



Sykehjemslegers erfaringer med covid-19. En kvalitativ intervjustudie

Nursing Home Physicians' Experiences with Covid-19: A Qualitative Interview Study

Signe Gunn Julnes

Førsteamanuensis, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde

signe.g.julnes@himolde.no

Bjørn Lichtwarck

Overlege, Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet

Bjorn.Lichtwarck@sykehuset-innlandet.no

Siren Eriksen

Professor, Lovisenberg Diakonale Høgskole

Fagsjef, Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold

siren.eriksen@aldringoghelse.no

Adelheid Hummelvoll Hillestad

Førsteamanuensis, Lovisenberg Diakonale Høgskole

Adelheid.H.Hillestad@ldh.no

Anita Nilsen

Stipendiat, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde

Anita.Nilsen@himolde.no

Signe Tretteteig

Spesialrådgiver, Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold

signe.tretteteig@aldringoghelse.no

Anne Marie Mork Rokstad

Professor, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde

Seniorforsker, Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold

anne.marie.rokstad@aldringoghelse.no

Sammendrag

Beboere med covid-19-sykdom på norske sykehjem hadde høy risiko for alvorlig forløp og død. Hensikten med denne studien var å utforske sykehjemslegers erfaringer med å ivareta behandlingsansvaret for beboere med covid-19 og hvordan de samarbeidet med pårørende og sykepleiere. Denne intervjustudien inkluderte ti sykehjemsleger med erfaring fra covid-19 i sykehjem fra tre av de fire helseregionene i Norge. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse av de transkriberte intervjuene. Analysen identifiserte følgende tre hovedfunn: 1) Krevende ansvar for medisinskfaglige vurderinger og avgjørelser, 2) Kommunikasjon og samarbeid med pårørende – viktig og tidkrevende, og

3) Sykepleierne – en viktig samarbeidspartner. Sykehjemslegene opplevde et krevende ansvar og utfordringer med å ivareta multimorbide og skrøpelige beboere under pandemien. Dette illustrerer behovet for gode rutiner samt lokale og nasjonale retningslinjer. Samarbeidet med erfarne og rutinerne sykepleiere ga trygghet. Sykehjemslegenes beskrivelse av følelsesmessige utfordringer under covid-19-pandemien understreker behovet for faste, kollegiale og faglige nettverk.

Nøkkelord

kommunehelsetjeneste, pandemi, multisyke, eldre, samarbeid

Abstract

Covid-19 affected patients were at high risk of serious events and deaths in Norwegian nursing homes during the pandemic. The objective of this study was to explore nursing home physicians' experiences of caring for Covid-19 patients and collaborating with their informal caregivers and nurses. The study is an interview study that included ten nursing home physicians recruited from three out of four health regions with experience from Covid-19 in their nursing homes. A qualitative content analysis of the transcribed interviews was performed. The analysis identified the following categories presented as the main findings: (1) Demanding responsibility for medical assessments and decisions; (2) Communication and collaboration with family caregivers: important and time consuming; and (3) The nurses: an important collaboration partner. The responsibility and challenges in caring for multimorbid and frail patients during the pandemic was experienced as demanding. This finding illustrates the need for good routines as well as local and national guidelines. The importance of experienced nurses as working partners was emphasized. The nursing home physicians' description of emotional challenges emphasizes the need for permanent, collegial, and professional networks.

Keywords

primary health care, pandemic, multimorbidity, elderly, collaboration

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Sykehjemsleger har et krevende medisinsk ansvar for multisyke eldre på sykehjem.
- Over halvparten av covid-19-relaterte dødsfall det første året av pandemien fant sted på sykehjem.

Hva tilfører denne studien?

- Ny kunnskap om et krevende ansvar for medisinskfaglige vurderinger og avgjørelser og om samarbeid med pårørende og sykepleiere.
- Sykehjemslegene står i følelsesmessige utfordringer og fremhever et tydelig behov for faste, kollegiale og faglige nettverk.
- Gode samarbeidsrutiner og retningslinjer tydeliggjør behov for behandlingsavklaringer ved smitteutbrudd i sykehjem.

Bakgrunn

Sykehjemsleger har ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av beboere i sykehjem. I Norge er det ca. 39 000 sykehjemsbeboere med en gjennomsnittsalder på 85 år (Helvik et al., 2016; Statistisk sentralbyrå, 2021). Det antas at vel 80 % av beboerne med langtids plass i sykehjem, har demens (Vossius et al., 2015). En tverrsnittstudie gjennomført av Jørgensen og kolleger (2018) av 2983 sykehjemsbeboere i Norge, viste at beboerne som regel er multimorbide, med betydelig funksjonstap og høy symptombyrde. De vanligste diagnosene i tillegg til demens var kardiovaskulære, muskel- og skjelett- og endokrine, ernæringsmessige og metabolske diagnoser (Jørgensen et al., 2018). Ifølge Melby og kolleger (2019) og Helse- og omsorgsdepartementet (2019) har den medisinske kompetansen blitt styrket i sykehjem de senere år, og hyppigere legetilsyn skal sørge for nødvendig medisinsk behandling ved akutt og langvarig sykdom, utredning og observasjon av beboerne på kort- og langtidsopphold (Melby et al., 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Starten på covid-19-pandemien fra mars 2020 ble en krevende tid for sykehjemslegene på grunn av faren for økt smittespredning av SARS-COV-2 i flere institusjoner og med påfølgende risiko for alvorlig forløp hos sykehjemsbeboere (Folkehelseinstituttet, 2020). Sykdomsbildet hos en covid-19-syk pasient kan endre seg raskt og kompliseres av akutt lungesvikt, hjertesvikt, sepsis og eventuelt nyresvikt. Dette avviker fra den «vanlige døden» på sykehjem, hvor det vanligvis er tid til forberedelser (Eriksen et al., 2020). De fleste covid-19-assosierte dødsfall i 2020 skjedde i helseinstitusjoner, hvorav 57 % av dødsfallene var på sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2021). Norske helsemyndigheter ga tidlig en anbefaling om at sykehjemsbeboere med covid-19 fortrinnsvis burde behandles på sykehjem og ikke innlegges på sykehus med mindre det fantes særlig tungtveiende grunner for at sykehusinnleggelse åpenbart vil forlenge livet vesentlig og gi økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2020). En artikkel av Danielsen og kolleger (2022) basert på norske registerdata tyder på at sykehjemmene utgjorde et viktig ledd i pasientkjeden for covid-19 og dermed var avgjørende for hel-seberedskapen. Studien viste at få beboere ble overført til sykehus (Danielsen et al., 2022). Også på verdensbasis har beboerne på sykehjem båret en betydelig del av sykdomsbyrden og tiltaksbyrden under covid-19-pandemien (Thompson et al., 2020).

I løpet av 2020 kom det retningslinjer fra Helsedirektoratet om at sykehjem burde vektlegge smittevern råd som var beskrevet i basale smittevernrutiner (Helsedirektoratet 2020), men retningslinjene endret seg til stadighet de første månedene med økende forekomst av SARS-COV-2-smitte. Ikke før i 2021 kom den nasjonale veilederen for covid-19, som ga felles faglige retningslinjer og råd om smitteverntiltak, plan for karantenebestemmelser for personalet, oppdatering av journalført behandlingsavklaringer for hver beboer, klare retningslinjer for håndtering og behandling og dødsfall og nasjonale anbefalinger om besøk og tiltak mot sosial isolering (Helsedirektoratet, 2021).

Fra tilgjengelig forskning om covid-19 i norske sykehjem ser vi av publiserte registerdata at 0,69 % av sykehjemsbeboerne ble smittet av SARS-COV-2 i pandemiens første år, og at 1,3 % av alle dødsfall var covid-19-relaterte (Danielsen et al., 2022). En spørreundersøkelse av Kirkevold og kolleger (2020) blant 93 avdelingsledere fra 82 norske sykehjem undersøkte utfordringer med pandemien relatert til smittevern, testing, rutiner og kompetanse. Resultatene viste til utfordringer med mangel på sykepleiere og små stillingsbrøker. Mange ansatte arbeider derfor flere steder, noe som kunne medføre økt smitterisiko (Kirkevold et al., 2020). En retrospektiv observasjonsstudie hvor til sammen 40 beboere ble inkludert under det første utbruddet av SARS-COV-2-smitte fra tre sykehjem, viste funn at de fleste beboerne hadde atypiske symptomer ved diagnostidspunktet, og at 21 av de 40 beboerne døde av sykdommen covid-19 (Kittang et al., 2020). Jacobsen og kolleger (2021) gjennomførte kvalitative casestudier ved fem norske sykehjem hvorav fire hadde SARS-COV-2-smitte. Resultatene viste at pandemisituasjonen ble opplevd som dramatisk og krevende, også i sykehjemmet som ikke hadde smitte. Legene i studien beskrev at atypiske symptomer hos skrøpelige eldre var lite vektlagt i starten av pandemien, og at informasjon om dette ikke inngikk i de rådene som var gitt av helsemyndighetene (Jacobsen et al., 2021; Malterud, 2017).

Målet med denne studien var å innhente sykehjemslegers erfaringer med covid-19 i sykehjem for å utforske følgende forskningsspørsmål: 1) Hvordan opplevde sykehjemsleger å ha behandlingsansvar for covid-19-beboere i sykehjem? og 2) Hvordan opplevde de samarbeidet med pårørende og sykepleierne i avdelingen?

Metode

Studien har et kvalitativt utforskende design (Jacobsen, 2015) med individuelle intervjuer av sykehjemsleger som metode for datasamling. Vi vurderte at kvalitative intervjuer var en hensiktsmessig metode med tanke på å innhente sykehjemslegenes erfaringer og refleksjoner over sine egne opplevelser i den første tiden med covid-19-smitte (Malterud, 2017).

Deltakelse og rekruttering

Utvalget besto av ti sykehjemsleger, hvorav én sykehjemslege jobbet på to sykehjem. Vi rekrutterte deltakerne i perioden fra desember 2020 til april 2021. Vi brukte snøballmetoden (Tjora, 2021) for å rekruttere deltakere som passet til utvalgskriteriene, via kontaktpersoner (leger, demenskoordinatorer og sykehjemsledere) i nettverket til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og i Facebook-gruppen «Sykehjemsleger i Norge», som hadde ca. 700 medlemmer på rekrutteringstidspunktet. Kriterier for inklusjon var at deltakeren skulle være sykehjemslege ved et sykehjem med beboere som hadde eller hadde hatt covid-19. For å sikre variasjon i utvalget inkluderte vi sykehjemsleger både fra by- og landkommuner av ulik størrelse i tre av fire helseregioner i Norge.

Tabell 1 Oversikt over utvalget

Deltaker nummer	Kjønn	Alder	Type sykehjem, avdeling(er)	Stillingsstørrelse (antall sykehjem)
1	Kvinne	58	Privat, langtids	100 % (1)
2	Kvinne	37	Kommunalt, kort- og langtids	100 % (2)
3	Kvinne	49	Kommunalt, langtids	100 % (1)
4	Kvinne	62	Kommunalt, kort- og langtids	100 % (1)
5	Mann	65	Kommunalt, korttids	100 % (1)
6	Kvinne	41	Kommunalt, langtids	100 % (1)
7	Kvinne	33	Privat, langtids	80 % (1)
8	Kvinne	42	Kommunalt, langtids	65 % (1)
9	Kvinne	51	Kommunalt, langtids	100 % (1)
10	Kvinne	38	Kommunalt, langtids	100 % (1)

Datainnsamling

Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål der deltakerne ble oppfordret til å dele sine erfaringer med covid-19 i sykehjem. Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Spørsmålene vektla behandling og behandlingsavklaringer til beboere med covid-19-smitte og samarbeidet med sykepleiere og pårørende. Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene via telefon i perioden desember 2020 til april 2021. Forskergruppen som har foretatt analyse og fortolkning av intervjuene, er sammensatt av sykepleiere og en lege med klinisk så vel som kvalitativ og kvantitativ forskningserfaring fra sykehjem og sykehus. Ingen av forskerne hadde noen relasjon til sykehjemslegene som deltok i studien, eller kjennskap til sykehjemmene de jobbet ved.

Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett basert på lydopptak. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman. Materialet ble analysert på et manifest nivå, det vil si tekstnært og beskrivende relatert til deltakernes utsagn (Graneheim & Lundman,

2004). Vi brukte følgende fire analysetrinn: 1) gjennomlesning av intervjuene for å danne seg et helhetsinntrykk og identifisere preliminnære temaer, 2) meningsenheter ble hentet ut, kondensert og merket med koder for å organisere materialet, 3) kodene ble sammenlignet, likheter og forskjeller ble identifisert, og en struktur av kategorier og subkategorier ble etablert, og 4) kategoriene ble oppsummert og skrevet ut som resultater i løpende tekst (Graneheim & Lundman, 2004). Førsteforfatteren utførte intervjuene, leste transkripsjonene og gjorde de to første trinnene i analysen samt samarbeidet med de to medforfatterne BL og AMMR i den videre analysen om subkategorier og kategorier. Alle forfatterne deltok i diskusjonene av analysen og ga innspill til presentasjonen av funnene.

Tabell 2 Eksempler fra analysetrinn 2 og 3

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
«Jeg samarbeidet med sykehjemsleger på to andre sykehjem, så det var veldig godt å ha en kollega som var enig med meg. Hvis jeg hadde vært alene, hadde det vært mye tøffere å beslutte.» (Sykehjemslege 6)	«Jeg samarbeidet med sykehjemsleger fra andre sykehjem – det gjorde det lettere å ta en beslutning.»	Kollegialt samarbeid og støtte ved avveininger om innleggelse på sykehus	Krevende ansvar for medisinskfaglige vurderinger og avgjørelser
«Vi snakker med pårørende om hva de tror deres foreldre eller ektefelle vil, og så drøfter vi det tverrfaglig i avdelingen før vi tar den riktige beslutningen om hjerte-lungeredning, respiratorbehandling og i forhold til om sykehusinnleggelse bør unngås, og i forhold til palliasjon.» (Sykehjemslege 9)	«Vi snakker med pårørende om hva deres nærmeste vil, deretter drøftes det tverrfaglig i avdelingen før riktig beslutning tas om hjerte-lungeredning, respiratorbehandling og om sykehusinnleggelse bør unngås, og om palliasjon.»	Stort behov for informasjon og dialog	Kommunikasjon og samarbeid med pårørende – viktig og tidkrevende
«Det var da det stod på som mest, så hadde vi omtrent daglige møter med sykepleiere som var i avdelingen, var jo stort sett de jeg kjenner godt fra tidligere. Det er veldig godt at vi kjente hverandre da. Det var mange ganger at lege ikke var i avdelingen, det var telefonkontakt der sykepleierne rapporterte og diskuterte ut fra det dem hadde av funn. Det var et bra samarbeid, må jeg si.» (Sykehjemslege 8)	«Vi hadde omtrent daglige møter med sykepleierne i avdelingene via telefonkontakt der sykepleierne rapporterte og diskuterte ut fra det dem hadde av funn. Det var veldig godt at vi kjente hverandre, det var et bra samarbeid.»	Samarbeid med erfarne sykepleiere var betryggende	Sykepleierne – en viktig samarbeids-partner

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 503268. Deltakerne fikk tilsendt skriftlig informasjon via e-post med beskrivelse av hensikten med studien, personvern og retten til å trekke seg når som helst frem til analysen var ferdig og resultatet publisert. På bakgrunn av denne informasjonen ga de skriftlig samtykke til deltakelse. De fikk informasjon om at personopplysninger ville bli behandlet konfidensielt, og at mulig gjenkjennbare opplysninger ville bli anonymisert, samt at data blir slettet i henhold til NSDs retningslinjer.

Funn

Analysen identifiserte følgende tre kategorier med tilhørende subkategorier, som videre blir presentert som studiens funn: 1) Krevende ansvar for medisinskfaglige vurderinger og avgjørelser, 2) Kommunikasjon og samarbeid med pårørende er viktig og tidkrevende og 3) Sykepleierne er en viktig samarbeidspartner (se tabell 3).

Tabell 3 Oversikt over identifiserte kategorier og subkategorier

Kategorier	Krevende ansvar for medisinskfaglige vurderinger og avgjørelser	Kommunikasjon og samarbeid med pårørende – viktig og tidkrevende	Sykepleierne – en viktig samarbeidspartner
Subkategori	Stor arbeidsbelastning Alene med ansvaret Kollegialt samarbeid og støtte ved avveininger om innleggelse på sykehus Håndtering av smitte	Krevende restriksjoner og smittevernstiltak Stort behov for informasjon og dialog	Samarbeid med erfarne sykepleiere var betryggende Samarbeid basert på gjensidig avhengighet

Funnene vi presenterer, representerer deltakernes opplevelser og erfaringer slik de beskrev dem i intervjuene.

Krevende ansvar for medisinsk faglige vurderinger og avgjørelser

Stor arbeidsbelastning

Det var en krevende tid for deltakerne i starten av pandemien blant annet fordi det ikke fantes tydelige retningslinjer om smittevern og medisinsk behandling og oppfølging av pasienter med SARS-COV-2-smitte og/eller covid-19-sykdom. De fleste av sykehjemslegene opplevde det første smitteutbruddet i sykehjemmene som startet i mars eller april 2020, og arbeidsbelastningen i denne perioden var stor. Den økte arbeidsmengden besto særlig i mer administrasjonsarbeid med hyppige møter, rapportering av utbrudd til Folkehelseinstituttet og ledelsen samt oppfølging av nasjonale råd med utvikling av lokale retningslinjer for sykehjemmet i tråd med sentrale føringer. Flere deltakere fortalte om hyppige tilsyn for vurderinger av pasienter med smitte, mistanke om smitte samt en rekke samtaler med pårørende og beboere blant annet relatert til isolasjon av pasienter. Flere av sykehjemslegene som deltok, var i karantene med tilgang til journalsystemet hjemmefra. Noen av dem opplevde at det var krevende å avklare både behandlingstiltak og behandlingsnivå med dette utgangspunktet. De jobbet tett på vikarleger som ikke var kjent i avdelingene, og delegerte ofte oppgaver til sykepleierne via telefon. Noen deltakere opplevde merarbeid på grunn av manglende faglige retningslinjer for medisinsk håndtering av pasienter med covid-19 ved sykehjemmene i sin egen kommune. De måtte lete etter informasjon hos andre kommuner. En deltaker uttrykte det slik:

«Det som var klart mest utfordrende, var at man sto alene som sykehjemslege, og egen sykehjemsetat hadde ikke retningslinjer. Da benyttet jeg meg av sykehjemshåndboken til en annen kommune og satte meg grundig inn i retningslinjene der. Det var i stor grad den jeg brukte for å ivareta våre beboere som hadde covid-19» (Sykehjemslege 7).

Opplevelsen av å stå alene om ansvaret

Flere av deltakerne uttrykte at det var komplisert å utrede og diagnostisere covid-19 siden mange av beboerne i utgangspunktet hadde demens og var multisyke med redusert allmentilstand. De sto ofte alene om vanskelige avgjørelser og vurderinger av dårlige pasienter og opplevde et betydelig psykisk press for å identifisere sykdommen covid-19 tidligst mulig ved smitte i avdelingen. De var hele tiden på alerten for å utrede, teste, diagnostisere og isolere pasientene ved den minste mistanke, som er illustrert i utsagnet til en av deltakerne: «Det var et veldig, veldig psykisk press for ikke å overse korona» (Sykehjemslege 4).

Kollegialt samarbeid og støtte ved avveininger om innleggelse på sykehus

Selv om deltakere var vant til å være alene om behandlingsansvaret av multisyke og skrøpelige pasienter på sykehjem, skapte den første beskjeden fra helsemyndighetene om at sykehjemspasienter i liten grad skulle legges inn på sykehus, noe usikkerhet blant sykehjemslegene. Dette gjaldt avklaring i avgjørende behandlingsvalg knyttet til behandlingsnivå om aktiv behandling eller lindrende behandling, som helst skulle foregå i sykehjem. En sa: «Jeg måtte prioritere de som allerede har et veldig avklart behandlingsnivå på, men det var litt sånn usikkerhet og særlig da vi fikk beskjed om at ingen skulle få komme inn på sykehus» (Sykehjemslege 2).

Flere deltakere beskrev at pasientenes symptomer på covid-19 ofte var milde og atypiske. Ved alvorlige symptomer valgte mange sykehjemsleger å søke råd hos kollegaer som andre sykehjemsleger, kommunelege eller leger på sykehus. Dette gjorde de ved behov for støtte i vurderinger og beslutninger om behandlingsnivå og i spørsmål om innleggelse for pasienter der lindring av covid-19-symptomer var ekstra krevende. En sa: «Jeg samarbeidet med sykehjemsleger på to andre sykehjem, så det var veldig godt å ha en kollega som var enig med meg. Hvis jeg hadde vært alene hadde det vært mye tøffere å beslutte» (Sykehjemslege 6).

Deltakerne uttrykte at de til tross for konferering med andre leger og god støtte fra ledelsen til syvende og sist stod alene om å ta avgjørelsene. Deltakerne uttalte at de ville ha lagt inn pasienter på sykehus dersom de mente at det hadde gitt bedre behandling og lindring, til tross for beskjeden fra helsemyndighetene om å unngå sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter. Deltakerne ga imidlertid tydelig uttrykk for at pasienter hadde det best på sykehjemmet, og understreket at det måtte være særskilte grunner for at de skulle legge inn sine pasienter på sykehus. En uttalte:

«De to som døde, hadde underliggende sykdommer som man ikke kunne få gjort noe mer med på sykehus. Det de kunne ha gjort, var det samme som oss, og da hadde pasienten det bedre uten å bli flyttet. Pasienten er kjent, vi kjente pasienten, og pårørende kjente oss» (Sykehjemslege 5).

Håndtering av smitte – en følelsesmessig påkjenning

I starten av smitteutbruddet opplevde mange av deltakerne en egen følelsesmessig uro over håndteringen av smittespredning i sitt eget sykehjem. Dette gjaldt blant annet isolering av pasienter ved mistanke om smitte, noe som var særlig krevende med pasienter som ikke forstod at de måtte holde seg på sitt eget rom på grunn av kognitiv svikt. Det var betryggende å ha beslutningstøtte fra sykehjemsoverlegen eller kommuneoverlegen i kommunen i tilfeller

der det var nødvendig å fatte tvangsvedtak for å beskytte både pasientene og omgivelsene i avdelingen. Selv om det var nødvendig å isolere pasienter, opplevde mange at det var belastende å se hvordan smitteverntiltakene med isolasjon over tid påvirket beboerne negativt. Som en sa: «Jeg syntes ikke det var godt å se pasientene bli isolerte over lang tid, det er nesten det verste, smittetiltakene og hvordan det påvirker de andre beboerne» (Sykehjemslege 3).

Det var spesielt utfordrende både følelsesmessig og fysisk for deltakerne å holde en meters avstand til pasienter med demens som ikke forsto smittevernreglene: «Å holde avstand var spesielt vanskelig med demente pasienter for de ønsket ofte å gi en klem, de forsto ikke hvorfor. Det var et press som menneske, ikke bare et legepress» (Sykehjemslege 4).

Deltakerne var konstant bekymret for smittespredning på sin egen arbeidsplass. Spesielt fryktet de at de selv skulle spre smitte inn i sykehjemmet. Videre var det utfordrende med de løpende avgjørelsene som måtte tas om smittevern. Enkelte opplevde et stort medietrykk med bebreidelser og bekymringer om smitteøkning i sykehjem. Noen av deltakerne følte seg godt ivaretatt av arbeidsgiveren og tillitsvalgte under mediepresset, men de var bekymret for at medietrykket skulle medføre flukt av personell fra tjenestene, noe som kan illustreres slik: «Jeg tenkte dette ble et traume for mange, det var mye avmakt og fortvilelse, jeg var litt redd for at man kom til å flykte fra helsevesenet» (Sykehjemslege 9).

Kommunikasjon og samarbeid med pårørende – viktig og tidkrevende

Krevende restriksjoner og smitteverntiltak

Det var følelsesmessig utfordrende for deltakerne å informere om besøksrestriksjoner samt å begrunne avgjørelsen faglig til de pårørende. Dette gjaldt alle pårørende på sykehjemmet, både i avdelingene som hadde pasienter med smitte, og de som ikke hadde smitte.

Deltakerne var tydelige på at avgjørelsen om å innføre besøksrestriksjoner var riktig for å hindre smittespredning, men de opplevde ulike reaksjoner på besøksforbudet fra pårørende. Selv om pårørende opplevde det veldig sårt, var de fleste likevel forståelsesfulle etter å ha fått en forklaring på nødvendigheten av å unngå nærkontakt med sine nærmeste. Noen opplevde imidlertid at pårørende uttrykte sinne og lite forståelse, som er illustrert i følgende utsagn: «Det var mange sinte pårørende, det var veldig sårt, vi måtte ha vakt for å passe på smitteverntiltak» (Sykehjemslege 6).

Det ble laget særordninger for pårørende som hadde ekstra behov for å besøke sine nærmeste og for de som hadde sine i terminalfase. Deltakerne følte med pårørende som ble pålagt å bruke smittevernutstyr hos terminale pasienter. En uttrykte: «Det var trist at pårørende brukte smittevernutstyr i terminalfasen» (Sykehjemslege 9).

Stort behov for informasjon og dialog

Det var en travel tid for deltakerne da smitteutbruddet pågikk i sykehjemmene med tett oppfølging av pasienter og påfølgende informasjon til pårørende. En deltaker uttrykte det slik: «Jeg fikk rapporter flere ganger om dagen, så jeg hadde veldig mye kontakt med pårørende. Det var vel det som tok mest tid, jeg ringte flere ganger daglig i løpet av de fjorten dagene det stod på, da» (Sykehjemslege 5).

Deltakerne uttrykte at det å ringe til pårørende med den alvorlige beskjeden om at deres nærmeste hadde positive prøveresultater, påvirket dem følelsesmessig. En sa: «Å ringe om at han var smittet på vårt sykehjem, og all angsten rundt det, det påvirket oss. Det er for mye forlangt at vi skulle være uberørt av alt dette» (Sykehjemslege 9).

Deltakerne så det som en viktig oppgave å være raskt ute med informasjon og ha tett kontakt med pårørende, spesielt i tilfeller hvor pasientene hadde underliggende sykdommer med økt risiko for alvorlige forløp. Med få unntak ble all informasjon fra deltakerne til på-

rørende gitt via telefon eller e-post. Dette gjaldt både generell informasjon til pårørende om nasjonale og lokale retningslinjer og individuelt ved påvist smitte. Dersom pårørende hadde spørsmål, ringte de til sykepleiere som videreformidlet henvendelsen til legene. Deltakerne så viktigheten av å være tilgjengelig for pårørende og ta seg god tid i samtaler med dem for å få bekreftet at de forstod informasjonen som ble formidlet, og at de skulle føle seg ivaretatt. For de av deltakerne som hadde kort erfaring fra sykehjem, var smitteutbruddet en ekstra utfordring, og de opplevde en følelsesmessig belastning ved å skulle ringe pårørende som de ikke hadde rukket å bli kjent med. Flere deltakere uttalte at det var viktig å ha rutiner for forhåndssamtaler med pårørende med behandlingsavklaring når det gjaldt overføring til sykehus eller ikke ved forverret tilstand: «Vi snakker med pårørende om hva de tror deres foreldre eller ektefelle vil, og så drøfter vi det tverrfaglig i avdelingen før vi tar den riktige beslutningen om hjerte-lungeredning, respiratorbehandling og i forhold til om sykehusinnleggelse bør unngås, og i forhold til palliasjon» (Sykehjemslege 9).

Sykepleierne – en viktig samarbeidspartner

Samarbeid med erfarne sykepleiere var betryggende

Deltakerne uttalte at de var imponert over sykepleiernes arbeidsinnsats, men bekymret for deres arbeidsbelastning under pandemien, mye på grunn av at de i utgangspunktet var underbemannet med vakante sykepleierstillinger. De observerte at sykepleierne ble utslitte og utrygge av for høyt arbeidspress ved å være i krevende situasjoner over tid. Flere av deltakerne sendte bekymringsmeldinger til ledelsen med anmodning om at noe måtte gjøres, som kan illustreres med følgende utsagn:

«De (sykepleierne) gjorde en formidabel innsats, de jobbet doble vakter og nesten hele helger, veldig imponerende ... de var overarbeidet i utgangspunktet, og da de fikk smitteutbruddet på toppen, ble det ikke enklere. Det var utfordrende og vanskelig for sykepleierne fordi de sto tettere oppe i det» (Sykehjemslege 2).

Samarbeid om gode systemer i form av lokale retningslinjer og prosedyrer for smittevern ga oversikt, men var arbeidskrevende. De fleste deltakerne ga uttrykk for at sykepleierne var påpasselig med smittevern, og det ga en felles opplevelse av stolthet da smitteutbrudd ble stoppet med kun få smittede pasienter på sykehjemmet, som er illustrert i utsagnet fra en av deltakerne: «Det var virkelig bra gjort på et så stort sykehjem at utbruddet ble stoppet med bare få smittede» (Sykehjemslege 3).

Deltakerne erfarte at sykepleierne var dedikerte til jobben og holdt seg faglig oppdatert på nasjonal og lokal informasjon, samt at de utviklet mer kunnskap og økte ferdigheter i å observere aktuelle symptomer på covid-19. Ifølge deltakerne anvendte sykepleierne som var mest rutiner, systematiske kliniske verktøy i kartleggingen av pasientenes symptomer. Deltakerne prioriterte å ha smittede pasienter i avdelinger med høyest sykepleiekompetanse.

Samarbeid basert på gjensidig avhengighet til hverandre

Deltakerne opplevde et godt samarbeid med sykepleierne og uttalte at de var gjensidig avhengig av hverandre i daglige oppdateringer om situasjonen, både skriftlig og muntlig. Noen av legene leste sykepleiefaglig dokumentasjon hyppigere enn før for å skaffe seg oversikt over pasientens tilstand. Som en sykehjemslege uttrykte: «Jeg leser flere sykepleiefaglige rapporter enn jeg ellers gjør» (Sykehjemslege 3). Sykepleierne kontaktet legene for å få medisinske råd og instruksjoner ved utfordringer knyttet til smertelindring eller andre alvorlige tilstander hos pasientene. Flere av deltakerne som var i karantene, opplevde at det var ekstra utfordrende å

vurdere pasientenes symptomer og tilstand, og var derfor avhengig av sykepleiernes observasjoner i et gjensidig samarbeid. «Jeg var i karantene og kunne ikke se pasienten med egne øyne. Det var mest vanskelig. Jeg måtte stole på det som sykepleieren sa» (Sykehjemslege 6).

De trakk frem samarbeidet med sykepleierne når det gjaldt gjennomføring og oppfølging av forhåndssamtaler: «Forhåndssamtalene vil alltid være en vurdering sammen med en sykepleiere, gjerne to» (Sykehjemslege 10).

Deltakerne fremhevet fordelene med å samarbeide med kjente sykepleiere, da de var trygge på deres kompetanse og at de gjorde gode selvstendige vurderinger og ga adekvate tilbakemeldinger. En sykehjemslege sa: «Jeg var sjeleglad for at jeg hadde sykepleiere som var kjent, i hvert fall, det gjør jo vurderingene enklere, spesielt i forbindelse med symptomene og habitual tilstand» (Sykehjemslege 7).

Diskusjon

Studien presenterer ti norske sykehjemslegers opplevelser og erfaringer med å ivareta det medisinske behandlingsansvaret for sykehjemsbeboere som var smittet med SARS-COV-2-viruset. Funnene illustrerer utfordringer relatert til tilgjengelige nasjonale og lokale retningslinjer og manglende mulighet for fysisk tilstedeværelse på sykehjemmet på grunn av karantene. Dette medførte større avhengighet av sykepleiernes tilstedeværelse og observasjoner og hadde betydning for den medisinskfaglige oppfølgingen av multimorbide og skrøpelige sykehjemsbeboere under en pandemi. Våre funn er i samsvar med en intervjustudie av McLean og kolleger (2022), som inkluderte ni norske sykehjemsleger. Disse opplevde, på linje med våre deltakere, at det å skulle bestemme pasientenes behandlingsnivå var krevende. I tillegg var det etisk utfordrende å håndheve besøksrestriksjoner og bruke tvang ved testing og isolasjon for å stoppe smittespredning (McLean et al., 2022). Funnene fra vår studie er videre i tråd med internasjonal forskning oppsummert i en systematisk gjennomgang av Chemali og kolleger (2022), som inkluderte 161 studier – hovedsakelig kvalitative studier. Studiene omhandler helsepersonells erfaringer med oppfølging av pasienter med mistenkt eller bekreftet smitte av SARS-COV-2 både på sykehus og i primærhelsetjenesten. Funnene viste at helsepersonell opplevde utfordringer under pandemien både personlig og profesjonelt, i relasjoner til kolleger på arbeidsplassen og i henhold til beslutningsprosesser og tilgang på institusjonell støtte (Chemali et al., 2022).

Behovet for gode rutiner for forhåndssamtaler med behandlingsavklaringer samt oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer lokalt ble i vår studie fremhevet som nødvendig. Ifølge anbefalinger om bruk av forhåndssamtaler på sykehjem skal slike samtaler fungere som et felles planleggingsverktøy. Samtalen er en anledning for beboeren og de pårørende til å fortelle hva som er viktig i beboerens liv, og hva som er beboerens ønsker og behov når livet går mot slutten (Thoresen et al., 2017). Slike formaliserte samtaler styrker beboerens rett til medbestemmelse og gir mulighet til å tenke gjennom og planlegge hva som skal skje dersom helsetilstanden forverres (NOU 2017: 16). En systematisk litteraturgjennomgang som inkluderte elleve studier, hvorav to fra Norge, viste at de fleste beboere på sykehjem aldri hadde snakket om sine preferanser for omsorg ved livets slutt med familien eller helsepersonell (Mignani et al., 2017). En spørreundersøkelse blant et utvalg av 486 norske sykehjem viste at omkring to tredjedeler av sykehjemmene «alltid» eller «som oftest» gjennomførte forhåndssamtaler. Disse samtaler ble i hovedsak gjennomført ved forverring av sykdomstilstanden hos beboerne i helt siste livsfase, men noen ganger som en del av en innkomstsamtale (Gjerberg et al., 2017). Funn fra vår studie indikerer at flere sykehjemsleger så viktigheten av å ha integrerte rutiner for å gjennomføre forhåndssamtaler med beboere og pårørende. Slike

samtaler bør gjøres så tidlig som mulig, helst før det oppstår en kritisk situasjon som ved en pandemi.

Strang og kolleger (2020) viser i sin studie til at besøksrestriksjoner kan påvirke mulighetene til å involvere pårørende i terminal fase med negative følger. Det er en reell risiko for at beboeren kan dø alene uten noen av sine nære til stede (Strang et al., 2020). Funn i vår studie viste at pårørende hadde mulighet til å være til stede hos sine i den terminale fasen, men måtte være ikledd smittvernustyr. Sykehjemslegene var tydelige på hvordan de håndterte og tilrettela for god behandling av beboere med covid-19 i den terminale fasen når det var avklart og de var trygge på at beboerne hadde det bedre på sykehjem enn å være innlagt på sykehus.

Funnene illustrerer videre viktigheten av at det blir gitt sentrale råd tidlig i forløpet av en pandemi, selv om anbefalingene naturlig nok måtte være basert på usikkerhet og varierende grad av evidens.

Samarbeid mellom sykehjemslegene og sykepleierne er et annet sentralt tema som opptar deltakerne. Betydningen av erfarne sykepleiere som kjenner beboerne og deler ansvaret for observasjoner og vurderinger knyttet til behandlingsavklaring, er viktig for sykehjemslegenes arbeid. Etablering av faste rutiner og møtearenaer for tverrfaglige drøftinger på sykehjem mellom sykehjemsleger og sykepleiere kan bidra til å redusere opplevelsen av å stå alene med vanskelige avgjørelser. Dette er særlig viktig for å diskutere komplekse problemstillinger som vurdering av behandlingsnivå (Kirkhaug, 2018).

Funnene fra vår studie viser også på linje med intervjustudien til McLean og kolleger (2022) med all tydelighet behovet for å ta vare på sykehjemslegene som mennesker. De følelsesmessige utfordringene som deltakerne opplever ved å stå mye alene i vanskelige vurderinger, være redde for smittespredning, kjenne på dilemmaer knyttet til isolering av pasienter med demens og gjennomføre de krevende samtalene med pårørende, går igjen i intervjuene. Den ensomme jobben som sykehjemslege er tidligere beskrevet av Rosness (2016), som etterlyser bedre kollegialt samarbeid. Behovet for gode kollegiale og faglige nettverk understrekes også i funnene fra denne studien. Bevisstgjøring av arbeidsgiverens personalansvar for sykehjemslegene på lik linje med andre arbeidstakere, inkludert medarbeidersamtaler og tilrettelegging av arbeidsmiljø, er viktig. Veiledning og plan for spesialisering i allmennmedisin ble et obligatorisk krav fra og med mars 2017 for leger som skal yte helsehjelp i kommunene, i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Siden sykehjemsleger står overfor særlig komplekse problemstillinger, bør kravet om obligatorisk veiledning etter vår mening også gjøres gjeldende for vikariater under ett år, som i dag er unntatt fra denne bestemmelsen.

Metodologiske betraktninger

Funnene i studien er basert på kvalitativ innholdsanalyse av et rikholdig datamateriale innhentet gjennom intervjuer med ti sykehjemsleger fra elleve sykehjem i tre helseregioner i Norge. Funn fra kvalitative studier med begrenset antall deltakere kan ikke direkte generaliseres, men de vil kunne bidra til mer inngående forståelse av erfaringene til sykehjemslegene under covid-19-pandemien. Sammen med sammenlignbare funn fra lignende studier gir den verdifull innsikt i hvilke utfordringer sykehjemsleger måtte håndtere under en pandemi som samfunnet ikke var tilstrekkelig forberedt på. Ifølge Malterud (2017) synliggjør dette at disse funnene kan være overførbare og gyldige i lignende kontekster.

Konklusjon

Studien bidrar til en utvidet forståelse av hvordan covid-19-pandemien påvirket norske sykehjemslegers opplevelser av belastning, muligheter og begrensninger i sitt arbeid med noen av samfunnets eldste og skrøpeligste pasienter. Erfaringene understreker betydningen av rutiner for forhåndssamtaler, faste arenaer for kollegial støtte og tverrfaglige drøftinger om komplekse problemstillinger mellom sykehjemsleger og sykepleiere på sykehjem. Sykehjemslegenes erfaringer vil være til nytte i videre håndtering av en fortsatt pågående smittesituasjon med SARS-COV-2 og i møte med fremtidige lignende pandemier.

Studien er finansiert gjennom forfatternes bruk av arbeidstid ved Høgskolen i Molde, Lovisenberg Diakonale Høgskole, Senter for aldersrelatert sykdom og funksjonssvikt, Sykehuset innlandet og Nasjonalt senter for Aldring og helse.

Ingen interessekonflikter.

Referanser

- Chemali, S., Mari-Saez, A., El Bcheraoui, C. & Weishaar, H. (2022). Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Human Resources for Health*, 20(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>
- Danielsen, A. S., Cyé, P.-R., Berg, T. C., Jønsberg, E., Eriksen-Volle, H.-M. & Kacelnik, O. (2022). Registerbasert overvåkning av covid-19 i sykehjem. *Tidsskriftet Den Norske Legerforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0906>
- Eriksen, S., Grov, E. K., Lichtwarck, B., Holmefoss, I., Bøhn, K., Myrstad, C., Selbæk, G. & Husebø B. (2020). Behandling, omsorg og pleie for døende sykehjemspasienter med covid-19. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0306>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 13.09.2021). *Råd til sykehjem under covid-19-pandemien*. <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/covid-19/koronavirusveilederen-arkiv/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Tall for covid-19 assosierte dødsfall i Dødsårsaksregisteret i 2020*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodsarsaksregisteret-i-2020/>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Weaver, K., Pedersen, R. & Førde, R. (2017). Advance care planning in Norwegian nursing homes. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 137(6), 447–450. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0284>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (FOR-2017-02-17-192)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>
- Helsedirektoratet. (2020). *Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsnotat-prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>
- Helsedirektoratet. (2021). *Veileder koronavirus – kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykehjem>

- Helvik, A. S., Engedal, K., Wu, B., Benth, J. S., Corazzini, K., Roen, I. & Selbaek, G. (2016). Severity of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 6(1), 28–42. <https://doi.org/10.1159/000442250>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm.
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G. & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med Covid-19 i norske sykehjem*. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2737650>
- Jorgensen, L. B., Thorleifsson, B. M., Selbaek, G., Saltyte Benth, J. & Helvik, A. S. (2018). Physical diagnoses in nursing home residents – is dementia or severity of dementia of importance? *BMC Geriatrics*, 18(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0943-8>
- Kirkevold, Ø., Eriksen, S., Lichtwarck, B. & Selbaek, G. (2020). Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2020.81554>
- Kirkhaug, R. (2018). *Etisk refleksjon og verdibesvissthet – Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling*. Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.ks.no/contentassets/e0a7fb15701d4bf895ba6be77b83a277/evalueringssrapport_sek_jan2019.pdf
- Kittang, B. R., von Hofacker, S., Solheim, S. P., Krüger, K., Løland, K. K. & Jansen, K. (2020). Utbrudd av covid-19 ved tre sykehjem i Bergen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0405>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- McLean, E., Onarheim, K. H., Schanche, E., Schaufel, M. A. & Miljeteig, I. (2022). Etiske dilemmaer for sykehjemsleger under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0156>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Meld. St. 11 (2020–2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>
- Mignani, V., Ingravallo, F., Mariani, E. & Chattat, R. (2017). Perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members toward advance care planning discussions: a systematic review and thematic synthesis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 475–484. <https://doi.org/10.2147/CIA.S128937>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Rosness, T. A. (2016). De ensomme legene. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0055>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Strang, P., Bergstrom, J., Martinsson, L. & Lundstrom, S. (2020). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), e2–e13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>
- Thompson, D. C., Barbu, M. G., Beiu, C., Popa, L. G., Mihai, M. M., Berteanu, M. & Popescu, M. N. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *Biomed Research International*, 2020, 8870249. <https://doi.org/10.1155/2020/8870249>

- Thoresen, L., Lillemoen, L., Sævareid, T.J.L., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R. (2017). *Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem*. Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn.
<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/2017/veileder-forhandssamtaler.html>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet. https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf