

Masteroppgave

**«Etiske utfordringer i
sykehjem under Covid-19
pandemien
-pleiepersonells erfaringer»**



Marie Constance Fammestad

Veileder Kristine Bærøe, professor i medisinsk etikk og vitenskapsfilosofi

Masterprogram i helse og samfunn

Forskningsgruppe HELTER

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Høsten 2021

Forord

Jeg er sykepleier og jobber på sykehjem. Da Norge stengte ned den 12. mars 2020 stod jeg midt i begivenhetene. Hverdagen forandret seg brått for pasienter, pårørende og helsepersonell i sykehjem. De ansatte i pleien stod ovenfor en helt ny arbeidshverdag, der ivaretagelsen av sårbare pasienter fikk et annerledes innhold. De gjorde seg noen helt nye erfaringer og jeg oppfattet at dette opplevdes som krevende. De ansatte i pleien på sykehjem møtte mange nye utfordringer under Covid-19 pandemien. Disse erfaringene og utfordringene burde belyses og det er det jeg har forsøkt å gjøre i denne oppgaven.

Først og fremst ønsker jeg å takke nettopp de som stod på i denne krevende perioden: Takk til dere som bidro som informanter inn i dette prosjektet. Dere ga av deres tid i en hektisk hverdag og delte erfaringene deres med meg. Tusen hjertelig takk til hver og en av dere.

Og takk til Silje Marita Skauge og Helen Skauge for uvurderlig hjelp med rekruttering av informanter.

Tusen takk til professor Kristine Bærøe som har veiledet meg trygt gjennom hele prosjektet. Hjertelig takk for forløsende tilbakemeldinger, tilgjengelighet, innsikt, innspill, grundighet, engasjement, oppmuntringer underveis og ikke minst for at du fant frem og lånte ut «Moral Failure -on the impossible demands of morality» av Lisa Tessman.

Takk til den fine gjengen på Alrek Helseklynge; Siv, Synnøve og Marita, for gode råd, motivasjon, faglige diskusjoner, latter, frustrasjon, kaffepauser og gode lunsjer.

Takk til engasjerte forelesere og fagansvarlige på Master i helse og samfunn ved Universitetet i Bergen.

Takk til Norsk sykepleierforbund for mastergradsstipend, som gjorde ulønnet permisjon lettere.

Takk til Bergljot, Ingeborg, Gunnar, Selma, Synnøve, Ingunn, mamma og alle finingene jeg er så heldig å ha i livet mitt for interesse, støtte og oppmuntringer underveis i dette prosjektet.

Tenk, da er masteroppgaven ferdig. God lesning.

Marie Constance Fammestad

Bergen, november 2021

Innhold

1.0	INTRODUKSJON.....	1
1.1	Sykehjemstjenesten i Norge	1
1.2	SARS-Cov-2.....	3
1.3	Norske sykehjem under Covid-19 pandemien	3
1.4	Etikk	6
1.5	Litteratursøk	6
1.6	Etiske utfordringer i sykehjem	8
2.0	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	11
2.1	Hensikt	11
2.2	Problemstilling	11
3.0	METODE.....	12
3.1	Metodologiske føringer	12
3.2	Valg av forskningsdesign	14
3.3	Utvalg og rekruttering av deltakere	15
3.4	Datasamling	16
3.5	Analyse av datamaterialet	17
3.6	Etiske betraktninger.....	21
4.0	FUNN	23
4.1	Innledning	23
4.2	Bekymring for smitte	23
4.3	Spenningen mellom pålegg og etikk	25
4.4	Spenningen mellom smittevern og profesjonell omsorg	28
4.5	Spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene	30
5.0	RESULTATDISKUSJON.....	33
5.1	De fire biomedisinske etiske prinsippene og «moral failure»	33
5.2	Bekymring for smitte	35
5.3	Pålegg og etikk	37
5.3.1	Munnbind	37
5.3.2	Testing og tvang	39
5.3	Smittevern og profesjonell omsorg.....	40
5.5	Smittevern og negative konsekvenser for pasientene	42
5.6	Oppsummering	43
6.0	METODEDISKUSJON.....	46
6.1	Semistrukturerte intervjuer	46

6.2 Utvalg.....	47
6.3 Troverdighet og overføringsverdi	50
6.4 Forskerrollen.....	52
7.0 KONKLUSJON	53
Litteratur.....	54
Vedlegg 1.....	61
Vedlegg 2.....	64

Sammendrag

Covid-19 pandemien fikk store konsekvenser for pasienter og ansatte i sykehjem. Hensikten med denne studien er å etablere kunnskap om de etiske utfordringene ansatte i sykehjem erfarte under Covid-19 pandemien i 2020/21 ved å utforske de ansattes opplevelser i denne perioden. Problemstillingen er formulert i spørsmålet: Hvilke etiske utfordringer erfarte ansatte i pleien ved norske sykehjem under Covid-19 pandemien i 2020/21?

Det overordnede metodologiske grepet i dette prosjektet kan beskrives som translasjonell etikk. Oppgaven har en bioetisk tilnærming, bredt forstått her som etiske problemstillinger knyttet til helse og medisin. Prosjektet har et kvalitativt design og det ble gjennomført syv individuelle semistrukturerte intervjuer med syv ansatte som jobbet i pleien på sykehjem under Covid-19 pandemien. Systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere intervjuene.

Hovedfunnene i dette prosjektet viser at de etiske utfordringene som ansatte i pleien på sykehjem opplevde under Covid-19 pandemien handler om spenningsforholdet mellom smittevern og andre viktige aspekter i ivaretagelsen av pasientenes behov.

Utfordringene kom til uttrykk i bekymring for smitte, i spenningen mellom pålegg og etikk, i spenningen mellom smittevern og profesjonell omsorg, samt i spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene.

For å belyse disse funnene er fire veletablerte bioetiske prinsipper brukt, samt filosofen Lisa Tessmans teori om «moralsk mislykkethet» (moral failure).

Det er viktig å belyse dette temaet både for å få et konkret innblikk i praktisk etikk, samt å etablere en større forståelse for hva helsepersonell har stått i under pandemien.

Nøkkelord: Translasjonell etikk, sykehjem, Covid-19 pandemien, smittevern, moralsk mislykkethet

Abstract

The Covid-19 pandemic had great consequences for patients and staff in nursing homes. The aim of this study is to establish knowledge regarding the ethical challenges the staff in nursing homes met during the Covid-19 pandemic in 2020/21 by exploring the staffs experiences in

this period. The research question was: What ethical challenges did nursing staff in nursing homes experience during the Covid-19 pandemic in 2020/21?

The overall methodological approach in this project can be described as translational ethics. The study has a bio-ethical approach, here broadly understood as ethical issues related to health and medicine. The study was conducted through semi-structured interviews with seven healthcare workers working in nursing homes during the Covid-19 pandemic. The interviews were analysed by systematic text condensation.

The main findings in this study were that the staff in nursing homes experienced ethical challenges when being subjected to the tensions between infection control and other important aspects of taking care of the patients' needs.

The challenges the nursing staff met were found in the worry for infection, in the tension between orders and ethics, in the tension between infection control and professional care, and in the tension between infection control and negative consequences for the patients.

To discuss these findings four well-established bioethical principles were used, and philosopher Lisa Tessmans theory of moral failure.

It is important to explore this to gain insight into concrete practical ethics and to establish a greater understanding concerning the healthcare workers experiences during the pandemic.

Key words: Translational ethics, nursing homes, Covid-19 pandemic, infection control, moral failure

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Sykehjemstjenesten i Norge

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå er det cirka 40 000 sykehjemsplasser i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2020). En rapport fra senter for omsorgsforskning beskriver utviklingen ved norske sykehjem de siste ti årene (Melby et. al., 2019). Rapporten viser at det har blitt færre sykehjem og færre sykehjemsplasser, men at flere pasienter er innom. Videre viser rapporten at pasientene er sykere og at levetiden til langtidspasientene har gått ned. Det skjer også mer akutt behandling på sykehjemmene som en konsekvens av samhandlingsreformen og krav til kommunene om å ha tilbud om øyeblikkelig hjelp. Gjennomsnittlig botid på sykehjem i Norge for de som dør på sykehjemmet er 2 år. Her viser imidlertid tallene fra 2016 at det er stor variasjon (Kjellvik og Jønsberg, 2017).

De som får plass på sykehjem i dag er pasienter med sammensatte sykdomsbilder og stort hjelpebehov. Over 80 % av sykehjemspasienter med langtidsplass i sykehjem har demenssykdom (Helsedirektoratet, 2020c). Tall fra 2016 viser at gjennomsnittsalderen for de som dør på sykehjem da var 87,5 år (Kjellvik og Jønsberg, 2017). Andelen kvinner blant sykehjemsbeboere er 75 %. Det regnes med at hver pasient har omtrent tre pårørende som stiller opp. Over halvparten av de som dør i Norge dør på sykehjem (Hilland og Pedersen, 2020). I underkant av 150 000 årsverk er knyttet til personell i hjemmetjeneste og sykehjem i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021), hvilket indikerer at det er mange helsearbeidere som jobber i omsorgstjenesten i kommunene.

I motsetning til skoler og barnehager har ikke sykehjem en lovhjemlet bemanningsnorm. Det er hver enkelt kommune som vurderer hva som er god nok bemanning på sykehjemmene. Noen kommuner opererer med begrepet pleiefaktor som enkelt regnes ut ved å dele antall årsverk i pleien på antall beboere. Ett annet begrep er bemanningsfaktor som angir forholdet mellom antall pasienter og alle ansatte på sykehjemmet. Det innbefatter merkantilt ansatte, drift, renhold, vaskeri og ledelse (Sandnes kommune, 2016). Forbundsleder i Norsk sykepleierforbund, Lill Sverresdatter Larsen, beskriver at hvilken helsehjelp man i dag får i primærhelsetjenesten er vilkårlig og avhengig av hvilken kommune man bor i. Dette på tross av politisk enighet om at norsk helsevesen skal være basert på rettferdighet og likhet. Larsen tar til orde for en bemanningsnorm da dette vil gi mer likhet i helsetjenestetilbudet i

kommunene (Larsen, 2021). Det har imidlertid vist seg å være vanskelig å få på plass en bemanningsnorm på grunn av kompleksiteten i helsetjenestene og variasjonen i pasientgruppene i kommunehelsetjenesten (Obstfelder, 2021).

Under arbeidet med denne oppgaven har det jevnlig vært debattinnlegg og artikler i media hvor ansatte i sykehjem uttaler seg om arbeidshverdagen. Mange gir uttrykk for at det er for få ansatte i pleien for å kunne ivareta pasientene på en god måte, se for eksempel Hofstad (2021) og Bjerke (2021).

I tidligere studier om etiske utfordringer i sykehjem trekkes ressursmangel og bemanning frem som utfordrende både av helsepersonell, pasienter og pårørende (Bolling et al. 2009, Bolling et al. 2016). I en kronikk skriver en overlege ved et sykehjem at «For mange, for store, for alvorlige, for tidkrevende oppgaver skal løses av for få helsearbeidere» (Rimberg, 2021).

I rapporten «Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem» (Jacobsen et al., 2021), som var en underrapport til koronakommisjonen, trekkes bemanning og deltidskultur frem som utfordringer rundt det å kunne gi god pleie og omsorg til pasientene. Dette beskrives som generelle utfordringer ved sykehjemmene i dag, og rapporten påpeker at det var bemanningsutfordringer også før pandemien.

Funnene til Jacobsen et al. underbygges i en annen rapport som ble publisert i november 2021. Denne rapporten er utført av Senter for omsorgsforskning på oppdrag fra Helsedirektoratet. Forskerne bak rapporten har gjennomført en hurtig gjennomgang (rapid review) av studier relatert til fenomenet «utelatt helsehjelp». I denne rapporten rettes søkelyset mot utelatt helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fenomenet utelatt helsehjelp «griper inn i ulike temaer som omhandler kvalitet, pasientsikkerhet og etikk» (Andfossen et al., 2021, s. 34). Forskerne har gjort en litteraturgjennomgang av studier fra Norge (9), Sverige (8), Australia (5), USA (4), Canada (3), Irland (2), Sveits (2), Nederland (1), Portugal (1), Danmark (1), Kroatia (1), England (1), Polen (1), New Zealand (1) og Taiwan (1). Hurtigoversikten viser «at det å utelate helsehjelp er vanlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene» (Andfossen et al., 2021, s. 3). Utelatt helsehjelp kan relateres til hvorvidt helsearbeidere opplever at de har tilstrekkelig bemanning eller ei. Rapporten sier at «Tidspress oppgis som en hovedårsak når helsepersonell forklarer hvorfor de utelater helsehjelp, og generelt ser vi et misforhold mellom oppgavene som skal utføres, og ressursene

som er til rådighet» (Andfossen et al., 2021, s. 33). Strukturelle forutsetninger helsepersonell jobber i spiller også inn, ifølge denne rapporten.

En rapport fra NOVA på oppdrag av Norsk sykepleierforbund peker på bemanning som en utfordring for norske sykehjem. Rapporten oppsummerer med at det må tilføres mer ressurser, samt at grunnbemanningen i sykehjem og hjemmesykepleietjenester må økes for å kunne beholde og rekruttere fagkompetanse til denne sektoren (Gautun, 2020).

1.2 SARS-Cov-2

Koronaviruset SARS-Cov-2 ble identifisert i januar 2020 (Folkehelseinstituttet, 2021b). Utbruddet startet i byen Wuhan i Kina. Viruset forårsaker sykdommen Covid-19. Dette viruset er beslektet med viruset som førte til SARS-epidemien i 2002/2003 (Folkehelseinstituttet, 2021b). Trolig kommer SARS-Cov-2 fra flaggermus. Mennesker har blitt smittet enten direkte eller via andre dyr, men dette vet vi ikke sikkert.

I løpet av pandemien har man fått mer inngående kunnskap om hvordan viruset smitter. Der man tradisjonelt har snakket om kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte har man nå nyansert disse begrepene. Dråpesmitte og luftsmitte er overlappende og de faktorene som spiller størst rolle for spredning av smitte er hvor store dråpene er og nærheten til smittebæreren (Folkehelseinstituttet, 2021b). Smitte gjennom aerosoler, «finfordelte dråper eller partikler som holder seg svevende en tid i luften» (Øye og Skjønberg, 2021), har vært omdiskutert gjennom Covid-19 pandemien. Det ser nå ut til å være enighet i fagmiljøene om at Covid-19-smitte også kan spres via disse partiklene og da særlig i små rom med lite sirkulasjon i luften (Time, 2021).

Eldre og multisyke mennesker er spesielt utsatte for alvorlige sykdomsforløp ved en Covid-19 infeksjon.

1.3 Norske sykehjem under Covid-19 pandemien

I pandemiens første bølge satte norske myndigheter i gang en rekke tiltak for å begrense smittespredningen i befolkningen; deriblant de mest innskrenkende tiltak i fredstid som stenging av skoler og barnehager, samt utreiseforbud og karantenereregler.

I en nyhetsartikkel i Bergens Tidende i april 2020 rettet professor Bettina Husebø oppmerksomheten mot ansatte i sykehjem. Med henvisning til at 83 av 139 dødsfall grunnet Covid-19 på dette tidspunktet var sykehjemspasienter uttalte hun at «det er ansatte på sykehjemmene som bærer den største byrden, ikke sykehusene» (Hilland og Pedersen, 2020).

Eldre og syke er spesielt sårbare for virusinfeksjoner og har høy risiko for å få et alvorlig sykdomsforløp dersom de får Covid-19.

Under pandemien fikk sykehjemmene i Norge råd om å iverksette en rekke tiltak, hvorav enkelte var hjemlet i lov. Rådene og føringene sa at sykehjemmene bør ha smitteverntiltak som stemmer overens med nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2020d). Det må planlegges for å kunne håndtere smittede og andre alvorlig syke i kommunene. Videre bør man planlegge for høyt fravær blant ansatte og hvordan man kompenserer for et slikt fravær. Sykehjemmene må kunne behandle mange pasienter samtidig og kunne gi oksygenbehandling til mange (Helsedirektoratet, 2020d). Det ble laget nye rutiner og søkelyset på smittevern ble stort.

Besøksstilgangen på sykehjem ble også begrenset. I første omgang innebar det at alle besøkende til sykehjemmene som hadde hatt luftveissymptomer siste 14 dager ikke hadde tilgang til sykehjemmet. Dette gjaldt også for de som hadde oppholdt seg i områder med vedvarende spredning av Covid-19 siste 14 dager eller vært i nærkontakt med person som var påvist smittet av Covid-19 (Helsedirektoratet, 2020a). Begrenset tilgang gjaldt alle besøkende, også skoleelever, underholdere, frivillige og pårørende.

Tiltakene ble fort skjerpet inn. Med hjemmel i smittevernloven oppfordret Helsedirektoratet til følgende:

For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte er det nå nødvendig med adgangskontroll og alminnelig besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner, samt i fellesarealer i omsorgsboliger mv. Tiltakene må omfatte alle besøkende, inkludert pårørende til beboere og pasienter, frivillige hjelpere og andre som leverer tjenester og bidrar med aktiviteter ved institusjonen. (Helsedirektoratet, 2020b).

Og tilgangen til sykehjemmene ble innskjerpet ytterligere.

Man ville ikke ha besøkende på sykehjemmene grunnet faren for smitte med Covid-19. Det ble oppfordret til å gjøre individuelle vurderinger der behovet for besøk var stort.

For mange pasienter innebar dette at de ikke fikk besøk. Det ble tatt i bruk elektronisk kommunikasjon, og det ble anbefalt at dette ble brukt fremfor fysisk besøk for å unngå smitte.

Etter hvert kunne det virke som at aksepten for dette forbudet ble mindre i den norske befolkningen, og man kunne stadig lese innlegg og artikler i avisene om pårørende som ikke fikk treffe sine kjære. Se for eksempel Kråkenes (2020), Espeland (2020), Päivärinne (2020), samt Korneliussen og Fransson (2020).

Det ble lagt til rette for utendørsbesøk der anbefalingen var korte besøk (15 minutter). Her måtte man holde to meters avstand og opprettholde basale smittevernrutiner. Dette utelukket imidlertid mange pasienter på sykehjem da de ikke var friske nok til å ta imot besøk utendørs.

Det ble hevdet at besøksforbudet ble tolket for strengt. På sykehjemmene ventet man på tydeligere retningslinjer fra sentrale myndigheter og 6. mai 2020 ble avsnittet «Unntak fra besøksforbud» fjernet fra Folkehelseinstituttets koronanettsider og erstattet med "Smittevernråd ved besøk". På nettsidene deres kunne man fra denne datoen lese følgende:

Folkehelseinstituttet mener det er viktig å legge til rette for besøk av pårørende til beboere og langtidspasienter i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Det å ikke kunne ha kontakt med sine nærmeste over lang tid vurderes som uheldig med hensyn til psykososial helse, og er også etisk problematisk. (Folkehelseinstituttet, 2020).

Samme dag la Helsedirektoratet til informasjon i anbefalingen om besøksstans hvor det ble informert om at det skal lages en veileder for besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2020e).

Den 6. mai ble også veilederen til Helsedirektoratet endret fra å være en «veileder til lov og forskrift» til å være en «nasjonal veileder». Dette fordi den nå inneholdt flest «råd» som ikke nødvendigvis var hjemlet i lover eller forskrifter. Fremdeles var tiltakene i sykehjem omfattende og påvirket pasientoppfølgingen og arbeidshverdagen til de som jobbet der.

I siste del av arbeidet med denne oppgaven var sykehjemmene åpne igjen. I november 2021 ble det uttalt at det trolig ville innføres nye nasjonale tiltak da Covid-19 smitten igjen var

stigende. Helsedirektør Bjørn Guldvog presiserte at det ikke var snakk om en ny nedstenging, men å iverksette enkelte tiltak som kan hindre smitteøkning (Hotvedt, 2021). For sykehjemmene sin del innebar dette mulige tiltak mot helsepersonell som jobbet pasientnært og som ikke ønsket å oppgi om de var vaksinerte.

Hvordan opplevde ansatte denne spesielle situasjonen med ekstraordinære tiltak under pandemien? Og mer spesifikt, hvilke erfaringer gjorde de seg med utfordringer av etisk karakter? Dette er fokuset mitt i denne oppgaven.

1.4 Etikk

I store norske leksikon blir etikk definert som «læren om moral, det samme som moralfilosofi» (Sagdahl, 2021a). Definisjonen på moral er «de normene, verdiene og holdningene som avgjør hva som er rett og galt eller godt og dårlig» (Sagdahl, 2021b). Moral er noe mennesker naturlig har konstruert i kraft av å være sosiale vesener og er nødvendig for at vi skal kunne leve gode liv sammen (Tessman, 2015, s. 25). Moral knyttes gjerne til hva som er rette og gale handlinger i dagliglivet, verdier, oppfatninger og holdninger. Etikk er det samme som moralfilosofi og brukes om en systematisk tilnærming til disse handlingene, oppfatningene og holdningene. Moralfilosofiens oppgave er også å beskrive, forklare, analysere og begrunne disse (Natvig, 1997, s. 22).

Etiske prinsipper er grunnregler som kan bidra til å løse etiske utfordringer. Innen etikk og filosofi har man et begrep kalt «moralsk rettighet». Dette begrepet viser til at en aktør i kraft av fundamentale moralske prinsipper kan rette moralske krav mot andre aktører (Sagdahl, 2021c). Moralske krav er altså forventninger til at aktører skal handle ut fra etiske prinsipper og sånn handle moralsk riktig. Tessman (2015) kaller moralske krav normer som er blitt til gjennom sosiale prosesser i praktisk liv (s. 21).

1.5 Litteratursøk

Det ble gjort jevnlig litteratursøk gjennom arbeidet med denne oppgaven. Tilfanget av Covid-19 forskning var økende etter hvert som tiden gikk. Søkord som ble brukt ved søk i Oria (en søketjeneste til å finne ressurser fra Universitetsbiblioteket), var «nursing homes»,

«ethics» og «Covid-19». Det ble også gjort søk med norske ord, da ble «sykehjem», «Covid-19» og «etikk» brukt.

De første litteratursøkene ble utført tidlig i pandemien og det ble da ikke funnet spesifikk forskning på Covid-19 pandemien og de etiske utfordringene personalet opplevde rundt dette.

Den mest relevante artikkelen ved søk på «nursing homes» og «covid-19» i «Oria» mai 2020 var en generell artikkel om Covid-19 i sykehjem som trekker frem faktorer ved sykehjem som kan medvirke til spredning av viruset som forårsaker Covid-19. Disse faktorene er alderdom og multisykdom hos pasientene på sykehjem. Funksjonell og kognitiv svikt gir utfordringer i det å innføre isoleringsregimer. Samtidig har man ofte lav bemanning, og er lite forberedt på en pandemi på sykehjem. Mangelfull opplæring og fysisk miljø som vanskeliggjør infeksjonskontroll spiller også inn (Fallon et al., 2020). Dette er en internasjonal artikkel.

Et hjemlig og nært eksempel er nettopp Metodisthjemmet i Bergen hvor 18 av 46 pasienter døde av Covid-19 (Hovden et al., 2020). Fylkesmannen opprettet tilsyn med sykehjemmet etter en bekymringsmelding. Tilsynet konkluderte med at sykehjemmet drev forsvarlig. Det var fysiske fasiliteter som trange ganger og dobbeltrom, begrenset tilgang til testing og det at mange fast ansatte måtte i karantene som var viktige årsaksfaktorer til utbruddet (Christophersen et al., 2020).

En epidemiologisk rapport fra et langtidssykehjem i Washington, USA påviste at til sammen 129 mennesker hadde fått påvist Covid-19, og 23 av disse døde. Mangelen på effektiv infeksjonskontroll, forebygging og smittevern, samt det at ansatte jobbet på flere forskjellige sykehjem bidro til spredning av viruset. Viruset kan spre seg fort på sykehjem og mennesker med underliggende sykdom har størst risiko for sykdom og død som følge av Covid-19. Det er derfor viktig at sykehjem reagerer og gjør det de må for å ivareta pasientene. Det innebærer å identifisere de som er smittet, hindre at smittet personell og besøkende kommer til sykehjemmet og igangsette infeksjonskontroll-programmer (Mcmichael et al., 2020). Det ble også gjort en gjennomgang av Covid-19 utbrudd ved tre sykehjem i Bergen hvor hensikten var å kartlegge smittespredningsfaktorer og sykdomsforløp hos sykehjemspasienter med Covid-19 (Kittang et al., 2020).

De tidlige litteratursøkene viste at det allerede er forsket på mange forskjellige etiske problemstillinger i sykehjem. For dette prosjektet var det interessant å se på hvilken forskning som er gjort på etiske utfordringer i sykehjem generelt og ved søk kom det mange resultater. Artiklene som ble funnet særs relevante presenteres nedenfor.

1.6 Etiske utfordringer i sykehjem

En kvalitativ studie fra 2010 handler om kliniske prioriteringer og kontekstuelle begrensninger på sykehjem. Funnene i denne studien viser at leger og sykepleiere som er ansatt i sykehjem har sterke prioriteringsdilemmaer knyttet til hvilke pasienter som skal få hvilken behandling. Informantene i studien opplevde å måtte prioritere mellom pasienter som hadde likeverdig behov og dette forklares med en mangel på kvalifisert personell, som igjen gjør tilfredsstillende og omfattende klinisk behandling til et knapt gode (Slettebø et al., 2010, s. 539).

Ved hjelp av narrativer fra omsorgsarbeidere som gjelder eldre menneskers verdighet i sykehjem belyser Jakobsen og Sørli (2010) etisk vanskelige situasjoner som omsorgsarbeidere står i. De fant at omsorgsarbeiderne møter mange etiske utfordringer når de prøver å ivareta pasientenes autonomi og verdighet. Informantene i denne studien beskrev en opplevelse av maktesløshet som de relaterte til effektivitetskrav, nedbemanning og at klager fra personalet ikke ble hørt.

En litteraturgjennomgang av forskning på etiske problemstillinger som helsearbeidere i sykehjem erfarer viser at det kan være behov for en forbedret etikkopplæring av helsearbeidere. Av de gjennomgåtte forskningsartiklene var 20 av artiklene skandinaviske, syv fra USA, tre fra Nederland, tre fra Storbritannia, to fra Israel, en fra Canada og en fra Sveits (Deborah et al., 2016). Helsearbeiderne i de gjennomgåtte studiene opplevde at de forskjellige etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet, ofte kom i konflikt med hverandre. God kommunikasjon og det å ta seg tid med pasienter ble fremhevet som en sentral del av god profesjonell omsorg og kan bidra til å redusere etiske dilemmaer.

En litteraturgjennomgang av Bolling et al (2009) viste at de etiske utfordringene som helsepersonell står i er forbundet med ressursmangel. I forbindelse med å ivareta pasienter ved livets slutt var det også mange etiske utfordringer. De konkluderte med at systematisk etikkarbeid bør styrkes i sykehjem og hjemmetjenestene, da dette i 2009 virket å være relativt lite utviklet i Norge. Systematisk etikkarbeid kan bidra til bedre kvalitet i tjenestene og lette håndteringen av etiske utfordringer. Bolling et. al (2009) presiserte at det var viktig å involvere alt helsepersonell i dette arbeidet. Både leger, ufaglærte, fysioterapeuter, helsefagarbeidere og sykepleiere.

Husebø og Husebø (2004) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse rettet mot leger i sykehjem i Bergen hvor legene ble bedt om å svare på spørsmål knyttet til etiske utfordringer ved terminal pleie i sykehjem. De viste at etiske avgjørelser ved livets slutt er sammensatte. Det er viktig å konferere med kompetent fagpersonell dersom man møter medisinsk-etiske utfordringer. Det er også viktig å involvere pasienter med demenssykdom i beslutningsprosesser rundt livets slutt. Her er det hensiktsmessig å ha pårørende med i samtalene da det øker pasientenes forståelse (Husebø og Husebø, 2004). Pasienter- og pårørendeperspektivet på hva som er etiske utfordringer i norske sykehjem ble belyst av Bolling, Gjengedal og Rosland (2016). Funnene viste at pasienter og pårørende opplevde etiske utfordringer rundt aksept og tilpasning, livskvalitet, mangel på ressurser og selvbestemmelse. De oppsummerte med at pasienter og pårørende er opptatt av hverdagsetiske problemstillinger.

Annen forskning viser at helsepersonell er opptatt av, og mener at etiske verdier er svært viktige for at pleien til pasientene skal ha god kvalitet. Bentzen, Harsvik og Brinchmann (2013) hevder at sykepleiere på somatiske avdelinger opplever at verdier og etikk blir tomme fraser i en travel arbeidshverdag, samtidig som informantene i studien ser viktigheten av at helsepersonell har et reflektert forhold til verdier og idealer. Annen forskning støtter dette, og helsearbeidere opplever ofte at de står i et spenningsforhold mellom idealene sine og hvordan arbeidshverdagen faktisk er (Nordström og Wangmo, 2018).

Det er interessant å se på de etiske utfordringene på sykehjem i forbindelse med Covid-19 pandemien, hvilket dette prosjekt tar sikte på å gjøre. Artikkelen omtalt ovenfor tar for seg etiske utfordringer generelt i sykehjem og var viktige å ha med seg inn i arbeidet med dette prosjektet.

I løpet av prosjektperioden ble det publisert litteratur som mer spesifikt gikk på etikk og sykehjem under Covid-19 pandemien i en norsk kontekst. Særlig den tidligere nevnte rapporten fra Senter for omsorgsforskning gikk spesifikt inn på de etiske utfordringene i norske sykehjem. Denne rapporten beskriver at personalet opplevde etiske dilemmaer rundt besøksforbudet og når de skulle vurdere pasientenes helsetilstand som igjen gav føringer for besøk. Rapporten viser at det var krevende å skulle ta hensyn til ønsker om besøk og samtidig redusere risikoen for at smitte kom inn på sykehjemmet. Personalet erfarte at livet til pasientene ble mindre meningsfullt. En lege som ble intervjuet fremhevet at det var etisk problematisk at pasienter ble isolert uten formelle tvangsvedtak (Jacobsen et al., 2021, s. 126-127).

Det å undersøke de etiske utfordringene i en spesiell situasjon som under en pandemi er viktig for å kunne lære og få kunnskap om hvordan man kan være forberedt ved senere pandemier eller lignende situasjoner. Formodentlig har prioriteringsutfordringene vært store under Covid-19 pandemien i sykehjem. Når man legger til tiltakene og restriksjonene i kjølvannet av Covid-19 utbruddet er det særs interessant å se på hva de ansatte opplever som utfordrende. Etiske problemstillinger på sykehjem kan ha blitt enda mer fremtredende under Covid-19 utbruddet. Det er derfor viktig å undersøke erfaringer som helsepersonell har omkring dette. Miljeteig et al. (2021) konkluderer i sin studie med at det trengs flere empiriske studier som ser på helsearbeideres erfaringer under Covid-19 pandemien for å være forberedt på fremtidige pandemier og helsekriser, og for å kunne si noe om hvilke støttemekanismer som trengs i lignende situasjoner i fremtiden. Dette prosjektet er et bidrag til dette.

2.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

2.1 Hensikt

Det overordnede formålet med denne studien er å etablere kunnskap om de etiske utfordringene ansatte i norske sykehjem erfarte under Covid-19 pandemien i 2020/21 ved å utforske helsepersonellens opplevelser i denne perioden. Denne tilgangen til erfaringene som helsepersonellet gjorde seg i denne spesielle situasjonen gir et viktig innblikk i hvilke problemstillinger og utfordringer profesjonsutøvere møtte. Det er de ansattes egne beskrivelser og erfaringer som skal belyses. En slik kunnskap er viktig å etablere ettersom dette materialet kan legge grunnlag for en bred oversikt over relevante etiske utfordringer på et sykehjem under en pandemi. Denne kunnskapen kan brukes til å planlegge en bedre håndtering av etiske utfordringer pleiepersonell i sykehjem vil møte i fremtidige pandemier og helsekriser (Miljeteig et al., 2021).

2.2 Problemstilling

Hvilke etiske utfordringer med å ivareta pasientenes behov erfarte ansatte i pasientnært pleie- og omsorgsarbeid i avdelinger ved sykehjem under Covid-19 pandemien i 2020/21?

3.0 METODE

3.1 Metodologiske føringer

Det overordnede metodologiske grepet i dette prosjektet kan beskrives som translasjonell etikk. Den translasjonelle etikken søker å bygge bro mellom teoretisk og praktisk etikk (Cribb, A., 2010, Bærøe, K., 2014).

Bærøe (2014) setter søkelys på at man innen medisinsk etikk, i motsetning til i annen helsefaglig forskning, ikke har hatt samme krav om å oversette teoretiske konklusjoner til praksis. Slik jeg forstår det handler translasjonsetikk om å minske gapet mellom filosofisk etisk refleksjon og den praktiske etikken ute i feltet. Translasjonen kan gå fra filosofisk refleksjon til praksis og motsatt. Ansvar for å gjøre filosofisk etisk teori til å bli praktisk anvendelig ligger hovedsakelig hos de som har innsikt i filosofisk teori og argumentasjon (Bærøe, 2014, s. 3). Samtidig har innspill om etiske utfordringer fra praksisfeltet en helt avgjørende betydning for at teoretisk, anvendt etikk er relevant.

Dette prosjektet vil i et translasjonsetisk perspektiv kunne bidra med translasjon fra praksis til (filosofisk) forskning og eventuell teoriutvikling fordi det innhentes kunnskap om hvordan etikk erfarer og utspiller seg i praksis. Erfaringene og perspektivene til dem som er i feltet bør anerkjennes som verdifulle kilder til å gjøre teoretisk etikkforskning praktisk anvendbar (Bærøe, 2014, s. 5). Denne form for innspill kan føre velanalysert og begrunnet etikk tilbake til praksis gjennom refleksjon og opplæring av praktikere og dermed bidra til etisk bevissthet ute i feltet.

Oppgaven har en bioetisk tilnærming. Bioetikk er her bredt forstått som etiske problemstillinger knyttet til helse og medisin. Et bioetisk perspektiv i denne konteksten er rettet mot å etablere kunnskap om etiske utfordringer knyttet til Covid-19 pandemien i 2020/21 i sykehjem. Det bioetiske perspektivet blir tydelig i resultatdiskusjonen. For å belyse sentrale aspekter ved materialet drøftes resultatene opp mot fire veletablerte etiske prinsipper i bioetikk. Samtidig har det vært viktig å være bevisst på at disse teoretiske prinsippene skal bidra til å belyse dataene og ikke legge føringer og begrensninger på hva som blir samlet inn av data.

De veletablerte prinsippene det vises til her er respekt for autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (Campell 2017, s. 44-47). Beauchamp og Childress (2013) beskriver disse prinsippene i fagfeltets svært innflytelsesrike bok «Principles of Biomedical Ethics».

Forfatterne ser på disse prinsippene som et uttrykk for en allmenn moral. Prinsippene har historisk sett fremstått som etiske prinsipper som mennesker med ulike religiøse og politiske meninger kan enes om. Det har imidlertid blitt hevdet at prinsippene passer best i en europeisk eller vestlig kontekst (Ebbesen et al., 2012, s. 1), se også Onuoha (2007).

Prinsippene er utledet fra amerikanske etikkomitéer som var enige i at disse prinsippene fungerte som relevante retningslinjer for arbeidet i medisinske etikkomitéer (Haukeland et al., 2013, s. 7).

Fordelen med prinsippene er at de ikke fremstår som absolutte normer og at man må vurdere de forskjellige prinsippene opp mot hverandre i hvert enkelt tilfelle som skal analyseres. På denne måten får man belyst forskjellige sider ved en sak (Haukeland et. al., 2013, s. 7-8), og hvert tilfelle krever sin egen begrunnelse for avveiningen man faller ned på.

De etiske prinsippene drøftes opp mot resultatene for å klargjøre etikken i problemstillingene som kommer til uttrykk i intervjuene. Det som imidlertid kan nevnes som interessant her fra et bioetisk ståsted er at ingen av informantene eksplisitt nevner de etiske prinsippene. De etiske prinsippene skal, som nevnt, belyse resultatene og ikke legge føringer.

I tillegg til de etiske prinsippene vil jeg bruke filosofen Lisa Tessmanns teori om «moral failure» (2015) for å belyse funnene av konfliktfylte spenninger mellom ulike påtrykk og forventninger. «Moralske dilemmaer er situasjoner med moralske konflikter som presenterer umulige moralske krav og inneholder uunngåelig moralsk mislykkethet» (Tessmann 2015, s. 14). Jeg legger denne definisjonen av moralske dilemmaer til grunn når jeg drøfter funnene.

Tessmann beskriver at det noen ganger vil være slik at moralske krav vil komme i konflikt med hverandre og at selv om man på sett og vis løser den moralske konflikten ved å innfri ett av de moralske kravene, så vil man likevel bli hengende ved denne konflikten og kravet som ikke ble innfridd. Man kan for eksempel oppleve å kjenne på skyld, skam eller anger i etterkant (Tessmann 2015, s. 31). Selv om man har valgt en moralsk handling foran en annen, har man ikke nødvendigvis løst den moralske konflikten.

Følelser i seg selv er ikke en tydelig indikasjon på at man står overfor en uløselig moralsk konflikt da de kan være fundert i misforståelser, sykdom eller være ideologisk forankret.

Negative affekter som skyld, anger og stress kan derimot noen ganger være indikasjoner på at man står i uløselige moralske konflikter, det vil si

genuine moralske dilemmaer der utfallet blir galt uansett hva man gjør (Tessmann, 2015, s. 31).

Tessmann hevder at det finnes forhandlingsbare og ikke-forhandlingsbare moralske krav. Når man står ovenfor ikke-forhandlingsbare krav vil man ikke kunne løse den moralske konflikten og dermed oppstår «moral failure» eller det vi på norsk kan oversette med «moralsk mislykkehet» (Tessmann, 2015).

3.2 Valg av forskningsdesign

For å undersøke forskningsspørsmålet er det brukt et kvalitativt design til å etablere kunnskap om erfaringer rundt etiske utfordringer som ansatte på sykehjem møtte under Covid-19 pandemien i 2020-21. En kvalitativ tilnærming gir muligheter til å utforske menneskelig erfaring. Hensikten med prosjektet er å forstå og beskrive opplevelsene til de ansatte på sykehjem i denne særegne perioden, og det falt seg da naturlig å velge en kvalitativ tilnærming som nettopp er utviklet for å fange og forstå individers erfaringer.

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med ansatte som jobbet i pleien på sykehjem under Covid-19 pandemien.

Prosjektet har en eksplorerende ambisjon (Malterud, 2011, s. 92). Det innebærer at man ikke tar sikte på å dekke alle tenkelige aspekter ved fenomenet som undersøkes, men velger å sette søkelys på erfaringene til ansatte som jobbet/jobber i pleien på sykehjem under pandemien og undersøke dette ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Ved å gjøre intervjuer får man innsikt i erfaringene som pleiepersonell har hatt med etiske problemstillinger og hvordan de har møtt disse utfordringene. Dataene som er samlet inn gir innblikk i deres subjektive erfaringer. De er viktige og relevante for å skjønne hva som var/er etisk utfordrende i en sykehjemskontekst under Covid-19 pandemien.

3.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Prosjektet ble innmeldt i Bergen kommune ved Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest den 27. november 2020 med saksnummer 2020/103874. Den opprinnelige planen var at etat for sykehjem skulle distribuere en invitasjon til deltagelse i prosjektet til avdelingsledere på sykehjem i Bergen kommune og slik gi et strategisk utvalg (Malterud, 2011, s. 56).

Tilbakemelding fra etat for sykehjem lot vente på seg og det ble derfor tatt kontakt med rådgiver for forskning, innovasjon og utdanning i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest i mars 2021. Hun gav en muntlig tilbakemelding på at det var greit å gå i gang med å rekruttere deltakere på egenhånd.

I utgangspunktet var hensikten at utvalget skulle være strategisk med variasjon i kjønn, stilling og alder hos deltakerne for å kunne belyse mange sider av problemstillingen og dermed gi fyldige data. Da rekrutteringen viste seg å være noe utfordrende ble det gjort noen pragmatiske valg. Avdelingsledere på sykehjem ble kontaktet via e-post, samt fagsykepleiere på sykehjem og tidligere kollegaer som jobber på sykehjem. Positive tilbakemeldinger ble fulgt opp med telefonsamtaler. Kontaktpersonene gav telefonnummer til ansatte som ønsket å delta. Disse ble så kontaktet av meg og vi avtalte intervjuer. Dermed ble utvalget ett bekvemmelighetsutvalg; jeg inkluderte de deltakerne jeg fikk tak i. Snøballteknikk ble benyttet der en av deltakerne brukte sitt kolleganettverk til å få tak i flere aktuelle deltakere (Malterud, 2011, s. 57).

Ingen av sykehjemmene hvor intervjudeltakerne jobbet hadde hatt smitteutbrudd. Dette var heller ikke et inkluderingskriterium. Vurderingen var at samtlige sykehjem måtte forholde seg til nye føringer, retningslinjer og restriksjoner som følge av pandemien uavhengig av eventuelle smitteutbrudd. Det var primært utfordringene rundt restriksjonene jeg ville innhente kunnskap om; et eventuelt smitteutbrudd ville muligens gitt informantene andre erfaringer. En smittesituasjon kan til en viss grad sammenlignes med det å ha isolerte pasienter i påvente av testresultater som informantene i dette studiet forteller om.

Kriteriet for deltagelse i prosjektet var at man hadde vært ansatt i pleien på sykehjem under Covid-19 pandemien og informantene inkluderte sykepleiere, helsefagarbeidere og

assistenter. Samtlige syv informanter var sykepleiere selv om invitasjonen til deltagelse tydelig henvender seg til alle som har jobbet i pleien på sykehjem under Covid-19. Det ble også presisert i muntlige henvendelser at samtlige representanter for pleiepersonalet var ønsket til intervju.

Selv om utvalget hadde denne homogeniteten i bunn, så hadde informantene forskjellige opplevelser og belyste problematikken på sin særegne måte. Opplevelsene og tankene de hadde gjort seg og fortalte om bidro til å belyse problemstillingen og gi bred innsikt i hvordan det var å jobbe i sykehjem under Covid-19 pandemien. Informantene kom fra tre forskjellige sykehjem på Vestlandet, med variasjon i størrelse, type avdeling og pasientgruppe. Dette ga bredde i dataene selv om bredden ville vært større om ulike arbeidsgrupper hadde vært involvert.

Det ble således gjennomført syv semistrukturerte individuelle intervjuer.

Tabell 1 Oversikt over informanter

	Fagbakgrunn/stilling	Omtrentlig alder	Utbrudd i avdeling
Spl. 1	Sykepleier i pleien	35	Nei
Spl. 2	Sykepleier i pleien	45	Nei
Spl. 3	Sykepleier i pleien	35	Nei
Spl. 4	Avdelingsleder/sykepleier i pleien	45	Nei
Spl. 5	Sykepleier i pleien	40	Nei
Spl. 6	Sykepleier i pleien	45	Nei
Spl. 7	Avdelingsleder/sykepleier i pleien	45	Nei

3.4 Datasamling

I forkant av datasamlingen ble det laget en intervjuguide (vedlegg 1). Jeg erfarte at denne fungerte godt og det ble derfor ikke gjort store endringer i denne under datasamlingen. Intervjuguiden gav intervjuene en viss struktur og bidro til at alle de spørsmålene jeg ønsket svar på ble dekket. Samtidig prøvde jeg å være åpen for å la informantene fortelle historiene

sine på sin egen måte, og oppfordret dem til å snakke fritt og åpent rundt spørsmålene (Polit og Beck, 2012, s. 537). Bruken av guiden varierte fra intervju til intervju. Noen av informantene snakket fritt og kom selv inn på temaene jeg ønsket å få informasjon om, mens andre ganger brukte jeg samtlige spørsmål fra guiden.

Intervjuene ble gjennomført fra mars til tidlig mai 2021 og tok fra 45 til 60 minutter. Før selve intervjuet startet fikk deltakerne informasjon om prosjektet og signerte samtykkeerklæringen (vedlegg 2). Det ble brukt digital diktafon for å ta lydopptak av intervjuene. Det ble også gjort skriftlige notater. Intervjuene foregikk på møterom på sykehjemmene hvor informantene jobbet og ble gjort i etterkant av dagvakt eller i forkant av kveldsvakt. Rommene som ble benyttet var egnet til å overholde smittevernreglene. To-meters avstand ble holdt. En deltaker valgte å bruke munnbind gjennom intervjuet uten at det påvirket kvaliteten på lydopptaket eller andre forhold nevneverdig. Det var kun informant og intervjuer til stede under intervjuene.

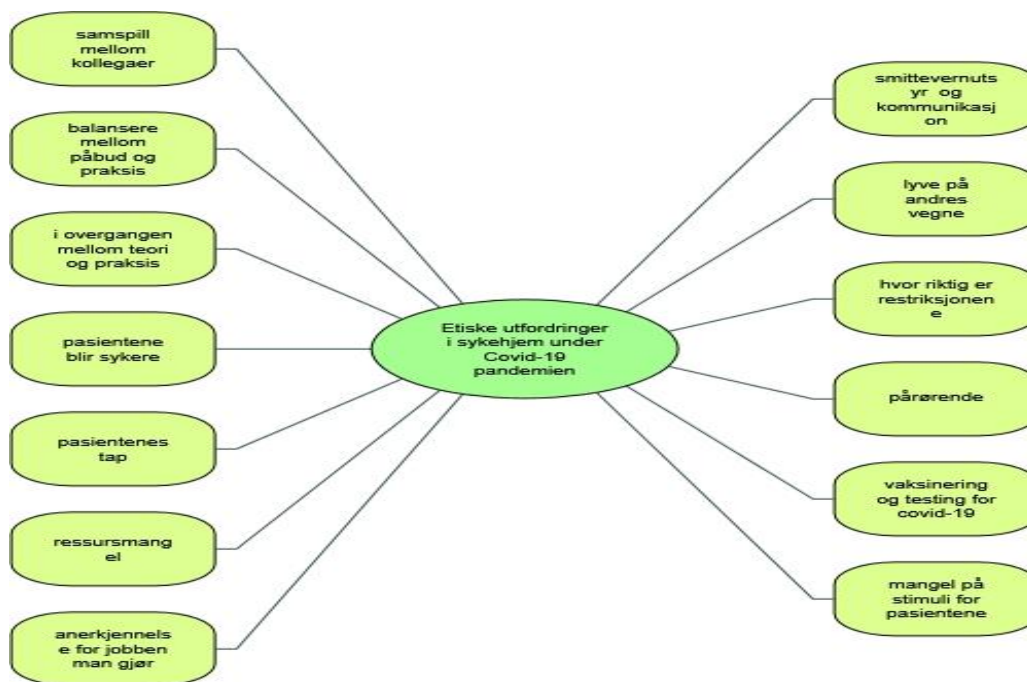
I etterkant transkriberte jeg intervjuene selv og dette ga meg god kjennskap til datasamlingen. I forkant av transkriberingen ble intervjuene lagret på diktafonen. Ved prosjektslutt i desember 2021 blir lydopptakene av intervjuene slettet. Lydopptak av en persons stemme kan være identifiserbar og regnes som sensitive personopplysninger. Lydopptakene måtte derfor behandles i tråd med General Data Protection Regulation (GDPR). Intervjuene ble så fort som mulig overført til SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur), som er løsningen Universitetet i Bergen har for sikker behandling av sensitive personopplysninger i forskning. Løsningen SAFE bygger på Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene (Normen) og sikrer at informasjonssikkerheten med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet blir ivaretatt ved behandling av sensitive personopplysninger (Universitetet i Bergen, 2021). Diktafonen ble oppbevart utilgjengelig for andre frem til intervjuene var overført til SAFE og de ble da slettet fra diktafonen.

3.5 Analyse av datamaterialet

Analysemetoden som har blitt brukt for å systematisere dataene fra intervjuene er Malteruds systematiske tekstkondensering, (engelsk: Systematic Text Condensation -STC). Den «er en

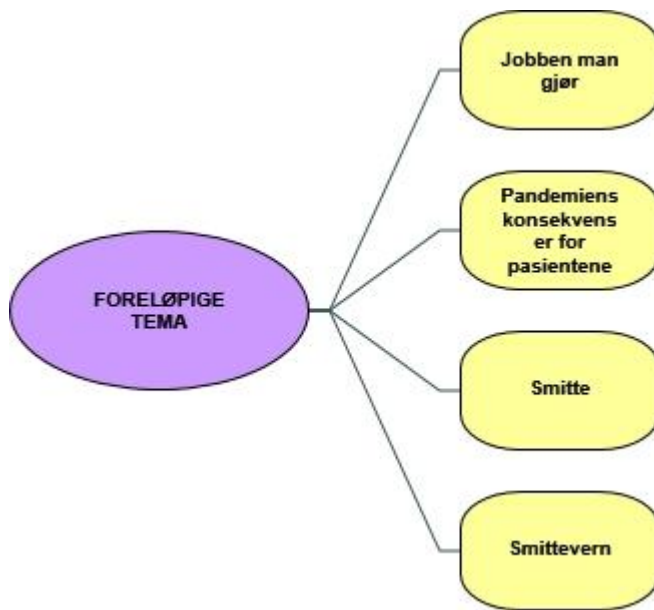
pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data» (Malterud, 2017, s. 96).

STC har fire trinn. Det første man gjør er å danne seg et helhetsbilde av datamaterialet. I dette tilfellet innebar det å lese gjennom de transkriberte intervjuene for å få et inntrykk av hva dataene inneholder. Uten å ha for stort fokus på temaene fra intervjuguiden finner man noen foreløpige temaer. Her må man så godt det lar seg gjøre legge vekk forforståelsen og rette fokus mot hva dataene sier. Malterud fremhever fordelene med å gjøre analysen i samarbeid med en annen forsker (2017, s. 100) og at man i fellesskap kommer frem til foreløpige temaer. Jeg fikk gode innspill fra veileder som også leste gjennom intervjuene og i etterkant av veiledning laget jeg et tankekart for å visualisere helhetsinntrykket av dataene sammen med innspillene fra veileder (Figur 1).



Figur 1 Tankekart som beskriver helhetsinntrykket.

Malterud skriver at «Det kan dreie seg om fire til åtte temaer som intuitivt dekker vår oppmerksomhet» (2017, s. 99). Med utgangspunkt i tankekartet prøvde jeg å finne temaer som dekket inn det umiddelbare inntrykket fra dataene. Etter en del frem og tilbake endte jeg opp med følgende foreløpige tema: «Jobben man gjør», «Pandemiens konsekvenser for pasientene», «Smitte» og «Smittevern» (Figur 2).



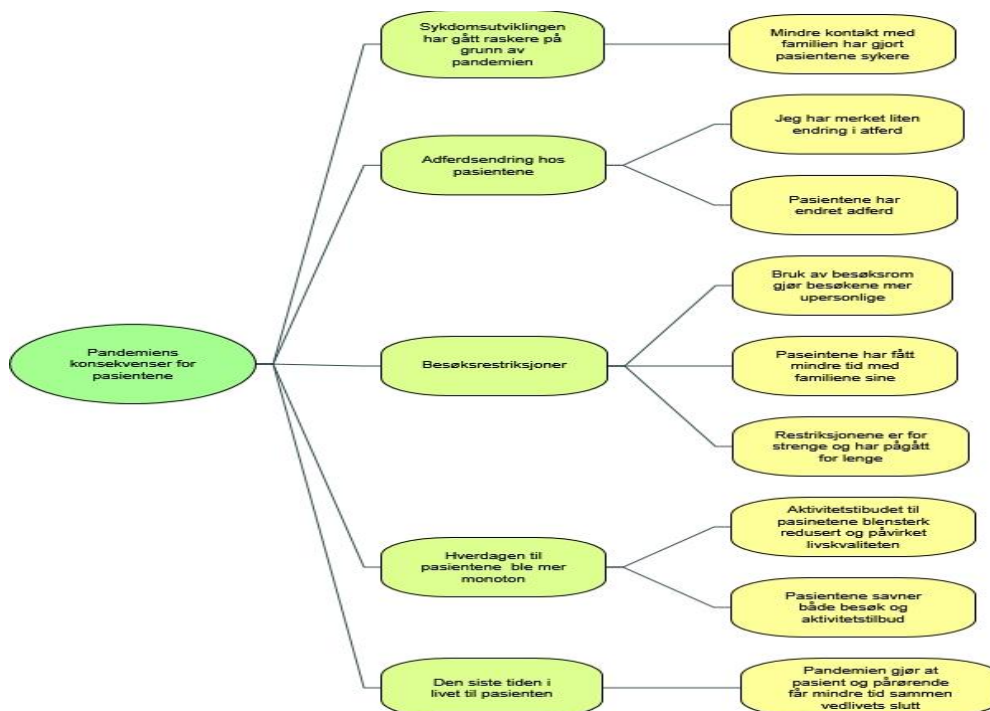
Figur 2 Foreløpige tema

Med utgangspunkt i de foreløpige temaene gikk jeg gjennom dataene på ny, og plasserte meningsbærende enheter under disse temaene. Meningsbærende enheter er deler av den transkriberte teksten som sier noe om problemstillingen. I STC velges det ut deler av teksten som sier noe om temaet i oppgaven, i motsetning til i Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse hvor man tar utgangspunkt i at hele teksten er meningsbærende (Malterud, 2017, s.101). Også her vektla jeg innspillene fra veileder for å få en mer nyansert tilnærming til dataene.

De meningsbærende enhetene ble samlet under temaer og disse ble så systematisert i koder. Jeg brukte et dataprogram (Nvivo 12 Pro) for å holde oversikten over analysearbeidet. Nytt verdien av dette kom særlig frem i arbeidet i andre og tredje trinn hvor kodene kunne legges inn og de meningsbærende enhetene enkelt kunne plasseres under den relevante koden deretter videre i subgrupper i tredje analysetrinn. Det gjorde systematiseringen mer oversiktlig.

Det kan muligens oppfattes som om denne fremgangsmåten er lineær og at man går rett fra A til B og videre til C. Det er ikke tilfellet da STC, som kvalitativ forskning generelt, er en iterativ prosess der det hele tiden er bevegelse. Som tidligere nevnt ble det en del frem og tilbake før temaene falt på plass og det samme var tilfellet når det gjaldt kodene og subgruppene.

Subgruppene er en videre presisering av kodene, og altså det tredje trinnet i analysen. Subgruppene skal synliggjøre «ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat» (Malterud, 2017, s. 112). De skal på den måten bidra til å få frem nyanser i de meningsbærende enhetene i kodegruppene. Man lager to-tre subgrupper for hver kode. I analysen fikk noen av kodene kun en subgruppe som like fullt uttrykte nyansene i kodegruppen og det virket derfor ikke hensiktsmessig å lage flere subgrupper i disse tilfellene.



Figur 3 Eksempel på tema-koder-subgrupper

I løpet av arbeidet ble noen koder endret, andre igjen flyttet. Et eksempel på dette er at i koden «Ivareta hele pasienten» under temaet «Pandemiens konsekvenser for pasientene» ble hele koden flyttet for å heller inngå i subgruppen «Vanskelig å ivareta hele pasienten». Denne subgruppen lå under temaet «Smittevern og hele pasienten». Her var det en tydelig overlapping. Koden ble derfor slettet og de meningsbærende enhetene flyttet. Slike endringer skjedde jevnlig gjennom arbeidet.

I tredje analysetrinn lages det et kondensat, som er et kunstig sitat. Dette er spesielt for STC som analysemetode og innebærer at man med utgangspunkt i subgruppene sammenfatter meningsinnholdet i form av et sitat. Hver meningsbærende enhet i en subgruppe blir

gjennomgått og det vurderes hvorvidt den skal inngå i kondensatet. Her ble noen meningsbærende enheter flyttet til andre subgrupper og noen utgikk fra analysen, mens de resterende ble en del av kondensatene. Etter at kondensatene ble utviklet fant jeg et «gullsitat» til hvert kondensat. «Gullsitatet» er ekte sitater fra datamaterialet som sier noe om meningsinnholdet i kondensatet og subgruppen.

Fjerde og dermed siste trinn i STC går ut på å lage en analytisk tekst til hver subgruppe og kode. Med utgangspunkt i disse lages tre til fem kategorier. Det er derfor viktig å bruke tid på å finne gode kategorier og gi disse treffende og dekkende navn. Kategoriene presenteres som overskrifter i resultatkapitlet.

3.6 Etske betraktninger

Helsinkideklarasjonen understreker at man i all medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som ivaretar respekt for mennesker og deres velbefinnende, helse og rettigheter (Campell, 2017, s. 122). I kvalitativ forskning møter vi mennesker og etterspør deres verdier og handlingsmønstre. Det er derfor viktig å være bevisst de etiske hensynene man må ta som forsker.

Jeg har valgt å gjøre individuelle intervjuer for å belyse problemstillingen. Jeg har gjort opptak av intervjuene, for så å transkribere samtalene. Det var derfor viktig at informantene var godt informert på forhånd. Deltakerne fikk en skriftlig invitasjon til deltakelse i prosjektet og samtykkeskjema (se vedlegg 1), etter mal fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Informantene signerte skjemaet i forkant av intervjuene. De godkjente da deltagelse i prosjektet og at det ble gjort lydopptak under intervjuet, samt at dataene blir brukt i dette konkrete prosjektet. Det var viktig at informantene følte seg trygge på at anonymiteten deres ble ivaretatt. Opplysninger om alder, kjønn og stilling ble notert, men ingen persondata utover det.

Da prosjektet ikke skulle behandle helseopplysninger eller særlige kategorier av personopplysninger ble det registrert direkte i RETTE med id S558.

Prosjektet ble av prosjektleder og student ikke ansett å innebære høy risiko for deltagerne eller tredje part. Deltakerne tok på invitasjon selv initiativ til å dele sine refleksjoner med intervjuer og hvilke erfaringer de ønsket å dele. Informantene ble anonymisert i analysedelen og i fremstilling av dataene. Deltakerne ble i tillegg eksplisitt bedt om å ikke oppgi identifiserbare opplysninger om tredje part ved at eksemplene de eventuelt benyttet ble anonymiserte og så langt som mulig gitt en generell form.

Beskrevne etiske utfordringer kan være av sensitiv karakter dersom de er knyttet til pasientbehandling, ledelses- eller organisatorisk struktur ved arbeidsstedet. Konteksten vil naturligvis være anonymisert, og deltakerne vil ikke siteres på unike, gjenkjennbare organisatoriske strukturer. Denne risikoen for sensitive opplysninger må veies opp imot behovet for å identifisere etiske forhold i sykehjemmene under Covid-19 som vil kunne bidra til en bedre praksis i liknende situasjoner fremover.

Personopplysningene (lydopptak av intervju) er kun brukt til formålene som er omtalt. Opplysningene har blitt behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og prosjektleder ved Universitetet i Bergen som har hatt tilgang til personopplysningene. Disse oppbevares på SAFE og vil bli slettet når prosjektet er ferdigstilt i desember 2021.

4.0 FUNN

4.1 Innledning

Hovedfunnene i dette prosjektet som tar utgangspunkt i empiriske data viser at de etiske utfordringene ansatte i pleien på norske sykehjem opplevde under Covid-19 pandemien i 2020/21 finnes i de ulike spenningsforholdene mellom smittevern og andre viktige aspekter i ivaretagelsen av pasientenes behov.

De etiske utfordringene kom til uttrykk i bekymringen for smitte, i spenningen mellom pålegg og etikk, i spenningen mellom smittevern og profesjonell omsorg, samt i spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene.

4.2 Bekymring for smitte

«Jeg er ikke redd for å bli smittet selv, men for å smitte pasienter og kollegaer», fortalte Spl. 1. Dette utsagnet er beskrivende for noe samtlige informanter uttrykte. De fortalte at de ikke hadde stor redsel for å få korona selv, men at de var redde for å ta smitten med seg inn på sykehjemmet og slik smitte pasienter og kollegaer. «Fordi jeg har en veldig angst, ikke for å bli smittet selv, men for å få smitten inn på huset», sa Spl. 6.

Noen av informantene beskrev det som en ny og annerledes måte å tenke på; det at de ble så bevisst på at de kunne være potensielle smittebærere, og dermed en mulig fare for pasientene. Samtidig var informantene innforstått med at de var viktige for ivaretagelsen av pasientene, da behovet for kompetansen deres var stort. De trengtes på jobb og kunne derfor ikke ta dette for mye innover seg da det ville det bli tungt å stå i jobben. Noen informanter fortalte at de syntes denne redselen ble mindre etter hvert som pasientene ble fullvaksinert.

«Hvis det kommer smitte på et sykehjem, så kanskje det er personalet som får skylden, men det kan jo like godt være besøkende som tar det med seg. Men det blir jo fort at det er jo som regel personalet som gjør det, og da har man kanskje følt et sånn ekstra ansvar for det da. Ikke være, bidra til det. At det er stigmatiserende, men og et ansvar man har som helsepersonell; at man skal ta vare på de pasientene man har ansvar for. ... Så jeg har nok kanskje begrenset privatlivet ja, men som sagt, nå har jeg vært

vaksinert en stund og føler meg relativt trygg på at jeg ikke er smittebærer. Så jeg slapper litt mer av nå, men pasientene er jo vaksinert nå. Så det er lettere nå, men jeg tror de fleste kjente litt på det, frem til januar (2021) i alle fall, at det ville vært ubehagelig å være den som smittet både pasienter og personalet» (Spl. 5).

Redselen for å ta med seg smitte inn på sykehjemmet gjorde at informantene begrenset fritid og privatliv. Spl. 5 fortalte at hen bare gikk til og fra butikken, og sluttet å ta buss til jobb for å unngå å utsette seg for potensiell smitte. Spl. 1 fortalte at hen la begrensninger på barna sine og ikke arrangerte barneselskap.

«Risikoen for at en av oss ansatte tar det (smitte) med inn er jo stor, men vi må jo være på jobb. Sånn er det jo bare. Vi har jo et liv utenom jobben vi og. Det er vanskelig å helgardere seg mot å skulle være uheldig og få noe» (Spl. 7).

Alle informantene fremhevet at de gjorde så godt de kunne, men at de aldri kunne være helt sikker på å ikke bli smittet eller være smittebærer. Noen av informantene uttrykte at de nok var ekstra forsiktige på fritiden, fordi de hadde den jobben de hadde og jobbet tett på mennesker i risikogruppen.

Informantene uttrykte lettelse over å ha sluppet å få smitte inn på avdelingen og sykehjemmet de jobbet på, da de så at det ville fått store konsekvenser for pasientene. Konsekvensene de beskrev var faren for alvorlig sykdom hos pasientene og det at man da ville fått ukjent personale inn i avdelingen.

«Mange har følt at når det åpner opp for besøk har det kanskje føltes litt sånn skummelt. At da er man mer redd for å få det inn her. De konsekvensene vi kanskje ser for oss at det kan få da. Og det med at mange vil bli alvorlig syke, mange vil kanskje dø og det vil bli dramatisk for personalet og sånn» (Spl. 5).

Videre viste informantene til at det å håndtere smittevernustyr riktig er ressurskrevende og ville gitt mindre tid med pasientene i et eventuelt utbrudd og det igjen ville medført at pasientene da bare ville fått minimalt med pleie og stell. «Ja, vi hadde jo ikke klart å gjøre halvparten av oppgavene våre hvis vi skulle hatt smittevern på samme måten» (Spl. 1).

Funnene i denne kategorien viser at informantene hadde en bekymring rundt dette med smitte, ikke først og fremst for sin egen del, men for de store konsekvensene det ville fått for den enkelte pasient og for avdelingen og sykehjemmet.

4.3 Spenningen mellom pålegg og etikk

De innsamlede dataene viser at omsorgen for pasienter på sykehjem ble utfordrende i lys av påleggene og restriksjonene smittevernet under pandemien ga.

Når det gjaldt bruk av munnbind i pleien fortalte enkelte informanter at dette hadde gått rimelig greit, men at det noen ganger kunne være vanskelig. Særlig gjaldt dette i arbeidet med mennesker med kognitiv svikt. En informant fortalte følgende:

«Vi har jo fått et påbud om å bruke munnbind f.eks., men på en avdeling for personer med demens, så er ikke det så enkelt. De er veldig avhengige av å se at vi smiler, og at vi har et blidt ansikt. I alle fall ser imøtekommende ut. ... De hører ikke hva vi sier, det blir sånn mumling. Og de blir litt redd og litt engstelig. Av munnbind. En lurte på; hvilken smittsom sykdom har du? At jeg var syk» (Spl. 4).

Videre meddelte noen informanter at problemstillingen rundt munnbindbruk ble diskutert i personalgruppen og med avdelingsleder. De kom frem til at på tross av påbudet måtte de la være å bruke munnbind i en del situasjoner for å unngå unødig uro hos pasientene. Mange av pasientene ble usikre og redde når de bare så øynene til pleierne. De kunne ofte misforstå personalet når de ikke kunne lese hele ansiktene. Noen av informantene tilkjennega at de brukte munnbind når de kunne, og lot være å bruke det når det kunne skape uheldige situasjoner.

«Så akkurat det med å ikke bruke munnbind, som vi har diskutert i avdelingen og funnet ut at sånn må det være: Vi bruker det hvis vi kan, så bruker vi det ikke når det er vanskelig. Jeg har jo opplevd at en beboer har tatt av meg munnbindet og sagt 'Sånn!'. For hun taklet ikke det. Hun gikk bort og tok det av, da var hun fornøyd» (Spl. 4).

Bruk av munnbind handlet også om at talen til personalet ble mindre tydelig av å ha på munnbind. Dette er uheldig da mange sykehjemspasienter har nedsatt hørsel. Noen pasienter trengte å lese på leppene for å forstå hva som ble sagt. Kommunikasjon med pasienter ble altså vanskelig når personalet brukte munnbind.

«Jeg føler at det er lettere å snakke til de og berolige de uten (munndbind) når de har de episodene (uro). Men ellers når alt er greit og rolig og vi ser på film med dem eller

spiser eller hører på musikk, så sitter vi ved siden av dem og da har vi munnbind på» (Spl. 2).

Det var også noen få informanter som ikke beskrev munnbindbruk som utfordrende, men at det fungerte helt greit.

Noen av informantene tok opp PCR-testing av pasienter med demenssykdom som etisk utfordrende. Det var vanskelig å få gjennomført tester da pasientene ikke forstod hva som skulle skje med dem. I noen tilfeller førte det til at hele avdelingen måtte isoleres og fungere som en kohort. En informant stilte spørsmål ved hvorfor det ikke ble gjort tvangsvedtak for å skåne de andre pasientene:

«Så akkurat det synes jeg er litt rart, at ikke man kan få ta en test på tvang som er en relativt fort gjort prosedyre, fremfor å eventuelt skulle isolere de i 10 dager på rommet, som kan bli en stor belastning. Eller at hele avdelingen skal bli satt i fare. Så det er jo en greie som vi tenker mye på. Og ikke helt skjønner logikken i, kanskje» (Spl. 7).

En annen informant trakk frem det å skulle teste pasienter med demenssykdom som etisk utfordrende.

«Hun ene jeg jobber med var opptatt av dette med testingen, når det gikk på det etiske. I forhold til det å teste beboere med Alzheimer, som ikke forstår rekkevidden av hva som skal skje. Det er vanskelig å forklare de at nå må vi stikke en pinne i nesen din eller halsen din fordi vi er redd du har en influensa. Det nytter ikke å forklare de hvorfor du gjør det du skal gjøre. Og vi kan jo heller ikke gjøre ting med tvang» (Spl. 4).

Når det gjaldt pålegg om å isolere pasienter ved mistanke om smitte sa en informant:

«Egentlig er jo reglene ganske klare på når en skal isolere ... jeg tror det er mange ganger vi ikke har isolert hvor vi burde ha gjort det. Og det er jo litt vanskelig for jeg burde egentlig ha gjort det, for tenk hvis? Tenk hvis det var det som var scenariet (faktisk smitte)? Så hadde vi ikke gjort det. Det er jo litt sånn» (Spl. 3).

Informantene fortalte altså at de har hatt tydelige føringer på når pasientene skal isoleres og testes for Covid-19. Man skulle være svært oppmerksomme på symptomer hos denne pasientgruppen, og teste umiddelbart. Samtidig trakk informantene frem at denne pasientgruppen ofte har symptomer som slim i halsen, eller at de er litt tett i nesen om morgenen, og at dette ble oppfattet som en normaltilstand hos pasienten.

Dersom dette alltid hadde blitt tatt hensyn til, uten å gjøre en helhetsvurdering av pasienten, ville det medført mye bruk av isolering. Det ville igjen vært belastende for pasientene. Noen informanter trakk frem at dette ikke var et stort problem der det var kjente leger som hadde tilsyn med pasientene, og at det da var enkelt å komme frem til gode løsninger.

Det ble likevel uttrykt usikkerhet rundt dette.

«Vi er litt sånn usikre, så ender det jo gjerne at man bare gjør det (isolerer) for sikkerhets skyld. Så jeg tenker at det er jo mange av beboerne som har gått gjennom isolasjoner som kanskje ikke hadde vært nødvendig. Så det er litt å kjenne på det og, at du på en måte gjør noe som blir en ekstra belastning for beboeren også» (Spl. 7).

I de tilfellene hvor man valgte å avvente var det også med tvil. De ansatte kunne da bli gående og tenke på hvorvidt det faktisk var covid-smitte. Dette kunne gi en følelse av at de var med på å ta en avgjørelse som kunne sette de andre pasientene og personalet i fare.

Flere informanter sa at de hadde sett for seg og blitt forespeilet at det skulle åpnes mer opp når pasientene var fullvaksinert, men at det ikke var tilfellet da intervjuene ble gjennomført. Informantene sa at det til tider var vanskelig å forsvare de strenge tiltakene overfor pasientene og pårørende.

Informantene fortalte også at noen pårørende var frustrert over situasjonen og informantene opplevde noen ganger at pårørende tok frustrasjonen sin ut på dem. I et intervju beskrev Spl. 4 dette som urettferdig og at de pårørende heller burde rette kritikken mot et høyere nivå som ledelsen i kommunen. Spl. 4 fortalte at hen måtte følge reglene og påleggene som ble gitt, da det var det hen måtte gjøre som ansatt i pleien på sykehjem. Det var ikke de ansatte som laget reglene, de måtte bare følge dem. I intervjuene uttrykte informantene også forståelse for at det var en vanskelig situasjon for de pårørende.

«Vi får jo litt kjeft. Av pårørende. Jeg skjønner jo at de er frustrert og fortvilet over både besøksforbud og alle slags restriksjoner som har kommet, og har gått, og har kommet og har gått. Det har vært veldig mye. De sier jo at de har forståelse, men samtidig så har de kanskje ikke det. Og selv om de kanskje forstår det, så må de på en måte lette på trykket og bare øse ut sin frustrasjon og vi er jo da de nærmeste til å ta imot. ... Jeg prøver å si at jeg kanskje ikke er rette personen å si det til, for vi følger bare ordre og det vi. Så da må du kanskje gå videre. Gå til politikerne, du får si det til de det gjelder, men det er kanskje ikke så lett for pårørende heller» (Spl. 4).

Under pandemien har informantene fått endret arbeidsoppgavene sine. Det tok tid å overholde smittevernreglene. Informantene måtte påse at de pårørende overholder reglene og de måtte vaske kontaktpunkter før og etter besøk. Noen måtte også fysisk møte de pårørende som kom på besøk ved inngangen og følge dem til avdelingen. Det å passe på at pårørende overholdt avstandsreglene under besøk, beskrev en informant som trist. Det var også trist å skulle hindre at pasient og pårørende ga hverandre en klem. Spl 4 beskrev det som «etisk urimelig, på en måte».

Informantene erfarte at det kunne være krevende å følge påleggene og restriksjonene som de måtte forholde seg til på sykehjem i kjølvannet av pandemien. De opplevde å stå i et spenningsforhold mellom disse og det de oppfattet som etisk rimelig. Kartet passet ikke alltid med terrenget, eller sagt på en annen måte: De juridiske påleggene var tidvis vanskelige å følge i det praktiske pasientnære arbeidet og ble opplevd som etisk utfordrende for informantene.

4.4 Spenningen mellom smittevern og profesjonell omsorg

En informant beskrev det å jobbe på en sykehjemsavdeling på følgende måte:

«Du skal være en sykepleier, du skal være kokk, du skal være servitør, du skal være vaskehjelp, du skal være ryddehjelp, du skal være støttekontakt, du skal være pårørende. Du skal liksom være alt for dem (pasientene). Og så er du kanskje bare tre stykker på jobb og vet at du klarer ikke å tilstrebe alt» (Spl. 7).

Samme informant påpekte at dette var normaltilstanden når det ikke er pandemi. Noen av informantene opplevde at de i utgangspunktet var for få på jobb og ikke hadde nok tid til å dekke pasientenes behov. Dette ble forsterket under pandemien hvor man stadig fikk nye og endrede oppgaver. Informantene trakk frem at det særlig ved isolering av pasienter var vanskelig å prioritere oppgaver, da isolering var særs ressurskrevende når det gjaldt personell og tid. Flere informanter uttrykte ønske om høyere bemanning under pandemien spesielt; da særlig når man hadde isolerte pasienter. Men også generelt: «Det handler om å ha flere folk på jobb så vi kan gjøre det vi faktisk er der for. Eller være der for de vi er der for», uttalte Spl. 7.

Spl. 1 fortalte at hen ikke følte hen var ordentlig sykepleier den uken de hadde isolerte pasienter. Hen ønsket å tilbringe mer tid inne med en isolert pasient som var urolig, men at det

var vanskelig å prioritere det da det gikk på bekostning av ivaretagelsen av de andre pasientene i avdelingen.

Informantene uttrykte at hensynet til smittevernet kunne komme i veien for en helhetlig omsorg. Det var forskjellige grunner til dette. Som nevnt var grunnbemanningen noe som ble påpekt som én årsaksfaktor av informantene.

Det var også tidkrevende å bruke smittevernutstyr på riktig måte, og følge opp de andre smitteverntiltakene. Særlig når man hadde isolerte pasienter i avdelingen måtte informantene gjøre vanskelige prioriteringer.

«For det føles som at smittevern har gått ut over den etisk rette pleiemåten. At du kanskje ikke kan gi den hjelpen som hadde vært nødvendig. Eller du gjør kanskje det som er nødvendig, men det er ikke nødvendigvis det som hadde vært det beste. ... Du tar ikke lenger samme etiske hensyn fordi du må holde smittevernet, fordi du gjør det» (Spl. 1).

Sitatene ovenfor viser at flere informanter opplevde å ikke kunne gjøre en god nok jobb og at hensynet til smittevernet kom i veien for den profesjonelle omsorgen de ønsket å gi.

Videre ble det erfart som vanskelig å få til å være faglig og gi profesjonell omsorg til pasient og pårørende når pasienten var på «livets siste dager» og man måtte bruke smittevernutstyr. Selve smittevernutstyret skapte en fysisk barriere i utøvelsen av pleien, ved at man ikke kunne være fysisk nær pasientene eller pårørende. Spl. 2 fortalte om en særdeles krevende situasjon hvor hen følte at hen ikke fikk gjort en faglig god jobb ved et dødsleie. Det var vanskelig å få pasienten godt smertelindret. Det i seg selv var utfordrende, men informantene var iført fullt personlig beskyttelsesutstyr da det var mistanke om smitte hos pasient. Hen fortalte videre:

«... og på toppen av alt så var det en pasient som slet veldig, og det vi ga (av medisiner) det virket ikke. I tillegg til at man da i en vanlig situasjon ville kanskje kunne hatt litt, ja nå ble det jo sånn, at jeg ble på det rommet. Så var det folk på utsiden av rommet som måtte komme med mer medisin til meg i døråpningen, og så ble det vanskelig kommunikasjon med resten av kollegaene. For jeg kunne ikke ta opp telefonen heller, så jeg måtte ha kontakt med de på gangen på en måte, og så til slutt så måtte en komme inn og da var de få i avdelingen. ... Jeg følte---åh, jeg hadde så lyst at når vi så at dette ikke gikk bra, å gjøre det på en god måte. Men jeg følte jo det at jeg var ubrukelig akkurat der. Men vi gjorde det beste vi kunne. Men jeg syntes jo ikke at

det var godt nok egentlig. For jeg hadde egentlig ikke lyst å ha på meg noe sånt (personlig beskyttelsesutstyr). Og pårørende som kom og skulle si farvel til pasienten. Alt var så lukket på en måte. Så det var en vanskelig erfaring å ta med seg. ... Skulle ønske at jeg kunne gå inn og ut (av pasientrommet), og de andre kunne gå ut og inn uten å ha en sånn her munnbind og frakk og alt det der. Du følte du gjorde feil med smittevern» (Spl. 2).

Under pandemien ble opplevelsen av å ha lav bemanning i sykehjemsavdelingene forsterket da oppgavene til personalet ble flere, og i tillegg endret på grunn av det store fokuset på smittevern. De ansatte beskrev et spenningsforhold mellom det å ivareta smittevern og samtidig utøve profesjonell omsorg. Dette ble særlig krevende hos pasienter i livets siste fase. I denne perioden kom smittevern og utøvelse av profesjonell omsorg til tider i konflikt. Informantene beskrev at det var smittevernet som veide tyngst, selv om dette ikke nødvendigvis ble opplevd som etisk forsvarlig.

4.5 Spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene

En informant uttrykte spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene på følgende måte:

«I forhold til alle de strenge tiltakene som ble satt i gang, så var det litt sånn; var det rett å stenge ned? Skulle man bare hatt det åpent? Så veie for og imot? Hva er verst? Hva er best? I forhold til at det kan bli smitte? Men har de (pasientene) liksom råd til å tape ett år av sitt kanskje korte liv, det de har igjen? Det har vært en del sånne dilemmaer å stå i. Det er jo ingen som ønsker at noen skal få covid. Selvfølgelig. Men det har vært litt sånn, kanskje litt skummelt å si høyt, men.. ja. Hva har vært verst og hva har vært best? Når de har så høy alder som de (pasientene) har og da miste ett år av kontakten med sine pårørende» (Spl. 4).

Sitatet ovenfor beskriver noe som samtlige informanter kom inn på under intervjuene. De hadde en viss ambivalens når det gjaldt smitteverntiltakene og restriksjonene. Informantene uttalte at de mente at smittevern var viktig og at det måtte ivaretas, men at det noen ganger gikk for mye utover pasientenes livskvalitet.

Informantene fremstod samstemte i det at man selvsagt måtte ha tiltak for å hindre at pasientene ble smittet av covid-19 viruset. Samtidig var det noen av informantene som spurte seg om hvor greit dette egentlig var, sett i lys av tapene de mente pasientene ble påført på grunn av smittevernreglene.

Spl. 3 sa at hen trodde at dersom hen selv hadde vært pasient ville hen tatt den smitterisikoen besøk innebar: «Jeg tror at hvis jeg hadde fått velge selv, hvis jeg var på sykehjem, så ville jeg tatt den risken. For å få lov til å være med mine, i stedet for å treffe de to ganger i uken. Det tror jeg, jeg ville gjort.»

Spl. 7 fortalte at en pasient uttalte; «gi meg heller korona enn at jeg skal sitte her alene». Informantene beskrev at det var vanskelig å være vitne til at pasientene ble mer ensomme under pandemien, og at informantene ikke kunne gjøre så mye med dette på grunn av besøksrestriksjonene og smittevernhensynet.

Samtlige informanter trakk frem at aktivitetstilbudet til pasientene var sterkt redusert under pandemien. I første fase forsvant både frisør-, fotpleie- og fysioterapitilbudet til pasientene. Dette fant man imidlertid ordninger for videre i pandemien. Informantene trakk også frem at frivilliges bidrag var savnet og fraværet av aktiviteter ga pasientene lite stimuli. «Det er liksom ingen aktiviteter, det er gjerne bare det personalet klarer å få til», fortalte Spl. 5.

Noen informanter mente at det var enklere med strenge tiltak i begynnelsen av pandemien. Man var på det tidspunktet beredt til å «stå i det». Det at det strakk seg ut over så lang tid gjorde det vanskeligere. Spl. 1 uttrykte det på følgende måte: «Smittevern trumfer alt, veldig ofte. I starten skjønnte jeg det, vi hadde en veldig stor pandemi. Nå tror jeg faktisk at vi gjør mer skade enn vi gjør nytte». Flere av informantene sa altså at smittevernet hadde negative konsekvenser for pasientene slik det ble praktisert, og at det kanskje ikke var riktig.

Spl. 5 tok imidlertid til orde for at siden sykehjem er en helseinstitusjon er det slik det må være. Hensynet til smittevern må veie tyngst.

Informantene fortalte videre at de observerte atferdsendring hos pasienter under pandemien. De beskrev pasienter som ble mer innesluttede og så ut til å miste livsgleden sin.

«Pasienten har kun en pårørende som har besøkt henne jevnlig og nå har ikke hun vært på besøk, selv nå når hun får lov å komme på besøk. Hun (den pårørende) er veldig redd for korona. Så da er jo denne pasienten, hun er blitt veldig aggressiv, rastløs og nå går hun faktisk og legger seg rundt to-halv tre, for hun ser ikke meningen med å

sitte oppe. Dette er noe jeg har observert, for pasienten selv har ikke språk. Men før (pandemien) gjorde hun ikke det» (Spl. 6).

Det kom også frem i intervjuene at pandemien førte til at pasienter og pårørende mistet verdifullt samvær. Besøksrestriksjonene medførte at det først var når pasienten var på «livets siste dager», at pårørende kunne være på besøk så mye de ville. Men også her var det restriksjoner på antall besøkende. Det at de mistet verdifull tid sammen med sine pårørende på slutten av livet gjorde flere av informantene betenkt.

Informantene trakk frem at tiden rett før den siste fasen i pasientenes liv er en særlig viktig tid for samvær med pårørende. I denne fasen er pasientene i ferd med å bli dårligere, men ofte fremdeles kontaktbare og bevisste. Under pandemien mistet mange denne tiden. Det ble trukket frem som vanskelig av informantene. Hvis det ikke hadde vært for smittevernreglene under pandemien, hadde pårørende vært mer til stede hos pasienten den siste tiden.

I flere intervjuer ble det hevdet at pasientene ble sykere og at sykdomsutviklingen gikk raskere som følge av restriksjonene. Dette ga pårørende også uttrykk for.

«Man kan si at de har blitt sykere. De har på en måte blitt, - akkurat som om demenssykdommen har gått raskere. De (pasientene) kjenner dem (pårørende) ikke igjen når de kommer. De husker ikke familiemedlemmer. De spør ikke etter dem. Jeg skal ikke si at de ikke hadde hatt den utviklingen uten covid, men jeg føler at det går litt fortere» (Spl. 4).

Samme informant beskrev en opplevelse av at sykdomsutviklingen gikk fortere enn vanlig på grunn av påleggene og restriksjonene under pandemien.

Informantene beskrev videre spenningen mellom smittevern og de negative konsekvensene smittevernhensynet hadde for pasientene som etisk utfordrende. Dette som følge av at de måtte sørge for et godt smittevern for å beskytte de spesielt sårbare sykehjemspasientene. Samtidig opplevde de at dette førte til at pasienter mistet samvær med sine pårørende, virket mer ensomme, fikk mindre innhold i hverdagen og mindre livsglede, samt at sykdomsutviklingen syntes å gå raskere.

5.0 RESULTATDISKUSJON

Hensikten i denne oppgaven er ikke å vurdere hva som var etisk forsvarlig under Covid-19 pandemien eller hvordan man burde handlet etisk «riktig», men å beskrive hvilke etiske utfordringer pleiepersonell i norske sykehjem opplevde. Ved å løfte opp disse erfaringene kan denne oppgaven være ett av flere bidrag inn i en videre diskusjon om hva slags utfordringer i norske sykehjem som bør kunne aksepteres og hva som bør forhindres i en senere pandemi.

I denne type studie er det empirien som står i fokus og det er erfaringene beskrevet fra informantens ståsted som skal belyses, tolkes og formidles. På sett og vis står disse empiriske funnene i seg selv, men de kan også belyses bedre dersom man kan underbygge og forklare de i en bredere, teoretisk kontekst. I det følgende anvendes fire bredt aksepterte etiske prinsipper fra bioetikkkfeltet med relevans for omsorg- og helsehjelp, samt en teori om fenomenet «moral failure».

5.1 De fire biomedisinske etiske prinsippene og «moral failure»

Som nevnt innledningsvis er de fire veletablerte prinsippene i bioetikkkfeltet ikke-skade prinsippet, velgjørenhetsprinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Beauchamp og Childress, 2013). Disse etiske prinsippene kan hjelpe oss i å belyse utfordringene som oppleves i feltet som eksempler på faglig, systematisk begrunnede, *etiske spenninger*.

Beauchamp og Childress tar først for seg autonomiprinsippet i sin bok, men presiserer at ingen av prinsippene har forrang foran de andre (Beauchamp og Childress, 2013, s.101/141).

Autonomiprinsippet, eller selvbestemmelsesprinsippet, handler om retten mennesker har til å ta avgjørelser på vegne av seg selv i saker som angår en selv. Prinsippet handler ikke kun om å tolerere andres valg; det handler også om å muliggjøre og bidra til at andre kan ta selvstendige valg (Campell, 2017, s.45).

Ikke-skade prinsippet handler om at man ikke skal forårsake skade på andre og kan spores tilbake til den gamle medisinske maksimen «primum non nocere» (Beauchamp og Childress, 2013, s.150), som kan oversettes til: først av alt ikke skade. Det er viktig å forebygge og hindre at skade skjer og at man dermed unngår handlinger som vil skade pasienter.

Velgjørenhetsprinsippet fordrer at man aktivt skal bidra til velvære for andre mennesker. Prinsippet kan ses på som en forlengelse av ikke-skade prinsippet. Velgjørenhet krever handling av aktørene da man skal ta aktive grep for å handle slik at det kommer andre til gode og ikke kun sørge for at de ikke skades (Beauchamp og Childress, 2013, s.202). Man prøver å ta bort det som er til skade samt veie for og imot hva som er minst skadelig og aktivt skape velvære for pasientene. Når det gjelder velgjørenhet er det viktig å være oppmerksom på at velgjørenhet kan medføre at man blir paternalistisk i sin tilnærming til pasientene. Det vil si at man står i fare for å overstyre pasientene fordi man mener å vite hva som er til deres eget beste, selv om pasientene selv kanskje ikke ønsker dette (Campell, 2017, s.46).

Rettferdighetsprinsippet er et komplekst prinsipp og skaper muligheter for konflikter (Campell, 2017, s. 46). Man kan forenklet si at det handler om en grunnleggende plikt til å behandle andre mennesker likt, men det må være med utgangspunkt i deres behov og tilgjengelige ressurser. Og ut fra det igjen så kan man vurdere mer spesifikt hva som er rettferdig. For eksempel må man kunne peke på hva som utgjør relevante forskjeller mellom pasienter dersom noen blir prioritert til behandling, og andre ikke.

Gitt prinsippenes svært generelle karakter vil uendelig mange slags situasjonsbeskrivelser kunne fortolkes i lys av disse. Dette reduserer muligheten for at det i prinsippet finnes etiske erfaringer som unndrar seg kategoriseringer i henhold til én eller flere av disse etiske prinsippene.

Lisa Tessmans (2015) teori om «moral failure» eller «moralsk mislykkethet» (min oversettelse) er et begrep som beskriver situasjoner der aktørene står i et moralsk dilemma hvor det ikke finnes tilfredsstillende løsninger.

Tessmann beskriver at man har forhandlingsbare og ikke-forhandlingsbare moralske krav (Tessman, 2015, s. 31). Der hvor to ikke-forhandlingsbare moralske krav brytes mot hverandre vil aktørene oppleve moralsk mislykkethet. Dette på tross av at de moralske konfliktene tilsynelatende blir løst i det man velger en handling. I stedet for at denne løsningen gjør at det moralske kravet forsvinner, så blir det heller en moralsk påminnelse for aktørene og kan gi aktørene opplevelse av anger eller skam, eller en følelse av å være forpliktet til å gjøre gode handlinger (Tessmann, 2015, s.29-30). Aktøren blir fanget i situasjonen hvor det ikke finnes tilfredsstillende løsninger på moralsk konflikt.

Moralsk mislykkethet skiller seg fra moralske konflikter hvor man har et eller flere *forhandlingsbare* moralske krav som brytes mot andre moralske krav, for her vil man oppleve løsningen på konflikten som mer uproblematisk.

Tessmann understreker at moralske krav konstrueres i det praktiske liv gjennom sosiale prosesser (Tessmann, 2015, s.21). Det er altså særs relevant å se på de moralske kravene for å kunne belyse praktisk etikk.

Videre undersøker jeg hvilke etiske prinsipper som brytes mot hverandre i de beskrevne spenningene og vurderer samtidig om det er grunn, med utgangspunkt i hva informantene selv sier, til å oppfatte informantenes erfaringer som uttrykk for konflikter eller mer uløselige dilemmaer.

De forskjellige spenningsforholdene informantene beskriver drøftes opp mot Tessmanns teori. Det ses på om det i noen av tilfellene her erfares det Tessmann kaller «moralsk mislykkethet». Finnes det i noen av disse moralske konfliktene ikke-forhandlingsbare moralske krav som brytes mot andre ikke-forhandlingsbare moralske krav? I så fall har vi å gjøre med genuine moralske dilemmaer. Dersom dette er tilfelle gir det kunnskap om et viktig utfordrende aspekt ved det å jobbe som pleiepersonell på sykehjem under covid-19 pandemien. Det kan også være tilfelle at de etiske utfordringene ansatte i pleien på sykehjem erfarte under covid-19 ikke er moralske dilemmaer, men like fullt etiske utfordringer. Tessmanns teori er viktig for å belyse variasjonen i de etiske utfordringene dette prosjektet tar for seg.

5.2 Bekymring for smitte

Bekymringen for smitte gjorde at informantene innskrenket privatlivet for å unngå å utsette seg for smitte. Samtlige informanter utrykte at de ikke var bekymret for selv å bli smittet, men for å bære smitte inn på sykehjemmet eller til kollegaer. En informant lot for eksempel være å arrangere barneselskap og en annen sluttet å ta buss til og fra jobb.

Det ligger en etisk utfordring i dobbeltrollen informantene har som helsepersonell. På den ene siden er de profesjonelle helsearbeidere og på den andre er de privatpersoner. I bekymringen for smitte glir disse rollene noe over i hverandre. Informantene beskrev at de opplevde at de som helsepersonell måtte ta enda flere hensyn enn mennesker i andre yrker kanskje måtte.

Denne dobbeltrollen er i seg selv ikke ny for helsepersonell da man til en viss grad er vant med at det rettes andre forventninger til helsepersonell enn andre.

Et eksempel er at man som helsepersonell ikke bare har en allmenn plikt som borger og medmenneske til å hjelpe andre dersom man kommer til et ulykkessted eller noen faller om på gaten. I tillegg forventes det at helsepersonell også skal ha faglig kompetanse til å yte forsvarlig hjelp. Denne forventingen er også en juridisk plikt da den er hjemlet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 7)

Under covid-19 pandemien ble det tydelig at helsepersonell som jobber med pasientbehandling har en særstilling og er helt nødvendige i ivaretagelsen av sentrale samfunnsfunksjoner. De som jobber pasientnært kan heller ikke ha hjemmekontor. Denne særstillingen illustreres også godt ved at helsepersonell hadde forbud mot å reise til utlandet i pandemiens første fase, frem til 7. mai 2020 (Vedtak etter lov om helsemessig og sosial beredskap, 2020, § 4-1). Dette er et svært inngripende tiltak med tanke på personlig frihet.

Forbudet mot utenlandsreiser var opphevet da intervjuene i dette prosjektet ble gjennomført og ble heller ikke nevnt av informantene, men det understreker dramatikken og alvorret som gjaldt særlig i denne første fasen av pandemien.

Informantene snakket om helsepersonellrollen og da særlig relatert til det å være en mulig smittebærer og redselen rundt dette. Det ble særlig nevnt at det fikk betydning for informantenes fritid og privatliv.

Det kan forstås slik at informantene aksepterte det at de måtte ta ekstra forbehold og gjøre begrensninger i kraft av at de jobbet på sykehjem med sårbare pasienter. Som profesjonelle yrkesutøvere hadde de plikt til å ikke skade pasientene de jobbet med.

Det moralske kravet her om å ikke skade pasientene kan man si er ikke-forhandlingsbart. Det brytes likevel ikke mot et annet ikke-forhandlingsbart moralsk krav. Da kan det tolkes dithen at informantene ikke opplevde moralsk mislykkethet da de i bekymring for smitte måtte ta hensyn og legge begrensninger på seg selv og noen ganger på familien. Dette fordi de uttrykte at de var innforstått med den dobbeltrollen de har som helsepersonell og at det innebærer å følge de etiske prinsippene om å ikke skade og om å gjøre godt.

Samtidig beskrev de redselen for smitte som utfordrende. Selv om de ikke stod i et moralsk dilemma akkurat rundt dette er det et relevant funn og viktig å være oppmerksom på. Det opplevdes som utfordrende av informantene og det må anerkjennes.

Tidsperspektivet synes også å spille en rolle her. Noen sa at det var enklere å følge pålegg og anbefalinger i starten av pandemien. Man var da mer innstilt på å gjøre en innsats for fellesskapet, men dette ble mer krevende ettersom tiltakene vedvarte. Selv om informantene uttrykte aksept for dobbeltrollen de har som helsepersonell og greide å navigere i spenningen mellom privat og profesjonelt liv, ble dette mer utfordrende da påleggene og tiltakene trakk ut i tid.

Bekymringen for å smitte sårbare pasienter gjorde at informantene begrenset sosialt samvær og fritidsaktiviteter, men de uttrykte forståelse for at de måtte dette i kraft av å være helsepersonell. Informantene opplevde dette som krevende og utfordrende, men det kan tolkes som at de ikke fikk opplevelsen av moralsk mislykkethet fordi de moralske kravene ble møtt. Spenningen i det å være bekymret for smitte opplevdes dermed ikke som et genuint etisk dilemma.

5.3 Pålegg og etikk

5.3.1 Munnbind

Selv om man i Norge i begynnelsen av pandemien var tilbakeholdne med å anbefale munnbindbruk (Skille, 2020) fikk ansatte i sykehjem i kommuner der det var høyt smittepress etter hvert pålegg om å bruke munnbind. Munnbindet skulle brukes der hvor man ikke kunne holde anbefalt avstand til pasientene. Dette pålegget tok utgangspunkt i Folkehelseinstituttets anbefaling om bruk av munnbind i situasjoner hvor det ikke var mulig å opprettholde én meters avstand (Folkehelseinstituttet, 2021c). I praksis betydde dette de fleste situasjoner relatert til stell, mat, forflytning og annen samhandling.

Når det gjelder munnbindbruk var det variasjon i uttalelsene til informantene. Munnbindbruk ble beskrevet som alt fra uproblematisk til ikke gjennomførbar.

Her tas det utgangspunkt i de situasjonene hvor bruk av munnbind ble oppfattet som «etisk sett ugjennomførbar». Ifølge informantene var dette helst i helsehjelpen til pasienter med demenssykdom. Dette er relevant da rundt 80 % av pasienter på norske sykehjem har en kognitiv svikt (Helsedirektoratet, 2020c).

Der hvor pålegg om bruk av munnbind ble oppfattet å ikke være etisk gjennomførbart finner man samtidig oppfatninger om et ikke-forhandlingsbart moralsk krav. Selve munnbindbruken kan knyttes til ikke-skade prinsippet da pasientene skulle beskyttes mot smitte.

Munnbindbruken skapte også frykt og engstelse hos pasientene som kan beskrives som skadelig. Dette moralske kravet kan videre knyttes til velgjørhetsprinsippet i og med at det å ha på munnbind skapte uro og bekymring hos noen pasienter. Man fulgte derfor prinsippet om å gjøre vel ved å ta munnbindet av eller la være å bruke det.

Kravet kan til en viss grad også knyttes til autonomiprinsippet. En informant forteller at en pasient fysisk fjernet munnbindet hen hadde på og pasienten sa «Sånn!» og virket fornøyd. Pasienten gav altså tydelig uttrykk for at hen ikke ville motta helsehjelp fra informanten med munnbindet på. Informanten pliktet å ta hensyn til dette eksplisitte ønsket fra pasienten og slik ivareta pasientens selvbestemmelse.

Informantene sier implisitt at de heller enn å rette seg etter pålegget valgte ikke-skade og velgjørhet. De valgte å ikke ta på seg munnbind da dette ikke var forenlig med ikke-skade og velgjørhetsprinsippet.

Når det gjelder munnbindbruk anses altså den moralske forpliktelsen i å følge pålegg som forhandlingsbar og det moralske kravet om velgjørhet veier tyngre da det er ikke-forhandlingsbart. Det er etisk utfordrende, men ender ikke i erfaringer av moralsk mislykkethet. Fordi det ene kravet (plikten til å følge pålegg) i dette tilfellet oppfattes som forhandlingsbart.

Det ble ikke oppfattet som om noen av informantene som snakket om munnbindbruken hadde store etiske betenkeligheter med å ta det av i de situasjonene der de opplevde at dette krevdes. En informant oppsummerte det greit med at de tar av munnbindet når de må, og ellers bruker de det så lenge det går.

Dersom de ansatte i sykehjem hadde fulgt pålegget slavisk og ikke tatt hensyn til det ikke-forhandlingsbare moralske kravet kunne man ha opplevd moralsk mislykkethet her. Noen, og da særlig de som jobbet med pasienter med demenssykdom, gjorde vurderinger med ikke-skade og velgjørhet som utgangspunkt og så at det var nødvendig å la være å bruke munnbind i en del situasjoner selv om man ikke kunne følge avstandskravet.

Like fullt var munnbindbruk noe samtlige informanter snakket om under intervjuene, hvilket indikerer at det ikke kun var uproblematisk. De følte mest sannsynlig en plikt til å følge

pålegg og føringer fra myndighetene. Når de likevel i noen tilfeller lot være å følge pålegg om munnbindbruk handlet det nok ikke om manglende aksept for pålegg fra styresmaktene, men heller det at man i den praktiske hverdagen måtte gjøre slike tilpasninger rett og slett både for å ikke-skade og for å gjøre vel for pasientene. Påleggene kunne fremstå som både praktisk og etisk gjennomførbare rent teoretisk, men i det praktiske liv på sykehjemmet var de ikke alltid det.

5.3.2 Testing og tvang

Noen av informantene tok opp PCR-testing av pasienter med demenssykdom som etisk utfordrende. Når det gjelder PCR-testing med tvang er det imidlertid tydelig at det er blitt gjort noen vurderinger og man har landet på å ikke bruke tvang for å teste pasientene. FHI skriver «at det vanligvis ikke er grunnlag for å teste med tvang» og henviser til smittevernloven (Folkehelseinstituttet, 2021a). Pasientrettighetsloven § 4a gir heller ikke hjemmel for å PCR-teste pasienter med tvang. Man må til smittevernloven hvor det står følgende: «grunnleggende krav ved iverksetting av tiltak etter smittevernloven er at tiltakene skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering» (Helsedirektoratet, 2021). Idealet om frivillig helsehjelp og plikten til å ivareta pasientenes autonomi veier tungt og tvang handler om å bryte med dette prinsippet.

Som tidligere gjengitt i kap. 4 var det en informant (Spl.7) som stilte seg undrende til at man ikke kunne teste pasienter med tvang. For informanten fremstod det å ta en test med brik av tvang som mindre belastende enn isolasjon i 10 dager.

Det kan tolkes som om informanten mener at byrden som ligger i det å bli testet mot sin vilje bør veies mot godet det vil være å slippe isolasjonsregimet som manglende test av pasient med symptomer vil medføre. Det vil også ses på som mer rettferdig overfor de andre pasientene i avdelingen og sånn sett kunne sies å være et mulig større gode.

Hvis man hadde valgt å bruke tvang for å PCR-teste pasienter, så ville man hatt forskjellige moralske krav som ble brutt mot hverandre. Det moralske kravet i plikten om å ivareta pasientens selvbestemmelse brytes mot det moralske kravet om rettferdighet. Tvangsbruk vil altså kunne gi en opplevelse av moralsk mislykkethet sett i lys av Tessmans teori, men man brukte altså ikke tvang for å teste pasienter.

Informantene i dette studiet navigerte tilsynelatende nokså uanstrengt i spenningsforholdet mellom pålegg og etikk når det gjaldt munnbindbruk. Tvang ble ikke brukt for å PCR-teste pasienter, selv om det ble trukket frem at det muligens kunne vært et større gode. Man fant løsninger som var forenelige med ikke-forhandlingsbare moralske krav, som plikten til ikke-skade og velgjørenhet når det gjaldt munnbindbruk. I spenningen her mellom pålegg og etikk finner man altså etiske utfordringer, men ikke genuine moralske dilemmaer.

5.3 Smittevern og profesjonell omsorg

Når pasienter måtte isoleres uttrykte informantene at det hadde vært behov for mer personell for å kunne yte god profesjonell omsorg. Dette ble begrunnet med at man som pleiepersonell var nødt til å forbli på pasientrommet i det man tok på seg smittevernutstyr og måtte gjennom full avkledningsprosedyre før man forlot rommet. Så måtte man på ny iføre seg smittevernutstyr dersom man måtte inn på pasientrommet igjen. Det kunne gå på bekostning av oppfølgingen de andre pasientene i avdelingen fikk, eller motsatt at den isolerte pasienten ikke fikk hyppig nok oppfølging.

Det opplevdes som vanskelig for de ansatte at pasientene ikke fikk den oppfølgingen de mente pasientene hadde krav på. Oppfølgingen pasientene fikk ble ujevnt fordelt. Det var ikke fordi de hadde forskjellige behov, men fordi utenforliggende årsaker som tid og bemanning påvirket handlingsrommet til de ansatte i pleien.

Rettferdighetsprinsippet er et sammensatt prinsipp som kan tolkes både ut fra nytte og plikt. Hva som er rettferdig er heller ikke gitt i alle situasjoner. Det at informantene opplevde at de ikke fikk utført den profesjonelle omsorgen de mente de burde yte, gjorde at de opplevde å komme til kort; de opplevde å ikke yte rettferdig helsehjelp.

Det ene moralske kravet her vil være å følge rettferdighetsprinsippet. Noen av informantene beskrev som nevnt at de ikke greide å innfri dette kravet på grunn av tid og bemanning. De stod i et spenningsforhold mellom hensynet til pålagt smittevern og profesjonell, rettferdig omsorg.

Videre blir spørsmålet hvorvidt dette kravet om å følge rettferdighetsprinsippet er ikke-forhandlingsbart. Det kan man anta, men det er likevel ikke et annet moralsk krav som brytes mot rettferdighetsprinsippet og sånn sett har vi sannsynligvis ikke opplevelsen av moralsk

mislykkethet her. Informantene beskrev like fullt at dette spenningsforholdet var etisk utfordrende. Og man vil muligens oppleve moralsk mislykkethet om man forbigår et moralsk krav og handler på et ikke-moralsk pålegg.

De mer spesifikke beskrivelsene av utfordringene rundt det å ivareta smittevern og samtidig utøve profesjonell omsorg handlet om at bruk av smittevernutstyr skapte en fysisk avstand til pasientene og eventuelle pårørende, som igjen vanskeliggjorde jobben helsepersonellet skulle gjøre. Særlig når pasientene lå for døden opplevdes dette som utfordrende.

Som helsepersonell på sykehjem er det å gi pasientene en verdig slutt på livet en helt sentral oppgave. Det er viktig å lindre fysisk smerte og å trygge pasienten med å være til stede og tilrettelegge slik at pasienten blir godt ivaretatt ved livets slutt.

Pårørendes rolle ved døende pasienter med Covid-19 blir beskrevet på følgende måte:

Pårørende har også behov for støtte og ivaretagelse. Når pårørende eventuelt skal besøke sine nære som har covid-19, skjer dette ikledd fullt smittevernutstyr. Det kan være svært utfordrende for pårørende å bivåne symptomer som angst og respirasjonssvikt hos pasienten. Personalet må derfor forsøke å gi informasjon, skape trygghet og ta vare på pårørende og tilby dem samtale og oppfølging så langt det er mulig. (Eriksen, S. et al., 2020).

Sitatet handler om pasienter med påvist Covid-19, men pårørende måtte også bruke fullt smittevernutstyr ved mistanke om smitte. De pårørende spiller en sentral rolle når pasientene ligger for døden. Pleiepersonellet skal møte de på en god måte og sørge for at de blir ivaretatt.

Informantene beskrev at det å ivareta disse aspektene var utfordrende når man måtte bruke smittevernutstyr. Hanskene, frakken, munnbindet og hetten ble fysiske barrierer som gjorde det utfordrende å utøve profesjonell omsorg overfor både pasient og pårørende.

Hensynet til smittevern og altså ikke-skade prinsippet stod i motsetning til velgjørenhet i form av å være fysisk nær og det å ha en tydelig kommunikasjon med den døende pasienten. I tillegg gikk det utover en rettferdig fordeling av omsorgen når ressursene var knappe.

Dette kan forstås som opplevelse av moralsk mislykkethet ettersom både ikke-skade prinsippet og velgjørenhet her kan ses som ikke-forhandlingsbare moralske krav. Man fulgte

plikten om ikke å skade; altså forhindre spredning av smitte ved bruk av smittevernutstyr. Dette fremstod som en ikke tilfredsstillende løsning for aktørene da de ikke fikk fulgt velgjørhetsprinsippet og lagt til rette for at pasienten fikk den profesjonelle omsorgen som kreves ved et dødsleie. I spenningen mellom smittevern og utøvelse av profesjonell omsorg i pasientenes siste levetid finner man altså et genuint moralsk dilemma.

5.5 Smittevern og negative konsekvenser for pasientene

Det siste funnet viser at de ansatte i pleien i sykehjem under covid-19 pandemien erfarte å stå i et spenningsforhold der man hadde hensynet til smittevern på den ene siden og pasientenes livskvalitet på den andre. De ansatte opplevde at smitteverntiltakene fikk negative konsekvenser for pasientene.

Med utgangspunkt i ikke-skade prinsippet er det tydelig at den sårbare gruppen som sykehjemspasienter er måtte beskyttes mot Covid-19 viruset, da eldre er spesielt utsatt for alvorlige sykdomsforløp ved en Covid-19 infeksjon. For å unngå å skade pasientene måtte pleiepersonellet håndheve restriksjonene og påbudene som ble bestemt for sykehjemssektoren. Funnene viser at pleiepersonellet var innforstått med dette og så at konsekvensene av smitte inn på avdelingene ville skade pasientene, og selvsagt måtte unngås. Samtidig trakk de frem at de så at pasientene blir mer isolerte, noen pasienter blir mer innesluttete og noen mister livsgnisten. Det er her det blir utfordrende fordi pleiepersonellet på den ene siden ikke skal skade pasientene og er forpliktet til å forhindre at de får alvorlig sykdom, samtidig som de har en plikt til å ivareta pasientene og gjøre vel. Det at pasientene hindres i å få besøk og delta i aktiviteter går utover livskvaliteten til pasientene. Autonomien til pasientene er også truet da de ikke lenger kan bestemme over egen hverdag og delta på aktiviteter eller ha besøk når de selv ønsker.

Dette kan tolkes som at informantene her beskriver at de står overfor ikke-forhandlingsbare moralske krav. På den ene siden har de en plikt til å ikke skade pasientene og dermed må de ivareta smittevernet ved å følge restriksjonene som blir gitt. Informantene kan ikke velge bort dette moralske kravet uten å samtidig bryte ikke-skade prinsippet. Dette kravet fremstår som ikke forhandlingsbart.

Det andre moralske kravet i dette spenningsforholdet er å innfri plikten til velgjørenhet. Informantene opplever at det ikke er velgjørenhet når pasientene mister verdifull tid med sine pårørende eller får redusert livskvaliteten sin på andre måter. De opplever også at sykdomsutviklingen går raskere på grunn av dette. Dette fremstår også som et krav som ikke kan forhandles bort.

Informantene forteller implisitt at det er det første kravet (ikke-skade) som blir veid tyngst og at hensynet til smittevern trumfer de andre negative konsekvensene for pasientene. Men i det at det moralske kravet om å ikke skade i form av å ivareta smittevern etter regelverket er alternativet som blir valgt, blir informantene hengende ved et ikke innfridd moralsk krav.

Dersom man er enig i premisset om at dette kravet (plikten til velgjørenhet), på lik linje med det første (plikten til å ikke-skade), ikke er forhandlingsbart så kan man hevde at i spenningsforholdet mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene står pleiepersonellet i et etisk dilemma. Selv om den moralske konflikten i spenningsforholdet tilsynelatende er løst da man velger å innfri det ene moralske kravet, er den ikke det (Tessmann, 2015, s.29-30). Det andre moralske kravet henger ved informantene og gir dem en følelse av uro når de ser de negative konsekvensene for pasientene. Det kan altså forstås slik at noen av informantene opplevde at det ikke var rett at pasientene skulle ha disse begrensningene over så lang tid da de sannsynligvis ikke hadde lenge igjen å leve. I spenningsforholdet mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene opplevde de ansatte i sykehjem moralsk mislykkethet.

5.6 Oppsummering

Resultatene viser spenningsforhold som er viktige å belyse for å forstå den praktiske etikken i sykehjem under Covid-19 pandemien. De ansatte i sykehjem stod daglig i disse spenningsforholdene og det satte preg på erfaringene de gjorde seg.

Spenningsforholdene kan, som vist, oversettes til konflikter mellom moralske krav sett i lys av de fire bio-etiske prinsippene. Denne måten å forstå hva de ansatte i pleien i sykehjem har stått i under Covid-19 pandemien kan også bidra til å belyse tidligere funn i litteratur. Som nevnt i oppgavens innledning viser en litteraturgjennomgang av forskning på etiske

problemstillinger som helsearbeidere i sykehjem erfarer at de etiske prinsippene ofte kom i konflikt med hverandre (Deborah et al., 2016).

Noen av informantene i denne studien trakk frem bemanning som en generell faktor som gjorde utøvelse av profesjonell omsorg utfordrende. Dette viser også den tidligere nevnte rapporten til Senter for omsorgsforskning «Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem» (Jacobsen et al., 2021), samt studier om etiske utfordringer i sykehjem gjort før Covid-19 pandemien (Bolling et al. 2009, Bolling et al. 2016).

Andfossen et al. (2021) viser at «Hvorvidt bemanningen oppleves å være tilstrekkelig eller ikke, kan for eksempel være mer utslagsgivende enn faktisk bemanning» (s. 26).

Informantene i dette prosjektet opplevde at det var for lite personell på jobb under Covid-19, og da særlig der hvor pasienter var i isolasjon. Det noen av informantene beskriver kan forstås som «utelatt helsehjelp» (Andfossen et al., 2021). Dette fenomenet griper inn i de etiske utfordringene informantene erfarer da det å sette oppgaver på vent, overse, glemme eller utelate pleie- og omsorgsoppgaver medfører moralske konflikter for aktørene.

En spørreskjemaundersøkelse viser at Covid-19 hadde stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien i Norge (Næss og Tønnessen, 2020). Spørreskjemaet var rettet mot sykepleiere i både hjemmesykepleie og sykehjem. Mange av funnene i denne undersøkelsen samsvarer med funnene jeg gjorde. Det kom for eksempel frem at sykepleierne var svært bekymret for å være smittebærere. Videre beskrev sykepleierne at oppgaver og ansvar ble forskjøvet, lokaler og arbeidsorganisering ble endret, og det ble behov for mer arbeidskraft. Sykepleierne som svarte på undersøkelsen beskrev også at pasientene ble mer ensomme, fortvilet og urolige. De som svarte på undersøkelsen beskrev også at smittevernloven trumfet faglig forsvarlighet (Næss og Tønnessen, 2020).

Tessmans teori om moralsk mislykkethet har bidratt til å vise at noen av spenningsforholdene som her er belyst var genuine moralske dilemmaer. I noen av spenningsforholdene ble to ikke-forhandlingsbare moralske krav brutt mot hverandre, hvor man ikke fant tilfredsstillende løsninger og man kan si at aktørene opplevde moralsk mislykkethet. Dersom helsearbeidere stadig opplever moralsk mislykkethet uten å bli møtt på det, eller få reflektert rundt disse opplevelsene, vil det være belastende og kan føre til psykisk og fysisk slitasje på sikt. Fenomenet er kjent som «moral distress», se for eksempel Morley (2019).

Selv om man ikke fant moralsk mislykkethet eller genuine moralske dilemmaer i alle spenningsforholdene, opplevdes disse forholdene like fullt som utfordrende av informantene.

Det må være fokus på å legge særlig til rette for refleksjon og systematisk etikkarbeid for ansatte i pleieavdelinger på sykehjem i krisetider.

Med utgangspunkt i funnene i dette prosjektet er det ønskelig at ledelsen i sykehjem legger til rette, så langt det lar seg gjøre, slik at man unngår at personalet opplever å bli stående i uløselige moralske dilemmaer. Dette gjelder særlig med tanke på å unngå at slike dilemmaer oppstår i neste pandemi.

Også når det gjelder utfordringene som ikke kvalifiserer som moralske dilemmaer kan det være hensiktsmessig at ledelsen ved sykehjem ser på hvordan man kan minimere moralske konflikter i praksis.

Det er også viktig å huske på at det definitivt ikke er realistisk, og vel heller ikke et mål, å eliminere samtlige etiske utfordringer i sykehjem verken under pandemier eller i en normaltilstand. Samtidig er det et ledelsesansvar å være bevisst etiske dilemmaer og legge til rette for gode refleksjoner og tiltak omkring dette.

6.0 METODEDISKUSJON

Den overordnede metodologiske tilnærmingen translasjonell etikk innebærer at man må komme tett på praksisfelt og gi de som kjenner de etiske utfordringene på kroppen en mulighet til å beskrive sine erfaringer. Forskning på slike erfaringer kan igjen bidra til å skjerpe fokuset i teoretiserende etikk på forhold som er relevante for eksempel helsearbeidere. Denne oppgaven er et bidrag til å bygge bro mellom praksis og teori ved nettopp å nærme seg personellens egne opplevelser gjennom et kvalitativt studiedesign. Ved bruk av generiske etiske prinsipper og begreper har erfaringene blitt gitt en systematiserende, teoretisk fortolkning. De identifiserte etiske konfliktene og dilemmaene kan nå overføres til praksis igjen gjennom utdanning og tiltaksvurderinger.

Dataene er som beskrevet tidligere analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Det at informantene ga av sin tid og delte erfaringene sine må ha en viss nytteverdi utover gjennomført prosjekt. Forskningen må kunne gi ny innsikt slik at informantenes bidrag kan gjøre en forskjell i en større sammenheng. Det bidrar til validitet i forskningen. Det at hele forskningsprosessen holder god vitenskapelig kvalitet er viktig, slik at forventningene informantene har blir innfridd. Det har vært intensjonen gjennom hele prosjektet.

6.1 Semistrukturerte intervjuer

Dette er en kvalitativ studie som har brukt semi-strukturerte individuelle intervjuer for å samle data. Denne tilnærmingen har vært hensiktsmessig da forskningsspørsmålet etterspør informantenes erfaringer. For å skape en trygg ramme der informantene har relativt god tid til å dele erfaringene sine er semi-strukturerte intervjuer en god framgangsmåte. Her får også informantene muligheter til å komme med digresjoner, historier og refleksjoner rundt temaene i intervjuguiden. På denne måten kan det komme frem detaljer og aspekter som forskeren kanskje ikke har tenkt på, men som kaster nytt lys over forskningsspørsmålet.

Dette designet ble valgt for å få innsikt i den enkeltes fortelling og for å skape en åpen samtale rundt erfaringene de ansatte gjorde seg under pandemien. Individuelle semistrukturerte intervjuer passer godt i forskning hvor man ønsker å studere erfaringer (Tjora, 2017, s. 113-114).

Informantene ble oppfordret til å beskrive erfaringene sine i sykehjem under Covid-19 pandemien ved å fortelle om konkrete situasjoner de hadde vært i. I ett av intervjuene virket det som om informanten opplevde det som et krav å måtte fortelle historier. Det gjorde at stemningen ble noe anstrengt, og informanten virket nervøs i intervjusituasjonen. Jeg tenkte at jeg burde innledet på en annen måte, og fikk informanten til å slappe mer av. Det gikk seg til i løpet av intervjuet og informanten virket mer trygg og delte erfaringene sine mer uanstrengt etter hvert.

Semistrukturerte intervjuer vil altså ha en intersubjektivitet; det at informant og intervjuer skaper en felles forståelse i intervjusituasjonen og påvirker hverandre. Det er viktig å være bevisst dette.

Fokusgruppeintervjuer kunne også bidratt til å belyse forskningsspørsmålet. Det ville gitt andre data da gruppedynamikken ville spilt inn og konteksten datasamlingen skjedde i ville vært en annen. Det kan være mindre ressurskrevende med fokusgruppeintervjuer da det er en mer økonomisk bruk av tid, og man får samlet 6-8 forskjellige informanters erfaringer på kortere tid enn ved individuelle intervjuer. Likevel var det viktig for tematikken i dette prosjektet at den enkelte informant fikk komme ordentlig til orde med sine opplevelser og det skjer lettest i en en-til-en kontekst. Målet var at informantene skulle føle seg tryggere enn i et fokusgruppeintervju og at det ville bli enklere å dele erfaringene de har hatt i arbeidet med å ivareta pasientenes behov under Covid-19 pandemien i et individuelt intervju.

Alle forskningsdesign har sine begrensninger. Individuelle intervjuer gir noen svar og bidrar til å belyse problemstillingen på sitt vis. Det er mange faktorer som spiller inn. Hvor og hvordan intervjuet gjennomføres, forventningene informanten har, intervjuers evne til å gjennomføre intervjuet osv.

Det som kommer frem i intervjuene som er gjort er et innblikk i problemstillingen, og et viktig bidrag til å få kunnskap om temaet. Samtidig som en annen tilnærming til tematikken kunne gitt andre svar.

6.2 Utvalg

Som ny på forskerarenaen opplevdes det overaskende at det var så pass krevende å få informanter. I entusiasmen over det spennende prosjektet jeg mente jeg hadde, så jeg for meg at jeg heller måtte si nei til deltakere, enn at det skulle være vanskelig å få helsepersonell til å

delta. Det ble imidlertid noe vanskelig og rekrutteringen krevde en del innsats. Noe av forklaringen er nok at det i denne perioden kom svært mange spørsmål om Covid-19 forskning på sykehjem, og det var en slags metthet blant potensielle deltakere eller i alle fall hos dem som skulle videreformidle spørsmål om deltakelse. Et annet aspekt var også at det var svært travle tider og man valgte å prioritere vekk slike «ekstra» oppgaver som deltakelse i forskningsprosjekter kan oppfattes som. Her kunne jeg kanskje kommunisert sterkere ut hvor viktig det er å bidra til å belyse dette temaet, samtidig som deltakelse jo skal være frivillig og noe informantene ønsker å delta i.

Det som er påfallende med informantene i dette studiet er at alle er sykepleiere. Det var ønskelig med deltakere som var assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Inklusjonskriteriet var at de hadde jobbet pasientnært i pleien på en sykehjemsavdeling under Covid-19 pandemien. En viss variasjon i alder og kjønn var også et mål for å få god bredde i dataene. Bredde er ønskelig for å få frem nyanser og kanskje åpne for nye problemstillinger (Malterud, 2017, s. 59).

Det faktiske utvalget ble homogent med tanke på yrkesbakgrunn (se tabell 1). Variasjonen i alder var liten. Samtidig var erfaringen informantene hadde med å jobbe på sykehjem alt fra nyansatt til å ha jobbet i sektoren i 20 år. Dette bidro til at informantene hadde forskjellige innfallsvinkler. En informant var opptatt av hvor utfordrende det var å være nyansatt under en pandemi; de som hadde vært ansatt lenge ikke reflekterte over dette. Det kan også sies at utvalgets homogenitet kan ha bidratt til en viss metning etter syv intervjuer. Jeg fikk da opplevelsen av at nye intervjuer trolig ikke ville gi ny kunnskap. Her kunne muligens det å intervjuer pleiemedhjelpere og helsefagarbeidere gitt annen kunnskap. Like fullt hadde jeg etter disse syv intervjuene data som fikk frem konkrete erfaringer og opplevelser rundt etiske utfordringer i sykehjem under Covid-19.

I kvalitativ forskning er det ingen bestemte regler for antall deltakere. Antallet intervjuer i seg selv er ikke det som gjør størst utslag på dataene. Det som er viktig er kvaliteten på dataene og at dataene bidrar til å belyse forskningsspørsmålet. Dersom deltakerne er meddelssomme og reflekterer rundt opplevelsene sine vil man kunne oppnå metning med få intervjuer. Metning er når man opplever at man ikke får mer ny informasjon i intervjuene. Målet er altså ikke å ha store mengder data, men å få data som gir dybde og bredde til å belyse forskningsspørsmålet (Polit og Beck, 2012, s. 521). For å få dette trenger man et adekvat utvalg (Malterud, 2011, s. 61).

Det kan også være hensiktsmessig å intervju samme informant flere ganger og på denne måten opparbeide mer tillit. Det kan kanskje også medføre at informantene åpner seg mer rundt temaet og slik altså gir andre og mer utfyllende beskrivelser (Polit og Beck, 2012, s. 522) heller enn å ha svært mange deltagere. Dette gjør man i longitudinelle forskningsprosjekter hvor man følger deltakerne over tid, og det kunne nok også bidratt til å belyse problemstillingen i dette prosjektet. Det kunne vært svært interessant og stilt de samme spørsmålene i forskjellige faser av pandemien. Dette ble imidlertid valgt vekk på grunn av tidsbegrensningen i prosjektet. Det ville kanskje også vært vanskelig å planlegge da man i begynnelsen av pandemien ikke kunne forutse hendelsesforløp og varighet.

Som nevnt opplevdes det en metning etter de syv intervjuene da det var mye repetisjon kjente problemstillinger som gav lite ny kunnskap. Årsaken til opplevelsen av metning kan være at intervjuguiden ga noen føringer eller at intervjuteknikken gav liknende svar.

Totalitet er ikke målet i kvalitative studier og bryter med grunnlaget for denne type forskning. Like fullt opplevdes det at etter syv intervjuer med påfølgende transkribering, så forelå det adekvate og tilstrekkelige data som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Det presiseres at det ikke her er snakk om en statistisk metning, men det at man har samlet nok data til å kunne belyse problemstillingen. Man kunne endret på intervjuguiden og stilt andre spørsmål som kunne gitt andre svar, og slik kunne man jo fortsatt. Det virket likevel rett å sette strek etter de syv intervjuene ettersom datamaterialet fremsto som rikt. Jeg søkte også råd fra veileder som var enig i dette basert på gjennomlesning av intervjuene.

Det var altså kun sykepleiere som meldte seg som deltakere. Det ble presisert i henvendelsene og i invitasjonen at det var ansatte i pleien som var ønskelig som deltakere. Dette kunne muligens ha blitt kommunisert enda tydeligere. Her er viktig lærdom til et eventuelt annet prosjekt; man må være enda mer aktiv i rekruttering av informanter. En måte å nå ut til flere kan være å gå bredere ut i rekrutteringen, kanskje være mer kreativ og for eksempel bruke sosiale medier. Og i tillegg rekruttere gjennom arbeidsgivere og slik nå ut til mange mulige informanter.

Årsaken til at kun sykepleiere meldte seg er interessant. Det kan muligens ha med utdanningsnivå å gjøre, eller at det er mest naturlig at avdelingsleder oppfordrer sykepleiere til å delta i forskning. Det er kanskje ikke slik at sykepleierne snakker for alle på avdelingen, og det hadde vært interessant at flere personalgrupper var representert.

To av informantene var avdelingsledere som jobbet i pleien. Det er nærliggende å tro at de har hatt andre opplevelser og erfaringer under pandemien enn en assistent som kanskje jobber mest kvelder og helger. Samtidig så har begge god kjennskap til pasientene og erfaringer med det å jobbe pasientnært. Ideelt sett hadde det vært bra å få med begge disse perspektivene. Samtidig vil det nok være forskjeller i erfaringene fra assistent til assistent og mellom sykepleier og sykepleier.

6.3 Troverdighet og overføringsverdi

Intensjonen i denne type kvalitativt prosjekt er ikke å belyse alle tenkelige sider ved et fenomen, men å innhente kunnskap om noen av aspektene. I lys av det er utvalget adekvat og dataene dekker temaene i problemstillingen. Det er også viktig å påpeke at denne type studie ikke har som hensikt å fremskaffe objektiv kunnskap i positivistisk forstand, men har en fortolkende tilnærming til problemstillingen. «Positivism er en samlebetegnelse på en rekke til dels ulike vitenskapsteoretiske posisjoner som innebærer at man kan generere sikker, objektiv eller sann kunnskap» (Blystad, 2005, s. 75). Det som imidlertid er viktig, enten man har en hermeneutisk eller positivistisk tilnærming, er at forskningen møter vitenskapelige krav og at verktøyene man tar i bruk evner å fremstille etterrettelig og vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017, s. 38).

I analysen av dataene ble Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) brukt. Denne fremgangsmåten ble valgt da den gir en tydelig fremgangsmåte og gir analysen en god systematikk. Systematikk i seg selv er ikke en garanti for vitenskapelighet (Tjora, 2017, s. 22), men det gir transparens og bidrar til at andre lettere kan vurdere arbeidet. Man kan kanskje si at denne analysemetoden er noe rigid og at man mister noe av det intuitive og åpenheten for dataene. Jeg antar at det er denne typen fremgangsmåte Blystad kritiserer når hun skriver at det mangler kreativ refleksjon i en del helsefaglig forskning fordi man søker å møte kritikken mot subjektivitet med «formaliserte konvensjoner og standard prosedyrer» (Blystad, 2005, s. 90). Det som gjør kvalitativ forskning spennende og interessant, men like fullt vanskelig, er at man kan gjøre ting på mange forskjellige måter, og at det sjelden er slik at noe blir helt feil. I forskning tas det en rekke valg og i disse valgene kan og bør man bruke sin egen erfaring og kreativitet. Kreativitet gir god kvalitet i kvalitativ forskning (Blystad, 2005, s. 90). «Poenget som påpekes her, har lite å gjøre med et valg eller med kvalitativ

kontra kvantitativ metode; det dreier seg mer om å tørre å forholde seg til den kvalitative forskningsprosessen på en ontologisk og epistemologisk annerledes måte enn den som er fundert i positivistiske tradisjoner» (Blystad 2005, s. 90). Tradisjonell medisinsk forskning tar utgangspunkt i et positivistisk vitenskapsideal hvor hensikten er å generere objektiv kunnskap. Dette er en deduktiv tilnærming hvor man «trekker slutninger fra det allmenne til det enkeltstående» (Malterud, 2017, s. 27/113). Eksempelvis når en lege kommer frem til en diagnose så er denne fundert i en teoretisk ramme. Kunnskap som allerede finnes brukes til å diagnostisere enkeltpasienten (Malterud, 2011, s. 175). Den eksisterende kunnskapen og teorien hentes ned for å kunne forklare et enkelttilfelle. En kvalitativ tilnærming fordrer imidlertid en induktiv prosess hvor dataene hentes fra det spesielle. Jeg har gjennom intervjuer samlet data der den enkelte helsearbeider forteller om sin subjektive erfaring. Gjennom fortolkning av disse empiriske funnene abstraheres funnene og jeg kan si noe mer allment og generelt om tematikken jeg har belyst.

For min del var det avgjørende å ha en helt tydelig (standardisert) oppskrift for hvordan jeg skulle bearbeide og systematisere datamaterialet siden dette var min første erfaring med å utføre forskning. Det er viktig at en induktiv prosess ikke blir tilfeldig synsing og det krever en systematisk fremgangsmåte.

Det at jeg gjorde datainnsamlingen selv var en stor fordel både med henblikk på å lære forskningsprosessen og det at jeg fikk nærhet til dataene. Nærheten og kjennskapen kom godt til nytte da resultatkapitlet var ferdig og jeg ikke hadde spesifisert hvilken informant som sa hva, men presentert direkte sitater altfor generelt. Jeg måtte gå gjennom alle sitatene og finne hvilken spesifikk informant som hadde sagt hva. Da var det stor hjelp å ha denne nærheten til datasamlingen og jeg «hørte» hvilke informanter som sa hva og det var lett å finne sitatene igjen i transkripsjonene. Samtidig kan man jo komme så nær dataene at man mister litt overblikket. Det var da uvurderlig at veileder gikk igjennom dataene og kom med sine innspill, slik at det ble skapt «et analytisk rom med flere nyanser» (Malterud, 2011, s. 99). Det var viktig for prosessen å få frem andre detaljer enn kun de jeg la merke til.

Fordelen med å ha transkribert og på den måten ha inngående kjennskapen til dataene, ble også tydelig i arbeidet med resultatkapitlet. Særlig i arbeidet med å sammenfatte en kategori husket jeg et sitat som ikke var med inn i analysen, men som likevel var treffende for den gjeldende kategorien. Jeg husket hvem av informantene som hadde sagt det og fant det rimelig enkelt igjen i transkripsjonene. Så ble jeg litt usikker på om dette var feil i henhold til

STC, og at jeg måtte gjøre trinnene i analysen om igjen da jeg byttet ut «gullsitatet». Jeg gikk gjennom trinnene og fikk integrert «gullsitatet» i tråd med STC.

Den systematiske tilnærmingen var viktig slik at jeg fikk en viss avstand til dataene og hadde en god fremgangsmåte for å komme frem til hva dataene viste og slik styrke funnene.

6.4 Forskerrollen

Jeg vil som forsker påvirke forskningsprosessen og resultatene. Som sykepleier med mange års erfaring fra sykehjem kjenner jeg feltet jeg forsker på godt. Selv om jeg de senere år har jobbet mer administrativt, så er det i sykehjemsavdelingene jeg har lært og erfart det meste av den praktiske delen av sykepleiefaget. Det var gjennom sommerjobb på en somatisk langtidspost at jeg fikk vekket interessen for sykepleie og som gjorde at jeg etter hvert begynte på en sykepleierutdanning. Etter endt utdanning søkte jeg meg også raskt tilbake til sykehjem, da engasjementet mitt ligger i dette feltet. Jeg overveldes fortsatt over hvor viktig jobben som gjøres her er og hvor avgjørende det er at man har faglig flinke og reflekterte helsearbeidere som evner å ivareta pasientene på en best mulig måte. Jeg tenker at dette blir ekstra tydelig og viktig under en pandemi.

Den siste tiden før jeg ble heltidsstudent stod jeg midt oppi pandemien på et stort sykehjem. Jeg leste anbefalinger fra FHI og Helsedirektoratet, tilpasset prosedyrer, informerte og underviste i smittevern. Det var hektisk og lærerikt. Jeg så også at det var store utfordringer for de som jobbet i pleien og som var tette på pasientene. De måtte snu seg rundt og tilpasse teoretiske retningslinjer og pålegg til en praktisk hverdag så godt de kunne, samtidig som de ivaretok pasientene i denne nye pandemisituasjonen.

Det at jeg har en nærhet til feltet gir både fordeler og ulemper slik jeg ser det. Jeg har søkt å stille meg åpen til informantene og samtidig være bevisst at jeg har en forforståelse. Det er viktig å innta en refleksiv holdning. Uansett tenker jeg at temaet mitt er aktuelt og viktig. Informantene har bidratt med viktig kunnskap ved å dele erfaringene sine fra sitt arbeid på sykehjem under Covid-19 pandemien.

7.0 KONKLUSJON

Helsepersonell som jobbet pasientnært i sykehjemsavdelinger under Covid-19 pandemien har opplevd etiske utfordringer i spenningsforholdet mellom smittevern og andre viktige aspekter i ivaretagelse av pasienter.

Bemanning eller opplevd bemanning, deltidskultur og fenomenet utsatt helsehjelp er aspekter i kommunehelsetjenesten som kan medføre etiske utfordringer for helsepersonell som jobber i sektoren når man er i en normaltilstand. Disse faktorene kan forsterkes under en pandemi.

Det ligger et ansvar hos ledelse om å være oppmerksomme på at pleiepersonell kan oppleve moralsk mislykkethet og det bør tilrettelegges slik at man minimerer denne opplevelsen. Det må også legges til rette for refleksjon og systematisk tilnærming til de etiske utfordringene. Ingen er tjent med et moralsk utbrent helsepersonell.

De etiske utfordringene med å ivareta pasientenes behov som ble belyst i denne oppgaven kom til uttrykk i bekymringen for smitte, i spenningen mellom pålegg og etikk, i spenningen mellom smittevern og profesjonell omsorg, samt i spenningen mellom smittevern og negative konsekvenser for pasientene.

Det er viktig å belyse dette temaet for å få innblikk i praktisk etikk, samt å etablere en større forståelse for hva helsepersonell har stått i under pandemien. Dette er kunnskap som kan komme til nytte i arbeidet med å forberede seg for en ny pandemi eller fremtidig helsekrise.

Litteratur

- Andfossen, N.B., Andreassen, S.D., Obstfelder, A. og Olsen, R.M. (2021). *En hurtigoversikt over forskningslitteratur. Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt*. (Senter for omsorgsforskning, oppsummeringer). Senter for omsorgsforskning.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7.utg). Oxford University Press.
- Bjerke, M. (2021, 16. april). Hard kritikk av helsevesenet under koronaen: Samtalene som gjorde sterkest inntrykk, var med de ansatte i eldreomsorgen. *Fagbladet*.
<https://fagbladet.no/nyheter/hard-kritikk-av-helsevesenet-under-koronaen-samtalene-som-gjorde-sterkest-inntrykk-var-med-de-ansatte-i-eldreomsorgen-6.91.783189.e296f73f76>
- Blystad, A. (2005). Noen tanker om positivisme i kvalitativ forskning. I C. Foss og Ellefsen, B. (red). *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter* (s. 75-91). Universitetsforlaget.
- Bolling, G., Pedersen, R. og Førde, R. (2009). Etik i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien forskning*, 3(4), 186-196.
- Bolling, G., Gjengedal, E. og Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing ethics*, 23(2), 142–153.
- Bærøe, K. (2014). Translational ethics: an analytical framework of translational movements between theory and practice and a sketch of a comprehensive approach. *BMC Medical Ethics*, 15(71).
- Campell, A.V. (2017). *Bioethics: the basics* (2.utg). Routledge.
- Christophersen, R., Haga, A., Hovden, A.E., Røssum, E. og Nicolaisen, C. (2020, 7. mai). Fylkeslegen: Sykehjem der 16 døde drev forsvarlig. *Bergens Tidende*.
<https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/2GzbKB/fylkeslegen-sykehjem-der-16-doede-drev-forsvarlig>
- Cribb, A. (2010). Translational ethics? The theory–practice gap in medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 36(4), 207–210.
- Deborah HL P., Brazil K., McLaughlin D. og Frolic, A. (2016) Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing Ethics*, 23(5), 490-506.
<https://doi-org.pva.uib.no/10.1177%2F0969733015576357>

- Ebbesen, M., Andersen, S. og Pedersen, B. D. (2012). Further Development of Beauchamp and Childress' Theory Based on Empirical Ethics. *Journal of Clinical Research & Bioethics* 6, 1-7.
- Eriksen, S. Grov, E. K., Lichtwarck, B., Holmefoss, I., Bøhn, K., Myrstad, C., Selbæk, G. og Husebø, B. (2020). Behandling, omsorg og pleie for døende sykehjemspasienter med covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8.
- Espeland, Å. T. (2020, 12. mai). Mormor trenger en hånd å holde i. *Bergens tidende*.
<https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/8mMjyx/mormor-trenger-en-haand-aa-holde-i>
- Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S.P. og O'Neill, D. (2020) COVID-19 in Nursing Homes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 136 (6).
<https://doi-org.pva.uib.no/10.1093/qjmed/hcaa136>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 10.mai). Råd til sykehjem under covid-19-pandemien.
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/?term=&h=>
- Folkehelseinstituttet (2021a, 3. november). Testkriterier for koronavirus (coronavirus).
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/testkriterier/>
- Folkehelseinstituttet (2021b, 9.november). Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet (2021c,14.november). Håndhygiene og hostevaner – råd og informasjon til befolkningen. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/hygiene-hostevaner/#folkehelseinstituttets-anbefalinger>
- Haukeland, A., Heggebø, L. C., og Bærøe, K. (2013). Bør man tillate at norske statsborgere benytter seg av surrogati i India? *Etikk I Praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, 7(2), 3-17.
<https://doi.org/10.5324/eip.v7i2.1794>
- Helsedirektoratet (2020a, 6. mars). Restriksjoner av besøkende til sykehjem, heldøgns omsorgsbolig og øyeblikkelig hjelp døgnplasser. https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Restriksjoner%20av%20bes%C3%B8kende%20til%20sykehjem,%20held%C3%B8gns%20omsorgsbolig%20og%20%C3%98HD%2006.03.2020.pdf/_attachment/inline/8e163db8-8379-4bcb-a42e-ead453f76ab8:750aabebfe2db9d97a427c749c259b42117809d4/Restriksjoner%20av%20bes%C3%B8

[kende%20til%20sykehjem,%20held%C3%B8gns%20omsorgsbolig%20og%20%C3%98HD%2006.03.2020.pdf](#)

Helsedirektoratet (2020b, 14.mars). Adgangskontroll og besøksstans i landets helseinstitusjoner mm.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Adgangskontroll%20og%20bes%C3%B8ksstans%20i%20landets%20helseinstitusjoner%20-%20covid-19.pdf> /attachment/inline/f10a4be1-9bea-4e5a-bc81-b54d069e8bac:2caf9b9b04b63802efbfdb5c152bbb430105392e/Adgangskontroll%20og%20bes%C3%B8ksstans%20i%20landets%20helseinstitusjoner%20-%20covid-19.pdf

Helsedirektoratet (2020c, 18.mars). Demens. Nasjonal faglig retningslinje.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>.

Helsedirektoratet (2020d, 27. mars). Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Nasjonal veileder.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykehjem/generelle-smitteverntiltak-i-helse-og-omsorgstjenesten?tidligere-versjoner>

Helsedirektoratet (2020e, 6.mai). Koronavirus- beslutninger og anbefalinger. Nasjonal veileder.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/sykehjem>.

Helsedirektoratet (2021, 8. november). Frivillige og tvungne smitteverntiltak (Covid-19). 3. Der

frivillighet ikke fører frem. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/frivillige-og-tvungne-smitteverntiltak-covid-19/der-frivillighet-ikke-forer-fram>

Helsepersonellloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/%26sect%3B48a#§;48a>

Hilland, L. og Pedersen, K. (2020, 15.april). Ansatte på sykehjem bærer den største byrden, ikke

sykehusene. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/LAEmdR/ansatte-paa-sykehjem-baerer-den-stoerste-byrden-ikke-sykehusene>

Hofstad, E. (2021, 3.april). Ledere må tørre å overskride budsjettene. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/2021/04/ledere-ma-torre-overskride-budsjettene>

Hotvedt, S. K. (2021, 10. november). 2126 nye koronasmitte siste døgn – ny rekord. *Nrk*.

<https://www.nrk.no/norge/2126-nye-koronasmitte-siste-dogn- -ny-rekord-1.15724229>

- Hovden, A. E., Larsen B.E., Bock, P., Røssum, E., Haga A. og Hilland, L. (2021, 6.juni). På Metodisthjemmet bodde over halvparten av de som døde av korona i Bergen. *Bergens Tidende. Magasinet*. <https://www.bt.no/btmagasinet/i/pLq3LE/over-halvparten-av-de-som-doeede-av-korona-i-bergen-bodde-paa-metodisthj>
- Husebø, B. S. og Husebø S. (2004). Etske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124, 2926-7 <https://tidsskriftet.no/2004/11/om-helsetjenesten/etske-avgjorelser-ved-livets-slutt-i-sykehjem>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste* (NOVA Rapport 14/20). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G., Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem*. (Senter for omsorgsforskning rapportserie 1/2021). Senter for omsorgsforskning.
- Jakobsen R. og Sørli V. (2010) Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3) 289–300. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177%2F0969733009355375>
- Kittang, B. R., Von Hofacker, S., Solheim, S. P., Krüger, K., Løland, K.K. og Jansen, K. (2020). Utbrudd av covid-19 ved tre sykehjem i Bergen. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 11. doi: 10.4045/tidsskr.20.0405
- Kjellvik, J. og Jønsberg, E. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. (Nr. 02 /2017). Helsedirektoratet.
- Korneliussen, R. og Fransson, L. (2020, 3. mai). Innestengt på isolat. *Dagbladet. Magasinet*. <https://www.dagbladet.no/magasinet/innestengt-pa-isolat/72387893>
- Kråkenes, C. (2020, 30.april). Ap vil åpne sykehjemmene – Liv har ikke fått besøk på sju uker. *Nrk*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ap-vil-apne-sykehjemmene- -liv-har-ikke-fatt-besok-pa-sju-uker-1.15001106>
- Larsen, L.S. (2021, 26. oktober). Bingo hvis kommunen din har gode sykepleiertjenester. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/bingo-hvis-kommunen-din-har-gode-sykepleiertjenester>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*(3.utg.). Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.
- Mcmichael, T., Clark, S., Pogojans, S., Kay, M., Lewis, J.; Baer, A., Kawakami, V., Lukoff, M., Ferro, J., Brostrom-Smith, C., Riedo, F., Russell, D., Hiatt, B., Montgomery, P., Rao, A., Currie, D., Chow, E., Tobolowsky, F. og Bardossy, A. (2020). *New England Journal of Medicine*, 382, 2005-2011. DOI: 10.1056/NEJMoa2005412
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E.A. & Førland, O. (2019) *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. (Senter for omsorgsforskning rapport serie 3/2019). Senter for omsorgsforskning.
- Miljeteig, I., Forthun, I., Hufthammer, K.O., Engelund, I.E., Schanche, E., Schaufel, M. og Onarheim, K. H. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing Ethics*, 28(1), 66–81.
- Morley, G. (2018). What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it? *Journal of Clinical Nursing* 27 (19-20), 3443–3445. doi: 10.1111/jocn.14332
- Natvig, R. (1997). *Sykepleie etikk* (2. utg.). Gyldendal.
- Nordström, K. & Wangmo, T. Caring for elder patients: Mutual vulnerabilities in professional ethics *Nursing Ethics*, 2018, 25(8), 1004–1016.
<https://doi-org.pva.uib.no/10.1177%2F0969733016684548>
- Næss, G. og Tønnessen, S. (2020), Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82770>
- Obstfelder, A. (2021, 11. november). Helsehjelp utelates. Det er til å dø av. *Dagens medisin*.
<https://www.dagensmedisin.no/blogger/aud-obstfelder/2021/11/11/helsehjelp-utelates.-det-er-til-a-do-av/>
- Onuoha, C. (2007). *Bioethics Across Borders: An African Perspective*/ Doktorgradsavhandling, Universitetet i Uppsala
- Päivärinne, H. M. (2020, 29.april). Til sykehjemmet skiller dere ad. *Nrk*.
<https://www.nrk.no/ytring/til-sykehjemmet-skiller-dere-ad-1.14997276>
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assesing evidence for nursing practice* (9. utg.). Lippincott, Williams & Wilkins.

- Rimberg, I. (2021, 25. juli). Omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp. Tuller du? *Nrk*.
https://www.nrk.no/ytring/omsorgsfull-og-forsvarlig-helsehjelp.-tuller-du_-1.15556110
- Sagdahl, M.S. (2021a, 11.november). Etikk. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/etik>
- Sagdahl, M.S. (2021b, 11.november). Moral. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/moral>
- Sagdahl, M.S. (2021c, 11.november). Moralsk rettighet. I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/moralsk_rettighet
- Sandnes kommune (2016). *Rapport fra arbeidsgruppe «Pleiefaktor sykehjem»*.
<https://www.sandnes.kommune.no/contentassets/bcc4ee24e49741aaa36a69da951f54cc/instilling-arbeidsgruppe-pleiefaktor-mai-2016.pdf>
- Skille, Ø.B. (2020, 13.august). Dette vet vi om ikke-medisinske munnbind. *Forskning.no*.
<https://forskning.no/sykdommer-virus/dette-vet-vi-om-ikke-medisinske-munnbind/1729102>
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. og Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursinghomes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
- Statistisk sentralbyrå (2020, 18.mars). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester.
<https://www.ssb.no/pleie>
- Statistisk sentralbyrå (2021, 10. november). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester.
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Tessman, L. (2015). *Moral Failure. On the impossible demands of morality*. Oxford University Press.
- Time, J.K. (2021, 17. oktober). Historien bak koronakonflikten om luftsmitte. *Morgenbladet*.
<https://www.morgenbladet.no/aktuelt/forskning/2021/10/17/historien-bak-koronakonflikten-om-luftsmitte/>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Universitetet i Bergen (2020, 11. november). SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur). <https://www.uib.no/safe>
- Vedtak etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 4-1 første ledd om forbud mot utenlandsreiser for helsepersonell som jobber med pasientbehandling. (2020). (FOR-2020-

03-13-291). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/INSO/forskrift/2020-03-13-291?q=Vedtak%20etter%20lov%20om%20helsemessig>

Øye, I. og Skjønsberg, O.H. (2021, 13. november). aerosol - farmasi i Store medisinske leksikon. [https://sml.snl.no/aerosol - farmasi](https://sml.snl.no/aerosol_-_farmasi)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Etiske utfordringer på sykehjem under Covid-19 pandemien ”?

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å etablere kunnskap om de etiske utfordringene ansatte på sykehjem opplevde/opplever under Covid-19 pandemien i 2020/21. I dette skrevet gir vi deg informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det overordnede formålet med denne studien er å etablere kunnskap om de etiske utfordringene under Covid-19 pandemien i 2020 ved å utforske ansatte i sykehjem sine erfaringer i denne perioden. Det er pleiepersonalets egne beskrivelser og erfaringer jeg ønsker å belyse.

En slik kunnskap er viktig og relevant å etablere. Denne kunnskapen kan igjen legge grunnlag for en systematisk tilnærming til de etiske utfordringene i sykehjem under Covid-19, som igjen vil kunne gjøre oss bedre rustet i fremtidige pandemier i sykehjem.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å undersøke er; «Hva er ansatte på sykehjem sine erfaringer med å ivareta pasientenes behov under Covid-19 pandemien i 2020/21?»

Dette er et masteroppgaveprosjekt i helse og samfunn, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du har jobbet i pleien på sykehjem under Covid-19 pandemien i 2020.

Din leder er bedt om å videreformidle denne informasjonen til aktuelle informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet. Dersom du velger å delta avtaler vi et tidspunkt og sted som passer for deg. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Jeg kommer til å bruke en digital diktafon og ta opp intervjuet. Jeg vil også ta notater under intervjuet.

Intervjuet vil i etterkant transkriberes/skrives ned og ved prosjektslutt vil opptaket av intervjuet slettes. Før transkriberingen vil intervjuet være lagret på diktafonen og vil så fort som mulig bli overført til SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur), som er Universitetet i Bergens løsning for sikker behandling av sensitive personopplysninger i forskning. Løsningen SAFE bygger på Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene (Normen) og sikrer at informasjonssikkerheten med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet blir ivaretatt ved behandling av sensitive personopplysninger. Diktafonen oppbevares utilgjengelig for andre frem til intervjuet er overført til SAFE og da slettes fra diktafonen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun jeg og min veileder, Kristine Bærøe, ved Universitetet i Bergen som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Intervjuene vil bli anonymisert. Jeg lagrer opplysninger om kjønn, alder og utdanning/yrke, men ikke navn. I en eventuell publikasjon vil jeg bruke sitater fra intervjuet som du kan kjenne igjen, men det vil ikke være knyttet til person og ikke gjenkjennelig for andre. I intervjuet blir du også bedt om å unngå å referere til navngitte tredje personer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene oppbevares på SAFE (se ovenfor) og vil bli slettet når prosjektet er ferdigstilt.

Dine rettigheter

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, fyller du ut samtykkeskjemaet nederst i dette skrivet. Du kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke og deltagelse.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Prosjektet er registret i RETTE, som er Universitetet i Bergen sitt system for registrering av prosjekter der det behandles personopplysninger.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB ved Kristine Bærøe, Kristine.Baroe@uib.no eller Marie C. Fammestad, tlf: 924 49 085, Marie.Fammestad@student.uib.no
- UiBs personvernombud er Janecke Helene Veim. Kontaktinformasjon til personvernombudet: personvernombud@uib.no

Hva gjør du om du ønsker å delta?

Ta kontakt med meg på e-post Marie.Fammestad@student.uib.no, eller telefon **924 49 085**, så avtaler vi tidspunkt for intervju. Du må også signere samtykkeerklæringen som er vedlagt i denne invitasjonen, og returnere denne til meg.

Med vennlig hilsen

Marie C. Fammestad

Student, Master i helse og samfunn

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Etiske utfordringer på sykehjem under Covid-19*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)