

Steinar Barstad

# Den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter koronaen



Rapport til Pensjonistforbundet august 2020



*Steinar Barstad*

# **DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN ETTER KORONAEN**

Erfaringer fra pandemiens første halvår

Rapport utarbeidet på oppdrag fra Pensjonistforbundet

**S Barstad Tekst**

ISBN 978-82-692001-3-3

August 2020

Trykk: Interface Media as

*Forsidebilde: «Koronaball».*

*Jon Balke og Tone Myskja, på Madstun i Søndre Land. Foto: Steinar Barstad*



*«Vi mener at vanskelige bygningsmessige og organisatoriske forhold gjorde det svært vanskelig å håndtere, begrense og stoppe smitten.»*

(Fylkesmannen Vestland sin rapport etter tilsyn med Metodisthjemmet i Bergen, som så langt har vært verst rammet av pandemien)

*«På litt lengre sikt må vi tenke pandemiberedskap også når sykehjem bygges, når teknologi implementeres og når kompetanse ansettes og settes i arbeid.»*

(Mina Gerhardsen, generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen og Lill Sverresdatter Larsen, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund i avisa Vårt Land 18.mai 2020)

# INNHOOLD

---

<b>1</b>	<b>Bakgrunn og utgangspunkt.....</b>	<b>8</b>
1.1	Dette kunne gått mye verre .....	9
1.2	Helse og omsorg som forutsetning for all annen virksomhet .....	10
1.3	Ovenfra og ned .....	10
<b>2</b>	<b>«Redundans» i alt vi gjør – reservekapasitet og beredskapslager.....</b>	<b>14</b>
2.1	Kritiske mangler .....	14
2.2	Fordelingsproblemer og nye løsninger.....	15
2.3	En varslet katastrofe.....	17
2.4	Redundans og beredskap .....	17
2.5	Forslag til tiltak .....	18
<b>3</b>	<b>Angrep på eldres rettigheter .....</b>	<b>20</b>
3.1	Eldre er trippelt rammet av koronaen .....	20
3.2	Alder som prioriteringskriterium.....	21
3.3	De kommunale helse- og omsorgstjenestene under radaren.....	22
3.4	Pensjonistforbundets høringsuttalelser om prioritering .....	22
<b>4</b>	<b>Smittsomme sykehjem .....</b>	<b>26</b>
4.1	Arkitektur og smittevern .....	26
4.2	Smått er godt.....	27
4.3	Murer som stenger inne eller stenger ute .....	29
4.4	Nye sykehjem og omsorgsboliger .....	30
4.5	Smitterisiko og sosial distanse har med rom å gjøre .....	31
4.6	Fem tiltak.....	32
<b>5</b>	<b>Uforberedt organisasjon – sårbare tjenester .....</b>	<b>37</b>
5.1	Sårbare tjenester .....	37
5.2	Få ledere og små deltidsstillinger .....	38
5.3	Arbeidslag og alternativ turnus .....	39
5.4	Fire tiltak.....	41

<b>6</b>	<b>«Til sykehjemmet skiller eder ad» - Utsiktede konsekvenser av prioriteringer og smitteverntiltak.....</b>	<b>44</b>
6.1	Befolkningens psykososiale liv og helse .....	45
6.2	Besøksforbud, reduserte avlastningstilbud, korttidsplasser, fellesmåltider, aktivitetstilbud, kulturtilbud - konsekvenser for brukere og pårørende. ....	48
6.3	Tiltak .....	53
<b>7</b>	<b>«Vi synser mye – og vet for lite» - Manglende forskning på helse- og omsorgstjenesten i kommunene.....</b>	<b>58</b>
7.1	Utredninger følges ikke opp .....	58
7.2	To tiltak.....	59
<b>8</b>	<b>Jo mer samfunnet åpner opp – jo mer må eldre trekke seg tilbake .....</b>	<b>61</b>
8.1	Forventer økte smittetall.....	61
8.2	Bare slutten på begynnelsen .....	62
8.3	Tre Tiltak.....	63

# 1 BAKGRUNN OG UTGANGSPUNKT

---

Denne rapporten er utarbeidet etter oppdrag fra Pensjonistforbundet, jf vedtak i sentralstyret 23.04 2020: *Helse- og omsorgstjenester – erfaringer og konsekvenser av korona-pandemien*. Sentralstyret peker på at alders- og uførepensjonistene rammes spesielt hardt av korona-pandemien av to hovedgrunner:

- Eldre personer og personer med svekket helse er kraftig overrepresentert blant pasientene som rammes av alvorlig sykdom og død
- Helse- og omsorgstjenestene - som eldre og uføre er de største brukerne av - blir utsatt for et langt sterkere press enn i normale situasjoner

Rapporten er laget med sikte på videre behandling i landsstyremøtet høsten 2020. Den er en delrapport om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på erfaringer fra de første månedene med koronapandemien. Arbeidet er avgrenset til å samle materiale, identifisere registrerte problemer og utfordringer som berører eldre og pårørende, og som er blitt synlig under pandemien.

Det er foreløpig lite forskningsresultater å bygge på. Utfordringsbildet som tegnes er derfor i hovedsak basert på min kunnskap om sektoren, fagartikler og uttalelser fra brukere, ansatte og ledere som har stått midt oppe i det hele. Det må derfor tas betydelige forbehold. Mange av de problemstillingene som reises er best egnet for videre analyse og forskning. Dessverre er ressursene til forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene svært beskjedne. Et viktig tiltak for å skaffe god kunnskap som kan legges til grunn for utforming av de framtidige helse- og omsorgstjenestene, vil derfor være å styrke forskningsinnsatsen på disse tjenestene.

Arbeidet med rapporten ble avsluttet i midten av august. Det er stor usikkerhet om hvordan pandemien vil utvikle seg videre. Mange nye problemstillinger kan derfor oppstå, og noen kan etter hvert bli uaktuelle.

Rapporten består av sju separate artikler som belyser ulike problemstillinger, som å ha reservekapasitet og noe på lager, alder og prioritering, arkitektur og smittevern, tjenesteorganisering, manglende forskning, utilsiktede konsekvenser av koronatiltakene og usikkerheten som møter oss i månedene som kommer. Artiklene avsluttes med noen innspill til tiltak, og er ment å invitere Pensjonistforbundet til en prosess for å utarbeide ytterligere forslag til løsninger.



Innledningsvis har jeg også gjort noen betraktninger om helse og omsorgstjenestenes og velferdskommunens betydning for samfunnets verdiskapning, som ble svært synlig under koronapandemien.

## 1.1 DETTE KUNNE GÅTT MYE VERRE

Som utgangspunkt er det grunn til å slå fast at dette kunne gått mye verre enn det har gjort de første månedene av koronapandemien. Pr. 21. august var det fra og med februar 10.197 smittetilfeller og 264 dødsfall som følge av korona i Norge. Av de døde var hele 227 over 70 år. Foreløpig vurderer de fleste det slik at de tøffe smitteverntiltakene som ble innført i starten, har vært virkningsfulle. Det er grunn til å tro at både geografi, spredt bosetning, god folkehelse, små sosiale ulikheter og en godt utbygd velferdsstat med sterke kommunale helse- og omsorgstjenester også har bidratt til lave smittetall og relativt få dødsfall.

*Norge hadde god helse og lite sosial ulikhet i bunn, før covid-19 kom. Det betyr selvfølgelig mye.. Studier gjort i blant annet Sverige og Storbritannia av mellom 2.000 og 3.000 koronadødsfall, kan tyde på at folk med lavere inntekt og utdanning er hardere rammet – selv i land med et godt utbygd offentlig helsevesen,*

sier Svenn-Erik Mamelund som gjennom 25 år studert epidemiske sykdommer (Mamelund 2020).

Det har videre vært av stor betydning at smittevernarbeidet i Norge er organisert lokalt med stor myndighet lagt på kommunenivå, og at Folkehelseinstituttet og den sentrale forvaltning har hatt fagfolk med god kompetanse på smittevern som har stått i tett dialog med WHO og internasjonale fagmiljø.

Mens Danmark og Norge innførte relativt strenge tiltak mot spredningen av koronaviruset, fulgte Sverige en mer forsiktig tilnærming. Sammenliknet med Sverige, har nedstengingstiltakene i Danmark og Norge vært dramatisk effektive for å redusere presset på helsesystemene, sier en av forskerne bak en studie fra Norges Handelshøyskole (Juraneck og Zoutman 2020). Hvis Norge og Danmark hadde fulgt det svenske eksempelet, ville det sett helt annerledes ut. Norge ville hatt mer enn tre ganger så mange Covid-19-pasienter på sykehus. Danmark ville fått en økning i antall pasienter på hele 133 prosent, viser analysen.

Denne rapporten legger derfor til grunn at det utfra den kunnskapen som var tilgjengelig, var riktig å sette i verk de omfattende samfunnsmessige nedstengingstiltak som ble gjort de første ukene av pandemien. Interessant er det

også at de generelle dødstallene har gått ned i pandemiperioden. Hensikten med rapporten er derfor mer å se på utilsiktede konsekvenser av prioriteringer og smitteverntiltak i helse- og omsorgstjenestene, og vurdere endringer som må gjøres for at disse tjenestene skal ha bedre beredskap og være rustet til å møte seinere kriser.

## 1.2 HELSE OG OMSORG SOM FORUTSETNING FOR ALL ANNEN VIRKSOMHET

Pandemien illustrerer at helse og omsorg er en grunnleggende forutsetning for samfunnets verdiskapning. Et virus har i løpet av noen få dager vist at omsorg og velferd er et av de viktigste fundamentene i vår måte å organisere samfunnet på, og som annen virksomhet bygger på. Mer enn noen gang tidligere har vi fått illustrert at alt annet risikerer å stoppe opp om ikke dette er på plass. Omsorg og helse er en viktig og for en stor del usynlig innsatsfaktor i økonomien og en forutsetning for all produktiv virksomhet. Utgifter til slike formål er utgifter til inntekts ervervelse. Omsorgstjenester kan derfor ikke ses på som en belastende utgiftspost i samfunnsregnskapet, men som en del av grunnlaget for verdiskapningen. Og da kan vi kanskje også utvide omsorgsbegrepet:

*Omsorg er selve bærebjelken i samfunnet og er det grunnlaget som all annen virksomhet hviler på, også det som forstås som «økonomien». ... I håndteringen av pandemien er det blitt tydelig at et omsorgsbegrep som omfatter mer enn direkte omsorgsarbeidet for enkeltpersoner kan være meningsfullt. Det viste seg raskt at også andre ofte undervurderte og underbetalte yrker, som renhold og transport også er viktige kritiske samfunnsfunksjoner, samtidig som ansatte i disse yrkene også utgjør frontlinjen i møtet med viruset og personlig risiko for å bli smittet,*

sier forskeren Margunn Bjørnholt i en artikkel om omsorg, arbeid og verdiskapning under koronapandemien (Bjørnholt 2020).

## 1.3 OVENFRA OG NED

Pandemien illustrerte også på nytt at selv om helse- og omsorgstjenestene i Norge er bygd opp med basis i kommunene, er den sentrale helseforvaltning først og fremst organisert og satt opp for å ta seg av spesialsitshelsetjenesten. I pandemiens første fase ble oppgavene skjøvet nedover til kommunene for å frigjøre kapasitet i sykehusene, mens kommunene samtidig tok seg av det lokale smittevernarbeidet, var de første til å ta seg av de smittede, og håndterte flest dødsfall på grunn av

koronaen. Til tross for dette har oppmerksomheten vært på antall sykehusinnleggelses og intensivpasienter, med daglige rapporter og reportasjer:

*Covid-19 har etter vårt syn forsterket ubalansen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I forbindelse med koronapandemien har vi blant annet sett at media har vært en spesielt sterk driver for opprustning av akuttberedskap og intensivmedisinen. Fokuset har i stor grad vært på prioriteringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten. Utfordringer i kommunehelsetjenesten, eldre som ikke får dekket grunnleggende behov, pasienter med demens som isoleres av smittevern hensyn og mangel på personell og slik får forsterket sin angst, og helsepersonell som arbeider under ekstremt press og med ufullstendig smittevern, går «under radaren»,*

skriver forskere ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo i Tidsskrift for omsorgsforskning (Heggstad, Førde, Pedersen og Magelssen 2020).

Pensjonistforbundet pekte selv i sin høringsuttalelse til Helsedirektoratets høringsnotat om prioritering under koronapandemien (Pensjonistforbundet 2020) på dette hierarkiet i helse- og omsorgstjenestene:

*Etter Pensjonistforbundets oppfatning er prioriteringsnotatet i for stor grad utarbeidet med et ovenfra og ned-perspektiv, der det først ryddes plass til Covid 19- pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten, for så å se hvilke konsekvenser dette må få nedover i «helse- og omsorgshierarkiet». Det blir til slutt hjemmetjenestene som sammen med familie og pårørende må ta seg av de som sykehus og sykehjem ikke lenger kan ta seg av. Pensjonistforbundet reagerer kraftig på at i en tid der tiltak rettet mot f.eks. hjemmeboende med kognitiv svikt burde vært styrket, så får personene selv og deres pårørende klare seg som godt de kan med mindre støtte fra de kommunale tjenestene.*

Mange vil mene at denne ubalansen i prioritering og oppmerksomhet kom til uttrykk både i helsemyndighetenes forskrifter og veiledere, og i fordeling av ressurser, enten det handlet om smittevernutstyr eller regjeringens forslag til revidert nasjonalbudsjett.

Regjeringen har nedsatt en kommisjon for å få en gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av Covid 19-pandemien. Kommisjonen ledes av Stener Kvinnsland som tidligere har hatt ulike lederstillinger ved flere sykehus og vært administrerende direktør ved Haukeland Universitetssjukehus og professor i medisin. Sammensetningen av koronautvalget bærer preg av å være topptung, med ledere fra statlig forvaltning, sykehus, forsvar og næringsliv. Kommunesektoren er bare representert med en ordfører fra en reiselivskommune.

Ellers er ikke en eneste av de som utgjorde førstelinjetjenesten på sykehus eller i sykehjem og kommunal helse- og omsorgstjeneste tatt med. Heller ikke Pensjonistforbundet eller andre brukerorganisasjoner er representert. Hva dette vil få å si for kommisjonens tillit og legitimitet, får vi ikke svar på før de har levert sitt arbeid våren 2021.

Dette er likevel noe av bakgrunnen for at Pensjonistforbundet på selvstendig grunnlag har satt i gang et arbeid med å gjennomgå erfaringene med pandemien, for å sikre at eldre og pårørendes interesser blir ivaretatt.

I dette arbeidet vil Pensjonistforbundet kunne finne sammen med andre brukerorganisasjoner og ha felles interesser både med kommunene og de som arbeider i førstelinjetjenesten i helse- og omsorgssektoren og deres organisasjoner. Til syvende og sist vil det kunne handle om å snu dagens ovenfra- og ned-perspektiv til et nedenfra-og-opp, og gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres brukere og pårørende større oppmerksomhet og ressurser, enten det handler om økonomi, kompetanse, forskning eller organisering. Det vil i så fall utfordre maktforholdene, ikke minst i den sentrale helseforvaltning.

## Referanser:

Bjørnholt, Margunn (2020): Omsorg, arbeid og verdiskaping under korona-pandemien. Essay i tidsskriftet Sosiologen 22.april 2020. Se <https://sosiologen.no/essay/essay/12207-2/>

Heggstad, Anne Kari Tolo, Førde, Reidun, Pedersen, Reidar og Magelssen Morten (2020): Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. Tidsskrift for omsorgsforskning 01 / 2020 (Volum 6).  
[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer\\_i\\_helse-og\\_omsorgstjenesten\\_i\\_ko](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer_i_helse-og_omsorgstjenesten_i_ko)

Juraneck, Steffen; Zoutman, Floris T. (2020): The Effect of Social Distancing Measures on Intensive Care Occupancy: Evidence on COVID-19 in Scandinavia. Institutt for foretaksøkonomi, Norges Handelshøyskole, Bergen. Se <https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/2652920/0220.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Se også <https://forskning.no/helse-norges-handelshoyskole-partner/norske-koronatiltak-ga-drastisk-reduksjon-i-sykehusinnleggelse/1698928>

Koronakommisjonen (2020): Medlemmer. Kommisjonen ble oppnevnt i statsråd 24. april 2020. Se <https://www.koronakommisjonen.no/medlemmer/>

Mamelund, Sverre-Erik (2020): Små ulikheter kan ha reddet nordmenn fra hardere koronautbrudd. Intervju NTB. Se <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/sma-ulikheter-kan-ha-reddet-nordmenn-fra-hardere-koronautbrudd-1.1731037>

Pensjonistforbundet (2020): Høring- notat vedrørende prioritering i forbindelse med Covid-19-sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Brev til Helsedirektoratet 15.april 2020. Se <https://pensjonistforbundet.no/nyhet/4792-hoslashringsuttalelser-fra-pensjonistforbundet>

## 2 «REDUNDANS» I ALT VI GJØR – RESERVEKAPASITET OG BEREDSKAPSLAGER

---

En av de mest slående erfaringene er at koronapandemien i starten avslørte mangel på kapasitet, utstyr og forbruksvarer for smittevern, og at vi plutselig sto overfor en mangelsituasjon både internasjonalt og i eget land vi ikke hadde forberedt oss godt nok på. De seinere årene har vi i økende grad satset på å kunne kjøpe det vi trenger når vi trenger det. Å ligge med ledig kapasitet for å ha noe i beredskap om det skulle skje noe ekstraordinært, ligger ikke inne i dagens driftsmodeller. Det vi har opplevd nå er at dette markedet ikke fungerer når en slik pandemi rammer oss. Da vil alle sikre seg og sine.

### 2.1 KRITISKE MANGLER

Mangel på kapasitet kom først til syne på sykehusene, der det raskt ble satt i gang et arbeid for å legge til rette et stort antall intensivplasser. Sengekapasiteten skulle økes ved omprioritering, som skapte ringvirkninger nedover i hele helse- og omsorgstjenesten. Kommunene måtte prioritere de som ikke kunne komme til behandling på sykehus, samtidig som de også skulle forberede seg på koronapandemien gjennom lokale smitteverntiltak og bygge opp kapasitet for smittede pasienter. Konsekvensen var omprioritering av personellressurser og reduserte tilbud til hjemmeboende pasienter.

Deretter ble det raskt klart at mangelen på respiratorer, smittevernutstyr, tester etc ville bli et betydelig problem, ettersom etterspørselen i det internasjonale markedet var mye større enn tilbudet.

På spørsmål fra Stortinget opplyste helseminister Bent Høie 11.mai at Norge bare hadde smittevernutstyr for noen ukers normalt forbruk da koronapandemien traff landet (Dokument nr. 15:1433 (2019-2020):

*Koronavirusutbruddet har definitivt utfordret landet, og ikke minst helseforetakene og kommunene, på en måte vi ikke har opplevd tidligere. Lagerbeholdningen av smittevernutstyr er et element i beredskapen som nå blir satt på prøve.*

*Det var oppmerksomhet i de regionale helseforetakene om utviklingen av covid-19-pandemien fra januar 2020. Lagerbeholdningen av*

*smittevernustyr ble da gjenstand for vurdering og det ble initiert oppbygging av beredskapslager i tråd med beredskaps- og pandemiplaner.*

*I løpet av første del av februar d.å. meldte grossister om forsyningsutfordringer og enkelte meldte også force majeure da de ikke var i stand til å levere i henhold til allerede inngåtte avtaler. Den krevende forsynings situasjonen skyldtes manglende leveranseevne hos produsenter, utfordringer med logistikk og transportløsninger til Norge, samt stengte grenser, som følge av pandemien.*

*Da regjeringen iverksatte omfattende smitteverntiltak fra 12. mars 2020 var lagrene av smittevernustyr i regionale helseforetak og helseforetak allerede blitt redusert grunnet økt forbruk og mindre leveranser enn normalt.*

Svaret til Stortinget viser en konkret oversikt over hvor prekær lagerbeholdningen var i uke 11, og hvordan situasjonen hadde endret seg fram til 4.mai. Stortingsrepresentant Kjersti Toppe, som stilte spørsmålet mente lageret for noe av smittevernustyret bare ville vært nok til noen dagers forbruk om det ikke hadde kommet nye forsyninger (Olsson 2020):

*Fire ukers normalbruk av munnbind og operasjonsluer er jo ingenting i en pandemitid. Det er snakk om noen dager. Det er ingen beredskap i det hele tatt. Det var en prekær og alvorlig situasjon.*

## 2.2 FORDELINGSPROBLEMER OG NYE LØSNINGER

Knappheten på smittevernustyr fikk Helsedirektoratet til å vedta en fordelingsmodell som gikk ut på at helseforetakene, altså sykehusene, skulle få 70 prosent av utstyret, at kommunene skulle få 20 prosent og at 10 prosent skulle gå til et reservelager nasjonalt.

I et brev til helseministeren skriver Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Kommunesektorens organisasjon KS at de får mange spørsmål om mangel på smittevernustyr, særlig i sykehjem og hjemmetjeneste (Muladal 2020):

*Selv om situasjonen er variert rundt om i landet er vi kjent med at det mangler enkelt smittevernustyr for å forhindre smitte til de mest sårbare pasientene der det er smitte i nærmiljøet. ... Dette er tatt opp gjentatte ganger i møter med helsemyndighetene og Folkehelseinstituttet uten at situasjonen er bedret.*

De ba regjeringen iverksette strakstiltak for å bedre situasjonen i kommunene, og krevde at fordelingen av smittevernutstyr ble endret, slik at kommunene fikk mer.

Imens satt frivillige på dugnad rundt omkring i kommune-Norge og sydde smittevernfrakker til helsepersonell, og lokale bedrifter begynte å produsere visirer og munnbind for å avhjelpe situasjonen (Moshagen 2020a og b):

*Østre Toten og mange andre kommuner har allerede vært kreative. Det er sydd smittevernsfrakker for flegangsbruk på dugnad. ... Andre lokale bedrifter har satt i gang produksjon av hånddesinfeksjonsmiddel og ansiktsvisirer basert på plastfolier for overhead. Noen har brukt sitt nettverk til å skaffe munnbind og andre produkter.*

En kartleggingsstudie foretatt blant avdelingsledere i norske sykehjem siste uken i april 2020 (Kirkevoold et al. 2020) viste at tilgangen på smittevernutstyr, bruken av utstyr og opplæringen da var bedre enn det inntrykket som hadde kommet fram i mediene. Det hadde imidlertid vært usikkerhet og mangel på utstyr i en tidligere fase, men dette hadde etter hvert løst seg for mange av sykehjemmene.

Ved NTNU skjedde det også et lite eventyr, basert på forskning som var gjort over mange år. Mangelen på tester ble raskt et stort problem både i Norge og internasjonalt. Men en storstilt dugnad ved NTNU løste noe av Norges problem med mangel på koronatester da pandemien var et faktum og beredskapen sviktet. Rundt 30 mennesker ble involvert da universitetet startet «fabrikk»: teknikere, forskere, doktorgrads- og masterstudenter. I løpet av kort tid var storskalaproduksjonen i gang og i dag produseres én million tester i uka. Bestillingen på 5,1 millioner tester til hele Norge er for lengst levert. I følge Forskning.no var målet å kunne produsere 5 millioner tester i uka i august 2020 (Bergstrøm 2020).

Midt i juli sier administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, Cathrine Lofthus, at de frem til nå har brukt rundt 1.7 milliarder kroner på smittevernutstyr. Dersom det skulle komme en ny smitteoppblomstring skal Norge derfor nå være godt forberedt (Næss 2020):

*Hvis vi tar utgangspunkt i noen av de mest krevende smittescenarioene til Folkehelseinstituttet, så har vi bestilt smittevernutstyr slik at vi har til godt ut i 2021.*



## 2.3 EN VARSLET KATASTROFE

I 2018 ble Gro Harlem Brundtland bedt av Verdensbanken og WHO om å lede arbeidet med en rapport om hvordan verden ville håndtere en global smittsom og dødelig epidemi. Rapporten med tittelen «A World at Risk from Deadly Pandemics» ble lagt fram i september 2019 (Global Preparedness Monitoring Board 2019), sa hun at «altfor lenge har verdensledernes svar på helsetrusler vært et sted mellom panikk og fraskrivelse av ansvar».

Til VG 24.mars 2020 uttalte Gro Harlem Brundtland at de aller fleste landene har unnlatt å følge opp de nødvendige forberedelser og beredskap, for å kunne håndtere globale utbrudd og pandemier – til tross for klare advarsler fra WHO og andre sentrale institusjoner og kompetente fagmiljøer:

*Det er dessverre ingen tvil om at det vi opplever er en varslet katastrofe»*

## 2.4 REDUNDANS OG BEREDSKAP

Vi har ikke bygget reservekapasitet eller redundans inn i den måten vi driver helse- og omsorgstjenestevirksomheten på. De seinere årene har en i økende grad satset på å kunne kjøpe det vi trenger når vi trenger det, og at det internasjonale markedet vil løse problemet – i hvert fall for oss som har noe å betale med.

I en artikkel om verden etter koronaen, skriver Christian Bason i danske Mandag Morgen (Bason 2020):

*Vi har ikke bygget redundans ind i den måde, vi skaber værdi på. Alt er optimeret til det yderste. Det gør systemet ekstremt skrøbeligt. ... Mange små virksomheder har så lidt polstring, at få uger uden omsætning fører til konkurs. Store virksomheders globale værdikæder er brudt, så de må afskedige folk i tusindvis. I sundhedssektoren har nogle få hundrede ekstra intensivpatienter været nok til at omkalfatre hele hospitaler til kriseberedskab. Vi har over årtier forfinet en ekstrem økonomisk rationalisering af produktionen gennem managementmetoder som lean, TQM og just-in-time. I den private sektor har optimeringsræset været drevet af global konkurrence. I det offentlige af styringsparadigmet new public management.*

Å ligge med ledig kapasitet for å ha noe i beredskap om det skulle skje noe ekstraordinært, ligger ikke inne i dagens driftsmodeller, enten det gjelder bygningsmasse/plasser/økonomi/personell og lager av utstyr og forbruksvarer for noen uker/måneder. Å ha noe på lager blir sett på som lite effektivt. Alt skal være

«på veien». Slik er det i næringslivet, og slik er det også mer og mer blitt i offentlig sektor.

Det vi har opplevd nå er at dette markedet ikke fungerer når en slik pandemi rammer oss. Da vil alle sikre seg og sine. Etterspørselen etter smittevernutstyr, tester, oksygenapparat, laboratoriekapasitet og medisiner blir mye større enn tilbudet og fører til at knapphet oppstår på helt grunnleggende og livsnødvendige varer og tjenester.

Denne knappheten fører til debatt om prioritering og interessekonflikter mellom og internt i markeder og land, og mellom helse- og velferdssektoren og andre private og offentlige samfunnsinteresser, mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester og pårørende, mellom unge og eldre. Og da er det som oftest slik at makta rå.

## 2.5 FORSLAG TIL TILTAK

En av de viktigste erfaringer Norge gjorde i pandemiens første uker, var at vi heretter må legge inn redundans eller reservekapasitet i alt vi foretar oss og ha ting på lager, enten det handler om utstyr, forbruksvarer, bygningsmasse eller personell og kompetanse. Landet må ligge med ledig kapasitet og ha egen beredskap og nok på lager, og ikke bare satse på at markedet løser problemet når situasjonen krever det. Selv ikke for rike land er dette en forsvarlig løsning. I kritiske situasjoner vil de fleste sikre seg og sine.

Dette krever en ny gjennomgang av beredskapsplanene for hele helse- og omsorgstjenesten, og nødvendig tilførsel av ressurser og kompetanse, slik at vi ikke plutselig står oppe i samme situasjon om noen år.

## Referanser:

Bason, Christian (2020): Der er behov for mere empati med fremtiden. Mandag Morgen. Publisert 15.april. Se <https://www.mm.dk/artikel/empati-med-fremtiden>

Bergstrøm, Ida Irene (2020): Stortilt dagnad sikret Norge nok korona-tester: Da universitetet måtte starte fabrikk. Forskning.no. Publisert 26.juli 2020. Se <https://forskning.no/epidemier-medisinske-metoder-virus/stortilt-dagnad-sikret-norge-nok-korona-tester-da-universitetet-matte-starte-fabrikk/1716367>

Dokument nr. 15:1433 (2019-2020): Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren. Stortinget. Se <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=79509>

Johnsen, Alf Bjarne (2020): Gro Harlem Brundtland om corona-krisen: «Det er dessverre ingen tvil om at det vi opplever er en varslet katastrofe». Verdens Gang 24.mars. Se <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/qlBnj1/gro-harlem-brundtland-om-corona-krisen-det-er-dessverre-ingen-tvil-om-at-det-vi-opplever-er-en-varslet-katastrofe>

Kirkevold, Øyvind; Siren Eriksen; Bjørn Lichtwarck og Geir Selbæk (2020): Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien. Publisert i Sykepleien Forskning 23.06.2020. <https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien>

Moshagen, Sæmund (2020a): Syersker hylles for dugnad. De er verdt sin vekt i gull. Oppland Arbeiderblad 29.juni 2020. Se <https://www.e-pages.dk/oa/3795/article/1144672/12/1/render/?token=1dd641ea76032b0cd53a59ddc4a1b2ac>

Moshagen, Sæmund (2020b): De har behov for alt av smittevernustyr. Oppland Arbeiderblad 6.juli 2020. Se <https://www.oa.no/de-har-behov-for-alt-av-smittevernustyr-vi-trenger-noe-helt-nytt-noe-som-ingen-har-tenkt-pa-for/s/5-35-1121381>

Muladal, Ane (2020): Mener kommunene bør få smittevernustyr av sykehusene: – Stort udekket behov. Verdens Gang 13.mai. Se <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/e8gqAa/mener-kommunene-boer-faa-smittevernustyr-av-sykehusene-stort-udekket-behov>

Næss, Oscar Henrik Biti (2020): Reagerer på million-bomkjøp av smittevernustyr. Nrk.no. Publisert 17.juli 2020. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/reagerer-pa-million-bomkjop-av-smittevernustyr--uakseptabelt-1.15088335>

Olsson, Svein Vestrum (2020): Hadde bare fire ukers beholdning av munnbind. NRK, publisert 12. mai. Se <https://www.nrk.no/norge/hadde-bare-fire-ukers-beholdning-av-munnbind-1.15009442>

Global Preparedness Monitoring Board (2019): A World at Risk from Deadly Pandemics. Annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Hentet fra [https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_annualreport\\_2019.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf)

### 3 ANGREP PÅ ELDRES RETTIGHETER

---

**Koronapandemien reiste de første månedene flere problemstillinger knyttet til prioritering der eldres rettigheter kunne bli satt til side:**

- **Det ble gjort forsøk på å sette aldersgrense eller innføre alder som prioriteringskriterium for behandling**
- **Det ble åpnet for tilsidesettelse av vedtaksfattede rettigheter og lovbestemte tjenestetilbud, ikke bare av smittevernhensyn, men også som en del av prioriteringen i helse- og omsorgstjenesten**
- **Retten til spesialisthelsetjeneste og behandling i sykehus for beboere i sykehjem ble problematisert**

#### 3.1 ELDRE ER TRIPPELT RAMMET AV KORONAEN

Overlege og professor i geriatri Torgeir Bruun Wyller peker i et intervju i Aldring og helse på at eldre blir trippelt rammet av koronavirus epidemien: gjennom å være den mest sårbare gruppen med høyest dødelighet i forhold til resten av befolkningen, den gruppen som merker de største konsekvensene av smitteverntiltakene, og gruppen der mange ikke har like god tilgang til sykehustjenester som resten av befolkningen (Hveem, 2020).

Språk er makt. Når uttrykket skrøpelige eldre blir benyttet i diskusjonen om hvem som skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten, er det grunn til å være på vakt. Vi så det i regjeringens forslag til ny helse- og sykehusplan (Barstad 2020a), og vi har sett det igjen i den debatten som nå har gått om Helsedirektoratets prioriteringsveiledning i forbindelse med Covid-19 (Helsedirektoratet, 2020c).

Det er grunn til å være bekymret for at holdningen til de «skrøpelige eldre» bidrar til å legitimere at eldre nedprioriteres i spesialisthelsetjenesten, nettopp i en tid da de trenger det som mest. I en artikkel i Tidsskrift for omsorgsforskning skriver Torgeir Bruun Wyller og Erlend Hem at «spesialisthelsetjenestens og helseforvaltningens tilbøyelighet til å ville definere skrøpelige eldre som uvedkommende og lite velkomne i sykehusene, må bekjempes!» (Wyller & Hem, 2020)

Til sist blir det i tillegg til de eldre selv, de pårørende, sykehjemmene og hjemmetjenestene som må ta ansvaret og bære konsekvensene. Med det fastlegekorps norske kommuner er utstyrt med, og den sparsomme legedekningen som er på norske sykehjem, er det også stor forskjell på den medisinske oppfølgingen en kan regne med å få i kommunale sykehjem og hjemmetjenester

versus i sykehus og spesialisthelsetjeneste. I koronatiden kan det være en helt avgjørende forskjell.

### 3.2 ALDER SOM PRIORITERINGSKRITERIUM

Det skapte først sterke reaksjoner at Helsedirektoratet hadde vært inne på tanken om å innføre aldersgrenser som grunnlag for prioritering av hvem som skulle få spesialisthelsetjenestetilbud. Mange høringsinstanser viste til at dette var i strid med de prinsipper vi tidligere gjennom grundige prosesser har vedtatt skal ligge til grunn for prioritering i norsk helse- og omsorgstjeneste. Ifølge Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, skal tiltak i helsetjenesten vurderes ut fra tre kriterier for prioritering: nytte, ressursbruk og alvorlighet.

Professor Jon Magnussen, som ledet utvalget Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte for hvordan alvorlighet skal vurderes i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten og seinere var medlem av prioriteringsutvalget for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NOU 2018:16), var en av dem som i høringsrunden på det sterkeste advarte mot å innføre alder som et eksplisitt prioriteringskriterium:

*Innføring av alder som kriterium vil bryte med all tidligere tenkning innenfor prioritering, og neppe finne støtte i befolkningen (Venli et al., 2020).*

Heldigvis forsto helse- og omsorgsminister Bent Høie at dette ikke gikk an.

Likevel har det festet seg et inntrykk av at alder skal tillegges vekt. Selv om alder ikke skal være et selvstendig prioriteringskriterium, står det fortsatt at alder sammen med andre forhold vil ha betydning i den helhetlige prioriteringsvurderingen som må gjøres. Og fortsatt er det formuleringer i Helsedirektoratets nye veiledning for prioritering under pandemien som kan forstås slik at eldre i mindre grad kan regne med å få behandling av spesialisthelsetjenesten, f.eks. om de bor på et sykehjem.

I en kronikk i Dagbladet 22. april d.å. spør en rekke fagfolk og forskere ved Senter for medisinsk etikk om vi har ofret de gamle og om alderskriteriet likevel er i bruk (Heggstad et al., 2020a):

*Vi hører historier om eldre pasienter med kroniske sykdommer som enkelt kan få hjelp, men som ikke blir henvist videre for å spare spesialisthelsetjenesten, og som dør. Under normale omstendigheter ville disse sannsynlig fått nødvendig hjelp, og overlevd.*

Dersom dette medfører riktighet, er det svært alvorlig (Barstad 2020 a og b).

### 3.3 DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE UNDER RADAREN

I en artikkel om prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien, skriver det samme fagmiljøet at pandemien også har minnet oss om at i møte med trussel om akutt ressursknapphet, er det lett å ty til bruk av alder som et eget prioriteringskriterium. De mener Covid-19 har forsterket ubalansen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, og at oppmerksomheten har vært på akuttberedskap og intensivmedisin (Heggestad et al 2020b):

*Fokuset har i stor grad vært på prioriteringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten. Utfordringer i kommunehelsetjenesten, eldre som ikke får dekket grunnleggende behov, pasienter med demens som isoleres av smittevern hensyn og mangel på personell og slik får forsterket sin angst, og helsepersonell som arbeider under ekstremt press og med ufullstendig smittevern, går «under radaren».*

De peker på at helse- og omsorgstjenesten i kommunene i utgangspunktet har vært presset på ressurser, og har de siste årene tatt over flere oppgaver som spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for, uten at de ansatte opplever at det følger økte ressurser med oppgavene (Gautun & Syse, 2017). Belastningen av oppgaver er blitt ytterligere forsterket under covid-19-pandemien, ved at sykehusene har redusert sin sengekapasitet for andre lidelser enn covid-19 (Helsedirektoratet, 2020a). Det betyr at kommunene i enda større grad enn før må ivareta de mest sårbare og syke pasientene, ensomme, psykisk syke og mennesker med rusproblemer. I forbindelse med koronapandemien er det tegn til at mange av disse pasientene har fått et redusert helsetilbud og risiko for forverret helse (Helsedirektoratet, 2020b). Helsedirektoratet peker selv i sitt høringsbrev på at:

*Kommunene vil kunne komme i en krevende situasjon framover, der helse – og omsorgstjenesten både må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus, ivareta pasienter som er syke med covid-19, sikre godt smittevern og samtidig yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til øvrige pasientgrupper.*

### 3.4 PENSJONISTFORBUNDETS HØRINGSUTTALELSER OM PRIORITERING

Helsedirektoratets forslag om å sette aldersgrense eller innføre alderskriterier ved prioritering for behandling av Covid-19 utløste sterke reaksjoner fra Pensjonistforbundets side. I en pressemelding publisert 20. mars 2020 reagerer Pensjonistforbundet på at aldersgrenser helt ned til 60 år for å velge hvilke pasienter som skal prioriteres, i det hele tatt er vurdert av helsemyndighetene, og ber regjeringen gå ut og trygge bekymrede eldre.

Heldigvis ble forslaget om aldersgrense forkastet. Fortsatt fastholdt imidlertid helsemyndighetene at selv om alder ikke er et selvstendig prioriteringskriterium, vil det likevel sammen med andre forhold ha betydning i den helhetlige prioriteringsvurderingen som må gjøres. Pensjonistforbundet ba om at denne formuleringen også ble strøket, fordi den skaper uklarhet. Gjeldende prioriteringsregler med de 3 kriterier nytte, alvorlighet og ressurser er grundig behandlet av Stortinget og bør nettopp kunne anvendes når prioriteringsspørsmålene blir vanskelige (Pensjonistforbundet 2020 a):

*I en situasjon der de eldre er blant de som rammes hardest av Covid-19 epidemien, er det helt uhørt at det er vurdert at personer over en bestemt alder skal prioriteres ned. Det vil i tilfelle bety at de som rammes hardest prioriteres ned. Det som fortsatt må være grunnleggende er likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og at dagens prioriteringsregler basert på nyttekriteriet, alvorlighetskriteriet og ressurskriteriet skal følges.*

Under arbeidet med prioriteringsbestemmelser ble det blant annet foreslått endringer i helseberedskapsloven med hjemmel til å fastsette forskrifter som fraviker bestemmelsene i kap. 2 i pasient- og brukerrettighetsloven. I en høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet i april 2020 (Pensjonistforbundet 2020b) reagerte Pensjonistforbundet på dette, og mente at det nettopp er ved store prioriteringsutfordringer det er nødvendig å beskytte de grunnleggende rettighetene og prinsippene.

Pensjonistforbundet pekte i sine høringsbrev på at det finnes minst to ulike måter å møte en krevende situasjon med økt kapasitetsbehov i helse- og omsorgstjenestene som følge av pandemien:

*Den ene måten er å redusere og la det gå ut over tilbudet til dagens brukere og pårørende, og minske kravene til planlegging og saksbehandling. Det er Pensjonistforbundet sterkt imot. Den andre måten er å øke de økonomiske og personellmessige ressursene, gjennom blant annet bruk av permitterte/arbeidsledige.*

I sin høringsuttalelse om sykehjem og hjemmetjenester skrev Pensjonistforbundet (Pensjonistforbundet 2020a) at i en situasjon med mange permitterte og ledige, med lang arbeidserfaring og god utdanning, vil dette både kunne bidra til å holde folk inne i arbeidslivet og styrke hjemmetjenestene i en periode med sterk økning i arbeidsoppgaver:

*I stedet for å oppmuntre kommunene til å redusere tjenestetilbudet til sine brukere, øke belastningene på de pårørende og redusere rettssikkerheten, bør staten gjennom NAV etablere ordninger som raskt legger til rette for at*

*personell som i dag er permitterte eller arbeidsledige i epidemiperioden, kan avlaste pårørende og styrke hjemmetjenestene i kommunen.*

Diskusjonene om prioritering, alderskriterier, tilsidesettelse av brukerrettigheter og eldres tilgang på spesialisthelsetjenester, viser at Pensjonistforbundets rolle også i fortsettelsen må være å ivareta eldres rettigheter og slå tilbake alle forsøk på aldersdiskriminering i helse- og omsorgssektoren.

## Referanser:

Barstad, Steinar (2020 a): De skrøpelige. Tidsskrift for omsorgsforskning 01/2020.

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/de\\_skrøpelige](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/de_skrøpelige)

Barstad, Steinar (2020 b): Kommentar: Skrøpelige eldre – mer enn et spørsmål om semantikk.

Tidsskrift for omsorgsforskning 01/2020. Se

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/kommentar\\_skrøpelige\\_eldre\\_mer\\_enn\\_etspoersmaal\\_om\\_semant](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/kommentar_skrøpelige_eldre_mer_enn_etspoersmaal_om_semant)

Folkehelseinstituttet. (2019, 24. oktober). Skrøpeligheit hos eldre. Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nyheter/2019/skrøpeligheit-hos-eldre>

Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities.

*Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>

Heggestad, A. K. Tolo, Lereim-Sævareid, T. J., Pedersen, R., Førde, R. & Hellesø, R. (2020a). Ofrer vi de gamle? Kronikk i Dagbladet 22.april 2020. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/ofrer-vi-de-gamle/72383679>

Heggestad, Anne Kari Tolo, Førde, Reidun, Pedersen, Reidar og Magelssen, Morten (2020b): Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien.

Tidsskrift for omsorgsforskning 01/2020. Hentet fra

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer\\_i\\_helse-og\\_omsorgstjenesten\\_i\\_ko](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer_i_helse-og_omsorgstjenesten_i_ko)

Helsedirektoratet (2020a). Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsnotat-prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien/verdigrunnlag-og-prioriteringskriterier>



Helsedirektoratet (2020b). Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien – oppdatering. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kapasitet-i-helsetjenesten/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>

Helsedirektoratet (2020c): Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Veileder til lov og forskrift. Sist faglig oppdatert: 29. april 2020. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>

Hveem, P. (2020, 17. april). Bruk tiden vi har fått til rådighet til å rette søkelyset mot situasjonen for eldre. Aldring og helse. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/bruk-tiden-vi-har-f%C3%A5tt-til-r%C3%A5dighet-til-%C3%A5-rette-s%C3%B8kelyset-mot-situasjonen-for-eldre-i-sykehjem-og-kommunal-eldreomsorg/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Verdier i pasientens helsetjeneste. (Meld. St. 34 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

NOU 2018: 16. (2018). Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>

Pensjonistforbundet (2020a): Høring- notat vedrørende prioritering i forbindelse med Covid-19-sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Høringsbrev til Helsedirektoratet 15.april 2020. Hentet fra <file:///C:/Users/mp64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/3F1H4374/horing-notat-vedrorende-prioritering-i-forbindelse-med-covid-19-sykehjem-og-hjemmebaserte-tjenesterpdf.pdf>

Pensjonistforbundet (2020b): Høring- Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe konsekvenser av covid-19). Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 28.april 2020. Hentet fra <file:///C:/Users/mp64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/O1O9ICGK/horing-om-midlertidige-endringer-i-helseberedskapslovenpdf.pdf>

Venli, V., Svaar, P., Carlsen, H. & Reigstad, J. (2020, 19. mars). Korona-strid: Massiv motstand mot alderskriterium. NRK. Hentet fra [https://www.nrk.no/norge/korona-strid\\_-massiv-motstand-mot-alderskriterium-1.14951149](https://www.nrk.no/norge/korona-strid_-massiv-motstand-mot-alderskriterium-1.14951149)

Wyller, T. B. & Hem, E. (2020). Kommentar: De skrøpelige. Tidsskrift for omsorgsforskning, 6(1), 1–3. Hentet fra [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/kommentar\\_de\\_skrøpelige](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/kommentar_de_skrøpelige)

## 4 SMITTSOMME SYKEHJEM

---

**Smittevern i sykehjem drives etter forskrift om smittevern i helsetjenesten, med bestemmelser om organisering og overvåking og krav om et eget infeksjonskontrollprogram. Men korona-pandemien har på nytt vist at smittevern også er avhengig av arkitektur og bygg, og den sammenheng slike rammebetingelser får for organisering og drift. Det står det ingenting om i forskriften.**

### 4.1 ARKITEKTUR OG SMITTEVERN

Det alvorligste eksemplet på at sykehjemsbygg kan være «smittsomme», finner vi ved Metodisthjemmet i Bergen, som ble hardest rammet av koronaen våren 2020. Her ble 24 av 46 beboere smittet og 18 døde. Av de 12 beboerne som delte bad og toalett med naborommet, ble 11 smittet under koronautbruddet.

Fylkesmannen i Vestland skriver i sin tilsynsrapport etter hendelsen at

*-Vi mener at vanskelige bygningsmessige og organisatoriske forhold gjorde det svært vanskelig å håndtere, begrense og stoppe smitten.*

*-De bygningsmessige forholdene er gjennomgående trange og uhensiktsmessige. De førte til en situasjon som gjorde det svært vanskelig å begrense smitten i institusjonen da utbruddet var et faktum.*

*-Det foreligger planer for ombygging i samarbeid med Bergen kommune, men gjennomføringen er ikke tidfestet fordi økonomien er usikker eller uavklart. .... Disse forholdene gjør det svært vanskelig å hindre spredning ved et utbrudd.*

Det ble vist til at sykehjemmet med to avdelinger over 4 etasjer har trange korridorer (1,5 meter bredde), ikke plass til å kjøre senger ut og inn av rommene, små fellesareal, utstysrom som er felles for hele huset medførte mye intern transport, en etasje hadde atkomst via annen etasje og det var

lite egnete fasiliteter for vask av klær. Flere ansatte måtte arbeide på tvers av etasjer og avdelinger.

Nesten hvert femte koronadødsfall i Norge de første månedene av koronapandemien fant sted på tre sykehjem: Metodisthjemmet i Bergen, Vallerhjemmet i Bærum og Nordseterhjemmet i Oslo. Dårlig bygningsmasse, manglende smittevernutstyr og ansatte i karantene, var noen av fellestrekkene for disse sykehjemmene som ble hardest rammet av korona (Strand 2020).

I en rapport Bærum kommune har utarbeidet etter en intern gjennomgang av hendelsene ved Vallerhjemmet, beskrives institusjonen slik (Bærum kommune 2020):

*Sykehjemmet har enkeltrom og gammel bygningsmasse. I den eldste delen er det 22 rom med wc, men felles dusj i gangen. Mulighet for ivaretagelse av hygiene og effektivt renhold vil generelt være krevende i gammel bygningsmasse. Vallerhjemmet hadde ikke ved inngang til smitteperioden etablert sluse. Dette kom på plass underveis.*

## 4.2 SMÅTT ER GODT

Det er grunn til å anta at mange sykehjemsbygg har en arkitektur og bygningsmasse som er dårlig forberedt på en pandemi. Derfor ble det improvisert mye den første tiden med tape og gule lapper, for å dele inn byggene, holde avdelinger og ulike arealer atskilt fra hverandre og etablere synlighet og orden. Dette skjedde både i sykehjemmene og i lokalene for hjemmetjenesten (Sykepleien 2020).

*-Sykehjemsledelsen er opptatt av å ha færre ansatte per pasient, at kontaktmengden begrenses, og at noen pasienter følges ekstra tett opp. For institusjonene med små boenheter er dette mer oversiktlig,*

sier professor Bettina Husebø ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin, Universitetet i Bergen, som tidligere har hatt sitt arbeid ved en av landets største sykehjem.

Kanskje er det ikke en god ide å samle så mange på et sted som har høy risiko for alvorlig sykdom og død som følge av epidemier. På listen over hva vi skal huske å tenke igjennom på nytt når koronatiden er over, er hvordan vi skal bygge sykehus og sykehjem, slik at vi minimerer smitte og risiko for de som bor og oppholder seg der.

I et intervju på Dagsrevyen advarer assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad mot å bygge sykehus med «svære høye tårn» på grunn av smittevern hensyn. Han mer enn antyder at vi må finne nye måter å bygge sykehus på (Storvik 2020).

Kanskje er det ikke bare sykehusene som må bygges annerledes, men også sykehjem, omsorgsboliganlegg og demenslandsbyer. I mange år har forskning og ulike fagmiljøer anbefalt å bygge små bofellesskap, omsorgsboliger og mindre institusjoner med små avdelinger (Landmark, Kirkehei, Brurberg & Reinart LM 2009; Høyland, Kirkevold, Woods & Haugan 2015). Landets første demensplan (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), lagt fram av regjeringen Stoltenberg, hadde under overskriften «Smått er godt», som en av tre hovedsaker å sørge for at sykehjem og omsorgsboliger var tilpasset mennesker med demens:

*«Da er små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer, bedre enn gammeldagse institusjoner i mange etasjer med store avdelinger og lange korridorer»*

Likevel bygges det fortsatt store sykehjem i mange etasjer, med lange korridorer og felles hovedinngang som alt og alle må passere gjennom. På tross av demensplanens anbefalinger bygges det i enkelte kommuner sykehjem og landsbyer med plass til over 150 beboere, de fleste med en demenslidelse.

Nå har vi fått nok en grunn til å bygge små enheter på bakkenivå med gode privatareal og mulighet for flere porter ut og inn: Hindre smittespredning, enten det gjelder korona, influensa eller omgangssyke og norovirus.

På den måten kan vi unngå at alt sluses gjennom samme hovedinngang og at smitemateriale spres gjennom samme korridor- og heissystem. Ventilasjonssystemene kan også være av stor betydning. Ved å holde

enhetene geografisk atskilt fra hverandre hindrer vi at katastrofen blir større når den skjer.

I en kronikk i Adresseavisen skriver tre forskere ved ulike institutt ved NTNU (Vik et.al. 2020) at «Smått er godt», også utfra et smittevernperspektiv:

*Færre beboere med færre ansatte å forholde seg til for personer med demenssykdom har vært anbefalt og forsket på siden 90 tallet, så «koronaerfaringer» med «smått er godt» er dokumentert over lang tid som hensiktsmessig. Forhold som mangel på organisering, personalressurser og bevilgninger, kan ha satt en stopper for at dette gjennomføres mange steder. Etter vår mening er «smått er godt»-tenkningen med få og faste ansatte å forholde seg til for beboerne en viktig erfaring å ta med seg videre, og man kan jo håpe på at erfaringene blir fulgt opp også etter «koronatid».*

### 4.3 MURER SOM STENGER INNE ELLER STENGER UTE

Det er noe motsetningsfylt ved helseinstitusjonenes fysiske og imaginære murer. Tidligere ble de ofte bygd for å samle, ta vare på og eventuelt behandle mennesker med smittsomme sykdommer, ved å isolere dem fra resten av samfunnet. Både arkitektur og lokalisering var preget av formålet, med høye murer og gjerne god avstand. Nå setter vi opp murer mot resten av samfunnet for å unngå at de som bor innenfor dem skal bli smittet.

Allerede i 1179 ble det påbudt å isolere spedalske gjennom pavemaktens såkalte «canon de leprosis». Det norrøne ordet for hospital - spetal, ga forresten navnet til leprasykdommen på norsk. Særlig spedalskhet og tuberkulose førte til institusjonsbygging utover i 18- og 1900-tallets Norge (Jordåen 2012)

*Dei var bygd som avskjerma institusjonar, og dei var rekna for ei gruppe pasientar som det var relativt lett å argumentera for at samfunnet måtte verna seg mot. ... Som moderne anstaltar gjekk dei såleis inn i dei større avskjermingsprosjekta frå samtida, eksemplifisert ved store samtidige institusjonar som til dømes Gaustad (eller for den saks skuld Botsfengselet frå 1851). Dette var monumentale anlegg og dei var "totale": I sterk kontrast til dei*

*somatiske sjukehusa fungerte dei til ein viss grad som små samfunn i samfunnet,*

skriver Runar Jordåen i sin historiske oversikt over helsebygg i Norge.

Om slike avskjermende murer fra helseinstitusjonenes byggetradisjoner på 1800-tallet ga vern og beskyttelse for samfunnet, er det ikke sikkert slike murer gir like effektivt vern mot smitte fra samfunnet for de som bor bak murene. Jo større institusjonene blir, jo mer personell, varer og tjenester må passere ut og inn av porten og videre gjennom korridorsystemene. Og samler vi mange på samme sted vil konsekvensene lett bli svært store om smitten først kommer inn, når botettheten er stor og privatarealene små. Helseminister Bent Høie var inne på dette når han begrunnet besøksforbudet for pårørende i et intervju med NRK (Kråkenes 2020):

*-Noe av utfordringen er at dette ikke bare handler om smittevernet til en enkelt beboer, men om smittevernet til alle som bor på institusjonen.*

Forskjellen på små bofellesskap og store institusjonsanlegg kan fort utgjøre forskjellen på få et problem eller en katastrofe ved en pandemi ute av kontroll.

#### **4.4 NYE SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER**

Norge har siden 1997 hatt rause statlige tilskuddsordninger gjennom Husbanken knyttet til Handlingsplan for eldreomsorgen, Omsorgsplan 2015 og Omsorg 2020, både for å bygge nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser og renovere eller skifte ut gamle alders- og sykehjem. På den måten er en stor andel av dagens sykehjem og omsorgsboliganlegg enten modernisert og eller nybygd i løpet av de siste 20 år.

I møte med koronapandemien kan vi være glade for den omfattende oppgraderingen og fornyelsen av bygningsmassen som er blitt gjennomført i denne perioden. Det har ført til at vi i dag har separate leiligheter og enerom med egne bad og kjøkkenkrok, der vi tidligere hadde små dobbeltrom og tredobbeltrom med felles badeværelse i korridoren. Det kan bli interessant å se nærmere på hva dette fornyelsesprogrammet har betydd sammenlignet med de problemene Sverige har opplevd ved sine eldrehjem. Kan en av

årsakene til den høye smittespredningen på svenske äldreboende ha sammenheng med bygningsmassens standard og fasiliteter?

*Risk för smitta och social distansering är i högsta grad rumsliga fenomen. Coronapandemin fick tidigt svåra konsekvenser när viruset spreds i särskilda boenden. Den pågående debatten lyfter bidragande orsaker som bristfällig tillgång till skyddsutrustning, personalens anställningsvillkor och tillgången till medicinsk vård men ingen har så här långt granskat den arkitektoniska utformningen av särskilda boenden. Det är en omsorgs- och boendemodell som i sin nuvarande form är mycket utsatt för virusmitta. Den arkitektoniska utformningen och den kollektiva omsorgmodellen medför stora risker för smittoöverföring,*

sier Catharina Nord, professor i fysisk planering vid Blekinge tekniska högskola til det svenske fagtidsskriftet Arkitekten (Nord 2020). Hun peker på at den arkitektoniske utformningen forutsetter en kollektiv omsorgsmodell der eldre spiser sammen, omgås med hverandre og tilbringer tiden med felles aktiviteter. Det er vakkert tenkt, men blir svært vanskelig og etisk uforsvarlig om smitterisiko fører til at de eldre må isoleres på små rom, som i henhold til svenske forskrifter godt kan være mindre enn 35 kvadratmeter. Derfor konkluderer hun med:

*Det är därför hög tid att utveckla nya boendeformer för äldre. Där har arkitekter en uppgift. I detta arbete är det nödvändigt att se arkitektur och omsorg som en helhet. ... Vi måste söka efter alla orsaker till spridning av coronaviruset och där ingår också att utveckla omsorgs- och boendeformer som är mer robusta mot epidemier än det särskilda boendet och som skulle ge våra äldre betydligt säkrare och tryggare bostäder.*

#### 4.5 SMITTERISIKO OG SOSIAL DISTANSE HAR MED ROM Å GJØRE

Fylkesmannen Vestland peker i sin rapport om Metodisthjemmet i Bergen på at bygningsmessige forhold kan virke inn på sykehjemmenes muligheter til smitteforebygging generelt og håndtering av denne pandemien spesielt:

*Bygningsmessige forhold har stor betydning for å kunne praktisere god hygiene og smitteforebygging. I nyere sykehjem er denne kunnskapen benyttet ved byggets utforming. Sykehjem i gamle bygninger er ofte lite hensiktsmessig og trangt utformet med blant annet smale korridorer, lite fellesareal, små rom og dobbeltrom med delt bad og dusj. Dette gjør det vanskelig å ivareta mange av dagens krav til sykehjemsdrift under normale forhold. Under en pandemi forsterkes ulempene ved de bygningsmessige utfordringene.*

Den løpende debatten som har gått om Husbankens tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger bare skal benyttes til å bygge netto nye plasser, eller også skal brukes til fornyelse og utskifting av gammel bygningsmasse, har fått ny aktualitet gjennom pandemien. Det bør få betydning for disse ordningene i fortsettelsen. Eksemplet fra Metodisthjemmet er en kraftig påminnelse både til statlige og kommunale myndigheter om at vi ikke kan ligge igjen med flere gammeldagse og smittefarlige institusjonsbygg.

I et utkast til ny boligplan for eldre med hjelpebehov, vil Oslo kommune erstatte eksisterende sykehjem som ikke tilfredsstiller dagens krav med nye moderne bygg, og legger til grunn at:

*Koronapandemien i 2020 vil danne grunnlag for ny læring i forbindelse med utforming av bolig- og dagtilbud for eldre, slik at vi kan ivareta et godt smittevern ved eventuelle fremtidige epidemier/pandemier.*

Kommunen peker på at dette blant annet vil innebære å legge til rette for sluser og flere innganger, samt avdelinger som enkelt kan deles og isoleres (Oslo kommune 2020).

#### **4.6 FEM TILTAK**

I et innlegg i avisa Vårt Land 18.mai 2020 sier Mina Gerhardsen, generalsekretær i Nasjonalforening for folkehelsen og Lill Sverresdatter Larsen, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund:

*-På litt lengre sikt må vi tenke pandemiberedskap også når sykehjem bygges, når teknologi implementeres og når kompetanse ansettes og settes i arbeid.*



På bakgrunn av de erfaringene vi har gjort og vil gjøre i tiden som kommer, mener jeg vi allerede nå kan skissere et planarbeid med sikte på å gjøre de bygningsmessige rammebetingelsene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene forberedt på neste pandemi:

### *1. Nye måter å bygge sykehjem på*

Arkitekter, planleggere og entreprenører bør sette seg sammen med Husbanken og fagmiljøene i helse- og omsorgstjenesten for å finne nye måter å bygge sykehjem og omsorgsboliganlegg på, slik at de mer effektivt hindrer smittespredning. Jeg melder dette inn som tema på huskelisten for de lærdommer vi må gjøre noe med, når denne pandemien er bekjempet. Dette bør også handle om å legge de fysiske forholdene til rette for pårørende, som store deler av denne våren har hatt besøksforbud.

### *2. Krav til bygg må inn i veiledning og forskrift om smittevern*

Kunnskapen om hvordan sykehjem og omsorgsboliganlegg skal bygges for at de mer effektivt skal hindre smittespredning, må tas inn i smittevernforskrift og veiledning både fra helsemyndigheter og Husbanken, slik at alt nytt som bygges er basert på dette.

### *3. Full gjennomgang av alle sykehjem og omsorgsboliger*

Helsetilsynet bør i samarbeid med kommunene gjennomføre en full gjennomgang av alle sykehjem og omsorgsboliganlegg, påpeke forhold som ikke er tilfredsstillende utfra smittevernhensyn og foreslå endringer. Omfattende endringer og utbedringer bør finansieres gjennom Husbankens tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger, og kan være en del av de ekstraordinære investeringsprosjekter staten setter i gang som en del av krisepakken for byggebransjen.

#### *4. Sanering av gamle smittsomme sykehjem*

Gamle smittsomme sykehjemsbygg må saneres og erstattes med nye moderne og mer smittesikre bygg. Til tross for Husbankens tilskuddsordninger til bygging og fornyelse av sykehjem og omsorgsboliger de siste 25 år, gjenstår det fortsatt en del gamle institusjonsbygg, spesielt i noen store byer, som i likhet med Metodisthjemmet i Bergen må skiftes ut eller fullmoderniseres. Som Fylkesmannen i Vestland peker på i sin rapport, har det lenge vært byggeplaner for Metodisthjemmet, som er blitt utsatt av økonomiske årsaker. En undersøkelse KS gjorde i landets kommuner (KS 2018) antydte at det i økonomiplanperioden 2018-2021 var behov for å fase ut eller fornye og modernisere om lag 7 850 sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

#### *5. Vi må legge inn reservekapasitet*

Koronapandemien har lært oss at vi heretter må sikre at vi har lager og reservekapasitet, enten det handler om smittevernutstyr eller ledige arealer som raskt kan tas i bruk, enten på grunn av sesongmessige variasjoner, forutsigbar vekst i tallet på eldre eller krisesituasjoner. Vi må altså tåle å ligge med reservearealer og ledige rom uten å ta dem i bruk før det virkelig er behov for det. Det er to grunnleggende ting det alltid tar lang tid å skaffe til veie: Fagfolk det tar mange år å utdanne og helse- og omsorgsbygg det tar lang tid å planlegge og bygge.

*(Artikkelen «Smittsomme sykehjem» i Tidsskrift for omsorgsforskning publisert i august 2020 (Barstad 2020) bygger på materialet fra dette kapitlet.)*

## Referanser:

Barstad, Steinar (2020): Smittsomme sykehjem. Tidsskrift for omsorgsforskning 03/2020. [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/03/smittsomme\\_sykehjem](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/03/smittsomme_sykehjem)

Boge, Jeanne (2020). Bemanningspolitikk kan fremme smittespreiing. *Bergens Tidende*. Papirutgaven 19.mai, side 37.

Bærum kommune (2020, 5.juni): Sluttrapport: Intern gjennomgang Vallerhjemmet. Vi vil lære av hendelsene og situasjonen på Vallerhjemmet. Hentet fra <https://www.baerum.kommune.no/globalassets/korona/sluttrapport-etter-fase-2-intern-gjennomgang-vallerhjemmet--v1.1--to-korr.-05.06.2020.pdf>

Folkehelseinstituttet (2006). *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. Smittevern 15. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/nois-msis-verdens-handhygienedag/smittevern-15-retteiar-til-forskrift-om-smittevern-i-helsetenesta-pdf.pdf>

Fonn, Marit (2020, 3.april). Hjemmesykepleie mot korona: Delte lokalene med teip. *Tidsskriftet Sykepleien*. Hentet fra [https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykepleie-mot-korona-delte-lokalene-med-teip?fbclid=IwAR0huBv2kYbIDGVhLrKpXfm0d5lG74d3HJ3lAxbhNrZMHYk\\_KOOwC2D5jQ4&cid=sm7107475246](https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykepleie-mot-korona-delte-lokalene-med-teip?fbclid=IwAR0huBv2kYbIDGVhLrKpXfm0d5lG74d3HJ3lAxbhNrZMHYk_KOOwC2D5jQ4&cid=sm7107475246)

Fylkesmannen i Vestland (2020). Rapport fra tilsyn med Metodisthjemmet, april 2020. Hentet fra <https://www.fylkesmannen.no/contentassets/78c9464771574c0d9d97b6642b8fc307/tilsynsrapport-metodisthjemmet.pdf>

Gerhardsen, Mina og Lill Sverresdatter Larsen (2020, 18.mai). Våre skrøpeligste medmennesker fortjener mer. Kronikk. *Vårt Land Papirutgaven*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Delplan til *Omsorgsplan 2015*. Publikasjonskode I-1129 B

Husebø, Bettina (2020, 3.april). Ethiske dilemmaer på sykehjemmet. Kronikk. *Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen*. Hentet fra <https://www.uib.no/med/135000/etiske-dilemmaer-p%C3%A5-sykehjemmet>

Høyland, Karin, Kirkevold, Øyvind, Woods, Ruth & Haugan, Gøril (2015). Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. *SINTEF akademisk forlag*. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2393161>

Jordåen, Runar (2012). Helsebygg i Noreg – ei historisk oversikt. Artikkel i Hammer, Erlend (red). Rom for helse – hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie. Utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet 2012. Hentet fra <http://www.lvph.no/filer/RFH-side.php>

Kråkenes, Christian (2020, 30.april). Ap vil åpne sykehjemmene – Liv har ikke fått besøk på sju uker. *NRK Troms og Finnmark*. Hentet fra <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ap-vil-apne-sykehjemmene--liv-har-ikke-fatt-besok-pa-sju-uker-1.15001106>

KS (2020). *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/91584dd8ea5c47cca6a5489c754e0537/rapport-boligtelling-2018-21.-juni.pdf>

Landmark B, Kirkehei I, Brurberg KG, Reinart LM (2009). Botilbud til mennesker med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11 – 2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/botilbud-til-mennesker-med-demens/>

Nord, Catharina (2020, 24.juni). "Hög tid att utveckla nya boendeformer för äldre". *Arkitekten, Sveriges Arkitekters bransch- och medlemstidning*. Hentet fra <https://arkitekten.se/debatt/debatt-hog-tid-att-utveckla-nya-boendeformer-for-aldre/#.XvT-iq8JQlo.linkedin>

Oslo kommune (2020): Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov. Utbygging av heldøgns omsorgstilbud for eldre i Oslo - rullering 2021-2031 Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid. Vedlegg til byrådets budsjett 2021 og økonomiplan 2021-2024.

Storvik, Anne Grete (2020, 28.mars). Advarer mot å bygge sykehus med «svære høye tårn». *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/28/advarer-mot-a-bygge-sykehus-med-svare-hoye-tarn/>

Strand, Tron (2020, 7.juli) Dårlig bygningsmasse, manglende smittevernustyr og ansatte i karantene. Dette er fellestrekkene for sykehjemmene som ble hardest rammet av korona. Aftenposten. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/b5RxM5/daarlig-bygningsmasse-manglende-smittevernustyr-og-ansatte-i-karantene-dette-er-fellestrekkene-for-sykehjemmene-som-ble-hardest-rammet-av-korona>

Vik, Kjersti, Malmedal, Wenche K. & Witsø, Aud Elisabeth (2020, 6. juni). Korona, eldre og sykehjem – hva kan vi lære? Kronikk. Papirutgaven av *Adresseavisen*.

## 5 UFORBEREDT ORGANISASJON – SÅRBARE TJENESTER

---

**Få ledere, mange deltidsansatte, store turnuser og manglende opplæring av vikarer og deltidsansatte, er noen av de svakhetene som avdekkes, når helse- og omsorgstjenestene i kommunene står overfor ekstraordinære og krevende utfordringer. Dette vet vi fra før, men konsekvensene blir svært synlige med de alvorlige situasjoner som oppstår under en pandemi.**

### 5.1 SÅRBARE TJENESTER

Korona-pandemien viser hvor sårbare helse- og omsorgstjenestene i kommunene kan være, skriver Frode F. Jacobsen, forskningsleder og professor ved Senter for omsorgsforskning, HVL (Jacobsen 2020):

*«Pandemien anskueliggjør hvor sårbare disse tjenestene er, og i særlig grad tjenestene til eldre. Mange deltidsstillinger betyr et større antall personer som den syke møter og dermed øker også smittefaren, og en allerede presset sektor når det gjelder personelldekning presses ytterligere nå.*

*Pandemien setter også søkelys på behovet for et stabilt personale som har tilstrekkelig tid, trygghet og ressurser til å gi beboerne en meningsfull hverdag og minske ensomhet, ikke bare hos dem som er i sykehjem, men også hos de som bor hjemme og får hjemmetjenester. Som nevnt er opplevelse av ensomhet et stort problem både hos hjemmeboende og beboere i institusjon, en situasjon som forverres med pandemien»,*

Kontakt med få personer er et sentralt smittevernprinsipp. Det berører både hvordan anleggene er bygd og hvordan tjenestene er organisert. Mange deltidsstillinger, mange uten fagutdanning, ekstravakter som arbeider i flere avdelinger, gjør at mange sykehjem ikke er godt nok rustet. Det er grunn til å spørre seg om det måtte en pandemi til for å se dette. Rekruttering, opplæring, organisering og ledelse blir viktige tema for framtidig planlegging med bakgrunn i pandemierfaringene. En allerede presset sektor når det gjelder personelldekning presses ytterligere når oppgaver skyves nedover fra sykehus til sykehjem og fra sykehjem til hjemmetjenester og pårørende.

Arbeidet som nå er gjort ved mange sykehjem og i hjemmetjenestens omfattende tilbud til mennesker med store omsorgsbehov både i omsorgsboliger og eget hjem, tyder på at vi vil få mange tema som berører framtidige driftsformer.

## 5.2 FÅ LEDERE OG SMÅ DELTIDSSTILLINGER

Sett i forhold til størrelse, er det svært få ledere i de kommunale omsorgstjenestene. Knappt noen andre offentlige tjenester har så mange ansatte pr lederstilling. Det preger også virksomhetens evne til planlegging og omstilling. De fleste har nok med den daglige drift, og nesten alle må gå i turnus, for å få den til å gå opp. Dette er en tjeneste som driver sin virksomhet hele døgnet, hele uka, hele året – ofte uten tilstedeværende daglig ledelse. Og ledelsens tid går ofte med til å rekruttere og skaffe vikarer og få virksomheten til å gå rundt fra dag til dag.

Lav lederkapasitet har nok også preget den første fasen av korona-pandemien, og mange kan nok takke de sterke generelle smitteverntiltakene i samfunnet for øvrig for at de nå har fått tid til å områ seg og forberede det som kan komme med nye runder av smittespredning.

I begynnelsen av juni 2020 hadde over 5 000 personer blitt smittet av koronaviruset på svenske äldreboende. Nesten halvparten av dem døde. Nesten halvparten av de smittede var bosatt i Stockholms län.

Smittskydd Stockholm har gjort en undersøkelse i alle "äldreboenden" i regionen, som viste at jo flere time- og deltidsansatte det var på "äldreboenden", desto flere var blitt smittet av covid-19. Det var noe av det som skilte "äldreboenden" som var rammet av koronasmitten fra de som ikke var det (Region Stockholm 2020).

Professor Johan Fritzell, som leder Karolinska Institutets senter for eldreforskning, mener coronasmitten på denne måten har tydeliggjort en systemfeil i eldreomsorgen (Arleij 2020):

*Kontinuiteten och anställningsformerna är ett stort problem på äldreboendena. Att en fjärdedel av personalen är timanställda, daglönare gör det betydligt svårare att stanna hemma vid minsta symptom.*

Bemanningspolitikk kan fremme smittespreiing, sier professor Jeanne Boge, professor i sjukepleiefag ved Høgskolen på Vestlandet, og viser spesielt til måten behovet for ekstravakter blir løst på (Boge 2020):

*«Men veksling mellom to einingar er ei relativt lita utfordring, samanlikna med den smittespreiinga som ekstravakter kan bidra til. Mange av pleiarane som tek ekstravakter, er ufaglærte som arbeider ufriviljug deltid i 10-20 prosentstillingar.... Arbeidsgjevar kan ha interesse av mange tilsette i små stillingsbrøkar. Det gjev leiinga eit stort korps av pleiarar, som står i kø for å ta ekstravakter. Dette korpset kan bli brukt over alt i sjukeheimen og potensielt dra med seg smitte til alle bebruarane.*

Fagforbundet har også understreket at sykehjemsbeboerne er særlig sårbare for koronaviruset, og bør behandles av så få ansatte som mulig. Forbundsleder Mette Nord frykter at det forekommer kryss-smitte fra deltidsansatte som jobber på flere sykehjem, og sier (Fagbladet/NTB 2020):

*Vi har lenge påpekt at det er en deltidskrise i helsevesenet som rammer både pasienter og de ansatte. Nå ser vi at deltidskrisen i helsevesenet kan ha forsterket koronakrisen fordi ansatte har små stillinger ved flere institusjoner.*

En studie av smittevernet på sykehjem under covid-19-pandemien (Kirkevold et al. 2020), konkluderer med at «situasjonen rundt rutiner, opplæring av personale og tilgang på smittevernustyr på norske sykehjem er bedre enn inntrykket som har kommet frem i mediene». Den viser til at mye har falt på plass når det gjelder smittevernustyr, testing, rutiner og opplæring i løpet av de to første månedene. Studien peker imidlertid på at små stillinger medfører at mange arbeider flere steder, og gir økt smitterisiko både nå og i framtida. Studien konkluderer også med at opplæring på viktige fagområder som smittevern bør gjøres obligatorisk og ikke overlates til den enkelte ansatte.

Opplæringen av personell som går i små deltidsstillinger i helgene eller som tar ekstravakter og er ferievikarer er ofte et forsømt område. Ikke sjelden består opplæringen i å få gå et par vakter sammen med erfarne pleiere, før du må klare deg på egenhånd. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse fant det på den bakgrunn nødvendig å legge ut et lynkurs i pleie- og omsorg, da koronapandemien rammet oss (Aldring og helse 2020).

### 5.3 ARBEIDSLAG OG ALTERNATIV TURNUS

Erfaringen tyder på at mindre driftsenheter med flere heltidsansatte er av stor betydning for å skape en mindre smittsom helse- og omsorgstjeneste, som også er bedre rustet både kunnskaps- og erfaringsmessig til å stå oppe i alvorlige kriser og smittesituasjoner. Dette vil i så fall kreve endringer i lovverk og avtaleverk knyttet til turnusplanlegging, og må løses i samarbeid mellom brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner og arbeidsgivere.

Koronaepidemien har gitt nye sterke argumenter for at brukerne skal få færre ansatte å forholde seg til, enten de bor på sykehjem eller får hjelp og bistand fra hjemmetjenesten. Vi må også fjerne de problemer som gjør at det går så mange på deltid i de kommunale omsorgstjenestene.

I Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, framhever regjeringen i kapittel 8.3 organisasjonsmessige løsninger som gir økt kontinuitet og færre å forholde seg til for de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Meldinga peker på at eldre må forholde seg til altfor mange ansatte i løpet av en uke både i sykehjem og hjemmetjenester, og foreslår nye arbeids- og organisasjonsmodeller og alternative turnusordninger, som kan bidra til at den enkelte bruker og deres pårørende får færre å forholde seg til og økt trygghet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Inndeling i mindre arbeidslag med egne turnuser gir større trygghet og bedre kontinuitet og bedre brukerorientering. I smittevernsammenheng er slik organisering uvurderlig. Organiseres ikke tjenestene slik til vanlig, må organiseringen kunne legges om på kort varsel i smittesituasjoner.

Undersøkelser viser ifølge meldinga at slike arbeidslagsmodeller kan gi fleksibilitet, økt kontinuitet, god ressursutnyttelse, økt myndiggjøring av medarbeidere, bedre forutsetning for læring og mer brukerorientering.

Meldinga viser også til at flere kommuner prøvd ut alternative turnusordninger som en del av arbeidet for økt trygghet og kontinuitet. Formålet med alternative turnusordninger, for eksempel langturnus, har vært å kunne gi bedre tilpassede tjenester ved at den ansatte er tilstede over lengre tid og at det blir færre skifter av ansatte i løpet av et døgn. Viktige forutsetninger for slike alternative turnusordninger lykkes, er at omstillingsprosessen er preget av frivillighet, stor grad av medvirkning fra ansatte, et tett partssamarbeid og involvering av brukere og pårørende. Se Meld.St.15 (2017-2018).

### ***To eksempler***

Tynset kommune var tidlig ute. Allerede 16. mars startet de opp med en radikal koronaturmus. Faste lag og lange vakter var oppskriften på å holde smitten under kontroll. I Tynset-turnusen ble de ansatte delt i fire faste arbeidslag.

Den nye koronaturmusen ble kjørt i fire uker. Så måtte de gjøre tilpasninger, og koronaturmus 2 ble innført etter påske. Lagene ble beholdt, men de lengste vaktene ble delt på to uker. I dag er koronaturmus 2 definert som beredskapsturnus og vil bli innført på kort varsel hvis de må gå tilbake til rødt beredskapsnivå (Fonn 2020 a).

Hjemmesykepleien i Olsvik i Bergen kommune reagerte også raskt. I første omgang handlet det om å minimere den fysiske kontakten med pasientene, dele opp de ansatte i faste team og iverksette smitteforebyggende tiltak (Fonn 2020 b). Situasjonen krevde system og orden. Lokalene ble delt inn med teip, slik at



avdelingene ikke gikk om hverandre. Det ble innført egne koronaregler på arbeidsplassen om alt fra oppbevaring av tøy til håndvask inn og ut av lokalet og spriting av bilnøkler. Det ble laget en akuttpakke med beskyttelsesutstyr. Inni en plastpose ligger et sett hansker, et munnbind og en blå frakk. Personalet ble delt inn i faste team, der vikarer ikke får gå på tvers av teamene. De simulerer, terper på rutinene, prøver å visualisere: Hva gjør vi hvis det om ti minutter blir påvist at fru Hansen har korona?

De har én koronaperm, og én beredskapsperm, og holder seg til tre–fire vesentlige prosedyrer, sier avdelingsleder Susanne Madsen:

*– Det kan virke overdrevent, men det gjelder å få folk til å danse i takt. Vi må vise at det er alvor, vi skal gjøre det skikkelig, og det skal være visuelt tydelig. Det har vært strategien.*

## 5.4 FIRE TILTAK

Sterkere heldøgnsledelse, flere på heltid, mindre organisasjonsenheter eller arbeidslag og bedre opplæring og kompetanse er viktige elementer i helse- og omsorgstjeneste, om den skal være bedre forberedt på framtidens smittevernutfordringer.

### 1. Ny organisering

Erfaringen tyder på at organisering i mindre driftsenheter med tilstedeværende ledelse og høyere andel heltidsansatte er av stor betydning for å skape en mindre smittsom helse- og omsorgstjeneste, som også er bedre rustet både kunnskaps- og erfaringsmessig til å stå oppe i alvorlige kriser og smittesituasjoner.

Dette vil i så fall kreve endringer i lovverk og avtaleverk knyttet til turnusplanlegging, og løses i samarbeid mellom brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner og arbeidsgivere. I den grad dette ikke lar seg løse permanent, må det i beredskapsplanen foreligge en beredskapsturnus og organisering som trer i kraft når situasjonene krever det.

Koronaepidemien har gitt nye sterke argumenter for at brukerne må få færre ansatte å forholde seg til, enten de bor på sykehjem eller får hjelp og bistand fra hjemmetjenesten. De problemer som gjør at det går så mange på deltid i de kommunale omsorgstjenestene må fjernes.

## *2. Obligatorisk opplæring*

Det er behov for ytterligere opplæring og kompetanse for de som arbeider i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder ikke minst de som ikke har fagutdanning og som tas inn som vikarer, ekstravakter og i små helgestillinger. Kommunene bør derfor pålegges å gi et obligatorisk grunnkurs til alle som skal arbeide i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uten fagutdanning, jf ABC-opplæringen utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

## *3. Bedre medisinsk tilbud*

Det medisinske tilbudet ved sykehjemmene og for mennesker med omfattende tjenestebehov i omsorgsbolig og eget hjem må styrkes vesentlig, med flere fastlønnede leger knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## *4. Tjenesteforskning*

Organisering og drift av den kommunale helse- og omsorgssektoren må være gjenstand for løpende forskning og evaluering med sikte på kontinuerlig forbedringsarbeid og nye løsninger. Erfaringene brukere, pårørende, ansatte og ledelse i helse- og omsorgstjenesten gjorde under koronapandemien bør gjennom uavhengig forskning oppsummeres og analyseres, for å stå bedre rustet i framtida.

## **Referanser:**

Aldring og helse (2020): Lynkurs i pleie- og omsorg. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Se <https://www.aldringoghelse.no/koronaviruset/kompetansehevende-tiltak/lynkurs-i-pleie-og-omsorg/>

Arleij, Jan (2020): Systemfel i äldreomsorgen sprider covid-19. Publisert 22.juni 2020 i medlemsbladet Seniorene. Se <https://www.senioren.se/nyheter/systemfel-i-aldreomsorgen-sprider-covid-19/>

Boge, Jeanne (2020): Bemanningspolitikken kan fremme smittespredning. Bergens Tidende 18.mai 2020. Se <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/dOeBqO/bemanningspolitikk-kan-fremme-smittespreiing>

Fagbladet/NTB (2020): Fagforbundet mener deltidsstillinger på sykehjem kan ha forsterket koronakrisen. Fagbladet. 31.03.2020. Tilgjengelig fra: <https://fagbladet.no/nyheter/fagforbundet-mener-deltidsstillinger-pa-sykehjem-kan-ha-forsterket-koronakrisen-6.91.692087.ddb050a0b6>

Fonn, Marit (2020 a): Tynset-turnusen: 87,5 arbeidstimer på en uke ble for tøft. Sykepleien 28.mai 2020. Se <https://sykepleien.no/2020/05/tynset-turnusen-875-arbeidstimer-pa-en-uke-ble-toft?cid=sm3101571265>

Fonn, Marit (2020 b): Hjemmesykepleie mot korona: Delte lokalene med teip. Sykepleien 3.april 2020. Se [https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykepleie-mot-korona-delte-lokalene-med-teip?fbclid=IwAR0huBv2kYbIDGVhLrKpXfm0d5IG74d3HJ3IAxbhNrZMHYk\\_KOOwC2D5jQ4&cid=sm71107475246](https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykepleie-mot-korona-delte-lokalene-med-teip?fbclid=IwAR0huBv2kYbIDGVhLrKpXfm0d5IG74d3HJ3IAxbhNrZMHYk_KOOwC2D5jQ4&cid=sm71107475246)

Jacobsen, Frode F (2020): Nå ser vi hvor sårbare disse tjenestene er. Innlegg i Bergensavisen 3.mai 2020. Se <https://www.ba.no/na-ser-vi-hvor-sarbare-disse-tjenestene-er/o/5-8-1288392>

Kirkevold, Øyvind; Siren Eriksen; Bjørn Lichtwarck og Geir Selbæk (2020): Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien. Publisert i Sykepleien Forskning 23.06.2020. <https://sykepleien.no/forskning/2020/06/smittevern-pa-sykehjem-under-covid-19-pandemien>

Meld St 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet. Se <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Region Stockholm (2020): Kunnskaper från enkät ska minska smittspridning på äldreboenden. Region Stockholm 04.05.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.sll.se/nyheter-stockholms-lans-landsting/2020/05/kunnskaper-fran-enkat-ska-minska-smittspridning-pa-aldreboenden/>.

## 6 «TIL SYKEHJEMMET SKILLER EDER AD» - UTILSIKTEDE KONSEKVENSER AV PRIORITERINGER OG SMITTEVERNTILTAK

---

En pandemi vil i seg sjøl føre til bekymring og angst i befolkningen. Om en har slitt med angst, ensomhet og depresjon fra før, blir det lett verre med tilbaketrekning og isolasjon. At det psykososiale hjelpetilbudet har vært redusert som følge av smitteverntiltak og prioritering, bidrar til å forsterke problemene.

Generelt vil smitteverntiltakene altså kunne ha store negative konsekvenser ikke minst for den del av befolkningen som er i risikogruppen, i form av:

- Sosial isolasjon
- Inaktivitet
- Fare for vold og overgrep
- Ensomhet, angst og depresjon

Som et resultat av smitteverntiltak og prioritering for å gi intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten og frigjøre ressurser til å styrke beredskap og møte koronapasienter, har konsekvenser i den øvrige helse- og omsorgstjenesten blant annet blitt:

- Pårørende utestengt
- Dagaktivitetstilbud kuttet
- Korttidsplasser kuttet
- Kulturtilbud kuttet
- Måltidsfellesskap redusert
- Avlastningstiltak fjernet

Da er rangordningen ofte slik i helse- og omsorgstjenesten: Det sykehus og spesialisthelsetjenester ikke lenger kan ta seg av, må kommunene ta seg av – det sykehjemmene og fastlegeordningen ikke kan ta seg av, må hjemmesykepleien og hjemmetjenestene ta seg av – og det de ikke lenger kan ta seg av, må de pårørende ta seg av.

I koronaens første uker har de pårørende til beboere i sykehjem blitt stengt ute, og får ikke lenger bidra med sin innsats. For de som er pårørende til hjemmeboende med store omsorgsbehov er situasjonen helt motsatt: De står plutselig uten avlastningsordninger og dagaktivitetstilbud – og har fått sterkt økt belastning og står uten «pusterom».

## 6.1 BEFOLKNINGENS PSYKOSOSIALE LIV OG HELSE

Etter hvert som tiden går blir mange bekymret for at de generelle smitteverntiltakene får store konsekvenser i form av sosial isolasjon og inaktivitet. Ikke minst gjelder dette de som er definert som risikogruppe, og som må trekke seg enda mer tilbake, når samfunnet ellers begynner å åpne opp. Flere forskere advarer om dette i en artikkel i Forskning.no (Jakobsen S 2020). De er redde for at langvarig inaktivitet vil få store konsekvenser, både for dem og samfunnet. Fysioterapeut Arnhild Jenssen Nygård som forsker på dette ved NTNU advarer mot at mange eldre blir sittende alene og tape både funksjonsevne og sosialt nettverk:

- *Trening er ferskvare. Nå vil det mest sannsynlig bli mange uker før de mest sårbare gruppene kan komme seg ut. Det vil få stor betydning for den fysiske funksjonen til enkelte. I verste fall kan det ende med at noen blir så skrøpelige at de ikke klarer å gå på do uten hjelp.*

Elisabeth Wiken Telenius som er forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse mener at det allerede etter noen uker er eldre som har begynt å kjenne på funksjonsfall på grunn av nedsatt aktivitetsnivå:

- *Når du nærmer deg terskelen for å ikke kunne klare deg selv, har du lite å gå på hvis selv det lille faller bort.*

FN advarer om at koronakrisen også er en trussel mot psykisk helse verden over, og ber om at det tas grep for å demme opp for påkjenningene pandemien medfører. Forskning viser at forekomsten av angst og depresjon øker under pandemier og kriser (Nkvts 2020). De første resultater fra en undersøkelse om koronapandemien i Norge viser at angst og depresjon dobles og tredobles i den tidligste fase. Det blir understreket at tidligere erfaringer tyder på at det likevel er mange som kommer tilbake til «normalen» når det hele er over (Bleiklie 2020).

At det har vært en økende bekymring i befolkningen merkes også andre steder. Hos Kirkens SOS har telefonen sjelden ringt så ofte. Totalt har organisasjonen besvart 21.290 henvendelser i perioden 12. mars til 27. april. Det er en økning på 25 prosent fra samme periode i fjor.

- *Det som har økt mest hos oss er innringere med tanker som omhandler selvmord. Det har doblet seg i antall, forteller fagansvarlig i Kirkens SOS, Lene Hopland Bergset. Det er snakk om 4260 samtaler der selvmordstanker er tema. Av dem blir 533 vurdert som alvorlige eller akutte. Det er tre ganger så mange som i samme periode i fjor (Thomassen 2020).*

En rapport fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse fra juni 2020 (Lauveng og Skjeldal 2020) konkluderer med at 7 av 10 som sliter med psykiske vansker og/eller rus fikk det verre under koronapandemien. Flere forteller om dårlig fysisk og psykisk oppfølging, og at isolasjonen gir nedsatt evne til egenomsorg. 95 % av informantene som sier at de til vanlig benytter dagsenter og andre lavterskeltilbud, men opplever at disse nå er stengt nå. Av praktiske vansker, peker flere på manglende muligheter for trygg transport, og at det begrenser deres mulighet både for behandling og sosial kontakt.

Koronapandemien og bekjempelsen av den kan gi økt risiko for nedsatt psykisk helse og selvmord blant annet for (Reneflot og Mamelund 2020):

- de som har gjennomgått alvorlig sykdom, pårørende og etterlatte etter COVID-19 syke, og for helsearbeidere
- de som er blitt sosial isolert og ensomme som følge av smitteverntiltakene. Nedstengingen av samfunnet vil for noen bety at de har tilbrakt mer tid i et skadelig og belastende hjemmemiljø
- personer med psykiske lidelser som har fått svekket sitt behandlingstilbud som følge av prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten
- de mest sårbare i arbeidsmarkedet som kan ha størst problem med komme tilbake jobb

*Dersom det skulle komme en ny smittebølge så må også forebygging av psykiske helseplager og selvmord inngå som en del av beredskapen,* sier Anne Reneflot ved Folkehelseinstituttet og Svenn-Erik Mamelund ved Arbeidsforkningsinstituttet.

Forskere har også pekt på faren for overgrep. Når mange eldre nå er isolert, både hjemme og på sykehjem, øker risikoen for vold og overgrep. Forsker Wenche Malmedal ved NTNU, som også leder Pensjonistforbundets sentrale helseutvalg er bekymret over sårbare og utsatte eldre under koronakrisen (Malmedal 2020):

*I en tid der alle kulturaktiviteter er avlyst, dagsentra er stengt og lokale møteplasser som kafeer og klubbhus ikke holder åpent, blir enda flere eldre isolert i sine hjem. Dette kan føre til økte spenninger og konflikter som kan resultere i vold og det er all grunn til å være ekstra bekymret for de mest sårbare og utsatte eldre.*

Pensjonistforbundet advarte om dette i et brev til helseministeren allerede 20.april 2020, og skrev at når dagtilbud, eldresentra, kafeer og andre møteplasser ble stengt, ville eldre ikke komme ut (Pensjonistforbundet 2020):

*Noen vil da bli isolert hjemme hos den/de som utøver vold mot dem. Når kommunene nedskalere omsorgstilbud til for eksempel hjemmeboende personer med demens, øker belastningen på allerede utslitte pårørende. Når strikken strekkes for langt kan det føre til økte spenninger og konflikter som kan resultere i vold. Noen kaller koronapandemien for en trykk-koker for vold.*

Pensjonistforbundet viste til forskning som viser at også beboere på sykehjem utsettes for vold, overgrep og forsømmelser både fra medbeboere, pårørende og ansatte. Noen av de faktorene som sterkest knyttes til vold er utagering og aggresjon. Det er også større risiko for vold der det er lite innsyn. Derfor anbefales det at sykehjemmene må være mest mulig åpne mot omverdenen. Nå er sykehjemmene stengt av smittehensyn og beboerne får ikke besøk av sine pårørende. Risikoen for vold og overgrep må derfor antas å være større.

Frode F. Jacobsen, forskningsleder og professor ved Senter for omsorgsforskning, HVL skriver i en kronikk (Jacobsen, F 2020)

*For eksempel viser forskning at opplevelse av ensomhet og mangel på meningsfull hverdag er et stort problem for mange eldre, både eldre som bor på sykehjem og de som mottar tjenester i eget hjem. Pandemisituasjonen med isolasjon- og karantenetiltak vil forsterke dette problemet.*

Pandemiberedskap handler om virus, men først og fremst om mennesker, sier Vibeke N Nyborg og pandemiforsker Svenn-Erik Mamelund ved Arbeidsforskningsinstituttet i en kronikk i Forskersonen.no (Nyborg og Mamelund 2020):

*Når covid-19 debatten har rast i media, har de fleste leger vist et syn på pasienter og syke som i liten grad tar inn over seg at bekjempelse av virus og epidemiske sykdommer også handler om hele mennesker, kultur og samfunn ...*

*Det er derfor ekstremt viktig at man også under pandemier og globale trusler forstår hva som settes på spill, ikke bare i form av biologisk forståelse for sykdomsspredning og risiko, men også at sosiale, kulturelle, relasjonelle og økonomiske faktorer påvirker sykdomsrisiko og konsekvenser av pandemier.*

## 6.2 BESØKSFORBUD, REDUSERTE AVLASTNINGSTILBUD, KORTTIDSPASSER, FELLESMÅLTIDER, AKTIVITETSTILBUD, KULTURTILBUD - KONSEKVENSER FOR BRUKERE OG PÅRØRENDE.

Koronapandemien har forsterket de store forskjellene det er på å være hjemmetjenestemottaker eller pårørende til hjemmeboende og beboer eller pårørende i sykehjem. Mens pårørende har fått besøksforbud og ikke fått lov til å stille opp for sine i sykehjem, har pårørende til hjemmeboende fått økt omsorgsbelastning og overtatt det offentliges ansvar fordi en rekke tjenestetilbud har stengt ned.

### I sykehjemmene

Sykehjemmene i Norge ble plutselig stengt, og velkomstskiltet byttet ut med stoppskilt og besøksforbud. Vi har sett hjerteskjærende historier om ektefeller som i flere måneder har møtt en stengt sykehjemsinnang når de skulle på sitt faste besøk til sine kjære, og barn og ektefeller som knapt har fått lov til å se eller være til stede de siste dagene av sine nærmestes liv. Selv ikke ektefeller eller barn som hver dag har kommet og bistått under måltider og holdt livet i gang med felles aktiviteter fikk komme. Alle ble utestengt – av smittevern hensyn:

*Noko av utfordringa er at dette ikkje berre handlar om smittevernet til ein enkelt bebuar, men om smittevernet til alle som bur på institusjonen, forklarte helseminister Bent Høie (Reksnes 2020).*

Heidi Maria Päivärinne skriver i en kronikk 29.april at hennes mor ble syk for to år siden og plassert på sykehjem. Hver dag har faren hennes besøkt moren disse to årene, utført mange av pleieoppgavene og tatt seg av den daglige treningen. Det viktigste for dem har imidlertid vært hverandres nærvær, etter å ha vært kjæresten siden de var 16 år gamle. Så kom beskjeden om besøksforbud på sykehjemmet, og datteren sier (Päivärinne 2020):

*Jeg er mer redd for at foreldrene mine dør alene av hjertesorg enn korona. La dem møtes under den blomstrende syringen, om nødvendig med to meter avstand.*

Maylen Støtteud Rylander besøkte daglig sin mann på sykehjemmet før koronapandemien kom, men har vært stengt ute fra sykehjemmet i over 2 måneder. I et innlegg på Facebook 10.mai sier hun:



*Vi får ikke lov, jeg skjønner det ikke. Pårørende på sykehjemmet står på plenen og prøver å kommunisere med sine på verandaen i 2.etasje. Det er det nærmeste vi får komme.*

I et annet innlegg på Facebook skrev Tom Torkehagen 3.mai om sin mor:

*Jeg tenker nå mest på mora mi. 98 år og aleine, redd og engstelig og får ikke helt tak i alt dette som skjer. .... For åtte uker siden sto det lapp på døra om at nå var det stengt. Ingen besøk utenfra. Ikke noe mer. Stopp her! Og nå sitter de alle sammen i hver sin leilighet. Kantina er stengt, middagsfellesskapet er borte, muligheten for en felles kaffestund er borte. Alle aktiviteter og underholdningstilbud er borte.*

Virksomhetsleder May-Lis Nerhus Bakken i Hjelmeland kommune, som er medlem av Rådet for sykepleieetikk, beskriver godt hva som skjer på sykehjemmet i en artikkel i Sykepleien 9.april (Bakken 2020):

*På hoveddøren til Årdal omsorgssenter i Hjelmeland kommune er skiltet "VELKOMMEN TIL OSS" byttet ut med "STOPP – BESØKENDE INGEN ADGANG". Inne sitter beboerne og venter på sine pårørende. Det kommer ingen.*

*Ved å stoppe besøkende til beboere på sykehjem, reduseres fare for koronasmitte. Et nødvendig tiltak for å verne om liv og helse for beboerne. Men nå brer stillheten seg.*

*Det er også gjort andre nødvendige smitteverntiltak på institusjonen:*

- *Beboere som kan oppholde seg på rom, bør gjøre det.*
- *Bordplassering blir endret for å unngå at beboere sitter tett sammen under måltid, helst servere måltid på rommet*
- *Stolene plasseres lenger fra hverandre på fellesstuen for å unngå at beboeren sitter så tett sammen*
- *Vi unngår «unødvendig nærkontakt» mellom beboer og pleier*
- *Ingen pårørende har adgang, bortsett fra ved helt spesielle omstendigheter og alvorlig sykdom.*

Hun peker på en rekke tiltak som kan gjennomføres og avslutter med å skrive:

*Mitt ønske er at stillhetens konsekvenser for beboerne ikke blir større enn høyst nødvendig, at vi som sykepleiere klarer å balansere smittevern med behov for omsorg og trygghet for enkeltmennesket i livets slutfase.*

De etiske dilemma blir tydelige når generelle smittevernhensyn må settes opp mot bevegelsesfrihet, aktivitet og sosialt fellesskap, og når ektefeller som har levd sammen i mange tiår får besøksforbud.

Etter hvert fant en del kommuner kreative besøksløsninger ute på gårdsplasser og plener og under partytelt i hagen med god avstand mellom stolene. Enhetsleder Anne Lyngroth ved Froland sykehjem sier at beboerne har fått mer livsgnist etter at de fikk møte sine nærmeste ansikt til ansikt (Skår et al 2020). De har funnet individuelle løsninger for besøk til sine beboere.

Og 27. mai 2020 kom Helsedirektoratet med en ny veileder med anbefalinger og råd om hvordan det kan legges til rette for besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner (Helsedirektoratet 2020).

### **For hjemmetjenestemottakerne**

For de som mottok helse- og omsorgstjenester i eget hjem, ble situasjonen helt annerledes enn i sykehjem. Både av smittevernhensyn og på grunn av prioriteringer som ble gjort for å øke kapasiteten både i sykehus og sykehjem, ble ulike tjenestetilbud redusert eller midlertidig stengt. Dagaktivitetstilbud ble stengt, korttidsplasser for opptrening og rehabilitering ble redusert, avlastningstiltak i hjemmet eller avlastningstilbud i institusjon ble plutselig vanskelig å få, eldrecentre og lavterskeltilbud ble stengt og mange steder ble hjemmetjenestetilbudet redusert til «det aller nødvendigste».

Dette innebar i sum et redusert helse- og omsorgstjenestetilbud til den enkelte og en hverdag preget av mindre stimuli, opplevelser og sosial kontakt.

For pårørende til hjemmeboende og delvis også de som bor i omsorgsboliger, ble situasjonen mer krevende. I motsetning til pårørende i sykehjem, som ble stengt ute fra å bidra, ble utfordringen å ta ansvar og kompensere for mange av de oppgaver helse- og omsorgstjenesten ikke lenger tok seg av. I tillegg mistet de pårørende de avlastningstiltak som gjorde at de kunne stå i krevende omsorgsoppgaver f eks for hjemmeboende ektefeller med demens.

Dette skjer nærmest som en dominoeffekt av prioriteringstiltakene som begynner på sykehusene og presses nedover til de kommunale tjenestene, før oppgavene som ikke lenger kan ivaretas ender hos de pårørende (Barstad 2020). I et innlegg i Dagens Medisin allerede 3.april advarer lederen for Pårørendealliansen, Anita Vatland, at livbøyene for pårørende er fjernet:

*Dugnaden vi alle deltar i har gitt en merbelastning for de som trengte det mest. For mange pårørende så har hverdagene hatt en slags plan A med de livbøye-tilbudene de ofte har kjempet seg til. Når de er borte så har vi ikke noen plan B for krisetider for denne gruppen. Det er dagaktivitetstilbudet eller rullerende avlastning som nå er stengt. Det er lavterskelstedet som er lukket. Borte er assistentene som gjorde det mulig å få et friminutt og hjemmesykepleien som gjorde det mulig å slippe alle stell selv. Praktisk bistand eller hjelp til hygiene? Glem det.*

Pasient- og brukerombud Tom Østhagen etterlyser i et avisinnlegg (Østhagen 2020) hvor avlastning for de med store omsorgsoppgaver ble av:

*I senere tid, med strenge smitteverntiltak og restriksjoner som får konsekvenser for tjenestene i mange kommuner, blir avlastningstilbudene rammet. Pårørende forteller om avlastningstilbud som forsvant over natten da koronasmitten kom. Kommunens ansvar for å tilby nødvendige tjenester som avlastning er ikke endret, men prioriteringene og muligheten til å levere tjenestene har blitt rammet. ....*

*Kommunene har nå hatt tid til å innrette seg. Vi må kunne forvente at avlastningstilbud som forsvant kommer raskt på plass igjen, slik at de som har et stort omsorgsansvar for helt nødvendig hjelp i en krevende hverdag.*

Etter hvert fant heldigvis noen kommuner nye måter å organisere tjenestetilbudene sine på. I Aurskog-Høland var de raskt ute og valgte å omorganisere dagaktivitetstilbudet, slik at brukerne fikk aktivitetstilbud i eget hjem allerede 12. mars. Demenskoordinator Gunn L Syvertsen sier at erfaringene de har gjort er såpass gode, at de etter hvert kan tenke seg å bruke dem til å få på plass en type ambulerende dagsenter, kanskje som en utvidelse av hjemmetjenesten (Wallander 2020 a)

Også på Hamar satte dagaktivitetssentrene tidlig i gang med ambulerende virksomhet. Kommunalsjef for helse og omsorg, Vigdis Galaaen forteller hvorfor (Wallander 2020 b):

*Koronasituasjonen er en utfordring for mange hjemmeboende personer med demens. Inaktivitet og bortfall av faste gjøremål har ifølge flere pårørende bidratt til forverring av tilstanden. Vi er klar over dette, og følger opp med besøk, individuelle tiltak og støttende samtaler.*

## Koronaen forsterker forskjellene

Evnen til å omstille seg og finne nye løsninger for å gi både brukere og pårørende sine rettighetsbestemte tjenester i en situasjon som de mer enn noen gang hadde behov for dem, var imidlertid ikke imponerende. Noe av årsakene til det, var vel kanskje at sentrale helsemyndigheter legitimerte og åpnet for å redusere aktiviteten overfor de som befinner seg nederst i «helse- og omsorgstrappa». I denne prosessen ble rettighetene til hjemmeboende brukere og deres pårørende satt til side.

Når koronaerfaringene skal oppsummeres, vil nok også ubalansen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten stå til diskusjon. For å frigjøre intensivkapasitet i sykehusene, ble oppgavene skjøvet nedover på kommunene. I tillegg til å håndtere det lokale smittevernet, etablere beredskap og behandle de fleste som ble smittet, måtte kommunene også ta seg av alle andre pasientgrupper som fikk sine avtaler på sykehuset kansellert eller utsatt.

Da sykehus-Norge delvis ble nedstengt, fikk 274.000 pasienter utsatt sin planlagte behandling (Johansen og Skrede 2020). Med ressursknapphet i kommunene, måtte det gå utover noe. Slik ble det til sist de pårørende til hjemmeboende som måtte ta seg av det ingen andre tok seg av. Og de mistet i tillegg de «pusterom» ulike avlastningstiltak gir for å klare å stå i en byrdefull omsorgssituasjon.

Slik har koronapandemien forsterket de store forskjellene det alltid har vært på å være pårørende for hjemmeboende og pårørende for beboere i sykehjem. Jeg synes det er rart at det er de pårørende det til sist skal gå utover, når sentrale helsemyndigheter gjør sine prioriteringer under koronapandemien. Nettopp da samfunnet trengte dem aller mest.

*Norge stengte dørene for å beskytte sårbare grupper. Ved å utelukke og ikke ha planer for sårbare gruppers viktigste omsorgspersoner i hverdagen, satte vi disse gruppene i en enda mer sårbar situasjon gjennom en krise.*

*Denne feilen må vi ikke gjøre om igjen!*

skrev Pårørendealliansen i en kronikk i Dagens Medisin 16.juli (Vatland & Terjesen 2020).

*(En del av dette kapitlet er tidligere publisert i min artikkel i Pensjonisten i august 2020 (Barstad 2020))*

## 6.3 TILTAK

### *1. To forskningsoppgaver*

De utilsiktede konsekvensene av de sterke generelle smitteverntiltakene og nedstengingen av landet over en lang periode, bør belyses nærmere gjennom forskning. Det bør danne grunnlaget for en analyse der en avveier de utilsiktede og utilsiktede virkningene dette har hatt for

- om mulig å vurdere om doseringen har vært for sterk
- om en del av tiltakene har vært unødvendige
- om det kunne vært satt i verk tiltak som i enda større grad kunne dempet de uheldige virkningene og møtt de problemene som oppsto

Den gradvise gjenåpningen av samfunnet er i gang. De fleste vil gradvis gå tilbake mot en normal tilværelse, mens eldre ikke kan gjøre det fordi de fortsatt risikerer en dødelig sykdom. Da er det viktig at samfunnet tilrettelegges med særlig omtanke for personer i risikogruppen.

De utilsiktede konsekvensene av smitteverntiltak og prioriteringen i helse- og omsorgstjenestene for å frigjøre ressurser og kapasitet må gjennomgås nøye og belyses gjennom forskning for å se

- hvor stor skadevirkningen har vært for andre brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten
- om det hadde vært mulig å sette inn ekstra ressurser i stedet for å redusere dagtilbud, avlastningstilbud, utsette planlagt behandling m.v.
- om en del av tiltakene har vært unødvendige eller hatt liten betydning for resultatet

Det bør særlig settes fokus på de belastninger pårørende og deres nærmeste har hatt, både de som ikke har fått være sammen i institusjonene og de som har fått økt belastning gjennom reduksjon eller nedstenging av en rekke tjenestetilbud.

### *2. Uheldige og unødvendige konsekvenser av prioritering*

Reduksjon og nedstengning av tjenestetilbud ble både begrunnet som smitteverntiltak og som en konsekvens av prioritering. De fleste innser og har forståelse for nødvendigheten av å sette i verk de ulike smitteverntiltakene for å unngå smittespredning. Prioriteringsgrepene som ble tatt, skapte imidlertid en «dominoeffekt», der ansvar og oppgaver ble skjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og fra institusjonsomsorgen til hjemmetjenester og pårørende i

kommunene. I en situasjon med god tilgang på arbeidskraft på grunn av permitteringer og ledighet, burde det vært mulig å opprettholde tjenestetilbud f.eks. gjennom et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV.

#### *4. Pårørende*

Pandemien har forsterket forskjellen på å være pårørende til beboere i sykehjem og pårørende til hjemmeboende med alvorlig sykdom og funksjonstap. Situasjonen har tydeliggjort behovet for å videreutvikle og styrke avlastningsordninger, dagtilbud og hjemmetjenestetilbud, og innføre bedre permisjons- og kompensasjonsordninger for pårørende som står i krevende omsorgsarbeid. På den andre siden er det nødvendig å legge forholdene fysisk og organisatorisk bedre til rette for pårørende i sykehjem.

#### *3. Telefontjenester*

Pensjonistforbundet har en egen Bekymringstelefon. En rekke organisasjoner som Kirkens SOS, Røde Kors, Mental helse, Vern for eldre m fl (se liste nedenfor) har etablert ulike typer telefontjenester for mennesker som søker hjelp eller rådgivning. Koronasituasjonen med nedstenging av en rekke tjenestetilbud og tilbaketrekning fra sosiale arenaer har aktualisert behovet for ulike former og større omfang av telefon- eller digitale tjenester. Bare noen få kommuner er f.eks. godt dekket med kontakttelefon i regi av Vern For Eldre og eller som en del TryggEst-prosjektet. Se <https://www.trondheim.kommune.no/vold-i-nare-relasjoner/> og <https://www.vernforeldre.no/> hvor voldsutsatte eldre kan henvende seg.

På den bakgrunn bør de som driver slike tjenester komme sammen og gå gjennom alle tilbud, vurdere behov og se hva som mangler av kapasitet for å gi et kontinuerlig landsdekkende tilbud på ulike områder. Et samarbeid om dette kan også handle om å utveksle erfaringer, sette felles standarder, utvikle teknologi, drive opplæring, gå sammen om markedsføring og forhandlinger om ordninger med sentrale og lokale myndigheter. Samarbeidet må bygge på at organisasjonene fortsatt bruker sin kontaktflate og sosiale ressurser og at tilbudene som drives beholder sin egenart.

## HER KAN DU FÅ HJELP

- Akutt selvmordsfare? Ring 113 når det er akutt og står om liv.
  - Ring legevakt på tlf. 116117 for rask hjelp.
  - Distriktpsykiatrisk senter (DPS) i din kommune.
  - SOS-Chat - Mange synes det er lettere å chatte enn å snakke i telefonen om selvmordstanker. Åpent fra 1830 - 2230 på hverdager og 0130 på fredager.
  - Kors på halsen (Røde Kors). Tlf. 800 33 321. I tillegg mulig å sende e-post (svar innen 2-3 dager).
  - Ungdomstelefonen, tlf. 400 00 777.
  - Alarmtelefonen for barn og unge - tlf. 116111
  - Angstringen - tlf. 22223530
  - Anonyme Alkoholikere - tlf. 91177770
  - Anonyme Narkomane - tlf. 90529359
  - Barneombudet - tlf. 22993950
  - Dixi, ressurscenter for voldtatte - tlf. 22444050
  - Hjelpelinjen for spillavhengige - tlf. 80080040
  - Kameratstøtte, tilbud til soldater, veteraner og deres familie - tlf. 80048500
  - Kirkens SOS, Krisetelefonen 22400040
  - Kirkens SOS Anonym chattejeneste: soschat.no
  - Landsdekkende telefon for incest- og seksuelt misbrukte - tlf. 80057000
  - LEVE, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord - tlf. 22361700
  - Mannstelefonen. Reform - ressurscenter for menn - tlf. 22340950
  - Mental helse, Hjelpetelefonen - tlf. 116123
  - Mental helse, sidetmedord.no
  - Pårørendesenteret i Oslo - tlf. 22491922
  - RUStelefonen - tlf. 08588
  - Rådgivningstelefon for pårørende innen psykisk helse - tlf. 22491922
  - Rådgivningstelefon ved spiseforstyrrelser - tlf. 94817818
  - Unghjelp - tlf. 98806120
  - ung.no, det offentlige informasjonskanal for ungdom - tlf. 46615000
  - Vern for eldre, Nasjonal kontakttelefon - tlf. 80030196
- Kilde: NRK/ Nssinfo.no, Fredrik Walby og Vivat selvmordsforebygging

### 5. Styrke innovasjons- og omstillingsevnen

Bare noen kommuner har snudd seg rundt for å finne nye organisasjonsmessige løsninger, nye turnusordninger etc for å kunne fortsette å tilby vedtaksfestede tjenestetilbud til hjemmeboende og pårørende (dagaktivitetstilbud, avlastningsordninger m.v.) eller opprettholde fysisk, sosial og kulturell aktivitet og kontakt mellom pårørende og beboere på sykehjem. Det er derfor behov for å styrke helse- og omsorgstjenestens innovasjons- og omstillingsevne.

## Referanser:

Bakken, May-lis Nerhus (2020): Besøksforbud forsterker ensomheten blant sykehjemsbeboerne <https://sykepleien.no/meninger/2020/04/besoksforbud-forsterker-ensomheten-blant-sykehjemsbeboerne?cid=sm6696289556>

Barstad, Steinar (2020): Til sykehjemmet skiller eder ad. Pensjonisten nr 6/2020. Papirutgaven.

Helsedirektoratet (2020): Anbefaling om besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner. Publisert 27.mai 2020. Se <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/anbefaling-om-besok-i-helse-og-omsorgsinstitusjoner>

Jacobsen, Frode F: Nå ser vi hvor sårbare disse tjenestene er. Kronikk i Bergensavisen. 3.mai 2020. Se <https://www.ba.no/na-ser-vi-hvor-sarbare-disse-tjenestene-er/o/5-8-1288392>

Jakobsen, Siw Ellen (2020): Mange eldre vil komme på sykehjem etter korona-isolasjonen, frykter forskere. Forskning.no. Publisert 6.april 2020. Se <https://forskning.no/a/1665018>

Johansen, Per Anders og Skrede, Mone Celin (2020): 274.000 fikk utsatt behandling. Disse pasientene er hardest rammet. Aftenposten. Se <https://www.aftenposten.no/norge/i/JokOw6/274000-fikk-utsatt-behandling-disse-pasientene-er-hardest-rammet>

Lauveng, Arnhild og Skjeldal, Eskil (2020): – Alt er mye verre, men tilbudet er likevel dårligere. Hvordan har mennesker med psykiske vansker og/eller rus opplevd pandemien våren 2020? Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Se [https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/05/Koronarapport\\_28052020\\_Erfaringskompetanse.pdf](https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/05/Koronarapport_28052020_Erfaringskompetanse.pdf)

Malmedal, Wenche (2020): Bekymret for voldsutsatte eldre i koronakrisen. Pensjonistforbundets nettside 19.mars 2020. Se <https://www.mynewsdesk.com/no/pensjonistforbundet/news/bekymret-for-voldsutsatte-eldre-i-koronakrisen-397630>

Nkvts (2020): Psykososiale konsekvenser av koronapandemien for barn, unge og voksne. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Se <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/03/Psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien-for-barn-og-voksne.pdf>

Nyborg, Vibeke Narverud og Mamelund, Svenn-Erik (2020): Pandemiberedskap handler om virus, men først og fremst om mennesker. Forskersonen.no 30.juni 2020. Se <https://forskersonen.no/kronikk-meninger-virus/pandemiberedskap-handler-om-virus-men-forst-og-fremst-om-mennesker/1706022>



Päivärinne, Heidi Maria (2020) Til sykehjemmet skiller dere ad. Jeg er mer redd for at foreldrene mine dør alene av hjertesorg enn korona. Kronikk i Nrk.no. Publisert 29.april. Se <https://www.nrk.no/ytring/til-sykehjemmet-skiller-dere-ad-1.14997276>

Pensjonistforbundet (2020): Økt risiko for vold og overgrep mot eldre under koronapandemien. Åpent brev til helseminister Bent Høie. 20. april 2020. Se <https://pensjonistforbundet.no/nyhet/4754-oslashkt-risiko-for-vold-og-overgrep-mot-eldre-under-koronapandemien>

Reksnes, Asgeir Heimdal (2020): Sp vil opne opp sjukeheimane for besøk. Nrk.no Vestland. Publisert 27.april 2020 <https://www.nrk.no/vestland/vil-opne-opp-for-besok-pa-sjukeheimane-1.14996271>

Reneflot, Anne & Mamelund, Svenn-Erik (2020): Kan corona føre til flere selvmord? Forebygging av psykiske helseplager og selvmord må inngå som en del av beredskapen. VG 19.juli. Se <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/vQ0Eqi/kan-corona-foere-til-flere-selvmord>

Thomassen, Brede Bleiklie (2020): Ny studie: Nesten tredobling av angst- og depresjonssymptomer under koronatiltakene. Nrk.no. Publisert 13.mai 2020. Se <https://www.nrk.no/norge/ny-studie-nesten-tredobling-av-angst-og-depresjonssymptomer-under-koronatiltakene-1.15013478>

Vatland, Anita (2020): Når samfunnet drar inn livbøyene til pårørende. Dagens Medisin 3.april. Se <https://www.dagensmedisin.no/blogger/anita-vatland/2020/04/03/nar-samfunnet-drar-inn-livboeyene-til-parorende/>

Vatland, Anita & Anne-Grethe Terjesen (2020): Omsorg for mennesker i Helse-Norge er en symbiose. Kronikk i Dagens Medisin 16.juli 2020. Se <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/07/16/omsorg-for-mennesker-i-helse-norge-er-en-symbiose/?fbclid=IwAR0R8zvoM3cT33C57CdaE80aiFxFfFbUmHpQvP7GvZzFh5bvTDEzvoDaH8Q>

Wallander, Bente (2020 a): Dagaktiviteter under koronautbruddet – Tilpasser oss brukerne. Aldringoghelse.no. Publisert 06.05.2020. Se <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/tilpasser-oss-brukerne-inkl-video/>

Wallander, Bente (2020 b): Brukernes verdighet og livskvalitet under koronakrisen Publisert 18.mai 2020. se <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/brukernes-verdighet-og-livskvalitet/>

Østhagen, Tom (2020) Avlastning for de med store omsorgsoppgaver – hvor ble den av? Oppland Arbeiderblad. Papirutgaven side 15. 29.mai 2020.

## 7 «VI SYNSE MYE – OG VET FOR LITE» - MANGLENDE FORSKNING PÅ HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNENE

---

Korona-pandemien har vist at prioriteringer og beslutninger, men også mulighet til å løse oppgaver på nye måter, må bygge på fakta og kunnskap. Det grunnlaget mangler ofte kommunene. Den situasjonen må endres. Vi må vite mer om hva som nytter, skriver KS-styreleder Bjørn Arild Gram i en kronikk i Dagens Medisin 22.mai (Gram 2020), og sier:

*Fortsatt er det likevel slik at vi nesten ikke forsker på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målt i kroner er om lag 90 prosent av helseforskningen rettet mot spesialisthelsetjenesten, selv om halvparten av helsekronene brukes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og 90 prosent av befolkningen behandles her.*

Bare ti prosent av forskningen skjer altså på de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

### 7.1 UTREDNINGER FØLGES IKKE OPP

Hagen-utvalget pekte allerede i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, på dette og foreslo at 1 pst av budsjettet skulle gå til forskning, utvikling og innovasjon:

*I møte med framtidens omsorgsutfordringer, konkluderer utvalget med at det vil være uforsvarlig å drive en offentlig omsorgssektor med et årlig driftsbudsjett på nærmere 80 milliarder kroner videre, med bare promiller av budsjettet til forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid.*

Seinere har det vært arbeidet med spørsmålet bl.a. gjennom HelseOmsorg21. Der ble det nedsatt en ekspertgruppe i 2017 som skulle utarbeide en plan for «et kunnskapsløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene». I 2019 la ekspertgruppen frem et forslag til løsning for regjeringen, og KS-leder Gram skriver:

- *Det er nå et år siden ekspertutvalget presenterte sitt forslag til veikart for et slikt kunnskapsløft. Da rapporten ble overlevert sa helse- og omsorgsminister Bent Høie at Regjeringen var «helt enige i behovet for mer forskning i kommunene» og at «vi må få til en endring i skeivheten i finansiering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten». Likevel ble det heller ikke i årets reviderte nasjonalbudsjett prioritert å komme videre med dette arbeidet.*

- *Da koronakrisen kom til Norge i mars ble KS spurt om å bidra til en kartlegging av våre medlemmers behov for forskning og kunnskap om Covid-19. En struktur med ressurser for å avdekke og innhente behovet for kunnskap hos våre medlemmer, alle norske kommuner og fylkeskommuner, hadde vært ideell å ha. Men verken KS eller noen andre aktører rår over en samordnet struktur som sikrer reell brukermedvirkning eller systematisk samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og akademia på forskningsområdet*

Det synes mye om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er en katastrofe at det nesten ikke forskes på en sektor som har et driftsbudsjett på om lag 150 milliarder i året og som utfører over 160 000 årsverk (SSB 2020 a og b).

Det bør det bli en endring på.

## 7.2 TO TILTAK

### *1. Økt forskningsinnsats*

Det er nødvendig med betydelig økt forskningsinnsats på kommunale helse- og omsorgstjenester. Forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på disse tjenestene bør i tråd med forslaget fra Hagen-utvalget tilsvare minst 1 pst av helse- og omsorgsbudsjettet.

Det er også behov for å sette i gang en uavhengig forskning for å evaluere erfaringene fra koronapandemien, både sett fra bruker-, arbeidsmiljø- og kommuneperspektiv.

### *2. Senter for omsorgsforskning*

Senter for omsorgsforskning har en landsomfattende struktur det kan bygges videre på, og ville sammen med flere større forskningsmiljø, som NOVA og NIBR ved Oslo Met, Rokkansenteret i Bergen, NTNU i Trondheim kunne bli noe av det KS etterlyser på det kommunale helse- og omsorgsfeltet. Til det kreves det imidlertid ressurser til å bygge helt andre «muskler» enn dagens struktur innehar.

## Referanser:

Gram, Bjørn Arild (2020): Vi må vite mer om hva som nytter. Kronikk i Dagens medisin 22.mai. Gjengitt på <https://www.ks.no/kronikker/vi-ma-vite-mer-om-hva-som-nytter/>

NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg. Hagen-utvalget. Helse- og omsorgsdepartementet. Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

SSB (2020 a): Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Statistisk Sentralbyrå. Publisert 18.juni 2020. Se <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

SSB (2020 b): Kommunehelsetjenesta. Statistisk Sentralbyrå. Publisert 16.juni 2020 Se <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko>

## 8 JO MER SAMFUNNET ÅPNER OPP – JO MER MÅ ELDRE TREKKE SEG TILBAKE

---

Samfunnet åpner mer og mer opp. Skoler og barnehager begynner igjen, arbeidsplasser, butikker, frisører og servicebedrifter er i gang igjen og reisevirksomheten øker både innenlands og til/fra utlandet.

Vi bør ikke glemme hvordan dette begynte. De første tilfellene av spredning både internasjonalt og i Norge, var knyttet til reise. Folk som kom hjem fra utlandet, smittet familie og forårsaket spredning i lokalmiljøet. En fersk studie publisert i The Lancet har sett på de første kjente tilfellene av korona-smitte i ulike land som viste at de fleste smittede hadde reist til land med utbrudd og nesten 2/3 av dem kunne knyttes til reiser til Kina, Nord-Italia og Iran. I en kommentar sier ass. Helsedirektør Espen Rostrup Nakstad at dette stemmer med norske erfaringer, og at smitten da først sprer seg til de reisendes egen familie og husstandsmedlemmer (Hansen 2020):

*Først når smitten sprer seg til arbeidsplasser, utesteder og større arrangementer, skyter den fart og medfører innleggelser på sykehus som fanges opp av lokale helsemyndigheter.*

Det kan se ut som vi ikke har tatt nok lærdom av dette, når det nå er åpnet opp for reiser til land og områder med større smittetrykk enn i Norge.

### 8.1 FORVENTER ØKTE SMITTETALL

Folkehelseinstituttet sier vi må forvente en økning i smittetallene etter gjenåpning. Fra andre land ser vi at situasjonen plutselig kan være ute av kontroll. Det kan skje fort, slik vi så i mars/april. Enkelte mener regjeringen med åpning av grensene gjennomfører et eksperiment, og at situasjonen på nytt kan bli utrygg for de mange i Norge som etter en stor dugnadsinnsats, kan leve og reise relativt trygt i eget land. (Log og Kvåle 2020)

Folkehelseinstituttets direktør Camilla Stoltenberg mener de høye smittetallene i USA viser potensialet til pandemien (Bu, Ludvigsen og Lunde 2020):

*Det er dramatiske tall og dramatisk for mennesker som bor i USA, men det er også dramatisk for hele verden fordi det sier noe om potensialet til denne*

*pandemien, som ikke er under kontroll. Det forteller oss at dette ikke er over, det har kanskje bare så vidt har begynt*

Etter hvert som det åpnes opp, øker risikoen for smitte. For eldre og de som er i risikogruppen innebærer det at de i større grad selv må ta ansvaret for å beskytte seg, ved å trekke seg tilbake, leve mer isolert og unngå å utsette seg for økende smitterisiko. For mange vil dette bli vanskeligere og vanskeligere jo lenger tiden går.

Akkurat i det arbeidet med denne rapporten avsluttes har Hurtigruta fått mange smittede blant både mannskap og passasjerer etter cruise til Svalbard og smitten blusser opp i flere lokalsamfunn like steder i Norge.

## 8.2 BARE SLUTTEN PÅ BEGYNNELSEN

Og tidsperspektivet pr i dag er at dette kan bli langvarig. Preben Aavitsland, som både er overlege ved Folkehelseinstituttet og kommuneoverlege i Arendal og Froland, sier i et intervju med VG (Løkkevik 2020) at det kan gå minst tre år før vi ser slutten på koronapandemien:

*Det er utstrakt immunitet i befolkningen som kan redde oss. Det vil koste altfor mange liv og mye lidelse å få slik immunitet ved at de fleste av oss skal gjennomgå sykdommen. Dermed er det bare en vaksine som kan redde oss. Vi vet ikke når vaksiner er klare, men det kan gå både tre og fire og fem år før vi har nok vaksiner til alle nordmenn. Vi håper selvfølgelig at det skal gå forttere, men vi bør være realister.*

Han mener målet må være å holde epidemien under kontroll – i dag og om to år:

*Det vil kreve litt av oss. Vi vet rett og slett ikke hvordan dette skal gå. Men en ting vet vi: Dette viruset kan gi nye, store bølger her hjemme. Det må alle være med å hindre.*

John Arne Røttingen, som nå er utnevnt av regjeringen til å være global helseambassadør, er imidlertid håpefull til at vi vil se en vaksine tidlig i 2021 (Bratberg 2020). Han viser imidlertid til at store og rike land allerede har gjort avtaler med legemiddel- og vaksineprodusenter. USA har f. eks. allerede brukt 80 milliarder kroner på kontrakter med seks firma.

*Norge er ikke først i køen, og det vil nok ta noen måneder etter at en vaksine er gitt hastegodkjenning, før vi får den hit.*

Han understreker at det ikke vil hjelpe enkeltland å få kontroll på pandemien, hvis ikke alle land får kontroll etter hvert. I dette kappløpet mener han derfor at vi må tenke solidaritet og rettferdighet. På den måten kan vi også hjelpe oss selv.

Folkehelseinstituttet pekte i sin risikovurdering i juli på faren for lokale utbrudd, med høy sannsynlighet for økt lokal smitte noen steder som følge av store arrangementer, mange folk på serveringssteder og utstrakt innenlands reising. Det ble samtidig sagt at det er moderat sannsynlighet for massesmittehendelser som kan gi opphav til betydelige lokale utbrudd.

På lengre sikt, sier Folkehelseinstituttet at det de kommende årene er vedvarende fare for lokale utbrudd eller nye bølger av denne epidemien. Derfor må kommunene planlegge for utstrakt testing, smitteoppsporing, pleie, behandling og risikokommunikasjon. Til dette har FHI utarbeidet en egen håndbok (FHI 2020).

Det har vært av stor betydning at smittevernarbeidet i Norge er organisert lokalt med stor myndighet lagt på kommunenivå. Med den strategi som nå ser ut til å være valgt for å møte nye utbrudd eller nye bølger av pandemien, blir det lokale smittevernarbeidet helt avgjørende med testing og sporing og iverksettelse av strengere tiltak i mer avgrensede distrikt eller områder av landet. Til de utfordringer som venter oss, møter Norge nå bedre forberedt med god testkapasitet, smittevernutstyr, sporingsrutiner og erfaringer enn vi hadde de første månedene av 2020.

## 8.3 TRE TILTAK

### 1. Støtte generelle restriktive smitteverntiltak

Når samfunnet åpner opp på flere og flere samfunnsområder, øker risikoen for den eldre befolkning og andre som er i risikogruppen. For mange innebærer dette at de selv må ta ansvar ved ytterligere sosial isolasjon og tilbaketrekning for å beskytte seg mot smitte, mens resten av befolkningen begynner å leve mer som før.

Norge har foreløpig klart å holde smittetallene nede gjennom sterke generelle smitteverntiltak. Det vil være i Pensjonistforbundets medlemmers interesse å sikre at det som er oppnådd gjennom slike tiltak ikke skusles bort, og at samfunnet fortsatt tar nødvendige grep både lokalt og nasjonalt. Det er i denne sammenheng ikke nok å bare gi reiseråd og veiledning om håndhygiene mv. Eldre og risikoutsatte skal ikke bære byrden alene.

## *2. Vaksine*

Når eventuell effektiv vaksine blir tilgjengelig, er det naturlig at helse- og sosialpersonell først blir vaksinert sammen med ansatte i dagligvarebutikker og transport. Deretter må eldre og mennesker i risikogruppen bli prioritert. For å få bukt med pandemien, er vi også helt avhengige av at befolkningen i land med mindre ressurser, får tilgang til vaksine.

## *3. I egne rekker*

Pensjonistforbundet har en kvart million medlemmer. De fleste av medlemmene er i risikogruppen. Med et langvarig tidsperspektiv på koronapandemien, vil Pensjonistforbundet i fortsettelsen selv kunne bidra for eksempel ved å:

- planlegge egen virksomhet på en slik måte at det ikke utsetter medlemmene for stor smitterisiko
- nedtone turist- og reiselivsvirksomheten og reklame for spennende utenlandsreiser for pensjonister
- motivere og støtte egne medlemmer til «å holde moralen oppe» ved å holde seg til de viktigste smittevernregler, unngå unødig reisevirksomhet og oppfordre både unge og eldre til solidaritet på tvers av generasjonene
- bidra til at de lokale pensjonistforeningene holder kontakt med medlemmene og finner måter å drive sosial og kulturell virksomhet innenfor forsvarlige smittevernrammer.



## Referanser:

Bu, Fanny, Ludvigsen, Elin og Krosby, Silje Lunde (2020): FHI-direktøren om USAs koronasituasjon: – Det viser at dette ikke er over, det har bare så vidt begynt. TV2 Publisert 25.07.2020.  
<https://www.tv2.no/a/11556617/>

Bratberg, Une (2020): - Må tenke solidaritet. Avisintervju med John-Arne Røttingen i Vårt Land. Papirutgaven 22.august 2020

FHI (2020): Overvåking, vurdering og håndtering av covid-19-epidemien i kommunen. Håndbok. Folkehelseinstituttet. Se <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

Hansen, Asle (2020): Corona-krisa. Har avslørt den aller første smitten. Dagbladet Papirutgaven 1.august 2020

Kvåle, Gunnar, Log, Torgrim og Svanæs, Dag (2020): Åpning mot høyrisikoland kan koste oss dyrt. Kronikk i VG 15.juni 2020. Se <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/BRo5Vv/aapning-mot-hoeyrisikoland-kan-koste-oss-dyrt>

Løkkevik, Ole (2020): FHI-topp: – Vi er bare ved slutten på begynnelsen. VG.no 14.juni. Se <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/4qMxm9/fhi-topp-vi-er-bare-ved-slutten-paa-begynnelsen>





## **S Barstad Tekst**

ISBN 978-82-692001-3-3

(Strekkode)