykepleiere under spesialisering/videreutdanning for å se hvordan koronasituasjonen har påvirket sykepleiere under utdanning eller videreutdanning, totalt 3255 sykepleiere. Av disse er det 3178 som har svart på hvordan utdanningsløpet er påvirket (97,6 prosent).

Av sykepleierne som holder på med spesialisering/videreutdanning er det 59 prosent som svarer at utdanningsløpet ikke er påvirket av koronapandemien, mens to av tre sykepleierstudenter har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien (én tredjedel svarer at utdanningsløpet ikke er påvirket). Det er 24 prosent av sykepleierstudentene som har fått gjort om praksis til betalt arbeid.

Tabell 14.2 Utvalgets fordeling etter hvordan utdanningsløpet er påvirket av koronapandemien.

	Sykepleierstudenter		Sykepleiere under spesialisering/videreutdanning	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei	588	33	811	59
Praksis har blitt utsatt	126	7	63	5
Praksis har blitt forkortet	323	18	83	6
Praksisstedet ble endret	378	21	122	9
Arbeidsoppgavene i praksis ble endret	400	22	129	9
Praksis i koronasituasjonen som er blitt gjort om til betalt arbeid	430	24	57	4
Annet	309	17	241	18
Totalt antall respondenter	1805	100	1373	100

Vi finner systematiske kjønnsforskjeller, ved at menn i mindre grad enn kvinner har fått utdanningsløpet sitt påvirket. Andelen som svarer Nei blant sykepleierstudentene er 41 prosent blant menn og 31 blant kvinner [$\chi^2(1)=7.24$, $p=0.0071$]. Det er ikke tilsvarende kjønnsforskjeller mellom sykepleiere under spesialisering/videreutdanning. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom ulike aldersgrupper.

Det er 71 prosent av sykepleierstudentene som har vært i arbeid eller praksis i kommunal sektor og 21 prosent i offentlig spesialisthelsetjeneste. Av de som er under spesialisering/videreutdanning arbeider 42 prosent det meste av tiden i kommunal sektor og 54 prosent i offentlig spesialisthelsetjeneste.

Tabell 14.3 Utvalgets fordeling etter sektor.

	Sykepleierstudenter		Sykepleiere under spesialisering/videreutdanning	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Kommunal sektor	1275	71	590	42
Offentlig spesialisthelsetjeneste	382	21	752	54
Privat, ideell sektor	50	3	32	2
Privat kommersiell sektor	38	2	12	1
Annet	52	3	14	1
Totalt	1797	100	1400	100

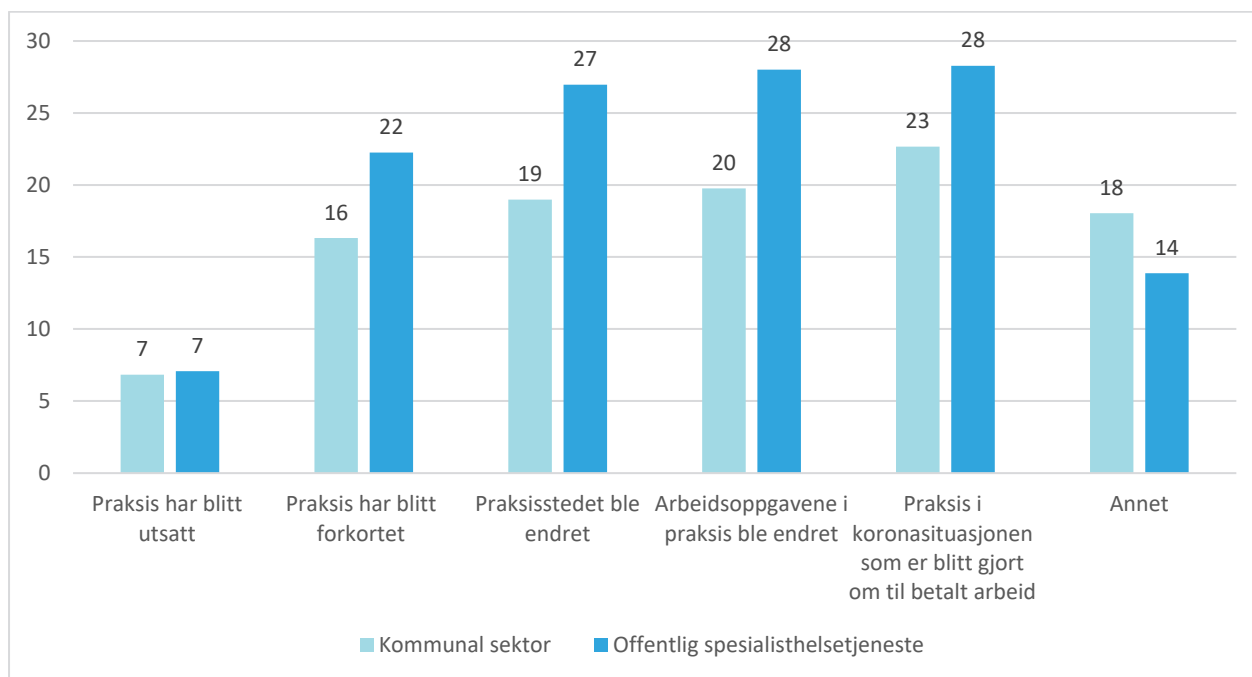
Det er signifikante forskjeller mellom kommunal sektor og offentlig spesialisthelsetjeneste i begge gruppene i hvor stor andel som har fått utdanningsløpet sitt påvirket (ikke svart nei). Det er flere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene som er påvirket i begge gruppene.

Tabell 14.4 Prosent av sykepleierstudentene og sykepleierne under spesialisering/videreutdanning som ikke har fått utdanningsløpet påvirket av koronapandemien.

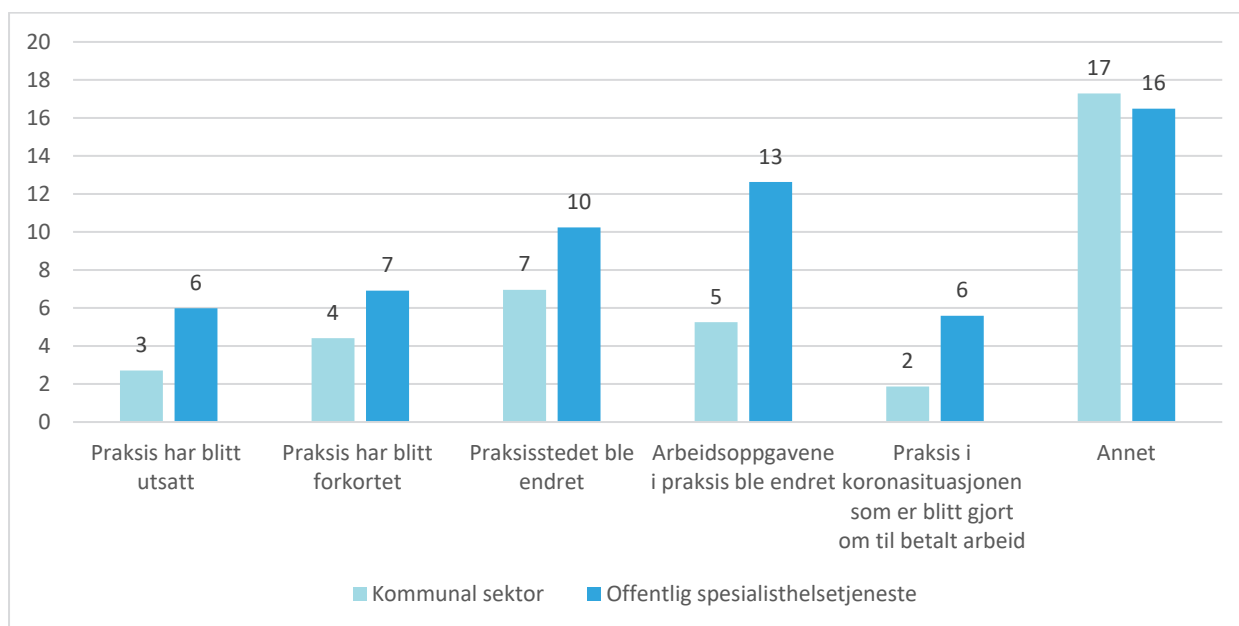
	Sykepleierstudenter	Sykepleiere under spesialisering/videreutdanning
Kommunal sektor	35	63
Offentlig spesialisthelsetjeneste	24	53
Privat, ideell sektor	38	47
Privat kommersiell sektor	39	75
Annet, hva:	17	64
Totalt	33	59

Det er like stor andel blant sykepleierstudentene som arbeider eller har praksis i kommunene som i spesialisthelsetjenesten som har fått praksis utsatt (sju prosent), men det er flere i spesialisthelsetjenestene som har fått forkortet praksis, endret praksissted og oppgaver, og fått praksis omgjort til betalt arbeid. Under annet nevnes det blant annet at undervisningen ble digitalisert, at de ikke fikk praksis som planlagt, praksis ble avlyst, at de har fått godkjent praksis på arbeidsplassen m.m.

Det er også systematiske forskjeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten etter hvordan praksis ble endret for de som er i spesialisering eller som tar videreutdanning. Det er dobbelt som høy andel som melder at praksis er utsatt blant de som arbeider i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med de som arbeider i kommunene (henholdsvis seks og tre prosent).



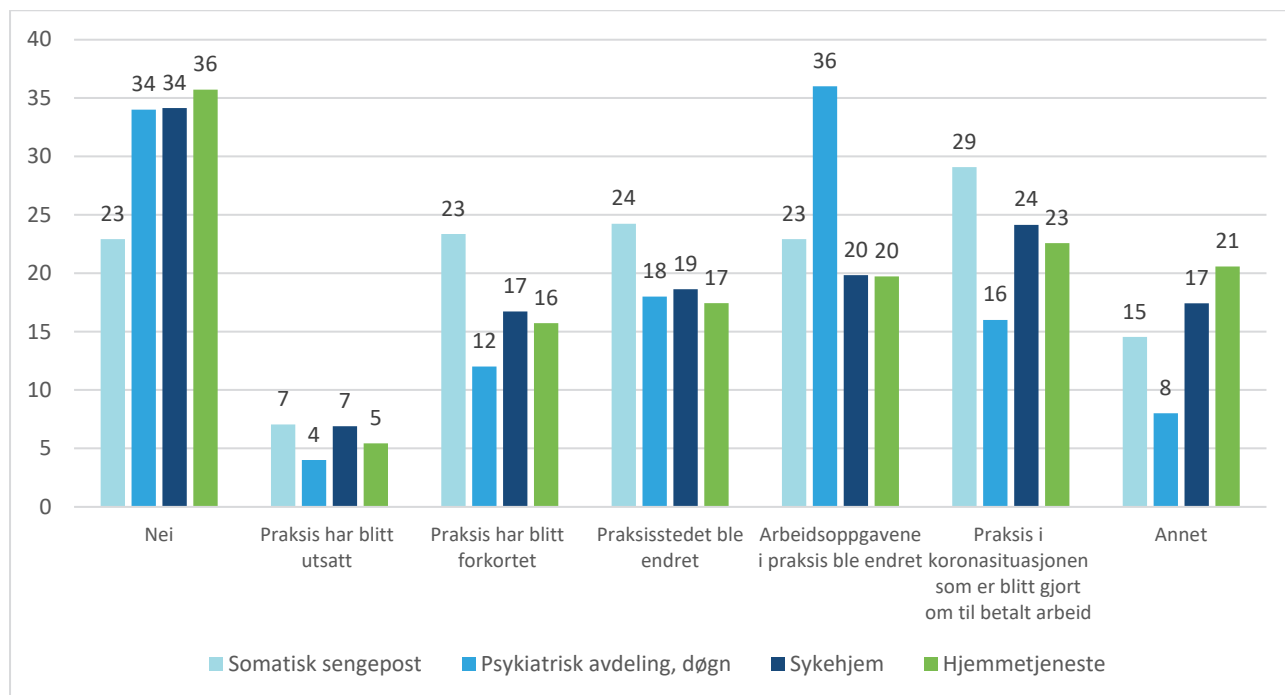
Figur 14.1 Hvordan utdanningsløpet er påvirket blant sykepleierstudenter etter sektor.



Figur 14.2 Hvordan utdanningsløpet er påvirket blant sykepleiere under spesialisering/videreutdanning etter sektor.

Under 'Annet' oppgis det for eksempel at videreutdanningen ikke inkluderer praksis.

Det er noen forskjeller etter type arbeids/praksisplass innen kommunene og innen spesialisthelsetjenestene for hvordan koronapandemien har påvirket utdanningsløpet for studentene. Tjenestene som dekker 70 prosent av type arbeid/praksisplass er vist i figuren under. Særlig mange av studentene med praksisplass i psykisk helsevern fikk arbeidsoppgavene endret, mens praksisplasser i somatiske sengeposter i størst grad er forkortet.



Figur 14.3 Hvordan utdanningsløpet er påvirket blant sykepleiere i praksis etter type helsetjeneste

14.1 Sykepleiere under spesialisering/videreutdanning etter fagområde

Vi kan også se på hvilket fagområde sykepleiere under spesialisering/videreutdanning tilhører. Blant de som oppgir at de tar videreutdanning eller er i spesialisering (n=1418) er det 1381 som oppgir hvilket fagområde innen sykepleie de tar videreutdanning i eller spesialisering innen (97 prosent). Det er noen signifikante forskjeller i hvordan praksisperioder er påvirket, men det er mange små grupper. Vi slår sammen grupper med færre enn 20 svar til en Annet-kategori for å ikke få for små kategorier.

Tabell 14.5 Antall og prosent av sykepleiere under spesialisering/videreutdanning etter fagområde.

	Antall	Prosent
akutt	52	4
anestesisykepleier	54	4
barn	28	2
bedriftshelsetjeneste	5	0
dermatologi	13	1
diabetes	13	1
gastro	2	0
geriatri	78	6
demens	20	1
helsesøster/helsesykepleier	117	8
hygiene/smittevernintensiv	5	0
jordmor	49	4
kardiologi	22	2
kreft	84	6
lunge	2	0
rehabilitering	8	1
nevrologi	1	0
operasjon	60	4
psykisk helse og rus/psykiatri	207	15
slag	1	0
urologi	1	0
allmennsykepleie (AKS, AGS)	48	3
ledelse	99	7
e-helse	17	1
Annet	220	16
intensiv	175	13
Total	1381	100

Det er absolutt flest som svarer at arbeidssituasjonen er påvirket av de som spesialiserer seg innen akuttsykepleie (23 prosent), se tabell 14.6. Det er også mange helsesykepleiere og intensivsykepleiere i spesialisering som har fått påvirket utdanningen sin.

Praksis har blitt utsatt for en størst andel blant de som tar spesialisering innen akuttsykepleie (23 prosent), mens praksis i koronasituasjonen er blitt gjort om til betalt arbeid for størst andel blant de som utdanner seg til intensivsykepleiere (14 prosent) og akuttsykepleie (10 prosent). Det er størst andel blant de som videreutdanner seg til helsesykepleier som har opplevd at praksis er forkortet (25 prosent) og blant de som spesialiseres innen akuttsykepleie (25 prosent), og blant de som spesialiserer seg til operasjons-sykepleie (20 prosent).

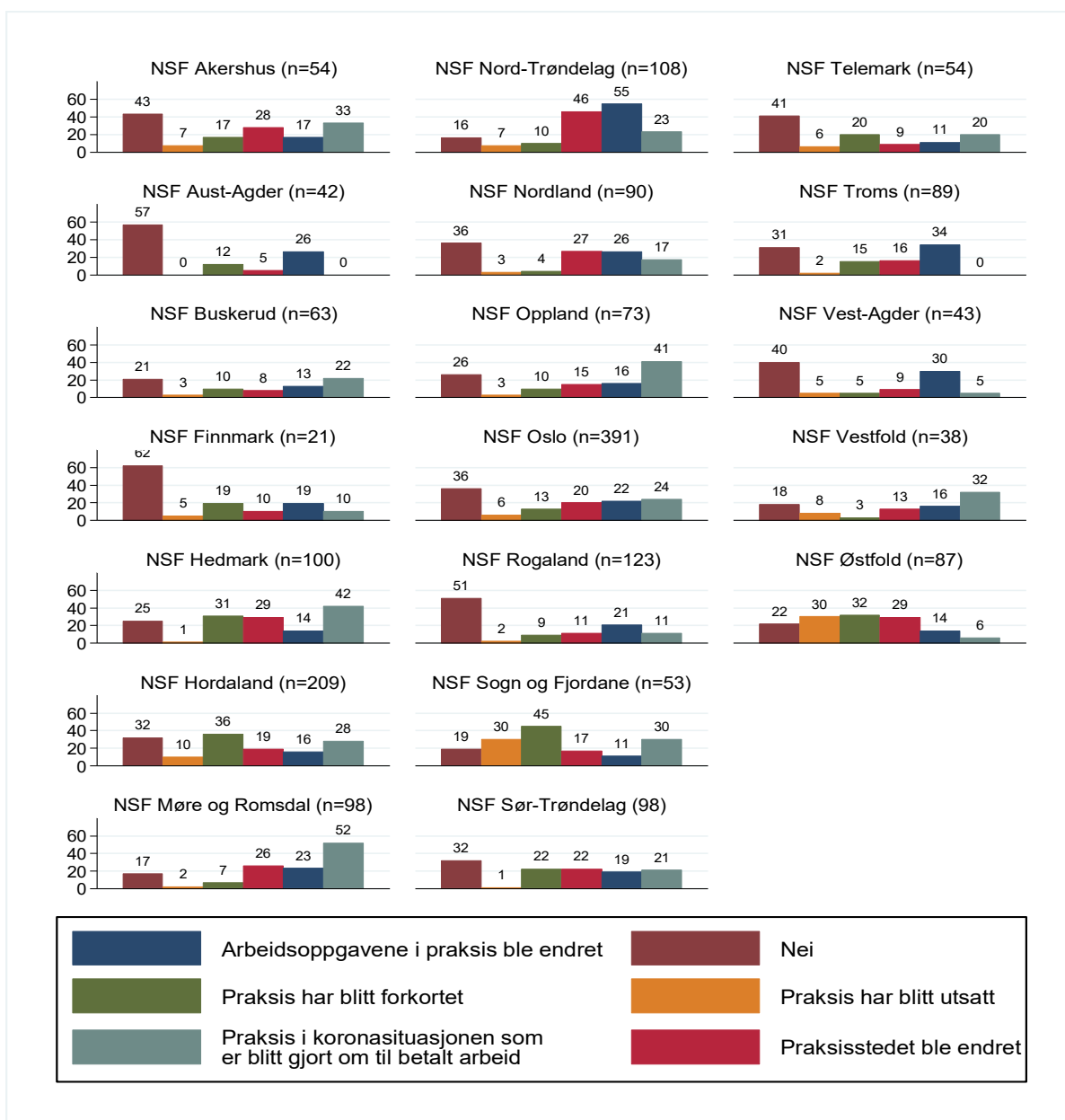
Det er særlig innen fagområdene anestesi, akutt og intensiv at praksissted er blitt endret for en stor andel av de i spesialisering.

Tabell 14.6 **Prosent av sykepleiere under spesialisering/videreutdanning etter fagområde etter hvorvidt utdanningsløpet er påvirket av koronapandemien (n=1381).**

	Nei	Praksis har blitt utsatt	Praksis har blitt forkortet	Praksis-stedet ble endret	Arbeidsoppgavene i praksis ble endret	Praksis i koronasituasjonen som er blitt gjort om til betalt arbeid	Annet
Akutt	23	23	25	17	13	10	17
Anestesi-sykepleier	50	9	11	20	13	2	9
Barn	57	7	7	14	14	7	18
Geriatrici	68	4	0	9	3	0	18
Demens	65	0	0	15	10	0	10
Helsesøster/helsesykepleier	47	3	25	7	13	3	13
Jordmor	67	4	4	12	18	2	8
Kardiologi	68	0	0	14	0	0	23
Kreft	69	2	1	4	5	4	17
Operasjon	53	7	20	12	15	0	13
Psykisk helse og rus/psykiatri	62	2	2	7	6	4	19
Allmennsykepleie (AKS, AGS)	50	8	2	13	4	2	23
Ledelse	69	2	0	2	3	0	16
Annet	64	5	3	4	5	2	21
Intensiv	47	1	2	15	21	14	15
Samlet småkategorier	60	9	4	3	1	1	24

14.2 Geografiske forskjeller

Alle studentene tilhører et fylkeslag og vi kan derfor undersøke om det er forskjeller i utvalget av studenter i konsekvenser for utdanningen. Fra figuren ser vi at det er særlig i Finnmark og Aust-Agder mange studenter som svarer at koronapandemien ikke har hatt betydning for utdanningsløpet. Det er flest som svarer at praksis i koronasituasjonen er gjort om til betalt arbeid i Møre og Romsdal, mens flest har fått forkortet praksisen Sogn og Fjordane mens flest har fått utsatt praksisen i Østfold og Sogn og Fjordane. Studenter i Nord-Trøndelag oppgir i størst grad at praksisstedet er endret.



Figur 14.4 Prosent av studentene som oppgir ulike konsekvenser for utdanningsløpet etter fylkeslag.

14.3 Oppsummering

To av tre sykepleierstudenter har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien. Sju prosent av studentene har fått praksisperioden utsatt, og 18 prosent har fått forkortet praksisperioden. Videre har 22 prosent av studentene i utvalget fått endring i arbeidsoppgavene i praksis, 21 prosent har fått endret praksissted og 24 prosent har fått praksis omgjort til betalt arbeid. Det er noen geografiske variasjoner, og det er særlig i Finnmark og Aust-Agder mange studenter som svarer at koronapandemien ikke har hatt betydning for utdanningsløpet. Det er flest som svarer at praksis i koronasituasjonen er gjort om til betalt arbeid i Møre og Romsdal, mens flest har fått forkortet praksisen i Sogn og Fjordane og flest har fått utsatt praksisen i Østfold og Sogn og Fjordane. Studenter i Nord-Trøndelag oppgir i størst grad at praksisstedet er endret.

Også en del av sykepleierne som er under spesialisering eller videreutdanning i perioden er påvirket, og 40 prosent av de som holdt på med spesialisering har fått utdanningsløpet påvirket av pandemien. Særlig de som spesialiserer seg innen akuttisykepleie, helsesykepleiere og intensivsykepleiere i spesialisering har fått påvirket utdanningen sin på ulike måter. Praksis har blitt utsatt for en størst andel blant de som tar spesialisering innen akuttisykepleie (23 prosent), mens praksis i koronasituasjonen er blitt gjort om til betalt arbeid for størst andel blant de som utdanner seg til intensivsykepleiere (14 prosent). Det er størst andel blant de som videreutdanner seg til helsesykepleier som har opplevd at praksis er forkortet (25 prosent) og blant de som spesialiseres innen akuttisykepleie (25 prosent) og de som spesialiserer seg innen operasjonssykepleie (20 prosent).

15 Informasjon om koronasituasjonen – interne og eksterne kilder

Under pandemien har det vært et stort behov for oppdatert informasjon om smittesituasjonen, retningslinjer og rutiner for å overholde smittevern-, og karantenebestemmelser m.m. Hvordan sykepleierne har holdt seg oppdatert og hvordan har arbeidsgiver har kommunisert og gitt informasjon til de ansatte, er tema for dette kapittelet.

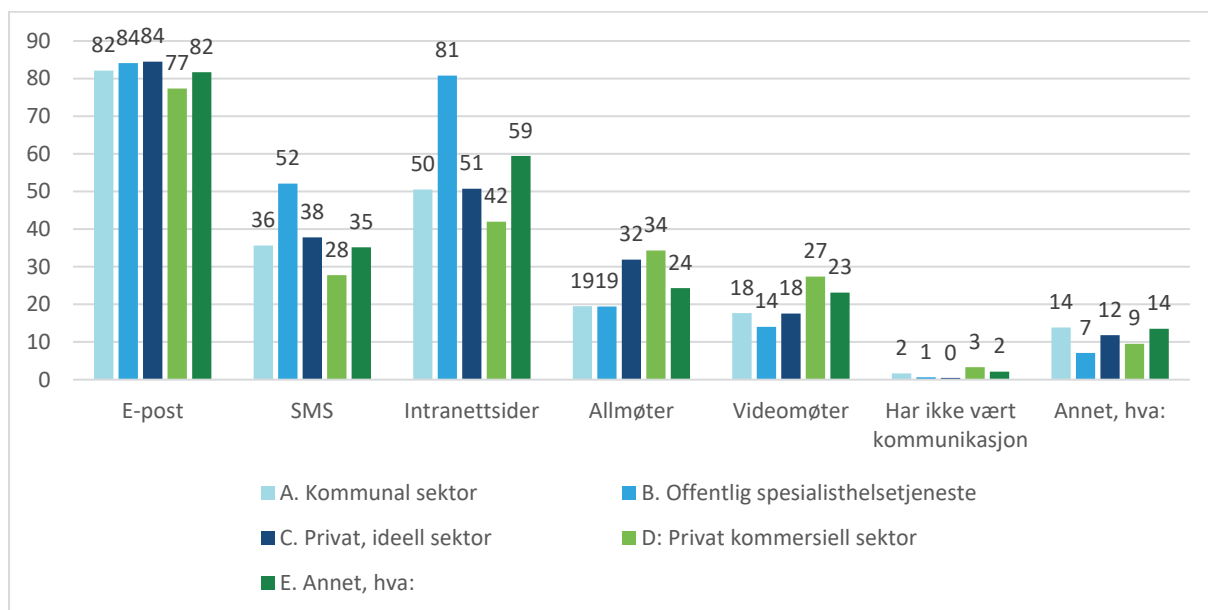
15.1 Kommunikasjon av vedtak og endringer i rutiner på arbeidsplassen

Det er 83 prosent av respondentene som oppgir at vedtak og endringer i rutiner kommuniseres på e-post, mens 65 oppgir at kommunikasjonen foregår på intranettsidene, mens 16 prosent også har videomøter der slik informasjon kommuniseres. Tjue prosent oppgir at det kommuniseres også gjennom allmøter. SMS oppgis av 44 prosent av utvalget.

Tabell 15.1 Antall og andel etter hvordan vedtak og endringer i rutiner kommuniseres ut i organisasjonen i forbindelse med koronasituasjonen

	Antall	Andel
E-post	18073	83
SMS	9497	44
Intranettsider	14232	65
Allmøter	4374	20
Videomøter	3497	16
Har ikke vært kommunikasjon	244	1
Annet	2261	10
Totalt	21746	100

Det er noen signifikante forskjeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i svarene mellom sektorer. Det er særlig i spesialisthelsetjenesten at mange har fått informasjon om vedtak og endringer i rutiner via intranettsider og SMS, se figur 15.1.



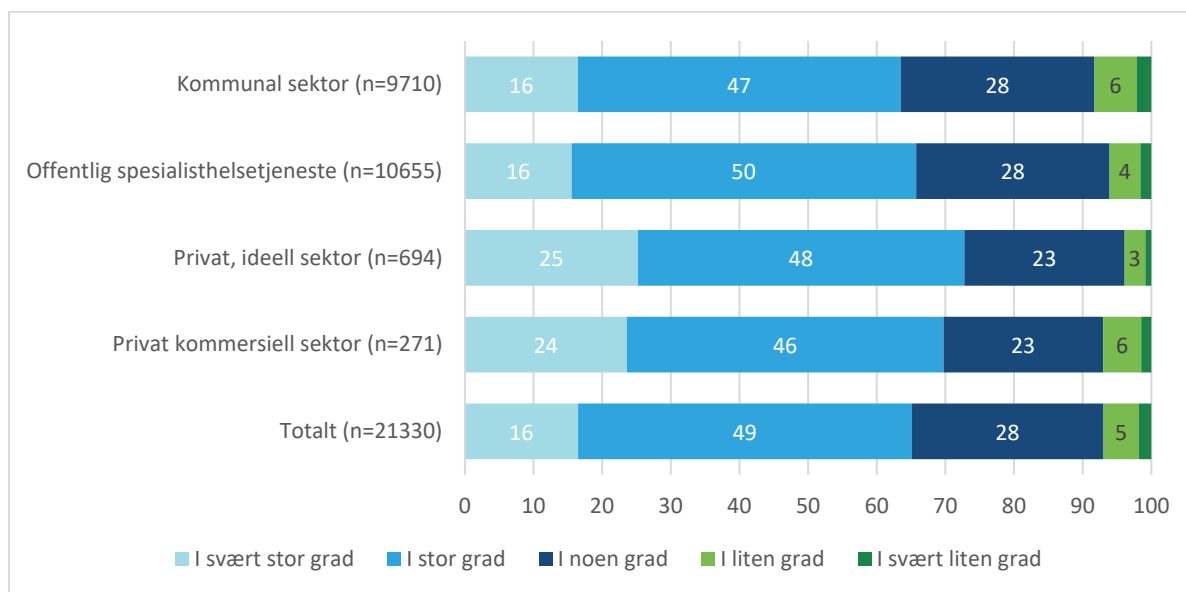
Figur 15.1 Prosent av respondentene etter type kommunikasjon og sektor.

Det er også spurt om i hvor stor grad sykepleierne mener ledelsen på arbeidsplassen har lyktes i å kommunisere endringer i rutiner etter hvert som de er innført. Nesten halvparten av respondentene svarer at ledelsen på arbeidsplassen i stor grad har lyktes i å kommunisere endringer i rutiner etter hvert som de er innført og 16 prosent mener ledelsen i stor grad har lyktes.

Tabell 15.2 Antall og andel etter i hvor stor grad de mener ledelsen på arbeidsplassen har lyktes i å kommunisere endringer i rutiner etter hvert som de er innført.

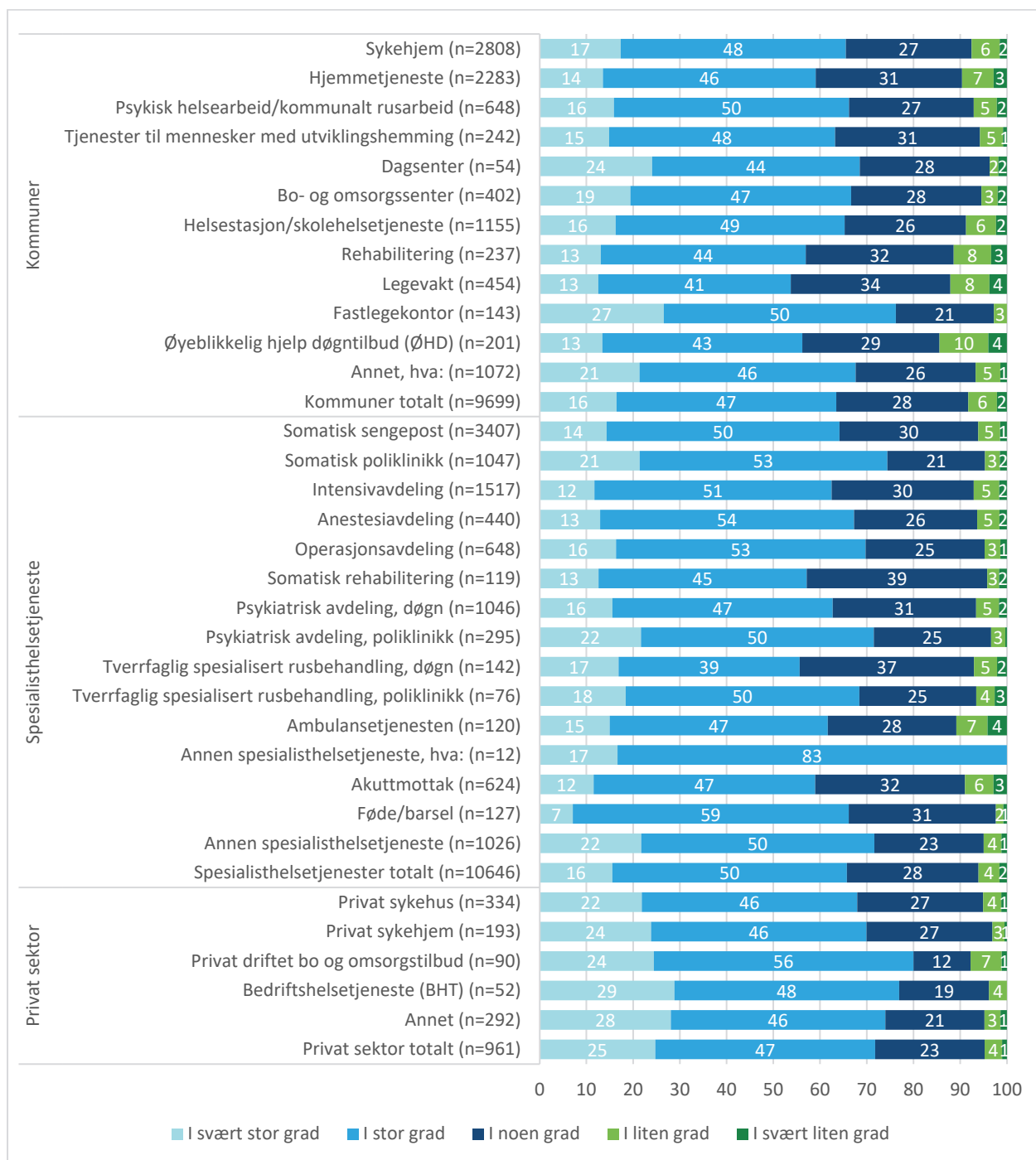
	Antall	Andel
I svært stor grad	3 571	16
I stor grad	10 535	49
I noen grad	6 041	28
I liten grad	1 119	5
I svært liten grad	391	2
Total	21 657	100

Her ser vi videre på de som svarer i svært stor eller i stor grad for å se hvem som har lyktes best i kommunikasjonene om endringer i rutiner etter hvert som de er innført. Privat, ideell sektor ser ut til å ha lyktes bedre enn kommuner og spesialisthelsetjenester, men dette kan godt skyldes størrelse på arbeidsplassen heller enn sektor.



Figur 15.2 Prosent av respondentene som svarer på i hvilken grad ledelsen har lyktes etter sektor.

Det er også noen signifikante forskjeller etter type tjeneste respondenten arbeider ved. For eksempel er det systematisk flere sykepleiere i fastlegekontor som svarer at ledelsen i svært stor grad har lyktes enn i sykehjem og hjemmetjenester, og dette kan for eksempel bety at det er mye mer krevende å få til kommunikasjon i de store tjenestene.



Figur 15.3 Prosent av respondentene som svarer på i hvilken grad ledelsen har lyktes etter type virksomhet.

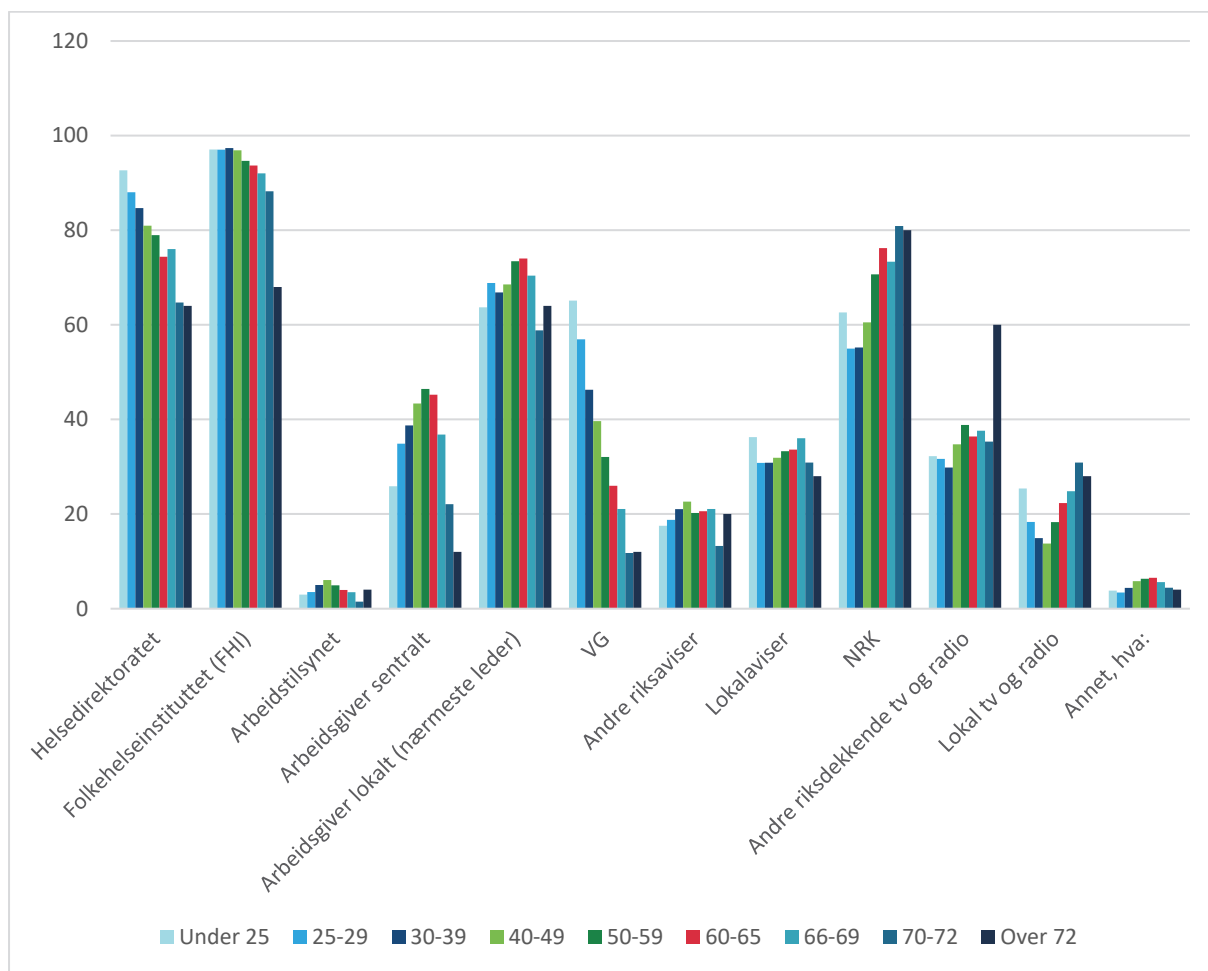
15.2 Informasjon fra andre kilder

Det er totalt 22 142 sykepleiere som har svart på spørsmål om hvilke kilder til informasjon om koronasituasjonen som er benyttet, og hvor fornøyd de er med informasjonen de har fått. Median respondent har benyttet fem kilder til informasjon. Flest har benyttet informasjon fra FHI (96 prosent), mens 82 prosent har benyttet informasjon fra Helsedirektoratet, og 63 prosent oppgir at de har benyttet NRK. Det er 70 prosent som oppgir nærmeste leder som kilde til informasjon og 41 prosent oppgir arbeidsgiver sentralt.

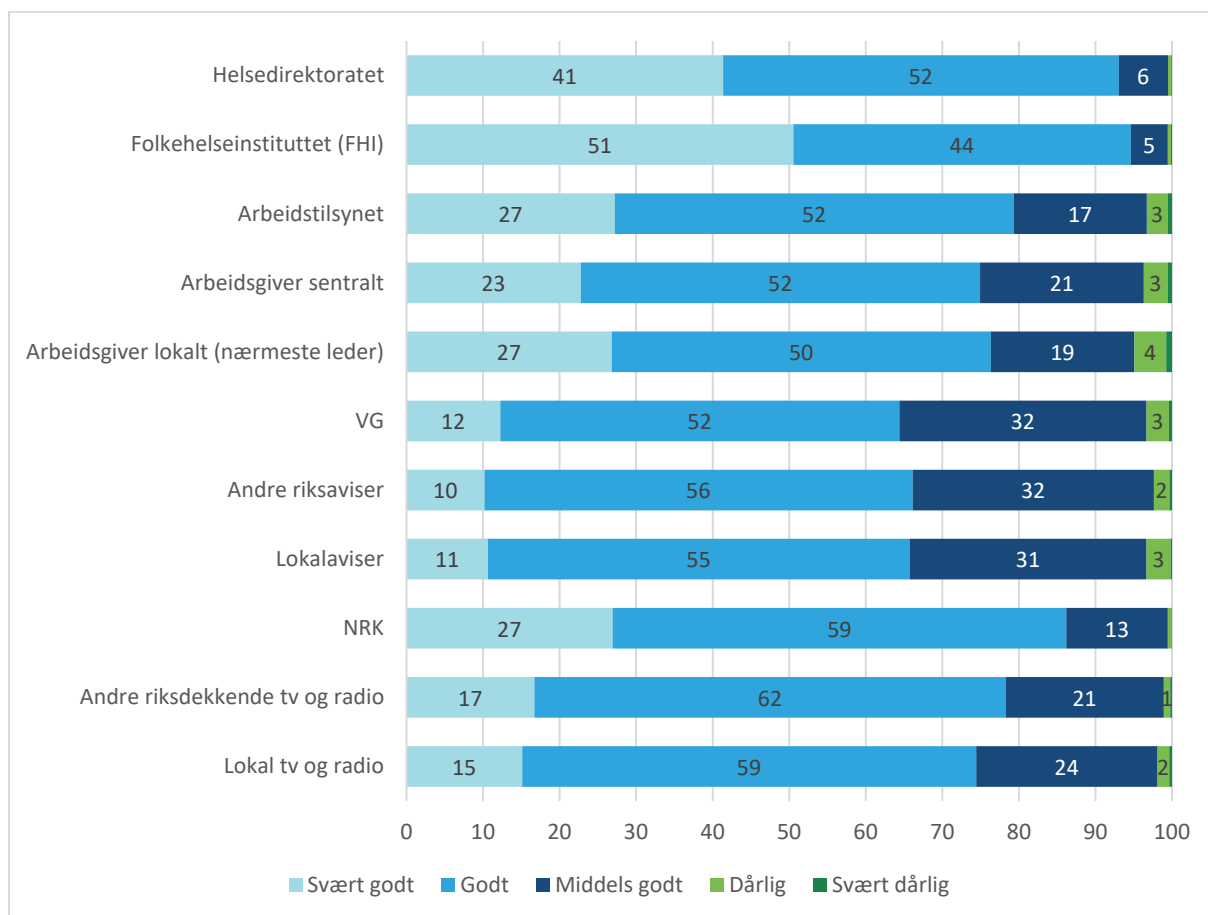
Tabell 15.3 Antall og andel etter hvilke kilder til informasjon de har benyttet.

	Antall	Andel
Helsedirektoratet	18128	82
Folkehelseinstituttet (FHI)	21247	96
Arbeidstilsynet	1060	5
Arbeidsgiver sentralt	9107	41
Arbeidsgiver lokalt (nærmeste leder)	15438	70
VG	9016	41
Andre riksaviser	4576	21
Lokalaviser	7173	32
NRK	14038	63
Andre riksdekkende tv og radio	7631	34
Lokal tv og radio	3878	18
Annet, hva:	1174	5
Totalt	22 142	100

Det er aldersforskjeller i hvilken kilde som er benyttet, for eksempel avtar andelen som bruker Helsedirektoratet og VG som kilde med økt alder, mens andelen som benytter NRK som kilde øker med alder.



Figur 15.4 Andel som benytter kilder til informasjon etter aldersgrupper.



Figur 15.5 Andel som svarer på hvor fornøyd de er med informasjonen de har fått fra ulike kilder.

Det er stor grad av fornøydhet med informasjonen fra ulike kilder, og flest er fornøyd med FHI, Helsedirektoratet og NRK som også var de mest brukte.

15.3 Oppsummering

Det er 83 prosent av respondentene som oppgir at vedtak og endringer i rutiner kommuniseres på e-post, mens 65 oppgir at kommunikasjonen foregår på intranettsidene. Det er 16 prosent også har videomøter der slik informasjon kommuniseres. Tjue prosent oppgir at det kommuniseres også gjennom allmøter og 44 prosent svarer SMS.

Nesten to av tre sykepleiere svarer at ledelsen på arbeidsplassen i stor grad har lyktes i å kommunisere endringer i rutiner etter hvert som de er innført, men det er potensial for forbedringer i alle sektorer.

Det er benyttet mange kilder til informasjon om koronasituasjonen og median sykepleier har benyttet fem ulike kilder til informasjon. Flest har benyttet informasjon fra FHI (96 prosent), mens 82 prosent har benyttet informasjon fra Helsedirektoratet, og 63 prosent oppgir at de har benyttet NRK. Det er aldersforskjeller i hvilken kilde som er benyttet, for eksempel avtar andelen som bruker Helsedirektoratet og VG som kilde med økt alder, mens andelen som benytter NRK som kilde øker

med alder. Det er stor grad av fornøydhet med informasjonen fra ulike kilder, og flest er fornøyd med informasjonen fra FHI, Helsedirektoratet og NRK.

16 Bruk av digitale kommunikasjonsløsninger

Da pandemien kom til Norge gjorde mange av tjenestene forsøk på å kommunisere med brukere og pasienter på nye måter. Digital kommunikasjon delvis erstattet og supplerte tradisjonelle kommunikasjonsformer i ulik grad og omfang. Gjennom studien har det pekt seg ut flere områder hvor digitale løsninger har vært tatt i bruk, og har fungert mer eller mindre godt. I dette kapittelet ser vi på:

- Digital internkommunikasjon
- Digital kommunikasjon mellom pårørende og brukere/pasienter
- Digital kommunikasjon mellom tjenestene og brukere/pasienter

16.1 Digital informasjonsdeling og kommunikasjon internt i tjenestene

Det ene området der vi fant at digitale løsninger hadde fått en større plass enn før pandemien, var til bruk for informasjonsdeling, inkludert opplæring og kommunikasjon internt i institusjoner/tjenester. Særlig SMS og e-post har vært viktige kanaler, jf. kapittel 15. Også Skype og andre interaktive tjenester ble nevnt i intervjuene. I stor grad har disse digitale løsningene vært brukt til å spre informasjon om status på smittevernrutiner, opplæringsvideoer, og annen relevant informasjon knyttet til covid-19. I flere tilfeller har de digitale kanalene erstattet fysiske møter og allmøter:

Vi har fått sånne mailer i en periode når vi hadde covid-pasienter innlagt. Da fikk vi jo daglige mail med oppdateringer om hvor mange som lå inne, og smitteverntiltak og diverse. (S4)

En intensivsykepleier på et annet sykehus hadde samme erfaring med at sykehusledelsen sendte ut informasjon via e-post, men også andre kanaler ble brukt:

Ja, også har det vært med nærmeste leder på Skype i begynnelsen - en gang i uka (S3)

Videre ble digitale verktøy brukt til informasjon/opplæring, særlig knyttet til smittevern. Flere steder ble for eksempel video brukt som en plattform for å lære om smittevern, samt for å trene på av- og påkledning av smittevernutstyr. Noen steder har personale sett på opplæringsvideoer i fellesskap, mens andre steder har ansatte sett videoene på egenhånd (jf. kapittel om opplæring i smittevern). Fordelen med de digitale læringsformene er naturligvis at de er tids- og stedsavhengige. Man kan også gå utenfor sin egen organisasjon for å finne relevant opplæringsmateriale. En sykepleier ved et sykehus fortalte om en slik hendelse. Hun følte at det ikke var tilstrekkelig opplæring i av- og påkledning på egen arbeidsplass, selv om de hadde film om det på storskjerm i lunsjen "et par

ganger". Hun prøvde derfor å finne aktuelle videoer på andre sykehus sine nettsider, og som nevnt tidligere brukte hun å se på OUS sine hjemmesider, hvor de har lagt ut videoer av hvordan av- og påkledning skal gjøres.

Ved et sykehus hvor en av informantene jobbet brukte sykepleierne også digitale verktøy som telefon eller walkietalkie i kommunikasjonen med leger i arbeidsdagen. Informanten forklarte:

Ja, de [legene] har gått visitt som vanlig, men de også tenkte seg nøye om før de gikk inn; at de ikke skulle gå inn i tide og utide. Så vi hadde mye kommunikasjon via telefon eller så hadde vi walkietalkie. Så det var veldig lett å ringe på dem hvis en lurte på noe (S3)

En sykepleier ved et universitetssykehus fortalte at hun hadde kommet med et forslag overfor avdelingen om at de kunne opprette en intern informasjonsvegg på Facebook, ettersom hun hadde positive erfaringer med det fra en annen avdeling hun jobber på:

Og så er det noen avdelinger som har opprettet sånne egne informasjonsvegger, hvor de poster info som er nytt for avdelingen, siden det ofte har vært mye frem og tilbake i forhold til hvordan man skal bruke smittevernutstyr, eller endringer i forhold til det, og endringer i forhold til bemanning, og litt diverse. Og det syns jeg har vært veldig greit på den andre avdelingen som jeg jobber, for der har de vært veldig flinke til å bruke det. Så jeg har foreslått det for min egen avdeling. De kan gjerne poste oppdateringer for vår avdeling der da, for at på en måte være litt proaktiv med informasjon så man vet hva som skjer, men det ble ikke tatt imot som et alternativ. (S4)

Vi vet ikke nøyaktig hvorfor forslaget ikke ble tatt til følge. Det kan ha hatt flere årsaker. Det er imidlertid lett å tenke seg at ikke alle ønsker å prioritere det å ta i bruk nye digitale løsninger som ikke er strengt nødvendige i en allerede stressende hverdag. Samtidig som urolige tider også bidrar til – og krever – nytenkning og ny teknologibruk.

16.2 Kommunikasjon mellom pårørende og pasienter/brukere

Det andre området innenfor bruk av digitale løsninger er knyttet til kommunikasjon mellom pårørende og pasienter/brukere som er innlagt på sykehus eller bor på sykehjem. I intervjuene kom det frem flere eksempler på arbeidsplasser som gjorde forsøk på å ta i bruk nettbrett og lignende verktøy som en erstatning for fysiske møter med pårørende, spesielt i perioden da det var helt stengt for besøk ved sykehus og sykehjem. En sykepleier ved et sykehjem var fornøyd med at det ble ordnet med utstyr hos dem, selv om ikke alle brukerne hadde like stor nytte av det:

Det skal ledelsen ha, de kjøpte jo inn iPad-er til alle avdelingene, sånn at de kunne prøve å ha videosamtaler og sånt noe. Og det fungerte for noen, absolutt, noen hadde veldig glede av det, men igjen da, de i sykehjemmene, de forstår ikke. De forstår kanskje ikke at de ikke får så mye besøk heller, men likevel så er de jo vant til å ha mye kontakt med oss. Daglig kontakt med oss, og nå skal vi plutselig stenge de inne på rommene sine. (K5)

Intervjuene tyder også på at det har vært en del plunder med det tekniske utstyret flere steder. Mange ansatte har manglet kunnskap om hvordan man skal få løsningene til å virke. I tillegg hadde de liten tid til å lære seg hvordan det skulle brukes og hvordan man skulle få det til å virke. Ved et

sykehjem strevde de en god del med å få ordnet med det tekniske utstyret, men de greide det etter en stund:

Det var nettbrett- ja ikke Ipad-er nei. Men det var jo det hvordan du skulle gjøre det. Det var jo så vanskelig, og da måtte motparten ha det der google-greiene for det var det eneste vi fikk til å bruke...Meets eller noe sånn. Så de klarte aldri å få det opp å gå tror jeg (...) Jo faktisk det er én pasient som bruker det fortsatt. Men det tok litt tid. (K15-16)

To sykepleiere ved et sykehjem fortalte at de hadde hatt intensjoner om å bruke nettbrett som en måte beboere og pårørende kunne ha kontakt på, men at det ikke gikk:

Vi prøvde, vi skulle gjort det, det var kanskje i første etasje, men vi gjorde det ikke, vi hadde ikke tid til å prøve det (...) Vi har ikke tid til det. Alle pårørende ringer døgnet rundt, fordi de er bekymret for at koronaen har kommet hit. Så vi har ikke tid (K3-4)

Vi ser at liten tid virker som et hinder for å sette seg inn i bruken av nye digitale løsninger. Vi vet at arbeidspresset for sykepleiere ved sykehjem er høyt, og det er derfor ikke overraskende at å lære seg å bruke digitale verktøy blir nedprioritert. Ved et annet sykehjem prøvde de ansatte å oppfordre pårørende til å ordne med en iPad eller lignende utstyr, slik at det ikke var sykehjemmet som stod for selve verktøyene. Deres erfaring var at det var få som benyttet seg av det:

Vi oppfordra, noen av dem gjorde det, husker jeg. Ja, det gjorde de. Men vi kunne jo ha brukt mye mer av det, synes jeg. I alle fall i den tida, hadde jeg ønska hvis det hadde vært mulig. Vi sendte jo ut et skriv med tilbud om at de kunne komme med iPad og sånne ting, men [det var] ikke så mange som benytta seg av det. (K1)

En intensivsykepleier (S2) ved et stort sykehus fortalte at de også prøvde å bruke iPad, men at det ikke fungerte så godt. De fikk for eksempel bare lyd én vei uten å skjønne hvorfor, og det var også vanskelig å stille inn bildet riktig. Hun hadde likevel i prinsippet tro på at digitale løsninger kan bidra til å styrke kontakten mellom pasienter og pårørende, men at det i dette tilfellet dessverre ikke fungerte.

Et annet eksempel på bruk av digitale verktøy for kommunikasjon mellom pasienter og pårørende, ble fortalt av en informant ved et annet sykehjem enn de nevnt over. Ved dette sykehjemmet hadde de tatt i bruk nettbrett med programmet Whereby som gjorde at de både kunne organisere og gjennomføre digital kontakt mellom pasienter og pårørende:

Veldig tidlig så fikk vi fra Røde Kors her i kommunen sånne nettbrett, med et program som heter Whereby. Altså det engelske Whereby. Da gjorde de pårørende avtale, sånn at på en gitt dag og klokkeslett så logget vi oss på, og så at det var en pårørende som vi da koblet til rett bruker. Og det fungerte veldig godt for noen. For da kunne de sitte i fred og ro inne på sitt eget rom, og ha besøk via det nettbrettet. (K12)

Ut ifra intervjumaterialet ser det altså ut som det ble gjort mange forsøk på å ta i bruk digitale verktøy for å tilrettelegge for kommunikasjon og kontakt mellom pasienter/brukere og pårørende, men på grunn av mangel på tid til opplæring og tekniske problemer ble det ikke alltid like vellykket.

16.3 Digital kommunikasjon mellom sykepleiere og brukere

Det tredje området innenfor bruk av digitale løsninger er knyttet til kommunikasjon mellom sykepleiere, brukere og pasienter. Ett eksempel på det er helsesykepleiere som holdt kontakt med elever mens skolene var stengt. Informanten som kom med sitatet under, ga uttrykk for at hun og kollegene etter hvert innså at de ikke kunne særlig mye om ungdommenes digitale kommunikasjonskanaler.

Jeg tenker at vi som helsesykepleiere...vi kom jo senere i gang med [digitale løsninger] «Hva gjør vi nå?» enn for eksempel lærere, de kastet seg rundt med en gang. (...) noen av oss hadde ikke snap-konto, for eksempel, noen hadde ingenting som Teams eller alle disse her digitale verktøyene i boks. Så der var vi jo helt akterutseilt egentlig, i starten. (...) Og der har vi jo en vei å gå, på å være mer digitale. Og det tenker jeg bare at vi må, vi må bli flinkere på og satse på og tørre, vi er jo litt sånn treg gruppe.(...) Vi er litt sånn «flink pike», snille (K7)

Ifølge henne tok det noen uker før alle helsesykepleierne på den aktuelle skolen skjønte at de måtte koble seg på de digitale arenaene og informere om at “vi er her, og vi er på jobb”. Da prøvde både hun og kollegene seg fram med ulike meldinger til elevene. Hun fortalte:

Ja, jeg bare la ut litt sånn på en «story» på snap, altså “I dag må dere huske å stå opp fra senga, kom dere ut og få litt luft”, før de begynner på skolen og litt sånn. Man må jo bare prøve. Og så tenker jeg nå at noe har fungert helt elendig, og så er det noe som har vært nyttig, og det får jeg jo aldri svar på. Sånn må det være. (K7)

En av de andre helsesykepleierne vi intervjuet som også arbeider i skolehelsetjenesten, fortalte at hun tenkte mye på flere av ungdommene og var også bekymret for noen av dem. Hun satt selv hjemme i påvente av å bli omdisponert og ville veldig gjerne høre hvordan det gikk med dem. De hadde imidlertid ingen treffpunkter, og hun ønsket derfor å bruke en digital kommunikasjonskanal. Men som hun sa:

Så fikk vi liksom ikke lov til å gå inn på Teams, men jeg tror jeg lurte meg bittelitt innpå og chattet med et par stykker. Eller om det var de som oppsøkte meg ... Og så var ikke det lov. Det var så lite som var lov. (K6)

Kommuneledelsen mente altså at Teams ikke var et sikkert verktøy for kommunikasjon, og hun fikk derfor ikke bruke det. Etter de spede forsøkene med Teams innledningsvis, sluttet hun og hadde ikke lenger kontakt med ungdommene.

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at det er 36 prosent som i stor eller svært stor grad har økt telefonkontakt med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen. Andelen er litt lavere i spesialisthelsetjenesten (35 prosent) og i kommunene (37 prosent) enn i privat sektor (40 prosent).

Tabell 16.1 Antall og andel som har svart på i hvilken grad arbeidsplassen har økt telefonkontakt med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen

	Kommunal sektor		Spesialisthelsetjenesten		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1 351	15	1 213	13	140	16	2 753	14
I stor grad	1 968	22	2 067	22	218	24	4 321	22
I noen grad	2 494	28	2 710	28	250	28	5 530	28
I liten grad	1 313	15	1 368	14	104	12	2 814	14
I svært liten grad	1 773	20	2 197	23	179	20	4 212	21
Total	8 899	100	9 555	100	891	100	19 630	100

Det er 17 prosent av sykepleierne som svarer at de i stor eller svært stor grad har økt bruken av videokonsultasjoner med brukerne/pasientene. Andelen er betydelig høyere i privat sektor (32 prosent) enn i kommunal sektor (16 prosent) og spesialisthelsetjenestene (17 prosent).

Tabell 16.2 Antall og andel som har svart på i hvilken grad arbeidsplassen har økt bruk av videokonsultasjoner med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen

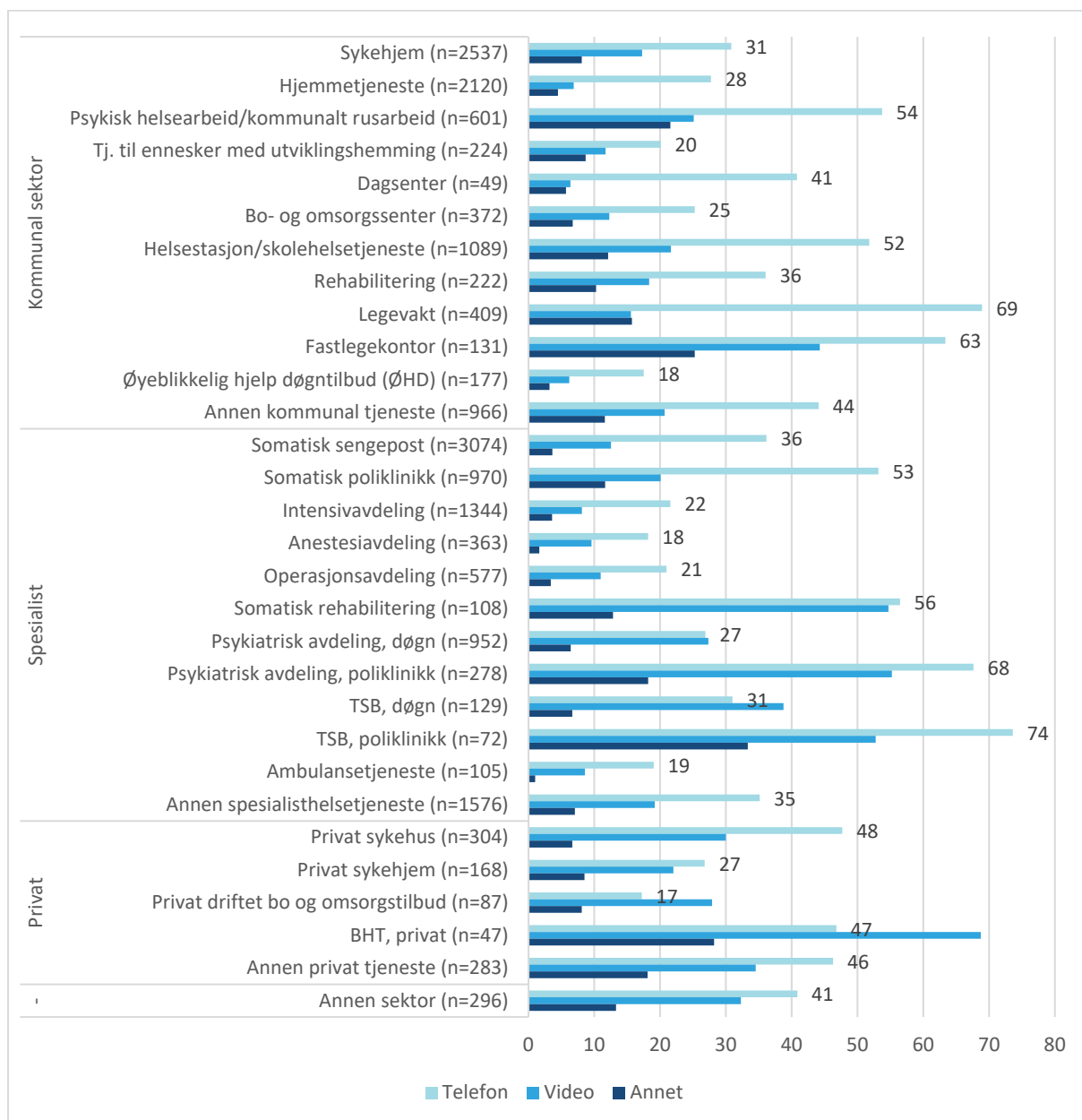
	Kommunal sektor		Spesialisthelsetjenesten		Privat sektor		Totalt	Totalt
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	484	6	607	6	117	13	1 249	6
I stor grad	916	10	1 037	11	164	19	2 166	11
I noen grad	1 745	20	1 666	18	155	18	3 615	19
I liten grad	1 528	17	1 471	16	119	13	3 154	16
I svært liten grad	4 104	47	4 660	49	327	37	9 191	47
Total	8 777	100	9 441	100	882	100	19 375	100

Det er 8 prosent som svarer at de i stor grad har økt bruk av annen løsning. I privat sektor er det 12 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har økt bruk av annen løsning, mens andelen er ni prosent i kommuner og seks prosent i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 16.3 Antall og andel som har svart på i hvilken grad arbeidsplassen har økt bruk av annen løsning med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen.

	Kommunal sektor		Spesialist-helsetjenesten		Privat sektor		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	228	3	144	2	34	5	417	3
I stor grad	447	6	298	4	48	7	813	5
I noen grad	1 018	14	728	10	94	14	1 861	12
I liten grad	1 119	16	1 104	15	95	14	2 347	15
I svært liten grad	4 302	60	5 233	70	419	61	10 099	65
Total	7 114	100	7 507	100	690	100	15 537	100

Under annet er det nevnt at de har hatt ansvarsgrupper på Skype eller Teams, at de har hatt digitale møter og kurs, bruk av iPad i kontakt med pårørende, at de har brukt mer SMS osv. Det ser ikke ut til at det er mye mer enn telefon og videokonsultasjoner som er benyttet når vi går gjennom kommentarene som er gitt i det åpne feltet.



Figur 16.1 Andel som i stor eller svært stor grad har økt kommunikasjon på telefon, video og annet.

16.4 Oppsummering

Intervjuene har vist at det har vært gjort en økt innsats med digital kommunikasjon og informasjonsdeling på tre hovedområder under pandemien. Det første området er at tjenestene i større grad enn tidligere har tatt i bruk digitale kommunikasjons-/informasjonsverktøy for interne formål, som informasjonsdeling og opplæring. Det innebar mer omfattende bruk av e-post, SMS, og lyd/bilde-plattformer som Teams og Skype. Videre har mange brukt e-læringsopplegg, inkludert opplæringsvideoer for av og påkledning av smittevernutstyr. Det andre området er at digitale verktøy, på grunn av besøksrestriksjoner, har vært forsøkt som erstatning for manglende ansikt til ansikt kontakt mellom pasienter og pårørende. Vi har sett at det hovedsakelig er Ipad-er som er forsøkt brukt. Intervjuene har imidlertid vist at det kontakt via Ipad ikke har fungert så godt alle steder. Trolig har det hatt å gjøre med at sykepleierne har hatt lite tid og ressurser til å lære seg selv – samt lære opp pasienter og pårørende – i å bruke slike verktøy. Det tredje området, digital kontakt mellom tjenestene og brukere/pasienter var for eksempel helsesykepleiere som prøvde ut nye måter å kommunisere med elevene på, for eksempel via Teams eller Snapchat. Alt i alt tyder intervjuene på at det har vært vilje til å forsøke nye måter å kommunisere både med pasienter/brukere, internt i tjenestene og mellom pasienter og pårørende.

Fra den nasjonale kartleggingen finner vi at det er 36 prosent som i stor grad har økt telefonkontakt med brukere/pasienter som følge av koronasituasjonen. Andelen er litt lavere i spesialisthelsetjenesten (35 prosent) og i kommunene (37 prosent) enn i privat sektor (40 prosent). Det er 17 prosent av sykepleierne som svarer at i stor grad har økt bruken av videokonsultasjoner med brukerne/pasientene. Andelen er som for økt telefonbruk betydelig høyere i privat sektor (32 prosent) enn i kommunal sektor (16 prosent) og spesialisthelsetjenestene (17 prosent). Det er 8 prosent som svarer at de i stor grad har økt bruk av annen løsning enn telefon og videokonsultasjoner. I privat sektor er det 12 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har økt bruk av annen løsning, mens andelen er ni prosent i kommuner og seks prosent i spesialisthelsetjenesten. Under annet er det nevnt at de har hatt ansvarsgrupper på Skype eller Teams, at de har hatt digitale møter og kurs, at de har benyttet iPad i kontakt mellom brukere og pårørende, at de har brukt mer SMS osv. Men det ser ikke ut til at det er mye mer enn telefon og videokonsultasjoner som er benyttet i kontakt mellom tjenestene og brukere/pasienter.

17 Forbedring av beredskap

17.1 Systematisering av lærdom og erfaringer

I dette kapitlet tar vi for oss hva slags erfaringer og lærdom sykepleierne har gjort seg i løpet av pandemien, med tanke på framtidige liknende situasjoner og utarbeidelse av nye beredskapsplaner. Vi har undersøkt følgende overordnede spørsmål:

- Hva er den viktigste lærdommen sykepleierne har fått i løpet av pandemien?
- Har noen hatt ansvar for å systematisere lærdommen man har opparbeidet seg i løpet av pandemien til utarbeidelse av ny beredskapsplan?

Sykepleierne som vi har intervjuet, har kommet med mange og varierte innspill om hvilken lærdom man kan trekke av håndteringen av pandemien så langt. Mange snakket om en bratt læringskurve. Det ser ut som de fleste informantene mener at organisasjonen har lært mye underveis, men vi finner også eksempler på informanter som mener at arbeidsplassen har lært lite og har gjort lite for å evaluere praksis og systematisere lærdom.

17.2 Smittevern og smittvernutstyr

Det er et felles synspunkt at man har blitt mer bevisst på smittevern. Det gjelder alt fra håndvask til å passe på å ha tilstrekkelig smittevernutstyr tilgjengelig. Vi skal se på et par eksempler fra sykepleiere i sykehjem:

Den sterkeste lærdommen jeg sitter igjen med er jo smittevern rett og slett. Jeg tenker at i det daglige på sykehjem, så er vi egentlig alt for dårlige på det. Så jeg tenker at det har vært god lære for alle oss på sykehjem, at det skjer faktisk. Smitteforebygging, det syns jeg har vært veldig lærerikt. (K5)

Nå er vi veldig påpasselig på symptomene. Vi er påpasselig på dette med håndhygiene, det ligger i ryggmargen, så akkurat den biten er ok. Men det at vi har prosedyrer der vi har ting og utstyr tilgjengelig, det er utrolig viktig. At vi vet hva vi skal gjøre, hvis det skulle oppstå igjen, en sånn situasjon. Da er vi mer klar over det. Det jeg vil poengtere her, er at dette er et nasjonalt problem, det er ikke bare lokalt. Det er dårlige ressurser vi har i kommunen, i kommunen har vi dårlige ressurser kontra sykehus som er statlig, der er det mer ressurser, både utstyr og personale. (K2)

Vi ser tendenser i intervjumaterialet til at sykepleiere i kommunen lever med litt knappere ressurser enn sykepleiere i sykehus, uten at vi kan si noe sikkert om det. Samtidig har vi tidligere i rapporten sett at omtrent alle helsetjenester sparte på smittevernutstyr i begynnelsen, mye drevet fram av en medieskapt frykt for å gå tom. Uansett er det en lærdom at alle institusjoner/enheter trenger å høyne oppmerksomheten på smittevern, utforme gode smittevernrutiner og ha utstyr på lager. Dette er ikke overraskende lærdom.

17.3 Kriseforståelse og trinnvis opptrapping av beredskap

Et annet mer generelt tema som ble tatt opp i intervjuene, var behovet for at alle enheter, også de som ikke har smitte, har en forståelse for krisen. Vi kan trekke en parallell til hva man ser generelt i befolkningen, er man uberørt av smitte og ikke selv er i risikogruppe eller har kjente i risikogruppe, er det lett å bli sløv i overholdelse av smitteverntiltak. Tilsvarende opplevde en leder i en kommune det:

Så det med kriseforståelse, og det må jeg si også internt hos oss med alle de sykehjemmene jeg har ansvar for, så var det litt å få med seg folk til å skjønne alvoret i det blant de som ikke hadde smitte. Og det avhenger av alle sammen. Når du ikke står midt oppi det så klarer du ikke å forestille deg alt du må gjøre og alle de tankene som går gjennom og alle de hensyn du må ta midt oppi det. Så det sier jo de lederne som ikke har hatt smitte, at de har en annen opplevelse av hvordan våren har vært, enn de som har hatt smitte. (K14)

Videre var det mange som mer eller mindre eksplisitt tok opp behovet for mer dynamiske endringer i bemanning som beskrevet i beredskapsplanene. I kapitlet om omdisponering så vi at flere av sykepleierne ønsket seg tilbake til sin ordinære arbeidsplass og flere opplevde at det ikke var behov for dem på covid-enheten/legevakta etc. En lærdom er altså å jobbe mot mer dynamiske tilbakeføringsplaner. På samme måte var det informanter som argumenterte for at de ønsket seg trinnvis opptrapping til omdisponering, med mulighet til at personale kunne forberede seg litt:

Det er nok også en sånn lærdom, tenker jeg, til en annen gang, at vi må lage beredskapsplaner som gir trinnvis opptrapping, sånn at vi skjønner at "bomba slippes ikke i dag". Det blir en sånn trinnvis sak, og det er jo noe som beredskap her [på sykehuset] har tatt tak i, at vi må lage trinn 1, trinn 2, trinn 3, trinn 4. Og det involverer at det personellet som skal involveres blir forberedt. (S12)

17.4 Administrasjon og koordinering av ressurser

Et annet overordnet tema der sykepleierne hadde gjort seg erfaringer - og hvor de så behov for forbedringer - handlet om administrasjon og koordinering av ressurser. Vi har vært innom også dette temaet tidligere i rapporten, det ble særlig aktualisert i forbindelse med omdisponeringsprosesser. En sykepleier (leder) ved et sykehus påpekte av koronaposten hadde 17 sykepleiere på vakt og knapt nok en eneste pasient. Hun mente derfor at personalressursene må fordeles mye bedre og sa: "Det er jo noe man kan lære av i etterkant av dette her, at det kunne ha vært koordinert bedre." Dette kan vi også se i lys av argumentasjonen over, der flere ønsker seg en mer dynamisk opp-/nedtrapping av omdisponering. Et annet poeng som kom fram – også i forbindelse med omdisponering – var at man risikerte at pasientbehandlingen ble faglig uforsvarlig dersom mange av det faste personellet ble omdisponert til covid-avdelinger. En informant mente at i stedet for å omdisponere så mange av de som hadde den nødvendige fagspesifikke kompetansen kunne man bruke sykepleiere fra bemanningspoolen på covid-avdelinger. På den måten kunne man i større grad holde fagkompetansen i moderavdelingen. En leder ved et annet sykehus ønsket også mer hensiktsmessig flytting av personale og at smittevern og andre nøkkelpersoner må være tidlig påkoplet og være ressurser for de som skal omdisponere – og bli omdisponert. I tillegg ønsket hun, som mange andre,

hjelp og avlastning med administrasjon. En tredje leder i sykehus hadde etterlyst mer administrativ støtte:

Det har jeg etterlyst. At det må være en som... Jeg kan lede, men så må jeg ha en ved siden av meg som kan administrere sammen med meg for å få arbeidslister i orden og for å få oversikt over hvem som har fått undervisning om hva. Ja, litt bedre systemer da. Og det fikk vi jo etterhvert, men da hadde det jo vært kaos i tre uker... (S11)

Som vi også har tatt opp i kapitlet om ledelse, var det flere informanter som reflekterte rundt hvorvidt ansatte skulle beholde egen leder eller bytte leder når de kom til en ny avdeling. Dette var noe flere ønsket mer systematikk og bedre løsninger på.

17.5 Mer systematisk læring og erfaringsutveksling internt og på tvers

Som nevnt innledningsvis i kapitlet har mange av informantenes arbeidsplasser jobbet veldig godt med å håndtere pandemien. Informantene har snakket mindre om hvordan de har systematisert læringen, men noen har beskrevet noen tiltak. Et eksempel er et sykehjem der de startet å skrive en logg da de fikk smitte. I loggen beskriver de hva avdelingen gjør til enhver tid knyttet til smittesituasjonen:

Vi har skrevet en logg på noen og sytti sider eller noe sånt. Den er fra vi fikk smitte på huset. [den handler om] ... "hva gjør enheten i forhold til korona? Hva er det vi gjør i avdelingen? Hvordan trekker vi inn ansatte?" Det er vel litt for å i etterkant å kunne ha en oversikt, og så viste det seg at vi gjorde rett i å gjøre det - også med tanke på tilsyn på enheten for det også var det snakk om i den mest hektiske perioden (...) Jeg tror nok mest det for læring - at en kan gå tilbake å se hva vi har gjort og samtidig dokumentert alt vi har gjort, for det også er viktig (K3-4)

Det er interessant å merke seg at selv om det primære formålet med loggen er å dokumentere for å skape læring, finnes det også en tanke i bakhodet om at avdelingen kan oppleve tilsyn og at ved å dokumentere alt man har gjort har man sitt på det tørre.

Ønsket om mer erfaringsutveksling på tvers av organisasjoner ble også nevnt i intervju. Det er ikke veldig mange informanter som har etterlyst det, men vi vurderer det som et relevant innspill likevel. En leder i sykehus sa det slik:

Hvis en skulle tenkt litt "hårete", så tenker jeg at vi kanskje skulle hatt litt mer kontakt med andre sykehus, at vi hadde drevet litt likt, [og hatt] en sånn liten brief en og annen gang: "hvordan er det hos dere? Hva har dere gjort?" Erfaringsutveksling og sånn. Vi burde jo nærliggende ha hatt i forhold til Helse NN, at vi hadde hatt en dialog på hvordan går det hos dere i deres divisjon og i deres klinikk? Hva har dere gjort, og hva har vi gjort som var en lur løsning? Andre kan jo ha gjort ting som var kjempelurt som jeg kunne ha lært av og gjort underveis og som ble en god greie for oss, og der føler jeg nok at vi har hatt lite. (S12)

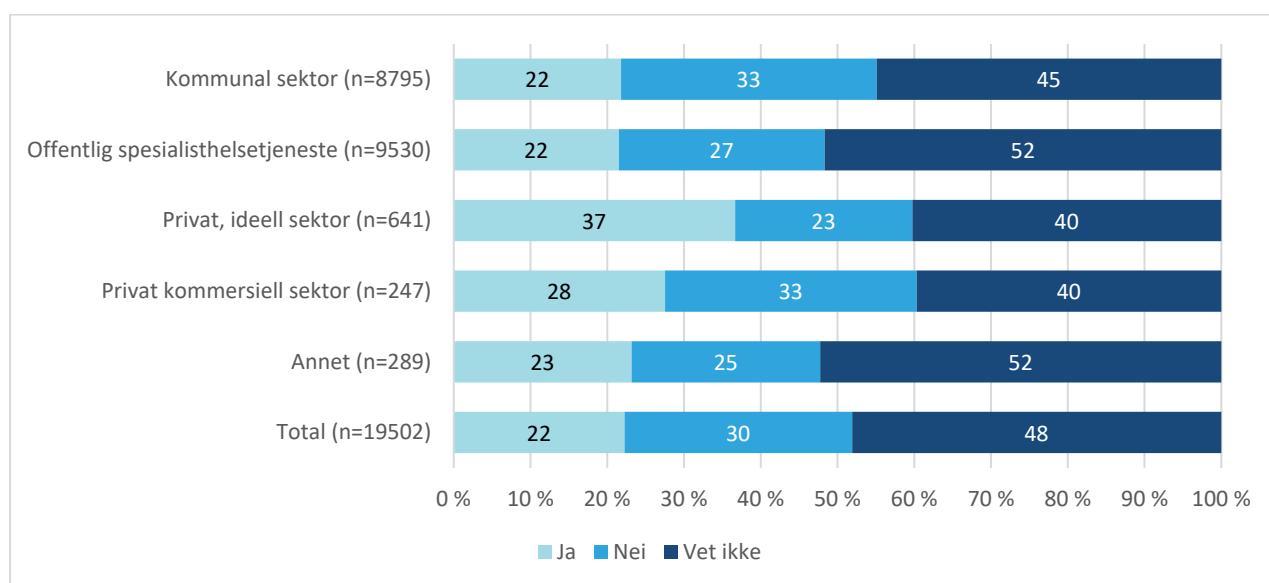
Helt til sist tar vi med en refleksjon om hvordan den høye graden av spesialisering innenfor helsesektoren, og særlig innenfor sykehus, virker inn når ansatte skal omdisponeres i krisesituasjoner. Sykehuslederen, som sitert over, hadde gjort seg disse tankene:

Det som jeg har sett i denne prosessen er jo at (...) vi jobber med masse akademiske folk som har lyst til å gjøre ting skikkelig, sånn at det er et enormt fagbehov. Men at vi kanskje skulle ha tenkt for lenge siden at vi skulle ha drevet mye mer med fag på tvers. Vi blir veldig sånn "sykehus" (...) og veldig sentrert om det ene organet som er mitt, på en måte. Så når du skal til å jobbe med andre organer og andre problemstillinger, så er du liksom helt lost. Så det å tenke at vi skal drive med mer fagutvikling og mer hospitering, mer sånn på tvers-greier som vi faktisk kan bruke i den daglige driften... (S12)

Spesialiseringen som oftest vurderes som en stor styrke, kan altså også skape en sårbarhet i organisasjonen. Det kan være noe som har blitt synliggjort under pandemien, uten at dette kommer tydelig frem i de andre intervjuene.

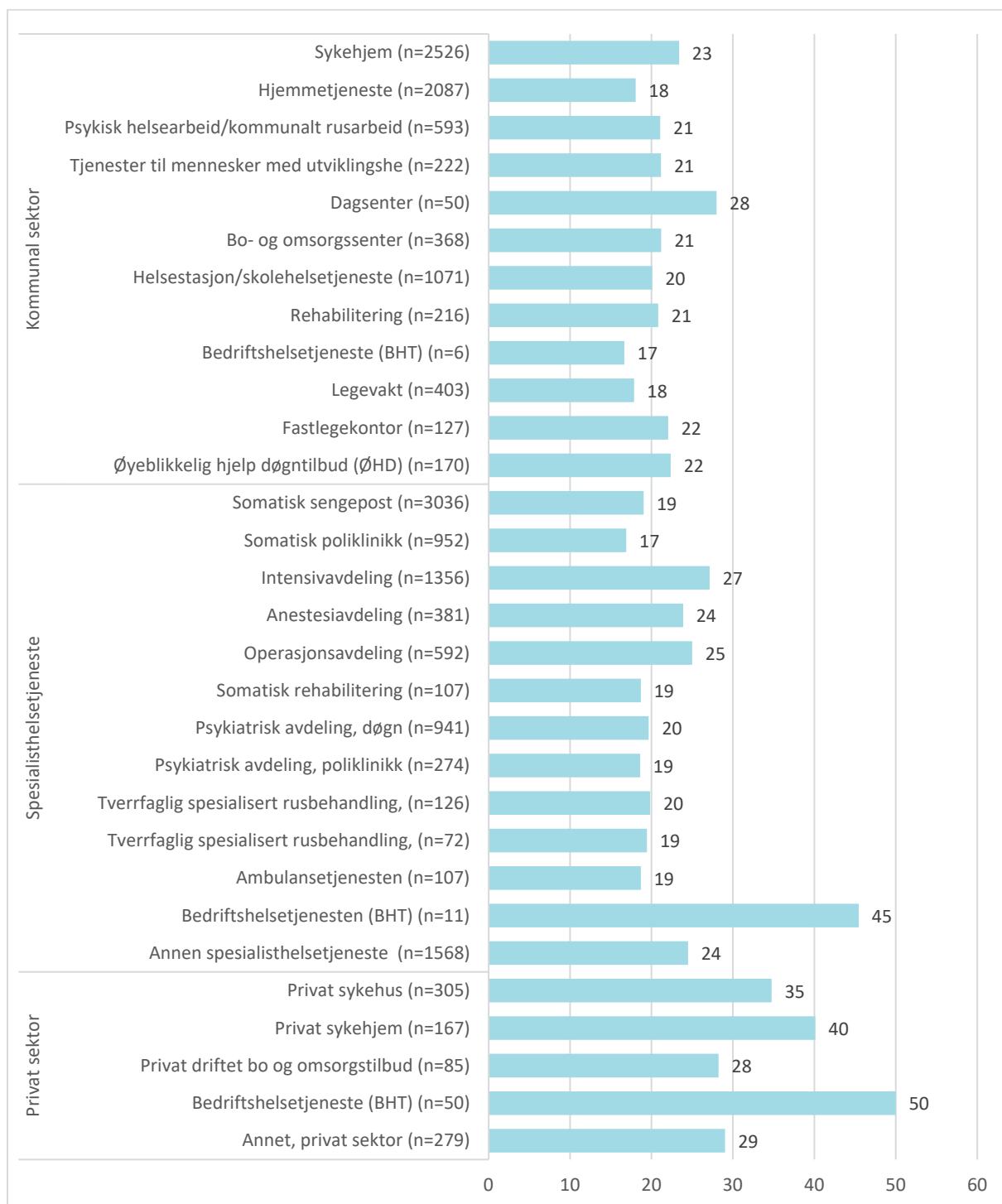
17.6 Systematisering av erfaringer til bruk i ny beredskapsplan

Den nasjonale kartleggingen viser at det er 22 prosent av sykepleierne som svarer at noen på arbeidsplassen deres har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer de har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan. Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de ikke vet om noen har fått et slikt ansvar.



Figur 17.1 Prosent som svarer på om det er noen på arbeidsplassen som har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer de har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan.

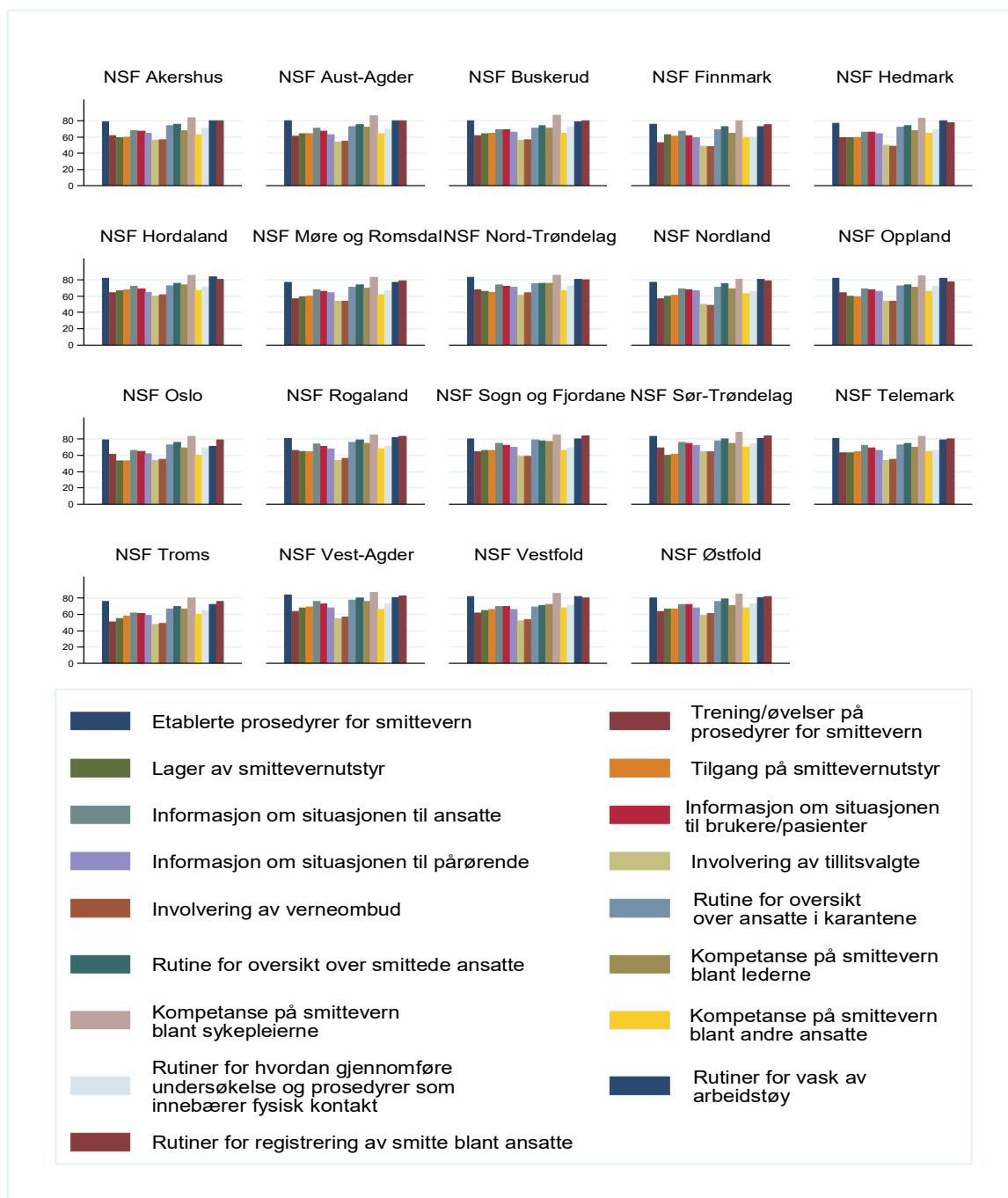
Vi ser videre på andel som svarer at de vet at noen har fått dette ansvaret og fordeler på type arbeidsplass. Det er flest som svarer ja blant ansatte i BHT og i private sykehjem og sykehus.



Figur 17.2 Prosent som svarer at det er noen på arbeidsplassen som har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer de har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan (n=18248).

17.7 Beredskapssituasjonen i september-oktober 2020

Den mest komplette informasjonen om geografisk lokasjon til respondentene er fra medlemsregisteret til NSF. Vi benytter derfor denne grupperingen av sykepleierne for å si noe om geografisk variasjon i beredskapssituasjonen da sykepleierne fylte ut svarene sine.



Figur 17. 3 Andel sykepleiere som svarer at de i svært stor eller i stor grad arbeidsplassen er forberedt på økt smitte i befolkningen på ulike områder. NSF-lag.

Generelt (gjennomsnitt av alle indikatorene) er det færrest som svarer at de er godt forberedt i Oslo, Troms og Finnmark. De høyeste gjennomsnittsandelenes finnes i Trøndelag.

17.8 Oppsummering

I intervjuene fant vi at flere informanter mener at pandemien har ført til at man er blitt mer bevisst på smittevern generelt, og dette gjelder alt fra håndvask til å passe på å ha tilstrekkelig smittevernutstyr tilgjengelig.

Når det gjelder omdisponering, som en del sykepleiere har blitt berørt av, fant vi at flere av informantene ønsker seg trinnvis opptrapping til omdisponering, slik at personale bedre kan forberede seg. Flere peker også på muligheten for å jobbe mot mer dynamiske tilbakeføringsplaner når en omdisponeringsperiode er ferdig.

Flere mener videre at det overordnede beredskapsarbeidet og gjennomføringen av arbeidet som har skjedd våren 2020 kunne vært organisert bedre, og kunne ha vært drøftet mer på tvers av tjenestene for å sikre erfaringsutveksling. Det ble også stilt spørsmål ved hvordan den høye graden av spesialisering innenfor helsesektoren, og særlig innenfor sykehus, virker inn når ansatte skal omdisponeres i krisesituasjoner. Et mer generelt tema som ble tatt opp, var behovet for at alle enheter, også de som ikke har smitte, har en forståelse for krisen og handler i solidaritet med de som jobber tett på smitten.

Den nasjonale kartleggingen viser at det er 22 prosent av sykepleierne som svarer at noen på arbeidsplassen deres har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer de har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan. Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de ikke vet om noen har fått et slikt ansvar, og det kan være grunn til å undersøke årsaken til dette nærmere.

18 Avslutning og konklusjon

I denne studien har vi altså undersøkt sykepleieres erfaringer med koronapandemien. Det omfatter erfaringer fra starten av 2020 til september-oktober 2020, da datainnsamling var ferdig. Funnene som presenteres i rapporten må, som nevnt innledningsvis, forstås som sykepleiernes erfaringer med den første fasen. De vil stadig vekk gjøre seg nye erfaringer i takt med at situasjonen utvikler seg.

Studien har handlet om *sykepleieres* erfaringer. Mange av problemstillingene vi har undersøkt handler imidlertid om hvordan *arbeidsplassen* har vært forberedt på koronapandemien, i hvilken grad den har opprettholdt aktivitet, hvordan ledelsen ved arbeidsplassen har informert og kommunisert til de ansatte etc. Vi vil derfor argumentere for at studien har en overføringsverdi til andre yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene som jobber med pleie og omsorg, for eksempel helsefagarbeidere. Videre har temaene konsekvenser for pasienter og pårørende gått utover spesifikke erfaringer for sykepleierne. Andre yrkesgrupper vil kunne ha gjort seg andre erfaringer om konsekvensene for pasientene, men siden sykepleierne jobber svært tett på/med pasientene, er deres forståelse av konsekvensene viktig.

Studien har vist at sykepleiere som har vært i arbeid under pandemien har gjort en stor innsats, herunder tatt mye ansvar og jobbet mer enn vanlig, på nye steder og med nye oppgaver. Mange sykepleiere har erfart mangel på smittevernutstyr og har jobbet uten nødvendig utstyr i smittesituasjoner. Flere sykepleiere har blitt smittet av koronavirus enn befolkningen generelt. Pasienter/brukere og pårørende har, ifølge sykepleierne, merket alvorlige konsekvenser av pandemien. Nedstengte tjenester og frykt for smitte har ført til at mange har fått for lite tjenester eller har takket nei til tjenester. Generelt har sykepleiere som har jobbet under pandemien opplevd økt belastning på arbeidsplassen og redusert jobbtillfredshet. Mange har vært redde for å bli smittet og bringe smitte videre, og har følgelig også opplevd store begrensninger i familieliv – og i privatlivet ellers. Sykepleierlederne har hatt lange arbeidsdager og måttet håndtere mange utfordrende situasjoner. Også sykepleierstudentene har merket konsekvenser av pandemien. De har hatt endringer i praksis og reduserte læringsmuligheter.

Vi er i skrivende stund over i fase 2 av pandemien, og den er på ingen måte over. Vi kan likevel ane konturene av langsiktige konsekvenser, sett i lys av blant annet lav bemanning i kommunene, etterslepet av pasientbehandling som skal tas igjen og nye oppgaver som kommer i kjølvannet av pandemien (vaksinasjoner, ettervirkninger av covid-19-sykdom og rehabiliteringsbehov). Vi avslutter med å foreslå noen forbedringspunkter i det videre beredskapsarbeidet for pandemihåndtering. Det er krevende å skulle gi gode vurderinger og entydige anbefalinger i en situasjon som er preget av usikkerhet og noen ganger også stor uenighet om hva slags tiltak og handlinger som skal iverksettes. Våre refleksjoner knyttet til videre arbeid med beredskap og pandemihåndtering tar utgangspunkt i det empiriske materialet som samlet inn i studien. Det er liten tvil om at sykepleiere – og andre – har hatt en bratt læringskurve i løpet av pandemien. Beredskapen har blitt forbedret underveis, selv om det fortsatt er forhold å ta tak i. Beredskapsplanlegging må gjøres på mange steder i samfunnet, og

den kunnskapen som studien har bidratt med bør derfor være nyttig både for arbeidsgivere, myndigheter og lokalpolitikere.

Forbedringspunkter for videre beredskapsarbeid og pandemihåndtering i helse- og omsorgstjenestene:

- Kommunal beredskap har ligget bak beredskapsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Beredskapsplanlegging- og arbeid må få prioritet i kommunene/kommunal helse og omsorgstjeneste.
- Mange arbeidsplasser har uegnede lokaler og er generelt dårlig tilpasset til å holde nødvendig avstand i en smittesituasjon og overholde karanteneregler. Pandemisk beredskapsarbeid må finne løsninger på disse problemene.
- Forhold omkring omdisponering av personale, for eksempel varighet, avvikling, og ansattes medvirkning må planlegges og beskrives i beredskapsplaner. Man bør vurdere å ha mer fleksible planer for avvikling av omdisponering.
- Mangel på utdannet personale i helse- og omsorgssektoren har blitt synliggjort under pandemien. Med mange ansatte i karantene oppstår behov for ekstra personale. Flere har opprettet vikarbanker og ressurspooler av forskjellig slag parallelt med at pandemien brøt ut. Slike ordninger bør gjøres permanente slik at de lett kan mobiliseres ved eventuelle nye krisesituasjoner.
- Å være i beredskap for omdisponering uten noen sluttdato oppleves krevende og uforutsigbart. Det er viktig å tidfeste varigheten ansatte kan være i beredskap for omdisponering.
- Det er gode erfaringer med å gi opplæring i smittevern på mange ulike måter, inkludert gjennom e-læring og andre digitale kilder. Informasjon og opplæring bør foregå gjennom ulike kilder; på ulike måter og på ulike tidspunkt for å nå flest mulig.
- Mange arbeidsplasser hadde lite utstyr i beredskap. Helseinstitusjoner bør ha et minimum av smittevernutstyr på lager, og på myndighetsnivå må det finnes gode ordninger som effektivt sikrer distribusjon av utstyr til alle deler av helse- og omsorgstjenesten.
- Pandemien har medført nedstengte tjenester og strenge besøksrestriksjoner, noe som har gitt til dels store konsekvenser for pasienter. I utarbeiding av framtidige beredskapsplaner bør man legge inn planer for oppfølging av pasienter/brukere som mister tjenester.
- Mange pårørende har fått en økt belastning under pandemien, fordi tjenestetilbud ble redusert eller stengt. Pårørende er en viktig ressurs, og en bør utforske hvordan de kan involveres, samtidig som de også må få informasjon og veiledning fra tjenestene.
- Det er viktig å ta hensyn til den akkumulerte belastningen som sykepleierne og andre ansatte i helse og omsorgstjenestene nå opparbeider seg. Mange har gått i lange perioder med høy arbeidsbelastning, og det videre HMS-arbeidet bør innrettes mot dette for å forebygge overbelastning på den enkelte. Mange utslitte ansatte reduserer tilgangen på nok personell i tjenestene.

- Mange sykepleiere har erfart negative konsekvenser på privatlivet på grunn av pandemien. Yngre sykepleiere mer enn eldre sykepleiere har opplevd negative konsekvenser på psykisk helse. Yngre sykepleiere bør derfor få særlig oppmerksomhet og oppfølging.
- Smittevern hensyn har ført til økt oppmerksomhet på digitale kommunikasjonsløsninger. Til tross for gode intensjoner fra tjenestenes side, har det ikke fungert optimalt. Sykepleierne har behov for mer kunnskap og kompetanse om digitale løsninger. Denne må opparbeides i roligere tider enn midt i en pandemi.
- Det er ganske få som har tildelt noen et spesifikt ansvar for å systematisere lærdommen man har gjort seg i løpet av den første fasen av pandemien. Systematisering av kunnskap, og drøfting av erfaringsutveksling på tvers av organisasjoner/arbeidsplasser for å forberede seg til en eventuell ny pandemi vil være nyttig.

Referanser

- Bolt, S., van der Steen, J., Mujezinović, I., Janssen, D., Schols, J., Zwakhalen, S., . . . Meijers, J. (2020). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 103781.
- Bruyneel, A., Gallani, M.-C., Tack, J., d'Hondt, A., Canipel, S., Franck, S., . . . Pirson, M. (2020). Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 102967. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., . . . research, c. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. 26, e924171-924171.
- Den nasjonale forskningsetiske komite for humaniora og samfunnsvitenskap. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., . . . Markar, S. (2020). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *MedRxiv*.
- Dionne, G., Desjardins, D., Lebeau, M., Messier, S., & Dascal, A. (2018). Health care workers' risk perceptions and willingness to report for work during an influenza pandemic. *Risks*, 6(1), 8. doi:<https://doi.org/10.3390/risks6010008>
- Embregts, P., van Oorsouw, W., & Nijs, S. (2020). Impact of infection outbreak on long-term care staff: A rapid review on psychological well-being. *Journal of Long-Term Care*, 2020, 70-79.
- Eriksen, S., Grov, E. K., Lichtwarck, B., Holmefoss, I., Bøhn, K., Myrstad, C., . . . Husebø, B. (2020). Palliative treatment and care for dying nursing home patients with COVID-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Gittoes, N. J., Criseno, S., Appelman-Dijkstra, N. M., Bollerslev, J., Canalis, E., Rejnmark, L., & Hassan-Smith, Z. (2020). Endocrinology in the time of COVID-19: Management of calcium disorders and osteoporosis. *European Journal of Endocrinology*, 1(aop).
- Helse Sør-øst. (2020). Smittevernuttstyr. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/smittevernuttstyr>.
- Hilbert-Carius, P., Braun, J., Abu-Zidan, F., Adler, J., Knapp, J., Dandridge, D., . . . Albrecht, R. (2020). Pre-hospital care & interfacility transport of 385 COVID-19 emergency patients: an air ambulance perspective. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 94. doi:10.1186/s13049-020-00789-8
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). Level and Predictors of PTSD Symptoms Among Health Workers and Public Service Providers During the COVID-19 Outbreak.
- Joni, G., Lara, P., & Kathleen, T. U. (2020). International COVID-19 palliative care guidance for nursing homes leaves key themes unaddressed. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Kim, Y.-J., Lee, S.-Y., & Cho, J.-H. (2020). A Study on the Job Retention Intention of Nurses Based on Social Support in the COVID-19 Situation. *Sustainability*, 12(18), 7276.
- Kim, Y. (2018). Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *American journal of infection control*, 46(7), 781-787.
- Kirkevold, Ø., Eriksen, S., Lichtwarck, B., & Selbæk, G. Infection control at nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Sykepleien Forskning*. doi:DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.81554

- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., . . . immunity. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control.
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., Ma, W., . . . Lo, C.-H. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 5(9), e475-e483.
- Norsk Sykepleierforbund. (2020a). *Sykepleieres hverdag under koronapandemien. Medlemsundersøkelse*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbund. (2020b). *Undersøkelse om situasjonen i sykehjem og hjemmetjenester i forbindelse med Covid-19*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2020). *Situasjonen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i april 2020. SINTEF-notat til Helsedirektoratet, 12. mai*. Trondheim: Sintef.
- Rao, S. S., Loeb, A. E., Amin, R. M., Golladay, G. J., Levin, A. S., & Thakkar, S. C. (2020). Establishing telemedicine in an academic total joint arthroplasty practice: needs and opportunities highlighted by the COVID-19 pandemic. *Arthroplasty Today*.
- Regjeringen. (2020). Timeline: News from Norwegian Ministries about the Coronavirus disease Covid-19. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/en/topics/koronavirus-covid-19/timeline-for-news-from-norwegian-ministries-about-the-coronavirus-disease-covid-19/id2692402/>
- Shah, A. S., Wood, R., Gribben, C., Caldwell, D., Bishop, J., Weir, A., . . . Goldberg, D. (2020). Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*, 371(371:m3582). doi:10.1136/bmj.m3582
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ursin, G., Skjesol, I., & Tritter, J. (2020). The COVID-19 pandemic in Norway: The dominance of social implications in framing the policy response. *Health Policy and Technology*.
- Wan, Z., Lian, M., Ma, H., Cai, Z., & Xianyu, Y. (2020). Factors Associated with Burnout among Chinese Nurses during COVID-19 Epidemic: a cross-sectional study.
- Zhang, S. X., Liu, J., Afshar Jahanshahi, A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J., & Sun, S. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 144-146. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no