



Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag.

## **Sykepleiers erfaringer med infeksjonssykdom hos pasienter på sykehjem i nordnorske distriktskommuner**

En kvalitativ studie om sykepleiers erfaringer med å oppdage og behandle akutte infeksjoner hos pasienter på sykehjem i nordnorske distriktskommuner.

Vilde Richardsen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid. HEL-3963. Mai 2022.

Antall ord: 24 613.



# Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært interessant, lærerikt og tidvis veldig krevende. Jeg har vært i tvil mange ganger, så er stolt og fornøyd for å ha fullført.

Jeg er takknemlig for sykepleierne som tok seg tid og stilte opp til intervju. Det har vært spennende å jobbe med datamaterialet dere har gitt meg. Uten deres erfaringer ville det aldri blitt noen masteroppgave.

Jeg vil takke min veileder Elin Evensen. Du har gitt meg mange rike diskusjoner i prosessen. Takk for gode ord og motivasjon til å fullføre masteroppgaven. Jeg vil også rette en takk til lærere på master i aldring og geriatrik helsearbeid og mine medstudenter. Dere har delt nyttig kunnskap og erfaringer, og gjort dette til tre givende år.

Tusen takk til seksjonssykepleier Hege på Infeksjonsmedisinsk avdeling UNN Tromsø. Du har sett nytten i å ta en videreutdanning innenfor aldring og geriatrik helsearbeid, og gjort det mulig å kombinere full jobb og videreutdanning. Også en takk til verdens beste venner, familie og kollegaer, deres støtte har vært gull verd.

En særlig takk til Stian, Ingebjørg, Annie og mamma. Jeg hadde ikke klart dette uten deres moralske støtte, faglige innspill og grundige gjennomlesninger.

Tilslutt vil jeg rette en stor takk til Daniel. Jeg hadde ikke klart dette uten deg og din tålmodighet. Takk for at du aldri mistet troen på meg! Nå ser jeg frem til en normal hverdag med deg igjen.

Vilde Richardsen

Tromsø, 28.04.22

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen krever at kommunehelsetjenesten har kompetanse til å ivareta kronisk syke pasienter, og det skal sikres tidlig diagnostisering og behandling.

Samtidig skal reformen sikre riktig bruk av sykehus. Pasienter på sykehjem har et omfattende hjelpebehov, og de er mer utsatt for infeksjoner og har dårligere håndteringsmekanismer når infeksjoner oppstår. Erfaringsmessig overflyttes ofte pasienter fra sykehjem til sykehus for behandling av infeksjoner. I distriktene er det ofte lang reisevei, og de kan bli forvirret av denne overflytningen. På bakgrunn av dette har jeg reflektert over om det vil ha større nytteverdi å yte behandling lokalt. Hensikten med denne studien er derfor å tilføre mer kunnskap om behandling av infeksjoner hos pasienter på sykehjem.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har sykepleiere i nordnorske distriktskommuner med å oppdage og behandle akutte infeksjoner hos pasienter på sykehjem?

**Metode:** I studien er det benyttet kvalitativ metode. Det er gjennomført semistrukturerte individuelle intervju av fem sykepleiere. Systematisk tekstanalyse av Malterud ble benyttet for analysen av datamaterialet.

**Resultater:** Resultatene viser at sykepleiere på sykehjem i nordnorske distriktskommuner har evner, ønske og mulighet til å behandle infeksjoner hos pasienter. De opplever rammebetingelser i sin arbeidshverdag som både støtter og hindrer tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner. Informantene mener brukermedvirkning står sentralt ved behandling av infeksjoner, og de har ulike erfaringer med å ivareta brukermedvirkningen på en systematisk måte. Sykepleierne møter også etiske utfordringer knyttet til overbehandling og manglende hensyn til pasientens ønsker. Distriktssykepleiere jobber under små forhold, hvor et velfungerende samarbeid, kollegastøtte og nærhet til lege trekkes frem som å være positivt for pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem. Kontinuitet i helsepersonellet og høy erfaringsbasert kompetanse er faktorer som oppleves positive. Små fagmiljø, lang avstand til sykehus og utfordrende værforhold er faktorer som fremstår som hindringer. Også manglende fagkunnskap, lite organisatorisk støtte til kompetanseheving, mangelfulle organisatoriske rutiner og struktur for dokumentering er faktorer som hindrer tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner hos pasienter på sykehjem.

**Konklusjon:** Gode organisatoriske rutiner for fag- og samarbeid, fokus og prioritering fra ledelse til å arbeide kunnskapsbasert, sikre god opplæring av vikarer og tid for helsepersonell til kompetanseheving knyttet til infeksjoner, vil kunne bidra til at pasienter får korrekt behandling til riktig tidspunkt ved infeksjonssykdom. Brukermedvirkning bør ivaretas gjennom systematiske forhåndssamtaler, og grundig dokumentasjon av pasientens preferanser. Oppfylles disse faktorene, kan det bidra til at sykehjemspasienter med infeksjonssykdom som har behov for sykehusinnleggelse, får det til riktig tid.

**Nøkkelord:** Infeksjoner, geriatrisk pasient, sykehjem, distriktssykepleie, sykepleierkompetanse, kvalitativ studie.

## Abstract

**Background:** The Coordination Reform requires that the municipal health service has the competence to take care of chronically ill patients, and ensure early diagnosis and treatment. The Coordination Reform is also meant to ensure a more correct use of hospitals. Patients in nursing homes are often chronically ill and they are more prone to infections. Experience indicate that several of the patients are transferred from nursing homes to hospitals for treatment of infections. They usually have a long travelling distance and are often confused upon arrival. Based on this, I have reflected on whether it is more useful to sometimes provide the treatment at the nursing home. Therefore, the purpose of this study is to gain more knowledge about treatment of infections in patients in nursing homes.

**Research question:** Which experiences do nurses in rural municipalities in northern Norway have with detecting and treating acute infections in patients living in nursing homes?

**Method:** The study has a qualitative methodology. There were conducted semi-structured individual interviews with five nurses. Systematic text analysis by Malterud is used to analyze the data.

**Findings:** The findings indicate that nurses in nursing homes in northern Norwegian rural municipalities have the ability, desire and opportunity to treat infections, but they experience some factors that support and prevents early detection and treatment of infections. The informants consider user involvement essential in the treatment, but they have different experiences to preserve user involvement in a systematic way. Nurses in nursing home experience ethical challenges related to overtreatment and lack of respect for patient's autonomy. Rural nurses work under small conditions which can be challenging, therefore the informants highlight a well-functioning collaboration, support from colleagues in addition to co-location with the doctor as positive factors for patients with infectious disease in nursing homes. Continuity in health personnel and high experience-based competence are also supporting factors. Limited professional environment, long distance to hospital and challenging weather conditions are factors that appear as obstacles. Lack of professional competence, limited organizational support for skills development, inadequate organizational routines and structure for documentation are also factors that prevent early detection and treatment of infections.

**Conclusion:** Good organizational routines for professional and collaboration, management focused knowledge-based practice, good training for substitutes and time for health personnel to increase competence in infections, will possibly contribute to patients receiving the correct treatment at the right time. User involvement should be ensured through systematic advance care planning and through documentation of the patient's preferences.

**Keywords:**

Infections, geriatric patient, nursing homes, rural nursing, nursing competence, qualitative study.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt .....	1
1.2	Problemstilling .....	3
1.3	Begrepsavklaring og avgrensninger .....	4
2	Tidligere forskning .....	5
2.1	Litteratursøk .....	5
2.2	Tidligere forskning relevant for min problemstilling .....	5
3	Kunnskapsgrunnlag .....	9
3.1	Pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem .....	9
3.2	Distriktssykepleie .....	10
3.3	Pasientmedbestemmelse .....	11
3.4	Kontinuitet på sykehjem .....	11
3.5	Klinisk sykepleierkompetanse .....	12
3.5.1	Fra novise til ekspert .....	12
3.5.2	Sykepleierens behandlende funksjon .....	14
3.6	Kunnskapsbasert praksis .....	14
4	Metode .....	16
4.1	Valg av metode og design .....	16
4.2	Datainnsamling .....	16
4.2.1	Utvalg og rekruttering av informanter .....	16
4.2.2	Intervjuguide og pilotintervju .....	18
4.2.3	Personvern hensyn og forskningsetiske overveielser .....	19
4.2.4	Gjennomføring av intervjuene .....	20
4.3	Analyse av data .....	21
4.3.1	Transkribering .....	21
4.3.2	Analyse .....	22
5	Resultater .....	27
5.1	Behandling av akutte infeksjoner på sykehjem i nordnorske distriktskommuner ...	27
5.1.1	Brukermedvirkning ved behandling av infeksjoner .....	28
5.1.2	Etiske utfordringer knyttet til behandling av infeksjoner .....	30
5.2	Å jobbe som sykepleier på sykehjem i nordnorske distriktskommuner .....	31
5.2.1	Viktigheten med samarbeid i små distriktskommuner .....	32



5.2.2	Avstand til sykehus .....	33
5.3	Behov for kompetanse .....	35
5.3.1	Erfaringsbasert kompetanse .....	35
5.3.2	Mangel på fagkompetanse på sykehjem .....	36
5.3.3	Kontinuitet blant pleiepersonalet og sykehjemslegene.....	38
5.4	Mangelfulle rutiner og organisering .....	39
5.4.1	Mangelfulle rutiner .....	39
5.4.2	Mangel på kompetanseheving.....	41
6	Diskusjon .....	43
6.1	Diskusjon av hovedfunn .....	43
6.1.1	Infeksjonsbehandling på sykehjemmet versus sykehusinnleggelse.....	43
6.1.2	Distriktssykepleie i Nord-Norge .....	50
6.1.3	Kompetanse på sykehjem .....	53
6.1.4	Organisering av tjenesten.....	56
6.2	Diskusjon av valgt metode og design .....	61
6.2.1	Refleksivitet .....	61
6.2.2	Reliabilitet og validitet.....	63
7	Avslutning.....	67
7.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	69
	Referanseliste.....	71
	Vedlegg 1 – Forespørsel om tilgang til forskningsområde.....	77
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og muntlig samtykkeerklæring.....	78
	Vedlegg 3 – Intervjuguide .....	82
	Vedlegg 4 – Vurdering fra NSD .....	83

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

Jeg har siden 2017 jobbet på infeksjonsmedisinsk avdeling på UNN Tromsø. Her har jeg møtt pasienter i alle aldre og livssituasjoner som har til felles at de er rammet av infeksjonssykdom. Jeg begynte tidlig i min karriere å fange en dypere interesse for geriatriske pasienter som ble innlagt i sykehusavdelingen for behandling av infeksjoner, og en særskilt interesse for pasientene som bodde på sykehjem i distriktskommuner i Nord-Norge. De hadde mange timers reisevei og ble fraktet til sykehuset med ambulansebil eller luftambulans for behandling. På sykehuset havnet mange av pasientene langt unna familie og venner. I situasjoner hvor jeg har tatt imot disse pasientene, har jeg i noen tilfeller reflektert over hvilken nytteeffekt en overflytning har for disse pasientene. Det er gjerne multisyke pasienter med redusert fysisk og psykisk kapasitet. Jeg har også kjennskap til en rekke pasienter som blir forvirret, noe som kan relateres både til infeksjonssykdom, lang reisevei og miljøskifte. Flere av disse pasientene har raskt etter sykehusinnleggelse uttrykt bekymringer over at de er blitt sendt til sykehus. De ytrer ønsker om å få reise tilbake til sykehjemmet, men er samtidig bekymret over den lange reiseveien hjem igjen. Transport til og fra sykehus, og opphold på sykehus medfører også store samfunnsøkonomiske kostnader. Jeg har på bakgrunn av disse erfaringene reflektert over om det i større grad er mulig å gi antibiotikabehandling for infeksjonssykdommer på sykehjemmet, noe som kan medføre mindre belastninger for pasienten, og samtidig være mer samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Jeg kommer opprinnelig fra en liten distriktskommune i Finnmark og har jobbet der som ufaglært assistent på sykehjem før endt utdanning. Derimot har jeg ingen erfaring fra arbeid som kvalifisert sykepleier i en distriktskommune. På grunn av avstand til sykehus tenker jeg at sykepleiere i distriktskommuner møter andre utfordringer, må gjøre andre vurderinger og ta andre hensyn enn det sykepleiere i nærheten av spesialisthelsetjenesten må gjøre. Jeg har alltid vært interessert i hvordan sykepleiere i distriktet jobber, og da særlig hvilke observasjoner og vurderinger som ligger til grunn for beslutningen om at en pasient sendes til sykehus for behandling av infeksjonssykdom.

Vi har en økende levealder i Norge, og befolkningen vil bestå av flere eldre i fremtiden (Statistisk sentralbyrå, 2022). Dette betyr at det vil bli flere eldre med kroniske og sammensatte sykdommer som krever mer av helse- og omsorgssektoren. I dag bor under en

tredjedel av befolkningen over 90 år på sykehjem, i motsetning til i 1991 hvor nesten halvparten av de over 90 år bodde på sykehjem. Dette betyr at andelen pasienter på sykehjem i dag har et større hjelpebehov (Gabrielsen, 2013). I 2016 hadde 84 % av pasientene i langtidsplass på sykehjem et omfattende hjelpebehov, noe som kan tyde på at terskelen for å få langtidsplass på sykehjem er høyere i dag enn tidligere (Brodtkorb & Hauge, 2020). Til enhver tid behandles 2-3 % av pasientene som har langtidsplass på sykehjem med antibiotika for en urinveisinfeksjon (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007). Pasientene på sykehjem har økt risiko for utvikling av infeksjonssykdom, dårligere håndteringsmekanismer av infeksjonssykdom og dårligere prognoser enn hjemmeboende, robuste eldre (Wyller, 2015). Pasientene på sykehjem er også mer utsatt for infeksjoner, fordi de daglig møter mange mennesker med potensiell smitterisiko (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007).

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og den skal sikre en helsetjeneste som løser hovedutfordringer knyttet til pasientens behov for koordinerte tjenester og de samfunnsøkonomiske utfordringene (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen omhandler at pasienter skal få rett behandling - på rett sted - til rett tid, og den har hatt stor betydning for hvordan helsetjenester til eldre organiseres. Kommunehelsetjenesten sin rolle ble endret når denne ble iverksatt, og de skal i dag ha økt kompetanse for å kunne ivareta behovene til pasienter med kroniske sykdommer. Kommunene skal sikre helhetlig- tenkning og pasientforløp med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Dette betyr at sykehjemmene i kommunene må ta del i forebygging av infeksjonssykdommer, tidlig diagnostisere og tidlig gi behandling for infeksjoner hos pasientene. Det er derfor relevant at helsepersonell på sykehjem har høy kompetanse på infeksjonssykdommer hos geriatriske pasienter. Videre skal samhandlingsreformen gjøre det norske helsevesenet mer samfunnsøkonomisk effektivt. Kommunene skal medfinansiere spesialisthelsetjenesten, for å fremme riktig ressursbruk og riktig bruk av sykehus. Et tjenestetilbud som medfører hindring eller utsetting av sykdomsutvikling, har god effekt på pasienters helse og samfunnets økonomi (St. meld nr. 47 (2008-2009)).

I følge nasjonal faglig retningslinje for antibiotika i primærhelsetjenesten skal alle pasienter med sepsis overflyttes til sykehus. Videre kommer det frem i samme veileder at pasienter på sykehjem skal vurderes for antibiotikabehandling for lungebetennelser, men det skal gjøres etiske vurderinger om behandling er aktuelt for pasienter med langkommet demens eller

somatisk sykdom i terminalfase. Videre fremkommer det at pasientens ønsker bør være avklart på forhånd og at det er lege og helsepersonell som kjenner pasienten som bør ta beslutningen om valg av behandling. Fordeler med behandling bør veies opp mot ulemper og risiko, og om det besluttes behandling skal det vurderes om det er hensiktsmessig å overflytte pasienten til sykehus (Helsedirektoratet, 2021b). Jeg har ikke funnet andre nasjonale føringer om behandling av infeksjoner på sykehjem, og heller ikke egne retningslinjer rettet mot sykehjem i distriktskommuner.

Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om behandling av infeksjoner hos pasienter på sykehjem. Dette vil jeg gjøre ved å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i nordnorske distriktskommuner har med pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem. Jeg ønsker å se på hva som understøtter og hvilke utfordringer sykepleierne i distriktskommuner møter for å tidlig klare å oppdage og behandle infeksjoner på sykehjem. På bakgrunn av det som er forklart ovenfor tenker jeg at studien har en klinisk og ikke minst en samfunnsøkonomisk relevans. Det kan være nyttig for helsepersonell, helsetjenesten, samfunnet og pasientene på sykehjem å få mer kunnskap om praksis på området. Studien vil kunne bidra til ny kunnskap, som igjen kan undersøkes nærmere i nye studier.

## 1.2 Problemstilling

For å belyse temaet har jeg utformet følgende problemstilling:

**Hvilke erfaringer har sykepleiere i nordnorske distriktskommuner med å oppdage og behandle akutte infeksjoner hos pasienter på sykehjem?**

Infeksjonssykdom hos pasienter på sykehjem i nordnorske distriktskommuner er et omfattende tema. På bakgrunn av det har jeg utviklet to forskningsspørsmål, for å operasjonalisere og hjelpe meg å besvare problemstillingen:

***Forskningsspørsmål 1:** Hvilke faktorer understøtter tidlig oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem, for å unngå unødvendig overflytning til sykehus?*

***Forskningsspørsmål 2:** Hvilke hindringer kan forsinke oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem, og føre til unødvendig sykehusinnleggelse?*

### 1.3 Begrepsavklaring og avgrensninger

Akutte infeksjoner og infeksjoner er begrep som blir benyttet i denne oppgaven. Det omhandler alvorlige infeksjoner hvor det er fare for systemisk infeksjon. Både akutte infeksjoner og kroniske infeksjoner som forverres er inkludert. De vanligste infeksjonssykdommene som opptrer på sykehjem er urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjoner, hudinfeksjoner og influensa (Kittang, 2020). Mens denne studien ble gjennomført, pågikk det en pandemi med koronavirus (Folkehelseinstituttet, 2022). Denne studien omhandler ikke infeksjon av covid-19.

Begrepet rural er oversatt fra engelsk og betyr distrikt eller landlig. En definisjon på hva som er ruralt vil variere fra sted til sted, men kan defineres ut fra befolkningstetthet, geografiske omstendigheter eller avstanden i tid eller kilometer til urbane områder og spesialisthelsetjeneste (Smedt & Mehus, 2017). Nord-Norge har 34,9 % av fastlands Norges areal, men kun ca. 9 % av den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Nordland og Troms og Finnmark er de to minst befolkede fylkene i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021b). Dette tilsier at det er en langstrakt landsdel, preget av noen områder med lav befolkningstetthet og lange avstander. Nord-Norge og særlig kyststrøkene preges av klimautfordringer. På grunn av uvær kan veier være stengte, båter kan ikke legge til kai og kortbaneflyplasser kan være stengte, noe som vanskeliggjør sykehusinnleggelse fra distriktskommuner (Smedt & Mehus, 2017). Nordnorske distriktskommuner er et begrep som benyttes i denne studien. Det omhandler kommuner med under 2500 innbyggere, som ligger minimum 80 km fra nærmeste sykehus. Dette er distriktskommuner som ligger i værutsatte områder, og hvor de er avhengig av åpne fjelloverganger eller ferger for å komme seg til sykehus.

## **2 Tidligere forskning**

I dette kapitlet beskrives hvilke litteratursøk som er gjort og funn av tidligere forskning på området. Det foreligger per i dag lite relevant kvalitativ forskning innenfor sykepleieperspektivet knyttet til infeksjoner på sykehjem i distriktskommuner. Det finnes flere forskningsartikler fra distriktskommuner som omhandler hjemmetjeneste, psykisk helse og palliasjon, derimot har jeg ikke funnet forskningsartikler som omhandler å jobbe på sykehjem i distriktskommuner. Jeg har derfor valgt å ta med forskningsartikler som belyser studiens relevans og som anses som aktuell i forhold til problemstillingen.

### **2.1 Litteratursøk**

For å finne relevant forskning for min problemstilling brukte jeg søkebasen som PubMed, Cinahl, SveMed+ og UiT Norges arktiske universitets søkebase, Oria. Jeg benyttet de norske søkeordene: sykehjem, infeksjoner, urinveisinfeksjon, lungebetennelse, sepsis, distriktssykepleie, rural, sykehusinnleggelse, sykepleie, kompetanse og sykepleierkompetanse. De engelske søkeordene som ble benyttet er: nursing home, long term care, aged care facility, infection, urinary tract infection, pneumonia, sepsis, rural nursing, remote nursing, health personnel, nurse, hospitalization, hospital transfer. Disse søkeordene ble brukt i ulike søkekombinasjoner. Jeg fant også forskningslitteratur gjennom å bruke referanselistene til relevante avhandlinger og nyere forskningsartikler.

### **2.2 Tidligere forskning relevant for min problemstilling**

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (TOFT) er en tiltakspakke utviklet av Pasientsikkerhetsprogrammet. Målsettingen med TOFT er at kommunene skal ta i bruk systemer for å forebygge forverring av pasientens tilstand gjennom tidlig oppdagelse, varsling og respons (Steinsheim & Malmedal, 2020). Steinheim og Malmedal fulgte fra 2017-2019 fire sykepleiere og to helsefagarbeidere på en korttidsavdeling ved et kommunalt sykehjem i Norge, som piloterte TOFT-prosjektet. De ansatte fikk blant annet undervisning i systematisk pasientundersøkelse forkortet ABCDE, som består av Airways (luftveier), Breathing (respirasjon), Circulation (sirkulasjon), Disability (nevrologi), Expose/environment (oversikt og omgivelser) og observasjonsverktøyet National Early Warning Score (NEWS). Forskerne gjennomførte tre fokusgruppeintervju med de ansatte fra start, til et år etter prosjektslutt. Studien hadde som hensikt å undersøke ansattes erfaringer med TOFT og implementeringen av den. De ønsket også å få frem om pilotprosjektet hadde ført til praksisendringer. Funnene viste at helsepersonellet hadde positive erfaringer med implementering av TOFT. De angir

økt kompetanse på akutt sykdom og opplever måleinstrumenter som nyttige verktøy. De angir også at de er blitt tryggere på ulike målinger, og at NEWS er en støtte i kliniske beslutninger. Helsepersonellet trakk frem at prosjektet hadde bidratt til forbedring og at pasientene unngikk sykehusinnleggelse eller ble innlagt tidsnok. Dette var en liten studie med relativt kort oppfølgingstid, så det anbefales mer forskning på effekten av bruk av slike måleinstrumenter på sykehjem (Steinsheim & Malmedal, 2020).

Sletner og Halvorsrud gjennomførte en kvantitativ tverrsnittstudie i hjemmetjenesten og på sykehjem i en kommune i Norge (Sletner & Halvorsrud, 2020). Hensikten var å undersøke kommunale helsearbeideres erfaringer etter at helsearbeidere hadde blitt opplært i systematiske observasjons- og kommunikasjonsverktøy. Verktøyene skal brukes for å tidlig avdekke tilstandsforverring hos pasienter, og dermed å forhindre sykehusinnleggelse. Mer enn halvparten oppga at det hadde bidratt til bedre kunnskap, faglig trygghet, økt trygghet ved observasjon og bevissthet om kritisk syke. Studien viste at helsearbeidere uten bachelor gjorde flere observasjoner enn de gjorde før opplæringen. Særlig helsearbeidere på sykehjem rapporterte om større trygghet i tiltaksprioriteringen og at observasjonsverktøyene fanget opp endringer (Sletner & Halvorsrud, 2020).

Hopøy, Bakken og Bing-Jonsson har gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie, som hadde som hensikt å kartlegge klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i en skjermet avdeling på sykehjem (Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020). Den skulle identifisere eventuelle behov for økt kompetanse i kliniske situasjoner. Det ble benyttet et spørreskjema med kliniske situasjonsbeskrivelser, samt ti demografiske spørsmål. Resultatet fra studien viste at det er varierende grad av klinisk kompetanse blant helsepersonellet, men at sykepleiere sitter med høyest kompetansenivå. Studien belyser betydningen av et godt og avklart samspill mellom de ulike yrkesgruppene, og den bidrar til å synliggjøre hvor avhengig sykepleieren, som ofte er i mindretall på sykehjem, er av kompetansen til samarbeidene personell. Deltakerne i studien hadde flest rette svar ved tydelige symptomer på forverring, men det var flest gale svar i forbindelse med komplekse og diffuse symptomer. Resultat fra studien tyder på et behov for kompetanseheving blant alle yrkesgruppene innen observasjon, vurdering og rett handling ved sykdomsforverring hos pasienten. Dette gjelder også innenfor komplekse kliniske situasjoner og øyeblikkelig hjelp-situasjoner (Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020).

En norsk tverrsnittstudie som ble gjennomført i 2013, hadde som hensikt å undersøke om pleiepersonalet i kommunale sykehjem og hjemmetjenester har tilstrekkelig med kompetanse for å ivareta skrøpelige eldre (Bing-Jonsson et al., 2016). Tilsammen deltok 1016 sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i studien og spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk. Resultatet av studien viser at helsepersonell i kommunehelsetjenesten har kompetanse på områdene som ble målt, men i varierende grad. I hovedpunkter hadde sykepleiere mest kompetanse, etterfulgt av helsefagarbeidere og så assistenter. Resultatene fra denne studien indikerer at helsepersonell som en gruppe ikke har nok kompetanse til å ivareta god pleie og behandling. De manglet særlig kompetanse på områdene pasientobservasjon, systematisk vurdering, initiativ til sykepleietiltak, gjennomføring av avanserte prosedyrer, sykepleiedokumentasjon og samarbeid med kollegaer. Videre fremkommer det i studien at det bør sikre generell kompetanseheving for å kunne tilby et tilstrekkelig og trygt pleie tilbud til pasientene i kommunal eldreomsorg, samt sikre tydeligere rollebeskrivelser til pleiepersonalet (Bing-Jonsson et al., 2016).

I 2014 ble det gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen 14 sykepleiere (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017). De jobbet på sykehjem og i hjemmetjeneste i to norske kommuner på Vestlandet. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten arbeider med kompetanseheving, og hvilke utfordringer de møter. Resultatene viste at kompetanseheving sjelden var planlagt i arbeidshverdagen. Ledere tilrettela ikke for kompetanseheving og det ble ikke prioritert i en hektisk arbeidshverdag. Faglitteratur måtte leses på fritiden, og det var sjelden kommuneøkonomi til kurs eller videreutdanning. Sykepleierne brukte hverandre for å lære både teoretisk kunnskap og avanserte medisinske prosedyrer. Erfarne sykepleiere veiledet mer uerfarne sykepleiere i læresituasjoner. Tverrfaglige møter og legevisitter ble sett på som arenaer for kompetanseheving. Når nye utfordringer oppsto måtte de løses der og da, og da benyttet de seg av internett eller kontaktet spesialisthelsetjenesten eller apotek for råd (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017).

Boockvar et al. utførte mellom 1992-1995 en observasjonell kohortstudie i Maryland, USA, som undersøkte om det var ulike utfall hos pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem med og uten tidlig sykehusinnleggelse (Boockvar et al., 2005). Tidlig sykehusinnleggelse blir i studien definert innen tre dager etter nyoppstått infeksjon. 2153 sykehjemspasienter ved 59 sykehjem ble inkludert i studien. Resultatene viste at tidlig innleggelse i sykehus førte til



vesentlig høyere andel dødsfall, som var relatert til mer alvorlig infeksjonssykdom og uønskede hendelser. De uønskede hendelsene som pasientene ble utsatt for i sykehus var fall, delirium og legemiddelrelaterte avvik. Pasientene innlagt med infeksjoner i sykehus hadde betydelig høyere andel trykksår, som ble relatert til at pasientene hadde lang reisevei og lang ventetid i akuttmottak. Det ble også relatert til at helsepersonell på sykehus var opptatt med akutte medisinske situasjoner. Hovedfunnene av studien viser at helsepersonell på sykehjem bør etterstrebe å behandle pasienter med infeksjoner på sykehjemmet hvor de bor, da det vil kunne redusere dødelighet, forebygge trykksår og unngå uheldige hendelser (Boockvar et al., 2005).

## 3 Kunnskapsgrunnlag

### 3.1 Pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem

Dagens pasienter boende i langtidsavdeling på sykehjem betegnes som skrøpelige, og defineres som geriatrike pasienter fordi de har en kombinasjon av høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå (Brodtkorb & Hauge, 2020). Skrøpeligheit handler om at pasienten har svekket evne til å opprettholde sine fysiologiske reserver, noe som gir økt risiko for å utvikle sykdom ved belastning. Skrøpelige pasienter vil i større grad oppleve økt funksjonssvikt ved akutt sykdom enn friske eldre. De har også større risiko for å fallere fra tidligere funksjonsnivå etter gjennomgått sykdom (Wyller, 2015). Den vanligste årsaken til innleggelse på sykehjem er funksjonstap etter gjennomgått hjerneinfarkt, demenssykdom, kronisk hjertesykdom, lårhalsbrudd og artrose (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007). Demens er den vanligste enkelt årsaken til innleggelse på sykehjem, og 83 % av pasientene på sykehjem har demenssykdom (Brodtkorb & Hauge, 2020).

Geriatriske pasienter på sykehjem er mer utsatt for å utvikle infeksjonssykdom (Wyller, 2015). Betennelsesresponsen hos geriatrike pasienter er kronisk lavgradig aktivert, som gjør at responsen er dårligere ved akutte hendelser. De har også oftere kroniske sykdommer, som nyresvikt og underernæring som er direkte hemmende på immunsystemet. Pasientene har i mange tilfeller indirekte effekter. Det kan for eksempel være redusert svelgefunksjon etter gjennomgått hjerneslag, som kan gi økt fare for aspirasjon. De kan stå på medikamenter som kamuflerer symptomer på infeksjon, som betablokkere, paracetamol og prednisolon. Pasientene på sykehjem har ofte mer diffuse symptomer og klarer ikke å bekjempe infeksjoner selv. Opptil 30 % av geriatrike pasienter med alvorlige infeksjoner har fravær av feber. De vanligste symptomene på infeksjoner hos denne gruppen er forvirring og akutt funksjonssvikt, med nedsatt matlyst, slapphet og tap av funksjoner (Wyller, 2015).

Det kan være vanskelig å diagnostisere infeksjoner hos geriatrike pasienter, fordi positive urinprøver ikke kan skille mellom urinveisinfeksjon og asymptomatisk bakteriuri. Forhøyet CRP, leukocytter og senkning kan skyldes ikke infeksjøs tilstander, som autoimmune sykdommer, kreft og traumer (Wyller, 2015). Om immunforsvaret ikke klarer å bekjempe infeksjonssykdommene selv, og antibiotikabehandling ikke blir startet i tide, kan infeksjonen utvikle seg til en systemisk infeksjon, sepsis (Brubakk, 2016). Sepsis har svært dårlig prognose for geriatrike pasienter (Ranhoff & Linnsund, 2005). Dette skyldes ofte

sammenheng mellom svekkede organreserver og forsinket diagnostikk og behandling (Wyller, 2015).

Det er utviklet hjelpeverktøy for å tidlig kunne identifisere kritisk sykdom (Kirkevold & Jeppestøl, 2020). National Early Warning System (NEWS) er et strukturert hjelpeverktøy som skal hjelpe å tidlig fange opp endringer i pasientens vitalia, og som en hjelp til å vurdere alvorlighetsgraden i pasientens tilstand. Det gjøres en vurdering av helsetilstand ut fra datainnsamling av respirasjonsfrekvens per minutt, puls per minutt, systolisk blodtrykk, temperatur, saturasjon, om pasienten bruker oksygen og bevissthet. Hver observasjon får en tallverdi, som til sammen summeres og representerer pasientens tilstand. Når det gjøres regelmessig kan endringer fanges opp (Kirkevold & Jeppestøl, 2020). Det kan være utfordrende å benytte slike hjelpeverktøy på gamle pasienter, fordi de kan mangle feberrespons, puls kan være påvirket av betablokkere og respirasjonsfrekvens kan være forhøyet på grunn av astma eller kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (Wyller, 2015). Det må derfor foreligge vitalia når pasientene er i normaltilstand, som kan brukes som referanseramme ved mistanke om infeksjon (Kirkevold & Jeppestøl, 2020).

### **3.2 Distriktssykepleie**

Å utøve sykepleie i rurale områder kan defineres som; å være langt fra hvor som helst og temmelig nært ingen steder (Scharff, 2013; Smedt & Mehus, 2017). Rural sykepleie eller distriktssykepleie kjennetegnes av å være selvstendig og alene på jobb. Sykepleieren må selv søke svar på sine spørsmål fordi det er få eller ingen å diskutere faglige utfordringer med (Scharff, 2013). På bakgrunn av at det ofte mangler tilstrekkelig med ressurser krever det at sykepleieren i distriktskommuner må ha større oppmerksomhet og klinisk kompetanse med evne til å forutse og ta viktige beslutninger ved akutte situasjoner (Smedt & Mehus, 2017).

Distriktssykepleie preges ofte av mangel på anonymitet i lokalsamfunnet, stor arbeidsbelastning, profesjonell isolasjon og manglende sykepleierkollegaer å interagere med. Det kreves at sykepleieren må ha høy generell kompetanse på ulike områder, men de har i mange tilfeller begrensede muligheter for fagutvikling. Det kan derfor være utfordrende å rekruttere og beholde helsepersonell, særlig sykepleiere til lite befolkede distriktskommuner (Bushy, 2011). En australsk litteraturstudie viste at akutt sykdom, rehabilitering, palliasjon og traumer er noen av utfordringene en distriktssykepleier må håndtere. Den høye arbeidsbelastningen kombinert med manglende støtte fra ledelse, gjorde at sykepleiere i

distriktskommuner var mer utsatt for stress og utbrenthet (Lenthall et al., 2009). Også lange geografiske avstander og sparsomme ressurser kan gi økt stress hos sykepleiere i distriktskommuner (Bushy, 2011).

### **3.3 Pasientmedbestemmelse**

I følge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter krav til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienter skal samtykke til helsehjelp, men samtykkekompetansen kan delvis eller helt bortfalle ved alvorlig demens, psykiske eller fysiske forstyrrelser eller psykisk utviklingshemming. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelser om helsehjelp som er av lite inngripende karakter. Dersom det er inngrep av alvorlig karakter, kan helsehjelpen gis dersom det ansees å være i interesse for pasienten. Det skal da om mulig innhentes informasjon om pasientens ønsker fra nærmeste pårørende. Hvis pasienten er vurdert til å ikke være samtykkekompetent har pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

En måte å sikre brukermedvirkning på sykehjem er gjennom forhåndssamtaler.

Forhåndssamtaler skal sikre gjensidig tillit og trygghet mellom helsepersonell og pasient, og gi helsepersonell et godt grunnlag for beslutninger i prosessen videre (Thoresen et al., 2017). Det finnes per i dag ingen offisiell standard for forhåndssamtaler eller retningslinjer for hvordan dette kan innføres som en del av tjenestetilbudet ved sykehjemmene, men forhåndssamtaler er et verktøy for å sikre omsorg og behandling som er i samsvar med pasientens ønsker. Pasienten er hovedpersonen i slike samtaler og det skal etterstrebes at de får muligheten til å delta (Aasmul, 2020). Pårørende, helsepersonell på sykehjemmet og lege skal også delta i forhåndssamtalen (Thoresen et al., 2017). Samtalens innhold og beslutninger skal dokumenteres elektronisk i pasientens journal, slik at det er tilgjengelig for behandlingsteamet døgnet rundt. Godt organiserte forhåndssamtaler vil bidra til trygghet og redusere angst og ensomhet. Det vil kunne forhindre overbehandling og sykehusinnleggelses som ikke vil gange pasienten, samt hindre at pasientens lidelse forlenges (Aasmul, 2020).

### **3.4 Kontinuitet på sykehjem**

Begrepet kontinuitet er sammensatt av tre ulike dimensjoner; relasjonskontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet (Haggerty et al., 2003).

Relasjonskontinuitet handler i denne sammenheng om relasjonen mellom pasienten og en eller flere helsepersonell. Kontinuitet i helsepersonellet er vist å gi bedre forutsigbarhet og sammenheng for pasientene, og det er av særlig nytte for skrøpelige pasienter med dårlig helse. Relasjonskontinuitet fører til omsorgsplaner basert på bedre informasjon, pasientene slipper å ta ansvar for egen pleie og behandling, samt de slipper å gjenta egen livshistorie og preferanser (Reid, Haggerty & Mckendry, 2002).

Informasjonskontinuitet er basert på at informasjonsoverføringen skjer mellom helsepersonell, som er ansvarlige for pasientens pleiebehov og helsetilstand.

Informasjonskontinuitet kan også foregå mellom ulike institusjoner, som for eksempel ved overflytting fra sykehjem til sykehus. Informasjonskontinuitet er avhengig av systematisk og skriftlig dokumentasjon i journalen til pasienten, samt sikre god informasjonsutveksling med god kommunikasjon mellom helsepersonellet. Informasjonskontinuitet handler også om god dokumentasjon av pasientens preferanser, som sikrer adekvat behandling etter pasientens ønsker (Haggerty et al., 2003; Reid, Haggerty & Mckendry, 2002).

Organisatorisk kontinuitet er av betydning for at sykehjemmet skal kunne gi relasjon- og informasjonskontinuitet, og det skal sørge for at pasienten mottar koordinert og tilrettelagt helsehjelp til rett tid og av rett person. Det skal være tilpasset etter pasientens endrende behov. En individuell plan for behandling og helsepersonell med nødvendig kompetanse og utstyr kan sikre organisatorisk kontinuitet, og gi større forutsigbarhet for pasienten (Haggerty et al., 2003).

### **3.5 Klinisk sykepleierkompetanse**

Kompetanse er alltid knyttet til personer og til utøvelse, og omhandler å være kvalifisert til å ta beslutninger innenfor et bestemt funksjonsområde (Kristoffersen, 2011a). Klinisk sykepleierkompetanse er den samlede kompetansen en sykepleier innehar for å kunne handle i sykepleiesituasjoner. Gjennom en læreprosess omdannes ulike former for kunnskap og erfaring til personlig kompetanse i sykepleieren, hvor intuisjon og refleksjon er sentrale prosesser i denne utviklingen (Kristoffersen, 2011a).

#### **3.5.1 Fra novise til ekspert**

Patricia Benner (1995) er sentral innenfor utviklingen av klinisk sykepleierkompetanse. Hun har basert sin forskning på Dreyfusmodellen, som var laget til flyvere og sjakkspillere og

omhandler tilegnelse av ferdigheter gjennom fem steg. Benner har tilpasset denne teorien til sykepleiere, og beskriver utviklingen av klinisk sykepleierkompetanse i fem steg: novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert (Benner, 1995).

### **Novise (nybegynneren)**

Nybegynneren kjennetegnes av manglende klinisk erfaring, og er avhengig av å følge prosedyrer og rutiner for å fungere i kliniske situasjoner. Nybegynneren henger seg opp i detaljer, og har vansker med å se helheten. Nybegynneren har vansker med å prioritere arbeidsoppgaver, og takler situasjonsendringer dårlig (Benner, 1995).

### **Avansert nybegynner**

Den avanserte nybegynneren klarer gjennom erfaring å gjenkjenne relevante likheter fra tidligere situasjoner, og er en akseptabel faglig utøver i mange situasjoner. Derimot er den avanserte nybegynneren lite fleksibel ved større situasjonsendringer, mangler evner til å foreta helhetsvurderinger, og har vansker med å prioritere arbeidsoppgaver (Benner, 1995; Konsmo, 1995).

### **Kompetent utøveren**

Den kompetente utøveren klarer å lage en overveid, langsiktig plan som omfatter prioritering i den daglige utførelsen. Den kompetente utøveren følger ikke reglene slavisk, men klarer å foreta prioriteringer underveis, og har en følelse av mestring. En sykepleier som har jobbet på samme sted i to-tre år er ofte her. Den kompetente utøveren har evne til analytisk problemløsning i kliniske situasjoner, men mangler tempo og fleksibilitet (Benner, 1995; Konsmo, 1995).

### **Kyndig utøver**

En kyndig utøver oppfatter helheten i situasjoner, og har evne til langsiktig planlegging og prioritering. På bakgrunn av erfaring vil den kyndige utøveren kunne se avvik fra det forventede i pasientens tilstand. En kyndig utøver styres av sansene og intuisjon, men tenkningen er fortsatt analytisk. En kyndig sykepleier har vært på samme praksissted i tre-fem år (Benner, 1995).

### **Ekspert**

Eksperten er en erfaren sykepleier som har vært på arbeidsstedet i over fem år.

Sykepleiereksperten kjennetegnes av å kunne se den umiddelbare helheten i de fleste

situasjoner, og handlingene går av seg selv. Sykepleiereksperten klarer å handle intuitivt og raskt, og har ikke behov for å analysere og overveie ulike handlingsalternativ i kjente situasjoner. De må være åpne for nye perspektiver for å unngå tunnelsyn, og i uerfarne situasjoner har ekspertsykepleieren fortsatt behov for å bruke analytiske problemløsninger (Benner, 1995).

### **3.5.2 Sykepleierens behandlende funksjon**

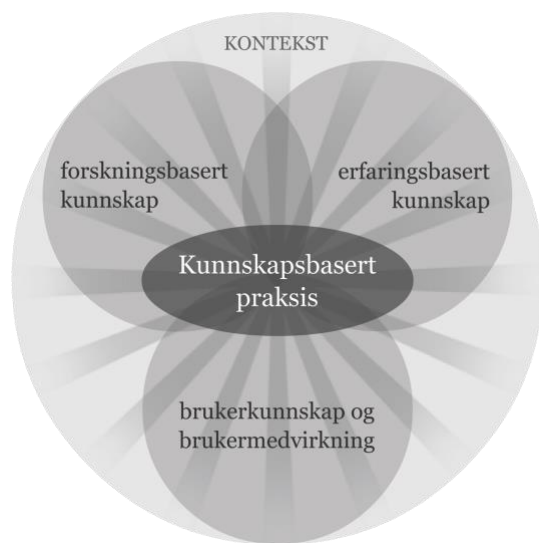
Sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal påvirke hvordan pasienter ivaretas, i alle situasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleie som et praktisk fag består av syv grunnleggende funksjonsområder: Helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og til slutt fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kunnskapsdepartementet, 2008). Helsefremming og forebygging, behandling, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling og kvalitetssikring er funksjonsområder som kunne vært relevant i forhold til problemstillingen. Derimot vil jeg fokusere på sykepleierens behandlende funksjon, og det er den som skal utdypes videre i denne oppgaven.

Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg. Sykepleieren skal også assistere ved og gjennomføre medisinsk utredning og behandling etter legens forordning, og vurdere effekten av behandlingen som blir gitt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Sykepleiere er ofte de første til å oppdage og dokumentere endringer i pasientens tilstand, og det handler om å være oppmerksom på tidlige tegn til forverring. Det kan ta tid før forverring vises i vitalia hos geriatriske pasienter, så sykepleieren må være bevisst på endringer i allmenntilstand og atferd (Benner, 1995). Sykepleiere skal kontakte lege, for å iverksette livsforlengende og lindrende tiltak samt begrense skade (Ranhoff, 2014).

## **3.6 Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis innebærer å basere fagutøvelsen på ulike kunnskapskilder (Nortvedt et al., 2007). Kunnskapsbasert sykepleie kan defineres slik:

*Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nortvedt et al., 2007, s. 15).*



**Figur 1** De tre komponentene i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016).

Figur 1 består av tre kunnskapssirkler som forklarer kunnskapsbasert praksis.

Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap er tre likestilte parter i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016). Kunnskapssirklene omslutes av kontekst. Konteksten er sammenhengen som kunnskapsbasert praksis skal utspilles i. Politikk, kulturell sammenheng, tilgang på ressurser, etiske forhold og faglig forståelsesrammer vil ha betydning for konteksten (Nortvedt et al., 2007).

Forskningsbasert kunnskap er kunnskapen som er systematisk utviklet gjennom vitenskapelige tilnærminger, som er fremstilt i bøker, vitenskapelige rapporter, nettbaserte kilder og tidsskrifter (Kristoffersen, 2011a). Kunnskapen som hentes gjennom forskning kan forklare årsaksforhold og fenomener, beskrive forekomst av en tilstand eller gi nye begreper innenfor sykepleierfaget (Nortvedt et al., 2007). Erfaringsbasert kunnskap er knyttet til konkrete situasjoner, og erverves gjennom yrkespraksis. Denne kunnskapen erverves gjennom systematisk og kritisk refleksjon over egne erfaringer, hvor resultatet blir utvikling av personlig kunnskap og økt klinisk kompetanse som sykepleier (Kristoffersen, 2011a). Brukerkunnskap og brukermedvirkning er den siste sirkelen i kunnskapsbasert praksis. Den omfatter pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2011a). Sykepleieren skal invitere pasientene med til å bidra med sin kunnskap og sine preferanser i valg av tjenester og legge til rette for gode beslutninger (Nortvedt et al., 2007). Dette gjøres gjennom kommunikasjon og samhandling med den enkelte pasienten (Kristoffersen, 2011a).



## **4 Metode**

### **4.1 Valg av metode og design**

Kvalitativ metode brukes når man ønsker å vite mer om menneskers egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger (Malterud, 2017). Videre brukes kvalitativ metode for å formidle forståelse og helhet, og når noe ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Denne studien har som utgangspunkt å undersøke sykepleieres erfaringer med å oppdage og behandle infeksjonssykdom hos pasienter på sykehjem i nordnorske distriktskommuner. Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer er intervjuer med individuell deltakelse, hvor det på forhånd er utarbeidet en intervjuguide (Malterud, 2017). Intervjuguiden skal hjelpe oss å holde tråden i intervjuet, og minne oss på temaene vi ønsker data om. Under semistrukturerte intervjuer kan man få direkte kjennskap til menneskers erfaringer. En forutsetning for å få det til er at informanten føler seg trygg og ivaretatt, og at forskeren lytter med et åpent sinn, og ikke har alle svarene klare på forhånd (Malterud, 2017). Med å bruke semistrukturerte intervjuer fikk informantene rom til å dele egne historier relevant for problemstillingen.

### **4.2 Datainnsamling**

#### **4.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter**

I en kvalitativ studie er det viktig med et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke, for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017). Med et strategisk utvalg menes at det velges ut informanter som har erfaring med temaet det skal forskes på, og som dermed har høyest sannsynlighet til å besvare problemstillingen (Polit & Beck, 2020). Informasjonsstyrken i utvalget vil bestemme hvor mange informanter som er nødvendig. Ved å gjøre et strategisk utvalg som sikrer høy informasjonsstyrke i utvalget, vil det være behov for færre deltakere (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette bestemte jeg å intervju sykepleiere som jobbet på sykehjem i distriktskommuner i Nord-Norge. Det var ønskelig at sykepleierne hadde over to års erfaring som sykepleier, og at de arbeidet i kommuner over 100 km til nærmeste sykehus.

I løpet av september og oktober 2021 ble det sendt ut en forespørsel om å gjennomføre et masterprosjekt (vedlegg 1), samt informasjonsskriv angående studien (vedlegg 2) til ledere på mange ulike sykehjem i distriktskommuner i Nord-Norge. Dette ble gjort for å få tillatelse til

å gjennomføre masterprosjektet på deres arbeidssted. I tillegg ble leder bedt om å videresende informasjonsskrivet til sykepleiere som kunne være aktuelle informanter til masteroppgaven. Jeg opplevde utfordringer med at mange ledere ikke svarte på forespørselen, heller ikke på telefonen selv om jeg ringte gjentatte ganger. Dette var en frustrerende og tidskrevende prosess. Etter noen uker i forløpet ble jeg kontaktet på e-post av fire aktuelle informanter. Den femte og siste informanten ble rekruttert gjennom tilgjengelighetsutvalg. Det er en teknikk hvor informanter rekrutteres på bakgrunn av at det er praktisk og de er tilgjengelig (Polit & Beck, 2020). Det ble benyttet fordi det ikke var mulig å rekruttere nok informanter som arbeidet i kommuner med over 100 km til nærmeste sykehus, så dette kravet ble nedjustert til 80 km. En medstudent satt meg i kontakt med den femte informanten. Derimot var det vurdert at utvalget fortsatt ville gi god informasjonsstyrke for å belyse problemstillingen.

Informantene som ble rekruttert hadde mellom 2,5 og 14,5 års erfaring som sykepleier. Tre av informantene var født og oppvokst i distriktskommunen, mens to var tilflyttet fra andre steder i Norge. Alle informantene arbeidet i kommuner med under 2500 innbyggere. For at informantenes anonymitet skal ivaretas, vil det ikke utdypes mer om den enkeltes informant bakgrunn eller hvilke kommuner de er rekruttert fra.

**Tabell 1:** Oversikt over informantenes erfaring, stilling og sykehjemets struktur.

Sykepleier	Antall års erfaring	Stilling	Struktur på sykehjemmet
Sykepleier A	2,5 år	Sykepleier	Korttids- og langtidsplasser, rehabilitering og øyeblikkhjelp seng.
Sykepleier B	14,5 år	Sykepleier	Korttids- og langtidsplasser, rehabilitering og øyeblikkhjelp seng.
Sykepleier C	4,5 år	Sykepleier	Korttids- og langtidsplasser, rehabilitering og øyeblikkhjelp seng.
Sykepleier D	5 år	Fagleder	Korttids- og langtidsplasser og rehabilitering.
Sykepleier E	14 år	Spesialsykepleier i avansert klinisk sykepleie og avdelingssykepleier	Korttids- og langtidsplasser, rehabilitering.

## 4.2.2 Intervjuguide og pilotintervju

Som hjelp til datainnsamlingen utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 3). Intervjuguiden ble bygd opp av oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avsluttes med avrundingspørsmål (Tjora, 2021). Det ble jobbet grundig med intervjuguiden, og den ble revidert flere ganger sammen med veileder for å sikre at temaene som inngikk i problemstillingen ble berørt. Det er viktig at intervjuguiden ikke blir for detaljert og at den ikke følges slavisk, fordi det blir rikest materiale om deltakeren selv kan fortelle om egne erfaringer gjennom hendelser (Malterud, 2017).

Jeg ønsket å høre informantenes erfaringer om temaet. Det ble derfor utarbeidet tre hovedspørsmål (står i fet tekst i intervjuguiden, vedlegg 3), som alle informantene ble spurt om. Hovedspørsmålene omhandler å fortelle om situasjoner hvor informantene hadde pasienter som utviklet infeksjonssykdom, hvilke tanker informantene har om hvilken kompetanse som er viktig i møte med pasienter med infeksjonssykdom og hvilke refleksjoner informantene har rundt det å ha en distriktskommune som arbeidssted i møte med infeksjonssyke pasienter. Det ble i tillegg utarbeidet noen hjelpespørsmål. Disse ble kun benyttet om samtalen stoppet opp eller gikk i irrelevant retning med tanke på å belyse problemstillingen. De fleste av informantene snakket fritt, og det ble stilt naturlige oppfølgingsspørsmål på temaer hvor jeg ønsket å høre mer. Noen hjelpespørsmål var mer nyttige enn andre, men jeg hadde i liten grad behov for å benytte meg av alle hjelpespørsmålene. Intervjuguiden ble derfor ikke fulgt slavisk.

Før intervjuprosessen startet ble det i oktober 2021 gjennomført et pilotintervju. Dette var både for å øve meg som intervjuer og for å teste ut intervjuguiden som var utarbeidet. Et familiemedlem som har erfaring som sykepleier på sykehjem i en distriktskommune stilte opp på pilotintervjuet. Intervjuet ble tatt opp på lydopptak ved hjelp av diktafonapplikasjon på mobilen og Nettskjema. Pilotintervjuet ble lyttet nøye gjennom, for å gjøre meg bevisst over egen atferd og spørsmålsteknikk. Det ble ikke transkribert, og det ble slettet etter gjennomhøring. Sett i ettertid kunne jeg ha fått nyttig erfaring av å transkribere pilotintervjuet, da jeg ble mer bevisst på egen rolle i intervjuene og rundt kunsten å stille gode og åpne spørsmål under transkriberingen av de andre intervjuene. Pilotintervjuet førte til mindre endringer i intervjuguiden, da jeg så at noen av spørsmålene var vanskelig formulert eller ikke belyste problemstillingen godt nok. Samtidig hadde pilotinformanten mange gode

synspunkter og erfaringer, som det var ønskelig å høre mer om fra informantene, og disse ble derfor tatt med i intervjuguiden.

### **4.2.3 Personvern hensyn og forskningsetiske overveielser**

Norsk senter for forskningsdata (NSD) er personvernombud for alle universiteter i Norge. Alle studier som behandler personopplysninger må meldes inn til NSD (Norsk senter for dataforskning, 2021). I august 2021 ble prosjektbeskrivelse, forespørsel om forskningsområde, informasjonsskriv og intervjuguide sendt inn til NSD for vurdering. NSD vurderte 2. september 2021 at behandlingen av personvernopplysninger var i samsvar med personvernlovgivningen, og rekrutteringen av informanter kunne begynne (se vedlegg 4). Denne studien var ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), fordi formålet med masteroppgaven ikke var å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, men forske på sykepleierens fagutøvelse (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2021).

Før intervjuene ble det gjort en risikoanalyse, og dataene mine ble vurdert til å være fortrolige, etter UiT Norges arktiske universitetets retningslinjer for datasikkerhet og datalagring i forbindelse med forskningsprosjekter (UiT Norges arktiske universitet, 2021). Dette betyr at Nettskjema og Office 365 med to-faktor autentisering kunne benyttes. Alle intervjuene ble tatt opp på en diktafonapplikasjon på mobiltelefonen. Når opptaket ble stoppet, ble det kryptert og sendt direkte til Nettskjema, noe som betyr at det ikke er mulig å lytte til opptaket på mobiltelefonen. Opptakene ble lyttet på i Nettskjema, og ble ikke lastet ned til andre plattformer. Alle informantene ble på forhånd nøye informert om lydopptaket, og aksepterte det.

Deltakerne ga sitt frivillige og informerte muntlige samtykke på lydopptaket før intervjuene startet. Før de kunne gi sitt samtykke fikk de informasjon om hensikten med studien, hvordan datamaterialet skulle håndteres og mulige interessekonflikter med deltakelse. Det ble også informert om at dette var en uavhengig studie som ble gjennomført gjennom UiT Norges arktiske universitet, uten noen form for finansiering. I følge Helsinkideklarasjonen er skriftlig informasjon og informert samtykke en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk framgangsmåte (World Medical Association, 2013). Deltakerne ble informert om deres mulighet til deltakelse i studien, og de ble informert om deres rett til å takke nei. Videre fikk

de god informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien underveis om ønskelig, og at deres arbeidsforhold på arbeidsstedet ikke ville bli påvirket på noen som helst måte.

Det er mange etiske spørsmål i forbindelse med kvalitative studier, og det å ivareta anonymiteten til intervjudeltakerne er vesentlig (Kvale & Brinkmann, 2015). Under arbeidet synes jeg dette var en utfordring, da jeg måtte balansere det å ivareta anonymiteten til deltakerne, men samtidig ikke fjerne noe som var av betydning for besvarelsen. Dette var av særlig betydning i denne studien fordi informantene er sykepleiere i små, nordnorske distriktskommuner, hvor informantene og deres pasienter enkelt kan være gjenkjennelig ved utilstrekkelig håndtering av konfidensielle opplysninger. Alle konfidensielle opplysninger, som navn, institusjoner, dialekt og andre opplysninger som kan gjenkjenne personer eller sted er fjernet eller endret i transkriberingen. Da jeg kun har brukt muntlig samtykke i denne studien, har jeg ikke hatt behov for å lagre signerte samtykkepapirer, noe som har vært en fordel i sikringen av konfidensialiteten. Lydopptakene er blitt lagret på Nettskjema under to-faktor autentisering, noe som gjør at kun jeg har tilgang til materialet. Kun jeg og veileder har hatt tilgang til de transkriberte intervjuene. Intervjudata skal slettes når masteroppgaven er godkjent.

#### **4.2.4 Gjennomføring av intervjuene**

Det ble gjennomført to intervjuer i oktober, to intervjuer i november og et intervju i desember 2021. Informantene hadde fått tilsendt informasjonsskrivet i god tid før intervjuet, så de viste hva intervjuet skulle omhandle. De fikk informasjon om at intervjuene skulle foregå som en uformell samtale. Noen av informantene hadde forberedt seg godt på temaet, og tenkt nøye gjennom situasjoner på forhånd. Andre informanter møtte mindre forberedt, og hadde behov for mer tenketid. En av informantene spurte etter intervjuguiden, men den ble ikke utlevert på forhånd.

Alle informantene ble tilbudt å gjøre intervjuet på arbeidsstedet eller over videosamtale gjennom den digitale plattformen, Microsoft Teams. Alle fem intervjuene ble gjennomført digitalt. Dette har nok sammenheng med at denne studien ble gjennomført under en pandemi og med økende korona-smitte i samfunnet. Det var derfor ikke ønskelig for meg å reise rundt til informantenes arbeidssted, og heller ingen informanter ytret ønske om å gjennomføre ved fysisk oppmøte på eget arbeidssted. Intervjuene varte i 37-70 minutter, men median lå på rundt 45 minutter.

Det å gjennomføre videomøte-intervju bød på fordeler og utfordringer. En fordel var at jeg oppfattet informantene som avslappet under intervjuene, da de ikke trengte å ta meg imot verken på arbeidssted eller eget bosted. En annen fordel var at vi kunne gjøre videomøte-intervjuene når det passet for informantene. Noen valgte å sette av tid i arbeidstiden, mens andre valgte å gjøre det fra sofaen hjemme. En utfordring med å gjennomføre videomøte-intervju var at vi opplevde noen tekniske problemer. En av informantene fikk ikke kameraet til å fungere, mens en annen informant mistet kameraet underveis i intervjuet. Dette førte til at jeg gikk glipp av ansiktsuttrykk, gester og annen non-verbal kommunikasjon som kan ha vært av betydning. Men dette fungerte utmerket på de tre andre intervjuene mine, hvor det opplevdes som en fordel med video istedenfor telefon. Alle deltakerne hadde god lyd, noe som gjorde at det var mulig å transkribere i ettertid. En annen utfordring var at jeg følte på en større avstand mellom intervjuer og informant med videomøte-intervju, som kanskje kunne vært annerledes i et ansikt-til-ansiktsintervju. Dette kom nok av at vi ikke fikk møtes, og småpratene forsvinner i større grad ved digitalt intervju. Alle informantene hadde funnet seg et rolig sted å sitte, så jeg opplevde få eller ingen forstyrrelser under intervjuene. Noe som kan tenkes å være med å gi begge parter mer fokus i intervjusituasjonen.

Etter anbefaling fra Malterud hadde jeg planer om å ta feltnotater underveis i intervjuet. Feltnotater skal gripe inntrykk og betenkninger som ikke kan tas opp på lydbånd (Malterud, 2017). Det ble forsøkt gjennomført under det første intervjuet, men jeg synes jeg mistet mye av fokuset på informanter i intervjusituasjonen. Jeg valgte derfor i de fire neste intervjuene å kun skrive ned umiddelbare tanker og inntrykk i ettertid av intervjuet. Dette kan ha ført til at noen inntrykk uteble.

## **4.3 Analyse av data**

### **4.3.1 Transkribering**

Å transkribere betyr å transformere (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter råd fra veileder gjorde jeg transkriberingen av intervjuene selv. Malterud trekker fram at det er viktig at forskeren selv utfører transkriberingen, da den deltok i samtalen og kan oppklare uklarheter (Malterud, 2017). Samtidig får den som gjennomfører transkripsjonen tidlig tilgang på materialet, og transkriberingsprosessen kan gi rom til andre ettertanker enn de som ble gjort når opptaket ble gjort (Malterud, 2017). Transkripsjonen av intervjuene strukturerer materialet, så det blir

mulig å gjøre en analyse, og dette er også starten på analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Allerede etter at første intervju var gjennomført startet transkriberingen. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter de var gjennomført. Det å gjennomføre transkriberingen raskt etter at intervjuet var gjennomført, tok meg tilbake til intervjusituasjonen fordi alt var friskt i minne. Samtidig fikk jeg høre på min egen intervjuteknikk, og jeg hørte for eksempel raskt at jeg brukte mange bekräftelsesord. Dette ble jeg bevisst på og kunne forbedre til neste intervju. Samtidig fikk jeg innsikt i eget datamateriale, og kunne fortløpende vurdere informasjonsstyrken, noe som Malterud påpeker er viktig (Malterud, 2017).

Muntlig språk er mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket, men formålet med transkripsjonen er å fange opp det informantene vil formidle i samtalen (Malterud, 2017). Jeg forsøkte først å transkribere etter informantenes snakkemåte og dialekt, men dette lot seg ikke gjennomføre da det var vanskelig å lese og arbeide med tekstmaterialet. Det ble også vurdert at det da ville være vanskeligere å opprettholde anonymiteten til informantene. Jeg besluttet derfor å transkribere på bokmål, samtidig som jeg forsøkte å holde meg så nær som mulig til det informantene sa. Det er ikke nødvendigvis en ordrett gjengivelse som fører til den beste transkripsjonen (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette valgte jeg å utelukke, bekräftende ord som ”mhm” og ”ja” i transkripsjonen. Også ”eh” ble utelukket i mange tilfeller. Dette var for å skape et helhetlig og lettleselig tekstmateriale. Derimot ble pauser og latter markert, og ”eh” ble også inkludert når det brukt som et tegn på en tenkepause. Alle intervjuene ble gjennomlyttet tre ganger, for å sikre at det informantene forsøkte å formidle var med i tekstmaterialet. Når datamaterialet var transkribert, satt jeg med 61 tetskrevne A4 sider med tekst.

### **4.3.2 Analyse**

Jeg benyttet meg av analysemetoden, systematisk tekstkondensering, for å komme frem til resultatene av datamaterialet (Malterud, 2017). Det er en analyse som består av fire steg:

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Det første steget i analysen handler om å få et helhetsbilde av tekstmaterialet, og se etter mulig temaer som kan være relevant for problemstillingen. Videre trekkes det fram viktigheten av å forsøke å legge fra seg egen forforståelse og teoretiske rammeverk på dette steget, da det er en forutsetning for å kunne stille seg åpen til inntrykkene deltakerne prøver å dele i datamaterialet (Malterud, 2017). Jeg skrev ut tekstmaterialet i papirform, og leste gjennom det flere ganger. Jeg forsøkte i denne prosessen å være bevisst på egen forforståelse og forsøke å legge den til side, mens jeg så etter temaene som opptok deltakerne i intervjuene. Jeg brukte markeringstusj og penn, hvor jeg markerte og skrev notater underveis i tekstmaterialet. Når jeg hadde lest gjennom alt, gjorde jeg det på nytt igjen for å se at jeg ikke hadde gått glipp av noe. Jeg tok for meg et og et intervju. Tilslutt satt jeg igjen med seks foreløpige temaer fra intervju en, syv foreløpige temaer fra intervju to og ti foreløpige temaer fra intervju tre, fire og fem. Dette er ikke resultater eller kategorier, da det ikke er utarbeidet gjennom systematisk refleksjon og tolkning, men det er første steg i organiseringen av materialet (Malterud, 2017).

Neste steg i analysen handler om å identifisere meningsbærende enheter, ved å sortere det av teksten som kan tenkes å være relevant for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen. Her anbefales det å samarbeide med en annen forsker, for å klare å se flere detaljer i materialet (Malterud, 2017). Det var vanskelig for meg å samarbeide med en annen forsker, da dette er et selvstendig arbeid i forbindelse med masterutdanningen. Jeg valgte derfor å gå systematisk gjennom de mulige temaene jeg hadde funnet på steg en i analysen, og vurderte om disse temaene ville kunne belyse problemstillingen.

For å finne meningsbærende enheter gikk jeg gjennom linje for linje i transkripsjonsmaterialet, og spurte meg selv om noe var relevant for min problemstilling. Forskningsspørsmålene jeg hadde utarbeidet ble også brukt aktivt i denne prosessen. Jeg kodet de meningsbærende enhetene jeg fant gjennom å systematisere de etter kodegruppene som jeg hadde laget. Jeg brukte fargekoder for å selv klare å se hva som kom fra hvilket intervju. Jeg tok for meg et intervju av gangen. Så sammenlignet jeg alle intervjuene mot hverandre, for å finne likheter og forskjeller i materialet som var relevant for forskningsspørsmålene og problemstillingen. På denne måten fikk jeg sortert bort materiale som framsto irrelevant. På dette analysesteget kunne jeg se at temaene fra intervjuguiden gikk igjen i de meningsbærende enhetene, men det var også noen temaer som deltakerne var opptatt av, som jeg på forhånd ikke hadde tenkt på. For å sørge for at det ikke ble for likt med



intervjuguiden og siden jeg gjorde dette steget alene, gikk jeg flere ganger tilbake i datamateriale for å lete etter meningsbærende enheter jeg kunne ha oversett. Det ble gjort noen endringer underveis i prosessen. For eksempel fant jeg ut at kodegruppen jeg hadde valgt å kalle ”bruk av vikarer med utenlandsk bakgrunn”, egentlig var en konsekvens av utilstrekkelig med sykepleierressurser og egentlig omhandlet manglende fagkompetanse. Det viste seg også at det sjette temaet ”å kjenne pasientene” egentlig omhandlet å ha kjennskap til pasientene for å kunne observere endringer og passet inn under temaet kompetanse. Jeg endte derfor tilslutt med fire reviderte kodegrupper som vist i tabell 2.

**Tabell 2:** Kodegrupper laget i analysearbeidet, og markering om informantene hadde uttalelser som ble kategorisert i disse kodegruppene.

Kodegruppe	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E
Kompetanse	X	X	X	X	X
Mangel på organisering og rutiner	X	X	X	X	X
Sykepleie i distriktet	X	X	X	X	X
Behandling	X	X	X	X	X

Det tredje trinnet i analysen omhandler kondensering, og først skal tekstmaterialet sorteres i subgrupper. Jeg tok for meg de fire kodegruppene jeg hadde laget i trinn to. For å lage subgruppene gikk jeg gjennom tekstmaterialet, og skrev enkle stikkord om hva hver kodegruppe omhandlet. Jeg sorterte så innholdet fra hver kodegruppe til to til tre subgrupper. Ved flere enn tre subgrupper, vil det være lett å miste oversikten. Hensikten med slike subgrupper er å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger (Malterud, 2017). Jeg gikk så på nytt gjennom tekstmaterialet i kodegruppene og vurderte hvilken subgruppe de passet inn under. Det var noen av de meningsbærende enhetene som ikke passet inn i noen av subgruppene, og etter nøye vurdering ble de tatt bort fordi de ikke hadde relevans for problemstillingen, slik som jeg først hadde antatt.

Det andre steget av det tredje trinnet i analysen er å lage et kunstig sitat (kondensat), som skal ha med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene i en mer generell form. Dette er et viktig metodisk grep i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Jeg

gikk gjennom hver eneste meningsbærende enhet under hver subgruppe og det ble nøye vurdert om de skulle inngå i kondensatet. Det kunstige sitatet ble skrevet i jeg-form for å representere informantene, og det ble forsøkt å være så tekstnært som mulig. Et eksempel på meningsbærende enhet, subgruppe og kondensat er presentert i tabell 3.

**Tabell 3:** Eksempler på meningsbærende enheter, subgruppe og kondensat til kodegruppe ”Kompetanse”.

<b>Eksempler på meningsbærende enheter</b>	<b>Subgruppe</b>	<b>Kondensat</b>
<p><i>Jeg som jobber fast da, kjenner jo pasientene veldig godt fordi jeg er sammen med dem mange, mange timer i uka. Så du blir jo veldig godt kjent med dem som ligger inne på langtidsplass. Så du vil jo raskt kunne fange opp om de for eksempel er forvirret eller har en dårlig dag, og da begynner du jo å fiske etter mer.</i></p> <p><i>Det kan jo uttrykke seg på mange ulike måter. Hva er symptombildet? Og den enkelte pasient er kanskje også forskjellig.</i></p> <p><i>Vi har jo noen som vi vet: der var hun forvirret da er det kanskje en UVI på gang. Så det å kjenne pasientene personlig også.</i></p>	<p>”Kontinuitet blant pleiepersonalet og sykehjemslegene”</p>	<p>Jeg synes det er relevant å kjenne pasienten, fordi da er det lettere å oppdage infeksjoner. Som fast ansatt er jeg sammen med pasientene mange, mange timer i uka, og om de da forandrer atferd så er det et tegn på at noe ikke er som det skal være. Det kan uttrykke seg forskjellig, men når du kjenner pasientene vet du at ved forvirring er det kanskje en UVI på gang.</p>

Det siste steget i analysen kalles syntese, som handler om å gå fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater. Her skal delene av tekstmaterialet som jeg har plukket fra hverandre i tidligere analysesteg, settes sammen igjen. Dette kalles å rekontekstualisere (Malterud, 2017). Kondensatene jeg laget på trinn 3, ble brukt til å lage en analytisk tekst for hver av kodegruppene. Min rolle ble så å gjenfortelle på vegne av informantene samt tolke meningsinnholdet, for å tilføre ny kunnskap. Det er skrevet i tredjeperson-format. Det ble viktig for meg å være lojal mot informantene i resultatene, men samtidig være bevisst på egen forforståelse og fortolkning av det informantene sa. For å sikre lojalitet og egen fortolkning i analysen gikk jeg tilbake til transkripsjonsmaterialet for å kontrollere at innhold i sitater ikke ble tatt ut av sammenheng. Resultater skal så illustrert med et passende gullsitat (Malterud,

2017). Jeg synes det ble for lite med kun ett gullsitat, og valgte i den sammenheng å ta med flere direkte sitater og eksempler for å underbygge resultatene i den analytiske teksten. I denne delen av analysen skal funnene vurderes opp mot foreliggende empiri og teori, noe som jeg vil gjøre i diskusjonskapittelet.

## 5 Resultater

Dette kapitlet omhandler resultatene i studien. Resultatene presenteres i fire hovedkategorier: behandling av akutte infeksjoner på sykehjem i distriktskommuner, å jobbe som sykepleier på sykehjem i nordnorske distrikter, behovet for kompetanse og mangelfulle rutiner og organisering. Det presenteres to til tre subgrupper under hver hovedkategori. Jeg har valgt å ta med flere direkte sitat fra informantene for å belyse temaene. Sitatene vil utheves i kursiv i teksten. Når noe i et sitat er uklart vil intervjuers presiseringer følge i parentes.

### 5.1 Behandling av akutte infeksjoner på sykehjem i nordnorske distriktskommuner

Hovedfunnene viser at informantene har mulighet og ønske om å behandle infeksjoner lokalt på sykehjemmet, men at pasientene ofte sendes til sykehus om de blir alvorlige syke og utvikler sepsis. Det er ulik praksis for brukermedvirkning ved behandling av infeksjoner. Noen av informantene forteller om klare rutiner for forhåndssamtaler og dokumentasjon av plan i journal, mens andre informanter forteller om manglende systematikk for brukermedvirkning. God kommunikasjon med pasient og pårørende trekkes frem av alle informantene som viktig. Et annet hovedfunn som er av relevans for problemstillingen er å vurdere når det etisk forsvarlig å behandle infeksjoner på sykehjem. Informantene opplever at pasientens medbestemmelse blir satt på spill i møte med leger med stort behandlingsfokus og pårørendes ønske om infeksjonsbehandling. Informantene opplever også at ikke skadeprinsippet blir utfordret, fordi de opplever noen ganger at behandling av infeksjoner påfører pasienten mer skade enn godt.

Alle informantene forteller at de har mulighet til å behandle infeksjoner hos pasientene sine på sykehjemmet, og at de kan administrere antibiotika både peroralt og intravenøst. Informantene forteller at de har erfaring med å behandle akutte infeksjoner, og de beskriver urinveisinfeksjoner og lungebetennelser som de mest vanlige infeksjonene å behandle på sykehjem. Alle informantene er enige om at de ønsker å behandle infeksjoner på sykehjemmet så lenge det er mulig, og de mener det er til det beste for pasientene. Informantene beskriver at overflytning til sykehus med lang reisevei og ofte kognitiv svikt hos pasienten, medfører økt belastning for pasientene. Informant C forteller: *”Og vi behandler jo ikke i det vide og brede, vi prøver jo. Og går det ikke så sendes de ofte til sykehus. Men det er jo en stor belastning for pasienten”*.

Videre forteller flere av informantene at pasientene som regel overflyttes til sykehus dersom de utvikler sepsis. I forbindelse med sepsis og overflytning til sykehus, trekker informant B frem betydningen av å avklare formålet med sykehusinnleggelsen, og at det er legen som gjør det i samarbeid med sykepleier og pårørende. Hun forteller at avklaring av formål med sykehusinnleggelse gjøres for å unngå overbehandling av pasienten.

### **5.1.1 Brukermedvirkning ved behandling av infeksjoner**

Informantene har ulike erfaringer med forhåndssamtaler om behandling med pasient og pårørende. Informantene A, B og E forteller at de sjelden eller aldri har en plan for behandling, og de mangler systematikk i å gjennomføre forhåndssamtaler. Informant A forteller at hun vet hva hun skal gjøre hvis en infeksjon oppstår, men at hun mangler en plan. Disse tre informantene beskriver at det over tid har vært manglende kontinuitet blant legene, med mye fravær og mangelfull struktur. Dette er noe som vanskeliggjør gjennomføring av tverrfaglige og strukturerte forhåndssamtaler hvor man diskuterer pasientens og pårørendes ønsker og forventninger knyttet til behandling av infeksjoner. Informant B forteller at lege alltid vurderer hjerte- lungeredningsstatus hos pasientene, og at det er mulig å diskutere ønsker og forventninger knyttet til behandling av infeksjoner i samme møte. Hun sier: *”Vi har jo selvfølgelig nær kontakt med pårørende, men det er ikke nødvendigvis noen forhåndssamtale her”*.

Informant C og D beskriver at det er standardprosedyre på deres sykehjem å ha forhåndssamtale med pasient og pårørende når pasienter får innvilget langtidsplass på sykehjemmet. I disse forhåndssamtalene blir det alltid diskutert status for hjerte- og lungeredning, hvilke forventninger pasienten og pårørende har til helsepersonellet på sykehjemmet, og om pasienten ønsker behandling for infeksjonssykdommer og eventuelt om det er aktuelt med sykehusinnleggelse. Informant D forteller at det alltid er høy terskel for sykehusinnleggelse, men at det noen ganger kan være vanskelig å vurdere dette på forhånd. Informant C trekker frem at slike samtaler alltid er tverrfaglig, hvor sykepleier fra sykehjemmet, lege og ofte fysioterapeut deltar. Hvis pasienten har hatt hjemmetjeneste før innleggelse blir også sykepleier derfra med på denne samtalen. Informant C og D beskriver betydningen av å skrive samtalereferat, og dokumentere det som er kommet frem av møtet i pasientens journal. Dette gjør at alle sykepleiere lettere kan beskrive pasientens og pårørendes ønsker angående behandling av infeksjoner og sykehusinnleggelse til tilsynslege eller legevakt hvis det blir aktuelt.

Flere av informantene beskriver pårørende- og brukermedvirkning som avgjørende når behandling skal vurderes. Informant E forteller at hun har erfaringer med at mange pasienter selv har gjort seg opp en mening. Dette krever at sykepleierne tør å spørre direkte hva pasientene ønsker. Hun sier også at det er vesentlig med god kommunikasjon med pårørende hvor de oppdateres på endringer, og at god dialog med pårørende fører til at de får tillit til helsepersonellet på sykehjemmet. Dette bedrer samarbeidet og gir bedre forståelse. Hun sier også her at det er viktig å være ærlig med pasient og pårørende, og si det slik det er. Informant E forteller et eksempel fra praksis:

*(...) Og vi sykepleiere er altfor redd for å snakke om det (døden). (...) Jeg kan ta det eksemplet med KOLS-pasienten, som ligger med infeksjon og antibiotikakuren ble avsluttet i går ... Det (døden) hadde han tenkt på lenge, men det var ingen som hadde snakket med han om det (å avslutte behandling). Så på ti minutter så hadde vi alt avklart. Så vi må jo tørre å spørre, men vi må være normal i praten og være oss selv, så tror jeg det vil gå knirkefritt. Men det er vi som er altfor redd for å ta den praten. Det er jo ingen som har hugget av oss hodet for å prøve. Blir de sint, så er det jo bare å gå ut. Nei, la pasientene få bestemme selv.*

Informant D har andre erfaringer knyttet til pårørende- og brukermedvirkning. Hun beskriver at hun kan oppleve utfordringer knyttet til at pasient og pårørende skal delta i prosessen om plan for behandling av infeksjoner:

*Ofte opplever jeg at pasienten selv ikke helt klarer å ta stilling til hva som er viktig. De fleste som kommer inn hit har en form for kognitiv svikt, og det blir vanskelig for dem å svare på: hva er viktig for deg? Hva ønsker du om du får en infeksjon? Noen tar til tårene (...), de skjønner ikke hva det innebærer. Pårørende synes det er vanskelig. Ofte får jeg et inntrykk av når vi informerer om HLR-minus, så oppfatter kanskje de pårørende at vi ikke har tenkt å gjøre noe som helst. Så det er jo å gå inn i den her; hva er faktisk HLR-minus, hva er det vi behandler og hva er det vi ikke behandler. Men jeg synes pasientene i liten grad klarer å si noe om dette selv.*

### 5.1.2 Ethiske utfordringer knyttet til behandling av infeksjoner

Ethiske utfordringer knyttet til behandling av infeksjoner er et av temaene som uoppfordret interesserte informantene. Informant A beskriver at hun opplever at noen leger har stort fokus på behandling. Hun forteller at hvis en infeksjon oppstår gjør hun en helhetsvurdering av pasientens underliggende sykdom, pasientens ønsker og livskvalitet, før hun går i diskusjon med legen angående hvilke tiltak som skal iverksettes. Hun stiller spørsmålstegn ved hvor mye utredning og behandling vi kan og bør gjøre når infeksjoner oppstår hos pasienter på sykehjem. Hun beskriver at hun opplever at legene lytter til henne, men at det noen ganger er et stort behandlingsfokus. Informant A sier:

*Vi spør jo også: Hvilken livskvalitet har den her pasienten? Er det en pasient som bare ligger i sengen og ser i taket liksom? Noen leger er veldig at vi skal behandle og vi skal behandle. Det er liksom litt: Når skal det være lov å dø?*

Informant D forteller også om utfordringer knyttet til hva en skal gjøre for pasienter som får gjentatte infeksjoner. Skal pasienten bare ha tabletter, skal pasienten ha intravenøs, skal pasienten overflyttes til sykehus? Hun trekker frem at det har vært stor utskifting av leger, og hun har forståelse at det kan være vanskelig for ferske leger å ta slike avgjørelser. Hun opplever det som en etisk utfordring, da det blir uklart for sykepleierne hvor man skal legge listen med tanke på behandling av de gjentatte infeksjonene. Hun beskriver også et eksempel fra praksis, hvor hun synes hun ble møtt av lege og ambulansesarbeidere med et stort behandlingsfokus, hvor brukermedvirkningen ble tilsidesatt. Informant D forteller at de ikke hadde dokumentert pasienten og pårørendes ønsker tilstrekkelig i pasientjournalen:

*Vi hadde en pasient som mest sannsynlig hadde urosepsis. Pasienten var multisyk, hadde hjertesvikt, demens og alt sammen. Vi tilkalte ambulanse og lege, og det var da en ny lege. Og legen kom ikke, fordi han var ute på et annet oppdrag, men ambulansen hadde kontakt med legen. Så legen fikk ikke sett pasienten selv. Men ambulansen hadde et veldig behandlingsfokus. De er ikke så mye borti sykehjemspasienter. (...) Jeg tenkte at dette ikke er det verken pasienten eller pårørende ønsker, men vi hadde det ikke nedfelt noen steder. Altså det var et slikt behandlingsregime, som var helt sinnssykt og som ikke gagnet pasienten. Det gikk bra med pasienten. Han fikk væske, og gikk inn og ut av sykehuset, og han døde noen måneder etterpå. Men akkurat der*

*og da føltet det veldig uverdig, det var ikke noe godt. Og vi fikk til et møte med pårørende i ettertid, hvor vi avklarte at dette ikke var noe de ønsket en repetisjon av.*

Informant D beskriver også etiske utfordringer knyttet til at pårørende endrer mening underveis. Hun forteller at pårørende på forhånd har sagt at de ikke ønsker at pasienten skal behandles, men når infeksjoner oppstår endrer pårørende mening, og ønsker at pasienten skal få behandling allikevel. Hun opplever dette som utfordrende, da det er pasienten som skal få behandlingen og ikke pårørende. Også informant C beskriver å ha deltatt i behandling av en pasient, hvor pasienten var alvorlig syk og ikke kunne uttale seg i øyeblikket. Informanten forteller at pårørendes stemme ble hørt fremfor det ønsket pasienten tidligere hadde ytret.

*Det var en lungebetennelse. Hvor pårørende plutselig ønsket at den skulle bli behandlet. Ja, og da var vi sykepleiere imot det, men legene iverksatte antibiotikabehandling, men da til ingen nytte på sikt. Så pasienten gikk jo bort da ... etter syv dager. Så det ble jo et dilemma i forhold til sykepleiergruppe og lege, der dem overgår oss. (...) Da følte jeg at pårørende fikk bestemme, og ikke pasienten.*

## **5.2 Å jobbe som sykepleier på sykehjem i nordnorske distriktskommuner**

Hovedfunnene her er sprikende. Informantene forteller om ulike faktorer som både kan hindre og fremme å tidlig oppdage og behandle infeksjoner. Samtlige av informantene formidler at det som er særegent ved å arbeide på sykehjem i en distriktskommune er at det er små forhold. Det er et begrenset antall pasienter og ansatte, og dermed blir ofte fagmiljøene små og begrenset. Informantene opplever utfordringer knyttet til å arbeide som eneste sykepleier på vakt, og observasjonene knyttet til diagnostisering og behandling av infeksjoner må gjøres selvstendig. Andre utfordringer som er fremhevet med å arbeide på sykehjem i en distriktskommune er de lange avstandene til sykehus. Nord-Norge har i tillegg utfordrende værforhold vinterstid, og dette kan både komplisere og umuliggjøre overføring av pasienter til sykehus. På den andre siden formidler informantene at det er klare fordeler med å ha lege i nærheten. Nærhet til samarbeidspart og at denne har kort vei til pasientene, er en fordel ved diagnostisering og behandling av infeksjoner. For informantene var et velfungerende tverrfaglig samarbeid og kollegastøtte en forutsetning for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner, og unngå unødvendige sykehusinnleggelser.



### 5.2.1 Viktigheten med samarbeid i små distriktskommuner

Alle informantene hadde erfaring med det å arbeide under små forhold i en distriktskommune. Flere av informantene beskriver at de har legevakten i en annen kommune, men at det fortsatt er en vaktlege lokalt som kalles ut om de ringer til legevakten. Informant D trekker frem at det kan være utfordringer med å komme i kontakt med en legevakt utenfor kommunen, da de ikke forstår hvordan det er å arbeide i distrikt og ikke forstår hvilke avstander og utfordringer dette innebærer. Flere av informantene trekker frem at de har telefonnummeret til den lokale vaktlegen og ringer direkte dit, istedenfor å bruke legevakten for å komme i kontakt med legen. Å kunne ringe rett til vaktlege trekker de frem som en fordel med å arbeide i en distriktskommune, fordi de da på et tidligst mulig stadium kan få hjelp fra vaktlegen til å stille diagnose og iverksette behandling ved mistanke om infeksjoner, og de slipper å gå gjennom legevakten. Informant D forteller om at det tverrfaglige samarbeidet har blitt bedre mellom legene og sykepleierne etter at legevakten ble flyttet tilbake til kommunen. Lege er da blitt mer tilgjengelig med at de har kort avstand til pasientene, og kan komme til alle tider på døgnet. Informant C beskriver samarbeidet tett og nært, og at legen enkelt kan bistå hvis hun føler seg utrygg i en situasjon.

Fire av informantene forteller at legen er i samme bygg som sykehjemmet, og på dagtid går de ofte på kontoret til legen for å snakke med dem. Samlokalisasjon med sykehjem og legekontor beskriver informantene som en annen fordel med å arbeide i distriktet. Informant C sier: *”Jeg opplever det som er positivt med her hvor vi bor, er at det er korte avstander. Så det koster ikke legen en kalori å heller komme ...”*

Det er ikke bare legen som trekkes frem, men informantene beskriver også at et godt samarbeid med helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter er essensielt. Informant A beskriver at det er viktig å slippe helsefagarbeiderne til, fordi sykepleierne ikke kan være over alt. Hun sier videre at alle ledd i samarbeidet er viktig, og helsefagarbeidere kan også observere endringer hos pasientene og kan rapportere dette videre. Informantene beskriver at et godt samarbeid mellom de ulike faggruppene på jobb er viktig for å kunne oppdage infeksjoner. Informant C forteller at hun er opptatt av at det er god kommunikasjon og diskusjon mellom assistenter, helsefagarbeidere og andre sykepleiere rundt endringer i atferd og forvirring hos pasientene.

På den andre siden forteller informantene om de utfordrende sidene ved å arbeide som sykepleier i en distriktskommune. Informant A forteller at hun har erfaring fra et sykehus i en større by, hvor alt av spesialister er tilgjengelig til enhver tid. Hun beskriver at dette store fagmiljøet ikke finnes på et sykehjem i en distriktskommune. Videre forteller hun at det kan være utfordrende, fordi det er få fagpersoner å diskutere observasjonene med. Alle informantene beskriver at de ofte er alene sykepleier på vakt, og at de må kunne arbeide selvstendig. Informant B forteller at hun er mer overlatt til seg selv og at hun ikke har leger og andre sykepleiere rundt seg til enhver tid, og må derfor gjøre egne vurderinger ved mistanke om infeksjoner. Informant E beskriver det å arbeide i distriktet slik: *”Jeg tenker at når du er i distriktet så lærer du å være selvstendig. Du vet at du er alene, på en måte. Du har jo kontakt med lege over telefon, men vi lærer å stå på egne bein ...”*

På bakgrunn av at de arbeider så mye alene trekker informantene frem at de strekker seg langt for å være der for hverandre, også utenfor arbeidstiden. De ringer gjerne eller sender meldinger til hverandre om de lurer på noe, eller føler seg usikker. Informantene beskriver denne typen kollegastøtte som en vesentlig faktor i distriktskommuner for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner. Informant E forteller at hvis man er tilgjengelig for hverandre er det lettere å gjøre vurderinger sammen og diskutere symptomer og tiltak hos pasientene. Hun sier dette forebygger feil og letter arbeidsbyrden. Informant B forteller det slik:

*... og vi har veldig lav terskel for å ringe hverandre, altså andre sykepleiere. Vi er jo ikke så mange. Hvis jeg er veldig usikker på noe så kan jeg ringe til en som er hjemme. Også vurderer vi; ” hva skal vi gjøre? Skal vi ringe doktoren?”. Når det er tid for det da, til å diskutere litt.*

Informant E beskriver også viktigheten av at både vaktlegen og andre kollegaer er tilgjengelig slik:

*At folk tar telefonen når du ringer, at vaktlegen er tilgjengelig, at vi er samlet. Det er kjempe viktig for min del, at jeg ikke står helt alene. Eller jeg klarer jo å stå alene, men det er så mye enklere hvis alle sammen står sammen om pasientene.*

### **5.2.2 Avstand til sykehus**

Alle informantene beskriver ulike utfordringer knyttet til lange avstander til sykehus og utfordrende værforhold, særlig vinterstid. Flere av informantene beskriver at det kan være

utfordrende å flytte pasienter med infeksjonssykdom med ambulansebil til sykehus på dårlige og værutsatte veier. Informant C beskriver at de må bytte ambulansebil underveis i transporten, og at dette noen ganger må gjøres ute, i alle årstider og værforhold. Det beskrives som en stor belastning for skrøpelige og forvirrede pasienter. Informant E beskriver at på bakgrunn av den betydelige belastningen for pasienten med å overflyttes til sykehus er det ofte mer gjennomtenkt når pasientene overflyttes fra distriktskommuner til sykehus. Også informant C sier at det er høy terskel for sykehusinnleggelse, på grunn av økt belastning og lang reisevei for pasientene. På den andre siden forteller hun at om pasienten utvikler sepsis og det blir behov for akutt sykehusinnleggelse, er sykehuset bare noen minutter unna:

*Og går det nå til "helvete" for å si det rett ut, når vi prøver å behandle en infeksjon, så blir det jo akutt. Og da sender vi dem jo enten med ambulanshelikopter eller ambulansfly, og da er vi bare noen minutter unna sykehuset.*

Informantene bor på værutsatte tettsteder hvor veier og fjelloverganger kan bli stengte på vinterstid og ferger kan bli innstilte. Informant C beskriver at dårlig vær kan gjøre henne stresset før arbeidshelg. Dette fordi hun opplever veien til sykehus som lang når verken fly eller helikopter kan lande på grunn av dårlig vær. Hun forteller videre at da kan det være umulig å få pasienter med sepsis overflyttet til sykehus.

Informant B derimot trekker frem at hun opplever at alle sykehusinnleggelsene ikke er like nøye gjennomtenkt, og at pasientene tidligere i sykdomsforløpet blir sendt til sykehus. Hun har tidligere erfaring fra å jobbe i en distriktskommune i Sør-Norge, og der opplevde hun at pasientene var mye sykere før de ble innlagt på sykehus. Hun relaterer tidligere sykehusinnleggelse til at de i Nord-Norge har store utfordringer på vinterstid knyttet til logistikk på grunn av vær og vind, og at det kan være umulig å få pasienter som er alvorlig syke på sykehus. Hun forteller at hun tror derfor at mange blir sendt på sykehuset med lette og moderate infeksjoner, fordi det kan være for sent å sende de på sykehuset hvis ikke den lokale infeksjonsbehandling lengre fungerer. Hun beskriver det slik: "Det er mye lavere terskel her oppe i Nord-Norge for innleggelse. Det har nok noe med veiforbindelser og vær og avstander. Så vi kan ikke alltid vente å se. Da kan det være at det ikke går."

## 5.3 Behov for kompetanse

Informantene forteller om faktorer rundt kompetanse som både fremmer og hindrer tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner. Kontinuitet blant lege og pleiepersonalet på sykehjemmet ble trukket frem som avgjørende for å kunne observere endringer i allmenntilstanden hos pasientene og tidlig oppdage og behandle infeksjoner. Andre fremmede faktorer som informantene anser som avgjørende er erfaringsbasert kompetanse og fagkompetanse. Mangel på fagkompetanse og mangel på sykepleierressurser er faktorer som trekkes frem som kan være hindringer. Alle informantene trekker frem vansker med å rekruttere sykepleiere til arbeidsstedet, noe som igjen medfører sykepleiermangel og mangel på tilstrekkelig med fagkompetanse. Videre forteller informantene at arbeidsstedene løser mangelen på fagkompetanse med å benytte seg av utenlandske vikarer. Dette er i følge flere informanter redningen for en del sykehjem i distriktskommunene, men det kan samtidig by på utfordringer både i forhold til kulturforskjeller og norskspråklig kompetanse. Informantene forteller at bruk av utenlandske vikarer byr på utfordringer knyttet til pasientsikkerhet og den faglige kvaliteten på å tidlig oppdage og behandle infeksjoner kan trues.

### 5.3.1 Erfaringsbasert kompetanse

Informant B trekker frem at det er viktig å dokumentere endringer hos pasienter og diskutere disse endringene med det øvrige helsepersonellet. Informant B og D sier at de benytter seg av observasjonsverktøyet NEWS. Informant D mener at de har fått god opplæring i verktøyet, og at det har vært til god hjelp for sykepleierne. Informant B beskriver derimot at det ikke alltid fungerer like godt. Hun forteller at hun ikke synes det egner seg til bruk på geriatriske pasienter på sykehjem. Dette fordi pasienten må ha veldig høyt eller veldig lavt blodtrykk, for at det skal gi skår i skjemaet. Videre trekker flere av informantene frem betydningen av erfaringsbasert kompetanse for tidlig å kunne oppdage og behandle infeksjonssykdommer. Informant B beskriver at det kliniske blikket er viktig for å kunne fange opp infeksjoner, og dette er noe som opparbeides gjennom erfaring. Informant C beskriver også den erfaringsbaserte kompetansen gjennom å måle vitalia hos pasienter hvor en lurer på om det foreligger en begynnende infeksjon, og gjøre vurderinger og tiltak etter dette. Hun trekker også frem at infeksjoner ikke alltid vises ved å måle vitalia, men kan komme til uttrykk ved andre kjennetegn og symptomer, som for eksempel dårlig matlyst og forvirring.

Informant E forteller om den erfaringsbaserte kunnskapen slik:

*Da tar vi jo alle målinger som vi kan ta. Man kjenner og man ser. Det handler om å ha en god dose erfaring. (...) Du er jo veldig alene, så du må stole på det du ser og det du tenker. Men når vi nå har gjort de vurderingene, så tar vi jo kontakt med vaktlegen.*

Tre av informantene trekker frem betydningen av å ha kollegaer med lang erfaringsbasert kompetanse. De forteller at mange av hjelpepleierne de jobber med har lang erfaring og høy kompetanse, og blir en god ressurs når det gjelder tidlig å oppdage infeksjoner. Informant E forteller: *”Også har vi jo vært så heldig å ha de ”gamle, gode hjelpepleierne”, de som blir pensjonister nå. Du trenger ikke å si så mye til dem, fordi de vet ... hva de skal gjøre.”*

### **5.3.2 Mangel på fagkompetanse på sykehjem**

Alle informantene trekker frem at de har omfattende bruk av ufaglærte assistenter på sykehjemmet der de jobber. Informant C forteller at det skal være en sykepleier på jobb sammen med to helsefagarbeidere, men at hun nesten aldri har opplevd dette. Hun sier at hun opplever at ofte en, eller begge av helsefagarbeiderne er byttet ut med ufaglærte assistenter. Hun forteller:

*Og det er ikke det at assistenter ikke er flinke, men de har ikke det øyet som faglærte har til å se og fange opp infeksjoner (...) Jeg slapper veldig godt av da jeg er på jobb med observante og flinke hjelpepleiere og helsefagarbeidere.*

Informant D forteller om hendelser med bruk av ufaglærte assistenter. Hun forteller om situasjoner fra praksis hvor hun opplever at hun burde ha fått beskjed om endringer i pasientens allmentilstand på et tidligere tidspunkt. Når hun har undersøkt det har det ikke har vært noe alvorlig, men hun burde ha fått beskjed tidligere. Informant D forteller også om at det ikke bare er ufaglærte assistentene som ikke forstår viktigheten med å måle vitale parameter i forbindelse med infeksjoner. Hun beskriver at selv om hjelpepleierne har fått god opplæring i å bruke hjelpeverktøyet NEWS, virker det ikke som de forstår behovet for å gjøre målingene. Hun beskriver det slik: *”Sykepleierne er jo god på NEWS. Hjelpepleierne synes kanskje det er mer et ork å holde på med disse målingene, og skjønner kanskje ikke helt viktigheten med det vi ser.”* Også informant C forteller at helsefagarbeidere og assistenter får god opplæring i å måle vitalia, men at hun er usikker på om de forstår verdien av å gjøre det.

Alle informantene beskriver sykepleiermangel på sykehjemmet hvor de jobber. Informant D beskriver at de har utlyst flere sykepleierstillinger, men de får ikke søkere til disse. De må derfor løse sykepleiermangelen på andre måter. De har blant annet valgt å ha bakvaksordning på natt, hvor sykepleieren er hjemme på natten, og har en times responstid til sykehjemmet ved tilkalling. Videre beskriver hun at hun ønsker seg sykepleier på natt, og knytter det til både pasientsikkerhet og værutfordringer. Hun forteller at det er helsefagarbeidere som får konkrete oppgaver for hvordan de skal observere pasientene med infeksjoner, og hvor ofte de skal ta vitalia. De læres til å ha en lav terskel for å ta kontakt med sykepleieren. Hun trekker også frem at dette kan føre til utfordringer knyttet til antibiotikabehandling, da intravenøs behandling ikke kan gis på natt av helsefagarbeidere, og det blir mange timer mellom siste dose på kvelden og første dose på morgenen.

Informant B og E forteller at mangel på sykepleiere gjør at hver sykepleier på sykehjemmet får økt overtidsbelastning, som kan medføre at sykepleierne blir slitne som igjen kan føre til økt sykefravær. Informant E trekker frem følelsen av ikke å strekke til, på grunn av lav bemanning, og at slitne og stressede sykepleiere kan føre til forsinket oppdagelse av infeksjoner hos pasientene. Hun forteller videre at om man kommer for sent, så kan det være for sent. Informant C beskriver det lignende slik:

*Vi er jo ofte en sykepleier på vakt. Og det er mange oppgaver på den sykepleieren, som kun sykepleieren kan gjøre. Og da er jeg avhengig av at det andre pleiepersonellet skal kunne se noe av det samme som jeg som sykepleier ser etter; tegn til infeksjon. Så mange ganger føler jeg at hvis det har eskalert med en infeksjon, så er det fordi man ikke har hatt tid til å se den. Det har ikke vært rom til å se den, og det er bare trist at du har så mye andre ting du må bruke tiden din på, at de viktige tingene, overser du.*

Flere av informantene beskriver at mangelen på sykepleiere blir løst ved å ansette sykepleiere fra andre land, samt benytte seg av sykepleiere fra vikarbyrå. Informantene beskriver ulike praksis, men alle forteller om utfordringer knyttet til språk. Flere av informantene beskriver at de fleste vikarene har det samme kliniske blikket, og den samme kompetansen som sykepleiere utdannet i Norge. Informant D forteller at utenlandske vikarer i noen tilfeller er redningen for sykehjemmet, men det byr på språklige utfordringer. Hun trekker frem at flere

utenlandske vikarer har vansker med å forstå beskjeder, og at de ikke sier i fra når de ikke forstår. Hun forteller at dette kan være truende for pasientsikkerheten.

Informant E forteller at hun jobber på et sykehjem med 12 ulike nasjonaliteter. Hun forteller også at kompetansenivået er tilnærmet likt, men hun sier at det er ulik terskel for å observere og vurdere infeksjoner. Videre forteller hun om at det handler å lære vikarene opp etter norske forhold, men at det kan være utfordrende. Også informant C forteller om erfaringer knyttet til bruk av vikarer. Hun forteller at hun i perioder mener det kan være en sikkerhetsrisiko forbundet med noen av de utenlandske sykepleierne. Manglende norskkompetanse kombinert med måten å observere og bedømme pasientene på, kan bli uheldig for pasientsikkerheten til pasienten. Terskelen for å be om hjelp i jobbsammenheng blir også trukket fram som en kompliserende faktor, og kan i verste fall oppleves som en trussel i forhold til pasientenes sikkerhet. Hun beskriver en erfaring fra praksis slik:

*(...) En erfaren hjelpepleier ringer meg i smug, fordi hun vet jeg har bakvakt. Vi kjører egentlig ikke bakvaksordning der jeg jobber, men det gjøres når det er utenlandske vikarer. Da sier hjelpepleieren: "kan du komme hit, jeg vet jeg ikke burde ringe, men hun her sykepleieren har ikke kontroll og det er noe alvorlig galt med den ene pasienten". Så jeg ringer jo til avdelingstelefonen, og snakker med sykepleieren. Jeg spør om diverse og jeg hører på svarene hennes at noe ikke er som det skal være. Jeg sa til sykepleieren i telefon at jeg kunne komme opp, men nei svarte sykepleieren: "det trenger du ikke". Så svarte jeg at jo, jeg tror jeg kommer en tur. Jeg vet jo også at hjelpepleieren som hadde ringt, kan sine observasjoner. Så jeg drar jo opp dit, og finner en veldig syk pasient i sengen. Så jeg tar vitalia, og de er ikke bra. Så jeg tar kontakt med legen over telefon, og også legen kommer opp. Så jeg og legen jobber med pasienten, som er blitt septisk i 1,5 time, mens vi venter på ambulansflyet. Så det er jo en slik hendelse som jeg tenker kunne vært unngått (...) Da kunne vi kanskje klart å behandle det på sykehjemmet.*

### **5.3.3 Kontinuitet blant pleiepersonalet og sykehjemslegene**

Alle informantene beskriver at kontinuitet blant pleiepersonalet er en viktig forutsetning for tidlig å kunne oppdage og behandle infeksjoner. Informant D beskriver at den geriatriske pasienten ofte har et annerledes symptom-bilde på infeksjonssykdom, og at det kan uttrykke seg på ulike måter. Hun forteller videre at det derfor er viktig at pleiepersonalet har

tilstrekkelig med informasjon og kjennskap til pasientene, for raskere å kunne fange opp forverringer. Informant C sier også at kontinuitet i pleiepersonalet til pasientene er viktig for å kunne fange opp infeksjoner:

*Jeg kjenner jo pasientene veldig godt fordi jeg er sammen med dem mange timer i uka. Så du vil jo raskt kunne fange opp om de for eksempel er forvirret eller har en dårlig dag, og da begynner du jo å fiske etter mer.*

Flere av informantene trekker også frem at kontinuitet blant sykehjemslegen er med på å sikre at pasienten får diagnostisering av infeksjonen på tidligst mulig stadium, og best mulig behandling. Informant E trekker frem at kontinuitet blant leger muliggjør strukturerte forhåndssamtaler, hvor pasientens medbestemmelse kan opprettholdes på en bedre måte. Informant B trekker frem at det å ha kontinuitet blant sykehjemsleger og i pleiepersonalet med kjennskap til pasientene ikke bare påvirker tidlig oppdagelse av infeksjoner, men kan også bidra med å gi bedre behandling av infeksjoner på et tidligere stadium. Informant B forklarer det slik:

*Jeg har hatt pasienter hvor penicillin ikke lenger er førstevalget (...). Fordi de har hatt så mange infeksjoner, så det ikke er noe vits å begynne med det. For da hadde de bare blitt dårligere istedenfor. (...) Det er veldig enkelt når det er kjente leger. Problemet er jo når det er en eller annen vikarlege eller legevakt, som ikke kjenner pasienten.*

## **5.4 Mangelfulle rutiner og organisering**

Hovedfunnene viser at informantene opplever mange organisatoriske faktorer som hindringer for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner, noe som kan føre til unødvendige sykehusinnleggelse. Informantene beskriver at de har mangelfulle etablerte og internaliserte rutiner blant de ansatte. De angir mangelfulle rutiner knyttet til fag og samarbeid. Informantene forteller også om at det er lite organisert fokus på kompetanseheving, og den kompetansehevingen de har må de ta initiativ til selv.

### **5.4.1 Mangelfulle rutiner**

Informant D beskriver ulike utfordringer knyttet til faglige- og samarbeidsrutiner på sitt sykehjem. Hun forteller at i forbindelse med at de kun har sykepleier i bakvakt på natt på sykehjemmet, er det klare rutiner og instruksjoner for helsefagarbeiderne på natten for når de



skal ta kontakt med sykepleier. Derimot beskriver informanten situasjoner på dagtid, når sykepleier er tilstede på sykehjemmet, at informasjonsflyten blant personalet og kontrollerte og strukturerte faglige rutiner ikke foreligger. Hun forteller at det kan ta lang tid før sykepleier får beskjed fra helsefagarbeidere og assistenter om endringer i pasientenes tilstand. Noe som ikke bare kan relateres til manglende fagkompetanse, men også manglende fagrutiner og rutiner knyttet til samarbeid mellom helsepersonellet på sykehjemmet. Hun forteller det slik:

*Vi har faktisk en god del bruk av assistenter. Og der ser vi jo at vi gjerne skulle hatt beskjed oftere om endringer i pasienten sin allmenntilstand. Det kan kanskje komme når vi sitt og skriver rapport at: "fru Hansen" har sovet hele dagen. Og da blir det litt: oj, dette burde vi kanskje fått beskjed om.*

Informant E forteller at hun opplever at infeksjoner får tid til å utvikle seg fordi det mangler etablerte samarbeidsrutiner for sykepleierne på sykehjemmet. Hun forteller at det blir opp til den enkelte sykepleier på vakt å vurdere symptomer på pasienten, og at det er manglende rutiner på om sykepleieren på vekten etter eventuelt skal følge dette opp. Samarbeidet mellom sykepleierne kan også påvirkes av mangel på fagrutiner og faglig uenighet i observasjonene som blir gjort, hun beskriver det slik:

*(...) Det er jo sykepleiergruppen som kan være uenig av og til. Og hun har jo en kronisk blærebetennelse, det er en bakterie der hele tiden og det er vanskelig å ta knekken på den. (...) og vi har hatt en del diskusjoner: (...) "Skal vi ta en urinstiks av det der?" "Nei, det er ikke noe poeng for det blir jo utslag uansett." Men vi er jo nødt til å gjøre noe, når vi ser at hun blir slappere og slappere og dagene går. (...) Ja, og da tar vi til slutt en urinstiks, så ser vi, så får hun faktisk behandling. (...) Men nå ser vi jo at hun er veldig dårlig, og jeg er jo redd for at det er gått opp til nyrene, og jeg er kjempe redd for en sepsis. Så av og til kan det faktisk gå litt for lang tid før man iverksetter noe, på grunn av uenighet. Det går jo på samarbeidet mellom oss. Så det er forferdelig vanskelig. Av og til så kan det gå lang tid, og det er ikke bra.*

Informantene forteller at det skrives rapport på pasientene i journalsystemet Profil, og at de har muntlig rapport ved vaktskifter for å utveksle viktig informasjon om pasientene.

Informant E forteller at det til tross for skriftlig rapportering i journalsystemet, er manglende

rutiner på informasjonsflyten mellom sykepleierne, og det blir opp til den enkelte sykepleier å bruke tid utenom muntlig rapport til å sette seg inn i det som er dokumentert skriftlig på pasientene. Hun forteller at Profil benyttes i ulik grad av sykepleierne, og ikke alle bruker tid på å lese det som er dokumentert på pasientene i journalsystemet. Også her blir det opp til hver enkelt sykepleier å vurdere om det er aktuelt å lese i journalen på pasientene. Informant E forteller at i slike situasjoner kan viktige observasjoner gå tapt, og sykepleierne kan på bakgrunn av det gjøre ulike vurderinger, som igjen kan bidra til å forsinke oppdagelse og behandling av infeksjoner. Hun beskriver det slik:

*(...) Så hvis hun synes det er unødvendig å sette i gang et tiltak på den pasienten, fordi hun ser ikke noe forskjell på damen. Så er det jo hennes vurdering den vakten. Jeg kan jo ikke passe på henne. Jeg kan jo ikke gå etter henne å be henne gjøre det jeg sier, fordi det er jo ikke sikkert det er rett det som jeg sier. Så det kan bli en liten konflikt.*

#### **5.4.2 Mangel på kompetanseheving**

Informantene forteller at de opplever et minimalt fokus fra ledelsen på sykehjemmet med tanke på kompetanseheving for å tidlig kunne oppdage og behandle infeksjoner. Informant C forteller at de har en casetrening i måneden. Der deltar sykepleier, leger og ambulansesarbeidere, og der jobber de blant annet med sepsisbehandling. Dette beskriver hun som et initiativ fra sykepleierne og legene selv, og at ledelsen ikke har tatt initiativ til kompetansehevende tiltak. Det blir opp til hver enkelt sykepleier om de ønsker å delta. Hun forteller at denne casetreningen ikke har vært egnet til helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter, men at de har egne faggrupper som de kan arbeide i. Hun beskriver videre at ledelsen avsetter lite tid i arbeidshverdagen til å arbeide i faggruppene, så det blir opp til hver enkelt helsefagarbeider sin interesse og ønske om å prioritere tid til å arbeide med kompetansehevelse i faggruppene.

Informant B forteller at de har nye leger i kommunen som er opptatt av kompetanseheving og de har nylig startet opp med lunsjundervisning for alle ansatte, hvor de ansatte kan ønske tema. Hun forteller at det er opp til hver enkelt helsearbeider å vurdere om de har tid i arbeidshverdagen og ønske om å delta. Heller ikke dette initiativet om kompetansehevelse kommer fra ledelsen. Hun beskriver det slik:

*Da kan det være aktuelt at noen snakker om urinveisinfeksjon i en lunsjundervisning, og det er en arena vi kan få inn informasjon på. (...) Vi burde være flinke til å benytte oss av det, for å få litt kompetanseheving hos alle.*

Informant A, D og E trekker frem at de har ingen undervisning med tanke på kompetanseheving knyttet til infeksjonssykdommer, og at dette særlig har vært nedprioritert de to siste årene. De begrunner dette i at ledelsen måtte ha fokus på lovpålagte tjenester og pågående pandemi.

Oppsummert viser hovedfunnene fra denne studien at sykepleiere på sykehjem i nordnorske distriktskommuner har ønsker og mulighet å behandle infeksjoner på sykehjemmet, men opplever utfordringer knyttet til å ha tilstrekkelig med fagkompetanse og kontinuitet blant helsepersonell. De trekker frem manglende organisatorisk støtte til kompetanseheving. Flere distriktskommuner har mangelfulle rutiner for tidlig oppdagelse av infeksjoner, samt mangelfulle rutiner som sikrer et godt samarbeid mellom helsepersonell. Vanskelige geografiske- og værforhold kan vanskeliggjøre overflytting av pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem til sykehus og kan føre til unødvendig stress hos sykepleierne. På den andre siden forteller de om betydningen av å ha kjent helsepersonell med erfaringsbasert kompetanse og et velfungerende samarbeid som positive faktorer. Samlokalisasjon av sykehjem og lege, eller lege i umiddelbar nærhet er faktorer som understøtter tidlig oppdagelse av infeksjoner og riktig behandling på rett sted. Å ivareta brukermedvirkning trekker informantene frem som sentralt, for å kunne ivareta pasientens preferanser når infeksjoner skal behandles. Informantene opplever tidvis etiske utfordringer med at ikke skade-prinsippet og retten til medbestemmelse utfordres i møte med legens forordning av infeksjonsbehandling.

## 6 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er delt i to deler. I den første delen av kapittelet er de viktigste resultatene fra studien diskutert opp mot problemstillingen, og knyttet opp mot relevant teori og tidligere empiri. I andre del blir valgt metode og design diskutert. Dette for å kunne belyse styrker og svakheter med metoden og designet, og samtidig ta høyde for at metode og design i noen grad kan ha påvirket resultatene i masteroppgaven.

### 6.1 Diskusjon av hovedfunn

Utgangspunktet for diskusjonen er: "Hvilke erfaringer har sykepleiere i nordnorske distriktskommuner med å oppdage og behandle akutte infeksjoner hos pasienter på sykehjem?". Da problemstillingen kan oppfattes som noe vid, er det utarbeidet to forskningsspørsmål som brukes for å diskutere hovedfunnene opp mot relevant teori og empiri. Det første forskningsspørsmålet er: "*Hvilke faktorer understøtter tidlig oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem, for å unngå unødvendig overflytning til sykehus?*" og det andre forskningsspørsmålet er: "*Hvilke hindringer kan forsinke oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem, og føre til unødvendig sykehusinnleggelse?*". Hovedfunnene er i det følgende kapittelet delt inn i fire hovedtemaer. Funnene blir diskutert opp mot forskningsspørsmålene, sammen med relevant teori og empiri fra dette området.

#### 6.1.1 Infeksjonsbehandling på sykehjemmet versus sykehusinnleggelse

Resultatene fra denne studien viser at sykepleiere på sykehjem i distriktskommuner er godt kjent med å behandle infeksjoner og gi intravenøs væskebehandling. Dette er naturlig, da det er omtrent fem prosent av geriatriske pasienter på sykehjem til enhver tid ha akutte infeksjoner. Immunapparatet er lavgradig aktivert hos geriatriske pasienter, og responsen ved akutte infeksjoner er svekket (Kittang, 2020). For å kunne behandle pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem er sykepleierens behandlende funksjon av betydning. Den retter seg mot den syke pasientens funksjonssvikt, og behandlingen skal også være med på å fjerne pasientens problemer (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Dette betyr at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å fjerne ubehag i forbindelse med infeksjonssykdom. Det kan være smertelindring, senke feber og gi væskebehandling (Ranhoff, 2020). Sykepleieren skal også gjøre umiddelbare tiltak som begrenser skader og lindrer pasientens symptomer, som for eksempel å gi bedre sengeleiring og oksygen ved nedsatt saturasjon hos pasienter med mistanke om luftveisinfeksjon (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007).

Sykepleierens funksjon blir også å bistå legen i medisinske oppgaver. Det må først sikres gode prøver som ledd i diagnostisering, det kan for eksempel være blodprøver og urinprøve ved mistanke om urinveisinfeksjon. Sykepleierens behandlende funksjon blir så å starte opp antibiotikabehandling etter legens ordinasjon (Kittang, 2020).

Informantene ønsker å behandle pasienter med infeksjoner på sykehjemmet hvor de bor. Dette begrunnes med at overflytting til sykehus blir for belastende for pasienten. Dette støttes av forskning som viser at helsepersonell bør etterstrebe å behandle infeksjoner på sykehjemmet (Boockvar et al., 2005). Forskning viser at personer med infeksjoner som overflyttes fra sykehjem til sykehus har økt dødelighet, og kan bli mer utsatt for uønskede hendelser som akutt forvirringstilstand (delirium), fall, trykksår og legemiddelavvik (Boockvar et al., 2005). Sykepleiers erfaringer med ønske om å behandle infeksjoner lokalt på sykehjemmet er i tråd med intensjonene av Samhandlingsreformen som skal sikre at behandlingen gis på rett tid og sted (St. meld nr. 47 (2008-2009)). På bakgrunn av dette kan man konkludere med at mange av pasientene vil ha størst nytte og effekt av å motta behandling for infeksjoner lokalt på sykehjemmet.

Resultatene viser at sykepleierne behandler infeksjoner med intravenøs antibiotika og gir væskebehandling på sykehjemmet. Samtidig kommer det tydelig til uttrykk at dersom pasientene utvikler sepsis, blir de gjerne overflyttet til sykehus. Disse funnene er i tråd med nasjonal retningslinje for antibiotika i primærhelsetjenesten. Denne sier at alle pasienter med sepsis skal innlegges på sykehus (Helsedirektoratet, 2021b). Ved sepsis hos sykehjemspasienter er støttebehandling med volumterapi (væskebehandling) og vasopressor (adrenalinbehandling) indisert (Ranhoff & Linnsund, 2005), og de har i teorien rett til behandling på intensivavdelinger som andre pasienter (Ranhoff, 2020). Adrenalinbehandling kan kun tilbys på overvåknings- og intensivavdelinger på sykehus. På grunn av pasientprioriteringer og plassmangel på intensivavdelinger blir ofte kritisk syke geriatriske pasienter diskriminert på grunn av alder, og får derfor behandling på en vanlig sengepost (Ranhoff, 2020). Dette betyr at pasienter med sepsis fra sykehjem, i mange tilfeller kun får væskebehandling ved sykehusinnleggelse. Disse funnene tilsier at mange av overflyttingene fra sykehjem til sykehus er unødvendige, og at få pasienter vil ha nytteverdi av sykehusinnleggelse. I mange tilfeller vil sykehjemmet kunne tilby samme behandling som sykehus, og med mindre sannsynlighet for komplikasjoner knyttet til trykksår, delirium, fall og legemiddelfeil (Boockvar et al., 2005).

Det kan tilsynelatende fremstå som en enkel avgjørelse for sykepleier og lege i spesialisthelsetjenesten å konkludere med at sykehusinnleggelse ved sepsis er unødvendig for pasienter fra sykehjem. Men ut fra retningslinjer og lovverk har geriatriske pasienter krav på samme behandling, som andre pasienter (Helsedirektoratet, 2021b; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er derfor viktig å understreke at helsepersonell på sykehjem i distriktskommuner ikke har forutsetninger for å ha kunnskap om kapasitetsutfordringer på sykehus, og om pasienten de sender inn for behandling i spesialisthelsetjenesten blir diskriminert på grunn av alder i forhold til behandling.

Det er viktig å fremheve at noen sykehusinnleggelser av pasienter med infeksjoner fra sykehjem er nødvendige. En av informantene påpeker behovet for å avklare formålet med en sykehusinnleggelse. Dette må gjøres for å sikre riktig behandling, unngå overbehandling og unngå å utsette pasienten for unødvendig belastning. I følge Samhandlingsreformen (2009) er helsepersonell pliktig til å foreta en helhetsvurdering av pasienten. Dette betyr at helsepersonell må ivareta pasientens preferanser, livskvalitet og vurdere pasientens akutte infeksjon opp mot pasientens kroniske sykdommer. Det må derfor gjøres individuelle vurderinger hver gang en infeksjon på sykehjem oppstår, og hvor nyttigverdien blir vurdert opp mot belastningen en sykehusinnleggelse vil medføre for pasienten. I noen tilfeller vil pasienten ha behov for mer omfattende diagnostisering, og det vil på sykehus kunne tilbys en bredere utredning som igjen kan sikre adekvat behandling (Ranhoff & Linnsund, 2005). Dette vil være særlig aktuelt for pasienter med god livskvalitet, delvis ivaretatt kognisjon og ingen terminale sykdommer.

### **Brukermedvirkning**

Funnene fra denne studien viser at informantene er opptatt av bruker- og pårørendemedvirkning når vurderinger om behandling av infeksjoner skal tas. Pasienter har rett til å medvirke i avgjørelser som angår behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonell har også en plikt til å sørge for at pasientens preferanser ligger til grunn for handlinger (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Brukermedvirkning står sentralt også innenfor kunnskapsbasert praksis, og sykepleiere skal tilstrebe å arbeide kunnskapsbasert (Kristoffersen, 2011a; Norsk sykepleierforbund, 2019).

En måte for helsepersonell på sykehjem å ivareta brukermedvirkning på en systematisk måte er å gjennomføre forhåndssamtaler med pasienten og pårørende (Thoresen et al., 2017). Funn fra denne studien viser at to av informantene har erfaringer med å rutinemessig benytte seg av forhåndssamtaler sammen med pasient og pårørende. Her blir pasientens ønsker avklart i forhold til om de ønsker livsforlengende behandling for infeksjoner, og om de ønsker sykehusinnleggelse ved alvorlig infeksjonssykdom og sepsis.

En av informantene opplever utfordringer knyttet til at pasient og pårørende skal bidra i samtaler om plan for behandling av infeksjoner. Dette begrunnes med at de kan misforstå informasjonen som blir gitt. Flertallet på norske sykehjem i dag har kognitiv svikt eller demensdiagnose (Brodtkorb & Hauge, 2020). I følge veileder for forhåndssamtaler anbefales det at pasienten alltid er med i slike samtaler (Thoresen et al., 2017). På bakgrunn av dette kan man konkludere med at det kan oppleves som utfordrende å ha pasienter med kognitiv svikt med i slike møter. De kan ha utfordringer med å forstå informasjonen som blir gitt, og dermed blir det å ta rasjonelle valg vanskelig. Pasienter med kognitiv svikt kan også ha vansker med å opprettholde oppmerksomhet og konsentrasjonen over tid, og dette kan by på utfordringer for pasienten med å holde tråden i samtalen (Skovdahl, 2020). Derimot kan pasienter med kognitiv svikt delta på deler av møtet og det bør tilstrebes at møtet finner sted når pasienten er mest opplagt (Aasmul, 2020). Forskning viser imidlertid at forhåndssamtaler i mange tilfeller kun gjøres mellom lege og pårørende, og pasienter blir ofte utelatt (Gjerberg et al., 2017). Det kan også være utfordrende for pårørende å ta slike valg på vegne av pasienter, fordi de kan ha vanskeligheter med å gi slipp (Aasmul, 2020). Det kan også tenkes at de har vansker med å forstå informasjonen som blir gitt, eller de kan misforstå informasjonen, og man kan ikke se bort fra at de kan føle et visst press for å ta en avgjørelse på vegne av en annen person.

Resultater fra denne studien viser at noen av informantene har manglende rutiner og liten systematikk for å ivareta brukermedvirkningen. Informantene begrunner fravær av forhåndssamtaler i mangelfull struktur, manglende kontinuitet og høyt fravær blant leger. Disse funnene understøttes av forskning som viser at slike samtaler ofte utgår på grunn av at legen ikke har tid, og særlig leger i lave stillingsprosenter nedprioriterer forhåndssamtaler (Klomstad et al., 2018). Ved manglende rutiner for brukermedvirkning kan det tenkes at det er vanskelig å ivareta pasientens preferanser når akutte infeksjoner oppstår. Dette kan igjen føre til overbehandling og uønskede sykehusinnleggelser. På bakgrunn av dette ser det ut som at leger som er lite tilstede på sykehjemmet må prioritere tiden sin til lovpålagte

arbeidsoppgaver, og det er ikke lovpålagt å gjennomføre forhåndssamtaler (Aasmul, 2020). Lite kontinuitet blant leger vil antakeligvis kunne medføre mangelfull relasjon med pasient og pårørende. Dette kan igjen hindre, eller gjøre det mer utfordrende å gjennomføre samtaler om behandling før akutte infeksjoner inntreffer.

Videre er et funn i studien at informantene oppfatter at legene alltid klarer å ta stilling til hjerte- lungeredningsstatus hos pasientene. Dette betyr at leger på sykehjem tar stilling til viktige medisinske beslutninger på forhånd, til tross for manglende kontinuitet og begrenset tid. Det er i tillegg sykepleieren sin plikt å ansvarliggjøre legen når det er behov (Aasmul, 2020). Sykepleieren må stille kritiske spørsmål til legen når det er behov for det, og sikre at legen får all nødvendig informasjon til å kunne ta nødvendige medisinske beslutninger. Med tanke på lite kontinuitet og mangel på leger og sykepleiere, kan det oppleves som utfordrende for den enkelte sykepleier å ivareta ansvarliggjøringen av legen. Jeg tolker det slik at når det ikke foreligger en relasjon mellom helsepersonellet, kan sykepleieren ha vansker med å stille kritiske spørsmål til legen. Dersom kunnskapsbasert praksis og fokus på brukervedvirkning blir sikret fra et organisatorisk perspektiv, kan både leger og sykepleiere få avsatt tid i arbeidshverdagen til å gjennomføre forhåndssamtaler. Vellykkede og godt dokumenterte forhåndssamtaler vil være et bidrag til å sikre adekvat brukervedvirkning når alvorlige infeksjoner oppstår. Det kan hindre at pasientens lidelse forlenges, at pasienten blir overbehandlet for infeksjoner og ikke minst at unødvendige sykehusinnleggelser kan unngås (Aasmul, 2020).

For å sikre brukervedvirkning, som er en sentral søyle i kunnskapsbasert praksis, må helsepersonell på sykehjem dokumentere pasientens preferanser i pasientjournal (Kristoffersen, 2011a). Informasjonen skal være lett tilgjengelig i akutte situasjoner (Thoresen et al., 2017). Funnene i denne studien viser at informantene er samstemte i at legene har et solid fokus på å behandle pasientene på sykehjemmet for infeksjoner. Forskning viser at det oppleves utfordrende for en vaktlege å ta alvorlige medisinske beslutninger uten særlig kjennskap til pasienten. Mangelfull dokumentert informasjon om pasienten vanskeliggjør diagnostikk, og dermed valg av behandling for vakthavende lege (Rolfjord, Mdala & Straand, 2019). På bakgrunn av dette kan det tenkes at manglende kontinuitet i leger og bruk av legevakt kan føre til overbehandling av infeksjoner hos pasienter på sykehjem. Legen vil ha mangelfull informasjon om pasientene, og dersom pasientens preferanser ikke er dokumentert tilstrekkelig vil det være vanskelig å vurdere korrekt behandlingsnivå i den



enkelte akutte situasjon. Det blir i disse situasjonene særlig viktig å avklare sykepleierens rolle. De må tillates å ha en tydelig stemme ovenfor legen og sørge for god informasjonskontinuitet, for å sikre at legen får tilstrekkelig informasjon til å gjøre en adekvat medisinsk vurdering.

### **Etiske utfordringer ved infeksjoner hos pasienter på sykehjem**

I følge Helsepersonelloven er det lege som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren er dermed pliktig til å utføre behandling etter legens forordning. På den andre siden skal sykepleierne fungere som pasienten og pårørendes ”advokat”, noe som betyr å ivareta deres interesser og videreformidle disse til vakthavende lege (Benner, 1995). Funnene fra denne studien viser at pasientene i noen tilfeller får behandling fordi pårørende ønsker dette, selv om det er i strid med hva pasienten selv har uttrykt tidligere. Det kommer da klart frem at sykepleieren havner i interessekonflikt. På den ene siden har sykepleieren plikt til å gi behandling etter legens forordning, men på den andre siden er sykepleieren pliktig til å basere sine handlinger på pasientens preferanser. Det blir utfordrende for sykepleieren å klare å ivareta begge disse interessene, og sykepleieren kan føle på en form for avmakt i situasjonen. Utfyllende dokumentasjon av pasientens preferanser, god dialog med pårørende i kombinasjon med tilstrekkelig kommunikasjon med lege og sykepleier, vil kunne sikre et tilfredsstillende samarbeid som vil sikre korrekt behandling, ivareta pasientens interesser og hindre unødvendige sykehusinnleggelses.

Resultatene fra denne studien viser at sykepleierne opplever det de kaller overbehandling av pasientene som en etisk utfordring. De forteller om at overbehandling har forekommet i situasjoner hvor pasientens preferanser har blitt utilstrekkelig dokumentert i pasientjournal. Det kan forstås at ikke skade-prinsippet blir satt på prøve fordi sykepleiere føler at de utsetter pasienten for mer skade, og forlenger lidelsen ved å gi behandling for alvorlige infeksjoner. Ikke skade-prinsippet er et helseetisk prinsipp, som omhandler at helsepersonell har en plikt for å unngå unødvendig skade og lidelse (Helsedirektoratet, 2021a). Også respekt for pasientens medbestemmelse blir satt på prøve, fordi de på grunn av forvirring og nedsatt bevissthet i forbindelse med akutte infeksjoner ofte ikke er i stand til å uttrykke seg. Helsepersonell skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Ut fra dette kan det forstås at sykepleierne opplever et krysspenn mellom helseetiske

prinsipper med ikke skade-prinsippet og respekt for pasientens medbestemmelse på den ene siden, og sykepleierens behandlende funksjon på den andre siden.

Funnene fra denne studien viser tydelig at når det skal vurderes en mulig behandling av infeksjoner lokalt på sykehjemmet, er informantene opptatt av pasientens livskvalitet sett i sammenheng med pasientens totale sykdomsbilde og eventuelle preferanser som har framkommet i samtaler med pasienten. Informantene la vekt på å danne seg et helhetsbilde av pasienten. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen som krever at helsepersonell setter pasientperspektivet til grunn for sine handlinger (St. meld nr. 47 (2008-2009)).

Informantene har erfaring med at pårørende endrer mening når akutte infeksjoner oppstår hos sine nærmeste. Pårørende ønsker behandling av infeksjoner, selv når pasientene er så syke at de ikke har kapasitet eller mulighet til å formidle egne ønsker. Informantene har også opplevd at pårørendes ønsker blir tatt til etterretning, og fulgt, framfor pasientens egne preferanser. En velkjent utfordring på sykehjem er at pårørende sliter med å forstå alvoret i situasjonen, og har vansker med å slippe taket i sine nærmeste (Aasmul, 2020). Det etiske prinsippet om respekt for pasientens medbestemmelse blir ofte utfordret i slike situasjoner. Helsepersonell må bruke tid til å forklare pårørende om bakgrunnen for beslutning om å avslutte den medisinske behandlingen (Helsedirektoratet, 2013). Det anses som sentralt og viktig å formidle til pårørende hvilken livskvalitet pasienten sannsynligvis vil oppleve, både under og etter behandlingen. Samtidig vektlegge hvilke belastninger en behandling eller videreføring av behandling kan påføre pasienten.

En av informantene i studien har en klar mening om at en god dialog med pårørende leder til økt tillit, bedre samarbeid mellom partene, og bedre forståelse rundt pasientens situasjon. Veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling viser at når pårørende er uenig i de medisinske beslutningene til helsepersonellet, kan det noen ganger være på grunn av at det ikke på forhånd er etablert tillit mellom partene. Å invitere pårørende til dialog og sikre god tid til informasjonsutveksling, kan oppleves som tillitsskapende (Helsedirektoratet, 2013). Noen ganger kan antibiotikabehandling i noen timer eller dager gjøre at pårørende får tid til å forstå alvoret i situasjon, og får tid og mulighet til å prosessere den informasjon de får. Denne typen vurderinger må naturligvis vurderes nøye opp mot at pasientens lidelse ikke forlenges lengre enn nødvendig. På samme måte må en sikre at pårørende ikke får falske forhåpninger eller urealistiske forhåpninger til behandlingen

(Helsedirektoratet, 2013). Noe som kan virke tryggende for pårørende og sikre god informasjonsutveksling, kan være at de får snakke direkte med spesialister, som for eksempel geriater eller infeksjonsmedisiner. Som tidligere diskutert vil en forhåndssamtale være en mulig arena for å skape en tillitsfull relasjon med pårørende, og samtidig sikre at pasientens rett til medbestemmelse blir ivaretatt.

### **6.1.2 Distriktssykepleie i Nord-Norge**

Informantene i denne studien forteller om fysisk ensomhet, hvor de står alene med ansvaret og hvor de er overlatt til seg selv til å gjøre observasjoner og vurderinger i forbindelse med å oppdage og behandle infeksjoner. Amerikansk forskning støtter at distriktssykepleie preges av selvstendighet, og av å være alene (Scharff, 2013). Benner beskriver utviklingen av klinisk sykepleierkompetanse i fem steg ut fra sykepleierens erfaring (Benner, 1995). Ut fra dette fremstår det tydelig at sykepleiers erfaring påvirker hvordan det oppleves å arbeide på et sykehjem i en distriktskommune. Fire av informantene i denne studien hadde alle erfaring over fire år fra sykehjem. Denne erfaringen hadde gjort dem i stand til å arbeide mere selvstendig. De føler seg trygg når det skal observeres tegn på infeksjon, og vurdere effekt av behandling. Det er naturlig å tenke at belastningen med å stå alene og stole på egne vurderinger og avgjørelser i forbindelse med infeksjonssykdom vil oppleves mer utfordrende for nyutdannede sykepleiere og sykepleiere uten erfaring fra sykehjem. Disse ville i følge Benner blitt definert som noviser eller avansert nybegynner (Benner, 1995). Sykepleiere uten erfaring har behov for mer veiledning og faglig støtte, noe som er en utfordring i distriktskommuner. Forskning viser også at en kjent utfordring i små, distriktskommuner er profesjonell isolasjon og manglende fagstøtte, og sykepleiere kan kjenne på økt belastning i forbindelse med å stå alene i avgjørelser (Bushy, 2011).

Informantene forteller om at vanskelige geografiske forhold kan oppleves som en stressfaktor. De trekker frem eksempler som utfordrende værforhold som tidvis vanskeliggjør, eller umuliggjør overflytting av pasienter fra sykehjem til sykehus. En av informantene forteller at hun opplever at pasientene blir innlagt i sykehus på et tidligere stadium enn strengt tatt nødvendig, fordi det kan være umulig å få dem overflyttet til sykehus på en senere tidspunkt. Så værforhold er en faktor det må tas hensyn til i en vurdering om pasienten skal overføres til sykehus. Internasjonal forskning viser at sykepleiere i distriktskommuner kan oppleve økt stressbelastning i forbindelse med geografisk isolasjon og lite støtte hos ledelse (Lenthall et al., 2009). Dersom behandling av infeksjon lokalt svikter, kan en overflytting av pasienten til

sykehus være umulig, på grunn av værforhold. Dette vil kunne ansees som en årsak til arbeidsrelatert stress hos en sykepleier. Stress hos sykepleier på sykehjem kan naturligvis påvirke dømmekraften, og samtidig gi rom for større sannsynlighet til å overse viktige tegn og symptomer i forbindelse med å tidlig oppdage infeksjoner. Det er derfor vesentlig å etterstrebe et minimum av stress hos sykepleiere på sykehjem i distriktene. Et tiltak kan være tilrettelagte organisatoriske rutiner som fanger opp infeksjoner på et tidlig stadium, samt god støtte fra kollegaer og ledelse. Dette kan gi en mindre stressbelastende arbeidshverdag for distriktssykepleieren, og sikre at de klarer å stå i jobben sin uten å føle avmakt. Dette vil være særlig viktige tiltak for sykepleienoviser, som er avhengig av gode og etablerte rutiner for å håndtere nye situasjoner (Benner, 1995).

Denne studien viser at sykehjem har utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere. Konsekvensene av manglende rekruttering kan være både underbemanning og mangel på fagkompetanse. Dette kan få konsekvenser for pasienter med infeksjoner. Det er ikke fagutdannede sykepleiere på jobb, eller de som er tilstede har ikke tid til å vurdere pasientene tilstrekkelig i forhold til tidlig identifisering av symptomer. En annen konsekvens er at mangel på rekruttering av sykepleiere, vil gå ut over tiden sykepleierne har til fagutvikling. Noe som vil vanskeliggjøre det å arbeide kunnskapsbasert. Utfordringene med å rekruttere sykepleiere til sykehjem er ikke noe som er særegent for distriktskommuner, men for alle hele kommunehelsetjenesten i Norge. Derimot viser en spørreundersøkelse fra 2017/2018 at det er ekstra utfordrende for kommuner i Øst-Norge og Nord-Norge å rekruttere sykepleiere, og åtte av ti kommuner opplevde situasjonen som ganske eller meget utfordrende (Gautun, 2020). Særlig lite befolkede distriktskommuner kan ha vansker med å rekruttere og beholde helsepersonell (Bushy, 2011). Mange nordnorske distriktskommuner har over tid benyttet seg av rekrutteringstiltak som en ekstra ferieuke og lønn etter ti års ansiennitet for å få sykepleiere til å søke på ledige stillinger (Berlevåg Kommune, 2022). Disse rekrutteringstiltakene har ikke hatt ønsket effekt. Ut fra dette fremstår det som relativt tydelig at det er minimal nytteeffekt av høyere lønn og ekstra ferie om det er uønsket høy arbeidsbelastning, kombinert med manglende faglig støtte og lite tid til egen fagutvikling.

Et overraskende funn i studien er at samlokalisasjon bidrar til å motvirke faglig og fysisk ensomhet. Informantene beskriver at samlokalisasjon med lege gir større tilgjengelighet mellom helsepersonellet. Dette er av betydning, fordi det er lett for sykepleieren å ta turen innom kontoret ved spørsmål, og kort vei for legen å tilse pasienten som gir tidlig diagnostikk

og eventuell iverksetting av behandling ved infeksjoner. Informantene opplever at samlokalisasjonen med sykehjem og legevakt gir muligheter for godt samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Det er lite forskning i Norge på dette med samlokalisasjon av sykehjem og legevakt, men man kan ikke se bort fra at dette er noe som er særegent for norske distriktskommuner.

Informantene vektlegger også et velfungerende kollegialt samarbeid som en viktig forutsetning for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner på sykehjem i distriktskommuner. Det er hovedsakelig samarbeid med helsefagarbeidere, ufaglærte assistenter og leger som informantene fremhever som viktig for infeksjonssyke pasienter på sykehjem. Leger er særlige viktige samarbeidspartnere når det er endringer i pasientens helsetilstand, ved diagnostisering og behandling (Kristoffersen, 2011b). Derimot trekker ingen av informantene frem spesialisthelsetjenesten som en samarbeidspart i møte med pasienter med infeksjonssykdom. Forskning sier at det brukes videokonferanser i distriktskommuner, for å sikre spesialistkompetanse til pasienter (Smedt & Mehus, 2017). Dette kan være et alternativ for helsepersonell som behandler pasienter med kompliserende og tilbakevendende infeksjoner. Ved hjelp av videokonferanser kan et godt samarbeid mellom spesialistkompetanse på infeksjonssykdommer fra sykehus og helsepersonell i distriktskommuner bidra til å sikre pasientens diagnostikk og behandling på best mulig måte. Unødvendige og kostbare sykehusinnleggelse kunne også vært unngått.

Resultatene fra studien viser at kollegastøtte er av særlig betydning for informantene i møte med pasienter med infeksjonssykdom. Kollegaer ringer hverandre på fritiden for å søke bistand og støtte i de situasjonene hvor vanskelige vurderinger skal tas. Disse funnene er i tråd med forskning som viser at sykepleiere i distriktskommuner har behov for faglig støtte, for å sikre høy kvalitet på behandling (Smedt & Mehus, 2017). Forskning viser også at sykepleiere i distriktskommuner er villige til å jobbe utover formell stillingsinstruks og arbeidstid, men at det kan føre til manglende grenser og privatliv for den enkelte sykepleier (Smedt & Mehus, 2017). På bakgrunn av dette fremstår det klart at tydelig kollegastøtte gjør det enklere for sykepleierne å stå alene med pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem. Sykepleieren kan få veiledning og støtte av en kollega hvis det er noe som er utfordrende. Støtte i kollegiet kan føre til at sykepleiere blir trygg i det å gi behandling for infeksjonssykdommer på sykehjemmet, og derfor vil også sykehusinnleggelse i større grad kunne unngås. I små distriktskommuner kan derimot kollegastøtte påvirke sykepleiernes fritid. Det blir uklare skiller og grenser for når vedkommende er på jobb og når vedkommende

har fri. Et annet praktisk alternativ kan være etablerte rutiner på å kontakte sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Med for eksempel korte videokonferanser kan man søke veiledning og råd i forbindelse med infeksjoner på sykehjemmet.

### **6.1.3 Kompetanse på sykehjem**

Å inneha erfaringsbasert kunnskap er av betydning for å utøve helhetlig kunnskapsbasert praksis (Kristoffersen, 2011a). Resultatene fra denne studien viser at informantene belager seg på egen erfaringsbasert kunnskap for å tidlig oppdage symptomer på infeksjon på sykehjem i distriktskommuner, og hvor særlig lang erfaring og det kliniske blikket er av stor betydning. Informantene forteller at det er mangelfulle fagrutiner, så kritisk refleksjon sammen med kollegaer er viktig. Dette kan relateres til Benners kompetansestige (Benner, 1995). Den beskriver at sykepleiere gjennom erfaring opparbeider seg større faglig forståelse, og vil gi bedre kvalitet på fagutøvelsen. Med tiden og erfaring vil sykepleierne klare å se helheten i situasjoner, og vil kunne forutse forverringer i pasienten og oppdage viktige endringer i pasientens tilstand (Benner, 1995). Utvalget i studien hadde mellom 2,5 og 14,5 års erfaring som sykepleier på sykehjem, og flere av informantene kan etter kompetansestigen betegnes som eksperter (Benner, 1995).

Informantene forteller at for å oppdage infeksjoner må de være observante på uspesifikke og vage symptomer hos de geriatrike pasientene på sykehjem. Dette kan være diffuse symptomer som økt tretthet, dårlig matlyst og tegn på forvirring. De forteller også om å måle vitalia, diskutere med kollegaer på jobb og kontakte lege ved mistanke om infeksjoner. De bruker da sin erfaringsbaserte kunnskap og gjør kritiske refleksjoner rundt situasjonen, før de så iverksetter tiltak. Ved å være observante på slike symptomer, kan de tidlige oppdage infeksjoner og forhindre utvikling av alvorlige infeksjoner og sepsis. Forskning viser at utydelige og diffuse symptomer, krever bred sykepleierfaglig tilnærming, og høyere kompetanse for å gjøre rette tiltak (Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020).

Funnene viser at sykepleierne i mindre grad har fokus på forskningsbasert kunnskap. Informantene forteller at de selv tar ansvar for å holde seg faglig oppdatert på infeksjonssykdommer, gjennom casetrening og lunsjundervisninger. Men det blir opp til den enkelte helsepersonells interesse om de ønsker å delta. Ut fra disse funnene kan man påstå at fagutøvelsen kun delvis er kunnskapsbasert. Helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer sier at helsepersonellet har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert

(Helsepersonelloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2019). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie være forskningsbasert, og sykepleieren har et personlig ansvar for at praksisen er faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2019). Et av målene med Samhandlingsreformen er å redusere unødvendig bruk av spesialisthelsetjenesten og den krever at kommunene sikrer et helhetlig pasientforløp med tidlig diagnostisering og behandling (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Konsekvenser av at fagutøvelsen i stor grad er basert på brukerkunnskap og erfaringskunnskap, og i liten grad forskningsbasert kunnskap kan være at kvaliteten på tjenesten ikke står i samsvar med gjeldende lovverk, reformer og føringer. Når helsepersonell på sykehjem i distriktskommuner ikke jobber forskningsbasert, kan det være en trussel mot pasientsikkerheten.

To av informantene forteller om bruk av det forskningsbaserte observasjonsverktøyet NEWS for å tidlig oppdage infeksjoner, og til å vurdere eventuell effekt av behandling. Fagutøvelsen baseres da i større grad på forskningsbasert kunnskap. En av informantene trekker frem at det har vært nyttig for sykepleierne å benytte NEWS ved mistanke om infeksjoner. Funnet understøttes av en norsk studie som viser at NEWS oppleves som en støtte for helsepersonell i kliniske beslutninger og at de opplever økt trygghet i å gjennomføre pasientmålinger (Steinsheim & Malmedal, 2020). Basert på gode erfaringer anbefaler Helsedirektoratet å bruke NEWS i kommunehelsetjenesten, men det er kun validert for bruk i somatisk spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2020).

Den andre informanten er derimot ikke like tilfreds med å benytte seg av NEWS hos geriatriske pasienter. Dette begrunner hun i at geriatriske pasienter har vage symptomer, og dette observasjonsverktøyet vil ikke alltid klare å fange opp disse symptomene. Geriatriske pasienter kan ha manglende feberrespons, og kan stå på medikamenter som kamuflerer symptomer (Wyller, 2015). Det kan føre til at det i noen tilfeller tar lengre tid for at symptomer på infeksjoner fanges opp på observasjonsverktøy. Så det må påpekes at slike observasjonsverktøy skal være et hjelpeverktøy for helsepersonell, som må benyttes sammen med kunnskapsbasert praksis.

En av informantene i studien forteller at sykehjemmet hadde erstattet en sykepleier på natt med en helsefagarbeider, og at sykepleier kun er i bakvakt. Alle informantene beskriver at fagkompetansen til helsefagarbeideren blir byttet ut med ufaglærte assistenter. Det er som tidligere nevnt utfordrende både å rekruttere og beholde sykepleiere i

kommunehelsetjenesten, og en rapport viser at det på grunn av sykepleiermangel er vanskelig å erstatte sykepleierkompetanse på sykehjem. De blir heller erstattet med helsepersonell med lavere kompetanse (Gautun, 2020). Det kan ansees som uheldig at helsepersonell på sykehjem i så stor grad blir byttet ut med lavere kompetanse. Helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter har betydelig lavere kompetanse ved akutte hendelser på sykehjem enn sykepleiere (Bing-Jonsson et al., 2016; Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020). Ut fra disse funnene kan det konkluderes med at mangelfull kompetanse på sykehjem både kan oppfattes som en trussel for pasientsikkerheten, og det kan føre til uønskede forsinkelser i behandling av infeksjoner.

Informantene forteller at mangelen på sykepleierressurser blir kompensert for med vikarer fra vikarbyrå. Dette understøttes av en kartlegging som var gjort i 2019, hvor det viste seg at kommunene i Nord-Norge brukte 232 millioner kroner på å leie inn helsepersonell fra vikarbyrå (Dolonen & Reppen, 2020). Funnene fra denne studien viser at det er flere utfordringer knyttet til det å benytte seg av utenlandske sykepleiere fra vikarbyrå. Dette gjelder både språkutfordringer og utfordringer knyttet til selve sykepleieutøvelsen. Disse sykepleierne kom fra utdanninger fra andre steder enn Norge. Yrkesetiske retningslinjer stiller krav til at sykepleiere i Norge har sitt etiske fundament her og arbeider etter kunnskapsbasert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Siden sykepleierne opplever det som vanskelig med utenlandske vikarer kan det forstås at fokuset i deres utdanning er til dels annerledes enn i Norge, og det er varierende kjennskap til norsk lovgivning og føringer. De kan også blant annet ha andre erfaringer med å håndtere infeksjoner hos geriatriske pasienter, samt andre holdninger til denne pasientgruppen.

Tre av informantene i studien forteller om mangelfulle rutiner om hva som skal gjøres ved mistanke om infeksjoner. Sett opp mot Benners kompetansestige kan det være vanskelig for en vikar å bli en kompetent fagutøver på pasienter med infeksjonssykdom (Benner, 1995). Vikarer fra vikarbyrå vil sjelden være mer enn noen få måneder på samme arbeidssted, og de har ofte erfaring fra en rekke ulike fagområder. Det kan derfor tenkes at det vil være utfordrende å bli kompetent til kritisk refleksjon i møte med pasienter rammet av infeksjonssykdom. Benner trekker frem at noviser og avanserte nybegynnere er avhengig av rutiner og prosedyrer, og at alle uten relevant erfaring vil starte på dette kompetansenivået (Benner, 1995). Det vil si at sykepleievikarer ikke har den samme erfaringsbaserte kompetansen som en fast ansatt innehar. De vil sannsynligvis være avhengig av prosedyrer og rutiner for å kunne oppdage og behandle infeksjoner, og de vil ha behov for veiledning og



støtte i disse situasjonene. Mangelfulle rutiner og prosedyrer på sykehjemmet vil kunne forsinke en sykepleiervikar fra å bidra til diagnostisering og behandling av infeksjoner. Informantene trekker frem betydningen av relasjonskontinuitet for at sykepleiere skal kunne klare å observere vage symptomer på infeksjoner hos pasientene på sykehjem, og samtidig sikre korrekt behandling på tidligst mulig tidspunkt. Dette krever at helsepersonell innehar kompetanse om pasientens ønsker og behov. Ved å sikre kontinuitet i helsepersonell vil pasientene slippe å ta ansvar for egen helse og behandling, ha forutsigbarhet og slippe å gjenta preferanser (Reid, Haggerty & Mckendry, 2002). Ved manglende forutsigbarhet i pleiepersonalet kan pasienter og pårørende oppleve å måtte ta større ansvar for egen helse. Hvis pasientens preferanser i tillegg er utilstrekkelig dokumentert, vil sykepleievikarer ikke ha verken tilgang til, eller kjennskap til denne informasjonen. Ut fra dette er det naturlig å tenke at ved omfattende bruk av sykepleievikarer kan relasjonskontinuiteten utebli.

Kontinuitet blant leger ble også i denne studien trukket frem som av betydning ved behandling av infeksjoner på sykehjem. Resultatene viser at leger med brukerkunnskap kunne raskere stille diagnose og gi adekvat behandling. En av informantene opplever at bruk av legevakt eller vikarleger kan være en hindring. Dette fordi de ikke har kjennskap til pasienten og hvordan infeksjonssykdom utarter seg hos den enkelte pasient, noe som igjen kan forsinke diagnostisering med eventuell påfølgende behandling. Forskning viser at legevikarer kan ha lite brukerkunnskap, og kan derfor være usikker i behandlingssituasjoner på sykehjem (Rolfjord, Mdala & Straand, 2019). Videre fremkommer det i samme artikkel at vaktlege kan mangle medisinske opplysninger og pasientens preferanser, og dette kan føre til utfordringer knyttet til å kunne tilby adekvat behandling. Det medfører ofte unødvendige sykehusinnleggelse og overbehandling (Rolfjord, Mdala & Straand, 2019). På bakgrunn av disse funnene er det mulig å konkludere med at når kontinuitet blant leger ikke foreligger, får sykepleieren et særskilt ansvar for å formidle pasientens preferanser og tidlige observasjoner på infeksjoner, noe som vil bidra til å sikre at pasienten får adekvat behandling.

#### **6.1.4 Organisering av tjenesten**

Pasientsikkerhetsprogrammet ”i trygge hender” er et nasjonalt satsningsområde for hele helse- og omsorgstjenesten som skal sikre adekvat pasientsikkerhet. Et av satsningsområdene er tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Ut fra nasjonale føringer bør virksomheter ha skriftlige observasjonsrutiner, som innebærer hvilke vitalier som skal observeres og hvor ofte. Det anbefales å benytte seg av validerte verktøy som NEWS og

ISBAR (identitet, situasjon, bakgrunn, aktuell tilstand og råd) (Helsedirektoratet, 2020).

Forskning viser at bruk av observasjonsverktøy fører til en støtte for faglig skjønn, samt økt bevisstgjøring rundt tidlige tegn til forverring (Steinsheim & Malmedal, 2020). Som tidligere nevnt bruker to av fem informanter NEWS, mens de tre informantene som ikke brukte dette verktøyet ikke hadde noen mening om hvorfor dette ikke var i bruk på deres arbeidsplass. At kun to av virksomhetene som deltok i denne studien har fulgt nasjonale føringer for tidlig oppdagelse av forverret tilstand, er betenkelig.

Hvis ledelsen på sykehjemmene innførte disse nasjonale anbefalingene er det grunn til å anta at flere infeksjoner hos pasientene ville blitt oppdaget, og behandlet lokalt på et tidligere tidspunkt. Forskning viser at å ta i bruk observasjonsverktøy etter tilstrekkelig opplæring, fører til at helsepersonell på sykehjem i større grad klarer å fange opp endringer i pasientens tilstand (Sletner & Halvorsrud, 2020). Helsepersonell følte seg også tryggere i å prioritere tiltak ved akutte hendelser, noe som førte til at de oftere tok kontakt med lege. Det gjaldt særlig helsepersonell med kortere erfaring (Sletner & Halvorsrud, 2020). Dette underbygges også av Benners kompetansestige, hvor det fremkommer at noviser og avanserte nybegynnere har behov for rutiner og prosedyrer for å klare å handle adekvat i akutte situasjoner (Benner, 1995). Noviser vil også ha vansker med å kunne prioritere tiltak, og derfor kan observasjonsverktøy være til god hjelp i slike situasjoner.

En av informantene beskriver god opplæring av å bruke NEWS, og at sykepleiere i større grad har hatt utbytte av det. Funnene fra studien viser at helsefagarbeidere og assistenter i mindre grad forstår poenget med å måle vitalia og benytte NEWS. For at slike observasjonsverktøy skal fungere i praksis, må det legges til rette for at helsepersonell på sykehjem får tilstrekkelig med tid til systematisk opplæring av disse observasjonsrutinene. Ut fra funnene fra denne studien fremkommer det at ledere må tilpasse opplæringen til den enkeltes kompetansenivå. Utilstrekkelig opplæring kan føre til at helsepersonell har mangelfull forståelse av å bruke observasjonsverktøy og noe som kan gi en følelse av utrygghet.

Resultatene fra denne studien viser at det er mangelfulle nødvendige organisatoriske rammer og rutiner for fag og samarbeid. Dette kan være en hindring i å oppnå målet om tidlig diagnostisering og behandling av infeksjoner på sykehjem. Organisatorisk kontinuitet skal sørge for at pasienter mottar rett helsehjelp av rett person til rett tid. For at dette skal være mulig må tjenesten ha nødvendige rammer og rutiner, som skal sikre gjensidig trygghet og

forutsigbarhet mellom pasient og helsepersonell. Den skal også sikre at helsepersonell som utøver helsehjelpen har rett kompetanse og utstyr (Haggerty et al., 2003). Leder skal tilrettelegge for at helsepersonell kan utøve arbeidsoppgaver på en faglig forsvarlig måte (Arntzen, 2021). Ut fra disse funnene ser man at når organisatoriske rutiner er mangelfulle, vil det også mangle organisatorisk kontinuitet. Når den organisatoriske kontinuiteten ikke er på plass, blir det også utfordrende å sikre god relasjon- og informasjonskontinuitet. Mangelfulle organisatoriske rutiner kan gå utover kvaliteten på sykepleiertjenesten til pasienten på sykehjem.

Funnene fra denne studien viser at det er mangelfulle rutiner for informasjonskontinuitet, og dette kan være en hindring for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner. Informantene forteller om muntlig rapport, hvor viktige observasjoner i forbindelse med infeksjonssykdom blir tatt opp. Utover den muntlige rapporteringen kan det tyde på at ved noen sykehjem blir det opp til den enkelte sykepleier å søke opp informasjon. Informasjonskontinuitet skal sikre systematisk informasjonsoverføring mellom helsepersonell, både gjennom adekvat skriftlig dokumentering i pasientjournal og gjennom god kommunikasjon (Reid, Haggerty & Mckendry, 2002). Det kan se ut som det stilles lite krav fra ledelse og andre kollegaer til hver enkelt sykepleier for å sikre god informasjonskontinuitet.

Helsepersonell som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt i pasientens journal, og den skal inneholde relevante og nødvendig opplysninger om pasienten og helsehjelpen pasienten får (Helsepersonelloven, 1999). Et elektronisk pasientjournalssystem som benyttes i kommunehelsetjenesten er Profil, og det skal brukes av alt helsepersonell etter hver vakt. Her skal det blant annet dokumenteres pleiefaglige observasjoner, symptomer og funn, og det skal gi grunnlag for diagnostisering, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2014).

Funnene fra denne studien viser at dokumentasjonsplikten og nasjonale føringer for hva som skal dokumenteres blir utfordret. En av informantene forteller om at dokumentasjonsplikten blir utfordret når den påtroppende sykepleier ikke leser de observasjonene som er dokumentert på pasientene, men kun mottar muntlig rapport. Mangelfulle rutiner knyttet til informasjonsutveksling kan i verste fall presentere en risiko for pasientsikkerheten, siden helsepersonell mister informasjon om viktige observasjoner og pasientene kan få forsinket diagnostisering og behandling av infeksjoner. I slike situasjoner bør leder pålegge ansatte å holde seg oppdatert på journalførte observasjoner. For at dette skal være mulig må leder

tilrettelegge for at helsepersonell har tid og rom til at det blir rutine i deres arbeidshverdag. På denne måten kan man sikre informasjonskontinuitet og sørge for at behandling i forbindelse med infeksjoner ikke blir forsinket.

Denne studien viser at det er ingen ledelsesforankret kompetanseheving innenfor å oppdage og behandle infeksjoner på sykehjemmene som inngikk i denne studien. Dette strider imot yrkesetiske retningslinjer 1.5 som sier: ”Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon” (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Samhandlingsreformen krever at kommunene skal sørge for tidlig intervensjon og behandling, og kompetanse og fagutvikling trekkes frem som noen av hovedfaktorene for å lykkes (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Forskning viser at helsepersonell i kommunehelsetjenesten har varierende kompetanse, med mangelfull kompetanse på områdene pasientobservasjon, systematisk vurdering og initiativ til sykepleietiltak (Bing-Jonsson et al., 2016). Forskning viser også at ledere på sykehjem må satse på kompetanseheving innenfor observasjon, vurdering og rett handling ved sykdomsforverring hos pasienter (Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020). Dette er kompetanseområder som er av betydning for å oppdage og behandle infeksjoner på et tidligst mulig stadium. Ut fra dette kan det tyde på at ledere i kommunehelsetjenesten ikke har tilstrekkelig fokus på kompetanseheving blant helsepersonell, og kravene fra Samhandlingsreformen blir sannsynligvis ikke opprettholdt på et nødvendig nivå.

Denne studien bekrefter at det er minimalt fokus på kompetansehevende tiltak i arbeidshverdagen til helsepersonell på sykehjem. En rapport viser at to av tre kommuner har i begrenset grad etter innføringen av Samhandlingsreformen styrket kompetansen på helsepersonell gjennom etter- og videreutdanning (Riksrevisjon, 2016). Dette understøttes av en annen rapport som sier at etter innføringen av samhandlingsreformen må sykehjemmene ta imot dårligere og mer komplekse pasienter, og det uten at sykepleiere og annet helsepersonell får tilgang og tilbud om nødvendig kompetanseheving, opplæring og veiledning (Gautun, 2020).

Som tidligere nevnt viser denne studien at helsepersonell selv må ta initiativ til kompetanseheving. De må bruke tid av lunsjpauser og selv prioritere tid i en allerede hektisk arbeidshverdag på egen kompetanseheving. Hvis samtidighetskonflikter oppstår vil kompetansehevende tiltak utgå. Leder tilrettelegger ikke for kompetanseheving gjennom

turnus og arbeidstid. Dette understøttes av forskning, som viser at kompetanseheving blir nedprioritert på grunn av lav bemanning og travle vakter (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017). I samme artikkel fremkommer det at ledere ikke legger til rette for kompetanseheving, og lederen etterspør ikke økt fagkompetanse (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017). Helsepersonellens kompetanse er av betydning for å kunne sikre kvalitet på helsehjelpen. Ledere er ansvarlig for å legge til rette for at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter, og sørge for at de ansatte tar utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis (Arntzen, 2021). Uten at ledere på sykehjem i distriktskommuner prioriterer og tilrettelegger med tid til kompetansehevende tiltak i en allerede hektisk hverdag, blir det umulig for helsepersonell å arbeide kunnskapsbasert. Konsekvensene kan være at det blir uheldig effekt for pasientsikkerheten.

Forskning viser at sykepleiere på sykehjem tar kontakt med spesialisthelsetjenesten for å få kompetanseheving ved nye situasjoner (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017). Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Et tiltak for å sikre kompetanseheving blant helsepersonell på sykehjem kan være at ledere tilrettelegger for et mer systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ved for eksempel å benytte seg av videokonferanser, kan man få til samarbeidsmøter, samt undervisninger om å tidlig oppdage infeksjoner, diagnostikk, behandling og infeksjonsforebygging. Dette er et enkelt og billig tiltak, som kan være samfunnsøkonomisk besparende.

## 6.2 Diskusjon av valgt metode og design

### 6.2.1 Refleksivitet

”Refleksivitet er en aktiv holdning – en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Forskeren skal ikke bare ta tingenes tilstand for gitt eller vente på overraskelser, men lete etter konfrontasjoner med egne forstillinger og posisjoner” (Malterud, 2017, s. 19). Forskeren skal stille spørsmål med egen fremgangsmåte og konklusjon. Det er viktig at forskeren stiller med et åpent sinn, for å unngå at forskningsprosessen bare får frem for forståelsen til forskeren. Å stille med et åpent sinn er også av betydning for å kunne få et rikt empirimateriale både i intervjusituasjonen og i analyseprosessen (Malterud, 2017). Kvaliteten på empirien vil avhenge av tillitsforhold mellom intervju og informant (Tjora, 2021).

I intervjusituasjonen forsøkte jeg å stille med et lyttende, åpent sinn. Jeg forsøkte å holde en nøytral posisjon fordi det var ønskelig å få informantenes ærlige erfaringer. For å holde en nøytral posisjon, valgte jeg å avklare min rolle som masterstudent, men utelukke å fortelle om min bakgrunn og mitt arbeidssted før intervjustart. Dette gjorde jeg fordi jeg ønsket at de skulle fortelle fritt om egne erfaringer, uten at svarene ble påvirket fordi de snakket med en som jobbet med denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Selv om det ble forsøkt et åpent sinn, la intervjuguiden føringer for samtalen, og hvilke hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål som ble stilt.

Siden jeg selv har erfaring med å jobbe med geriatriske pasienter med infeksjonssykdom fra sykehjem, fikk jeg rask forståelse for hva informantene fortalte under intervjuene. Det at vi hadde en felles forståelse for temaet gjorde at samtalen raskt kom i gang, og jeg opplevde at tillit i intervjusituasjonen ble etablert. Nærhet til forskningsfeltet kan vanskeliggjøre refleksivitet (Malterud, 2017). På grunn av god kjennskap til temaet, hadde jeg og informantene felles forståelse om begreper og verktøy som blir brukt i møte med infeksjonssyke pasienter. Dette førte til at jeg noen ganger glemte å få informantene til å utdype, noe som kom til uttrykk i transkripsjonene i ettertid. Konsekvensene av dette kan være at ulike nyanser i datamaterialet går tapt, og datamaterialet kunne vært rikere på noen områder. På den andre siden har jeg ingen erfaring med infeksjonssyke pasienter på sykehjem i distriktskommuner, så det var av betydning at jeg stilte med et aktivt lyttende og åpent sinn for å få erfaringene til informantene på området.

Jeg har i ettertid av intervjuene reflektert over min rolle som intervjuer. Mangel på erfaring som intervjuer kan ha bidratt til at informasjon er gått tapt. Dette på bakgrunn av min usikkerhet som intervjuer, og evne til å be informantene om å utdype det som ble sagt for å få mer utfyllende informasjon. Det første intervjuet hadde svak informasjonsstyrke, og det viste seg særlig godt ved transkribering. Dette ble noe bedre etter hvert som jeg gjennomførte flere intervjuer, og jeg var bevisst på det jeg hadde erfart under det første intervjuet.

Forskerens forforståelse og fremgangsmåte må belyses for at leserne skal få forståelse i hvordan forskeren kom frem til resultatene (Malterud, 2017). Min forforståelse på tema var at geriatriske pasienter blir behandlet for lette infeksjoner på sykehjem, men når de får akutte og alvorlige infeksjoner blir de sendt til sykehus. Min forventning var at informantene på sykehjemmene hadde klare rutiner for hvordan de arbeidet med denne pasientgruppen, og at informantene i større grad skulle fortelle om hvordan denne pasientgruppen fikk behandling og oppfølging. Denne forforståelsen ble kun delvis verifisert gjennom intervjuene. Selv om informantene snakket om dette hadde de også stort fokus på hvilke utfordringer de opplevde, som stor mangel på helsepersonell og utfordringer knyttet til bruk av sykepleiere fra vikarbyrå. I tillegg var informantene opptatt av de etiske betraktningene rundt det å behandle pasienter med infeksjoner på sykehjem. Flere av informantene arbeidet helt uten rutiner, og manglende kontinuitet blant helsepersonell vanskeliggjorde tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner. Dette var problematiseringer jeg i liten grad hadde tenkt på forhånd, men som viste seg å ta stor del i alle intervjuene.

Jeg brukte tid på å arbeide med et åpent sinn i analyseprosessen av datamaterialet. Dette ble gjort ved å lese gjennom det transkriberte materialet flere ganger, hvor jeg aktivt så etter overraskende funn. Forskningsspørsmålene ble brukt aktivt i denne prosessen. Ifølge Malterud tolker vi datamaterialet ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted (Malterud, 2017). Det kan derfor vurderes at en forsker med en annen bakgrunn ville fått frem andre nyanser ved funnene i datamaterialet. Siden jeg arbeidet med denne studien alene, var det vanskelig å få andre perspektiv på materialet. Det har derfor vært til stor hjelp at veileder har gitt innspill på mulige tolkninger av funnene i studien. Dette har ført til at jeg er blitt mer refleksiv over resultatene, og bidratt til økt bevissthet på egen forforståelse i funnene. Dette kan ha bidratt til å klare og se andre fenomener i datamaterialet. Jeg har i denne oppgaven utdypet bakgrunnen for studien. Jeg har beskrevet hvordan jeg har gått frem i arbeidet og forklart resultatene som er kommet frem. Til slutt har jeg diskutert tolkningen av resultatene opp mot aktuell teori.

Dette for å gi leseren innblikk i hvordan arbeidet med studien har foregått. Å arbeide med et åpent sinn har underveis i arbeidet gitt meg et nytt syn og forståelse for tematikken. Dette på bakgrunn av intervjuene som er gjort, en grundig analyse og gjennom de valgte teoretiske perspektiv.

### **6.2.2 Reliabilitet og validitet**

Det er viktig å forklare oppgavens interne forhold, noe som vil styrke reliabiliteten (påliteligheten). Oppgaven må ha en logisk oppbygning, forskerens bakgrunn og forforståelse må redegjøres og forskningsprosessen og forholdet mellom informant og forsker må være beskrevet (Tjora, 2021). Studien følger en IMRAD-struktur. Den har en fast disposisjon med innledning, metode, resultater og diskusjon (Malterud, 2017). Det ble under intervjuene brukt en intervjuguide, hvor alle informantene ble stilt de samme hovedspørsmålene. Intervjuene ble tatt opp med diktafon, som gjorde det mulig å belyse hvordan jeg tolket resultatene med bruk av direkte sitater fra informantene.

Å validere handler om å stille spørsmål om studiens gyldighet, og dette er noe som foregår gjennom hele forskningsprosessen. I kvalitativ forskning skal det stilles spørsmål om relevans til formuleringen av problemstilling, utvalget, datainnsamling, teoretiske perspektiver som er brukt, valgt analysestrategi og presentasjon av resultatene for å kunne vurdere studiens gyldighet (Malterud, 2017).

Studiens problemstilling er i samsvar med studiens hensikt, og dette kan bidra til økt kunnskap rundt infeksjonssyke pasienter på sykehjem, som igjen kan bidra til å hindre unødvendige sykehusinnleggelser. Det vil også gi økt fokus på hvilke faktorer som understøtter og hindrer tidlig oppdagelse og behandling av pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem i nordnorske distriktskommuner. Problemstillingen i oppgaven er noe vid. Det ble derfor underveis i prosessen vurdert at det var aktuelt å utarbeide to forskningsspørsmål som ville bidra til at jeg fikk svar på problemstilling. Det ble gjort små endringer i intervjuguiden som dekket forskningsspørsmålene.

Semistrukturerte individualintervju legger opp til en åpen samtale om temaet, hvor informantene får tid til å reflektere over egne erfaringer på området (Tjora, 2021). På bakgrunn av det ble det vurdert slik at det var formålstjenlig å benytte seg av denne metoden for å utforske sykepleiere i nordnorske distriktskommuners erfaringer med pasienter med



infeksjonssykdom på sykehjem. Fokusgruppeintervju ble vurdert for innsamling av data. Derimot viste det seg at mange av sykehjemmene i distriktskommuner i Nord-Norge er små, med få sykepleiere. Jeg anså derfor det som vanskelig å kunne rekruttere nok informanter på samme tid og sted. I tillegg ble intervjuene gjennomført under en smittetopp i koronapandemien, og jeg anså det som usannsynlig at sykepleiere kunne stille opp fysisk på et fokusgruppeintervju. Jeg ville også hatt vanskeligheter med å gjennomføre fokusgruppeintervju over en digital plattform.

Fire av informantene ble rekruttert ut fra et strategisk utvalg. Det ble etter transkripsjon av disse vurdert at det ikke var tilstrekkelig god informasjonsstyrke i utvalget, og det var behov for et intervju til. Dette er i tråd med Malterud, som beskriver at antall informanter ikke kan bestemmes på forhånd, men styres av informasjonsstyrke (Malterud, 2017). På grunn av vanskeligheter med å rekruttere en femte informant ble det benyttet et tilgjengelighetsutvalg. Det er svakheter med å benytte et tilgjengelighetsutvalg, da informanten kan føle seg presset til å delta. Det kan også tenkes at informanten ikke er helt ærlig, fordi forskeren er en bekjent av en bekjent. Jeg hadde ingen kjennskap til noen av informantene som ble rekruttert, og jeg opplevde at informantene var ærlige om opplevelser og erfaringer de hadde om temaet. Det endelige utvalget er derfor vurdert til å være strategisk og ha god informasjonsstyrke. Dette fordi informantene har lang og relevant erfaring fra sykehjem i nordnorske distriktskommuner, som var aktuell for å belyse temaet og besvare problemstillingen.

To av informantene som ble rekruttert hadde en form for lederstilling, en fagleder på et sykehjem og en avdelingsleder for en liten sykehjemsavdeling. Dette synes jeg i liten grad har hatt innvirkning på svarende som ble gitt, fordi også disse informantene snakket om mangelfulle organisatoriske forhold. Men det er mulig at hvis informantene hadde vært sykepleiere uten lederbakgrunn kunne svarene vært annerledes. Noe som kan handle om at ledere har ofte større lojalitet ovenfor virksomheten og seg selv som leder.

Forskeren skal vurdere gyldigheten til studiens funn, og om den har overførbarhet i andre sammenhenger enn hvor den er gjennomført (Malterud, 2017). Informantene ble rekruttert fra fire ulike distriktskommuner i Nordland og Troms og Finnmark, hvor de hadde ulike geografiske forhold. Dette kan styrke overførbarheten. Nord-Norge er en langstrakt landsdel med ulike utfordringer. Det ville kanskje vært mindre variasjoner i materialet om den kun hadde representert informanter fra en eller to nordnorske distriktskommuner. Dette er en

studie gjort i forbindelse med en masteroppgave, og det er derfor relativt få informanter. Flere informanter fra flere distriktskommuner i Nord-Norge vil derfor ha kunnet bidra til enda større overførbarhetsverdi.

En rapport viser at det er sykepleiermangel på sykehjem i hele den norske kommunehelsetjenesten, samt at det mangler tilstrekkelig med kompetansehevende tiltak for sykepleiere (Gautun, 2020). Det kan på bakgrunn av dette tenkes at noen av resultatene fra denne studien kan ha en viss overføringsverdi til sykehjem i hele primærhelsetjenesten i Norge. Det er derimot viktig å påpeke at noen av distriktskommunene i Nord-Norge preges av kompliserte geografiske forhold, hvor informantene står i særegne utfordringer. Dette er utfordringer som store tettsteder og byer ikke vil oppleve.

Malterud påpeker at det er behov for dialogisk validering etter et intervju, fordi det i all samhandling er mulighet for misforståelser (Malterud, 2017). For å ivareta validiteten i prosessen fikk informantene i ettertid av intervjuene mulighet til å rette opp i eventuelle misforståelser, og mulighet til å oppklare det de hadde behov for. Jeg spurte også underveis hvis det var noe jeg var usikker på om jeg hadde forstått rett. Malterud trekker frem at det kan styre intersubjektiviteten mellom informant og forsker (Malterud, 2017). Sett i ettertid kunne dette også vært løst ved at informantene fikk tilsendt utkastet av transkripsjonen. Da ville de i enda større grad hatt mulighet til å avklare eventuelle mulige misforståelser. Analysen og presentasjon av funnene er gjort etter metoden systematisk tekstanalyse (Malterud, 2017), og er beskrevet i metodekapittelet.

Resultatene som er kommet ut av denne studien er ikke diskutert opp mot tidligere forskning som er gjort om sykepleiers erfaringer med å tidlig oppdage og behandle infeksjoner på sykehjem i distriktskommuner. Dette er på bakgrunn av at jeg ikke har funnet forskning på området. Jeg har heller ikke funnet forskning angående sykepleiers erfaringer fra sykehjem over hele Norge, eller å håndtere annen akutt sykdom på sykehjem i distriktskommuner. De tidligere forskningsartikler jeg har valgt å diskutere funnene mine opp mot, tenker jeg har relevans for problemstilling og funnene fra studien. Alder og kontekst på studiene som er valgt å inkluderes er relevant å diskutere.

Fire av artiklene er forskning som er gjennomført på sykehjem i Norge, men det legges ikke frem størrelse på kommunen eller avstand til sykehus (Hopøy, Bakken & Bing-Jonsson, 2020;

Sletner & Halvorsrud, 2020; Steinsheim & Malmedal, 2020). Men det kan tenkes at funnene fra disse sykehjemmene er overførbart til sykehjem i nordnorske distriktskommuner, da funnene viser manglende kompetanse hos helsepersonell og mangelfulle rutiner for bruk av observasjonsverktøy. En av forskningsartiklene som er inkludert er fra USA (Boockvar et al., 2005). Det vil være geografiske ulikheter fra amerikanske studier i forhold til små distriktskommuner i Nord-Norge, samt forskjeller i organisering av helsetjenesten. Derimot kan det tenkes at mangel på helsepersonell og manglende kompetanse på helsepersonell også kan føre til unødvendige sykehusinnleggelses for sykehjemspasienter i nordnorske distriktskommuner. Studien til Boockvar et. al er gjennomført på midten av 1990-tallet. Det er verd å påpeke at dette er snart 30 år siden. Men det ansees som fortsatt relevant fordi pasienter fra nordnorske distriktskommuner har lang reisevei, og komplikasjoner som trykksår, samhandlingsutfordringer og delirium ved sykehusoverflytting er fortsatt høyst aktuell.

## 7 Avslutning

Denne studien har bidratt til innsikt i hvilke erfaringer sykepleiere i nordnorske distriktskommuner har med infeksjonssyke pasienter på sykehjem.

I innledningen reflekterte jeg over om infeksjonssyke pasienter fra sykehjem i distriktene kan ha bedre nytte av, og mindre belastning ved å få behandling lokalt på sykehjemmet. Studien viser at sykepleiere i nordnorske distriktskommuner har evner, mulighet og ønske om å behandle infeksjoner lokalt. Informantene mener at sykehusinnleggelse ofte medfører større belastning enn nytte for pasienten. Denne studien har avdekket at det er en rekke utfordringer knyttet til muligheten til å yte behandling lokalt på sykehjemmet. Et av funnene viser at pasientene i noen tilfeller overføres til sykehus på et tidligere tidspunkt enn nødvendig, fordi vanskelig geografiske- og værforhold bidrar til at det blir praktisk umulig å overføre pasienter med sepsis til sykehus på et senere tidspunkt.

Resultatene avdekker at mangel på organisasjonskontinuitet, relasjonskontinuitet og informasjonskontinuitet ansees som hindringer som kan forsinke oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem, og igjen føre til unødvendig sykehusinnleggelse. Mangel på organisasjonskontinuitet vises ved at sykehjemmene i denne studien har mangelfulle fag- og samarbeidsrutiner for tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner. Dette tydeliggjøres ytterligere ved mangel på fagkompetanse på sykehjem. Sykepleiere og helsefagarbeidere blir erstattet av personell med lavere kompetanse, noe som kan medføre mangel på kompetent helsepersonell på jobb på sykehjem i distriktskommuner. En slik mangel på sykepleiefaglig kompetanse kan medføre at tidlige observasjoner på infeksjoner går tapt. Funnene indikerer samtidig at informantene i denne studien opplever at ledelsen på sykehjemmene har begrenset fokus på forskningsbasert kunnskap og kompetanseheving blant helsepersonell.

Funnene avdekker at sykepleiervikarer i stor grad benyttes på sykehjem. Sykepleiervikarer beskrives som å ha lik kompetanse som sykepleiere i fast arbeidsforhold, men de har ofte utfordringer knyttet til manglende norskkunnskaper og en annen terskel til å be om hjelp. Bruk av sykepleiervikarer vil utfordre relasjonskontinuiteten, og de kan mangle kunnskap om pasientens preferanser og normaltilstand. Dokumentasjon av pasientens preferanser er i flere tilfeller mangelfull. Dette kombinert med utydelige rutiner for å lese skriftlig rapport viser at informasjonskontinuiteten er svekket. Mangel på kontinuitet hos personalet på sykehjem blir

hindring for å tidlig oppdage og behandle infeksjoner, samt pasientsikkerheten og kvaliteten på helsehjelpen som ytes kan trues.

Studien viser at sykepleiere erfarer etiske dilemmaer rundt hvorvidt pasienter med infeksjoner skal behandles, og når det er riktig å avslutte behandlingen. Det er særlig hensynet til pasientens preferanser og overbehandling som oppleves utfordrende. Sykepleierne havner i dilemma mellom legens medisinske forordning på den ene siden, og pasientens ønsker på den andre. Å sikre relasjonskontinuitet og informasjonskontinuitet vil trolig kunne bidra til å minimere disse etiske utfordringene.

Samtidig viser funnene at det er flere faktorer som understøtter tidlig oppdagelse og behandling av akutte infeksjoner på sykehjem. Systematisk brukermedvirkning ivaretar pasientens preferanser og sikrer riktig behandling til rett sted. Det sørger for god dialog med pasienten, godt samarbeid med pårørende og skaper tillit mellom involverte partene.

Resultatene fra studien viser at høy erfaringsbasert kompetanse er betydningsfullt, og at kompetente sykepleiere med et velutviklet klinisk blikk vil tidlig kunne oppdage og behandle infeksjoner på sykehjem. Et velfungerende samarbeid, kontinuitet i helsepersonellet, kollegastøtte og samlokalisering med leger og sykehjem trekkes frem som av særlig betydning. Samlokalisering med leger og sykehjem skaper større tilgjengelighet mellom faggruppene, og legen kan tilse pasienter med infeksjonssymptomer på et tidligere stadium. Kollegastøtte sees som en motpol til faglig ensomhet, og bidrar til at sykepleierne slipper å stå alene ved utfordrende beslutninger.

En konklusjon fra denne studien er at det er et klart potensiale for forbedring. Innledningsvis stiller jeg spørsmål om hvilke observasjoner og vurderinger som ligger til grunn for at pasienter fra distriktskommuner blir sendt til sykehus for behandling av infeksjoner. Det viser seg at det er mange utfordringer knyttet til det organisatoriske systemet som vanskeliggjør at sykepleiere i samarbeid med leger, kan ta riktige beslutninger for den enkelte pasient med infeksjonssykdom. Gode organisatoriske rutiner for fag og samarbeid, fokus fra ledelsen på kunnskapsbasert praksis, god opplæring til vikarer og tid for helsepersonell til kompetanseheving på infeksjoner vil kunne bidra til at pasienter får korrekt behandling til riktig tidspunkt ved infeksjonssykdom. Ved å ta i bruk systematisk brukermedvirkning gjennom forhåndssamtaler og at det stilles krav fra ledelse om dokumentering av pasientens

preferanser vil brukermedvirkningen også kunne ivaretas. Sykepleiermangelen er en utfordring, men tilrettelagte og tydelige organisatoriske rammer kan bidra til at også vikarer kan ivareta pasientens preferanser og ha mulighet for å oppdage infeksjoner på tidligst mulig tidspunkt.

## **7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Resultatene fra denne studien synliggjør hvilket ansvar ledere for sykehjem har ovenfor sine ansatte, for at de skal ha muligheter for å oppdage og behandle infeksjoner på tidligst mulig tidspunkt. Ledere må tilrettelegge for kompetanseheving, og sørge for at helsepersonellet har de nødvendige rutinene og ressursene for å kunne ivareta kvaliteten på helsehjelpen, og sikre forsvarlig pasientsikkerhet på sykehjem. Funnene fra denne studien kan også benyttes til at helsepersonell på sykehjem reflekterer over hvilke faktorer som fremmer, og hva som hindrer tidlig oppdagelse og behandling av infeksjoner. Disse funnene kan skape faglige refleksjoner, som kan øke bevisstheten på infeksjonssykdommer på sykehjem. Studiens funn viser betydning av systematisk brukermedvirkning med pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem. Disse funnene kan fremme spørsmål om brukermedvirkningen på sykehjemmene er ivaretatt i tilstrekkelig grad, og skape debatter om det er rom til forbedringer på dette området. Denne studien kan også bevisstgjøre helsepersonell i spesialisthelsetjenesten om hvilke utfordringer sykepleierne på sykehjem står i med infeksjonssyke pasienter. Det kan bidra til at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ser behovet for å bidra med økt kompetanse rundt infeksjonssykdommer på sykehjem, og at de i større grad ivaretar sin veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten.

Studien hadde en noe vid inngang til temaet, og det har vist seg at det er mulighet for videre forskning innenfor mange områder rundt infeksjonssyke pasienter på sykehjem i distriktskommuner. Det er i denne studien undersøkt sykepleiers erfaringer. I forlengelse av denne studien kan både kvalitativ og kvantitativ forskning utføres. Det vil være aktuelt å undersøke om erfaringene som fremkommer i denne studien er gjeldende for alle sykehjem i hele Norge, og ikke bare i små kommuner i distriktene.

Et forslag til en kvalitativ studie kan være å utforske erfaringene til pasienter på sykehjem. Hvordan oppleves det for denne pasientgruppen å få behandling for infeksjoner på sykehjemmet, og hvordan føler de at brukermedvirkningen ivaretas. Det kan også være

aktuelt med pårørendes erfaringer på området. Dette kan gi større forståelse for pasient- og pårørendeperspektivet på dette temaet.

Et forslag til en annen kvalitativ studie er å undersøke hvordan ledere på sykehjem erfarer at pasientsikkerheten på sykehjem ivaretas, når infeksjoner skal oppdages og behandles på et tidligst mulig stadium. Et ledelsesperspektiv på temaet kunne fått frem hvorfor organisatoriske rutiner i noen tilfeller er mangelfulle, og hvilke forutsetninger som må foreligge for å kunne implementere velfungerende rutiner på sykehjem. Legers perspektiv rundt temaet kan også være aktuelt for videre kvalitativ forskning. Å utforske hvordan leger erfarer pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem, og hva de opplever som fremmende faktorer og hemmende faktorer for å oppdage og behandle infeksjoner på sykehjem. Å utforske hvordan leger ivaretar brukermedvirkningen, og hvordan etiske utfordringer med å avslutte behandling oppleves kan også være forslag til nye studier.

Mulige kvantitative forskningsområder kan være å utforske om det er ulikheter eller likheter i sykehusinnleggelser fra sykehjem i distriktskommuner mot sykehjem fra sentrale strøk. Det kan også vurderes antall sykehusinnleggelser på grunn av infeksjonssykdom på sykehjem med stabil bemanning, mot sykehjem med manglende kontinuitet i bemanningen.

## Referanseliste

- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. Oversatt fra From Novice to Expert av Have, G.: TANO Forlag.
- Berlevåg Kommune. (2022). *Ledige stillinger - Sykepleiere - HSP og institusjon*. Berlevåg. Tilgjengelig fra: <https://www.berlevag.kommune.no/ledige-stillinger-sykepleiere-hsp-og-institusjon.6504446-31774.html> [Lest 24.03.22].
- Bing-Jonsson, P. C. et al. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff *BMC Nursing* 15 (5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Boockvar, K. S. et al. (2005). Outcomes of Infection in Nursing Home Residents with and without Early Hospital Transfer. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 53 (4), 590-596. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53205.x>
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, s. 262-279. Oslo: Gyldendal
- Brubakk, O. (2016). Infeksjoner. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling: 37 grader*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bushy, A. (2011). The Rural Context and Nursing Practice. I: Molinari, D. & Bushy, A. red. *The Rural Nurse: transition to practice*, s. 3-21. New York: Springer Publishing Company.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dolonen, K. A. & Reppen, N. K. (2020). *Kommunene brukte 1,2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor*: Sykepleien. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/12/kommunene-brukte-12-milliarder-pa-leie-inn-vikarer-i-fjor> [Lest 24.03.22].
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Koronavirus (SARS-CoV-2): fakta, råd og tiltak*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/> [Lest 28.03.22].
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor på sykehjem. I: Ramm, J. red. *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*, s. 93-100. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898> [Lest 02.04.22].



- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus: bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien, NOVA Rapport nr. 14/20. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20.pdf?sequence=3&isAllowed=y> [Lest 08.03.22].
- Gjerberg, E. et al. (2017). Forberedende samtaler i norske sykehjem. *Tidsskrift den norske legeforening*, 137 (4), 447-50. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0284>
- Haggerty, J. L. et al. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ. British Medical Journal* 327 (7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis* Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> [Lest 22.02.22].
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. 2 utg. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf) [Lest 17.03.22].
- Helsedirektoratet. (2020). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand> [Lest 05.04.22].
- Helsedirektoratet. (2021a). *Håndtering av etiske utfordringer i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/kurs-og-opplaering/veiledning-til-ledere-og-opplaeringsansvarlige/handtering-av-etiske-utfordringer-i-helsetjenesten> [Lest 10.04.22].
- Helsedirektoratet. (2021b). *Nasjonal faglig retningslinje for antibiotika i primærhelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primarhelsetjenesten> [Lest 17.02.22].
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell*.
- Hopøy, A.-C., Bakken, L. N. & Bing-Jonsson, P. C. (2020). En kartegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie *Sykepleien Forskning*, 15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.83096>

- Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 3 utg., s. 115-140. Oslo: Gyldendal.
- Kittang, B. R. (2020). Aldring og infeksjoner. I: Husebø, B. & Flo, E. red. *Eldreboen*, s. 230-240. Bergen: Fagbokforlaget.
- Klomstad, K. et al. (2018). Involvement in decisions about intravenous treatment for nursing home patients: nursing homes versus hospital wards. *BMC Medical Ethics*, 19 (34), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0258-5>
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør: om omsorgens forhold til sykepleie - en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. TANO Forlag
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Sykepleie - kunnskap og kompetanse I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. red. *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2 utg. Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. red. *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2 utg., s. 281-342. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. red. *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2 utg., s. 15-30. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) [Lest 02.02.22].
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M.-B. (2017). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelse-tenesta: er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning*, 12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>
- Lenthall, S. et al. (2009). What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. *The Australian Journal of Rural Health*, 17 (4), 208-213. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01073.x>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Norsk senter for dataforskning. (2021). *Fyller ut meldeskjema for personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyller-ut-meldeskjema-for-personopplysninger> [Lest 13.02.21].
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> [Lest 06.04.22].
- Nortvedt, M. W. et al. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert* Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). *Klinisk sykepleie: funksjon og ansvar I: Almås, H. et al. red. Klinisk sykepleie 1, 5 utg.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranhoff, A. H. & Linnsund, J. M. (2005). Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? *Tidsskrift den norske legeforening* (13-14). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/nar-skal-sykehjemspasienter-innlegges-i-sykehus> [Lest 01.02.22].
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin: håndbok i praktisk sykehjemsarbeid* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, s. 188-195. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* 3utg., s. 232-244. Oslo: Gyldendal.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2021). *Eksempler på virksomhet som IKKE skal søke REK*. Tilgjengelig fra: [https://rekportalen.no/-/hjem/s%C3%B8ke\\_REK](https://rekportalen.no/-/hjem/s%C3%B8ke_REK) [Lest 13.02.21].
- Reid, R. J., Haggerty, J. L. & Mckendry, R. (2002). *Defusing the Confusion: concepts and Measures of Continuity of Health Care*. Ottawa: The Canadian Institute for Health Information.
- Riksrevisjon. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

- Rolfsjord, I., Mdala, I. & Straand, J. (2019). Sykebesøk på sykehjem: får vaktlegen nok pasientinformasjon? *Sykepleien forskning*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75498>
- Scharff, J. E. (2013). The Distinctive Nature And Scope Of Rural Nursing Practice: philosophical Bases. I: Winthers, C. A. red. *Rural Nursing: concept, theory and practice* s. 241-258. New York: Springer Publishing Company.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 3 utg., s. 416-441. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sletner, A. & Halvorsrud, L. (2020). Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet. *Sykepleien forskning*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80410>
- Smedt, S. D. & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge: en scoping review. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13 (2). <https://doi.org/10.7557/14.4238>
- St. meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - rett sted - rett tid*.
- Statistisk sentralbyrå. (2021a). *Dette er Norge 2021*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/dette-er-norge-2021/> /attachment/inline/b5aab932-f22f-407c-8293-f5ebb42a0768:3479e0908a28c35824e27ad122980065f3c7d0c0/Dette er Norge 2021 WEB.pdf [Lest 18.03.22].
- Statistisk sentralbyrå. (2021b). *Fakta om befolkning*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen> [Lest 18.03.22].
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Statistikkbanken*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ssb.no/statbank/table/11668/> [Lest 17.02.2022].
- Steinsheim, G. & Malmedal, W. (2020). Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (2), 10-22. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-02>
- Thoresen, L. et al. (2017). *Veileder: forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem*. Oslo: UiO: Senter for medisinsk etikk. Tilgjengelig fra:  
[https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forhandssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117-.pdf?utm\\_source=publikasjoner&utm\\_campaign=veileder-forhandssamtaler](https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forhandssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117-.pdf?utm_source=publikasjoner&utm_campaign=veileder-forhandssamtaler) [Lest 15.03.22].
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 4. utg. Oslo: Gyldendal.

- UiT Norges arktiske universitet. (2021). *Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT*: Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra: [https://uit.no/om/informasjonsikkerhet - innhold\\_675089](https://uit.no/om/informasjonsikkerhet-innhold_675089) [Lest 11.01.22].
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Lest 31.01.21].
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri: en medisinsk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aasmul, I. (2020). Forhåndssamtaler i sykehjem I: Husebø, B. & Flo, E. red. *Eldreboken - Diagnoser og behandling*, 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1 – Forespørsel om tilgang til forskningsområde



UiT Norges arktiske universitet

### Forespørsel om tilgang til forskningsområde

Jeg er student ved Universitet i Tromsø. Her tar jeg en mastergrad innenfor Helsefag i Aldring og geriatrisk helsearbeid. Jeg skal i skoleåret 2021-2022 skrive en masteroppgave, tilsvarende 40 stp. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke sykepleiers erfaringer med pasienter med infeksjonssykdom i sykehjem i nordnorske distriktskommuner.

Mastergradsoppgaven skal gjennomføres ved hjelp av kvalitativ metode. Høsten 2021 skal det totalt gjennomføres fire til seks individuelle semistrukturerte intervju. Intervjuet vil ha varighet på omtrent en time. Intervjuet vil bli tatt opp med en digital lydopptaker, og etterpå vil intervjuene transkriberes. Når det er gjort vil lydopptaket slettes. Denne oppgaven dreier seg om helsetjenesteforskning, og vil den ikke være framleggspliktig for Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Før intervjuene gjennomføres skal masterprosjektet være vurdert av Norsk Senter for Dataforskning (NSD).

Jeg ønsker med dette tillatelse fra avdelingsleder til at sykepleiere fra ditt arbeidssted deltar i forskningsprosjektet. Det må gis et muntlig samtykke før de kan delta i prosjektet, og de kan trekke seg fra studien når som helst. Studien vil være aidentifisert, og alle opplysninger som kan knyttes til deltakerne eller sykehjemmet vil bli fjernet. Dersom du som avdelingsleder godkjenner at sykepleiere fra din avdeling deltar ønsker jeg tilbakemelding på dette. Videre er det ønskelig at du er behjelpelig med å sende informasjonen videre til de aktuelle sykepleierne. Jeg ønsker å intervju to til tre sykepleiere hos dere. Sykepleierne må ha minimum seks måneders erfaring fra arbeidsstedet og jobbe i en avdeling som har pasienter i langtids plass.

Med vennlig hilsen

Vilde Richardsen, Masterstudent i Helsefag, Aldring og geriatrisk helsearbeid.  
E-post: [vri005@uit.no](mailto:vri005@uit.no)

## **Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og muntlig samtykkeerklæring**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet: *Sykepleiers erfaringer med pasienter rammet av infeksjonssykdom på sykehjem***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i min masteroppgave hvor formålet er å belyse sykepleiers erfaringer med pasienter rammet av infeksjonssykdom på sykehjem i nordnorske distriktskommuner. Dette prosjektet gjennomføres av Vilde Richardsen i sin rolle som masterstudent ved Helsefag på Universitet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Studiens formål er å få tilført mer kunnskap om infeksjonsbehandling på sykehjem. Dette vil gjøres ved å utforske hvordan sykepleiere i nordnorske distriktskommuner erfarer møte med pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem. Hvilke vurderinger gjør sykepleierne for å oppdage infeksjoner på et tidlig mulig stadium? Hvilke spesielle utfordringer og situasjoner møter sykepleiere i distriktet med pasienter rammet av infeksjonssykdommer? Når kan pasienter med infeksjonssykdom behandles i sykehjemmet, og når må pasientene flyttes til sykehus? Gjøres det forhåndssamtaler med pasienter og pårørende ved innleggelse? Jeg ønsker å belyse erfaringene sykepleierne har på området. Det vil også utforskes hvilken kunnskap og kompetanse sykepleiere i distriktskommuner anser som viktige forutsetninger rundt møte med pasienter rammet av infeksjonssykdom, og hvilket fokus de har på kompetanse og samarbeid. Resultatet vil presenteres i en masteroppgave, skrevet av undertegnede. Videre kan det bli aktuelt å publisere resultatene i et fagfellevurdert tidsskrift i etterkant.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta da du jobber på et sykehjem, som ligger over 80 km til nærmeste sykehus. Du jobber på et sykehjem med pasienter i langtids plass og har over seks måneders

arbeidserfaring, som er inkluderingskriterier til studien. Dette er satt som inkluderingskrav da det er et ønske at en har erfaringer med pasienter rammet av infeksjonssykdom i sykehjem før deltakelse i studien.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Intervjuet vil foregå som en uformell samtale, hvor jeg stiller deg noen spørsmål. Intervjuet vil vare i opptil 60 minutter, og vil finne sted på ditt arbeidssted eller over digital videoløsning (Teams). Det er ingen økonomisk kompensasjon for deltakelse i studien.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger og hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil bli tatt opp med en digital lydopptaker, en mobiltelefon. Mobiltelefonen vil være passordbeskyttet, og kun jeg vil ha tilgang til lydopptaket. Samtykke til deltakelse i studien vil være et muntlig samtykke. Det vil være på starten av lydopptaket før intervjuet begynner. Det vil tas feltnotater under intervjuet. Jeg vil så transkribere intervjuet fra muntlig til skriftlig form. Transkripsjonsmaterialet og feltnotatene vil lagres passordbeskyttet under UITs server og brannmur. Når masterprosjektet er ferdigstilt og godkjent vil lydopptaket som inkluderer muntlig samtykke, transkripsjonsmaterialet og feltnotater slettes. Dette vil skje i løpet av 2023. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det er kun masterstudent \_\_\_\_\_ som har tilgang til denne listen. Når masteroppgaven ferdigstilles vil alle opplysninger bli aidentifisert, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i studien.

### **Dine rettigheter**

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



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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT, Norges 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:

UIT, Norges Arktiske Universitet ved Vilde Richardsen. Tlf: 92 66 93 77

E-post: [vri005@uit.no](mailto:vri005@uit.no)

Veileder: Elin Kristin Evensen. E-post: [elin.k.evensen@uit.no](mailto:elin.k.evensen@uit.no)

Vårt personvernombud: [personvernombudet@uit.no](mailto:personvernombudet@uit.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vilde Richardsen

*Prosjektansvarlig*

Elin Kristin Evensen

*Veileder*

## **Muntlig samtykkeerklæring over lydopptak**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet med pasienter rammet av infeksjonssykdom i sykehjem, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju med lydopptak
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

## Vedlegg 3 – Intervjuguide

### Intervjuguide\*

Introduksjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentasjon av hvem jeg er.</li> <li>- Informasjon om mastergradsoppgaven. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bakgrunn og hensikt</li> </ul> </li> <li>- Informasjon om muntlig samtykke og at det må samtykkes på lydopptak før intervjustart.</li> <li>- Om å benytte lydopptaker og transkribering i ettertid.</li> <li>- Informasjon om anonymitet og mulighet for å trekke seg i ettertid.</li> </ul>
Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor mange års erfaring har du som sykepleier?</li> <li>- Hvordan type erfaring har du?</li> </ul>
Hovedspørsmål 1 og hjelpespørsmål	<p><b>Kan du fortelle om situasjoner hvor du hadde pasienter som utviklet infeksjonssykdom?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er de vanligste infeksjonssykdommene?</li> <li>- Hvor ofte rammes pasientene av infeksjoner?</li> <li>- Hvordan oppdaget du infeksjonen?</li> <li>- Hvordan går du i fram, når du mistenker infeksjonssykdom hos en av sykehjemspasientene?</li> <li>- Hvem samarbeidet du med?</li> <li>- Hva er utfordringene?</li> <li>- Blir pasientene behandlet i sykehjemmet, eller blir de sendt på sykehuset?</li> <li>- Hadde dere (sykepleier og lege) på forhånd hatt samtale med pasient og pårørende, angående behandlingsønsker og behandlingsalternativ ved akutte infeksjoner? Og hvordan har dere slike samtaler?</li> <li>- Hva tenker du er essensielt for deg for å kunne behandle pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem i distriktskommuner? Er det noe du kunne tenkt deg var bedre/annerledes?</li> </ul>
Hovedspørsmål 2 og hjelpespørsmål	<p><b>Hvilken kunnskap/kompetanse tenker du er viktig i møte med pasienter som utvikler infeksjonssykdom?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan opplever du kompetansen til helsepersonellet på sykehjemmet rundt infeksjonssykdommer hos sykehjemspasienter?</li> <li>- Hvordan opplever du fokuset på infeksjonssykdommer hos pasienter i sykehjem?</li> <li>- Hvilke rutiner har dere for tidlig å oppdage infeksjonssykdom?</li> <li>- Hvordan fokus opplever du at ledelsen har på kompetanseheving for helsepersonell angående infeksjonssykdommer?</li> <li>- Kan du nevne eksempler der du tenker at kompetanse har hatt betydning for ivaretagelsen av pasienter med infeksjonssykdom i sykehjem?</li> <li>- Hvilke kunnskaper tenker du er viktig for å ivareta gamle pasienter med infeksjonssykdommer i sykehjem i distriktskommuner? Og føler du deg kompetent?</li> </ul>
Hovedspørsmål 3 og hjelpespørsmål	<p><b>Hvilke refleksjoner har du rundt det å ha en distriktskommune som arbeidssted i møte med pasienter med infeksjonssykdom?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke fordeler tenker du det er med å være sykepleier i en distriktskommune?</li> <li>- Hvilke ulemper tenker du det er med å være sykepleier i en distriktskommune?</li> <li>- Fra dette sykehjemmet er det langt til nærmeste sykehus, hvordan opplever du det?</li> <li>- Opplever du noen utfordringer med behandling av pasienter med infeksjonssykdommer på sykehjem i en distriktskommune i forbindelse med ulike årstider?</li> <li>- Opplever det trygt å ivareta pasienter med infeksjonssykdommer i sykehjem langt unna sykehus?</li> </ul>
Avsluttende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du noe annet du tenker vi ikke har snakket om, som er relevant for å ivareta pasienter med infeksjonssykdom på sykehjem i distriktskommuner?</li> <li>- Noe som du ønsker å endre på?</li> </ul>

\*Spørsmål i fet tekst er hovedspørsmål. Spørsmål uten fet skrift er hjelpespørsmål som ble brukt som støtte for intervjuer om samtalen stoppet opp.

## Vedlegg 4 – Vurdering fra NSD



### Vurdering

**Referansenummer**

817887

**Prosjekttittel**

Sykepleiers erfaringer med pasienter rammet av infeksjonssykdom på sykehjem

**Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Elin Kristin Evensen , elin.k.evensen@uit.no, tlf: 92204473

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Vilde Richardsen, vri005@uit.no, tlf: 92669377

**Prosjektperiode**

01.09.2021 - 20.07.2023

**Vurdering (3)**

---

**26.11.2021 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 23.11.2021.

Prosjektet har fått ny prosjektansvarlig. Vi legger til grunn at dette er avklart internt. Behandlingen kan fortsette.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til videre med prosjektet!

**27.09.2021 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 27.09.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med

vedlegg den 27.09.2021. Behandlingen kan fortsette.

Ny dato for prosjektslutt er 20.07.2023. Dette er oppdatert i informasjonsskrivet.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

#### 02.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 02.09.2021. Behandlingen kan starte.

#### HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell/sykepleiere har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til

å svare innen en måned.

#### **FØLG DIN INSTITUTEJONS RETNINGSLINJER**

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

