



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Sykepleieres erfaringer i å utøve sykepleie til sykehjemspasienter med allmennfarlig smittsom sykdom

En kvalitativ studie

Solveig Lundin

Masteroppgave i sykepleie, SYP-3901-1 19H, juni 2020

Antall ord: 20 829

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende og lærerikt.

Jeg er svært fornøyd med å levere denne oppgaven som avslutter en tid som mastergradsstudent. Tiden med mine medstudenter og lærere i studiet, har vært svært givende for meg som person, og meg som sykepleier. Takk for inspirerende møter og bekjentskap, dere er en kunnskapsrik og flott gjeng!

Jeg vil takke min beste heilagjeng for hjelp og støtte i tiden under mastergradsstudiet og - oppgaven spesielt. Vilde, Jesper og min mann Mats, tusen takk gode dokker!

Så vil jeg rette en spesiell takk til min veileder Åshild Fause. Hun har fått meg gjennom denne prosessen med sitt spesielle engasjement for sykepleiefaget. Jeg har satt pris på hennes tydelige tilbakemeldinger, det trenger jeg. Tusen takk!

Solveig Lundin

Tromsø, juni 2020

Sammendrag

Utgangspunktet til studien var erfaringer at pasienter som levde med allmennfarlig smittsomme sykdommer var bekymret for at de måtte flytte på sykehjem. De fryktet at de skulle bli møtt med smittefrykt hos fagpersonene som skulle utøve sykepleie hos dem, og at pleien derfor skulle bli uforsvarlig og påføre dem ekstra plager og bekymringer.

Globalt er allmennfarlig smittsomme sykdommer en utfordring for mennesket og samfunnet. I Norge har vi vært skånet for de store utbruddene. Vi har lover og forskrifter som forteller hvordan vi forholde oss til disse sykdommene. Det har medført at helsemyndighetene har kontroll på smittespredningen av allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Disse sykdommene kan skape frykt i samfunnet, frykt hos helsepersonell og frykt hos pasientene som lever med sykdommene. Det var grunn til å undersøke temaet.

Problemstillingen til studien var:

Hvordan erfarer sykepleiere at de utøver forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?

Studien er kvalitativ, og empirien er hentet inn gjennom intervjuer av tre sykepleiere på ett sykehjem.

Hovedfunnene i studien beskriver at sykepleierne hadde god kunnskap i å utøve forsvarlig sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjemmet hvor de jobbet. Det som var viktigst for dem var å forhindre smittespredning, og at pasientene opplevde respekt og verdighet.

Sykepleierne opplevde utfordringer i dette arbeidet. En stor del av pleiegruppen var ikke sykepleiere. Informantene i studien hadde ansvar for pasientene, men de andre pleierne hadde ikke samme kunnskap om å utøve sykepleie til allmennfarlig smittsomme sykdommer som de selv. Sykepleierne uttrykte uro for forsvarligheten på pleien med bakgrunn i situasjoner de opplevde med jevne mellomrom.

Sykepleierne opplevde også utfordringer med fasilitetene til sykehjemmet og muligheten til å opprette god hygiene ikke var funksjonelt for å utøve sykepleie til pasienter med komplekse sykehistorier. Da ble forsvarligheten også satt på prøve med tanke på smittevern.

Sykepleierne på sykehjemmet hadde ansvar for utfordringer de selv ikke klarte å påvirke. De var avhengig av forståelse for problemenes omfang og alvorligheten med å ikke gjøre tiltak.

Utfordringer av slik karakter over lang tid vil føre til flukt fra yrket. Det viser statistikk og forskning. Og bekymringene til pasientene og uforsvarlig pleie og omsorg blir vanskelig å gjøre noe med om ikke sykepleierne blir hørt og tas alvorlig.

Søkeord: erfaringer, sykepleie, allmennfarlig smittsomme sykdommer, sykehjem

Abstract

The starting point of this study was that patients living with severe infectious diseases had worries concerning moving to a nursing home. They worried that they would be confronted with the fear of infection by the professionals who would practice nursing with them, and that the care therefore could be unjustifiable and cause them additional troubles and worries.

Globally, contagious diseases are a challenge for mankind and society. In Norway, we have been spared the big outbreaks. We have laws and regulations that tell us how to deal with these diseases. This has resulted in that the health authorities have control over the spread of severe infectious diseases.

Those diseases can create fears in the community, fears in health care professionals and fears in patients living with these medical conditions. There was reason to investigate the topic.

This study aims to determine how registered nurses (RNs) perceive that they practice proper care and treatment for patients in nursing homes to prevent the spread of severe infectious diseases.

The study is qualitative, and the empiricism is obtained through interviews of three RNs at one nursing home.

The main findings of the study describe that the RNs had good knowledge in practicing proper nursing for patients with severe infectious diseases in the nursing home where they worked. What was most important to them was preventing the spread of infection, and that the patients experienced respect and dignity.

The RNs experienced challenges in their work. A large part of the nursing group were not RNs. The informants in the study were responsible for the patients, but the assistant nurses did not have the same knowledge of nursing for severe infectious diseases as themselves. The RNs expressed concern about the safety of the care, given the situations they experienced on a regular basis.

The RNs also experienced challenges in the facilities of the nursing home and that the opportunity to establish good hygiene were not functional in providing nursing care to patients with complex medical histories. Then the safety was put to the test regarding infection control.

The RNs in the nursing home were responsible for challenges that they could not influence themselves. They depended on understanding the extent of the problems and the seriousness of not taking action.

Challenges of this nature over a long period of time will lead to an escape from the profession. This is shown by statistics and research. The concerns of the patients and the irresponsible care and treatment become difficult to deal with unless the RNs are heard and taken seriously.

Keywords: nursing experiences, nursing, infectious diseases, nursing homes

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av tema	2
1.2.1	Allmennfarlig smittsom sykdom.....	2
1.2.2	Tiltak for å hindre smittespredning i sykehjem	3
1.3	Hensikt med studien	5
1.4	Problemstilling	5
1.5	Tidligere forskning.....	5
1.6	Avgrensing og presisering	8
1.7	Oppgavens struktur.....	8
2	Teoretisk tilnærming.....	10
2.1	Florence Nightingales sykepleietenking.....	10
2.2	Forståelse	11
2.3	Klinisk kompetanse	12
2.4	Sykepleieansvar.....	13
2.5	Å lede sykepleie	14
3	Design og metode	16
3.1	Metode	16
3.1.1	Egen forforståelse.....	17
3.2	Design.....	17
3.3	Utvalg	18
3.4	Sykehjemmet.....	19
3.5	Intervjuet.....	19
3.5.1	Intervjuguide.....	19
3.5.2	Lydopptak	20
3.5.3	Feltnotat	20
3.5.4	Transkribering.....	21
3.6	Forskningsetiske overveielser	22
3.7	Analyse	23
3.7.1	Koding	23
3.7.2	Kodegruppering	23
3.7.3	Temaer	24
3.8	Metodiske refleksjoner	27

3.8.1	Troverdighet.....	27
3.8.2	Pålitelighet	27
3.8.3	Gyldighet	28
3.8.4	Overførbarhet.....	29
4	Resultat.....	30
4.1	Sykepleiefaglig ansvar.....	30
4.1.1	Erfaring.....	31
4.1.2	Kunnskap	32
4.1.3	Ansvarlighet.....	34
4.2	Dårlige fasiliteter.....	34
4.3	Smittefrykt	35
5	Diskusjon.....	36
5.1	Sykepleiefaglig ansvar.....	36
5.1.1	Ansvarlighet.....	36
5.1.2	Kunnskap	40
5.1.3	Erfaring.....	45
5.2	Dårlige fasiliteter.....	47
5.3	Smittefrykt	52
6.	Avslutning	55
6.1	Oppsummering.....	55
6.2	Refleksjoner over metodevalg	57
6.2	Implikasjoner	57
6.3	Videre forskning.....	58
	Referanser	59
	Vedlegg 1. Sykdommene som etter lov om vern mot smittsomme sykdommer er allmennfarlige smittsomme sykdommer.....	66
	Vedlegg 2. E-post til enhetslederne ved sykehjemmene i undersøkelsen.	68
	Vedlegg 3. Samtykkeskjema.....	69
	Vedlegg 4. Intervjuguide.	73

1 Innledning

Tema for denne oppgaven er sykepleieres erfaring med å jobbe i sykehjem hvor pasienter med allmennfaglige smittsomme sykdommer bor. Oppgaven tar mål av seg å utforske hvordan sykepleiere erfarer å utøve sykepleie til en pasientgruppe som har en smittsom sykdom, er bærer av en smitte som er potensielt smittsom. En smitte eller sykdom de med sannsynlighet må leve med.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier med mange års erfaring fra en infeksjonsavdeling ved et universitetssykehus, har jeg møtt mange mennesker som lever med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Dette er tilstander som ofte fører med seg spesielle tiltak i kontakt med helsetjenesten. Det kan være isolering for å unngå smitte til andre pasienter (eksempel ved MRSA- eller ESBL-bærerskap) eller ekstra oppfølging av egen helse for å sjekke at behandling virker og smittsomheten ikke er til stede, for eksempel ved hiv, tuberkulose eller hepatitt.

Flere av pasientene har vært eldre mennesker som ofte har uttrykt bekymring for hvordan hverdagen ville bli når de ville trenge hjelp for å mestre nye livssituasjoner. Det som bekymrer dem, er at de vil bli møtt med smittefrykt hos pleierne som skal utøve sykepleie hos dem og at pleien derfor blir uforsvarlig og påfører dem ekstra plager bekymringer. De er også redd for at smitteverntiltak som gule frakker og gule søppelposer skal fortelle omgivelsene om deres smitte, og at de da blir utstøtt fra det sosiale livet de ønsker å beholde.

For å illustrere dette vil jeg gi følgende eksempel. En av mine pasienter var helt sikker på at ingen ville ta i han når de fikk vite om hiv-diagnosen hans. Han mente han på grunn av stigmaet rundt hans diagnose ikke ville få god pleie og omsorg på sykehjemmet. Vi hadde mange og lange diskusjoner rundt denne tematikken. Jeg var uenig med pasienten. Jeg argumenterte med at sykepleierne vil sette seg grundig inn i diagnosen og at de derfor ville kunne gi god pleie og omsorg til hiv-positive sykehjemspasienter. Men det gikk ikke å rikke på blant annet hans syn om hvordan han ville bli møtt i en pleiesituasjon.

Pasientens opplevelser og tanker rundt det å ha en smittsom sykdom, var bakgrunnen for at jeg begynte å interessere meg for å utforske erfaringene til de som utøver sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom i sykehjem.

1.2 Presentasjon av tema

1.2.1 Allmennfarlig smittsom sykdom

Definisjonen på allmennfarlig smittsomme sykdommer er sykdommer eller tilstander hvor en person er bærer av bakterier eller andre mikroorganismer som kan overføres mellom mennesker. Allmennfarlig smittsomme sykdommer er de tilstander eller bærerskap som er særlig smittsom, opptrer hyppig, har høy dødelighet, kan gi alvorlige eller varige skader. Når pasienter med denne type smittsom sykdom skal ivaretas av helsevesenet, er det ekstra tiltak som iverksettes for å forebygge smitte. Smittevernet i helseinstitusjoner er regulert av lover og veiledere slik som veileder i smittevern i helseinstitusjoner, MRSA- og isoleringsveilederen, samt at folkehelseinstituttet har utarbeidet smitteverntiltak for ESBL-holdige gramnegative stavbakterier i helseinstitusjoner. Allmennfarlig smittsomme sykdommer får innvirkninger for den smittede, men også for samfunnet som skal ivareta og beskytte mennesket og samfunnet som helhet. Smittevernloven, forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer og forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) er eksempler på lover og forskrifter som er til for å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, overvåker sykdommene for å forebygge og motvirke at sykdommene spres til befolkningen. (Forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer, 2020; Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), 2003; Forskrift om utførelse av arbeid, 2020; Smittevernloven, 2020)

I sykehjem bor eldre og meget syke pasienter. De er smittede og bærere av allmennfarlig smittsomme sykdommer på lik linje med andre i samfunnet, men helst fordi de har dårligere immunforsvar, hatt infeksjonssykdommer som har krevd antibiotikabehandlinger, som igjen kan føre til resistentutvikling på mikroben. Pasientene kan da bli bærer eller få sykdom med en resistent mikrobe, som kommer inn under kategorien allmennfarlig smittsom sykdom. (FHI, 2004)

Eksempler på de mest vanlige resistente bakteriene er MRSA (Meticillinresistente Stafylococcus Aureus) og ESBL (Extended Spectrum Betalactamase). Resistensutvikling forekommer både hos bakterier, virus, sopp og parasitter, men det fokuseres mest på denne problemstillingen når det gjelder bakterier. Det er på grunn av det store forbruket av antibiotika. Disse mikrobenene får egenskaper som gjør at vanlig antibiotika ikke kan brukes som behandling om mikroben forårsaker sykdom. Myndighetene ønsker hindre utvikling at disse bakteriene spres før de skaper problemer i form av:

- Økt sykkelighet og økt dødelighet fordi behandlingen som er tilgjengelig i dag er uvirksom. Økt risiko for feil behandling av pasienten fordi det tar lengre tid å få prøvesvar på resistente mikrober, så riktig behandling kan iverksettes.
- Betydelige merkostnader. Pasienter med resistente bakterier krever økte isolasjonstiltak i sykehus, flere sykehusdøgn og alternativ behandling er ofte dyrere. (Tjade, 2013)

Dermed er det ekstra tiltak rundt disse pasientene for å unngå smittespredning i samfunnet. (FHI, 2004; H. Norge & Nasjonalt, 2009) Nevnte konsekvenser gjelder sykdom og bærerskap av resistente bakterier. En hel del andre sykdommer er registrert som allmenfarlige smittsomme sykdommer, og andre og ulike tiltak gjelder for disse. Liste over alle allmennfarlig smittsomme sykdommer finnes i vedlegg 1. Andre sykdommer i denne kategorien som kan nevnes kort er hiv, tuberkulose og hepatitt. (Norge, 1995)

Tiltak som iverksettes rundt allmennfarlig smittsomme sykdommer er annerledes i sykehus enn i sykehjem. Det er strengere regimer i sykehus enn på sykehjem. (FHI, 2004) Forskning er gjort som viser at isolasjon av pasienter som ikke klarer å etterleve isoleringsregimene er det ingen nytte at disse ble innført. Det er utarbeidet nye veiledere hvor det i stedet for isolering er erstattet med målrettede tiltak i spesielle soner og i forhold til spesielle situasjoner. Pasienten med allmennfarlig smittsom sykdom vil kunne komme ut av rommet og være sosial med de andre. Spesielt for eldre og demente sykehjemspasienter, vil langtidsisolering være uverdigg og nedbrytende psykisk. (Elstrøm, 2013) Ute i samfunnet skal disse menneskene med allmennfarlig smittsomme sykdommer hvor det er kontroll over sykdomssituasjonen, leve som vanlig, men samtidig være informert og oppfordret til god hygiene. (FHI, 2004)

1.2.2 Tiltak for å hindre smittespredning i sykehjem

Når det gjelder å forhindre smittespredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjem, vil det være avhengig av hvilken type smitte det er snakk om. Enkelte diagnoser vil det være nødvendig å isolere pasienten for å hindre spredning av denne. Eksempel på en slik sykdom vil være Covid-19 som er svært smittsom og å hindre smittespredning er svært viktig for medpasienter, pleiepersonell og samfunnet ellers. Tiltakene rundt pasientene med Covid-19 er dramatiske med fullt smittevernustyr for de som utøver behandling og pleie, og det er

begrenset mulighet for pårørende å være sammen med den syke. ("Håndtering av beboere med sannsynlig eller bekreftet covid-19," 2020)

Enkelte allmennfarlig smittsomme sykdommer må så snart det er mulig må behandles på sykehus for å bli frisk. Eksempler på slike sykdommer er lungetuberkulose og pasienter med ukontrollerbar sekresjon fra stafylokokkinfeksjoner i hud eller lunger. Disse infeksjonene smittes via luftsmitte, og krever isoleringstiltak også i sykehjem. (FHI, 2004)

Ut over disse eksemplene legges det til rette for å isolere sykehjemspasientene i minst mulig grad. Man strever etter å skåne pasienten for negative effekter ved isolering. Pasienter forteller om stigmatisering og skam ved å ha en allmennfarlig smittsom sykdom, og de forteller at de blir bekymret og er engstelig for egen helse, men også for å smitte andre. (Helene Andersson, Lindholm, & Fossum, 2011) Det er viktig å avdekke bærerskap av bakterier som er resistente mot antibiotika, som ESBL, MRSA og VRE for å kunne gjøre tiltak for å unngå smittespredning. (FHI, 2015; H. Norge & Nasjonalt, 2009)

Forskning og veiledere viser at ved infeksjonsforebyggende standardtiltak vil være det viktigste smitteverntiltak i sykehjem. Disse går ut på å utføre håndhygiene ved kontakt med alle pasienter, bruke hansker og smittefrakk om risiko med å komme i kontakt med kroppsvæsker eller kontakt med slimhinner eller ikke-intakt hud, og vurdere forsterkede smitteverntiltak ved pasienter med kjente eller mistenkte smittestoffer. Så vil tilsynslege og ansvarlig sykepleier vurdere om det er behov for tiltak ut over disse standardtiltakene. For å kunne gjennomføre smitteverntiltak i sykehjem er det nødvendig med god opplæring av personalet. (Elstrøm, 2013; FHI, 2004)

Så må pasienter med hiv (humant immunsviktvirus) nevnes for å poengtere at ikke alle pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer er i behov av isolasjonstiltak. Viruset smittes via blod og seksuell kontakt. Er den hiv-positive under adekvat behandling, det vil si at den hiv-positive tar sine medisiner hver dag og går til kontroll til legen som avtalt og sjekker at alt er greit, er den hiv-positive ikke smittsom. Dermed er det ikke behov om tiltak for en hiv-positiv sykehjemspasient utover basale smitteverntiltak. Dette gjelder flere typer smitte i gruppen allmennfarlig smittsomme sykdommer. (Helsenorge)

1.3 Hensikt med studien

Det er verdt å nevne at mens studien pågår oppsto den vel kjente Covid-19 pandemien. Studien ble mer relevant enn på forhånd antatt. Intervjuene med informantene ble gjort i andre uke i desember 2019, rett før det hele blomstrer opp, og ingen aner hva som er i vente. Informantene var dermed ikke påvirket av den nå pågående Covid-19 pandemien under intervjuene. De hadde ingen anelse at deres erfaringer og betraktninger rundt det å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer skulle bli så aktuelt noen uker etter at de ble delt med meg. Situasjonen rundt Covid-19 pandemien har nok påvirket tolkningsarbeidet rundt problemstillingen, og hensikten fikk underveis i arbeidet og mens pandemien raste fram en mye sterkere betydelse. Nemlig; hvordan legge til rette så at pleiepersonell i sykehjem blir i stand til å utøve forsvarlig sykepleie til pasienter på sykehjem med allmennfarlig smittsomme sykdommer?

Hensikten med studien er å få innsikt i erfaringene til sykepleiere som utøver sykepleie til eldre med allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjem. Disse erfaringer sammen med betraktninger rundt hva som skjer i samfunnet rundt dagens Covid-19 pandemi, litteratur knyttet til emnet og egne erfaringer kan være med på å belyse hva som skal til for at pleiepersonell blir i stand til å utøve forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer.

1.4 Problemstilling

På bakgrunn av hensikten med studien er problemstillingen min:

Hvordan erfarer sykepleiere at de utøver forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?

1.5 Tidligere forskning

I forbindelse med arbeidet til prosjektskissen til dette studien, ble det gjort søk på forskning. Studier som forteller om eldre pasienters erfaringer rundt det å leve med hiv-smitte var relevant bakgrunnsmateriale for min studie. I forbindelse med Aids-dagen 2018 ble det gitt ut en FAFO-rapport basert på en pilotstudie om eldre og hiv, som forteller hvilke tanker eldre hiv-positive har om aldringen. Der kommer det frem at de har en bekymring over det å måtte

flytte på sykehjem og være avhengig av at andre har styringen over deres liv. (Grønningsæter & Forskningsstiftelsen, 2017)

Sykepleier Eilen Johansen gjorde en studie der hun fikk vite hvordan eldre mennesker erfarer det å leve med hiv. De fortalte henne at på grunn av stigma rundt diagnosen kan det være vanskelig å leve med hiv. Om de selv har kontroll med egen helse og hvem som kjenner til diagnosen, opplever de det å leve med hiv som ganske ukomplisert. Den usikre faktoren er om de kommer i en posisjon der de ikke har kontroll over eget liv lengre, for eksempel om de blir syk og trenger hjelp i det daglige. (Johansen & Larsen, 2016)

De to overnevnte studiene var viktig bakgrunnsmateriale til mitt forskningsspørsmål, da de løftet frem eldre pasienters tanker om hvordan det vil bli å måtte være pasient på sykehjem, og at det var bekymringsfullt og skremmende. (skal det være referanse her?)

For å finne forskning som omhandler sykepleieres erfaringer i utøvelse av sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom i sykehjem, ble det gjort systematiske søk i ulike databaser som Cinahl, Svemed+ og Oria. Søkeordene var «experiences», «nursing», «infectious disease» og «nursing home», og varianter med AND og OR mellom søkeordene ble forsøkt. Tabell 1 viser en sammenfatning av søkeprosessen.

Tabell 1- Oversikt over treff på systematisk litteratursøk.

Database	Søkeord	Tilleggsbegrensninger	Antall treff	Relevans for studiet
Oria	Experiences AND Nursing AND Infectious disease AND Nursing home	Fagfellevurdert tidsskrift Utgivelsesår > 2010	4375	1 blant de 50 første
Cinahl	Experiences AND Nursing AND Infectious disease AND Nursing home	Boolean/Phrase	32	4
Svemed+	Experiences AND Nursing AND Infectious disease AND Nursing home	Peer reviewed	0	
	Attitudes AND Hygiene AND Nursing	Peer reviewed	16	1

Fem artikler var relevant for min studie. Andersson, H. m. fl's artikkel *Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus* dukket opp både i søket på Cinahl og Oria. Andersson m. fl gjorde en kvalitativ studie der 15 sykepleiere ble intervjuet. Informantene jobbet på ulike helseinstanser; akuttmottak, geriatrisk avdeling på sykehus og sykehjem i Stockholm. Sykepleierne forteller at de opplevde seg uvitende, redd og usikker. Noen opplevde seg kompetent og sikker, og andre opplevde seg stresset og overarbeidet når det var snakk om å jobbe med pasienter med MRSA. Forskerne konkluderte at jo mer kunnskap sykepleierne hadde om MRSA, jo mer positiv ble holdningen til å pleie disse pasientene. (H. Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm, & Fossum, 2016)

En annen studie som forteller noe av det samme er Wiklund m.fl's studie *Staff experiences of caring for patients with extended-spectrum β -lactamase-producing bacteria: A qualitative study*. Funnene deres forteller at om personale hadde kunnskap om smittevern og at de kunne arbeide under rimelige arbeidsforhold, var det de faktorene som gjorde at pleien ble utført forsvarlig til pasientene med ESBL. (Wiklund, Fagerberg, Örtqvist, Broliden, & Tammelin, 2015)

I Morrow, E. m.fl.'s artikkel "*Somebody else's problem? Staff perceptions of the source and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus*", skriver i sin artikkel at pleiepersonalet kunne ikke se hvordan de skulle være smittebærere. Pleiepersonale på sykehus mente det var andre avdelinger som forårsaket smitte, og pleiepersonale på sykehjem mente smitten måtte vært oppstått på sykehus, altså at det var noen andre som var årsaken til smitteoverføringen av MRSA. Prosedyrer og veiledere rundt smittevern ble ikke brukt og forstått slik formålet med disse var. Artikkelforfatterne konkluderer med at for å nå ut til alle i en personalgruppe med ulik faglig kompetanse, må informasjonen og tiltakene rundt smittevern være tilpasset kunnskapsnivået i pleiegruppene. (Morrow, Griffiths, Rao, & Flaxman, 2011)

I Albrechts m.fl.'s studie fra 2017, *Perceptions of Gown and Glove Use to Prevent Methicillin-resistant Staphylococcus aureus Transmission in Nursing Homes* forteller om et kunnskapsunderskudd blant pleiepersonell når det gjelder smitteoverføring av MRSA. Pleiepersonalet fortalte at hansker og frakker ble brukt når en skulle beskytte seg selv fra kroppsvæsker fra pasienten, og noen var overrasket over at MRSA kunne smitte selv om pleiepersonell ikke var i direkte kontakt med kroppsvæsker. (Albrecht, Croft, Morgan, & Roghmann, 2017)

På Svemed+ fant jeg kun en artikkel, og det var en artikkel fra tidsskriftet *Sykepleien*; Louwerens, Carmen: «*Bruker ikke stellefrakk*». Den forteller at helsearbeidere ikke bruker stellefrakk i stellesituasjoner. Artikkelforfatterne fant at helsearbeiderne mangler faktakunnskap om hvorfor det er viktig og riktig å bruke stellefrakk, og at det derfor er et stort forbedringspotensial for å forebygge nosokomiale infeksjoner, altså infeksjoner man smittes med i sykehus eller andre helseinstitusjoner. (Louwerens, 2015)

Forskningen beskriver kunnskapsmangel hos pleiepersonale om smitteoverføring av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det forskningen ikke har belyst, er hvordan utfordringer rundt utøvelsen av sykepleien til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer kan forhindres så at pleien blir forsvarlig til denne pasientgruppen. Forskningen sier heller ikke hvem som er ansvarlig for at endring skjer. Det er en forutsetning at forsvarlig sykepleie blir utøvd til pasientene med allmennfarlig smittsom sykdom og for å hindre at smittespredning skjer, og da er kunnskapen om hvordan smittespredning skjer nødvendig.

1.6 Avgrensing og presisering

Studien er avgrenset til å utforske erfaringene til sykepleiere, hjelpepleiere eventuelt andre som møter pasientgruppen på sykehjem. På sykehjem er tilstedeværelsen av personale hos pasientene over hele døgnet. Pleierne der har en kontinuitet i møtet med pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer, og det er trolig de får en annen relasjon til pasienten enn de som jobber på legekantor eller som hjemmesykepleier som treffer pasientene under kun korte møter, og den helhetlige omsorgen blir vanskelig å oppnå på samme måte som i et sykehjem.

Noe informantene ikke visste om i intervjusituasjonen i desember 2019, var den da nærstående situasjonen Covid-19-pandemien som har preget hele verden vinter og vår 2020. Den var rett rundt hjørnet. Det sykepleierne delte av sine erfaringer, er upåvirket av den globale krisen som pågår.

1.7 Oppgavens struktur

Studien er delt inn i 6 kapitler. Første kapittel som er oppgavens innledning, presenteres bakgrunn for valg av tema, presentasjon av tema, studiens hensikt, problemstilling,

avgrensning og presisering og hvor det gjøres rede for oppgavens struktur. I kapittel 2 gjøres rede for studiens teoretiske ramme. Kapittel 3 omhandler studiens design og metode, og i kapittel 4 presenteres studiens funn. I kapittel 5 drøfter jeg mine funn i lys av teori og tidligere forskning. I kapittel 6 avslutter jeg oppgaven med en oppsummering og tanker om videre forskning og implikasjoner for praksis.

2 Teoretisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvilke teoretiske perspektiver jeg har med inn i arbeidet med oppgaven.

2.1 Florence Nightingales sykepleietenking

Unge Florence Nightingale fulgte sine drømmer med å ta seg av syke og trengende. Hun trosset sine foreldre og lærte sykepleie på 1830-tallet ved diakonisseanstalten i Kaiserswerth i Tyskland. Etter oppholdet i Kaiserswerth var hun leder ved et sykehus i London hvor det var tøffe tider med kolerautbrudd. Med hennes innføring av renhold og god hygiene, gikk dødeligheten ned i koleraepidemien. Dette ble hun tilskrevet æren for, og det samme skjedde når hun hadde ansvaret for og virket som leder og sykepleier på et feltsykehus under Krimkrigen. Hun ordnet opp i forholdene rundt hygiene og de fysiske fasilitetene, så de syke og skadde soldatene tilfrisknet i mye større grad enn før. (Nightingale & McDonald, 2012)

Kunnskapen og erfaringene hun hadde gjort seg, gjorde at hun engasjerte seg i hvordan samfunnet og helsevesenet planmessig ble bygd opp. Hun mente at det var best å fremme god helse og forhindre sykdom. På den tiden innebar det at det ble bygd ordentlige boliger, lagt til rette for rent vann og frisk luft var viktig. Syke skulle lengst mulig behandles i hjemmet. Opphold på sykehus var siste utvei. På den måten ble pasientmengden på sykehusene begrenset, og det ble mer forsvarlige forhold for både pasienter og ansatte på sykehus. Nightingale hadde en helhetlig tanke rundt helsehjelp. (Nightingale & McDonald, 2012)

Nightingale engasjerte seg veldig i hvordan sykehusene ble planlagt og bygd. Hun publiserte store mengder materiale rundt sykehuskonstruksjon, sendte brev til politikere og planleggere og påvirket hvordan sykehusene skulle bygges. Hennes dokumenterte erfaringer og gode argumenter gjorde at hun hadde stor innvirkningskraft på sykehusarkitektur i et århundre. Planløsningen hun frontet var såkalte paviljongsykehus. Hver avdeling ble bygd som et eget lite sykehus hvor det ble lagt til rette for god ventilasjon og lys. På den måten minimerte sjansene for kryssinfeksjon innom sykehuset. (Nightingale & McDonald, 2012)

Nightingale var påpasselig at sykehus ble bygget med god kvalitet og at det ikke ble dyrere enn nødvendig. Som hun skrev i boka *Notes on hospitals*, «it so happens that the safest for the sick is in reality the most economical mode of construction». (Nightingale & McDonald,

2012) (side 126) Hun bidro med at hennes navn kunne brukes for å få penger til sykehusbygging. Det hun krevde tilbake var å følge med i plan- og byggeprosessen så det skulle bli forsvarlige sykehusbygg. Nightingale var tydelig på at det ikke måtte bygges flere dårlig planlagte sykehus, siden dårlige sanitærforhold og dårlig design på sykehus gjorde at dødeligheten blant sykepleiere som jobbet på slike sykehus var svært høye. Hun kalte arkitektene av slike sykehus for mordere. (Nightingale & McDonald, 2012)

På Nightingales tid var bemanningstettheten lav i forhold til nåtiden. I *Notes on Hospital* bruker Nightingale beregningen 150 ansatte per 500 pasienter i et vanlig sykehus. Nightingale foretrakk færre godt kvalifiserte sykepleiere enn et høyere antall sykepleiere som ikke egnest seg i yrket. I tillegg til å gi sykepleierne utdanning og at de ble ivaretatt i praksis, mente hun at man fikk en god sykepleier om de bodde godt, spiste godt og i det hele tatt hadde gode forhold rundt seg også utenfor arbeidstid. (Nightingale & McDonald, 2012)

Florence Nightingale ble en pioner innenfor sykepleiefaget. Hun fremmet hygiene som av stor betydning for helse og tilfriskning. Frisk luft, fred og ro rundt den syke var noe hun forsto gjorde godt. Sykepleierens evne til å forstå pasientens opplevelser og erfaringer, mente Nightingale var en viktig forutsetning for å kunne utøve god sykepleie. Hun observerte og dokumenterte, og hun tolket sine funn og fikk ny kunnskap. Blant annet startet hun opp sykepleieskole i London så unge kvinner kunne utdanne seg til sykepleiere. Florence Nightingale sitt arbeide har bidratt til endringer i hvordan man tenkte rundt renhold, hygiene og hvordan sykehus skulle drives. (Nightingale, Elstad, & Larsen, 1984)

2.2 Forståelse

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer beskriver den hermeneutiske sirkelen. Gadamer ser på hermeneutikk som en filosofisk teori om all fortolkning og forståelse. Han mener at individets erfaringer gjør at man har en forforståelse med seg. Med den hermeneutiske sirkelen mener Gadamer at for å forstå noe, må det alltid i fortolkningen utgå fra en viss forforståelse av temaet og dermed påvirker hvordan vi forstår det. (Elstad, 2014) Gadamer mener det har betydning for kvalitativ forskning. I en intervjustudie må det være en åpen og god dialog. Og det kan være en styrke med et intervju, det finnes mulighet å avklare hva som blir sagt underveis med spørsmål frem og tilbake. Og den som skal tolke empirien, forskeren, er det en fordel om den har kjennskap til temaet det forskes i, at det forstås hva som menes og hva det betyr for den som sier det. Gadamer trekker frem den genuine samtalen. Det er den

samtalen der du ikke vet hva utfallet blir, der du ikke kan forvente hva som blir sagt. Oppnås dette i et forskningsintervju vil det være av stor verdi, og kunne sitte med forskningsmateriale som er nytt og ukjent, og nytt fenomen oppstår. Det Gadamer beskriver er viktig i kvalitativ forskning. Det er ikke bare å gjenfortelle erfaringene som er fortalt, men fortelle hva det handler om. Det er nøkkelen i kvalitativ forskning, som Binding og Tapp skriver i sin artikkel om Hans-Georg Gadamer. (Binding & Tapp, 2008).

Gadamer forteller også at «det er en grunnleggende forbindelse mellom erfaring og innsikt». Det som gjør at man stopper opp og reflekterer over situasjonen, tar nye opplysninger i betraktning, og får ny kunnskap og erfaring rundt en hendelse eller sak. Det viser at man har innsikt, man er i stand til å lære nye hendelser og erfaringer. De som har evne til dette erkjenner at det går å gjøre nye erfaringer og lære av dem. (Alvsvåg, 2013)

2.3 Klinisk kompetanse

Samfunnet utfordres med å beskytte seg mot ukjente og kjente mikrober og mikrobenes egenskaper for å overleve. Smittevern er tiltak som krever ressurser og kunnskap. Sykepleiere har en nøkkelposisjon i det praktiske smittevernarbeidet. Kunnskapen rundt denne viktige delen i utøvelse av sykepleie læres i teoretisk undervisning i sykepleierutdanningen. Sykepleieteoretiker Patricia Benner mener at den teoretiske kunnskapen må være på et høyt nivå, og hun mener kunnskapen øker betydelig når den erfares i praksis. I boken «*Fra novise til ekspert*» forteller Benner hvordan den nyutdannede sykepleieren som kommer ut i sykepleieryrket, trinnvis opparbeider seg ekspertkompetanse gjennom erfaringene i praksis, oppnår et stadig høyere kompetansenivå og til slutt og bli ekspert (Benner & Have, 1995).

Benner har gjort mye forskning på sykepleierfaring. Hun har beskrevet hvordan kunnskap og erfaring erverves, og hun forteller hvorfor det er viktig at dette forskes på og beskrives. Vi lærer av egne erfaringer og refleksjoner, og vi lærer av hverandre når erfaringer og opplevelser deles. (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011)

Sykepleiere opparbeider seg en ekspertise og der utvikles egenskaper som gjør at hun kan forutse og forebygge mulig uheldige situasjoner knyttet til pasienten. Det fineste medisinske tekniske utstyret vil ikke kunne gjøre vurderinger en ekspertsykepleier gjør ut fra de hun ser i klinikken. Refleksjoner og erfaringer som er gjort kan gi en sykepleier evne til å sense utviklingen av tilstanden til en pasient. (Benner et al., 2011)

Gode teoretiske kunnskaper, mye praktisk og klinisk erfaring hvor en har fått opparbeidet kunnskap om kliniske endringer vil gi kompetanse i det kliniske arbeidet som gjør at sykepleieren gjør tiltak som er fordelaktig får for eksempel pasientens tilstand endrer seg. For å vite at et problem kan oppstå, må en ha kunnskap om hvordan tilstanden er forventet å være i den gitte situasjonen. (Benner et al., 2011)

2.4 Sykepleieansvar

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer beskriver det ansvaret sykepleierne har gjennom utøvelsen av faget sitt. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, også gjennom det lovverk som regulerer tjenesten. Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer forteller også at sykepleielederne har et særskilt ansvar for å skape rom for faglig utvikling og etisk refleksjon, og at yrkesetiske retningslinjer blir brukt som styringsverktøy. (Norsk sykepleierforbund, 2011)

Sykepleier og filosof Ingunn Elstad utdyper ansvarsbegrepet i boken «*Sykepleietenkning*». Sykepleieren har ansvar for pasienter og drift av avdelinger rundt om i helseinstitusjoner. Hun sier at ansvaret i omsorg for andre har typiske trekk, og det er *praktisk, kontinuerlig, åpent og dynamisk*. At ansvaret er *praktisk*, forklarer hun som personlig og kompetent utøvelse av sykepleie med pasienter. Sykepleieansvaret har en *kontinuerlig* tidsstruktur. Med det mener hun at sykepleieren følger pasienter og pårørende i en viss tid i deres liv, avhengig av hvor lenge behovet for å følge pasienten er. Sykepleieren vil kunne legge fra seg ansvaret når vekten er slutt, og videreføre ansvaret til neste vakt. Det tredje ansvaret er *åpent*, og med det mener hun at sykepleieren ikke kan vite hva som venter. Sykepleieren må være i forkant, og være beredt til å ta ansvar i uventede situasjoner. Og det fjerde ansvaret Elstad beskriver er det *dynamiske*. Sykepleieren må observere og føle seg fram for å vurdere når hun skal utvide ansvaret og når hun skal begynne å slippe det. (Elstad, 2014)

Florence Nightingale sier også noe om ansvar. Hun sier at å ha ansvar betyr absolutt ikke bare at man gjennomfører nødvendige tiltak selv, men å sørge for at alle andre også gjør det. Det innebærer å sørge for at ingen bevisst eller ubevisst motarbeider eller hindrer tiltak. Det gjelder å sørge for at hver enkelt utfører det arbeidet som må til for å utøve forsvarlig sykepleie. (Nightingale et al., 1984)

2.5 Å lede sykepleie

Arne Orvik skriver i boken *Organisatorisk kompetanse* om at helsearbeideren i tillegg til klinisk kompetanse må ha organisatorisk kompetanse for at helsevesenet skal fungere godt. Han viser til forskning som forteller at det å ha organisatorisk kompetanse gjør det lettere å forstå driften i organisasjonen, for eksempel det å jobbe på et sykehjem. Å organisere de ulike profesjonene som jobber sammen, se til at pasientene som har ulike behov for omsorg og aktiviteter blir ivaretatt, og det å forholde seg til politiske målsettinger, er kompetanse sykepleiere må forholde seg i sin jobb. Så gjelder det å kunne å kunne håndtere slike organisatoriske faktorer i tillegg til det sykepleiefaglige sykepleieren er ansvarlig for, hvordan det påvirker den daglige driften på helseinstitusjonen, og også hverdagen til pasient og i kollegiet. (Orvik, 2015)

Davina Allen er sykepleieforsker og medisinsk sosiolog. Hun har i sin bok «*The invisible work of nursing*», skrevet at sykepleieren har mange flere oppgaver enn å drive pasientomsorg. Det blir mange ganger beskrevet at sykepleierne er limet i helsevesenet. Og hun mener at organiseringsarbeidet er en stor del av arbeidshverdagen til sykepleieren. Hun mener det ikke er beskrevet som en del av sykepleierrollen og Allen kaller det som det usynlige arbeidet som skjer i helsevesenet. (Allen, 2015)

I boken «*Fra Novise til ekspert*» refererer Patricia Benner til funn i sine intervjustudier. Hennes resultat viser at sykepleieren har en spesiell oversikt og kompetanse der hun jobber i helsevesenet. Det sikrer pasienten kontinuitet og sikker pleie hele døgnet. Sykepleieren har et stort ansvar i organisasjonen. (Benner & Have, 1995)

Florence Nightingale var en pioner for sykepleiefaget. Det engasjementet hun hadde for det hun trodde på, forteller vel også noe om henne som person. Hun var tydelig i det hun formidlet. Og det mente hun at den som ledet en sykeavdeling også måtte være, for at alle skulle forstå hva som skulle gjøres og ikke. Nightingale hadde gjennom sine observasjoner kommet fram til hva som var god sykepleie, og hva som fremmet tilfriskning av den syke. Hun forsto hvor viktig det var å ha funksjonelle sykehusbygg, og hun forsto at det var viktig at sykepleierne som utøvde sykepleie levde under ordentlige forhold så de bevarte god helse og yte best mulig som sykepleier. (Nightingale & McDonald, 2012)

Florence Nightingale var en tydelig leder som fikk resultat for det hun kjempet for, hun oppnådde god tilfriskning hos pasientene og hun ble respektert for sine gjerninger i England,

men også sentralt i Europa, USA og Canada. Hennes bøker ble oversatt til mange språk, og hennes tanker om hvordan sykehus skulle planlegges og bygges og hadde innvirkning på sykehusarkitektur i et århundre. (Nightingale & McDonald, 2012)

3 Design og metode

3.1 Metode

For å få svar på mitt forskningsspørsmål har jeg brukt en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskningsmetode bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskers erfaringer (fenomenologi) (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010a). Metoden kan bidra til bedre forståelse og grundig kjennskap til viktige problemstillinger innen helse og velvære, særlig i en situasjon hvor vi har begrenset kunnskap fra før (Creswell & Creswell, 2018). Kvalitativ metode benyttes når man ønsker å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser, den undersøker hvilken mening erfaringer har for den som opplever dem. For å ta del av disse erfaringer og opplevelser gjorde jeg individuelle dybdeintervju med mine informanter. Jeg hadde kunne valgt å gjøre fokusgruppeintervju som kanskje hadde vært mindre arbeidskrevende, og der tanker og ideer hos en informant kunne blitt trigget frem av andres utsagn. At jeg valgte det individuelle intervjuet, er at når temaet innebærer smitte og erfaringer rundt det, tenker jeg at informantene kan ha tanker rundt dette som er vanskelig å være åpen om blant andre. Det kan være lettere å uttrykke disse i en samtale med en ukjent person som samtidig har taushetsplikt overfor hva som blir formidlet.

Det mine informanter fortalte meg, er deres fortolkning av sine erfaringer og opplevelser. Det er min empiri. Framgangsmåten og gjennomføringen av studien har vært gjort med inspirasjon fra «*Kvalitative forskningsmetoder i praksis*». (Tjora, 2017) Forskningsspørsmålet bestemmer hvilken metode som skal brukes for å få fram den kunnskapen som ønskes. Så når jeg utforsker erfaringene til helsearbeidere, er kvalitativ forskningsmetode den metoden jeg ser som naturlig å bruke. (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015)

Jeg forsøkte å legge opp intervjuene slik at informanten kunne fortelle om sin kunnskap om smittsomme sykdommer før pasienten flyttet inn på sykehjemmet, og om kunnskapen har endret seg med tiden. Det hadde vært interessant å få vite om informanten og pasienten noen gang prater om pasientens diagnose, eller om det kun er taus kunnskap som helsepersonellet har. Og jeg valgte å ikke formulere spørsmålene som om at det skulle være utfordrende å utøve sykepleie til beboere med smittsomme sykdommer. Jeg tenkte at jeg på den måten ville formet informantens tanker om temaet på en måte de selv ikke hadde vurdert.

3.1.1 Egen forforståelse

Interessen for mitt forskningsspørsmål har oppstått gjennom min erfaring gjennom å jobbe på en infeksjonsavdeling der jeg møter pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Der møter jeg pasienter som velger å holde sin diagnose skjult fordi de er redd for å bli behandlet annerledes i det sosiale livet. Samtidig kjenner jeg på egne og kollegers tanker om deres sykdom. Fordi jeg har kunnskap om deres tilstand, er jeg ikke redd for smitteoverføring for egen del. Som sykepleier vet jeg hvordan jeg skal forholde meg til ulike typer smitte, så deres redsel for å bli stigmatisert oppleves mange ganger overdrevent. Samtidig har jeg stor respekt for frykten for å bli stigmatisert finnes, fordi alle i samfunnet sitter ikke med helsefaglig kunnskap som jeg som sykepleier sitter med.

Jeg har også vært pårørende til beboere på sykehjem gjennom flere år. Mine erfaringer og opplevelser som pårørende og samtidig inneha sykepleierprofesjonen har helt klart påvirket nysgjerrigheten og interessen for temaet jeg studerer. Denne erfaringen påvirker nok tolkningen av informantenes utsagn, fordi jeg har en viss kunnskap i hvordan arbeidsforholdene kan være på sykehjem. Jeg vil poengtere at sykehjemmet hvor intervjuene til denne studien ble gjort, var ikke kjent for meg fra før.

Jeg har ikke har erfaring med å jobbe på sykehjem og har derfor heller ikke kjent på det å være ansvarlig for svært syke pasienter og hvor personalgruppen i overvekt er hjelpepleiere eller assistenter med begrenset helsefaglig utdanning. På sykehjem har de ikke tilgjengelig lege til enhver tid, og sykehjemslegen som er knyttet til sykehjemmet har ansvar for opptil 90 pasienter (Nicolajsen, 2018). Mitt inntrykk er at sykepleiere på sykehjem har et veldig stort ansvar og til tider kan ha en uoversiktlig arbeidshverdag.

3.2 Design

Gjennom å bruke individuelle dybdeintervju kunne jeg gå grundigere inn i tematikken som jeg ønsket å undersøke. Det individuelle intervjuet engasjerte og involverte min informant og meg som intervjuer. Sykepleierne hadde mulighet til å reflektere over sine erfaringer, og gjorde det mulig å komme i dybden på subjektive meninger, holdninger og erfaringer hos dem. Samtidig kunne jeg underveis i intervjuet be om utdypende svar, komme med oppfølgende spørsmål og/eller veilede inn på tema når sykepleieren kom på siden av tema. (Kvale et al., 2015)

3.3 Utvalg

Jeg benyttet et strategisk utvalg av informanter til min studie. Når forskningsspørsmålet er: *Hva som skal til for at pleiepersonell best mulig blir i stand til å utøve forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?*, tar jeg utgangspunkt i erfaringene til pleiepersonalet som utøver sykepleie til denne pasientgruppen på sykehjem. Da ble det naturlig å generere data fra pleiepersonell som faktisk jobber på sykehjem. (Tjora, 2017)

Med pleiepersonell mener jeg sykepleiere, hjelpepleiere eller pleiemedhjelpere som utøver sykepleie til beboerne på sykehjemmet. Da jeg planla studien var jeg tydelig på at jeg ønsket å intervju ulike profesjoner som jobber på sykehjem. Det gjorde jeg fordi jeg hadde en forforståelse av at det er stor mangel på sykepleiere på sykehjem, og det kunne være vanskelig å frigjøre disse for et intervju under deres arbeidsdag. En annen faktor jeg hadde med i vurderingen for utvalg av informanter, var at sykepleieren hadde mye administrativt arbeid på sykehjemmet og administrerte medisinene til pasientene og derfor ikke var den profesjonen som var nærmest pasienten som i det daglige utøver sykepleien til pasienten.

Hensikten med forespørselen til sykehjemmene var å finne informanter å intervju til studien. Det ble spurt om hjelp til å komme i kontakt med assistenter, hjelpepleiere, sykepleiere og eventuelt pleiere uten relevant utdanning som jobbet på sykehjemmet. At informantene ble kun sykepleiere var tilfeldig og uten påvirkning fra min side.

Det ble forespurt to tilfeldige sykehjem om å få intervju to av deres pleiere som utøvet sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Et ønske fra meg var å få tilgang til informanter som gjerne forteller om sine erfaringer og tanker i forhold til jobben sin, altså at de ikke var veldig sjenert og redd for å prate. Dette spurte jeg spesifikt om i forespørselen som gikk ut til de aktuelle sykehjemmene.

Forespørselen ble sendt per e-post. I telefonsamtale med enhetslederne kort tid etterpå, var de veldig positive på begge sykehjem. Når tiden gikk, var det kun hos det ene sykehjemmet som gav tilbakemelding. Der ville fire sykepleiere stille til intervju. Når dagen for intervjuene kom, hadde den ene av sykepleierne fått innvilget fridag. Dermed hadde jeg tre sykepleiere jeg fikk intervju, og sa meg fornøyd med det. Sykepleierne hadde villig delt sine erfaringer om temaet og jeg vurderte at jeg hadde god empiri til studien. Tiden gikk fort og jeg ville gå videre i prosessen med min studie. (Vedlegg 2)

3.4 Sykehjemmet

Informantene mine jobber på ulike avdelinger ved samme sykehjem. I norsk målestokk er sykehjemmet litt over gjennomsnitt i størrelse sett ut fra antall pasientplasser (totalt antall sykehjemsplasser i Norge delt på antall sykehjem som finns i Norge). (SSB, 2019)

Bemanningen på dette sykehjemmet er som på de andre i samme kommune og nærliggende kommuner. Det er ikke bestemt noen bemanningsnøkkel fra myndighetene, dette bestemmes ut fra budsjetteringer i de enkelte kommunestyrene. Avisinnlegg fra ledere på ulike sykehjem rundt i Norge, forteller at det over år har hatt samme bemanning nært pasienten. Bemanningen på sykehjem i Bergen blir beskrevet som en pleier per tre pasienter på dagtid, en pleier per fem pasienter kveldstid og en pleier per 15 pasienter nattetid, og en lege er ansvarlig for cirka 90 pasienter som bor på sykehjem der. Bemanningen varierer nok fra kommune til kommune ut ifra pleiebehovet, men det er de mest konkrete tallene jeg har funnet beskrevet, så jeg tar de med for å få et visst bilde av bemanningssituasjonen i norske sykehjem. En stor del av bemanningen består av helsefagarbeidere og assistenter uten relevant utdanning. Pasientene på sykehjemmene lider ofte av multimorbiditet, har kognitiv svikt og har et medisinkonsum relatert til sine komplekse sykdommer. (Meløy, 2019; Nicolajsen, 2018; Tingvold & Magnussen, 2018)

3.5 Intervjuet

3.5.1 Intervjuguide

Når jeg valgte dybdeintervju som metode for å få belyst forskningsspørsmålet; «*Hvordan erfarer sykepleiere at de utøver forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?*», var det fordi jeg ønsket en fri og uformell samtale med rom for refleksjoner. Jeg ville at sykepleierne skulle kjenne seg komfortabel med å uttrykke sine meninger og holdninger i intervjusituasjonen. Jeg hadde likevel utarbeidet en intervjuguide med ferdig formulerte spørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden var delt opp i temaene erfaring, kunnskap og smittefrykt.

De som stiller opp til forskningsintervju kan ha forventning å svare på ferdig oppsatte spørsmål og ikke snakke om løst og fast rundt temaet en times tid. Erfaringen min ble at intervjuguiden var et godt hjelpemiddel, den ble brukt under alle tre intervju. (Tjora, 2017)

Med bakgrunn i utdanningen jeg holder på med og min mangeårig erfaring som sykepleier erfarte jeg at jeg var godt innsatt i temaet jeg utforsker. Jeg var litt spent før intervjuene. Allikevel opplevde jeg en flyt i intervjuene og at jeg ikke var helt bundet opp til intervjuguiden. Jeg opplevde at jeg klarte å være oppmerksom om hva sykepleierne formidlet meg under intervjuene, og mye takket være hjelpemidlet som intervjuguiden var. (Kvale et al., 2015)

Intervjuguiden er vedlagt (se vedlegg 4).

3.5.2 Lydopptak

Det er anbefalt å gjøre lydopptak av intervjuene, og det ble gjort. Alt som ble fortalt ble dokumentert på lydopptaket, og konsentrasjonen kunne rettes mot intervjuobjektet og dermed sørge for god kommunikasjon. Sykepleierne ble bedt om utdyping og konkretisering av svarene sine der det trengtes. Tillatelse til å gjøre opptak av intervjuet ble innhentet, og informasjon om hvordan lydopptakene ville bli brukt og behandlet ble gitt. (Tjora, 2017) Lydopptakeren som ble brukt er en digital opptaker og er universitets. Lydopptakene var på 21, 38 og 49 minutter.

3.5.3 Feltnotat

Det ble gjort feltnotat etter intervjuene med sykepleierne. Der ble det notert at rommet vi benyttet var romslig og trivelig, vi satt i behagelige stoler, at sykepleierne hadde tilgjengelig kaffe, te og sjokolade. Der beskrev jeg kort hvordan jeg oppfattet de ulike sykepleierne som type personer, og hvilken tilbakemelding de gav meg etter intervjuene var ferdig og lydopptakeren var slått av. Av feltnotatene går det frem at sykepleierne satte pris på å bli intervjuet og de opplevde det som en mulighet å reflektere over det de holder på med i hverdagen i samtale med en utenforstående kollega. Notatene har vært til hjelp under analysen av materialet. De har for eksempel vært med på å hente frem engasjementet i noe av det som ble sagt i intervjuet, som ble tolket som betydningsfullt for den som fortalte det. Foreleser Bodil Blix erfarer at disse feltnotatene kan være en gullgrube når materialet skal analyseres. Der kan være nyanser i intervjusituasjonen som ikke kommer frem i den transkriberte teksten som har betydning for hva som blir fortalt i intervjuet, og som er greit at det er notert ned rett etter intervjuet. (Blix, 2018)

3.5.4 Transkribering

Ved å transkribere intervjuene fra muntlig til skriftlig form blir intervjuene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse. Når empirien struktureres i tekstform, blir det lettere å få oversikt over intervjumaterialet. Teksten kan repeteres, vurderes og arbeides med mye enklere enn om det kun er i lydformat. Allerede under transkriberingen starter analyseprosessen. (Kvale et al., 2015) Transkriberingen var tidkrevende. Det tok over to uker å transkribere, og arbeidet ble påbegynt direkte etter at intervjuene var gjort. Transkriberingen ble gjort på egen datamaskin, men lagret bak universitetets brannmur. For å høre lydopptakene best mulig, ble det brukt høretelefoner ved avspilling. Lydfilene ble lyttet til flere ganger for at den skrevne teksten skulle bli nøyaktig hva som ble sagt.

Ettersom intervjuene ble gjort på en og samme dag fikk jeg ikke muligheten til å høre gjennom det første intervjuet og høste erfaring av hvordan jeg gjorde det der. I ettertid når jeg har hørt gjennom intervjuene, ble jeg oppmerksom på ting som jeg kunne gjort annerledes. For eksempel kunne jeg pratet litt høyere, jeg måtte noen ganger anstrenge meg veldig for å høre ordrett hva jeg sa. Det var selvfølgelig litt spenning rundt intervjusituasjonen fra min side, men jeg følte meg ikke stresset, og det synes jeg heller ikke det høres ut som i opptaket. Derimot følte jeg at jeg var bundet opp til intervjuguiden, at jeg ikke klarte å ha en mer spontan samtale. Det kunne kanskje vært litt annerledes om jeg hadde hatt litt tid mellom intervjuene.

Jeg transkriberte teksten på dialekt. Det valgte jeg for å fange opp nyanser og uttrykk som på dialekt brukes for å poengtere noe spesielt, og som kan bli vanskelig å oversette til bokmål og få samme betydning i det skriftspråket. Ikke alle av mine informanter har norsk som morsmål, men språkkunnskapen er allikevel svært god. Ved ett tilfelle ble et uttrykk brukt for å forsterke sin mening/utsagn på norsk, men ikke slik vi bruker det i språket vårt. Likevel ble det uttrykt så veldig passende, og jeg forsto akkurat hva som ble formidlet. I transkriberingen ble det skrevet inn hvor det oppsto pauser, latter eller hvor det ble sukket i samtalen. Det forsterker mange ganger noe som er sagt i intervjuet, så det valgte jeg å skive inn i den transkriberte teksten. De transkriberte intervjuene og de renskrevne feltnotatene kaller Tjora *analysedata* (Tjora, 2017).

3.6 Forskningsetiske overveielser

Å forske på sykepleiere som skal dele personlige erfaringer rundt det å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer krever at de er trygge med å dele sine erfaringer. Sykepleierne delte historier om seg selv, kollegaer og pasienter. I denne studien betyr det at sykepleierne er anonymisert personlig, det gjelder også deres arbeidssted. Det har også vært nødvendig å anonymisere hendelser som er delt med forsker. Dette er gjort uten at betydningen for det som er fortalt er blitt endret. Konfidensialiteten er viktig å ivareta for at ingen skal komme til skade. Hensynet til deltakernes integritet går foran vitenskapens og samfunnets interesser. Sykepleierne fikk muntlig og skriftlig informasjon om konfidensialiteten, bakgrunnen til forskningsspørsmålet og min rolle som forsker. De ga et informert samtykke. I det informerte samtykket fikk de informasjon om muligheten til å trekke seg fra studiet om de måtte ønske det, og hvordan de enkelt kan gjøre det. (Vedlegg 3) (Helseforskningsloven, 2009; Helsinkideklarasjonen, 2013)

Jeg søkte Norsk personvernombud for forskning i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning av min studie. Søknaden inneholdt et informasjonsskriv om min problemstilling, bakgrunnen for den, hvem mine informanter skal være og hvordan jeg har tenkt å få tilgang til disse. Prosjektet ble godkjent av NSD 11.11.2019 og har referansekode 693813. Siden jeg ikke skal forske på pasienter, biologisk materiale eller helseopplysninger, var jeg ikke pliktig til å få godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010b).

Samtykkeskjemaene, lydopptakene og de transkriberte intervjuene er oppbevart i et låst skap i mitt hjem. Materialet blir makulert og lydopptakene slettet ved studiens slutt.

Enhetslederen som hjalp til med å skaffe informanter og informantene ble forklart at studien ble gjort for å skrive en mastergrad. Men jeg uttrykte at håp om at resultatet av studien skal få positive effekter for de som utøver sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer, og at det da vil komme samfunnet og pasientene til gode. Ut over det, har jeg ingen annen rolle knyttet til studien.

3.7 Analyse

For å analysere mine data brukte jeg Aksel Tjoras SDI-modell (stegvis-deduktiv induktiv analysemetode). Denne metoden går ut på å analysere data i etapper. Jeg har også hatt hjelp av Lundemann og Graneheims kapittel i boken *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* av Granskär og Höglund-Nielsen. De beskriver også hvordan man trinnvis går fram i analyse av kvalitativ forskning. De kaller metoden «kvalitativ innehållsanalyse», og de fikk meg til å forstå at jeg skulle se etter den røde tråden i empirien. Jeg skulle ut fra sykepleiernes fortellinger tolke hva det handler om og på den måten se et mønster og en sammenheng i hva informantene har fortalt meg. (Lundman & Graneheim, 2008) (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017)

3.7.1 Koding

For å gå videre med arbeidet av mine empiriske data var det hensiktsmessig å ha den i en tekst, for da å gjøre det mulig å kode i detalj. Det ble gjort i transkriberingen. Som første trinn kodet jeg materialet gjennom å hente utsagn som sykepleierne hadde kommet med i den transkriberte teksten. Dette er den induktive delen av analysen. Dataene er direkte hentet ut fra de erfaringene og opplevelsene sykepleierne hadde, slik som de ble formidlet i intervjuene. Kodingen som brukes i SDI-modellen har ett nivå koder og bygger rundt empirien som er innhentet. Kodene lå tett på utsagn gjort i intervjuene, og tok dermed vare på det essensielle som fremgikk i intervjuene av sykepleierne. Med andre ord var kodene utviklet fra data, og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller for eksempel intervjuguiden. Denne kodingen er induktiv SDI-koding, for den kunne ikke vært laget før selve intervjuet, og den gjengir den empiriske teksten. (Tjora, 2017) Ut fra mine tre intervjuer fikk jeg frem 159 koder.

3.7.2 Kodegruppering

Etter første delen av analysen, satt jeg med en stor mengde med koder. Trinn to i analysen gikk ut på å finne ut hva det handlet om det informantene hadde formidlet meg, altså å gruppere kodene. Denne delen av analyseprosessen gjorde teksten kortere og mer letthåndterlig, samtidig som det sentrale innholdet bevartes og ingenting vesentlig forsvant (Lundman & Graneheim, 2008). Kodegruppene gjorde materialet mer oversiktlig. Det gjorde

at analyseprosessen ble mer strukturert og det ble enklere å finne koder som hadde en felles tematikk og fikk ryddet bort koder som jeg ikke anså som relevant til forskningsspørsmålet. Tjora beskriver i sin bok Kvalitative forskningsmetoder at kodegruppene vil danne utgangspunkt for hva jeg vil utvikle som temaer i analysen av mitt intervjumateriale. (Tjora, 2017)

3.7.3 Temaer

Å finne temaer var utfordrende. Sykepleierne beskrev at det var store forskjeller på kunnskap og kompetansenivået blant kollegene. Noen hadde mye kunnskap og kompetanse om smittevern. Mens andre hadde lite kunnskap og kompetanse om smittevern. Det handler om faglighet, som det i neste trinn i analysen ble tolket som et tema for disse kodegruppene. Kodegrupperingene ble flere enn det jeg forsto Tjora foreslo å ha i sin analysemodell. Det endte opp med 10 kodegrupper, og valgte å ha såpass mange kodegrupper for å få en dekning av empirien som jeg ville kjenne igjen i det videre analysearbeidet. Det ble på den måten vist den ulikheten i nivået på fagligheten, ulike tanker om smitte og det ulike ansvaret hver enkelt pleier har i kollegiet. Det synes jeg var viktig å få frem.

De kategoriene som hørte sammen, slik som kodene «*manglende kompetanse*» og «*god kompetanse*» gikk inn i ett og samme tema til «*sykepleiefaglighet*». Det var også kodegrupper som inneholder begrepene «*kunnskap og erfaring*», hvor det handler om noe annet enn *faglighet*. For eksempel, en av kodegruppene er; «*Bruker sin kunnskap og erfaring så den sykepleie som skal utøves blir forsvarlig*». Her blir det absolutt brukt faglighet, men jeg mener det handler om det ansvaret sykepleieren har på sykehjemmet, dermed har jeg ett tema som er «*Sykepleiefaglig ansvar*». Det jeg forsøker å beskrive her, er at mange av kodegruppene går på en måte inn i hverandre, og her gjør min tolking av hva det handler om, til hva jeg har kommet fram til som mine temaer.

Jeg vil vise eksempel på dette i tabell 2, hvor sykepleierne forteller at det finnes god kompetanse på sykehjemmet. De forteller også at det mangler kompetanse på sykehjemmet. De som har denne kompetansen på sykehjemmet, får et økt ansvar på sykehjemmet. Det bekymrer dem som har denne kompetansen at kollegaer ikke har denne kunnskapen. Dette fordi i forhold til smittsomme sykdommer er det viktig at smittevernrutiner etterleves for å forhindre smittespredning. Det må finnes kunnskap og forståelse rundt smittevern. (FHI, 2004) Er personalgruppen nye vikarer og ufaglært pleiepersonell vil bekymring rundt

kompetansen og bekymring for det økte ansvaret hos de faste sykepleierne være betydelig. Samtidig forteller sykepleierne at de opplever smittefrykt fra de med mindre kompetanse. Det går igjen ut over relasjonen til beboer og pårørende og verdigheten til beboerne blir satt på prøve.

Til sist i analyseprosessen måtte jeg tenke over hva det som var hentet ut av datamaterialet handlet om. Det som ble temaene i min studie. Det gjøres på et tolkende nivå. Det binder sammen det som er fortalt meg i intervjuene. (Lundman & Graneheim, 2008) Disse temaene finner jeg for eksempel teorier eller tidligere forskning, det som er en abduktiv tilnærming i SDI-modellen for analyse av forskningsmaterialet. Erfaringene til sykepleierne som utøver sykepleie til pasienter på sykehjem med allmennfarlig smittsomme sykdommer, forteller om sykepleiefaglig ansvar, dårlige fasiliteter og smittefrykt.

Temaet sykepleiefaglig ansvar er delt opp i resultatdelen for å strukturere funnene. Erfaring, kunnskap og stort ansvar sammenfatter jeg til begrepet «*sykepleiefaglig ansvar*». Det sykepleierne beskriver, er noe mer enn erfaring, kunnskap og ansvar hver for seg. Det er noe mer sammensatt. De beskrev ulike oppgaver og roller de har i sin hverdag. Som eksempel fortalte en sykepleier at å informere pårørende og veilede dem angående smitte, var hennes oppgave. Ja, det er hennes oppgave, men det er noe mer, det er hennes ansvar å gjøre det. Det er hennes sykepleiefaglige ansvar å gjøre det.

Temaene i studien er; *sykepleiefaglig ansvar, dårlige fasiliteter og smittefrykt*.

Tabell 2 - Eksempler på koding i analyseprosessen.

Utsagn fra intervju	Kode	Kodegrupper	Tema
Og så e det desinformasjon... Konsekvensen av det kan være misforståelse og klage til fylkesmannen.	Mangel på kunnskap fører til misforståelser og utrygghet	Manglende kompetanse/ Kunnskapsunderkudd	Sykepleiefaglig ansvar
Så lenge at alle e trygg med det, så går det bra. Men når det begynner at man gjør forskjellige ting, så blir det, så blir det ...litt...eee...det blir kilde til enda større usikkerhet...»	Trygg på rutiner, usikkerhet når disse ikke følges		
Som regel e jo assistentan..har jo ikkje dem den kunnskapen og erfaringa...eller...ja...om å håndtere, ja ikkje sant, skille mellom reint og ureint.	Assistentan har jo ikkje den kunnskapen og erfaringa		
Så, vi vet jo kor vi e no...en antibiotikakur e jo ikkje bra å ta i hytt og pine, det vise sæ jo at det vil jo ikkje funke i all evighet	Antibiotika funke jo ikkje i all evighet	God kunnskap	
Vi har jo brukera som dessverre alvorlig demente, som har null forståelse, ikke minst kognitivt såpass svikta at de mista alt, ikke minst inkontinent. Der e det mye utfordringer.	utfordringer med kognitivt svekkede beboere	Stort ansvar som sykepleier	
Som regel sier æ nåkka...Men det e ikkje like, det e vanskelig mange ganga. Så føle man sæ som en sånn «ingelingeling»	vanskelig å være den som korrigerer kollegaer		
For min del, sånn personlig...Nesten som æ har følt mæ litt uttaførr, for æ har tenkt at æ e den einaste som går og passe på det...Men det handle jo og om å være moden i rollen, utrygg i rollen, og utrygg i miljøet	følt mæ uttaførr, for æ har tenkt at æ e den som går og passe på		
det æ kanskje aller mest, de fysiske forholdan, selvfølgelig skulle vi hatt mer plass...men bare det å kunne fått fleire, fleire..hulle og...for å lagre ting på og med at det e så lite plass.	liten plass, dårlige løsninger	Utstyr og fasiliteter som ikke er optimale med tanke på smittevern	Dårlige fasiliteter
ikkje sant, det e jo utstyr som ikkje funke. Helt tydelig. Vi kan jo oppleve å ta ut urinflaske som ikkje e rein. Så æ e..vi synes det e kjempeubehagelig	Utfordrende med utstyr som ikke fungerer		
Men no når æ jobbe HER, og æ veit at det slurves med rutinan, og med tanke på det utstyret vi har, så tenke æ «jaha» «æ får jo sikkert ESBL snart	Det slurves med rutinene, og med tanke på det utstyret vi har...		
Ikke sjøl, nei. Men jeg hører noen som er bekymret, sånn..som tenker..at...ja...kanskje for dem skjønner ikke sånn smitte...sånn kjeden..	Ser at de som ikke har kunnskap er mer bekymret for smitte.	Liten kunnskap fører til smittefrykt.	Smittefrykt
Det e jo to forskjellige saker å være livredd for smitte og å overdrive, og håndtere smitte på rett måte. Det e to helt forskjellige ting.	Overdriver på grunn av manglende kunnskap.		
Risikoen for å bli smitta...vi skjønnte jo den var liten, men samtidig var den så fatal.	Forsto at risikoen for å bli smittet var lav, men samtidig var den så fatal.		

Tabellen viser at kodene en hentet fra de utsagn som er gjort av sykepleierne i intervjuene. Kodene er deretter gruppert tematisk for å få en struktur i empirien. Tekstvolumet ble mindre og det ble lettere å arbeide med empirien, uten at essensen av det fortalte er borte. Temaene er min tolkning om hva det handler om det sykepleierne har fortalt.

3.8 Metodiske refleksjoner

3.8.1 Troverdighet

Til denne studien er sykepleiernes erfaringer generert etter Aksel Tjoras metodebok i kvalitativ forskning og analysert med inspirasjon fra SDI-modell som er beskrevet i boka. Boka er enkel å forstå og var et hjelpemiddel til å få en oversiktlig prosess i forskningen. Det underlettet tolkningsarbeidet av empirien som har vært viktig å være tro mot. Sykepleierne delte for min studie, verdifulle tanker og erfaringer, og for å få formidlet dette korrekt, var det godt å ha et så tydelig hjelpemiddel som Tjoras bok var. (Tjora, 2017)

Når jeg valgte individuelle dybdeintervjuer som metode for å få belyst forskningsspørsmålet; *«Hvordan erfarer sykepleiere at de utøver forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?»*, var det fordi jeg ønsket en fri og uformell samtale med rom for refleksjoner rundt forskningsspørsmålet. Jeg ville at sykepleieren skulle kjenne seg komfortabel med å uttrykke sine meninger og holdninger i intervjusituasjonen. Tanken var at dette er et tema hvor vanskelige opplevelser og spesielle hendelser kunne bli delt til studien om forholdene var lagt til rette. Det ble også erfart underveis i intervjuene. (Tjora, 2017)

En alternativ metode kunne vært et fokusgruppeintervju. Der ville andres utsagn kanskje satt i gang refleksjoner og tanker som kanskje ikke skjer under en intervjusituasjon alene. En annen faktor med fokusgruppeintervju ble vurdert til at det kan være vanskelig å få samlet flere pleiere i løpet av en arbeidsdag på et sykehjem hvor de har hektiske arbeidsdager. (Tjora, 2017)

3.8.2 Pålitelighet

Sykepleiernes mulighet til å dele erfaringer og refleksjoner rundt det å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer alene, og ikke med kollegaer i gruppe tolkes i denne sammenhengen som mer pålitelig. Det er ikke sikkert de hadde ønske om å dele

alle tanker om temaet med kollegaer de kjenner. Det kan være sensitivt å mene noe om andres kunnskap eller opplevde holdninger rundt smittevern. I en intervjusituasjon med en forsker som har taushetsplikt og tar vare på konfidensialiteten vil det være enklere.

Engasjementet til forskningsspørsmålet er påvirket av egne erfaringer i min jobb som sykepleier. Der møtte jeg pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer som var bekymret for om de ville få forsvarlig og respektfull pleie og omsorg om de hadde behov for å flytte på sykehjem. Det samme forteller tidligere forskning. (Grønningsæter & Forskningsstiftelsen, 2017; Johansen & Larsen, 2016)

Egen erfaring i utøvelsen av sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer har vært med i tolkningsprosessen av sykepleiernes erfaringer.

Det jeg har til felles med sykepleierne er at vi har samme utdanning, og vi utøver sykepleie til pasienter med og uten allmennfarlig smittsomme sykdommer. Informantene har erfaring i å lede gruppen personale som ikke alle har utdanning som sykepleiere. Deres kollegaer kan være hjelpepleiere, assistenter og også ufaglærte pleiemedhjelpere. Dette ansvaret er stort sett ukjent for meg.

3.8.3 Gyldighet

Empirien som er innhentet er fra et begrenset antall informanter. Det er erfaringene til tre sykepleiere som jobber ved samme sykehjem. Det hadde vært interessant og hatt informanter fra flere sykehjem, så det var synd det ikke lot seg gjøre. Det å delta i forskning skal være frivillig, og informanter skal ikke kjenne seg presset til å delta i forskning, derfor ble det ikke gjort flere kontaktforsøk til det andre sykehjemmet som var forespurt. Empirien til sykepleierne som deltok skal av den grunn ikke dras ned i verdi. Det er deres tanker og erfaringer de har delt, og disse har betydelse. Sammen med teori og annen forskning har det blitt gjort funn som er gjenkjennbart og viktig for hvordan sykepleie blir forsvarlig utøvd til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Veiledningen som er gitt underveis i prosessen var med på å kvalitetssikre analysearbeidet. Det å diskutere med andre fagpersoner og få kritiske spørsmål til tolkningen, har vært med å være forsikre meg på at tolkningen av sykepleiernes utsagn ble riktig.

3.8.4 Overførbarhet

Jeg ønsker å poengtere at studien har tre sykepleiere som jobber på samme sykehjem, noe som kan virke lite omfangsrikt. Den ene sykepleieren jobber ekstravakter på et annet sykehjem, og har erfaring med seg også derifra som stemmer overens med hva sykepleierne erfarer fra det felles sykehjemmet. Når det er sagt, har den seneste tidens Covid-19-pandemi, og erfaringer rundt denne, preget alle typer media. Mine informanter erfarer lignende utfordringer som sykepleiere og andre helsearbeidere i Norge og resten av verden beskriver rundt det å utøve sykepleie til pasienter med Covid-19, det jeg hører i media er gjenkjennbart med empirien i min studie.

4 Resultat

Sykepleierne har fortalt om sine erfaringer med å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Tema rundt smittevern var noe som engasjerte dem alle tre. De delte vanskelige opplevelser, ubehagelige situasjoner og tanker rundt spesielle hendelser rundt det å utøve sykepleie til denne pasientgruppen. På forhånd var jeg redd for at sykepleierne trodde at jeg skulle «se dem i kortene, og arrestere dem», men det var ikke min opplevelse i det hele tatt. Sykepleierne var svært generøse i å dele sine erfaringer. De mente alle tre at det var viktig å ta opp dette temaet. Det ble uttrykt takknemlighet, og opplevdes som en lettelse å få lov å dele sine erfaringer hvordan det å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjem.

Den globale situasjonen rundt resistente bakterier var én grunn som ble nevnt.

«Kofførr e vi ikkje meir opptatt av å forebygge infeksjona, kofførr e vi ikkje opptatt av å bruke smittefrakk – alle de der tingan vi veit? De fleste tenker at vi gir bare en antibiotikakur, så går alt over....Så vi veit jo kor vi e no...en antibiotikakur e jo ikkje bra å ta i hytt og pine. Det vise sæ jo at det ikkje vil funke i all evighet....».

I dette kapitlet presenterer jeg resultatene fra dataanalysen. Sykepleiernes erfaringer er sortert i temaer ut fra de fortellingene de delte med meg. Funnene velger jeg å beskrive som tre temaer; *sykepleiefaglig ansvar, dårlige fasiliteter og smittefrykt*.

4.1 Sykepleiefaglig ansvar

Sykepleierne har oppnådd sin faglighet gjennom sin sykepleierutdannelse og fått mye konkret kunnskap gjennom undervisning og litteratur. Ny vitenskap endrer helsevesenet og yrkesutøvelsen hele tiden, og det kreves at kunnskapen oppdateres kontinuerlig. En av sykepleierne har gått et masterprogram som er relevant for hennes jobb i dag, en annen har en jobb som hele tiden krever faglig oppdateringer siden hun skal legge til rette for fagutvikling blant sine kolleger. Den tredje sykepleieren gikk de kursene hun fikk mulighet til å gå av arbeidsgiver, og ønsket at det var mulighet å gå flere kurs. Disse tre sykepleierne har jobbet som sykepleiere i mange år og opparbeidet seg erfaring i det å utøve sykepleie. I intervjuene forteller de om kollegaer som verken har sykepleierutdannelse eller har noen form for helsefaglig utdanning for å kunne utøve sykepleie. Det gjør noe med deres egen arbeidshverdag, den blir mer hektisk og de får et større sykepleiefaglig ansvar. Og det kan utgjøre forskjell for pasienter og pårørende med at forsvarligheten blir dårligere i den

behandling og pleie som utøves til sykehjemspasienten med et komplekst sykdomsbilde, og pleiepersonale ikke har sykepleiekompetanse. (Flodgren, 2017)

4.1.1 Erfaring

Sykepleierne har 7 til 20 års erfaring som sykepleiere. De har tilegnet seg erfaringene på ulike felt, i akuttmottak, ambulanse, på ulike sykehusavdelinger og på ulike sykehjem. To av sykepleierne har også erfaring med å utøve sykepleie utenfor Norge.

De tre sykepleierne har alle erfaring med å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom. To av sykepleierne forteller om hvordan de erfarte allmennfarlig smittsomme sykdommer før de selv ble sykepleiere og som nyutdannet sykepleier. Oppfattelsen de hadde da, var at med disse sykdommene ble det vanskelig å kunne leve verdige liv siden de måtte isoleres og leve under ekstraordinære tiltak for at samfunnet skulle beskyttes. En forteller at hun opplevde allmennfarlig sykdom i nær familie, men hadde ingen ansvar for sykepleien rundt ham.

De forteller alle om hvordan de erfarer å utøve sykepleie til pasienter med slik smittsom sykdom etter å ha vært sykepleier i de årene de har vært i yrket.

En av sykepleierne har jobbet i en type helsetjeneste der de hadde utrykninger i rusbelastede miljøer hvor det ikke var uvanlig at pasientene hadde hepatittsykdommer og hiv. Her fikk hun erfaring om hvordan hun skulle forholde seg til smittevern og til pasienter som lever med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Hun fikk sin sykepleierutdanning i hjemlandet, og hennes vurdering er at kvaliteten på sin utdanning som bedre enn det hun ser sykepleierstudenter får her i Norge. Sykepleierutdanningen hennes var på 4,5 år, sammenlignet med sykepleierutdanningen her i Norge hvor utdannelsen er på 3 år.

Den andre sykepleieren forteller om erfaring med å jobbe som assistent på sykehjem før hun tok sin sykepleierutdanning. Som nyutdannet sykepleier jobbet hun 3 år på en medisinsk sengepost der det ofte var inneliggende pasienter med både smittsomme- og allmennfarlig smittsomme sykdommer. Å forholde seg til av- og påkledning av smittevernutstyr, isolat og andre smitteverntiltak fikk hun god trening i. Siden har hun opparbeidet sin erfaring som sykepleier på sykehjemmet hvor jeg møter henne som min informant. Underveis i sin karriere på sykehjemmet, har hun fullført masterstudium i sykepleie.

Den tredje sykepleieren har fra hun var utdannet, hele tiden jobbet på sykehjem. I tillegg til hennes faste jobb hvor jeg møter henne som informant, jobber hun ekstravakter på et annet sykehjem. Erfaringer blir derfra delt med meg i intervjuet.

Alle sykepleierne forteller at de under tiden har opparbeidet seg erfaring. Som eksempel forteller den ene:

«Så fikk vi da beboer som har det (ESBL), og så var det liksom usikkerhet korsen vi skal håndtere det. Fordi jeg husker i begynnelsen, så visste vi ikke så mye om det. Så vi gav dem papptallerkener, også hvis vi måtte gi dem ordentlig bestikk og sånt, måtte vi vaske dem for seg sjøl. Det var sånn i begynnelsen...» Og hun fortsetter: *«Sånn etter hvert, så har vi, ikke sant, lest mer om ka det betyr, ka ESBL betyr. Så har vi hatt undervisning og sånt. Så har vi endret på det, så no....vi behandler dem som vanlige pasienter.»*

4.1.2 Kunnskap

Sykepleierne forteller at på sykehjemmet hvor de jobber, finnes nedskrevne rutiner så at smittespredning ikke skal skje, i form av fysiske permer der veiledere og prosedyrer finnes. De har tilgang på nettbaserte prosedyrer som skal anvendes ved ulike tilstander, også når beboere bærer smitte av ulike slag. De har tilgjengelig ressurser der kunnskap og veiledning kan innhentes om det er nødvendig. Eksempler på slike ressurser er Smittevern avdelingen hos spesialisthelsetjenesten og egen smittevernoverlege i kommunen. Det er ansatt egen fag- og kompetansesykepleier på sykehjemmet, og sykehjemmet har en egen smittevernkontakt og -gruppe som har ekstra fokus på dette området. Dette er tiltak som gir dem en viss trygghet og påvirker arbeidsmiljøet positivt.

Alle tre sykepleierne forteller at de har kunnskap om hvordan de skal utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Kunnskapen har de i hovedsak ervervet seg etter sykepleierutdannelsen.

Den ene sykepleieren som selv har sin utdanning fra utlandet, mener sykepleierutdanningen her i Norge er for dårlig. Hun mente at de lærte mer om å ta ansvar og å tenke på konsekvensene av det de utførte av tiltak gjennom sin utdanning. Hennes egen utdanning gikk over 4,5 år. Hun mener at pleiepersonell må være kompetente for å utøve forsvarlig sykepleie. Og hun mener det er et overordnet ansvar at det finnes prosedyrer og rutiner tilgjengelig og at god ledelse sikrer at kunnskapen blir gjort tilgjengelig for den som utøver sykepleie. Dette gjelder også kunnskapen om smittevernrutiner.

En annen sykepleier forteller om hvordan hun på en sykehusavdeling ervervet god kunnskap i smittevernarbeid, siden de ofte hadde pasienter med smittsomme sykdommer og også allmennfarlig smittsomme sykdommer. Hun fikk god trening og hun lærte også gode metoder om hvordan kunnskapen ble videreformidlet i kollegiet, en strategi hun har tatt med seg videre til sykehjemmet hvor hun jobber nå;

«så prøve æ å si, det her må dokker gjøre i hvert vaktskifte»...«Det lærte æ på [sykehusavdelingen deg hun jobbet], det funka så bra, så...derfor forsøke æ å videreføre det»

En sykepleier forteller om et spesielt scenario hvor det var manglende kunnskap rundt en allmennfarlig smittsom sykdom. Spesialisthelsetjenesten hadde ingen tydelige råd og det var stor usikkerhet om hvilke tiltak som ville være riktig for å hindre smittespredning. Hun forteller at det var en stor psykisk belastning for kollegiet, og at det var en meget spesiell og krevende tid.

En av sykepleierne forteller at hun kompletterer sin kunnskap med den kompetansen de ulike støttefunksjonene har som finnes på sykehjemmet. Hun rådfører seg ofte med smitteverngruppa og fag- og kvalitetskoordinatoren, en egen sykepleier som har ansvar for fag- og kvalitetsarbeid på sykehjemmet, om hun støter på nye problemstillinger. Hun etterlyser tilbud om kurs, og at det hadde vært fint og vært oppdatert på diagnoser som hun med stor sannsynlighet vil møte på sykehjemmet. I befolkningen lever mennesker med ulike allmennfarlig smittsomme sykdommer. I Norge ble det meldt 22635 tilfeller med ulike allmennfarlig smittsomme sykdommer i 2019. (FHI, 2020) Sannsynligheten for å treffe på andre diagnoser enn ESBL og MRSA på sykehjem er til stede. Hun nevner pasienter med hiv som eksempel. Hun sier;

«Det kunne hjelpe (å prate med noen som kan mye eller vi får kurs, som hun nettopp pratet om), fordi som sagt, vi tar jo imot alle. Men det e jo sånn, mer betryggende for oss og for pasient hvis vi får lære mer om ka dem har».

De tre sykepleierne forteller at det er stor variasjon i hvilken kunnskap som finnes hos dem som utøver sykepleie til pasientene. De opplever at ufaglært pleiepersonell ikke har nødvendig kunnskap om smittevern for å forhindre smitte på sykehjemmet og de er ikke trygge på rutinene som gjelder. Sykepleierne forteller at dette gjør at spesielt pårørende opplever det som vanskelig å forholde seg til smitten, de er redd for at de skal forårsake smittespredning. Det oppleves også utrygghet og merarbeid i kollegiet når de ser at for

eksempel det å skille mellom rent og urent er vanskelig å etterleve.

4.1.3 Ansvarlighet

Når sykepleierne erfarer at hygienen ikke ivaretas, opplever de selv utrygghet og en merbelastning i det å være erfaren og sykepleier på sin arbeidsplass. De ser det som sitt ansvar å korrigere og veilede kolleger med mindre fagkunnskap.

Sykepleierne opplever at de har et stort ansvar for at fagligheten ivaretas på en forsvarlig måte. For dem er det viktig at alle pasientene behandles med verdighet, også om pasienten skulle ha en allmennfarlig smittsom sykdom. Sykepleierne mener det er noe de mestrer godt og beskriver relasjonene til pasientene som svært gode. En sykepleier opplever at det er *«annerledes i forhold til sykehus og oss...dem (pasientene) e en av oss, en del av oss»*.

Sykepleierne beskriver pasientgruppen de utøver sykepleie til, enten de har allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke, som pasienter som har varierende kognitiv helse. Det byr på utfordringer når det gjelder å ivareta hygien på sykehjemmet. Derfor ser de at de har et større ansvar for at forholdene ligger til rette for at hygienen er god.

En annen utfordring er de fysiske fasilitetene de jobber under. Det påvirker ansvaret de som sykepleiere har for fagligheten. Det utfordrer smittevernet og dermed smittefrykten i kollegiet.

4.2 Dårlige fasiliteter

En av sykepleierne beskriver sykehjemmet som gammelt og nedslitt med små rom. Det er vanskelig å bruke et hjelpemiddel som heis på et rom der pasientens seng og rullestol befinner seg samtidig. De har knagger til å henge fra seg stelle- og smittefrakker på alle rom, men det tok lang tid å få installert slikt. Det er dårlig plass til å legge alt utstyr, plassere skitne kopper, skitne vaskefat og slikt.

«Det e kanskje aller mest, de fysiske forholdan, selvfølgelig skulle vi hatt mere plass....men bare det å kunne fått fleire hyller for å lagre ting på med at det e så lite plass».

Det oppleves som utfordrende å legge til rette slik at pasientene, selv om de er rene og har rene klær, ikke skal røre og dekontaminere rent utstyr som er tenkt til stellesituasjoner. Utformingen av sykehjemmet gjør arbeidshverdagen deres vanskelig. At sykehjemmet er gammelt, slitt og lite hensiktsmessig arkitektonisk, gjør at det er utfordrende å overholde

smittevernprinsipper. Samtidig mener sykepleierne at det er viktig for verdigheten til pasientene med allmennfarlig smittsomme sykdommer at de får ferdes rundt på sykehjemmet på samme vis som pasientene uten allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Hun beskriver også teknisk utstyr som dekontaminatoren på avdelingen, vaskemaskinen som skal vaske utstyret de bruker med riktig type vaskemiddel til riktig temperatur. Den er det feil på ganske ofte. Da må de bruke naboavdelingens maskin. Om ikke den også er feil på. Utstyr som bekken og urinflasker blir ikke vasket skikkelig rent, og utstyret er da forurensset med bakterier fra urin og avføring. Hvis det da er en pleier på vakt som ikke er innsatt problematikken, kan potensiell smittespredning skje når denne tar i bruk det forurensede utstyret. Det oppleves som en utfordring av sykepleieren.

4.3 Smittefrykt

To av sykepleierne forteller at de ikke er redd for å bli smittet av allmennfarlig smittsom sykdom. De forteller at de vet hvordan smitte skjer og da vet de hva de selv kan gjøre for å ikke bli smittet. Den tredje, beskriver ingen direkte smittefrykt, men hun forteller at:

«Men no når æ jobbe HER, og æ veit at det slurves med rutinan, og med tanke på det utstyret vi har, så tenke æ «jaha, æ får jo sikker ESBL snart».

Alle tre opplever smittefrykt blant sine kolleger og mener det fører til irrasjonelle tiltak, som en av sykepleierne kaller for å overdrive frykten.

«Her overdrives det...[I Norge overdrives det...] Intervjuer: Overdrives det? Ja, ekstremt!...det e jo helt kaputt korsen det...veldig overdrivent.»

Eksempler på det de mener er overdrevne tiltak er at pasienten må benytte engangsservise og plastbestikk, og at de ikke får sitte med de andre pasientene i fellesarealet på sykehjemmet. En av sykepleierne har opplevd slike situasjoner for ikke lenge siden på et annet sykehjem, der hun tok noen ekstravakter, hvor hun opplevde overdrevne tiltak hos pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer.

5 Diskusjon

I tidsskriftet Sykepleien har Per Jørgen Langø Kristiansen et innlegg der han mener at vi bør benevne de som mottar sykepleie på sykehjem som pasienter. Det mener jeg er helt riktig fordi, som han skriver; «personer som får tildelt sykehjemsplass er der fordi de trenger pleie og behandling». Han mener for eksempel det fort kan være lettere å bruke ufaglært arbeidskraft når det er snakk om at beboere trenger hjelp på sykehjemmet, kontra slik det er rundt om i dag på sykehjemmene der pasientene er i behov av avansert sykepleie for å få adekvat pleie og behandling. Det er viktig å være bevisst i hvordan vi bruker språket vårt for å tydeliggjøre behov av kompetanse og ressurser, når det som skjer på sykehjem faktisk er å behandle og ivareta alvorlig syke pasienter. (Kristiansen, 2020)

Hvordan erfarer sykepleiere at de utøver forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer?

Funnene i sykepleiernes erfaringer med å utøve forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer viste seg som manglende faglighet, dårlige fasiliteter og smittefrykt.

I dette kapitlet diskuteres empirien i lys av teori og tidligere forskning.

5.1 Sykepleiefaglig ansvar

5.1.1 Ansvarlighet

Når sykepleierne erfarer at hygienen ikke ivaretas av kolleger, opplever de en merbelastning i det å være erfaren og sykepleier på sin arbeidsplass. De ser det som sitt ansvar å korrigere og veilede de med mindre fagkunnskap. Det er et stort ansvar og det tilfører ekstra oppgaver i arbeidshverdagen når det hele tiden kommer nye, og ukvalifisert pleiepersonell. Vi vet at det er en stor andel ufaglærte som jobber på sykehjem som en konsekvens av mangel på offentlig godkjente sykepleiere. (Hofstad, 2020)

Sykepleierne forteller at belastningen er stor, også sett i lys av hva det gjør med arbeidsmiljøet for den enkelte, å være den som passer på og korrigerer hele tiden. En sykepleier forteller at hun føler hun er den eneste som går og passer på og korrigerer, og at hun blir sett på som et irritasjonsmoment. Hun har følt seg utenfor på grunn av dette.

«Det har vært vanskelig i perioder, å stå i det. Okei, no har ho lange negla, skal æ si nåkka? Okei, no har den neglelakk...Som regel sier æ nåkka. Men det ikkje like, det e vanskelig mange ganga. Så føle man sæ som en sånn «ingelingeling»». Men så føyer hun til: «Det er viktig å være tydelig som fagperson... For hygiene og smittevern e liksom en av mine kjepphesta. Så...så det har vært vanskelig mange daga, skal æ si dæ».

Hun forteller meg at hun føler at hun har et naturlig veilederansvar, faglig ansvar overfor hjelpepleiere og assistenter.

Alle tre sykepleierne fortalte om det ansvaret de hadde med å veilede sine kollegaer. Den ene sykepleieren var opptatt av å legge til rette for at det fantes kunnskap i form av at veiledere og prosedyrer var tilgjengelig, og dette ansvaret hadde hun formelt fått ved å være en del av en smitteverngruppe på sykehjemmet. Hun fungerer også i pleien på sykehjemmet. De som er kontinuerlig ute i pleien og kjenner nok mest på det å være ansvarlig for pleien som utføres der også ufaglærte pleiere er en del av kollegiet. Disse to uttrykte også størst bekymring for forsvarligheten i den pleien som ble utført, med tanke på bristende kompetanse blant sine medarbeidere

Om sykehjemsavdelingen får en ny pasient med allmennfarlig smittsom sykdom beskriver en sykepleier hvordan hun forsøker overføre kunnskap til de hun jobber sammen med:

«Så går æ gjennom smittevernrutinan, viser for eksempel...friske opp rutinan om korsen man tar av og på smittefrakken, når vaske man hendern, katti tar man på hanskan....alle de her tingan. Når bruker man munnbind, korsen....ikkje ta av munnbind....ikkje sant, alle de her [...] så prøve æ å si; «det her må dokker gjøre hvert vaktskifte». (latter) Så blir det litt varierende korsen det opprettholdes, kommer an på kæm som e på jobb».

Hun føler det er hennes ansvar for å overføre kunnskapen og ta ivare fagligheten.

Ingunn Elstad skriver at sykepleierne er ansvarlig for egne handlinger. Sykepleieren er forplikta til å være ansvarlig for handlinger hun har gjort eller er forpliktet til å gjøre. (Elstad, 2014) Det samme understreker de yrkesfaglige retningslinjer; sykepleieren er ansvarlig for å være faglig oppdatert så at forsvarlig sykepleie kan utøves til pasienten. (Norsk sykepleierforbund, 2011) Den pleien er det ikke alltid sykepleieren selv som skal utføre, det kan være en ufaglært kollega som har fått i oppgave. Ifølge mine sykepleiere går det ut over fagligheten i den sykepleie som utøves på sykehjem, når det er mangel på kvalifisert pleiepersonell. De erfarer at pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom blir utsatt for unødvendige smittetiltak på grunn av at personalet mangler kunnskap. De opplever at pårørende ikke blir møtt med faglig trygghet til enhver tid, fordi alle i personalgruppen ikke har den. De forteller at smittevernrutiner ikke overholdes, nettopp på grunn av at de ikke har

kunnskap om hvorfor smittevernrutinene skal overholdes, eller til og med hvordan de skal utføres.

Elstad skriver også at ansvaret er åpent og dynamisk. Hun mener at sykepleieren ikke kan vite hva som venter, hun må være i forkant og være beredt på det uventede som kan skje.

Sykepleieren må observere og vurdere når hun skal utvide ansvaret, eller når hun kan slippe det. Sykepleierne som har ansvaret for pasientene på sykehjemmet, har også ansvar for sykepleien som utøves av deres kolleger som har mindre kompetanse enn dem selv. De må hele tiden være på vakt om det er noe de burde inngripe i og korrigere rundt pleien som utøves til pasienten, for å forsikre forsvarlig sykepleie og å forhindre at smittespredning skjer. Når sykepleieren er ansvarlig for sykepleie andre utøver, blir det vanskelig å observere pasienten om når den trenger mer eller mindre tiltak rundt sitt opphold på sykehjemmet. Det gir sykepleieren et større ansvar enn om hun selv hadde hand om pasienten. (Elstad, 2014) Florence Nightingale mener at sykepleierens ansvar er å legge til rette at andre kan utføre sykepleien, så en slipper å gjøre alt selv. (Nightingale et al., 1984) Det gjør sykepleierne på sykehjemmet hele tiden. De utarbeider prosedyrer og de veileder sine kolleger. Men å ha den fulle oversikt over pasientens tilstand er vanskelig når sykepleieren ikke rekker å være til stede når det utøves sykepleie til pasienten. Det gjør at sykepleieren har et større ansvar i det daglige med å få observert pasientene og eventuelle endringer rundt deres tilstand.

Så er det det ansvaret å forholde seg til det som er politisk bestemt. Sykepleieren forteller om en viktig vaskemaskin, avdelingens dekontaminator, som stadig vekk ikke fungerer. Hun sier:

«Ja, og så med nedskjæringene som e i kommunen, så sa dem først til oss at vi måtte finne ut ka som var godt nok, korsen kvalitet...Kvalitet skulle det være! Men så [er det bestemt..., (min formulering)] ...at trygghetsstandarden [et prosjekt rundt ernæring, aktivitet, aktivitet og livets slutt som flere kommuner er med i] skal prioriteres. Så, jamen...ka med de andre tingan da? Betyr det at vi ikkje skal følge opp smittevernrutinan? Ka betyr det? Sant? Så, så, vi kan tolke det dithen [...] Æ har tenkt, vi må jo gjøre som politikeran sier...(sukk)».

Her kommer frustrasjonen frem. Et problem som har vedvart over lengre tid har ikke blitt ordnet opp i, og så blir ulike viktige tiltak som er viktig for god sykepleie i sykehjemmene blitt satt opp mot hverandre. At sykehjemmet har utstyr som sørger for god hygiene og forhindrer smittespredning av alle typer sykdom er forankret i lovverket. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Smittevernloven, 2020) De som opplever at utstyret ikke fungerer som det skal, må melde det til sine ledere. Så får de ta ansvar for at dette repareres, og i verste fall byttes ut om det er et gjentakende problem.

Florence Nightingale mente at sykepleieren er ansvarlig for å legge til rette for at de andre i pleiegruppa som utfører den forsvarlig og på en god måte. Sykepleieren skal ikke måtte utføre alle oppgaver selv, men kunne stole på at andre forstår og kunne delta i og utføre pleien til pasienten. Nightingales tenking ble skrevet og utgitt i 1860, hvor smittsomme sykdommer herjet, og hvor utdannede sykepleiere var en sjeldenhet. (Nightingale et al., 1984) Slik er ikke i dag, hvor medisinfaget, kirurgien og tilgang på sykepleierkompetansen har utviklet seg betydelig i forhold til midten av 1800-tallet. Men samtidig har utviklingen ført til økt kompleksitet i behandling og pleie. På sykehjem i dag er pasientene svært syke, de lider av multimorbiditet, kognitiv svikt og har et stort og komplekst inntak av ulike medikamenter. Sykehusene skriver ut pasientene tidligere, så videre behandling og pleie er det kommunene som må stå for. Noen får behandling og sykepleie i hjemmene sine og andre må ha kortere eller permanente sykehjemsopphold. (Tingvold & Magnussen, 2018) På sykehjemmene bor de eldre med størst omsorgsbehov. Da kreves helsefaglig kompetanse til å gi pasientene behandling og omsorg ut fra det behovet som finnes. Kunnskap og kompetanse kreves for å utøve sykepleie for pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer, blant annet for å hindre smittespredning i helseinstitusjoner og samfunnet ellers. (FHI, 2004) Men vi vet at det er mangel på sykepleiere i Norge, spesielt mangler sykehjemmene sykepleiere. Statistisk Sentralbyrå forteller at 1 av 5 sykepleiere ikke jobber i helsetjenesten 10 år etter endt utdanning (Skjøgstad, 2017).

Å lede sykepleie er det som skjer i helsevesenet hele tiden. Helseinstitusjonene holdes i drift av sykepleiere hele døgnet. Ingunn Elstad skriver at tidskontinuiteten er typisk for døgnkontinuerlig sykepleie. Sykepleie utøves gjennom hele døgnet, og gjør at pasienten fungerer i livet sitt. Tidskontinuiteten betyr at personalet er til stede og tilgjengelig for pasienten når den har behov for hjelp, også under natten. Det er en kontinuitet i sykepleien, og det er det tilbudet som pasientene på sykehjem har. (Elstad, 2014)

Orvik skriver om den organisatoriske kompetansen sykepleieren har. Pasientarbeidet skal organiseres og avdelingen skal driftes gjennom hele døgnet. Gjennom at sykepleieren har kompetanse i det pasientnære arbeidet og organiseringen av avdelingen, har forskning kommet fram til at sykepleieren har en dobbel kompetanse. (Orvik, 2015)

Det kan være flere årsaker til at det mangler sykepleiere på sykehjem, men stor arbeidsbelastning på grunn av lav bemanning og at personalet ofte er ufaglært, er trolig med og påvirker belastningen til sykepleierne på sykehjemmet. Dette bekrefter forskning som sier at stor arbeidsbelastning, stort tidspress og for få sykepleiere på jobb var blant faktorene som

var årsaken til at sykepleiere slutter å jobbe i helsesektoren (Sjetne, 2011). Ansvaret som sykepleierne har med utøvelse av sykepleie hele døgnet, sørge for forsvarlig drift av avdelingen og se til at de rammene som gjelder blir holdt gjeldene økonomi og personalansvar kan det være overveldende. Sykepleiere forventer å kunne praktisere det de har lært i utdanningen, og som var årsaken til at de valgte sykepleieutdanningen. De hadde ikke sett for seg at det skulle være så mye organisatorisk ansvar i det sykepleiefaglige ansvar. (Orvik, 2015) Når det er mangel på sykepleiekompetanse vil det være større belastning på de som er igjen i yrket. For å endre på situasjonen at sykepleierne forlater yrket må sykepleierne bli hørt i hvordan helsevesenet organiseres. WHO (Verdens helseorganisasjon) har nettopp presentert en statistikk som viser at sykepleiertettheten i Norsk helsevesen er på topp i verden. Denne statistikken korrigerer forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund Lill Sverresdatter Larsen. Tallene som er presentert i den statistikken inneholder alle som utøver sykepleie i helsevesenet. Altså også hjelpepleiere og helsefagarbeidere som jobber i det norske helsevesenet. Dermed er det ikke bare sykepleiere med den kompetanseprofesjonen har. (Hofstad, 2020)

I forbindelse med at statistikken og rapporten rundt manglende sykepleiere i verden, ber WHO om at regjeringer må se til at flere sykepleiere utdanner seg, opprette flere sykepleierstillinger og lederskap. (Hofstad, 2020) Her er oppfordringer myndighetene må følge. Og viktigst for å få sykepleierens kompetanse til å bli hørt, må sykepleierne bli tatt med i råd og utvalg for at vår kompetanse også blir brukt til å forme helsevesenet til en best mulig organisasjon. Vi har kompetanse som kan bidra til å holde sykepleierne lengre i arbeidslivet. Vi har kunnskap om hvordan forsvarlig helsehjelp til pasientene, og vi har kunnskap om hvordan forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer i helsevesenet og resten av samfunnet.

5.1.2 Kunnskap

Den ene av sykepleierne, som har mange års erfaring, forteller at hun bruker mye de ressursene som finnes tilgjengelig på sykehjemmet. Prosedyrer, veiledere og sykepleiere som har fått tildelt ansvar i spesielle fagområder, for eksempel rundt smittevern. Hun føler trygghet i å diskutere situasjoner og prosedyrer med andre. Kanskje for å høre andres erfaring eller få bekreftelse på egne vurderinger. Men hun forteller også at hun er bekymret for de som ikke har den kunnskapen hun har, de som ikke er utdannet som sykepleiere;

«For det er jo lett å søke opp på internett. Men det er ikke bestandig man forstår, kanskje. Hvert fall de assistenter og hjelpepleiere, at de... Det kan være bra for dem at det er noen som kan hjelpe dem å forstå ka det betyr....så, ja...hvert fall det».

Hun opplever at det er noen ganger hun som sykepleier trenger hjelp til å forstå hva som står i prosedyrene de har tilgang til på internett. Da forstår hun at også de som ikke har den sykepleieutdanningen og all den erfaringen hun har, burde stoppe opp, tenke seg om og få hjelp til å vurdere situasjoner de står i eller hjelp til å forstå prosedyre de tenker å bruke. Det er et sunnhetstegn. Hun har innsikt om seg selv og sin kunnskap. Hun har forståelse i hvilke oppgaver og hvilket ansvar hun har. Hun får ny erfaring ved at hun får bekreftet eller komplettert den kunnskapen hun allerede har.

I Norge brukes begrepet kunnskapsbasert praksis. Med det menes at sykepleien som utøves skal være basert på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap, og ikke forskningsbasert kunnskap alene. Ut fra disse kunnskapsbasene lages prosedyrer som er lett tilgjengelig og brukes som utgangspunkt i utdanningsinstitusjonene. (Elstad, 2014) Herdis Alvsvåg skriver i Kari Martinsens festskrift, *Nødvendige omveier* i 2009, et kapittel der hun mener innsiktsbasert kunnskap bør erstatte kunnskapsbasert praksis. Og argumentasjonen er god. Hun bruker filosofen Gadammers forklaring om at det er en grunnleggende forbindelse mellom erfaring og innsikt. Forståelse, kunnskap og forventninger har vi med oss inn i en situasjon. Erfaring får vi når vi stopper opp, tenker over og går tilbake til det som skapte forventning ved situasjonen. Å være erfaren er ikke det at man på forhånd kan alt og vet best. Innsikt er noe vi kommer fram til og noe vi får gjennom erfaring. Så det å ha innsikt er viktig når sykepleie skal utøves. Vite når man skal stoppe opp og tenke over situasjonen, vite når skal undersøkes nærmere, slå opp i en prosedyre en gang som egentlig kanskje er unødvendig, men på den måten erkjenne at en er litt usikker. (Alvsvåg, 2013)

Sykepleierne forteller at veiledere og prosedyrer finns tilgjengelig. De finnes i nettutgaver og papirutgaver. Til stadighet kommer tilbud om nettsteder hvor prosedyrer og håndbøker kan benyttes, spesielt kom tilbudene etter Covid-19 utbruddet. Det finnes mange utarbeidede kunnskapsbaser basert på vitenskap. Det er prosedyrer og veiledere utgitt av ulike aktører. Men det gjelder å kunne bruke og forstå disse. Det bekymrer spesielt en av sykepleierne. Hun opplever at hvert fall assistenter og hjelpepleiere ikke forstår hva prosedyrene forteller.

I Morrow el al's artikkel *«Somebody else's problem»* skriver forskerne at de fant i sin forskning at pleiepersonell ikke alltid hadde forståelse for at de kunne være smittebærere av multiresistente bakterier. Pleiepersonalet mente at smitteoverføringen måtte skjedd et annet

sted enn på deres avdeling, eller sykehjem. Det var kunnskapsbrist hos pleiepersonalet som var undersøkt. Det som gjorde at det var variasjon i denne mangelen på kunnskap, var hvordan de forholdt seg til veiledere i smittevern som de hadde tilgjengelig. Forskerne mente at om veilederne ble gjort forståelig for ulike faglige nivåer og det fantes kompetent støtte rundt brukerne av veilederne, ville kunnskapen gjøres mer tilgjengelig for alle som jobbet i pleien. Dermed ville de pleiepersonell få en mer forståelse for hvordan MRSA smittet. (Morrow et al., 2011) Det er viktig. Det hjelper ikke at det utarbeides veiledere og prosedyrer, om ikke pleiepersonalet har kunnskap til å bruke disse. Eller at det er så travelt at man ikke tar seg tid til å slå opp i håndbøker for å lese seg opp på temaer som er ukjent.

En observasjonsstudie hvor sykepleiestudenter gjorde observasjoner under sin sykehjemspraksis på 16 ulike sykehjem i og utenfor Oslo, viste det seg at sykepleierne var dårlig til å bruke stellefrakker i stellesituasjoner. I de tilfellene de benyttet seg av beskyttelse, var det et plastforkle som ikke dekket armene. (Louwerens, 2015) Det tyder på at det er dårlige holdninger og mangel på kunnskap blant de som utøver sykepleie i helsetjenesten hvor observasjonsstudien er gjort. Studien forteller ikke om det var tilgjengelig stellefrakk som dekket armene, og det av den grunn kun ble benyttet plastforkle. Om det er tilfelle, er det større grunn til bekymring om pleiepersonell i Oslo og områdene rundt ikke har tilgjengelig lovpålagt smittevernutstyr, slik smittevernloven pålegger helsepersonell. Det er et sykepleiefaglig ansvar som pålegger sykepleier å bruke smittevernutstyr hvor det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig sykepleie, det sier de Yrkesetiske retningslinjene i tillegg til smittevernloven. Det er arbeidsgivers ansvar og se til at det finnes tilgjengelig smittevernutstyr for bruk i utøvelsen av sykepleie i helseinstitusjonene. (Forskrift om utførelse av arbeid, 2020; Norge Sosial- og, Statens institutt for, Statens, & Norge, 1996; Norsk sykepleierforbund, 2011) Det er viktig at det finnes tydelige, trygge og erfarne kolleger tilgjengelig som støttespillere til de som trenger det når de skal utøve sykepleie til pasienter. Det er viktig at det etableres riktige holdninger basert på god kunnskap i å utøve forsvarlig sykepleie til pasienter. Når det gjelder pasienter med allmennfarlige smittsomme sykdommer vil det være viktig for å hindre smittespredning, men også for å kunne gi forsvarlig og respektfull behandling og sykepleie til alle pasienter.

Sykepleierne forteller at de har tilgang til nettbaserte oppslagsverk, prosedyrepermer, dedikerte personer og grupper rundt ivaretagelse av smittevernet på sykehjemmet. For å ta i bruk disse ulike ressurser hvor informasjon og kunnskap rundt ulike temaer rundt det å utøve forsvarlig sykepleie finnes, må det finnes en innsikt i at egen kunnskap ikke er god nok.

Kollegiet på sykehjemmet består av sykepleiere, hjelpepleiere, assistenter både med og uten helsefaglig skole. Det fortelles om utskifting av ansatte og bruk av vikarer, spesielt i den gruppen som de ikke anser som erfarne og kompetente. Antagelig er det slik fordi dette er personer som venter på skoleplass eller unge som ikke har etablert seg enda og er på flyttefot. Sykepleiekompetansen på sykehjemmet hvor mine informanter jobber ble fortalt meg er stabil, men det er flere sykepleiestillinger som er ledige og hvor mindre kvalifisert pleiepersonell innehar disse stillingene.

Sykepleierne opplever stor forskjell på den kompetansen deres kolleger har. Det gir seg uttrykk i hvordan hygieneprinsippene håndteres, men også den tryggheten de ønsker skal formidles til pasientene og deres pårørende. Unødvendige tiltak blir noen gang iverksatt på grunn av liten kunnskap rundt beboeren med smitten, noe som kan oppleves som krenkende. For eksempel å reagere med stress når pleieassistenten ser at pårørende ønsker å ta et fotografi av barnebarnet og beboeren som bærer smitte. I stedet hadde det blitt en bedre opplevelse for pasient, pårørende og pleieassistent å vite at når pasienten er gjort ren i henhold til alle hygieniske prinsipper og har rene klær, så går det helt fint å sitte sammen med bestemor i sofaen uten å bli smittet. En av sykepleierne beskriver at det overdrives mye i forhold til smitte, og det nevnte eksemplet mitt beskriver et slikt tilfelle.

Et eksempel som forteller hvor viktig det er at kunnskap om smittevern er viktig er i Albrecht et. al's artikkel «*Perceptions of Gown and Glove use*». I deres studie fra 2017 fant de at pleiepersonell bruker stellefrakk og hansker for å ikke komme i kontakt med kroppsvæsker fra pasientene, ikke for å forhindre MRSA-smitte. Pleiepersonellet brukte hansker i større grad enn stellefrakk. Deres informanter som jobbet mer administrativt i helseinstitusjoner var overrasket over at MRSA kunne smitte selv om pleiepersonellet ikke var i direkte kontakt med kroppsvæsker. Det viser at det er et kunnskapsunderskudd når det gjelder smitteoverføring av MRSA som de undersøkte spesielt, men jeg vil tro det gjelder andre typer smittsomme bakterier eller sykdommer. Min informant opplevde kunnskapsunderskudd i kollegiet. Hennes tiltak for å tilføre kunnskap, var blant annet å gå igjennom prosedyrer i vaktskiftene. Hun fortalte kollegene hvilke rutiner som måtte følges, at det var viktig at de ble gjort. Samtidig forsøkte hun å trygge kollegene med at det var ingen risiko å bli smittet om alle var flinke med hygiene og smittevern. Alle mine informanter fortalte at det å veilede og være rollemodell for sine kolleger var noe de anså som en viktig oppgave de hadde. Dette ansvaret skulle vært løftet mer og lagt til rette for i arbeidshverdagen, for det var noe de selv hadde savnet under sin karriere som sykepleier.

For at respektfull og god pleie skal gis til må riktig kunnskap og mulighet for å få erfaring finnes. De fleste med allmennfarlig smittsomme sykdommer har selv liten kunnskap om sykdommen når de får diagnosen. Mange blir redde og bekymret for helsen sin når de får sin diagnose. Får de god kunnskap og blir møtt med respekt og kompetanse, vil pasienten kjenne trygghet der de skal få den nødvendige omsorg og pleie. Derfor er det viktig at det legges til rette for at kunnskap erverves og deles i kollegiet. Kurs og konferanser er arenaer hvor ny kunnskap fås. Å investere i videreutdanninger til sykepleiere tilfører ny kunnskap. Det gjør også sykepleieren i bedre stand til å hente inn kunnskap ved å bruke vitenskapelige metoder og tenkemåte. Det er noe helsevesenet bør legge til rette for. Spesielt på grunn av den kompetansen de får tilført. Men jeg tror det også vil tilføre en stabilitet i kollegiet, uavhengig om det er en sykehus- eller sykehjemsavdeling, siden sykepleieren blir «påkostet» en videreutdanning. Sykepleieren får større ansvar med å være rollemodell og veilede sine kolleger. Det er tiltak som legger til rette for å beholde verdifull erfaring. Benner et. al. skriver om erfaringsbasert kunnskap og praktisk viten er grunnleggende for utøvelsen av omsorg og pleie. De beskriver hvordan erfaring påvirker en sykepleiers evne til å forutse hendelser og forløp i arbeidshverdagen, og hvordan det underletter planlegging av driften da man tidlig ser hvordan situasjoner kan løses. (Benner et al., 2011) Driften vil bli effektivisert og pasienter vil oppleve bedre omsorg og pleie. Så det å streve etter å beholde erfarne pleiere med å legge til rette for å tilegne seg mer kompetanse, vil være til fordel for pasientenes trygghet og velvære. Men det vil også gi trygghet, arbeidsglede og motivasjon til dem som tar videregående kurs og studier for faglig utvikling.

Det er viktig for sykepleierne at den sykepleien som utøves blir riktig, blant annet for å hindre smitte blir overført mellom pasienter på grunn av personale som smittebærere, og også at personale blir smittet. Men like viktig for sykepleierne er at verdigheten til pasienten blir ivaretatt. Den smittebærende pasienten blir ikke isolert om det ikke er noe som tilsier isolasjon. Det ville for eksempel være en aktiv tuberkulose hvor pasienten skal legges inn på sykehus og få behandling, eller hvor en kjent MRSA-positiv sykehjemspasient har kliniske tegn på infeksjon. Om de riktige tiltakene blir gjort rundt pasienten med tilrettelagte boforhold med enerom og infeksjonsforebyggende standardtiltak, skal pasientene være trygge i forhold til smitte. (Elstrøm, 2013; FHI, 2004; H. Norge & Nasjonalt, 2009) Derfor er kunnskapen og forståelsen om hygieneprinsippene og smittevern viktig, så det blir ivaretatt på riktig måte. De er opptatt av at det er pasientens hjem. Det skal respekteres og der skal det være en god plass å være. Slike tanker om hva de ønsker for sine pasienter beskriver at de har kunnskap om

smittevern som gjør at det er fullt mulig å ha pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer og kunne behandle dem med trygghet og respekt overfor pasienten som bærer smitten, men også de øvrige pasientene på sykehjemmet.

5.1.3 Erfaring

Erfaringer fra samtaler med eldre pasienter på en infeksjonsavdeling og forskning som er gjort om eldre med hiv (Grønningsæter & Forskningsstiftelsen, 2017; Johansen & Larsen, 2016) forteller at det som bekymrer hiv-positive med å bli eldre er å bli i behov av hjelp fra helsetjenesten for å mestre hverdagen. De tror ikke sykepleieren og helsepersonell generelt har kunnskap om deres diagnose. De er bekymret for at det er smittefrykt blant helsepersonell og dermed ikke vil få den pleien de har behov for. Hvorfor har den hiv-positive denne forforståelsen? Har de erfart at det er liten kunnskap om hiv blant helsepersonell generelt? Tar de utgangspunkt i den kunnskapen de selv hadde før de fikk sin hivdiagnose? Omsorgen skal være faglig forsvarlig. Det har vi lært i våre utdanninger og det står i våre yrkesfaglige retningslinjer. Det er ikke bare er den som utøver sykepleie som er ansvarlig for fagligheten, men også ledere og myndigheter innenfor helse og utdanning. Hvordan tilegner sykepleieren seg faglig forsvarlig kunnskap rundt enhver diagnose og tilstand? Fagkompetanse tilegner sykepleieren seg gjennom sin utdannelse, gjennom teori og praksis. Egen erfaring er kilde for økt kunnskap. Det er andres erfaring også, om den gjøres tilgjengelig i kollegiet. Personlige egenskaper er også av betydning. Om en er åpen for nytenkning og har evne til å reflektere over egne og andres erfaringer, har en gode verktøy for å utvikle klinisk kunnskap. (Benner et al., 2011)

Sykepleierne, som alle var erfarne, forteller at de utøver forsvarlig sykepleie til beboerne med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Med å ha erfaring fås en annen dimensjon i det å vurdere situasjoner og evnen til å utøve sykepleie. En sykepleier forteller:

«I forhold til helheta, vi kan lage sånne katastrofesenario som bare det. Men så skal du være kompetent og tenke litt og. (...) uansett, ja, vi har fire ESBL påvist, da tar vi den derifra! Så ferdig med det!».

En annen beskriver om seg selv i forhold til smittevern:

«For min del sitter det i ryggmargen».

De innhenter relevant informasjon når nye beboere flytter inn og har god kunnskap om hvordan smittespredning skal unngås. At de har den kunnskap og erfaring som er opparbeidet gjennom tid, gjør at det underletter deres eget arbeide og arbeidshverdagen blir mer effektiv.

Florence Nightingale mente at det er observasjon som gir erfaring. Hun mente at det ikke var nok å bare jobbe med pasientene i massevis av år, om sykepleieren ikke var engasjert og genuint prøvde å forstå det hun observerte. For å få erfaring i å utøve sykepleie trenger sykepleieren også kunnskap om anatomi og sykdomslære. (Nightingale, Skretkowitz, & Mellbye, 1997) Dette skriver Patricia Benner også om i boken «Fra novise til ekspert». Med fortellinger og beskrivelser fra sykepleiere i praksis beskriver hun hvordan økt kunnskap og erfaring endrer forståelsen og dermed utvikles utøvelsen av sykepleie. Kunnskap og erfaring styrker hverandre og gir en økt faglighet. Sykepleierne i denne studien har med sin sykepleierutdanning i bunnen, erfaringen de har ervervet under årene ute i klinisk arbeid, og også erfaringen i livet for øvrig, opparbeidet seg en solid sykepleiefaglig erfaring. De viser i sine utsagn at de ser hvor det brister i forsvarlighet i utøvelsen av sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer der de jobber. De reflekterer over situasjoner hvor smittevern ikke er ivaretatt eller fører til utfordrende situasjoner for pasienter og pårørende. For eksempel der en sykepleier kom på en situasjon der pleieassistenten ikke ville la pårørende ta bilde av bestemor og det lille barnebarnet som var kommet tilreisende langt ifra. Men med forsikring fra sykepleieren som observerte situasjonen, at med rene sengeklær som pasienten hadde og god hygiene hos pasienten gikk det fint å ta bilde med barnet og bestemor sittende i sengen uten at det var fare for smittespredning. Den utryggheten den ufaglærte pleieassistenten uttrykte i den situasjonen la nok en demper på hele fotograferingen for familien. Samtidig gjorde pleieassistenten det nok i beste mening og satt sikkert med ny lærdom som er verdifull i den jobben hun utøver på sykehjemmet.

Erfaring oppnås altså også ved å gjøre feil. Gadamer og Heidegger mener at egentlig erfaring er negativ med at ikke alt går som planlagt og ønsket. (Elstad, 2014) Det er en sannhet med visse modifikasjoner. Helt klart lærer man veldig mye av å gjøre feil, og det er da en forutsetning at du forstår at det ble feil det du gjorde. Men samtidig kan mye lærdom og erfaring erverves ved å høre om andres opplevelser og erfaringer. I rapportsituasjoner, på internundervisninger eller i veiledningssituasjoner med andre sykepleiere hvor erfaringer i det å utøve sykepleie deles. Det trenger ikke være negative og dårlige lærdommer, men også fine og gode opplevelser som kan gi kunnskap som kan tas med når sykepleie skal utøves. Konsekvensen av at noe blir feil i forbindelse med å utøve sykepleie til en pasient med

allmennfarlig smittsom sykdom kan være at smittespredning skjer. Og som en av sykepleierne fortalte om da de pleide en pasient med en dødelig form av smittsom sykdom, og kunnskapen om denne sykdommen var veldig begrenset. Hun sa;

«Risikoen for å bli smitta, vi skjønnte jo at den var liten....men samtidig så var den så fatal.»

Deres erfaringer delt med andre ville være svært lærerikt. Her har ledere for helseinstitusjoner et stort ansvar. De har ansvar for å legge til rette at kunnskap deles. De har ansvar for at pleiepersonell får bearbeide vanskelige situasjoner de har opplevd. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer noe om dette; «ledere for sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon». Og det kan gjøres på ulike måter. Veiledninger og rapportsituasjoner er to slike arenaer.

Andre arenaer for videreformidling av kunnskap er i visittsituasjoner, rapporter, internundervisninger og i briefingsituasjoner. Her vil investering av tid til slike tiltak være svært verdifull. For å spare penger opplever ansatte i helsesektoren at det kuttes i tid i vaktskiftene. Det legges opp til «stille rapporter», pleierne skal lese seg opp på pasienten i dennes journal. Den dialogen og diskusjonen rundt hendelser hvor erfaringsutveksling skjer faller bort, og viktig lærdom kan gå tapt. Det samme gjelder veiledninger, hvor diskusjoner og samtaler rundt spesifikke hendelser skjer, og erfaringer deles. Når disse veiledningssituasjonene faller bort, blir mulighetene å lære av andre i slike settinger også borte. Den ene sykepleieren fortalte spesielt om at hun brukte vaktskiftene til å friske opp og videreformidle kunnskap. For eksempel hvordan smittevernutstyr tas av og på, hva som er greit og ikke. De fortalte alle tre at de så det som en viktig oppgave de hadde, å hjelpe og veilede sine kolleger. Bare intervju situasjonen gav mulighet til refleksjon omkring temaet smittevern, og ble satt pris på. Det beskriver behovet av å prate om hva det er vi holder på med i jobben vår.

5.2 Dårlige fasiliteter

Pasienter på sykehjem generelt har varierende kognitiv helse. Demente med dårlig hukommelse, engstelige, urolige, kanskje utagerende og ukritiske mennesker. Pasientene på sykehjem er mange ganger ustødige og har dårlig syn. Derfor blir det spesielt utfordrende at fasilitetene ikke er funksjonelle. Sykepleierne forteller at det ikke er tilrettelagt for å ha

beskyttelsesutstyr eller andre nødvendigheter som brukes i hygieneøyemed plassert slik at beboerne ikke har tilgang til dette. Det er vanskelig på grunn av plassproblemer.

«Og ikke sant, noen gang, så har vi pasienta som ikke forstår det og kanskje begynner å rote i det. Dem begynner å bli urolig for at det står ting der som dem ikke er vant med...og så er det gult i tillegg...vi løyse, men...». Og det beskrives videre: «Eee..., det er kanskje aller mest, de fysiske forholdan. Selvfølgelig skulle vi hatt mer plass. Men bare det å kunne fått fleire, fleire...hulle, og ...for å lagre ting på med at det er sånn lite plass».

Fasilitetene beskrives som veldig lite funksjonelle med tanke på at det skal drives sykehjem der hvor svært syke pasienter skal få behandling og kognitivt svekkede skal fungere i trygge omgivelser. Sykehjemmet er nok bygd i en tid hvor avanserte hjelpemidler ikke fantes på samme måte som i dag. Elektriske rullestoler og heis montert i tak er eksempler på moderne utstyr som er hverdagslig på sykehjem. Samtidig tar slikt stor plass, noe det ikke var dimensjonert for i mange av sykehjemmene i Norge.

Kompleksiteten rundt behandlingen og pleiesituasjonen til sykehjemspasienten har også forandret seg under årene. Pasientene blir utskrevet fra sykehusene tidligere enn før. Avansert behandling og pleie skal utføres i sykehjem og hjemmesykepleien. Eksempelvis blir behandling gitt gjennom venøse inngangsporter. Disse brukes og ivaretas slik at de fungerer lengst mulig og for at infeksjon ikke skal tilkomme. Slike prosedyrer krever en hel del utstyr, og dermed er behovet for plass økt i forbindelse med endrede oppgaver som utføres i sykehjem i dag, i forhold til på den tiden mange sykehjem som er i drift i dag ble bygd.

Smittsomme sykdommer har i all tid vært der og epidemier og pandemier har kommet og gått. Det som derimot er relativt nytt er den fryktede bivirkningen av antibiotikabruk, nemlig antibiotikaresistens. Dette er en økende trussel som er en konsekvens av overforbruk av antibiotika globalt både i helsevesenet og i jordbruket. Takket være strenge lover og regler i Norge er antallet pasienter som er smittet av resistente bakterier forholdsvis lavt i forhold til land i resten av verden. Men det er et økende og fryktet problem. (Martiniussen, 2020)

Florence Nightingale levde og virket i en tid hvor mennesker døde av smittsomme sykdommer. Det medisinske faget kunne ikke lene seg på antibiotika, vaksiner og andre medisinske vidunderkurer. Dette ser vi også i dag. Covid-19 tar mange menneskeliv. Det er høye dødstall i Storbritannia, USA og Sverige. Det finnes ikke behandling mot viruset. Det jobbes intensivt for å oppdage behandling og vaksiner mot dette nye viruset. Kunnskapen Nightingale fremmet om hvor viktig god hygiene, rent vann og riktig ernæring, ren luft og

regulering av boliger og sykehusbygg hadde for tilfriskning og for å forebygge sykdommer er imponerende å vite at hun kunne tilegne seg på den tiden. Også med tanke på at hun var kvinne, og det var ikke selvsagt og tilrettelagt at hennes budskap skulle opp og frem. Det forteller om hennes engasjement, hennes tydelighet og hennes evne til å formidle den kunnskapen hun hadde fått påvist med hjelp av sine observasjoner og erfaringer. Dette er kunnskap som er like riktig nå i dag. Når vi har slik kunnskap, kan vi spørre om hvorfor det finnes helseinstitusjoner som ikke er bedre konstruert og tilrettelagt for å kunne ha forsvarlig og gode arbeidsforhold rundt behandling og pleie av pasienter på sykehjem? Tidene forandrer seg, og behovene blir annerledes. Men der finnes mulighet for oppgradering og kontinuerlig forbedring av fasilitetene, så det ikke blir så forfallent og dårlig som sykepleieren beskriver. Wiklund, S. & al's kvalitative studie *Staff experiences of caring for patients with ESBL producing bacteria* forteller om lignende funn hos sine informanter. I studien intervjuet de leger, sykepleiere og hjelpepleiere både i sykehus og på sykehjem. Gruppen som jobbet på sykehus, beskrev at tilgangen på enerom med eget toalett og bad, som kreves for å ha pasienter med ESBL, var mangelfull. Pasientene måtte ofte ligge å vente på at plass ble ordnet og personalet opplevde det som uverdigg overfor pasientene og følte det som utrygt i forhold til smitte. (Wiklund et al., 2015)

Bygningene som brukes til sykehus og sykehjem er ikke planlagt i stor nok grad for å hindre smitteoverføring. Det er for få enerom. De enerom som bygges, er mange ganger uten sluse. Infeksjonsavdelinger blir plassert øverst og midt i sykehuset, så pasienter som har smittsomme sykdommer må gå gjennom hele sykehuset når de skal ut. Sykehjem kan renoveres og oppgraderes til dagens standard i stedet for å måtte rives og bygge nytt. God planlegging kan gjøre at helsepersonell ikke ser på den fysiske arbeidsplassen som en hindring for å utøve forsvarlig behandling og sykepleie til pasienter med og uten allmennfarlig smittsomme sykdommer. Florence Nightingale sa det slik; "*it is always cheaper to build a good hospital than a bad one*", og "*what is good is cheap in the end*". (Nightingale & McDonald, 2012). Konsekvensene av dårlig planlagte helseinstitusjoner koster samfunnet dyrt i form av penger og lidelse for de økte antall pasienter med smittsomme sykdommer. Når vi vet at god avstand, frisk luft og god hygiene legger forholdene til rette for mindre smittespredning, vil det å bygge sykehus og sykehjem etter disse prinsippene være fordelaktig selv om byggekostnadene blir høyere.

Her skriver Nightingale om lokalitetene, men på sykehjemmet der sykepleierne er ansatt, er det ikke uvanlig at utstyr ikke fungerer slik det skal. At utstyr ikke fungerer, er både

tidkrevende og gir utfordringer med hensyn til smittevernet. Dekontaminatorene, vaskemaskinene som skal gjøre urinflasker, bekken og annet utstyr forsvarlig rent fungerer ofte ikke. Kreativiteten blant personale utfordres, og personalet må kjenne til disse beskrevne fysiske utfordringene for å kunne ivareta smittevernet. Det er belastende for arbeidsmiljøet, og det er et betydelig ansvar for personalet på sykehjemmet. De opplever at det ikke hjelper å si ifra, og de erfarer at det hele tiden skal spinkles og spares siden økonomien i helsevesenet er i minus hele tiden. Det hadde vært enkelt å sørge for at dekontaminatorene fungerer. Bekymringene fra sykepleierne om smittespredning fordi teknisk utstyr ikke fungerer, burde vært helt unødvendig å ha. Enten er meldingene som pleiepersonalet gir til ledelsen ikke tydelig nok, eller så tar ikke lederne sitt ansvar som leder.

Ifølge Florence Nightingale måtte forholdene sykepleierne jobbet under måtte være forsvarlig. Det ble feil å la de jobbe under forhold som kunne risikere deres egen helse. Selv ble Nightingale kritisert for å ikke starte opp en planlagt sykepleieutdanning med midler som var tildelt til ære for hennes innsats under Krimkrigen. Hennes tilsvarende på dette var at det kunne hun ikke på grunn av dårlige sanitærforhold på sykehusene, og dette årsaket dødelighet for ikke bare pasienter, men også sykepleiere og annet sykehuspersonell. Kun krevde forbedringer i forholdene på sykehusene. (Nightingale & McDonald, 2012) Det er eksempel på at noen må si ifra at tiltak må gjøres på en tydelig måte. Problemene må tas tak i. Det er belastende for ansatte i helseinstitusjoner om de skal ta til takke med utstyr som ikke fungerer. I en tid hvor det mangler sykepleiere, hvor vi har kunnskap om hvordan begrense smitte og vi utfordres av nye mikrober som truer vår eksistens, burde vi prioritere ressursene mot det vi vet fungerer; nemlig god hygiene.

Patricia Benner har gjort studier i sykehusavdelinger med stor personalmangel, de har mangel på personale og stor utskifting i staben. Det var en utfordring for det personalet som var der fast. Benner forteller at de erfarne sykepleierne, ekspertene som hun gjerne kaller dem, planla arbeidet sitt så kun det mest nødvendige ble gjort. De utførte «nødsykepleie». De følte at de ikke fikk gjort optimal god sykepleie. Og det gjorde noe med arbeidsmiljøet deres. Sykepleierne løste disse krisene med å være fleksible på tross av dere utfordrende omstendigheter. Sykepleierne i denne studien beskriver mangel på kvalifisert pleiepersonell i tillegg til funksjonelle lokaliteter og utstyr som ikke fungerer. De måtte planlegge arbeidet sitt nøye for å best mulig kunne gi forsvarlig pleie og sikre at ingen skade skjer med pasientene på grunn av manglene de måtte handtere. De beskrev at de måtte være kreative for å unngå at pasientene fikk tilgang til beskyttelsesutstyret som måtte være tilgjengelig for pleiepersonalet.

Også når vaskemaskinen som vasker bekken og urinflasker ikke fungerer, må de løse disse problemene. Noe som skjedde til stadighet. Og hele tiden må de være på vakt for slike hendelser, for å bevare god hygiene og hindre smittespredning. Det er et ansvar den erfarne sykepleieren har i sin arbeidshverdag. Sammenligningen med Benners studie gjør jeg fordi når sykepleierne hele tiden må være på vakt for å unngå uønskede hendelser fordi det er upraktiske å dårlige fasiliteter, vil pleien og omsorgen ikke få fullt den oppmerksomheten den fortjener. De må prioritere de viktigste gjøremålene, og i Benners studie kalte de det «nødsykepleie». Sykepleierne og det andre pleiepersonalet har ansvar for og ønsker å gi forsvarlig og respektfull pleie til pasientene på sykehjemmet. Det blir en belastning for pleierne om de ikke får gjort jobben sin ordentlig, og det går ut over arbeidsmiljøet. Det går ut over forsvarligheten av pleien som utøves, og det går ut over sykehjemspasienten som har et behov av å bli sett som et helhetlig menneske og ikke bare som en pasient.

Med stor mangel på offentlig godkjente sykepleiere, kunne det vært arbeidsbesparende at lokalitetene til sykehjemmene er bygd funksjonelt, og nødvendig utstyr som vaskemaskiner (dekontaminatorer) hadde vært av god kvalitet og ikke være i ustand til enhver tid. Det hadde gitt dem noen bekymringer mindre. Belastningen og den usikkerheten de opplever med å jobbe under slike forutsetninger vil jeg tro påvirker både sykefraværet og ønsket om å faktisk jobbe på sykehjem. et hadde gjort pleiepersonalet i bedre stand til å utøve forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjemmet når det gjelder å hindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Susanne Wiklund og hennes kolleger gjorde en intervjustudie på akuttavdelinger på sykehus og på sykehjem i Stockholm. Deres konklusjon i studien "*Staff experiences of caring for patients with ESBL. A qualitative study*" var at personale i akuttomsorgen og på sykehjem må ha adekvat kunnskap og rimelige arbeidsforhold for å være i stand til å utøve omsorg av høy kvalitet til pasienter og innbyggere som er ESBL-bærere. Det var riktignok i akuttomsorgen, på sykehusavdelinger, hvor dette framkom. Men problematikken gjelder for enhver helseinstitusjon som ikke har vel fungerende arbeidsforhold. Det ble fortalt om for få enkeltrom, det manglet toalett og dusj på noen av de enkeltrommene som fantes, det var dører knyttet til enkeltrommene som var så smale at rullestolpasienter ikke kom seg inn på rommene. Det var ikke konstruert til sykehusformål, kan man si. Pasienter som trenger behandling og pleie, er mange ganger brukere av rullator, prekestol eller rullestol. Da må det være tilrettelagt for det bygningsmessig. Og det samme gjelder de pasienter som har en form

for smitte eller smittsom sykdom. For å begrense smitteoverføring skal pasientene ha enerom med toalett og bad tilgjengelig. (FHI, 2004)

Forekomsten av MRSA, en annen multiresistent bakterie som er fryktet i norske helseinstitusjoner, er lav. Men allikevel ble de rapporterte tilfellene nærmest tredoblet i Norge i perioden 2006-2015. Dette til tross for aktive smitteverntiltak i helsetjenesten. (Di Ruscio et al., 2019) Infeksjoner med ESBL-produserende Enterobakterier er økende globalt og fører til økt dødelighet, behandlinger som svikter, økte helsekostnader, lengre sykehusopphold og ikke minst økt forbruk av bredspektrert antibiotika. (Wiklund et al., 2015) For å begrense og hindre denne utviklingen vil det å gjøre tiltak som å ha forsvarlig konstruerte helsebygninger med enerom med bad og toalett, hygieneteknisk utstyr som forsvarlig rengjør vaskefat, bekken og urinflasker. Og det må kanskje vurderes om å begrense unødvendig aktivitet inne på helseinstitusjoner, det vil si redusere besøk til pasientene og lignende, nettopp for å begrense smitteoverføring.

5.3 Smittefrykt

Fordi sykepleierne har kunnskap om hvordan smitte unngås, opplever ingen av dem ubehag eller frykt i forbindelse med å utøve sykepleie til beboere med allmennfarlig smittsom sykdom. Den ene sykepleieren sier til og med;

«Nei, her e æ så trygg som bare det!».

De to andre sykepleierne uttrykker at fordi de ser at andre ikke overholder prosedyrene omkring hygienen til enhver tid, har uvaner som utfordrer smittevernet og at nye kolleger som ikke har den kunnskapen om smittevern, ser de for seg en potensiell mulighet for selv å bli påført smitte.

De opplever også dekontaminatoren som skal gjøre rent utstyr de bruker til daglig ikke fungerer, og det oppstår bekymring for at smittespredning skjer som en konsekvens av dårlig kvalitet på den nødvendige vaskemaskinen. Urinflasker og bekken blir dårlig vasket. På grunn av forurenset utstyr kan smittespredning skje til andre pasienter, og smittespredning kan skje til pleiepersonalet. Det var uttrykt frykt for at slikt skulle skje. Den ene sykepleieren var oppriktig bekymret og frustrert over at det ikke ble gjort noe med dette problemet, på tross av at avviksmeldinger var sendt. Sykepleieren fortalte at avviksmeldinger var sendt og la til;

«[sukk...] Vi kunne skrevet [avviksmeldinger] heile dagen hvis vi ville...».

Det er lett å forstå at smittefrykt kan oppstå for egen del, men også på vegne av alle pasienter på sykehjemmet hvor dekontaminatoren ikke fungerte. Smittefrykten er ikke direkte knyttet til pasientene med allmennfarlige smittsomme sykdommer, men indirekte, på grunn av at de ansvarlige ikke tar grep i saken og skaffer dekontaminatorer som fungerer. Sykepleierne har tatt ansvar og gitt beskjed om at utstyr som er nødvendig for å vaske urinflasker og bekken på en forsvarlig måte er ødelagt. Prosessen videre må de som leder sykehjemmet være ansvarlig for. De må ha kunnskap om smittevern. De må forstå konsekvensene av om urinflasker og bekken er forurenset med smittsomme bakterier. Lederne må være tydelige når behov for ressurser kreves. Smittefrykt blant personale og pasienter påvirker tankene om det å leve med allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det er stigmatiserende å kjenne på at andre er redd for å bli smittet på grunn av din sykdom eller bærerskap. De som drifter sykehjem, må være bevisst på at det å jobbe under forutsetninger hvor utstyr ikke fungerer kan få alvorlige konsekvenser. Det kan være årsaken til økt smittespredning og smittefrykt i befolkningen. Og det vil igjen bidra til stigmatisering av mennesker med allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Frykt er i mange tilfeller en riktig og naturlig følelse. Begrunnet frykt styrer på en viktig og riktig måte mange av våre handlinger. Uten en viss frykt vil vi bokstavelig talt ikke overleve lenge med så mye farer som er rundt oss i hverdagen. For å kunne sortere ut ubegrunnet frykt, bruker vi erfaringer og kunnskap. I et sykepleiefaglig perspektiv har vi da muligheten til å utøve sykepleie der vi viser «respekten for det enkelt menneskets liv og iboende verdighet» og «forsvarlig og omsorgsfull pleie» som det står i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (Norsk sykepleierforbund, 2011) Pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer kjenner ofte på det å ha et mindreverdighetsstempel. De kjenner på en frykt ved å ha en smitte som kan gjøre at de blir utestengt i det sosiale liv på grunn av andres smittefrykt. De føler seg stigmatisert. (Johansen & Larsen, 2016; Zawadzka Persvold, 2019) En sykepleier fortalte om situasjoner som var uheldige i forhold til ivaretagelse av verdigheten til smittebærende pasient. For eksempel der pasienten ikke fikk sitte sammen med de andre beboerne på grunn av sin smitte som var under kontroll. Med kunnskap om hvordan ivareta slike tilfeller, ville slike uverdige situasjonen vært unngått (Norge Sosial- og et al., 1996). Pasienter forteller at de er føler stigmatisering og skam rundt det å ha en allmennfarlig smittsom sykdom. De er bekymret for å bli avvist i det sosiale livet og de er bekymret for å ikke få forsvarlig helsehjelp på grunn av sin smitte, fordi de opplever at helsepersonell ikke har god nok kunnskap om deres tilstand. (Helene Andersson et al., 2011; Grønningsæter &

Forskningsstiftelsen, 2017) Erving Goffman definerer fenomenet som en «diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra fullt sosial aksept», og at det er en «prosess hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet». (Goffman, Kristiansen, Hviid Jacobsen, & Gooseman, 2009) Som det Store norske leksikon sier om stigmatisering, så betyr det å sette mindreverdighetsstempel på noen. (Zawadzka Persvold, 2019) Dette er betydnende for hvordan mennesker som har allmennfarlig smittsomme sykdommer opplever livet sitt. Hvis det hadde vært slik at helsepersonell som møter pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer hadde god nok kunnskap om å utøve behandling og pleie til denne pasientgruppen på en forsvarlig måte, hadde disse pasientene ikke opplevd forskjellsbehandling og utrygghet som gjør at de føler seg som mindreverdige mennesker og pasienter.

Hvem har smittefrykt? En kollega på Aksept, Bymisjonens senter i Oslo for personer med hiv, fortalte om sin refleksjon rundt smittefrykt. Hun mente at det er på grunn av smittefrykten at menneskeheten har overlevd gjennom tidene. Vi har isolert syke, vi har holdt oss borte fra sykdom, store ressurser er brukt på medisiner og vaksiner for å overleve sykdom – i det hele tatt, vi har et ønske om å overleve. Alle har vi en viss smittefrykt. Men det gjelder å være rasjonell og ikke få panikk. Det gjelder å gjøre de riktige grepene. Det gjelder å ta ansvar.

6. Avslutning

Historien forteller om epidemier og pandemier som har rammet mennesker gjennom tidene. Midt i arbeidet med studien oppstod Covid-19-pandemien. Den rammer globalt, og vi får kjenne det på kroppen alle og enhver. Alle kjenner vi noen som har sittet i karantene, screenet for viruset og kanskje til og med vært syke med Covid-19. Helsevesenet i hele verden har måttet omstille seg for å behandle og utøve sykepleie til pasienter med Covid-19, et virus vi på nåværende tidspunkt ikke kjenner alle egenskapene hos, annet enn at det er svært smittomt og dødelig for personer med nedsatt immunforsvar. Samtidig jobber jeg med en studie der jeg tolker sykepleieres erfaringer med å jobbe med pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Erfaringer de delte, før vi visste om viruset Covid-19, før det oppsto en global krise. Temaet til studien ble mer relevant enn tenkt. Hva forteller sykepleierne meg, som også kommer frem i det som skjer nå som Covid-19 er en trussel for folkehelsen og samfunnet? Det ble ikke et nytt forskningsspørsmål, men forskningsspørsmålet fikk en annen aktualitet.

6.1 Oppsummering

Sykepleierne som jobbet på sykehjemmet, opplevde et stort sykepleiefaglig ansvar. De hadde utfordringer med at kollegiet ikke inneholdt tilstrekkelig kvalifisert personale til å utøve forsvarlig sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Dette gjorde at pasienter ble utsatt for overdrevne smitteverntiltak. Sykepleierne strevde etter å overføre kunnskap om smittevern når sjansen bød seg. Det kunne være i tilfeldige situasjoner da de oppdaget at feil ble begått, eller i vaktskiftene hvor sykepleierne forsto at det kunne være behov for kunnskapsoverføring. Arenaer og tilfeller for kunnskapsoverføring var etterlengtet, også for egen del.

Det var belastende å hele tiden ha ansvar for at forsvarligheten i pleien ble opprettholdt. De måtte ha overblikk over pasientenes tilstand, men samtidig vokte på kollegaer som ikke hadde forsvarlig kompetanse til å utøve sykepleie for pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. På sykehjemmet hadde de også utfordringer med at sykehjemsbygningen ikke var hensiktsmessig bygd for dagens krav og forventninger til drift av sykehjem. Det var trangt og gammelt, og de slet med utstyr som ikke fungerte. Pleiepersonalet hadde dårlig plass i stell- og pleiesituasjoner. Dette var ikke forenlig med godt smittevern. Det var utfordrende

med gode smittevernrutiner når smittevernutstyret var oppbevart innen pasientenes rekkevidde.

Det var frustrerende for sykepleierne at dekontaminatorene som var avgjørende for å gjøre rent urinflasker og vaskefat, ikke ble skiftet ut selv om de gang på gang gikk i stykker og måtte repareres av eksternt servicepersonell. Det ville aldri blitt akseptert i private hjem. Den samme frustrasjonen ble uttrykt når de har store utfordringer med å få innført gode rutiner og holdninger i smittevern, så skal det innføres prosjekter rundt sykepleietiltak rundt andre viktige områder for å heve kvaliteten på god pasientomsorg. Viktige satsningsområder rundt god pasientomsorg ble satt opp mot hverandre.

Sykepleierne strever med å få pleiegruppen til å få nødvendig kunnskap rundt smittevern, så de kan utøve forsvarlig sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Forsvarlig sykepleie med smittevern som fokus er viktig for sykepleierne for å hindre smittespredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer, men også for å kunne gi pasientene med denne type sykdom et verdig og respektfullt opphold på sykehjemmet.

Smittefrykt er noe sykepleierne ser finnes blant sine kolleger. Det opplever de selv skyldes dårlig kunnskap om allmennfarlig smittsomme sykdommer og smittevern generelt. Selv er de erfarne sykepleiere, og kun den ene kjenner litt smittefrykt når hun ser mangel på kunnskap om hygiene og smittevern. Det er ikke pasientene i seg som er årsaken til den frykten hun opplever. Det er deres hjem, der skal det være trygt å være om en har allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke.

Tydelig og god ledelse er spesielt viktig når det gjelder utfordrende situasjoner. Det har vi sett under den pågående Covid-19-pandemien. Norge har hatt tydelig og god ledelse. Det har vært innført strenge smitteverntiltak. Befolkningen måtte holde seg hjemme. Oppfordringer om gode hygienetiltak som hostehygiene og vasking av hendene har blitt tatt på alvor. Det har gjort smittespredningen av det fryktede viruset har holdt seg lavt. Dødstallene er en brøkdel av hva land som Storbritannia, Sverige og USA opplever. Dette har vært gjort for å begrense lidelse og død, men også for å skåne et helsevesen som ikke ville vært i stand til å ta seg av voldsomme mengder med pasienter med alvorlig sykdom. Det er slik en må tenke når det gjelder helsevesenet rundt smittevern. God og tydelig ledelse må få iverksatt tiltak som gjør at forsvarlig sykepleie kan utføres til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer så at smittespredning ikke skjer. Det vil underlette den daglige driften i sykehjemmet. Tid og

energi vil bli frigjort hos den erfarne sykepleieren til å ta seg av driften av avdelingen og se til at pasientene blir forsvarlig og verdig ivaretatt på sykehjemmet.

6.2 Refleksjoner over metodevalg

Det å gjøre individuelle intervju innbyr til en større åpenhet og passer bra i et tema som smittevern. Det kan være vanskelig å være ærlig om mangler og brister hos kollegaer eller sin egen arbeidsplass når andre på jobben hører på. Derfor valgte jeg å gjøre individuelle intervju og ikke fokusgruppeintervju. Samtidig krever det mye erfaring for å få den gode samtalen. Kunnskapen rundt hygiene og smittevern var god hos meg som intervjuer og hos sykepleierne som var mine informanter. De hadde viktige og betydellesfulle refleksjoner og erfaringer rundt det å utøve sykepleie hos pasienter med allmennfarlige smittsomme sykdommer. Hadde jeg hatt mer erfaring i å gjøre intervju, ville jeg bedt om å utføre dem på hver sin dag. Jeg tror det ville gjort at jeg hadde fått mer fokus på hver sykepleier. Og jeg ville fått tenkt igjennom det intervjuet jeg hadde gjennomført, og kunne spurt litt utfra det som var sagt tidligere, uten å fortelle hva som var sagt av den andre. Jeg tror det hadde blitt en mer ro overfor sykepleierne også, spesielt den siste som nok hadde kommende vakt eller hva som ventet etter arbeidstid i tankene. Men jeg tror individuelle intervju var den beste metoden til mitt forskningsspørsmål.

6.2 Implikasjoner

Hensikten med studien er å få innsikt i erfaringene til sykepleiere som utøver sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjem. Disse erfaringer sammen med betraktninger rundt hva som skjer i samfunnet rundt dagens Covid-19 pandemi, litteratur knyttet til emnet og egne erfaringer kan være med på å belyse hva som skal til for at pleiepersonell blir i stand til å utøve forsvarlig pleie og omsorg til pasienter på sykehjem for å forhindre spredning av allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Sykepleierne uttrykker bekymringer rundt det å utøve forsvarlig sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer på deres sykehjem. Det som begrenser kvaliteten på sykepleien er mangel på kunnskap rundt sykdommene og smittevern, lokaliteter og utstyr som ikke er hensiktsmessig. Om disse faktorene ikke er til stede, vil det være vanskelig å forhindre smittespredning.

6.3 Videre forskning

Studien min forteller om erfaringer fra tre sykepleiere på et sykehjem. Det hadde vært interessant å gjøre lignende studier, med samme forskningsspørsmål, men på flere sykehjem. Det kunne avdekket om mine funn var resultat av en kultur eller oppfatning som er opparbeidet seg på det spesielle sykehjemmet.

Det hadde vært interessant og gjort intervjuer på sykehjem hvor de har pasienter med andre typer allmennfarlig smittsomme sykdommer enn ESBL og MRSA som er ikke er uvanlig å støte på i helseinstitusjoner i Norge. Jeg tenker det ville vært interessant å undersøke erfaringene med å utøve sykepleie til pasienter som lever med hiv. Dette er en pasientgruppe jeg selv kjenner godt, og erfarer at de bekymrer seg for å måtte flytte på sykehjem, da de ikke tror de vil få forsvarlig sykepleie på grunn av stigmaet rundt deres diagnose.

Det hadde også vært av stor interesse å ta del av erfaringene til hjelpepleierne, assistentene og de ufaglærte pleierne om det å utøve sykepleie til sykehjemspasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer. Jeg har tatt del av sykepleieres erfaringer rundt det å utøve sykepleie til pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer på sykehjem.

Hjelpepleierne, assistentene og de ufaglærte kan ha betraktninger rundt temaet som ikke er kommet frem i mine intervjuer og i min studie, og det er viktig og ville vært interessant å undersøke.

Referanser

- Albrecht, J. S., Croft, L., Morgan, D. J., & Roghmann, M.-C. (2017). Perceptions of Gown and Glove Use to Prevent Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* Transmission in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 158-161. doi:10.1016/j.jamda.2016.08.016
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses : hospitals, organisation and healthcare*. In Routledge advances in health and social policy.
- Alvsvåg, H. (2013). Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. In (pp. 185-199). [Oslo]: Cappelen Damm akademisk, cop. 2013.
- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, 63(2), 233-241. doi:10.1111/inr.12245
- Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA - global threat and personal disaster: Patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x
- Benner, P., & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo, København: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd. ed. ed.). New York: Springer Publ.
- Binding, L. L., & Tapp, D. M. (2008). Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy*, 9(2), 121-130. doi:10.1111/j.1466-769X.2007.00338.x

- Blix, B. (2018). Kvalitative forskningsintervju: En introduksjon. Canvas: UiT.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition. ed.). Los Angeles, California: Sage.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010a, 15.01.2010). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder - likheter og forskjeller. *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010b, 10.10.2014). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Retrieved from <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>
- Di Ruscio, F., Guzzetta, G., Bjørnholt, J. V., Leegaard, T. M., Moen, A. E. F., Merler, S., & Freiesleben de Blasio, B. (2019). Quantifying the transmission dynamics of MRSA in the community and healthcare settings in a low-prevalence country. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *116*(29), 14599-14605.
doi:10.1073/pnas.1900959116
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elstrøm, P. (2013). Å isolere beboere er ikke nødvendig for å forebygge smitte av MRSA på sykehjem. In *Preventing the spread of MRSA in nursing homes does not require isolation of residents*.
- FHI. (2004). *Isoleringsveilederen : bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner* (Vol. 9). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

FHI. (2015). ESBL-holdige gramnegative stavbakterier - smitteverntiltak i helseinstitusjoner.

Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakte/>

FHI. (2020). MSIS-Statistikk. *Kunnskap for folkets helse*. Retrieved from

<http://www.msis.no/>

Flodgren, G. B., R.C.; Bidonde, J. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenestene : en systematisk oversikt*. In Folkehelseinstituttet (Series Ed.), Rapport, Vol. 2017. A. f. k. Folkehelseinstituttet (Ed.).

Forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer, FOR-2020-01-31-92 C.F.R. (2020).

Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), FOR-2003-06-20-740 C.F.R. (2003).

Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav FOR-2020-04-06-696 C.F.R. (2020).

Goffman, E., Kristiansen, S., Hviid Jacobsen, M., & Gooseman, B. (2009). *Stigma : om afvigerens sociale identitet* (2. udg. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Grønningsæter, A. B., & Forskningsstiftelsen, F. (2017). *Å bli eldre med hiv : en pilotstudie* (Vol. 2017:02). Oslo: Fafo.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, LOV-2011-06-24-30 C.F.R. (2011).

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, LOV-2008-06-20-44 C.F.R. (2009).

Helsenorge. (27.03.2020). Hiv og aids - symptomer og forløp. *Sykdom/diagnose*. Retrieved from <https://helsenorge.no/sykdom/kjonnsykdommer/hiv-og-aids/symptomer-og-forlop>

- Helsinkideklarasjonen. (2013, 22.12.2010 (sic!)). Helsinkideklarasjonen. Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Hofstad, E. (2020). WHO: verden mangler 6 millioner sykepleiere. *Tidsskriftet Sykepleien*.
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3.uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Håndtering av beboere med sannsynlig eller bekreftet covid-19. (2020, 27.05.2020). *nettpub*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/?term=&h=1#haandtering-av-beboere-med-sannsynlig-eller-bekreftet-covid19>
- Johansen, E., & Larsen, L. S. (2016). Hvordan erfarer eldre mennesker å leve med hiv? En kvalitativ studie om hiv, aldring og stigma. In: UiT Norges arktiske universitet.
- Kristiansen, P. J. L. (2020, 03.03.2020). Kan vi slutte å kalle alvorlige syke mennesker beboere? *Sykepleien*.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Louwerens, C. G. D. (2015). Bruker ikke stellefrakk. *Sykepleien*(1), 40-43.
doi:10.4220/sykepleiens.2014.0178
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In (pp. 159-172). Lund: Studentlitteratur, c2008.
- Martiniussen, E. (2020). *Krigen mot bakteriene : helsekrisen som truer oss og hvordan vi kan løse den* (1. utgave. ed.). Oslo: Forlaget Press.

- Meløy, E. O., W.; Risvik, J. E.; Vourinen, L.; Måsø, M. (2019, 13.04.2019). Vi verner alle om noe - nå er det tid for å verne om sykehjemmene i kommunen., Debatt. *iTromsø*. Retrieved from <https://www.itromso.no/meninger/2019/04/13/Vi-verner-alle-om-noe-%E2%80%93-n%C3%A5-er-det-tid-for-%C3%A5-verne-om-sykehjemmene-i-kommunen-18850306.ece>
- Morrow, E., Griffiths, P., Rao, G. G., & Flaxman, D. (2011). “Somebody else’s problem?” Staff perceptions of the sources and control of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 39(4), 284-291. doi:10.1016/j.ajic.2010.06.018
- Nicolajsen, K. H. (2018, 26.06.2018). Forventningene til sykehjem øker, men bemanningen har gått ned., Debatt. *Bergens Tidene*, p. 1. Retrieved from <https://www.pressreader.com/norway/bergens-tidende/20180626/page/31>
- Nightingale, F., Elstad, I., & Larsen, F. B. (1984). *Håndbok i sykepleie : hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal.
- Nightingale, F., & McDonald, L. (2012). *Florence Nightingale and Hospital Reform : Collected Works of Florence Nightingale, Volume 16*. In *Collected Works of Florence Nightingale, Vol. v. 16*.
- Nightingale, F., Skretkowicz, V., & Mellbye, S. (1997). *Notater om sykepleie* (Revidert med tillegg, samlede utgaver. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Norge. (1995, 31.01.2020). Forskrift om allmennfarlig smittsomme sykdommer. *Lovdata*. Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/1995-01-01-100>
- Norge, H., & Nasjonalt, f. (2009). *MRSA-veilederen : nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner* (Vol. 16). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Norge Sosial- og, h., Statens institutt for, f., Statens, h., & Norge. (1996). *Smittevernloven : veileder : smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*,. In.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sjetne, I. S. (2011). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blandt sykepleiere i 2009. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2011/2011_oktober_hverdags_beskrivelser-fra-norske-sykehus.pdf
- Skjøgstad, O., Hjemås, G., Befyrer, S. (2017). 1 av 5 nyutdannede sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. *Sykepleiere: Blir de i jobb?* Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer, LOV-1994-08-05-55 C.F.R. (2020).
- SSB. (2019, 24.06.2020). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Retrieved from <https://www.ssb.no/pleie>
- Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 153-164. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11
- Tjade, T. (2013). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wiklund, S., Fagerberg, I., Örtqvist, Å., Broliden, K., & Tammelin, A. (2015). Staff experiences of caring for patients with extended-spectrum β -lactamase-producing bacteria: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 43(12), 1302-1309. doi:10.1016/j.ajic.2015.07.008

Zawadzka Persvold, A. (2019). Stigmatisere. Retrieved 24.05.2020, from Store norske leksikon <https://snl.no/stigmatisere>

Vedlegg 1. Sykdommene som etter lov om vern mot smittsomme sykdommer er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

<i>Norsk betegnelse</i>	<i>Internasjonal betegnelse</i>
2019-nCoV	2019-nCoV
Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars	Severe Acute Respiratory Syndrome – sars
Botulisme	Botulism
Chlamydiainfeksjon, genital	Genital Chlamydial infection
Difteri	Diphtheria
Flekktyfus	Typhus fever
Gonore	Gonorrhoea
Gulfeber	Yellow fever
Hemoragisk feber	Hemorrhagic fever
Hepatitt A-virusinfeksjon	Viral hepatitis A
Hepatitt B-virusinfeksjon	Viral hepatitis B
Hepatitt C-virusinfeksjon	Viral hepatitis C
Hepatitt D-virusinfeksjon	Viral hepatitis D
Hepatitt E-virusinfeksjon	Viral hepatitis E
Hiv-infeksjon	HIV infection
Kikhoste	Pertussis
Kolera	Cholera
Kopper	Smallpox
Legionellose	Legionellosis
Lepra	Leprosy
Meningokokksykdom	Meningococcal disease
Meslinger	Measles

<i>Norsk betegnelse</i>	<i>Internasjonal betegnelse</i>
Middle East Respiratory Syndrome – mers	Middle East Respiratory Syndrome – mers
Miltbrann	Anthrax
Paratyfoidfieber	Paratyphoid fever
Pest	Plague
Poliomyelitt	Poliomyelitis
Rabies	Rabies
Rubella	Rubella
Shigellose	Shigellosis
Syfilis	Syphilis
Tilbakefallsfeber	Relapsing fever
Tuberkulose	Tuberculosis
Tyfoidfieber	Typhoid fever
Sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker	Illness caused by methicillinresistant Staphylococcus aureus
Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker	Illness caused by multi resistant Streptococcus pneumoniae
Sykdom forårsaket av vancomycin-resistente enterokokker	Illness caused by vancomycin resistant enterococci
Sykdom forårsaket av entero patogen E. coli (enterohemoragisk E. coli/EHEC, enteroinvasiv E. coli/EIEC, enteropatogen E. coli/EPEC, enterotoksigen E. coli/ETEC, enteroaggregativ E. coli/EAggEC)	Illness caused by enteropathogenic E. coli (enterohaemorrhagic E. coli/EHEC, enteroinvasive E. coli/EIEC, enteropathogenic E. coli/EPEC, enterotoxigenic E. coli/ETEC, enteroaggregative E. coli/EAggEC)

Endret ved [forskrifter 6 jan 1996 nr. 12](#), [20 des 2002 nr. 1826](#), [26 mars 2003 nr. 407](#), [12 mai 2016 nr. 490](#), [24 okt 2018 nr. 1621](#), [31 jan 2020 nr. 92](#).

Vedlegg 2. E-post til enhetslederne ved sykehjemmene i undersøkelsen.

Forespørsel om hjelp til å finne informant til en masteroppgave

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø og tar en mastergrad i sykepleie med fordypning i infeksjonssykepleie. Til min mastergradsoppgave vil jeg undersøke erfaringer med å utøve sykepleie til beboere på sykehjem der beboeren har en allmennfarlig smittsom sykdom. Studier viser at tanken på å måtte bo på et sykehjem bekymrer mennesker med allmennfarlig smittsomme sykdommer. De er bekymret for at de ikke skal bli ivaretatt med hensyn til og på grunn av deres diagnose.

For å finne ut om det å utøve sykepleie til beboere med allmennfarlig sykdommer er utfordrende, ønsker jeg å intervju to personer du mener passer inn i følgende kategori:

- Den som utøver sykepleie til beboeren med en allmennfarlig sykdom. Det kan være en hjelpepleier, helsefagarbeider eller autorisert sykepleier.
- Det er en stor fordel om informanten har en tids erfaring, slik at den har kunnet opparbeide seg erfaring rundt forskningsspørsmålet.

Intervjuet vil ha en varighet på cirka en time. Sykehjemmet og informanten vil anonymiseres. Jeg vil ikke kjenne identiteten til beboeren som eventuelt har en slik allmennfarlig smittsom sykdom.

Jeg håper du kan være behjelpelig med å skaffe informant. Ved å lytte til pleiegruppens erfaringer rundt det å pleie mennesker med allmennfarlig smittsomme sykdommer vil bidra til å trygge pasientgruppen som bekymrer seg for at de ikke skal bli møtt med respekt og kompetanse om de må flytte på sykehjem. Og fokus på erfaringer kan avdekke behov av kunnskap og forståelse i fagområder som er i stadig endring og utvikling.

Ved spørsmål eller tilbakemelding på denne henvendelsen kan jeg nås på telefon 990 46624, eller (helst) per mail (da jeg går på nattevakter fra i morgen og over helgen). Jeg håper det er greit at jeg kontakter deg per telefon mandag eller tirsdag for en nærmere prat.

Min veileder på denne oppgaven er førsteamanuensis Åshild Fause ved UiT, Institutt for helse og omsorgsfag.

Med vennlig hilsen

Solveig Lundin

Student og sykepleier

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Sykepleie til sykehjemsbeboeren med en allmennfarlig smittsom sykdom – er det utfordrende”?

[arbeidstittel]

Dette er en henvendelse til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å avdekke eventuelle erfarte utfordringer med å utøve sykepleie til personer med en allmenfarlig smittsom sykdom. I dette skrivet gis du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne studien er å studere erfaringer fra de som utøver sykepleie til sykehjemsbeboeren med en allmenfarlig smittsom sykdom. Helse- og omsorgsdepartementet har i en forskrift bestemt hvilke sykdommer som skal defineres som allmennfarlige smittsomme sykdommer, og der listes for eksempel opp de ulike Hepatitt-infeksjoner, tuberkulose, ulike sykdommer forårsaket av resistente bakterier og hiv. Opplever pleiepersonell på sykehjem utfordringer med å utøve sykepleie til beboere med allmenfarlig smittsomme sykdommer? Det vil for eksempel være interessant å få vite om du har fått ny kunnskap om allmenfarlige smittsomme sykdommer under tiden du har jobbet i helsesektoren, og om hvordan du eventuelt har tilegnet den kunnskapen du har og har hatt.

I studien vil jeg gjøre dybdeintervju med 4 personer som utøver sykepleie i sykehjem. Inklusjon av informanter/intervjuobjekter vil skje fra ulike sykehjem.

Dette er en studie som utføres av Solveig Lundin i rolle som student ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Som ledd i et masterprogram i sykepleie med fordypning i infeksjonssykepleie, ønsker jeg å intervju pleiepersonell som utøver sykepleie til beboere på sykehjem. Interessen for denne problemstillingen kommer av egne erfaringer ved å jobbe på infeksjonsavdeling hvor jeg møter denne pasientgruppen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i studien fordi du jobber på et sykehjem. Enhetslederen på ditt sykehjem er spurt om å foreslå et passende intervjuobjekt med bakgrunn i at du har jobbet på sykehjemmet en viss tid og dermed har erfaring i omsorgsyirket.

Jeg har fått dine kontaktopplysninger fra enhetsleder på sykehjemmet hvor du jobber.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å få svar på forskningsspørsmålet mitt vil jeg gjøre intervju. Det er anslått å vare cirka en time. Det er dine erfaringer som interessante for meg. Jeg vil gjøre lydopptak av intervjuet. Lydopptaket vil jeg skrive ned til tekstmateriale. Når det er gjort, og analysen av materialet er ferdig vil lydopptaket slettes. Eventuell identifisering som skjer under intervjuet av deg som person, hvilket sykehjem du jobber på og lignende blir anonymisert. Det skal ikke fremgå hvem du er og hvor du kommer fra.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Studiens informanter vil ikke kunne bli identifiserbare i masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.5.2020. Lydopptaket av intervjuet med deg vil da slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Dine opplysninger vil bli behandlet basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø, Det arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Tromsø, Det arktiske universitet ved veileder og student
- Vårt personvernombud.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Åshild Fause

Prosjektansvarlig

(Veileder)

Solveig Lundin

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Sykepleie til sykehjemsbeboeren med allmennfarlig smittsomme sykdommer – er det utfordrende?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- at det tas opp lydopptak av intervjuet
- at mine opplysninger lagres konfidensielt og behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 10.05.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning

Presentasjon av meg selv.

Jeg vil informere om min oppgave, hvor jeg ønsker intervju pleiepersonell for å høre deres erfaringer med å pleie personer med allmennfarlig smittsomme sykdommer som bor på sykehjem. Dette fordi det finnes lite forskning rundt temaet fra pleiers side. I kategorien allmennfarlig smittsomme sykdommer er for eksempel ulike hepatittsykdommer, sykdommer forårsaket av resistente bakterier (eksempelvis MRSA, ESBL og VRE), tuberkulose og hiv.

Teknisk informasjon om at det vil bli tatt opp lydopptak av intervjuet om det godkjennes av deg som informant. Det vil underlette senere å få med all den informasjon du har til meg. Lydopptaket vil bli skrevet ned til tekstmateriale. Lydopptaket vil bli slettet når oppgaven er levert og godkjent, og det er forventet skje senest juni 2020.

Jeg garanterer anonymitet både overfor deg som informant, og om hvor du jobber.

Du har rett til å avslutte intervjuet når du måtte ønske det. Intervjuet forventes å vare rundt en time.

Innledende spørsmål:

Har du jobbet her lenge?

Hvilken utdanning har du?

Tema 1- Erfaringer

Som tidligere nevnt, er det gjort lite forskning på erfaringene til pleiepersonell som utøver sykepleie til personer med allmennfarlig smittsomme sykdommer som bor på sykehjem. Derfor lurer jeg på;

Har du erfaring med pleie av pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer?

Kan du fortelle om dine erfaringer?

Hadde du erfaring eller kjennskap til personer med allmennfarlig smittsomme sykdommer fra tidligere, enten gjennom arbeidsliv eller privat?

Hvordan opplever du samarbeidet om disse pasientene er i kollegiet?

Er det åpenhet rundt diagnosen mellom deg som pleier og beboerne med disse type sykdommer?

Hvordan synes du det går å skape relasjon til denne pasientgruppen?

Tema 2 - Kunnskap

Hvordan blir dere introdusert med nye beboere på sykehjemmet? Hvilken informasjon får dere om beboeren?

Hvilken kunnskap hadde du om allmennfarlig smittsomme sykdommer fra tidligere?

Hvordan hadde du fått denne kunnskapen?

Har du fått ny kunnskap om allmennfarlig smittsomme sykdommer etter at du har hatt med disse pasientgruppene her på sykehjemmet?

Hvordan fikk du denne kunnskapen?

Ser du for deg at du kunne vært mer forberedt på å ta imot disse pasientene her på sykehjemmet? Hvordan kunne dette vært gjort?

Tema 3 - Smittefrykt

Er du redd for å bli smittet av ulike sykdommer eller bli bærer av resistente bakterier?

Finnes det smittefrykt i kollegiet?

Var du noen gang redd for å bli smittet av sykdommer?

Blir det gjort ekstra tiltak i forbindelse med stell/pleie av personer med allmennfarlig smittsomme sykdommer?

(Har dere pasienter med allmennfarlig smittsomme sykdommer her på sykehjemmet?)

Er det noe du har lyst å legge til, som kanskje ikke er kommet fram i intervjuet?

