



Ansattes erfaringer og strategier for å opprettholde omsorg for personer med utviklingshemming som bodde i tilrettelagt bolig under covid-19-pandemien

Staff experiences and strategies for maintaining care for people with intellectual disabilities who lived in assisted living facilities during the covid-19 pandemic

Ellen Margrete Iveland Ersfjord

Postdoktor, Senter for e-helse, Universitetet i Grimstad

Forsker, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital

ellen.ersfjord@uia.no

Tanja Plasil

Forsker, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital

tanja.plasil@stolav.no

Hege Mari Johnsen

Førsteamanuensis, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder

hege.mari.johnsen@uia.no

Sammendrag

Da covid-19-pandemien kom, innførte den norske regjeringen inngripende tiltak for å håndtere situasjonen. Kommunene fikk ansvar for å iverksette tiltak for å redusere smitterisikoen for personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Personer med utviklingshemming som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, ble berørt av disse. I denne studien undersøker vi utfordringene som ledere og ansatte i tilrettelagte boliger for utviklingshemmede hadde i sin arbeidshverdag under covid-19-pandemien, og hvilke strategier de tok i bruk. Hovedutfordringer vi identifiserte, omhandlet nedstenging av boliger, sosial isolering av beboere, helseoppfølging av beboere, høyt sykefravær og kommunikasjonsutfordringer mellom ansatte. Resultatene viste at ansatte og ledere tok i bruk ulike strategier for å opprettholde tjenestetilbudet. Noen strategier lyktes og andre ikke, og noen kan forstås som uforvarselige. Vi fant også at noen strategier baserte seg på gjeldende retningslinjer, mens andre tilpasset tjenestetilbudet på grunnlag av brukergruppens spesielle behov. Vi konkluderer med at tiltakene som regjeringen og helse- og omsorgstjenesten implementerte under covid-19-pandemien, ikke var tilstrekkelige for å sikre en resiliert tjeneste for personer med utviklingshemming som bor i tilrettelagte boliger.

Nøkkelord

korona, utviklingshemming, kommunal beredskap, resiliens i helsetjenestene, situert resiliens, kvalitativ studie

Abstract

When the Covid-19 pandemic hit, the Norwegian government introduced intrusive measures to deal with the epidemic. The municipalities were given responsibility for implementing measures to reduce the risk of infection for people receiving municipal health and care services. Persons with intellectual disabilities receiving such services were affected by these. In this study, we examine the experiences and strategies used by staff working in assisted home living facilities for people with intellectual disabilities during the Covid-19 pandemic. Main challenges identified through our study concerned housing closures, social isolation of residents, lack of health follow-up of residents, increased staff sick leave, and communication challenges between staff. The results showed that employees and managers adopted several different strategies to maintain service provision. Some succeeded, while others did not, and some relied on current guidelines, while others adapted strategies based on the user group's special needs. We conclude that measures implemented by the government and health and care services were not sufficient to ensure a resilient service for people with intellectual disabilities living in assisted home living facilities during the Covid-19 pandemic.

Keywords

Covid, intellectual disability, municipal contingency plans, resilience health care services, situated resilience, qualitative study

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Covid-19-pandemien forverret spenningen mellom helsetjenestens krav om omsorg versus tilgjengelige ressurser og førte til at ansatte måtte tilpasse sine aktiviteter, improvisere løsninger og gjøre kompromisser.
- Det eksisterer begrenset forskning på ansatte i helsetjenesters erfaringer med utfordringer de møtte under pandemien, og deres strategier for å oppnå organisatorisk resiliens, og det er ingen resiliensstudier av erfaringene til ansatte som jobber i tjenestene til utviklingshemmede.

Hva tilfører denne studien?

- Studien gir innsikt i hovedutfordringene ansatte i tjenestene til utviklingshemmede hevdet å møte under pandemien, og hvilke strategier de tok i bruk.
- Ansatte brukte både strategier som førte til organisatorisk resiliens, og som utfordret helsetjenestens resiliens.

Introduksjon

Den 12. mars 2020 innførte regjeringen svært inngripende tiltak for å håndtere covid-19-pandemien. Kommunene fikk ansvar for å iverksette tiltak som skulle redusere smitterisiko for personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, deriblant personer med utviklingshemming (Melbø mfl., 2021). Utviklingshemmede er ansett å ha en høyere risiko for alvorlig sykdomsforløp av covid-19, da disse har økt forekomst av underliggende sykdommer som diabetes, fedme, hjerte-/karsykdom, høyt blodtrykk med mer, som er assosiert med alvorligere forløp av covid-19 (Melbø mfl., 2021; Doody & Keenan, 2021; Røstad-Tollefsen mfl., 2021; Lunsby mfl., 2021). De er også ekstra utsatt for smitte fordi de har kognitive utfordringer med forståelse, ofte bor i tilrettelagte boliger og er i kontakt med mange ansatte (Doody & Keenan, 2021; Melbø mfl., 2021). Særskilte føringer fra Helsedirektoratet for kommuners smitteforebyggende tiltak i botilbud inkluderte derfor tiltak som besøksrestriksjoner, stenging av fellesområder, nedstenging av dagaktivitetstilbud og begrensninger i antall tjenesteytere (Melbø mfl., 2021).

Under pandemien kom det flere presseoppslag om hvordan menneskerettighetene til utviklingshemmede som bor i tilrettelagte boliger, ble krenket gjennom unødige besøksforbud, sosial isolasjon og stenging av fellesområder (se eksempelvis Norman & Berg, 2020;

NTB, 2020). Forskere ved Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon har både før og under pandemien gjennomført flere kvalitative forskningsprosjekter for å kartlegge barrierene for et helsefremmende kosthold for personer med utviklingshemming som bor i tilrettelagt bolig, samt utviklet og forsket på intervensjoner med mål om å heve kunnskapen om kosthold og ernæring for ansatte i tjenestene til utviklingshemmede. Kort oppsummert har studiene vist at mange boliger for personer med utviklingshemming ikke synes å drive forsvarlige tjenester når det gjelder kosthold og ernæring for sine beboere (Ersfjord & Devle, 2020). På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke på hvilken måte innføringen av strenge smitteverntiltak under pandemien påvirket beboernes kosthold og ernæring og liv generelt. Det ble også utviklet og forsket på en intervensjon hvor man ved bruk av digitale verktøy skulle heve ansatte i tjenestene til utviklingshemmedes ernærings- og veiledningskompetanse sett i lys av covid-19-pandemien og mulige epidemier i fremtiden. Studien ga oss også innsikt i utfordringer ansatte møtte under pandemien i sin arbeidshverdag, og hvilke strategier de tok i bruk for å opprettholde tjenestetilbudet, som er denne artikkelens tema.

Helsesystemers evne til å holde seg stabile under og etter en krise, og hvorvidt de evner å opprettholde normal drift under forutsigbare og uforutsigbare forhold, benevnes ofte som *resiliens* (Anderson mfl., 2019). Resiliens er et begrep som har sin opprinnelse fra fysikken, og beskriver «systemers robusthet, eller evnen til å gjenvinne sin opprinnelige form når det blir utsatt for støt» (Sogstad & Skinner, 2020, s. 139). Begrepet refererer til prosesser og kapasiteter som gjør individer og mennesker, eller tekniske og naturlige systemer, i stand til å overkomme, motstå, tilpasse seg eller komme seg etter store kriser (Juvet mfl., 2021). Forskning har vist at helsekriser som covid-19-pandemien forverret spenningen mellom helsetjenestens krav om omsorg versus tilgjengelige ressurser. Denne ubalansen har ført til at beslutningstakere og ansatte må tilpasse sine aktiviteter, improvisere løsninger og gjøre kompromisser (Juvet mfl., 2021). Det eksisterer begrenset forskning på ansatte i helsetjenesters erfaringer med utfordringer de møtte under pandemien, og deres kollektive selvregulerende strategier som bidrar til organisatorisk resiliens (Juvet mfl., 2021). Vi har ikke identifisert noen studier som omhandler erfaringene til ansatte og organisatorisk resiliens i tjenestene til utviklingshemmede. Denne studien bidrar til å fylle disse kunnskapshullene ved at vi har identifisert hovedutfordringene de ansatte i tjenestene til personer med utviklingshemming hevdet de møtte under pandemien, og hvilke strategier de tok i bruk. Forskningen vår befinner seg innenfor det Hollnagel (2018) beskriver som «situert resiliens», som handler om å identifisere hvordan ansatte håndterte uventede hendelser på mikronivå; altså ute i selve boligene.

Med bakgrunn i det teoretiske rammeverket om resiliente helsesystemer og situert resiliens er vårt forskningsspørsmål i denne artikkelen: *Hvilke utfordringer erfarte ansatte i sine daglige aktiviteter i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming under covid-19-pandemien, og hvilke strategier tok de i bruk for å tilpasse seg utfordringene?*

Metode

Studien har en kvalitativ design med bruk av intervjuer som datainnsamlingsmetode.

Deltagere

Vi gjorde et strategisk utvalg av informanter, som ble rekruttert fra fem boliger i fem ulike kommuner i Midt-Norge. Informantene ble strategisk valgt ut fra kvalifikasjoner (leder) eller på grunn av deltagelse i intervensjonen. Utvalget besto av 5 ledere (1 mann og 4 kvinner) og 18 ansatte, (15 kvinner og 3 menn). 2 personer var utdannet vernepleiere, 14 hadde

annen relevant utdanning (sykepleier, barnevernspedagog, sosialt arbeid) og 2 var ufaglærte. De deltagende kommunene ble alle rammet av én eller flere bølger med lav og/eller høy smitte i den generelle befolkningen. Ingen beboere i de fem inkluderte boligene døde som følge av pandemien, men flere ble smittet – de fleste etter at de var vaksinert eller hadde fått tilbud om vaksinerings.

Datainnsamling

Vi gjennomførte individuelle intervjuer med fem ledere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte. Lederne ble intervjuet før oppstarten av intervensjonen i september og oktober 2021. De ansatte ble intervjuet etter gjennomført intervensjon i april 2022.

To av forfatterne gjennomførte intervjuer med lederne, mens alle forfatterne gjennomførte fokusgruppeintervjuene med tre ansattgrupper. Semistrukturerte intervjuguider ble brukt. I intervjuene kartla vi intervjuobjektens bakgrunn og boligens organisering og utforming, hvordan ansatte jobbet med kosthold før og under pandemien for beboerne, og deres opplevelse av og erfaringer tilknyttet intervensjonen i prosjektet.

Lederne ble av smittevernhensyn primært intervjuet via Zoom. Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført ansikt til ansikt, mens to ble gjennomført via Zoom. Varigheten på intervjuene med lederne var fra 1–1,5 timer, mens fokusgruppeintervjuene med de ansatte varte fra 1–2 timer. Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon og deretter transkribert.

Analyse av data

Vi analyserte dataene basert på Braun og Clarks (2008) tematiske innholdsanalyse. I første fase ble datamaterialet transkribert og grundig gjennomlest. Deretter ble de første kodene laget gjennom å utarbeide en liste med ideer og tanker om hvilke temaer som sprang ut av datamaterialet. Vi laget også «boligprofiler» for hver enkelt av boligene som sammenfattet både ledernes og de ansattes erfaringer. Disse synliggjorde både ulikheter mellom boligene og likheter og ulikheter mellom lederes og ansattes erfaringer og oppfatninger i samme bolig. Deretter gjorde vi en kritisk gjennomgang av temaer og koder basert på forskningsspørsmålet Under hvert hovedtema identifiserte vi undertemaer eller strategier. Til slutt noterte vi ned sitater fra de transkriberte intervjuene til de ulike hoved- og undertemaene som illustrerte informantenes tanker og erfaringer.

Etiske overveielser

Studien fulgte etiske retningslinjer fra Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM, 2022) og er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (ref. nummer 766056). Muntlig informert samtykke ble innhentet ved oppstarten av intervjuene. Alle data er behandlet i henhold til tilråding fra NSD. Sitater i resultatdelen er ikke nummerert av hensyn til aidentifisering av informantene.

Styrker og svakheter

Studien er gjennomført i relativt små byer/kommuner, hvorav én bolig var i en kommune med under 3000 innbyggere. Digital gjennomføring av noen av intervjuene var en fordel med hensyn til smittevern, men kan ha satt noen begrensninger for samspillet mellom informantene og intervjuerne og muligens vanskeliggjort deling av vanskelige erfaringer og opplevelser. En styrke er at vi har inkludert boliger med geografisk spredning i Midt-Norge.

Resultater

Med utgangspunkt i informantenes fortellinger belyser vi hvilke utfordringer lederne og de ansatte møtte i sine arbeidshverdager under pandemien, og hvilke strategier de brukte for å tilpasse seg utfordringene.

Nedstenging av boliger

Lederne beskrev den første uken av pandemien som svært kaotisk og at «det kom veldig mange forskjellige beskjeder». De måtte alle ta stilling til nedstenging av fellesområder og isolering av beboere. Tre av boligene innførte isolasjon og nedstenging, mens to valgte en annen strategi. I en av disse kunne lederen fortelle oss at de selv hadde tatt initiativ til dialog med kommunelegen fordi de opplevde at ansatte og beboere ikke klarte å holde to meters avstand. Lederen uttalte:

Problemet er ikke å lage en prosedyre på det eller fatte et tvangsvedtak (for isolering), men du må jo faktisk sitte på dem (beboerne), så vi ble enige om at hvis én blir smittet, så vil hele huset bli smittet.

Etter dialog med kommunelegen forble fellesområdene åpne for ansatte og beboere, og det ble kun innført «et minimum med smitteverntiltak». I den andre boligen som ikke stengte ned, fortalte lederen at det var hennes initiativ og avgjørelse. I stedet for å bruke «all sin tid» på å lese seg opp på Helsedirektoratets generelle smittevernregler, som stadig var i endring, valgte hun å stole på sin fagkunnskap og ta avgjørelser selv. Hun inkluderte også beboerne i bestemmelsen om de skulle stenge fellesområdene eller ikke:

Vi hadde jo flere husmøter [...] og jeg måtte ha individuelle samtaler med noen for å forklare hvor viktig det var med låste dører og den her strenge besøkskontrollen. For hvis de ikke ville gå med på å ha låste dører, måtte vi jo slutte med felles middag og felles aktiviteter. Det ville de overhodet ikke, så da ble det enkelt for oss å på en måte skjerme oss for omverdenen og, ja, regulere smittefaren, da.

I denne boligen ble ansatte og beboere en kohort. De stengte verden ute og skapte sin egen inne i boligen. Ellers forsøkte de å følge anbefalte smittevernregler når det gjaldt håndhygiene og bruk av munnbind.

Når det gjaldt de tre boligene som valgte full nedstenging, fremholdt lederne ulike årsaker til hvorfor det ble slik. I en av boligene kunne lederen fortelle at hun hadde fått føringer fra kommunelegen helt i starten av pandemien om hvordan de skulle reorganisere sine tjenester og overholde smittevernreglene. Eksempelvis fikk hun informasjon om hva de trengte av verneutstyr, nye prosedyrer, informasjon om hva de skulle si til pårørende, hvilke lover og regler som skulle gjelde for besøk og isolasjon, og hvor lav terskelen skulle være for at ansatte måtte teste seg for covid-19. At kommunelegen tilrådet full nedstenging av boligen, ble opplevd slik:

Vi har vært en av de kommunene som ikke har vært helt i tråd med loven kanskje, det ble stengt ned for mye til å begynne med. Vi hadde jo egentlig ikke lov og myndighet til det, og vi prøvde jo å si det, men kommunelegen var standhaftig.

I særlig to boliger ble fellesområdene stengt ned i lengre tid. I den ene boligen kunne lederen fortelle at de praktiserte full nedstenging i lengre tid mest fordi de hadde «begrensninger

i både sitteplasser og antall som skulle være på fellesområdene samtidig». Beboerne kunne imidlertid få besøk utenfra, men de måtte begrense det. I den tredje boligen ble det innført isolasjon av beboere, besøksforbud og nedstengte fellesområder i lang tid samt at de økte bemanningen med «nesten enetid på hver bruker, for vi måtte jo unngå at de dro mellom brukerne og» (leder).

Sosial isolering av beboere

Som en konsekvens av de strenge tiltakene mistet beboerne tilgang til sine jobb- og aktivitetstilbud i svært lang tid. Ifølge samtlige informanter påvirket dette beboerne negativt: «Det ble en veldig sterk psykisk påkjenning for dem, for de fikk jo ikke rutinene sine. Autisten hoppet i taket, ikke sant, jeg får ikke gå på jobb, jeg får ikke gå på jobb» (ansatt). I de boligene hvor fellesområdene ble stengt, ble beboerne ytterligere isolert: «Vi mistet det sosiale» (leder). Besøksrestriksjoner ble også opplevd som utfordrende: «For noen ble det på et vis veldig sånn inngripende» (ansatt). Selv da samfunnet åpnet noe opp igjen, fikk beboerne lite besøk fordi utenforstående «begrenset seg selv». Svært mange beboere fikk derfor innskrenket sin sosiale kontakt og omgang med andre mennesker over lang tid, særlig i de boligene hvor fellesområdene ble nedstengt: «Vi jobber enda med ettervirkningene av pandemien (for beboerne). Det var rett og slett noen som gikk inn i et lite mørke der» (ansatt).

I starten av pandemien kunne ledere og ansatte i to av de nedstengte boligene fortelle at de hadde forsøkt å innføre ulike tiltak for å minimere effekten av sosial isolering av beboerne. I den ene boligen hadde de forsøkt å innføre kohorter med to og to beboere, men dette ble tatt bort igjen da det var vanskelig å gjennomføre i praksis. I den andre boligen hadde man forsøkt å dele beboere inn i grupper som hadde hver sin tid på fellesområdene for å drikke kaffe:

[...] men så var det det å forstå at når den tiden er over, så må jeg gå selv om jeg vil sitte lengre. Eller at tiden min er fra klokka ett til to, og ikke fire til fem, selv om det var det som passet meg. Så vi måtte bare avslutte det, for det ble ingen god opplevelse verken for ansatte eller beboere. Vi stengte da ned fellesområdene til vi var vaksinerte (leder).

I denne boligen fortalte de ansatte at de «til slutt resignerte», selv om de hadde diskutert avis skriveriene om at nedstengingen var et brudd på menneskerettighetene:

Det følte ikke bra, å stenge dem ut sånn som vi gjorde. Det kjentes ikke godt. [...] Det var en veldig rar tid. De (beboere og pårørende) sto i vinduet og vinket til hverandre. Men så vente vi oss jo til det også.

Felles for alle boliger var at det fra starten av pandemien og i lang tid ble innført «klemme-forbud» mellom ansatte og beboere. Informantene pekte på denne langvarige mangelen på fysisk kontakt med ansatte og pårørende som veldig problematisk: «All den der omsorgen og kosen kom bort. Så det var de veldig lei seg for og slet med veldig lenge» (leder). En ansatt hevdet: «Fysisk nærhet er jo så viktig for dem – det å bli holdt rundt, stryke på ryggen, gi dem en klem, ha dem i fanget [...]». Det var ingen av våre informanter som fant noen strategier for denne utfordringen.

Hverdagen ble også oppgitt som svært ensformig for mange beboere i flere av boligene: «Det var lite å gjøre da, vi var mye inne. Det ble fort (å være) inne her å lage seg noe å kose seg med.» Informantene oppga at hverdagsaktiviteten forsvant. I kombinasjon med trøste- og kosespising førte dette til vekt oppgang for beboere som bodde i boliger som ikke hadde

gode rutiner på kosthold. I noen boliger forsøkte man å finne ulike strategier for å kompensere for manglende fysisk aktivitet og sosial omgang med andre. I en av boligene ble det eksempelvis innført nye rutiner for beboerne

slik at de hadde noe å stå opp til. Det er jo fort at de snur døgnet, så vi var tidlig ute med å organisere en aktivitet på formiddagen. Det var mye forskjellig, kunst, litt ludo, morgentrim og, ja, forskjellige aktiviteter (ansatt).

En annen endring som ble innført i denne boligen, var at beboerne ikke lenger fikk delta i middagslaging, som har vært en årelang praksis. Tilbudet med spising av fellesmiddager for alle beboerne på fellesområdene ble imidlertid opprettholdt under hele pandemien, og ansatte utnyttet også tiden med strenge tiltak til å jobbe systematisk med innføringen av et sunnere kveldsmåltid for alle beboerne. De klarte også til en viss grad å opprettholde beboernes fysiske aktivitetsnivå ved å innføre det de omtalte som «Verdensreisen» – en lek hvor beboerne valgte seg et land de skulle reise til. Beboerne fikk poeng ut fra ulike aktiviteter etter funksjonsnivå som ble omgjort til kilometer, og når man kom frem til landet sitt, ble det avholdt en fest med mat og dessert fra dette landet. Dette ble så populært at de ansatte valgte å videreføre Verdensleken også etter at samfunnet ble gjenåpnet.

Også i andre boliger forsøkte ansatte å opprettholde aktiviteter blant beboerne. I en nedstengt bolig fortalte de ansatte at de fikk med seg beboerne ut på tur: «De fikk jo de vanlige turene de har. Og kanskje ble det litt mer turer, i og med at de var mye hjemme, da» (leder). I en annen bolig som ikke var nedstengt, tok de i bruk fellesområdene i større grad enn før for aktiviteter:

Vi samlet oss på dagsenteret og satt fram noe, spiste lunsj sammen og... Det var ikke bare negativt, det var jo det at man satte frem mat som kanskje ville vært sunnere enn hvis de hadde laget den inne hos seg selv. Men det ble til at man var mye inne. Mat og film og ikke ut på tur (ansatt).

Teknologi ble også brukt av ansatte for å prøve å lette den sosiale isolasjonen for beboerne. Ansatte hjalp beboerne å bruke iPader og smarttelefoner (Messenger) for å holde kontakt med andre beboere og pårørende. I en nedstengt bolig ble også beboeres nettbrett brukt til felles Bingo via Teams, noe som ble svært populært.

Helseoppfølging av beboerne

Pandemien påvirket også helseoppfølgingen for beboerne i alle boligene. Lederne og de ansatte kunne fortelle at det særlig var bortfall av kontroller i spesialisthelsetjenesten i lang tid. Det var heller ikke ønskelig at beboere skulle ha med seg ledsager dersom de ble innlagt akutt på sykehus.

Også helsetjenester i kommunen forsvant:

Når det var nedstengt i fjor, så var det jo ingenting. Det var jo akutte timer på legesenteret, da, men ikke årskontrollene – de ble utsatt, og fotpleie og tannlege og alt det ble jo utsatt (leder).

En av lederne fortalte om «stort funksjonsfall hos en bruker» fordi hans/hennes vanlige tilbud med bassengtrening og fysioterapi forsvant under pandemien. I kun én bolig klarte lederen og de ansatte å innføre gode tiltak for å opprettholde helsetjenester. Fastlegen kom her på hjemmebesøk for å gjennomføre årlige helsekontroller, og de klarte å gjeninnføre tilbudet om fysioterapi til de som trengte det: «Der ble det innarbeidet noen rutiner. Vi måtte ta litt mer ansvar for det» (leder).

Høyt sykefravær

Ledere i alle boliger oppga «et enormt sykefravær» og mye bruk av vikarer under pandemien. Dette førte til at beboerne måtte forholde seg til mange (ukjente) mennesker:

Det har vært veldig mye nye folk inne her. Det strider jo mot alt, men når folk blir borte og skal testes i tre til fire dager, det skjer jo så plutselig, da har vi vært avhengige av å bruke en del nye vikarer. Og det blir jo litt sånn fremmed, da. Det er jo klart at de blir påvirket av det (leder).

I noen av boligene ble det brukt ulike strategier for å minimere denne stadige utskiftingen av personale. I en bolig tok de kontakt med pensjonister som kjente beboerne godt fra før, og flere sa seg villig til å jobbe under pandemien. I en annen bolig hadde lederen innført langturnus før pandemien, som hun jobbet hardt for å opprettholde også under pandemien. Dette skapte «en annen ro og en annen forutsigbarhet, du kan følge de (beboerne) gjennom en hel dag» (leder). Samtidig påpekte hun at det likevel var utfordrende for beboerne å forholde seg til mange ansatte: «Det kan jo være ti forskjellige (personer) som er innom i løpet av en uke, ikke sant. Det kan være opp til femten også, for den del. Så det er ikke helt heldig.»

I en tredje bolig jobbet flere av de ansatte både i boligen og på sykehjemmet vegg i vegg eller i hjemmetjenesten. Her ble lederne i de kommunale helsetjenestene enige om at ansatte måtte velge en fast tilhørighet for å minimere smitterisikoen. Dette skapte også litt mer stabilitet for beboerne.

Kommunikasjonsutfordringer

Alle lederne i boligene ble anbefalt å ikke gjennomføre fysiske personalmøter under pandemien. Dette skapte store utfordringer hva gjaldt kommunikasjon mellom ledere og ansatte. Hovedutfordringen ble oppgitt å være manglende digitalisering i tjenesten. I de ulike boligene fant vi at alle ansatte delte fra to til fire stasjonære PC-er. En stor utfordring ble oppgitt å være at ikke alle ansatte hadde kommunal e-postadresse. Derfor hadde disse ansatte ikke tilgang til Teams eller Zoom via kommunens nett, og man kunne derfor ifølge lederne ikke gjennomføre virtuelle personalmøter eller bruke slike digitale løsninger for å legge ut viktig informasjon som nådde alle ansatte. En ansatt som var fagleder for en av boligene, fortalte at hun var

desperat etter å gi ansatte info når jeg traff dem på vakt bare. Når det kom informasjonsbrev fra seksjonsleder, så har jeg printet det ut, for der står det litt sånn kort info om forskjellige ting som kan være greit for dem å vite, som de ikke får, da, siden de ikke har mail.

Generelt var det å henge opp informasjonsslapper vanlig praksis. Også møtereferater ble printet ut og lagt i en perm på personalrommet. Dette var gjeldende praksis også før pandemien. En ansatt uttrykte informasjonsflyten i sin bolig slik: «Jeg kaller det lokalkunnskap. Er jeg på jobb, så blir det (rutinene) fulgt fordi jeg faktisk har ganske god oversikt fordi jeg er her hver eneste dag.» Generelt oppga ansatte at det kunne være vanskelig å ha oppdatert informasjon om de ulike beboerne, både før og under pandemien.

For å nå ut med viktig informasjon under pandemien brukte lederne mange ulike strategier. Noen valgte å være mer fysisk til stede i avdelingen for å gi informasjon verbalt: «Jeg har ikke hatt mye hjemmekontor fordi at de var litt sånn, du kan ikke forlate en synkende skute.» Andre tok i bruk særlig Teams for å legge ut prosedyrer om eksempelvis smittevern og møtereferater, selv om de ikke nådde alle ansatte. En leder valgte å bruke mange forskjellige media:

Vi sendte SMS gjennom turnussystemet, for de fleste vikarene er jo i turnusvirksomhet, så da var det få igjen (vi ikke nådde ut til). Utfordringene er de som jobber tredje hver helg, og vikarer som skal være oppdatert. Så vi brukte både Teams, ansattes personlige e-post og SMS. Og fysiske skriv. Og plakater.

På spørsmål om de hadde fått noen henvendelser fra kommunen om å ta i bruk digitale verktøy for kommunikasjon under pandemien, var svaret nei. Som en ansatt sa: «Vi har ikke etterspurt, men vi har ikke fått tilbud om det. Har ikke vært noen som har stått og sagt hei, nei, absolutt ikke.» Samtidig viser våre resultater at (noen) ansatte i alle boliger hadde brukt Teams eller tilsvarende til ulike formål under pandemien. I en bolig kunne de også informere om at de hadde blitt tilbudt et kurs i Teams fra kommunen, men ingen hadde deltatt. Informantene oppga at opplæringen i Teams, så vel som andre digitale verktøy de brukte i tjenestene, fungerte slik: «Trykk selv og se hvordan det virker» (ansatt) og «Spør noen som går forbi» (ansatt). Dette gjaldt også for dokumentasjon i journal, hvor opplæring gjennomgående ble oppgitt å foregå «på opplæringsvakten». En ansatt sa: «Ikke alle kan nok om journalføring, for det er ikke en del av opplæringen. Så det blir egentlig veldig sånn dårlig dokumentasjon her, da.» Vi fikk også innsikt i manglende kvalitetssikring av journalføringen: «Vi har ikke noen sånne rutiner på å gå å sjekke opp at folk gjør det (skriver journalnotater).» De ansattes manglende opplæring i digitale verktøy både før og under pandemien kan derfor ha påvirket deres informasjon om beboerne under pandemien.

Andre faktorer som kan ha påvirket muligheten for digital kommunikasjon mellom ansatte under pandemien, var at de fleste oppga å ikke ha en superbruker de kunne kontakte for hjelp med digitale verktøy. En annen stor utfordring var at ansatte uten kommunal e-post ikke hadde tilgang til kommunens kvalitetssystem. Dermed hadde mange ikke tilgang til viktig informasjon om hvordan de kunne sikre kvaliteten i helsetjenesten under pandemien. Ansatte som hadde kommunal e-post, hadde i tillegg ikke fått opplæring i det kommunale kvalitetssystemet: «Vi har jo kvalitetssystem i kommunenettet, men du må liksom lære å bruke det, det er ikke så enkelt. Vi har ikke fått opplæring i det, og alt av system i kommunen er helt krise vanskelig.» Ansatte kunne fortelle oss at det var

tusenvis av forskjellige systemer, og du må inn der for å logge inn, og så må du ha en annen innlogging en annen plass, så det er balet, så veldig mange vegrer seg for å bruke teknologien.

Også en leder uttalte frustrasjon over manglende opplæring:

Ja, det har vært for lite fokus på det (opplæring) i organisasjonen, det har vært nærmest fraværende, også for meg. Det er sånn ja, det går igjen i det aller meste, at det der må du sørge for å lære deg selv. Og når man skal lære det selv, så prøver du og feiler en stund, og så resignerer du til slutt.

Kommunens system ble av en ansatt beskrevet som en plattform for

brannsløkking, det har skjedd noe galt en plass, og da må vi ha system på det så det ikke skal skje igjen. Så blir det bare laget fullt av skjema og fullt av ting du skal bruke, men det er liksom ikke integrert i arbeidet ditt, så det har ikke noen funksjon egentlig. [...] Det er kommunen, det er bare å holde seg på overflaten.

Under pandemien var det imidlertid flere ansatte og ledere som begynte å ta i bruk Teams for kompetanseheving, også fordi de var med i vår intervensjon: «Teams var en helt ny verden

for oss. Vi fikk delt mye mer informasjon og ja. Litt sånn webinar, og det ble litt mer muligheter, egentlig» (leder). Selv om de fleste ikke fikk opplæring i Teams, i tillegg til at ikke alle ansatte hadde tilgang til Teams, fant de ut av det og hjalp hverandre. Ansatte uten kommunal e-post satt eksempelvis sammen med ansatte som hadde dette.

Diskusjon og konklusjon

I denne studien har vi identifisert hovedutfordringer som ansatte erfarte i tilrettelagte boliger for personer med utviklingshemming under covid-19-pandemien, og ulike strategier de brukte for å tilpasse seg disse. Hovedutfordringene vi har identifisert, omhandler stenging av fellesarealer, sosial isolasjon av beboere, manglende helseoppfølging for beboere og høyt sykefravær og kommunikasjonsutfordringer blant ansatte.

Når det gjaldt nedstenging av fellesarealer og sosial isolering av beboere, valgte tre boliger å følge nasjonale føringer og kommunelegens pålegg, mens to boliger tilpasset sine tiltak ut fra kunnskap om brukergruppen. Noen valgte å isolere beboere i sine leiligheter og stenge ned fellesområder, mens andre valgte å ha åpne fellesområder og besøksforbud eller kun innføre et minimum av smitteverntiltak. Som strategier for å lette på disse tiltakene tok noen ansatte i bruk digital teknologi slik at beboerne kunne ha kontakt med andre beboere og pårørende. I alle boligene slet imidlertid de ansatte med kommunikasjonsutfordringer på grunn av manglende digitalisering av tjenestene. Mange ledere valgte derfor å være mer til stede på jobb og brøt slik med anbefalinger om hjemmekontor. Lederne forsøkte også å overkomme kommunikasjonsutfordringene ved å sende ut viktige beskjeder i SMS-er eller til de ansattes personlige e-post, henge opp plakater med informasjon eller printe ut viktig informasjon og legge det på tilgjengelige steder for ansatte. Når det gjaldt det høye sykefraværet, brukte de strategier som å ansette pensjonister eller innføre langturnus for de ansatte. Hva gjaldt manglende helseoppfølging for beboerne, var det kun én bolig som klarte å finne strategier for oppfølging fra fastlege og tilbud om fysioterapi.

Ansattes strategier som vi har identifisert i vår forskning, omtales i litteraturen som «situert resiliens» og omhandler hvordan ansatte i helsetjenester håndterer uventede hendelser på mikronivå under en krise (Juvet et al., 2021). Ansattes strategier kan ifølge Juvet et al. (2021) føre til resiliens på strukturnivå hvis menneskene i organisasjonen klarer å revurdere sine ressurser og endre på sine praksiser for å gjennomføre sine jobbaktiviteter på en forsvarlig måte. Vår forskning viser at noen av de ansattes strategier lyktes (for eksempel tilkalling av pensjonister og innføring av langturnus for å unngå høyt forbruk av vikarer), mens andre ikke lyktes (forsøk på å innføre kohorter av beboere). Noen strategier kan også forstås som uforsvarlige og utfordre tjenestenes resiliens (sosial isolering av beboere og mangel på helseoppfølging). Vi fant også at noen strategier var basert på gjeldende retningslinjer (innføring klemmeforbud og bruk av smittevernstutstyr etter gjeldende regler), mens andre strategier var basert på ansattes kunnskap om beboernes spesielle behov (innføring av et minimum med smitteverntiltak og innføring av besøksforbud og ansatte og beboere som en kohort).

Teori om resiliente helsetjenester og studier av situert resiliens synes å ha hatt et ensidig fokus på å kartlegge strategier som fører til organisatorisk resiliens (Foroughi et al., 2022). Basert på vår forskning etterlyser vi innlemmelse av analyser av strategier som også *utfordrer* helsetjenestens resiliens. Vi tror at kunnskap om dette kan sette helsetjenesten bedre i stand til å håndtere uønskede hendelser og utfall i fremtidige kriser. Uønskede hendelser har eksempelvis begynt å få økt oppmerksomhet innenfor Resilience Engineering (RE) fordi det kan sette organisasjoner i stand til å forberede seg og komme seg raskere etter unormale hendelser (Patriarca, 2018). Hollnagel (2006) peker i denne sammenhengen på fire egenska-

per som kjennetegner resiliente systemer: at man er gode på å forutse, overvåke, respondere og lære. Dersom en organisasjon takler utfordringer etter vert som de oppstår, kjennetegner dette ifølge Hollnagel (2008) en *reaktiv organisasjonskultur*. For å utvikle det Hollnagel (2008) omtaler som en *proaktiv organisasjonskultur* – en kultur for å forutse, overvåke og respondere på kriser lik pandemien – mener vi det er essensielt å forstå strategiene som sikret resiliens, men også de som ikke gjorde det. Ifølge Hollnagel (2008) kan hendelser som utfordrer en organisasjons resiliens, forstås som «hull» i forsvarssystemet, og slike kan tettes eller i hvert fall forebygges (Hollnagel, 2008). Vi tror også at disse «hullene» bør analyseres med tanke på om de skyldes at tjenestene til utviklingshemmede ikke var resiliente i utgangspunktet (før pandemien). Eksempelvis viser forskningen vår at tjenestene til utviklingshemmede ikke har vært prioritert for digitalisering. Kompetansesituasjonen i tjenesten er også lav med stor mangel på faglært personale, og det er høyt forbruk av vikarer (Isaksen & Kvisvik, 2020). Generelt kan man si at den positive fleksibiliteten resiliens innebærer, forutsetter at en del organisatoriske kvaliteter er til stede, blant annet kompetanse og erfaring, noe som ikke alltid er tilfellet.

Vi ser også i vår forskning at noen av ansattes strategier var basert på gjeldende retningslinjer, mens andre ikke var det. Vi kan derfor konkludere med at tiltakene som ble implementert av regjeringen og helse- og omsorgstjenestene, ikke var tilstrekkelige for å sikre resiliens i kommunale tjenester til personer med utviklingshemming som bor i tilrettelagt bolig. Innenfor resiliensforskning mangler det imidlertid multiperspektiv som kan identifisere forbindelsen mellom resiliens på ulike systemnivå. Det er derfor behov for ytterligere forskning for å sikre en resilient helsetjeneste for personer med utviklingshemming.

Takk til stiftelsen DAM for støtte til prosjektet og tjenesteyterne ved de kommunale botilbudene for personer med utviklingshemming, som i en hektisk periode tok seg tid til å dele sine erfaringer med oss. Vi vil også takke Unge kokker, som utviklet og gjennomførte intervensjonen i boligene for å styrke ansattes kompetanse i kosthold og ernæring. Ellers vil vi takke disse for faglige innspill til artikkelen: Gudveig Gjørund fra Studio Apertura ved NTNU, Petter Almklov fra Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU, fagfeller og prosjektets referansegruppe v/Magne Skjetne fra LUPE, Kine Beate Kveen (spesialsykepleier og habiliteringskoordinator) fra Meråker Kurbad, Unge Kokkers kokk; Rune Sandø, Victor Valderaune fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Trøndelag (USHT) og Nils-Øivind Offernes og Grethe Kvan Welle fra Avdeling for nevrohabilitering ved Oslo universitetssykehus.

Det er ingen interessekonflikter.

Referanser

- Anderson, J. E., Ross, A. J., Back, J., Duncan, M. & Jaye, P. (2019). Resilience engineering as a quality improvement model. I S. Wiig S & B. Fahlbruch (red.), *Exploring Resilience – A Scientific Journey from Practice to Theory* (s. 25–31). SpringerBriefs in Safety Management.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Doody, O. & Keenan, P. M. (2021). The reported effects of the COVID-19 pandemic on people with intellectual disability and their carers: a scoping review. *Annals of Medicine*, 53(1), 786–804. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1922743>

- Ersfjord, E. & Devle, M. (2020). *HEL-KOST: Retten til et helsefremmende kosthold for personer med utviklingshemming som bor i egen bolig*. Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge.
- Foroughi, Z., Ebrahimi, P., Aryankhesal, A., Maleki, M. & Yazdani, S. (2022). Toward a theory-led meta-framework for implementing health system resilience analysis studies: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMC Public Health*, 22(287), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12496-3>
- Hollnagel, E., Woods, D. D. & Leveson, N. (red.) (2006). *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. Ashgate Publishing Limited.
- Hollnagel, E. (2008). Investigation as an impediment to learning. I E. Hollnagel, C. Nemeth & S. Dekker (red.), *Resilience Engineering Perspectives, Volume 1: Remaining Sensitive to the Possibility of Failure*. CRC Press.
- Hollnagel, E. (2018). *Safety-II in practice. Developing the Resilience Potentials*. Routledge, Oxon.
- Isaksen, M. S. & Kvisvik, M. (2020). *Ingen tid å miste – en kartlegging av kompetansesituasjonen i tjenester til personer med utviklingshemming*. FO og NAKU.
- Juvet, T. M., Corbaz-Kurth, S., Roos, P., Benzakour, L., Cereghetti, S., Moullec, G., Suard, J., Vieux, L., Wozniak, H., Pralong, J. A. & Weissbrodt, R. (2021). Adapting to the unexpected: Problematic work situations and resilience strategies in healthcare institutions during the COVID-19 pandemic's first wave. *Safety science*, 139(105277), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105277>
- Lunsky, Y., Jahoda, A., Navas, P., Campanella, S. & Havercamp, S. M. (2021). The mental health and well-being of adults with intellectual disabilities during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(1), 35–47. <https://doi.org/10.1111/jppi.12412>
- Melbø, L., Hirsti, S. R., Gjørum, R. G. & Kane, A. A. (2021). Selvstendig liv og smittevern – rettigheter i krysspress under covid-19-restriksjoner for personer med utviklingshemming. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-07>
- NEM. (2022). *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)*. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nem/>
- Norman, M. G. & Berg, R. (2020, 7. desember). VG avslører: Over 2400 fikk besøksstans – kommunene fattet bare 27 tvangsvedtak. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/x3RwEp/vg-avsloerer-over-2400-fikk-besoeksstans-kommunene-fattet-bare-27-tvangsvedtak>
- NTB. (2020). Ekspert: Koronatiltak er menneskerettslig balansekunst. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/zg0V1q/Ekspert-Koronatiltak-er-menneskerettslig-balansekunst>
- Patriarca, R., Gravio, G. D., Constantino, F., Falegnami, A. & Bilotta, F. (2018) An analytic framework to Assess Organizational Resilience. *Safety and Health at Work*, 9, 265–276. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.10.005>
- Røstad-Tollefsen, H. K., Kolset, S. O., Retterstøl, K., Hesselberg, H. & Nordstrøm, M. (2021). Factors influencing the opportunities of supporting staff to promote a healthy diet in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34, 733–741. <https://doi.org/10.1111/jar.12846>
- Sogstad, M. & Skinner, M. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(2), 127–153. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10>